

Biuletyn

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH



Nr 4/2026 (183)
ISSN 1425-7076





**BIURO OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

pracuje w godz.
Pn. - Pt. 8.00 - 18.00

ADRES:

33-100 Tarnobrzeg, ul. Południowa 10
www.oipiptarnobrzeg.pl
e-mail: biuro@oipiptarnobrzeg.pl

NUMERY TELEFONÓW:

tel. 14 696 54 54, tel. 14 696 54 55

**GODZINY PRACY OSÓB
PEŁNIĄCYCH FUNKCJE Z WYBORU:**

PRZEWODNICZĄCA

Bożena Grodny-Wilk

Pn., Wt., Czw., Pt. 13.00 - 18.00

WICEPRZEWODNICZĄCA

Danuta Sępek

Śr., Czw. 13.00 - 18.00

SEKRETARZ

Anna Broniec

Śr., Czw. 13.00 - 18.00

SKARBNIK

Jadwiga Tarsia

Wt., Czw., Pt. 13.00 - 18.00

OKRĘGOWY RZECZNIK

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Renata Gabinek

II i IV poniedziałek miesiąca 13.00 - 16.00

RADCA PRAWNY

Bożena Wyszyńska

Pn. 15.00 - 18.00

Czw. 15.00 - 18.00

OŚRODEK KSZTAŁCENIA

Pn., Czw. 10.00 - 18.00

Wt., Śr., Pt. 8.00 - 16.00

tel. 14 696 58 55

Numer rachunku bankowego OIPiP w Tarnobrzegu

Krakowski Bank Spółdzielczy

10 8591 0007 0300 0296 3839 0001

Biuletyn
OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

**Biuletyn Okręgowej
Izby Pielęgniarek i Położnych
w Tarnobrzegu**

REDAGUJĄ:

Bożena Grodny-Wilk

Jadwiga Tarsia

WYDAWCA:

Okręgowa Izba

Pielęgniarek i Położnych

33-100 Tarnobrzeg

ul. Południowa 10

tel. 14 696 54 54

tel. 14 696 54 55

PROJEKT GRAFICZNY I DRUK:

Agencja Reklamowa HBL studio

tel. +48 505 122 200

NAKŁAD:

1000 egz.

SPIS TREŚCI:

I. Z PRAC NRPIP

Korespondencja nrpip z redaktorem naczelnym polityki zdrowotnej	4
Komunikat	4
Bezpieczeństwo pacjenta, a przygotowanie pielęgniarki / położnej do zawodu	6
Stanowisko prezydium NRPIP z dnia 17 września 2026 r.	6
Przekazujemy prezydencję. Zaufanie, które łączy	7
Wrażliwość językowa w systemie ochrony zdrowia	8

II. PRAWO

Opinia prawna	9
Ograniczania zatrudnienia i wynagrodzeń pielęgniarek i położnych	11
Terapia daremna - stanowisko prezydium NRPIP	11
Stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej 2026 - cz. I	12

III. ZAWÓD

Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami	16
Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami	24
Wykaz świadczeń zdrowotnych, do których jest uprawniona pielęgniarka	25
Praca w cieniu niepewności - artykuł	27

IV. KSZTAŁCENIE

Kursy i szkolenia	28
-------------------------	----





KORRESPONDENCJA NRPIP Z REDAKTOREM NACZELNYM POLITYKI ZDROWOTNEJ

Szanowna Pani Danuta Deckert Redaktor Naczelna -
PolitykaZdrowotna.com

Szanowana Pani Redaktor,

z dużym zdziwieniem i rozczarowaniem przyjęliśmy materiał opublikowany w mediach społecznościowych politykazdrowotna.com, (m.in. na portalu Linke-dIn) przedstawiony jako „weekendowy humor”, którego bohaterkami są pielęgniarki.

Humor może być ważnym sposobem komentowania rzeczywistości, również tej szpitalnej. Nie powinien jednak opierać się na powielaniu krzywdzących stereotypów dotyczących całej grupy zawodowej.

Przedstawianie pielęgniarek w sposób ośmieszający, sprowadzający ich rolę do utrwalanych od lat nieprawdziwych stereotypów, jest szczególnie niezrozumiałe w przypadku medium zajmującego się profesjonalnie ochroną zdrowia.

Pielęgniarki i pielęgniarze to wysoko wykwalifikowani profesjonaliści medyczni, którzy każdego dnia ponoszą ogromną odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjentów. Wykonują świadczenia zdrowotne, podejmują samodzielne decyzje, prowadzą edukację, profilaktykę, uczestniczą w diagnostyce i leczeniu oraz są jednym z filarów bezpieczeństwa pacjenta.

Dlatego takie przedstawianie zawodu nie jest niewinnym żartem i wyrazem poczucia humoru. Powielanie stereotypów rodzi konsekwencje w postaci podważenia autorytetu zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy, naruszenia dobrego imienia tej grupy i obrażania tysięcy osób, które każdego dnia wykonują swoją pracę z ogromnym profesjonalizmem i zaangażowaniem.

Od redakcji zajmującej się tematyką medyczną oczekujemy szczególnej odpowiedzialności za język i sposób przedstawiania zawodów medycznych. Państwo doskonale wiedzą, jak ogromnym problemem systemu ochrony zdrowia są niedobory kadrowe, przeciążenie pracą, agresja wobec personelu medycznego i spadający prestiż części zawodów. Tym bardziej trudno zrozumieć, dlaczego medium medyczne dokłada swoją cegiełkę do utrwalania obrazu, z którym środowisko pielęgniarskie od lat próbuje walczyć.

Można żartować z rzeczywistości ochrony zdrowia. Można żartować z absurdów systemu. Można nawet żartować z samych siebie; Ale czym innym jest humor, a czym innym ośmieszanie całej grupy zawodowej i utrwalanie stereotypów, które od dawna powinny należeć do przeszłości.

Oczekujemy od redakcji refleksji nad publikacją materiału oraz jego pilnego usunięcia oraz przeprosin dla grupy zawodowej pielęgniarek i położnych. Liczymy również, że sytuacja ta stanie się okazją do rozmowy o tym, jak media, szczególnie media branżowe, mogą wspierać budowanie należytego autorytetu zawodów medycznych, zamiast go podważać.

Z poważaniem,

Mariola Łodzińska

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

KOMUNIKAT!



Ważny komunikat dla pielęgniarek i położnych w związku z incydem dotyczącym MyDr.

W związku z potwierdzonym incydem dotyczącym wycieku danych osobowych u dostawcy systemu Elektronicznej Dokumentacji Medycznej MyDr, który, zgodnie z komunikatem Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, może dotyczyć danych niemal 19 mln Polaków, zwracamy uwagę pielęgniarek i położnych na konieczność zachowania szczególnej ostrożności. W pierwszej kolejności warto zastrzec numer PESEL.

Jednym z podstawowych działań, które może ograniczyć ryzyko wykorzystania danych przez osoby nieuprawnione, jest zastrzeżenie numeru PESEL. Można to zrobić bezpłatnie m.in. w aplikacji mObywatel lub serwisie mObywatel.gov.pl.

Zastrzeżenie numeru PESEL stanowi istotne zabezpieczenie przed wykorzystaniem danych m.in. do zaciągnięcia kredytu lub pożyczki przez osobę nieuprawnioną. Instrukcja zastrzeżenia numeru PESEL: <https://www.gov.pl/web/gov/zastrzez-swoj-numer-pesel-lub-cofnij-zastrzezenie> Zadbaj o bezpieczeń-

stwo swoich danych i kont. W związku z zaistniałą sytuacją zalecamy również:

- stosowanie silnych i unikalnych haseł do poszczególnych usług;
- zmianę haseł, jeżeli to samo lub podobne hasło jest wykorzystywane w kilku serwisach;
- korzystanie z uwierzytelniania wieloskładnikowego (MFA) wszędzie tam, gdzie jest ono dostępne;
- zachowanie szczególnej ostrożności wobec wiadomości e-mail, SMS-ów i połączeń telefonicznych nakłaniających do podawania danych osobowych, danych logowania, haseł lub kodów autoryzacyjnych;
- nieklikanie w podejrzane linki i nieotwieranie załączników pochodzących z nieznanych źródeł;
- regularne monitorowanie aktywności na swoich kontach internetowych oraz zwracanie uwagi na nietypowe próby logowania i operacje, których sami nie wykonywaliśmy.

Należy również zachować szczególną czujność wobec prób phishingu i innych oszustw wykorzystujących pozyskane dane. Sam fakt, że osoba kontaktująca się z nami zna nasze dane, nie oznacza, że reprezentuje bank, urząd, placówkę medyczną lub inną zaufaną instytucję.

Kto jest administratorem danych i kto ma obowiązki wynikające z RODO?

Należy wyraźnie rozróżnić działania, które każdy może podjąć w celu ochrony własnych danych, od obowiązków administratora danych wynikających z RODO. Obowiązek przeprowadzenia analizy naruszenia nie spoczywa na każdej pielęgniarce lub położnej tylko dlatego, że korzysta ona z systemu MyDr. Administratorem danych osobowych może być w szczególności:

- indywidualna praktyka pielęgniarki lub położnej;
- grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych;
- inny podmiot wykonujący działalność leczniczą.

Oznacza to, że pielęgniarka lub położna prowadząca własną praktykę może występować jednocześnie w dwóch różnych rolach: jako osoba, której własne dane mogły zostać objęte incydem, oraz - w odniesieniu do danych swoich pacjentów - jako administrator danych osobowych.

Natomiast pielęgniarka lub położna będąca pracownikiem albo współpracownikiem podmiotu leczeni-

czego nie staje się automatycznie administratorem danych pacjentów. W takim przypadku administratorem jest co do zasady podmiot, który określa cele i sposoby przetwarzania danych.

Co powinien zrobić administrator danych?

Prezes UODO przypomina administratorom danych, którzy powierzyli przetwarzanie danych firmie MyDr, o konieczności przeprowadzenia analizy ryzyka oraz ustalenia czy incydent obejmuje dane przetwarzane przez dany podmiot.

W zależności od dokonanych ustaleń i wyniku analizy administrator powinien ocenić, czy zachodzą przesłanki do:

- zgłoszenia naruszenia Prezesowi UODO - bez zbędnej zwłoki, w miarę możliwości nie później niż w ciągu 72 godzin od stwierdzenia naruszenia;
- zawiadomienia osób, których dane dotyczą - jeżeli naruszenie może powodować wysokie ryzyko naruszenia ich praw lub wolności;
- podjęcia odpowiednich działań ograniczających możliwe negatywne konsekwencje naruszenia;
- udokumentowania naruszenia, przeprowadzonej analizy oraz podjętych działań.

Pielęgniarki i położne prowadzące własne praktyki oraz inne podmioty wykonujące działalność leczniczą korzystające z MyDr powinny zatem zweryfikować swoją sytuację również z perspektywy obowiązków administratora danych, a w razie wątpliwości skonsultować się z inspektorem ochrony danych lub osobą odpowiedzialną za ochronę danych.

Zalecamy bieżące śledzenie oficjalnych komunikatów Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych oraz informacji przekazywanych przez dostawcę systemu MyDr.





BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA, A PRZYGOTOWANIE PIELĘGNIARKI / POŁOŻNEJ DO ZAWODU

Z prac NRPIP

Pielęgniarki i położne wykonują zawody wymagające nie tylko specjalistycznej wiedzy i umiejętności, ale również szczególnej odpowiedzialności za życie i zdrowie drugiego człowieka. Dlatego, zdaniem Naczelnej Rady, bezpieczeństwo pacjenta powinno być uwzględniane na każdym etapie przygotowania do zawodu i jego wykonywania: od rekrutacji na studia, przez kształcenie i praktykę, aż po codzienną działalność zawodową. NRPIP wskazuje na potrzebę uzupełnienia zasad rekrutacji na kierunki pielęgniarstwo i położnictwo o jednolitą i standaryzowaną ocenę szczególnych predyspozycji psychospołecznych i fizycznych, które mają znaczenie dla bezpiecznego i odpowiedzialnego wykonywania zawodu. Taka ocena powinna odnosić się wyłącznie do cech i kompetencji bezpośrednio związanych z wymaganiami zawodowymi. Wśród nich Naczelna Rada wskazuje m.in. odpowiedzialność, przestrzeganie zasad i procedur, zdolność funkcjonowania pod obciążeniem i presją stresu, umiejętność komunikacji oraz respektowanie granic w relacji z pacjentem. Jednocześnie NRPIP podkreśla, że ewentualny system oceny musi opierać się na jasnych i obiektywnych zasadach. Powinien być prowadzony przez odpowiednio wykwalifikowane osoby, z wykorzystaniem z walidowanych narzędzi oraz z poszanowaniem zasad proporcjonalności, niedyskryminacji i praw kandydatów. Stanowisko zwraca również uwagę na potrzebę stworzenia rozwiązań chroniących osoby zgłaszające w dobrej wierze sytuacje mogące stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów, przy jednoczesnym zagwarantowaniu praw osobom, których takie zgłoszenia dotyczą. Konieczne jest przy tym wyraźne rozróżnienie zgłoszeń dokonywanych w dobrej wierze od zawiadomień świadomie fałszywych lub instrumentalnych.

Naczelna Rada postuluje, aby kwestie te zostały uwzględnione w prowadzonych pracach legislacyjnych, w szczególności dotyczących nowych regulacji odnoszących

się do zawodów pielęgniarstwa i położnictwa. Bezpieczeństwo pacjenta nie zaczyna się w momencie udzielania świadczenia. Jest ono efektem całego procesu: właściwego przygotowania do zawodu, wysokiej jakości kształcenia, odpowiedzialnej praktyki oraz odpowiednich standardów wykonywania zawodu.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych deklaruje gotowość do udziału w pracach nad szczegółowymi

rozwiązaniami, w tym nad określeniem zakresu i sposobu oceny predyspozycji oraz zasad postępowania w sytuacjach mogących wskazywać na zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów.

STANOWISKO PREZYDIUM NRPIP Z DNIA 17 WRZEŚNIA 2026 R.



Stanowisko nr 17 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 17 września 2026 r.

w sprawie oceny predyspozycji do wykonywania zawodów pielęgniarstwa i położnictwa oraz wzmocnienia systemu bezpieczeństwa pacjentów.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, mając na względzie odpowiedzialność pielęgniarek i położnych za życie i zdrowie pacjentów, wskazuje na potrzebę podjęcia działań legislacyjnych i organizacyjnych wzmacniających bezpieczeństwo pacjentów na wszystkich etapach przygotowania do zawodu i jego wykonywania.

W ocenie Naczelnej Rady zasadne jest uzupełnienie rekrutacji na kierunki pielęgniarstwo i położnictwo o jednolitą, standaryzowaną ocenę szczególnych predyspozycji psychospołecznych i fizycznych istotnych dla bezpiecznego i odpowiedzialnego wykonywania zawodu. Ocena powinna dotyczyć wyłącznie cech i kompetencji bezpośrednio związanych z wymaganiami zawodowymi, w szczególności odpowiedzialności, przestrzegania zasad i procedur, funkcjonowania pod obciążeniem, komunikacji oraz respektowania granic w relacji z pacjentem.

Ocena powinna być prowadzona przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje, z wykorzystaniem obiektywnych i zwalidowanych narzędzi, zgodnie z zasadami proporcjonalności, niedyskryminacji oraz poszanowania praw kandydatów. System powinien chronić osoby dokonujące zgłoszeń w dobrej wierze, a zarazem zapewniać prawa osobom, których zgłoszenia dotyczą. Należy przy tym wyraźnie odróżnić zgłoszenia dokonywane w dobrej wierze od świadomie fałszywych lub instrumentalnych zawiadomień. Proponowane rozwiązania powinny być spójne z przepisami dotyczącymi kształcenia i wykonywania zawodów pielęgniarstwa i położnictwa, systemu jakości w ochronie zdrowia, bezpieczeństwa pacjenta oraz ochrony osób dokonujących zgłoszeń. Zagadnienia te powinny zostać uwzględnione w prowadzonych

pracach legislacyjnych, w szczególności nad nowymi regulacjami dotyczącymi zawodów pielęgniarki i położnej.

Bezpieczeństwo pacjenta powinno stanowić element całego procesu przygotowania i wykonywania zawodu - od rekrutacji, przez kształcenie i praktykę, po działalność zawodową. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych deklaruje gotowość do udziału w pracach nad wypracowaniem szczegółowych rozwiązań, w tym określeniem zakresu i sposobu przeprowadzania oceny predyspozycji oraz zasad postępowania w sytuacjach wskazujących na możliwe zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów.

Sekretarz NRPiP
Kamilla Gólcz

Prezes NRPiP
Mariola Łodzińska

PRZEKAZUJEMY PREZYDENCJĘ. ZAUFANIE, KTÓRE ŁĄCZY.



Rok wspólnej pracy, rozmów, inicjatyw i budowania przestrzeni współpracy pomiędzy zawodami, które łączy szczególna odpowiedzialność wobec społeczeństwa.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych skończyła swoją prezydencję w Ogólnopolskim Porozumieniu Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego.

24 września, podczas centralnych obchodów Dnia Budowlanych, odbyło się symboliczne przekazanie prezydencji. Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska przekazała buławę prezesowi Polskiej Izby Inżynierów Budownictwa Mariuszowi Dobrzenieckiemu.

To symbol, ale również zobowiązanie. Bo prezydencja w Porozumieniu to przede wszystkim odpowiedzialność za tworzenie przestrzeni, w której różne zawody potrafią mówić wspólnym głosem w sprawach ważnych dla obywateli i państwa.

Naszej prezydencji towarzyszyło hasło „Budujemy zaufanie”. Przez ostatni rok staraliśmy się pokazywać, że choć reprezentujemy różne profesje, łączy nas znacznie więcej, niż mogłoby się wydawać: odpowiedzialność, profesjonalizm, niezależność zawodowa i przede wszystkim zaufanie, jakim każdego dnia obdarzają nas ludzie.

Był to czas spotkań, debat i wspólnych stanowisk, ale również rozmowy o przyszłości samorządności zawodowej i jej miejscu w nowoczesnym państwie.

Przekazaliśmy tę odpowiedzialność dalej.

Polskiej Izbie Inżynierów Budownictwa oraz jej prezesowi Mariuszowi Dobrzenieckiemu życzymy dobrej i owocnej prezydencji, odwagi w podejmowaniu nowych tematów oraz konsekwencji w dalszym wzmacnianiu współpracy naszych środowisk.

Zmienił się samorząd prowadzący Porozumienie, ale nie zmienia się to, co jest jego fundamentem.

Współpraca. Odpowiedzialność. Zaufanie. Dziękujemy wszystkim samorządom za wspólny rok.





WRAŻLIWOŚĆ JĘZYKOWA W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA

Pełnomocnik Rządu do Spraw Równości Sekretarz Stanu Katarzyna Kotula

Warszawa, 25 września 2026 r.

Dotyczy: Wrażliwości językowej w systemie ochrony zdrowia Szanowni Państwo,

Priorytet VI Krajowego Programu Działań na Rzecz Równego Traktowania na lata 2022- 2030 wskazuje na konieczność promowania języka opartego na szacunku, który nie wyraża pogardy wobec innych, nie poniża i nie upokarza oraz nie narusza godności. Ponadto, art. 1 Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej podkreśla znaczenie godności człowieka wskazując przy tym, że musi być ona szanowana i chroniona. Stosowanie więc języka włączającego, to jest niewykluczającego, niestygmatyzującego i niedyskryminującego jest wyrazem troski o obywatelki i obywateli i dbania przestrzeganie ich praw podstawowych.

Stosowanie języka włączającego dotyczy również ochrony praw pacjentów i pacjentek.

Zgodnie z jedenastą rewizją Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11), Światowa Organizacja Zdrowia przestała klasyfikować transpłciowość jako zaburzenie psychiczne i usunęła pojęcie „transseksualizmu”. Transpłciowość przestała być rozumiana jako zjawisko patologiczne czy choroba psychiczna. Światowa Organizacja Zdrowia wprowadziła nową jednostkę diagnostyczną, jaką jest „niezgodność płciowa”, zdefiniowaną jako utrzymująca się wyraźna niezgodność między doświadczaną przez osobę płcią oraz płcią przypisaną.

Ponadto, nierzadko stosowane w środowisku medycznym określenie „zmiana płci” jest zbyt dużym uproszczeniem, ponieważ osoba transpłciowa dostosowuje swoje ciało oraz dane formalne w taki sposób, aby odpowiadały odczuwanej płci. Tożsamość płciowa jest dużo bardziej złożona i nie sprowadza się wyłącznie do fenotypu. Stąd też osoba transpłciowa nie zmienia płci, lecz ją uzgadnia dokonując korekty płci (tranzykcji).

Rzecznik Praw Obywatelskich w publikacji „Postępowania w sprawach o uzgodnienie płci” wskazuje, że „(...) lekarze i psychologowie zajmujący się opieką zdrowotną w ramach korekty płci powinni uwzględ-

nić potrzeby pacjentów, w szczególności związanych z indywidualną ekspresją płciową”.

Język zatem, stosowany wobec osób transpłciowych powinien wyrażać empatię, wrażliwość i szanować ich potrzebę uzgodnienia płci w taki sposób, aby lekarz czy psycholog, czy inna osoba z personelu medycznego nie sugerowali, że transpłciowość jest jednostką chorobową.

Istotne jest także odejście od stosowania takich terminów jak „osoba upośledzona umysłowo”, czy „upośledzenie umysłowe”. To terminy silnie stygmatyzujące i krzywdzące, mogące negatywnie wpłynąć na funkcjonowanie tych osób, wobec których takich wykluczających terminów się używa. Wobec tego należałoby stosować określenie „osoby z niepełnosprawnością intelektualną”, które podkreśla jedynie fakt posiadanej niepełnosprawności i nie kategoryzuje osoby jej posiadającej.

Dotyczy to szerzej mówienia o niepełnosprawności. Zamiast więc „osoby niepełnosprawne” zaleca się używanie terminu „osoby z niepełnosprawnością”, aby podkreślić, że tożsamość osoby nie sprowadza się wyłącznie do jej niepełnosprawności. Ta bowiem jest jedynie jednym z elementów tożsamości, która jest przecież dużo bardziej różnorodna. Dbajmy o to, aby podkreślać sprawczość osób z niepełnosprawnościami, nie zaś sprowadzać je wyłącznie do jednej cechy tożsamościowej.

Zwracam się z prośbą do Państwa o zapoznanie się z niniejszym pismem i przekazanie pracownikom i pracowniczkom ochrony zdrowia, tak aby mogli i mogły się z nimi zapoznać i stosować w codziennej praktyce.

Z wyrazami szacunku

Katarzyna Kotula

Sekretarz stanu, pełnomocnik rządu ds. równości





OPINIA PRAWNA

Opiniodawca: radca prawny Dawid Chwałka

ul. Jana i Jędrzeja Śniadeckich 10 00-656 Warszawa

I. Przedmiot opinii

Przedmiotem niniejszej opinii jest analiza dopuszczalności wniesienia do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych odwołania od uchwały okręgowej rady pielęgniarek i położnych stwierdzającej utratę prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej w związku z nieprzedłożeniem w terminie do dnia 1 maja 2026 r. dokumentu poświadczającego znajomość języka polskiego na poziomie B1, obejmującej skreślenie z właściwego rejestru oraz stwierdzenie wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu.

II. Podstawa prawna

Podstawę prawną sporządzenia niniejszej opinii stanowią w szczególności:

1. ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 15);
2. ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 1760);
3. ustawa z dnia 15 maja 2024 r. o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2024 r. poz. 854);
4. ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz. 1691);
5. ustawa z dnia 30 sierpnia 2002 r. - Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (t.j. Dz.U. z 2026 r. poz. 143).

III. Analiza prawna

Zgodnie z art. 30 ust. 5 ustawy z dnia 15 maja 2024 r. o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz niektórych innych ustaw osoby, które uzyskały zgodę na wykonywanie zawodu pielęgniarki albo położnej, o której mowa w art. 35a ust. 1, 14 lub 16 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej albo w art. 64 ust. 1 ustawy o pomocy obywatelom

Ukrainy, na podstawie wniosku złożonego do dnia 24 października 2024 r., były obowiązane przedłożyć właściwej okręgowej radzie pielęgniarek i położnych dokument poświadczający znajomość języka polskiego, o którym mowa w art. 35a ust. 28 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, w terminie do dnia 1 maja 2026 r., pod rygorem utraty prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej.

Zgodnie z art. 37 ust. 1 i 3 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu stwierdza, na wniosek osoby zainteresowanej, okręgowa rada pielęgniarek i położnych właściwa ze względu na miejsce przyszłego wykonywania zawodu. Stwierdzenie prawa wykonywania zawodu albo odmowa jego stwierdzenia następują w drodze uchwały.

Zgodnie z brzmieniem art. 40 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej do uchwał w sprawach stwierdzenia i przyznania prawa wykonywania zawodu stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego dotyczące decyzji administracyjnych.

Art. 40 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej przewiduje odpowiednie stosowanie przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego dotyczących decyzji administracyjnych do uchwał w sprawach stwierdzenia i przyznania prawa wykonywania zawodu. Stwierdzenie prawa wykonywania zawodu następuje w trybie art. 37 ww. ustawy po spełnieniu właściwych przesłanek. Pojęcie przyznania prawa wykonywania zawodu jest natomiast używane w szczególności w odniesieniu do praw przyznawanych w procedurze określonej w art. 35a ww. ustawy

Odesłanie zawarte w art. 40 ust. 1 jest zatem ograniczone przedmiotowo do uchwał w sprawach stwierdzenia i przyznania prawa wykonywania zawodu.

W ocenie sporządzającego niniejszą opinię uchwała stwierdzająca utratę prawa wykonywania zawodu na skutek niewykonania obowiązku określonego w art. 30 ust. 5 ustawy z dnia 15 maja 2024 r. oraz obejmująca skreślenie z rejestru nie należy do uchwał w sprawie stwierdzenia ani przyznania prawa wykonywania zawodu, o których mowa w art. 40 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. W konsekwencji art. 40 ust. 1 tej ustawy nie stanowi podstawy do odpowiedniego stosowania do takiej uchwały przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego dotyczących decyzji administracyjnych.

Skutek przewidziany w art. 30 ust. 5 ustawy z dnia 15 maja 2024 r. dotyczy osób, które wcześniej uzyskały zgodę Ministra Zdrowia, a następnie prawo wyko-

nywania zawodu. Nieprzedłożenie wymaganego dokumentu w ustawowym terminie nie oznacza zatem pierwotnego niespełnienia przesłanek uzyskania PWZ, lecz niewykonanie dodatkowego obowiązku, z którym ustawodawca powiązał utratę wcześniej przyznanego prawa.

Art. 30 ust. 5 ustawy z dnia 15 maja 2024 r. posługuje się pojęciem „utraty” prawa wykonywania zawodu. Z kolei w przypadku praw przyzanych na podstawie art. 35a ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej skreślenie z rejestru stanowi przesłankę wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu - odpowiednio na podstawie art. 35a ust. 11 pkt 3 albo art. 35a ust. 23 pkt 3. Nie należy automatycznie traktować pojęć utraty i wygaśnięcia PWZ jako synonimów.

Ani art. 30 ust. 5 ustawy z dnia 15 maja 2024 r., ani przepisy ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej nie przewidują wprost odwołania od uchwały stwierdzającej utratę prawa wykonywania zawodu w związku z nieprzedłożeniem wymaganego dokumentu oraz obejmującej skreślenie z rejestru. W szczególności brak jest regulacji określającej prawo do wniesienia takiego odwołania, termin jego wniesienia oraz sposób jego rozpoznania przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych.

Oceny wymaga jednak art. 22 ust. 1 pkt 7 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, zgodnie z którym Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych „rozpatruje odwołania od uchwał okręgowych rad”. Przepis ten został zamieszczony wśród regulacji określających zadania i kompetencje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Nie określa on kręgu podmiotów uprawnionych do wniesienia odwołania, terminu jego wniesienia ani trybu rozpoznania, a przede wszystkim nie stanowi wprost, że od każdej uchwały okręgowej rady podjętej w indywidualnej sprawie przysługuje zainteresowanej osobie odwołanie.

Z tego względu art. 22 ust. 1 pkt 7 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych należy traktować jako ogólny przepis kompetencyjny, wskazujący Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych jako organ właściwy do rozpoznawania odwołań w przypadkach, w których możliwość ich wniesienia wynika z odrębnych przepisów. Samo określenie właściwości Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych nie jest wystarczające do przyjęcia, że zainteresowanej osobie przysługuje środek zaskarżenia, którego przesłanek i trybu wniesienia ustawodawca nie uregulował.

Dla kontrastu warto przywołać art. 27 ust. 7 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, który pielęgniarcę lub położną, w stosunku do których podjęto uchwałę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu albo

o ograniczeniu wykonywania określonych czynności zawodowych, przyznaje prawo wniesienia odwołania od uchwały o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu albo o ograniczeniu wykonywania określonych czynności zawodowych do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w terminie 14 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o podjęciu uchwały przez okręgową radę pielęgniarek i położnych.

Art. 27 ust. 7 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej potwierdza, że w przypadku ustanowienia szczególnego środka odwoławczego ustawodawca określa zarówno przedmiot zaskarżenia, organ odwoławczy, jak i termin wniesienia odwołania. Regulacji analogicznej nie wprowadzono w odniesieniu do uchwał związanych z niewykonaniem obowiązku określonego w art. 30 ust. 5 ustawy z dnia 15 maja 2024 r. Przema- wia to przeciwko wyprowadzaniu samodzielnego prawa do odwołania wyłącznie z ogólnego przepisu kompetencyjnego zawartego w art. 22 ust. 1 pkt 7 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych.

IV. Wnioski

1. Art. 30 ust. 5 ustawy z dnia 15 maja 2024 r. ustanawia obowiązek przedłożenia właściwej okręgowej radzie pielęgniarek i położnych dokumentu poświadczającego znajomość języka polskiego w terminie do dnia 1 maja 2026 r., pod rygorem utraty prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej.

2. Uchwała stwierdzająca utratę prawa wykonywania zawodu w związku z niewykonaniem tego obowiązku oraz obejmująca skreślenie z rejestru nie jest uchwałą w sprawie stwierdzenia ani przyznania prawa wykonywania zawodu w rozumieniu art. 40 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. W konsekwencji art. 40 ust. 1 tej ustawy nie stanowi podstawy do odpowiedniego stosowania do takiej uchwały przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego dotyczących decyzji administracyjnych.

3. Ani art. 30 ust. 5 ustawy z dnia 15 maja 2024 r., ani przepisy ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej nie ustanawiają szczególnego prawa do wniesienia odwołania do Naczelnej Rady od przedmiotowej uchwały okręgowej rady. Samodzielnej podstawy do wniesienia takiego odwołania nie stanowi również art. 22 ust. 1 pkt 7 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych.

4. Art. 22 ust. 1 pkt 7 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych określa kompetencję Naczelnej Rady do rozpatrywania odwołań od uchwał okręgowych rad, nie stanowi jednak samodzielnej podstawy przyznania zainteresowanej osobie prawa do wniesienia odwołania od każdej uchwały okręgowej rady. W kon-

sekwencji brak jest podstaw prawnych do nadania wniesionym pismom biegu jako odwołaniom i ich merytorycznego rozpoznania przez Naczelną Radę.

V. Uwagi

Niniejsza opinia została przygotowana w oparciu o stan prawny obowiązujący w dacie jej sporządzenia. W przypadku ujawnienia się nowych, nieznanych dotychczas okoliczności, w szczególności zmian przepisów prawa, linii orzeczniczych lub stanowisk doktryny prawa wszystkie lub niektóre wnioski zawarte w niniejszej analizie mogą wymagać ponownej weryfikacji.

Radca Prawny
Dawid Chwałka



OGRANICZANIA ZATRUDNIENIA I WYNAGRODZEŃ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Ogólnopolski związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych przekazał przedstawicielom Ministra Zdrowia oraz pracodawców, podczas obrad Zespołu Trójstronnego, stanowisko w sprawie ograniczania zatrudnienia i wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.

OZZPiP kategorycznie sprzeciwia się praktykom polegającym na redukowaniu obsad, zmniejszaniu wymiaru etatów i czasu pracy oraz ograniczaniu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.

Związek zwraca uwagę na nierówne traktowanie poszczególnych grup zawodowych w ochronie zdrowia. Nie do zaakceptowania jest sytuacja, w której dla jednych zawodów przewiduje się okresy przejściowe i odracza wprowadzanie ograniczeń dotyczących najwyższych wynagrodzeń kontraktowych, podczas gdy oszczędności dotyczące pielęgniarek i położnych wprowadzane są natychmiast.

OZZPiP sprzeciwia się również nieuznawaniu posiadanych kwalifikacji, degradowaniu pielęgniarek i położnych do niższych grup, zatrudnianiu ich w najniższych grupach bez względu na wykształcenie i wykonywane obowiązki, dyskryminacji ze względu na formę zatrudnienia oraz niewykonywaniu prawomocnych wyroków sądowych dotyczących uznawania kwalifikacji.

Związek przypomina dyrektorom placówek, że pozorne oszczędności mogą generować kolejne koszty. Spory dotyczące wynagrodzeń i kwalifikacji już wielokrotnie trafiały do sądów, a ich konsekwencją mogą być wyrównania wynagrodzeń wraz z odsetkami.

Najpoważniejsze konsekwencje ograniczania zatrudnienia ponoszą jednak pacjenci. Mniejsza liczba pielęgniarek i położnych oznacza mniej czasu dla pacjenta, większe przeciążenie personelu oraz wzrost ryzyka zdarzeń zagrażających zdrowiu i życiu.

Cięcie obsad to cięcie bezpieczeństwa pacjentów.

OZZPiP podkreśla, że problemy finansowe szpitali nie powstały z winy pielęgniarek i położnych. Ta grupa zawodowa nie może pełnić funkcji finansowego bufora bezpieczeństwa źle zorganizowanego i niedofinansowanego systemu.

Związek oczekuje reakcji Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jeżeli system zdrowia ma szukać oszczędności, zasady muszą być równe dla wszystkich. Nie pozwolimy oszczędzać kosztem pielęgniarek, położnych i bezpieczeństwa pacjentów.

TERAPIA DAREMNA - STANOWISKO PREZYDIUM NRPIP



Stanowisko nr 18 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 sierpnia 2026 r.

w sprawie poparcia stanowiska Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds.* Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych dotyczącego zapobiegania terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża poparcie dla zaktualizowanego stanowiska Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej „Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu i niebędących w stanie podejmować świadomych decyzji”.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych podziela przedstawione w stanowisku założenie,

zgodnie z którym opieka nad pacjentem znajdującym się u kresu życia powinna opierać się na poszanowaniu jego godności i dobra, aktualnej wiedzy medycznej, rzetelnej ocenie stanu klinicznego oraz uwzględnieniu rzeczywistych korzyści i obciążeń wynikających z podejmowanych interwencji medycznych.

Szczególne znaczenie ma jednoznaczne rozróżnienie pomiędzy ograniczeniem terapii daremnej a zaprzestaniem opieki nad pacjentem. Rezygnacja z interwencji, które nie mogą już przynieść choremu korzyści klinicznych, nie może oznaczać ograniczenia należytej mu opieki, w szczególności pielęgnacji, łagodzenia bólu i innych uciążliwych objawów, odpowiedniego żywienia i nawadniania oraz zapewnienia wsparcia psychicznego, społecznego i duchowego.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych podkreśla w tym kontekście szczególną rolę pielęgniarek i pielęgniarzy, którzy pozostają najbliższemu i w sposób ciągły uczestniczą w sprawowaniu nad nim opieki. Ich obserwacje dotyczące stanu pacjenta, występujących dolegliwości, komfortu, reakcji na stosowane postępowanie oraz potrzeb chorego stanowią istotny element zespołowej opieki nad osobą umierającą.

Ograniczenie terapii daremnej nie oznacza ograniczenia zaangażowania personelu pielęgniarstwa. Przeciwnie - w okresie umierania szczególnego znaczenia nabierają profesjonalna opieka pielęgniarstwa, skuteczne łagodzenie cierpienia, troska o komfort i intymność chorego, zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa oraz umożliwienie - stosownie do jego potrzeb i obowiązujących przepisów - obecności osób bliskich.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pozytywnie ocenia również wskazaną w stanowisku potrzebę rozwijania kompetencji personelu medycznego w zakresie opieki nad chorymi umierającymi. Zagadnienia dotyczące terapii daremnej, opieki paliatywnej, komunikacji z pacjentem i jego bliskimi oraz postępowania u kresu życia powinny stanowić istotny element kształcenia przed- i podyplomowego zarówno pielęgniarek, jak i lekarzy.

Upowszechnianie jasnych zasad postępowania w sytuacjach związanych z końcem życia pacjenta sprzyja ochronie jego praw i godności, poprawie jakości opieki, a także zwiększeniu bezpieczeństwa osób wykonujących zawody medyczne, które w swojej codziennej praktyce mierzą się z trudnymi decyzjami klinicznymi i etycznymi.

Mając powyższe na uwadze, Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych popiera stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Tera-

pii Daremnej i uznaje za zasadne jego upowszechnianie oraz wykorzystywanie jako elementu dobrych praktyk opieki nad dorosłymi chorymi umierającymi w szpitalach.

Sekretarz NRPiP
Kamilla Gólc

Prezes NRPiP
Mariola Łodzińska

STANOWISKO GRUPY ROBOCZEJ TOWARZYSTWA INTERNISTÓW POLSKICH - CZĘŚĆ I



Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu i niebędących w stanie podejmować świadomych decyzji. Stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej 2026

Wprowadzenie

Proces podejmowania decyzji co do leczenia i opieki powinien się opierać na poszanowaniu godności i dobra chorego, rzetelnej i ciągłej ocenie jego stanu klinicznego, a także ocenie przebiegu dotychczasowego postępowania oraz opcji terapeutycznych. Nabiera to szczególnego znaczenia u schyłku życia, kiedy możliwości leczenia przyczynowego się wyczerpują, choroba postępuje, a śmierć staje się nieunikniona i coraz bliższa. Personel medyczny powinien okazywać szacunek nie tylko wobec życia, ale również wobec nieuchronności śmierci, wyrażający się w trosce o godne warunki umierania. W tym okresie istnieje ryzyko, że wdrożone postępowanie medyczne może się stać daremne.

Niniejszy dokument dotyczy szczególnej populacji chorych, tzn. dorosłych pacjentów hospitalizowanych, którzy nie są w stanie podejmować świadomych decyzji, a jednocześnie nie są ubezwłasnowolnieni. Są to np. osoby nieprzytomne albo niezdolne do nawiązania kontaktu ani komunikacji z otoczeniem z powodu otępienia lub zaburzeń orientacji auto- i allopsychicznej wynikających z pogorszenia choroby przewlekłej bądź nagłego zachorowania. Nie mogą one podejmować faktycznie świadomych decyzji dotyczących swojego leczenia, a jednocześnie nie mają przedstawiciela ustawowego wyznaczonego na drodze prawnej. Niezdolność pacjenta do wyrażenia własnej woli (oraz brak podstaw prawnych do działania w jego imieniu

przez inne osoby) rodzi obiektywną trudność w podejmowaniu dotyczących go decyzji, również w kwestii daremności medycznej stosowanej terapii.

Dokument dotyczy chorych przyjętych na oddział szpitalny i nie ma zastosowania do udzielania pomocy w warunkach szpitalnego oddziału ratunkowego ani izby przyjęć. Do tej pory brakuje w Polsce szeroko zaakceptowanych wytycznych towarzystw medycznych dotyczących postępowania w ramach opieki nad chorymi umierającymi w szpitalach. Dostępność konsultantów medycyny paliatywnej w warunkach opieki szpitalnej oraz konsultacji etycznych jest ograniczona. W Polsce nie ma również regulacji prawnych dających możliwość wskazania pełnomocnika medycznego, który reprezentowałby pacjenta w sytuacji, gdy ten nie będzie w stanie samodzielnie podejmować świadomych decyzji w przedmiocie swojego leczenia. Wszystko to wpływa na częstość stosowania, zwłaszcza w warunkach oddziałów szpitalnych, zbędnej i nieskutecznej terapii, mogącej spełniać kryteria daremności.

Pojęcie terapii daremnej

Od wielu lat w piśmiennictwie medycznym i bioetycznym używa się pojęcia „terapia daremna” w miejsce „terapii uporczywej”. Propozycja wprowadzenia takiej zmiany pojawiała się również w Polsce w pracach zespołów eksperckich, m.in. w wytycznych opracowanych przez anestezjologów w 2014 r., oraz w stanowisku zespołu powołanego przez Rzecznika Praw Pacjenta z 2021 r.1, W znowelizowanym, obowiązującym od 2025 r. Kodeksie etyki lekarskiej (KEL) terapia daremna stała się wyodrębnionym problemem, do którego odniesiono się bezpośrednio w ust. 3 art. 33: „Lekarzowi nie wolno stosować terapii daremnej. Decyzja o uznaniu terapii jako daremnej należy do zespołu leczącego i powinna w miarę możliwości uwzględniać wolę pacjenta”, a pośrednio również w ust. 1 i 2 art. 33: „1. Lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia resuscytacji u pacjentów znajdujących się w stanie terminalnym. 2. Decyzja o zaprzestaniu resuscytacji należy do lekarza lub zespołu lekarzy i jest związana z negatywną oceną szans leczniczych”. KEL nie ogranicza rezygnacji z terapii daremnej do stanów terminalnych (ust. 3 art. 33). Z perspektywy praktyki medycznej wydaje się to słuszne, ponieważ konieczność niepodjęcia nieskutecznych i zbędnych interwencji medycznych lub rezygnacji z ich kontynuowania dotyczy różnych etapów życia pacjenta oraz sprawowanej nad nim opieki.

Wobec upowszechnienia się w piśmiennictwie medycznym i dokumentach normatywnych terminu „daremność” w odniesieniu do terapii nieskutecznej, będzie on stosowany również w niniejszym dokumencie

ze świadomością związanych z nim trudności definicyjnych. Pojęcie daremności jest zbliżone do pojęcia uporczywości, akcentuje jednak nieco inne aspekty decyzji. Za terapię uporczywą uważa się „stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych u nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta”. W rozumieniu przyjętym przez Grupę Roboczą daremność akcentuje niemożność osiągnięcia celu działania (wymiar bardziej obiektywny), a uporczywość określa postawę osoby stosującej nieskuteczne interwencje medyczne (wymiar bardziej subiektywny). Zatem przez terapię daremną należy rozumieć interwencję medyczną o charakterze terapeutycznym, która zgodnie z aktualną wiedzą naukową i doświadczeniem specjalistów nie jest w stanie przynieść korzyści klinicznych choremu, a jednocześnie niesie ryzyko skutków niepożądanych i dodatkowych obciążeń. W okresie terminalnym terapia daremna może się przejawiać w stosowaniu interwencji medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych u nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie i wiąże się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem jego godności. Pojęcie terapii daremnej nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów ani karmienia i nawadniania. Definicja zaproponowana w niniejszym stanowisku pozostaje w zgodzie z obecnym brzmieniem KEL, a zarazem stanowi kontynuację treści zawartych zarówno w jego poprzedniej wersji, jak i w pierwszym wydaniu stanowiska Towarzystwa Internistów Polskich (TIP) oraz Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia.

Ograniczenie terapii daremnej polega na rezygnacji ze stosowania określonej interwencji o charakterze terapeutycznym ze względu na jej daremność. Może mieć formę niepodjęcia (ang. withholding), tj. niewdrażania nowej albo niezwiększania intensywności dotychczas stosowanej terapii, albo odstąpienia (ang. withdrawing), tj. zakończenia wcześniej wdrożonej terapii. Choć może się wydawać, że odstąpienie od określonych procedur jest formą bardziej skrajną, z perspektywy oceny etycznej pozostaje ono zasadniczo równoważne z ich niepodjęciem. Oba rodzaje działania mają bowiem na względzie dobro chorego i służą poprawie jakości opieki, ponieważ pozwalają uniknąć narażenia pacjenta na interwencje medyczne, które są nie tylko nieskuteczne, ale również obciążające i obarczone ryzykiem.

Nie ma ustalonego katalogu interwencji medycznych, które można z góry uznać za daremne. Kwalifikacja da-

nego postępowania zależy bowiem zarówno od aktualnego stanu chorego, jak i od przewidywanego przebiegu choroby i odpowiedzi na leczenie. Może się okazać, że zastosowana terapia, która dotychczas była skuteczna, z czasem staje się szkodliwa i nasila cierpienie pacjenta, zakłócając proces jego umierania. Ocenę należy pozostawić doświadczonym specjalistom, którzy uwzględnią konkretne okoliczności kliniczne. Bardzo istotne jest jednak zawarte w ostatnim zdaniu definicji dookreślenie, jakie czynności nie mieszczą się w pojęciu terapii daremnej, wskazuje bowiem jasno, z jakich interwencji nie można rezygnować, powołując się na tę koncepcję. Takie doprecyzowanie jest konieczne ze względu na ogólne sformułowania przepisów ust. 3 art. 33 KEL po ich nowelizacji w 2025 r. W poprzedniej wersji KEL odwoływał się do kategorii środków nadzwyczajnych, co służyło dookreśleniu normy regulującej rezygnację z nieskutecznych terapii (art. 32 brzmiał: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku [...] stosowania środków nadzwyczajnych”). A contrario można było z tego przepisu wnioskować, że nie można rezygnować ze środków zwyczajnych (podstawowych, zwykłych, proporcjonalnych, nieuporczywych / niedaremnych), rozumianych jako pielęgnacja, karmienie, nawadnianie, łagodzenie bólu, stosowanie środków przeciwdepresyjnych, uspokajających oraz innych form opieki paliatywnej.

Aspekty etyczne terapii daremnej

Normy etyki medycznej dotyczące postępowania wobec nieuleczalnie chorego nieuchronnie zbliżającego się do śmierci, zawarte w KEL oraz innych dokumentach międzynarodowych (np. deklaracji Światowego Stowarzyszenia Lekarzy [WMA] z Madrytu z 1987 r. i z Tbilisi z 2019 r.), odnoszą się do 3 odmiennych moralnie postaw:

1. akceptacji nieuchronności śmierci i objęcia pacjenta całościową opieką, w tym opieką paliatywną, do czasu naturalnej śmierci
2. skracania życia poprzez eutanazję lub pomoc w samobójstwie
3. podejmowania daremnych/uporczywych czynności ukierunkowanych na przedłużenie życia lub podtrzymanie funkcji życiowych, które mogą przynieść pacjentowi nieproporcjonalnie więcej obciążeń niż korzyści.

Jednocześnie wyraźnie wskazują, że moralnie pożądana jest postawa akceptacji naturalnej śmierci oraz zapewnienia godnych i humanitarnych warunków umierania, co wiąże się z zakazem stosowania zarówno eutanazji i pomocy w samobójstwie, jak i terapii daremnej.

Należy podkreślić, że wskazane wzorce postępowania są aprobowane w etykach religijnych, w tym w nauczaniu moralnym Kościoła katolickiego – stanowiącego w Polsce najliczniejszą grupę wyznaniową. W 1980 r. w deklaracji „lura et bona” Kongregacja Nauki Wiary stwierdziła, że ocena skuteczności zastosowanych środków należy do lekarzy, i podkreśliła, że: „Gdy zagraża śmierć, której w żaden sposób nie da się uniknąć przez zastosowanie dostępnych środków, wolno w sumieniu podjąć zamiar niekorzystania z leczenia, które może przynieść tylko niepewne i bolesne przedłużenie życia, nie przerywając jednak zwyczajnej opieki, jaka w podobnych wypadkach należy się choremu”. Podobne treści zawiera „Katechizm Kościoła Katolickiego” (KKK): „Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. (...) Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym razie – przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słuszych interesów pacjenta (KKK: 2278). Nawet jeśli śmierć jest uważana za nieuchronną, zwykłe zabiegi przysługujące osobie chorej nie mogą być w sposób uprawniony przerywane (KKK 2279)”. Jan Paweł II zaznaczał, że: „od eutanazji należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tak zwanej «uporczywej terapii», to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny”. Zespół Ekspertów ds. Bioetycznych Konferencji Episkopatu Polski w 2018 r. odwołał się wprost do terminu „terapia daremna”, wskazując, że: „Jeżeli lekarz uczynił to, co tu i teraz możliwe wobec nieodwracalnie postępującego zanikania procesów życiowych pacjenta, to ani on sam, ani otoczenie nie może uznać za niemoralną decyzji o zaprzestaniu dalszej terapii, czyli o rezygnacji ze stosowania środków nieproporcjonalnych do sytuacji; z pewnością byłaby to terapia daremna, której przerwanie nie może być zakwalifikowane jako eutanazja”. Kongregacja Nauki Wiary w liście „Samaritanus bonus” z 2020 r. potwierdziła i uszczegółowiła powyższe stanowisko, wskazując, że „w obliczu nieuchronnej śmierci uzasadnione jest zgodnie z wiedzą i sumieniem podjęcie decyzji o rezygnacji z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwale i bolesne przedłużenie życia. Nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach. Oznacza to, że nie jest dozwolone przerwanie skutecznych zabiegów wspierających podstawowe funkcje fizjologiczne, do kąd organizm jest w stanie z nich korzystać (takich jak wspomaganie nawodnienia, odżywiania, termoregulacji, a także odpowiednie i proporcjonalne pomoce w oddychaniu oraz inne, w stopniu, w jakim są one

niezbędne do wspomagania homeostazy organizmu oraz zmniejszania bólu narządowego i ogólnoustrojowego). (...) W istocie celem każdej czynności medycznej oraz intencją tego, kto podejmuje się działania, musi zawsze być towarzyszenie życiu, a nigdy dążenie do śmierci". W innych wyznaniach i religiach ocena moralna jest zbliżona, tj. wzywa się do opieki nad umierającym i łagodzenia cierpienia, sprzeciwia eutanazji i dopuszcza rezygnację z nieskutecznych terapii.

Rezygnacji z terapii daremnej nie należy utożsamiać ani z zaprzestaniem opieki, ani z eutanazją. Na żadnym etapie życia – także w stanie wegetatywnym i w okresie umierania – chory nie może zostać pozbawiony odpowiedniej opieki medycznej, w tym łagodzenia dokuczliwych objawów (jak np. ból, duszność, niepokój, gorączka, drgawki), karmienia i nawadniania, ponieważ naruszałoby to zasadę ciągłości opieki, ochrony życia ludzkiego i poszanowania godności człowieka. Nie wolno nadużywać protokołu terapii daremnej w celu nieudzielania pomocy w zakresie, w jakim może być ona skuteczna. Poza odpowiedzialnością etyczną takie postępowanie może narazić na odpowiedzialność prawną.

Niedozwolone jest również podejmowanie działań zmierzających do skracania życia poprzez eutanazję lub pomoc w samobójstwie. European Association for Palliative Care definiuje eutanazję jako zamierzone zabicie człowieka poprzez podanie środków letalnych na jego dobrowolne i świadome żądanie (polskie prawo karne dodaje jeszcze motywację współczucia), a samobójstwo wspomagane (z pomocą lekarza) jako umyślną pomoc człowiekowi w odebraniu sobie życia, na jego dobrowolne i świadome żądanie. Dlatego nie stosowanie terapii daremnej nie powinno być mylnie postrzegane jako forma eutanazji. Wyraźnie stwierdza to Deklaracja w sprawie eutanazji przyjęta przez 39. Zgromadzenie WMA w Madrycie w 1987 r. i potwierdzona w 2005 r.: „Eutanazja, która jest aktem rozmyślnego zakończenia życia pacjenta, nawet jeśli jest przeprowadzona na życzenie samego pacjenta lub na życzenie jego bliskich krewnych, jest nieetyczna. Powyższe stanowisko nie zwalnia lekarza od respektowania życzenia pacjenta, aby pozwolić na naturalny przebieg procesu umierania w terminalnej fazie choroby". Potwierdzono to również w 2019 r. w Deklaracji w sprawie eutanazji i samobójstwa wspomagane go medycznie przyjętej przez WMA w Tbilisi. Podobnie polski KEL, zakazując lekarzowi z jednej strony eutanazji i pomocy w samobójstwie (art. 32), a z drugiej – terapii daremnej (art. 33), zobowiązuje go do troski o jakość życia chorego, zapewnienia mu humanitarnej opieki terminalnej i godnych warunków umierania (art. 31). W poprzedniej wersji stanowiska TIP również wielokrotnie podkreślono, że rezygnacja z terapii daremnej nie jest formą eutanazji. Nieporozumienia w tej kwestii

wynikały z nieznajomości stanowiska TIP, niezrozumienia jego treści lub interpretacji fragmentów w oderwaniu od całości, co mogło wprowadzać w błąd opinię publiczną i wymagało stanowczej reakcji.

Podsumowując: w żadnej sytuacji związanej z opieką nad nieuleczalnie chorym eutanazja nie jest rozwiązaniem moralnie akceptowalnym, jest niezgodna z etyką medyczną i polskim prawem. Eutanazja nie może być utożsamiana z niestosowaniem terapii daremnej.

Aspekty prawne opieki nad chorymi umierającymi w szpitalach i terapii daremnej w Polsce

Prawa pacjenta nieubezwłasnowolnionego, który nie jest w stanie podejmować świadomych decyzji

Prawo do umierania w spokoju i godności

Art. 20 ust. 2 UPP stanowi, że pacjent ma prawo do umierania w spokoju i godności. Po stronie osób wykonujących zawód medyczny rodzi to obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej umierającego (art. 22 ust. 1 UPP). Należy zatem zapewnić pacjentowi godne warunki umierania nie tylko w sensie fizycznym (w osłoniętym miejscu lub odrębnym pomieszczeniu – art. 22 ust. 1 UPP), medycznym oraz opiekuńczym (bez dolegliwości, które medycyna jest w stanie opanować, w szczególności bez bólu – zgodnie z art. 20a ust. 1 i 2 UPP; pkt 1), ale także duchowym (z uwzględnieniem umożliwienia kontaktu z duchownym – zgodnie z art. 37 UPP; pkt 2) i społecznym (w towarzystwie osób bliskich – zgodnie z art. 33 ust. 1 UPP; pkt 3). Dysponentem tych praw jest zarówno pacjent w pełni świadomy, jak i pacjent niezdolny do podejmowania świadomych decyzji.

Prawo do leczenia przeciwbólowego

Prawo do skutecznego leczenia bólu wynika z art. 20a ust. 1 UPP. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany do podejmowania działań polegających na określeniu stopnia natężenia bólu, właściwym leczeniu bólu zgodnie ze standardami medycznymi oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia (art. 20a ust. 2 UPP). Leczenie przeciwbólowe z reguły należy wdrożyć natychmiast. Jeżeli pacjent ze względu na stan zdrowia nie jest w stanie wyrazić świadomej zgody, lekarz może wdrożyć takie leczenie bez konieczności uzyskania zgody sądu opiekuńczego. W przypadkach budzących wątpliwości, o ile jest to możliwe, decyzję należy skonsultować z innym lekarzem. Fakt konsultacji należy odnotować w dokumentacji medycznej, a w przypadku inwazyjnego leczenia przeciwbólowego (procedury zabiegowe) następnie poinformować sąd opiekuńczy (art. 33 ust. 2 i 3 UZL oraz art. 34 ust. 7 i 8 UZL).

cdn.



USTAWA O OPIECE ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI

USTAWA z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami.

Rozdział 1

Przepisy ogólne.

Art. 1.

Przedmiot regulacji; wyłączenia podmiotowe spod regulacji

1. Ustawa określa:
 - zakres i cele opieki zdrowotnej nad uczniami;
 - podmioty sprawujące opiekę zdrowotną nad uczniami;
 - podmioty zapewniające warunki organizacyjne opieki zdrowotnej nad uczniami;
 - organizację opieki zdrowotnej nad uczniami oraz zadania podmiotów, o których mowa w pkt 2 i 3;
 - zasady integrowania opieki zdrowotnej nad uczniami;
 - organizację opieki nad uczniami przewlekle chorymi lub niepełnosprawnymi w szkole;
 - monitorowanie opieki zdrowotnej nad uczniami;
 - finansowanie zadań z zakresu opieki zdrowotnej nad uczniami;
 - dokumentowanie i sprawozdawanie realizacji zadań z zakresu opieki zdrowotnej nad uczniami.
2. Ustawa nie dotyczy słuchaczy szkół dla dorosłych, branżowych szkół II stopnia i szkół policealnych oraz uczniów szkół artystycznych realizujących wyłącznie kształcenie artystyczne.

Art. 2.

Zakres, miejsce i cele opieki zdrowotnej nad uczniami.

1. Opieka zdrowotna nad uczniami jest realizowana w szkole i obejmuje profilaktyczną opiekę zdrowotną, promocję zdrowia oraz opiekę stomatologiczną.

2. Profilaktyczna opieka zdrowotna jest sprawowana nad uczniami do ukończenia 19. roku życia, a w przypadku uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego - do ukończenia szkoły ponadpodstawowej.
3. Opieka stomatologiczna jest sprawowana nad uczniami do ukończenia 19. roku życia.
4. Opieka zdrowotna nad uczniami ma na celu:
 - ochronę zdrowia uczniów, w tym zdrowia jamy ustnej;
 - kształtowanie u uczniów postaw prozdrowotnych oraz odpowiedzialności za własne zdrowie.
5. Cele, o których mowa w ust. 4, są realizowane przez:
 - działania na rzecz zachowania zdrowia oraz zapobiegania powstawaniu lub rozwojowi chorób, w tym chorób zakaźnych;
 - wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych i czynników ryzyka;
 - edukację zdrowotną i promocję zdrowia, w tym aktywności fizycznej i sportu oraz prawidłowego żywienia;
 - udzielanie pierwszej pomocy w rozumieniu art. 3 pkt 7 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993).
6. Ilekroć w ustawie jest mowa o rodzicach, rozumie się przez to rodziców, o których mowa w art. 4 pkt 19 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (Dz. U. z 2018 r. poz. 996, z późn. zm.).

Art. 3.

Osoby sprawujące opiekę zdrowotną nad uczniami.

1. Profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w szkole sprawują pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna.
2. Opiekę stomatologiczną nad uczniami sprawuje lekarz dentysta.
3. W zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, w sprawowaniu opieki stomatologicznej nad uczniami może uczestniczyć również higienistka stomatologiczna.
4. Opieka zdrowotna nad uczniami jest sprawowana we współpracy z rodzicami oraz pełnoletnimi uczniami.

Art. 4.

Podmioty zapewniające warunki organizacyjne opieki zdrowotnej nad uczniami

Podmiotami zapewniającymi warunki organizacyjne opieki zdrowotnej nad uczniami są:

- dyrektor szkoły;
- organ prowadzący szkołę.

Art. 5.

Wymagania wobec osób sprawujących opiekę zdrowotną nad uczniami.

1. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania to pielęgniarka, która:

- posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub
- posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, lub
- ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, lub
- posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatricznego zdobyty po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego rozpoczętego po dniu 23 sierpnia 2015 r., lub
- odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatricznego - z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, realizująca opiekę zdrowotną nad uczniami w szkołach.

2. Pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania może być również:

- pielęgniarka, która posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatricznego uzyskany po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego rozpoczętego przed dniem 23 sierpnia 2015 r., lub
- położna, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania albo równoważny oraz posiada co najmniej pięcioletni staż pracy w środowisku nauczania i wychowania.

3. Higienistka szkolna to osoba, która posiada wy-

kształcenie średnie medyczne w zawodzie higienistki szkolnej oraz posiada co najmniej pięcioletni staż pracy w środowisku nauczania i wychowania, z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, realizująca opiekę zdrowotną nad uczniami w szkołach.

4. Lekarz dentysta sprawujący opiekę stomatologiczną nad uczniami to lekarz dentysta spełniający wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem świadczeń ortodoncji, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

5. Higienistka stomatologiczna to osoba, która:

- ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy higienistki stomatologicznej lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe lub dyplom zawodowy w zawodzie higienistka stomatologiczna lub
- ukończyła, przed dniem wejścia w życie ustawy, studia wyższe na kierunku lub w specjalności higiena stomatologiczna i uzyskała tytuł zawodowy licencjata, lub
- ukończyła studia wyższe na kierunku związanym z kształceniem w zakresie higieny dentystycznej, obejmujące co najmniej 1688 godzin kształcenia z zakresu higieny dentystycznej, i uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata.

Rozdział 2

Organizacja opieki zdrowotnej nad uczniami oraz zadania podmiotów sprawujących opiekę i podmiotów działających na rzecz zapewnienia warunków organizacyjnych tej opieki.

Art. 6.

Miejsce sprawowania opieki zdrowotnej nad uczniami

1. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w gabinecie profilaktyki zdrowotnej zlokalizowanym w szkole, a w przypadku braku gabinetu profilaktyki zdrowotnej w szkole, w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Lekarz dentysta sprawuje opiekę stomatologiczną nad uczniami w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Miejscem tym jest gabinet dentystyczny zlokalizowany w szkole, gabinet dentystyczny poza szkołą albo dentobus, prowadzone przez podmiot wykonujący działalność leczniczą współpracujący ze szkołą.
3. Rodzice oraz pełnoletni uczniowie mają prawo wyboru innego lekarza dentysty niż określony w ust. 2.

Art. 7.

Obowiązek przestrzegania praw pacjenta; sprzeciw lub zgoda na sprawowanie opieki zdrowotnej nad uczniami.

1. Osoby sprawujące opiekę zdrowotną nad uczniami, o których mowa w art. 3 ust. 1-3, są obowiązane do przestrzegania praw pacjenta, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.), w szczególności zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych w związku ze sprawowaniem tej opieki, w tym związanych ze stanem zdrowia uczniów, oraz poszanowania intymności i godności uczniów w czasie udzielania im świadczeń zdrowotnych.
2. Profilaktyczna opieka zdrowotna oraz opieka stomatologiczna nad uczniami w zakresie, o którym mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 2, jest sprawowana w przypadku braku sprzeciwu rodziców albo pełnoletnich uczniów.
3. Rodzice na pierwszym zebraniu rodziców oraz pełnoletni uczniowie na pierwszych zajęciach z wychowawcą w roku szkolnym uzyskują informację o zakresie opieki zdrowotnej oraz o prawie do wyrażenia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 2, złożonego w formie pisemnej do świadczeniodawcy realizującego opiekę. Informację tę umieszcza się ponadto w miejscu ogólnie dostępnym w szkole.
4. Opieka stomatologiczna w zakresie, o którym

mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 pkt 1, wymaga pisemnej zgody rodziców albo pełnoletnich uczniów, wyrażonej po uzyskaniu informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zgodę wyraża się przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego.

5. Sprawowanie opieki nad uczniami przewlekle chorymi lub niepełnosprawnymi, o której mowa w art. 20, wymaga pisemnej zgody rodziców albo pełnoletnich uczniów. Zgodę wyraża się przed objęciem ucznia opieką.
6. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do wyrażania zgody na sprawowanie opieki zdrowotnej nad uczniami stosuje się przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Art. 8.

Zakres profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.

1. Zakres świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną, w tym u uczniów przewlekle chorych lub niepełnosprawnych, określają przepisy wydane na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w części dotyczącej wykazu świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej.
2. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna integrują opiekę zdrowotną nad uczniami w celu wsparcia rodziców oraz pełnoletnich uczniów w realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych.

Art. 9.

Zakres opieki stomatologicznej nad uczniami.

1. Lekarz dentysta sprawujący opiekę stomatologiczną nad uczniami wykonuje:
 - świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia,
 - profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia - określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w części dotyczącej wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia

- stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem świadczeń ortodontcji.
2. W przypadku gdy opieka stomatologiczna nad uczniami jest sprawowana w dentobusie, lekarz dentysta wykonuje:
 - świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielane w dentobusie,
 - profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia udzielane w dentobusie - określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w części dotyczącej wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem świadczeń ortodontcji.
 3. Lekarz dentysta współpracuje z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną oraz dyrektorem szkoły w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jamy ustnej oraz profilaktyki próchnicy zębów u uczniów.

Art. 10.

Zadania higienistki stomatologicznej.

Higienistka stomatologiczna współpracuje z lekarzem dentystą w sprawowaniu opieki stomatologicznej nad uczniami, w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jamy ustnej.

Art. 11.

Współpraca dyrektora szkoły z podmiotami sprawującymi opiekę zdrowotną nad uczniami oraz z rodzicami uczniów. Dyrektor szkoły w celu zapewnienia warunków organizacyjnych opieki zdrowotnej nad uczniami współpracuje z:

- podmiotami sprawującymi opiekę zdrowotną nad uczniami;
- rodzicami w przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych lub higienicznych, w oparciu o procedury organizacyjne postępowania.

Art. 12.

Korzystanie z gabinetu profilaktyki zdrowotnej lub gabinetu dentystycznego

1. Organ prowadzący szkołę zapewnia uczniom możliwość korzystania z:

- gabinetu profilaktyki zdrowotnej, o którym mowa w przepisach ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe;
 - gabinetu dentystycznego spełniającego wymagania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219 oraz z 2019 r. poz. 492, 730 i 959).
2. Organ prowadzący szkołę na podstawie umowy nieodpłatnie udostępnia pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolnej gabinetu profilaktyki zdrowotnej w szkole.
 3. W przypadku braku gabinetu dentystycznego w szkole, organ prowadzący szkołę zawiera porozumienie z podmiotem wykonującym działalność leczniczą udzielającym świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży finansowanych ze środków publicznych, w którym określa się sposób organizacji udzielania świadczeń.

Rozdział 3**Integracja opieki zdrowotnej nad uczniami.****Art. 13.**

Osoby zapewniające integrację działań osób sprawujących opiekę zdrowotną nad uczniami.

Integrację działań osób sprawujących opiekę zdrowotną nad uczniami, o których mowa w art. 3 ust. 1-3, zapewnia pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna.

Art. 14.

Zakres podmiotowy współpracy w celu integrowania opieki zdrowotnej nad uczniami.

1. W celu integrowania opieki zdrowotnej nad uczniami pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna współpracuje z:
 - lekarzem dentystą;
 - rodzicami.
2. W ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna współpracuje również z zespołem podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej

(Dz. U. z 2019 r. poz. 357 i 730), a w przypadku gdy nie został utworzony zespół podstawowej opieki zdrowotnej - z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej.

Art. 15.

Współpraca z zespołem POZ lub lekarzem POZ.

1. Współpraca pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej z zespołem podstawowej opieki zdrowotnej, a w przypadku gdy nie został utworzony zespół podstawowej opieki zdrowotnej - z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, polega na:
 - uzyskiwaniu porad;
 - wymianie informacji o stanie zdrowia uczniów w zakresie niezbędnym do realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej, za zgodą rodziców albo pełnoletnich uczniów;
 - podejmowaniu wspólnych działań, w zakresie niezbędnym do zachowania zdrowia, profilaktyki, rozpoznawania i leczenia chorób, pielęgnowania oraz rehabilitacji uczniów;
 - podejmowaniu wspólnych działań w zakresie profilaktyki chorób, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz identyfikacji czynników ryzyka i zagrożeń zdrowotnych.
2. Informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 2, dotyczą rozpoznania, sposobu leczenia, rokowania, ordynowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, w tym okresu ich stosowania i sposobu dawkowania, oraz wyznaczonych wizyt, udzielonych i zaplanowanych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w innych niż podstawowa opieka zdrowotna zakresach świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie niezbędnym do realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.
3. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna oraz członkowie zespołu podstawowej opieki zdrowotnej, po otrzymaniu pisemnej informacji, o której mowa w ust. 1 pkt 2, zapoznają się z nią i dołączają do dokumentacji medycznej ucznia. Informacja ustna jest odnotowywana w dokumentacji medycznej ucznia.

Art. 16.

Szczegółowy zakres współpracy z lekarzem dentystą.

1. Współpraca pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej z lekarzem dentystą polega na:

- wymianie informacji o stanie zdrowia uczniów w zakresie niezbędnym do realizacji opieki stomatologicznej, w szczególności zdrowia jamy ustnej, za zgodą rodziców albo pełnoletniego ucznia;
 - podejmowaniu wspólnych działań w zakresie profilaktyki chorób, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz identyfikacji czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych w zakresie zdrowia jamy ustnej.
2. Informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 1, dotyczą w szczególności wydanych zaleceń, udzielonych i zaplanowanych świadczeń zdrowotnych, w zakresie niezbędnym do realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.
 3. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna oraz lekarz dentysta, po otrzymaniu pisemnej informacji, o której mowa w ust. 1 pkt 1, zapoznają się z nią i dołączają do dokumentacji medycznej ucznia. Informacja ustna jest odnotowywana w dokumentacji medycznej.

Art. 17.

Szczegółowy zakres współpracy z rodzicami uczniów lub pełnoletnimi uczniami.

1. Współpraca pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej z rodzicami albo pełnoletnimi uczniami polega na:
 - przekazywaniu informacji o:
 - stanie zdrowia i rozwoju psychofizycznym ucznia,
 - terminach i zakresie udzielania świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami,
 - możliwościach i sposobie kontaktowania się z osobami sprawującymi profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami;
 - informowaniu i wspieraniu rodziców lub pełnoletnich uczniów w:
 - organizacji korzystania ze świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz opieki stomatologicznej nad uczniami, w tym profilaktycznych badań lekarskich, badań przesiewowych, przeglądów stomatologicznych oraz szczepień ochronnych,
 - realizacji zaleceń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza dentysty;

- uczestniczeniu w zebraniach z rodzicami albo zebraniach rady rodziców, w celu omówienia zagadnień z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia uczniów.
2. W stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego podczas transportu ucznia przez zespół ratownictwa medycznego do szpitala oraz w szpitalu do czasu przybycia rodziców może być obecna pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna albo opiekun faktyczny. Decyzję o obecności jednej z tych osób podczas transportu podejmuje kierownik zespołu ratownictwa medycznego po uzyskaniu zgody dyrektora szkoły.

Art. 18.

Współpraca z dyrektorem szkoły, nauczycielami i pedagogiem szkolnym.

1. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna współpracuje z dyrektorem szkoły, nauczycielami i pedagogiem szkolnym.
2. Współpraca, o której mowa w ust. 1, polega na podejmowaniu wspólnych działań w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych oraz rozpoznanych czynników ryzyka dla zdrowia uczniów danej szkoły.
3. W ramach współpracy, o której mowa w ust. 1, pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna doradza dyrektorowi szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole.
4. Na wniosek dyrektora szkoły pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna przedstawia zagadnienia z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia uczniów na posiedzeniach rady pedagogicznej, z zachowaniem prawa do tajemnicy o stanie zdrowia uczniów.

Art. 19.

Współpraca z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych.

Współpraca, o której mowa w art. 15-18, może odbywać się z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych, pod warunkiem że administratorzy i podmioty przetwarzające dane osobowe wdrożą środki techniczne i organizacyjne zapewniające odpowiedni stopień bezpieczeństwa

tych danych w procesie ich przekazywania, określony w przepisach o ochronie danych osobowych.

Rozdział 4

Sprawowanie opieki nad uczniami przewlekle chorymi lub niepełnosprawnymi w szkole.

Art. 20.

Osoby zapewniające opiekę nad uczniem przewlekle chorym lub niepełnosprawnym w szkole.

Opieka nad uczniem przewlekle chorym lub niepełnosprawnym w szkole jest realizowana przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną.

Art. 21.

Współpraca w celu zapewnienia właściwej opieki nad uczniami przewlekle chorymi lub niepełnosprawnymi w szkole.

1. W celu zapewnienia właściwej opieki nad uczniami przewlekle chorymi lub niepełnosprawnymi w szkole pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna współpracuje z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, rodzicami, pełnoletnimi uczniami oraz dyrektorem i pracownikami szkoły.
2. Współpraca, o której mowa w ust. 1, obejmuje wspólne określenie sposobu opieki nad uczniem dostosowanego do stanu zdrowia ucznia w sytuacji konieczności podawania leków oraz wykonywania innych czynności podczas pobytu ucznia w szkole.
3. Podawanie leków lub wykonywanie innych czynności podczas pobytu ucznia w szkole przez pracowników szkoły może odbywać się wyłącznie za ich pisemną zgodą.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia może ogłosić, w drodze obwieszczenia, zalecenia postępowania dotyczące opieki nad uczniami przewlekle chorymi lub niepełnosprawnymi w szkole, opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia lub towarzystwa naukowe o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny, zgodnie z postanowieniami ich statutów.
5. Obwieszczenie, o którym mowa w ust. 4, jest ogłaszane w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 22.

Szkolenia pracowników szkoły w zakresie sposobu postępowania wobec uczniów przewlekle chorych lub niepełnosprawnych.

Dyrektor szkoły zapewnia pracownikom szkoły szkolenia lub inne formy zdobycia wiedzy na temat sposobu postępowania wobec uczniów przewlekle chorych lub niepełnosprawnych, odpowiednio do potrzeb zdrowotnych uczniów.

Rozdział 5

Monitorowanie opieki zdrowotnej nad uczniami.

Art. 23.

Podmioty wykonujące zadania w zakresie monitorowania opieki zdrowotnej nad uczniami.

1. Zadania w zakresie monitorowania opieki zdrowotnej nad uczniami wykonują:
 - wojewodowie;
 - Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, zwany dalej „Instytutem” - na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia.
2. W zakresie, o którym mowa w ust. 1, wojewoda przetwarza i gromadzi informacje o realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami pozyskane w ramach statystyki publicznej.
3. Do zadań Instytutu, w zakresie, o którym mowa w ust. 1, należy:
 - analiza informacji gromadzonych w ramach statystyki publicznej i ocena realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami;
 - opracowywanie i przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w terminie do dnia 30 kwietnia następnego roku, corocznej informacji o realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami;
 - proponowanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia kierunków zmian w opiece zdrowotnej nad uczniami;
 - proponowanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia kierunków zmian w kształceniu zawodowym osób sprawujących opiekę zdrowotną nad uczniami;
 - opiniowanie programów kształcenia podyplomowego pielęgniarek oraz lekarzy podstawowej

opieki zdrowotnej, w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami;

- współpraca z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania w zakresie opracowywania i opiniowania programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia dla podmiotów działających na rzecz zapewnienia warunków realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić przeprowadzenie badania w zakresie oceny jakości opieki zdrowotnej nad uczniami.

Rozdział 6

Finansowanie opieki zdrowotnej nad uczniami.

Art. 24.

Zasady, sposób i warunki finansowania świadczeń opieki zdrowotnej nad uczniami.

1. Opieka zdrowotna nad uczniami jest finansowana ze środków ujętych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. Zasady, sposób i warunki finansowania świadczeń opieki zdrowotnej nad uczniami określają przepisy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 25.

Finansowanie realizacji zadań wykonywanych przez Instytut Matki i Dziecka.

Realizacja zadań wykonywanych przez Instytut jest finansowana z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Rozdział 7

Dokumentowanie i sprawozdawanie realizacji zadań z zakresu opieki zdrowotnej nad uczniami.

Art. 26.

Dokumentacja medyczna prowadzona przez podmioty sprawujące opiekę zdrowotną nad uczniami.

1. Podmioty sprawujące opiekę zdrowotną nad uczniami prowadzą dokumentację medyczną zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz z zachowaniem wymagań wynikają-

cych z ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. poz. 1000 i 1669 oraz z 2019 r. poz. 730).

2. Rodzaje i zakres dokumentacji medycznej dotyczącej opieki zdrowotnej nad uczniami określają przepisy wydane na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Art. 27.

Przechowywanie dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach opieki zdrowotnej nad uczniami.

1. Dokumentacja, o której mowa w art. 26, jest przechowywana odpowiednio przez:
 - pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną w gabinecie profilaktyki zdrowotnej w szkole lub miejscu udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę, przez okres pobierania przez ucznia nauki w danej szkole;
 - lekarza dentystę.
2. W przypadku zmiany szkoły przez ucznia dokumentacja medyczna, o której mowa w ust. 1 pkt 1, jest przekazywana, za pokwitowaniem, pielęgniarence środowiska nauczania i wychowania albo higienistce szkolnej w szkole przyjmującej ucznia.
3. Po zakończeniu kształcenia przez ucznia pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna przekazuje, za pokwitowaniem, indywidualną dokumentację medyczną absolwenta zespołowi podstawowej opieki zdrowotnej, sprawującemu nad nim opiekę zdrowotną.

Art. 28.

Sprawozdawczość z realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami.

Podmioty sprawujące opiekę zdrowotną nad uczniami w szkole prowadzą sprawozdawczość z realizacji tej opieki zgodnie z przepisami o statystyce publicznej.

Rozdział 8

Zmiany w przepisach.

Art. 29.

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:

- w art. 27 uchyla się ust. 3;
- po art. 47c dodaje się art. 47ca w brzmieniu:

„Art. 47ca. W gabinecie dentystycznym w szkole oraz w gabinecie dentystycznym prowadzonym przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, z którym organ prowadzący szkołę zawarł porozumienie, o którym mowa w art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. poz. 1078), uczniowie tej szkoły korzystają ze świadczeń w zakresie leczenia stomatologicznego poza kolejnością.”;

- w art. 136 w ust. 2 po pkt 1a dodaje się pkt 1b w brzmieniu:

„1b) z zakresu leczenia stomatologicznego w części dotyczącej świadczeń udzielanych w dentobusie oraz świadczeń udzielanych uczniom w gabinecie dentystycznym w szkole lub w gabinecie dentystycznym prowadzonym przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, z którym organ prowadzący szkołę zawarł porozumienie, o którym mowa w art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami, kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest zmieniana przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych oraz wykonania tej umowy.”;

Art. 30.

W ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (Dz. U. z 2018 r. poz. 996, z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:

- w art. 69 dodaje się ust. 8 w brzmieniu:

„8. Na wniosek dyrektora szkoły pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna przedstawia na posiedzeniach rady pedagogicznej zagadnienia z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia uczniów, z zachowaniem w tajemnicy informacji o stanie zdrowia uczniów.”;

- w art. 83 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. W zebraniach rady rodziców może uczestniczyć pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna w celu omówienia zagadnień z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia uczniów, z zachowaniem w tajemnicy informacji o stanie zdrowia uczniów.”;

- w art. 137 w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) posiadają stan zdrowia umożliwiający podjęcie nauki w szkole lub oddziale, potwierdzony orzeczeniem lekarskim wydanym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.”;

- w art. 150 w ust. 2 w pkt 4 lit. h otrzymuje brzmienie:

„h) orzeczenie lekarskie o stanie zdrowia umożliwiającym podjęcie nauki w szkole lub oddziale wydane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,”.

Rozdział 9

Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe.

Art. 31.

Pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania może być również pielęgniarka, która ukończyła lub odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego, z tym że w okresie 5 lat od wejścia w życie ustawy jest ona obowiązana do ukończenia kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania.

Art. 32.

Obowiązujące w dniu wejścia w życie ustawy umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte przez Narodowy Fundusz Zdrowia z podmiotami sprawującymi profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami oraz podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych w dentobusach, w zakresie, w jakim dotyczą tej opieki lub tych świadczeń, zachowują ważność przez okres, na jaki zostały zawarte.

Art. 33.

Ustawa wchodzi w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 30 pkt 3 i 4, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020 r.

PROFILAKTYCZNA OPIEKA ZDROWOTNA NAD UCZNIAMI



Profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w szkole może sprawować Pielęgniarka/pielęgniarz:

- z tytułem magistra pielęgniarstwa.
- z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania.
- z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania.
- z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego.
- ze statusem uczestnika szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego.

Higienistka szkolna:

- z wykształceniem średnim medycznym w zawodzie higienistki szkolnej oraz 5-letnim stażem pracy w środowisku nauczania i wychowania. Położna
- z ukończonym kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania albo równoważnym oraz co najmniej 5-letnim stażem pracy w środowisku nauczania i wychowania.

Wymagany status zawodowy:

- umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nad uczniami lub
- zatrudnienie u świadczeniodawcy realizującego takie świadczenia.

Aktualne zapisy ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. z 2019 r., poz. 1078) oraz obecnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. z 2013 r., poz. 1562), nie przewiduje kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania dla położnych, uniemożliwia to położnym ukończenie w/w kursu, a tym samym podjęcia pracy w medycynie szkolnej.



Nadal trwają prace nad projektem nowelizacji ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami, którego wstępne założenia dopuszczają położne (po ukończeniu odpowiedniego kształcenia podyplomowego) do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami. Aktualny projekt ustawy o zmianie ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami oraz niektórych innych ustaw jest dostępny pod linkiem: [h|Elps://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12402551/katalog/13159566#13159566](https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12402551/katalog/13159566#13159566)

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania* może udzielać świadczeń:

1. Będąc zatrudnioną w podmiocie leczniczym, który udziela świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny szkolnej w ramach umowy o pracę lub umowy zlecenia. Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera umowę kontraktową na ten rodzaj świadczeń z podmiotem leczniczym, w którym pracuje pielęgniarka.
2. Prowadząc jednoosobową działalność gospodarczą w formie indywidualnej praktyki pielęgniarskiej. Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera umowę kontraktową na udzielanie świadczeń pielęgniarki szkolnej bezpośrednio z pielęgniarką.
3. Prowadząc indywidualną praktykę pielęgniarską w podmiocie leczniczym na podstawie umowy z tym podmiotem (tzw. kontrakt). Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera umowę na udzielanie świadczeń pielęgniarki szkolnej z podmiotem leczniczym, z którym pielęgniarka zawarła kontrakt.
4. Będąc współnikiem spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej prowadzącej grupową praktykę pielęgniarek. Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera umowę kontraktową na udzielanie świadczeń pielęgniarki szkolnej ze spółką.
5. Będąc właścicielem/współwłaścicielem podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny szkolnej, który jest prowadzony w formie jednoosobowej działalności gospodarczej lub jednej ze spółek (cywilnej, jawnej, partnerskiej, komandytowej, z ograniczoną odpowiedzialnością, akcyjnej). Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera umowę kontraktową na udzielanie świadczeń pielęgniarki szkolnej z podmiotem leczniczym.

*przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania, rozumie się także pielęgniarkę szkolną, położną szkolną oraz higienistkę szkolną. Czerwiec, 2026

**Zespół Pracowni Medycyny Szkolnej
Instytut Matki i Dziecka w Warszawie**

WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH



WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, DO KTÓRYCH JEST UPRAWNIONA PIELĘGNIARKA PO UKOŃCZENIU SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO DLA PIELĘGNIAREK

1. Kierowanie na badania diagnostyczne i pobieranie materiału do badań diagnostycznych.
2. Kierowanie na badania lub pobieranie materiałów bakteriologicznych (mocz, kał, płwocina, wymazy z nosa, gardła i narządów płciowych i inne wydzieliny).
3. Wykonywanie u dzieci badań przesiewowych oraz kierowanie do lekarzy.
4. Wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego.
5. Wykonywanie szczepień ochronnych u dzieci i dorosłych.
6. Prowadzenie poradnictwa w zakresie sprawowania opieki nad dziećmi z grup dyspenseryjnych.
7. Wykonywanie czynności ratunkowych, do których uprawnia ukończony kurs specjalistyczny RKO. str. 105 CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
8. Ocenianie świadomości chorego z wykorzystaniem właściwych metod oceny (schematów, klasyfikacji).
9. Wnioskowanie o objęcie opieką społeczną.
10. Udzielanie porad edukacyjnych w zakresie profilaktyki nowotworów.
11. Udzielanie porad edukacyjnych w zakresie zachowań zdrowotnych zapobiegających występowaniu nowotworów.
12. Udzielanie porad edukacyjnych w zakresie samo-kontroli i samobadania w profilaktyce przeciwnowotworowej.
13. Prowadzenie/udzielanie porad edukacyjnych w zakresie terapii antytytoniowej.
14. Kierowanie do specjalisty w przypadku rozpoznania choroby nowotworowej.

Zawód

15. Sprawowanie kompleksowej opieki i pielęgnacji nad pacjentem w środowisku domowym.
16. Kierowanie zespołem sprawującym opiekę nad pacjentem w środowisku domowym.
17. Uczestniczenie w zespołach interwencyjnych w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa dziecka w rodzinie.

WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, DO KTÓRYCH JEST UPRAWNIONA PIELĘGNIARKA PO UKOŃCZENIU KURSU KWALIFIKACYJNEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ŚRODOWISKA NAUCZANIA I WYCHOWANIA

1. Wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych.
2. Kierowanie postępowaniem po przesiewowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów.
3. Opieka oraz czynne poradnictwo wobec uczniów z problemami zdrowotnymi, społecznymi i szkolnymi.
4. Sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarских oraz wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur medycznych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole.
5. Wstępna ocena urazu i nagłego zachorowania ucznia oraz zapewnienie ciągłości opieki do czasu przekazania ucznia zespołowi ratownictwa medycznego lub rodzicom.
6. Prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej na podstawowym poziomie oraz zapewnienie ciągłości opieki do czasu przybycia zespołu ratownictwa medycznego.
7. Doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole.
8. Edukacja zdrowotna w zakresie profilaktyki chorób jamy ustnej.
9. Prowadzenie profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi.

10. Planowanie, realizacja i ocena efektów edukacji zdrowotnej.
11. Wczesna identyfikacja ucznia podejrzanego o używanie substancji psychoaktywnych.
12. Wczesna identyfikacja problemu przemocy wśród dzieci i młodzieży.
13. Współpraca z pracownikami instytucji działających na rzecz wsparcia ucznia/wychowanka oraz jego środowiska rodzinnego.
14. Udzielanie porad żywieniowych w zakresie racjonalnego odżywiania oraz otyłości i nadwagi.
15. Poradnictwo w środowisku nauczania i wychowania w zakresie epidemiologicznym oraz zapobiegania rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych wśród uczniów.
16. Poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia, w tym aktywności fizycznej.





PRACA W CIENIU NIEPEWNOŚCI - ARTYKUŁ

Głos pielęgniarki anestezyjologicznej o oddelegowaniach i zarządzaniu kadrami.

Pracuję jako pielęgniarka anestezyjologiczna w oddziale anestezyjologii zabiegowej Szpitala Wojewódzkiego im. św. Łukasza w Tarnowie od 35 lat. Specjalizację zdobyłam wiele lat temu, nie z powodów finansowych, lecz z ambicji, chęci rozwijania umiejętności zawodowych i potrzeby wiedzy. Jednym z celów tego artykułu jest opis sytuacji, która od pewnego czasu budzi we mnie i moich koleżankach coraz większy niepokój i znacząco podnosi poziom stresu w i tak niełatwych warunkach pracy.

Nasz zespół liczy 36 osób. W ciągu ostatnich pięciu lat przyjęto sześć nowych pielęgniarek, aby uzupełnić braki kadrowe i odmłodzić zespół. Decyzja, którą rozumiem i popieram. Nowo przyjęte osoby przechodziły długi okres przyuczania (w niektórych przypadkach nawet dwuletni) podczas którego na jednej sali pracowały dwie pielęgniarki jednocześnie. Gdy umiejętności koleżanek były zadowalające i zdały egzamin specjalizacyjny grafiki zaczęto układać pojedynczo. Wówczas okazało się, że personelu jest faktycznie więcej, niż wynika z bieżących potrzeb. Trudno mi powiedzieć czy nasza bezpośrednia przełożona, koordynująca oddział, zgłosiła dyrektor ds. pielęgniarstwa o ukończeniu szkolenia przez nowy personel i tym samym o przerozcięciu zatrudnienia.

Mamy 7 sal operacyjnych w obrębie bloku, oraz regularne znieczulenia w endoskopii, na co najmniej dwóch stanowiskach. Okazjonalnie, raz lub dwa razy w miesiącu, dochodzą zabiegi w brachyterapii, RM, ABR czy okulistyka.

Od pewnego czasu obserwujemy, że jedna lub dwie sale operacyjne bywają wyłączone z pracy, z różnych powodów: braku anestezyjologów, braku kontraktów na zabiegi i zapewne innych, o których nie wiem

W ciągu ostatnich dwóch lat rozpoczęto oddelegowywanie części zespołu na inne stanowiska pracy. Nikt nie przedstawił nam jasno i konkretnie celu tych oddelegowań. Zaskakującym jest fakt, że gdy przychodzimy do pracy na inne oddziały, okazuje się, że nie ma braków personalnych, bo zastępuję koleżankę, która w tym samym czasie poszła np. na chirurgię.

Zatem konieczność uzupełnienia brakującej kadry odpada. Oddelegowania są czasowe 1-3 miesiące.

Ta sytuacja ma też bezpośrednie przełożenie na bezpieczeństwo pacjenta. Kiedy pielęgniarka zostaje „przerzucona” na inny oddział, nie zna w pełni jego sprzętu, ani zwyczajów zespołu, z którym ma współpracować. Te elementy mają znaczenie zwłaszcza w sytuacjach nagłych, wymagających szybkiej i pewnej reakcji, ale i w codziennym funkcjonowaniu oddziału.

Moim zdaniem do obecnej sytuacji przyczyniła się polityka kadrowa, czyli przyjmowanie nowych osób na przeszkolenie bez realnego zwiększania liczby miejsc pracy. Konsekwencje tej polityki ponosi personel wykonawczy, czyli my.

Nasuwa się też pytanie o sens zdobywania specjalizacji, skoro w praktyce mamy pracować na każdym oddziale, niezależnie od wyuczonych kompetencji i umiejętności. Warto zaznaczyć, że przyporządkowanie do oddziału macierzystego wiąże się również z wysokością wynagrodzenia, specjalizacja niejako „ginie” w zestawieniu z przypisaniem do konkretnego oddziału.

Nie mamy realnej możliwości rozmowy o tych decyzjach z dyrekcją, najczęściej słyszymy, że „taka jest polityka szpitala”. Sądzę, że problem oddelegowań w formie, w jakiej funkcjonuje on u nas, zasługuje na dyskusję na szerszym forum, być może Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezyjologicznych i Intensywnej Opieki mogłoby podjąć ten temat.

Inne szpitale radzą sobie z podobnymi wyzwaniami w odmienny sposób. Znałe są rozwiązania takie jak tworzenie zespołów pielęgniarek, które dobrowolnie godzą się na pracę w różnych oddziałach, w zamian za wyższe wynagrodzenie, albo delegowania ograniczone do oddziałów o zbliżonym profilu. Wydaje się, że tego rodzaju rozwiązania byłyby bardziej przejrzyste i mniej obciążające dla personelu niż praktyka stosowana obecnie.

Problem oddelegowań w obecnej formie istotnie zwiększa, moim zdaniem, ryzyko wypalenia zawodowego. Wiąże się z dodatkowym stresem, poczuciem braku bezpieczeństwa zawodowego, stabilizacji, oraz frustracją.

Całe życie zawodowe poświęciłam temu szpitalowi, pracując w różnych warunkach i realiach tam panujących. Mam świadomość narażenia własnej osoby na konsekwencje wynikające z poruszenia tej kwestii, jednak uważam, że ktoś musi podnieść ten trudny temat, bo chyba wszystkie pielęgniarki pracujące bezpośrednio z pacjentem mają podobne zdanie.

Czy warto?
Pewnie boleśnie się o tym przekonam.

Nazwisko do wiadomości Redakcji

SZKOLENIA DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



rozpoczęcie
w zależności
od terminu
zebrania
grupy

ROZWÓJ KOMPETENCJE BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA



KURSY SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

- Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz.1
- Resuscytacja krążeniowo-oddechowa
- Resuscytacja oddechowo-krążeniowa noworodka
- Terapia bólu ostrego u dorosłych
- Wsparcie psychologiczne pacjenta i jego rodziny
- Wykonanie i interpretacja zapisu EKG u dorosłych
- Wywiad i badanie fizykalne
- Szczepienia ochronne



KURSY DLA PIEŁĘGNIAREK

- Edukator w chorobach układu krążenia
- Endoskopia
- Leczenie ran
- Opieka nad pacjentem z chorobami układu oddechowego
- Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie
- Podstawy opieki paliatywnej
- Wykonanie badania spirometrycznego
- Żywienie dojelitowe i pozajelitowe



KURSY DLA POŁOŻNYCH

- Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji
- Leczenie ran
- Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu



KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE

- Cewnikowanie pęcherza moczowego
- Opieka nad pacjentem z założonym portem naczyniowym
- Szczepienia śródskórne wykonywane przez pielęgniarki i położne



SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE

Pielęgniarstwo chirurgiczne, internistyczne, neonatologiczne oraz rodzinne



Wykwalifikowani
wykładowcy



Praktyczna
wiedza



Małe grupy
szkoleniowe



Zaświadczenie
o ukończeniu kursu



ZAPISY W SYSTEMIE
MONITOROWANIA
KSZTAŁCENIA (SMK)

- ✓ Wejdź na stronę: smk.ezdrowie.gov.pl
- ✓ Zaloguj się do swojego konta
- ✓ Wyszukaj interesujący Cię kurs
- ✓ Wypełnij wniosek i wyślij

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH W TARNOWIE

14 696 54 54
14 696 54 55

ksztalcenie@oiptarnow.pl

oiptarnow.pl

Okręgowa Izba Pielęgniarek
i Położnych w Tarnowie

ul. Południowa 10,
33-100 Tarnów