

Właścicielem kopii jest PAŃSTWOWA UCZELNIA IM. STEFANA BATOREGO

PRAWO MEDYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

Dorota Karkowska

2

WYDANIE

POPRAWIONE I UZUPEŁNIONE

PRAWO MEDYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

Dorota Karkowska

WYDANIE

2

POPRAWIONE I UZUPEŁNIONE

Stan prawny na 1 marca 2020 r.

Dorota Karkowska, nr ORCID: 0000-0001-8023-9182

Recenzent
dr hab. Aldona Domańska, prof. UŁ

Wydawca
Izabella Małecka

Redaktor prowadzący
Tomasz Pietrzak

Opracowanie redakcyjne
Dagmara Wachna

Projekt okładek serii
Wojtek Kwiecień-Janikowski, Przemek Dębowski

.....
Ta książka jest wspólnym dziełem twórcy i wydawcy. Prosimy, byś przestrzegał przysługujących im praw. Książkę możesz udostępnić osobom bliskim lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w internecie. Jeśli cytujesz fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie zaznacz, czyje to dzieło. A jeśli musisz skopiować część, rób to jedynie na użytek osobisty.
.....

 **prawolubni**
.....

SZANUJMY PRAWO I WŁASNOŚĆ
Więcej na www.legalnakultura.pl
POLSKA IZBA KSIĄŻKI

© Copyright by Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., 2020

ISBN 978-83-8187-355-0
2. wydanie

Dział Praw Autorskich
01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 33
tel. 22 535 82 19
e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

księgarnia internetowa www.profinfo.pl

Pamięci Sławka Małeckiego

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	19
Przedmowa	23
Przedmowa do wydania drugiego	25
CZĘŚĆ I	
Wykonywanie zawodu pielęgniarstwa	27
Rozdział 1	
Definicja oraz status prawny zawodu pielęgniarstwa	29
1. Uwagi ogólne	29
2. Zakres definicji zawodu pielęgniarstwa.....	29
2.1. Elementy pojęcia	29
2.1.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych i wykonywanie innych zadań (czynności) zawodowych	30
2.1.2. Stałe lub z niewielkimi zmianami wykonywanie zadań (czynności) zawodowych	37
2.1.3. Kompetencje nabywane w toku uczenia się lub praktyki	37
2.1.4. Dochód uzyskiwany dzięki wykonywaniu zawodu pielęgniarstwa.....	39
2.2. Inne składniki wykonywania zawodu pielęgniarstwa	41
2.2.1. Nauczanie zawodu pielęgniarstwa oraz wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego pielęgniarstwa	42
2.2.2. Prowadzenie prac naukowo-badawczych w zakresie pielęgniarstwa.....	42
2.2.3. Nietypowe wykonywanie zawodu pielęgniarstwa.....	42
3. Zawód pielęgniarstwa jako zawód regulowany.....	43
4. Zawód pielęgniarstwa jako wolny zawód.....	45
5. Zawód pielęgniarstwa jako zawód zaufania publicznego	48
6. Zawód pielęgniarstwa jako zawód samodzielny	52

7. Klasyfikacja zawodu pielęgniarki i specjalności na rynku pracy	61
8. Podsumowanie	62

Rozdział 2

Prawne przesłanki wykonywania zawodu pielęgniarki i konsekwencje

ich niespełnienia	64
1. Wymagania do uzyskania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki	64
1.1. Uwagi ogólne	64
1.2. Obywatelstwo polskie lub innego kraju członkowskiego UE.....	65
1.3. Cudzoziemiec.....	68
1.4. Znajomość języka	81
1.5. Dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji zawodowych.....	84
1.6. Zdolność do czynności prawnych	91
1.7. Stan zdrowia.....	95
1.8. Wykazanie nienagannej postawy etycznej.....	100
2. Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki.....	106
2.1. Stwierdzanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki	106
2.1.1. Sposób wykonywania zawodu pielęgniarki na terytorium RP przez obywatela innego państwa członkowskiego UE	108
2.1.2. Dokumenty konieczne dla uzyskania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki.....	112
2.2. Przyznanie cudzoziemcowi prawa wykonywania zawodu pielęgniarki.....	116
3. Ślubowanie	118
4. Tytuł zawodowy	119
5. Przerwa w wykonywaniu zawodu	120
5.1. Systematyczność a przerwa w wykonywaniu zawodu pielęgniarki.....	120
5.2. Niepowiadomienie przez pielęgniarkę o powrocie do wykonywania zawodu i nieodbyciu przeszkolenia	124
5.3. Konsekwencje prawne dla podmiotu zatrudniającego.....	126
5.4. Wnioski.....	129
6. Wygaśnięcie i utrata prawa wykonywania zawodu	130
7. Wykonywanie zawodu pielęgniarki a wykonywanie innego zawodu medycznego	131
8. Rejestr pielęgniarek i położnych oraz zaświadczenie.....	132
9. Podsumowanie	135

Rozdział 3

Kształcenie pielęgniarek	137
1. Uwagi ogólne	137
2. Standardy kształcenia pielęgniarek w prawie europejskim.....	138
3. Kształcenie przeddyplomowe – szkoły pielęgniarskie	142
4. Obowiązek i prawo stałego aktualizowania wiedzy i podnoszenia umiejętności zawodowych.....	145

5. Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.....	146
6. Podmioty uprawnione do prowadzenia kształcenia podyplomowego pielęgniarek.....	151
7. Formy kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek	154
7.1. Szkolenie specjalizacyjne – specjalizacja	155
7.1.1. Warunki rozpoczęcia specjalizacji.....	155
7.1.2. Postępowanie kwalifikacyjne do specjalizacji.....	156
7.1.3. Obowiązki organizatora kształcenia specjalizacji	158
7.1.4. Obowiązki kierownika specjalizacji.....	159
7.1.5. Kontynuacja przerwanej specjalizacji i zmiana organizatora kształcenia.....	160
7.1.6. Egzamin państwowy	161
7.1.7. Skład i zadania członków państwowej komisji egzaminacyjnej.....	163
7.1.8. Uznanie za równorzędny tytułu specjalisty uzyskanego w państwie członkowskim UE.....	165
7.1.9. Dofinansowanie specjalizacji ze środków publicznych	166
7.1.10. Okres przejściowy	167
7.2. Kurs kwalifikacyjny.....	167
7.2.1. Warunki rozpoczęcia kursu kwalifikacyjnego.....	168
7.2.2. Obowiązki organizatora kursu kwalifikacyjnego.....	169
7.2.3. Obowiązki kierownika kursu kwalifikacyjnego	169
7.2.4. Egzamin po kursie kwalifikacyjnym	170
7.3. Kurs specjalizacyjny	172
7.3.1. Warunki rozpoczęcia kursu specjalistycznego	172
7.3.2. Obowiązki organizatora kursu specjalistycznego.....	172
7.3.3. Obowiązki kierownika kursu specjalistycznego	173
7.3.4. Egzamin po kursie specjalistycznym	174
7.4. Kursy doszkalający.....	176
7.4.1. Warunki rozpoczęcia kursu doszkalającego	176
7.4.2. Obowiązki organizatora kursu doszkalającego	176
7.4.3. Obowiązki kierownika kursu doszkalającego.....	177
7.4.4. Programy kształcenia	178
8. Odbywanie kształcenia podyplomowego na podstawie skierowania pracodawcy	179
9. Prawo do urlopu szkoleniowego dla pielęgniarki odbywającej kształcenie podyplomowe bez skierowania pracodawcy.....	181
10. Kontrola i nadzór nad organizatorem kształcenia podyplomowego	184
11. Niedostateczne przygotowanie zawodowe	187
12. Podsumowanie	188

CZĘŚĆ II

Zasady wykonywania zawodu pielęgniarki	191
---	-----

Rozdział 1

Principium wykonywania zawodu pielęgniarki	195
1. Godność zawodowa	195
2. Kwalifikacje zawodowe, umiejętność oraz kompetencje zawodowe	197
2.1. Kwalifikacje zawodowe i umiejętności pielęgniarki	198
2.2. Kwalifikacje zawodowe a kompetencje zawodowe pielęgniarki	199
2.3. Kwalifikacje zawodowe pielęgniarki w prawie pracy	201
3. Wykorzystanie wskazań aktualnej wiedzy medycznej i standaryzacja postępowania	203
4. Należyta staranność	208
5. Zasady etyki zawodowej.....	213
6. Prawa pacjenta.....	215
7. Dbłość o bezpieczeństwo pacjenta	221
8. Podsumowanie	224

Rozdział 2

Udzielanie świadczeń zdrowotnych bez zlecenia lekarskiego	226
1. Uwagi ogólne	226
2. Świadczenia zapobiegawcze.....	226
3. Świadczenia diagnostyczne	227
3.1. Świadczenia diagnostyczne wykonywane przez pielęgniarkę	227
3.2. Materiał pobierany przez pielęgniarkę do celów diagnostycznych	228
3.3. Badania diagnostyczne przeprowadzane przez pielęgniarkę	228
3.4. Wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych	229
4. Świadczenia lecznicze.....	231
5. Stosowanie produktów leczniczych.....	232
5.1. Stosowanie produktów leczniczych bez zlecenia lekarskiego.....	233
5.2. Ordynacja leków zawierających określone substancje czynne.....	234
5.3. Wystawianie w ramach zleceń lekarskich recepty na leki niezbędne do kontynuacji leczenia	237
6. Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego.....	238
7. Środki pomocnicze i wyroby medyczne	240
8. Zasady wystawiania recept przez pielęgniarkę.....	244
9. Upoważnienie pielęgniarki do wystawiania w imieniu lekarza recept lub skierowań oraz do przetwarzania danych osobowych	257
10. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego	258
10.1. Pielęgniarka systemu i jednostki systemu.....	258
10.2. Medyczne czynności ratunkowe.....	259

10.3. Segregacja medyczna	263
10.4. Pielęgniarka systemu jako dyspozytor medyczny.....	264
10.5. Pielęgniarka systemu jako wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego	266
10.6. Inne uprawnienia pielęgniarki systemu	270
11. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii	271
12. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej.....	275
13. Pielęgniarka zatrudniona lub pełniąca służbę w jednostkach budżetowych, w tym w państwowych jednostkach budżetowych utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego.....	279
14. Podsumowanie	282

Rozdział 3

Udzielanie świadczeń zdrowotnych na zlecenie lekarskie	284
1. Uwagi ogólne	284
2. Charakter prawny zlecenia lekarskiego.....	285
3. Zasady realizacji zlecenia lekarskiego.....	286
4. Podsumowanie	288

Rozdział 4

Obowiązek udzielania pomocy medycznej	289
1. Uwagi ogólne – prawny obowiązek udzielania pomocy.....	289
2. Odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego	291
2.1. Odmowa świadczeń zdrowotnych udzielanych bez zlecenia lekarskiego.....	291
2.2. Odmowa realizacji zlecenia lekarskiego	292
2.3. Wskazanie możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego podmiotu	295
3. Zasięgnięcie opinii innej pielęgniarki lub zwołanie narady pielęgniarskiej.....	296
3.1. Zasięgnięcie przez pielęgniarkę z własnej inicjatywy opinii innej pielęgniarki lub zwołanie narady pielęgniarskiej.....	296
3.2. Żądanie pacjenta zasięgnięcia opinii innej pielęgniarki	297
4. Nieudzielenie pomocy w związku z udziałem w strajku.....	299
4.1. Pojęcie strajku i ogólne aspekty jego legalności.....	299
4.2. Niedopuszczalne zaprzestanie pracy.....	301
5. Podsumowanie	305

CZĘŚĆ III**Zasady wykonywania zawodu pielęgniarki a prawa pacjenta 307****Rozdział 1****Obowiązki w zakresie przekazywania informacji 309**

1. Uwagi ogólne 309
2. Informowanie o prawach pacjenta 309
3. Zakres przedmiotowy przekazywanych informacji 312
4. Osoby uprawnione do otrzymywania informacji 316
 - 4.1. Pacjent i jego przedstawiciel ustawowy 316
 - 4.2. Osoba wskazana przez pacjenta 317
5. Formy przekazywania informacji 318
6. Prawo pacjenta do żądania nieudzielania informacji 321
7. Przywilej terapeutyczny a obowiązek informowania przez pielęgniarkę 322
8. Informowanie o działaniach niepożądanych produktu leczniczego 323
9. Ciężar dowodu o poinformowaniu pacjenta 326
10. Podsumowanie 326

Rozdział 2**Zgoda pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych 327**

1. Uwagi ogólne 327
2. Przedmiot zgody 328
3. Zakres podmiotowy osób upoważnionych do wyrażania zgody 332
 - 3.1. Kompetencje przedstawiciela ustawowego (rodzice, opiekun prawny) 333
 - 3.2. Osoby ubezwłasnowolnione 336
 - 3.3. Osoby faktycznie niezdolne do świadomego wyrażenia zgody 337
4. Formy wyrażenia zgody na świadczenia zdrowotne 338
 - 4.1. Zgoda pisemna 338
 - 4.2. Zgoda ustna i dorozumiana 339
 - 4.3. Zgoda domniemana 340
 - 4.4. Zgoda blankietowa 341
5. Uprawnienia pielęgniarki w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego 342
 - 5.1. Osoby z zaburzeniami psychicznymi 342
 - 5.1.1. Sytuacje uprawniające do zastosowania przymusu bezpośredniego 342
 - 5.1.2. Formy stosowania przymusu 344
 - 5.1.3. Podjęcie decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego i jej wykonanie 345
 - 5.1.4. Zasady stosowania przymusu bezpośredniego 347
 - 5.1.5. Bezpieczeństwo i ciągły nadzór pacjenta oraz czas trwania unieruchomienia i izolacji 347

5.1.6. Obowiązek odnotowania zastosowania przymusu bezpośredniego.....	349
5.1.7. Stosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę w „innych zakładach leczniczych”	349
5.1.8. Kontrola następcza zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego.....	352
5.2. Przymus bezpośredni w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.....	353
6. Zatrzymanie pacjenta w podmiocie leczniczym	354
7. Szczepienia ochronne.....	354
8. Podsumowanie	359

Rozdział 3

Tajemnica pielęgniarska a prawo pacjenta do tajemnicy informacji

z nim związanych.....	361
1. Uwagi ogólne	361
2. Charakterystyka i zakres tajemnicy.....	362
3. Szczególne uregulowania zakresu tajemnicy.....	367
4. Okoliczności uchylające obowiązek zachowania tajemnicy pielęgniarskiej	368
4.1. Zgoda pacjenta.....	369
4.2. Tajemnica pielęgniarska a ochrona interesu publicznego.....	370
4.3. Zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób	371
4.4. Ochrona tajemnicy a interes własny pielęgniarki	375
4.5. Przekazywanie informacji o pacjencie innym osobom uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.....	376
4.6. Nauka zawodu	378
5. Pielęgniarka jako uczestnik postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych i sądem cywilnym.....	378
6. Pielęgniarka jako uczestnik postępowania karnego.....	381
7. Podsumowanie	384

Rozdział 4

Poszanowanie godności i intymności pacjenta	387
1. Uwagi ogólne	387
2. Poszanowanie intymności pacjenta	388
3. Obecność personelu medycznego w czasie udzielania świadczenia zdrowotnego	390
4. Obecność osoby bliskiej pacjenta w trakcie wykonywania czynności pielęgniarskich	391
5. Obecność studentów kierunku pielęgniarstwa w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych	392
6. Poszanowanie godności pacjenta	394
7. Podsumowanie	397

Rozdział 5

Dodatkowa opieka pielęgnacyjna	399
1. Uwagi ogólne	399
2. Miejsce udzielania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.....	399
3. Zakres terminu „dodatkowa opieka pielęgnacyjna”.....	400
4. Ocena stanu prawnego.....	402
5. Podsumowanie – wnioski <i>de lege ferenda</i>	405

CZĘŚĆ IV

Miejsce, formy i uwarunkowania wykonywania zawodu pielęgniarzki	407
--	-----

Rozdział 1

Praktyka zawodowa pielęgniarzki	409
1. Istota praktyk zawodowych.....	409
2. Indywidualna praktyka pielęgniarzki	411
3. Grupowa praktyka pielęgniarzek	413
4. Grupowe praktyki lekarsko-pielęgniarzkie (uwagi <i>de lege ferenda</i>).....	417
5. Zatrudnianie innych osób w praktyce pielęgniarzkiej.....	419
6. Podsumowanie	420

Rozdział 2

Podmioty lecznicze	422
1. Działalność lecznicza wykonywana w podmiocie leczniczym.....	422
1.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych	422
1.2. Promocja zdrowia	425
1.3. Działalność dydaktyczna i badawcza	425
1.4. Wyodrębnienie jednostek organizacyjnych dla pensjonariuszy domów pomocy społecznej i jednostek instytucjonalnych pieczy zastępczej.....	428
2. Rodzaje podmiotów leczniczych.....	428
2.1. Publiczne podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami.....	429
2.1.1. Kwalifikacje pielęgniarzki odpowiednie do zajmowanego stanowiska pracy.....	431
2.1.2. Kierownicze stanowiska pielęgniarzkie – naczelną pielęgniarzka, przełożona pielęgniarzek oraz pielęgniarzka oddziałowa	438
2.1.2.1. Ustawowy obowiązek przeprowadzania konkursów	438
2.1.2.2. Zasady przeprowadzania konkursów	440
2.1.3. Normy zatrudnienia pielęgniarzek w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą	447
2.2. Utworzenie i prowadzenie niepublicznego podmiotu leczniczego	447
3. Obowiązki podmiotów leczniczych świadczących usługi w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne	451

3.1. Identyfikacja osób zatrudnionych i pacjentów w szpitalu	451
3.2. Obowiązek zgłoszenia osób o nieustalonej tożsamości lub zaginionych.....	453
3.3. Wypisanie pacjenta	453
3.4. Zasada ponoszenia kosztów transportu sanitarnego.....	455
3.5. Postępowanie podmiotu leczniczego po zgonie pacjenta	455
3.6. Stwierdzenie zgonu pacjenta. Sekcja zwłok.....	457
4. Podsumowanie	459

Rozdział 3

Wspólne uregulowania dla podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych	461
1. Uwagi ogólne	461
2. Wymagania względem pomieszczeń i urządzeń.....	461
2.1. Wymagania ogólnoprzestrzenne	462
2.2. Wymogi ogólnobudowlane oraz oświetlenie	463
2.3. Wymogi co do instalacji.....	463
2.4. Wymogi szczegółowe dla niektórych pomieszczeń i urządzeń	464
2.4.1. Szpital.....	464
2.4.2. Szpital jednodniowy	470
2.4.3. Ambulatorium.....	471
2.4.4. Centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa.....	472
2.4.5. Pracownia badań endoskopowych	474
2.4.6. Zakład rehabilitacji leczniczej.....	474
2.4.7. Stacje dializ	475
2.4.8. Wymagania dodatkowe dla niektórych pomieszczeń i urządzeń.....	475
3. Rejestracja praktyk zawodowych i podmiotów leczniczych.....	477
3.1. Rejestracja praktyk zawodowych.....	478
3.2. Rejestr podmiotów leczniczych.....	480
3.3. Wspólne zasady postępowania w zakresie postępowania rejestrowego	481
4. Regulamin organizacyjny.....	484
5. Monitoring pomieszczeń	488
6. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej	489
6.1. Charakterystyka ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.....	490
6.2. Umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.....	491
6.3. Prawa i obowiązki ubezpieczającego.....	493
6.4. Suma gwarancyjna ubezpieczenia OC.....	495
6.5. Zasady odpowiedzialności ubezpieczyciela	497
7. Obowiązki informacyjne praktyk zawodowych i podmiotów leczniczych	498
8. Kontrola przeprowadzana przez okręgowe izby pielęgniarek i położnych oraz wojewodę	503
9. Podsumowanie	508

Rozdział 4

Wykonywanie zawodu pielęgniarki na podstawie umowy o pracę	509
1. Cechy zatrudnienia pracowniczego	509
2. Podporządkowanie pracownicze	511
2.1. Podporządkowanie autonomiczne	514
2.2. Polecenie pracownicze	517
2.3. Polecenie pracownicze a zlecenie lekarskie	519
3. Ryzyko pracodawcy	521
4. Świadczenie pracy określonej w umowie	523
5. Wyznaczenie miejsca i czasu pracy	531
5.1. Wydłużenie dobowego wymiaru czasu pracy – tzw. klauzula <i>opt-out</i>	535
5.2. Praca w godzinach nadliczbowych	537
5.3. Dyżur medyczny	538
5.4. Limit czasu pracy	544
5.5. Gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych	545
5.6. Praca w niedziele i święta	546
6. Wynagrodzenie za pracę	546
7. Podsumowanie	552

Rozdział 5

Wykonywanie zawodu pielęgniarki na podstawie umowy cywilnoprawnej	553
1. Uwagi ogólne	553
2. Charakter prawny umowy o świadczenie usług pielęgniarskich	554
3. Cechy zatrudnienia cywilnoprawnego	557
3.1. Kierowanie pracą przyjmującego zlecenie na podstawie tzw. kontraktu	557
3.2. Miejsce i czas wykonania tzw. kontraktu	559
3.3. Ciągłość i powtarzalność czynności wykonywanych w ramach tzw. kontraktu	560
3.4. Osobisty charakter pracy świadczonej w ramach tzw. kontraktu	560
3.5. Wynagrodzenie za wykonanie czynności w ramach tzw. kontraktu	561
3.6. Ryzyko stron tzw. kontraktu	562
3.7. Urlopy i inne świadczenia socjalne w ramach tzw. kontraktu	562
4. Klasyfikowanie zatrudnienia cywilnoprawnego jako zatrudnienia pracowniczego	563
5. Podsumowanie	565

CZĘŚĆ V

Odpowiedzialność prawna pielęgniarki	567
---	------------

Rozdział 1**Odpowiedzialność cywilna pielęgniarki zatrudnionej**

w podmiocie leczniczym.....	569
1. Uwagi ogólne	569
2. Źródła odpowiedzialności cywilnej.....	569
3. Przesłanki odpowiedzialności cywilnej	570
3.1. Wina.....	570
3.2. Szkoda.....	572
3.3. Związek przyczynowy	573
4. Wynagrodzenie szkody.....	575
5. Przyczynienie się poszkodowanego	576
6. Odpowiedzialność cywilna za naruszenie dóbr osobistych pacjenta	576
7. Przedawnienie roszczeń.....	580
8. Dyferencjacja odpowiedzialności z uwagi na formy wykonywania zawodu.....	581
9. Podsumowanie	583

Rozdział 2**Wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.....**

1. Uwagi ogólne	585
2. Skład komisji i składy orzekające komisji	586
3. Pojęcie zdarzenia medycznego.....	587
4. Zdarzenia nieobjęte zakresem przedmiotowym pojęcia zdarzenia medycznego	590
5. Ogólne zasady postępowania przed komisją	591
6. Orzeczenie o zdarzeniu medycznym lub o jego braku.....	593
7. Podsumowanie	595

Rozdział 3**Odpowiedzialność karna i zawodowa**

1. Uwagi ogólne	596
2. Podstawy prawne odpowiedzialności karnej.....	597
3. Zasady odpowiedzialności zawodowej	601
4. Podsumowanie	607

Rozdział 4**Odpowiedzialność pracownicza**

1. Odpowiedzialność porządkowa.....	609
2. Odpowiedzialność materialna	611
3. Podsumowanie	614

Bibliografia	615
Wykaz polskich aktów prawnych	625
Podstawowe regulacje prawa międzynarodowego i europejskiego	631
Wykaz orzecznictwa.....	633

WYKAZ SKRÓTÓW

Akty prawne

- dyrektywa 2005/36/WE** – dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 7.09.2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz.Urz. UE L 255, s. 22, ze zm.)
- EKB, Europejska konwencja bioetyczna** – Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny z 4.04.1997 r.
- EKPC** – Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzona w Rzymie dnia 4.11.1950 r. (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.)
- k.c.** – ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2019 r. poz. 1145 ze zm.)
- KEL** – Kodeks Etyki Lekarskiej z 2.01.2004 r.
- KEPP, Kodeks etyki pielęgniarek i położnych** – Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej, załącznik do uchwały nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z 9.12.2003 r.
- k.k.** – ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2019 r. poz. 1950 ze zm.)
- klasyfikacja zawodów i specjalności z 2014 r.** – rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 7.08.2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. z 2018 r. poz. 227)
- Konstytucja RP** – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.)
- k.p.** – ustawa z 26.06.1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2019 r. poz. 1040 ze zm.)
- k.p.a.** – ustawa z 14.06.1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2020 r. poz. 256)
- k.p.c.** – ustawa z 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2019 r. poz. 1460 ze zm.)
- k.p.k.** – ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2020 r. poz. 30)
- k.r.o.** – ustawa z 25.02.1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2019 r. poz. 2086 ze zm.)

- k.s.h.** – ustawa z 15.09.2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 505 ze zm.)
- k.w.** – ustawa z 20.05.1971 r. – Kodeks wykroczeń (Dz.U. z 2019 r. poz. 821 ze zm.)
- MPPOiP** – Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z 19.12.1966 r. (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167)
- pr. farm.** – ustawa z 6.09.2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2019 r. poz. 499 ze zm.)
- Prawo przedsiębiorców** – ustawa z 6.03.2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2019 r. poz. 1292 ze zm.)
- r.k.p.p.p.** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30.09.2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarzek i położnych (Dz.U. poz. 1761 ze zm.)
- r.o.s.o.** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18.08.2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 753 ze zm.)
- r.p.k.s.k.** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.02.2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz.U. z 2018 r. poz. 393 ze zm.)
- r.r.ś.z.** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28.02.2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. poz. 497)
- r.s.a.** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 25.10.2016 r. w sprawie stażu adaptacyjnego dla cudzoziemców ubiegających się o przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej (Dz.U. poz. 1792)
- r.s.a.i.t.** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 16.12.2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. poz. 2218 ze zm.)
- r.w.u.p.** – rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26.03.2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. poz. 595)
- u.b.ż.ż.** – ustawa z 25.08.2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz.U. z 2019 r. poz. 1252 ze zm.)
- u.ch.ż.** – ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2019 r. poz. 1239 ze zm.)
- u.d.l.** – ustawa z 27.07.2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 849)
- u.dz.l.** – ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r. poz. 295 ze zm.)
- u.i.a.** – ustawa z 19.04.1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U. z 2019 r. poz. 1419 ze zm.)
- u.i.l.** – ustawa z 2.12.2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2019 r. poz. 965)
- u.k.o.z.** – ustawa z 6.11.2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2019 r. poz. 886)
- u.o.z.p., ustawa psychiatryczna** – ustawa z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r. poz. 1878 ze zm.)
- u.p.p.** – ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2019 r. poz. 1127 ze zm.)
- u.p.o.z.** – ustawa z 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 172 ze zm.)

u.r.l.	– ustawa z 12.05.2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 784 ze zm.)
u.r.s.z.	– ustawa z 23.05.1991 r. o rozwiązywaniu sporów zbiorowych (Dz.U. z 2020 r. poz. 123)
u.s.i.o.z.	– ustawa z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2019 r. poz. 408 ze zm.)
u.s.p.p. z 1991 r.	– ustawa z 19.04.1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 41, poz. 178 ze zm.)
u.s.p.p.	– ustawa z 1.07.2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 916)
ustawa o PRM	– ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2019 r. poz. 993 ze zm.)
u.s.u.s.	– ustawa z 13.10.1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 300 ze zm.)
u.ś.o.z.	– ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.)
u.t.	– ustawa z 1.07.2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2019 r. poz. 1405)
u.w.m.	– ustawa z 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 186)
u.z.f.	– ustawa z 20.07.1950 r. o zawodzie felczera (Dz.U. z 2018 r. poz. 2150)
u.z.l., ustawa lekarska	– ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2019 r. poz. 537 ze zm.)
u.z.o.z.	– ustawa z 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.)
u.z.p.p. z 1996 r.	– ustawa z 5.07.1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.)
u.z.p.p., ustawa pielęgniarska	– ustawa z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 576 ze zm.)

Czasopisma i wydawnictwa promulgacyjne

ONSA	– Orzecznictwo Naczelnego Sądu Administracyjnego
OSNAPiUS	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Administracyjna, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
OSNC	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Cywilna
OSNCP	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izby Cywilnej, Pracy i Ubezpieczeń Społecznych
OSNKW	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Karna i Izba Wojskowa
OSNP	– Orzecznictwo Sądu Najwyższego. Izba Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych
OSP	– Orzecznictwo Sądów Polskich
OSPiKA	– Orzecznictwo Sądów Polskich i Komisji Arbitrażowych
OTK	– Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego
OTK-A	– Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego; zbiór urzędowy, Seria A
PiP	– Państwo i Prawo

PiM	– Prawo i Medycyna
PiZS	– Praca i Zabezpieczenie Społeczne
PS	– Polityka Społeczna

Organy orzekające i inne

CKPPIP, Centrum	– Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych
ETPC	– Europejski Trybunał Praw Człowieka
EWG	– Europejska Wspólnota Gospodarcza
MOP	– Międzynarodowa Organizacja Pracy
NFZ	– Narodowy Fundusz Zdrowia
SA	– Sąd Apelacyjny
SN	– Sąd Najwyższy
SO	– Sąd Okręgowy
spzoz	– samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
SMK	– System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych
TK	– Trybunał Konstytucyjny
TS	– Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej
WHO	– World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia)
WSA	– Wojewódzki Sąd Administracyjny
wojewódzka komisja	– wojewódzka komisja do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych

PRZEDMOWA

Wydanie tej książki zostało zainspirowane problemami, z jakimi autorzy spotykali się podczas wieloletniego zajmowania się różnymi aspektami funkcjonowania systemów zdrowotnych. Problemy te wynikały często z analizy utrwalonych, zmieniających lub wprowadzanych w życie rozwiązań instytucjonalnych i prawnych, ale co najmniej równie często uczestnicy, czy raczej uczestniczki, prowadzonych przez nas zajęć zadawali nam różne pytania. Nie zawsze byliśmy w stanie szybko i precyzyjnie odpowiedzieć, ponieważ sprawy z reguły nie były proste, my zaś mieliśmy świadomość, że od naszych reakcji wiele może zależeć.

W ostatnich latach, po okresie stabilnego rozwoju, w systemach zdrowotnych wszystkich krajów zachodzą bardzo duże zmiany. Społeczeństwa starzeją się, zmienia się sytuacja epidemiologiczna, rozwijają się nowe technologie, rosną oczekiwania i nadzieje pacjentów, a świadczeniodawcy spodziewają się satysfakcji. W reformach opieki zdrowotnej wykorzystuje się nowe koncepcje, które tworzą odmienne niż w przeszłości relacje między systemem i pacjentami czy klientami, ale także na nowo definiują więzi między świadczeniodawcami. Dynamiczny rozwój źródeł prawnych, zarówno prawnomiędzynarodowych, jak i krajowych, dotyczących szeroko rozumianej relacji, jaka zachodzi między pacjentem a całą złożoną infrastrukturą instytucjonalną oraz różnymi kręgami osób, które udzielają wszelkiego rodzaju „świadczeń zdrowotnych”¹, doprowadziły do wypracowania istotnej kategorii prawa medycznego regulującego wykonywanie zawodu pielęgniarki. Jej pozycję zawodową określa przede wszystkim, choć nie wyłącznie, ustawa pielęgniarska. Stąd też szczególnie ważną część prawa medycznego stanowi ustawowa definicja wykonywania zawodu pielęgniarki oraz zagadnienie relacji, jaka zachodzi między pielęgniarką a pacjentem, lekarzem i przedstawicielami innych zawodów medycznych i paramedycznych, oraz formy wykonywania zawodu i pielęgniarska odpowiedzialność zawodowa. Przedstawione tu zagadnienia stanowią próbę – podjętą po raz pierwszy w Polsce – ustalenia zakresu przedmiotowego prawa medycznego dla pielęgniarek, sytuując problemy w ramach koncepcji pielęgniarstwa jako profesji. Jeśli bowiem

¹ L. Kubicki, *Prawo medyczne i jego zakres [w:] Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wrocław 2003, s. 2.

uznać, że kluczowym zagadnieniem profesji jest jej swoboda, to w treści przepisów zasada swobody (samodzielności) powinna być traktowana jako najważniejsza reguła interpretacyjna.

PRZEDMOWA DO WYDANIA DRUGIEGO

W ostatnich pięciu latach nastąpiły w Polsce istotne zmiany w rozwoju prawa medycznego dla pielęgniarek. Nowe ustawodawstwo medyczne wzmocniło znacznie status zawodowy pielęgniarki. Nikt już nie kwestionuje, że to właśnie pielęgniarki, a nie lekarze mają najbliższy i praktycznie nieustający kontakt z pacjentem. Znaczenia opieki pielęgniarskiej nie da się przecenić. Pielęgniarki częściej niż lekarze decydują o powodzeniu terapii, zwłaszcza u ciężko i przewlekle chorych, w przypadku których troskliwa opieką pielęgniarska może zdecydować o końcowym efekcie zdrowotnym. Fachowość opieki pielęgniarskiej wyraża się w poprawnym wykonywaniu zleconych procedur, ale również w stawianiu samodzielnej diagnozy pielęgniarskiej i wdrażaniu właściwej opieki pielęgnacyjnej. Od 1.01.2015 r. pielęgniarki jako przedstawicielki samodzielnego zawodu medycznego otrzymały w Polsce także nowe kompetencje w zakresie rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta i samodzielnej ordynacji produktów leczniczych oraz kontynuacji recepty lekarskiej w ramach zlecenia lekarskiego. Ewidentnie poszerza to zakres obowiązków (uprawnień) pielęgniarek współpracujących z lekarzami. Pielęgniarki mają już co do zasady wykształcenie wyższe, a dodając do tego ich wieloletnie doświadczenie zawodowe i nabyte umiejętności oraz kompetencje, można stwierdzić, że są niezastąpionymi partnerami lekarzy w ramach zespołów terapeutycznych.

Drugie wydanie *Prawa medycznego dla pielęgniarek* zostało uzupełnione i rozbudowane o nowe aspekty prawne określające zawodowe uprawnienia pielęgniarki i warunki wykonywania tego zawodu.

Dr hab. n. praw. Dorota Karkowska, radca prawny¹

¹ Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Instytut Pielęgniarstwa.

Część I

WYKONYWANIE ZAWODU PIEŁĘGNIARKI

Rozdział 1

DEFINICJA ORAZ STATUS PRAWNY ZAWODU PIELĘGNIARKI

1. Uwagi ogólne

Zawód stanowi podstawowy element podziału pracy¹. Jest jedną z podstaw zróżnicowania struktury społecznej, kształtuje poważanie społeczne, prestiż oraz pozycję społeczną. Najczęstszymi kryteriami poważania są: użyteczność społeczna zawodu, niezbędność i ważność jego funkcji, uciążliwość pracy, odpowiedzialność i ryzyko zawodowe, ofiarność i poświęcenie, wykształcenie, fachowe umiejętności i osobiste kwalifikacje (powołanie, wysoka etyka itp.)².

Zawód pielęgniarki jest jednoznacznie zdefiniowany w przepisach ustawy z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej³ poprzez arbitralne ustalenie określonych cech tego zawodu i przyjęcie rozwiązań regulujących sposób posługiwania się jego nazwą. Wybór cech pozwalających odróżnić zawód pielęgniarki od innych zawodów medycznych w dalszej części opracowania opiera się na ustaleniach prawno-administracyjnych. Stworzenie takiej definicji pozwala na sklasyfikowanie wszystkich osób wykonujących zawód pielęgniarki.

2. Zakres definicji zawodu pielęgniarki

2.1. Elementy pojęcia

Ogólna definicja zawodu dla potrzeb rynku pracy wypracowana została w akcie wykonawczym, nie ma natomiast ogólnej definicji ustawowej tego pojęcia. Zgodnie z le-

¹ I. Lazari-Pawłowska, *Etyki zawodowe jako role społeczne* [w:] *Etyka zawodowa*, red. A. Sarapata, Warszawa 1971, s. 35; D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2014, s. 39.

² I. Reszke, *Prestiż społeczny a płeć*, Wrocław 1984.

³ Dz.U. z 2019 r. poz. 576 ze zm.

galną definicją zawód stanowi „źródło dochodów i oznacza zestaw zadań (czynności) wyodrębnionych w wyniku społecznego podziału pracy, wymagających kompetencji nabytych w toku uczenia się lub praktyki; specjalność obejmuje część zawodu, wymagającą dodatkowych kompetencji”⁴. Polski ustawodawca stworzył natomiast ustawową definicję zawodu medycznego, zgodnie z którą przez osobę wykonującą zawód medyczny należy rozumieć osobę, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny (art. 2 ust. 1 pkt 2 u.dz.l.). Zawód pielęgniarki jest samodzielnym zawodem medycznym, którego wykonywanie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie przykładowo wskazanym przez ustawodawcę (art. 2 w zw. z art. 4 ust. 1 u.z.p.p.)⁵. Łączna analiza obu powyższych definicji pozwala na wyodrębnienie zakresu definicji zawodu pielęgniarki, na który składają się następujące elementy:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych i inne zadania (czynności), czyli wynikające ze społecznego podziału pracy zbiór zadań (czynności) dla osób wykonujących zwód pielęgniarki;
- 2) stałe lub z niewielkimi zmianami wykonywanie tych zadania (czynności);
- 3) kompetencje nabywane w toku uczenia się lub praktyki – czyli odpowiednie kwalifikacje zawodowe (wiedza i umiejętności) oraz posiadanie dodatkowych cech do wykonywania zawodu pielęgniarki;
- 4) wykonywanie zawodu pielęgniarki jako źródło dochodu (dochód uzyskiwany dzięki wykonywaniu zawodu).

Przywołane powyżej definicje pozwalają wyodrębnić trzy zasadnicze elementy definicji zawodu pielęgniarki: zestaw zadań (czynności), kompetencje nabyte w toku uczenia się lub praktyki oraz uzyskiwanie dochodu.

2.1.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych i wykonywanie innych zadań (czynności) zawodowych

Wynikający ze społecznego podziału pracy zestaw pielęgniarskich zadań (czynności) wyprowadzany jest przede wszystkim z przepisów prawnych regulujących warunki i zasady wykonywania zawodu pielęgniarki. W przypadku tego zawodu cechą konstytutywną jest zestaw zadań (czynności) określonych jako udzielanie świadczeń

⁴ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 7.08.2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. z 2018 r. poz. 227).

⁵ Z chwilą wejścia w życie klasyfikacji zawodów i specjalności z 2004 r., czyli od 1.01.2005 r., ustawodawca odstąpił od klasyfikowania pielęgniarek jako średniego personelu ochrony zdrowia. Zmiany w zakresie klasyfikowania pielęgniarek i położnych wprowadzono stopniowo: do 1.01.2003 r. klasyfikowano je wyłącznie jako średni personel, a od tej daty do 30.01.2004 r. umieszczono zarówno w grupie „specjaliści”, jak i w grupie „technicy i inny średni personel”.

zdrowotnych (art. 4 ust. 1 u.z.p.p.), a osoby zwracające się o ich udzielenie lub z nich korzystające mają status pacjenta w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 4 u.p.p.⁶

Świadczenie zdrowotne jest jednym z trzech elementów konstytucyjnego pojęcia „świadczenie opieki zdrowotnej” (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP w zw. z art. 5 pkt 34 u.ś.o.z.), gdzie ustawodawca wyraźnie odgranicza sferę usług – świadczenia zdrowotne *sensu stricto* od sfery towarów – świadczenia zdrowotne rzeczowe⁷ oraz świadczenia towarzyszące⁸. Pojęcie „świadczenie zdrowotne” zostało zdefiniowane ogólnie jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (art. 2 ust. 1 pkt 10 u.dz.l.). Ustawodawca zawęża zakres tego pojęcia w odniesieniu do zawodu pielęgniarstwa, wskazując, że jego wykonywanie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na (art. 4 ust. 1 i art. 15a oraz 15b u.z.p.p.):

- 1) rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- 2) rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- 3) planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- 4) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- 6) orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
- 7) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia;
- 8) badaniu fizykalnym pacjenta;
- 9) samodzielnej ordynacji leków i wyrobów medycznych oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego;
- 10) zlecaniu badań diagnostycznych;
- 11) wystawianiu skierowań, recept i zleceń.

Jednocześnie, biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje zawodowe oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, doprecyzowuje w drodze rozporządzenia zakres zadań (czynności), które mogą być samodzielnie przeprowadzone przez pielęgniarkę bez zlecenia lekarskiego: rodzaj i zakres świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykaz produktów leczni-

⁶ Osoba wykonująca zawód medyczny oznacza osobę „osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny” (art. 2 ust. 1 pkt 2 u.dz.l.).

⁷ Świadczenie zdrowotne rzeczowe są to związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze (art. 5 pkt 37 u.ś.o.z.).

⁸ Świadczenie towarzyszące – zakwaterowanie i wyżywienie w podmiocie leczniczym opieki całodobowej lub całodennej oraz usługi transportu sanitarnego (art. 5 pkt 38 u.ś.o.z.).

czych oraz środków pomocniczych, rodzaje materiałów, które mogą być pobierane przez pielęgniarkę do celów diagnostycznych, rodzaj i zakres medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez pielęgniarkę, wykaz badań diagnostycznych do samodzielnego przeprowadzania przez pielęgniarkę⁹.

Pielęgniarka spełniająca wymagania określone przez ustawodawcę w toku udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych ma także prawo do samodzielnej ordynacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiania na nie recepty oraz ordynowania wyrobów medycznych, w tym wystawiania na nie zlecenia lub recepty (art. 15a ust. 1 w zw. z art. 15b ust. 1 u.z.p.p.), prawo wystawiania skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej (art. 15a ust. 6 u.z.p.p.)¹⁰, a także wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz zlecenia na wyroby medyczne, niezbędne do kontynuacji leczenia (art. 15a ust. 2 u.z.p.p.).

Powyższa próba dokonania klasyfikacji świadczeń zdrowotnych właściwych tylko dla analizowanego zawodu wskazuje, że wykonywanie zawodu pielęgniarki obejmuje:

- 1) postawienia diagnozy pielęgniarskiej i na jej podstawie wdrożenie postępowania pielęgniarskiego¹¹;
- 2) wykonywanie świadczeń zdrowotnych bez zlecenia lekarskiego;
- 3) wykonywanie zleceń lekarskich;
- 4) udział w ordynacji i kontynuacji udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych oraz
- 5) prowadzenie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Świadczenia zdrowotne udzielne przez pielęgniarkę to wszelkie działania medyczne o charakterze usług niematerialnych¹² charakteryzujące się: 1) niepodzielnością (nierozdzielnością); 2) nietrwałością (nieskładalnością); 3) zmiennością; 4) niemożnością odsprzedaży; 5) asymetrią informacji; 6) niepewnością i ryzykiem; 7) swobodą w wyborze technologii świadczenia; 8) organizowaniem suwerenności konsumenta; 9) złożonością procesu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych; 10) delegowaniem upraw-

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28.02.2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. poz. 497).

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18.01.2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (Dz.U. poz. 299).

¹¹ *Wprowadzenie do diagnostyki pielęgniarskiej. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. nauk. J. Górajek-Jóźwik, Warszawa 2007, s. 32–39.

¹² A zatem pacjent nie może zobaczyć usługi przed jej otrzymaniem, por. B. Detyna, J. Detyna, *Jakość usług medycznych. Ocena statystyczna. Podstawy metodyczne*, Warszawa 2011, s. 54 i 55.

nień i zaufania¹³. Są to działania prawnie dopuszczalne, polegające na oddziaływaniu na organizm ludzki z użyciem rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

Pielęgniarka udziela świadczeń zdrowotnych zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi oraz w zakresie swoich umiejętności i obowiązków (art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.z.l. w zw. z art. 12 ust. 1 u.z.p.p.), z należytą starannością (art. 11 ust. 1 u.z.p.p. w zw. z art. 8 u.p.p.), z wykorzystaniem wskazań aktualnej wiedzy medycznej (art. 11 u.z.p.p.), zgodnie z zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodowe i z dbałością o bezpieczeństwo pacjenta (art. 11 w zw. z art. 8 u.p.p.)¹⁴.

Pielęgniarskie świadczenia zdrowotne (działania medyczne) mogą być podejmowane tylko w celu określonym przez ustawodawcę (art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.z.l. w zw. z art. 8 u.p.p.), takim jak: zachowanie, ratowanie, przywracanie i poprawa stanu zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub wynikające z przepisów regulujących zasady ich wykonywania (art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.z.l.). Określenie celu świadczeń zdrowotnych podejmowanych przez pielęgniarkę ma niewątpliwy wpływ na podział na działania medyczne i działania niemedyczne. Działania niemedyczne mogą jednocześnie mieć zastosowanie przy podejmowaniu działań medycznych lub pozostawać w związku z ich wykonywaniem.

Pielęgniarka może udzielać świadczeń zdrowotnych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, tj. w praktykach zawodowych (zob. część IV, rozdział 1), oraz w podmiotach leczniczych. Z uwagi na rodzaj działalności leczniczej ustawodawca dzieli świadczenia zdrowotne na: świadczenia stacjonarne i całodobowe, takie jak szpitalne i inne niż szpitalne, oraz świadczenia ambulatoryjne (art. 8 w zw. z art. 3 u.d.z.l.). Świadczenia szpitalne to kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych albo ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin (art. 2 ust. 1 pkt 11 u.d.z.l.).

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne to świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzależnień udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowot-

¹³ Por. B. Detyna, J. Detyna, *Jakość usług medycznych...*, s. 54 i 55.

¹⁴ K. Wojtczak, Z. Leoński, *Komentarz do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*, Warszawa-Poznań 1993, s. 7–35, za: M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Warszawa 2007, s. 34–35; J. Bujny, *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 110–116; D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 101 i n.

nych (art. 2 ust. 1 pkt 12 u.d.z.l.). Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitale są udzielane w:

- 1) zakładzie opiekuńczo-leczniczym w zakresie pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienia im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i żywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenia edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowania tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych (art. 9 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 12 ust. 1 pkt 1 u.d.z.l.);
- 2) zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym w zakresie pielęgnacji, opieki i rehabilitacji pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewniania im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i żywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenia edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowania tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych (art. 9 ust. 1 pkt 2 w zw. z art. 12 ust. 1 pkt 2 u.d.z.l.);
- 3) zakładzie rehabilitacji leczniczej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych polegających na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia (art. 9 ust. 1 pkt 3 w zw. z art. 12 ust. 1 pkt 3 u.d.z.l.);
- 4) hospicjum w zakresie sprawowania wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów (art. 9 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 12 ust. 1 pkt 4 u.d.z.l.).

Świadczenia ambulatoryjne obejmują świadczenia podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu. Świadczenia ambulatoryjne mogą także obejmować świadczenia zdrowotne, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego (art. 11 u.d.z.l.). Świadczenia ambulatoryjne mogą być udzielane w pomieszczeniach przedsiębiorstwa leczniczego, w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń lub w miejscu pobytu pacjenta (art. 10 u.d.z.l.).

Podmiot leczniczy często wstępuje w roli koordynatora i zapewnia kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych przez różne grupy zawodów medycznych (art. 2 ust. 1 pkt 11 u.d.z.l.). Podmiot wykonujący działalność leczniczą jest zobowiązany do zapewnienia warunków współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 24 ust. 1 pkt 8 u.d.z.l.). Powyższe uwagi w zakresie analizowanego pojęcia wskazują, że zakres przedmiotowy pojęcia świadczenia zdrowotnego obejmuje świadczenia w zakresie diagnozowania, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji, ale także świadczenia opiekuńcze, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki

długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego. Uszczegółowienie wymienionych świadczeń ma z kolei miejsce w odrębnych aktach prawnych rangi ustawy, w szczególności w ustawie pielęgniarskiej czy w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określającej pozytywny koszyk świadczeń, oraz w aktach wykonawczych uszczegóławiających zakresy przedmiotowe poszczególnych rodzajów świadczeń zdrowotnych zgodnie z delegacją ustawową.

Pielęgniarka ma także prawo oraz obowiązek podejmowania aktywności w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Celem edukacji zdrowotnej jest dostarczenie informacji i wiedzy na temat zdrowia, potęgowanie działań na rzecz zdrowia poprzez uczestniczenie we wspólnym działaniu oraz zapewnienie wpływu na tworzenie zdrowotnej polityki społecznej¹⁵.

Promocja zdrowia to działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu (art. 2 ust. 1 pkt 7 u.d.z.l.). Zgodnie z przyjętą w ustawie o działalności leczniczej terminologią „świadczenie zdrowotne” i „promocja zdrowia” to dwa odrębne pojęcia (art. 3 ust. 1 i 2 pkt 1 u.d.z.l.). Prowadzenie edukacji zdrowotnej czy promocji zdrowia nie należy do elementów istotnych dla definicji zawodu pielęgniarki jako zawodu medycznego (*a contrario* art. 84 u.z.p.p.), jednak może również obejmować te działania.

Rodzaj czynności (zadań) wykonywanych faktycznie przez pielęgniarkę nie musi odpowiadać zespołowi czynności ujętych w prawnej definicji danego zawodu. Świadczenie pracy jedno- lub różnorodnej w ramach jednego stosunku pracy lub w ramach prowadzonej działalności gospodarczej co do zasady nie jest równoznaczne z zespołem czynności (prac) wynikających z podziału pracy¹⁶. Zakres tych czynności może być szerszy lub węższy. Pielęgniarki nie tylko udzielają świadczeń i orzekają o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, ale również wykonują pracę administracyjno-organizacyjną (np. prowadzą dokumentację medyczną). Czynności administracyjno-organizacyjne i medyczne są ściśle ze sobą powiązane, np. przyjęcie chorego do szpitala (czynność administracyjna) jest poprzedzone zbadaniem stanu zdrowia pacjenta (czynność lecznicza), a różnice pomiędzy tymi czynnościami – raczej umowne (np. przyjęcie od pacjenta wywiadu o chorobie i zapisanie wywiadu w dokumentacji ma cechy czynności medycznej i administracyjnej, podobnie skierowanie na badania specjalistyczne i ich wykonanie). W wielu wypadkach różnica między czynnością administracyjną a związaną z leczeniem czy pielęgnacją

¹⁵ J.B. Karski, *Praktyka i teoria promocji zdrowia – wybrane zagadnienia*, Warszawa 2006, s. 16.

¹⁶ K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja. Studium z zakresu materialnego prawa administracyjnego*, Poznań 1999, s. 39.

jest nie do ustalenia (np. nagłe przyjęcie pacjenta do oddziału intensywnej terapii w celu reanimacji i podjęcie akcji reanimacyjnej).

Rozróżnianie czynności administracyjnych i medycznych jako kryterium odpowiedzialności prawnej pielęgniarki byłoby zabiegiem sztucznym i niepotrzebnym. W ramach definicji zawodu pielęgniarki udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowi funkcję podstawową i najważniejszą, z pewnością nie mniej ważną niż czynności administracyjne, wielce społecznie użyteczną, a więc brak podstaw, by pomniejszać jej rangę i nie przyznawać jej publicznego charakteru. Z drugiej strony rodzaj czynności (zadań) wykonywanych przez pielęgniarkę może być węższy od zakresu czynności wymienionych w prawnej definicji zawodu pielęgniarki. Przepisy nie wymagają wykonywania wszystkich tych czynności łącznie. Na przykład dla stwierdzenia wykonywania zawodu pielęgniarki nie w każdym wypadku konieczne jest rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta, rozpoznawanie jego problemów pielęgnacyjnych, planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem, samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych, realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji czy orzekanie o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Wystarczy wykonywanie jednej tylko z czynności wymienionych w art. 4 ust. 1 u.z.p.p.

Reasumując, dana czynność może być uznana za pielęgniarskie świadczenie zdrowotne tylko wtedy, gdy jest ona profesjonalnie (zawodowo) wykonywana (art. 4 u.z.p.p. oraz art. 17 ust. 1 pkt 3 u.dz.l. w zw. z art. 84 u.z.p.p.). Jeżeli pielęgniarskie świadczenie zdrowotne może być wykonywane wyłącznie przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki, to w zakres tego pojęcia powinny wchodzić te czynności, do wykonywania których ta osoba posiada odpowiednie kwalifikacje zawodowe (art. 12 ust. 1 u.z.p.p.)¹⁷. Nie można uznać za pielęgniarskie świadczenie zdrowotne działań odpowiadających zakresowi przedmiotowemu zawodu pielęgniarki, ale wykonywanych przez podmiot nieuprawniony. Pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych mogą udzielać tylko osoby, na których ciąży obowiązek osobistego wykonywania zawodu¹⁸.

¹⁷ Por. U. Urbanowicz, A. Sawaniewski, Świadczenie medyczne – czym jest? [w:] *Polityka zdrowotna*, t. I, *Rola procedur i standardów medycznych w konstrukcji i finansowaniu świadczeń zdrowotnych*, Łódź 2004, s. 16.

¹⁸ Artykuł 84 u.z.p.p. reguluje kwestie udzielania świadczeń zdrowotnych bez wymaganego prawa wykonywania zawodu: „Kto bez wymaganego prawa wykonywania zawodu udziela świadczeń zdrowotnych określonych w art. 4 ust. 1 pkt 1–6 lub art. 5 ust. 1 pkt 1–9, 11 i 12, podlega karze grzywny”.

2.1.2. Stałe lub z niewielkimi zmianami wykonywanie zadań (czynności) zawodowych

Zadania (zespół czynności) powinny być wykonywane stale lub z niewielkimi zmianami. Chodzi tu o wykazanie, że wykonywanie zawodu pielęgniarki ma charakter systematyczny¹⁹, co wyraża się m.in. w mówieniu o „wykonywaniu” tego zawodu, a nie o jego „wykonaniu”. Definicja określająca zakres przedmiotowy zawodu pielęgniarki stanowi, że jego wykonywanie polega w domyśle na stałym, ciągłym „udzielaniu” świadczeń zdrowotnych (art. 4 ust. 1 u.z.p.p.). Systematyczne wykonywanie zawodu pielęgniarki jest istotną cechą definicji zawodu i jedną z cech go identyfikujących.

Cecha systematyczności wykonywania zawodu może być zachowana przy jednoczesnym zmienianiu prawnych form jego wykonywania.

Niewątpliwie wyróżnienie w definicji zawodu cechy systematyczności pozwala na odróżnienie pracy wykonywanej systematycznie od pracy wykonywanej dorywczo, okazjonalnie, jak również pracy profesjonalnej od amatorskiego działania, niemającego związku z wykonywaniem zawodu. Systematyczność nie oznacza jednak trwałości wykonywania zawodu pielęgniarki. Jeżeli chodzi o umowę o pracę czy umowę cywilnoprawną, możliwe jest jej rozwiązanie, a w przypadku działalności gospodarczej prowadzonej przez pielęgniarkę w formie praktyki zawodowej możliwe jest jej okresowe przerwanie lub zawieszenie (art. 22 Prawa przedsiębiorców) czy zakończenie z chwilą osiągnięcia zamierzonego celu i niepodjęcia wykonywania zawodu.

Okresu „systematyczności” wykonywania zawodu pielęgniarki nie przerywa niewykonywanie tego zawodu przez okres nie dłuższy niż pięć lat w okresie ostatnich sześciu lat w żadnej z dopuszczonych przez prawo form wykonywania tego zawodu (art. 26 ust. 1 w zw. z art. 19 u.z.p.p.; zob. część I, rozdział 3).

2.1.3. Kompetencje nabywane w toku uczenia się lub praktyki

Legalna definicja zawodu wyodrębnia kompetencje nabyte w toku uczenia się lub praktyki. Ustawodawca nie definiuje jednak terminu „kompetencje”, a zatem należy odwołać się do dorobku naukowego. Tutaj to pojęcie jest ujmowane szerszej niż termin „klasyfikacje zawodowe”²⁰. Obok dwóch elementów właściwych dla definicji kwalifikacji zawodowych, jak wiedza i umiejętności, wyróżnia się jeszcze inne elementy, jak

¹⁹ W języku polskim słowo „systematycznie” to przysłówek; jest ono pokrewne rzeczownikom „system”, „systematyka” oraz przymiotnikowi „systematyczny”. „Systematyczny” to: 1) wykonywany lub zdarzający się regularnie, 2) wykonywany starannie, 3) wykonany metodycznie, w sposób uporządkowany, według schematu. Anonimy dla słowa „systematyczny” to „przypadkowy”, „losowy”, „chaotyczny”, „niesystematyczny”. <http://pl.wiktionary.org/wiki/systematycznie> (dostęp: 29.11.2019 r.).

²⁰ D. Karkowska, *Zawody medyczne*, Warszawa 2012, s. 62–63.

zachowania czy zdolności, które pozwalają odróżnić przeciętne wykonywanie zawodu od bardzo dobrego²¹.

Inaczej poruszane zagadnienie ujmuje ustawowa definicja zawodu medycznego, poprzezstając co do zasady na wymaganiach natury formalnej. Ustawodawca wyróżnia dwie grupy osób wykonujących zawody medyczne: osoby mogące udzielać świadczeń zdrowotnych na podstawie „uprawnienia”, na zasadach określonych w przepisach odrębnych od ustawy o działalności leczniczej, oraz osoby mogące udzielać świadczeń zdrowotnych na podstawie „legitymacji nabycia fachowych kwalifikacji” uzyskanych w toku uczenia się lub praktyki²².

Przywołana definicja pozwala na wysuniecie wniosku, że osoba wykonująca zawód pielęgniarki powinna legitymować się wykształceniem medycznym nabytym w toku nauki, tj. w trakcie studiów lub nauki w szkole, oraz wykazywać wymagane kompetencje nabyte w toku uczenia się lub praktyki. W obecnym stanie prawnym rozróżnia się osoby wykonujące zawód pielęgniarki:

- 1) posiadające wyższe wykształcenie medyczne, czyli tytuł zawodowy nadawany absolwentom uczelni medycznych i podstawowych jednostek organizacyjnych innych uczelni działających w dziedzinie nauk medycznych oraz
- 2) nieposiadające wyższego wykształcenia, natomiast posiadające średnie wykształcenie medyczne i tytuł zawodowy nadawany absolwentom publicznych szkół medycznych i niepublicznych szkół medycznych o uprawnieniach szkół publicznych.

²¹ W ujęciu etymologicznym *competentio* oznacza „uprawnienia do działania, określony zakres wiedzy, umiejętności, odpowiedzialności”. W aspekcie prakseologicznym kompetencje są czynnikami zapewniającymi zdolność do skutecznego działania pracownika, por. E. Kądziołka-Martyniak, *Ewolucja w kwalifikowaniu rodzaju zatrudnienia*, „Organizacja i Kierowanie” 2001/3 (105), s. 33–44. C. Rowe rozróżnia kompetencje jako umiejętności umożliwiające wykonywanie zadań na pewnym pożądanym poziomie (ang. *competence*) od kompetentnych zachowań, które prowadzą do osiągnięcia zadowalającego poziomu realizacji zadań (ang. *competency*), podają za: B. Niedźwiedzka, E. Ryś, *Perspektywy badania problemu zatrudnienia absolwentów kierunku zdrowie publiczne* [w:] *Zatrudnienie w zdrowiu publicznym w Europie*, red. K. Czabanowska, C. Włodarczyk, Karków 2004, s. 100. Według T. Roskowskiego przy konstruowaniu definicji kompetencji jako zbioru umiejętności, wiedzy i zdolności należy także uwzględnić „style działania, wyznawane zasady, zainteresowania i inne cechy, które używane i rozwijane w procesie pracy prowadzą do osiągnięcia rezultatów zgodnych ze strategicznymi zamierzeniami przedsiębiorstwa”, T. Rostkowski, *Zarządzanie kompetencjami jako przyszłość zsz w Polsce*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2002/6 (2), s. 65–76. Z kolei M.W. Kopertyńska wskazuje, że kompetencje to zintegrowane wykorzystywanie zdolności, cech osobowości, a także nabytej wiedzy i umiejętności w celu doprowadzenia do pomyślnego wykonania złożonego zadania, działania w ramach misji przedsiębiorstwa. Kompetencje to gotowość i zdolność do realizacji określonych zadań w konkretnej organizacji, M.W. Kopertyńska, *Wynagrodzenie za kompetencje czy wyniki pracy – doświadczenia* [w:] *Szanse i zagrożenia w kontekście integracji europejskiej*, red. L. Zbiegień-Maciąg, W. Pawlik, Kraków 2003, s. 335–343.

²² Termin „osoba wykonująca zawód medyczny” oznacza osobę, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny (art. 2 ust. 1 pkt 2 u.dz.l.).

Tylko pierwsza grupa osób może zostać zobowiązana do pełnienia w zakładzie leczniczym danego podmiotu dyżuru medycznego lub do pracy w godzinach nadliczbowych wyłącznie za zgodą pracownika (tzw. klauzula *opt-out* – art. 95 i 96 u.d.z.l.). *A contrario* art. 95 i 96 u.d.z.l. osoby wykonujące zawód pielęgniarki i nieposiadające wyższego wykształcenia takich szczególnych praw pracowniczych nie posiadają²³.

Ponadto ustawodawca określił wyraźne wymagania, od których spełnienia uzależnia przyznania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki. Są to następujące ustawowe przesłanki: posiadanie obywatelstwa polskiego lub innego państwa UE, przedłożenie dokumentu poświadczającego uzyskanie kwalifikacji zawodowych, pełna zdolność do czynności prawnych, wykazanie nienagannej postawy etycznej oraz posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie danego zawodu (art. 28 u.z.p.p.). Spełnienie łącznie wszystkich tych przesłanek składa się na uprawnienie do udzielania świadczeń zdrowotnych i oznacza również zakaz udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby, które nabyły wprawdzie kwalifikacje zawodowe zgodnie z zasadami kształcenia, ale nie spełniają pozostałych przesłanek ustawowych uzyskania prawa wykonywania zawodu. Ocenę spełnienia wymienionych warunków ustawodawca pozostawił wyłącznie samorządowi pielęgniarek i położnych (art. 2 ust. 1 i 3 u.s.p.p.). Rzeczą samorządu zawodowego jest ustalenie, czy kandydat zamierzający wykonywać zawód spełnia określone ustawą warunki materialne potrzebne do wykonywania zawodu i realizacji celów ustawy. Dopiero w oparciu o te ustalenia korporacja zawodowa może zdecydować o stwierdzeniu lub przyznaniu prawa wykonywania zawodu w formie uchwały (art. 40 u.z.p.p.)²⁴. Korporacja nie podejmuje takich czynności z urzędu, nie ma bowiem prawnego obowiązku wykonywania zawodu pielęgniarki przez osobę, która wypełnia określone prawem wymagania potrzebne do wykonywania zawodu. Dowodem formalnym potwierdzającym posiadanie uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki jest dokument o prawie do wykonywania zawodu (art. 41 u.z.p.p.).

2.1.4. Dochód uzyskiwany dzięki wykonywaniu zawodu pielęgniarki

Zgodnie z legalną definicją zawodu wykonywanie każdego zawodu stanowi źródło dochodu (dochód uzyskiwany dzięki wykonywaniu zawodu). Zawodowe wykonywanie czynności wiąże się nierozdzielnie z ich zarobkowym charakterem. Cel zarobko-

²³ Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej ujmowała to zagadnienie nieco inaczej. Ustawodawca dokonał klasyfikacji zawodów medycznych na dwie grupy: lekarzy lub innych posiadających wyższe wykształcenie pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pracowników wykonujących zawody, które są kwalifikowane jako zawody medyczne, ale nieposiadających wyższego wykształcenia.

²⁴ Uchwały samorządów zawodów medycznych w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu są decyzjami administracyjnymi. To oznacza, że stosuje się tu przepis ustawy z 14.06.1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2020 r. poz. 256) i że zainteresowanemu służy również – po wyczerpaniu toku instancji – prawo zaskarżania decyzji do NSA.

wy uważa się w doktrynie prawa za element *sine qua non* definicji pojęcia zawodu²⁵. Co do zasady nie jest możliwe bezpłatne wykonywanie zawodu na podstawie stosunku pracy lub innego stosunku prawnego²⁶, w ramach podjętej działalności gospodarczej albo z tytułu zawarcia umowy spółki cywilnej, jeśli wkład wspólnika polega na świadczeniu usług. W każdym z tych przypadków przepisy prawa mówią o zarobkowym charakterze pracy (działalności).

Na gruncie prawa pracy wynagrodzenie za pracę jest obowiązkowym świadczeniem pracodawcy za pracę faktycznie wykonaną, zaś za czas niewykonywania pracy pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia tylko wówczas, gdy przepisy prawa pracy tak stanowią (art. 80 k.p.)²⁷. Zasady wynagrodzenia za pracę w działalności wykonywanej na podstawie niepracowniczych form zatrudnienia regulują odpowiednie przepisy prawa cywilnego.

Cel zarobkowy stanowi immanentną cechę każdej działalności gospodarczej (art. 3 Prawa przedsiębiorców. Bez tej cechy nie można mówić o działalności gospodarczej w ogóle, przy czym cel ten „należałoby traktować jako wskazanie kierunkowe, zakładające, że celem działalności gospodarczej jest przysporzenie zysku podmiotowi gospodarczemu”²⁸. O zarobkowym charakterze działalności (prac) mówi się zarówno w przypadku dochodów oczekiwanych (przyszłych), jak i dochodów wątpliwych. O zarobkowym charakterze działalności gospodarczej nie decyduje fakt osiągnięcia dochodu (w postaci zysku) z tytułu jej wykonywania, lecz zamiar jego osiągnięcia (nawet gdyby działalność gospodarcza nie przyniosła zysku)²⁹. K. Wojtczak przyj-

²⁵ K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja...*, s. 47 i n. Autorka szeroko omówiła złożoność poruszanej kwestii.

²⁶ M. Gersdorf, *Umowa o pracę, umowa o dzieło, umowa zlecenia*, Warszawa 1993.

²⁷ „Wynagrodzenie za pracę” jest terminem należącym do języka kilku dyscyplin prawa, obok prawa pracy również prawa ubezpieczenia społecznego, podatkowego (finansowego), procesowo-cywilnego, administracyjnego, rodzinnego i opiekuńczego. W dziedzinach prawa, które nie zawierają własnej definicji wynagrodzenia za pracę, należy je rozumieć tak, jak rozumiane jest w dyscyplinie macierzystej, tj. w prawie pracy, B. Wagner, *Wynagrodzenie za pracę i jego związek z pracą* [w:] *Człowiek, obywatel, pracownik. Studia z zakresu prawa. Księga Jubileuszowa poświęcona Profesor Urszuli Jackowiak*, red. J. Stelina, A. Wypych-Żywicka, Gdańsk 2007, s. 302–304. L. Florek definiuje wynagrodzenie jako „obowiązkowe świadczenie okresowe pracodawcy, posiadające wartość majątkową, spełniane na rzecz pracownika w ramach stosunku pracy, w zamian za świadczoną przez niego pracę (lub za czas niewykonywania pracy określony w ustawie)”, L. Florek, T. Zieliński, *Prawo pracy*, Warszawa 2009, s. 187. Regulacjami wskazującymi na poprawność określenia wynagrodzenia w umowie o pracę są następujące przepisy charakteryzujące wynagrodzenie za pracę: wzorcowy przykład budowy zasad wynagradzania dotyczący sfery budżetowej, przewidujący w strukturze wynagrodzenia zasadnicze i inne składniki wynagrodzenia (art. 77³ § 3 pkt 1 i 2 k.p.), stawka wynagrodzenia godzinowa lub miesięczna (art. 81 § 1, art. 151¹ § 3 i art. 151⁵ § 1 k.p.), gwarancja wynagrodzenia za pełny miesięczny wymiar czasu pracy (art. 151² § 2 k.p.), pełne wynagrodzenie miesięczne (art. 85 § 2 i 4 oraz art. 87 § 8 k.p.). Por. T. Nycz, *Wynagrodzenie za pracę*, Kraków 2005, s. 8.

²⁸ M. Zdyb, *Prawo działalności gospodarczej. Komentarz do ustawy z 19 listopada 1999 r.*, Kraków 2000.

²⁹ C. Basiński, H. Gronkiewicz-Waltz, D. Szafranski, M. Wierzbowski, M. Wyrzykowski, *Prawo gospodarcze. Zagadnienia administracyjnoprawne*, Warszawa 2005, s. 58.

muje, że w sytuacji wykonywania czynności (prac) bezpłatnie można mówić jedynie o ich wykonywaniu społecznym lub charytatywnym³⁰, a nie zawodowym³¹. Bezpłatne wykonywanie zawodu może odbywać się w ramach wolontariatu. Instytucja wolontariatu, przewidziana w ustawie z 4.04.2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie³², nie jest wykonywaniem pracy w ramach stosunku pracy, lecz świadczeniem nieodpłatnych usług. Taka forma wykonywania pracy jest dopuszczalna jako odstępstwo od stosunku pracy, wyłącznie i ściśle na zasadach powołanej ustawy³³.

Wynagrodzenie jako element istotny definicji zawodu pielęgniarstwa ma do spełnienia wiele funkcji, i to nie tylko w stosunkach pracowniczych, ale również w przypadku pozapracowniczego wykonywania pracy³⁴. Wyróżnia się co najmniej cztery podstawowe funkcje wynagrodzenia: 1) funkcję kosztową, 2) funkcję motywacyjno-informacyjną, 3) funkcję dochodową, 4) funkcję społeczną³⁵. „Z punktu widzenia definicji zawodu istotna jest szczególnie funkcja społeczna wynagrodzenia, która określa pozycję społeczną, prestiż, poczucie ważności i użyteczności. Wynagrodzenie jest więc jednym z kryteriów wartościowania, a tym samym różnicowania ludzi w społeczeństwie. Wyznacza ono miejsce jednostki w strukturze społecznej, tzn. pozycję i związany z tym prestiż zarówno w skali zakładu pracy, jak i w społeczeństwie. W tym sensie wynagrodzenie jest elementem istotnym definicji zawodu”³⁶. Warto jednocześnie zwrócić uwagę, że groźne może być zarówno odpłatne, jak i nieodpłatne wykonywanie czynności wchodzących w zakres wykonywania zawodu pielęgniarstwa przez osoby niekompetentne. Dlatego uzasadniona jest teza, że przyjęcie odpłatności jako warunku karalności mogłoby istotnie utrudnić ściganie i karanie osób udzielających świadczeń zdrowotnych określonych w art. 4 ust. 1 pkt 1–6 u.z.p.p. bez wymaganego prawa wykonywania zawodu.

2.2. Inne składniki wykonywania zawodu pielęgniarstwa

Zakres czynności zawodowych pielęgniarstwa ustawodawca ujmuje bardzo szeroko i obejmuje nim nie tylko działania medyczne w ścisłym tego słowa znaczeniu, ale również inną działalność zawodową wykonywaną także poza podmiotami wykonującymi działalność leczniczą (art. 4 ust. 2 u.z.p.p.).

³⁰ K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja...*, s. 48.

³¹ D. Karkowska, *Zawody medyczne...*, 2012, s. 69.

³² Dz.U. z 2019 r. poz. 688 ze zm.

³³ Szeroko omawiają ten problem D. Karkowska i T.A. Karkowski, *Zatrudnianie w podmiotach leczniczych*, Warszawa 2017, s. 211 i n.

³⁴ Z. Morecka, *Rola dochodów w egalitaryzacji społeczeństwa*, PS 1977/10, s. 4–7.

³⁵ A. Pochtowski, *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie – procesy – metody*, Warszawa 2007.

³⁶ D. Karkowska, *Zawody medyczne...*, 2012, s. 69–71.

2.2.1. Nauczanie zawodu pielęgniarki oraz wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego pielęgniarek

Należy podkreślić, że nie każde nauczanie jest „wykonywaniem zawodu pielęgniarki”, nawet gdy zajęcia takie prowadzi pielęgniarka. Jest nim wyłącznie dydaktyka w zakresie studiów pielęgniarskich oraz nauczanie w zakresie szkolenia specjalizacyjnego i kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i doszkalających. Dość niefortunne jest sformułowanie „wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego”.

2.2.2. Prowadzenie prac naukowo-badawczych w zakresie pielęgniarstwa

Tekstualna wykładnia pozwala na przyjęcie, że definicję wykonywania zawodu pielęgniarki spełnia każde badanie naukowe nastawione na uzyskanie wiedzy medycznej w zakresie pielęgniarstwa, niezależnie od tego, czy z metodologicznego punktu widzenia stanowi eksperyment, obserwację czy pomiar naukowy³⁷. Przepis ten kierowany jest do pielęgniarek, które w założeniu mogą ograniczyć się tylko do prac naukowo-badawczych, nie zajmując się *de facto* praktyką leczniczą, lecz starają się poszerzyć wiedzę medyczną poprzez pracę naukową. Adresatem tej normy będą przede wszystkim pracownicy dydaktyczno-naukowi zatrudnieni w wyższych uczelniach medycznych czy jednostkach badawczo-rozwojowych. Pielęgniarka może także wykonywać działalność naukowo-badawczą na podstawie zatrudnienia niepracowniczego, tj. na podstawie umowy cywilnoprawnej. Podmiotami, w których prowadzi się działalność naukowo-badawczą, mogą być zarówno jednostki publiczne, jak i prywatne, podległe organom administracji rządowej (np. Ministrowi Zdrowia). Ważne jest jednak, by osoba wykonująca zawód pielęgniarki prowadziła swoje prace w zakresie pielęgniarstwa.

2.2.3. Nietypowe wykonywanie zawodu pielęgniarki

Generalnie wykonywanie zawodu pielęgniarki, poza typowym udzielaniem świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym lub w ramach praktyki zawodowej, może być związane z administrowaniem w ochronie zdrowia, pracą w podmiotach niemających statusu podmiotu leczniczego (żłobki, domy pomocy społecznej) lub pełnieniem funkcji w samorządzie zawodowym i związkach zawodowych. Ustawodawca stosunkowo szeroko określa wykaz stanowisk (funkcji) pełnionych przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki. Wykaz ten ma charakter zamknięty. Są to następujące stanowiska lub funkcje:

³⁷ Należy zauważyć, że zgodnie z wcześniejszymi uwagami w Polsce pielęgniarstwo nie ma statusu dyscypliny naukowej.

- 1) kierowanie i zarządzanie zespołami pielęgniarek lub położnych;
- 2) zatrudnienie w podmiocie leczniczym na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁸ lub w urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) zatrudnienie w organach administracji publicznej, których zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia;
- 5) pełnienie służby na stanowiskach służbowych w Inspektoracie Wojskowej Służby Zdrowia i innych jednostkach organizacyjnych Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, na których wykonuje się czynności związane z ochroną zdrowia i opieką zdrowotną;
- 6) pełnienie służby na stanowiskach służbowych w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej i innych stanowiskach Służby Więziennej, na których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem i nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej przez podmiot leczniczy dla osób pozbawionych wolności;
- 7) zatrudnienie w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarki określonych w ustawie;
- 8) zatrudnienie na stanowisku pielęgniarki w żłobku lub klubie dziecięcym, o których mowa w ustawie z 4.02.2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3³⁹;
- 9) sprawowanie funkcji z wyboru w organach samorządu pielęgniarek i położnych lub wykonywanie pracy na rzecz samorządu;
- 10) powołanie do pełnienia z wyboru funkcji związkowej poza zakładem pracy pielęgniarki, jeżeli z wyboru wynika obowiązek wykonywania tej funkcji w charakterze pracownika, albo pełnienie funkcji w zarządzie zakładowej organizacji związkowej, jeżeli z pełnieniem tej funkcji jest związane zwolnienie z obowiązku świadczenia pracy.

3. Zawód pielęgniarki jako zawód regulowany

Wykonywanie zawodu pielęgniarki ustawodawca poddaje reglamentacji prawnej i uzależnia od spełnienia materialnych i formalnych przesłanek, a także wskazuje co do zasady samorząd pielęgniarek i położnych jako podmiot właściwy do jedno-

³⁸ Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.

³⁹ Dz.U. z 2020 r. poz. 326 ze zm.

stronnego o tym rozstrzygnięcia i egzekwowania podległych reglamentacji zachowań. Zgodnie z prawem europejskim zawód pielęgniarki jest zawodem regulowanym. Przez zawód regulowany rozumie się „działalność zawodową lub zespół działalności zawodowych, których podjęcie, wykonywanie, lub jeden ze sposobów wykonywania wymaga, bezpośrednio lub pośrednio, na mocy przepisów ustawowych, wykonawczych lub administracyjnych, posiadania specjalnych kwalifikacji zawodowych; w szczególności używanie tytułu zawodowego zastrzeżonego z mocy przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych dla osób posiadających odpowiednie kwalifikacje zawodowe stanowi sposób wykonywania działalności zawodowej” (art. 3 ust. 1 lit. a dyrektywy 2005/36/WE). Osoby, które chcą wykonywać regulowany zawód pielęgniarki, są zobowiązane do wypełnienia wszystkich niedyskryminujących warunków wykonywania zawodu, które mogą być ustanowione przez państwo członkowskie, o ile znajdują one obiektywne uzasadnienie i są proporcjonalne (art. 52 ust. 1 dyrektywy 2005/36/WE).

W tym celu zastosowanie ma dyrektywa 2005/36/WE⁴⁰, dotycząca zniesienia barier związanych z kwalifikacjami zawodowymi i dozwolonych ograniczeń nakładanych na usługodawców świadczących pielęgniarskie usługi transgraniczne. Do czasu implementacji tej dyrektywy utrzymane były w mocy rozwiązania zawarte w kilkunastu dyrektywach regulujących poszczególne obszary uznawania kwalifikacji zawodowych dla zawodu pielęgniarki⁴¹.

⁴⁰ Uznawanie kwalifikacji zawodów medycznych ma ścisły związek z postanowieniami Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską w zakresie swobodnego przepływu osób i usług. We wrześniu 2005 r. wydano dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych w celu uproszczenia systemu uznawania kwalifikacji zawodowych oraz liberalizacji przepisów dotyczących swobody świadczenia usług.

⁴¹ Dyrektywa Rady z 27.06.1977 r. dotycząca wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną, łącznie ze środkami mającymi na celu ustalenie skutecznego wykonywania prawa przedsiębiorczości i swobody świadczenia usług (77/452/EWG) (Dz.Urz. WE L 176, s. 1–7, ze zm.); dyrektywa Rady z 27.06.1977 r. dotycząca koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych w zakresie działalności pielęgniarek/pielęgniarzy odpowiedzialnych za opiekę ogólną (77/453/EWG) (Dz.Urz. WE L 176, s. 8, ze zm.); dyrektywa Rady z 10.10.1989 r. zmieniająca dyrektywę 77/452/EWG dotyczącą wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji pielęgniarki/pielęgniarzy odpowiedzialnych za opiekę ogólną, łącznie ze środkami mającymi na celu ułatwienie skutecznego wykonywania prawa przedsiębiorczości i swobody świadczenia usług oraz uzupełniająca dyrektywę 77/453/EWG dotyczącą koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych w zakresie działalności pielęgniarek/pielęgniarzy odpowiedzialnych za opiekę ogólną (89/595/EWG) (Dz.Urz. WE L 341, s. 30); dyrektywa Rady z 30.10.1989 r. zmieniająca dyrektywy 75/362/EWG, 77/452/EWG, 78/686/EWG, 78/1026/EWG oraz 80/154/EWG odnoszące się do wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji lekarzy, pielęgniarek odpowiedzialnych za opiekę ogólną, lekarzy dentyków, lekarzy weterynarii oraz położnych, jak również dyrektywy 75/363/EWG, 78/1027/EWG oraz 80/155/EWG dotyczące koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do działalności lekarza, lekarza weterynarii i położnej (89/594/EWG) (Dz.Urz. WE L 341, s. 19, ze zm.); dyrektywa Rady z 4.12.1990 r. zmieniająca, ze względu na zjednoczenie Niemiec, niektóre dyrektywy odnoszące się do wzajemnego uznawania kwalifikacji (90/658/EWG) (Dz.Urz. WE L 353, s. 73); dyrektywa 2001/19/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 14.05.2001 r. zmieniająca dyrektywę Rady 89/48/EWG

Tym samym od osób, które chcą w Polsce wykonywać zawód pielęgniarstwa, ustawodawca wymaga stwierdzenia przez samorząd zawodowy spełnienia prawnych przesłanek wykonywania zawodu i przyznania prawa wykonywania zawodu (art. 28–30 u.z.p.p.). Osoba zamierzająca wykonywać zawód pielęgniarstwa, której samorząd zawodowy potwierdził prawo jego wykonywania, zostaje równocześnie wpisana na listę członków samorządu zawodowego (art. 5 u.s.p.p.).

4. Zawód pielęgniarstwa jako wolny zawód

Termin „wolny zawód” w odniesieniu do pielęgniarstwa jest obecnie używany w dyskusjach politycznych prowadzonych wokół statusu analizowanego zawodu w systemie opieki zdrowotnej. Rozważania te mają wymiar zarówno materialny (ideologiczny), gdzie wolność służy podkreśleniu niezależności i związania zawodu tylko wiedzą medyczną, jak również wymiar formalny (praktyczny), gdzie chodzi o wskazanie przepisów mających zastosowanie do wolnych zawodów w obrocie prawnym (np. podatkowych, prawa ubezpieczeń społecznych).

Polski ustawodawca nie wypracował dotychczas swoistego *numerus clausus* w tym zakresie. Konstytucja RP z 1997 r. nie posługuje się terminem „wolny zawód”, w art. 65 jest mowa o „wolnym wykonywaniu zawodu”. Pojęcie wolnego zawodu zawiera ustawa z 20.11.1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne. W art. 4 ust. 1 pkt 11 tej ustawy wolny zawód zdefiniowany został jako pozarolnicza działalność gospodarcza wykonywana osobiście wyłącznie na rzecz osób fizycznych, m.in. przez pielęgniarstwa, pod warunkiem że działalność ta nie jest wykonywana na rzecz osób prawnych oraz jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej albo na rzecz osób fizycznych dla potrzeb prowadzonej przez nie pozarolniczej działalności gospodarczej, z tym że za osobiste wykonywanie wolnego zawodu uważa się wykonywanie działalności bez zatrudnienia na podstawie umów o pracę, umów zlecenia, umów o dzieło oraz innych umów o podobnym charakterze osób, które wykonują czynności związane z istotą danego zawodu.

Zawód pielęgniarstwa jest także ujęty jako wolny zawód na gruncie przepisów prawa ubezpieczeń społecznych (art. 8 ust. 6 pkt 3 u.s.u.s.). W rozumieniu tych przepisów wykonywanie wolnego zawodu pielęgniarstwa polega wyłącznie na wykonywaniu przez podatnika osobiście (samodzielnie) określonych czynności, tj. bez udziału innych

i 92/51/EWG w sprawie ogólnego systemu uznawania kwalifikacji zawodowych oraz dyrektywy Rady 77/452/EWG, 77/453/EWG, 78/686/EWG, 78/687/EWG, 78/1026/EWG, 78/1027/EWG, 80/154/EWG, 80/155/EWG, 85/384/EWG, 85/432/EWG, 85/433/EWG i 93/16/EWG dotyczące zawodów pielęgniarstwa ogólnej, lekarza dentysty, lekarza weterynarii, położnej, architekta, farmaceuty i lekarza (Dz.Urz. UE L 206, s. 1).

osób wykonujących czynności tego samego rodzaju⁴². W wykonywaniu wolnego zawodu pielęgniarki nie jest możliwe posługiwanie się osobami mającymi wiedzę pokrewną (uprawnienia) w oparciu o umowę o pracę, świadczenie usług czy umowę o dzieło. Dopuszczalne natomiast jest zatrudnianie innych osób, stanowiących niejako obsługę techniczną wykonywanej działalności (sekretarka medyczna, księgowia).

Wolnym zawodem jest tylko ten, który został określony w Kodeksie spółek handlowych oraz taki, który zostanie uznany za wolny zawód w innym akcie rangi ustawowej. Obecna lista wolnych zawodów stanowi *numerus clausus*⁴³. Zawód pielęgniarki został zaliczony do katalogu wolnych zawodów na gruncie prawa handlowego, tu ustawodawca dopuszcza wykonywanie zawodu pielęgniarki w formie spółki partnerskiej (art. 88 k.s.h.)⁴⁴.

Problematyka roli wolnych zawodów w gospodarce rynkowej stanowi przedmiot szerokiego zainteresowania doktryny, na gruncie której wypracowano katalog cech pozwalających na odróżnianie wolnych zawodów od zawodów zależnych oraz definicję zawodu wolnego. J. Jacyszyn podkreśla, że w gospodarce rynkowej „wolny zawód jest zawodem wybitnie nastawionym na zaspokajanie oczekiwań społecznych, wymagań publicznych, potrzeb rynku i gospodarki, a także aspiracji osób wykonujących taki zawód”⁴⁵.

Na podstawie szerokiej analizy doktryny krajowej i zagranicznej K. Wojtczak wskazuje na następujące cechy wolnego zawodu: 1) charakter intelektualny czynności składających się na zawód, wysokie kwalifikacje zawodowe (przygotowanie teoretyczne i praktyczne); 2) niezależność intelektualna, której granice wyznaczają: a) wiedza, b) etyczne zasady wykonywania zawodu, c) deontologia; 3) samodzielność wykonywaniu zawodu; 4) charakter osobisty stosunku powstałego pomiędzy osobą wykonującą wolny zawód a jej klientami, oparty na zaufaniu, co z reguły wiąże się ze swobodnym wyborem osoby świadczącej usługi w obrębie wolnych zawodów; 5) bezinteresowność w ustalaniu wysokości honorarium; 6) odpowiedzialność osobista i nieograniczona; 7) ochrona istotnych wartości interesu publicznego w wykonywaniu wolnego zawodu (tzw. misja społeczna zawodu); 8) własna korporacja zawodowa⁴⁶.

⁴² Nie oznacza to, że osoba taka nie może zatrudnić innej osoby do pomocy przy samodzielnym wykonywaniu usług w ramach wolnego zawodu. Zgodnie z przepisami części VIII i IX tabeli stanowiącej załącznik nr 3 do ustawy z 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1387 ze zm.) podatnik może zatrudnić jedną fachową pomoc lub osobę przyuczoną.

⁴³ A. Kidyba, *Komentarz aktualizowany do art. 1–300 Kodeksu spółek handlowych*, LEX 2020.

⁴⁴ Lista zawodów zawarta w art. 88 k.s.h. nie jest faktycznie katalogiem wolnych zawodów, jest to jedynie lista zawodów, które mogą być wykonywane w ramach przedsiębiorstwa spółki partnerskiej. Przepis art. 88 k.s.h. rozstrzyga więc tylko o tym, kto może być partnerem w spółce partnerskiej, natomiast nie rozstrzyga o uznaniu zawodu za wolny, O. Kotowska, *Deregulacja zawodów na przykładzie zawodu pracownika ochrony*, „Przegląd Prawa Handlowego” 2016/11, s. 47–58.

⁴⁵ J. Jacyszyn, *Wykonywanie wolnych zawodów w Polsce*, Warszawa 2004, s. 17.

⁴⁶ K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja...*, s. 111.

K. Wojtczak zaproponowała definicję, według której „wolnym zawodem jest osobiste i samodzielne wykonywanie wewnętrznie spójnego zespołu czynności o charakterze intelektualnym, wymagających wysokich kwalifikacji (wiedzy i praktyki), systematycznie, w zamian za honorarium bezinteresownie ustalone, służące zapewnieniu świadczeń lub usług klientom oraz ochronie istotnych wartości interesu ogółu, zgodnie z obowiązującymi normami prawnymi, zasadami etycznymi i deontologicznymi”⁴⁷. Na tej podstawie cytowana autorka za wolny zawód uznała bezspornie zawód lekarza. Natomiast podniosła zastrzeżenia wobec używania tego pojęcia odnośnie do zawodu pielęgniarki⁴⁸. Zdaniem K. Wojtczak pielęgniarki nie spełniają dwóch warunków niezależności zawodowej: ich czynności zawodowe nie mają charakteru intelektualnego, tzn. nie są specjalistyczne, i nie wymagają w związku z tym do ich wykonywania wysokich kwalifikacji i swobodnego wyboru sposobu wykonywania czynności. Nawet wtedy, gdy pielęgniarka wykonuje swoje czynności zawodowe poza stosunkiem pracy, jako samodzielny przedsiębiorca, to nie jest to niezależność przypisywana osobom wykonującym wolny zawód. Jest to nadal niezależność „kontrolowana”, czyli poddana nadzorowi, przede wszystkim lekarskiemu. Sformułowany przez autorkę pogląd był w moim przekonaniu uzasadniony ówczesnym stanem prawnym⁴⁹. Pogląd ten uległ weryfikacji z uwagi na dwie kwestie: sklasyfikowanie na rynku pracy zawodu pielęgniarki tylko w grupie specjaliści, co w konsekwencji wymaga od tych grup zawodowych wysokich kwalifikacji zawodowych (zmiana wprowadzona w klasyfikacji zawodów i specjalności z 2004 r., obecnie klasyfikacja zawodów i specjalności z 2011 r.), oraz definiowanie zawodu pielęgniarki jako samodzielnego zawodu medycznego, którego wykonywanie polega na udzielaniu świadczeń medycznych z wykorzystaniem wskazań aktualnej wiedzy medycznej (art. 2 i 4 ust. 1 u.z.p.p. w zw. z art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.z.l. oraz art. 11 ust. 1 u.z.p.p.)⁵⁰.

Z kolei w przekonaniu J. Jacyszyna na pojęcie wolnego zawodu składają się: regulowany charakter, osobisty sposób świadczonych usług, kwalifikowane wykształcenie, aksjologia wykonywania zawodu, niezależność zawodowa, etos zawodowy, stan i sposób zorganizowania, wynagrodzenie, tajemnica zawodowa, szczególna odpowiedzialność oraz samorządność korporacyjna⁵¹. Wyodrębnianie takich elementów tworzy faktyczne i prawne podstawy do nadawania wolnym zawodom wymiaru grupowego, odnoszącego się do wyodrębnionego zestawu czynności, wykonywanych systematycznie i standardowo, choć z indywidualizmem typowym i niezbędnym dla wolnego zawodu. Wśród zawodów medycznych są różne kategorie zawodowe, klasyfikowane jako wolne lub zależne zawody medyczne. Ich rozdzielenie w zasadniczy sposób zależy od spełnienia (lub nie) określonych przesłanek (kryteriów) lub

⁴⁷ K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja...*, s. 112.

⁴⁸ K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja...*, s. 103 i 137.

⁴⁹ Stan prawny określony na 1999 r., K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja...*, s. 103–104.

⁵⁰ D. Karkowska, *Wzrost medycyny...*, 2014, s. 243 i n.

⁵¹ J. Jacyszyn, „Wolny zawód” – *anachronizm czy istotne pojęcie prawne*, „Przegląd Prawa Handlowego” 2015/11, s. 14–19.

posiadania pewnych cech. Nie budzi wątpliwości cytowanego autora zaliczenie do wolnych zawodów lekarzy. Natomiast odnośnie do zawodu pielęgniarstwa podkreśla on niejednoznaczność oceny doktryny prawa i w efekcie klasyfikuje je jako wolne zawody hybrydalne⁵².

Pragnę podkreślić, że przymiotnik „wolne” przed słowami „zawód pielęgniarstwa” powinien stanowić gwarancję swobody w zakresie prawno-organizacyjnych form wykonywania tego zawodu i w układaniu charakteru relacji z pacjentem. Nadanie przez ustawodawcę pielęgniarce statusu wolnego zawodu nie powinno ograniczać się tylko do aspektów natury formalnej na gruncie prawa podatkowego i prawa ubezpieczeń społecznych, ponieważ zatracą się wówczas humanistyczną i społeczną ideę wolnych zawodów. Współcześnie jednak tak rozumiana wolność wykonywania zawodu pielęgniarstwa jest bardzo utrudniona, z uwagi na obecne uwarunkowania społeczne i ekonomiczne funkcjonowania publicznego sektora opieki zdrowotnej.

5. Zawód pielęgniarstwa jako zawód zaufania publicznego

Zawód zaufania publicznego wiąże się ze statusem osób wykonujących zawód, którym ustawodawca przyznaje szczególną pozycję prawną, a tym samym prestiż publiczny⁵³. Obecnie żadna z ustaw nie przyznaje *expressis verbis* przymiotu zawodu zaufania publicznego zawodowi pielęgniarstwa, został on natomiast zaklasyfikowany jako zawód zaufania publicznego na poziomie prawa wykonawczego⁵⁴.

W polskich przepisach prawa nie ma legalnej definicji pojęcia zawodu zaufania publicznego. Artykuł 17 ust. 1 Konstytucji RP jest jedyną wskazówką w przepisach prawa co do klasyfikowania zawodu pielęgniarstwa jako takiego zawodu. Z zawodem zaufania publicznego polski ustawodawca łączy możliwość tworzenia samorządu zawodowego⁵⁵.

⁵² J. Jacyszyn, *Wykonywanie wolnych zawodów...*, s. 288–289.

⁵³ P. Winczorek, *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r.*, Warszawa 2000, s. 30.

⁵⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26.09.2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyistów, załącznik nr 1 pkt X – Program stażu z zakresu prawa medycznego (Dz.U. z 2014 r. poz. 474 ze zm.). Punkt 5 programu stażu obejmuje zasady działania samorządów reprezentujących zawody zaufania publicznego w ochronie zdrowia, w tym w szczególności: 1) zadania izb lekarskich; 2) prawa i obowiązki członków samorządu lekarskiego; 3) organizację i działanie organów izb lekarskich i zjazdów lekarzy; 4) odpowiedzialność zawodową lekarzy – postępowanie wyjaśniające przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, postępowanie przed sądem lekarskim; 5) inne samorządy zawodowe funkcjonujące w ochronie zdrowia – aptekarzy, pielęgniarzek i położnych, diagnostów laboratoryjnych ich zadania i strukturę.

⁵⁵ Artykuł 17 Konstytucji RP: „1. W drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujące pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. 2. W drodze ustawy można tworzyć również inne rodzaje samorządu. Samorządy te nie mogą naruszać wolności wykonywania zawodu ani ograniczać wolności podejmowania działalności gospodarczej”. Trybunał Konstytucyjny rozdzielił materię uregulowaną art. 17 w ust. 1 i 2 tego przepisu, mówiąc, że również na zasadach okre-

Atrybuty przypisywane przez doktrynę prawa zawodowi pielęgniarki jako wolnemu zawodowi odpowiadają co do zasady atrybutom przypisywanym zawodowi pielęgniarki jako zawodowi zaufania publicznego. Pojęcie zaufania publicznego nie powinno być jednak odnoszone tylko do samego zawodu, jego cech, ale do stanu czy też stopnia jego zorganizowania. Istotne jest, czy środowisko zawodowe osób wykonujących zawód pielęgniarki można obdarzyć zaufaniem publicznym⁵⁶. Zaufanie publiczne mogą zyskać środowiska zawodowe wykazujące konieczną spójność moralną, deontologiczną i organizacyjną. Innymi słowy, w interesie państwa leży przekazanie samorządowi pielęgniarek i położnych kontroli realizacji funkcji ochronnych interesu publicznego podczas wykonywania czynności zawodowych przez pielęgniarki, potrzeba zapewnienia właściwego wykonywania społecznie i publicznie zawodu pielęgniarki w państwie oraz potrzeba kontroli poczynań przedstawicieli zawodu pod względem etycznym⁵⁷. Podstawowym kryterium uzasadniającym utworzenie samorządu zawodowego pielęgniarek jest to, że osoby uprawiające ten zawód reprezentują – często w opozycji albo w konfrontacji z innymi interesami – interes publiczny⁵⁸. Zdaniem TK interesem publicznym jest dobro pacjenta w szerokim tego słowa znaczeniu oraz zapewnienie obywatelom wysokiej jakości pielęgniarskich usług medycznych, a także prawo wyboru przez pacjenta dobrego, godnego zaufania wykonawcy, stanowiące gwarancję odpowiedniej samoregulacji rynku usług medycznych⁵⁹.

Samorząd zawodowy, reprezentujący osoby wykonujące zawód pielęgniarki jako zawód zaufania publicznego, realizuje konstytucyjny obowiązek sprawowania pieczy nad należytych wykonywaniem tego zawodu w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony (art. 17 ust. 1 Konstytucji RP w zw. z art. 2 ust. 1 u.s.p.p.)⁶⁰. Piecza nad należytych wykonywaniem zawodu pielęgniarki jako zawodem zaufania publicznego jest

słonych w ust. 2 można stworzyć inne samorzady i w tym pojęciu mieści się także samorząd zawodowy; wyrok TK z 22.05.2001 r., K 37/00, OTK 2001/4, poz. 86.

⁵⁶ Szeroko ten problem porusza M. Kulesza, *Pojęcie zawodu zaufania publicznego [w:] Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Komisję Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu RP przy współudziale Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pod patronatem Marszałka Senatu RP Longina Pastusiaka, 8 kwietnia 2002 r., Warszawa 2002, s. 29.*

⁵⁷ J. Hausner, D. Długosz, *Tezy w sprawie zawodów zaufania publicznego [w:] Zawody zaufania publicznego a interes publiczny...*, s. 123.

⁵⁸ Odrębny od interesu publicznego jest interes osoby, jednostki, człowieka, interes indywidualny, prywatny czy grupowy, które nie zawsze dadzą się pogodzić z interesem publicznym.

⁵⁹ Wyrok TK z 23.04.2008 r., SK 16/07, OTK-A 2008/3, poz. 45.

⁶⁰ Samorzady zawodowe reprezentują także swoich członków. Urzeczywistnienie funkcji reprezentowania na zewnątrz osób wykonujących zawody medyczne wymaga realizacji zadań o charakterze typowo korporacyjnym. Realizacja tego rodzaju zadań służy partykularnym interesom danej grupy zawodowej, dlatego niezwykle istotne jest, aby nie przeważały one nad zadaniami służącymi realizacji interesu publicznego. Jeżeli nie następuje ich wyważenie, funkcjonowanie korporacji zawodowych może być postrzegane jako zagrożenie dla państwa, rynku i społeczeństwa. Aby wykonywać tego typu zadania, dany zawód medyczny nie musi być związany formułą samorządu, ponieważ mogą one być realizowane także przez inne typy korporacji (zrzeszeń). Czasami dla danej grupy zawodowej wystarczającym sposobem zorganizowania jest stowarzyszenie zawodowe, któremu państwo może przydzielać funkcje władcze jako zadanie zlecone. Taką funkcję stowarzyszenia zawodowe wypełniają wobec osób wyko-

wyrazem demokratycznego państwa prawnego (art. 2 Konstytucji RP), które zgodnie z preambułą do Konstytucji RP opiera się na zasadzie pomocniczości⁶¹ i wynika z powierzenia samorządowi funkcji o cechach władztwa publicznego i władztwa organizacyjnego⁶². Owa pieczę nie jest wykonywana w interesie zawodu pielęgniarstwa jako zawodu zaufania publicznego ani jego samorządu zawodowego, ale w interesie publicznym w dwóch kontekstach: wskazania granic, ram sprawowania pieczy nad wykonywaniem zawodu oraz celu sprawowania tej pieczy⁶³. Osoby wykonujące zawód pielęgniarstwa podlegają z tych względów swoistej samodyscyplinie i samokontroli, a samorząd, sprawując nad nimi pieczę, ma chronić doniosłe interesy grupowe w zgodzie z interesem ogólnospołecznym, wyrażającym się również w ochronie interesów indywidualnych. Gwarancją prawidłowego sprawowania pieczy jest przynależność osób wykonujących zawód pielęgniarstwa do samorządu zawodowego, żeby *erga omnes*, a nie tylko w odniesieniu do niektórych sprawować pieczę nad wykonywaniem zawodu zaufania publicznego⁶⁴.

Automatyczna przynależność osób wykonujących zawód pielęgniarstwa do samorządu zawodowego (art. 5 ust. 1 i 2 u.s.p.p.) pozwala z jednej strony poddać je pieczy, a z drugiej strony ma zapewnić im niezależność w swej działalności zawodowej, podleganie tylko przepisom prawa, troskę o godność zawodu (art. 4 ust. 1 u.s.p.p.) i ochronę przed różnego rodzaju naciskami ze strony podmiotów trzecich⁶⁵.

W zakresie sprawowania pieczy przez samorząd zawodowy pielęgniarstwa i położnych ustawodawca umożliwia wprowadzenie w drodze zwykłej ustawy szczególnych regu-

nujących zawody, które nie mają statusu zawodu zaufania publicznego. Przynależność do takich stowarzyszeń może mieć charakter obowiązkowy, narzucony w drodze ustawy (art. 17 ust. 2 Konstytucji RP).

⁶¹ A. Dobek, *Zasada pomocniczości w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*, „Studia Erasmiana” 2008/III, s. 156–157. Zob. także wykład J. Skrzydły, *Zawody zaufania publicznego – demokracja – praworządność*, Ogólnopolska konferencja przedstawicieli zawodów zaufania publicznego, Łódź, 29.09.2007 r.

⁶² Trybunał Konstytucyjny wielokrotnie wypowiadał się w sprawie zawodów zaufania publicznego, np. w wyroku z 22.11.2004 r., SK 64/03, OTK-A 2004/10, poz. 107. W Polsce wskazuje się, że samorzady zawodów zaufania publicznego mają publicznoprawny charakter. Zagadnienie to stanowiło przedmiot analizy E. Zielińskiej, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001, s. 16. W doktrynie spotyka się również pogląd, że organy samorządu odgrywają rolę organów administracji publicznej w stosunku do osób z zewnątrz samorządu, dopiero starających się o przyjęcie do zawodu, a z chwilą przyjęcia do samorządu czy też rozpoczęcia wykonywania zawodu miejsce władztwa publicznego zajmuje władztwo organizacyjne. Problem ten omawia H. Izdebski, *Sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu przez samorzady zawodowe [w:] Zawody zaufania publicznego a interes publiczny...*, s. 37.

⁶³ H. Izdebski, *Sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu...*, s. 34.

⁶⁴ Nie można skutecznie stanowić zasad deontologicznych czy zasad etyki zawodowej, a przede wszystkim skutecznie egzekwować ich stosowania. Powszechność i przymusowość przynależności do samorządów gwarantuje realizowanie zasad deontologicznych w interesie publicznym. Gdyby tylko niektórzy przedstawiciele zawodu należeli do samorządu zawodowego, realizowanie tych zasad byłoby utrudnione.

⁶⁵ Samorząd zawodowy reprezentujący i sprawujący pieczę nad zawodem zaufania publicznego jest uprawniony do złożenia wniosku do Trybunału Konstytucyjnego w sprawie ustalenia zgodności z Konstytucją przepisów dotyczących wykonywania zawodu zaufania publicznego (art. 191 ust. 1 pkt 4 Konstytucji RP).

lacji prawnych prowadzenia działalności gospodarczej przez pielęgniarki (*a contrario* art. 17 ust. 2 Konstytucji RP w zw. z art. 19 u.d.z.l.). Z jednej strony jest to przywilej zagwarantowany jedynie w stosunku do zawodów publicznych w ścisłym publiczno-prawnym sensie tego pojęcia, z drugiej jednak strony przywilej ten ma być wykorzystywany w obronie interesu publicznego, zatem staje się obowiązkiem⁶⁶.

Osoby wykonujące zawód pielęgniarki są zobowiązane w interesie publicznym do działania zgodnie z przyjętymi merytorycznie, prawnie i etycznie zasadami (art. 11 u.z.p.p.). Od przedstawicieli zawodu pielęgniarskiego wymaga się podejmowania misji społecznych w interesie publicznym. Misja społeczna tradycyjnie jest wiązana z powołaniem, u którego podstaw etycznych leży sprawiedliwość społeczna. Do tego rodzaju zachowań można zaliczyć prawne i etyczne zobowiązanie pielęgniarek, aby swoim postępowaniem propagować postawy zdrowotne oraz zobowiązanie i jednocześnie prawo do podejmowania działań zwracających uwagę społeczeństwa, władzy publicznej i każdego człowieka na szeroko rozumiane uwarunkowania zdrowia (art. 4 ust. 1 pkt 8 u.s.p.p.).

Osoby wykonujące zawód pielęgniarki są zobowiązane zarówno do przestrzegania prawa związanego z wykonywaniem zawodu, jak również uchwał i kodeksu etycznego uchwalanego przez ich samorząd (art. 4 ust. 1 pkt 2 u.s.p.p.)⁶⁷. Członkowie samorządu są obowiązani: 1) postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu określonymi w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, 2) sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe; 3) przestrzegać uchwał organów izb; 4) regularnie opłacać składkę członkowską; 5) aktualizować dane w rejestrze pielęgniarek i rejestrze położnych (art. 11 ust. 2 u.s.p.p.). Szczególne wymagania względem osób wykonujących zawód pielęgniarki określono w zakresie etyki zawodowej⁶⁸. Naruszeniem godności zawodu pielęgniarskiego jest każde postępowanie sprzeczne z etyką zawodową i ustawą o zawodzie pielęgniarki i położnej.

W przypadku zawodu zaufania publicznego, jakim jest medyczny zawód pielęgniarki, istotne są zasady odpowiedzialności zawodowej przed niezależnym samorządem zawodowym⁶⁹. Wyodrębnienie odpowiedzialności zawodowej ma na celu ochronę

⁶⁶ M. Zubik, *Glosa do wyroku TK z dnia 23 kwietnia 2008 r., SK 16/07*, „Przełąd Sejmowy” 2008/6, s. 234–242.

⁶⁷ Na II Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych, który odbył się w Warszawie w dniach 2–4.12.1995 r., zatwierdzono Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej.

⁶⁸ Pojęcie etyki zawodowej, zwłaszcza w zawodach medycznych, bardzo często utożsamiane bywa z pojęciem deontologii. Mimo powierzchownego podobieństwa i podobnej funkcji ich pokrewieństwo jest pozorne, a różnice znaczące. Por. L.E. Bartkowiak, *Między powinnością a obowiązkiem – o kodeksach deontologicznych zawodów medycznych*, „Wiadomości Lekarskie” 2006/11–12, s. 887.

⁶⁹ Zagadnienie to stanowi przedmiot regulacji rozdziału 6 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych. Samorząd zawodowy w tym zakresie jest niezależny i tym samym zapewnia niezależność korporacyjną swoim członkom.

reguł wykonywania zawodu pielęgniarki⁷⁰. Odpowiedzialność zawodowa może mieć miejsce, gdy osoba wykonująca zawód pielęgniarki dopuściła się naruszenia obowiązków składających się na istotę, treść i społeczną funkcję swego zawodu albo postępuje niezgodnie z zasadami etyki zawodowej⁷¹. Można wskazać na dwa niezależne źródła odpowiedzialności zawodowej: postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej oraz naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki⁷².

Warto również dodać, że do zakresu pieczy sprawowanej przez samorząd zawodowy należy włączyć integrowanie środowiska zawodowego (art. 4 ust. 1 pkt 5 u.s.p.p.) oraz prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla członków samorządu (art. 4 ust. 2 pkt 15 u.s.p.p.). Członkowie samorządu mają prawo do ochrony i pomocy prawnej w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu (art. 4 ust. 2 pkt 12 u.s.p.p.). Status zawodu pielęgniarki jako zawodu zaufania publicznego nie ogranicza osoby wykonującej taki zawód w manifestowaniu swoich poglądów politycznych czy łączeniu wykonywania zawodu medycznego z aktywną działalnością polityczną lub związkową.

6. Zawód pielęgniarki jako zawód samodzielny

Zawód pielęgniarki jest samodzielnym zawodem medycznym (art. 2 u.z.p.p.)⁷³. Analiza „samodzielności” zawodu pielęgniarki ma znaczenie zarówno z teoretycznego, jak i praktycznego punktu widzenia. Punktem wyjścia jest pytanie, czy na gruncie obowiązującego porządku prawnego zapis „zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym” należy traktować jako zasadę prawną w znaczeniu dyrektywalnym. Chodzi tu o wykazanie (albo też nie), czy przyjęcie założenia, że „zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym” może być traktowane jako zasada, której przypisuje się, w porównaniu z innymi normami obowiązującego systemu prawa, szczególną rolę czy znaczenie, a w szczególności, czy norma ta ma charakter nadrzędny w stosunku do pozostałych.

⁷⁰ Odpowiedzialność zawodowa jest ponoszona niezależnie od innych rodzajów odpowiedzialności przewidzianej przez prawo (cywilna, karna, pracownicza). Nie może być zamiennie stosowana z odpowiedzialnością porządkową czy dyscyplinarną znaną na gruncie prawa pracy. Na oznaczenie deliktu użyto określenia „złamanie reguł zawodu”, co ma zaakcentować intuicyjną różnicę między tym deliktem a naruszeniem porządku i dyscypliny pracy; J. Jończyk, *Prawo pracy*, Warszawa 1984, s. 108.

⁷¹ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza...*, s. 26 i n.

⁷² J. Derlacki, *Postępowanie Rzecznika odpowiedzialności zawodowej w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych* [w:] *Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych. Postępowanie rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Prewencja wykroczeń zawodowych*, red. G. Rogala-Pawelczyk, Warszawa 2008, s. 51.

⁷³ Ustawa o pielęgniarkach i położnych z 1996 r. stanowiła w art. 2: „Zawody pielęgniarki i położnej są zawodami samodzielnymi”. W literaturze pielęgniarskiej samodzielność w rozumieniu tego artykułu ujęto jako prawo decydowania o sposobie realizacji celów wyznaczonych przez system ochrony zdrowia, jak również samodzielność jako decydowanie o całej grupie zawodowej. Szerzej A. Piątek, *Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych w świetle Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej* [w:] *Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych...*, s. 30.

Istotne jest tu rozważenie co najmniej dwóch kryteriów. Według pierwszego kryterium fakt, że zawód pielęgniarki został uznany za samodzielny, oznacza, że realizuje jakiś stan rzeczy czy jakieś dobro o szczególnie doniosłym znaczeniu z punktu widzenia ustawodawcy. Szczególne znaczenie może wynikać z norm wyższego rzędu w hierarchii źródeł prawa – Konstytucji (ale też regulacji europejskich i międzynarodowych). Można także odwołać się do różnego rodzaju okoliczności występujących poza systemem prawa, a związanych z naukowym i społecznym postępem wykonywania zawodu pielęgniarki. Wedle drugiego kryterium chodzi o stwierdzenie zachodzenia określonej zależności czy związku między normą „zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym” a grupą innych norm. Owa zależność polega na tym, że norma – zasada „zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym” – stanowiłyby swego rodzaju rację dla owej grupy innych norm. Chodzi tu o sytuacje, w której określone normy mogą być traktowane albo jako normy potwierdzające daną zasadę prawną, albo też jako normy statuujące wyjątki od owej zasady. Przy takim ujęciu chodzi o określony podsystem w ramach całego systemu norm.

Skupiając się na dwóch kryteriach, trzeba wskazać, na ile każde z tych kryteriów może wpływać na uznanie samodzielności zawodu pielęgniarki za zasadę prawa.

W odniesieniu do pierwszego kryterium stanowisko w tej sprawie powinno być oparte na przesłankach zarówno obiektywnych, jak i determinowanych indywidualną skalą ocen interpretatora (przynajmniej częściowo). Argumentem niedecydującym, którego nie można jednakże pominąć, są okoliczności poprzedzające wprowadzenie do obecnego ustawodawstwa przepisów statuujących samodzielność pielęgniarki i towarzyszące temu zabiegowi. Badania historii medycyny pozwalają na wyciągnięcie wniosku, że proces usamodzielniania zawodu pielęgniarki wiąże się w nierozzerwalny sposób z rozwojem medycyny naukowej, nauki o zdrowiu i innych nauk pokrewnych oraz wykształcaniem odrębnych systemów nabywania kwalifikacji i uprawnień zawodowych⁷⁴.

Norma statuująca samodzielność zawodu pielęgniarki może być jedynie pomocniczym argumentem na rzecz uznania tej normy za zasadę prawa. Decydujące znaczenie w tej mierze przypisać można innemu argumentowi wynikającemu z następującego rozumowania: nadrzędnym celem realizacji zasady, że zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym, jest optymalne zaspokojenie potrzeb społecznych (bezpieczeństwa zdrowotnego), a tym samym realizacji zadań państwa w zakresie ochrony zdrowia (art. 68 Konstytucji RP)⁷⁵.

⁷⁴ B. Urbanek, *Idea opieki nad chorym na ziemiach polskich w latach 1809–1914*, Warszawa 2001.

⁷⁵ Formalne podniesienie rangi zawodu pielęgniarki do zawodu samodzielnego wynika z dynamiki pracy przedstawicieli tego zawodu, różnorodności sytuacji zawodowych i potrzeb pacjentów w szpitalu, w opiece ambulatoryjnej oraz w środowisku domowym. Działania zawodowe muszą być nieustannie modyfikowane w zależności od stanu zdrowia pacjentów, ich indywidualnych potrzeb, cech osobowości i aktualnej sytuacji zdrowotnej i środowiskowej. Zob. K. Milewska-Jakubowska, *Postawy pielęgniarek*

Współczesne tempo rozwoju naukowo-technicznego wymusza podział czynności zawodowych nie tylko w obrębie grupy kluczowej, jaką są lekarze, na poszczególne specjalności lekarskie, ale również pomiędzy lekarzami a przedstawicielami innych zawodów medycznych, którzy nabyli potrzebną wiedzę i kwalifikacje zawodowe. Pielęgniarkom stopniowo zaczęto powierzać więcej coraz bardziej odpowiedzialnych zadań zawodowych, które do tej pory niejednokrotnie były zarezerwowane wyłącznie dla lekarzy lub są nowymi zadaniami, będącymi następstwem rozwoju różnych nauk medycznych, biologicznych, przyrodniczych czy pedagogicznych, co do zasady nieobjętymi zakresem nauczania lekarzy. Usamodzielnianie zawodu pielęgniarki to rozszerzanie zadań i przechodzenie w ich wykonywaniu od bezwzględnego podporządkowania lekarzowi w procesie udzielania świadczeń pielęgniarskich do samodzielnego wykonawcy czynności zawodowych przy współpracy i koordynacji ze strony lekarza⁷⁶.

Za przyjęciem zasady samodzielności jako wartości nadrzędnej (celu) może przemawiać tylko wysoki stopień profesjonalizmu zawodowego i aktywne współdziałanie samodzielnego zawodu pielęgniarki w ramach zespołu terapeutycznego⁷⁷. Współcześnie w krajach Europy Zachodniej obserwuje się ewolucję w stronę aprecjacji ról innych niż lekarze profesjonalistów medycznych i zachęcania do tworzenia zespołów terapeutycznych, których członkowie nie są tylko wykonawcami poleceń lekarza, ale stają się również partnerami, upoważnionymi do wypowiadania opinii i zgłaszania propozycji postępowania z pacjentem. Nie wpływa to na decyzyjną funkcję lekarza prowadzącego danego pacjenta i nadal ponosi on odpowiedzialność za postępowanie z pacjentem. Lekarz niezmiennie zachowuje w zespole terapeutycznym decydującą pozycję lidera, czyli prawo decydowania o organizacyjnych elementach pracy, a zwłaszcza samodzielności decyzyjnej poszczególnych członków zespołu terapeutycznego, oraz ustala: gdzie, kiedy i jak praca ma być wykonana⁷⁸. „Praca w zespole terapeutycznym pozwala natomiast, aby do procesu świadczenia zdrowotnego wносиło swój wkład intelektualny więcej zaangażowanych i kompetentnych osób, z korzyścią

wobec pacjentów, PS 1991/11–12, s. 25; także M. Bokinić, *Pielęgniarstwo – miejsce i rola w naukach medycznych*, „Pielęgniarka i Położna” 1988/4, s. 14.

⁷⁶ B. Sztembis, I. Wrońska, *Od ery medycznej do postmedycznej. Współczesny system ochrony zdrowia*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2001/12, s. 5–6.

⁷⁷ M. Bogusz, *Standardy akredytacyjne a opieka pielęgniarska – aspekty organizacyjne i praktyczne*, „Antidotum” 2002/9, s. 41–47, wskazuje, że „pielęgniarka to obecnie osoba dobrze wykształcona (...), potrafiąca podejmować samodzielne i kompetentne decyzje, przyjmująca osobistą i zawodową odpowiedzialność, współpracująca z pacjentem, jego rodziną oraz interdyscyplinarnym zespołem w celu zapewnienia opieki o najwyższej jakości i utrzymania zdrowia pacjenta na jak najwyższym poziomie”. Także K. Zdziebło, *Kształcenie pielęgniarek dla przyszłości*, Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Pielęgniarstwo wobec zagrożenia wartości, 100-lecie urodzin Hanny Chrzanowskiej”, Kraków 11–12.10.2002 r., materiały konferencyjne, s. 225–228, zauważa: „Pielęgniarka musi (...) być wykształconym profesjonalistą, którego unikalny i wyróżniający się wkład w opiekę zdrowotną, promocję zdrowia, zapobiegania chorobom, jest respektowany przez wszystkich współpracowników w ramach współpracy w dostarczaniu usług zdrowotnych najwyższej jakości”.

⁷⁸ C. Włodarczyk, S. Poździech, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków 2001.

dla pacjenta”⁷⁹. O kształcie tych stosunków w dużym stopniu przesądzają przepisy określające zakres samodzielności i obowiązek współpracy w procesie świadczenia zdrowotnego przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych.

Można zatem postawić tezę, że jeżeli samodzielność prawną zawodu pielęgniarstwa uznamy za istotną wartość w powyższym rozumieniu, to należy przypisać szczególne znaczenie ogólnej normie statuującej tę samodzielność w całokształcie systemu norm regulujących sposób funkcjonowania opieki zdrowotnej. Uzasadnia to zatem kwalifikowanie tej normy jako ustanawiającej jedną z zasad prawnych, określających sposób wykonywania zawodu medycznego w aktualnie wdrażanym systemie organizacji i finansowania opieki zdrowotnej. Urzeczywistnienie tej wartości staje się w tej sytuacji swoistą koniecznością, co wyznacza zarówno kierunek prawotwórstwa, jak i metody działania podmiotów uczestniczących w procesie udzielania świadczeń (opieki) zdrowotnych. Samodzielność zawodu pielęgniarstwa nie może być traktowana jako cel sam w sobie – jest ona nadrzędna w realizacji zasady optymalnego zaspokojenia potrzeb społecznych i wymaga spełnienia określonych warunków profesjonalizmu zawodowego. Samodzielność zawodowa pielęgniarstwa powinna być przez ustawodawcę ograniczona, o ile kolidowałaby z powyższymi zasadami. W każdym razie należy przyjąć, że samodzielność zawodowa pielęgniarstwa mieści się w granicach określonych przez ustawodawcę w odpowiednich przepisach.

Przepisy te można ująć w ramach co najmniej czterech grup.

Po pierwsze, przepisy, które można odczytać jako udzielające upoważnienia (kompetencji) pielęgniarce do oznaczonego działania medycznego, ze wskazaniem okoliczności, gdzie upoważnienie jest ograniczone określonymi wyjątkami. W tym aspekcie rozważań wtórne znaczenie ma samodzielność pod względem gospodarczym (ekonomicznym). Przepisy precyzują granice upoważnienia (kompetencji) do podejmowania i realizowania decyzji mieszczących się pod względem merytorycznym w zakresie działania pielęgniarstwa. Posiadanie przez przedstawicieli tego zawodu kompetencji do samodzielnego decydowania nie jest równoznaczne z ich samodzielnością, rozumianą jako prawna wyłączność w urzeczywistnianiu tej kompetencji, kompetencja jest jednak warunkiem koniecznym ewentualnej samodzielności pielęgniarstwa. Zakres kompetencji powinien być różny w zależności od posiadanych kwalifikacji zawodowych i umiejętności. Dlatego wyłączenie kompetencji zawodu w określonym zakresie niejako automatycznie dezaktualizuje jego samodzielność w tym samym zakresie i jest równoznaczne z ograniczeniem jego samodzielności w porównaniu z modelem samodzielności pełnej. Poziom samodzielności w zakresie upoważnienia do dokony-

⁷⁹ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, Warszawa 2009, s. 71. Szeroki zakres samodzielności cechuje zawód pielęgniarstwa, położnej i fizjoterapeuty w Szwecji, por. P. Sozański, *Praca w Szwecji*, „Służba Zdrowia” 2005/17–20; W. Mojsa, *Ocena wpływu struktury organizacyjnej podstawowej opieki zdrowotnej na satysfakcję zawodową pielęgniarstwa*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin–Polonia” 2005/LX, suppl. XVI, 330, s. 484.

wania określonych czynności zawodowych jest wynikiem ingerencji ustawodawcy, zarówno w formie ustawy, jak i ustawowego upoważnienia Ministra Zdrowia w formie aktu wykonawczego, po uzgodnieniu z przedstawicielami samorządów zawodowych zawodów medycznych (np. art. 6, 15a i 15b u.z.p.p.). Należy zauważyć, że brak jest wyraźnego przepisu ustanawiającego bezpośrednio upoważnienie do sprawowania nadzoru ze strony przedstawicieli innych zawodów medycznych, w szczególności lekarzy. Jednak w orzecznictwie sądowym i doktrynie prawa niejednokrotnie podkreślano kompetencje lekarza do sprawowania takiego nadzoru z uwagi na posiadane kwalifikacje zawodowe⁸⁰. Wykładnia celowościowa i systemowa przepisów prawa medycznego też nie pozwalają na jednoznaczne wyłączenie takiego nadzoru.

Na tle przyjętych rozwiązań prawnych w literaturze pielęgniarskiej wyszczególnia się trzy rodzaje interwencji, które określają stopień samodzielności pielęgniarek i położnych: 1) niezależne interwencje, które mogą być podejmowane samodzielnie (z własnej inicjatywy) przez pielęgniarki zgodnie z zakresem zawodowych kompetencji; 2) zależne interwencje, czyli działania wykonywane wyłącznie na zlecenie lekarza (z inicjatywy lekarza); 3) współzależne interwencje, czyli czynności wykonywane na podstawie współpracy z lekarzem czy wręcz z interdyscyplinarnym zespołem leczącym, inaczej terapeutycznym, do którego należą lekarze różnych specjalności, rehabilitanci itp. (wspólne uzgodnienia zespołu)⁸¹.

Naukowe nurty pielęgniarstwa łączą samodzielność pielęgniarki w zakresie czynności zawodowych szczególnie z trzecim z powyżej wskazanych obszarów, tj. rozwijaniem i wzmacnianiem pozycji samodzielnej pielęgniarki w zespole terapeutycznym⁸². Jak się podkreśla, szansą na odrębność i samodzielność zawodową jest wdrożenie nowoczesnej filozofii pielęgniarstwa, jaką jest diagnoza pielęgniarska, będąca elementem zarówno konkretyzacji zadań pielęgniarki, jak i jej profesjonalnego przygotowania⁸³. Znawczynie pielęgniarstwa S. Poznańska stwierdza, że osiągnięcie celów pacjenta we współczesnej opiece świadczonej przez różnych specjalistów wymaga

⁸⁰ Wyrok SN z 27.03.2000 r., I PKN 150/99, OSNAPiUS 2001/16, poz. 505; M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Taki sobie casus...* – *Całkowity brak nadzoru lekarza nad porodem*, <http://www.oil.org.pl/jsp/bot/drukuj> (dostęp: 7.11.2007 r.).

⁸¹ W. Kapała, M. Sawicka, *Pielęgniarka orkiestra*, „Menedżer Zdrowia” 2005/10, s. 72.

⁸² W brytyjskiej opiece zdrowotnej zwraca się uwagę na pozycję pielęgniarki w zespole terapeutycznym. Obserwacje i działania pielęgniarskie są podstawą decyzji terapeutycznych i diagnostycznych. Podkreśla się ścisłą współpracę lekarza i pielęgniarek. Atmosfera współpracy w zespole świadczy o profesjonalizmie każdej ze stron. Por. B. Wieczorek-Wójcik, *Spojrzenie na pracę angielskiej pielęgniarki z perspektywy stypendystki „Work Shadow”* [w:] *Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim. Konferencja międzynarodowa*, red. G. Rogala-Pawelczyk, J. Kubajka-Piotrowska, Warszawa 2009, s. 190.

⁸³ W Polsce diagnoza pielęgniarska jest przedmiotem naukowego zainteresowania. Jednocześnie wskazuje się w tym obszarze na ogromne zaniebdania w porównaniu ze Stanami Zjednoczonymi i krajami Europy Zachodniej w zakresie gromadzenia i przetwarzania dużej ilości danych o pacjencie, które mogłyby być skutecznie wykorzystywane w procesie terapeutycznym. Szeroko ten problem omówiono w książce *Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarskiej...*

zespołowej współpracy. Dlatego pielęgniarki muszą być aktywnymi członkami zespołów terapeutycznych. W relacji z pacjentem łączy się to z rozszerzaniem roli pielęgniarki⁸⁴. Pacjent z biernego i posłusznego staje się współpartnerem. Gdyby sprawą najważniejszą było wykonywanie zleceń i podporządkowanie lekarzowi, odpowiedzialność za wykonywanie tych czynności byłaby kierowana do zleceniodawcy. Odpowiedzialność pielęgniarki była przez okres socjalistycznej służby zdrowia kształtowana jako odpowiedzialność za podwładnego. W świetle obecnych uregulowań prawnych pielęgniarka ponosi odpowiedzialność nie tylko za wykonywanie zleceń lekarskich, ale także za samodzielne decyzje medyczne względem pacjenta, natomiast podstawa odpowiedzialności prawnej jest uzależniona od prawnych form wykonywania zawodu.

Po drugie, przepisy dotyczące form organizacyjnoprawnych wykonywania samodzielnego zawodu pielęgniarki. W literaturze przedmiotu można zauważyć brak konsekwencji w posługiwaniu się terminami: „samodzielność w wykonywaniu zawodu”, „niezależność w wykonywaniu zawodu”. Dziеляć autorów na dwie grupy, można powiedzieć, że jedna nadaje tym terminom różne znaczenie, łącząc pojęcie samodzielności zawodu z organizacyjnymi uwarunkowaniami wykonywania zawodu, a niezależność z zakresem wykonywanych czynności zawodowych, druga zaś traktuje samodzielne i niezależne wykonywanie zawodu jako synonimy⁸⁵. Brak konsekwencji interpretowania pojęć „samodzielność” i „niezależność” może wpływać na dopuszczenie lub też wykluczenie samodzielnego wykonywania zawodu w ramach pracy zależnej. Pragnę jednak podkreślić, że z uwagi na wykładnię językową⁸⁶ dla interpretacji normy „zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym” właściwsza jest interpretacja drugiej z opisanych grupy poglądów.

Ustawodawca wyraźnie akcentuje samodzielny charakter wykonywania zawodu pielęgniarki, bez względu na formę jego wykonywania, czyli zarówno w warunkach własnej działalności gospodarczej, jak i w ramach stosunku pracy⁸⁷. Świadcze-

⁸⁴ Przede wszystkim chodzi o pomaganie w zaspokajaniu jego złożonych potrzeb zdrowotnych, bycie nauczycielem zdrowia, informatorem, zapewnienie koniecznego wsparcia i podejmowanie działań o charakterze psychoterapeutycznym, rozwijanie różnorodnej współpracy, kształtowanie poczucia odpowiedzialności pacjenta za swoje zdrowie. Por. S. Poznańska, *Pielęgniarka w opiece nad zdrowiem* [w:] *Pielęgniarstwo*, red. K. Zahradniczek, Warszawa 2004, s. 46–47.

⁸⁵ Zagadnienie to stanowiło już przedmiot szerszej analizy w ramach monografii K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja...*

⁸⁶ Określenie „samodzielny człowiek”, „samodzielny pracownik” oznacza podmiot niezależny od nikogo, dający sobie radę, niepotrzebujący pomocy, niepodlegający czyjejś władzy; niezależny, niezawisły, niepodległy. Człowiek może stworzyć „samodzielne dzieło”, wykonać „samodzielną pracę” (samodzielnie pracować), cechować się „samodzielnym myśleniem”, kiedy następuje to „bez czyjejś pomocy, czyjegoś wpływu”; czynności samodzielne to czynności „wykonywane osobiście przez kogoś, dowodzące czyjejś niezależności”, oryginalne. Samodzielność traktowana jest na ogół jako synonim niezależności lub niezawisłości. Niezależny „nie podporządkowany komuś, czemuś, rozporządzający sobą, samodzielny, niezawisły, niepodległy, wolny”, *Słownik języka polskiego*, t. II, s. 373 i t. III, s. 174, red. M. Szymczak, Warszawa 1978–1981.

⁸⁷ J. Jacyszyn, *Wykonywanie wolnych zawodów...*, s. 42 i 51.

nie usług osobiście wynika z treści przepisów prawa regulujących samodzielność zawodową pielęgniarki, ze specyfiki i charakteru czynności zawodowych związanych z wykonywaniem tego zawodu. Pozwala to na postawienie tezy, że także w ramach pracy zależnej pielęgniarka nadal wykonuje zawód samodzielny, co oznacza, że w przypadku zatrudnienia pracowniczego nie ma swobody organizowania pracy, ale zachowuje niezależność intelektualną w wykonywaniu czynności zawodowych. Z tytułu wykonywania czynności zawodowych pielęgniarki podlegają kontroli i nadzorowi samorządu zawodowego.

Po trzecie, przepisy dotyczące zasad samodzielnego wykonywania zawodu pielęgniarki w odniesieniu do fundamentalnych praw pacjenta i swobody w zakresie kształtowania relacji z pacjentem w ramach podejmowanych czynności medycznych⁸⁸. Rola tych przepisów polega na tym, że wynika z nich nakaz czynienia w określony sposób użytku z przyznanej kompetencji. Szczególne miejsce wśród przepisów zawartych w ustawie pielęgniarskiej zajmuje rozdział drugi, zatytułowany „Zasady wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej”. Sytuacja prawna w tym zakresie wymaga uwzględnienia jednocześnie regulacji prawnych przyjętych ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i rozważenia uprawnień i samodzielności pielęgniarki w relacji z pacjentem i innymi grupami przedstawicieli zawodów medycznych.

Po czwarte, rozważenia wymagają przepisy określające kompetencje dla podmiotów „zewnętrznych” do decydowania w sprawach samodzielnego zawodu pielęgniarki. Przyznanie podmiotowi zewnętrznemu takiej kompetencji może, ale nie musi łączyć się z równoczesnym wyłączeniem kompetencji przedstawiciela zawodu w danym zakresie. Chodzi tu o kompetencje organów władzy publicznej, samorządu zawodowego, podmiotu zatrudniającego, podmiotu odpowiedzialnego za organizację i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, prywatnego ubezpieczyciela, a także osób wykonujących inne zawody medyczne. Ważne jest oznaczenie, na ile przyznanie podmiotom zewnętrznym kompetencji decyzyjnych oznacza ograniczenie samodzielności pielęgniarki i czy jednakowy jest stopień „intensywności” tego ograniczenia z uwagi na prawne formy wykonywania zawodu. W tym aspekcie będzie można mówić o tzw. kompetencji podzielnej. Współcześnie udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej następuje w określonych uwarunkowaniach prawno-społecznych, pozostaje w ścisłym związku z przedmiotem działania administracji publicznej i podejmowaniem rozmaitych działań, by zapobiec niekontrolowanej samodzielności udzielania świadczeń zdrowotnych. Duże znaczenie ma tu interwencja państwa, polegająca na wprowadzeniu regulacji prawnych z zakresu nadzoru nad zasadnością udzielania określonych świadczeń rzeczowych i pieniężnych.

⁸⁸ Analiza zasad wykonywania zawodów medycznych w relacji z prawami pacjenta została szeroko przeprowadzona w publikacji D. Karkowskiej, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta...* Z uwagi na temat pracy ograniczam się tylko do wykorzystania wniosków z wcześniejszego opracowania.

Równie ważny jest nadzór nad jakością świadczeń zdrowotnych polegający na ustalaniu i egzekwowaniu wymagań dotyczących podmiotów świadczących usługi, np. odpowiednie kwalifikacje i wiedza, uwarunkowania prawne wykonywania zawodu⁸⁹. Ważnym problemem w sytuacji samodzielnej udzielania świadczeń zdrowotnych jest niepewność prowadzonej działalności gospodarczej, spowodowana losowym charakterem i ewentualnością zachorowania pacjenta. Jest to jeden z istotnych argumentów przesądzających o konieczności wprowadzenia „trzeciej strony”, czyli dysponenta funduszy przeznaczonych na opiekę zdrowotną. Każdy z tych podmiotów winien działać w granicach prawa, naruszeniem tego prawa jest wykorzystywanie pozycji monopolisty i narzucanie grupie zawodowej rozwiązań sprzecznych z jej zawodową czy społeczną rolą i ustawową gwarancją samodzielności zawodowej⁹⁰.

W przyjętej w gospodarce formie opieki zdrowotnej podejmuje się rozmaite działania, by zapobiec niekontrolowanej samodzielności udzielania świadczeń zdrowotnych. Duże znaczenie ma tu interwencja państwa polegająca na wprowadzeniu regulacji prawnych z zakresu nadzoru nad zasadnością udzielania określonych świadczeń. Regulacje te to zalecenia, wytyczne, standardy postępowania, potwierdzenie celowości zastosowania określonego rodzaju procedur medycznych, od których wyników coraz częściej uzależnia się refundowanie kosztów opieki zdrowotnej według ustalonych stawek. Istotne jest to, aby interwencje te zapewniały utrzymanie pewnych minimalnych standardów w opiece zdrowotnej, co jest konieczne dlatego, że pacjent sam nie jest w stanie dokonać oceny jakości usługi opieki zdrowotnej.

Z dotychczasowych uwag wynika, że rola przepisów normujących sposób działalności w ramach zawodu pielęgniarskiego sprowadza się do ograniczenia zakresu jego samodzielności prawnej. Mówiąc o „ograniczeniu” samodzielności, zakładamy istnienie jakiegoś punktu odniesienia, z którym porównujemy wyinterpretowany z całością przepisów „obowiązujący” zakres samodzielności zawodu pielęgniarki. Ten punkt odniesienia w rozważanej sprawie stanowią przepisy, z których wynika norma statuująca pełną samodzielność zawodu pielęgniarki, rozumianą jako prawna wyłączność przedstawicieli danego zawodu przy podejmowaniu decyzji w sprawach wchodzących merytorycznie w zakres ich działania.

Między normą przewidującą samodzielność zawodu pielęgniarki a normami tę samodzielność ograniczającymi zachodzi taki sam stosunek jak między każdą normą ogólną a normami szczególnymi. Ze stosunku tego wynika, że zakres samodzielności

⁸⁹ T.E. Getzen, *Ekonomika zdrowia*, Warszawa 2000, s. 10–13.

⁹⁰ Za przykład przekroczenia ustawowych kompetencji należy uznać decyzję NFZ polegającą na włączeniu samodzielnie praktykujących pielęgniarek do praktyki lekarza rodzinnego, przez co pozbawiono pacjentów profesjonalnej opieki pielęgniarskiej, a rolę pielęgniarek środowiskowych sprowadzono do wykonawców zleceń lekarskich, zob. A. Ksykiewicz-Dorota, *Wyposażenie pielęgniarskich stanowisk pracy a odpowiedzialność pracownicza pielęgniarek i położnych [w:] Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych...*, s. 36.

zawodu pielęgniarki da się ustalić tylko na podstawie analizy całego systemu norm złożonego z omawianej normy ogólnej i całego zakresu norm szczególnych zawartych zarówno w ustawach, jak i aktach wykonawczych. Norma ogólna jest w określonym zakresie uchylana przez normy szczególne, a te z kolei regulują kwestie samodzielności tylko w odniesieniu do pewnych konkretnie oznaczonych wycinków zakresu działania osób wykonujących dany zawód. Tym samym pomiędzy normą ogólną a normami szczególnymi zachodzi wzajemna zależność, polegająca na tym, że normę statuującą pełną samodzielność zawodu traktować należy jako zasadę prawną, a normy szczególne – bez względu na sposób, w jaki zostały przez ustawodawcę zredagowane – za normy ustanawiające wyjątki od zasady samodzielności.

Próbując zrekonstruować na podstawie obowiązujących przepisów treść zasady samodzielności zawodu pielęgniarskiego, można podjąć próbę skonstruowania formuły wyrażającej zasadę tej samodzielności, stanowiącą przydatne narzędzie służące prawidłowemu stosowaniu norm, które szczegółowo określają sytuację prawną pielęgniarki. Nie chodzi wcale o to, by formuła wyrażająca tę zasadę opisywała dokładnie zakres samodzielności pielęgniarek. Ważne jest, by przy użyciu tej formuły można było we właściwy sposób interpretować przepisy, które określają granice takiej samodzielności. Wydaje się, że formuła wyrażająca treść zasady, o którą nam chodzi, powinna mieć następujący kształt: „W myśl zasady samodzielności prawnej osoba wykonująca zawód pielęgniarki powinna być uznana za (wyłącznie) uprawnioną do podejmowania i realizowania działań we wszystkich sprawach mieszczących się w sprawach związanych z pielęgowaniem, zgodnie z przepisami prawa i w celu wykonywania zadań zawodowych, polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, umiejętnościami i kompetencjami oraz z należytą starannością”.

Jest to formuła ujęta w postaci ogólnej, prawnie wiążącej dyrektywy postępowania. Można z niej wyprowadzić bardziej szczegółowe zalecenia. Należy zwrócić uwagę na co najmniej podwójny aspekt omawianej zasady: pozytywny i negatywny. Aspekt pozytywny wyznacza pewien stan rzeczy szczególnie przez ustawodawcę preferowany, do którego należy w miarę możliwości i w granicach celowości dążyć. Z tego punktu widzenia zasada samodzielności posiada znaczenie zwłaszcza jako kierunkowa wytyczna w zakresie działalności prawotwórczej. Aspekt negatywny stanowi swego rodzaju barierę wobec mogących się ewentualnie pojawić w praktyce tendencji zmierzających bądź to do ograniczenia zakresu kompetencji zawodu pielęgniarki, bądź do naruszenia jego wyłączności w realizacji służących mu uprawnień. Zasada samodzielności może pełnić funkcję bariery, ponieważ stanowi wiążącą dyrektywę interpretacyjną służącą właściwemu odczytywaniu norm prawnych regulujących sposób funkcjonowania zawodu pielęgniarki.

Reasumując, adresatami zasady „zawód pielęgniarki jest samodzielnym zawodem medycznym” są osoby wykonujące ten zawód, jak i podmioty stanowiące otoczenie

tych osób. Zasada samodzielności stanowi dla osób wykonujących zawód pielęgniarki swego rodzaju dyrektywę interpretacyjną, wedle której powinny one rozstrzygać swoje własne wątpliwości co do tego czy są, czy też nie są kompetentne (upoważnione) w danej sprawie do podjęcia decyzji. Łączy się z tym również i to, że osoba wykonująca samodzielny zawód pielęgniarki nie może liczyć, że uda jej się przerzucić na jakiś inny podmiot odpowiedzialności za ewentualne niekorzystne wyniki swojej działalności. Z drugiej strony pielęgniarki, do których ustawodawca odniósł zasadę samodzielności, są zarazem recypientami korzyści płynących z omawianej zasady. Korzyści te są konsekwencją tego, że inne podmioty są prawnie związane określonymi dyrektywami postępowania w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych i podejmowania decyzji o statusie prawnym przedstawicieli tych zawodów.

7. Klasyfikacja zawodu pielęgniarki i specjalności na rynku pracy

Minister właściwy do spraw pracy określił w drodze rozporządzenia klasyfikację zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakres jej stosowania, uwzględniając zawody i specjalności występujące na rynku pracy oraz potrzeby pośrednictwa i poradnictwa zawodowego⁹¹. Klasyfikacji zawodu pielęgniarki i ich specjalności dokonano w załączniku do rozporządzenia w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy. W pierwszej grupie wielkiej, opisanej jako „przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy”, w ramach dużej grupy „kierownicy w instytucjach opieki zdrowotnej” wymienia się pielęgniarkę oddziałową. Tym samym pielęgniarka oddziałowa została zaliczona do grupy zawodów, w których podstawowymi zadaniami są: planowanie, określanie i realizowanie podstawowych celów i kierunków polityki państwa, formułowanie przepisów prawnych oraz kierowanie działalnością jednostek administracji publicznej, a także sprawowanie funkcji zarządzania w przedsiębiorstwach lub ich wewnętrznych jednostkach organizacyjnych.

W drugiej grupie wielkiej „specjaliści” pielęgniarki zostały sklasyfikowane jako specjaliści do spraw zdrowia. Specjaliści to przedstawiciele profesji wymagających posiadania wysokiego poziomu wiedzy zawodowej, umiejętności oraz doświadczenia w zakresie nauk technicznych, przyrodniczych, społecznych, humanistycznych i pokrewnych. Ich główne zadania to praktyczne zastosowanie koncepcji i teorii naukowych lub artystycznych, powiększanie dotychczasowego stanu wiedzy poprzez badania i twórczość oraz systematyczne nauczanie w tym zakresie⁹². Obecnie grupa

⁹¹ Art. 36 ust. 8 ustawy z 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2019 r. poz. 1482 ze zm.).

⁹² Objaśnienia do struktury klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy, rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 7.08.2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.

zawodowa pielęgniarek jest niejednorodna pod względem poziomu wykształcenia, ale ustawodawca wprowadził zasadę, że jeżeli poziom wykształcenia pracownika jest niższy lub wyższy w stosunku do usytuowania zawodu w grupie wielkiej, należy brać pod uwagę umiejscowienie zawodu w klasyfikacji, a nie poziom wykształcenia osoby sklasyfikowanej. Ta zasada odnosi się bezpośrednio do pielęgniarek, które jako cała grupa zawodowa zostały sklasyfikowane w grupie specjalistów. Jeżeli więc pielęgniarka nie posiada wykształcenia wyższego, tylko średnie, także jest sklasyfikowana w grupie specjalistów.

W ramach grupy „pielęgniarki” wyodrębniono dwie podgrupy: pielęgniarki bez specjalizacji lub w trakcie specjalizacji oraz pielęgniarki z tytułem specjalisty, czyli specjaliści, do których należą specjaliści: 1) organizacji i zarządzania, 2) pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, 3) pielęgniarstwa chirurgicznego, 4) pielęgniarstwa diabetologicznego, 5) pielęgniarstwa epidemiologicznego, 6) pielęgniarstwa geriatrycznego, 7) pielęgniarstwa kardiologicznego, 8) pielęgniarstwa nefrologicznego, 9) pielęgniarstwa neonatologicznego, 10) pielęgniarstwa neurologicznego, 11) pielęgniarstwa onkologicznego, 12) pielęgniarstwa operacyjnego, 13) pielęgniarstwa opieki długoterminowej, 14) pielęgniarstwa opieki paliatywnej, 15) pielęgniarstwa pediatrycznego, 16) pielęgniarstwa psychiatrycznego, 17) pielęgniarstwa ratunkowego, 18) pielęgniarstwa rodzinnego, 19) pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, 20) pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących, 21) pielęgniarstwa zachowawczego, 22) promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz pozostałe z tytułem specjalisty.

8. Podsumowanie

1. Dostęp do zawodu pielęgniarki podlega ścisłej reglamentacji, a udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga określonych kwalifikacji zawodowych,

2. Za wykonywanie zawodu pielęgniarki uznawane jest podejmowanie czynności zawodowych systematycznie, odpłatnie i z zachowaniem form prawnych dla wykonywania zawodu. Za wykonywanie zawodu pielęgniarki uważane jest także dokonywanie tych czynności przez osobę niebędącą pielęgniarką i nieposiadającą stosownych uprawnień⁹³. Nie każde zatem dokonanie czynności pielęgniarских przez laika będzie bezprawne, a tylko dokonanie takich czynności, które mają określone w definicji zawodu cechy.

3. Odpowiedzialności karnej będzie podlegać osoba, która nie posiadając do tego uprawnień, dokonuje czynności właściwych dla danego zawodu, jeśli czynności te wykonywane są systematycznie, odpłatnie i z zachowaniem form typowych dla działalności zawodowej pielęgniarki. Taka interpretacja pozostawia poza zakresem re-

⁹³ Uchwała SN z 31.08.1994 r., I KZP 20/94, OSNKW 1994/9–10, poz. 58.

gulacji przepisów prawa czynności medyczne dokonywane niekiedy w stosunku do własnej osoby czy osób najbliższych.

4. Określenie w prawie medycznym zawodu pielęgniarki jako zawodu samodzielnego oznacza, że spełnia on warunek niezbędny, ale niewystarczający, aby kwalifikować go jako zawód wolny. Zawód pielęgniarki, jak inne zawody medyczne, systematycznie traci swoją niezależność działania na rzecz wykonywania zadań zakontraktowanych, przewidywalnych, specjalistycznych, wskazanych ogólnie przez państwo i ubezpieczycieli.

5. Przedstawiciele zawodu pielęgniarskiego należą do przedstawicieli zawodów zaufania publicznego. Pojęcie interesu publicznego to problem wielopłaszczyznowy i złożony. Artykuł 17 ust. 1 Konstytucji RP mówi o interesie publicznym jako przesłance delimitującej samowładność samorządu zawodowego. Piecza obejmuje nie tylko to, co w ustawach samorządowych jest nazywane sprawowaniem nadzoru czy pieczy, ale również władcze decydowanie czy współdecydowanie o dopuszczeniu do wykonywania zawodu, ustalanie zasad etyki zawodowej oraz posiadanie przez samorządy zawodowe organów odpowiedzialności zawodowej. Piecza sprawowana w interesie publicznym może naruszać wolność wykonywania zawodu i ograniczać wolność podejmowania działalności gospodarczej (*a contrario* art. 17 ust. 2 Konstytucji RP). Jest to przepis przekazujący w ręce samorządu władzę nad przedstawicielami zawodu pielęgniarskiego. Z jednej strony jest to przywilej zagwarantowany jedynie samorządom zawodów zaufania publicznego w ścisłym, publicznoprawnym sensie tego pojęcia, z drugiej jednak strony przywilej ten ma być wykorzystywany w obronie interesu publicznego, zatem staje się obowiązkiem⁹⁴.

6. We współczesnych poglądach zakres samodzielności w pielęgniarstwie ujmuje się w następujący sposób: „pielęgniarka jest niezależna (samodzielna) od innych profesjonalistów w sprawach związanych z pielęgowaniem, współzależna w zagadnieniach dotyczących promocji zdrowia, profilaktyki i rehabilitacji, natomiast zależna od lekarza w tym, co związane jest z leczeniem. (...) Samodzielność przejawia się w gotowości do działania w zaistniałej sytuacji chorego, w wyborze drogi postępowania i podejmowaniu decyzji”⁹⁵.

7. Środowisko pielęgniarskie domaga się opracowania i wdrożenia precyzyjnego podziału kompetencji, egzekwowania i kontrolowania wypełniania obowiązków zawodowych i ponoszenia odpowiedzialności za ich niezrealizowanie przez poszczególne grupy zawodów medycznych. W przeciwnym razie samodzielność zawodowa pielęgniarek może okazać się iluzoryczna⁹⁶.

⁹⁴ M. Rutkowska, *Przywilej jako obowiązek...*, s. 2.

⁹⁵ M. Kózka, *Przedmowa do polskiego wydania* [w:] G.E. Handler, *Pielęgniarstwo. Pierwsze kroki w zawodzie*, Warszawa 2012, s. 15.

⁹⁶ A. Ksykiewicz-Dorota, *Wyposażenie pielęgniarskich stanowisk pracy a odpowiedzialność pracownicz...*, s. 38.

Rozdział 2

PRAWNE PRZESŁANKI WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI I KONSEKWENCJE ICH NIESPEŁNIENIA

1. Wymagania do uzyskania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki

1.1. Uwagi ogólne

Statuowana w art. 65 ust. 1 Konstytucji RP zasada wolności wyboru wykonywania zawodu nie ma charakteru absolutnego. Ustawodawca poddaje wykonywanie zawodu pielęgniarki reglamentacji prawnej i uzależnia od spełnienia materialnych i przesłanek formalnych, „a także wskazuje organy właściwe do jednostronnego o tym rozstrzygnięcia i egzekwowania podległych reglamentacji zachowań”¹. Istnienie reglamentacji prawnej w tym zakresie co do zasady nie budzi zastrzeżeń, gdyż podstawowym przedmiotem obrotu na tym swoistym rynku usług medycznych są fundamentalne dobra prawne: życie i zdrowie ludzkie. Istotna wartość tych dóbr i wzgląd na ich ochronę przemawiają za wprowadzeniem określonych wymogów prawnych dla wszystkich podmiotów działających w tej sferze². Łączne spełnienie tych warunków przez osobę chcącą wykonywać zawód pielęgniarki ma stanowić gwarancję należytego świadczenia usług medycznych³. Są to: obywatelstwo, znajomość języka polskiego, posiadanie wymaganego prawem dyplomu, posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnych, posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie zawodu, wykazywanie nienagannej postawy etycznej (art. 28 u.z.p.p.). Spełnienie wymienionych warunków musi być stwierdzone prawem wykonywania zawodu na podstawie uchwały samorządu zawodowego (art. 37 ust. 3 u.z.p.p.). Dalsze uwagi mają na

¹ K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja...*, s. 125 i n.

² M. Żelichowski, *Formy wykonywania zawodu lekarza – wprowadzenie*, „Medycyna Praktyczna” 2007/1.

³ Wyrok NSA z 7.11.2007 r., II OSK 1436/06, LEX nr 426859.

celu omówienie prawnych przesłanek wykonywania zawodu pielęgniarki, ze wskazaniem na ich rodzaj, charakter i intensywność⁴.

1.2. Obywatelstwo polskie lub innego kraju członkowskiego UE

Aspekt obywatelstwa stanowi istotny element decydujący o faktycznej możliwości wykonywania zawodu medycznego. W świetle art. 11 ust. 1 pkt 1 ustawy pielęgniarskiej z 1996 r. prawo wykonywania zawodu pielęgniarki miał w zasadzie tylko obywatel polski. Celem wprowadzenia tego warunku była ochrona polskiego rynku usług pielęgniarskich. Obecnie przyjęte w Polsce uregulowania zostały zharmonizowane z prawem wspólnotowym – dyrektywą 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych⁵.

Osoba ubiegająca się o prawo wykonywania zawodu pielęgniarki może być obywatelem polskim lub obywatelem innego kraju członkowskiego UE (art. 28 i 29 u.z.p.p. oraz art. 2 ust. 1 dyrektywy 2005/36/WE). W prawie polskim zasady nabywania obywatelstwa reguluje art. 34 Konstytucji RP, który stanowi, że uzyskuje się je przez urodzenie z rodziców będących obywatelami polskimi. Inne wypadki nabycia obywatelstwa unormowane są w drodze ustawy zwykłej⁶. Odpowiednie regulacje znajdują się również w prawie krajów członkowskich UE.

Postanowienia dyrektywy 2005/36/WE stosuje się wobec wszystkich obywateli państw członkowskich zamierzających wykonywać zawód regulowany (zarówno posiadających podstawowy poziom wykształcenia medycznego, jak i specjalistów) w państwie członkowskim innym niż to, w którym uzyskali kwalifikacje zawodowe, zarówno jako osoba pracująca na własny rachunek, w tym jako osoba wykonująca

⁴ Na niejednolity charakter warunków materialnoprawnych zwraca uwagę K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja...*, s. 134 i n.

⁵ Dyrektywa 2005/36/WE jest efektem prac organów WE zmierzających do częściowego ujednoczenia, w ramach Unii Europejskiej zasad dotyczących wzajemnego uznawania kwalifikacji zawodowych, do tej pory regulowanych w odrębnych dla poszczególnych zawodów tzw. dyrektywach sektorowych. Przy zachowaniu, dla celów swobody przedsiębiorczości, zasad i gwarancji stanowiących podstawę obecnie obowiązujących, zróżnicowanych systemów uznawania kwalifikacji postanowiono poprawić odpowiednie przepisy, opierając się na dotychczasowym doświadczeniu. Dodatkowo ze względu na to, że odpowiednie dyrektywy były kilkakrotnie zmieniane, postanowiono zreorganizować i zracjonalizować ich przepisy poprzez ujednoczenie obowiązujących zasad. W tym celu niezbędne stało się zastąpienie dyrektyw Rady 89/48/EWG i 92/51/EWG, jak również dyrektywy 1999/42/WE Parlamentu Europejskiego i Rady, dotyczących ogólnego systemu uznawania kwalifikacji zawodowych, oraz dyrektyw Rady 77/452/EWG, 77/453/EWG, 78/686/EWG, 78/687/EWG, 78/1026/EWG, 78/1027/EWG, 80/154/EWG, 80/155/EWG, 85/384/EWG, 85/432/EWG, 85/433/EWG i 93/16/EWG, dotyczących zawodów: pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną, lekarza dentysty, lekarza weterynarii, położnej, architekta, farmaceuty i lekarza, poprzez połączenie ich w jednym tekście. Wymienione dyrektywy stworzyły w zakresie uznawania kwalifikacji medycznych podwaliny unijnego systemu uznawania kwalifikacji zawodowych.

⁶ Ustawa z 24.09.2010 r. o ewidencji ludności (Dz.U. z 2019 r. poz. 1397 ze zm.).

wolny zawód, jak też jako pracownik najemny. Obywatel państwa członkowskiego zamierzający świadczyć usługi pielęgniarstwa na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej może zostać zobowiązany do przedstawienia dokumentu potwierdzającego obywatelstwo usługodawcy (art. 7 ust. 2 lit. a dyrektywy 2005/36/WE). Dyrektywa reguluje kwestie uznawania kwalifikacji obywateli z terenu całego Europejskiego Obszaru Gospodarczego, które oprócz państw Unii obejmują Islandię, Liechtenstein i Norwegię⁷ oraz Konfederację Szwajcarii⁸. Orzecznictwo TS interpretujące art. 17 i 18 TWE w kontekście obywatelstwa UE postrzegane jest jako poszerzające zakres praw, jakimi dysponują jednostki będące obywatelami państw członkowskich, a niejednokrotnie także państw trzecich⁹.

Pojęcie „obywatel państwa członkowskiego UE” obejmuje także członków rodzin obywateli UE w rozumieniu ustawy z 14.07.2006 r. o wjeździe na terytorium RP, pobycie oraz wyjeździe z tego terytorium obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej i członków ich rodzin¹⁰ i obywatele państw trzecich posiadających zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego WE w rozumieniu przepisów ustawy z 13.06.2003 r.¹¹ Objęcie tej ostatniej kategorii cudzoziemców nieposiadających obywatelstwa państw członkowskich UE tymi samymi zasadami uznania kwalifikacji zawodowych wynika z przepisów prawa wspólnotowego, które rozciągają stosowanie zasad uznawania kwalifikacji zawodowych (w tym także zdobytych poza terytorium UE) na obywateli państw trzecich posiadających uprzywilejowaną pozycję z racji bycia członkiem rodziny lub posiadania statusu rezydenta długoterminowego, o ile te osoby spełniają warunki określone w przepisach prawa wspólnotowego – dyrektywie 2004/38/WE¹²

⁷ W stosunku do państw Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA) – stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, tj. Islandii, Norwegii i Liechtensteinu, podstawą prawną do stosowania przepisów wspólnotowych dotyczących uznawania kwalifikacji zawodowych jest załącznik VII do umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym (EOG). Podstawę EOG stanowi układ z Porto z 2.05.1992 r.

⁸ Podstawą objęcia Konfederacji Szwajcarskiej jest umowa między WE i jej państwami członkowskimi oraz Konfederacją Szwajcarską z drugiej strony w sprawie swobodnego przepływu osób z 21.06.1999 r. (Dz.Urz. z 2002 r. WE L 114, s. 6). W dniu 28.03.2006 r. opublikowano decyzję Rady 2006/245/WE z 27.02.2006 r. w sprawie przyjęcia w imieniu Wspólnoty Europejskiej i jej Państw Członkowskich, Protokołu do Umowy między Wspólnotą Europejską i Państwami Członkowskimi z jednej strony a Konfederacją Szwajcarską z drugiej strony w sprawie swobodnego przepływu osób, w związku z udziałem w charakterze Umawiających się Stron (...) Rzeczypospolitej Polskiej (...) w następstwie przystąpienia tych Państw do Unii Europejskiej (Dz.Urz. UE L 89, s. 28).

⁹ *Przepływ osób i świadczenie usług w Unii Europejskiej. Nowe zjawiska i tendencje*, red. S. Biernat, S. Dudziak, Warszawa 2009, s. 12.

¹⁰ Dz.U. z 2019 r. poz. 293.

¹¹ Ustawa z 12.12.2013 r. o cudzoziemcach (Dz.U. z 2020 r. poz. 35).

¹² Dyrektywa 2004/38/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 29.04.2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium Państw Członkowskich, zmieniająca rozporządzenie (EWG) nr 1612/68 i uchylająca dyrektywy 64/221/EWG, 68/360/EWG, 72/194/EWG, 73/148/EWG, 75/34/EWG, 75/35/EWG, 90/364/EWG, 90/365/EWG i 93/96/EWG (Dz.Urz. UE L 158, s. 77, ze zm.).

oraz dyrektywie 2003/109/WE¹³. Przez członka rodziny rozumie się: małżonka obywatela UE, jego zstępnych lub zstępnych małżonka w wieku do 21 lat lub pozostających na utrzymaniu obywatela UE lub jego małżonka oraz wstępnych obywatela lub jego małżonka pozostających na utrzymaniu jednego z nich (art. 2 pkt 2 dyrektywy 2004/38/WE oraz art. 2 pkt 4 ustawy o wjeździe na terytorium RP). Zgodnie z art. 23 dyrektywy 2004/38/WE bez względu na przynależność państwową członkowie rodziny obywatela UE, którzy posiadają prawo pobytu lub prawo stałego pobytu w jednym z państw członkowskich, są uprawnieni do podjęcia tam pracy lub wykonywania zawodu na własny rachunek.

Obok zdefiniowania pojęcia członka rodziny dyrektywa 2004/38/WE podkreśla, że jej beneficjentami są wszyscy obywatele UE, którzy przemieszczają się do innego państwa członkowskiego lub przebywają w innym państwie członkowskim niż państwo członkowskie, którego są obywatelami, oraz wymienieni w art. 2 ust. 2 członkowie ich rodzin, którzy im towarzyszą lub do nich dołączają (art. 3 ust. 1). W związku z tym państwa członkowskie nie mają obowiązku stosowania zasad uznawania kwalifikacji zawodowych określonych w dyrektywie 2005/36/WE i implementujących ją przepisach krajowych do obywateli państw trzecich będących członkami rodzin obywateli UE (w tym Polski), którzy nie skorzystali z prawa swobodnego przepływu, tj. nie podążyli do innego państwa za żoną, mężem, którzy posiadają obywatelstwo UE. Tym samym art. 23 dyrektywy 2004/38/WE nie zobowiązuje organów państwa członkowskiego, w którym złożony został wniosek o zezwolenie na wykonywanie zawodu regulowanego, do tego, by wzięły pod uwagę wszystkie dyplomy, świadectwa i inne dokumenty, jeżeli zostały wydane poza UE, nawet jeśli zostały uznane w innym państwie członkowskim, jak również mające znaczenie dla sprawy doświadczenie wnioskodawcy, oraz aby dokonały porównania kompetencji potwierdzonych tymi dokumentami i doświadczeniem oraz wiedzą i kwalifikacjami wymaganych ustawodawstwem krajowym. Jednak mimo że prawo wspólnotowe nie nakazuje uznania kwalifikacji takim osobom, nie sprzeciwia się ono również zastosowaniu wobec nich zasad określonych w dyrektywie 2005/36/WE.

W odniesieniu do osób posiadających status rezydenta długoterminowego WE, przyznane zgodnie z dyrektywą Rady 2003/109/WE, określone w prawie wspólnotowym zasady uznawania kwalifikacji zawodowych mają zastosowanie w państwie członkowskim, które taki status im przyznało (poza Danią, Irlandią i Zjednoczonym Królestwem, które nie przejęły dyrektywy). Obywatele państw trzecich posiadający status rezydenta długoterminowego WE przyznany w Polsce uzyskują więc prawo do uznania kwalifikacji zawodowych zgodnie z dyrektywą 2005/36/WE, pod warunkiem że przebywają na terytorium kraju.

¹³ Dyrektywa Rady 2003/109/WE z 25.11.2003 r. dotycząca statusu obywateli państw trzecich będących rezydentami długoterminowymi (Dz.Urz. UE z 2004 r. L 16, s. 44, ze zm.).

Polski ustawodawca nie żąda, aby osoba posiadała „wyłącznie” obywatelstwo polskie lub innego kraju członkowskiego UE. Możliwe jest, aby ta osoba poza obywatelstwem polskim lub innego kraju członkowskiego posiadała również obywatelstwo innego państwa spoza UE. Utrata obywatelstwa polskiego lub innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej z mocy prawa skutkuje utratą prawa wykonywania zawodu lub ograniczonego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki przez daną osobę, jeżeli nie nabyła ona równocześnie obywatelstwa innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej (art. 42 ust. 1 pkt 4 i 5 u.z.p.p.).

1.3. Cudzoziemiec

Dyrektywa 2005/36/WE przewiduje również możliwość nabycia prawa wykonywania medycznego zawodu regulowanego na terytorium kraju UE przez cudzoziemca. Cudzoziemiec to osoba niebędąca obywatelem żadnego z państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA). Dodatkowo z zakresu tego pojęcia wyłączeni są członkowie rodzin obywateli państw członkowskich oraz obywatele państw trzecich posiadający status rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich (mowa o tym powyżej). W przypadku cudzoziemców ustawodawca europejski pozostawił państwom członkowskich swobodę regulacji. Uznawanie kwalifikacji na zasadzie praw nabytych powinno być w każdym przypadku uzależnione od spełnienia minimalnych wymogów w zakresie wykształcenia przewidzianych dla danego zawodu (art. 2 ust. 2 dyrektywy 2005/36/WE)¹⁴.

W Polsce cudzoziemcowi może być przyznane prawo wykonywania zawodu na stałe albo na czas określony, jeżeli osoba ta spełnia przewidziane prawem przesłanki (art. 35 ust. 1 u.z.p.p.):

Cudzoziemcowi może być przyznane prawo wykonywania zawodu na stałe, jeżeli łącznie spełnia następujące przesłanki: 1) posiada zezwolenie na pobyt stały; 2) posiada urzędowe poświadczenie znajomości języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki, wydane na podstawie ustawy z 7.10.1999 r. o języku polskim¹⁵; 3) przedstawi zaświadczenie o wykonywaniu zawodu pielęgniarki na podstawie przepisów obowiązujących w państwie, w którym dotychczas wykonywał zawód; 4) przedstawi zaświadczenie odpowiedniego organu państwa, którego jest obywatelem, że nie został pozbawiony prawa wykonywania za-

¹⁴ Jeżeli obywatel państwa członkowskiego uzyskał wykształcenie w zakresie zawodu regulowanego lekarza poza krajami Unii, to każde państwo członkowskie **może zezwolić** tym osobom na wykonywanie na swoim terytorium tego zawodu, zgodnie z przepisami obowiązującymi w tym państwie. Wstępne uznanie jest uzależnione od spełnienia minimalnych wymogów w zakresie wykształcenia, ustanowionych w tytule III rozdziale III dyrektywy 2005/36/WE.

¹⁵ Dz.U. z 2019 r. poz. 1480 ze zm.

wodu lub prawo to nie zostało zawieszona i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszona prawa wykonywania zawodu; 5) posiada świadectwo ukończenia szkoły pielęgniarskiej lub szkoły położnych bądź uzyskane w innym państwie świadectwo uznane w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędne ze świadectwem ukończenia takiej szkoły, zgodnie z odrębnymi przepisami, pod warunkiem że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej; 6) ma pełną zdolność do czynności prawnych; 7) jego stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub wykonywanie zawodu położnej; 8) odbył sześciomiesięczny staż adaptacyjny we wskazanym podmiocie leczniczym; 9) wykazuje nienaganną postawę etyczną.

Natomiast jeżeli dana osoba nie uzyskała zezwolenia na pobyt stały, a spełnia pozostałe wymagania materialnoprawne określone w art. 35 ust. 1 pkt 2–8 u.z.p.p., może uzyskać prawo wykonywania zawodu na czas określony (art. 35 ust. 3 u.z.p.p.).

Dodatkowe ograniczenia wykonywania zawodu pielęgniarki przez cudzoziemca wynikają z ustawy z 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy¹⁶. Zgodnie z art. 88 ust. 1 i art. 88a ust. 1 w zw. z art. 88b ust. 1 tej ustawy na wniosek podmiotu powierzającego wykonywanie pracy cudzoziemcowi wojewoda wydaje pozwolenie na pracę; brak takiego pozwolenia ustawodawca klasyfikuje jako nielegalne wykonywanie pracy przez cudzoziemca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 2 pkt 14 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy). Zezwolenie na pracę nie jest wymagane na okresu odbycia stażu adaptacyjnego (*a contrario* art. 35 ust. 1a u.z.p.p.). W tym ostatnim przypadku z ogólnego obowiązku posiadania przez cudzoziemca zezwolenia na pracę ustawodawca zwalnia cudzoziemca na podstawie regulacji szczególnej, tj. art. 35 ust. 1a u.z.p.p. Stażu adaptacyjnego nie muszą odbywać cudzoziemcy, którzy ukończyli szkołę pielęgniarską w Rzeczypospolitej Polskiej (art. 35 ust. 2 u.z.p.p.).

Odbycie sześciomiesięcznego stażu adaptacyjnego we wskazanym podmiocie leczniczym (art. 35 ust. 1a u.z.p.p.) jest równoznaczne z odbyciem przeszkolenia, o którym mowa w art. 26 ust. 1 u.z.p.p., tzn. przeszkolenia, do którego są zobowiązane osoby, które nie wykonywały zawodu przez okres dłuższy niż pięć lat w okresie ostatnich sześciu lat.

Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia z 25.10.2016 r. w sprawie stażu adaptacyjnego dla cudzoziemców ubiegających się o przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej¹⁷ określił: 1) ramowy program stażu adaptacyjnego, zwanego dalej „stażem”, dla cudzoziemców ubiegających się o przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej; 2) sposób i tryb odbywania oraz zali-

¹⁶ Dz.U. z 2019 r. poz. 1482 ze zm.

¹⁷ Dz.U. poz. 1792.

czania stażu; 3) szczegółowy zakres uprawnień zawodowych pielęgniarki i położnej w okresie odbywania stażu; 4) warunki, jakie powinien spełniać podmiot leczniczy, w którym są odbywane staże.

Staż adaptacyjny obejmuje pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz doskonalenie umiejętności praktycznych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, oraz promocji zdrowia w warunkach stacjonarnej, ambulatoryjnej i domowej opieki zdrowotnej (§ 2 ust. 1 r.s.a.). Celem stażu adaptacyjnego jest:

- 1) uzyskanie sprawności w zakresie wykorzystania wiedzy i umiejętności nabytych w toku kształcenia w szkole pielęgniarskiej;
- 2) aktualizacja wiedzy i umiejętności w zakresie nauk medycznych, opieki pielęgniarskiej, techniki medycznej i innych dziedzin niezbędnych do realizacji praktyki zawodowej;
- 3) zapoznanie się z organizacją pracy i funkcjonowaniem zespołów pielęgniarskich w poszczególnych komórkach organizacyjnych podmiotu leczniczego (regulaminy organizacyjne, zasady prowadzenia dokumentacji medycznej, standardy i procedury udzielania świadczeń zdrowotnych);
- 4) doskonalenie umiejętności w zakresie współdziałania w zespole terapeutycznym;
- 5) poszerzenie i doskonalenie umiejętności samodzielnego planowania, realizowania i oceny podejmowanych działań pielęgniarskich;
- 6) doskonalenie umiejętności manualnych w zakresie wykonywania działań i zabiegów pielęgnacyjnych, leczniczych i usprawniających;
- 7) doskonalenie umiejętności samokształcenia i samodoskonalenia;
- 8) rozwój postawy zawodowej – opanowanie umiejętności samodzielnego i odpowiedzialnego wykonywania zawodu, podejmowania decyzji w celu zapewnienia efektywnej opieki nad człowiekiem chorym, zdrowym i rodziną;
- 9) doskonalenie umiejętności w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób.

Staż adaptacyjny jest podzielony na pięć staży cząstkowych, których czas trwania, miejsce ich odbywania oraz cele stażu wraz z wykazem umiejętności określa ramowy program stażu w przypadku określono w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie stażu adaptacyjnego dla cudzoziemców.

1. Miejscem odbywania stażu, w zależności od możliwości podmiotu leczniczego, jest oddział wewnętrzny lub oddziały specjalistyczne, np. kardiologiczny, reumatologiczny, gastrologiczny, nefrologiczny, hematologiczny. Staż trwa cztery tygodnie, a jego program obejmuje:

- 1) doskonalenie umiejętności rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych pacjentów, planowania, realizacji i oceny opieki pielęgniarskiej;
- 2) zapoznanie się z obowiązującymi standardami postępowania pielęgniarskiego w stosunku do chorych z określonymi problemami zdrowotnymi, w szczególności z:

- a) ostrą i przewlekłą niewydolnością krążenia,
 - b) ostrą i przewlekłą niewydolnością układu oddechowego,
 - c) chorobami układu moczowego,
 - d) chorobami żołądka i jelit,
 - e) chorobami wątroby i trzustki,
 - f) chorobami krwi i układu krwiotwórczego,
 - g) cukrzycą,
 - h) chorobą reumatyczną;
- 3) doskonalenie umiejętności w zakresie przygotowywania chorych do badań diagnostycznych, uczestniczenie w badaniach i postępowanie po badaniach, zgodnie z obowiązującymi standardami;
 - 4) doskonalenie umiejętności planowania i realizacji działań edukacyjnych wobec pacjenta i jego rodziny w różnych stanach chorobowych;
 - 5) doskonalenie umiejętności samodzielnego monitorowania pacjentów (bezprzynadownego, jak również z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu monitorującego);
 - 6) pielęgnowanie pacjenta zgodnie ze standardami profilaktyki przeciwolezionej;
 - 7) poszerzenie wiedzy i doskonalenie umiejętności w zakresie metod i zasad podawania środków farmaceutycznych (z uwzględnieniem skutków ubocznych oraz interakcji z innymi lekami) stosowanych na oddziale;

2. Miejscem odbywania stażu jest oddział pediatryczny w szpitalu dziecięcym lub innym (z wyłączeniem oddziału noworodkowego). Staż trwa cztery tygodnie, a jego program obejmuje:

- 1) doskonalenie umiejętności oceny rozwoju psychomotorycznego dziecka i podejmowanie działań związanych ze stymulacją tego rozwoju;
- 2) utrwalenie i poszerzenie wiedzy i umiejętności z zakresu opieki nad dzieckiem chorym z uwzględnieniem:
 - a) wieku dziecka,
 - b) reakcji dziecka na chorobę,
 - c) reakcji dziecka na rozłąkę z rodziną;
- 3) doskonalenie umiejętności pielęgnowania dziecka z określonymi schorzeniami zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania pielęgniarskiego, z uwzględnieniem:
 - a) nieprawidłowości rozwojowych,
 - b) chorób zakaźnych wieku rozwojowego,
 - c) chorób układu oddechowego,
 - d) chorób układu krążenia,
 - e) chorób układu pokarmowego,
 - f) chorób układu moczowego,
 - g) chorób tkanki łącznej,
 - h) chorób układu krwiotwórczego,

- i) zaburzeń układu nerwowego,
- j) chorób układu wydzielania wewnętrznego,
- k) zaburzeń metabolicznych;
- 4) doskonalenie umiejętności w zakresie przygotowywania dziecka do badań diagnostycznych, uczestniczenie w badaniach i postępowanie po badaniach, zgodnie z obowiązującymi standardami;
- 5) rozwijanie umiejętności dotyczących rozpoznawania zapotrzebowania na działania profilaktyczne, działania promujące zdrowie oraz działania edukacyjne w stosunku do dziecka i rodziców;
- 6) doskonalenie umiejętności działań w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki, edukacji z uwzględnieniem możliwości dziecka, jego wieku, sytuacji zdrowotnej oraz społeczno-bytowej rodziców;
- 7) doskonalenie umiejętności komunikowania się z dzieckiem i jego rodziną (opiekunami);
- 8) przygotowanie do udzielania wsparcia dziecku i jego rodzinie w sytuacjach trudnych i stresowych (przewlekłej bądź nieuleczalnej choroby dziecka, zagrożenia życia dziecka oraz śmierci dziecka);
- 9) doskonalenie umiejętności przekazywania rodzicom (opiekunom) dziecka informacji dotyczących pielęgnacji dziecka w warunkach domowych;
- 10) zapoznanie się ze standardami działań w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych.

3. Miejscem odbywania stażu jest oddział chirurgii ogólnej lub specjalistycznej, oddział chirurgii urazowej, oddział chirurgii dziecięcej. Staż trwa cztery tygodnie, a jego program obejmuje:

- 1) doskonalenie umiejętności samodzielnego przygotowania pacjentów do planowych i nagłych zabiegów operacyjnych w określonych stanach chirurgicznych;
- 2) rozwijanie umiejętności samodzielnego prowadzenia opieki pooperacyjnej zgodnie ze standardami postępowania pielęgniarskiego na oddziale chirurgicznym;
- 3) doskonalenie umiejętności przygotowania pacjentów do drobnych zabiegów chirurgicznych oraz asystowania przy ich wykonywaniu;
- 4) doskonalenie umiejętności:
 - a) prowadzenia samodzielnej obserwacji ukierunkowanej na symptomy powikłań pooperacyjnych (obserwacja rany operacyjnej, poszczególnych funkcji życiowych),
 - b) zapobiegania powikłaniom w okresie pooperacyjnym,
 - c) postępowania w przypadku wystąpienia powikłań pooperacyjnych;
- 5) doskonalenie umiejętności samodzielnego przygotowania pacjentów do badań diagnostycznych, uczestniczenie w badaniach i postępowanie po badaniach na podstawie aktualnie obowiązujących standardów postępowania pielęgniarskiego;

- 6) doskonalenie umiejętności oceny stanu pacjenta w stanach bezpośredniego zagrożenia życia;
- 7) doskonalenie umiejętności udzielania pierwszej pomocy w sytuacjach zagrożenia życia;
- 8) zapoznanie się ze standardami działań w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych;
- 9) doskonalenie umiejętności planowania i realizacji działań edukacyjnych w odniesieniu do pacjenta i jego rodziny dotyczących stylu życia, samopielęgnacji po opuszczeniu oddziału szpitalnego;
- 10) zdobycie wiedzy i umiejętności z dziedziny transfuzjologii w zakresie:
 - a) zapoznania się z obowiązującymi przepisami dotyczącymi transfuzjologii,
 - b) przygotowania krwi i preparatów krwiopochodnych do przetoczenia,
 - c) obserwacji pacjenta w trakcie przetaczania krwi i preparatów krwi oraz po ich przetoczeniu,
 - d) rozpoznania powikłań poprzetoczeniowych,
 - e) postępowania w przypadku wystąpienia powikłań poprzetoczeniowych.

4. Miejszem odbywania stażu jest oddział położniczo-noworodkowy. Staż trwa trzy tygodnie, a jego program obejmuje:

- 1) zapoznanie się z obowiązującymi standardami postępowania pielęgniarstwa w stosunku do położnicy i noworodka po porodzie o przebiegu fizjologicznym oraz opanowanie umiejętności samodzielnej realizacji opieki zgodnie z tymi standardami;
- 2) opanowanie umiejętności samodzielnego przyjmowania położnicy na oddział, samodzielnego oceniania stanu ogólnego i położniczego położnicy przyjmowanej z sali porodowej oraz dokumentowania podjętych działań;
- 3) utrwalenie i poszerzenie wiedzy i umiejętności w zakresie przebiegu porodu oraz opieki nad kobietami po porodach zabiegowych, powikłanych lub operacyjnych z uwzględnieniem stanu zdrowia (kobieta zdrowa albo chora);
- 4) nabycie sprawności w samodzielnym monitorowaniu przebiegu porodu, wczesnym rozpoznawaniu zaburzeń i patologii okresu porodu;
- 5) doskonalenie umiejętności ukierunkowania działań zapobiegających powikłaniom w okresie porodu ze strony:
 - a) narządu rodniczego,
 - b) układu moczowego,
 - c) gruczołu piersiowego.
- 6) doskonalenie umiejętności samodzielnego przyjęcia noworodka z sali porodowej oraz jednoczesnej oceny stanu ogólnego noworodka na podstawie obserwacji oraz przekazanych informacji i dokumentacji;
- 7) doskonalenie umiejętności samodzielnego realizowania opieki pielęgniarstwa nad noworodkiem (uwzględniające prawidłowość okresu ciąży, porodu i czynników ryzyka, np. konflikt serologiczny);

- 8) opanowanie sprawności w zakresie prowadzenia działań edukacyjnych w stosunku do matki dziecka, dotyczących:
 - a) pielęgnacji noworodka,
 - b) promocji naturalnego karmienia,
 - c) higieny okresu połogu,
 - d) diety kobiety ciężarnej,
 - e) planowania wizyt lekarskich,
 - f) kalendarza szczepień ochronnych,
 - g) planowania rodziny;
- 9) nabycie umiejętności udzielenia wsparcia matce i jej rodzinie w sytuacji, gdy dziecko pozostaje na oddziale neonatologicznym, urodziło się z wadą albo zmarło;
- 10) zapoznanie się ze standardami działań w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych.

5. Miejscem odbywania stażu jest, w zależności od możliwości podmiotu leczniczego, oddział intensywnej terapii lub pododdział intensywnej terapii na oddziale specjalistycznym. Staż trwa trzy tygodnie, a jego program obejmuje:

- 1) poznanie modelu organizacyjnego oddziału intensywnej terapii, organizacji pracy zespołu terapeutycznego oraz zasad organizacji pracy w zespole pielęgniarskim;
- 2) opanowanie sprawności w wykonywaniu pielęgniarskich zadań diagnostycznych i leczniczych związanych ze specyfiką pracy na oddziale intensywnej terapii (monitorowanie stanu chorych, pobieranie materiału do badań, udział w farmakoterapii, elektroterapii i resuscytacji);
- 3) doskonalenie umiejętności oraz nabycie sprawności monitorowania stanu pacjenta na podstawie występujących objawów możliwych do zaobserwowania przez pielęgniarkę;
- 4) poznanie specjalistycznej aparatury medycznej, celu i zasad jej stosowania w diagnozowaniu stanu pacjenta i terapii. Zdobycie umiejętności obsługi aparatury monitorującej i leczniczej, doskonalenie umiejętności odczytywania i interpretacji pomiarów dokonywanych przez aparaturę monitorującą;
- 5) utrwalenie i poszerzenie wiedzy oraz umiejętności postępowania pielęgniarskiego:
 - a) we wstrząsie (różnych postaciach),
 - b) w stanach nagłego zatrzymania krążenia,
 - c) w stanie nieprzytomności (śpiączki o różnej etiologii),
 - d) w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym;
- 6) doskonalenie i poszerzenie umiejętności w zakresie rozpoznawania potrzeb zdrowotnych, problemów pielęgnacyjnych oraz planowania i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej u chorych:
 - a) z ostrą niewydolnością krążenia,
 - b) z ostrą niewydolnością oddechową,

- c) z ostrymi zespołami wieńcowymi,
 - d) z niewydolnością nerek,
 - e) nieprzytomnych;
- 7) aktualizacja wiedzy w zakresie obowiązujących standardów pielęgnacji chorych na oddziałach intensywnej terapii (postępowanie pielęgniarskie, najnowszy sprzęt do pielęgnacji chorych);
- 8) rozwinięcie umiejętności współpracy w zespole terapeutycznym w zakresie realizacji świadczonej opieki, jak również doskonalenie umiejętności dokumentowania prowadzonej opieki pielęgniarskiej.

Staż adaptacyjny odbywa się na podstawie wniosku złożonego przez cudzoziemca, który chce wykonywać zawód pielęgniarki na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Okręgowa rada pielęgniarek i położnych, uwzględniając wniosek zgłoszony przez pielęgniarkę, w drodze uchwały przyznaje cudzoziemcowi ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisuje na listę członków okręgowej izby pielęgniarek i położnych. Następnie rada kieruje pielęgniarkę do podmiotów organizujących staż na obszarze jej działania. Jeżeli z powodu braku miejsc pielęgniarka nie może odbyć stażu na obszarze działania okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której jest członkiem, staż odbywa się w podmiocie organizującym staż pielęgniarką na obszarze działania innej okręgowej izby pielęgniarek i położnych, wybranym przez pielęgniarkę spośród podmiotów wskazanych przez okręgową radę pielęgniarek i położnych. Wówczas do podmiotu organizującego staż kieruje pielęgniarkę okręgowa rada pielęgniarek i położnych, na której obszarze działa podmiot organizujący staż (§ 7 r.s.a.).

Podmiot leczniczy organizującym staż musi spełniać następujące warunki: 1) udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie umożliwiającym zrealizowanie co najmniej jednego programu stażu cząstkowego przez pielęgniarkę; 2) zatrudnia pielęgniarki posiadające kwalifikacje i doświadczenie pozwalające pełnić zdania koordynatora stażu; 3) posiada zaplecze diagnostyczno-terapeutyczne zapewniające realizację treści merytorycznych ramowego programu w sposób i w czasie określonych w rozporządzeniu; 4) zawarł umowy z innymi podmiotami leczniczymi spełniającymi warunki, o których mowa powyżej, w celu umożliwienia zrealizowania przez pielęgniarkę, w ramach oddelegowania, tej części ramowego programu, której realizacji nie może zapewnić w zakresie udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych (§ 6 r.s.a.).

Koszty stażu adaptacyjnego ponosi osoba odbywająca staż. Zasady finansowania stażu adaptacyjnego reguluje umowa zawarta między cudzoziemcem odbywającym staż adaptacyjny a podmiotem leczniczym przyjmującym na staż (art. 35 ust. 5 u.z.p.p.). Pielęgniarka odbywa staż na podstawie umowy o pracę na czas określony w celu odbycia stażu albo umowy cywilnoprawnej na okres odbycia stażu, zawartych z podmiotem leczniczym (§ 4 r.s.a.). Jeżeli staż jest odbywany na podstawie umowy o pracę na czas określony, czas trwania stażu pielęgniarki może ulec przedłużeniu w przypadku

(§ 5 ust. 1 r.s.a.): 1) nieprzerwanej niezdolności do pracy, o której mowa w art. 92 § 1 k.p.¹⁸, przez okres dłuższy niż 14 dni; 2) urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopu ojcowskiego albo urlopu rodzicielskiego; 3) przebywania na urlopie wychowawczym; 4) przebywania na urlopie bezpłatnym nie dłużej niż trzy miesiące. Wniosek o przedłużenie stażu z tych przyczyn pielęgniarka niezwłocznie kieruje w postaci papierowej albo elektronicznej wraz z uzasadnieniem do właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych. Po niezwłocznym rozpatrzeniu wniosku właściwa rada niezwłocznie informuje podmiot leczniczy, w którym ma być odbywany staż, oraz pielęgniarkę o przedłużeniu stażu (§ 5 ust. 3 i 4 r.s.a.). Jeżeli staż jest odbywany na podstawie umowy cywilnoprawnej, czas jego trwania może ulec przedłużeniu w przypadku zaistnienia wyjątkowych sytuacji losowych lub rodzinnych pielęgniarki lub położnej (§ 5 ust. 2 r.s.a.). Przedłużenie czasu trwania stażu następuje na okres realizacji tej części ramowego programu, która nie została zrealizowana, na podstawie zmienionej umowy o pracę zawartej na czas określony albo zmienionej umowy cywilnoprawnej, uwzględniających przedłużenie czasu trwania stażu (§ 5 ust. 5 i 6 r.s.a.).

Zmiana podmiotu organizującego staż w trakcie odbywania stażu jest dopuszczalna w dwóch przypadkach wskazanych przez ustawodawcę (§ 8 ust. 1 r.s.a.): 1) likwidacji podmiotu organizującego staż lub zaprzestania realizowania przez ten podmiot świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem ramowego programu stażu. Wówczas podmiot niezwłocznie informuje okręgową radę pielęgniarek i położnych, która skierowała pielęgniarkę do odbycia stażu, o zaistniałej sytuacji; 2) zaistnienia wyjątkowych sytuacji losowych lub rodzinnych pielęgniarki uzasadniających zmianę podmiotu organizującego staż – na umotywowany wniosek zgłoszony w postaci papierowej albo elektronicznej przez pielęgniarkę do okręgowej rady pielęgniarek i położnych, która skierowała pielęgniarkę do odbycia stażu – o czym pielęgniarka informuje okręgową radę pielęgniarek i położnych, która skierowała pielęgniarkę lub położną do odbycia stażu. Kontynuacja stażu pielęgniarki w obu opisanych wyżej przypadkach odbywa się w podmiocie organizującym staż wskazanym przez okręgową radę pielęgniarek i położnych, która skierowała pielęgniarkę do odbycia stażu. Podmiot dotychczas organizujący staż niezwłocznie przesyła do okręgowej rady pielęgniarek i położnych kartę stażu adaptacyjnego pielęgniarki lub położnej, książkę stażu adaptacyjnego pielęgniarek i położnych i książkę stażu cząstkowego

¹⁸ Zgodnie z art. 92 § 1: „Za czas niezdolności pracownika do pracy wskutek: 1) choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną – trwającej łącznie do 33 dni w ciągu roku kalendarzowego, a w przypadku pracownika, który ukończył 50 rok życia – trwającej łącznie do 14 dni w ciągu roku kalendarzowego – pracownik zachowuje prawo do 80% wynagrodzenia, chyba że obowiązujące u danego pracodawcy przepisy prawa pracy przewidują wyższe wynagrodzenie z tego tytułu; 2) wypadku w drodze do pracy lub z pracy albo choroby przypadającej w czasie ciąży – w okresie wskazanym w pkt 1 – pracownik zachowuje prawo do 100% wynagrodzenia; 3) poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów oraz poddania się zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów – w okresie wskazanym w pkt 1 – pracownik zachowuje prawo do 100% wynagrodzenia”.

pielęgniarek i położnych oraz informację o zakresie dotychczas zrealizowanego stażu przez pielęgniarkę, w tym informację o ewentualnych okresach przedłużenia stażu. W chwili zaprzestania odbywania stażu umowa o pracę lub cywilnoprawna z dotychczasowym podmiotem organizującym staż ulega rozwiązaniu.

Okręgowa rada pielęgniarek i położnych kieruje pielęgniarkę do kontynuowania odbycia stażu oraz wydaje postanowienie o zaliczeniu okresu dotychczas odbytego stażu.

Podmiotowi, w którym będzie kontynuowany staż, okręgowa rada pielęgniarek i położnych przesyła książkę stażu adaptacyjnego pielęgniarek i położnych i książkę stażu cząstkowego pielęgniarek i położnych oraz informację o zakresie dotychczas zrealizowanego stażu przez pielęgniarkę. Na tej podstawie podmiot, w którym będzie kontynuowany staż, zakłada nową kartę stażu adaptacyjnego pielęgniarki oraz książkę stażu adaptacyjnego pielęgniarek i położnych i książkę stażu cząstkowego pielęgniarek i położnych. Podmiot organizujący staż wydaje pielęgniarce odpowiednio w postaci papierowej kartę stażu adaptacyjnego pielęgniarki, według wzoru określonego w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie stażu adaptacyjnego.

W trakcie odbywania stażu adopcyjnego pielęgniarka ma wyznaczanego koordynatora stażu oraz opiekunów staży cząstkowych.

Koordinatora stażu wyznacza kierownik podmiotu organizującego staż, w porozumieniu z zastępcą kierownika do spraw pielęgniarstwa, położnictwa, naczelną pielęgniarką, położną albo przełożoną pielęgniarek, położnych, spośród zatrudnionych w tym podmiocie pielęgniarek. Koordinatorem może zostać osoba, która spełnia łącznie następujące warunki: 1) ma licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa lub tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka lub położna i specjalizację w wybranej dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa oraz 2) ma co najmniej pięcioletni staż pracy w zawodzie pielęgniarki lub położnej (§ 9 ust. 1 r.s.a.).

Do obowiązków koordynatora stażu należy: 1) ustalenie indywidualnego harmonogramu realizacji stażu na podstawie ramowego programu; 2) zapoznanie pielęgniarki lub położnej, przed rozpoczęciem stażu, z ramowym programem i indywidualnym harmonogramem stażu, sposobem jego dokumentowania w karcie stażu adaptacyjnego pielęgniarki lub położnej oraz z obowiązkami i uprawnieniami pielęgniarki lub położnej; 3) kierowanie pielęgniarki lub położnej do odbycia staży cząstkowych lub części stażu cząstkowego w podmiocie organizującym staż; 4) dokonywanie okresowych ocen przebiegu stażu, uwzględniających stopień opanowania wiedzy i umiejętności, a także postawę pielęgniarki lub położnej, z udziałem opiekunów stażu oraz pielęgniarki lub położnej oddziałowej; 5) wystawianie pielęgniarce lub położnej opinii zawodowej, po zapoznaniu się z opinią opiekunów stażu, dotyczącej w szczególności uzdolnień i dyspozycji zawodowych, stosunku do pacjentów i współpracowników, zaangażowania

w pracę, zdolności organizacyjnych i umiejętności pracy w zespole; 6) zaliczanie stażu, po stwierdzeniu jego zrealizowania, przez dokonanie odpowiedniego wpisu w karcie stażu adaptacyjnego pielęgniarki lub położnej.

Opiekuna stażu wyznacza kierownik podmiotu organizującego staż w porozumieniu z koordynatorem stażu, na wniosek pielęgniarki oddziałowej lub koordynującej i nadzorującej pracę innych pielęgniarek spośród pielęgniarek. Opiekun, będący pielęgniarką lub położną, powinien spełniać łącznie następujące warunki: 1) posiadać specjalizację lub ukończyć kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa właściwej dla realizacji stażu częściowego lub posiadać co najmniej pięcioletni staż pracy w zawodzie związanym z daną dziedziną oraz 2) być zatrudnionym w podmiocie organizującym staż na warunkach umożliwiających realizację przez pielęgniarkę lub położną programu stażu częściowego. Na czas nieobecności opiekuna stażu pielęgniarka oddziałowa albo kierownik podmiotu organizującego staż w porozumieniu z koordynatorem stażu wyznacza inną pielęgniarkę, mającą równorzędne kwalifikacje, do wykonywania funkcji opiekuna stażu (§ 10 ust. 1 r.s.a.).

Opiekun stażu jest odpowiedzialny za realizację przez pielęgniarkę programu stażu częściowego zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, przepisami prawa oraz zasadami etyki zawodowej pielęgniarki i położnej. Do obowiązków opiekuna stażu należy: 1) zaznajomienie pielęgniarki lub położnej z organizacją podmiotu organizującego staż oraz jednostkami lub komórkami organizacyjnymi tego podmiotu; 2) ustalenie szczegółowego planu i harmonogramu stażu częściowego i nadzór nad jego realizacją; 3) zapewnienie warunków do realizacji programu stażu częściowego; 4) nadzór nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez pielęgniarkę lub położną; 5) wykonywanie wspólnie z pielęgniarką lub położną świadczeń pielęgniarzkich lub położniczych, stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta; 6) nadzorowanie prowadzenia przez pielęgniarkę lub położną obowiązującej dokumentacji medycznej, w tym dokumentowania opieki pielęgniarzkiej lub położniczej; 7) zapewnienie pielęgniarce lub położnej opieki i doradztwa fachowego; 8) kierowanie procesem samokształcenia pielęgniarki lub położnej; 9) przeprowadzanie oceny umiejętności i wiedzy nabytych w czasie trwania stażu; 10) przekazywanie koordynatorowi stażu opinii niezbędnej do wystawienia opinii zawodowej; 11) zaliczenie stażu częściowego na podstawie uzyskania przez pielęgniarkę pozytywnego wyniku z kolokwium (§ 11 r.s.a.).

Pielęgniarka odbywająca staż adaptacyjny jest obowiązana: 1) zapoznać się z przepisami regulującymi odbywanie stażu, ramowym programem oraz ze swoimi obowiązkami i uprawnieniami; 2) prowadzić kartę stażu adaptacyjnego pielęgniarki lub położnej; 3) przestrzegać zasad wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej określonych w obowiązujących przepisach oraz zasadach etyki zawodowej pielęgniarki i położnej; 4) współuczestniczyć w realizacji opieki pielęgniarzkiej lub położniczej w zakresie powierzonych zadań; 5) stosować się do wskazówek i poleceń opiekuna

stażu, pielęgniarki lub położnej oddziałowej, lub pielęgniarki lub położnej koordynującej i nadzorującej pracę innych pielęgniarek lub położnych oraz kierownika komórki organizacyjnej w realizacji powierzonych mu zadań; 6) brać udział w obchodach lekarskich, raportach pielęgniarskich lub położniczych, naradach i konsultacjach lekarskich i pielęgniarskich; 7) przygotowywać prace pisemne w przypadku ich zlecenia przez opiekuna stażu; 8) prowadzić dokumentację medyczną na bieżąco i z należytą starannością; 9) uczestniczyć w formach szkolenia wskazanych przez opiekuna stażu lub koordynatora stażu; 10) przystępować do sprawdzianów i kolokwium (§ 13 r.s.a.).

Pielęgniarka odbywająca staż adaptacyjny jest uprawniona do wykonywania zawodu wyłącznie w miejscu odbywania stażu i ma prawo do: 1) świadczenia opieki pielęgniarskiej lub położniczej, zgodnie z ustalonym planem opieki oraz planem postępowania leczniczego, pod bezpośrednim nadzorem opiekuna stażu lub w porozumieniu z nim; 2) samodzielnego wykonywania czynności higienicznych; 3) wykonywania zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych wynikających z planu opieki oraz planu postępowania leczniczego, pod bezpośrednim nadzorem opiekuna stażu; 4) wykonywania wspólnie z opiekunem stażu świadczeń zdrowotnych stanowiących podwyższone ryzyko dla pacjenta; 5) prowadzenia edukacji zdrowotnej pacjentów i ich rodzin, a także działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki po konsultacji z opiekunem stażu; 6) współdziałania w procesie rehabilitacji pacjenta przez realizację zadań uzgodnionych z opiekunem stażu zgodnie z programem usprawniania pacjenta ustalonym przez zespół terapeutyczny; 7) prowadzenia dokumentacji medycznej pod nadzorem opiekuna stażu. Pielęgniarka odbywająca staż adaptacyjny udziela pomocy na podstawie posiadanej wiedzy i posiadanych umiejętności w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, poważny uszczerbek na zdrowiu oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki (§ 14 r.s.a.).

Odbywanie przez pielęgniarkę staży częściowych kończy się złożeniem pisemnego lub ustnego kolokwium z zakresu wiedzy teoretycznej i oceny umiejętności określonych w ramowym programie w terminie przewidzianym w indywidualnym harmonogramie realizacji stażu. Kolokwium przeprowadza opiekun stażu pielęgniarki nadzorujący odbywanie stażu częściowego. Pozytywny wynik kolokwium jest podstawą zaliczenia stażu częściowego i dokonania odpowiedniego wpisu w karcie stażu. W przypadku uzyskania przez pielęgniarkę negatywnego wyniku z kolokwium opiekun stażu wskazuje rodzaj umiejętności, których pielęgniarka nie opanowała w sposób zadowalający, i wyznacza termin kolokwium uzupełniającego. W przypadku uzyskania przez pielęgniarkę dwukrotnie negatywnego wyniku z kolokwium uzupełniającego opiekun stażu informuje o tym koordynatora stażu, który kieruje pielęgniarkę do ponownego odbycia stażu częściowego, a po jego zakończeniu wyznacza nowy termin kolokwium i odnotowuje ten fakt w karcie stażu. Pielęgniarka, które uzyskały dwukrotnie negatywny wynik z kolokwium uzupełniającego, mają prawo do kolokwium komisyjnego przeprowadzanego przy współdziałaniu przedstawiciela samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Przedstawiciela samorządu wska-

zuje na wniosek pielęgniarki lub położnej okręgowa izba pielęgniarek i położnych właściwa ze względu na miejsce odbywania stażu (§ 15 r.s.a.).

Koordinator stażu i opiekun stażu dokumentują w postaci papierowej przebieg stażu w prowadzonej przez każdego z nich odpowiednio książce stażu adaptacyjnego pielęgniarek i położnych i książce stażu cząstkowego pielęgniarek i położnych. Wzór książki stażu adaptacyjnego pielęgniarek i położnych oraz wzór książki stażu cząstkowego pielęgniarek i położnych stanowią odpowiednio załączniki nr 5 i 6 do rozporządzenia w sprawie stażu adaptacyjnego. Książka stażu adaptacyjnego pielęgniarek i położnych, zawiera rejestr dokumentów i zaświadczeń wydawanych w związku z realizacją stażu. Książka stażu cząstkowego pielęgniarek i położnych zawiera rejestr odbytych lub zaliczonych staży cząstkowych (§ 12 r.s.a.).

Podmiot organizujący staż wydaje pielęgniarcie na podstawie pozytywnie zaliczonego stażu zaświadczenie o odbyciu stażu adaptacyjnego według wzoru określonego dla pielęgniarki w załączniku nr 7 do rozporządzenia. Kopię tego zaświadczenia podmiot organizujący staż przekazuje okręgowej radzie pielęgniarek i położnych, która skierowała pielęgniarkę lub położną do odbycia stażu, w terminie 14 dni od dnia zaliczenia stażu (§ 17 r.s.a.).

Reasumując, polski ustawodawca wyłącza możliwość wykonywania zawodu pielęgniarki przez osoby nieposiadające żadnego obywatelstwa, jak i osoby o nieokreślonym obywatelstwie. Nie ogranicza swoich rozwiązań do obywateli legitymujących się dyplomami państw Unii Europejskiej, a jednocześnie chroni wewnętrzny rynek pracy w takim samym zakresie, w jakim czynią to inne umawiające się państwa. „Możliwe jest wykonywanie zawodu przez cudzoziemców tylko wtedy, gdy przepisy szczególne określają warunki, od których spełnienia uzależniają nabycie przez nich prawa do wykonywania zawodu. Jeżeli przepisy szczególne tego nie czynią, a żądają posiadania obywatelstwa polskiego, bez wątpliwości można powiedzieć, że dany zawód, niezależnie od charakteru jego aktywności, pozostaje niedostępny dla cudzoziemców”¹⁹. W praktyce przyjęte rozwiązania prawne mogą ograniczyć swobodny dostęp do zawodu osób nieposiadających obywatelstwa państw członkowskich UE²⁰.

Warto podkreślić, że wykonywanie zawodu pielęgniarki na terenie Polski bez stosownych uprawnień należy uznać za naruszenie przepisów o wykonywaniu poszczególnych zawodów²¹.

¹⁹ K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja...*, s. 140.

²⁰ Wprowadzanie ograniczeń w zakresie korzystania z wolności i praw zapewnionych w Konstytucji, odnoszących się do cudzoziemców, jest uprawnione w świetle art. 37 Konstytucji RP. Brzmienie tego artykułu jest następujące: „1. Kto znajdzie się pod władzą Rzeczypospolitej Polskiej, korzysta z wolności i praw zapewnionych w Konstytucji. 2. Wyjątki od tej zasady, odnoszące się do cudzoziemców, określa ustawa”.

²¹ Wyrok SA w Poznaniu z 28.11.2003 r., III APo 3/03, OSP 2004/6, poz. 83.

1.4. Znajomość języka

„Osoby, których kwalifikacje podlegają uznaniu, muszą posiadać znajomość języków niezbędną do wykonywania danego zawodu w przyjmującym Państwie Członkowskim” (art. 53 dyrektywy 2005/36/WE). Z brzmienia tego przepisu, jak i z celu jego ustanowienia wynika, że ocena znajomości języka danego państwa jest niezależna od uprzedniego uznania kwalifikacji zawodowych i może mieć miejsce, pod pewnymi warunkami, dopiero po zakończeniu procedury związanej z uznaniem kwalifikacji. Ocena ta nie stanowi sama w sobie elementu uznania kwalifikacji zawodowych wnioskodawcy.

Ustawodawca europejski nie wskazuje sposobu sprawdzania spełniania tej przesłanki, pozostawia swobodę państwom członkowskim. Jednocześnie umieszczenie tego przepisu w tytule IV dyrektywy 2005/36/WE przesądza, że jego zakresem objęte są zarówno osoby na stałe wykonujące zawód, jak i osoby świadczące usługi transgraniczne. Dla sposobu wykonywania zawodu zawsze ważne będzie jednak uwzględnienie testu proporcjonalności dla oceny znajomości języka.

Ustawodawca polski wymaga znajomości języka polskiego dla wykonywania zawodu pielęgniarek i potwierdzenia spełnienia tego wymogu przez obywatela innego państwa członkowskiego niż Polska oraz cudzoziemca. Osoba, która uzyskała kwalifikacje w jednym z krajów członkowskich UE (innym niż Polska), musi złożyć oświadczenie, że włada językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu (art. 29 ust. 1 pkt 7 u.z.p.p.)²².

Znajomość języka kraju, w którym zamierza się wykonywać zawód pielęgniarki, jest niezbędna. Dialog z pacjentami, kontakt z innymi osobami biorącymi udział w procesie świadczenia usług medycznych, stosowanie się do zasad odpowiedzialności zawodowej oraz wymóg znajomości prawa obowiązującego w państwie, w którym osoba chce wykonywać zawód, jak również wykonywanie czynności administracyjnych wymagają odpowiedniej znajomości języka danego państwa. W orzecznictwie UE wyraźnie podkreślono, że właściwe organy państwa członkowskiego mogą w celu dopuszczenia do wykonywania zawodu w ramach systemu zabezpieczenia społecznego wymagać znajomości języka tego państwa²³. Jednakże podstawowe znaczenie dla oceny wymogu znajomości języka ma zasada proporcjonalności, co oznacza, że wprowadzenie tego wymogu nie może wykraczać poza to, co jest konieczne do osiągnięcia zamierzonego celu. Ustawodawca polski wyraźnie podkreśla zasadę proporcjonalności w przypadku wymogu znajomości języka, mówiąc o konieczności opano-

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9.07.2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie, niezbędnego do wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej (Dz.U. poz. 817).

²³ Wyrok TS z 4.07.2000 r., C-424/97, Salomone Haim przeciwko Kassenzahnärztliche Vereinigung, EU:C:2000:357.

wania go „w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu”. Wykonywanie zawodu pielęgniarki, przy uwzględnieniu jej specjalności, niekiedy może uzasadniać niższy stopień znajomości języka, ale może także wymagać wyjątkowo dobrej znajomości języka obywateli kraju, w którym zawód ma być wykonywany. Zakres znajomości języka polskiego w mowie i piśmie konieczny do wykonywania zawodu pielęgniarki reguluje odpowiedni akt wykonawczy. Ponadto, zgodnie z orzecznictwem TS, biorąc pod uwagę zasadę proporcjonalności, w interesie pacjentów, którzy nie posługują się oficjalnym językiem danego państwa, jest wykonywanie zawodu przez osoby, które choć nie znają języka obowiązującego w danym państwie, będą mogły porozumiewać się z tymi pacjentami.

Jeśli państwo członkowskie UE wprowadza wymóg znajomości języka, musi równocześnie zapewnić, aby osoba zainteresowana mogła wykazać się jego znajomością w dowolny sposób. Trybunał, przywołując zasadę proporcjonalności, wskazał, że przeprowadzanie testów językowych nie jest całkowicie wykluczone, ale jednocześnie nie mogą one stanowić normy i być systematycznie przeprowadzane w przypadku każdej osoby ubiegającej się o dopuszczenie do wykonywania zawodu oraz wykluczać inne formy wykazania się wiedzą. W ocenie TS wobec osoby, która ukończyła chociażby część kształcenia w danym państwie, należałoby przyjąć, że posiada odpowiednią znajomość języka kraju, w którym studiowała²⁴.

Spełnienie wymogu znajomości języka na określonym poziomie należy oceniać zawsze indywidualnie²⁵. Niewątpliwie praktyczna ocena znajomości języka polskiego będzie niejednokrotnie uzależniona od pracodawcy zatrudniającego lub podmiotu podejmującego współpracę na podstawie umów cywilnoprawnych z osobą wykonującą regulowany zawód medyczny. O ile ocena znajomości języka nie może być częścią uznania kwalifikacji zawodowych, to może być ona sprawdzona na późniejszym etapie – przy dopuszczeniu do wykonywania zawodu.

Ustawa pielęgniarska przewiduje odrębne sposoby wykazania się znajomością języka polskiego przez obywateli UE i cudzoziemców.

Odnosnie do obywateli innych państw członkowskich UE szczegółowy zakres znajomości języka polskiego w mowie i piśmie niezbędny do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, uwzględniając zakres uprawnień zawodowych określonych

²⁴ TSUE za niedopuszczalne uznał sytuacje, w których znajomość języka mogła być wykazywana jedynie przez określony rodzaj dyplomu wydany na szczeblu lokalnym w jednej z prowincji, a nie dopuszczono do wykazania się znajomością języka w inny sposób. Ponadto, powołując się na zasadę niedyskryminacji, Trybunał uznał, że wymóg, aby znajomość języka została przez wnioskodawcę nabyta na terytorium tego państwa, jest sprzeczny z prawem wspólnotowym, wyrok TS z 28.11.1989 r., C-379/87, Anita Groener przeciwko Minister for Education and the City Dublin Vocational Educational Committee, ECLI:EU:C:1989:599.

²⁵ Wyrok w sprawie C-424/97, Salomone Haim.

w art. 4 u.z.p.p. oraz biorąc pod uwagę obowiązujące w tym zakresie przepisy prawa Unii Europejskiej, określił Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia z 9.07.2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie, niezbędnego do wykonywania zawodów pielęgniarstwa i położnej.

Zakres znajomości języka polskiego, niezbędny do wykonywania zawodów pielęgniarstwa i położnej przez obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej, państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej oraz innych cudzoziemców obejmuje: 1) porozumiewanie się z pacjentem, jego rodziną i bliskimi, członkami zespołu terapeutycznego oraz innymi współpracownikami w sprawach dotyczących pacjenta; 2) rozumienie tekstu pisanego, w tym korzystanie z dokumentacji medycznej, fachowej literatury i piśmiennictwa oraz przepisów prawnych regulujących wykonywanie zawodów pielęgniarstwa i położnej; 3) umiejętność pisania, w szczególności poprawnego prowadzenia dokumentacji medycznej (§ 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowego zakresu znajomości języka polskiego).

Zakres znajomości języka polskiego, o którym mowa w § 1, niezbędny do wykonywania zawodu pielęgniarstwa, obejmuje umiejętności dotyczące (§ 2 rozporządzenia w sprawie szczegółowego zakresu znajomości języka polskiego):

- 1) prowadzenia rozmowy ukierunkowanej na rozpoznawanie problemów zdrowotnych pacjentów (podopiecznych) oraz koniecznych do podjęcia działań pielęgnacyjnych;
- 2) scharakteryzowania objawów patologicznych poszczególnych układów i narządów występujących u pacjentów;
- 3) formułowania diagnozy oraz przedstawienia informacji na temat planu opieki pielęgniarstwa, a także oceny rezultatów tej opieki;
- 4) informowania pacjentów, ich rodzin i bliskich o przygotowaniu do badań diagnostycznych, ich celu, przebiegu i oczekiwanym zakresie współdziałania z osobami wykonującymi badanie;
- 5) reagowania na zgłaszane potrzeby;
- 6) odczytania i interpretacji wyników wykonanych pomiarów i testów;
- 7) omówienia niezbędnych działań w zakresie umacniania zdrowia oraz w profilaktyce chorób;
- 8) udzielania wskazówek i porad dotyczących postępowania pacjentów w najczęściej spotykanych chorobach i dysfunkcjach oraz udziału pacjentów w rehabilitacji;
- 9) pisemnego opracowania materiałów edukacyjnych;
- 10) analizowania dokumentacji medycznej i dokumentowania działań pielęgniarstwa.

Znajomość języka polskiego powinna umożliwiać pielęgniarce i położnej podnoszenie kwalifikacji zawodowych poprzez czynne uczestnictwo w naradach i szkoleniach oraz w kształceniu podyplomowym i ustawicznym (§ 4 rozporządzenia w sprawie szczegółowego zakresu znajomości języka polskiego).

Cudzoziemcy zamierzający wykonywać zawód pielęgniarki na terytorium Polski zostali zobowiązani do posiadania urzędowego poświadczenia znajomości języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, wydanego na podstawie ustawy z 7.10.1999 r. o języku polskim (art. 35 ust. 1 pkt 2 u.z.p.p.). Urzędowym poświadczeniem znajomości języka polskiego jako obcego jest certyfikat znajomości języka polskiego, wydawany przez Państwową Komisję do spraw Poświadczania Znajomości Języka Polskiego jako Obcego.

Zasadą jest, że cudzoziemiec może uzyskać urzędowe poświadczenie znajomości języka polskiego jako obcego po zdaniu egzaminu z języka polskiego. Wyjątek od tej zasady dotyczy cudzoziemca będącego absolwentem szkoły wyższej, który ukończył studia w języku polskim, albo szkoły ponadgimnazjalnej lub szkoły ponadpodstawowej, który posiada świadectwo dojrzałości szkół działających w systemie edukacji Rzeczypospolitej Polskiej. Po złożeniu wniosku i uiszczeniu opłaty za wydanie certyfikatu otrzymuje on certyfikat bez konieczności zdawania egzaminu.

Certyfikat poświadcza znajomość języka polskiego jako obcego na jednym z następujących poziomów biegłości językowej: 1) A1, A2, B1, B2, C1 i C2 – w grupie dostosowanej do potrzeb osób dorosłych, 2) A1, A2, B1 i B2 – w grupie dostosowanej do potrzeb dzieci i młodzieży – przy czym poziom oznaczony jako A1 jest najniższym poświadczanym poziomem biegłości językowej, a poziom oznaczony jako C2 jest najwyższym poświadczanym poziomem biegłości językowej. Poziom biegłości językowej określa się zgodnie z poziomem zdanego egzaminu, a w przypadku absolwentów polskich szkół wyższych lub systemu oświaty zgodnie z poświadczonym poziomem znajomości języka polskiego jako obcego.

1.5. Dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji zawodowych

Kwalifikowane wykształcenie jest cechą wyraźnie preferowaną przez europejskiego i krajowego ustawodawcę. Zgodnie z art. 1 dyrektywy 2005/36/WE ustawodawca uzależnia dostęp do regulowanego zawodu lub jego wykonywanie na terenie poszczególnych krajów UE od posiadania szczególnych kwalifikacji zawodowych. Dla potwierdzenia kwalifikacji zawodowych osoby chcące wykonywać zawód regulowany zobowiązane są przedłożyć dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji lub poświadczający kompetencje lub doświadczenie zawodowe (art. 3 ust. 1 lit. b dyrektywy 2005/36/WE). Wymóg spełnienia tej przesłanki stosuje się wobec wszystkich obywateli państw członkowskich zamierzających wykonywać zawód na terytorium jednego z krajów UE, zarówno jako osoba pracująca na własny rachunek, w tym jako osoba wykonująca wolny zawód, jak też jako pracownik najemny.

Dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji zawodowych stanowią dyplomy, świadectwa lub inne dokumenty wydane przez organ państwa członkowskiego wyznaczony zgodnie z przepisami prawa tego państwa, który *de facto* potwierdza pomysłne ukończenie kształcenia zawodowego, odbywanego w przeważającej części na terytorium Wspólnoty (Unii) (art. 3 ust. 1 lit. c dyrektywy 2005/36/WE).

Potwierdzenie formalnych kwalifikacji dokumentem pozwala na uznanie kwalifikacji zawodowych, co jest wpisane w procedurę przyznawania prawa wykonywania zawodu, oraz jego wykonywanie w przyjmującym państwie członkowskim na tych samych warunkach, jakie obowiązują obywateli państwa przyjmującego (art. 4 dyrektywy 2005/36/WE). Spełnienie prawnej przesłanki poświadczenia kwalifikacji zawodowych wymaganym dokumentem może nastąpić w ramach jednego z trzech systemów uznawania kwalifikacji zawodowych: na zasadzie automatycznego uznawania kwalifikacji, na zasadzie praw nabytych i na zasadzie ogólnej. Celem ustanowienia wspólnych zasad systemu uznawania kwalifikacji na obszarze UE i potwierdzania uzyskanych kwalifikacji ściśle określonymi dokumentami jest zapewnienie pełnego przestrzegania przez wszystkie państwa minimalnego standardu kształcenia w każdej sytuacji, co jest uzasadnione wzajemnym zaufaniem, na jakim oparty jest cały system²⁶, oraz zagwarantowanie przedstawicielom regulowanych zawodów realnego dostępu do wykonywania zawodu na terenie wszystkich krajów UE.

Automatyczne uznawanie kwalifikacji ma miejsce w przypadku osób wykonujących zawód pielęgniarki, które uzyskały kwalifikacje w wyniku kształcenia rozpoczętego po przystąpieniu danego państwa do Unii Europejskiej oraz legitymują się dyplomem wymienionym w dyrektywie 2005/36/WE²⁷. Dyplom wydawany przez każde państwo członkowskie UE musi potwierdzać spełnienie co najmniej minimalnych wymagań co do standardów kształcenia ustanowionego w dyrektywie 2005/36/WE (art. 29 ust. 1 pkt 2 u.z.p.p.). Ich spełnienie jest niezbędne dla w pełni automatycznego i bezwarunkowego uznania kwalifikacji. Ponadto, w przypadkach wskazanych w dyrektywie 2005/36/WE, dyplomowi potwierdzającemu formalne kształcenie musi towarzyszyć świadectwa potwierdzające dodatkowo odbycie stażu, praktyki lub złożenia egzaminu.

W sytuacji realizacji zasad automatycznego uznawania kwalifikacji nasuwa się pytanie o kompetencje samorządów zawodowych w zakresie kwestionowania dyplomu wydanego przez polską szkołę wyższą, która nie realizuje w procesie kształcenia co

²⁶ *Wspólnotowe prawo gospodarcze*, t. II, red. A. Cieśliński, Warszawa 2007, s. 75.

²⁷ W odniesieniu do polskich lekarzy, pielęgniarek, położnych i farmaceutów datą, od której następuje automatyczne uznawanie kwalifikacji, jest data akcesji Polski do Unii Europejskiej, tj. 1.05.2004 r. Wszystkie dyplomy wydawane przez polskie szkoły wyższe powinny od dnia akcesji spełniać minimalne wymagania w zakresie kształcenia wynikające z prawa wspólnotowego. Artykuł 21 ust. 6 dyrektywy 2005/36/WE nakłada na państwa członkowskie UE obowiązek uzależnienia dostępu do zawodu od posiadania dokumentu określonego w załączniku V do dyrektywy.

najmniej warunków określonych w dyrektywie 2005/36/WE. Uznanie, że czynność przyznania prawa wykonywania zawodu ma charakter konstytutywny, dawałoby samorządom zawodowym uprawnienie badania zgodności dyplomu z wymogami zawartymi w dyrektywie i w konsekwencji odmowy przyznania prawa wykonywania zawodu w przypadku niespełnienia tych warunków. Przyjęcie takiej interpretacji poza uprawnieniami do kontroli zawartości merytorycznej kształcenia oznaczałoby także pośrednio możliwość sprawowania kontroli nad prowadzeniem kształcenia przez autonomiczne uczelnie. Przeważający w nauce pogląd, że czynność ta ma jedynie charakter deklaratoryjny, pozbawia organy samorządu zawodowego kompetencji w tym zakresie. Teza ta została potwierdzona również w orzecznictwie sądowym²⁸. Natomiast naruszanie minimalnych standardów wprowadzonych dyrektywą 2005/36/WE stanowi podstawę wystąpienia do Ministra Zdrowia z wnioskiem o cofnięcie akredytacji dla podmiotów kształcących osoby do wykonywania w przyszłości zawodu pielęgniarki²⁹.

Obowiązek automatycznego uznawania dyplomów istnieje nawet wówczas, gdy większa część wykształcenia została uzyskana w państwie trzecim, o ile instytucja wydająca dyplom w państwie członkowskim jest w stanie potwierdzić takie kształcenie i ocenić spełnienie wymogów jego dotyczących³⁰. Natomiast stan harmonizacji w zakresie programów kształcenia w poszczególnych państwach ma spełniać standardy minimalne, w pozostałych częściach programy mogą się różnić. Taki model wprowadzony w całej Unii ma dawać gwarancje, że zdobycie kwalifikacji i ukończenie cyklu kształcenia w jednym państwie będzie skutkowało obowiązkiem automatycznego uznania, pozbawiając państwo przyjmujące możliwości egzekwowania jakichkolwiek własnych wymogów, które nie znajdują pokrycia w dyrektywie³¹.

Ponadto należy zwrócić uwagę na fakt, że wykaz wiadomości i umiejętności, jakie dana osoba powinna posiadać i które powinny być potwierdzone dokumentami, może być zmieniany w celu dostosowania go do postępu naukowego i technicznego (art. 58 ust. 2 dyrektywy 2005/36/WE). Zmiana wymogów kwalifikacyjnych poprzez zmianę przepisów prawnych jest dla osoby zamierzającej wykonywać zawód ważna, jeżeli decyduje o nabyciu prawa lub odmowie prawa wykonywania zawodu. Ustawodawca jest zobowiązany do zawarcia w przepisach końcowych klauzuli wypowiedzianej się w kwestii kwalifikacji uprawniających do wykonywania zawodu pod rządami poprzednio obowiązujących przepisów bądź rozstrzygającej ten problem w inny spo-

²⁸ Wyrok WSA w Warszawie z 8.11.2007 r., VII SA/Wa 1487/07, LEX nr 495262; wyrok WSA w Warszawie z 8.02.2007 r., VII SA/Wa 1554/06, LEX nr 899272; wyrok WSA w Warszawie z 8.02.2007 r., VII SA/Wa 1553/06, LEX nr 899271.

²⁹ Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 26.07.2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. poz. 1573).

³⁰ Wyrok TS z 19.06.2003 r., C-110/01, Malika Tennah-Durez przeciwko Conseil national de l'ordre des médecins, ECLI:EU:C:2003:357.

³¹ *Wspólnotowe prawo gospodarcze...*, s. 22.

sób. „Zasada praw nabytych, wyprowadzona w polskim systemie prawa z treści art. 1 Konstytucji RP, określającym Rzeczpospolitą Polską jako demokratyczne państwo prawne, dotyczy jedynie uprawnień nabytych zgodnie z prawem”³².

Istnieje również możliwość automatycznego uznania kwalifikacji przed przystąpieniem państwa do Unii Europejskiej poprzez wykazanie się tzw. zaświadczeniem o równorzędności kwalifikacji. W tym przypadku niezbędne jest określenie przez państwo, w którym kształcenie się odbywało, tzw. daty zgodności kształcenia, od której kształcenie – pomimo że odbywane przed przystąpieniem danego państwa do Unii – było zgodne ze standardami Unii Europejskiej (art. 30 ust. 3 u.z.p.p.). Wówczas do dyplomu, świadectwa lub innego dokumentu potwierdzającego posiadanie kwalifikacji należy dołączyć odpowiednie zaświadczenie. Zaświadczenie to ma stwierdzać, że dyplom, świadectwo lub inny dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji został wydany po odbyciu kształcenia zgodnego z wymogami zawartymi w dyrektywie 2005/36/WE i że posiadane kwalifikacje są traktowane przez państwo członkowskie, które je nadało, jako kwalifikacje równorzędne kwalifikacjom wymienionym w dyrektywie 2005/36/WE (tzw. zaświadczenie o równorzędności kwalifikacji). Zaświadczenia powyższe wydają kompetentne organy lub instytucje państwa członkowskiego.

Mogą też zdarzyć się sytuacje, w których istnieją poważne wątpliwości co do zgodności dyplomu z wymaganiami określonymi w dyrektywie w zakresie kształcenia lub co do autentyczności takiego dokumentu. W takich okolicznościach Trybunał Sprawiedliwości zajął stanowisko, że organy państwa przyjmującego są związane zaświadczeniem potwierdzającym, że dyplom został wydany w wyniku ukończenia zgodnego kształcenia oraz jest w danym państwie traktowany jako równoważny z dyplomami wyszczególnionymi w dyrektywie 2005/36/WE³³.

Dyrektywa przewiduje dwie sytuacje, w których państwo przyjmujące może przekonać się, że dany dyplom spełnia warunki automatycznego i bezwarunkowego uznania. Pierwsza sytuacja dotyczy automatycznego uznawania kwalifikacji osób zamierzających wykonywać zawód pielęgniarki, które posiadają dyplom inny niż wymienione w załączniku do dyrektywy, ale pomimo różnicy terminologicznej w tytule dyplomu lub dokumentu potwierdzającego kwalifikacje dokument ten został wydany po ukończeniu kształcenia i jest uznany przez to państwo za równorzędny innym dokumentom wymienionym w odpowiednim załączniku do dyrektywy. Może mieć to miejsce w sytuacji, gdy państwo członkowskie, nie zmieniając zasad kształcenia w zawodzie, dokonuje zmian terminologicznych w zakresie brzmienia tytułu zawodowego lub innego elementu potwierdzającego kwalifikacje. W takiej sytuacji konieczne do uznania kwalifikacji jest przedłożenie zaświadczenia wydanego przez

³² Jest to stanowisko NSA przyjęte w wyroku z 12.11.1992 r., V SA 854/92, ONSA 1993/1, poz. 26.

³³ Wyrok TS w sprawie C-110/01, Malika Tennah-Durez.

właściwe organy państwa członkowskiego, poświadczającego, że posiadany dokument potwierdzający formalne kwalifikacje został uzyskany w wyniku ukończenia kształcenia spełniającego minimalne wymogi określone w przepisach UE i jest w tym państwie uznawany za odpowiadający dokumentom potwierdzającym kwalifikacje wymienione w załączniku VI do dyrektywy (mimo że *de facto* w nim nie figuruje). Do czasu dokonania odpowiedniej notyfikacji w tym zakresie oraz opublikowania przez Komisję Wspólnot Europejskich stosownego komunikatu musi istnieć podstawa do automatycznego uznawania kwalifikacji zawodowych takich osób. Obowiązek uznawania takich kwalifikacji wynika z art. 23 ust. 5 dyrektywy 2005/36/WE. Druga sytuacja może mieć miejsce, kiedy przyjmujące państwo członkowskie UE ma uzasadnione wątpliwości dotyczące autentyczności dokumentów. Wówczas może wymagać od instytucji innego państwa, które wydało dyplom, potwierdzenia autentyczności dyplomu lub tego, że spełnione są minimalne wymagania w zakresie kształcenia (art. 50 ust. 2 i 3 dyrektywy 2005/36/WE). W obu przypadkach organy państwa przyjmującego są, co do zasady, związane zaświadczeniem lub potwierdzeniem wydanym przez inne państwo. W przypadku jednak, gdy ujawnią się nowe okoliczności wywołujące poważne wątpliwości co do autentyczności lub zgodności dyplomów, możliwe jest zwrócenie się do państwa przyjmującego z prośbą o weryfikację w tym zakresie.

W sytuacji gdy osoba chcąca wykonywać zawód regulowany w innym państwie członkowskim nie legitymuje się dokumentem potwierdzającym uzyskanie kwalifikacji zgodnych z minimalnymi wymaganiami dyrektywy 2005/36/WE, może obalić domniemanie niezgodności kształcenia poprzez przedstawienie zaświadczenia potwierdzającego, że legitymuje się odpowiednim doświadczeniem zawodowym (tzn. trzy lata pracy w zawodzie w okresie ostatnich pięciu lat)³⁴. W ten sposób następuje automatyczne uznanie kwalifikacji na zasadzie praw nabytych, mimo że dyplom ukończenia kształcenia nie spełnia minimalnych wymogów w tym zakresie. W większości przypadków wskazane daty są datami przystąpienia państw do UE lub harmonizacji przepisów wspólnotowych w tym zakresie. Daty ustanowione w przepisach prawa są datami progowymi. Na podstawie tej konstrukcji mogą być uznawane jedynie te dyplomy, które zostały uzyskane w ramach kształcenia rozpoczętego przed konkretnie wskazaną dla danego państwa datą. Po tej dacie wszystkie państwa członkowskie UE są bowiem zobowiązane do zapewnienia zgodności kształcenia z wymogami prawa unijnego. Nie ma więc potrzeby rekompensowania ewentualnych niezgodności przez dodatkowy wymóg doświadczenia zawodowego. Zaświadczenia, o których mowa była powyżej, wydają kompetentne organy lub instytucje państwa członkowskiego, w Polsce odnośnie do zawodu pielęgniarki są to organy samorządu zawodowego.

³⁴ Mogą to być świadectwa pracy lub dokumenty potwierdzające zatrudnienie w podmiocie leczniczym, jednostce uprawnionej do prowadzenia prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych, promocyj zdrowia lub nauczania zawodu. Dowodem potwierdzającym wykonywanie zawodu jest również zezwolenie na prowadzenie praktyki zawodowej przez lekarza, pielęgniarkę czy położną.

Osoba będąca obywatelem jednego z państw członkowskich UE, niespełniająca przesłanek uznania kwalifikacji na dotychczas omówionych zasadach, a chcąc wykonywać regulowany zawód w innym państwie członkowskim UE, może uzyskać uznanie kwalifikacji na zasadach ogólnego systemu uznawania dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji (art. 10 dyrektywy 2005/36/WE). System ogólny nie zakłada automatycznego uznawania kwalifikacji, natomiast oparty jest na prostym założeniu, że jeżeli dana osoba posiada prawo wykonywania zawodu w jednym z państw członkowskich, to tym samym powinna być upoważniona do wykonywania tego zawodu na terenie całej Unii. Istotą tego systemu jest porównywanie przez uprawniony organ danego państwa czasu kształcenia oraz zawartości programu kształcenia, jakie wnioskodawca odbył w kraju swojego pochodzenia, z programem oraz długością kształcenia obowiązującym w państwie przyjmującym. Porównanie to obejmuje także zakres kompetencji zawodowych. W przypadku stwierdzenia znacznych różnic w programie kształcenia lub zakresie czynności, do jakich dana osoba jest uprawniona, organ uznający kwalifikacje może zobowiązać wnioskodawcę do odbycia stażu adaptacyjnego lub przystąpienia do testu umiejętności. Oba te środki, zwane środkami kompensacyjnymi, mogą obejmować jedynie stwierdzenie istotnych różnic programowych. Zasadą jest uprawnienie wnioskodawcy do wyboru jednego ze środków kompensacyjnych (art. 14 ust. 2 dyrektywy 2005/36/WE). Dodatkowo organ uznający kwalifikacje musi uwzględnić doświadczenie zawodowe, które może zniwelować stwierdzone różnice. Jednocześnie ustawodawca europejski przewidział wyłączenie uprawnienia wnioskodawcy do wyboru stażu adaptacyjnego albo testu umiejętności³⁵.

W ramach systemu ogólnego uznawane są także kwalifikacje zawodowe obywateli państw członkowskich UE, w tym pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną, zdobytych poza terytorium Unii Europejskiej. Jeżeli dokument potwierdzający posiadanie kwalifikacji zawodowych obywatela państwa członkowskiego UE nie został wydany przez uczelnię lub szkołę działającą na terytorium jednego z państw członkowskich UE, to dokument ten może być uznany za potwierdzający kwalifikacje, jeżeli jego posiadacz legitymuje się trzyletnim doświadczeniem zawodowym w danym zawodzie, zdobytym na terytorium państwa członkowskiego, które uznało to potwierdzenie kwalifikacji zawodowych oraz potwierdziło uzyskane doświadczenie zawodowe (art. 3 ust. 1 lit. c w zw. z art. 3 ust. 3 i art. 2 ust. 2 dyrektywy 2005/36/WE). Uznawanie kwalifikacji uzyskanych w państwach trzecich w sytuacji gdy są one uznawane po raz pierwszy na terytorium Unii należy do wyłącznej kompetencji państw członkowskich, które posiadają swobodę decyzyjną w tym zakresie. Podstawą przyznania prawa wykonywania zawodu może być dyplom wydany przez inne państwo niż państwo członkowskie UE, pod warunkiem że dyplom ten został uznany w Rze-

³⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 3.03.2017 r. w sprawie stażu adaptacyjnego i testu umiejętności w toku postępowania w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych do wykonywania medycznych zawodów regulowanych (Dz.U. poz. 511 ze zm.).

czypospolitej Polskiej za równorzędny zgodnie z odrębnymi przepisami oraz spełnia minimalne wymagania w zakresie kształcenia określone w prawie wspólnotowym (art. 2 ust. 2 dyrektywy 2005/36/WE).

System uznawania kwalifikacji zawodowych przewidziany w dyrektywie 2005/36/WE nie ma zastosowania wobec obywateli państw trzecich – cudzoziemców, niezależnie od tego, w jakim państwie uzyskali oni kwalifikacje zawodowe³⁶. W związku z tym zasada przyznawania prawa wykonywania zawodu cudzoziemcowi jest odmienna niż w stosunku do obywateli polskich czy innych państw członkowskich. Jednocześnie dyrektywa 2005/36/WE nie stanowi przeszkody dla uznawania przez państwa członkowskie zgodnie z własnymi przepisami kwalifikacji zawodowych zdobytych poza terytorium UE przez obywateli państw trzecich. Uznawanie kwalifikacji powinno być w każdym przypadku uzależnione od spełnienia minimalnych wymogów w zakresie wykształcenia, przewidzianych przez dany zawód (zgodnie z motywem 10 preambuły dyrektywy 2005/36/WE). Jak podkreśla E. Zielińska: „Uznanie dyplomu w pierwszym z państw członkowskich, w którym taka osoba zamierza wykonywać zawód, musi więc opierać się na porównaniu dyplomu z tymi wymogami. Na państwie, które dopuszcza dany dyplom do obrotu w ramach UE, ciąży obowiązek zbadania oraz zapewnienia zgodności dyplomu z wymogami wspólnotowymi. W innym przypadku dopuszczenie do wykonywania zawodu osoby, której dyplom nie spełnia minimalnych warunków w zakresie kształcenia, pozbawiałoby ten akt skuteczności (tzw. *effet utile*) (art. 21 ust. 6 dyrektywy 2005/36/WE). Innymi słowy, każde państwo członkowskie uzależnia dostęp do wykonywania zawodu i jego wykonywanie od posiadania dokumentu potwierdzającego posiadanie kwalifikacji wyszczególnionych w załączniku do dyrektywy, poświadczającego, że dana osoba uzyskała w trakcie kształcenia wiedzę i umiejętności, o których mowa w dyrektywie”.

Zasady uznania w państwie UE równoważności dyplomów zagranicznych uczelni zależą od kraju, w jakim dyplom ten został wydany, i od tego, czy dane państwo jest stroną odpowiedniej umowy. Pierwszeństwo w tym zakresie mają umowy dwustronne i wielostronne o wzajemnym uznawaniu studiów, dyplomów i stopni naukowych³⁷. Dyplomy uzyskane w państwach poza UE, z którymi nie łączy Polski umowa

³⁶ Zgodnie bowiem z art. 2 ust. 1 dyrektywy 2005/36/WE dyrektywę stosuje się do wszystkich obywateli państw członkowskich zamierzających wykonywać zawód regulowany w państwie członkowskim innym niż to, w którym uzyskali kwalifikacje zawodowe, zarówno jako osoba pracująca na własny rachunek, w tym jako osoba wykonująca wolny zawód, jak też jako pracownik najemny.

³⁷ Szczególnie istotne były postanowienia Konwencji o wzajemnym uznawaniu równoważności dokumentów ukończenia szkół średnich, średnich zawodowych i szkół wyższych, a także dokumentów o nadaniu stopni i tytułów naukowych sporządzonej w Pradze dnia 7.06.1972 r. (Dz.U. z 1975 r. Nr 5, poz. 28 i 29), tzw. konwencji praskiej. Zobowiązywała ona państwa będące jej stronami (państwa tzw. byłego bloku wschodniego – NRD, Bułgarię, Mongolię, ZSRR, Węgry, Demokratyczną Republikę Wietnamu, Socjalistyczną Republikę Rumunii, Czechosłowację i Kubę) do uznania za równorzędne na swoich terytoriach wszystkich dokumentów szkół wyższych bez porównywania programów kształcenia. Postanowienia tej konwencji stanowiły istotne odstępstwo od zasady nostryfikacji dyplomów uzyskanych za granicą. Po wstąpieniu Polski do UE postanowienia konwencji praskiej stały się niezgodne

międzynarodowa, podlegają nostryfikacji. Osoba, której dyplom został uznany za równoważny polskiemu dyplomowi i tytułowi, może posługiwać się odpowiednim polskim tytułem. Postępowanie nostryfikacyjne wszczyna się na wniosek. Postępowanie prowadzi uczelnia posiadająca kategorię naukową A+, A albo B+ w dyscyplinie, której dotyczy wniosek. Po przeprowadzeniu postępowania nostryfikacyjnego wydaje się zaświadczenie. Za postępowanie pobierana jest opłata. Maksymalna wysokość opłaty wynosi 50% wynagrodzenia profesora. Uczelnia ustala warunki i tryb zwalniania z opłaty. W przypadku stwierdzenia braku właściwości do przeprowadzenia postępowania uczelnia wydaje postanowienie o odmowie jego przeprowadzenia, na które służy zażalenie³⁸.

Poza uznaniem dyplomu ukończenia studiów za granicą za równoważny odpowiedniemu polskiemu dyplomowi i tytułowi zawodowemu na podstawie umowy międzynarodowej określającej równoważność lub w drodze postępowania nostryfikacyjnego cudzoziemiec może uzyskać świadectwa ukończenia polskiej szkoły pielęgniarskiej bądź uzyskać w innym państwie świadectwo uznane w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędne ze świadectwem ukończenia takiej szkoły, pod warunkiem że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej (art. 35 ust. 1 pkt 5 w zw. z art. 36 u.z.p.p.). Cudzoziemiec, aby uzyskać świadectwo ukończenia szkoły pielęgniarskiej w Polsce, musi odbyć kształcenie w szkole pielęgniarskiej studiów pierwszego stopnia, które trwają co najmniej 3 lata i obejmują co najmniej 4600 godzin kształcenia zawodowego, w tym kształcenie kliniczne stanowi tam co najmniej 1/2, a kształcenie teoretyczne co najmniej 1/3 wymiaru kształcenia (art. 55 w zw. z art. 35 ust. 1 pkt 5 u.z.p.p.; zob. rozdział 3 pkt 2).

1.6. Zdolność do czynności prawnych

Pojęcie zdolności do czynności prawnych jest określone w art. 11 i n. k.c. Prawo cywilne wymienia trzy rodzaje tej zdolności: pełną zdolność, ograniczoną zdolność i brak zdolności do czynności prawnych.

*z *acquis communautaire**. Polska przestała być stroną konwencji 6.08.2004 r. Wypowiedzenie umowy nastąpiło na podstawie ustawy z 28.08.2003 r. o wypowiedzeniu Konwencji o wzajemnym uznawaniu równorzędności dokumentów ukończenia szkół średnich, szkół średnich zawodowych i szkół wyższych, a także dokumentów o nadawaniu stopni i tytułów naukowych, sporządzonej w Pradze dnia 7.06.1972 r. (Dz.U. Nr 183, poz. 1787). Po jej wypowiedzeniu powstały istotne wątpliwości interpretacyjne co do skutków samego wypowiedzenia tej umowy. Na gruncie dyrektywy 2005/36/WE stało się niemożliwe dalsze uznawanie dyplomów na podstawie konwencji praskiej bez uprzedniego sprawdzenia zawartości merytorycznej oraz długości trwania kształcenia. Problem ten został szeroko omówiony w komentarzu: *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2008, s. 111–115.

³⁸ Reguluje to art. 327 ust. 1 ustawy z 20.07.2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2020 r. poz. 85 ze zm.): „Dyplom ukończenia studiów za granicą może być uznany za równoważny odpowiedniemu polskiemu dyplomowi i tytułowi zawodowemu na podstawie umowy międzynarodowej określającej równoważność, a w przypadku jej braku – w drodze postępowania nostryfikacyjnego”.

Posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnych jest bezwzględny warunkiem stwierdzenia prawa wykonywania zawodu dla osób, które zamierzają wykonywać zawód pielęgniarki (art. 28 pkt 2 u.z.p.p.). Warunkiem formalnym potwierdzenia tej przesłanki jest złożenie przez osobę ubiegającą się o prawo wykonywania zawodu oświadczenia wymaganej treści³⁹. W literaturze wskazuje się na istnienie wątpliwości, czy złożenie fałszywego oświadczenia może wywołać odpowiedzialność karną takiej osoby. „Jeśli bowiem nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, gdyż została ubezwłasnowolniona, to prawdopodobnie została uznana za niepoczytalną w sensie prawa karnego. Wówczas (...) zgodnie art. 31 § 1 k.k., nie popełniłaby przestępstwa składania fałszywego oświadczenia (art. 233 § 6 k.k.)”⁴⁰.

Posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnej jako warunek wykonywania zawodu ma konsekwencje dla bycia zarówno przedsiębiorcą, jak i stroną stosunku zatrudnienia. Ustawodawca, normując jakiś stosunek prawny, zawsze musi uwzględnić dwie kwestie: kto może być stroną (czyli kto ma prawa i obowiązki – zdolność bierna) oraz kto może własnym działaniem dokonywać czynności prawnych z nim związanych, czyli inaczej – należy ustalić, w jaki sposób podmiot (z reguły już tę bierną zdolność posiadając) może te prawa i obowiązki nabywać, zmieniać je albo się ich pozbyć – jest to zdolność o charakterze czynnym⁴¹.

W odniesieniu do stosunku pracy odpowiedź jest zawarta w art. 22 k.p. Kodeks pracy uzależnia od wieku możliwość uzyskania przymiotu pracownika. Pracownikiem jest osoba, która ukończyła lat 18, lub na warunkach określonych w dziale IX Kodeksu pracy osoba, która nie ukończyła lat 18 (art. 22 § 2 k.p.)⁴². Z jednej strony przepisy te kierowane są do pracodawców, jakimi są podmioty lecznicze, a z drugiej strony przy ich pomocy określona została zdolność do „bycia pracownikiem”. W prawie cywilnym przez zdolność do czynności prawnych rozumie się zdolność do tego, aby za pomocą własnych działań nabyć prawa i zaciągnąć zobowiązania. W prawie pracy zaciąganie zobowiązań sprowadza się do możliwości samodzielnego wstąpienia w stosunek prawny, a później dokonywania czynności prawnych z tym stosunkiem związanych. Tylko odnośnie do osób mających pełną zdolność do czynności prawnych nie przewiduje się żadnych ograniczeń w omawianym zakresie. Mogą natomiast istnieć inne ograniczenia, dotyczące np. posiadanych kwalifikacji. Jednocześnie przepisy Kodeksu pracy nie zawierają zakazu zatrudniania osób ubezwłasnowolnionych. Osoba ograniczona w zdolności do czynności prawnych posiada nie tylko zdolność

³⁹ Obowiązek złożenia takiego oświadczenia nie został wprawdzie bezpośrednio sformułowany wobec osób zamierzających wykonywać zawód pielęgniarki i położnej, jednak nie ma innej możliwości jego zrealizowania. Natomiast wyraźnie sposób realizacji omawianej przesłanki uregulowano względem osób wykonujących zawód: lekarza (art. 6 ust. 2 pkt 1 u.z.l.), aptekarza (art. 4c ust. 1 pkt 3 u.i.a.) oraz diagnosty laboratoryjnego (art. 9 ust. 1 pkt 3 w zw. z art. 10 ust. 1 u.d.l.).

⁴⁰ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 37.

⁴¹ M. Włodarczyk, *Problem podmiotowości pracowniczej*, PiZS 1983/4, s. 4.

⁴² Z. Góral, *Dopuszczalność pracy dzieci w polskim prawie pracy w świetle prawa międzynarodowego i europejskiego*, „Monitor Prawa Pracy” 2004/6, s. 155.

do zawierania umowy o pracę, ale może dokonywać czynności prawnych, które dotyczą stosunku prawnego (art. 22 § 3 k.p.). Inaczej jest w przypadku osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej. Z przepisu art. 22 § 3 k.p. *a contrario* wynika, że osoba taka nie może samodzielnie dokonywać czynności prawnych w zakresie stosunku pracy. Działać za nią musi przedstawiciel ustawowy lub opiekun (art. 13 k.c.)⁴³. M. Włodarczyk zwraca uwagę, że jeśli chodzi o konieczność spełnienia kryterium wieku dla nabycia statusu pracownika w rozumieniu art. 22 § 1 k.p., zdolność do bycia pracownikiem kobiet, które ukończyły lat 16, a nie ukończyły lat 18 oraz uzyskały pełną zdolność do czynności prawnych poprzez zawarcie małżeństwa, nadal jest określana na podstawie art. 22 § 3 k.p.

Ustawodawca, zastrzegając bezwzględnie warunek posiadania pełnej zdolności do czynności prawnych dla wykonywania zawodu pielęgniarki (art. 28 pkt 2 u.z.p.p.), wyłącza tym samym możliwość odwołania się do ogólnych zasad prawa pracy w celu nawiązania stosunku prawnego. Za posiadaniem pełnej zdolności do czynności prawnych przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki przemawia szereg argumentów o charakterze prawnym i społecznym. Najistotniejszym jest osobiste udzielanie świadczeń medycznych i konieczność zapewniania pacjentom bezpieczeństwa zdrowotnego w trakcie ich udzielania, a następnie monitorowania wykonanych działań.

Podmiotem bezpośrednio zobowiązanym do weryfikacji zdolności do czynności prawnych osób zamierzających wykonywać zawód pielęgniarki jest co do zasady samorząd zawodowy na etapie przyznawania prawa wykonywania zawodu⁴⁴. Jeżeli ubezwłasnowolnienie następuje już po wydaniu prawa wykonywania zawodu, sąd orzekający w sprawie ubezwłasnowolnienia przesyła z urzędu właściwym organom samorządu zawodowego odpis postanowienia o ubezwłasnowolnieniu. Samorząd na tej podstawie przeprowadza procedurę wykreślenia przedstawiciela danego zawodu z rejestru. Gdy sąd uchylił postanowienie o ubezwłasnowolnieniu zgodnie z art. 559 k.p.c., jest zobligowany do przesłania swojego postanowienia do właściwego samorządu zawodowego, a samorząd zawodowy powinien reaktywować uprawnienia osoby wykonującej zawód medyczny⁴⁵. Rozumiejąc intencje takiej interpretacji, uważam jednak, że ewentualna reaktywacja nie powinna następować z urzędu. Nie ma obowiązku wykonywania zawodu, samorząd zawodowy wszczyna procedurę przyznania prawa wykonywania zawodu tylko na wniosek osoby zainteresowanej.

Odrębną kwestią są skutki zawarcia umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej w celu wykonywania zawodu pielęgniarki przez osobę niemającą pełnej zdolności do czynności prawnej. W sytuacji zatrudnienia pracowniczego sytuacja jest jasna, jeżeli osoba taka nie przystąpi do spełniania świadczeń, a jeżeli do tego dojdzie, dal-

⁴³ M. Gersdorf, K. Rączka, *Prawo pracy w pytaniach i odpowiedziach*, Warszawa 2009, s. 138–139.

⁴⁴ R. Kubiak, *Prawo medyczne...*, s. 37.

⁴⁵ R. Kubiak, *Prawo medyczne...*

szą konsekwencją jest obowiązek pracodawcy natychmiastowego odsunięcia takiej osoby od pracy oraz zobowiązanie osoby odsuniętej do zaprzestania wykonywania pracy. Pod uwagę należy również wziąć ewentualne prawa stron stosunku zatrudnienia. Dlatego warto zastanowić się, czy umowa o pracę w celu wykonywania zawodu pielęgniarki, dla wykonywania którego osoba powinna mieć pełną zdolność do czynności prawnych, jest umową ważną czy nieważną w obrocie prawnym. Można tutaj przedstawić trzy grupy argumentów⁴⁶.

Po pierwsze, można przyjąć, że w rozważanych okolicznościach umowa o pracę jest bezwzględnie nieważna, a art. 14 § 1 k.c. powinien być stosowany wprost. Zbędne jest powoływanie się na art. 300 k.p., który przewiduje odpowiednie stosowanie Kodeksu cywilnego. Wydaje się jednak, że choć umowa o pracę, zawarta przez osobę, która nie może mieć przymiotu pracownika wykonującego zawód pielęgniarki, jest nieważna, to może wywołać pewne skutki prawne w razie wykonywania określonych czynności na rzecz podmiotu leczniczego. Podmiot leczniczy, jako podmiot, który zawarł nieważną umowę, ponosi odpowiedzialność za działania takiej osoby względem osób trzecich, czyli pacjentów, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych przez osobę bez prawa wykonywania zawodu, z ewentualnym roszczeniem regresowym do organów samorządu zawodowego. Jednocześnie nie można pominąć pewnych niedogodności dla osoby, która przystąpiła do wykonywania zawodu pielęgniarki, nie mając pełnej zdolności do czynności prawnych. Osoba taka może podmieść zarzut, że podmiot leczniczy wzbogacił się jej pracą, jak również żądać naprawienia szkody zaistniałej w związku z wykonywaniem pracy, ale ciężar udowodnienia tych faktów spada na tę osobę. Przedmiot sporu należy do drogi procesu cywilnego, żadne ze spraw, które powstaną, nie mogą być rozpatrywana w oparciu o materialne przepisy prawa pracy.

Po drugie, można przyjąć, że w rozważanych okolicznościach umowa o pracę jest ważna, a art. 14 § 1 k.c. nie powinien być stosowany wprost, ponieważ pozostawałoby to w sprzeczności z zasadami prawa pracy, co jest niezgodne z art. 300 k.p. Zatem umowa o pracę zawarta przez osobę, która nie miała pełnej zdolności do czynności prawnej, jest ważna, ale pracodawca musi taką umowę wypowiedzieć, a pracownika odsunąć od pracy w okresie wypowiedzenia. Dopuszczam także rozważenie rozwiązania umowy bez wypowiedzenia z winy pracownika na podstawie art. 52 § 1 pkt 3 k.p. Zawinięcie pracownika polega na przedstawieniu pracodawcy nieważnego prawa wykonywania zawodu i tym samym braku uprawnień koniecznych do wykonywania pracy na zajmowanym stanowisku. Jeżeli osoba taka doznała uszczerbku na zdrowiu w związku z wykonywaniem pracy, ma prawo do dochodzenia roszczeń w trybie i na podstawie przepisów regulujących sytuację pracownika.

Trzecia grupa argumentów stanowi podsumowanie analizowanego zagadnienia, do którego się przychylam. Umowa o pracę zawarta w celu wykonywania zawodu pielęg-

⁴⁶ W oparciu o wnioski M. Włodarczyka, *Problem podmiotowości...*, s. 4 i n.

niarki przez osobę niemającą pełnej zdolności do czynności prawnej jest umową nieważną. Jednakże w zakresie uprawnień pracowniczych osoby te powinny być traktowane tak jak pracownik skutecznie zatrudniony. Dotyczy to m.in. uprawnień z tytułu wypadku przy pracy. Członkowie rodziny takiej osoby mogą dochodzić stosownych roszczeń odszkodowawczych – w związku ze śmiercią tej osoby – na ogólnych zasadach prawa cywilnego dotyczących odpowiedzialności za czyny niedozwolone.

1.7. Stan zdrowia

Kolejnym warunkiem, od spełnienia którego przepisy prawne uzależniają stwierdzenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonania wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych (art. 43 w zw. z art. 48 u.z.p.p.), jest wymóg posiadania odpowiedniego stanu zdrowia (art. 28 pkt 3 u.z.p.p.). Ustanowienie warunku legitymowania się dokumentem poświadczającym stan zdrowia osób wykonujących medyczne zawody regulowane w innym państwie członkowskim musi być zgodne z postanowieniami art. 50 ust. 1 dyrektywy 2005/36/WE⁴⁷, a tym samym nie może stanowić bariery w swobodnym przepływie osób w obrębie UE.

Wszystkie osoby chcące wykonywać zawód pielęgniarki muszą na etapie składania wniosku o przyznanie prawa wykonywania zawodu przedstawić organom samorządu zawodowego dokument potwierdzający ich stan zdrowia. Jednocześnie ustawodawca nie określił w ustawie pielęgniarskiej sposobu realizacji omawianej przesłanki i tym samym kwestia pozostała otwarta do uregulowania przez samorząd w drodze podjętej uchwały. W celu uniknięcia wątpliwości, czy samorząd może „narzucać” w drodze uchwały sposób realizacji omawianej przesłanki, warto przywołać rozwiązanie przyjęte w art. 6 ust. 4 ustawy lekarskiej, gdzie zobowiązuje się osoby ubiegające się o wydanie prawa wykonywania zawodu lekarza do okazania orzeczenia o stanie zdrowia pozwalającym na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty, wydane przez lekarza upoważnionego na podstawie przepisów o przeprowadzeniu badań lekarskich z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikiem oraz orzeczeń wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy.

Posiadanie prawa wykonywania zawodu, wydanego m.in. po spełnieniu omawianej przesłanki, nie zwalnia osób wykonujących zawód pielęgniarki z obowiązku dalszego

⁴⁷ Zgodnie z przywołaną regulacją, jeżeli przyjmujące państwo członkowskie wymaga od swoich obywateli dokumentu dotyczącego stanu zdrowia fizycznego lub psychicznego, to ma prawo żądać takiego dokumentu również od obywateli innych państw członkowskich Unii. Stan zdrowia potwierdzony musi być dokumentem odnoszącym się do stanu zdrowia wymaganego do wykonywania zawodu w państwie, którego osoba jest obywatelem lub z którego przybywa, a w przypadku gdy dokumenty tego rodzaju nie są wymagane – wystarczające są dokumenty wydane w tym państwie odnoszące się do stanu zdrowia. W takim przypadku właściwe organy rodzimego państwa członkowskiego muszą przedstawić wymagany dokument w ciągu dwóch miesięcy (ust. 1 lit. e załącznika VII do dyrektywy 2005/36/WE).

potwierdzenia orzeczeniem lekarskim stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie zawodu. Artykuł 17 ust. 1 pkt 3 u.d.z.l. nakłada na podmioty lecznicze, mające zarówno status pracodawców, jak i zleceniodawców, udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawody medyczne spełniające wymagania zdrowotne⁴⁸. Natomiast już takiej bieżącej weryfikacji stanu zdrowia ustawodawca nie przewidział względem osób wykonujących zawód pielęgniarki w ramach praktyk zawodowych poza podmiotem leczniczym (*a contrario* art. 18 i 19 u.d.z.l.).

Stan zdrowia osób wykonujących zawód pielęgniarki ma szczególne znaczenie w stosunku zatrudnienia, ponieważ decyduje często o zdobyciu i utrzymaniu zatrudnienia⁴⁹. Zasady poddawania się badaniom lekarskim przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki, ustawodawca określa wyraźnie w sytuacji zatrudnienia pracowniczego. Ustaleniu, czy kandydat do pracy lub już pracownik spełnia wymagania co do stanu zdrowia, służą badania profilaktyczne⁵⁰. T. Wyka podkreśla, że mają one służyć ustaleniu braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku. To jest ich zasadniczy, pozytywny cel⁵¹. W przypadku zatrudnienia niepracowniczego, zgodnie z art. 304 § 1 k.p., pracodawca został zobowiązany do zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, o których mowa w art. 207 § 2 k.p., nie tylko osobom fizycznym wykonującym pracę na innej podstawie niż stosunek pracy w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę, ale także osobom prowadzącym w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę na własny rachunek działalność gospodarczą. Przywołane unormowanie dotyczy jedynie tych przypadków, gdy osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą realizuje usługi na rzecz zamawiającego, który posiada status pracodawcy zatrudniającego pracowników, w warunkach podporządkowania co do miejsca wykonywania pracy. Wówczas ten pracodawca musi zapewnić osobom tzw. samozatrudnionym bezpieczne i higieniczne warunki pracy, o których mowa w art. 207 § 2 k.p.

Zgodnie z prezentowanym poglądem doktryny prawa pracy ten obowiązek pracodawcy należy interpretować bardzo szeroko, jako powinność stosowania się do wszelkich regulacji prawa pracy, które służą ochronie życia i zdrowia pracobiorców⁵². Tym samym osoba samozatrudniona musi w szczególności m.in.: 1) znać przepisy oraz zasady bezpieczeństwa i higieny pracy; 2) brać udział w szkoleniu i instruktazu z tego

⁴⁸ D. Karkowska, T.A. Karkowski, *Prawo pracy dla pielęgniarek i położnych*, Warszawa 2019, s. 405 i n.

⁴⁹ T. Wyka, *Ochrona zdrowia i życia pracownika jako element treści stosunku pracy*, Warszawa 2003, s. 152.

⁵⁰ Kodeks pracy przewiduje trzy rodzaje badań profilaktycznych, tj. badania wstępne, okresowe i kontrolne (art. 229 k.p.). Szczegółowo kwestię tę reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 30.05.1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.U. z 2016 r. poz. 2067).

⁵¹ T. Wyka, *Ochrona zdrowia i życia pracownika...*, s. 153.

⁵² T. Wyka, *Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia w zatrudnieniu niepracowniczym typu cywilnoprawnego* [w:] *Szczególne formy zatrudnienia*, red. Z. Kubot, Wrocław 2000, s. 171–173.

zakresu; 3) poddawać się wymagany egzaminom sprawdzającym; 4) poddawać się wstępnym, okresowym i kontrolnym oraz zalecanym badaniom lekarskim i stosować się do wskazań lekarskich (art. 304¹ k.p.). Z uwagi na upowszechnianie niepracowniczych form zatrudnienia osób wykonujących zawód pielęgniarki w podmiocie leczniczym nie powinno już budzić wątpliwości interpretacyjnych zrównanie sytuacji prawnej w zakresie spełniania przesłanki posiadania stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie zawodu pielęgniarki, bez względu na prawne formy wykonywania tego zawodu (o których mowa w art. 19 ust. 1 u.z.p.p.).

Pomiędzy orzeczeniem o stanie zdrowia, przedkładanym samorządom zawodowym dla celu wydania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, a orzeczeniem lekarskim, przedkładanym pracodawcy lub zleceniodawcy w celu zdobycia i utrzymania zatrudnienia, zachodzi szczególny związek. Celem wydania pierwszego orzeczenia jest stwierdzenie ogólnej zdolności zdrowotnej do wykonywania danego zawodu i warunkuje ono wydanie drugiego orzeczenia, stwierdzającego, że dana osoba może wykonywać zawód pielęgniarki na konkretnym stanowisku pracy.

Okręgowa rada pielęgniarek i położnych może wszcząć postępowanie względem osoby mającej prawo wykonywania zawodu tylko w razie uzasadnionego podejrzenia, że z uwagi na stan zdrowia osoba ta nie może wykonywać danego zawodu w ogóle lub nie może wykonywać tylko niektórych czynności zawodowych⁵³. Do przyczyn zdrowotnych, które mogą wywołać całkowitą lub ograniczoną niezdolność do wykonywania danego zawodu medycznego, ustawodawca zalicza w szczególności zaburzenia psychiczne, chorobę psychiczną, narkomanię lub alkoholizm. Jest to jedynie wyliczenie przykładowe, w konsekwencji powodem pozbawienia prawa wykonywania zawodu osoby wykonującej zawód pielęgniarki może być również jakakolwiek inna przyczyna niezdolności, mająca zarówno charakter trwały, długotrwały, jak i okresowy.

W razie wszczęcia przez samorząd zawodowy postępowania względem osoby mającej prawo wykonywania zawodu pielęgniarki w celu ustalenia jej stanu zdrowia tryb omawianego postępowania powinien uwzględniać przede wszystkim dobro osoby wykonującej zawód pielęgniarki, nie może natomiast stanowić sankcji czy szykany dla osoby, względem której takie postępowanie wszczęto⁵⁴. Samorząd zawodowy powołuje komisję złożoną z lekarzy, która wydaje orzeczenie w przedmiocie niezdolności⁵⁵. Na osobach, wobec których wszczęto postępowanie, ciążyą pewne obowiązki. Osoby te są przede wszystkim zobowiązane do stawienia się przed komisją oraz pod-

⁵³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26.09.2012 r. w sprawie składu komisji, trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz szczegółowego sposobu i trybu postępowania w sprawach zawieszania prawa wykonywania zawodu albo ograniczenia wykonywania określonych czynności zawodowych (Dz.U. z 2012 r. poz. 1106).

⁵⁴ Por. wyrok WSA w Warszawie z 19.02.2007 r., VII SA/Wa 2008/06, niepubl.

⁵⁵ W razie istnienia uzasadnionego podejrzenia okręgowa rada pielęgniarek i położnych (art. 27 ust. 1 u.z.p.p.) ma obowiązek powołania komisji, która wyda orzeczenie w przedmiocie niezdolności.

dania się niezbędnym badaniom (art. 27 ust. 3 u.z.p.p.)⁵⁶. Komisja wydaje orzeczenie o stanie zdrowia osoby, wobec której wszczęto postępowanie, na podstawie badań lekarskich oraz zgromadzonej dokumentacji medycznej. Badania mogą przeprowadzić lekarze będący członkami komisji lub skierować daną osobę na niezbędne badania do podmiotu leczniczego, a także na obserwację w szpitalu (ta ostatnia kompetencja komisji nie ma zastosowania wobec lekarzy). Termin badania lub obserwacji wyznacza przewodniczący komisji. Osoba, wobec której toczy się omawiane postępowanie, może nadal wykonywać zawód pielęgniarki. W ustawie pielęgniarskiej nie przewidziano na wzór ustawy lekarskiej możliwości podjęcia uchwały o zawieszeniu w prawie wykonywania zawodu lub ograniczeniu ściśle określonych czynności do czasu zakończenia postępowania (art. 12 ust. 4 u.z.l.). W odniesieniu do lekarzy zawsze ma to miejsce w przypadku odmowy poddania się badaniu lekarskiemu zaproponowanemu przez komisję, a także wówczas, gdy okręgowa rada lekarska uzna na podstawie własnego postępowania wyjaśniającego, że dalsze wykonywanie zawodu lub ściśle określonych czynności przez tego lekarza grozi niebezpieczeństwem dla pacjenta⁵⁷. Uchwała ma charakter tymczasowego środka zapobiegawczego i powinna być podejmowana przed wydaniem orzeczenia komisji. W ustawie pielęgniarskiej ustawodawca nie ustanowił podobnego rozwiązania normatywnego jak w ustawie lekarskiej, którego celem byłoby zarówno zapewnienie należytego toku postępowania w przedmiocie orzekania o zdolności pielęgniarki do wykonywania zawodu, jak i ochrona bezpieczeństwa zdrowotnego jej pacjentów.

Na podstawie orzeczenia komisji okręgowa rada pielęgniarek i położnych podejmuje uchwałę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu na okres trwania niezdolności do jego wykonywania albo o ograniczeniu wykonywania określonych czynności zawodowych na okres trwania niezdolności do wykonywania zawodu (art. 27 ust. 4 u.z.p.p.). W uchwale tej nie określa się z góry czasu trwania zawieszenia lub ograniczenia w wykonywaniu zawodu, przepisy zastrzegają tylko, że nie może on przekraczać trwania niezdolności. W mojej ocenie analiza normatywna regulacji art. 12 ust. 4 ustawy pielęgniarskiej prowadzi do wniosku, że okręgowa rada pielęgniarek i położnych, orzekając o niezdolności pielęgniarki do wykonywania zawodu albo wykonywania określonych czynności medycznych, podejmuje uchwałę na podstawie orzeczenia komisji, nie oznacza to jednak, że rada jest tą opinią związana. Zauważyć też należy, że decyzja rady ma charakter fakultatywny, w tym sensie, że nawet jeśli przeprowadzone przez komisję postępowanie potwierdzi podejrzenie co do niezdolności pielęgniarki do wykonywania zawodu, to okręgowa rada nie musi podjąć uchwały o zawieszeniu.

⁵⁶ Zasady organizacji komisji, przez które rozumie się tryb jej powołania, skład i wymagania dotyczące członków, reguluje przywołane wyżej rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26.09.2012 r. w sprawie składu komisji.

⁵⁷ Artykuł 27 u.z.p.p. nie przewiduje wprawdzie bezpośrednio możliwości zawieszenia prawa wykonywania zawodu osób wykonujących zawód pielęgniarki w czasie toczącego się postępowania, ale za przyjęciem takiej interpretacji przemawia racjonalność ustawodawcy i ocena konkretnych okoliczności przez komisję.

Pielęgniарce, w stosunku do której podjęto uchwałę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu albo o ograniczeniu wykonywania określonych czynności zawodowych, przysługuje tylko prawo wniesienia odwołania od tej uchwały 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 u.z.p.p.), od uchwały wydanej w tym zakresie nie przysługuje skarga do sądu administracyjnego. Warto wyraźnie podkreślić, że przepis art. 27 ustawy pielęgniarskiej zawiera jedynie określenie trybu odwoławczego od uchwały okręgowej rady pielęgniarek do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Również przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26.09.2012 r. w sprawie składu komisji, trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz szczegółowego sposobu i trybu postępowania w sprawach zawieszania prawa wykonywania zawodu albo ograniczenia wykonywania określonych czynności zawodowych⁵⁸ nie przewidują trybu zaskarżenia takiej uchwały. „Bezdyskusyjnie, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 8 tego rozporządzenia, uchwała okręgowej rady pielęgniarek i położnych o zawieszeniu prawa wykonywania zawodów musi zawierać pouczenie o trybie i terminie odwołania. Jednakże, stosownie do § 11 ust. 4 rozporządzenia, powołany wyżej przepis stosuje się do uchwał Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych odpowiednio. Skoro ustawodawca nie przewidział możliwości wniesienia skargi do sądu administracyjnego, uchwała ta nie musi takiego pouczenia zawierać. Ponadto w związku z brakiem ustanowienia w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej sądowej kontroli uchwały w zakresie zawieszenia prawa wykonywania zawodu skargę na taką uchwałę należało odrzucić jako sprawę nie należącą do właściwości sądów administracyjnych, na podstawie art. 58 § 1 pkt 1 p.p.s.a.”⁵⁹.

Osoba, wobec której podjęto uchwałę o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu albo ograniczeniu wykonywania określonych czynności, może wystąpić do samorządu zawodowego, który wydał tę uchwałę, o jej uchylenie, jeżeli ustaną przyczyny zawieszenia lub ograniczenia (art. 27 ust. 8 u.z.p.p.). Uchwała organu samorządu zawodowego winna spełniać kryteria, jakim ma odpowiadać decyzja administracyjna, w tym powinna zawierać uzasadnienie wskazujące, jakie podejrzenia zostały uznane za uzasadniające powołanie takiej komisji⁶⁰.

Reasumując, wnioski wypływające z wykładni systemowej i funkcjonalnej norm art. 27 ust. 1, 4, 6–8 u.z.p.p. prowadzą do konstatacji, że uchwała o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu lub ograniczeniu wykonywania określonych czynności medycznych zawieszа możliwość wykonywania zawodu pielęgniarki na okres trwania niezdolności

⁵⁸ Dz.U. poz. 1106.

⁵⁹ Postanowienie NSA z 4.04.2014 r., II OSK 568/14, LEX nr 1461892.

⁶⁰ W tej sprawie sąd wypowiedział się odnośnie do art. 12 ust. 1 ustawy lekarskiej, ale zagadnienie jest aktualne również wobec pozostałych zawodów medycznych. Por. wyrok WSA w Warszawie z 11.05.2005 r., I SA/Wa 435/04, LEX nr 166896; podobnie wyrok WSA w Warszawie z 22.12.2004 r., I SA 2566/03, LEX nr 162327.

np. z powodu choroby czy niepełnosprawności, jednak poprzez instytucję wniosku o uchylenie ustawodawca gwarantuje pielęgniarce prawo do jej wyeliminowania z obrotu prawnego, jeżeli ustaną przyczyny, dla których została podjęta. Należy zauważyć, że od uchwał o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu przysługuje odwołanie do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, która podejmuje w tej sprawie uchwałę, co oznacza, że odwołanie przysługuje pielęgniarce nie tylko od uchwały o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu z powodu niezdolności lub o ograniczeniu w wykonywaniu określonych czynności medycznych (ust. 3), ale również od uchwały powołującej komisję w tej sprawie (ust. 1) i od uchwały odmawiającej uchylenia zawieszenia lub ograniczenia z powodu braku uznania, że ustały przyczyny niezdolności (ust. 8). Do tych uchwał stosuje się wprost przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego odnoszące się do decyzji administracyjnych (art. 57 ust. 2 u.z.l.).

Wydanie uchwały w przedmiocie zawieszenia lub ograniczenia prawa wykonywania zawodu ma ponadto poważne konsekwencje dla osoby wykonującej zawód pielęgniarki w kwestii kontynuowania zatrudnienia na dotychczasowym stanowisku pracy. Zgodnie z wyrokiem SN przeciwskazanie lekarskie do wykonywania choćby jednego obowiązku należącego do zakresu czynności na zajmowanym stanowisku pracy uzasadnia wypowiedzenie umowy o pracę⁶¹, a tym samym innego stosunku zatrudnienia.

1.8. Wykazanie nienaganej postawy etycznej

Niezbędny element wykonywania zawodu pielęgniarki stanowi kryterium podwyższonego zaufania, dlatego jednym z bezwzględnych warunków przyznania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki przez okręgową radę pielęgniarek i położnych jest wykazanie się przez kandydata do tego zawodu, ale także przez osobę już wykonującą zawód, nienaganną postawą etyczną (art. 28 pkt 4 u.z.p.p.). Przepisy prawa nie definiują zwrotu „nienaganna postawa etyczna” ani nie określają kryteriów, jakimi kierować ma się organ samorządu zawodowego, oceniając, czy osoba ubiegająca się o prawo wykonywania zawodu pielęgniarki spełniła tę przesłankę. Dlatego dość powszechnie przyjmuje się, że punktem odniesienia powinny być tutaj postanowienia kodeksu etycznego pielęgniarek⁶² zobowiązującego do dbania o godność zawodu, a naruszeniem godności zawodu jest każde postępowanie osób go wykonujących, które podważa zaufanie do zawodu⁶³. Jednak przywołane kryterium jest niedookreślone i nie zawsze daje jednoznaczną odpowiedź⁶⁴.

⁶¹ Wyrok SN z 16.12.1999 r., I PKN 469/99, OSNP 2001/10, poz. 346.

⁶² Punkt 5 przyrzeczenia KEPP zawiera sformułowanie „strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej”.

⁶³ S. Olejnik, *Etyka lekarska*, Katowice 1994, s. 52.

⁶⁴ R. Kubiak, *Prawo medyczne...*, s. 41.

Omawiana przesłanka była także przedmiotem analizy w orzecznictwie sądowym, gdzie wskazano, że do naruszenia nienagannej postawy etycznej dochodzi zawsze w okoliczności czynów popełnionych z winy umyślnej. Taki pogląd nie jest jednak tak oczywisty w zakresie problematyki skazania za czyny nieumyślne, które mają istotne praktyczne znaczenie dla wykonywania zawodu pielęgniarki w związku z błędami medycznymi⁶⁵. Niemniej jednak w mojej ocenie zawsze rażąco nieetyczne będzie takie zachowanie pielęgniarki, poprzez które przez nadużycie swego zawodu lub w wyniku niedbałego lub lekkomyślnego wykonywania czynności zawodowych doprowadza ona do powstania szkody u pacjenta⁶⁶. Za zachowanie niezgodne z postawą etyczną można niewątpliwie uznać propagowanie i praktykowanie przez pielęgniarkę metod nieodpowiadających wskazaniom aktualnej wiedzy medycznej (art. 11 u.z.p.p. oraz *a contrario* art. 6 ust. 1 u.p.p.).

Warto zwrócić uwagę na stanowisko orzecznictwa w zakresie niekonwencjonalnych form oddziaływania na zdrowie i życie człowieka – samo ich stosowanie nie przemawia za uznaniem za nieetyczne zachowania osoby wykonującej zawód medyczny. „Sam fakt leczenia metodami naturalnymi preparatami ziołowymi lub homeopatycznymi nawet jeśli są to preparaty paramedyczne nie może uzasadniać braku zaufania do takiego lekarza. Doświadczenie życiowe wskazuje, że leczenie metodami naturalnymi cieszy się ogromną popularnością wśród pacjentów”⁶⁷. Za nieetyczne postępowanie uznaje się natomiast popełnienie przestępstwa określonego przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii⁶⁸.

Ustawodawca nie przesądza, w jaki sposób obywatel polski ubiegający się o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki ma wykazywać nienaganną postawę etyczną. W ustawie pielęgniarskiej nie doprecyzowano również, jak osoba ubiegająca się o wydanie prawa wykonywania zawodu ma wykazać, że spełnia omawianą przesłankę i wykazuje się nienaganną postawą etyczną. Brak takiej regulacji stanowi poważny mankament przyjętych rozwiązań⁶⁹. W praktyce osoby ubiegające się

⁶⁵ R. Kubiak, *Prawo medyczne...*, s. 41.

⁶⁶ Stanowisko to zostało wyrażone odnośnie do zachowania lekarza, ale w całej rozciągłości należy je odnieść do osób wykonujących zawód pielęgniarki; uchwała SN z 18.09.2001 r., I KZP 18/01, OSNKW 2001/11–12, poz. 89.

⁶⁷ Wyrok WSA w Warszawie z 16.11.2009 r., VII SA/Wa 1351/09, LEX nr 589525.

⁶⁸ Wyrok SA we Wrocławiu z 28.02.2001 r., II AKa 303/00, OSA 2001/7–8, poz. 38; wyrok WSA w Warszawie z 26.06.2006 r., VII SA/Wa 595/06, LEX nr 221927.

⁶⁹ Dla przykładu kryteria takie wprowadziła ustawa lekarska. W przypadku osób zamierzających wykonywać zawód lekarza wykazanie nienagannej postawy etycznej następuje poprzez złożenie przez kandydata oświadczenia: „Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłem karany za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w sprawie o umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej oraz innymi przepisami prawa, w rozumieniu wymogu określonego w art. 5 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”. Oświadczenie powinno również zawierać nazwisko i imię lekarza, oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia oraz podpis lekarza

o wydanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki składają stosowne oświadczenia woli. Oświadczenie powinno zawierać nazwisko i imię pielęgniarki, oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia oraz podpis pielęgniarki. Złożone oświadczenie korzysta z domniemania prawidłowości. Domniemanie zawarte w oświadczeniu może zostać podważone poprzez wykazanie, że dana osoba dopuściła się czynu sprzecznego z zasadami etyki. Naganna postawa etyczna znajduje potwierdzenie w całym okresie wykonywania zawodu pielęgniarki. Zgodnie z orzecnictwem sądowym: „Zdarzenia zatem z okresu poprzedzającego ustalenie stanu faktycznego, od którego spełnienia uzależnione jest prawo wykonywania zawodu lekarza, nie mogą nie zostać uwzględnione”⁷⁰.

Pragnę tu jednak wyraźnie podkreślić, że legitymowanie się zaświadczeniem o niekaralności nie może być jednym wykładnikiem wykazania przez pielęgniarkę nienagannej postawy etycznej. Jednocześnie uprzednia niekaralność i dotychczasowa nienaganna postawa etyczna są standardowymi elementami wymaganymi w całym okresie pracy zawodowej pielęgniarki. Dlatego ta przesłanka nie może być traktowana jako okoliczność szczególna. Mając na uwadze zarówno specyfikę wykonywanej pracy, związanej z koniecznością zagwarantowania zaufania publicznego, jak i przysługującą pielęgniarce ochronę przewidzianą dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w Kodeksie karnym (art. 11 ust. 2 u.z.p.p.), przy ocenie spełniania omawianej przesłanki zasadne wydaje się wzięcie pod uwagę rozmaitych czynników, jak ocena dotychczasowej drogi edukacyjnej, zachowania w miejscu pracy zawodowej, zwłaszcza w sytuacji wykonywania już pracy w charakterze pielęgniarki, ale również zachowania w społeczności lokalnej⁷¹.

Jeżeli natomiast chodzi o osoby będące obywatelami innego państwa członkowskiego UE, polski ustawodawca wymaga przedstawienia dwóch zaświadczeń wydanych przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej. Pierwsze z nich potwierdza, że osoba ubiegająca się o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki nie została pozbawiona prawa wykonywania zawo-

(art. 5 ust. 1 pkt 5 i art. 6 ust. 2 pkt 2 u.z.l.). W czasie prac nad projektem tej ustawy wskazywano na niespotykany w jakiegokolwiek pragmatyce zawodowej charakter, nadmiernie formalistyczny, przerzucający na zainteresowanego dowód „niewinności”, nie rozwiązujący niczego z praktycznego punktu widzenia, zob. U. Jackowiak, „Zeszyty Ekspertyz i Analiz Kancelarii Senatu” 1994/15, s. 13. Ponadto, ponieważ do chwili nowelizacji ustawy lekarskiej w 2008 r. (ustawą z 12.03.2008 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. Nr 58, poz. 351 ze zm.) ustawodawca poprzestał tylko na tej ogólnej formule, w doktrynie zwracano uwagę na problematyczność określenia wymagań dotyczących oceny postawy etycznej, niedającej jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, jak mierzyć zachowania kandydata, jeżeli podlegające ocenie wartości są niewymiernie. E. Zielińska stwierdziła, że brak „określenia kryteriów oceny oraz zabezpieczeń proceduralnych stwarza (...) niebezpieczeństwo dyskryminacji lekarzy”, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza...*, s. 65.

⁷⁰ Wyrok NSA z 11.04.2017 r., II OSK 1949/16, LEX nr 2285988.

⁷¹ Na problem ten zwracał już uwagę J. Nielubowicz, *Lekarz w oczach chorego. Humanistyczne wartości medycyny u progu XXI wieku. Relacja lekarz – pacjent*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1993/18–19, s. 396 i n.

du lub prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niej postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu (art. 29 ust. 1 pkt 6 u.z.p.p.), drugie zaś – że osoba ta wykazuje nienaganną postawę etyczną (art. 29 ust. 1 pkt 8 u.z.p.p.). Natomiast jeżeli w danym kraju UE nie wydaje się zaświadczenia, że osoba zamierzająca wykonywać zawód pielęgniarki w Polsce wykazuje nienaganną postawę etyczną, za wystarczające uznaje się złożenie oświadczenia zgodnie z treścią wskazaną w art. 29 ust. 4 u.z.p.p.⁷² Z kolei osoba niebędąca członkiem jednego z państw UE, ubiegająca się o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, nie musi wykazywać nienagannej postawy etycznej, jeżeli ukończy szkołę pielęgniarską lub szkołę położnych w Rzeczypospolitej Polskiej (art. 35 ust. 1 pkt 8 w zw. z art. 35 ust. 2 u.z.p.p.).

Europejski ustawodawca przyjął zasadę, że swobodny przepływ osób w związku z wykonywaniem zawodu pielęgniarki na terenie więcej niż jednego państwa członkowskiego UE nie może służyć uniknięciu odpowiedzialności prawnej w państwie pochodzenia. W trosce o możliwie najwyższy zawodowy poziom kadry medycznej oraz poziom wykonywanych przez nią czynności składających się na medyczny zawód regulowany ustawodawca europejski dopuszcza możliwość żądania: przedłożenia dowodów nieskazitelnego charakteru lub reputacji wnioskodawcy, dokumentu lub zaświadczenia poświadczającego, że nie ogłoszono wobec danej osoby upadłości lub nie zawieszono jej prawa do wykonywania działalności bądź nie zakazano wykonywania zawodu z powodu poważnego wykroczenia zawodowego lub przestępstwa (art. 50 ust. 1 w zw. z załącznikiem VII lit. d dyrektywy 2005/36/WE). W celu uzyskania wymaganych informacji przyjmujące państwo członkowskie UE ma prawo zwrócić się o przedłożenie dokumentów do rodzimego państwa członkowskiego lub do państwa członkowskiego, z którego osoba ta przybywa, potwierdzających, że wszystkie te wymogi są spełnione. Organy te muszą przedstawić takie dokumenty w ciągu dwóch miesięcy. Jeżeli dane państwo członkowskie UE nie wydaje dokumentów potwierdzających powyższe okoliczności, zadość tym wymaganiom czyni wówczas złożenie przez osobę, która ubiega się o prawo wykonywania zawodu, przysięgi lub – w państwach, gdzie nie istnieje forma przysięgi – ślubowania przed uprawnionym w danym państwie podmiotem. Podobne wymagania może postawić państwo, w którym osoba wykonująca zawód chce świadczyć usługi transgraniczne, zarówno po raz pierwszy, jak i w przypadku istotnej zmiany sytuacji potwierdzanej dokumentami. Wówczas państwo członkowskie może wymagać wykazania się dokumentami poświadczającymi nieskazitelną reputację, tj. zaświadczeniem potwierdzającym, że jego posiadacz prowadzi zgodnie z prawem działalność w państwie członkowskim

⁷² Zgodnie z art. 29 ust. 4 u.z.p.p. jest to oświadczenie następującej treści: „Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłam(em) karana(y) za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w sprawie o umyślne popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe, oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z zasadami etyki zawodowej mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu pielęgniarki na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”.

oraz że w momencie składania zaświadczenia nie obowiązuje go zakaz, nawet tymczasowy, wykonywania tej działalności, ponadto zaświadczeniem o niekaralności, jeśli państwo członkowskie wymaga tego od własnych obywateli przy prowadzeniu działalności w sektorze bezpieczeństwa (art. 7 ust. 2 dyrektywy 2005/36/WE).

Zgodnie z art. 8 dyrektywy 2005/36/WE właściwe organy państwa przyjmującego mogą wezwać organy państwa siedziby, w odniesieniu do każdego świadczenia usług, do przedstawienia informacji potwierdzających, że usługodawca prowadzi działalność zgodnie z prawem, że wykonywał zawód w sposób należyty, jak również, że nie zostały na niego nałożone kary dyscyplinarne lub sankcje karne związane z wykonywaniem działalności zawodowej. Państwa członkowskie są także zobowiązane do wymiany wszelkich informacji niezbędnych dla prawidłowego rozpatrywania skarg składanych przez usługobiorcę na usługodawcę oraz poinformowania usługobiorcy o rezultatach złożonej skargi (art. 8 ust. 2 dyrektywy 2005/36/WE). W celu urzeczywistnienia powyższych wymogów w zakresie wskazanym w dyrektywie 2005/36/WE każde państwo członkowskie UE jest zobowiązane wymieniać między sobą, przy poszanowaniu przepisów o ochronie danych osobowych⁷³, informacje dotyczące postępowań dyscyplinarnych lub nałożonych sankcji karnych albo innych poważnych okoliczności szczególnych, które najprawdopodobniej mogą wywierać wpływ na wykonywanie zawodu (art. 56 ust. 1–2 dyrektywy 2005/36/WE). Rodzime państwo członkowskie sprawdza wiarygodność stanu faktycznego, a jego organy decydują o charakterze i zakresie dochodzenia, które należy przeprowadzić, a następnie zawiadamiają przyjmujące państwo członkowskie o własnych wnioskach wpływających z posiadanych informacji. Ta wymiana informacji dotyczy każdego państwa członkowskiego, a nie tylko państw, których przepisy prawne stawiają osobom ubiegającym się o prawo wykonywania zawodu wymóg nieskazitelnego charakteru lub nienagannej opinii uwzględniającej dane o karalności za przewinienia zawodowe, dyscyplinarne lub przestępstwa⁷⁴. W wyniku implementacji art. 56 dyrektywy 2005/36/WE podmiotami zobowiązanymi do realizacji wymiany informacji są samorządy zawodowe.

W odniesieniu do osób wykonujących regulowany zawód pielęgniarki a posiadających obywatelstwo jednego z państw UE i wykonujących zawód w innym państwie członkowskim mogą powstać różnorakie problemy prawne w zakresie ich odpowiedzialności deontologiczno-zawodowej⁷⁵, a tym samym wątpliwości interpretacyjne

⁷³ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Dz.Urz. UE L 119, s. 1, ze zm.

⁷⁴ Inaczej niż w poprzednich dyrektywach, por. E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza...*, s. 71.

⁷⁵ Na problem ten, w kontekście wykonywania zawodu lekarza, zwraca uwagę E. Zielińska [w:] *Ustawa o zawodach lekarza...*, s. 169.

co do omawianego warunku wykonywania zawodu medycznego. W doktrynie wskazuje się na wspólne korzenie zasad deontologicznych w przysiędze Hipokratesa⁷⁶, jednak w pewnych kwestiach szczegółowych mogą zaistnieć narodowościowe albo wręcz lokalne różnice w interpretacji określonych zasad wykonywania zawodu⁷⁷. Osoby wykonując zawód pielęgniarki w danym państwie członkowskim UE podlegają przepisom ustawowym, wykonawczym oraz deontologicznym wyznaczającym zasady wykonywania zawodu oraz kształtującym odpowiedzialność zawodową, obowiązującym w państwie, w którym wykonują zawód. M. Filar podkreśla, że co do zasady osoby wykonujące zawód na terenie państwa członkowskiego UE w aspekcie materialnoprawnym podlegają przepisom prawa medycznego, w tym też zawodowo-deontologicznego, miejsca wykonywania zawodu, czyli „państwa przyjmującego”⁷⁸. Zakres ich odpowiedzialności kształtuje się według reguły *lex loci delicti commissi* (czyli miejsca popełnienia deliktu zawodowego). W konsekwencji po ewentualnym powrocie do kraju i podjęciu działalności zawodowej na terenie Polski osoby te nie będą mogły być pociągnięte do odpowiedzialności zawodowo-deontologicznej przed polskimi sądami zawodowymi w związku z zarzutem, że ich zachowanie za granicą naruszało polskie przepisy prawa medycznego. W aspekcie procesowym właściwy do rozpoznania czynu będzie stosowny organ państwa członkowskiego, na terenie którego dana osoba prowadziła działalność. Organ taki prowadzi postępowanie na podstawie przepisów prawa miejscowego⁷⁹. Jednocześnie dyrektywa 2005/36/WE w art. 56 nie nakłada na organy państwa członkowskiego – państwa pochodzenia obowiązku uznania takich orzeczeń lub wszczęcia postępowania dyscyplinarnego.

⁷⁶ A. Nawrocka, *Etos w zawodach medycznych*, Warszawa 2008.

⁷⁷ R. Krajewski, *Jak można ocenić i porównać odpowiedzialność zawodową lekarzy w różnych krajach*, „Biuletyn Informacyjny Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej” 2000/6–7, s. 30; *Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy w krajach Wspólnoty Europejskiej*, „Biuletyn Informacyjny Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej” 1999/1, s. 4. Zwraca się uwagę zarówno na kwestie bezpośrednio związane z wykonywaniem zawodu, jak m.in. niepodjęcie leczenia u pacjenta, który takiego leczenia wymagał, czy kontakty z firmami farmaceutycznymi, jak i kwestie niezwiązane bezpośrednio z wykonywaniem zawodu, mogące mieć różny wpływ na dalsze wykonywanie zawodu, jak jazda samochodem po spożyciu alkoholu.

⁷⁸ W doktrynie prawa na problemy podstawy odpowiedzialności zawodowej lekarzy wskazał M. Filar, *Odpowiedzialność zawodowo-deontologiczna lekarzy polskich wykonujących zawód na obszarze państw członkowskich Unii Europejskiej – aspekty materialne i procesowe*, PiM 2005/21, s. 7. Autor ujął te kwestie w trzech pytaniach: 1. Czy podstawę odpowiedzialności materialnej mają tworzyć przepisy prawa materialnego obowiązującego w miejscu popełnienia deliktu zawodowego (*lex loci delicti commissi*) czy kraju, którego lekarz jest obywatelem? 2. Czy podstawą orzekania w sprawach o delikty zawodowe powinno być prawo procesowe i ustrojowe miejsca wykonywania zawodu, czy też kraju obywatelstwa sprawcy? 3. Czy skutki wykonania orzeczenia powinny rozciągać się jedynie na obszar kraju, gdzie orzeczenie wydano, czy też na obszar kraju, którego obywatelem jest ukarany, czy też może całej UE?

⁷⁹ Jak podkreśla M. Filar (*Odpowiedzialność zawodowo-deontologiczna lekarzy...*, s. 11–12), lekarz wykonujący zawód za granicą odpowiada w kontekście materialnoprawnym i procesowym na podstawie prawa miejscowego obowiązującego w państwie, w którym wykonywał zawód. Analogicznie zasada ta ma zastosowanie do pozostałych regulowanych zawodów medycznych.

W przypadku wniosków organów innych państw dotyczących przekazania tych informacji organ państwa pochodzenia sprawdza jedynie wiarygodność stanu faktycznego, jego organy decydują o charakterze i zakresie dochodzenia, które należy przeprowadzić, a następnie zawiadamiają państwo przyjmujące o własnych wnioskach wypływających z posiadanych informacji. Wyjaśnienie wszelkich wątpliwości musi zakończyć się w terminie przewidzianym na podjęcie decyzji co do przyznania prawa wykonywania zawodu, a więc maksymalnie w ciągu trzech miesięcy. Dyrektywa 2005/36/WE nie przewiduje możliwości zawieszenia biegu terminu wydania decyzji przyznającej prawo wykonywania zawodu w przypadku konsultacji podjętej przez właściwe organy państw członkowskich UE w związku ze zdarzeniami mogącymi mieć wpływ na przyznanie prawa wykonywania zawodu.

Reasumując, osoba, która otrzyma prawo wykonywania danego zawodu medycznego, przez cały czas jego wykonywania jest zobowiązana do powstrzymywania się od czynów, które mogą podważyć spełnienie omawianej przesłanki. Dla wypełnienia tego warunku nieodzownym elementem jest niewątpliwie zaznajomienie się przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki z przepisami prawa regulującymi zasady jego wykonywania oraz z zasadami etyki zawodowej. Pielęgniarki, jako członkowie samorządu zawodowego, mają prawo domagać się od organów tego samorządu informacji dotyczących zasad etyki zawodowej w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu (art. 4 ust. 2 pkt 12 u.s.p.p.). Obowiązek upowszechniania informacji o przepisach regulujących status zawodu pielęgniarki, w tym ustawodawstwa socjalnego oraz zasad etyki zawodowej obowiązujących w przyjmującym państwie członkowskim, przewiduje także prawo europejskie. Poszczególne państwa członkowskie UE są zobowiązane tworzyć ośrodki informacji, w których osoby zainteresowane mogłyby uzyskiwać niezbędne informacje (art. 57 dyrektywy 2005/36/WE).

2. Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki

W Polsce obowiązujące przepisy posługują się konstrukcją, zgodnie z którą prawo wykonywania zawodu pielęgniarki w przypadku obywatela polski i innego państwa UE (art. 28 i 29 w zw. z art. 37 u.z.p.p.) jest stwierdzone, a prawo wykonywania zawodu pielęgniarki mającej status cudzoziemca może być przyznane przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych (art. 35 w zw. z art. 7 u.z.p.p.).

2.1. Stwierdzanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki

Uchwała w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu bądź pozbawienia tego prawa jest decyzją administracyjną i stosuje się do niej przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego odnoszące się do decyzji administracyjnych, a na uchwały

te przysługuje skarga do sądu administracyjnego (art. 40 u.z.p.p.)⁸⁰. Oznacza to, że mamy tutaj do czynienia z sytuacją, gdy samorząd zawodowy jest powołany z mocy prawa do załatwienia indywidualnej sprawy w drodze decyzji administracyjnej, a tym samym jest uprawniony do stosowania prawa administracyjnego materialnego i procesowego⁸¹. Stwierdzenie prawa wykonywania zawodu następuje na wniosek osoby zainteresowanej wykonywaniem zawodu pielęgniarki przez okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce przyszłego wykonywania zawodu. Osoby uzyskują prawo wykonywania zawodu pielęgniarki po stwierdzeniu przez samorząd zawodowy spełnienia wymagań określonych przepisami prawa (art. 37 w zw. z art. 4 ust. 2 pkt 1 u.s.p.p.). Sąd administracyjny wielokrotnie w swoich orzeczeniach oceniał kompetencje samorządów zawodowych w zakresie stwierdzania prawa wykonywania zawodów medycznych na tle obowiązującego stanu prawnego.

Po przedstawieniu wymaganych dokumentów samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych ma obowiązek podjąć uchwałę o przyznaniu prawa wykonywania zawodu pielęgniarsce⁸². Zgodnie z wyrokiem NSA z 27.11.1998 r.: „Spełnienie wskazanych przesłanek skutkuje uzyskaniem prawa wykonywania zawodu *ex lege*, a czynność organów samorządowych sprowadza się do wydania stosownego zaświadczenia. W przypadku niespełnienia któregoś z warunków, prawo takie nie powstaje”⁸³.

Samorząd zawodowy nie ma swobody w zakresie przyznawania prawa wykonywania zawodu, jego kompetencje ograniczają się tylko do stwierdzenia, czy stawiane prawem wymagania wobec osób występujących z wnioskiem o przyznanie prawa wykonywania zawodu zostały spełnione. Uchwały samorządów zawodowych w tym zakresie mają zatem charakter deklaratoryjny⁸⁴. Pogląd potwierdzający deklaratoryjny charakter uchwał samorządów zawodowych w omawianej kwestii jest prezentowany w doktrynie⁸⁵ i generalnie nie powinien budzić zastrzeżeń. Natomiast wątpliwości,

⁸⁰ Od uchwał okręgowej rady pielęgniarek i położnych można odwoływać się na zasadach podobnych do decyzji administracyjnych. Do uchwał w sprawach stwierdzenia i przyznania prawa wykonywania zawodu zgodnie z art. 40 u.z.p.p. stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego dotyczące decyzji administracyjnych. Od ostatecznych uchwał podjętych w przedmiocie stwierdzenia i przyznania prawa wykonywania zawodu skargę do sądu administracyjnego może wnieść także minister właściwy do spraw zdrowia.

⁸¹ Wyrok WSA w Warszawie z 11.05.2005 r., I SA/Wa 435/04.

⁸² Zgodnie z art. 37 ust. 4 u.z.p.p. uchwała w sprawie przyznania (lub odmowy przyznania w przypadku niespełnienia ustawowych warunków) prawa wykonywania zawodu pielęgniarki powinna zostać podjęta niezwłocznie (tzn. bez zbędnej zwłoki, najwcześniej jak to możliwe), nie później niż w ciągu trzech miesięcy od dnia złożenia wszelkich wymaganych dokumentów określonych ustawą.

⁸³ Wyrok NSA z 27.11.1998 r., I SA 508/98, LEX nr 45655; wyrok NSA z 19.11.1998 r., I SA 809/98, LEX nr 45654.

⁸⁴ Wyrok WSA w Warszawie z 8.11.2007 r., VII SA/Wa 1487/07; wyrok WSA w Warszawie z 8.02.2007 r., VII SA/Wa 1554/06; wyrok NSA z 27.08.2008 r., II OSK 231/08, LEX nr 493541.

⁸⁵ M. Nesterowicz, *Nowe ustawodawstwo medyczne (osiągnięcia i błędy)*, PiP 1997/9, s. 11–12. Autor wypowiada się na temat uchwały samorządu zawodowego lekarzy. Z uwagi na analogiczne uregulowania w zakresie przyznawania prawa wykonywania zawodu wobec pozostałych zawodów medycznych pogląd ten ma charakter uniwersalny.

czy rzeczywiście czynności przyznawania prawa wykonywania zawodu mają charakter deklaratoryjny, pojawiają się w momencie konieczności wykazania przez osobę ubiegającą się o przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej „nienagannej postawy etycznej” (art. 28 pkt 4, art. 29 ust. 1 pkt 8 u.z.p.p.), ponieważ w przypadku zawodu pielęgniarki ustawodawca nie doprecyzował, na czym ma polegać wykazywanie się taką postawą. Ustawodawca wyklucza jednak co do zasady dowolność samorządu zawodowego w tym zakresie, gdyż nie została tu wprowadzona konstrukcja swobodnego uznania administracyjnego. Takie potraktowanie działania samorządów zawodowych stwarza osobie ubiegającej się o wydanie prawa wykonywania danego zawodu w jej stosunkach z samorządem dobre podstawy do przewidywania zakresu i treści czynności, które mogą być podjęte przez organ samorządu na podstawie obowiązującego prawa. Znając treść przepisów prawnych, można przewidywać przebieg postępowania oraz możliwe w danej sytuacji rozstrzygnięcie sprawy⁸⁶.

2.1.1. Sposób wykonywania zawodu pielęgniarki na terytorium RP przez obywatela innego państwa członkowskiego UE

Procedura przyznawania prawa wykonywania zawodu osobie będącej obywatelem jednego z państw członkowskich UE musi uwzględniać sposób, w jaki chce ona wykonywać zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej⁸⁷. Wykonywanie zawodu może mieć charakter stały, czasowy lub okazjonalny (świadczenie usług transgranicznych) bądź doraźny, gdy osoba wykonuje zawód na terytorium RP w charakterze konsultanta czy wykładowcy.

Stale wykonywanie zawodu pielęgniarki w danym państwie oznacza stosowanie wszystkich przepisów krajowych właściwych dla osób zamierzających na stałe wykonywać zawód na terytorium danego państwa, w tym konieczność stwierdzenia prawa wykonywania zawodu na zasadach określonych przepisami kraju, w którym zawód ma być wykonywany. Wykonywanie zawodów ponad granicami w sposób stały, można odnieść do dwóch sytuacji.

Pierwsza z nich to integracja – forma ta obejmuje przypadki, kiedy pielęgniarka z jednego z państw członkowskich zapragnie zostać pielęgniarką w innym państwie UE, czy to porzucając dotychczasową praktykę (zmieniając miejsce zamieszkiwania), czy też prowadząc ją na równi z nowo rozpoczętą (dwa miejsca zamieszkania). Wstępuje ona w poczet członków miejscowej organizacji samorządowej i poddaje się regu-

⁸⁶ J. Borkowski, *Decyzja administracyjna*, Łódź–Zielona Góra 1998, s. 19 i n.

⁸⁷ Zgodnie z motywem 5 dyrektywy 2005/36/WE: „Ze względu na obowiązywanie odrębnych systemów, z jednej strony dla transgranicznego świadczenia usług o charakterze tymczasowym i okazjonalnym, a z drugiej strony dla podejmowania działalności gospodarczej, powinny zostać określone kryteria rozróżnienia tych dwóch form w przypadku gdy usługodawca przenosi się na terytorium przyjmującego Państwa Członkowskiego”.

lacom obowiązującym obywateli danego państwa. Druga sytuacja to skorzystanie ze swobody prowadzenia działalności gospodarczej – ma ona na celu umożliwienie osobom posiadającym odpowiednie kwalifikacje rozpoczęcia działalności gospodarczej w innym państwie członkowskim (bądź przeniesienia tam istniejącego już ośrodka aktywności zawodowej). Chodzi przy tym o zrównanie pozycji beneficjentów i podmiotów krajowych. By to zapewnić, trzeba postawić na równi zdobyte w poszczególnych państwach członkowskich kwalifikacje zawodowe (służy temu wzajemne uznawanie dyplomów).

Czasowe i okazjonalne wykonywanie zawodu pielęgniarstwa. Procedura stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarstwa nie ma zastosowania w przypadku zamiaru wykonywania zawodu w poszczególnych państwach członkowskich UE jedynie czasowo i okazjonalnie (art. 5 ust. 1 dyrektywy 2005/36/WE). Ogólnie rzecz ujmując, chodzi o zezwolenie na wykonywanie czynności zawodowych w innym państwie członkowskim (czynności, które mają wywrzeć skutek na terytorium innego państwa członkowskiego) w ramach działalności prowadzonej w rodzimym państwie członkowskim. Owa przejściowość i incydentalność świadczenia usług jest jednym z kryteriów pozwalających na odróżnienie od stałego wykonywania zawodu na terytorium danego państwa członkowskiego UE. W przypadku regulowanego zawodu pielęgniarstwa element transgraniczny polega na przekroczeniu granicy przez usługodawcę, który posiada prawo wykonywania zawodu w jakimś innym państwie członkowskim UE (państwo siedziby) i udaje się do innego państwa członkowskiego (państwa przyjmującego) w celu transgranicznego świadczenia usług. Od usługodawcy nie wolno wymagać posiadania stałej siedziby w państwie, w którym świadczone są usługi, a wszelkie ograniczenia swobody świadczenia usług są zakazane. Celem usługodawcy nie jest wykonywanie zawodu w formie stałej praktyki, jego siedziba pozostaje w innym państwie członkowskim, w którym posiada prawo wykonywania zawodu. Co do zasady także nadzór nad działalnością usługodawcy sprawowany jest przez państwo jego siedziby.

Idea stosowania elastycznych zasad w omawianym temacie bazuje na orzecznictwie TS, który orzekł, że art. 49 Traktatu wymaga eliminacji wszelkiej dyskryminacji wobec dostawcy usług ze względu na jego narodowość oraz zniesienia restrykcji, nawet jeżeli obowiązują bez różnicowania także krajowych dostawców usług, w przypadku gdy mogą uniemożliwić lub w inny sposób przeszkodzić w działalności prowadzonej przez dostawcę usług⁸⁸. Usługi transgraniczne przeciwstawiane są trwałemu udziałowi w życiu ekonomicznym państwa przyjmującego⁸⁹. W doktrynie prawa

⁸⁸ Wyrok z 9.07.1997 r., C-222/95, Société Civile Immobiliare Parodi przeciwko Banque H. Albert de Bary et Cie, ECLI:EU:C:1997:345; wyrok z 23.11.1999 r., Postępowania karne przeciwko Jean-Claude Arblade i Arblade & Fils SARL (C-369/96) i Bernard Leloup, Serge Leloup i Sofrage SARL (C-376/96), EU:C:1999:575.

⁸⁹ Wyrok z 30.11.1995 r., C-55/94, Reinhard Gebhard przeciwko Consiglio dell'Ordine degli Avvocati e Procuratori di Milano, EU:C:1995:411.

podkreśla się, że „zgodnie ze stałą linią orzecznictwa swoboda świadczenia usług może zostać ograniczona jedynie pod następującymi warunkami: a) środek należy stosować w sposób niedyskryminujący, b) jego stosowanie musi być usprawiedliwione koniecznymi względami interesu ogólnego; c) zastosowanie musi zagwarantować, iż zamierzony cel będzie osiągnięty; d) zastosowanie środka nie może wykroczyć poza to, co jest konieczne do osiągnięcia zamierzonego celu”⁹⁰.

Warunki świadczenia usług tymczasowo i okazjonalnie podlegają uproszczonej procedurze i nie mają do niej, co do zasady, zastosowania przepisy stosowane w przypadku osób zamierzających w sposób stały i ciągły wykonywać zawód na terytorium tego państwa przyjmującego. Tymczasowy i okazjonalny charakter świadczenia usług podlega każdorazowo indywidualnej ocenie, przy uwzględnieniu przede wszystkim długości, częstotliwości, regularności i ciągłości (art. 5 ust. 2 zdanie drugie dyrektywy 2005/36/WE). W Polsce ocen takich dokonuje okręgowa rada pielęgniarek i położnych (art. 49 u.z.p.p.).

Sam proces oceny może być trudny, ponieważ kryteria, którymi uprawniony podmiot ma się kierować (długość, częstotliwość, regularność i ciągłość), są nieostre i pozostawiają samorządom zawodowym swobodę w ich ocenie⁹¹. Państwo przyjmujące dokonuje oceny, czy usługodawca świadczy usługi o charakterze transgranicznym *a posteriori*, już po umożliwieniu dostępu do wykonywania czynności zawodowych lub w trakcie ich wykonywania. Usługodawca ma obowiązek wskazać miejsce czasowego i okazjonalnego wykonywania regulowanego zawodu medycznego, natomiast czas wykonywania zawodu można podać w chwili składania oświadczenia o zamiarze wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, o ile jego określenie jest możliwe (art. 49 ust. 2 pkt 10 u.z.p.p.). Z tego względu określanie czasu świadczenia usług na etapie składania oświadczeń nie jest obowiązkowe. Tym samym usługodawca, który w momencie rozpoczęcia czasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu nie jest w stanie podać przewidywanego czasu jego wykonywania, nie poniesie żadnych negatywnych konsekwencji i fakt niemożności jego określenia nie spowoduje utrudnień w rozpoczęciu wykonywania zawodu. W świetle orzecznictwa TS nie jest dozwolone ustalanie terminu, po przekroczeniu którego usługa traci swój tymczasowy charakter i podlegać będzie przepisom o zakładaniu przedsiębiorstw⁹². Z chwilą złożenia przed okręgową radę pielęgniarek i położnych oświadczenia o zamiarze czasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu przez obywatela UE na terytorium RP, osoba taka

⁹⁰ Ustawa o zawodach lekarza..., s. 206.

⁹¹ Komisja Wspólnot Europejskich opracowała 27.10.2006 r. we współpracy z państwami członkowskimi oświadczenie, które może być (albo już jest) stosowane w praktyce, MARKET D/7055/1/2006-EN, Implementacje dyrektywy 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, Deklaracja zgodnie z art. 7 (1) w sprawie czasowego świadczenia usług. Ponadto Komisja opracowała wymogi, które poszczególne państwa członkowskie zamierzają wprowadzić zgodnie z art. 7 ust. 1-2 dyrektywy 2005/36/WE.

⁹² Wyrok TS z 11.12.2003 r., C-215/01, Bruno Schnitzer, EU:C:2003:662.

jest wpisywana do rejestru obywateli państw członkowskich UE wykonujących na terytorium danej izby pielęgniarstwa i położnych czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarstwa lub położnej (art. 49 ust. 1 i 5 u.z.p.p.).

Świadczenie usług transgranicznych, co do zasady, następuje przy użyciu tytułu zawodowego państwa członkowskiego siedziby, o ile w tym państwie członkowskim istnieje taki tytuł dla danego rodzaju działalności zawodowej. Tytuł ten podawany jest w języku urzędowym lub jednym z języków urzędowych państwa członkowskiego siedziby w sposób uniemożliwiający pomylenie go z tytułem zawodowym występującym w przyjmującym państwie członkowskim. W sytuacji gdy w państwie członkowskim siedziby nie ma takiego tytułu, usługodawca podaje informacje o formie uzyskanych kwalifikacji w języku urzędowym lub jednym z języków urzędowych tego państwa członkowskiego. Jednak w dwóch przypadkach usługi są świadczone przy użyciu tytułu zawodowego państwa przyjmującego – gdy kwalifikacje zostały sprawdzone zgodnie z art. 7 ust. 4 dyrektywy 2005/36/WE oraz w przypadku tzw. zawodów sektorowych objętych automatycznym uznaniem kwalifikacji.

Wykonywanie zawodu pielęgniarstwa w charakterze wykładowcy lub konsultanta.

Od okazjonalnego i czasowego wykonywania zawodu medycznego przez obywatela UE na terytorium innego państwa członkowskiego należy jeszcze odróżnić wykonywanie zawodu w charakterze wykładowcy lub konsultanta, niezależnie od posiadanego obywatelstwa, przez osoby wykonujące zawód pielęgniarstwa posiadające odpowiednio wysokie kwalifikacje i nieposiadające prawa wykonywania zawodu w RP, ale posiadające prawo wykonywania tych zawodów w innym państwie, także spoza obszaru UE (art. 9 ust. 1 u.z.l., art. 25 u.z.p.p.). Wykonywanie zawodu w tych okolicznościach może mieć miejsce tylko po spełnieniu ustawowo określonych przesłanek, do których należą: zaproszenie do wykonywania zawodu na terytorium RP, zgoda lub co najmniej powiadomienie samorządu zawodowego oraz wykonywanie zawodu w ustawowo określonym celu. Osoby te nie muszą natomiast składać przed organami samorządu zawodowego poświadczenia o czasowym i okazjonalnym wykonywaniu zawodu na terytorium RP. Osoby wykonujące zawód pielęgniarstwa mogą brać udział w naradzie pielęgniarstwa lub położnych oraz udzielać świadczeń zdrowotnych, których potrzeba wynika z porad, jeżeli zostaną zaproszone przez szpitale lub instytuty badawcze, jak również przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych lub właściwą okręgową radę pielęgniarstwa i położnych. Zaproszenie może także pochodzić od osoby posiadającej prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa lub położnej na terytorium RP, każdorazowo po uzyskaniu zgody właściwej okręgowej rady pielęgniarstwa i położnych.

2.1.2. Dokumenty konieczne dla uzyskania prawa wykonywania zawodu pielęgniarstwa

Uzyskanie prawa wykonywania regulowanego zawodu medycznego wymaga uprzedniego okazania dokumentów potwierdzających spełnienie przesłanek przewidzianych prawem. Zgodnie z art. 50 ust. 1 dyrektywy 2005/36/WE właściwe organy państwa członkowskiego rozpatrujące wniosek o zezwolenie na wykonywanie określonego zawodu regulowanego mogą żądać przedstawienia dokumentów i zaświadczeń wymienionych w załączniku VII do dyrektywy. Są to następujące dokumenty: 1) potwierdzające obywatelstwo danej osoby (dowód osobisty lub paszport); 2) potwierdzające kwalifikacje zawodowe; 3) potwierdzające postawę etyczną, brak zakazu wykonywania zawodu lub odnoszącego się do braku upadłości wnioskodawcy; 4) dotyczące stanu zdrowia psychicznego lub fizycznego; 5) dotyczące sytuacji finansowej wnioskodawcy oraz ubezpieczenia. Ponadto organy państwa członkowskiego UE mogą wymagać, aby wnioskodawca przedłożył zaświadczenie wydane przez właściwe organy rodzimego państwa członkowskiego stwierdzające, że dany dokument potwierdzający posiadanie wymaganych kwalifikacji jest dokumentem objętym dyrektywą 2005/36/WE.

Wykaz dokumentów, jakich właściwe organy poszczególnych państw członkowskich UE mogą żądać od wnioskodawcy, stanowi listę zamkniętą (*numerus clausus*) i organy te nie są uprawnione do żądania dodatkowych dokumentów, nieznajdujących się na liście stanowiącej załącznik VII do dyrektywy 2005/36/WE. Artykuł 50 ust. 1 dyrektywy 2005/36/WE zezwala na ograniczenie ważności trzech dokumentów z listy: zaświadczeń potwierdzających nieskazitelność charakteru lub reputacji wnioskodawcy, a także zaświadczeń potwierdzających stan zdrowia oraz sytuację finansową wnioskodawcy. Ograniczenie ważności dokumentów wynika z faktu, że stany faktyczne, które są nimi potwierdzone, mogą ulec zmianie. Odnośnie do ważności pozostałych dokumentów dyrektywa nie zezwala na wprowadzenie podobnych ograniczeń.

Samorząd pielęgniarstwa i położnych jest zobowiązany do niezwłocznego podjęcia czynności związanych z przyznaniem albo odmową przyznania prawa wykonywania zawodu możliwie najszybciej, tj. od razu lub w pierwszej kolejności (art. 48 ust. 4 u.z.p.p.). „Niezwłocznie” załatwiane są sprawy niewymagające przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego poza badaniem dokumentów dołączonych do wniosku (podania), ewentualnie sprawdzeniem rejestrów i innych danych, które są w posiadaniu organu⁹³. Jednocześnie termin maksymalny dla dokonania czynności wynosi trzy miesiące. Trzymiesięczny termin na dokonanie czynności pozwala na rozstrzygnięcie spraw o szczególnie skomplikowanym stanie prawnym albo faktycznym lub też wymagających podjęcia współpracy z innym organem lub przeprowadzenia postę-

⁹³ W. Chróścielewski, J.P. Tarno, *Postępowanie administracyjne i postępowanie przed sądami administracyjnymi*, Warszawa 2004, s. 115.

powania wyjaśniającego. W terminie tym nie mogą być rozpatrywane sprawy, które spełniają warunki umożliwiające niezwłoczne wykonanie czynności. Podstawową funkcją takich terminów jest dyscyplinowanie organów prowadzących postępowanie, zgodnie z zasadą szybkości postępowania wyrażoną w art. 12 k.p.a.

Bieg terminu rozpoczyna się od złożenia wszystkich dokumentów wymaganych prawem, a kończy z chwilą wydania decyzji administracyjnej, tj. w tym przypadku podjęcia uchwały w sprawie przyznania prawa wykonywania zawodu (art. 37 ust. 3 i 4 u.z.p.p.). Termin ustalony dla wydania uchwały stwierdzającej prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej ma charakter terminu instrukcyjnego, mającego na celu przyspieszenie postępowania prowadzącego do przyznania prawa wykonywania zawodu. Konsekwencją niepodjęcia przez organ czynności w wyznaczonym terminie jest uprawnienie stron do złożenia ponaglenia na niewydawanie decyzji w terminie (art. 37 § 1 k.p.a. w zw. z art. 40 u.z.p.p.). W przypadku zaistnienia jakiegokolwiek zwłoki w załatwieniu sprawy organ prowadzący postępowanie obowiązany jest zawiadomić o tym stronę, podając przyczyny zwłoki i wyznaczając nowy termin załatwienia sprawy. Nowy termin załatwienia sprawy winien być wskazany stosownie do art. 57 k.p.a., tj. w dniach, tygodniach lub miesiącach. Zawiadomienie takie powinno posiadać formę postanowienia, na które nie przysługuje zażalenie⁹⁴. Istnieją także specjalne wymogi proceduralne, zobowiązujące właściwy organ państwa przyjmującego (w Polsce ograny samorządu zawodowego) do potwierdzenia otrzymania wniosku w terminie miesiąca od jego otrzymania oraz w stosownych przypadkach do zawiadomienia w tym terminie wnioskodawcy o konieczności uzupełnienia wniosku lub dostarczenia brakujących dokumentów (art. 51 ust. 1 dyrektywy 2005/36/WE). Nie przewiduje się możliwości pobierania opłat za wydanie zaświadczenia przez ograny samorządu zawodowego⁹⁵.

Na podstawie złożonych dokumentów i oświadczeń okręgowa rada pielęgniarek i położnych stwierdza prawo wykonywania zawodu pielęgniarki. W przypadku uzasadnionych wątpliwości dotyczących autentyczności dyplomów lub innych dokumentów niezbędnych do uznania kwalifikacji oraz wątpliwości co do tego, czy dany dokument potwierdza ukończenie kształcenia zgodnego z wymaganiami prawa wspólnotowego, właściwy organ państwa przyjmującego ma prawo zwrócić się do odpowiedniego organu państwa rodzimego z prośbą o potwierdzenie autentyczności dyplomu lub zgodności kształcenia⁹⁶. Takie konsultacje nie mogą powodować opóźnień skutkujących niedotrzymaniem trzymiesięcznego terminu (art. 37 ust. 5 u.z.p.p. i art. 51 dyrektywy 2005/36/WE).

⁹⁴ Wyrok NSA z 21.06.1996 r., I SAB 28/96, ONSA 1997/2, poz. 97.

⁹⁵ Z uwagi na fakt, że art. 84 Konstytucji RP ustanawia wymóg, aby ciężary i świadczenia publiczne określone były w ustawie, przy braku przepisu ustawowego w tym zakresie nie ma podstawy do pobierania jakichkolwiek opłat za wydanie tych zaświadczeń.

⁹⁶ Państwa członkowskie mają obowiązek ścisłej współpracy administracyjnej w celu realizacji postanowień dyrektywy 2005/36/WE (art. 56 ust. 1 dyrektywy).

Złożenia stosownych oświadczeń oraz przedłożenia określonych dokumentów wymaga się także w odniesieniu do osób świadczących usługi transgraniczne (czyli w sytuacji czasowego i okazjonalnego wykonywania regulowanego zawodu medycznego) jedynie w przypadku, gdy osoba przenosi się po raz pierwszy z jednego państwa do innego państwa członkowskiego UE w celu świadczenia usług lub w razie istotnej zmiany sytuacji potwierdzonej dokumentami państwa członkowskiego (art. 7 ust. 1–2 dyrektywy 2005/36/WE, art. 14 ust. 1 u.z.p.p.). Wspomniany wykaz dokumentów stanowi listę zamkniętą i nie może podlegać rozszerzeniu⁹⁷. Tylko w niektórych przypadkach dyrektywa ustanawia wymóg co do formy dokumentów (zaświadczenie), w większości sytuacji pozwala na wykazanie lub potwierdzenie określonych okoliczności za pomocą dowolnych środków (art. 7 ust. 1 dyrektywy 2005/36/WE)⁹⁸. Oświadczenia składane jest przez usługodawcę przed rozpoczęciem po raz pierwszy wykonywania zawodu, a ponownie tylko w przypadku istotnych zmian okoliczności co do wykonywania czasowo i okazjonalnie zawodu pielęgniarki (art. 7 ust. 1 dyrektywy 2005/36/WE, art. 24 ust. 4 u.z.p.p.). Kwestią wartą odnotowania jest zakres uprawnień organów właściwych w przypadku gdy usługodawca nie składa wszystkich wymaganych dokumentów zgodnie z art. 7 ust. 2 dyrektywy 2005/36/WE, a więc nie dopełnia warunków formalnych związanych ze świadczeniem usług. Taki brak nie oznacza, że usługodawca nie spełnia warunków wymaganych w państwie siedziby (prowadzi zgodnie z prawem działalność w państwie siedziby lub posiada wymagane doświadczenie zawodowe – art. 5 ust. 1 dyrektywy 2005/36/WE). W związku z tym ewentualne sankcje muszą być proporcjonalne oraz nie mogą dyskryminować usługodawcy.

W przypadku gdy pomiędzy kwalifikacjami zawodowymi usługodawcy oraz wykształceniem wymaganym w przyjmującym państwie członkowskim występują różnice na tyle istotne, że zagrażają zdrowiu lub bezpieczeństwu publicznemu, przyjmujące państwo członkowskie ma obowiązek umożliwić usługodawcy wykazanie, w szczególności poprzez poddanie się testowi umiejętności, że uzyskał on brakującą wiedzę lub umiejętności. Podkreśla się, że jest to jedyna forma środka kompensacyj-

⁹⁷ Regulacje dyrektywy 2005/36/WE zostały implementowane do prawa polskiego. Od pielęgniarek innych państw członkowskich wymaga się złożenia odpowiednich dokumentów i oświadczeń w samorządzie zawodowym odpowiedniego zawodu (okręgowa izba). Są to: 1) oświadczenie o zamiarze czasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu; 2) dokumenty poświadczające obywatelstwo; 3) dokument potwierdzający fakt wykonywania zawodu w innym państwie członkowskim UE i że pielęgniarki nie obowiązuje zakaz wykonywania zawodu (nawet tymczasowo); 4) dokument potwierdzający formalne kwalifikacje do wykonywania zawodu. Istotnym elementem oświadczenia wprowadzonym przez dyrektywę 2005/36/WE jest także informacja co do posiadania ubezpieczenia lub posiadania innego dokumentu potwierdzającego indywidualne lub zbiorowe środki zabezpieczenia w zakresie odpowiedzialności zawodowej. Na gruncie dyrektywy państwa członkowskie uzyskały uprawnienia do żądania przedstawienia informacji w tym zakresie.

⁹⁸ Dla przykładu potwierdzenie kwalifikacji zawodowych może być dokonane poprzez przedłożenie kopii dyplomu, świadectwa lub innego dokumentu potwierdzającego kwalifikacje lub poprzez zaświadczenie wydane przez właściwe organy państwa siedziby, że usługodawca posiada kwalifikacje do wykonywania danego zawodu. Komisja Europejska opracowuje we współpracy z państwami członkowskimi przykładowe oświadczenie, które mogłoby być stosowane w praktyce. Por. *Przeptyw osób i świadczenie usług w Unii Europejskiej...*, s. 104–105.

nego, jaki w praktyce może być nałożony na usługodawcę. Przewidziany w dyrektywie 2005/36/WE w zakresie ogólnego systemu uznawania kwalifikacji staż adaptacyjny (praca pod nadzorem wykwalifikowanego przedstawiciela zawodu, która może trwać nawet do trzech lat) nie nadaje się do zastosowania, gdyż w praktyce uniemożliwiłby świadczenie usług. W każdym przypadku świadczenie usług musi być możliwe w terminie miesiąca od wydania decyzji. Ważne jest to, że w przypadku bezczynności właściwego organu usługi mogą być świadczone⁹⁹. W celu stosowania wstępnego sprawdzenia kwalifikacji poszczególne państwa członkowskie muszą z góry określić listę takich zawodów (w powszechnie obowiązującym akcie prawnym)¹⁰⁰. Tym samym przyjęte w art. 7 ust. 4 dyrektywy 2005/36/WE rozwiązanie stanowi z jednej strony zabezpieczenie dla organów państwa członkowskiego, poprzez umożliwienie im, w ściśle określonych sytuacjach, sprawdzenia kwalifikacji usługodawcy. Działania podejmowane przez organy podlegają daleko idącym ograniczeniom – bardzo krótkie terminy i ograniczony zakres działania¹⁰¹.

Warto jeszcze raz podkreślić, że w przypadku świadczenia usług transgranicznych, gdy powstaną uzasadnione wątpliwości dotyczące autentyczności dyplomów lub dokumentów wydanych przez właściwe organy państwa członkowskiego UE, stosuje się procedury wyjaśniania wszelkich wątpliwości przywołane powyżej. Pojawia się jednak kwestia terminu wyjaśniania powstałych wątpliwości. W przypadku osoby zamierzającej świadczyć usługi transgraniczne trzymiesięczny termin na wyjaśnienie sprawy jest zbyt odległy. Tak długo trwające postępowanie wyjaśniające mogłoby stanowić utrudnienie świadczenia tych usług lub nawet czynić je po tak długim czasie bezzasadnym¹⁰². Z drugiej jednak strony przede wszystkim trzeba mieć na uwadze ochronę zdrowia i dobro pacjentów, nie można dopuścić do świadczenia usług transgranicznych przez osoby, co do których istnieją uzasadnione wątpliwości dotyczące autentyczności dyplomów lub dokumentów wydanych przez właściwe organy państwa członkowskiego UE.

Uznanie kwalifikacji zawodowych przez przyjmujące państwo członkowskie pozwala pielęgniarkom na uzyskanie w tym państwie członkowskim dostępu do tego samego zawodu, w odniesieniu do którego posiadają kwalifikacje w rodzimym państwie członkowskim, oraz wykonywanie tego zawodu w przyjmującym państwie członkowskim na tych samych warunkach, jakie obowiązują obywateli przyjmującego państwa członkowskiego. Zgodnie z postanowieniami dyrektywy 2005/36/WE) zawód, który wnioskodawca pragnie wykonywać w przyjmującym państwie członkowskim, uznaje

⁹⁹ *Przeptyw osób i świadczenie usług w Unii Europejskiej...*, s. 106.

¹⁰⁰ Należy podkreślić, że takie wstępne sprawdzenie kwalifikacji nie może być stosowane wobec przedstawicieli zawodów sektorowych, w przypadku których kwalifikacje są uznawane w sposób automatyczny, na bazie doświadczenia zawodowego (załącznik IV dyrektywy 2005/36/WE) oraz w przypadku pozostałych zawodów regulowanych, niezwiązanych ze zdrowiem lub bezpieczeństwem publicznym.

¹⁰¹ *Przeptyw osób i świadczenie usług w Unii Europejskiej...*, s. 106.

¹⁰² *Ustawa o zawodach lekarza...*, s. 217.

się za ten sam, do którego wykonywania kwalifikacje wnioskodawca posiada w rodzimym państwie członkowskim, jeżeli w obu przypadkach chodzi o porównywalną działalność (art. 4 ust. 1 i 2 dyrektywy 2005/36/WE).

2.2. Przyznanie cudzoziemcowi prawa wykonywania zawodu pielęgniarki

Odrębnych uwag wymaga sytuacja osób będących obywatelami państw spoza UE, czyli cudzoziemców. Przez długi czas przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki cudzoziemcowi na terenie Polski było co do zasady wyłącznie decyzją fakultatywną. Jednocześnie NSA podkreślił, że czym innym jest zezwolenie (zgoda) właściwego organu na wykonywanie zawodu, a czym innym zezwolenie na zatrudnienie cudzoziemca w Polsce. Zezwolenie na wykonywanie zawodu dotyczy posiadania określonych kwalifikacji zawodowych, a zezwolenie na zatrudnienie pozostaje w związku z oceną sytuacji na rynku pracy i potrzeb zakładu pracy. Zgodnie z nieobowiązującą już ustawą pielęgniarską z 1996 r. prawo do podejmowania decyzji w przedmiocie przyznania cudzoziemcom prawa wykonywania zawodu pielęgniarki przyznano samorządowi zawodowemu: „Okręgowa rada pielęgniarek i położnych (...) może przyznać (...) prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej (...) cudzoziemcowi, który (...)” (art. 13 u.z.p.p. z 1996 r.). Użycie w zacytowanym przepisie słowa „może” wskazywało, że uchwała podjęta przez samorząd zawodowy w tym przedmiocie ma charakter konstytutywny. Nawet wówczas, gdy pielęgniarka – cudzoziemiec spełniała warunki wymagane przez ustawę, samorząd zawodowy nie został zobligowany do przyznania jej prawa wykonywania danego zawodu na terytorium RP. W przypadku pielęgniarek ustawodawca postawił dodatkowy wymóg, którego nie przewidywano wówczas wobec lekarza cudzoziemca: „posiadanie zezwolenia na pobyt stały w Rzeczypospolitej Polskiej” (art. 13 ust. 1 pkt 1 u.z.p.p. z 1996 r.). Jednocześnie spełnienie tego wymogu także nie obligowało samorządu pielęgniarek i położnych do podjęcia pozytywnej uchwały. Ponadto również w sytuacji niespełnienia opisywanego warunku okręgowa rada pielęgniarek i położnych „mogła przyznać prawo wykonywania zawodu”, jeżeli cudzoziemiec spełniał inne warunki przewidziane przepisami prawa (art. 13 ust. 2 u.z.p.p. z 1996 r.).

W doktrynie zwrócono uwagę, że w przypadku cudzoziemca, odwrotnie niż wobec obywateli polskich i obywateli innych państw członkowskich UE, uchwała samorządu zawodowego wobec pielęgniarki w przedmiocie przyznania prawa wykonywania zawodu ma charakter konstytutywny, co nie znaczy, że dowolny. Treść uchwały musi bowiem znaleźć uzasadnienie w okolicznościach konkretnego przypadku. W razie odmowy przyznania prawa wykonywania zawodu na terytorium RP przyznano cudzoziemcowi prawo odwołania się w drodze postępowania administracyjnego (art. 40 ust. 1 u.z.p.p.).

Pomimo wejścia w życie kolejnej ustawy pielęgniarskiej z 2011 r. sytuacja cudzoziemców ubiegających się o prawo wykonywania na terytorium RP zawodu pielęgniarek jest odmienna od sytuacji obywateli polskich i obywateli innych krajów UE. Podobnie jak nieobowiązujący przepis art. 13 ust. 1 u.z.p.p. z 1996 r., tak i obecnie art. 35 u.z.p.p. z 2011 r. zachowuje konstrukcję uznaniowości organu samorządu zawodowego, który niezależnie od spełnienia ustawowych warunków może odmówić przyznania prawa wykonywania zawodu w drodze podjętej uchwały.

Tym samym inny charakter ma uchwała okręgowej rady pielęgniarskiej w sprawie przyznania prawa wykonywania zawodu cudzoziemcowi. W świetle obecnej regulacji przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki w Polsce osobie spoza UE jest fakultatywne. Wynika to bezpośrednio z wykładni tekstualnej przyjętych regulacji prawnych: „Okręgowa rada pielęgniarek i położnych (...) może przyznać (...) prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej (...) cudzoziemcowi”, który spełnia wymagania przewidziane w art. 13 u.z.p.p. A zatem w tym ostatnim przypadku nie ma już „stwierdzenia” prawa wykonywania zawodu po spełnieniu stawianych prawem wymagań, ale jest „przyznanie” tego prawa. Ponadto użycie w obu przypadkach wyrazu „może” wskazuje, że uchwała podjęta przez samorząd zawodowy w tym przedmiocie ma charakter konstytutywny. Nawet gdy pielęgniarka spełni warunki wymagane przez ustawę, samorząd zawodowy nie jest zobligowany do przyznania jej prawa wykonywania zawodu. W tym zakresie obowiązuje zatem zasada odmienna niż w stosunku do obywateli polskich i obywateli innych państw członkowskich UE. W przypadku pielęgniarek ustawodawca postawił dodatkowy wymóg, którego nie przewidziano wobec lekarza cudzoziemca – „posiadanie zezwolenia na pobyt stały w Rzeczypospolitej Polskiej”. Ani spełnienie tego warunku, ani jego niewypełnienie nie obliguje samorządu pielęgniarek i położnych do podjęcia określonej uchwały, ponieważ również w sytuacji niespełnienia tego wymogu „okręgowa rada pielęgniarek i położnych może przyznać prawo wykonywania zawodu”.

Uchwała samorządu zawodowego wobec pielęgniarki w przedmiocie przyznania prawa wykonywania zawodu ma charakter konstytutywny, co nie znaczy, że dowolny. Treść uchwały musi bowiem znaleźć uzasadnienie w okolicznościach konkretnego przypadku. W razie odmowy przyznania prawa wykonywania zawodu cudzoziemcowi przez okręgową radę pielęgniarek i położnych przysługuje mu odwołanie do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. W polskim prawie możliwość zaskarżenia w tych okolicznościach decyzji do sądu administracyjnego można uznać za sprzyjającą ochronie partykularnych interesów członków korporacji zawodowych. Sąd bada taką decyzję wyłącznie z punktu widzenia legalności, tzn. zgodności z prawem.

Przyznanie cudzoziemcowi prawa wykonywania zawodu pielęgniarki na stałe albo na czas określony jest odrębnym trybem od stwierdzenia prawa wykonywania zawo-

du. Wyznaczone w art. 35 i 36 u.z.p.p. przesłanki uzyskania tego prawa nie mogą być zastąpione regulacją przesłanek stwierdzenia prawa wykonywania zawodu¹⁰³.

3. Ślubowanie

Złożenie ślubowania lub przysięgi przez obywateli UE zamierzających wykonywać regulowany zawód medyczny w innym państwie członkowskim UE może mieć miejsce jedynie w przypadku, gdy przyjmujące państwo członkowskie wymaga spełnienia tej przesłanki także od swoich obywateli. Może się zdarzyć sytuacja, że formuła ślubowania lub przysięgi w danym kraju lub konkretne jej sformułowanie nie będzie mogło być wykorzystane przez obywateli innych państw członkowskich. Przyczyny tego stanu rzeczy nie zostały podane, jest to zagadnienie otwarte. Można natomiast przyjąć, że będzie miało to miejsce w sytuacji wystąpienia obiekcyj m.in. natury filozoficznej, światopoglądowej, religijnej czy politycznej. W tym zakresie przyjmujące państwo członkowskie jest zobowiązane do umożliwienia takim osobom skorzystania z odpowiedniej, równoważnej formuły (art. 50 ust. 4 dyrektywy 2005/36/WE). Odmowa złożenia takiej przysięgi może oznaczać odmowę wpisania na listę danego zawodu, pomimo spełnienia ustawowych warunków potrzebnych do podjęcia uchwały, oraz zamknięcie drogi do wykonywania zawodu w państwie przyjmującym.

Ustawa pielęgniarka nie wymaga od osoby ubiegającej się o stwierdzenie lub przyznanie prawa wykonywania zawodu oraz wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych złożenia przysięgi jako przesłanki nabycia prawa wykonywania zawodu¹⁰⁴, natomiast składanie przysięgi przez osoby zamierzające wykonywać zawód pielęgniarki ma miejsce przed wręczeniem dyplomu ukończenia szkoły pielęgniarskiej.

Tekst przysięgi pielęgniarek i położnych określono w kodeksie etycznym. Brzmi on następująco: „Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki/położnej i uroczysto przyrzekam: 1. Sprawować profesjonalną opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim. 2. Według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom, współuczestniczyć w procesie terapeutycznym. 3. Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice. 4. Okazywać pacjentom należyne szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej. 5. Strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważać ich zaufania, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta. 6. Wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje

¹⁰³ Wyrok NSA z 2.07.2019 r., II OSK 2173/17, LEX nr 2706072.

¹⁰⁴ Dla przykładu w Polsce taki wymóg przewiduje natomiast ustawodawca wobec osób zamierzających wykonywać zawód aptekarza (art. 4d w zw. z art. 4c i 4f ust. 1 u.i.a.) oraz diagnosty laboratoryjnego (art. 11 ust. 1 u.d.l.).

umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu. 7. Rzetelnie wypełniać obowiązki wynikające z pracy w tym zawodzie¹⁰⁵.

Stosownie do art. 11 ust. 1 u.z.p.p. pielęgniarka jest obowiązana postępować zgodnie z treścią zasad etyki zawodowej, czyli w szczególności również z treścią ślubowania, a przynajmniej powinna być świadoma spoczywających na niej obowiązków. Tym samym złożenie ślubowania nie ma charakteru wyłącznie emblematycznego, symbolicznego, lecz także materialny, gdyż rota ślubowania wytycza granice, których przekroczenie oznacza popełnienie przewinienia zawodowego i rodzi odpowiedzialność zawodową (art. 26 ust. 1 pkt 8 u.s.p.p.).

4. Tytuł zawodowy

Osobie posiadającej prawo wykonywania zawodu pielęgniarki przysługuje prawo posługiwania się tytułem „pielęgniarka”, „pielęgniarcz” (art. 8 ust. 1 u.z.p.p.). Tytułami tymi mogą posługiwać się wyłącznie osoby posiadające prawo wykonywania zawodu, a także pielęgniarka będąca obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej wykonująca zawód na terytorium Polski zgodnie z przepisami ustawy, z tym że obywatel państwa członkowskiego UE ma prawo używania w Polsce tytułu zawodowego „pielęgniarka”, „pielęgniarcz”, jeżeli posiada kwalifikacje uprawniające do wykonywania zawodu pielęgniarki potwierdzone dyplomem, świadectwem lub innym dokumentem nadanym przez to państwo (art. 8 ust. 2 w zw. z art. 9 u.z.p.p.). Wskazane tytuły podlegają ochronie prawnej (art. 8 ust. 3 u.z.p.p.).

Pielęgniarcie posiadającej ukończone szkolenie specjalizacyjne przysługuje prawo posługiwania się tytułem zawodowym specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa albo w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (art. 8 ust. 4 u.z.p.p.). Pielęgniarki mogą uzyskać tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia po odbyciu specjalizacji i zdaniu państwowego egzaminu¹⁰⁶.

Warto natomiast zauważyć, że polski ustawodawca nie różnicuje tytułu zawodowego na „magister pielęgniarstwa” i „licencjat pielęgniarstwa”. Tytuł zawodowy „pielęgniarka” lub „pielęgniarcz” jest uniwersalny i przyznawany bez względu na poziom wykształcenia.

¹⁰⁵ Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej, załącznik do uchwały nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z 9.12.2003 r.

¹⁰⁶ Wykaz dziedzin pielęgniarstwa i dziedzin ochrony zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja dla pielęgniarek i położnych, zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12.12.2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz.U. poz. 1562).

Tytuł zawodowy „magister pielęgniarstwa” i „licencjat pielęgniarstwa”, nadawany absolwentom szkoły pielęgniarstwa odpowiednio II lub I stopnia, jest rodzajem dobra osobistego, potwierdza fakt posiadania wykształcenia wyższego, dokumentuje posiadanie szczególnych wysokich kwalifikacji w określonej dziedzinie i stanowi swego rodzaju znak rozpoznawczy danej osoby, ważny w stosunkach prywatnych oraz w sferze pozaprywatnej¹⁰⁷. Tytuł zawodowy, potwierdzający fakt posiadania wykształcenia, jest wartością chronioną na równi z innymi dobrami, takimi jak wizerunek, nazwisko czy zdrowie człowieka. Sąd wzbogacił tym samym zakres pojęcia dóbr osobistych. Jednocześnie, zgodnie linią orzeczniczą SN, w stosunku zatrudnienia pracowniczego pracodawca, jako administrator przetwarzanych danych pracowników, ma prawo decydowania o sposobie wykorzystania danych, pod warunkiem jednak że działanie takie będzie zgodne z prawem (nie będzie naruszać przepisów prawa) i będzie mieścić się w normalnych, wynikających z uprawnień organizacyjnych działaniach pracodawcy. Pracodawca – w ramach przysługujących mu uprawnień i obowiązków organizacyjnych – decyduje o sposobie wykorzystania informacji dotyczących pracownika, a działanie takie nie może być przyczyną stawiania zarzutu, że narusza to dobra osobiste pracownika, co miałyby stanowić podstawę korzystania ze środków ochrony dóbr osobistych¹⁰⁸. Odpowiednio dotyczy to również osób zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych.

5. Przerwa w wykonywaniu zawodu

Definicja określająca zakres przedmiotowy zawodu pielęgniarki stanowi, że jego wykonywanie polega w domyśle na stałym, ciągłym udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 4 ust. 1 u.z.p.p.). Systematyczne wykonywanie zawodu pielęgniarki jest istotną cechą definicji zawodu i jedną z cech go identyfikujących.

5.1. Systematyczność a przerwa w wykonywaniu zawodu pielęgniarki

Cecha systematyczności wykonywania zawodu może być zachowana przy jednoczesnym zmienianiu prawnych form jego wykonywania¹⁰⁹. Niewątpliwie wyróżnienie w definicji zawodu cechy systematyczności pozwala na odróżnienie pracy wykony-

¹⁰⁷ Wyrok SN z 7.02.2007 r., I PK 211/06, OSNP 2008/11–12, poz. 158.

¹⁰⁸ E. Kulesza, *Ochrona dóbr osobistych pracownika – tytuł zawodowy jako dobro osobiste – odmowa zgody na umieszczenie przed nazwiskiem pracownika tytułu zawodowego – bezprawność odmowy – równe traktowanie pracowników. Glosa do wyroku SN z 7.02.2007 r., I PK 211/06, OSP 2009/2, poz. 16.*

¹⁰⁹ W literaturze brak jest zgody co do tego, czy „systematyczność” wykonywania czynności zawodowych należy traktować jako kategorię bezwzględnie obowiązującą w definicji pojęcia zawodu. Spór doktrynalny dotyczący przywołanego problemu analizuje K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja...*, s. 34.

wanej systematycznie od pracy wykonywanej dorywczo, okazjonalnie, jak również pracy profesjonalnej od amatorskiego działania, niemającego związku z wykonywaniem zawodu.

Systematyczność nie oznacza jednak trwałości wykonywania zawodu. Jeżeli chodzi o umowę o pracę czy umowę cywilnoprawną, możliwe jest jej rozwiązanie, a w przypadku działalności gospodarczej prowadzonej przez pielęgniarkę w formie praktyki zawodowej możliwe jest jej okresowe zawieszenie (art. 22 Prawa przedsiębiorców) czy zakończenie z chwilą osiągnięcia zamierzonego celu i niepodjęcia wykonywania zawodu.

Okresu systematycznego wykonywania zawodu pielęgniarki nie przerywa niewykonywanie tego zawodu przez okres nie dłuższy niż pięć lat w czasie ostatnich sześciu lat, w żadnej z dopuszczonych przez prawo form wykonywania tego zawodu (art. 26 ust. 1 w zw. z art. 19 u.z.p.p.). Okres niewykonywania zawodu pielęgniarki rozpoczyna się z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia umowy o pracę lub cywilnoprawnej, lub stosunku służbowego albo porozumienia – w przypadku wykonywania zawodu w ramach wolontariatu, oraz z dniem zakończenia lub zawieszenia wykonywania praktyki zawodowej (art. 26 ust. 2b u.z.p.p.).

Jednak na tle obowiązującego stanu prawnego pojawia się wątpliwość, czy rzeczywiste niewykonywanie tego zawodu przez okres dłuższy niż pięć lat w czasie ostatnich sześciu lat jest równoznaczne z zaprzestaniem wykonywania zawodu i czy w kontekście analizowanego elementu definicji zawodu pielęgniarki okoliczność niewykonywania tego zawodu przez okres dłuższy niż określony w przepisie stanowi przerwanie „systematyczności”, czyli inaczej regularności wykonywania tego zawodu?

Ustawodawca zastosował w tym względzie niejednoznaczne rozwiązanie. Z jednej strony już sama wykładnia literalna art. 26 u.z.p.p. pozwala odpowiedzieć na powyższe pytania przecząco, tzn. pomimo upływu wspomnianego okresu niewykonywania zawodu dana osoba nadal wykonuje zawód pielęgniarki. Z drugiej jednak strony ustawodawca nakłada na pielęgniarki zamierzające podjąć wykonywanie zawodu po przerwie wyraźnie wskazane obowiązki, ale przyznaje im też pewne prawa.

Pielęgniarka ma obowiązek i prawo zgłoszenia do właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych zamiaru zaprzestania wykonywania zawodu, z podaniem przewidywanego okresu niewykonywania zawodu, i zamiaru ponownego podjęcia jego wykonywania (art. 26 ust. 1 i art. 26a u.z.p.p.), a także odbycia trwającego nie dłużej niż sześć miesięcy przeszkolenia w miejscu, o czasie trwania i zgodnie z programem przeszkolenia określonym przez okręgową radę pielęgniarek i położnych. Przeszkolenie, o którym mowa powyżej, ma odbyć się pod nadzorem innej osoby uprawnionej do wykonywania zawodu pielęgniarki, legitymującej się co najmniej pięcioletnim doświadczeniem zawodowym, czyli pod nadzorem opiekuna. Opiekun jest wskazywany przez kierownika podmiotu, w którym odbywa się przeszkolenie pielęgniarki.

Do obowiązków właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych należy:

- 1) uzyskanie od członka samorządu, czyli pielęgniarki, informacji o zamiarze zaprzestania wykonywania zawodu, z podaniem przewidywanego okresu niewykonywania zawodu (art. 26a u.z.p.p.);
- 2) uzyskanie od członka samorządu, czyli pielęgniarki, informacji o zamiarze podjęcia przez nią wykonywania zawodu po upływie więcej niż pięciu lat w okresie ostatnich sześciu lat (art. 26 ust. 1 u.z.p.p.);
- 3) ustalenie programu przeszkolenia dla konkretnej pielęgniarki z uwzględnieniem ramowego programu określonego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych w drodze uchwały;
- 4) wskazanie miejsca odbycia przeszkolenia i czasu jego trwania, nie dłuższego niż sześć miesięcy.

Obowiązek odbycia przeszkolenia przez osoby chcące powrócić do wykonywania zawodu po upływie pięciu lat w okresie ostatnich sześciu lat ma charakter ogólnego domniemania, które nie może być obalone przez osobę chcącą wykazać, że nie utraciła wiedzy i umiejętności zawodowych mimo przerwy w pracy zawodowej albo wykonywania jej w innej formie niż przewidziana w art. 4 u.z.p.p. Sąd Najwyższy w postanowieniu z 21.02.2007 r. uznał, że podjęcie wykonywania zawodu pielęgniarki po przerwie dłuższej niż pięć lat nie wymaga przeszkolenia w przypadku ukończenia przez pielęgniarkę w czasie tej przerwy studiów magisterskich pielęgniarskich lub położniczych (jednolitych lub uzupełniających) albo studiów wyższych zawodowych¹¹⁰. Natomiast do okresu przerwy w wykonywaniu zawodu pielęgniarki nie wlicza się okresów, w których w ogóle nie wykonywała wyuczonego zawodu albo wykonywała pracę zawodową, która nie polegała na wykonywaniu zawodu pielęgniarki w rozumieniu przyjętym przez ustawodawcę (art. 4 i 5 u.z.p.p.).

Obowiązkiem rady samorządu pielęgniarek i położnych jest umożliwienie odbycia przeszkolenia osobie chcącej powrócić do wykonywania zawodu pielęgniarki po upływie ustawowej przerwy. Odmowa udzielenia przez okręgową radę pomocy w odbyciu przeszkolenia, a tym samym umożliwienia podjęcia wykonywania zawodu pielęgniarki po pięcioletniej przerwie, może uzasadniać odpowiedzialność cywilną członków okręgowej rady na podstawie przepisów o czynach niedozwolonych¹¹¹.

Ustawodawca nie przewiduje ponoszenia kosztów przeszkolenia przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki i położnej. Osoby takie mogą, ale nie muszą odbywać przeszkolenie na podstawie umowy o pracę (art. 26 ust. 3 u.z.p.p.), co *de facto* oznacza dowolność określania podstaw odbywania takiego przeszkolenia¹¹². Ponoszenie kosz-

¹¹⁰ Postanowienie SN z 21.02.2007 r., III ZS 1/07, OSN 2008/5–6, poz. 88.

¹¹¹ Wyrok SN z 30.01.2002 r., III CKN 243/01, LEX nr 54933.

¹¹² Odpowiednio osoba wykonująca zawód lekarza i farmaceuty jest zobowiązana ponieść w całości koszty odbycia przeszkolenia uzupełniającego (art. 11 ust. 5 u.z.l., art. 17 ust. 4 u.i.a.), a diagnosta laboratoryjny ponosi koszty przeszkolenia teoretycznego, natomiast sposób finansowania przeszkolenia

tów całego przeszkolenia z powodu przerw w wykonywaniu zawodu bez względu na przyczynę tej przerwy wydaje się nieuzasadnione. Bezwzględny obowiązek opłacania przeszkolenia w tych okolicznościach pozostaje w sprzeczności z poczuciem sprawiedliwości oraz może być postrzegany jako pośrednia dyskryminacja osób, które przerywają karierę zawodową np. w celu wychowania dzieci, tym bardziej że w tym czasie mogą kontynuować działalność naukową poprzez publikacje.

Warto też zwrócić uwagę, że w czasie przeszkolenia uzupełniającego odbywające je osoby oprócz przeszkolenia teoretycznego mają także zajęcia praktyczne, co będzie stanowiło *de facto* wykonywanie pracy na rzecz podmiotu prowadzącego takie przeszkolenie. Dlatego wykonywanie pracy w ramach przeszkolenia praktycznego powinno odbywać się zawsze na podstawie umowy o pracę albo odpłatnej umowy cywilnoprawnej. W przeciwnym razie można mówić o nadużyciu prawa. Kluczowym argumentem jest fakt, że upływ czasu, po jakim osoby wykonujące zawód pielęgniarstwa są zobowiązane do odbycia przeszkolenia w celu zyskania możliwości ponownego wykonywania zawodu, nie jest przesłanką utraty prawa wykonywania zawodu (*a contrario* art. 42 u.z.p.p.). Osoba wypełniająca ustawowy obowiązek odbywania praktycznego przeszkolenia ma status osoby posiadającej prawo wykonywania zawodu lub ograniczone prawo wykonywania zawodu. Należy także wziąć pod uwagę wprowadzenie fakultatywnych opłat za przeprowadzenie przeszkolenia teoretycznego, przy uwzględnieniu przyczyny przerwy w wykonywaniu zawodu. Uważam, że nadużyciem prawa jest też zmuszanie pielęgniarstwa do odbycia przeszkolenia praktycznego w ramach wolontariatu (w rozumieniu art. 21 ust. 1 i 2 u.d.z.l.).

Obowiązujące przepisy ustawy nie przesądzają, czy sam udział w przeszkoleniu będzie stanowił podstawę do uznania go za odbyte, czy też powinno zakończyć się ono zaliczeniem lub egzaminem, nie określają również jego formy. Sposób i tryb zaliczenia może określić Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych w drodze uchwały (art. 26 ust. 4 u.z.p.p.), co jest kolejnym dość ogólnikowym sformułowaniem, dającym NIPiP dowolność w sytuacji określania skutków negatywnego wyniku zaliczenia. Ustawodawca mówi o minimalnym czasie niewykonywania zawodu, natomiast nic nie ma mowy o czasie maksymalnym, po upływie którego pielęgniarstwo traci prawo wykonywania zawodu. Taki stan prawny budzi wątpliwości, ponieważ inna jest sytuacja zawodowa osoby, która np. nie wykonywała zawodu przez siedem lat, a inna osoby, która nie wykonywała swojego zawodu przez lat dwadzieścia i chce powrócić do jego wykonywania.

praktycznego musi określać umowa zawarta z podmiotem prowadzącym szkolenie praktyczne (art. 14 ust. 2–3 u.d.l.). Nie wskazano, komu osoba odbywająca przeszkolenie wpłaca pieniądze i w jakiej wysokości.

5.2. Niepowiadomienie przez pielęgniarkę o powrocie do wykonywania zawodu i nieodbyciu przeszkolenia

Artykuł 26 ust. 1 u.z.p.p. stanowi: „Pielęgniarka lub położna, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, a zamierzają podjąć jego wykonywanie, mają obowiązek zawiadomić o tym właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych i odbyć trwające nie dłużej niż 6 miesięcy przeszkolenie pod nadzorem innej osoby uprawnionej do wykonywania odpowiednio zawodu pielęgniarki lub położnej, legitymującej się co najmniej 5-letnim doświadczeniem zawodowym, zwanej dalej «opiekunem». Opiekuna wskazuje kierownik podmiotu, w którym odbywa się przeszkolenie”.

Przepis ten ustanawia prawa i obowiązki dotychczasowego pracodawcy oraz okręgowej rady pielęgniarek i położnych względem pielęgniarki. W razie uchylania się przez pielęgniarkę od uczestnictwa w uzupełniającym przeszkoleniu moim zadaniem okręgowa rada pielęgniarek i położnych powinna podjąć kroki prawne wobec osoby, która nie dopełniła ustawowego obowiązku powiadomienia o powrocie do wykonywania zawodu i nie obyła przeszkolenia, o którym mowa powyżej. Jednak w obecnym stanie prawnym wątpliwości budzą zarówno konsekwencje w przypadku niedopełnienia przez osobę mającą ponad pięcioletnią przerwę w wykonywaniu zawodu pielęgniarki obowiązku zgłoszenia okręgowej radzie pielęgniarek i położnych zamiaru powrotu do zawodu, jak i nieodbycia przez tę osobę przeszkolenia przed powrotem do wykonywania zawodu. Dlatego logiczna wydaje się interpretacja, że osoba uchylająca się od ciężącego na niej prawnego obowiązku przeszkolenia nie powinna wykonywać zawodu pielęgniarki. Czyli optymalnym rozwiązaniem byłoby w tym przypadku podjęcie przez okręgową radę pielęgniarek i położnych uchwały o zawieszeniu pielęgniarki w wykonywaniu zawodu z uwagi na niedopełnienie ustawowych obowiązków. Pojawia się tu jednak problem natury prawnej: czy przy obecnym stanie prawnym okręgowa rada pielęgniarek i położnych może podjąć uchwałę o zawieszeniu pielęgniarki w prawie wykonywania zawodu w związku z niedopełnieniem przez nią ustawowego obowiązku przeszkolenia po okresie niewykonywania zawodu przez okres wskazany w art. 26 ust. 1 ustawy pielęgniarskiej?

Można tutaj mówić o pewnego rodzaju luce prawnej. W sytuacji gdy samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych powziął informację o niezrealizowaniu przez daną osobę obowiązku powiadomienia o powrocie do wykonywania zawodu pielęgniarki np. po 24 latach przerwy i nieodbyciu przez nią przeszkolenia, ustawodawca nie przewidział wprost możliwości podjęcia przez okręgową radę uchwały o zawieszeniu w prawie wykonywania zawodu.

Ponieważ ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej nie przewiduje upoważnienia do podjęcia przez okręgową izbę uchwały o zawieszeniu w wykonywaniu zawodu osoby, która uchyliła się od ustawowego obowiązku przeszkolenia po okresie niewy-

konywania zawodu – z punktu widzenia w art. 65 ust. 1 Konstytucji RP, statuującego ograniczenie zasady wolności wykonywania zawodu tylko w granicach wyraźnie określonych w ustawie, podjęcie takiej uchwały w świetle obecnego stanu prawnego wydaje się niestety niemożliwe. Nie znaczy to jednak, że taka uchwała w ogóle nie może zostać podjęta. W analizowanej sytuacji należy rozważyć możliwość zastosowania opisanych niżej mechanizmów dyscyplinujących osobę, która nie dopełniła ustawowego obowiązku przeszkolenia po okresie niewykonywania zawodu.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy pielęgniarskiej zadaniem samorządu jest w szczególności sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu pielęgniarki, który jest zawodem samodzielnym i ma charakter zawodu zaufania publicznego. Prawne uwarunkowania wykonywania zawodu pielęgniarki określają ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych, a przy ich ustanowieniu racjonalny ustawodawca kierował się interesem publicznym, zwłaszcza dobrem i ochroną praw pacjenta oraz potrzebą stworzenia prawnych gwarancji, że świadczące usługi medyczne pielęgniarki będą wykonywać je w interesie władzy publicznej. Zgodnie z art. 11 ust. 2 u.z.p.p.: „Pielęgniarka i położna podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1–5 i art. 5 ust. 1 pkt 1–9, korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2016 r. poz. 1137 ze zm.)”.

Na każdej osobie wykonującej zawód pielęgniarki ciążyą ustawowe obowiązki, określone przez ustawodawcę w rozdziale 2 ustawy pielęgniarskiej jako zasady wykonywania zawodu. Do principium wykonywania zawodu pielęgniarki zaliczono w szczególności wykonywanie go z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej i zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi (art. 11 ust. 1 i art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Warto tu wskazać, że zgodnie z art. 6 ust. 1 i art. 8 u.p.p. pacjent ma prawo m.in. do: świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny powinny kierować się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorzady zawodów medycznych. Każda osoba wykonująca zawód pielęgniarki przez cały okres aktywności zawodowej ma ustawowy obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego (art. 61 ust. 1 u.z.p.p.). W literaturze zwraca się uwagę na tzw. czas półtrwania wiedzy, tj. okres, w którym 50% tej wiedzy staje się nieaktualna. W różnych dyscyplinach wynosi on od trzech do ośmiu lat¹¹³.

¹¹³ Zob. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 173.

W sytuacji wystąpienia przerwy w wykonywaniu zawodu, w zależności od jej długości, zgodnie z doświadczeniem życiowym i obiektywną oceną analizowanej sytuacji, z dużym stopniem prawdopodobieństwa należy przyjąć, że przy współczesnym tempie rozwoju wiedzy medycznej i pielęgniarstwa wiedza uzyskana w trakcie nauki stopniowo straci na aktualności. Dlatego w sytuacji niedopełnienia przez daną osobę obowiązku zawiadomienia okręgowej rady pielęgniarek i położnych o zamiarze podjęcia wykonywania zawodu po okresie dłuższym niż pięć lat w okresie ostatnich sześciu lat i nieodbyciu trwającego nie dłużej niż sześć miesięcy przeszkolenia pod nadzorem innej uprawnionej do wykonywania odpowiednio zawodu pielęgniarki w mojej ocenie należy rozważyć naruszenie przez taką osobę obowiązków wymienionych w art. 11 ust. 2 u.s.p.p., który stanowi: „Członkowie samorządu są obowiązani:

- 1) postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu określonymi w ustawie z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej;
- 2) sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe;
- 3) przestrzegać uchwał organów izb;
- 4) regularnie opłacać składkę członkowską;
- 5) aktualizować dane w rejestrze pielęgniarek i rejestrze położnych”.

Z kolei z art. 36 ust. 1 u.s.p.p. wynika, że „Członkowie samorządu podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu, zwane dalej «przewinieniem zawodowym»”.

Jak już wcześniej zaznaczono, wprawdzie w obecnym stanie prawnym w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej nie przewidziano na wzór ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry samoistnej podstawy do wydania uchwały o zawieszeniu w wykonywaniu zawodu pielęgniarki lub ograniczeniu zakresu czynności w wykonywaniu zawodu z racji niedopełnienia obowiązku przeszkolenia po okresie niewykonywania zawodu, jednak moim zdaniem w sytuacji niedopełniania obowiązków wynikających z art. 26 ust. 1 u.z.p.p. istnieje prawie pewność, że doszło do poważnego naruszenia obowiązków członka samorządu, o których mowa w art. 11 ust. 2 u.s.p.p., co uzasadnia pociągnięcie takiej osoby do odpowiedzialności zawodowej i zastosowanie wobec niej jednej z kar dyscyplinarnych przewidzianych w katalogu z art. 60 u.s.p.p.

W judykaturze nie ma dotychczas orzeczenia o stanie faktycznym, który można byłoby odnieść do analizowanej sytuacji, czyli niedopełnienia ustawowego obowiązku wynikającego z art. 26 ust. 1 u.z.p.p.¹¹⁴

5.3. Konsekwencje prawne dla podmiotu zatrudniającego

Zgodnie z art. 26 ust. 3 u.z.p.p.: „Przeszkolenie może odbyć się również na podstawie umowy o pracę u pracodawcy, który zatrudnia albo ma zamiar zatrudnić pielęgniarkę

¹¹⁴ Wyrok NSA z 8.12.2016 r., II GSK 1271/15, LEX nr 2227747.

kę lub położną, o których mowa w ust. 1, z zachowaniem warunków określonych w ust. 1”. Przepis ten daje pielęgniarce prawo zwrócenia się do właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych z prośbą, aby skierowano ją na przeszkolenie u dotychczasowego pracodawcy, u którego zamierza kontynuować zatrudnienie, lub u pracodawcy, który zamierza z nią zawrzeć umowę o pracę. Należy zwrócić uwagę na sformułowania zawarte w art. 26 ust. 3 u.z.p.p., w myśl których dotychczasowy lub potencjalny pracodawca musi wyrazić zgodę na przeszkolenie pielęgniarki oraz wolę kontynuowania zatrudnienia lub chęć zatrudnienia pielęgniarki. ostateczna decyzja co do miejsca przeszkolenia, a co za tym idzie ustalenia innych warunków przeszkolenia należy jednak do właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych.

Warto podkreślić, że powrót pielęgniarki po upływie niewykonywania przez nią zawodu przez okres dłuższy niż pięć lat w czasie ostatnich sześciu lat do dotychczasowego pracodawcy i podjęcie pracy na stanowisku pielęgniarki bez zgłoszenia tego faktu do właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych jest rażącym naruszeniem ustawowych obowiązków członka samorządu pielęgniarek i położnych. Nie uchyla naruszenia tego obowiązku fakt, że pracodawca wiedział o okresie przerwy w wykonywaniu zawodu, a pomimo to zgodził się zatrudnić daną osobę.

Pielęgniarka, powracając do pracy do dotychczasowego pracodawcy, musi w pierwszej kolejności dopełnić ustawowego obowiązku zgłoszenia swojego powrotu do wykonywania pracy do właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych. Kolejnym obowiązkiem pielęgniarki jest odbycie przeszkolenia z zachowaniem warunków dla osób powracających do wykonywania zawodu po upływie ustawowego okresu.

Zasadniczym miejscem wykonywania zawodu pielęgniarki są niewątpliwie podmioty lecznicze. Pieczę i nadzór nad wykonywaniem tego zawodu władza publiczna na podstawie art. 17 ust. 1 Konstytucji RP powierzyła samorządowi pielęgniarek i położnych. Do kluczowych zadań samorządu należy dbałość o jakość i bezpieczeństwo świadczeń zdrowotnych udzielanych przez jego członków. Pracodawca może zatrudnić tylko takie osoby, które wypełniły ustawowe obowiązki względem samorządu. W ten sposób ustawodawca określił wyraźnie wzajemne relacje pomiędzy samorządem a pracodawcami.

Pracodawca zatrudniający osoby wykonujące zawody medyczne zobowiązany jest do przestrzegania przepisów prawa pracy zawartych zarówno w Kodeksie pracy, jak i w pozostałych aktach prawnych. Przepisy regulujące zasady wykonywania zawodów medycznych, w tym zawodu pielęgniarki, są częścią prawa zatrudnieniowego, co oznacza, że w przypadku zatrudnienia pracowniczego są częścią prawa pracy, a w przypadku prawa cywilnego – częścią umowy cywilnoprawnej. Pragnę podkreślić, że przepisy regulujące zasady wykonywania zawodu pielęgniarki, w tym zasady powrotu do pracy po ustawowej przerwie, mają charakter bezwzględnie obowiązujący i ich realizacja przez pracodawcę nie podlega swobodnemu uznaniu. Tym samym

pracodawca działa wbrew prawu powszechnie obowiązującemu, jeżeli dopuszcza pielęgniarkę do pracy bez wymaganego z mocy prawa przeszkolenia. Fakt, że w świetle art. 429 k.c. pracodawca odpowiada za zatrudnionego pracownika jak za podwładnego, nie usprawiedliwia zatrudnienia pielęgniarek bez wymaganego przeszkolenia, a wprost przeciwnie – może to być dodatkowa okoliczność stanowiąca dowód na zaniedbania organizacyjne w pracy podmiotu leczniczego.

Ponieważ pracodawca, który zatrudnia pielęgniarką bez odbycia przez nią obowiązkowego szkolenia, narusza powszechnie obowiązujące prawo, jest to okoliczność zmuszająca do podjęcia działań naprawczych. Po pierwsze, okręgowa rada izby pielęgniarek i położnych ma obowiązek zawiadomienia Państwowej Inspekcji Pracy oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. Do zadań Państwowej Inspekcji Pracy należy nadzór i kontrola przestrzegania przepisów prawa pracy, w szczególności przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów dotyczących stosunku pracy¹¹⁵, a zatem także zatrudniania pielęgniarek zgodnie z obowiązującym prawem.

Świadczeniodawca, zgłaszając do NFZ osoby wykonujące zawody medyczne, które mają u niego osobiście udzielać świadczeń zdrowotnych, nie może naruszać wymagań dotyczących kwalifikacji osób wykonujących zawód medyczny ujętych w przepisach regulujących wykonywanie tego zawodu lub określających te kwalifikacje oraz w szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 u.ś.o.z.

Świadczeniodawca, zawierając umowę z NFZ, jest w szczególności obowiązany udzielać świadczeniobiorcom świadczeń z zachowaniem należytej staranności, przestrzegać praw pacjenta, a także podejmować i prowadzić działania mające na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby przez siebie zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu również na innej podstawie niż umowa o pracę, a także osoby, którym udzielanie świadczeń powierzył, oraz odpowiada za szkody powstałe, także u osób trzecich, w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń. Przewiduje się możliwość nałożenia kary umownej do 1% kwoty zobowiązania, określonej w umowie za każde stwierdzone naruszenie w przypadku udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny (§ 3 pkt 2 i 3, § 4, 6 oraz 30 ust. 1 pkt 2 lit. b załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹¹⁶).

¹¹⁵ Art. 10 ust. 1 pkt 1 ustawy z 13.04.2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz.U. z 2019 r. poz. 1251).

¹¹⁶ Dz.U. z 2016 r. poz. 1146 ze zm.

5.4. Wnioski

W kontekście definicji zawodu pielęgniarki okoliczność niewykonywania zawodu przez pielęgniarkę przez okres przekraczający czas wskazany przez ustawodawcę stanowi faktyczne przerwanie systematyczności, czyli regularności udzielania świadczeń zdrowotnych. W mojej ocenie tym samym dochodzi do naruszenia istotnego elementu definicji zawodu pielęgniarki, czyli gwarancji udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z podstawowymi zasadami, w szczególności z wykorzystaniem wskazań aktualnej wiedzy medycznej i dbałością o bezpieczeństwo pacjenta oraz z należytą starannością (art. 11 ust. 1 u.z.p.p.).

Nie ma znaczenia przyczyna niewykonywania zawodu pielęgniarki, np. podjęcie w tym czasie innej pracy czy przebywanie na urloпах związanych z macierzyństwem i rodzicielstwem. Warto zauważyć, że kwestia definicji wykonywania lub niewykonywania zawodu pielęgniarki i to, kiedy okres niewykonywania zawodu ulega przerwaniu, powinny zostać uregulowane w ustawie, chociażby w postaci normy blankietowej, która zostanie wypełniona przez akty normatywne organów wykonawczych. Natomiast nie może stać się to przedmiotem regulacji organów samorządu pielęgniarek i położnych. Bez względu na przyczynę naruszenia ustawowego dopuszczanego okresu powstrzymania się od faktycznego wykonywania zawodu, każda osoba, która zamierza powrócić do systematycznego wykonywania zawodu, musi odbyć obowiązkowe przeszkolenie na zasadach określonych w art. 26 u.z.p.p.

Podmiot zatrudniający osobę po przerwie łącznie przez okres dłuższy niż pięć lat w czasie ostatnich sześciu lat jest zobowiązany do zweryfikowania prawdziwości danych przedstawionych przez osobę składającą ofertę wykonywania zawodu pielęgniarki. Moim zdaniem w sytuacji jakichkolwiek wątpliwości co do posiadanych przez daną osobę kwalifikacji i umiejętności niezbędnych do wykonywania zawodu medycznego podmiot, do którego zwróciła się o zatrudnienie dana osoba, jest zobowiązany do zweryfikowania informacji poprzez zwrócenie się do okręgowej izby pielęgniarek i położnych. W tym miejscu warto podkreślić, że zgodnie z orzecznictwem sądowym, jeżeli pracodawca zgłosi osobę, która niedopełniła ustawowego obowiązku przeszkolenia po okresie niewykonywania zawodu, jako osobę wykonującą zawód medyczny do Narodowego Funduszu Zdrowia, powstają wątpliwości co do prawdziwości przedstawionych danych. Obowiązkiem pracodawcy jest ocena, czy przedłożone dokumenty stanowią wiarygodną podstawę do zatrudnienia danej osoby jako osoby wykonującej zawód medyczny, w przeciwnym razie można zastanawiać się, czy dany podmiot leczniczy nie naraził pacjentów na szkody w związku z zatrudnieniem na stanowisku pielęgniarki osoby bez wymaganego przeszkolenia i aktualnej wiedzy medycznej. Dodatkowo warto rozważyć także złożenie do Rzecznika Praw Pacjenta wniosku w przedmiocie zagrożenia naruszeniem zbiorowych prawa pacjenta przez dany podmiot leczniczy.

6. Wygaśnięcie i utrata prawa wykonywania zawodu

Prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu wygasa z mocy prawa w przypadku (art. 42 ust. 1 u.z.p.p.):

- 1) śmierci;
- 2) zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu;
- 3) utraty obywatelstwa polskiego, obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej albo cofnięcia zezwolenia na pobyt stały;
- 4) cofnięcia statusu rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej w rozumieniu przepisów ustawy z 12.12.2013 r. o cudzoziemcach;
- 5) utraty pełnej zdolności do czynności prawnych;
- 6) upływu czasu, na jaki zostało przyznane.

Ustawodawca przewiduje także katalog kar dyscyplinarnych nakładanych na pielęgniarkę na podstawie prawomocnego orzeczenia przez sąd pielęgniarek i położnych lub orzeczenie przez sąd środka karnego polegającego na zakazie wykonywania zawodu (art. 60 ust. 1 u.s.p.p.)¹¹⁷. Pielęgniarka może zostać zawieszona w prawie wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat lub na zawsze pozbawiona prawa wykonywania zawodu. Ponadto może zostać ograniczona w zakresie czynności w wykonywaniu zawodu na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat (art. 60 ust. 1 pkt 6–8 u.s.p.p. w zw. art. 42 ust. 1 pkt 3 u.z.p.p.).

Warto tu wskazać, że przepisy o wygaśnięciu lub utracie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki są niesynchronizowane. Mówi się o tym w dwóch miejscach: w art. 42 ustawy pielęgniarskiej i w art. 60 u.s.p.p. W tym zakresie przepisy wymagają korekty ustawowej.

Wygaśnięcie i utrata prawa wykonywania zawodu pielęgniarki skutkują skreśleniem pielęgniarki z listy członków okręgowej rady pielęgniarek i położnych. W razie wygaśnięcia i utraty prawa wykonywania zawodu stosunek pracy pielęgniarki wygasa z mocy prawa. Wygaśnięcie to pociąga za sobą skutki, jakie przepisy wiążą z rozwiązaniem umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika.

¹¹⁷ Zgodnie z art. 60 u.s.p.p.: „1. Sąd pielęgniarek i położnych może orzec następujące kary: 1) upomnienie; 2) nagane; 3) karę pieniężną; 4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych na okres od 1 roku do 5 lat; 5) zakaz pełnienia funkcji z wyboru w organach samorządu na okres od 1 roku do 5 lat; 6) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu na okres od 6 miesięcy do 2 lat; 7) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od 1 roku do 5 lat; 8) pozbawienie prawa wykonywania zawodu. 2. Sąd pielęgniarek i położnych, orzekając kary przewidzianą w ust. 1 pkt 6 albo 7, może dodatkowo orzec karę wymienioną w ust. 1 pkt 4”. Jeżeli pielęgniarka lub położna będąca obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, mająca miejsce zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zostanie pozbawiona w całości albo w części prawa wykonywania zawodu, zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu oraz inne dokumenty świadczące o posiadaniu tego prawa tracą swoją ważność z dniem pozbawienia jej w całości albo w części prawa wykonywania zawodu (art. 42 ust. 2 u.z.p.p.).

Wygaśnięcie i utrata prawa wykonywania zawodu pociągają też za sobą utratę prawa wybieralności pielęgniarki na zawsze, do czasu upływu terminu zatarcia kary lub upływu terminu, na który został orzeczony środek zabezpieczający (art. 12 ust. 2 pkt 4 u.s.p.p.). Pielęgniarki w tym samym okresie nie przysługuje czynne prawo wyborcze.

7. Wykonywanie zawodu pielęgniarki a wykonywanie innego zawodu medycznego

Przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki jest decyzją administracyjną i w sposób władczy rozstrzyga sytuację prawną stron. Na podstawie uchwały o stwierdzeniu lub przyznaniu prawa wykonywania zawodu okręgowa rada pielęgniarek i położnych dokonuje wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych i wydaje dokument „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” bądź „Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” (art. 41 u.z.p.p.). Nie ma przeszkód formalnoprawnych, aby jedna osoba w dwóch niezależnych postępowaniach wystąpiła do okręgowej rady pielęgniarek i położnych o uzyskanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i prawa wykonywania zawodu położnej (art. 28–32 u.z.p.p.)¹¹⁸. Ustawodawca polski przewiduje w zakresie łączenia różnych zawodów medycznych tylko jedno ograniczenie. Zgodnie z art. 5 u.i.a. osoba wykonująca zawód aptekarza nie może jednocześnie wykonywać praktyki lekarskiej, praktyki lekarsko-dentystycznej ani weterynaryjnej. Inne ograniczenia łączenia prawa wykonywania zawodów medycznych nie mogą mieć miejsca. Pielęgniarka może zatem wykonywać także inne zawody medyczne.

Zgodnie art. 65 Konstytucji RP każdemu zapewnia się wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy, a wyjątki określa ustawa. Takich ograniczeń nie można wprowadzać na podstawie innych aktów prawa czy uchwał samorządów zawodowych. Wszelkie decyzje tego typu byłyby sprzeczne z prawem i podlegałyby skutecznemu zaskarżeniu w toku instancji lub na drodze sądownoadministracyjnej¹¹⁹. Rolą samorządu zawodowego jest niewątpliwie sprawowanie nadzoru i pieczy nad weryfikacją spełniania prawem wymaganych przesłanek. Samorzady winny wypełniać tę rolę szczególnie wnikliwie, dbając o jakość świadczeń zdrowotnych i eliminując obawę co do wystąpienia negatywnych zjawisk w tym zakresie¹²⁰.

¹¹⁸ Nieobowiązująca już ustawa pielęgniarska z 1996 r. w art. 11 ust. 2 stanowiła: „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub odpowiednio zawodu położnej uzyskuje osoba (...)”. Obecna ustawa pielęgniarska z 2011 r. nie zawiera analogicznego artykułu.

¹¹⁹ *Ustawa o zawodach lekarza...*, s. 125.

¹²⁰ Dopuszczenie do wykonywania zawodu lekarza przez cudzoziemca bez prawa wykonywania zawodu w RP zakwalifikowano w orzecznictwie sądowym jako naruszenie przez ordynatora obowiązku dbałości o jakość opieki medycznej nad pacjentami (art. 11 w zw. z art. 52 ust. 3 KEL); wyrok SA w Poznaniu z 28.11.2003 r., III APo 3/03.

8. Rejestr pielęgniarek i położnych oraz zaświadczenie

Rejestr osób wykonujących zawód pielęgniarki jest prowadzony przez samorząd zawodowy. Przepisy o rejestrze są pewną formą reglamentacji administracyjnej, ponieważ dzięki nim tzw. organ rejestrowy może sprawdzać, zanim osoba rozpocznie wykonywanie zawodu pielęgniarki, czy spełnia ona wymagania określone w przepisach prawa¹²¹. Pielęgniarka chcąc wykonywać zawód podlega wpisowi z mocy prawa do rejestru prowadzonego przez okręgową radę pielęgniarek i położnych. Można zatem powiedzieć, że konsekwencją stwierdzenia lub przyznania prawa wykonywania zawodu albo ograniczonego prawa wykonywania zawodu jest wpis do rejestru prowadzonego przez samorząd zawodowy.

Okręgowe rady pielęgniarek i położnych prowadzą okręgowe rejestry pielęgniarek i położnych. Rejestr zawiera następujące dane pielęgniarki lub położnej: 1) imię (imiona) i nazwisko; 2) nazwisko rodowe; 3) imiona rodziców; 4) płeć; 5) miejsce i datę urodzenia; 6) numer PESEL, a w przypadku jego braku – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania; 7) numer identyfikacji podatkowej (NIP); 8) obywatelstwo (obywatelstwa); 9) adres miejsca zamieszkania; 10) tytuł zawodowy; 11) numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu albo o ograniczonym prawie wykonywania zawodu oraz numery poprzednich zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu z określeniem organu wydającego zaświadczenie i daty wydania; 12) informację o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska; 13) informację o ograniczeniach w wykonywaniu zawodu; 14) nazwę ukończonej szkoły pielęgniarskiej lub szkoły położnych, numer dyplomu i datę jego wydania oraz rok ukończenia tej szkoły; 15) datę rozpoczęcia wykonywania zawodu; 16) datę i miejsce rozpoczęcia i ukończenia stażu podyplomowego – jeżeli dotyczy; 17) datę i rodzaj ukończonego kształcenia podyplomowego, nazwę organizatora kształcenia wydającego zaświadczenie oraz w przypadku szkolenia specjalizacyjnego – numer dyplomu oraz datę jego wystawienia; 18) stopień naukowy, datę jego uzyskania oraz nazwę organu nadającego stopień; 19) tytuł naukowy, datę jego uzyskania oraz nazwę organu nadającego tytuł; 20) nazwę pracodawcy oraz datę zatrudnienia i stanowisko, poczynając od daty rozpoczęcia wykonywania zawodu; 21) informację o prowadzeniu indywidualnej, indywidualnej specjalistycznej lub grupowej praktyki wraz z numerem wpisu do właściwego rejestru; 22) informację o zaprzestaniu wykonywania zawodu; 23) informację o czasowym zaprzestaniu wykonywania zawodu; 24) informację o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu; 25) informację o przyczynie wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu; 26) stosunek do służby wojskowej – w odniesieniu do obywateli Rzeczypospolitej Polskiej; 27) informację o skreśleniu z rejestru pielęgniarek lub rejestru położnych prowadzonego przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych;

¹²¹ Na rolę rejestrów zwrócił uwagę Z. Leoński [w:] K. Wojtczak, Z. Leoński, *Komentarz do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej...*, s. 7 i n.

28) datę zgonu. Rejestr jest prowadzony w formie elektronicznej w sposób uniemożliwiający uszkodzenie lub zniszczenie danych. Dane zawarte w rejestrach nie mogą być z nich usunięte. Wpisu danych dokonuje się na podstawie dokumentów przedstawionych przez pielęgniarkę w postępowaniu w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu. Wpisu dokonuje się niezwłocznie po podjęciu uchwały przez okręgową radę pielęgniarek i położnych w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej. Zmiany danych pielęgniarki wpisanych do rejestrów dokonuje się na podstawie pisemnego oświadczenia pielęgniarki lub położnej. Okręgowa rada pielęgniarek i położnych na wniosek osoby wpisanej do rejestru niezwłocznie wydaje wypis z rejestru w zakresie dotyczącym tej osoby. Wydanie wypisu jest bezpłatne (art. 48 ust. 1–6 u.z.p.p.).

Okręgowa rada pielęgniarek i położnych prowadzi rejestr obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujących na terenie tej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej. Rejestr ten zawiera następujące dane pielęgniarki: 1) imię (imiona) i nazwisko; 2) obywatelstwo (obywatelstwa); 3) miejsce i datę urodzenia; 4) nazwę i numer oraz kraj wydania dokumentu potwierdzającego tożsamość; 5) adres miejsca zamieszkania w państwie, w którym na stałe wykonuje zawód pielęgniarki lub położnej; 6) adres pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; 7) cechy identyfikacyjne zaświadczenia wydanego przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej, potwierdzającego wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej w tym państwie; 8) cechy identyfikacyjne zaświadczenia wydanego przez odpowiednie władze lub organizacje państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub innego dokumentu potwierdzającego posiadanie jednego z dyplomów, świadectw lub innych dokumentów potwierdzających posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej; 9) cechy identyfikacyjne polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej dotyczącej wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej lub innego dokumentu potwierdzającego indywidualne lub zbiorowe środki zabezpieczenia w zakresie odpowiedzialności zawodowej; 10) okres, o ile jego określenie jest możliwe, miejsce i charakter zamierzonego okazjonalnego i czasowego wykonywania zawodu. Wpis danych do rejestru następuje niezwłocznie i jest bezpłatny. Dokonywanie zmian w tym rejestrze jest bezpłatne i nie może skutkować opóźnieniami lub utrudnieniami w czasowym i okazjonalnym wykonywaniu zawodu.

Okręgowa izba pielęgniarek i położnych może zwrócić się do odpowiedniej władzy lub organizacji państwa członkowskiego Unii Europejskiej, w którym pielęgniarka lub położna na stałe wykonuje zawód pielęgniarki lub położnej, o przedstawienie informacji potwierdzających, że pielęgniarka lub położna prowadzi działalność zgodnie z prawem, wykonuje zawód w sposób należyty, jak również że nie zostały na nią nałożone kary dyscyplinarne lub sankcje karne związane z wykonywaniem zawodu. Okręgowa izba pielęgniarek i położnych, na wniosek odpowiedniej władzy lub organizacji państwa członkowskiego Unii Europejskiej, udostępnia informacje pomocne

przy rozpatrywaniu skarg składanych przez świadczeniobiorcę na pielęgniarki i położne czasowo i okazjonalnie wykonujące zawód. Świadczeniobiorca, który złożył skargę, jest informowany o sposobie rozpatrzenia skargi. Okręgowa izba pielęgniarek i położnych udostępnia systemowi informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹²², dane objęte rejestrem (art. 49 u.z.p.p.).

Ustawodawca przewidział także udostępnianie okręgowym radom pielęgniarek i położnych informacji z rejestrów państwowych (art. 50 u.z.p.p.). Ma to miejsce w przypadku wątpliwości co do aktualności danych zawartych w rejestrze pielęgniarek i położnych, w szczególności dotyczących wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu z powodu śmierci pielęgniarki. W takim wypadku okręgowa rada pielęgniarek i położnych może zwrócić się do podmiotów prowadzących zbiory meldunkowe, zbiory PESEL oraz ewidencję wydanych i utraconych dowodów osobistych o przekazanie danych niezbędnych do aktualizacji rejestrów. Przekazanie danych, o których mowa w ust. 1, odbywa się w trybie udostępniania danych dla podmiotów określonych w ustawie z 24.09.2010 r. o ewidencji ludności.

Okręgowa rada pielęgniarek i położnych jest zobowiązana do przekazywania Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych danych, w formie elektronicznej, z prowadzonego przez siebie rejestru pielęgniarek, nie później niż w terminie siedmiu dni od daty dokonania wpisu do odpowiedniego rejestru (art. 48 ust. 7 u.z.p.p.).

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych prowadzi Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych w formie elektronicznej, w sposób uniemożliwiający jego uszkodzenie, zniszczenie lub dostęp osób nieupoważnionych. W rejestrze są gromadzone dane pielęgniarek i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej. Dane są gromadzone i aktualizowane na podstawie danych wpisanych do rejestrów prowadzonych przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych. Dane pielęgniarek i położnych, których prawo wykonywania zawodu wygasło, są usuwane z rejestrów po upływie 15 lat od dnia wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu (art. 43 u.z.p.p.).

Dane zawarte w rejestrze, wskazane w pkt 1, 10–13, 18 i 19, 21–24 i 26 Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych udostępnia w ramach informacji publicznej, w rozumieniu ustawy z 6.09.2001 r. o dostępie do informacji publicznej¹²³ (art. 44 u.z.p.p.).

Rejestr prowadzony przez samorząd zawodowy pełni jeszcze inną rolę. Z chwilą wpisania osoby wykonującej zawód pielęgniarki do rejestru osoba ta staje się członkiem samorządu pielęgniarek i położnych (art. 5 ust. 2 u.s.p.p.), co łączy się z wykonywaniem tego zawodu na obszarze działania struktury organizacyjnej samorządu za-

¹²² Dz.U. z 2019 r. poz. 408 ze zm.

¹²³ Dz.U. z 2019 r. poz. 1429.

wodowego, który dokonał wpisu do rejestru. Wpis do rejestru oznacza tym samym zamiar wykonywania zawodu na obszarze konkretnej okręgowej rady samorządu zawodowego. Co do zasady nie ma znaczenia miejsce zamieszkiwania danej osoby na terenie działalności samorządu zawodowego właściwego dla wykonywania zawodu (art. 5 ust. 1 u.s.p.p.). Jednocześnie wykonywanie zawodu na obszarze więcej niż jednego okręgowego samorządu zawodowego wymaga dokonania tylko jednego wpisu do rejestru, natomiast wykreślenie z rejestru jest równoznaczne z zaprzestaniem wykonywania zawodu na terenie działalności danego obszaru samorządu zawodowego. Wykreślenie z rejestru następuje także na czas wykonywania danego zawodu poza granicami RP¹²⁴.

Osoby wykonujące regulowany zawód pielęgniarki okazjonalnie i tymczasowo na terenie innego państwa członkowskiego podlegają przepisom o odpowiedzialności zawodowej obowiązującym w państwie, w którym świadczą usługi. W związku z tym państwa członkowskie mogą w celu ułatwienia stosowania przepisów wprowadzić automatyczną rejestrację tymczasową albo członkostwo *pro forma* w organizacji lub instytucji zawodowej. Wprowadzenie takiego rejestru pozostaje w gestii danego państwa członkowskiego, z założenia rejestr ten wprowadzany jest w drodze wyjątku. Decydując się na rejestrację usługodawców, należy zapewnić, aby taka rejestracja lub uzyskanie członkostwa nie spowodowały w żaden sposób opóźnienia ani utrudnienia w świadczeniu usług oraz nie wiązały się z dodatkowymi kosztami (art. 6 dyrektywy 2005/36/WE i art. 49 ust. 1–2 u.z.p.p.). Wpisy do rejestru muszą następować automatycznie, tj. z chwilą złożenia oświadczenia oraz wymaganych prawem dokumentów.

9. Podsumowanie

1. Wykonywanie zawodu pielęgniarki ustawodawca poddaje reglamentacji prawnej i uzależnia od spełnienia materialnych i formalnych warunków nabycia prawa do wykonywania tego zawodu. Stwierdzenie prawa wykonywania zawodu jest postępowaniem odrębnym od trybu przyznania cudzoziemcowi prawa wykonywania zawodu na stałe albo na czas określony. Wyznaczone w art. 35 i 36 u.z.p.p. przesłanki

¹²⁴ Pielęgniarka jest zobowiązana przedstawić odpowiednie dokumenty stwierdzające spełnienie wymagań ustawowych właściwej, ze względu na miejsce wykonywania zawodu, okręgowej radzie pielęgniarek i położnych, bez względu na miejsce zamieszkiwania przez daną osobę. Jeżeli osoba wykonująca zawód pielęgniarki lub położnej zamierza wykonywać zawód na obszarze działania dwóch lub więcej okręgowych izb, jest zobowiązana dokonać wyboru okręgowej izby, której będzie członkiem. W przypadku zamiaru rozpoczęcia wykonywania zawodu na obszarze innej okręgowej izby, jeżeli w wyniku tego miałyby dojść do zmiany dotychczasowej okręgowej izby, pielęgniarka i położna składają wniosek o wykreślenie ich z rejestru dotychczasowej okręgowej izby wraz z informacją o dokonanych wyborze okręgowej izby, której chcą zostać członkami. Po otrzymaniu uchwały o wykreśleniu z rejestru z dotychczasowej okręgowej izby pielęgniarka i położna składają wniosek o wpis do rejestru wybranej przez siebie okręgowej izby. W przypadku wykonywania zawodu wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarka i położna składają wniosek o wykreślenie z rejestru wraz z informacją o miejscu wykonywania zawodu (art. 5 u.s.p.p.).

uzyskania tego prawa nie mogą być zastąpione regulacją przesłanek stwierdzenia prawa wykonywania zawodu w trybie art. 28 u.z.p.p.

2. Dyrektywa 2005/36/WE wskazała na konieczność wprowadzenia uniwersalnej legitymacji zawodowej ważnej na terytorium całej Unii Europejskiej. Zgodnie z motywem 32 preambuły dyrektywy 2005/36/WE wprowadzenie przez stowarzyszenia lub organizacje zawodowe legitymacji zawodowych na szczeblu europejskim ułatwia mobilność przedstawicieli danych zawodów m.in. zawodu pielęgniarki, w szczególności poprzez przyspieszenie wymiany informacji pomiędzy przyjmującym państwem członkowskim a państwem członkowskim pochodzenia. Legitymacja zawodowa umożliwia monitorowanie kariery osób wykonujących dany zawód, prowadzących działalność w różnych państwach członkowskich.

3. Zgodnie z art. 51 ust.1 u.z.p.p. okręgowa rada pielęgniarek i położnych, na wniosek osoby będącej członkiem tej izby, wydaje:

- a) zaświadczenie stwierdzające, że pielęgniarka posiada kwalifikacje zgodne z wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz że posiadany dyplom, świadectwo lub inny dokument potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji odpowiada dokumentom potwierdzającym formalne kwalifikacje pielęgniarki lub położnej wynikające z przepisów prawa Unii Europejskiej,
- b) zaświadczenie o przebiegu pracy zawodowej,
- c) inne zaświadczenia wymagane przez odpowiednie władze lub organizacje państw członkowskich Unii Europejskiej zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej,
- d) europejską legitymację zawodową na zasadach określonych w przepisach ustawy z 22.12.2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej¹²⁵.

¹²⁵ Dz. U. z 2020 r. poz. 220.

Rozdział 3

KSZTAŁCENIE PIELĘGNIAREK

1. Uwagi ogólne

Współczesne tempo rozwoju naukowo-technicznego powoduje, że wiedza uzyskana m.in. w toku studiów akademickich stopniowo traci na aktualności. Konieczne jest zatem, aby osoby wykonujące zawód pielęgniarki przez cały okres aktywności zawodowej ustawicznie doskonaliły swoje umiejętności zawodowe w celu odnawiania, rozszerzania i pogłębiania posiadanych kwalifikacji ogólnych i zawodowych¹. Od stanu wiedzy osób wykonujących zawód pielęgniarki zależy jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Systematyczne doksztalcanie pozwala tym osobom przede wszystkim wyeliminować czynności, które pod wpływem nowych badań odrzucono jako bezskuteczne czy wręcz szkodliwe. Jak podkreśla R. Kędziora, osoba, która nie będzie realizowała obowiązku ustawicznego kształcenia się, w przypadku toczącego się przeciwko niej postępowaniu o błąd medyczny nie będzie mogła powołać się na fakt, że zastosowana przez nią metoda była w czasie jej studiów pielęgniarskich (czy nauki w szkole zawodowej) zalecana, jeżeli skutek postępu medycyny została ona bezspornie odrzucona jako szkodliwa czy nieskuteczna. Podobnie będzie, jeśli nie stosuje ona metody powszechnie znanej i stosowanej – przed odpowiedzialnością nie uchroni jej tłumaczenie, że nie zaznajomiono jej z nią podczas studiów czy nauki².

Doskonalenie zawodowe jest dla pielęgniarek nie tylko obowiązkiem, ale i prawem, co może być szczególnie istotne dla osób wykonujących zawód pielęgniarki zarówno w ramach zatrudnienia pracowniczego, jak i niepracowniczego, mogą one powołać się na to prawo wobec pracodawcy lub zleceniodawcy. W zakresie realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego podkreśla się korzystniejszą sytuację prawną osób pozostających w zatrudnieniu pracowniczym w porównaniu do osób wykonujących

¹ Ustawa o zawodach lekarza..., s. 344.

² R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009.

zawód medyczny na podstawie zatrudnienia niepracowniczego, tzn. umów cywilnoprawnych lub samozatrudnienia³, jednak opinia taka tylko częściowo znajduje potwierdzenie w obowiązującym stanie prawnym.

Strategia uczenia się przez całe życie (tzw. edukacja ustawiczna) jest także jednym z podstawowych elementów wspólnotowego modelu *flexicurity*, którego celem jest zagwarantowanie wysokiego poziomu pewności pracy przez możliwość szybkiego jej uzyskania i lepszych szans rozwoju zawodowego w warunkach szybko zmieniającej się gospodarki⁴. Zdobywanie niezbędnych kwalifikacji musi zatem następować głównie w toku pracy⁵. Rosnąca konkurencyjność globalna i rozwój technologii informacyjnych wymagają wzrostu elastyczności zatrudnienia, a podnoszenie poziomu wykształcenia jest czynnikiem niezbędnym dla właściwego funkcjonowania rynku pracy⁶, ale także sposobem rozwijania kariery zawodowej dla osób wykonujących zawód pielęgniarstwa⁷.

2. Standardy kształcenia pielęgniarstwa w prawie europejskim

Na gruncie ustawodawstwa europejskiego szczególne znaczenie w zakresie kształtowania standardów kształcenia pielęgniarstwa ma Rada Europy i Unia Europejska.

Rada Europy uwzględnia założenie edukacji w art. 10 EKS, natomiast kluczowym dokumentem z punktu widzenia tematu opracowania jest Europejskie porozumienie w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarstwa sporządzone w Strasburgu 25.10.1967 r. Porozumienie zostało otwarte do podpisu dla państw członkowskich Rady Europy, Polska ratyfikowała je w 1996 r.⁸ Nawiązując zwłaszcza do Europejskiej Karty Spo-

³ S. Molęda, *Prawo dla lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2007, s. 27 i n.

⁴ Kwestia ta znalazła odzwierciedlenie w proponowanych dla krajów UE tzw. ścieżkach dochodzenia do *flexicurity*. Por. E. Kryńska, *Podstawowe cele i kierunki polityki rynku pracy w dokumentach programowych Unii Europejskiej i Polski* [w:] *Flexicurity w Polsce: diagnoza, rekomendacje. Raport końcowy z badań*, red. E. Kryńska, Warszawa 2009, s. 15.

⁵ Ł. Arendt, *Koszty szkolenia – kto ma za to zapłacić? Wnioski z teorii kapitału ludzkiego*, PS 2009/1, s. 2 i n.

⁶ W. Jarecki, *Poziom wykształcenia a kształcenie ustawiczne w Polsce i w Unii Europejskiej*, PS 2006/8, s. 8; M. Sot, *Miejsce Polski w budowaniu gospodarki opartej na wiedzy w kontekście członkostwa w Unii Europejskiej* [w:] *Aktywna polityka społeczna z perspektywy Europy socjalnej*, red. K. Piątek, A. Karwacki, Toruń 2007, s. 353 i n.

⁷ A. Frąckiewicz-Wronka, *Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską. Wybrane aspekty zachodzących zmian*, Katowice 2001, s. 150.

⁸ Oświadczenie rządowe z 22.03.1996 r. w sprawie ratyfikacji przez Rzeczpospolitą Polską Europejskiego porozumienia w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarstwa, sporządzonego w Strasburgu 25.10.1967 r. (Dz.U. Nr 83, poz. 385). Zgodnie z oświadczeniem: „Podaje się niniejszym do wiadomości, że zgodnie z artykułem 4 ustęp 2 Europejskiego porozumienia w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarstwa, sporządzonego w Strasburgu w dniu 25.10.1967 r., został złożony dnia 30.01.1996 r. dokument ratyfikacyjny wyżej wymienionego porozumienia Sekretarzowi Generalnemu Rady Europy jako de-

łecznej, wyrażono przekonanie, że podpisanie regionalnego porozumienia w sprawie harmonizacji szkolenia i kształcenia pielęgniarek przyczyni się do postępu społecznego i zagwarantuje poziom fachowy pielęgniarek, niezbędny dla ich zatrudnienia na terytorium każdej z umawiających się stron na równych prawach z obywatelami danego kraju, uznając za konieczne ustalenie podstawowych standardów. Porozumienie zawarto na czas nieokreślony (art. 10). Objęło ono swoją regulacją tylko „personel pielęgniarstwa z przeszkoleniem ogólnym”, zarówno męski, jak i żeński, wyłączając personel wyszkolony jedynie w dziedzinie zdrowia publicznego, opieki nad noworodkami i chorymi dziećmi, położnictwa lub zdrowia psychicznego (art. 1 ust. 2 porozumienia).

W porozumieniu podano definicję pielęgniarki z przeszkoleniem ogólnym, zgodnie z którą pełni ona następujące podstawowe funkcje:

- 1) sprawuje fachową opiekę pielęgniarstwa nad pacjentami, zgodną z wymogami oraz fizycznymi, emocjonalnymi i duchowymi potrzebami pacjenta, bez względu na to, czy opieka sprawowana jest w instytucjach opieki zdrowotnej, domu, szkole czy miejscu pracy;
- 2) obserwuje sytuacje i stany fizyczne oraz emocjonalne mające istotny wpływ na zdrowie oraz przekazuje swoje obserwacje innym członkom zespołu opieki zdrowotnej;
- 3) szkoli i odgrywa rolę wiodącą dla personelu pomocniczego, od którego wymaga się zaspokajania potrzeb z zakresu opieki pielęgniarstwa we wszystkich instytucjach zdrowotnych.

Funkcje te obejmują także ocenę potrzeb pielęgniarstwa indywidualnego pacjenta oraz wyznaczanie personelu do opieki zgodnie z potrzebami danego pacjenta w określonym czasie (rozdział I załącznika do porozumienia).

pozytariuszowi powyższego porozumienia. W trakcie składania dokumentu ratyfikacyjnego zostało złożone następujące zastrzeżenie: «Polska będzie korzystać do 2000 r. z zastrzeżenia, o którym mowa w pkt 3 załącznika II». Zgodnie z artykułem 5 ustęp 2 wymienionego porozumienia, wchodzi ono w życie w stosunku do Rzeczypospolitej Polskiej dnia 1.05.1996 r. Jednocześnie podaje się do wiadomości, co następuje: 1. Zgodnie z artykułem 5 ustęp 1 niniejszego porozumienia, weszło ono w życie w dniu 7.08.1969 r. 2. Następujące państwa stały się jego stronami, składając dokumenty ratyfikacyjne lub przystąpienia w niżej podanych datach: Austria 9.11.1972, Dania 25.10.1967, Francja 3.09.1974, Niemcy 8.02.1973, Irlandia 7.12.1971, Włochy 7.06.1974, Malta 6.05.1969, Szwajcaria 19.08.1970, Wielka Brytania 21.12.1967». W oświadczeniu zawarto teksty zastrzeżenia złożone przez poszczególne państwa. Polska złożyła zastrzeżenia do pkt 3 załącznika II do porozumienia: „Każda z Umawiających się Stron może oświadczyć, że zastrzega sobie prawa do: 1) nieprzezwyciężania postanowień rozdziału II załącznika I, zakładając że kandydaci mogą osiągnąć poziom kulturalny i intelektualny równy poziomowi ośmiu lat wykształcenia ogólnego; 2) nieprzezwyciężania postanowień rozdziału II załącznika I, stwierdzając, że kandydaci nie muszą posiadać ogólnie uznanego świadectwa ukończenia szkoły; 3) nieprzezwyciężania postanowień rozdziału III załącznika I, określając inną liczbę godzin szkolenia teoretycznego i formalnego niż ta, o której mowa w tym rozdziale; 4) nieprzezwyciężania postanowień rozdziału III załącznika I: i) uznając w programie nauki i szkolenia praktycznego opiekę nad matką i noworodkiem, zdrowie psychiczne i psychiatrię oraz opiekę nad starszymi i geriatrię za przedmioty fakultatywne, albo ii) zastrzegając, że zdrowie psychiczne i psychiatria nie będą wchodzić w zakres szkolenia klinicznego”.

Określono też przesłanki wymagane od kandydatów ubiegających się o przyjęcie do szkół pielęgniarskich. Powinni oni reprezentować poziom kultury i rozwoju intelektualnego równy poziomowi przynajmniej 10 lat wykształcenia ogólnego. Dlatego też powinni posiadać ogólnie uznawane świadectwo ukończenia szkoły na tym poziomie lub muszą zdać egzamin wstępny o równorzędnym poziomie (rozdział II załącznika do porozumienia). Program kształcenia pielęgniarek powinien obejmować minimum 4600 godzin nauki pielęgniarstwa podstawowego. Przynajmniej połowa czasu przeznaczanego na naukę powinna być poświęcona na szkolenie kliniczne (praktykę). Niemniej jednak liczba godzin szkolenia teoretycznego i formalnego nie powinna być mniejsza od 1/3 całego programu szkolenia.

Szkolenie teoretyczne i formalne powinno obejmować wszystkie aspekty pielęgniarstwa, jak również profilaktykę chorób, oświatę zdrowotną, rehabilitację, działanie i podawanie leków oraz zagadnienia żywienia i dietetyki, a także udzielanie pierwszej pomocy, reanimację i teorię transfuzji krwi. Teoria i praktyka powinny być koordynowane i integrowane w trakcie realizacji programu. Przedmioty, które powinny być objęte programem, można podzielić na dwie następujące grupy:

- 1) pielęgniarstwo: orientacja zawodowa i etyka; ogólne pojęcie zdrowia i zasady pielęgnowania; zasady opieki pielęgniarskiej w dziedzinie: medycyny ogólnej i specjalizacji medycznych, chirurgii ogólnej i specjalizacji chirurgicznych, opieki nad dziećmi i pediatrii, opieki nad matką i noworodkiem, zdrowia psychicznego i psychiatrii, opieki nad starszymi i geriatrii;
- 2) nauki podstawowe: anatomia i fizjologia; patologia ogólna; bakteriologia, wirusologia, parazytologia; biofizyka i biochemia; higiena: medycyna zapobiegawcza, oświata zdrowotna; nauki społeczne: socjologia, psychologia, zasady zarządzania, zasady nauczania (dydaktyka), ustawodawstwo społeczne i zdrowotne, prawne aspekty pielęgniarstwa.

Szkolenie kliniczne (praktyka kliniczna) powinno obejmować wszystkie aspekty roli pielęgniarki, łącznie z profilaktyką chorób, oświatą zdrowotną, pierwszą pomocą, reanimacją i transfuzją krwi. Powinno ono obejmować także: medycynę ogólną i specjalizacje medyczne, chirurgię ogólną i specjalizacje chirurgiczne, opiekę nad dziećmi i pediatrię, opiekę macierzyńską, zdrowie psychiczne i psychiatrię (w wyspecjalizowanych placówkach, jeśli to możliwe), opiekę nad starszymi i geriatrię.

W porozumieniu stwierdzono, że przy wyborze tych dziedzin należy uwzględnić następujące czynniki:

- 1) zdobyte doświadczenie praktyczne powinno mieć wartość edukacyjną. Dlatego niezbędne jest posiadanie: dobrze wyszkolonego personelu zapewniającego zadowalającą opiekę pielęgniarską, odpowiedniej bazy, wyposażenia i zaopatrzenia zapewniających opiekę pielęgniarską nad pacjentami;
- 2) we wszystkich oddziałach lub jednostkach, do których przydzielane są uczniowie szkół pielęgniarskich na okres odbywania praktyki, powinna być przez cały

okres przynajmniej jedna wykwalifikowana pielęgniarka prowadząca nadzór oraz wystarczająca liczba personelu pomocniczego, aby uniknąć podejmowania przez uczniów zadań niemających wartości edukacyjnej z pielęgniarstwa punktu widzenia;

- 3) wykwalifikowane pielęgniarki w oddziałach lub w jednostkach zatwierdzonych do realizacji praktyk powinny pomagać w nadzorowaniu i szkoleniu uczniów, za których odpowiedzialny jest personel dydaktyczny (rozdział III załącznika do porozumienia).

W porozumieniu określono także wymagania, które powinny być spełnione przy organizacji szkół pielęgniarstwa, ich zarządzaniu i finansowaniu. Wyraźnie wskazano, że nauka musi być prowadzona przez wykwalifikowanych nauczycieli: lekarzy, pielęgniarki i specjalistów różnych dyscyplin.

Dokumentacja ukończenia programu nauczania powinna być zachowana, a jej autentyczność zagwarantowana przez kompetentne władze. Powinna ona obejmować: szczegóły dotyczące odbytych kursów, wyniki testów i egzaminów, ocenę uzdolnień osobistych i zawodowych wykazanych przez ucznia w trakcie nauki. Końcowy egzamin powinien obejmować pisemne, praktyczne i ustne testy, a jego pozytywny wynik powinien być wpisany do świadectwa.

W formie zalecenia odniesiono się do minimalnego wieku wymaganego przy ubieganiu się o przyjęcie do szkół pielęgniarstwa. Zgodnie z nim nie należy ustalać sztywnej granicy minimalnego wieku przy przyjmowaniu kandydatów do szkół pielęgniarstwa. W krajach, w których wykształcenie ogólne jest objęte programem szkoły, wiek kandydatów ubiegających się o przyjęcie może być znacznie niższy niż tam, gdzie wykształcenie ogólne jest warunkiem niezbędnym. Dojrzałość zależy również od warunków społecznych i klimatycznych. Na ogół uczniowie nie powinni stykać się z pacjentami i środowiskiem szpitalnym przed ukończeniem 17–19 roku życia w zależności od kraju.

Do koncepcji edukacji ustawicznej bezpośrednio nawiązano w art. 14 ust. 1 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej, wskazując, że każdy ma prawo do nauki i dostępu do kształcenia zawodowego i ustawicznego⁹. We wtórnym prawie Unii Europejskiej materia ta znalazła swój wyraz przede wszystkim w przepisach antydiskryminacyjnych.

Dyrektywa 2005/36/WE reguluje zasady uznawania kwalifikacji zawodowych, natomiast nie podejmuje wprost kwestii kształcenia ustawicznego. Natomiast wyrazem zainteresowania UE tym problemem jest wspólnotowy dokument Zielona księga

⁹ Karta praw podstawowych Unii Europejskiej (Dz.Urz. UE z 2016 r. C 202, s. 389).

modernizacji prawa pracy w celu sprostania wyzwaniom XXI w.¹⁰ i popularyzowana w krajach UE strategia *flexicurity*¹¹.

3. Kształcenie przeddyplomowe – szkoły pielęgniarskie

Pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej. Szkołą pielęgniarską jest uczelnia prowadząca kształcenie na kierunku pielęgniarstwo na poziomie: 1) studiów pierwszego stopnia; 2) studiów drugiego stopnia. Generalną zasadą jest, że kształcenie w szkole pielęgniarskiej studiów pierwszego stopnia trwa co najmniej trzy lata i obejmuje co najmniej 4600 godzin kształcenia zawodowego, w tym kształcenie kliniczne stanowi co najmniej 1/2, a kształcenie teoretyczne co najmniej 1/3 wymiaru kształcenia (art. 52 ust. 1 i 2 oraz ust. 3 pkt 1 u.z.p.p.). Ustawodawca przewiduje od tej zasady wyjątek w postaci studiów zawodowych, tzw. studia uzupełniające, potocznie nazywane kształceniem pomostowym. Wówczas kształcenie może trwać krócej niż trzy lata w przypadku pielęgniarek, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie pielęgniarki, jeżeli po ich ukończeniu uzyskały wiedzę, kwalifikacje i umiejętności odpowiadające wiedzy, kwalifikacjom i umiejętnościom uzyskiwanym po ukończeniu studiów pierwszego stopnia (art. 52 ust. 3 pkt 2 u.z.p.p.). Studia, o których mowa, są prowadzone w systemie stacjonarnym i niestacjonarnym. Treści programowe studiów realizowanych w obu systemach są takie same, przy czym czas trwania studiów prowadzonych w systemie niestacjonarnym nie może być krótszy niż czas trwania studiów prowadzonych w systemie stacjonarnym (art. 55 ust. 1 u.z.p.p.). Uregulowania szczegółowe określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 14.06.2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcącą w zawodzie pielęgniarki i położnej¹². Do podjęcia studiów uzupełniających uprawnia świadectwo dojrzałości oraz dyplom ukończenia w przypadku pielęgniarek (§ 1 rozporządzenia):

- 1) pięcioletniego liceum medycznego;
- 2) dwuletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie pielęgniarki;
- 3) dwuipółletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie pielęgniarki;

¹⁰ Rezolucja Parlamentu Europejskiego z 11.07.2007 r. w sprawie modernizacji prawa pracy w celu sprostania wyzwaniom XXI wieku, 2007/2023(INI).

¹¹ A. Dral, *Podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez pracowników z inicjatywy lub za zgodą pracodawcy*, „Monitor Prawa Pracy” 2010/11, s. 568; K. Czerwińska, *Flexicurity jako koncepcja polityki społecznej i zatrudnienia*, PS 2008/3, s. 13 i n.; E. Kryńska, Z. Wiśniewski, *Trzynaście tez w sprawie reformy polityki państwa na rynku pracy w Polsce*, PS 2007/9, s. 1 i n.

¹² Dz.U. poz. 770.

- 4) trzyletniej szkoły policealnej albo pomaturalnej, kształcącej w zawodzie pielęgniarki.

W przypadku pielęgniarek czas trwania studiów zawodowych nie może być krótszy niż (§ 2 rozporządzenia):

- 1) dwa semestry lub 1150 godzin – dla absolwentów pięcioletnich liceów medycznych;
- 2) trzy semestry lub 2410 godzin – dla absolwentów dwuletnich szkół policealnych albo pomaturalnych;
- 3) dwa semestry lub 1984 godziny – dla absolwentów dwuipółletnich szkół policealnych albo pomaturalnych;
- 4) dwa semestry – dla absolwentów trzyletnich szkół policealnych albo pomaturalnych.

Program kształcenia na studiach zawodowych, w tym wymiar zajęć teoretycznych, praktycznych i praktyk zawodowych, ustala uczelnia, uwzględniając różnice pomiędzy treściami kształcenia określonymi w standardach kształcenia dla kierunków studiów pielęgniarstwo oraz programami nauczania zrealizowanymi odpowiednio w wymienionych wyżej szkołach. Program kształcenia dla pielęgniarek pięcioletniego liceum medycznego uczelnia ustala, uwzględniając wymagania dotyczące treści kształcenia określone w załączniku do rozporządzenia. Program kształcenia dla tych pielęgniarek obejmuje kształcenie teoretyczne, stanowiące nie mniej niż 400 godzin programu kształcenia, i kształcenie praktyczne, stanowiące nie mniej niż 750 godzin tego programu. Dla pielęgniarek, które ukończyły naukę w pozostałych z wymienionych szkół, program kształcenia obejmuje kształcenie teoretyczne, stanowiące nie mniej niż 33% programu kształcenia, i kształcenie praktyczne, stanowiące nie mniej niż 50% tego programu. Przewidziane w programie kształcenia zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe mogą zostać zaliczone na wniosek studenta na podstawie udokumentowanego doświadczenia zawodowego, w zakresie wykonywanych czynności odpowiadających przedmiotowi zajęć praktycznych lub praktyk zawodowych, z uwzględnieniem długości stażu pracy: 1) w przypadku pielęgniarek będących absolwentkami pięcioletniego liceum medycznego, nie więcej jednak niż 30% wymiaru tych zajęć i praktyk; 2) w przypadku pozostałych pielęgniarek, nie więcej jednak niż 50% wymiaru tych zajęć i praktyk. Zaliczenia zajęć praktycznych i praktyk zawodowych dokonuje kierownik podstawowej jednostki organizacyjnej uczelni prowadzącej studia zawodowe, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych (§ 3 rozporządzenia).

Po zaliczeniu przewidzianych programem kształcenia na studiach zawodowych zajęć teoretycznych i praktycznych oraz praktyk zawodowych student przystępuje do teoretycznego i praktycznego egzaminu kończącego studia zawodowe. Terminy i miejsce egzaminów oraz komisję egzaminacyjną wyznacza kierownik podstawowej jednostki organizacyjnej uczelni prowadzącej studia zawodowe. W skład komisji egzaminacyjnej wchodzi przewodniczący komisji egzaminacyjnej i członkowie komisji

egzaminacyjnej. O terminach i miejscu egzaminów kierownik jednostki zawiadamia studenta oraz komisję egzaminacyjną w terminie nie krótszym niż 14 dni przed dniem egzaminu. Egzamin teoretyczny i praktyczny nie może być przeprowadzany w tym samym dniu. Komisja egzaminacyjna ocenia łącznie wyniki egzaminu teoretycznego i praktycznego, podejmując uchwałę zwykłą większością głosów. W razie równej liczby głosów decyduje głos przewodniczącego komisji egzaminacyjnej. Ocenę łączną egzaminu kończącego studia zawodowe określa się łącznym stopniem: celujący, bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny. Z przebiegu egzaminu kończącego studia zawodowe wyznaczony przez przewodniczącego komisji egzaminacyjnej członek komisji egzaminacyjnej sporządza protokół, który podpisują przewodniczący i członkowie komisji egzaminacyjnej; protokół zawiera w szczególności wynik egzaminu kończącego studia zawodowe (§ 4 rozporządzenia).

Już wykładnia literalna przepisów wskazuje, że studia w omawianym trybie mogą odbyć tylko osoby, które ukończyły w Polsce jedną ze wskazanych szkół i uzyskały dowód formalny – dyplom ukończenia takiej szkoły. A zatem z tego trybu nauki w ramach studiów uzupełniających w krótszym czasie niż trzy lata nie mogą skorzystać osoby, które nie spełniają wymogów formalnych, np. cudzoziemcy przybywający do Polski.

Cudzoziemiec, aby uzyskać świadectwo ukończenia szkoły pielęgniarskiej w Polsce, musi odbyć kształcenie w szkole pielęgniarskiej studiów pierwszego stopnia, które trwa co najmniej 3 lata i obejmuje co najmniej 4600 godzin kształcenia zawodowego, a w którym kształcenie kliniczne stanowi co najmniej 1/2, a kształcenie teoretyczne co najmniej 1/3 wymiaru kształcenia (art. 55 w zw. z art. 35 ust. 1 pkt 5 u.z.p.p.).

Celem wprowadzenia studiów zawodowych było umożliwienie uzyskania wyższego wykształcenia polskim pielęgniarkom, które uzyskały tytuł dyplomowanej pielęgniarki w systemie kształcenie sprzed 1.05.2004 r., a więc przed wejściem Polski do UE. Kwestię tę definitywnie rozstrzyga art. 33 ust. 3 dyrektywy 2005/36/WE, który stanowi: „Państwa członkowskie uznają dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji pielęgniarki, które:

- a) zostały wydane w Polsce pielęgniarkom, które przed dniem 1 maja 2004 r. ukończyły kształcenie niespełniające minimalnych wymogów w zakresie kształcenia określonych w art. 31; oraz
- b) są potwierdzone dyplomem licencyjnym uzyskanym na podstawie specjalnego programu kształcenia określonego w:
 - (i) art. 11 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dziennik Ustaw z 2004 r. Nr 92, poz. 885 i z 2007 r. Nr 176, poz. 1237) i w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 maja 2004 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów zawodowych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo przeznaczonych dla pielęgniarek i położnych posiadających świadectwo

- dojrzałości i będących absolwentkami liceów medycznych oraz medycznych szkół zawodowych kształcących w zawodzie pielęgniarok i położnej (Dziennik Ustaw z 2004 r. Nr 110, poz. 1170 i z 2010 r. Nr 65, poz. 420); albo
- (ii) art. 52 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarok i położnej (Dziennik Ustaw z 2011 r. Nr 174, poz. 1039) i w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarok i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcącą w zawodzie pielęgniarok i położnej (Dziennik Ustaw z 2012 r., poz. 770), w celu potwierdzenia, że dana pielęgniarok posiada wiedzę i umiejętności porównywalne z tymi, jakie mają pielęgniarok posiadające kwalifikacje, które w przypadku Polski określono w załączniku V pkt 5.2.2”.

4. Obowiązek i prawo stałego aktualizowania wiedzy i podnoszenia umiejętności zawodowych

Dla osób wykonujących zawód pielęgniarok obowiązek stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności jest zarówno powinnością etyczną¹³, jak i obowiązkiem prawnym. Prawny obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego przez osoby wykonujące zawód pielęgniarok i położnej określił art. 61 ust. 1 u.z.p.p.¹⁴ Za spełnienie tego obowiązku uważa się również kształcenie podyplomowe odbywane w ramach studiów podyplomowych w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia (art. 61 ust. 2 u.z.p.p.). Zagadnienie to szczegółowo zostało uregulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 12.12.2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne.

Systematyczne doksztalcanie pozwala tym osobom przede wszystkim wyeliminować czynności, które pod wpływem nowych badań odrzucono jako bezskuteczne czy wręcz szkodliwe. Z obowiązkiem doksztalcania wiąże się obowiązek śledzenia aktualnego stanu wiedzy medycznej (art. 11 ust. 1 u.z.p.p.). Przepisy prawa nie definiują terminu „doskonalenie zawodowe”, natomiast wskazują na zakres aktywności zawodowej objęty pojęciem kształcenia podyplomowego (art. 66 ust. 1

¹³ „Obowiązkiem pielęgniarok (...) jest ciągle podnoszenie kwalifikacji zawodowych” – część szczegółowa II. Pielęgniarok/położna a praktyka zawodowa i nauka, pkt 1 KEPP.

¹⁴ Art. 61 ust. 5 u.z.p.p.: „Pielęgniarok i położna pełniące zawodową służbę wojskową odbywają kształcenie podyplomowe na swój wniosek, na podstawie wydanego przez Ministra Obrony Narodowej skierowania do organizatora kształcenia lub bez skierowania – na podstawie umowy zawartej z organizatorem kształcenia”.

pkt 1–4 u.z.p.p.)¹⁵. Termin „doskonalenie zawodowe” w rozumieniu art. 61 ust. 1 u.z.p.p. jest używany na oznaczenie wszelkich form nauki i dokształcania podejmowanych po uzyskaniu pełnego prawa wykonywania zawodu i wykracza poza uzyskanie specjalizacji i ukończenie kursu, ale nie obejmuje stażu podyplomowego¹⁶. Doskonalenie zawodowe jest procesem aktualizowania i pogłębiania wiedzy i umiejętności związanych z wykonywanym zawodem, umożliwiającym osiągnięcie mistrzostwa oraz lepszej pozycji ekonomicznej i społecznej. Ogólnie można powiedzieć, że doskonalenie zawodowe na gruncie prawa medycznego jest pojęciem, które mieści w sobie szczegółowe formy doskonalenia, jak specjalizowanie się osób wykonujących zawód pielęgniarki¹⁷, kursy, ale również działalność naukową, publikacyjną czy samodoskonalenie.

Ułatwienie w realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego osób wykonujących zawód pielęgniarki odbywa się według zasad określonych w ustawie pielęgniarskiej (art. 62–65 u.z.p.p.) i odnosi się do pielęgniarek wykonujących zawód na podstawie umowy o pracę. Brak obecnie ustawowych uregulowań określających zasady doskonalenia zawodowego dla osób wykonujących zawód pielęgniarki w ramach zatrudnienia niepracowniczego oraz w ramach praktyk zawodowych.

5. Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (CKPPiP) jest państwową jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, finansowaną z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest ten minister. Centrum jest kierowane przez dyrektora powoływanego i odwoływanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Minister nadaje, w drodze zarządzenia, statut Centrum, określający jego szczegółową strukturę organizacyjną, uwzględniając konieczność sprawnego wykonywania zadań wynikających z ustawy (art. 68 u.z.p.p.)¹⁸. Do osób zatrudnionych w Centrum stosuje się zasady określone dla pracowników

¹⁵ Rozporządzenie w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne.

¹⁶ G. Bartkowiak, *Podnoszenie kwalifikacji i samorozwój personelu medycznego* [w:] *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, red. M. Dobska, K. Rogoziński, Warszawa 2008, s. 397 i n.

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29.10.2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych.

¹⁸ Zarządzenie Ministra Zdrowia z 21.03.2012 r. w sprawie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (Dz.Urz. Min. Zdr. poz. 10 ze zm.). Zasady wynagradzania pracowników Centrum są regulowane przez rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 30.04.2008 r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą dla pracowników zatrudnionych w niektórych państwowych jednostkach budżetowych działających w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2018 r. poz. 2241 ze zm.).

zatrudnionych w państwowych jednostkach sfery budżetowej (§ 6 ust. 1 załącznika nr 1 do zarządzenia w sprawie CKPPiP).

Działalnością Centrum kieruje Dyrektor, który reprezentuje Centrum na zewnątrz. Dyrektora powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia. Dyrektor kieruje Centrum przy pomocy Zastępcy Dyrektora. Zastępcę Dyrektora zatrudnia Dyrektor za zgodą ministra właściwego do spraw zdrowia (§ 3 załącznika nr 1 do zarządzenia w sprawie CKPPiP). W skład Centrum wchodzi następujące komórki organizacyjne i samodzielne stanowiska pracy: 1) Biuro Administracyjne; 2) Biuro Analiz i Kształcenia Podyplomowego; 3) Biuro Finansowo-Księgowe; 4) Biuro Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego; 5) Biuro Programów Kształcenia; 6) Samodzielne Stanowisko Pracy Głównego Księgowego; 7) Samodzielne Stanowisko Pracy Głównego Specjalisty do Spraw Kadrowo-Płacowych; 8) Samodzielne Stanowisko Pracy Głównego Specjalisty do Spraw Organizacyjnych i Archiwizacji; 9) Samodzielne Stanowisko Pracy Informatyka IT; 10) Samodzielne Stanowisko Pracy Radcy Prawnego (§ 4 załącznika nr 1 do zarządzenia w sprawie CKPPiP).

Przedmiotem działalności Centrum jest wykonywanie zadań wynikających z przepisów ustawy z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarok i położnej oraz innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa (§ 2 załącznika nr 1 do zarządzenia w sprawie CKPPiP). Do zadań Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych należy (§ 1 załącznika nr 2 do zarządzenia w sprawie CKPPiP):

- 1) podejmowanie działań mających na celu realizację zadań wynikających z przepisów ustawy z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarok i położnej;
- 2) obsługa merytoryczna i finansowa umów o dofinansowanie ze środków publicznych szkoleń specjalizacyjnych;
- 3) wydawanie opinii w sprawach powołania kierowników szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinach, w których nie ma osób posiadających tytuł specjalisty;
- 4) wnioskowanie do ministra właściwego do spraw zdrowia o wyrażenie zgody na przeprowadzenie egzaminu państwowego dla liczby osób mniejszej niż 20;
- 5) opracowywanie regulaminu egzaminu państwowego oraz ustalanie, w terminie do dnia 31 grudnia każdego roku, na rok następny planu egzaminów państwowych w danej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i podawanie do publicznej wiadomości na zasadach określonych w przepisach o dostępie do informacji publicznej;
- 6) powoływanie zespołu opiniującego wniosok pielęgniarok lub położnej, posiadającej co najmniej stopień naukowy doktora oraz odpowiedni dorobek naukowy i zawodowy w dziedzinie, w której zamierza uzyskać tytuł specjalisty, o zwolnienie jej przez ministra właściwego do spraw zdrowia z obowiązku odbywania specjalizacji w części lub całości;
- 7) wydawanie pielęgniarokom i położnym dyplomu uzyskania tytułu specjalisty;
- 8) prowadzenie rejestru pielęgniarok i położnych, które uzyskały tytuł specjalisty;
- 9) realizacja zadań z zakresu nadzoru, o którym mowa w art. 83 u.z.p.p.;

- 10) prowadzenie archiwum dokumentów Centrum oraz nadzór nad archiwizacją dokumentacji;
- 11) współpraca w szczególności z:
 - a) organizatorami kształcenia,
 - b) organami prowadzącymi rejestr podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe,
 - c) Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych,
 - d) Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego,
 - e) stowarzyszeniami zawodowymi i towarzystwami naukowymi pielęgniarek i położnych,
 - f) konsultantami krajowymi i wojewódzkimi w dziedzinie medycyny, w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia,
 - g) pracownikami naukowymi uczelni wyższych kształcących w zawodach pielęgniarki, położnej,
 - h) organami administracji rządowej i samorządowej;
- 12) wykonywanie innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Dyrektor zapewnia prawidłowe i sprawne funkcjonowanie Centrum, w szczególności jest odpowiedzialny za (§ 2 ust. 1 załącznika nr 2 do zarządzenia w sprawie CKPPiP):

- 1) realizację zadań Centrum;
- 2) zarządzanie majątkiem Centrum;
- 3) ustalenie i nadzorowanie przestrzegania regulaminu pracy;
- 4) sporządzanie rocznych planów finansowych i sprawozdań z wykonania procesów gromadzenia środków publicznych i ich rozdysponowania;
- 5) zapewnienie nadzoru nad bezpieczeństwem i higieną pracy, ochroną przeciwpożarową i dyscypliną pracy w Centrum;
- 6) opracowywanie sprawozdań z działalności Centrum;
- 7) ustalanie procedur kontrolnych;
- 8) funkcjonowanie kontroli zarządczej w Centrum;
- 9) współpracę z:
 - a) komórkami organizacyjnymi Ministerstwa Zdrowia, w szczególności z Departamentem Pielęgniarek i Położnych w ramach realizowanych zadań w zakresie sprawowania przez Ministra Zdrowia nadzoru merytorycznego nad Centrum,
 - b) samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych,
 - c) organizatorami kształcenia,
 - d) organizacjami pozarządowymi działającymi w sferze ochrony zdrowia.

Do zadań Biura Analiz i Kształcenia Podyplomowego należy (§ 6 ust. 1 załącznika nr 2 do zarządzenia w sprawie CKPPiP):

- 1) określanie zapotrzebowania na kształcenie podyplomowe w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa;

- 2) opracowywanie analiz i ekspertyz z zakresu kształcenia podyplomowego;
- 3) prowadzenie działalności konsultacyjno-usługowej w zakresie zagadnień dotyczących jakości kształcenia podyplomowego;
- 4) określanie kryteriów i wskaźników oceny jakości kształcenia podyplomowego;
- 5) pełnienie funkcji rzeczoznawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na wybór organizatorów kształcenia, prowadzących szkolenia specjalizacyjne dla pielęgniarek i położnych;
- 6) obsługa merytoryczna umów zawieranych z organizatorami szkoleń specjalizacyjnych dofinansowanych przez Ministerstwo Zdrowia;
- 7) koordynowanie spraw organizacyjnych związanych z wykonywaniem czynności kontrolnych wynikających z nadzoru;
- 8) przygotowywanie do dnia 31 stycznia każdego roku planu kontroli merytorycznej organizatorów kształcenia na rok bieżący w ramach nadzoru;
- 9) przeprowadzanie kontroli merytorycznej organizatora kształcenia w zakresie właściwości komórki organizacyjnej, a w szczególności ocena zgodności realizacji zajęć z programem kształcenia i ocena prawidłowości prowadzonej dokumentacji przebiegu procesu kształcenia;
- 10) opracowywanie, na podstawie ustaleń zawartych w protokole, wystąpienia pokontrolnego wskazującego stwierdzone nieprawidłowości oraz zawierającego zalecenia pokontrolne;
- 11) monitorowanie organizacji i przebiegu kształcenia podyplomowego w zakresie zadań wynikających ze sprawowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia nadzoru nad zapewnieniem odpowiedniej jakości kształcenia;
- 12) prowadzenie działań związanych z pracami zespołu powołanego do opiniowania wniosku pielęgniarki lub położnej, posiadającej co najmniej stopień naukowy doktora i odpowiedni dorobek naukowy i zawodowy w dziedzinie, w której zamierza uzyskać tytuł specjalisty, o zwolnienie jej przez ministra właściwego do spraw zdrowia z obowiązku odbywania szkolenia specjalizacyjnego w części lub całości;
- 13) określanie standardowych wymagań dla organizatorów kształcenia podyplomowego;
- 14) opracowywanie materiałów pomocniczych i szkoleniowych dla organizatorów kształcenia;
- 15) współpraca z organizatorami kształcenia, w tym udzielanie konsultacji w zakresie organizacyjnym dydaktycznym i metodycznym;
- 16) prowadzenie ewidencji organizatorów kształcenia oraz podawanie do publicznej wiadomości listy organizatorów kształcenia;
- 17) monitorowanie procesu kształcenia na podstawie planów i harmonogramów kształcenia;
- 18) opracowywanie rocznych sprawozdań z realizacji kształcenia podyplomowego;
- 19) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi i samodzielnymi stanowiskami pracy;
- 20) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora.

Do zadań Biura Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego należy (§ 8 załącznika nr 2 do zarządzenia w sprawie CKPPiP):

- 1) opracowywanie standardowych wymagań dla egzaminu państwowego w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa oraz dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w tym opracowanie bazy zadań egzaminacyjnych oraz koordynowanie spraw związanych z przygotowaniem i aktualizacją zadań egzaminacyjnych;
- 2) opracowywanie jednolitych kryteriów egzaminu państwowego dla dziedzin pielęgniarstwa i dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia;
- 3) przedkładanie do dnia 30 listopada każdego roku projektu planu egzaminów państwowych dla dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia na rok następny;
- 4) organizowanie egzaminu państwowego w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa oraz dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia;
- 5) przyjmowanie, przetwarzanie, przechowywanie i przedkładanie państwowej komisji egzaminacyjnej dokumentacji pielęgniarki lub położnej ubiegającej się o dopuszczenie do egzaminu państwowego;
- 6) informowanie zainteresowanych o dopuszczeniu do egzaminu państwowego oraz terminie i miejscu jego przeprowadzenia, nie później niż na 30 dni przed datą egzaminu państwowego oraz informowanie o wynikach egzaminu;
- 7) zapewnianie obsługi organizacyjnej państwowej komisji egzaminacyjnej;
- 8) przygotowywanie dyplomów uzyskania tytułu pielęgniarki lub położnej specjalisty;
- 9) prowadzenie rejestru wydanych dyplomów;
- 10) prowadzenie dokumentacji egzaminu państwowego;
- 11) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi i samodzielnymi stanowiskami pracy;
- 12) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora.

Do zadań Biura Programów Kształcenia należy (§ 9 załącznika nr 2 do zarządzenia w sprawie CKPPiP):

- 1) określanie standardowych wymagań w zakresie programów kształcenia podyplomowego;
- 2) opracowywanie standardowych wymagań kwalifikacyjnych dla absolwentów różnych rodzajów kształcenia podyplomowego;
- 3) wnioskowanie do Dyrektora o powołanie zespołów programowych do opracowania programów kształcenia szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych;
- 4) powoływanie, na wniosek Dyrektora, zespołów ds. ewaluacji programów kształcenia oraz organizowanie i koordynowanie pracy powołanych zespołów;
- 5) przygotowywanie projektów programów szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych do recenzji;

- 6) przygotowywanie programów szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
- 7) przygotowywanie programów szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych do publikacji na stronie internetowej Centrum;
- 8) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi i samodzielnymi stanowiskami pracy;
- 9) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora.

Kształcenie podyplomowe, z wyjątkiem kursów doksztalających, jest prowadzone na podstawie programów kształcenia sporządzanych dla danego rodzaju i danej dziedziny lub zakresu przez zespoły programowe powołane przez dyrektora Centrum w celu ich opracowania. Programy kształcenia, z wyjątkiem programów kursów doksztalających, są opracowywane w porozumieniu z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych. Programy te zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia. Program kształcenia powinien zawierać treści programowe zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Programy kształcenia powinny być zamieszczane na stronach internetowych Centrum. W przypadku aktualizacji programu kształcenia Centrum udostępnia na stronach internetowych zaktualizowany program kształcenia oraz informuje o tym wpisanych do ewidencji organizatorów kształcenia prowadzących kształcenie na podstawie dotychczasowego programu. Prowadzenie kształcenia podyplomowego w sposób nieuwzględniający dokonanej aktualizacji programu stanowi rażące naruszenie warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem do rejestru organizatorów kształcenia. Kształcenie podyplomowe rozpoczęte i niezakończone przed aktualizacją programu kształcenia może być prowadzone na podstawie poprzedniego programu jedynie do dnia zakończenia danej edycji kształcenia. Nadzór nad realizacją kształcenia podyplomowego sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.

6. Podmioty uprawnione do prowadzenia kształcenia podyplomowego pielęgniarek

Obecnie przepis art. 75 ust. 1 u.z.p.p. dzieli podmioty uprawnione do prowadzenia kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych na dwie grupy. Organizatorami kształcenia mogą być:

- 1) uczelnie, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz podmioty lecznicze;
- 2) inne podmioty po uzyskaniu wpisu do właściwego rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe, zwanego dalej „rejestrem”, będącego rejestrem działalności regulowanej.

Do pierwszej grupy zaliczane są podmioty, które zostały uprawnione do kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych na podstawie odrębnych przepisów. Jedno-

częśnie zapis „szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą” sugeruje, że placówki oświatowe mogą prowadzić kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, co budzi pewne wątpliwości. Zapis ten należałoby usunąć lub zmienić, np. nadając mu brzmienie „medyczne uczelnie wyższe oraz medyczne jednostki badawczo-rozwojowe”.

Kryterium zaliczenia do organizatorów kształcenia musi być posiadanie szczególnie uprawnień do prowadzenia tego kształcenia, wynikającego z odrębnych przepisów określających zadania tych podmiotów.

Zatem organizatorami kształcenia mogłyby być wyższe szkoły medyczne, które mogą prowadzić studia doktoranckie i studia podyplomowe dla pielęgniarek czy położnych, kursy i szkolenia „w celu kształcenia nowych umiejętności niezbędnych na rynku pracy w systemie uczenia się przez całe życie”. Również medyczne instytuty badawcze mogą prowadzić na podstawie własnych uprawnień studia podyplomowe lub doktoranckie związane z prowadzonymi przez siebie badaniami naukowymi i pracami rozwojowymi, jeżeli posiadają uprawnienia do nadawania stopni naukowych oraz odpowiednie zaplecze i warunki materialno-techniczne, a także inne formy kształcenia, w tym szkolenia i kursy doksztalające.

Do drugiej grupy, czyli do tzw. innych podmiotów będących organizatorami kształcenia, należą podmioty, które uzyskały uprawnienia do prowadzenia niektórych form kształcenia podyplomowego przyznane przez okręgową radę pielęgniarek i położnych albo Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych (art. 75 ust. 1 pkt 2 w zw. z art. 76 ust. 1b pkt 2 i i art. 77 u.z.p.p.). Jednocześnie kształcenie podyplomowe prowadzone przez przedsiębiorcę jest działalnością regulowaną w rozumieniu przepisów ustawy z 6.03.2018 r. – Prawo przedsiębiorców (75 ust. 2 u.z.p.p.).

Przepisy są tu nieprecyzyjne, ponieważ ustawa z niezrozumiałych powodów pomija podmioty, które podlegają rejestracji w KRS w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych podmiotów leczniczych. Pomimo to nie budzi wątpliwości, że warunkiem wpisu tych podmiotów do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych jest uzyskanie przez nie uprzedniego wpisu do KRS.

Konsekwencją regulacji prawnej zawartej w art. 75 ust. 2 u.z.p.p. jest to, że działalność przedsiębiorców zamierzających prowadzić lub prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych jest działalnością regulowaną, którą określają zarówno przepisy art. 75–83 u.z.p.p., jak i przepisy Prawa przedsiębiorców, z tym że przepisy tej ostatniej ustawy mają pierwszeństwo przed przepisami ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, które stosuje się tylko wtedy, gdy dana sprawa nie jest uregulowana przepisami Prawa przedsiębiorców.

Ustawodawca określił przesłanki podjęcia działalności polegającej na kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych przez tzw. inne podmioty będące organizatorami kształcenia. Zgodnie z art. 76 ust. 1 u.z.p.p. inne podmioty będące organizatorami kształcenia niż wymienione w art. 75 ust. 1 pkt 1 u.z.p.p., czyli m.in. przedsiębiorcy, fundacje i stowarzyszenia, zamierzający wykonywać działalność w zakresie kształcenia podyplomowego składają za pośrednictwem Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych wnioski o wpis do rejestru, zawierający dane wskazane przez ustawodawcę. Jednocześnie wraz z tym wnioskiem wnioskodawca składa oświadczenie o treści wskazanej w ust. 2 art. 76 u.z.p.p. Wpis do rejestru podlega opłacie (art. 76 ust. 4–6 u.z.p.p.).

Organem prowadzącym rejestr jest okręgowa rada pielęgniarek i położnych właściwa dla miejsca prowadzenia kształcenia, a w przypadku okręgowych izb pielęgniarek i położnych oraz utworzonych przez nie spółek prawa handlowego, w których posiadają one udziały lub akcje, lub innych utworzonych przez nie podmiotów – Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (art. 77 ust. 1 u.z.p.p.). Rejestr jest prowadzony w systemie informatycznym. Do rejestru wpisuje się następujące dane (art. 77 ust. 2 i 3 u.z.p.p.):

- 1) oznaczenie wnioskodawcy, adres jego miejsca zamieszkania lub siedziby oraz numer identyfikacji podatkowej (NIP);
- 2) formę organizacyjno-prawną wnioskodawcy;
- 3) numer wpisu do rejestru przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym – w przypadku podmiotu podlegającego obowiązkowi takiego wpisu;
- 4) określenie rodzaju, dziedziny i systemu kształcenia;
- 5) miejsce prowadzenia kształcenia w odniesieniu do zajęć teoretycznych i praktycznych.

Do rejestru nie wpisuje się adresu zamieszkania, jeżeli jest on inny niż adres siedziby (art. 77 ust. 3 w zw. z art. 76 ust. 1 u.z.p.p.). Organ prowadzący rejestr prostuje z urzędu wpis do rejestru zawierający oczywiste błędy lub niezgodności ze stanem faktycznym. Organizator kształcenia jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr zmiany danych w terminie 14 dni od dnia powstania tych zmian.

Organ prowadzący rejestr za pośrednictwem Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych:

- 1) przekazuje do Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych dane, o których mowa powyżej, w terminie 14 dni od dnia dokonania wpisu do rejestru (art. 77 ust. 4 u.z.p.p.);
- 2) informuje Centrum o wykreśleniu z rejestru organizatora kształcenia, tzw. innego podmiotu będącego organizatorami kształcenia, podając datę wykreślenia, oraz przesyła prawomocną uchwałę w tej sprawie w terminie 14 dni od dnia dokonania wykreślenia (art. 77 ust. 5 u.z.p.p.).

Do uchwał okręgowej rady pielęgniarek i położnych lub Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie wpisu, odmowy wpisu i wykreślenia wpisu z rejestru stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego dotyczące decyzji administracyjnych. Od tych uchwał przysługuje odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem odpowiednio okręgowej rady pielęgniarek i położnych lub Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w terminie 30 dni od dnia doręczenia uchwały (art. 77 ust. 7 i 8 u.z.p.p.).

Zgodnie z art. 76 ust. 7 u.z.p.p. organ prowadzący rejestr odmawia wpisu wnioskodawcy do rejestru, w przypadku gdy:

- 1) wydano prawomocne orzeczenie zakazujące wnioskodawcy wykonywania działalności objętej wpisem;
- 2) organizatora kształcenia, o którym mowa w art. 75 ust. 1 pkt 2 u.z.p.p., wykreślono z rejestru na podstawie ust. 8 pkt 1, 4 lub 5 w okresie trzech lat poprzedzających złożenie wniosku.

Brak w tym przepisie przesłanki dotyczącej sytuacji, gdy wnioskodawca nie spełnia warunków, o których mowa w art. 75 ust. 3 u.z.p.p.

Podstawą odmowy wpisu wnioskodawcy do rejestru może być orzeczenie sądu cywilnego lub sądu karnego, który np. orzeczeniem wydanym na podstawie art. 39 pkt 2 k.k. orzekł wobec wnioskodawcy jako środek karny zakaz prowadzenia działalności gospodarczej polegającej na kształceniu pielęgniarek i położnych, albo decyzja organu administracji publicznej, uchwała lub orzeczenie organu samorządu zawodowego. Odmowy wpisu wnioskodawcy do rejestru z powołaniem się na art. 76 ust. 7 u.z.p.p. rada pielęgniarek i położnych może dokonać jednak tylko wtedy, gdy orzeczenie sądowe, decyzja administracyjna lub uchwała są prawomocne i wyraźnie stanowią o zakazie wykonywania przez wnioskodawcę działalności gospodarczej w zakresie podyplomowego kształcenia pielęgniarek i położnych.

Prowadzenie działalności gospodarczej bez wpisu do ewidencji działalności gospodarczej stanowi wykroczenie przewidziane w art. 60¹ § 1 k.w. Przepis ten brzmi: „Kto wykonuje działalność gospodarczą bez wymaganego zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, wpisu do rejestru działalności regulowanej lub bez wymaganej koncesji albo zezwolenia, podlega karze ograniczenia wolności albo grzywny”.

7. Formy kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek

Kształcenie podyplomowe pielęgniarek może być prowadzone w systemie stacjonarnym i niestacjonarnym. Ustawodawca w sposób wyczerpujący ustala rodzaje (formy) ustawowego kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek, a definiując poszczególne

formy kształcenia (ich cel), odwołuje się do wiedzy i umiejętności. Wyróżniono następujące formy kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek (art. 66 ust. 1 u.z.p.p.):

- a) szkolenie specjalizacyjne (zwane w przepisach specjalizacją),
- b) kurs kwalifikacyjny,
- c) kurs specjalistyczny,
- d) kurs dokształcający.

7.1. Szkolenie specjalizacyjne – specjalizacja

Specjalizacja ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę specjalistycznej wiedzy i umiejętności w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie.

Specjalizacje dla pielęgniarek mogą być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa: 1) anestezjologicznego i intensywnej opieki; 2) chirurgicznego; 3) geriatrycznego; 4) internistycznego; 5) onkologicznego; 6) operacyjnego; 7) opieki długoterminowej; 8) opieki paliatywnej; 9) pediatrycznego; 10) psychiatrycznego; 11) ratunkowego; 12) rodzinnego; 13) epidemiologicznego; 14) neonatologicznego oraz 15) w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia – w ochronie zdrowia pracujących¹⁹.

7.1.1. Warunki rozpoczęcia specjalizacji

Do specjalizacji może przystąpić pielęgniarka, która (art. 67 ust. 4 u.z.p.p.):

- 1) posiada prawo wykonywania zawodu;
- 2) pracowała w zawodzie co najmniej przez dwa lata w okresie ostatnich pięciu lat;
- 3) została dopuszczona do specjalizacji po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego za pośrednictwem Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych.

Postępowania kwalifikacyjne przeprowadza się za pośrednictwem SMK (art. 67 ust. 4a u.z.p.p.). Dlatego w celu dokonania koniecznych czynności pielęgniarka oraz kierownik specjalizacji muszą założyć konto w SMK (art. 67 ust. 4b u.z.p.p.). Warunkiem dokonywania przez te osoby czynności za pomocą SMK jest potwierdzenie tożsamości osoby, która konto założyła, i weryfikacja uprawnień tej osoby (art. 67 ust. 4c u.z.p.p.). Potwierdzenia dokonuje się na podstawie wniosku o nadanie uprawnień (art. 67 ust. 4d u.z.p.p.):

¹⁹ Paragraf 1 rozporządzenia 12.12.2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne.

- 1) podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub
- 2) potwierdzonego przez właściwego organizatora kształcenia pielęgniarek i położnych w zakresie tożsamości osoby, która konto założyła, lub
- 3) potwierdzonego przez właściwą okręgową izbę pielęgniarek i położnych lub Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych w zakresie tożsamości osoby, która konto założyła.

Weryfikacji uprawnień, o których mowa powyżej, dokonuje w stosunku do:

- 1) pielęgniarki – właściwa miejscowo okręgowa izba pielęgniarek i położnych, a jeżeli nie jest możliwe ustalenie właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych – Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych;
- 2) kierownika specjalizacji – właściwy organizator kształcenia pielęgniarek i położnych.

7.1.2. Postępowanie kwalifikacyjne do specjalizacji

Postępowanie kwalifikacyjne przeprowadza komisja kwalifikacyjna powołana przez organizatora kształcenia. Postępowanie przeprowadza się za pośrednictwem SMK (art. 67 ust. 4a u.z.p.p.).

W skład komisji kwalifikacyjnej wchodzi: 1) dwaj przedstawiciele organizatora kształcenia, w tym kierownik specjalizacji jako przewodniczący; 2) przedstawiciel właściwego dla danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny pokrewnej stowarzyszenia zawodowego lub towarzystwa naukowego pielęgniarek i położnych. Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje: 1) ocenę, na podstawie przedstawionej dokumentacji, czy pielęgniarka ubiegająca się o zakwalifikowanie do specjalizacji spełnia wymogi formalne; 2) przeprowadzenie egzaminu wstępnego w określonych prawem przypadkach; 3) sporządzenie protokołu z postępowania kwalifikacyjnego (§ 3 ust. 1–3 r.k.p.p.p.).

Egzamin wstępny w formie pisemnej przeprowadza się w dwóch sytuacjach (§ 3 ust. 4–6 r.k.p.p.p.): 1) gdy liczba pielęgniarek ubiegających się o zakwalifikowanie do specjalizacji jest większa niż liczba miejsc określona przez organizatora kształcenia; 2) gdy specjalizacja jest dofinansowana ze środków publicznych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Przeprowadzenie egzaminu jest wtedy obowiązkowe niezależnie od liczby pielęgniarek lub położnych ubiegających się o zakwalifikowanie do specjalizacji. W skład komisji kwalifikacyjnej wchodzi wówczas także właściwy dla danego województwa konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa zgodnej z dziedziną specjalizacji, w ramach której jest prowadzone postępowanie kwalifikacyjne, lub w przypadku braku konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa właściwej dla dziedziny specjalizacji – konsultant wojewódzki w pokrewnej dziedzinie pielęgniarstwa lub konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa.

Organizator kształcenia może przeprowadzić uzupełniające postępowanie kwalifikacyjne w przypadku, gdy liczba osób zakwalifikowanych do specjalizacji jest mniejsza niż liczba miejsc określona przez niego w regulaminie organizacyjnym, oraz pod warunkiem że nie rozpoczął realizacji programu specjalizacji albo zrealizował program specjalizacji w wymiarze nie większym niż 10% ogólnego wymiaru godzinowego określonego w programie specjalizacji. Postępowanie uzupełniające przeprowadza się zgodnie z opisanymi wyżej zasadami (§ 3 ust. 7–8 r.k.p.p.p.).

Czas trwania specjalizacji obejmuje okres niezbędny do zrealizowania programu specjalizacji, nie krótszy niż 15 miesięcy i nie dłuższy niż 20 miesięcy. Organizator kształcenia, na wniosek pielęgniarki, może zaliczyć moduły, wybrane jednostki modułowe i szkolenie praktyczne i zwolnić z obowiązku ich odbywania, jeżeli pielęgniarka ukończyła (§ 4 ust. 2 i 3 r.k.p.p.p.):

- 1) szkolenie za granicą, w zakresie zgodnym z dziedziną specjalizacji, trwające co najmniej trzy miesiące;
- 2) specjalizację i posiada tytuł specjalisty w innej dziedzinie pielęgniarstwa objętej programem specjalizacji lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia;
- 3) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie objętej programem specjalizacji – w wymiarze nie większym niż określony w programie kształcenia dla tego rodzaju kursu;
- 4) kurs specjalistyczny w zakresie objętym programem specjalizacji – w wymiarze nie większym niż określony w programie kształcenia dla tego rodzaju kursu;
- 5) studia podyplomowe w zakresie zgodnym z dziedziną specjalizacji.

Zaliczenie, o którym mowa w pkt 2–4, może dotyczyć modułów, wybranych jednostek modułowych i szkolenia praktycznego, zrealizowanych w ramach specjalizacji, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych po dniu 1.07.1999 r.

Ponadto organizator kształcenia, na wniosek pielęgniarki, może również zaliczyć część szkolenia praktycznego i zwolnić pielęgniarkę z obowiązku jego odbywania w przypadku, gdy pielęgniarka posiada co najmniej pięcioletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie objętej programem specjalizacji i jest aktualnie zatrudniona w komórce organizacyjnej o profilu zgodnym ze stażem określonym w programie kształcenia (§ 4 ust. 3 r.k.p.p.p.).

Zaliczenie tych okresów kształcenia lub praktyki zawodowej następuje na wniosek. Pielęgniarka składa do organizatora kształcenia wniosek, którego wzór jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30.09.2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych²⁰.

²⁰ Dz.U. poz. 1761 ze zm.

Stopień naukowy i dorobek zawodowy ułatwiają szybsze zdobycie tytułu specjalisty, bowiem pielęgniarki posiadające co najmniej stopień naukowy doktora i odpowiedni dorobek naukowy i zawodowy w dziedzinie, w której zamierzają uzyskać tytuł specjalisty, mogą być zwolnione przez ministra właściwego do spraw zdrowia z obowiązku odbywania specjalizacji w części lub całości (art. 67 ust. 3 u.z.p.p.). Pielęgniarki składają wówczas wnioski w sprawie zwolnienia z obowiązku odbywania specjalizacji w części lub całości wraz z merytoryczną opinią kierownika specjalizacji do ministra właściwego do spraw zdrowia, za pośrednictwem dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, który do wniosku dołącza merytoryczną opinię powołanego przez siebie zespołu. W skład zespołu wchodzi: 1) konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, właściwej dla dziedziny specjalizacji, w ramach której pielęgniarka ubiega się o zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji w części lub całości, albo konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa; 2) przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych; 3) maksymalnie dwóch pracowników naukowych szkoły pielęgniarskiej posiadających tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego lub doktora. Liczba członków zespołu nie może być mniejsza niż trzy osoby. Pielęgniarki, o których mowa powyżej, mogą także zostać zwolnione przez komisję kwalifikacyjną z egzaminu wstępnego.

7.1.3. Obowiązki organizatora kształcenia specjalizacji

W zakresie zapewnienia zgodnego z wymogami prawnymi procesu przebiegu poszczególnych etapów kształcenia podyplomowego pielęgniarki w ramach specjalizacji trzeba wskazać na dwa obowiązki organizatora kształcenia.

Po pierwsze, organizator kształcenia wyznacza kierownika specjalizacji w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Kierownikiem specjalizacji może być pielęgniarka, która spełnia co najmniej jeden z następujących warunków (§ 6 ust. 1 i 2 r.k.p.p.p.):

- 1) posiada co najmniej stopień naukowy doktora i jest nauczycielem akademickim szkoły pielęgniarskiej oraz posiada co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem specjalizacji;
- 2) posiada co najmniej stopień naukowy doktora oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem specjalizacji i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem specjalizacji;
- 3) posiada tytuł magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem specjalizacji;
- 4) posiada tytuł zawodowy specjalisty w dziedzinie będącej lub objętej przedmiotem specjalizacji i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem specjalizacji.

W dziedzinach, w których nie ma osób posiadających tytuł specjalisty, kierownika specjalizacji wyznacza organizator kształcenia po uzgodnieniu z dyrektorem Centrum (§ 6 ust. 3 r.k.p.p.p.).

Po drugie, organizator kształcenia jest zobowiązany do wydania każdej pielęgniarce karty specjalizacyjnej, która z wymaganymi wpisami oraz potwierdzeniami i zaliczeniami stanowi dowód ukończenia specjalizacji (§ 8 r.k.p.p.p.). Zgodnie z literalnym brzmieniem przepisów rozporządzenia organizator kształcenia został prawnie zobowiązany do „wydania” każdej pielęgniarce odbywającej kształcenie podyplomowe karty specjalizacji, czyli ten dokument powinien pozostawać w jej posiadaniu. Wzór karty stanowi załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30.09.2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarok i położnych. Karta jest tak zbudowana, że wymaga systematycznych wpisów co do nazwy moduły, liczby godzin i daty zaliczenia oraz podpisu osoby dokonującej zaliczenia.

7.1.4. Obowiązki kierownika specjalizacji

Do obowiązków kierownika specjalizacji należy (§ 7 ust. 1 r.k.p.p.p.):

- 1) opracowanie harmonogramu kształcenia podyplomowego;
- 2) zapewnienie nadzoru nad wykonywaniem świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie specjalizacji w ramach szkolenia praktycznego;
- 3) ocenianie przygotowanych przez pielęgniarokę opracowań teoretycznych przewidzianych w programie specjalizacji;
- 4) organizowanie zaliczeń przewidzianych w programie specjalizacji;
- 5) dokonanie zaliczenia szkolenia teoretycznego i praktycznego w karcie specjalizacji;
- 6) sprawowanie nadzoru nad prawidłowym przebiegiem specjalizacji i prowadzeniem dokumentacji kształcenia.

Kierownik specjalizacji, w porozumieniu z organizatorem kształcenia, może upoważnić inną pielęgniarokę do realizacji zadań takich jak zapewnienie nadzoru nad wykonywaniem świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie specjalizacji w ramach szkolenia praktycznego oraz ocenianie przygotowanych przez pielęgniarokę lub położną opracowań teoretycznych przewidzianych w programie specjalizacji. Jednak wspomniane upoważnienie nie może zostać wydane każdej pielęgniarce, ustawodawca wyraźnie wskazuje, że upoważnić można tylko osobę, która spełnia co najmniej jeden z następujących warunków:

- 1) posiada co najmniej stopień naukowy doktora i jest nauczycielem akademickim szkoły pielęgniarokskiej lub szkoły położnych oraz posiada co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem specjalizacji;
- 2) posiada co najmniej stopień naukowy doktora oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem specjalizacji i aktu-

- alne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem specjalizacji;
- 3) posiada tytuł magistra pielęgniarstwa lub magistra połoźnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem specjalizacji;
 - 4) posiada tytuł zawodowy specjalisty w dziedzinie będącej lub objętej przedmiotem specjalizacji i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem specjalizacji.

Przepisy wyraźnie wskazują, że kierownicy są zobowiązani do dokonywania na bieżąco odpowiednich wpisów w dokumentacji przebiegu kształcenia podyplomowego i odpowiedzialni za nie, nie przewidują natomiast, aby mogli oni przechowywać karty przebiegu kształcenia podyplomowego. Gdyby doszło do takiej sytuacji, osoby te naruszyłyby przepisy prawa, co mogłoby skutkować odpowiedzialnością zawodową.

Organizator kształcenia przed zaliczeniem specjalizacji potwierdza w karcie specjalizacji, że uczestnik szkolenia specjalizacyjnego posiada kwalifikacje w zakresie badania fizykalnego.

7.1.5. Kontynuacja przerwanej specjalizacji i zmiana organizatora kształcenia

Powstaje pytanie, co powinna zrobić pielęgniarka, która przerwała specjalizację w ramach kształcenia podyplomowego. Paragraf 4 ust. 6 r.k.p.p.p. stanowi: „Organizator kształcenia może zaliczyć pielęgniarcę lub położną, które przerwały specjalizację i ponownie do niej przystąpiły, zrealizowane i zaliczone poprzednio moduły i szkolenie praktyczne na podstawie przedłożonej karty specjalizacji, jeżeli przerwa w odbywaniu specjalizacji jest nie dłuższa niż 5 lat”.

Przepisy rozporządzenia dają odpowiedź wprost (literalną) tylko w sytuacji, gdy pielęgniarka lub położna sama z własnej inicjatywy przerwała kształcenie. Jednocześnie zgodnie z przywołanym paragrafem podstawą kontynuowania przerwanej specjalizacji jest karta specjalizacji, a przepisy nie wymagają, aby kształcenie było kontynuowane u tego samego organizatora. Przepis stanowi, że „organizator kształcenia może zaliczyć (...) specjalizację”, z czego wynika, że pielęgniarka może kontynuować specjalizację także u innego organizatora. Taką interpretację należy przyjąć szczególnie w sytuacji, gdy niemożność kontynuacji kształcenia podyplomowego jest spowodowana przez organizatora kształcenia. Trzeba wziąć pod uwagę zaprzestanie wykonywania działalności przez organizatora kształcenia podyplomowego zarówno z powodów przez niego zawinionych, jak i niezawinionych (np. śmierć przedsiębiorcy).

Przepisy ustawy o zawodach pielęgniarce i położnej nic nie mówią o możliwości rozwiązania umowy o kształcenie podyplomowe zawartej przez pielęgniarzkę czy położną z innym organizatorem kształcenia, dlatego będą tu miały zastosowanie ogólne zasady wynikające z Kodeksu cywilnego.

7.1.6. Egzamin państwowy

Pielęgniarka uzyskuje tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia po spełnieniu łącznie dwóch warunków: odbyciu specjalizacji i zdaniu egzaminu państwowego (art. 67 ust. 2 u.z.p.p.).

Dyrektor Centrum ustala plan egzaminów państwowych przeprowadzanych w danym roku dla poszczególnych dziedzin pielęgniarstwa lub dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Organizator kształcenia powiadamia Centrum o terminie zakończenia specjalizacji przypadającym w roku następnym oraz liczbie uczestników tej specjalizacji nie później niż na 12 miesięcy przed jej zakończeniem. Plan egzaminów państwowych przeprowadzanych w kolejnym roku Centrum podaje do wiadomości na stronie internetowej Centrum do dnia 31 grudnia (§ 14 r.k.p.p.p.).

W celu odbycia egzaminu państwowego pielęgniarce z własnej inicjatywy składa wniosek o dopuszczenie do egzaminu państwowego za pomocą SMK (art. 67 ust. 11 u.z.p.p.). Jeżeli pielęgniarce po odbyciu specjalizacji nie przystąpi z własnej inicjatywy do egzaminu państwowego i nie uzyska pozytywnego wyniku tego egzaminu, nie będzie mogła uzyskać tytułu specjalisty.

Do egzaminu państwowego może przystąpić pielęgniarce, która (§ 10 ust. 1 r.k.p.p.p.):

- 1) ukończyła specjalizację albo została zwolniona z obowiązku jej odbywania w całości (o czym mowa jest powyżej);
- 2) złożyła do państwowej komisji egzaminacyjnej, za pośrednictwem dyrektora Centrum, wniosek o zakwalifikowanie do egzaminu państwowego, zgodnie z ustalonym wzorem (załącznik nr 4 do rozporządzenia w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych), wraz z kartą specjalizacji lub dokumentem potwierdzającym zwolnienie z obowiązku odbywania specjalizacji w części lub całości;
- 3) złożyła do państwowej komisji egzaminacyjnej dokument potwierdzający wniesienie opłaty za egzamin państwowy na rachunek bankowy wskazany przez Centrum.

Dokumenty, o których mowa w pkt 2 i 3, składa się do Centrum do dnia 31 maja albo do dnia 31 października (§ 10 ust. 2 r.k.p.p.p.).

Pielęgniarka składająca wniosek o dopuszczenie do egzaminu państwowego jest zobowiązana do wniesienia opłaty za ten egzamin w wysokości 170 zł na rachunek bankowy wskazany przez Centrum, podany za pomocą SMK. Opłata stanowi dochód budżetu państwa (art. 67 ust. 7 u.z.p.p. i § 11 r.k.p.p.p.). Opłata powinna być uiszczona niezwłocznie po złożeniu wniosku o dopuszczenie do egzaminu państwowego, nie później niż w terminie pięciu dni od upływu terminu składania wniosków wskazanego przez Centrum. W przypadku niewniesienia opłaty albo wniesienia jej w wysokości niższej niż należna, dyrektor Centrum wzywa wnioskodawcę do uzupełnienia braków formalnych za pomocą SMK lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej pod adresem poczty elektronicznej wskazanym przez wnioskodawcę we wniosku. Przepisu art. 64 k.p.a. nie stosuje się. W przypadku nieuzupełnienia braków formalnych w terminie siedmiu dni od skierowania wezwania dotknięty nim wniosek traktuje się jako niezłożony. O konsekwencji tej dyrektor Centrum informuje w wezwaniu do uzupełnienia braków formalnych (art. 67 ust. 6–10 u.z.p.p.).

Egzamin państwowy jest przeprowadzany w sesji wiosennej w terminie od dnia 1 marca do dnia 31 maja oraz w sesji jesiennej w terminie od dnia 1 września do dnia 30 listopada. Datę i miejsce egzaminu państwowego ustala każdorazowo dyrektor Centrum. Pielęgniarka musi być powiadomiona o dacie i miejscu egzaminu państwowego nie później niż na 30 dni przed datą egzaminu państwowego. Obowiązek powiadomienia spoczywa na Centrum (§ 13 r.k.p.p.p.).

Zasadą jest, że egzamin państwowy dla danej dziedziny jest przeprowadzany, jeżeli przystępuje do niego nie mniej niż 20 pielęgniarek lub położnych. Natomiast dla mniejszej liczby pielęgniarek egzamin państwowy może być przeprowadzony za zgodą ministra właściwego do spraw zdrowia, na wniosek dyrektora Centrum (§ 13 r.k.p.p.p.).

Egzamin państwowy jest przeprowadzany w formie pisemnej zgodnie z regulaminem egzaminu państwowego opracowanym przez dyrektora Centrum i zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Regulamin egzaminu państwowego dyrektor Centrum podaje do publicznej wiadomości na stronie internetowej Centrum (§ 12 ust. 1–4 r.k.p.p.p.).

Zadania egzaminacyjne są przygotowywane, przechowywane oraz przekazywane w sposób uniemożliwiający ich nieuprawnione ujawnienie (§ 12 ust. 2 r.k.p.p.p.).

Pielęgniarka może przystąpić do egzaminu państwowego w innym wyznaczonym terminie, w którym będzie przeprowadzany egzamin państwowy dla danej dziedziny, w przypadku:

- 1) nieprzystąpienia do egzaminu państwowego w wyznaczonym terminie, po ponownym złożeniu do państwowej komisji egzaminacyjnej wniosku o za-

- kwalfikowanie do egzaminu państwowego oraz dokumentu potwierdzającego wniesienie opłaty na zasadach omówionych powyżej (§ 17 r.k.p.p.p.);
- 2) nieuzyskania pozytywnego wyniku egzaminu państwowego, po złożeniu do państwowej komisji egzaminacyjnej wniosku o zakwalifikowanie do egzaminu państwowego oraz dokumentu potwierdzającego wniesienie opłaty na zasadach omówionych powyżej (§ 18 r.k.p.p.p.).

Ustawodawca przewidział także wyjątkową sytuacją, zaistnienie której będzie wymagało od pielęgniarki ponownego przystąpienia do państwowego egzaminu. Ma to miejsce wówczas, gdy państwowa komisja egzaminacyjna unieważni egzamin państwowy z powodu naruszenia przepisów dotyczących jego przeprowadzania. O unieważnieniu egzaminu państwowego komisja niezwłocznie zawiadamia ministra właściwego do spraw zdrowia oraz dyrektora Centrum, ze wskazaniem przyczyn unieważnienia. Decyzję dotyczącą dalszego przeprowadzenia egzaminu podejmuje minister właściwy do spraw zdrowia (§ 19 r.k.p.p.p.).

Pielęgniarka, która złożyła egzamin państwowy z wynikiem pozytywnym, otrzymuje od dyrektora Centrum dyplom uzyskania tytułu pielęgniarki specjalisty, którego wzór jest określony w załączniku nr 5 do rozporządzenia w sprawie kształcenia dyplomowego pielęgniarek i położnych (§ 20 r.k.p.p.p.).

7.1.7. Skład i zadania członków państwowej komisji egzaminacyjnej

Członków państwowej komisji egzaminacyjnej, na wniosek dyrektora Centrum, powołuje minister właściwy do spraw zdrowia, on też wyznacza jej przewodniczącego. W skład państwowej komisji egzaminacyjnej wchodzi:

- 1) pielęgniarki lub położne, które posiadają następujące kwalifikacje:
 - a) tytuł magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa i co najmniej pięcioletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia będącej przedmiotem egzaminu państwowego lub
 - b) tytuł magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia będącej przedmiotem egzaminu państwowego oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie zgodnej z dziedziną specjalizacji będącej przedmiotem egzaminu państwowego, lub
 - c) tytuł magistra w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i pięcioletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem egzaminu państwowego oraz aktualne zatrudnienie w dziedzinie będącej przedmiotem egzaminu państwowego, lub
 - d) stopień naukowy doktora, doktora habilitowanego lub tytuł naukowy profesora oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie

- zgodnej z dziedziną specjalizacji będącej przedmiotem egzaminu państwowego;
- 2) konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie pielęgniarstwa właściwej dla dziedziny będącej przedmiotem egzaminu państwowego, lub w dziedzinie pokrewnej albo lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej dziedzinie pielęgniarstwa będącej przedmiotem specjalizacji lub w dziedzinie pokrewnej albo w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, zatrudniony zgodnie z dziedziną uzyskanej specjalizacji; lekarz jest powoływany w szczególności spośród osób wskazanych przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Liczba członków państwowej komisji egzaminacyjnej wynosi odpowiednio:

- 1) 4 – dla grupy liczącej do 125 pielęgniarek lub położnych przystępujących do egzaminu państwowego;
- 2) 6 – dla grupy liczącej od 126 do 250 pielęgniarek lub położnych przystępujących do egzaminu państwowego;
- 3) 8 – dla grupy liczącej od 251 do 375 pielęgniarek lub położnych przystępujących do egzaminu państwowego;
- 4) 10 – dla grupy liczącej od 376 do 500 pielęgniarek lub położnych przystępujących do egzaminu państwowego;
- 5) 12 – dla grupy liczącej od 501 do 625 pielęgniarek lub położnych przystępujących do egzaminu państwowego;
- 6) 14 – dla grupy liczącej od 626 do 750 pielęgniarek lub położnych przystępujących do egzaminu państwowego;
- 7) 15 – dla grupy liczącej więcej niż 750 pielęgniarek lub położnych przystępujących do egzaminu państwowego.

Jednocześnie ustawodawca przewidział od powyżej oszacowanej liczby członków państwowej komisji egzaminacyjnej dwa wyjątki. Po pierwsze, wyjątek rozszerzający – minister właściwy do spraw zdrowia, na uzasadniony wniosek dyrektora Centrum, może wyrazić zgodę na zwiększenie liczby członków państwowej komisji egzaminacyjnej o jedną osobę. Po drugie, wyjątek zawężający – w przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających przeprowadzenie egzaminu państwowego przez państwową komisję egzaminacyjną składającą się z liczby członków, o której mowa powyżej, dyrektor Centrum może podjąć decyzję o przeprowadzeniu egzaminu państwowego przez mniejszą liczbę członków państwowej komisji egzaminacyjnej, mając na uwadze, że liczba członków tej komisji nie może być mniejsza niż:

- 1) 3 – dla grupy liczącej do 500 pielęgniarek lub położnych przystępujących do egzaminu państwowego;
- 2) 5 – dla grupy liczącej więcej niż 500 pielęgniarek lub położnych przystępujących do egzaminu państwowego.

W skład państwowej komisji egzaminacyjnej nie mogą wchodzić:

- 1) osoby, które uczestniczyły w procesie dydaktycznym szkoleń specjalizacyjnych będących przedmiotem egzaminu państwowego;
- 2) pracownicy urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz pracownicy Centrum;
- 3) małżonek lub krewny lub powinowaty do drugiego stopnia pielęgniarki lub położnej przystępującej do egzaminu państwowego;
- 4) osoby pozostające z pielęgniarką lub położną w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do ich bezstronności.

Przewodniczący oraz pozostali członkowie państwowej komisji egzaminacyjnej składają oświadczenie dotyczące okoliczności, o których mowa wyżej (§ 15 ust. 7 i 8 r.k.p.p.p.).

Do zadań państwowej komisji egzaminacyjnej należy (§ 16 ust. 1 u.k.p.p.p.):

- 1) podejmowanie decyzji o zakwalifikowaniu pielęgniarki lub położnej do egzaminu państwowego;
- 2) wybór, weryfikacja i zatwierdzenie zadań egzaminacyjnych;
- 3) przeprowadzenie egzaminu państwowego, zapewnienie jego prawidłowego przebiegu oraz dokonanie oceny wyników egzaminu państwowego;
- 4) sporządzenie protokołu z egzaminu państwowego i przekazanie go do Centrum wraz z pozostałą dokumentacją związaną z przeprowadzonym egzaminem państwowym;
- 5) ustosunkowanie się do wniosków i uwag uczestników egzaminu państwowego.

Szczegółowe warunki i tryb pracy państwowej komisji egzaminacyjnej określa regulamin.

7.1.8. Uznanie za równorzędny tytułu specjalisty uzyskanego w państwie członkowskim UE

Jeżeli pielęgniarka uzyska tytuł specjalisty w państwach członkowskich Unii Europejskiej, to minister właściwy do spraw zdrowia uznaje go za równoważny tytułowi specjalisty w określonej dziedzinie pielęgniarstwa albo dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli zakres programu kształcenia odbytego w państwach członkowskich Unii Europejskiej odpowiada zakresowi programu kształcenia wymaganemu do uzyskania tytułu specjalisty w Rzeczypospolitej Polskiej (art. 69 ust. 1 u.z.p.p.).

Natomiast jeżeli zakres programu kształcenia odbytego w państwach członkowskich Unii Europejskiej nie odpowiada zakresowi programu kształcenia wymaganemu do uzyskania tytułu specjalisty w danej dziedzinie pielęgniarstwa albo dziedzinie mają-

cej zastosowanie w ochronie zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej, minister właściwy do spraw zdrowia może uznać tytuł specjalisty uzyskany w państwach członkowskich Unii Europejskiej za równoważny tytułowi specjalisty w danej dziedzinie pielęgniarstwa albo dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z zasadami określonymi w przepisach dotyczących zasad uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (art. 69 ust. 2 u.z.p.p.).

7.1.9. Dofinansowanie specjalizacji ze środków publicznych

Pielęgniarka może ubiegać się o dofinansowanie specjalizacji ze środków publicznych, przeznaczonych na ten cel w budżecie państwa, w ramach posiadanych środków i ustalonych limitów miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek lub położnych, które mogą corocznie rozpocząć specjalizację dofinansowywaną z tych środków (art. 70 ust. 1 i 2 u.z.p.p.).

Pielęgniarka w tym samym czasie może odbywać tylko jedną specjalizację dofinansowywaną ze środków publicznych. Natomiast nie ma ograniczeń możliwości odbywania specjalizacji poza limitem miejsc szkoleniowych dofinansowanych ze środków publicznych (art. 70 ust. 3 i 4 u.z.p.p.). Pielęgniarka, która odbyła specjalizację dofinansowywaną ze środków publicznych, może ubiegać się o dopuszczenie do kolejnej specjalizacji dofinansowywanej ze środków publicznych po upływie pięciu lat od dnia zakończenia poprzedniej specjalizacji. W związku z tym jest zobowiązana do złożenia organizatorowi kształcenia oświadczenie o odbytych przez siebie specjalizacjach dofinansowywanych ze środków publicznych. Regulacja ta ma odpowiednie zastosowanie do pielęgniarki, która przerwała i nie ukończyła specjalizacji dofinansowywanej ze środków publicznych albo trzykrotnie nie zdała egzaminu państwowego (art. 70 ust. 6 i 7 u.z.p.p.).

W przypadku gdy te środki publiczne stanowią dla pracodawców kierujących na podstawie skierowania pielęgniarki do organizatora kształcenia podyplomowego, będących przedsiębiorcami, pomoc publiczną w rozumieniu art. 107 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, będzie ona udzielana jako pomoc *de minimis* zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu Komisji (WE) nr 1998/2006 z 15.12.2006 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu do pomocy *de minimis*²¹. Pomoc, o której mowa powyżej, może być udzielana pracodawcy, będącemu przedsiębiorcą, jeżeli wartość brutto tej pomocy łącznie z wartością innej pomocy *de minimis*, otrzymanej przez tego pracodawcę w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe, nie przekracza kwoty stanowiącej równowartość 200 000 euro brutto (art. 70 ust. 8 i 9 w zw. z art. 61 ust. 3 u.z.p.p.).

²¹ Dz.Urz. UE L 379, s. 5, ze zm.

7.1.10. Okres przejściowy

Pielęgniarki i położne, które ukończyły szkolenie specjalizacyjne zgodnie z programami kształcenia opracowanymi na podstawie ramowych programów specjalizacji określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 29.10.2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarzek i położnych, i nie przystąpiły do egzaminu państwowego lub nie uzyskały pozytywnego wyniku z egzaminu państwowego, mogą ponownie przystąpić do egzaminu państwowego w innym wyznaczonym terminie, w którym będzie przeprowadzany egzamin państwowy dla danej dziedziny, jednak nie później niż do 31.12.2020 r., po złożeniu do państwowej komisji egzaminacyjnej wniosku o zakwalifikowanie do egzaminu państwowego, którego wzór jest określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia, oraz dokumentu potwierdzającego wniesienie opłaty za egzamin państwowy na rachunek bankowy wskazany przez Centrum (§ 38 r.k.p.p.p.).

7.2. Kurs kwalifikacyjny

Kurs kwalifikacyjny ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia (art. 71 u.z.p.p.).

Kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarzek mogą być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa: 1) anestezyjologicznego i intensywnej opieki; 2) chirurgicznego; 3) diabetologicznego; 4) geriatrycznego; 5) internistycznego; 6) kardiologicznego; 7) nefrologicznego z dializoterapią; 8) neonatologicznego; 9) neurologicznego; 10) onkologicznego; 11) operacyjnego; 12) opieki długoterminowej; 13) opieki paliatywnej; 14) pediatrycznego; 15) psychiatrycznego; 16) ratunkowego; 17) rodzinnego; 18) środowiska nauczania i wychowania; 19) transplantacyjnego, 20) w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, oraz w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia – w ochronie zdrowia pracujących²².

²² Paragraf 2 rozporządzenia w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne.

7.2.1. Warunki rozpoczęcia kursu kwalifikacyjnego

Do kształcenia w ramach kursu kwalifikacyjnego mogą przystąpić pielęgniarki, które (art. 71 ust. 2 u.z.p.p.):

- 1) posiadają prawo wykonywania zawodu;
- 2) posiadają co najmniej sześciomiesięczny staż pracy w zawodzie;
- 3) zostały dopuszczone do kursu kwalifikacyjnego po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego za pośrednictwem SMK.

Pielęgniarka ubiegająca się o rozpoczęcie kursu kwalifikacyjnego składa wniosek o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego do organizatora kształcenia w terminie przez niego wyznaczonym. Wzór wniosku jest określony w załączniku nr 7 do rozporządzenia (§ 23 r.k.p.p.p.). Organizator kształcenia powołuje komisję kwalifikacyjną, która przeprowadza postępowanie kwalifikacyjne.

W skład komisji kwalifikacyjnej wchodzi:

- 1) dwaj przedstawiciele organizatora kształcenia, w tym kierownik kursu jako przewodniczący;
- 2) przedstawiciel stowarzyszenia zawodowego lub towarzystwa naukowego pielęgniarek i położnych właściwego dla danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny pokrewnej.

Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje:

- 1) ocenę, na podstawie przedstawionej dokumentacji, czy pielęgniarka ubiegająca się o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego spełniają wymogi formalne;
- 2) przeprowadzenie egzaminu wstępnego w formie pisemnej w przypadku, gdy liczba pielęgniarek ubiegających się o zakwalifikowanie do kursu kwalifikacyjnego jest większa niż liczba miejsc określona przez organizatora kształcenia;
- 3) sporządzenie protokołu z postępowania kwalifikacyjnego.

Czas trwania kursu kwalifikacyjnego obejmuje okres niezbędny do zrealizowania programu tego kursu, nie dłuższy niż sześć miesięcy. Na wniosek pielęgniarki organizator kształcenia, po zasięgnięciu merytorycznej opinii kierownika kursu kwalifikacyjnego, może zaliczyć wybrane moduły, wybrane jednostki modułowe i szkolenie praktyczne w wymiarze nie większym niż określony w programie dla tego rodzaju kursu i zwolnić pielęgniarkę lub położną z obowiązku ich odbywania, jeżeli zostały one zrealizowane w ramach szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych lub kursów specjalistycznych, zrealizowanych po 1.07.1999 r. W celu uzyskania tych zaliczeń pielęgniarka składa do organizatora kształcenia wniosek, zgodnie ze wzorem określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia (§ 24 r.k.p.p.p.).

7.2.2. Obowiązki organizatora kursu kwalifikacyjnego

W zakresie zapewnienia zgodnego z wymogami prawnymi procesu przebiegu poszczególnych etapów kształcenia podyplomowego pielęgniarok w ramach kursu kwalifikacyjnego trzeba wskazać na dwa obowiązki organizatora kształcenia.

Po pierwsze, organizator kształcenia wyznacza kierownika kursu kwalifikacyjnego w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia (§ 25 ust. 1 r.k.p.p.p.).

Kierownikiem kursu kwalifikacyjnego może być pielęgniarok lub położna, która spełnia co najmniej jeden z następujących warunków (§ 25 ust. 2 r.k.p.p.p.):

- 1) posiada co najmniej stopień naukowy doktora i jest nauczycielem akademickim szkoły pielęgniarokskiej lub szkoły położnych oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem tego kursu;
- 2) posiada co najmniej stopień naukowy doktora oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem tego kursu i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu;
- 3) posiada tytuł magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu;
- 4) posiada tytuł zawodowy specjalisty w dziedzinie będącej lub objętej przedmiotem kursu kwalifikacyjnego i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu.

W dziedzinach, w których nie ma osób posiadających tytuł specjalisty, kierownika kursu kwalifikacyjnego wyznacza organizator kształcenia po uzgodnieniu z dyrektorem Centrum (§ 25 ust. 3 r.k.p.p.p.).

Po drugie, organizator kształcenia jest zobowiązany do wydania każdej pielęgniarce karty kursu kwalifikacyjnego. Karta kursu kwalifikacyjnego z wymaganymi wpisami i zaliczeniami stanowi dowód ukończenia kursu kwalifikacyjnego (§ 28 r.k.p.p.p.).

7.2.3. Obowiązki kierownika kursu kwalifikacyjnego

Do obowiązków kierownika kursu kwalifikacyjnego należy:

- 1) opracowanie harmonogramu kształcenia podyplomowego;
- 2) zapewnienie nadzoru nad wykonywaniem świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie kursu kwalifikacyjnego w ramach szkolenia praktycznego;

- 3) ocenianie opracowań teoretycznych przewidzianych w programie kursu kwalifikacyjnego przygotowanych przez pielęgniarkę lub położną;
- 4) organizowanie zaliczeń przewidzianych w programie kursu kwalifikacyjnego;
- 5) dokonanie zaliczenia szkolenia teoretycznego i praktycznego w karcie kursu kwalifikacyjnego;
- 6) sprawowanie nadzoru nad prawidłowym przebiegiem kursu i prowadzeniem dokumentacji kształcenia.

Kierownik kursu kwalifikacyjnego, w porozumieniu z organizatorem kształcenia, może upoważnić inną pielęgniarkę lub położną spełniającą co najmniej jeden z warunków:

- 1) posiada co najmniej stopień naukowy doktora i jest nauczycielem akademickim szkoły pielęgniarskiej lub szkoły położnych oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem tego kursu;
- 2) posiada co najmniej stopień naukowy doktora oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem tego kursu i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu;
- 3) posiada tytuł magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu;
- 4) posiada tytuł zawodowy specjalisty w dziedzinie będącej lub objętej przedmiotem kursu kwalifikacyjnego i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu.

Osoby takie w zastępstwie kierownika kursu kwalifikacyjnego mogą realizować zadania polegające na:

- 1) zapewnieniu nadzoru nad wykonywaniem świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie kursu kwalifikacyjnego w ramach szkolenia praktycznego;
- 2) ocenie opracowań teoretycznych przewidzianych w programie kursu kwalifikacyjnego przygotowanych przez pielęgniarkę.

7.2.4. Egzamin po kursie kwalifikacyjnym

Kurs kwalifikacyjny kończy się egzaminem teoretycznym, przeprowadzonym w formie pisemnej lub ustnej, albo egzaminem praktycznym. Rodzaj egzaminu i formę egzaminu teoretycznego ustala organizator kształcenia, z uwzględnieniem dziedziny, w jakiej prowadzony jest kurs kwalifikacyjny (art. 71 ust. 4 u.z.p.p.). Z uwagi na wymóg krótszego stażu zawodowego młodym adeptkom zawodu łatwiej przystępować do kursu kwalifikacyjnego niż do specjalizacji; od niego w praktyce powinny zaczy-

nać kształcenie podyplomowe, tym bardziej że uprawnia on z reguły do udzielania konkretnych świadczeń zdrowotnych.

Warunkiem przystąpienia do egzaminu po kursie kwalifikacyjnym jest zaliczenie przez pielęgniarzkę zajęć teoretycznych i szkolenia praktycznego przewidzianych w programie kursu kwalifikacyjnego. Egzamin jest przeprowadzany przez komisję egzaminacyjną powołaną przez organizatora kształcenia. W skład komisji egzaminacyjnej wchodzi:

- 1) dwaj przedstawiciele organizatora kształcenia, w tym kierownik kursu kwalifikacyjnego jako przewodniczący;
- 2) przedstawiciel kadry dydaktycznej realizującej kurs kwalifikacyjny;
- 3) przedstawiciel okręgowej rady pielęgniarek i położnych, właściwej ze względu na miejsce prowadzenia kształcenia podyplomowego;
- 4) w przypadku gdy organizatorem kształcenia jest okręgowa izba pielęgniarek i położnych, utworzona przez nią spółka handlowa, w której posiada ona udziały lub akcje, lub inny utworzony przez tę izbę podmiot – przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Osoba będąca przedstawicielem okręgowej rady pielęgniarek i położnych lub Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, wchodząca w skład komisji egzaminacyjnej, jest obowiązana spełniać co najmniej jeden z następujących warunków:

- 1) posiada co najmniej stopień naukowy doktora i jest nauczycielem akademickim szkoły pielęgniarstwa lub szkoły położnych oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem tego kursu;
- 2) posiada co najmniej stopień naukowy doktora oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem tego kursu i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu;
- 3) posiada tytuł magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu;
- 4) posiada tytuł zawodowy specjalisty w dziedzinie będącej lub objętej przedmiotem kursu kwalifikacyjnego i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu.

Pytania i zagadnienia egzaminacyjne są przygotowywane, przechowywane i przekazywane komisji egzaminacyjnej przez organizatora kształcenia w sposób uniemożliwiający ich nieuprawnione ujawnienie (§ 28 ust. 5 r.k.p.p.p.).

Pielęgniarka, która złożyła egzamin po kursie kwalifikacyjnym z wynikiem pozytywnym, otrzymuje zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego, którego wzór jest określony w załączniku nr 9 do rozporządzenia. W przypadku niezyska-

nia pozytywnego wyniku egzaminu po kursie kwalifikacyjnym pielęgniarka może ponownie przystąpić do egzaminu, w terminie wyznaczonym przez organizatora kształcenia, nie później jednak niż w terminie 18 miesięcy od dnia zaliczenia kursu kwalifikacyjnego (§ 29 r.k.p.p.p.).

7.3. Kurs specjalizacyjny

Kurs specjalistyczny ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę wiedzy i umiejętności koniecznych do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych (art. 71 ust. 1 u.z.p.p.). Do kursu specjalistycznego może przystąpić pielęgniarka, która (art. 71 ust. 2 u.z.p.p.): 1) posiada prawo wykonywania zawodu; 2) została dopuszczona do kursu specjalistycznego po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego za pośrednictwem SMK.

7.3.1. Warunki rozpoczęcia kursu specjalistycznego

Pielęgniarka ubiegająca się o rozpoczęcie kursu specjalistycznego składa wniosek o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego do organizatora kształcenia w terminie przez niego wyznaczonym. Wzór wniosku jest określony w załączniku nr 10 do rozporządzenia w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

Organizator kształcenia przeprowadza postępowanie kwalifikacyjne, które obejmuje:

- 1) ocenę, na podstawie przedstawionej dokumentacji, czy pielęgniarka ubiegająca się o zakwalifikowanie do kursu specjalistycznego spełnia wymogi formalne;
- 2) przeprowadzenie egzaminu wstępnego w formie pisemnej w przypadku gdy liczba pielęgniarek, które chcą uczestniczyć w kursie specjalistycznym, jest większa niż liczba miejsc określona przez organizatora kształcenia;
- 3) sporządzenie protokołu z postępowania kwalifikacyjnego.

7.3.2. Obowiązki organizatora kursu specjalistycznego

W zakresie zapewnienia zgodnego z wymogami prawnymi procesu przebiegu poszczególnych etapów kształcenia podyplomowego pielęgniarki w ramach kursu specjalistycznego trzeba wskazać na dwa obowiązki organizatora kształcenia.

Po pierwsze, organizator kształcenia wyznacza kierownika kursu kwalifikacyjnego w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia (§ 25 ust. 1 w zw. z § 33 r.k.p.p.p.).

Kierownikiem kursu kwalifikacyjnego może być pielęgniarka lub położna, która spełnia co najmniej jeden z następujących warunków (§ 25 ust. 2 w zw. z § 33 r.k.p.p.):

- 1) posiada co najmniej stopień naukowy doktora i jest nauczycielem akademickim szkoły pielęgniarstwa lub szkoły położnych oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem tego kursu;
- 2) posiada co najmniej stopień naukowy doktora oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem tego kursu i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu;
- 3) posiada tytuł magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu;
- 4) posiada tytuł zawodowy specjalisty w dziedzinie będącej lub objętej przedmiotem kursu kwalifikacyjnego i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu.

W dziedzinach, w których nie ma osób posiadających tytuł specjalisty, kierownika kursu kwalifikacyjnego wyznacza organizator kształcenia po uzgodnieniu z dyrektorem Centrum (§ 25 ust. 3 w zw. z § 33 r.k.p.p.).

Po drugie, organizator kształcenia jest zobowiązany do wydania każdej pielęgniarce na czas trwania tego kształcenia karty kursu specjalistycznego, której wzór jest określony w załączniku nr 11 do rozporządzenia. Karta kursu specjalistycznego z wymaganymi wpisami i zaliczeniami stanowi dowód ukończenia kursu specjalistycznego (§ 31 r.k.p.p.).

7.3.3. Obowiązki kierownika kursu specjalistycznego

Do obowiązków kierownika kursu kwalifikacyjnego należy (§ 26 w zw. z § 33 r.k.p.p.):

- 1) opracowanie harmonogramu kształcenia podyplomowego;
- 2) zapewnienie nadzoru nad wykonywaniem świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie kursu kwalifikacyjnego w ramach szkolenia praktycznego;
- 3) ocenianie opracowań teoretycznych przewidzianych w programie kursu kwalifikacyjnego przygotowanych przez pielęgniarkę lub położną;
- 4) organizowanie zaliczeń przewidzianych w programie kursu kwalifikacyjnego;
- 5) dokonanie zaliczenia szkolenia teoretycznego i praktycznego w karcie kursu kwalifikacyjnego;
- 6) sprawowanie nadzoru nad prawidłowym przebiegiem kursu i prowadzeniem dokumentacji kształcenia.

Kierownik kursu kwalifikacyjnego, w porozumieniu z organizatorem kształcenia, może upoważnić do wykonywania pewnych obowiązków inną pielęgniarkę lub położną, która spełnia co najmniej jeden z warunków:

- 1) posiada co najmniej stopień naukowy doktora i jest nauczycielem akademickim szkoły pielęgniarskiej lub szkoły położnych oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem tego kursu;
- 2) posiada co najmniej stopień naukowy doktora oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem tego kursu i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu;
- 3) posiada tytuł magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu;
- 4) posiada tytuł zawodowy specjalisty w dziedzinie będącej lub objętej przedmiotem kursu kwalifikacyjnego i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu.

Osoby takie w zastępstwie kierownika kursu kwalifikacyjnego mogą realizować zadania polegające na zapewnieniu nadzoru nad wykonywaniem świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie kursu kwalifikacyjnego w ramach szkolenia praktycznego oraz prowadzić ocenę opracowań teoretycznych przewidzianych w programie kursu kwalifikacyjnego przygotowanych przez pielęgniarkę.

Czas trwania kursu specjalistycznego obejmuje okres niezbędny do zrealizowania programu tego kursu, nie dłuższy niż trzy miesiące (§ 32 r.k.p.p.).

7.3.4. Egzamin po kursie specjalistycznym

Kurs specjalistyczny, podobnie jak kwalifikacyjny, kończy się egzaminem. Kurs doszkalający ma na celu pogłębienie i aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych pielęgniarki lub położnej. Kurs kwalifikacyjny kończy się egzaminem teoretycznym, przeprowadzanym w formie pisemnej lub ustnej, albo egzaminem praktycznym. Rodzaj egzaminu i formę egzaminu teoretycznego ustala organizator kształcenia, z uwzględnieniem dziedziny, w jakiej prowadzony jest kurs kwalifikacyjny (art. 71 ust. 3–4 w zw. z art. 72 ust. 3 u.z.p.p.).

Warunkiem przystąpienia do egzaminu po kursie specjalistycznym jest zaliczenie przez pielęgniarkę lub położną zajęć teoretycznych i szkolenia praktycznego przewidzianych w programie kursu specjalistycznego (§ 34 w zw. z § 28 ust. 2–5 r.k.p.p.).

Egzamin jest przeprowadzany przez komisję egzaminacyjną powołaną przez organizatora kształcenia. W skład komisji egzaminacyjnej wchodzi:

- 1) dwaj przedstawiciele organizatora kształcenia, w tym kierownik kursu kwalifikacyjnego jako przewodniczący;
- 2) przedstawiciel kadry dydaktycznej realizującej kurs kwalifikacyjny;
- 3) przedstawiciel okręgowej rady pielęgniarek i położnych, właściwej ze względu na miejsce prowadzenia kształcenia podyplomowego;
- 4) w przypadku gdy organizatorem kształcenia jest okręgowa izba pielęgniarek i położnych, utworzona przez nią spółka handlowa, w której posiada ona udziały lub akcje, lub inny utworzony przez tę izbę podmiot – przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Osoba będąca przedstawicielem okręgowej rady pielęgniarek i położnych lub Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, wchodząca w skład komisji egzaminacyjnej, jest obowiązana spełniać co najmniej jeden z następujących warunków:

- 1) posiada co najmniej stopień naukowy doktora i jest nauczycielem akademickim szkoły pielęgniarstwa lub szkoły położnych oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem tego kursu;
- 2) posiada co najmniej stopień naukowy doktora oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem tego kursu i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu;
- 3) posiada tytuł magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu;
- 4) posiada tytuł zawodowy specjalisty w dziedzinie będącej lub objętej przedmiotem kursu kwalifikacyjnego i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu.

Pytania i zagadnienia egzaminacyjne są przygotowywane, przechowywane i przekazywane komisji egzaminacyjnej przez organizatora kształcenia w sposób uniemożliwiający ich nieuprawnione ujawnienie.

Pielęgniarka, która złożyła egzamin po kursie specjalistycznym z wynikiem pozytywnym, otrzymuje zaświadczenie o ukończeniu kursu specjalistycznego, którego wzór jest określony w załączniku nr 12 do rozporządzenia. W przypadku niezyskania pozytywnego wyniku egzaminu po kursie specjalistycznym pielęgniarka może ponownie przystąpić do egzaminu, w terminie wyznaczonym przez organizatora kształcenia, nie później jednak niż w terminie 18 miesięcy od dnia zaliczenia kursu specjalistycznego (§ 35 r.k.p.p.p.).

7.4. Kursy doszkalający

Do kursu doksztalającego może przystąpić pielęgniarka, która posiada prawo wykonywania zawodu oraz została zakwalifikowana do odbycia kursu doksztalającego przez organizatora kształcenia za pośrednictwem SMK.

7.4.1. Warunki rozpoczęcia kursu doksztalającego

Pielęgniarka ubiegająca się o rozpoczęcie kursu doksztalającego składa wniosek o zakwalifikowanie do kursu doksztalającego do organizatora kształcenia w terminie przez niego wyznaczonym. Wzór wniosku jest określony w załączniku nr 13 do rozporządzenia w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

Organizator kształcenia przeprowadza postępowanie kwalifikacyjne, z którego sporządza protokół (§ 36 r.k.p.p.p.).

7.4.2. Obowiązki organizatora kursu doksztalającego

W zakresie zapewnienia zgodnego z wymogami prawnymi procesu przebiegu poszczególnych etapów kształcenia podyplomowego pielęgniarki w ramach kursu doksztalającego stosuje się odpowiednio przepisy § 25 i 26 r.k.p.p.p., które określają obowiązki organizatora kształcenia.

Organizator kształcenia wyznacza kierownika kursu doszkalającego w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia (§ 25 ust. 1 w zw. z § 37 r.k.p.p.p.).

Kierownikiem kursu doksztalającego może być pielęgniarka lub położna, która spełnia co najmniej jeden z następujących warunków (§ 25 ust. 2 w zw. z § 33 r.k.p.p.p.):

- 1) posiada co najmniej stopień naukowy doktora i jest nauczycielem akademickim szkoły pielęgniarstwa lub szkoły położnych oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem tego kursu;
- 2) posiada co najmniej stopień naukowy doktora oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem tego kursu i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu;
- 3) posiada tytuł magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu;

- 4) posiada tytuł zawodowy specjalisty w dziedzinie będącej lub objętej przedmiotem kursu kwalifikacyjnego i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu.

W dziedzinach, w których nie ma osób posiadających tytuł specjalisty, kierownika kursu kwalifikacyjnego wyznacza organizator kształcenia po uzgodnieniu z dyrektorem Centrum (§ 25 ust. 3 w zw. z § 33 r.k.p.p.).

7.4.3. Obowiązki kierownika kursu doksztalającego

Do obowiązków kierownika kursu kwalifikacyjnego należy (§ 26 w zw. z § 37 r.k.p.p.):

- 1) opracowanie harmonogramu kształcenia podyplomowego;
- 2) zapewnienie nadzoru nad wykonywaniem świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie kursu kwalifikacyjnego w ramach szkolenia praktycznego;
- 3) ocenianie opracowań teoretycznych przewidzianych w programie kursu kwalifikacyjnego przygotowanych przez pielęgniarkę lub położną;
- 4) organizowanie zaliczeń przewidzianych w programie kursu kwalifikacyjnego;
- 5) dokonanie zaliczenia szkolenia teoretycznego i praktycznego w karcie kursu kwalifikacyjnego;
- 6) sprawowanie nadzoru nad prawidłowym przebiegiem kursu i prowadzeniem dokumentacji kształcenia.

Kierownik kursu kwalifikacyjnego, w porozumieniu z organizatorem kształcenia, może upoważnić do wykonywania pewnych czynności inną pielęgniarkę lub położną spełniającą co najmniej jeden z warunków:

- 1) posiada co najmniej stopień naukowy doktora i jest nauczycielem akademickim szkoły pielęgniarstwa lub szkoły położnych oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem tego kursu;
- 2) posiada co najmniej stopień naukowy doktora oraz co najmniej trzyletnie doświadczenie zawodowe w dziedzinie będącej przedmiotem tego kursu i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu;
- 3) posiada tytuł magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu;
- 4) posiada tytuł zawodowy specjalisty w dziedzinie będącej lub objętej przedmiotem kursu kwalifikacyjnego i aktualne zatrudnienie w jednostce lub komórce organizacyjnej o profilu zgodnym z dziedziną będącą przedmiotem tego kursu.

Osoby takie w zastępstwie kierownika kursu kwalifikacyjnego mogą realizować zadania polegające na zapewnieniu nadzoru nad wykonywaniem świadczeń zdrowotnych przewidzianych w programie kursu kwalifikacyjnego w ramach szkolenia praktycznego i na ocenie opracowań teoretycznych przewidzianych w programie kursu kwalifikacyjnego przygotowanych przez pielęgniarkę.

Pielęgniarka otrzymuje zaświadczenie o ukończeniu kursu doksztalającego, którego wzór jest określony w załączniku nr 14 do rozporządzenia w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (§ 37 ust. 2 r.k.p.p.p.).

7.4.4. Programy kształcenia

Kształcenie podyplomowe jest prowadzone na podstawie programów kształcenia dla danego rodzaju i danej dziedziny lub zakresu.

Programy kształcenia, z wyjątkiem kursów doksztalających, są przygotowywane przez zespoły programowe powołane przez dyrektora Centrum w celu ich opracowania w porozumieniu z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych. Programy te zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia (art. 78 ust. 1 i 2 u.z.p.p.). Program kształcenia kursu doksztalającego opracowuje organizator kształcenia (art. 78 ust. 2 u.z.p.p.).

Program kształcenia powinien zawierać treści programowe zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej (art. 78 ust. 3 u.z.p.p.). Program ten powinien zawierać w szczególności (art. 78 ust. 4 u.z.p.p.):

- 1) założenia organizacyjno-programowe określające rodzaj, cel i system kształcenia, czas jego trwania, sposób organizacji, sposób sprawdzania efektów kształcenia, wykaz umiejętności zawodowych stanowiących przedmiot kształcenia;
- 2) plan nauczania określający moduły kształcenia teoretycznego i wymiar godzinowy zajęć teoretycznych oraz placówki szkolenia praktycznego i wymiar godzinowy szkolenia praktycznego;
- 3) programy poszczególnych modułów kształcenia zawierające:
 - a) wykaz umiejętności, które powinny zostać nabyte w wyniku kształcenia,
 - b) treści nauczania,
 - c) kwalifikacje kadry dydaktycznej,
 - d) wskazówki metodyczne.

Programy kształcenia są zamieszczane na stronach internetowych Centrum oraz w SMK (art. 78 ust. 5 u.z.p.p.).

W przypadku zaktualizowania programu kształcenia Centrum udostępnia zaktualizowany program na stronach internetowych i w SMK oraz informuje o tym wpisanych do ewidencji organizatorów kształcenia prowadzących kształcenie na podstawie

dotychczasowego programu (art. 79 ust. 1 u.z.p.p.). Prowadzenie kształcenia podyplomowego w sposób nieuwzględniający dokonanej aktualizacji programu stanowi rażące naruszenie warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem do rejestru organizatorów kształcenia (art. 79 ust. 2 u.z.p.p.).

Kształcenie podyplomowe rozpoczęte i niezakończone przed aktualizacją programu kształcenia może być prowadzone na podstawie poprzedniego programu jedynie do dnia zakończenia danej edycji kształcenia (art. 79 ust. 3 u.z.p.p.).

Centrum oraz organ prowadzący rejestr organizatorów kształcenia, tj. okręgowe izby pielęgniarek i położnych lub Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, są ustawowo zobowiązane do niezwłocznego przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacji o podejrzeniu prowadzenia kształcenia podyplomowego na podstawie niezaktualizowanego programu kształcenia (art. 79 ust. 4 u.z.p.p.).

8. Odbywanie kształcenia podyplomowego na podstawie skierowania pracodawcy

W przypadku pielęgniarek mających status pracownika kształcenie podyplomowe może odbyć się na podstawie wydanego przez pracodawcę skierowania do organizatora kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (zwanego w przepisach organizatorem kształcenia) lub bez tego skierowania, tylko na podstawie samej umowy zawartej z organizatorem kształcenia (z inicjatywy samej pielęgniarki, niejako bez udziału pracodawcy).

Posiadanie skierowania na kształcenie podyplomowe jest zdecydowanie korzystniejsze dla pielęgniarki w aspekcie uzyskania dodatkowych uprawnień związanych ze stosunkiem pracy, określonych poza Kodeksem pracy (art. 62 u.z.p.p.). Pielęgniarka, która podejmuje kształcenie podyplomowe na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę, przysługują zwolnienia z części dnia pracy i urlop szkoleniowy, płatne według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy. Wymiar urlopu szkoleniowego wynosi do 28 dni roboczych i jest ustalany przez pracodawcę w zależności od czasu trwania kształcenia podyplomowego. Odrębnie przysługuje urlop szkoleniowy na przystąpienie do egzaminu (nie wlicza się go do 28 dni), bowiem wymiar urlopu szkoleniowego dla pielęgniarki podejmującej kształcenie podyplomowe na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę, przystępującej do egzaminu państwowego, wynosi do sześciu dni roboczych i jest ustalany przez pracodawcę w zależności od czasu trwania kształcenia podyplomowego i egzaminów. Poza wskazanymi wyżej świadczeniami pracodawca może (ale nie musi) przyznać pielęgniarce kształcącej się na podstawie skierowania dodatkowe świadczenia, a w szczególności: 1) zwrócić koszty przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia na zasadach obowiązujących przy podróżach służbowych na obszarze kraju,

o ile nauka odbywa się w innej miejscowości niż miejsce zamieszkania i miejsce pracy pracownika; 2) pokryć opłaty za naukę pobierane przez organizatora kształcenia; 3) udzielić dodatkowego urlopu szkoleniowego (art. 62 ust. 2 u.z.p.p.).

Za najważniejsze z ewentualnych świadczeń dodatkowych dla pracownicy należy uznać pokrycie kosztów kształcenia. Warto podkreślić, że zwolnienie z części dnia pracy oraz urlop szkoleniowy w wymiarze podstawowym mają charakter obligatoryjny, tzn. pracodawca musi ich udzielić, natomiast dodatkowe świadczenia mają dla pracodawcy charakter fakultatywny, co oznacza, że ich udzielenie zależy tylko i wyłącznie od jego woli, a ponadto do niego należy wybór przywileju (świadczeń) – może przyznać jeden z nich, dwa lub wszystkie możliwe. Natomiast w przypadku powtarzania kształcenia podyplomowego z powodu niezadowolających wyników w nauce pracodawca może odmówić udzielania świadczeń (zarówno podstawowych, jak i dodatkowych) przez okres powtarzania (art. 62 ust. 3 u.z.p.p.).

Pracodawca powinien zawrzeć z pielęgniarką skierowaną na kształcenie podyplomowe umowę określającą wzajemne prawa i obowiązki stron (art. 64 ust. 1 u.z.p.p.). Pielęgniarka, która otrzymała od pracodawcy dodatkowe świadczenia (np. zwrot kosztów przejazdu) i w trakcie kształcenia podyplomowego lub po jego ukończeniu w terminie określonym w umowie, nie dłuższym niż trzy lata, rozwiąże stosunek pracy za wypowiedzeniem bądź z którą pracodawca rozwiąże stosunek pracy bez wypowiedzenia z winy pielęgniarki, jest zobowiązana do zwrotu kosztów poniesionych przez pracodawcę na kształcenie podyplomowe w wysokości proporcjonalnej do czasu pracy po ukończeniu nauki lub czasu pracy w czasie nauki, chyba że pracodawca odstąpi od żądania zwrotu kosztów w części lub w całości (dobra wola pracodawcy) (art. 64 ust. 2 u.z.p.p.). Ponadto pielęgniarka, która otrzymała od pracodawcy świadczenia fakultatywne (dodatkowe), jest zobowiązana, na wniosek pracodawcy, do zwrotu kosztów tych świadczeń w części lub całości, jeżeli bez uzasadnionych przyczyn przerwie kształcenie podyplomowe lub go nie podejmie. Jednakże pielęgniarka nie ma obowiązku zwrotu kosztów świadczeń dodatkowych mimo rozwiązania stosunku pracy, jeżeli zostało ono spowodowane: 1) szkodliwym wpływem wykonywanej pracy na zdrowie, stwierdzonym orzeczeniem lekarskim wydanym w trybie przepisów Kodeksu pracy, w przypadku gdy pracodawca nie przeniósł pielęgniarki do innej pracy, odpowiedniej ze względu na stan zdrowia i kwalifikacje zawodowe, w terminie wskazanym w orzeczeniu lekarskim; 2) brakiem możliwości dalszego zatrudnienia ze względu na inwalidztwo lub utratę zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy; 3) przeprowadzeniem się do innej miejscowości w związku ze zmianą miejsca zatrudnienia małżonka; 4) przeprowadzeniem się do innej miejscowości ze względu na zawarcie związku małżeńskiego z osobą zamieszkałą w tej miejscowości (art. 64 ust. 4 u.z.p.p.).

Znacznie mniej korzystnie kształtuje się sytuacja pielęgniarki podejmującej kształcenie podyplomowe bez skierowania wydanego przez pracodawcę. Osobie takiej może być udzielony bezpłatny urlop i zwolnienie z części dnia pracy, bez zachowania pra-

wa do wynagrodzenia, w wymiarze ustalonym na zasadzie porozumienia między pracodawcą a pracownikiem. Jednakże tylko od woli pracodawcy zależy przyznanie powyższych uprawnień. Okres bezpłatnego urlopu udzielonego pracownicy w wyżej wskazanej sytuacji wlicza się do okresu zatrudnienia u danego pracodawcy w zakresie wszelkich uprawnień wynikających z Kodeksu pracy (art. 63 u.z.p.p.).

9. Prawo do urlopu szkoleniowego dla pielęgniarki odbywającej kształcenie podyplomowe bez skierowania pracodawcy

W celu urzeczywistnienia możliwości realizacji obowiązku kształcenia podyplomowego, o którym mowa w art. 61 ust. 1 w zw. z art. 61a ust. 4 u.z.p.p., wprowadzono poza Kodeksem pracy uregulowanie szczególne – płatny urlop szkoleniowy dla pielęgniarek realizujących kształcenie podyplomowe bez skierowania.

Zgodnie z art. 61a u.z.p.p.:

„1. Pielęgniarka i położna podnoszącej kwalifikacje zawodowe w formach innych niż określone w art. 66 ust. 1 przysługuje, na jej wniosek i za zgodą pracodawcy, urlop szkoleniowy w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie, płatny według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy.

2. Wymiar urlopu szkoleniowego dla pielęgniarki i położnej, o której mowa w ust. 1, jest ustalany przez pracodawcę w zależności od czasu trwania poszczególnych form podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

3. Pielęgniarka i położna ma obowiązek niezwłocznie przedstawić pracodawcy dokument poświadczający jej udział w formach podnoszenia kwalifikacji zawodowych innych niż określone w art. 66 ust. 1.

4. Urlop szkoleniowy w wymiarze do 6 dni roboczych rocznie, płatny według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy, przysługuje również pielęgniarce i położnej, która zamierza odbyć kształcenie podyplomowe bez skierowania, o którym mowa w art. 61 ust. 3, na podstawie umowy zawartej z organizatorem kształcenia. Przepisy ust. 1–3 stosuje się odpowiednio”.

Z kolei przepis art. 61 ust. 3 u.z.p.p. stanowi: „Pielęgniarka i położna zatrudnione na podstawie umowy o pracę odbywają kształcenie podyplomowe na swój wniosek, na podstawie wydanego przez pracodawcę skierowania do organizatora kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, zwanego dalej «organizatorem kształcenia»”.

Zgodnie z art. 61a ust. 4 u.z.p.p. każda pielęgniarka w okresie kształcenia podyplomowego bez skierowania pracodawcy ma prawo do płatnego urlopu szkoleniowego wymiarze do sześciu dni roboczych rocznie. Jak wynika już z literalnego brzmienia analizowanego przepisu, ustawodawca w zakresie prawa do skorzystania z płatnego urlopu szkoleniowego stara się łagodzić różną sytuację prawną pomiędzy pielęgniar-

kami lub połączonymi zatrudnionymi na podstawie umowy o pracę a odbywającymi kształcenie na podstawie skierowania i za zgodą pracodawcy, a tymi, które wypełniają ustawy obowiązek kształcenia podyplomowego bez takiego skierowania.

Różnica sprowadza się do tego, że obecnie mamy dwie różne podstawy prawne udzielenia przez pracodawcę płatnego urlopu szkoleniowego. Dla osób ze skierowaniem pracodawcy są to regulacje Kodeksu pracy (art. 103¹ i 103⁶ k.p.), a dla osób bez skierowania pracodawcy – uregulowanie poza Kodeksem pracy zawarte w komentowanym artykule.

Przesłanki skorzystania z płatnego urlopu szkoleniowego przez pielęgniarkę, która zamierza odbyć kształcenie podyplomowe bez skierowania są następujące:

1. Pielęgniarka jest zatrudniona na podstawie umowy o pracę.
2. Pielęgniarka zawiera umowę z organizatorem kształcenia w zamiarze odbycia kształcenia podyplomowego.
3. Kształcenie podyplomowe, o których mowa w art. 61a ust. 4 zw. z art. 66 u.z.p.p., to: 1) szkolenie specjalizacyjne, zwane dalej „specjalizacją”; 2) kurs kwalifikacyjny; 3) kurs specjalistyczny; 4) kurs dokształcający.
4. Pielęgniarka nie posiada skierowania pracodawcy na kształcenie podyplomowe bez względu na przyczynę (np. odmowa przez pracodawcę czy przejście do innego pracodawcy).

Udzielenie urlopu szkoleniowego wymaga odpowiedniego wniosku pracownika złożonego w dowolnej formie. W analizowanym przypadku pielęgniarka ma obowiązek niezwłocznie przedstawić pracodawcy dokument poświadczający jej udział w kształceniu podyplomowym poprzez przedstawienie umowy zawartej z organizatorem kształcenia.

Z treści art. 61a ust. 4 w zw. z odpowiednim stosowaniem ust. 1–3 art. 61a u.z.p.p. wynika, że skorzystanie przez pracownika z urlopu szkoleniowego jest uzależnione od jego udzielenia przez pracodawcę. W rezultacie dopiero od momentu wyrażenia zgody na udzielenie urlopu szkoleniowego w uzgodnionym przez strony terminie pracownik może skorzystać z przysługującego mu świadczenia. Pracownik, który samodzielnie „udzieli” sobie urlopu szkoleniowego i nie stawi się do pracy w uzgodnionym terminie, naraża się na odpowiedzialność porządkową, uregulowaną w art. 108 i n. k.p. za nieprzestrzeganie przyjętego sposobu usprawiedliwiania nieobecności w pracy. W takiej sytuacji pracodawca może skorzystać także z instytucji natychmiastowego rozwiązania stosunku pracy w trybie art. 52 § 1 pkt 1 k.p.

Ustawa nie rozstrzyga, w jakiej formie powinna być podjęta decyzja o udzieleniu płatnego urlopu szkoleniowego, w rezultacie zgodnie z art. 60 k.c. w zw. z art. 300 k.p. udzielenie tego urlopu może nastąpić w każdej formie, pod warunkiem że zamiar taki wynika w sposób dostatecznie zrozumiały z zachowania pracodawcy.

Zgodnie z art. 17 i 94 pkt 6 k.p. pracodawca jest obowiązany ułatwić pracownikom podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Z ogólnego zwrotu „ułatwianie podnoszenia kwalifikacji zawodowych” wynika, że obowiązkiem pracodawcy jest jedynie stwarzanie warunków umożliwiających podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez pracowników. Należy przez to rozumieć nieodmawianie bez uzasadnionych przyczyn pracownikowi udziału w wybranej przez niego formie szkolenia zawodowego, a także tworzenie pozytywnej atmosfery wobec uczących się pracowników.

Z literalnego brzmienia art. 61a ust. 4 w zw. z ust. 1–3 art. 61a u.z.p.p. wynika, że pracodawca samodzielnie podejmuje decyzję w przedmiocie udzielenia pracownikowi zwolnienia od pracy, warto jednak pamiętać, że z punktu widzenia wykładni celowościowej i systemowej samodzielna decyzja pracodawcy nie oznacza decyzji samowolnej i niczym nie ograniczonej. Pracodawca ma obowiązek sprzyjać staraniom pracownika w tym zakresie, zgodnie z powszechnie akceptowanym rozumieniem zwrotu „ułatwiać”, występującym na gruncie powołanych przepisów, a świetle analizowanego art. 61a u.z.p.p. ułatwienie pielęgniarce i położnym podnoszenia kwalifikacji nabiera szczególnego znaczenia. Przyjęcie, że zgoda pracodawcy sprowadza się tylko do swobodnej decyzji, niczym nie ograniczonej, czyniłoby ustawowy zapis art. 61a ust. 4 u.z.p.p. martwym przepisem i świadczyłoby o braku racjonalności po stronie ustawodawcy.

Zasadniczą funkcją prawa pracy jest ochrona pracownika przed ekonomicznie i socjalnie silniejszą pozycją pracodawcy, ale równocześnie nie można pominąć jego funkcji organizacyjnej, mającej gwarantować prawidłowy i niezakłócony przebieg procesu pracy oraz wysoką efektywność pracy. Dlatego dostrzegając rysującą się na tym tle konieczność wyważenia interesów obu stron stosunku pracy, należy moim zdaniem przyjąć, że pracodawca jest obowiązany sprzyjać staraniom pracownika (pielęgniarki) przez udzielenie prawa do płatnego urlopu szkoleniowego, o którym mowa w art. 61a ust. 4 u.z.p.p. Trzeba podkreślić, że pielęgniarka czy położna, która decyduje się na podnoszenie swoich kwalifikacji zawodowych, realizuje swój obowiązek pracowniczy (art. 61 u.z.p.p. w zw. z art. 12 ust. 1 i art. 11 ust. 1 u.z.p.p. oraz art. 100 § 1 k.p.) i działa na rzecz dobra zakładu pracy (art. 100 § 2 pkt 4 k.p.).

Dzieje się tak w przypadku gdy kształcenie podyplomowe jest zgodne z rodzajem pracy wykonywanej na danym stanowisku.

Instytucja płatnego urlopu szkoleniowego ma charakter szczególny i celowy względem dotychczasowego stanu prawnego. Dlatego decyzja odmowna powinna być podejmowana w sytuacjach absolutnie wyjątkowych, gdy nieobecność pracownika w pracy spowodowałaby istotne zakłócenia toku pracy czy naraziłaby pracodawcę na znaczną szkodę majątkową. Należy podkreślić, że odmiennie niż przy urlopie wypoczynkowym, nieudzielenie pracownikowi płatnego urlopu szkoleniowego w terminie niezbędnym na przystąpienie do egzaminów w rzeczywistości pozbawi go prawa do tego świadczenia, ze względu na brak możliwości wykorzystania go w terminie późniejszym.

Resumując, powyższe rozważania prowadzą do wniosku, że w świetle art. 61a ust. 4 w zw. z art. 61 ust. 3 u.z.p.p. realizacja obowiązku ułatwiania podnoszenia kwalifikacji zawodowych i wyrażenie zgody na płatny urlop szkoleniowy nie jest przedmiotem nieograniczonego, swobodnego uznania pracodawcy, gdyż podlega weryfikacji z punktu widzenia obiektywnych okoliczności. Analizowany przepis jest przepisem ustawowym, częścią prawa pracy, wyrażonym jak wiele przepisów poza Kodeksem pracy.

Wyrażenie zgody i przyznanie pracownikowi dodatkowych świadczeń w trybie art. 61a u.z.p.p. powinno uwzględniać także wymagania wynikające z zasady równości i niedyskryminacji pracowników (art. 18^{3a} k.p.). Naruszeniem zasady równego traktowania jest pominięcie przy typowaniu do udziału w różnych formach doskonalenia zawodowego, chyba że pracodawca udowodni, że kierował się obiektywnymi powodami (art. 18^{3b} § 1 k.p.).

10. Kontrola i nadzór nad organizatorem kształcenia podyplomowego

Okręgowa rada pielęgniarek i położnych jest podmiotem uprawnionym do kontroli innego podmiotu – organizatora kształcenia (art. 82 u.z.p.p.), natomiast Minister Zdrowia sprawuje nad tym podmiotem nadzór (art. 83 u.z.p.p.).

Na podstawie art. 82 u.z.p.p. przyznano radom pielęgniarek i położnych uprawnienie do kontroli działalności dydaktycznej organizatorów kształcenia. W przepisie tym określony jest przedmiotowy zakres kontroli, uprawnienia kontrolerów, sposób dokumentowania przebiegu kontroli, obowiązki kontrolerów, uprawnienia organizatora kształcenia wniesienia zastrzeżeń co do sposobu przeprowadzenia kontroli lub jej ustaleń.

Przez kontrolę rozumie się podejmowanie szeregu czynności sprawdzających, podjętych na podstawie przepisów prawa w celu ustalenia, czy działalność kontrolowanego podmiotu jest zgodna z wymaganymi kryteriami, oraz sformułowanie ocen, a w razie potrzeby także wniosków. Na podstawie wyników kontroli organ kontrolujący może wydać w stosunku do kontrolowanego podmiotu wiążące polecenia usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości w zakresie kontrolowanej działalności²³.

Kompetencje okręgowej rady pielęgniarek i położnych w zakresie kontroli wobec innego podmiotu będącego organizatorem kształcenia ujęto w sposób zamknięty. Zgodnie z art. 82 ust. 2 u.z.p.p. kontroli podlega: 1) zapewnienie bazy dydaktycznej odpowiedniej do realizacji programu kształcenia, w tym dla szkolenia praktycznego;

²³ Zob. M. Zdyb, M. Sieradzka, *Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej. Komentarz*, Warszawa 2013, s. 607.

2) zgodność danych objętych wpisem do rejestru. Osoby, o których mowa w ust. 3, wykonując czynności kontrolne za okazaniem imiennego upoważnienia, mają prawo: 1) wstępu do pomieszczeń dydaktycznych; 2) wglądu do prowadzonej przez organizatora kształcenia dokumentacji przebiegu kształcenia; 3) żądania od organizatora kształcenia ustnych i pisemnych wyjaśnień; 4) badania opinii uczestników kształcenia i kadry dydaktycznej.

Na podstawie ustaleń zawartych w protokole organ prowadzący rejestr: 1) przekazuje organizatorowi kształcenia wystąpienie pokontrolne, które wskazuje stwierdzone nieprawidłowości oraz zawiera zalecenia pokontrolne mające na celu ich usunięcie, określając termin wykonania zaleceń pokontrolnych; jak również 2) wykreśla za pośrednictwem SMK innego organizatora kształcenia, o którym mowa w art. 75 ust. 1 pkt 2, z rejestru – w przypadku stwierdzenia okoliczności, o których mowa w art. 76 ust. 8 pkt 1, 4 lub 5, czyli złożenia oświadczenia niezgodnego ze stanem faktycznym, rażącego naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem lub niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych.

W przypadku złożenia oświadczenia niezgodnego ze stanem faktycznym trzeba pamiętać, że rada okręgowej izby pielęgniarek i położnych po otrzymaniu wniosku o wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych nie ma obowiązku zbadać wiarygodności oświadczenia złożonego przez wnioskodawcę. Jednak w przypadku gdy z treści oświadczenia wynika, że wnioskodawca nie spełnił wszystkich warunków wymaganych do wykonywania działalności w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, należy uznać, że od samego początku brak było materialnoprawnej podstawy do wykonywania tej regulowanej działalności²⁴.

Jedną z przesłanek wydania przez radę izby pielęgniarek i położnych decyzji o zakazie wykonywania działalności gospodarczej regulowanej jest naruszenie przez przedsiębiorcę warunków wymaganych do wykonywania tej działalności. Podstawą tej decyzji może być zarówno naruszenie warunków wymaganych do wykonywania działalności regulowanej, np. nieusunięcie naruszeń w terminie wyznaczonym przez radę izby pielęgniarek i położnych, jak i rażące naruszenie warunków wymaganych do wykonywania działalności regulowanej przez organizatora kształcenia. Ocena, czy naruszenie tych warunków było rażące, należy do rady izby.

W tych sytuacjach rada pielęgniarek i położnych jest zobowiązana podjąć uchwałę o wykreśleniu z rejestru organizatora kształcenia, a następnie na podstawie tej uchwały wykreślić go z rejestru. Tego rodzaju uchwała powinna być opatrzona klauzulą natychmiastowej wykonalności.

²⁴ Zob. wyrok WSA w Warszawie z 13.12.2007 r., VI SA/Wa 1834/07, LEX nr 438609; zob. M. Zdyb, M. Sieradzka, *Ustawa o swobodzie...*, s. 519.

Warto tu podkreślić, że okręgowe rady pielęgniarek i położnych zostały zobowiązane przez ustawodawcę do pieczy nad wykonywaniem przez innego organizatora kształcenia kształcenia podyplomowego zgodnie z prawnymi standardami i należytą starannością. Dlatego moim zdaniem w sytuacji gdy okręgowa rady pielęgniarek i położnych wchodzi w posiadanie informacji o nienależytym wykonywaniu lub zaprzestaniu wykonywania obowiązków przez inny podmiot będący organizatorem kształcenia (np. od wielu uczestników, od Centrum Kształcenia Podyplomowego), jest zobowiązana do podjęcia dodatkowych czynności, poza planowanymi kontrolami. Jeżeli wyniki kontroli potwierdzą naruszenie prawnych obowiązków przez inny podmiot będący organizatorem kształcenia, którego w wyznaczonym terminie nie usunie, lub w sytuacji uporczywego uniemożliwienia kontroli i dodatkowo pozyskania informacji od samego organizatora, że kształcenia podyplomowe pielęgniarek i położnych nie można kontynuować, pojawia się podstawa do wykreślenia tego podmiotu z rejestru.

Samorząd zawodowy, poprzez wpis do rejestru innego podmiotu będącego organizatorem kształcenia, daje prawną rękojmię, że podmiot ten spełnia prawne uwarunkowania kształcenia, a bieżąca kontrola służy ich weryfikacji.

Jeżeli inny podmiot będący organizatorem kształcenia w części zrealizował swoje zobowiązania i dalej nie jest w stanie realizować kształcenia, powinien zostać wykreślony z rejestru, a pielęgniarka i położna powinny móc kontynuować kształcenie podyplomowe u nowego organizatora kształcenia. Wykreślenie z rejestru będzie potwierdzeniem rażącego naruszenia obowiązków przez inny podmiot będący organizatorem kształcenia podyplomowego, co w moim przekonaniu stanowi podstawę do rozwiązania umów o kształcenie przez pielęgniarkę i położną.

Strony (organizator i pielęgniarka czy położna) mogą zawrzeć ugody w zakresie rozliczenia kosztów przebytego kształcenia albo skierować powództwo do sądu powszechnego na zasadach ogólnych z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy.

Moim zdaniem w świetle obowiązujących przepisów nie jest możliwa ugoda pomiędzy Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych a innym podmiotem będącym organizatorem kształcenia i stworzenie funduszu na rzecz sfinansowania niedokończonego kształcenia. Samorząd występuje wobec innego podmiotu będącego organizatorem kształcenia jako podmiot kontrolny (wykonujący władztwo publiczne) w zakresie przestrzegania przepisów prawa. Utrzymywanie niepewnego *status quo* co do rzetelności innego podmiotu będącego organizatorem kształcenia rażąco naruszającego prawo podważa społeczne zaufanie do samorządu zawodowego i może być rozpatrywane z punktu widzenia naruszenia interesu publicznego.

Do uchwał rady pielęgniarek i położnych w sprawie wpisu, odmowy wpisu i wykreślenia wpisu z rejestru stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego dotyczące decyzji administracyjnych.

Kompetencje Ministra Zdrowia w zakresie nadzoru nad innym podmiotem – organizatorem kształcenia zostały ujęte tylko przykładowo poprzez użycie sformułowania „w szczególności”, a tym samym szeroko. Zgodnie z art. 83 ust. 2 u.z.p.p. nadzorowi podlega w szczególności: 1) zgodność realizacji zajęć z programem kształcenia; 2) prawidłowość prowadzonej dokumentacji przebiegu kształcenia; 3) zapewnienie odpowiedniej jakości kształcenia; 4) rozliczanie dofinansowania miejsc szkoleniowych dla specjalizacji.

Na podstawie ustaleń zawartych w protokole minister właściwy do spraw zdrowia:

- 1) przekazuje organizatorowi kształcenia wystąpienie pokontrolne, które wskazuje stwierdzone nieprawidłowości oraz zawiera zalecenia pokontrolne mające na celu ich usunięcie, określając termin wykonania zaleceń pokontrolnych;
- 2) występuje do organu prowadzącego rejestr z wnioskiem o wykreślenie tego organizatora kształcenia z rejestru, jeżeli stwierdził, że organizator kształcenia, o którym mowa w art. 75 ust. 1 pkt 2 u.z.p.p., rażąco narusza warunki wykonywania działalności objętej wpisem albo
- 3) zakazuje, w drodze decyzji, prowadzenia kształcenia podyplomowego przez okres trzech lat, jeżeli stwierdził, że organizator kształcenia rażąco narusza warunki prowadzenia tego kształcenia.

W przypadku stwierdzenia niewykonania zaleceń pokontrolnych minister właściwy do spraw zdrowia występuje do organu prowadzącego rejestr z wnioskiem o wykreślenie tego organizatora kształcenia z rejestru (art. 83 ust. 13 u.z.p.p.).

Kompetencje Ministra Zdrowia są niezależne od samorządu zawodowego.

Reasumując, z uwagi na nieprecyzyjność powyżej omówionych przepisów konieczne jest ich doprecyzowanie w drodze nowelizacji.

11. Niedostateczne przygotowanie zawodowe

Piecza nad realizacją obowiązku doskonalenia zawodowego należy do samorządu zawodowego. Jednak brak jakiegokolwiek mechanizmu weryfikacji realizacji omawianego obowiązku odnośnie do osób wykonujących zawód pielęgniarki w rzeczywistości sugeruje iluzoryczność jego realizacji. Z jednej strony brak realizacji obowiązku ustawicznego doskonalenia zawodowego rodzi domniemanie naruszenia etycznego i prawnego nakazu doskonalenia zawodowego i w konsekwencji możliwość poniesienia przez osoby nierealizujące tych nakazów odpowiedzialności zawodowej

w ramach pieczy sprawowanej przez samorząd zawodowy. Z drugiej strony ustawodawca nie przewidział, na wzór systemu doskonalenia zawodowego lekarzy i aptekarzy (art. 53 u.i.l., art. 45 u.i.a.), mechanizmu sprawdzającego realizację etycznego i prawnego obowiązku doskonalenia zawodowego poprzez obowiązek uzyskiwania określonej ustawowo liczby punktów edukacyjnych, odnotowywanej w rejestrze samorządu zawodowego. Tym samym niedopełnienie tak nakreślonego obowiązku nie stanowi dla organów samorządu zawodowego uzasadnionej informacji o podejrzeniu niedostatecznego przygotowania zawodowego. W prawie medycznym dla pielęgniarek pojawia się wręcz paradoks – nawet jeżeli samorząd zawodowy poweźmie informację o niedostatecznym przygotowaniu zawodowym pielęgniarki do wykonywania zawodu z innych źródeł (np. od pracodawcy), nie może, na wzór samorządu lekarskiego (art. 11 u.z.l.), wszcząć postępowania poprzez powołanie komisji, która wyda opinię o przygotowaniu zawodowym osoby wykonującej zawód pielęgniarki. W konsekwencji samorząd pielęgniarski nie może zobowiązać pielęgniarki do odbycia uzupełniającego przeszkolenia na jej koszt.

12. Podsumowanie

1. Wobec osób wykonujących zawód pielęgniarki sformułowano zarówno etyczny, jak i prawny obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz dano im prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego bez względu na prawną formę wykonywania zawodu.
2. Szczegółowe warunki i tryb organizacji kształcenia podyplomowego, warunki i tryb przeprowadzania egzaminu państwowego, wysokość wynagrodzenia członków państwowej komisji egzaminacyjnej, wysokość opłaty za egzamin państwowy, warunki i tryb przeprowadzania egzaminu po kursie kwalifikacyjnym i kursie specjalistycznym, w tym kwalifikacje członków komisji egzaminacyjnej, oraz wzór dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty i wzór zaświadczeń potwierdzających ukończenie kursu specjalistycznego, kursu kwalifikacyjnego i kursu doksztalającego uregulowano w rozdziale 6 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz w aktach wykonawczych do tej ustawy, w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 30.09.2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.
3. Ocena przyjętych uregulowań prawnych pozwala wysnuć wniosek, że polski ustawodawca jest niekonsekwentny. Wprowadzając obowiązek doskonalenia zawodowego osób wykonujących zawód pielęgniarki, nie ustanawia jednocześnie transparentnych zasad realizacji tego obowiązku.

4. Pomimo ustawowego zobowiązania pracodawcy do ułatwienia podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pracowników pozostawia pracodawcy, co do zasady, swobodę inicjowania tego obowiązku i wyrażania zgody na jego realizację²⁵.

5. Należy podkreślić, że zarówno w przypadku zatrudnienia pracowniczego, jak i niepracowniczego dla zawarcia umowy z osobą wykonującą zawód medyczny w celu realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego istotna jest zgoda podmiotu zatrudniającego. Zatrudnienie niepracownicze nie wyłącza przy tym możliwości zawarcia korzystnej umowy w omawianym celu.

6. Ważnym argumentem dla zachęcania pracodawcy i zleceniodawcy do inicjowania kształcenia podyplomowego osób zatrudnionych w podmiocie leczniczym jest odpowiedzialność tych podmiotów za szkody doznane przez pacjentów, pozostające w związku ze zdarzeniem medycznym, będące następstwem postępowania niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną (art. 67a ust. 1 u.p.p.).

²⁵ Obowiązek pracodawcy ułatwienia pracownikom podnoszenia kwalifikacji, o którym mowa w art. 94 pkt 6 k.p., nazywa się raczej obowiązkiem moralnym niż prawnym; *Kodeks pracy. Komentarz*, red. M. Gersdorf, K. Rączka, J. Skoczyński, Z. Salwa, Warszawa 2004, s. 411. Jednocześnie należy uwzględnić, że wybór specjalizacji należy w zasadzie do pielęgniarki.

Część II

ZASADY WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI

Problematyka zasad jest istotnym zagadnieniem prawa medycznego. Wyróżniamy zasady dyrektywne, w znaczeniu jakiejś dyrektywy postępowania, wśród których szczególnie ważne są dyrektywy uznawane za prawnie wiążące, oraz zasady pozadyrektywne – służące do opisanie (określenia) pewnego sposobu ukształtowania jakiejś instytucji prawnej. W ramach zasad dyrektywalnych wyróżnia się zasady systemu prawa (zasady-normy) i postulaty systemu prawa (zasady postulatywne)¹. Te pierwsze to normy prawne danego systemu lub konsekwencje logiczne grupy norm, posiadające ze względu na określone kryteria (np. hierarchiczną nadrzędność) zasadniczy charakter. Zasady postulatów systemu prawa są to z kolei reguły, które nie mają takiego charakteru, nie są ani normami prawa pozytywnego, ani ich logicznymi konsekwencjami². Kryterium systematyzacji zasad prawa to przede wszystkim miejsce przepisów prawnych (rodzaj aktu prawnego), w oparciu o które są one wyodrębniane w systemie prawa.

W pierwszej kolejności należy wskazać na konstytucyjne zasady prawa medycznego. Dla całego systemu prawa istotna jest ustrojowa zasada demokratycznego państwa prawnego urzeczywistniającego zasady sprawiedliwości społecznej (art. 2 Konstytucji RP). W Konstytucji RP znajdują się również zasady międzygałęziowe, mające znaczenie dla kilku dziedzin prawa, w tym dla prawa medycznego, w szczególności prawo do poszanowania i ochrony godności (art. 30 Konstytucji RP), prawo do ochrony życia (art. 38 Konstytucji RP) czy prawo do ochrony zdrowia (art. 68 Konstytucji RP).

¹ J. Wróblewski, *Prawo obowiązujące a „ogólne zasady prawa”*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Łódzkiego” 1965, Nauki Humanistyczne seria I, z. 42.

² Szeroko o sposobie ujmowania zasad prawa pracy por. B.M. Ćwiertniak, *Kryterium zasad prawa pracy a wyodrębnienie prawa pracy jako gałęzi w polskim systemie prawa* [w:] *Studia z prawa pracy. Księga pamiątkowa ku czci Docenta Jerzego Logi*, red. Z. Góral, Łódź 2007, s. 41 i n.

Kolejną kategorią zasad prawa medycznego są te, dla których podstawę stanowią przepisy odnoszące się wprost albo pośrednio do praw osób wykonujących zawód pielęgniarki. Należy również pamiętać o zasadach konstruowanych przez naukę i orzecznictwo sądowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa bądź też wprowadzanych z nich na drodze quasi-logicznego wnioskowania w związku z analizowaniem statusu zawodowego osób wykonujących zawód pielęgniarki.

Istotnym kryterium dla formułowania zasad prawa zatrudnienia może być sposób ich wyrażania w przepisach prawnych. Zasady pojmowane normatywnie są konstruowane w oparciu o przepisy stanowiące jednostki systemowe aktów prawnych. Niekiedy zatem zasada jest wyrażona w przepisie *explicite*, a ustawodawca posługuje tą nazwą – tak stało się w przypadku zasad określonych w art. 2 u.z.p.p. oraz w rozdziale 2 „Zasady wykonywania zawodów” tej ustawy. Takie zasady mają charakter obligatoryjny (obowiązkowy)³, a na osobach wykonujących zawód pielęgniarki ciąży prawny obowiązek ich stosowania. Jest to standard wymagany przepisami prawa i co do zasady nie można przestrzegania prawnych zasad wykonywania zawodu zaniechać lub go odmówić, powołując się na odmiennie pozaprawne tradycje wykonywania określonego zawodu⁴, zwyczaj panujący w miejscu wykonywania zawodu czy na odmienności w kwestii zasad etyki zawodowej. Zasady te mają charakter powszechny. Mają one bezpośrednie zastosowanie w trakcie wykonywania zawodu, nie podlegają modyfikacjom w ramach umowy pracowniczej czy cywilnoprawnej zawieranej przez osobę wykonującą zawód medyczny z podmiotem zatrudniającym, jak również nie podlegają modyfikacji w przypadku prowadzenia własnej działalności gospodarczej⁵.

Opisywane zasady są nadrzędne nad postanowieniami zawartymi w aktach regulujących wewnętrzne funkcjonowanie podmiotów będących miejscem wykonywania zawodu pielęgniarki. Wewnętrzne akty o charakterze organizacyjno-normatywnym nie mogą zawierać postanowień, które byłyby sprzeczne z zasadami wykonywania danego zawodu. Ten sam wymóg odnosi się do umów zawieranych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych czy umów zawieranych i finansowanych przez prywatnego ubezpieczyciela ubezpieczeń osobowych. Postanowienia takich umów nie mogą być sprzeczne z zasadami wykonywania zawodu pielęgniarki. Co więcej, ustawodawca wymaga, aby postanowienia aktów organizacyjno-normatywnych oraz umów zawieranych ze świadczeniodawcami w ramach ubezpieczenia zdrowotnego były tak sformułowane, aby ich wykony-

³ M. Żelichowski, *Zasady wykonywania zawodu lekarza – wprowadzenie*, „Medycyna Praktyczna” 2007/1.

⁴ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta...*, s. 39 i n.

⁵ W uzasadnieniu wyroku z 13.07.2005 r., I CK 18/05 (OSP 2006/6, poz. 70, LEX nr 181380) w związku ze sprawą tzw. ponadlimitowych świadczeń zdrowotnych w sytuacji przypadku niecierpiącego zwłoki z art. 30 u.z.l. Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że lekarz bez względu na podstawę zatrudnienia ma w zakresie procedur medycznych samodzielność, gdyż obowiązek udzielania w takim przypadku pomocy lekarskiej jest jego własnym obowiązkiem.

wanie umożliwiło rzeczywiste, a nie formalne przestrzeganie i respektowanie zasad w trakcie wykonywania zawodu pielęgniarki⁶.

W praktyce zasady wykonywania zawodu pielęgniarki odgrywają różne role. W szczególności pełnią one funkcje: 1) regulacyjną – oznacza to, że mogą znaleźć bezpośrednie zastosowanie, wynikają z nich nakazy i zakazy, których adresatem są podmioty prawa medycznego, przyznają uprawnienia i kompetencje do dokonywania czynności konwencjonalnych; 2) wytycznych legislacyjnych – ucieleśniają pewne idee, myśli przewodnie i założenia aksjologiczne, towarzyszące procesowi stosowania prawa, dlatego rolą zasad normatywnych jest wyznaczanie dalszych kierunków rozwoju prawa medycznego. Szczególną rolę w tym zakresie odgrywają zasady zakotwiczone w Konstytucji RP i w ustawie pielęgniarskiej; 3) wskazówek interpretacyjnych – mają duże znaczenie dla organów stosujących prawo w procesie wykładni przepisów prawnych; 4) porządkującą i poznawczą – wyrażają to, co dla przyjętych rozwiązań prawnych jest najważniejsze, i najbardziej charakterystyczne.

⁶ M. Żelichowski, *Zasady wykonywania zawodu lekarza – wprowadzenie*, „Medycyna Praktyczna” 2007/1.

Rozdział 1

PRINCIPIUM WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI

1. Godność zawodowa

Pojęcie godności zawodowej pielęgniarki nie jest zdefiniowane, choć jest pojęciem normatywnym, prawnym wymienionym w ustawie o samorządzie pielęgniarek i położnych (art. 4 ust. 1 pkt 6). Brak definicji i niesprecyzowanie tego pojęcia należy uznać za celowe i konieczne wobec niemożliwości skodyfikowania wszystkich wymogów stawianych osobie wykonującej zawód pielęgniarki. Wymogi te wynikają z różnych źródeł, ze specyficznych uregulowań ustawowych i z zasad etyki zawodowej pielęgniarek i położnych, ale również z norm etycznych o charakterze ogólnym i z odniesienia sposobu wykonywania tego zawodu do wymogów wynikających z pojęć o charakterze niedefiniowalnym, jak przyzwoitość, honor czy uczciwość. Co więcej, wymogi te mają charakter dynamiczny, czasami zmieniają się wraz z innymi normami moralnymi i powinny być oceniane na tle konkretnych okoliczności.

Podejmując próbę określenia znaczenia terminu „godność zawodowa pielęgniarki”, w pierwszej kolejności należy zauważyć, że godność ta odnosi się do ograniczonego kręgu podmiotów, osób wykonujących medyczny zawód zaufania publicznego, które w zakresie wykonywania czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w ustawie z 6.06.1997 r. – Kodeks karny¹ (art. 11 ust. 2 w zw. z art. 4 ust. 1 pkt 1–5 u.z.p.p.). Jest to przy tym ochrona niezależna od udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej. Tym samym termin „godność zawodowa pielęgniarki” odnosi się do osób pełniących wysokie funkcje publiczne i jest ściśle związany z rolą społeczną wypełnianą przez te osoby.

¹ Dz.U. z 2019 r. poz. 1950 ze zm.

Godność zawodowa pielęgniarki nawiązuje do znaczenia godności w tradycyjnym, klasycznym znaczeniu, jako do swego rodzaju dostojeństwa (łac. *dignitas*). Jest ona atrybutem wynikającym z przepisów prawa, nabywanym w chwili uzyskania prawa wykonywania zawodu. Godność tę można naruszyć – uchybić jej, a nawet ją utracić. Pojęcie „godność zawodowa pielęgniarki” jest związane z pojęciem godności osobowościowej, a więc tym rodzajem godności, którą każdy, bez względu na wykonywany zawód czy pełniony urząd, może nabyć i utracić, która łączy się z dobrym imieniem, dobrą sławą, szacunkiem, honorem, gotowością obrony uznawanych wartości i gotowością do poświęcania się. Godność zawodowa pielęgniarki, tak jak godność osobowościowa, związana jest także z poczuciem własnej wartości i oczekiwaniem szacunku ze strony innych osób oraz z poczuciem dumy z przynależności do grupy osób wykonujących ten zawód. Można powiedzieć, że godność osób wykonujących zawód pielęgniarki nie jest jedynie pochodną ich godności jako jednostek, ale atrybutem wynikającym z dążenia ustawodawcy do zapewnienia należytej staranności udzielania świadczeń zdrowotnych, wykorzystania wskazań aktualnej wiedzy medycznej, poszanowania praw pacjenta, dbałości o jego bezpieczeństwo w zgodzie z zasadami etyki zawodowej (art. 11 ust. 1 u.z.p.p.) oraz rzetelności realizacji zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez świadczeniodawców (art. 1 u.s.o.z.). To jednak, czy godność zawodowa jest zachowana, czy nie dochodzi do jej naruszania, zależy od godności osobowościowej jednostek wykonujących zawód pielęgniarki. W tym znaczeniu godność zawodowa pielęgniarki i godność osobowościowa osoby, która zawód ten wykonuje, pozostają ze sobą w ścisłym związku.

Wykonywanie zawodu pielęgniarki z godnością oznacza sprawowanie go zgodnie z pewnym standardem zachowania, wynikającym z zawartych w różnych przepisach zakazów i nakazów, które dla innych osób nie są obowiązujące, ale również z nieskodyfikowanych reguł, obyczajów, które łącznie formułują w odniesieniu do osoby pełniącej daną funkcję publiczną wymagania wyższe aniżeli wymagania stawiane przeciętnemu obywatelowi i tworzące rodzaj wzorca postępowania, którym powinna się kierować konkretna osoba pełniąca funkcję publiczną i który ma być podstawą autorytetu reprezentowanego przez tę osobę podmiotu.

Godność zawodowa pielęgniarki powinna być zatem rozumiana jako pewien standard zachowania w różnych służbowych i pozasłużbowych okolicznościach, formułujący wobec pielęgniarek podwyższone wymagania, powodujące, że powinny one stanowić rodzaj wzorca dla innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Wiąże się to z różnymi ograniczeniami czy zakazami dotyczącymi pielęgniarek w porównaniu z innymi osobami. Należy zatem zauważyć, że godność zawodowa, a właściwie powinność wykonywania zawodu pielęgniarki z godnością, stanowić może źródło różnego rodzaju nakazów, ograniczeń i zakazów dotyczących czynności podejmowanych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Nie podejmując próby kompletnego definiowania pojęcia godności zawodowej pielęgniarki, można jednak skonstatować, że stanowi ona pewien abstrakcyjny wzorzec mający na celu wzbudzenie społecznego szacunku dla pielęgniarek. Wzorzec ten zawiera w sobie zespół podwyższonych wymagań, które mają stanowić podstawę autorytetu danej osoby, konkretnej pielęgniarki, ale jednocześnie wzbudzać szacunek dla reprezentowanego przez nią podmiotu. Realizowanie tego wzorca ma zwiększać akceptację społeczną działań konkretnej pielęgniarki, jako przedstawicielki zawodu poświęconego ochronie zdrowia i życia ludzkiego, a wreszcie władzy publicznej w ogóle. Godność zawodowa zawodu pielęgniarskiego jest zatem ściśle związana ze społecznym wizerunkiem pielęgniarki, a szerzej – z systemem opieki zdrowotnej.

2. Kwalifikacje zawodowe, umiejętność oraz kompetencje zawodowe

W przypadku zawodu pielęgniarki jako samodzielnego zawodu medycznego cechą konstytutywną jest zestaw zadań (czynności) określonych jako udzielanie świadczeń zdrowotnych (art. 4 ust. 1 u.z.p.p.)² (zob. część II rozdział 1), do udzielania których ustawodawca wymaga kwalifikacji zawodowych nabytych w toku uczenia się lub praktyki³. Osoba wykonująca zawód pielęgniarki ma ustawowy obowiązek postępowania zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, zarówno w przypadku gdy zwłoka w udzieleniu świadczeń zdrowotnych mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 12 ust. 1 u.z.p.p.), jak również gdy nie zachodzi stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (*a contrario* art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Innymi słowy, w ramach wykonywania zawodu pielęgniarki ustawodawca nie przewiduje *expressis verbis* sytuacji uzasadniających udzielanie przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki świadczeń zdrowotnych przekraczających posiadane przez te osoby kwalifikacje zawodowe.

Jednocześnie ustawodawca posługuje się w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej zwrotami: „niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków” w art. 6 i 15a u.z.p.p., „kwalifikacje zawodowe” w art. 12 ust. 1 u.z.p.p., „zakres posiadanych kwalifikacji” w art. 12 ust. 2 u.z.p.p., „kwalifikacje uprawniające do wykonywania zawodu pielęgniarki” w art. 9 u.z.p.p. czy „wiedza i umiejętność” w art. 61 ust. 1 u.z.p.p. – nie definiując jednak *expressis verbis* tych pojęć, a więc pozostawiając ich dookreślenie nauce prawa medycznego i naukom pozaprawnym. Jednocześnie w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej nie zo-

² Osoba wykonująca zawód medyczny oznacza osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny (art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l.).

³ Klasyfikacja zawodów i specjalności z 2014 r., załącznik nr 1.

stał użyty termin „kompetencje”, który z kolei został zastosowany w definicji legalnej zawodu⁴.

Pomimo braku legalnych definicji terminów „kwalifikacje”, „kwalifikacje zawodowe”, „umiejętności i kompetencje” oraz „obowiązki”, w dalszej części rozważań terminy te zostaną zdefiniowane w oparciu o dotychczasowy dorobek nauk prawnych i pozaprawnych oraz orzecznictwa sądowego wydanego w kontekście wykonywania zawodu pielęgniarstwa.

2.1. Kwalifikacje zawodowe i umiejętności pielęgniarstwa

W słowniku języka polskiego termin „kwalifikacje” został zdefiniowany jako „wyszkolenie i uzdolnienia potrzebne do pełnienia jakiejś funkcji lub wykonywania jakiegoś zawodu”⁵. Jeżeli dodamy do niego przymiotnik „zawodowe”, mowa wówczas o kwalifikacjach „związanych z jakimś zawodem” lub „przygotowujących do zawodu”.

Pojęcie „kwalifikacje zawodowe” jest przedmiotem wszechstronnego zainteresowania wielu nauk i jest różnie definiowane⁶. Generalnie można wskazać, że na kwalifikacje zawodowe składają się takie czynniki, jak: poziom wykształcenia ogólnego, wiedza zawodowa, umiejętności zawodowe (a zwłaszcza stopień wprawy, umiejętność organizowania i usprawniania pracy) oraz kwalifikacje psychofizyczne⁷.

Termin „umiejętność” obecnie nie jest przedmiotem regulacji prawnej. W nieobowiązującym już stanie prawnym został on zdefiniowany przez ustawodawcę na potrzeby rynku pracy jako sprawdzona możliwość wykonania odpowiedniej klasy

⁴ „Zawód stanowi źródło dochodów i oznacza zestaw zadań (czynności) wyodrębnionych w wyniku społecznego podziału pracy, wymagających kompetencji nabytych w toku uczenia się lub praktyki; specjalność obejmuje część zawodu, wymagającą dodatkowych kompetencji”, Klasyfikacja zawodów i specjalności z 2014 r., załącznik nr 1.

⁵ D. Karkowska, *Zawody medyczne...*, 2012, s. 57 i n.

⁶ Przykładem jest obszerne opracowanie U. Jeruszki, *Kwalifikacje zawodowe. Poglądy teoretyczne a rzeczywistość*, Warszawa 2006.

⁷ Przykładowo K. Wojtczak wskazuje na niejednorodny zakres ujmowania przez ustawodawcę pojęcia „kwalifikacje zawodowe”, od sformułowania jedynie wymaganego wykształcenia, po konieczność spełnienia warunków dodatkowych (*Zawód i jego prawna reglamentacja...*, s. 150–153), C. Kosikowski przyjmuje, że kwalifikacje obejmują wiedzę teoretyczną wraz z umiejętnościami praktycznymi, potwierdzonymi przez uprawniony do tego organ w formie odpowiedniego dokumentu, na podstawie którego można wykonywać zawód, a także prowadzić działalność gospodarczą, jeśli prawo tego wymaga (*Zezwolenie na działalność w prawie polskim*, Warszawa 1997, s. 46), a M. Butkiewicz wskazuje, że kwalifikacje zawodowe to „układ wiadomości, umiejętności, postaw, warunkujących wykonanie zadań zawodowych” (*Struktura modelu polskich standardów kwalifikacyjnych [w:] Model polskich standardów kwalifikacji zawodowych. Edukacja i praca, projekt badawczy KBN nr 1 P 113 001 06*, red. M. Butkiewicz, Warszawa 1995, s. 29).

zadań w ramach zawodu (specjalności)⁸. Termin ten jest natomiast przedmiotem analiz doktrynalnych. Wyróżnia się trzy zasadnicze kategorie umiejętności: techniczne, konceptualne i interpersonalne⁹. Umiejętności techniczne to te, które są niezbędne do wykonywania pracy lub zrozumienia sposobu, w jaki wykonywana jest konkretna praca w organizacji. Należą do nich zdolności posługiwania się narzędziami, metodami i technologią. Umiejętności konceptualne polegają z kolei na zdolności do myślenia abstrakcyjnego, analizowania, interpretowania oraz rozwiązywania problemów. Trzecia grupa to umiejętności wynikające z tego, że człowiek działa w określonym środowisku i ma do czynienia z innymi ludźmi, obejmuje ona także umiejętności społeczne (interpersonalne).

Podsumowując powyższe uwagi, należy przypomnieć, że dyrektywa interpretacyjna wykładni językowej – domniemania języka potocznego – nakazuje, aby analizowanemu zwrotom prawnym nie przypisywać odmiennego znaczenia od tego, które wynika z języka potocznego, chyba że istnieją dostateczne racje, które przemawiają za przypisaniem im w tekście prawnym innego znaczenia. Opierając się na analizie funkcjonalnej tych terminów, trzeba wskazać, że pojęcia „niezbędne kwalifikacje” oraz „kwalifikacje zawodowe” użyte w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej to kwalifikacje rzeczywiste, definiowane jako część ogólnego zasobu wiedzy i umiejętności, którymi faktycznie dysponuje pielęgniarka, a który jest przydatny do wykonywania pracy zawodowej. W doktrynie wskazuje się, że pojęcia te mają charakter obiektywny. Ustawodawca wymaga, aby kwalifikacje zawodowe i umiejętności, o których mowa w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, były potwierdzone dyplomami, świadectwami, certyfikatami itp., ale mogą one również nie mieć potwierdzenia w tego rodzaju dokumentach, wówczas gdy zostały nabyte w drodze doświadczenia zawodowego czy nieformalnej edukacji.

2.2. Kwalifikacje zawodowe a kompetencje zawodowe pielęgniarki

Legalna definicja zawodu wyodrębnia pojęcie „kompetencje nabyte w toku uczenia się lub praktyki”, ale go nie definiuje, natomiast na gruncie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej ustawodawca nie posługuje się tym terminem. Ponieważ pojęcie „kompetencje”, a częściej – „kompetencje zawodowe” jest używane zarówno w szerokiej dyskusji publicznej na temat przyszłości zawodu pielęgniarki, jak i zostało wprowadzone do przepisów prawa, można się spodziewać również zmian legislacyjnych w tym zakresie w odniesieniu do definiowania zawodu pielęgniarki. Dlatego w tym miejscu ważne jest ustalenie relacji dwóch terminów, często używanych w dyskusjach publicznych zamiennie: „kwalifikacje zawodowe” i „kompetencje zawodowe”.

⁸ Klasyfikacja zawodów i specjalności z 2010 r., załącznik nr 1.

⁹ R.W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Warszawa 1998.

Odwołując się do etymologii pojęcia „kompetencje”, należy wskazać, że łacińskie *competentio* oznacza „uprawnienia do działania, określony zakres wiedzy, umiejętności, odpowiedzialności”¹⁰. W aspekcie prakseologicznym kompetencje są czynnikami zapewniającymi zdolność do skutecznego działania pracownika¹¹. C. Rowe odróżnia kompetencje jako umiejętności umożliwiające wykonywanie zadań na pewnym pożądanym poziomie (ang. *competence*) od kompetentnych zachowań, które prowadzą do osiągnięcia zadowalającego poziomu realizacji zadań (ang. *competency*)¹². Według T. Roskowskiego przy konstruowaniu definicji kompetencji jako zbioru umiejętności, wiedzy i zdolności należy także uwzględnić „style działania, wyznawane zasady, zainteresowania i inne cechy, które używane i rozwijane w procesie pracy prowadzą do osiągnięcia rezultatów zgodnych ze strategicznymi zamierzeniami przedsiębiorstwa”¹³. M.T. Kane ujmuje kompetencje jako stopień, w jakim dana osoba jest w stanie zastosować swoją wiedzę i umiejętności do wykonywania zadań w ramach wykonywanego przez siebie zawodu¹⁴. Z kolei M.W. Kopertyńska wskazuje, że kompetencje to zintegrowane wykorzystywanie zdolności, cech osobowości, a także nabytej wiedzy i umiejętności w celu doprowadzenia do pomyślnego wykonania złożonego zadania, działania w ramach misji przedsiębiorstwa. Kompetencje to gotowość i zdolność do realizacji określonych zadań w konkretnej organizacji. Zdaniem przywołanej autorki kwalifikacje zawodowe są sumą wiedzy teoretycznej pracownika, popartej jego doświadczeniem zawodowym¹⁵.

W przekonaniu B. Niedźwiedzkiej i E. Ryś: „Próby stworzenia jednoznacznych i uniwersalnych definicji terminu «kompetencje» najczęściej prowadzą do rozumienia ich jako pewnej zdolności do wykonywania pracy na wymaganym poziomie, która zależy od charakterystycznych cech pracownika obejmujących: wiedzę, umiejętności i zachowania”¹⁶. Według innej definicji kompetencje profesjonalne „leżą u podstaw zachowań obserwowanych podczas wykonywania czynności zawodowych lub innych działań związanych z pracą zawodową. Kompetencje wyrażają się w zachowaniach, które przyczyniają się do skuteczności zawodowej na zajmowanym stanowisku”¹⁷.

¹⁰ J. Tokarski, *Słownik wyrazów obcych*, Warszawa 1980.

¹¹ E. Kądziołka-Martyniak, *Ewolucja w kwalifikowaniu...*, s. 33–44.

¹² Podają za: B. Niedźwiedzka, E. Ryś, *Perspektywy badania problemu zatrudnienia absolwentów...*, s. 101.

¹³ T. Rostkowski, *Zarządzanie kompetencjami...*, s. 65–76.

¹⁴ M.T. Kane, *The Assessment of Professional Competence*, „Evaluation and Health Professions” 1992/15, s. 163–182.

¹⁵ M.W. Kopertyńska, *Wynagrodzenie za kompetencje czy wyniki pracy – doświadczenia [w:] Szanse i zagrożenia w kontekście integracji europejskiej...*, s. 335–343.

¹⁶ B. Niedźwiedzka, E. Ryś, *Perspektywy badania problemu...*, s. 100.

¹⁷ C. Lévy-Leboyer, *Kierowanie kompetencjami. Bilanse doświadczeń zawodowych*, Warszawa 1997, za: A. Henzel-Korzeniowska, M. Malinowska-Cieślak, *Profesjonalne kompetencje absolwentów kierunku: zdrowie publiczne a rynek instytucji obszaru zdrowia publicznego [w:] Zatrudnienie w zdrowiu publicznym w Europie...*, s. 119–120.

Reasumując, w przywołanej literaturze termin „kompetencje zawodowe” jest ujmowany szerzej niż pojęcie „klasyfikacje zawodowe” w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej. Obok dwóch elementów właściwych dla definicji kwalifikacji zawodowych, jak wiedza i umiejętności, wyróżnia się jeszcze inne, jak zachowania czy zdolności, które pozwalają odróżnić przeciętne wykonywanie zawodu od bardzo dobrego. Występuje natomiast wiele podobieństw, a niekiedy zbieżność w próbach definiowania tych dwóch pojęć w doktrynie przez wykorzystywanie czy nawiązywanie do podobnych desygnatów tych definicji¹⁸.

2.3. Kwalifikacje zawodowe pielęgniarki w prawie pracy

Kolejną istotną kwestią jest ustalenie relacji pomiędzy pojęciami „kwalifikacje zawodowe”, „niezbędne kwalifikacje” i „zakres posiadanych kwalifikacji”, używanymi na gruncie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, a pojęciami „kwalifikacje zawodowe” i „kwalifikacje”, które pojawiały się w Kodeksie pracy.

Pojęcie kwalifikacji zawodowych na gruncie prawa pracy obejmuje swym zakresem kwalifikacje formalne, konieczne do zatrudnienia na danym stanowisku pracy. Po pierwsze, służą one określeniu pożądanego zasobu wiedzy i umiejętności, których posiadanie jest niezbędne do wykonywania danego rodzaju pracy (określeniu kwalifikacji poświadczonych), tj. tego, co pracownik powinien umieć, aby sprostać wymaganiom danego rodzaju pracy czy stanowiska pracy¹⁹. Aktualnie kwalifikacje poświadczane, tj. wymagane do wykonywania pracy określonego rodzaju lub na określonym stanowisku, są przedmiotem układów zbiorowych pracy, regulaminów wynagradzania, rozporządzeń regulujących zasady wynagradzania pracowników jednostek sfery budżetowej, jeżeli nie są oni objęci ponadzakładowym układem zbiorowym pracy (art. 77¹–77³ k.p.), oraz przepisów szczególnych. Ostateczna ocena, czy osoba zatrudniana jako pielęgniarka na podstawie umowy o pracę ma kwalifikacje określone w tych aktach, należy do pracodawcy, który je stosuje. Po drugie, kwalifikacje formalne służą ocenie rzeczywistych kwalifikacji zawodowych pracownika. Nie zawsze możliwe jest jednak precyzyjne określenie zakresu i rodzaju rzeczywistych kwalifikacji zawodowych posiadanych przez pracownika za pomocą wykształcenia i stażu

¹⁸ Kwestia kompetencji zawodowych jest niezwykle istotnym zagadnieniem na współczesnym rynku pracy. Wyróżnianie przez badaczy rozmaitych kategorii kompetencji zawodowych ma coraz większe znaczenie dla opracowywania poświadczonych profili dla absolwentów, a tym samym dążenia do tego, aby kompetencje absolwentów odpowiadały profilom wymagań pracodawców lub aby zestawy określonych kompetencji wypełniały potencjalną lukę na rynku pracy. Trzeba dodać, że luka taka niekoniecznie wynika z aktualnych potrzeb pracodawców, ale bywa, że powinna być sztucznie stworzona, a następnie wypełniona ze względu na interes społeczny. Takim przykładem jest w krajach postkomunistycznych dziedzina zdrowia publicznego, która w opinii specjalistów powinna być sztucznie stymulowana przez decyzje władz zdrowotnych podejmowane dla dobra społeczeństwa. Zob. B. Niedźwiedzka, E. Ryś, *Perspektywy badania problemu...*, s. 111.

¹⁹ D. Karkowska, T.A. Karkowski, *Prawo pracy...*, s. 294.

pracy. Aby uniknąć niepożądanego sytuacji, w której rzeczywiste kwalifikacje zawodowe pielęgniarki jako pracownika nie odpowiadają jej kwalifikacjom formalnym, można posługiwać się dodatkowymi wymaganiami kwalifikacyjnymi (nie mogą one mieć jednak dyskryminacyjnego charakteru), które byłyby pomocne przy określeniu, na ile rzeczywiste kwalifikacje danej pielęgniarki odpowiadają kwalifikacjom pożądanym.

Ustawodawca na gruncie art. 102 k.p. odniósł pojęcie kwalifikacji zawodowych do rodzaju pracy lub stanowiska pracy. W doktrynie podkreśla się, że rodzaj pracy może być określony w umowie o pracę nie tylko przez wskazanie nazwy zawodu, ale także za pomocą funkcji, specjalności, charakteru pracy, czynności, które mają być przez pracownika wykonywane, jak również przez odniesienie do stanowiska pracy zajmowanego przez pracownika. Z kolei zatrudnienie na danym stanowisku pracy, poza posiadaniem formalnych kwalifikacji uprawniających do wykonywania określonego zawodu może zależeć od spełnienia dodatkowych warunków, takich jak np. posiadanie określonego stażu pracy, odpowiedniego wieku, stanu zdrowia. Tym samym rodzaj czynności (zadań) wykonywanych przez poszczególne osoby wykonujące zawód pielęgniarki nie musi odpowiadać zespołowi czynności ujętych w prawnej definicji zawodu. Świadczenie pracy jedno- lub różnorodnej w ramach jednego stosunku pracy lub w ramach prowadzonej działalności gospodarczej co do zasady w doktrynie prawa pracy nie jest równoznaczne z zespołem czynności (prac) wynikających z podziału pracy²⁰. Zakres tych czynności może być szerszy lub węższy. Przykładowo pielęgniarki nie tylko rozpoznają warunki i potrzeby zdrowotne pacjenta, jego problemy pielęgnacyjne, planują i sprawują opiekę pielęgnacyjną, ale również wykonują pracę administracyjno-organizacyjną (np. prowadzą dokumentację medyczną). Czynności administracyjno-organizacyjne i medyczne są ściśle ze sobą powiązane, np. przyjęcie chorego do szpitala (czynność administracyjna) jest poprzedzone zbadaniem stanu zdrowia pacjenta (czynność medyczna), a różnice pomiędzy tymi czynnościami są raczej umowne (np. przyjęcie od pacjenta wywiadu o chorobie i zapisanie wywiadu w dokumentacji ma cechy czynności medycznej i administracyjnej, podobnie skierowanie na badania specjalistyczne i ich wykonanie). W wielu wypadkach różnica między czynnością administracyjną a związaną z postępowaniem medycznym jest nie do ustalenia (np. nagłe przyjęcie pacjenta do oddziału intensywnej terapii w celu reanimacji i podjęcie akcji reanimacyjnej).

Opieka pielęgnacyjna w ramach świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarki stanowi funkcję podstawową i najważniejszą, z pewnością nie mniej ważną niż czynności administracyjne, wielce społecznie użyteczną, a więc brak jest podstaw, by pomniejszać jej rangę i nie przyznawać jej publicznego charakteru. Z drugiej strony rodzaj czynności (zadań) wykonywanych przez poszczególne osoby może być także węższy od zakresu czynności wymienionych w prawnej definicji pojęcia zawodu pie-

²⁰ K. Wojtczak, *Zawód i jego prawna reglamentacja...*, s. 39.

łęgniarki. Przepisy nie wymagają wykonywania wszystkich tych czynności łącznie. Przykładowo dla stwierdzenia wykonywania zawodu pielęgniarki nie w każdym wypadku konieczne jest rozpoznawanie, planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem. Wystarczy wykonywanie tylko jednej z czynności wymienionych w art. 4 ust. 1 pkt 1–6 u.z.p.p.

3. Wykorzystanie wskazań aktualnej wiedzy medycznej i standaryzacja postępowania

Dystynktywną cechą zawodu pielęgniarki jest rozporządzanie przez osoby go wykonujące wiedzą opartą na teoretycznych podstawach systemu naukowego, przyswajaną na różnych poziomach i z różnym stopniem szczegółowości. Naukowe uzasadnienie działań medycznych jest pewnym rodzajem twórczości intelektualnej i wobec nauki wysuwane są oczekiwania dotyczące uporządkowania, sklasyfikowania, wyjaśnienia faktów i zjawisk, tworzenia reguł i praw. Linia podziału między poznawczymi i praktycznymi celami nie jest ostra, pozostają one w stałym związku, tak jak nauka medyczna i praktyka zawodowa²¹.

Pojęcie „aktualna wiedza medyczna” odnosi się do medycznego procesu intelektualnego, tj. wykorzystania wiedzy medycznej, tym samym ustawodawca stawia przed osobami wykonującymi zawód pielęgniarki wysokie wymagania w zakresie staranności i rzetelności oceny i postępowania medycznego.

Postępowanie zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej należy rozpatrywać zarówno w kontekście prawnym, jak i faktycznym.

Przeprowadzenie przez pielęgniarkę czynności medycznych z wykorzystaniem aktualnej wiedzy medycznej jest niekwestionowanym warunkiem wykonywania tego zawodu zgodnie z prawem (*lege artis*) (art. 11 ust. 1 u.z.p.p.). Jego spełnienie jest obiektywną kategorią i nie zależy od subiektywnych przekonań pielęgniarki.

Termin „aktualna wiedza medyczna” jest pojęciem wieloznacznym. „Wiedza” to wiadomości przekazywane w czasie studiów lub nauki w szkole zawodowej i zawarte w dostępnych podręcznikach, których znajomość zostaje potwierdzona dyplomem. Jednocześnie współczesne tempo rozwoju naukowo-technicznego powoduje, że wiedza uzyskana m.in. w toku studiów akademickich stopniowo traci na aktualności. Dlatego osoba wykonująca zawód pielęgniarki przez cały okres aktywności zawodowej jest zobowiązana do aktualizowania, rozszerzania i pogłębiania swojej wiedzy²².

²¹ H. Lenartowicz, M. Kózka, *Metodologia badań w pielęgniarstwie*, Warszawa 2011, s. 11 i 13.

²² *Ustawa o zawodach lekarza...*, s. 344.

Osoba wykonująca zawód pielęgniarstwa, co do zasady, jest zobowiązana do stosowania czynności (procedur) powszechnie uznanych za prawidłowe²³. Za metody uznawane i dopuszczone do stosowania uznaje się zasady wiedzy reprezentowane przez międzynarodowe koła naukowe, odpowiadające przyjętym poglądom, które nie podlegają dyskusji oraz oparte są prawie na jedności²⁴.

Często jednak nie istnieje jedna wiedza dotycząca określonego przypadku chorobowego, a tym samym metod stosowanych w ramach konkretnego przypadku. Związane jest to z bardzo szybkim rozwojem medycyny, a nowe techniki są szybko zarzucone, ponieważ pojawiają się kolejne. Tym samym nie ma stałych i niezmiennych reguł postępowania medycznego²⁵. Co więcej, w jednym czasie istnieją w środowisku medycznym szkoły reprezentujące odmienne stanowiska dotyczące sposobu postępowania. Jak podkreśla R. Kędziora: „Rozbieżności między przedstawicielami różnych kierunków wiedzy medycznej dotyczą nie tylko konkretnych metod czy środków leczniczych, ale i kardynalnych zasad. Stąd trudności w jasnym ustaleniu, co w konkretnym przypadku mieści się w zakresie *lege artis*, a co już nie, zwłaszcza gdy chodzi o nowe metody, co do których toczą się jeszcze spory i istnieją nie tylko rozbieżności, ale także ścierają się przeciwne poglądy”²⁶. Dlatego słuszny wydaje się pogląd opowiadający się za uznaniem co do zasady równości wszelkich reprezentowanych w nauce kierunków i umożliwieniem pacjentowi wyboru jednej z nich, po dokładnym omówieniu alternatywnych metod i ich konsekwencji.

Na wybranie i zastosowanie określonej metody zgodę wyraża pacjent (bądź jego przedstawiciel). Lekarz i pielęgniarstwo mają obowiązek uszanowania woli pacjenta i zastosowania tej metody, na którą pacjent po uzyskaniu informacji o alternatywnych sposobach postępowania wyrazi zgodę, ale oczywiście tylko wtedy, gdy metoda ta mieści się w granicach wyznaczonych przez obowiązujące reguły medyczne *lege artis*. Nie można zmuszać pacjenta do poddania się czynnościom medycznym, które według osoby je wykonującej, w tym pielęgniarstwa, są skuteczniejsze. Warto w tym miejscu jeszcze raz podkreślić, że na wybór metody leczenia i pielęgnowania niewątpliwie wpływ ma wola pacjenta. Należy ją uszanować, a osoba wykonująca zawód pielęgniarstwa ma prawo ingerowania w nią tylko ze względu na jego dobro²⁷.

²³ R. Kędziora wskazuje: „W przypadku metody, której prawidłowość jest kwestionowana, chociażby jeszcze nie powszechnie, oznacza to, że istnieje zwiększone ryzyko i nie należy lekarza obligować do jej stosowania. Metodę taką należy odrzucić, zwłaszcza gdy jest alternatywny sposób leczenia, mieszczący się w *lege artis*, co do którego nie ma podobnych wątpliwości”, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, s. 114.

²⁴ Podają że: J. Sawicki, *Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym, doktrynie i orzecznictwie*, Warszawa 1965, s. 78.

²⁵ Zgodnie z orzeczeniem SN z 25.03.1954 r., II K 172/54, niepubl.: „Leczenie nie może być ograniczone panującymi metodami i sposobami już ze względu na indywidualny charakter przypadków, już to z uwagi na rozwój lecznictwa. Jednakże nie oznacza to ani dopuszczalności eksperymentowania (...), ani też osłaniania bezczynności i braku dbałości o pacjenta rzekomym systemem leczenia”.

²⁶ R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, s. 113.

²⁷ A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998, s. 122.

Pielęgniarka jest zobowiązana do wykonywania czynności zawodowych rzeczywiście potrzebnych pacjentowi i zgodnych z aktualnym stanem wiedzy medycznej, na które pacjent wyrazi świadomą zgodę. Spełnienie tego warunku jest wyłącznie obiektywną kategorią, uzależnioną od faktycznego stanu wiedzy medycznej i wyklucza działanie medyczne na życzenie pacjenta. Prawo chroni przed odpowiedzialnością pielęgniarki, które wykonując czynności zawodowe, wykorzystywały aktualną wiedzę medyczną, w przypadku ujawnienia się negatywnych konsekwencji tych czynności.

Dla oceny, czy postępowanie względem pacjenta było zgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy medycznej, istotny jest stan wiedzy z chwili postępowania, a nie z chwili ewentualnego dochodzenia odpowiedzialności²⁸. Ma to szczególne znaczenie, jeśli się weźmie pod uwagę bardzo szybki postęp w medycynie. To samo dotyczy stanu faktycznego, na podstawie którego osoba wykonująca zawód pielęgniarki podejmowała decyzję o dokonaniu określonej czynności.

Ustawodawca wyłącza możliwość stosowania metod zdezaktualizowanych, co do których stwierdzono, że są nieskuteczne, błędne czy niebezpieczne, czyli negatywnie ocenionych na gruncie nauk medycznych. Pielęgniarka musi powstrzymać się od stosowania niesprawdzonych metod, które są jeszcze na etapie eksperymentów i nie uzyskały dostatecznego uznania w środowisku medycznym. Wyjątek stanowi udział w eksperymencie medycznym (art. 14 u.z.p.p. w zw. z art. 21–23 u.z.l.).

Postępowanie zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej należy również rozpatrywać w kontekście faktycznie dostępnych pielęgniarsce metod pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Chodzi tu zarówno o metody, z których może skorzystać sama pielęgniarka, dostępne w zakładzie podmiotu leczniczego, w którym pielęgniarka wykonuje zawód, jak i metody dostępne w innej placówce. W tym drugim przypadku pielęgniarka nie ma obecnie możliwości skierowania tam pacjenta, może to uczynić tylko lekarz.

Dlatego istotne jest to, aby w danym przypadku pielęgniarka wybrała metodę najlepszą dla pacjenta po uzyskaniu jego zgody. Jeżeli z jakiejś metody nie można skorzystać z przyczyn niezależnych od pielęgniarki (np. nie ma danego sprzętu medycznego albo jest uszkodzony, nie ma osoby, która potrafi go obsługiwać), to w świetle aktualnej wiedzy medycznej i okoliczności danej sprawy pielęgniarsce nie można zarzucić niedopełnienia obowiązków czy popełnienia błędu, nie można jej skutecznie postawić zarzutu naruszenia powyższego przepisu (istnieje podstawa do zwolnienia jej z odpowiedzialności za ewentualne niepowodzenie pielęgnacyjne). Czym innym jest natomiast odpowiedzialność podmiotu leczniczego spowodowana np. brakiem prawidłowej organizacji pracy w jego zakładzie.

²⁸ B. Lewaszkiewicz-Petrykowska, *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy leczeniu*, PiM 1999/1.

Jeżeli jakaś metoda pielęgnacyjna jest faktycznie dostępna, ale pacjent nie wyraża na nią zgody, pielęgniarka nie może jej zastosować (jest ona w tym przypadku prawnie niedopuszczalna). Zastosowanie takiej metody wbrew woli pacjenta może narazić pielęgniarkę na odpowiedzialność nawet pomimo pozytywnego rezultatu procesu pielęgnacyjnego.

W zakresie zgodności z aktualnym stanem wiedzy postępowanie pielęgnacyjne podlega w szczególności nadzorowi ze strony konsultantów krajowych oraz konsultantów wojewódzkich (art. 10 ust. 1 pkt 6 u.k.o.z.).

Zasada postępowania przez pielęgniarkę zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej dotyczy także rzeczowych świadczeń zdrowotnych, czyli leków, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Wykonywanie zawodu zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej zawiera w sobie także obowiązek uzyskania dostatecznych informacji o stosowanym produkcie. W przypadku środków farmaceutycznych informacji takich dostarcza charakterystyka produktu leczniczego, zaś w przypadku wyrobów medycznych instrukcja użycia²⁹.

Z uwagi na bardzo dynamiczny rozwój nauk medycznych istotnym elementem postępowania zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej jest standaryzacja wykonywania zawodu pielęgniarki.

W polskim prawodawstwie medycznym brak jest definicji słowa „standard”. „Ogólne pojęcie «standard» jest rozumiane jako przeciętny typowy model, norma, wzorzec, profesjonalnie uzgodniony poziom wykonawstwa jakiegoś działania, stosownie do potrzeb grupy pacjentów, który jest osiągalny, mierzalny, pożądanym. Jest tym wzorcem, do którego aktualna praktyka jest porównywana”³⁰. Wyróżnia się standardy medyczne i standardy organizacyjne.

Standardy medyczne. Tematyka standardów medycznych może obejmować w szczególności³¹:

- 1) wskazania co do metod diagnostycznych (zalecenia co do rodzaju badań, częstotliwości ich wykonywania);
- 2) wskazania co do metod leczniczych (zalecenia stosowania leków i dawek, metod nefarmakologicznych, w tym zabiegów i interwencji chirurgicznych);
- 3) wskazania co do metod zapobiegawczych – programy profilaktyczne;
- 4) wskazania co do kontroli procesu leczniczego;
- 5) wskazania co do kontroli procesu pielęgnacyjnego.

²⁹ Wyrok SA w Warszawie z 4.03.2015 r., I ACa 515/14, LEX nr 1665867.

³⁰ A. Piątek, *Standardy praktyki w zawodach pielęgniarki i położnej* [w:] *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Podręcznik dla studentów studiów licencjackich Wydziałów Pielęgniarstwa oraz Wydziałów Nauki o Zdrowiu*, red. A. Ksykiewicz-Dorota, Lublin 2013, s. 186.

³¹ *Standardy medyczne*, opracowanie A. Lella, M. Siewczyński, www.stomatologia.nil.org.pl.

Standardy medyczne mogą mieć charakter zaleceń i wytycznych, opracowywanych zazwyczaj przez towarzystwa naukowe, stowarzyszenia i towarzystwa naukowe czy grupy naukowe tego samego lub różnych ośrodków badawczych pod kierunkiem wybitnych autorytetów medycznych, a także zespoły ekspertów. Nie mają wówczas charakteru prawnego, a co za tym idzie nie są bezwzględnie obowiązujące. Stosowanie się do nich nie oznacza dla osób wykonujących zawody medyczne pełnej ochrony przed ewentualnymi roszczeniami ze strony pacjentów. Natomiast jako schematy postępowania oparte na aktualnej wiedzy medycznej i tworzone zgodnie z zasadami *Evidence-Based Medicine* (EBM), takie standardy stanowią niezwykle ważne wskazówki merytoryczne w codziennej praktyce medycznej³².

Normatywizacja wybranych reguł postępowania w opiece medycznej nad pacjentem nie oznacza bezwzględnie, że osoba wykonująca zawód pielęgniarki ma przestrzegać jedynie tych reguł postępowania, które zostały bezpośrednio określone w wytycznych, zaleceniach, standardach czy w aktach normatywnych. Bez względu na ich istnienie dobór świadczeń medycznych i ich realizacja wymagają zawsze rzetelności i staranności w doborze metod dostępnych dla konkretnego pacjenta w perspektywie aktualnej wiedzy medycznej w chwili podejmowania decyzji.

Szczególną rolę w polskim systemie opieki zdrowotnej spełniają standardy organizacyjne. Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (art. 22 ust. 4c u.d.z.l.) i mogą być wydawane na podstawie delegacji ustawowej przez ministra właściwego do spraw zdrowia w drodze rozporządzenia wykonawczego do ustawy o działalności leczniczej. Minister może wydać standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych (art. 22 ust. 5 u.d.z.l.). Oznacza to, że pielęgniarka zatrudniona w podmiocie leczniczym lub wykonująca zawód w ramach pielęgniarskiej praktyki zawodowej jest ustawowo zobowiązana do stosowania standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej, jeżeli zostały określone dla dziedziny medycyny objętej zakresem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ten podmiot wykonujący działalność leczniczą lub dla rodzaju wykonywanej przez niego działalności leczniczej (art. 22 ust. 4b u.d.z.l.)³³. Wystarczy wykazanie, choćby na podstawie domniemania faktycznego, że miało miejsce zawinione naruszenie zasad i standardów postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aby uznać, że podmiot leczniczy za pielęgniarkę zatrudnioną na podstawie umowy o pracę odpowiada jak za

³² D.L. Sackett, W.M.C. Rosenberg, J.A.M. Gray, R.B. Haynes i in., *Evidence Based Medicine: What it Is and What it Isn't*, „BMJ (British Medical Journal)” 1996/312 (7023), s. 71–72.

³³ Wyrok SA w Rzeszowie z 12.10.2006 r., I ACa 377/06, PiM 2009/3, s. 145: „Zakład opieki zdrowotnej (szpital) ponosi odpowiedzialność za błędy organizacyjne i zaniedbania personelu medycznego oraz za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego są poważne szkody doznane przez pacjenta”.

podwładnego lub w przypadku zatrudnienia pielęgniarstwa na podstawie umowy cywilnoprawnej odpowiada solidarnie z pielęgniarstwą za szkody doznane przez pacjenta³⁴.

Dotychczas zostały wydane w tym zakresie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16.12.2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii³⁵, z 16.08.2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej³⁶ oraz z 18.12.2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii³⁷.

Pielęgniarka udzielająca świadczenia opieki zdrowotnej w podmiocie leczniczym lub w pielęgniarstwie zawodowej w ramach umowy z NFZ jest ponadto zobowiązana do postępowania przy uwzględnieniu postanowień rozdziału 2 załącznika do rozporządzenia z 8.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, który dookreśla pojęcie warunków wymaganych od świadczeniodawców i łączy je ze standardami jakościowymi, organizacyjnymi i technicznymi wykonywania świadczeń³⁸.

Niezależnie od stworzenia i wdrażania standardów zewnętrznych w podmiocie leczniczym każda osoba wykonująca zawód pielęgniarstwa jest zobowiązana w zakresie sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych do postępowania zgodnego z regulaminem organizacyjnym podmiotu prowadzącego działalność leczniczą, czyli poddania się standaryzacji wewnętrznej podmiotu leczniczego, która często jest efektem dobrowolnego poddania się zewnętrznym normom jakości (art. 23 w zw. z art. 4 ust. 2 u.d.z.l.), z tym jednak zastrzeżeniem, że postanowienia regulaminu organizacyjnego nie mogą naruszać standardów określonych w przepisach prawa.

4. Należyta staranność

Pielęgniarka jest zobowiązana wykonywać zawód z należyłą starannością (art. 11 ust. 1 u.z.p.p.). Staranność to: dokładność, pilność, sumienność, dbałość o szczegóły³⁹. Wyróżniono pięciostopniowy podział rodzajów staranności. Najniższym jej stopniem jest staranność minimalna (w granicach najniższego życiowego lub

³⁴ M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku s. apel. z 30.05.2014 r., I ACa 795/11* [w:] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2017.

³⁵ Dz.U. poz. 2218 ze zm.

³⁶ Dz.U. poz. 1756.

³⁷ Dz.U. poz. 2435.

³⁸ Wyrok SN z 21.03.2014 r., IV CSK 383/13, LEX nr 1504761 – wykładnia uprawnień Prezesa NFZ dotyczących określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki medycznej oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców.

³⁹ Należyta staranność jako określenie poprawnego wykonywania pracy to synonim określeń: adekwatny, bez zarzutu, dobry, fachowy, kompetentny, nienaganny, odpowiedni, optymalny, poprawny, profesjonalny, przepisowy, przyzwoity, regulaminowy, rzetelny, składny, stosowany, umiętny, właściwy, <https://synonim.net/synonim/nalezity#g5722> (dostęp: 3.05.2019 r.).

zawodowego doświadczenia), po której następuje: niezbędna (polegająca na wykonywaniu podstawowych czynności pracowniczych i zawodowych na podstawie wiedzy i umiejętności niezbędnych w konkretnym zawodzie), należyta (polegająca na dokonaniu wszystkich typowych czynności zgodnie z wyższymi umiejętnościami i kwalifikacjami)⁴⁰, szczególna (mająca charakter kwalifikowany, zasadzająca się na dokonywaniu wszystkich możliwych czynności zgodnie z wysokimi kwalifikacjami) i najwyższa (możliwa do utrzymania przy bardzo wysokich kwalifikacjach)⁴¹. Pielęgniarka nie została zatem zobowiązana do staranności szczególnej, rozumianej potocznie jako staranność niezwykła, wyjątkowa, specjalna czy nieprzeciętna.

Należyta staranność jest pojęciem właściwym dla prawa cywilnego, częściowo zdefiniowanym w art. 355 k.c., zgodnie z którym staranność należyta to taka, która jest ogólnie wymagana w stosunkach danego rodzaju⁴². Należyta staranność dłużnika ustala się – w myśl art. 355 § 2 k.c. – przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności. W świetle poglądów doktryny przez należyta staranność trzeba rozumieć „staranność ogólnie wymaganą”. W odniesieniu do oceny wykonywania przez pielęgniarkę zawodu z należyta starannością zastosowanie ma kryterium ogólnych wymagań. Nie zostanie ono spełnione w wypadku ograniczenia się przez pielęgniarkę tylko do staranności wystarczającej, minimalnej.

Staranność ogólnie wymagana to staranność normalna, przeciętna. W odniesieniu do wzorców typu zawodowego w judykaturze i doktrynie mówi się o staranności dobrej pielęgniarki. Należy podkreślić, że nie chodzi tu o jakiś szczególny lub kwalifikowany typ staranności pielęgniarki, natomiast podnosi się, iż „odniesienie zawodowe” należytej staranności następuje w ramach jednego rodzaju stosunków i przy zachowaniu skali porównawczej odpowiedniej do tych stosunków. Przepisy nie wprowadziły jakiegoś konkretnego i uniwersalnego modelu należytej staranności pielęgniarki, co słusznie tłumaczy się faktem, że wobec zróżnicowanych stosunków życiowych oraz rozwoju medycyny i nauk o zdrowiu nie da się ustalić powszechnego wzoru ostrożności i przezornego zachowania, bowiem w różnych stosunkach życiowych jest wymagany odmienny stopień przezorności⁴³.

Wymóg wykonywania zawodu z należyta starannością trzeba zatem rozumieć jako zalecenie kierunkowe, wskazujące na zasady oceniania zachowania pielęgniarki m.in. przez sądy⁴⁴. Wymóg ten zakłada każdorazową potrzebę konstruowania mo-

⁴⁰ Postanowienie SN z 17.10.2002, IV KKN 634/99, OSNKW 2003/3–4/33.

⁴¹ Postanowienie SN z 17.10.2002, IV KKN 634/99.

⁴² M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Standardy wykonywania zawodu lekarza [w:] Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wrocław 2003, s. 42.

⁴³ Wyrok SN z 21.09.2007 r., V CSK 178/07, LEX nr 485896.

⁴⁴ T. Wiśniewski [w:] G. Bieniek, H. Ciepło, S. Dmowski, J. Gudowski, K. Kołakowski, M. Zycho-wicz, T. Wiśniewski, C. Żukowska, *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania*, t. 1, Warszawa 1996, s. 22–23.

delu działania spełniającego wymagane kryteria, stanowiące wzorzec, z którym porównywać należy kwestionowane zachowanie pielęgniarki podczas wykonywania zawodu. Wymóg należytej staranności to nakaz zachowania właściwej ostrożności przy opiece nad pacjentem, aby nie wyrządzić mu szkody.

Użycie przez ustawodawcę w art. 11 ust. 1 u.z.p.p. sformułowania „należyta staranność” nie może być uznane za pochojne i przypadkowe. Opowiadając się za koncepcją racjonalnego ustawodawcy, wypada uznać, że formułując wymóg należytej staranności, domaga się on od pielęgniarki staranności przeciętnej, normalnej, a nie wyjątkowej, niespecjalnej, a więc nie większej od tej, która jest normalnie oczekiwana w obrocie cywilnoprawnym. Zachowanie wymogów należytej staranności ma na celu zapewnienie osiągnięcia pozytywnego skutku podjętych czynności medycznych i zminimalizowanie ryzyka związanego z podjętymi czynnościami. Przestrzeganie należytej staranności ma stanowić dla pacjenta gwarancję, że podjęte czynności są dla niego bezpieczne. Choć osoba wykonująca zawód pielęgniarki jest zobowiązana uczynić wszystko, aby zamierzony rezultat osiągnąć, to nie może odpowiadać za brak pomyślności pielęgniarskich czynności zawodowych, która ze względu na stopień zaawansowania choroby, nie zawsze jednakową i możliwą do przewidzenia reakcję organizmu, nie jest absolutnie pewna.

Niedochowanie należytej staranności może mieć zarówno charakter subiektywnego uchybienia, jak również uchybienia obiektywnego. Subiektywne uchybienie oznacza, że pielęgniarka nie wykonuje danej czynności starannie, nie koncentruje się dostatecznie na jej wykonywaniu, czyli – innymi słowy – „nie stara się” działać efektywnie. Subiektywne uchybienie to takie postępowanie pielęgniarki, które może dotyczyć zarówno techniki medycznej (nieuwaga, lekceważenie, nieuzasadniony pośpiech, niewiedza, nieostrożność postępowania), jak również technik niemedycznych (m.in. porzucenie pacjenta, brak koniecznego nadzoru, odmowa udzielenia pomocy, niesprawowanie należytej opieki nad chorym, niepowiadomienie lekarza w sytuacji gdy jest to konieczne, niezastosowanie odpowiedniego nadzoru pooperacyjnego nad pacjentem, niezastosowanie odpowiedniego nadzoru nad pacjentem, wobec którego zastosowano środek przymusu bezpośredniego).

Obiektywne uchybienie należytej staranności oznacza, że pielęgniarka nie wykonuje danej czynności starannie, ponieważ nie przestrzega reguł pozwalających rozsądnie liczyć na efektywne i bezpieczne jej zrealizowanie⁴⁵. Owe reguły są regułami działalności praktycznej. Obiektywne uchybienie to każde niewłaściwe zachowanie się, a więc niezgodne z przepisami prawa, zasadami etycznymi bądź w ogóle z obowiązkiem staranności, jakiej każdy człowiek w społeczeństwie powinien dołożyć, aby nie wyrządzić szkody innemu. Przy istnieniu indywidualnej umowy pomiędzy pacjen-

⁴⁵ Wyrok SN z 25.01.2001 r., IV CKN 232/00, LEX nr 52527.

tem (jego przedstawicielem) a pielęgniarką obiektywny element niestaranności tkwi już w samym niewykonaniu lub nienależytym wykonaniu tej umowy.

Zgodnie z uwagami poczynionymi we wcześniejszych analizach, do ustalania zasad należytego postępowania służą pielęgniarkom opracowane w ciągu ostatnich lat zalecenia, wytyczne, standardy i procedury wykonywania określonych rodzajów świadczeń pielęgniarskich (tzw. standaryzacja pracy pielęgniarek)⁴⁶.

Poszanowanie przez pielęgniarkę zasady postępowania z należytą starannością wymaga od niej udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających prawnym wymogom fachowym i sanitarnym (art. 8 u.p.p.). Warunki, jakie w tym zakresie ma spełniać podmiot leczniczy oraz praktyka zawodowa, określa art. 22 u.d.z.l. Realizacja przez pielęgniarkę tego obowiązku podlega kontroli (sprawdzeniu) przez organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą – właściwego wojewodę, a w odniesieniu do zawodowych praktyk pielęgniarskich – okręgową radę pielęgniarek i położnych (art. 111 w zw. z art. 106 u.d.z.l.). Ponadto prawo do przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych co do zgodności ich działalności z przepisami prawa ma także minister właściwy do spraw zdrowia (art. 118 ust. 1 u.d.z.l.).

Pielęgniarka, która wykonuje określoną czynność zarówno w zgodzie z aktualnym stanem wiedzy, jak i z należytą starannością, nie jest prawnie odpowiedzialna za niewłaściwy skutek, który z owej czynności by wyniknął. Pielęgniarcze nie grozi w takich okolicznościach ani odpowiedzialność cywilna deliktowa, ani co do zasady odpowiedzialność cywilna kontraktowa⁴⁷, ani odpowiedzialność karna za tzw. materialne (skutkowe) przestępstwa przeciwko życiu lub zdrowiu. Jak wskazują M. Boratyńska i P. Konieczniak, „działa z należytą starannością ten, kto zarówno przestrzega owych reguł zobiektywizowanych, będących pochodną aktualnego stanu wiedzy specjalistycznej (medycznej i pozamedycznej), ale także wiedzy potocznej i zdrowego rozsądku, jak też – jednocześnie – działa z takim natężeniem uwagi, jakiego wymaga obecna sytuacja”⁴⁸. Za miernik należytej staranności uznaje się zatem miernik obiektywny, odnoszący się do każdego, kto znajdzie się w określonej sytuacji, formułowany na podstawie reguł takich jak: zasady współżycia społecznego, normy prawne, wiedza specjalistyczna, pragmatyki zawodowe, zwyczaje itp.⁴⁹

⁴⁶ „Ogólne pojęcie «standard» jest rozumiane jako przeciętny typowy model, norma, wzorzec, profesjonalnie uzgodniony poziom wykonawstwa jakiegoś działania, stosownie do potrzeb grupy ludzi/pacjentów, który jest osiągalny, mierzalny, pożądany. Jest tym wzorcem, do którego aktualna praktyka jest porównywana”, A. Piątek, *Standardy praktyki w zawodach pielęgniarki i położnej...*, s. 186.

⁴⁷ Z wyjątkiem sytuacji, gdy pielęgniarka przyjęła na siebie tzw. zobowiązanie rezultatu, tzn. w drodze umowy zobowiązała się do wykonywania pewnych czynności, gwarantując nastąpienie ich efektów pozytywnych (lub nienastąpienie efektów negatywnych).

⁴⁸ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Standardy wykonywania zawodu...*, s. 43.

⁴⁹ Zob. m.in. wyrok SN z 16.11.2011 r., V CSK 539/10, LEX nr 1102272; wyrok SN z 19.07.2000 r., II CKN 277/00, LEX nr 525559; wyrok SN z 29.05.2018 r., SDI 14/18, LEX nr 2568594.

Niezachowanie należytej staranności utożsamiane jest z pojęciem winy nieumyślnej w dwóch postaciach: niedbalstwa w jakiegokolwiek jego postaci oraz rażącego niedbalstwa.

Niedbalstwo ogólnie ujmuje się w doktrynie jako niedołożenie przez pielęgniarkę w życiu zawodowym staranności potrzebnej do uniknięcia bezprawnego skutku, którego działając, nie chciała wywołać, chociaż przewidywała możliwość jego wystąpienia, lecz spodziewała się, że zdoła go uniknąć, albo też nie przewidywała ujemnego skutku swojego działania dlatego, że nie zwróciła uwagi na zachodzące okoliczności, mimo że powinna to uczynić. W konsekwencji pielęgniarka wykonująca zobowiązanie musi uwzględnić np. charakter spełnianego świadczenia czy sposób działania i jeżeli w konkretnych okolicznościach, np. ze względu na zasady współżycia społecznego, wymaga przezorności, powinna ją zachować. Przypisanie określonej pielęgniarcie niedbalstwa uznaje się za uzasadnione tylko wtedy, gdy osoba ta zachowała się w określonym miejscu i czasie w sposób odbiegający od właściwego dla niej miernika należytej staranności.

Przez pojęcie rażącego niedbalstwa należy natomiast rozumieć szczególnie wyraźne odejście od wzorca wymaganego zachowania w konkretnym przypadku, wyjątkowo rażące naruszenie w szczególności zasad wiedzy, umiejętności czy zasad współżycia społecznego. Wykładnia pojęcia rażącego niedbalstwa powinna uwzględniać kwalifikowaną postać braku normalnej staranności w przewidywaniu skutków⁵⁰.

Reasumując, w każdej sytuacji ocena stopnia staranności określonej pielęgniarki nie może być dowolna, musi poddawać się weryfikacji⁵¹. Kryteria określające poziom wymagań w tym względzie mogą być mniej lub bardziej rygorystyczne, mniej lub bardziej surowe. W tym zakresie nie może być jednak dowolności i należy z założenia wyeliminować wszelkiego rodzaju kryteria i oceny subiektywne. Poziom wymagań w sferze diagnozy, terapii, pielęgnacji i rehabilitacji wyznacza stan aktualnej wiedzy medycznej, o czym była mowa powyżej. Należyta staranność pielęgniarki w zakresie wykonywania przez nią zawodu określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru jej działalności, nie oznacza to jednak staranności wyjątkowej, lecz dostosowaną do działającej osoby, pacjenta, tego, jakiego działania dotyczy, oraz okoliczności, w jakich następuje⁵². Dopiero element obiektywnej bezprawności zachowania pielęgniarki umożliwia postawienie jej zarzutu subiektywnie wadliwego postępowania⁵³.

⁵⁰ Wyrok SN z 25.09.2002 r., I CKN 969/00, LEX nr 55508.

⁵¹ Wyrok SN z 12.05.2011 r., I PK 228/10, LEX nr 896458.

⁵² Wyrok SN z 25.09.2002 r., I CKN 971/00, LEX nr 56902.

⁵³ Wyrok SN z 16.01.2013 r., II CSK 331/12, LEX nr 1293724.

5. Zasady etyki zawodowej

Pielęgniarka jest zobowiązana wykonywać zawód zgodnie z zasadami etyki zawodowej (art. 11 ust. 1 u.z.p.p.). Podstawowym źródłem tych zasad jest Kodeks etyki pielęgniarek i położnych. Nie zawiera on wszelkich norm etycznych, natomiast nakazuje, by w przypadkach w nim nieprzewidzianych kierować się zasadami wyrażonymi w uchwałach władz samorządu pielęgniarek i położnych oraz dobrymi obyczajami przyjętymi przez środowisko pielęgniarskie (art. 4 ust. 1 pkt 2 u.s.p.p.).

Pielęgniarkę obowiązują normy etyki zawodowej bez względu na to, czy zostały one spisane, czy też nie. Wniosek przeciwny oznaczałby, że przed podjęciem i wejściem w życie wskazanej uchwały Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych nie obowiązywały pielęgniarek żadne normy etyki zawodowej. Wniosek taki byłby absurdalny z kilku powodów.

Po pierwsze, w ustawie pielęgniarskiej od dawna występuje omawiane wcześniej ustawowe pojęcie godności zawodowej pielęgniarki, do zachowania której zobowiązuje się każda pielęgniarka i której uchybienie generować może pociągnięcie do odpowiedzialności zawodowej.

Po drugie, nie wszystkie normy etyki zawodowej są i mogą być spisane. Próba spisania ich wszystkich byłaby daremna, a w razie jej podjęcia zbiory zasad etyki zawodowej, tzw. kodeksy etyczne, byłyby rozbudowanymi aktami zawierającymi liczne normy o kazuistycznym charakterze. Dlatego z reguły w zbiorach umieszczane są normy o dość wysokim poziomie ogólności, same zbiory mają zaś charakter otwarty. Ich twórcy celowo odwołują się przy tym do pojęć niedookreślonych typu: godność, przyzwoitość, grzeczność i in., których nie sposób zdefiniować. Dopiero ocena konkretnego zachowania, której dokonuje sąd zawodowy, odwołując się do spisanych i niespisanych norm etyki zawodowej oraz do norm etyki ogólnej, a nawet do przyjętych zasad etykiety – zasad stosownego zachowania się w określonych okolicznościach – pozwala na ustalenie, czy doszło do uchybienia godności zawodowej. Normy zasad etyki zawodowej pielęgniarek i położnych mają charakter pomocniczy dla ustalenia odpowiedzialności zawodowej i oceny, czy doszło do uchybienia godności zawodowej, ponieważ to uchybienie, zgodnie z ustawą, stanowi materialną podstawę odpowiedzialności zawodowej. Zatem odwołanie się do normy etyki niewpisanej do zbioru zasad nie będzie miało znaczenia dla ostatecznego rozstrzygnięcia i nie może być uznane za naruszenie prawa.

Czyn niezgodny z zasadami etycznymi jest naruszeniem ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej i jako taki stanowi podstawę odpowiedzialności zawodowej pielęgniarki. Zasady Kodeksu etyki pielęgniarek i położnych pomagają również ustalić niegodność z zasadami wiedzy pielęgniarskiej lub innymi zasadami ostrożności i stwierdzić, czy działanie pielęgniarki stanowiło naruszenie zasad ostrożności i może

być podstawą odpowiedzialności karnej⁵⁴. Zgodnie z orzecznictwem sądowym rażąco nieetyczne będzie zachowanie pielęgniarki, która dopuszcza się przestępstwa przez nadużycie swojej pozycji, jak również niedbale lub lekkomyślnie wykonuje czynności zawodowe⁵⁵. Za postawę nieetyczną należy uznać także propagowanie i praktykowanie przez pielęgniarkę metod nieakceptowanych przez współczesne nauki medyczne, jako naruszających godność zawodu pielęgniarskiego (KEPP).

Zgodnie z prezentowanym stanowiskiem Trybunału Konstytucyjnego kodeks etyki zawodowej zawiera normy deontologiczne niebędące źródłem prawa, które nie mogą być jednak pomijane w procesie stosowania prawa, ponieważ są normami etycznymi inkorporowanymi do systemu obowiązującego prawa, dookreślającymi treść norm prawnych. Przedmiotem oceny nie może być sama norma etyczna, a jedynie norma prawna, która określa tę normę⁵⁶. Normy etyczne stanowią wytyczną do oceny zachowania członka samorządu zawodowego i pozwalają stwierdzić, czy przestrzegane są ustawowo określone zasady wykonywania zawodu oraz zagwarantowane prawa pacjenta (art. 8 u.p.p.). Naruszenie przez pielęgniarkę postanowień KEPP może stanowić obiektywny element winy. Pielęgniarka musi jednak działać przede wszystkim zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa. Jeżeli norma Kodeksu pozostaje w sprzeczności z przepisami prawa, należy uznać, że jest ona pozbawiona mocy prawnej, zwłaszcza gdy dotyczy to praw i wolności obywatelskich, gdyż te mogą być regulowane wyłącznie w ustawach⁵⁷.

Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej został przyjęty uchwałą nr 9 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych 9.12.2003 r. Odwołuje się on do podstawowych wartości istotnych dla etosu zawodów pielęgniarki i położnej, takich jak życie i zdrowie człowieka, poszanowanie godności i praw wszystkich ludzi oraz tolerancja, opiekuńczość, rzetelna informacja i zaufanie. Pielęgniarki i położne winne są wszystkim ludziom, a szczególnie swoim podopiecznym, okazywać poszanowanie dla ich godności i cierpienia. Działalność pielęgniarek i położnych jest określana jako świadoma i dobrowolna służba zdrowiu, życiu i cierpieniu drugiego człowieka bez względu na rasę, religię, narodowość, pozycję społeczną i majątkową, płeć i wiek (pkt 3 przyrzeczenia). Zgodnie z zapisami zawartymi w części

⁵⁴ R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, s. 117.

⁵⁵ Uchwała SN z 18.09.2001 r., I KZP 18/01.

⁵⁶ Takiej bezpośredniej inkorporacji norm Kodeksu Etyki Lekarskiej dokonał, zdaniem Trybunału Konstytucyjnego, art. 41 w zw. z art. 15 ustawy o izbach lekarskich z 1989 r. Samorząd lekarzy został upoważniony do ustanowienia dla wszystkich lekarzy zasad etyki i deontologii i tym samym KEL stał się podstawą orzekania o odpowiedzialności lekarzy przed sądami dyscyplinarnymi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii lekarskiej; zob. postanowienie TK z 7.10.1992 r., U 1/92, OTK 1992/2, poz. 38; uchwała pełnego składu TK z 17.03.1993 r., W 16/92, OTK 1993/1, poz. 16. Odpowiednie przepisy zawiera ustawa o izbach lekarskich z 2009 r. w art. 8 i 53. Analogicznego odniesienia można dokonać co do charakteru norm etycznych w działalności zawodowej pielęgniarek i położnych (art. 38 w zw. z art. 9 pkt 1 u.s.p.p. z 1991 r. i odpowiednio art. 36 ust. 1 w zw. z art. 11 ust. 2 pkt 1 u.s.p.p.).

⁵⁷ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2004, s. 41.

ogólnej KEPP zasady etyki zawodowej wynikają z uniwersalnych zasad etycznych i zobowiązują pielęgniarki do przestrzegania praw pacjenta i dbania o godność zawodu. Działalność zawodowa pielęgniarki ma obejmować świadome i dobrowolne podejmowanie profesjonalnych działań na rzecz pacjentów, niezależnie od ich sytuacji zdrowotnej i społecznej. Pielęgniarka swoją postawą osobistą, zawodową i społeczną powinna dbać o prestiż zawodu i podnosić jego znaczenie w społeczeństwie. Czynności zawodowe pielęgniarki nie mogą służyć aktom bezprawnym ani też powodować szkód dla zdrowia ludzkiego. Pielęgniarka ponosi osobistą odpowiedzialność za swoje działania i działa zawsze w interesie swych pacjentów, szczególnie tam, gdzie ich życie i zdrowie mogą być zagrożone.

6. Prawa pacjenta

Pielęgniarka wykonuje zawód z poszanowaniem praw pacjenta (art. 11 ust. 1 u.z.p.p.) i jest zobowiązana informować pacjenta o jego prawach zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art. 16 pkt 1 u.z.p.p.).

Pielęgniarki w trakcie wykonywania zawodu mają chronić godności osoby ludzkiej oraz gwarantować każdemu – bez dyskryminacji – poszanowanie jego integralności oraz innych prawa i podstawowych wolności w kontekście procesu świadczenia zdrowotnego. Dlatego prawo medyczne, w tym prawo medyczne z uwzględnieniem aspektów wykonywania zawodu pielęgniarki, to w istocie przede wszystkim prawa pacjenta⁵⁸.

Wyróżnia się trzy główne poziomy regulacji praw pacjenta mające wpływ na zakres merytoryczny analizowanego terminu. Pacjent może być postrzegany jako podmiot stosunku prawnego, którego „kontrahentem” jest: 1) Skarb Państwa, gwarantujący obywatelom określone prawa (norma abstrakcyjna); 2) podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych, realizujący obowiązki regulowane ustawą szczególną (norma ogólna); 3) lekarz, pielęgniarka, położna oraz inne osoby wykonujące zawody medyczne, podejmujące konkretne działania lub niedopełniające obowiązków (norma konkretna)⁵⁹. Każdy z tych trzech stosunków prawnych ma inny charakter prawny i różne zasady odpowiedzialności prawnej w sytuacji naruszenia praw pacjenta. Z uwagi na zakres opracowania przedmiotem dalszych odniesień jest w szczególności trzeci aspekt, czyli relacje pomiędzy pacjentem a pielęgniarką.

Prawa pacjenta są przedmiotem regulacji zawartych nie tylko w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ale wiele z nich wynika z innych aktów prawnych, jak Konstytucja RP, akty ponadnarodowe, ustawy i akty wykonawcze.

⁵⁸ L. Kubicki, *Prawo medyczne i jego zakres* [w:] *Prawo medyczne...*, s. 2 i n.

⁵⁹ M. Rzewuski, *Glosa do wyroku SN z 29.05.2007 r., V CSK 76/07, OSNC 2008/7–8, poz. 91.*

Konstytucja RP. Spośród konstytucyjnych wolności prawnie chronionych i praw osobistych należy wymienić: prawną ochronę życia (art. 38), zakaz poddawania eksperymentom medycznym bez dobrowolnie wyrażonej zgody (art. 39), zakaz tortur, okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania i karania (w tym zakaz kar cielesnych – art. 40), nietykalność i wolność osobistą (art. 41), prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz decydowania o swoim życiu osobistym (art. 18 i 47), prawo rodziców do wychowania dzieci zgodnie z własnymi przekonaniami (art. 48), wolność i ochronę komunikowania się, których ograniczenie może nastąpić tylko w przypadkach i na warunkach określonych ustawą (art. 49), prawo do ochrony danych osobistych (obowiązek ujawnienia informacji osobistych może wynikać jedynie z ustawy). Władze publiczne mogą uzyskiwać, gromadzić i udostępniać jedynie niezbędne w demokratycznym państwie prawnym informacje o obywatelach. Obowiązuje prawo dostępu każdego do dotyczących go urzędowych dokumentów i zbiorów danych, prawo żądania sprostowania oraz usunięcia informacji nieprawdziwych, niepełnych lub zebranych w sposób sprzeczny z ustawą (art. 51), wolność sumienia i religii (art. 53), a także wolność wyrażania swoich poglądów oraz uzyskiwania i rozpowszechniania informacji.

Należy również wskazać wolności i prawa sprowadzające się w głównej mierze do nałożenia na państwo obowiązku różnorodnych świadczeń na rzecz obywateli stających się pacjentami: prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo (art. 67) oraz prawo do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art. 68).

Duże znaczenie dla ochrony praw i wolności obywatelskich (pacjenta) ma postanowienie art. 7 Konstytucji RP, w myśl którego organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa. W Konstytucji wymienia się także środki ochrony wolności i praw: prawo do wynagrodzenia szkody spowodowanej przez niezgodne z prawem działanie organu władzy publicznej (art. 77), prawo do sądu (art. 77), prawo do zaskarżania orzeczeń i decyzji wydanych w pierwszej instancji (art. 78), prawo wniesienia skargi do Trybunału Konstytucyjnego (art. 79), prawo do wystąpienia do Rzecznika Praw Obywatelskich (art. 80).

Wskazany zespół przepisów konstytucyjnych wyznacza generalnie status pacjenta w polskim prawie i stanowi odniesienie do oceny szczegółowych regulacji prawnych.

Akty prawa międzynarodowego i europejskiego. Obowiązująca Konstytucja uznała wprost prawo międzynarodowe za źródło prawa polskiego. Ratyfikowane przez Polskę umowy międzynarodowe stanowią część krajowego porządku prawnego i są bezpośrednio stosowane, chyba że ich stosowanie zależy od wydania ustawy (art. 91

ust. 1 Konstytucji RP)⁶⁰. Umowy te są wyrazem porozumień z innymi państwami we wspólnych sprawach, dotyczących m.in. standardów ochrony prawa człowieka.

Do przepisów odrębnych obowiązujących na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zaliczyć należy ratyfikowane umowy międzynarodowe. Znaczna ich część dotyczy praw człowieka i w związku z tym nie należy się dziwić, że stanowią uwarunkowania prawne wykonywania zawodu pielęgniarki. Podstawowy zakres ochrony praw pacjenta wyznaczają przywołane poniżej ratyfikowane umowy międzynarodowe⁶¹.

W zakresie powszechnego prawa międzynarodowego jest to Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych⁶² oraz Międzynarodowy Pakt Praw Ekonomicznych, Społecznych i Kulturalnych⁶³. W ramach MPPOiP istotne są następujące prawa człowieka: prawo do życia (art. 6 ust. 1), prawo do poszanowania integralności psychicznej, fizycznej i moralnej (zakaz tortur – art. 7), prawo do wolności i bezpieczeństwa osobistego (art. 9 ust. 1), prawo do sprawiedliwego procesu (art. 14), prawo do prywatności (art. 17), prawo do wolności myśli, sumienia i religii (art. 18 ust. 1), prawo do swobody wypowiedzi (art. 19 ust. 2). Natomiast w ramach MPPESiK z uwagi na prawa pacjenta interesujące są przede wszystkim dwa prawa społeczne: prawo do zabezpieczenia społecznego, w tym do ubezpieczeń społecznych (art. 9), oraz prawo do korzystania z najwyższej osiągalnego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego (art. 12 ust. 1)⁶⁴. Szczególną uwagę należy zwrócić na Konwencję w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet⁶⁵ z 1979 r. oraz Konwencję o prawach dziecka⁶⁶ z 1989 r. – określające w sposób szczególny ochronę kobiet i dzieci w zakresie opieki zdrowotnej.

W ramach europejskiej przestrzeni prawnej kluczowe znaczenie mają Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 r.⁶⁷ i Europejska Karta Społeczna uchwalona w 1961 r.⁶⁸ Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności w szczególności reguluje: prawo do życia (art. 2), zakaz stosowania tortur, nieludzkiego lub poniżającego traktowania bądź karania (art. 3), prawo do

⁶⁰ P. Sarnecki, *Prawo konstytucyjne RP*, Warszawa 2006, s. 55.

⁶¹ Standardy ochrony praw pacjenta na gruncie powszechnego prawa międzynarodowego i w europejskiej przestrzeni prawnej zostały omówione przez autorkę w książce *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009, s. 55–148.

⁶² Polska ratyfikowała pakt 3.03.1977 r. (Dz.U. Nr 38, poz. 167 i załączniki).

⁶³ Polska ratyfikowała pakt 3.03.1977 r. (Dz.U. Nr 38, poz. 169 i załączniki).

⁶⁴ Ten zapis stanowi rozwinięcie wcześniejszych deklaracji, tzn. art. 55 Karty Narodów Zjednoczonych, że ONZ będzie popierać rozwiązania międzynarodowe zagadnień zdrowia publicznego; por. też J. Machowski, *Prawa człowieka*, Warszawa 1968, s. 75.

⁶⁵ Polska ratyfikowała Konwencję w 1980 r. (Dz.U. z 1982 r. Nr 10, poz. 71, załącznik).

⁶⁶ Ratyfikowana przez Polskę 30.09.1991 r. (Dz.U. Nr 120, poz. 527 ze zm.).

⁶⁷ A. Bisztyga, *Geneza Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności oraz Europejskiego Trybunału Praw Człowieka*, „Prawa Człowieka” 1994/1.

⁶⁸ Dz.U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67 ze zm.; *Podstawowe dokumenty Rady Europy z dziedziny polityki społecznej*, red. R. Henczel, J. Maciejewska, Warszawa 1997.

wolności i bezpieczeństwa osobistego (art. 5), prawo do poszanowania życia prywatnego (art. 8), prawo do wolności ekspresji, które obejmuje wolność poglądów oraz otrzymywania informacji (art. 10). W Europejskiej Karcie Społecznej kwestie zdrowotne znalazły się w kilku artykułach. Artykuł 7 ust. 9 reguluje sprawy kontroli lekarskiej osób mających mniej niż 18 lat, a ust. 10 dotyczy ochrony tych osób przed niebezpieczeństwem fizycznym i moralnym, co należy interpretować także jako ochronę przed zagrożeniami zdrowia. Problemy zdrowia poruszono także w postanowieniach: art. 11 regulującego prawo do ochrony zdrowia, art. 13 dotyczącego prawa do pomocy społecznej i medycznej oraz art. 15 związanego z rehabilitacją zawodową i społeczną. Przy pewnej interpretacji także art. 16 (ochrona społeczna rodziny) oraz art. 17 (ochrona matek i dzieci) zawierają elementy związane z ochroną zdrowia.

Pomimo nieratyfikowania przez Polskę istotne znaczenie dla kształtowania się standardów praw pacjenta i godności osoby ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny ma Konwencja Rady Europy o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny z 1997 r.⁶⁹

W moim przekonaniu realizacja w Polsce koncepcji praw pacjenta w działalności zawodowej pielęgniarstwa powinna być także nastawiona na wartości wyrażone w przepisach prawnych poświęconych ochronie podstawowych praw człowieka i obywatela. W zakresie prawa międzynarodowego i europejskiego chodzi tu zwłaszcza o MPPOP, EKPC, EKS, EKB oraz obecnie dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej⁷⁰.

Konieczne jest także zwrócenie uwagi na bogate orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu.

Ustawodawstwo krajowe. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wyznacza katalog praw pacjenta, który odnosi się do pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez każdy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych i przez każdą osobę wykonującą zawód medyczny, w tym pielęgniarzkę. Ustawa wyodrębnia ogólne i szczegółowe prawa pacjenta. Katalog praw jest rozbudowany i obejmuje:

- 1) prawo:
 - a) do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej,
 - b) do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń,

⁶⁹ *Europejskie standardy bioetyczne. Wybór materiałów*, wstęp, tłumaczenie i oprac. T. Jasudowicz, Toruń 1998.

⁷⁰ Dz.Urz. UE L 88, s. 45, ze zm.

- c) do zasięgnięcia opinii innego lekarza, pielęgniarki, położnej lub zwołania konsylium lekarskiego,
- d) do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia;
- 2) prawo do informacji:
 - a) o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w tym żądania pełnej informacji,
 - b) o stanie zdrowia w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej,
 - c) o stanie zdrowia w zakresie niezbędnym do wyrażenia zgody,
 - d) o prawach pacjenta,
 - e) o rodzaju i zakresie udzielanych przez dany podmiot świadczeń zdrowotnych;
- 3) prawo żądania nieudzielania przez lekarza informacji w zakresie wskazanym przez pacjenta;
- 4) prawo przedstawienia lekarzowi swojego zdania w zakresie otrzymanych informacji;
- 5) prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia;
- 6) prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych;
- 7) prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych;
- 8) prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych;
- 9) prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta;
- 10) prawo do umierania w spokoju i godności;
- 11) prawo leczenia bólu;
- 12) prawo dostępu do dokumentacji medycznej;
- 13) prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;
- 14) prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego:
 - a) do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami,
 - b) do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej,
 - c) do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu;
- 15) prawo do opieki duszpasterskiej;
- 16) prawo do przechowania rzeczy wartościowych w depozycie;
- 17) prawo wystąpienia do Rzecznika Praw Pacjenta;
- 18) prawo do wystąpienia z wnioskiem do wojewódzkiej komisji orzekającej do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Ponadto ustawa przewiduje możliwość ograniczenia korzystania z praw pacjenta (art. 5) czy ponoszenia opłat za realizację określonych praw (art. 28 i 35). Ograniczenie tych praw powinno prowadzić do ścisłej ich interpretacji.

Przedstawiony katalog praw pacjenta jest bardzo ogólny i ma zastosowanie do pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych podmiotów leczniczych każdego typu, zarówno publicznych, jak i niepublicznych, oraz korzystających z usług praktyk zawodowych, w tym zawodowych praktyk pielęgniarstwa. Ponadto nie ma charakteru zamkniętego – konkretne uprawnienia pacjenta wynikają również z ustaw szczególnych. Prawa pacjenta zostały uregulowane przede wszystkim w następujących aktach:

- 1) ustawa 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r. poz. 295 ze zm.);
- 2) ustawa z 1.07.2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2019 r. poz. 1405);
- 3) ustawa z 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2019 r. poz. 852 ze zm.);
- 4) ustawa z 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 186);
- 5) ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.);
- 6) ustawa z 27.07.2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 849);
- 7) ustawa z 6.09.2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2019 r. poz. 499 ze zm.);
- 8) ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2019 r. poz. 1239 ze zm.);
- 9) ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2019 r. poz. 1950 ze zm.);
- 10) ustawa z 22.08.1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U. z 2019 r. poz. 1222);
- 11) ustawa z 20.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781);
- 12) ustawa z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 576 ze zm.);
- 13) ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2019 r. poz. 537 ze zm.);
- 14) ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2019 r. poz. 993 ze zm.);
- 15) ustawa z 25.09.2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. z 2019 r. poz. 952 ze zm.);
- 16) ustawa z 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 357 ze zm.);
- 17) ustawa z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2019 r. poz. 408 ze zm.);
- 18) ustawa z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r. poz. 1878 ze zm.);
- 19) ustawa z 7.01.1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. Nr 17, poz. 78 ze zm.);
- 20) ustawa z 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2019 r. poz. 2277 ze zm.);
- 21) ustawa z 20.07.1950 r. o zawodzie felczera (Dz.U. z 2018 r. poz. 2150).

Prawa pacjenta obejmują także aspekty szczególnych metod postępowania medycznego, takie jak transplantacja, eksperymenty medyczne i kliniczne badanie leków

i materiałów medycznych, zabiegi sztucznej prokreacji i przerywania ciąży, kwestie związane z alkoholizmem i narkomanią, a także zabiegi kosmetyczne. Ważna jest problematyka postępowania w stanach terminalnych i prawo do godnej śmierci. Zagadnienia te coraz częściej dotyczą także współdziałania osób wykonujących zawód pielęgniarki.

Kolejna grupa ustaw to ustawy określające zakres kompetencji poszczególnych organów. Wskazują one na sposób ich działania w celu ochrony praw i wolności, ale także wyznaczają terminy do składania różnych środków prawnych. Niektóre z tych ustaw mają formę kodeksów, jak Kodeks karny, Kodeks cywilny, Kodeks postępowania karnego, Kodeks postępowania administracyjnego czy Kodeks postępowania cywilnego.

Inna grupa ustaw przewiduje współpracę z różnymi organami i instytucjami systemu ochrony prawa i wolności. Bardzo ważne są rozporządzenia, które muszą być wydawane w granicach delegacji ustawowej⁷¹.

7. Dbałość o bezpieczeństwo pacjenta

Ustawodawca do kluczowych zasad wykonywania zawodu pielęgniarki zalicza udzielanie pacjentom świadczeń zdrowotnych z dbałością o bezpieczeństwo pacjenta (art. 11 ust. 1 u.z.p.p.), w tym w warunkach odpowiadających określonym w przepisach wymaganiami fachowym i sanitarnym (art. 8 u.p.p.). Istotą omawianego obowiązku jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, koniecznych z uwagi na wskazania kliniczne do ich zastosowania, na takim poziomie jakości, który zabezpiecza pacjenta przed wystąpieniem zdarzeń niepożądanych. Temu na służyć m.in. zobowiązanie każdego podmiotu zatrudniającego do zapewnienia miejsca pracy, które spełnia ustawowe warunki, jakim powinien sprostać lokal i wyposażenie, które są wykorzystywane do świadczenia usług medycznych.

Pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą muszą odpowiadać wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Innymi słowy, to rodzaj wykonywanej działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń są decydujące z punktu widzenia oceny, czy dane pomieszczenie oraz jego wyposażenie mogą być wykorzystywane do świadczenia usług medycznych, w tym pielęgniarskich i położniczych. Wymagania te dotyczą w szczególności warunków: ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych (art. 22 ust. 1 i 2 u.d.z.l.). Zdecydowana większość tej problematyki jest regulowana rozporządzeniami Ministra Zdrowia z 26.03.2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia

⁷¹ Zagadnienie praw pacjenta szeroko omówiono w: D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2016.

i urzędnika podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁷² oraz z 5.07.2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności⁷³. Zakresem przedmiotowym pierwszego z wymienionych wyżej aktów objęte są: szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala, ambulatorium, szpitala jednodniowego, centrum, pracowni badań endoskopowych, zakładu rehabilitacji leczniczej oraz stacji dializ. Treścią zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających wymogom fachowym i sanitarnym w odniesieniu do pomieszczeń, w których świadczenia te są udzielane, jest także dbałość o odpowiednią konserwację tych miejsc oraz cykliczną kontrolę spełniania standardów wynikających ze wskazanych przepisów prawnych.

Podobnie jak w przypadku pomieszczeń ustawodawca wskazał na wymogi, jakim powinna odpowiadać aparatura i urządzenia używane do udzielania świadczeń zdrowotnych. Określa ono przede wszystkim rodzaj aparatury, w jaką powinien być wyposażony określony podmiot wykonujący działalność leczniczą w zależności od rodzaju prowadzonej działalności.

Treścią zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających wymogom fachowym i sanitarnym w odniesieniu do używanej aparatury i sprzętu jest także dbałość o odpowiednią konserwację tych urządzeń oraz kontrolę spełniania standardów wynikających ze wskazanych przepisów prawnych, również w zakresie wymogów bezpieczeństwa i higieny pracy, zarówno przed każdym wykorzystaniem narzędzia w toku procesu leczenia pacjenta, jak i w ramach kontroli cyklicznych.

Dbałość o bezpieczeństwo pacjenta jest ściśle związana z przestrzeganiem regulacji prawnych określających odpowiedni standard bezpieczeństwa i fachowości używanych wyrobów medycznych. Zabronione jest m.in. używanie wyrobów medycznych, których termin ważności upłynął lub został przekroczony czas lub krotkość ich bezpiecznego używania (art. 7 u.w.m.), a także wyrobów medycznych, jeżeli dotyczące ich certyfikaty zgodności utraciły ważność, zostały wycofane lub zawieszono (art. 10 u.w.m.). Przede wszystkim jednak zabronione jest używanie takich wyrobów medycznych, które stwarzają zagrożenie dla bezpieczeństwa, życia lub zdrowia pacjentów, użytkowników lub innych osób, przekraczające akceptowalne granice ryzyka, określone na podstawie aktualnego stanu wiedzy (art. 6. u.w.m.).

Natomiast z punktu widzenia tematyki opracowania istotne są zagadnienia związane z wykonywaniem przez pielęgniarkę czynności zawodowych w warunkach umożliwiających przestrzeganie jej zasad aseptyki i higieniczno-sanitarnych, co pozwala na zapobieganie zakażeniom wewnątrzszpitalnym, a także minimalizuje ryzyko za-

⁷² Dz.U. poz. 595.

⁷³ Dz.U. poz. 808 ze zm.

wodowe pielęgniarki w związku z wykonywaniem świadczeń określonego rodzaju z uwagi na rodzaj działalności leczniczej. Wymagań określonych w rozporządzeniach nie stosuje się do podmiotów udzielających wyłącznie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (art. 22 ust. 3a u.d.z.l.).

Konieczność przestrzegania warunków fachowych i sanitarnych w odniesieniu do urządzeń używanych w toku udzielania świadczeń zdrowotnych nakłada także określone obowiązki na osoby odpowiedzialne za prawidłowość funkcjonowania sprzętu medycznego, przede wszystkim w zakresie jego prawidłowej konserwacji oraz cyklicznej kontroli spełniania wymogów bezpieczeństwa. Jednak pewne obowiązki w tym zakresie mają również osoby bezpośrednio udzielające świadczeń zdrowotnych. Wskazuje się bowiem, że spoczywa na nich obowiązek rutynowej kontroli każdego wykorzystywanego w procesie diagnostycznym i terapeutycznym urządzenia pod kątem ewentualnych widocznych i łatwo wykrywalnych uszkodzeń i defektów⁷⁴.

W wymiarze instytucjonalnym w określaniu zalecanych wytycznych i obowiązujących procedur w zakresie bezpieczeństwa pacjenta biorą udział: minister właściwy do spraw zdrowia, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, publiczny płatnik świadczeń zdrowotnych (Narodowy Fundusz Zdrowia), Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

Reasumując, wymagania fachowe i sanitarne będą różne, w zależności od miejsca, rodzaju i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę. Stan zdrowia pacjenta i charakter udzielanych mu świadczeń zdrowotnych będzie często determinował sposób postępowania gwarantujący bezpieczeństwo pacjentowi, w szczególności zapewnienie odpowiednich warunków bytowych minimalizujących wystąpienie zagrożenie dla jego życia lub zdrowia. Podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych nie może być pozostawiona dowolność w zakresie stanu technicznego i sanitarnego pomieszczeń oraz używanej aparatury ze względu na ewentualne nieodwracalne skutki dla życia i zdrowia pacjentów. W związku z tym zagwarantowanie odpowiednich wymogów fachowych i sanitarnych ma zapewnić możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach zapewniających zarówno odpowiednią, jak i skuteczną ochronę życia i zdrowia pacjenta. W sytuacji wyrządzenia pacjentowi szkody w związku z niezapewnieniem lub nieprzebrzeganiem tych wymagań sytuacja prawna pielęgniarki wykonującej zawód w podmiocie leczniczym, np. szpitalu czy przychodni, zależy od formy zatrudnienia w tym podmiocie. W sytuacji zatrudnienia pracowniczego co do zasady ryzyko organizacyjne środowiska pracy obciąża praco-

⁷⁴ T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku*, Warszawa 2013, s. 68.

dawcę, natomiast sprawa nie jest już taka prosta przy wykonywaniu zawodu na podstawie umowy cywilnoprawnej (tzw. kontraktu). Natomiast w sytuacji prowadzenia własnej praktyki zawodowej za bezpieczeństwo pacjenta z punktu widzenia wypełniania wskazanych wyżej uwarunkowań prawnych prowadzenia własnej działalności gospodarczej odpowiedzialność osobistą ponosi pielęgniarka.

Realizacja ustawowego obowiązku spełniania wymagań, o których mowa w art. 22 u.d.z.l., podlega kontroli (sprawdzeniu) przez organ prowadzący rejestr, tzn. w odniesieniu do podmiotów leczniczych przez właściwego wojewodę, a w odniesieniu do praktyk zawodowych – przez okręgową radę lekarską lub okręgową radę pielęgniarek i położnych (art. 111 w zw. z art. 106 u.d.z.l.). Ponadto prawo do przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych pod względem zgodności z prawem ma także Minister Zdrowia (art. 118 ust. 1 u.d.z.l.) oraz podmiot tworzący w stosunku do podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą (art. 121 u.d.z.l.).

Warto także zwrócić uwagę, że w Polsce podjęto próbę systemowego uregulowania możliwości wdrożenia efektywnych mechanizmów prewencyjnych, które nie tyle wyeliminowałyby, ile zredukowały skalę występowania zjawisk niepożądanych i tym samym zwiększyły poziom bezpieczeństwa pacjenta w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. W założeniach przedstawiono i zdefiniowano składowe filarów systemu jakości i bezpieczeństwa pacjenta: 1) system autoryzacji; 2) system monitorowania zbierania zdarzeń niepożądanych; 3) system monitorowania klinicznych wskaźników jakości; 4) system akredytacji. Prace nad projektem zostały na razie zaniechane⁷⁵.

8. Podsumowanie

1. Dobra osobiste w postaci życia i zdrowia człowieka są chronione przez zasady udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymogami aktualnej wiedzy medycznej i z należytą starannością.
2. Pielęgniarki są zobowiązane do przestrzegania medycznych i organizacyjnych standardów ustalających optymalne postępowanie medyczne w ich praktyce zawodowej.
3. Standaryzacja poszczególnych czynności medycznych procesu świadczenia zdrowotnego jest efektem pracy zarówno wybitnych autorytetów na gruncie nauk medycznych, stowarzyszeń i towarzystw naukowych czy różnych ośrodków badawczych opracowujących wytyczne czy standardy, jak i powołanych przez państwo niezależ-

⁷⁵ W domenie publicznej w ramach Rządowego Procesu Legislacyjnego w styczniu 2017 r. opublikowano „Projekt założeń do projektu o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjentów”, por. K. Urban, Komentarze praktyczne, Wolters Kluwer.

nych podmiotów o zasięgu ogólnokrajowym (takim podmiotem jest Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji)⁷⁶.

4. Istnieją wciąż różne opinie na temat tego, czy zasady wiedzy medycznej powinny zostać ujęte w formie odpowiednio sformalizowanych standardów postępowania. Z jednej strony wskazuje się, że nie przyczyni się to do obniżenia nakładów na opiekę zdrowotną i nie zminimalizuje liczby popełnianych błędów⁷⁷. Z drugiej strony za ustanowieniem standardów, rozumianych jako wzorce postępowania dobrego fachowca wyznaczane aktualnym poziomem wiedzy medycznej, przemawiają względy bezpieczeństwa zarówno pacjenta, jak i przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych, w tym pielęgniarek, oraz okoliczność, że jakość świadczenia zdrowotnego pozostaje w ścisłej korelacji ze standardami postępowania⁷⁸.

5. Ustawodawca oczekuje od pielęgniarki zwykłego profesjonalizmu, rutynowego wyczerpania procedur zawodowych, dołożenia starań, aby być sprawnym zawodowo.

6. Zarówno naruszenie zasad wiedzy medycznej przy dokonywaniu czynności medycznych, jak i wymogu zachowania należytej staranności może stanowić naruszenie ogólnych zasad ostrożności.

7. Każde przekroczenie zasad ostrożności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych prowadzi do takich samych skutków. Niezależnie więc od tego, czy negatywne skutki były wynikiem niewykorzystania aktualnej wiedzy medycznej, czy innego naruszenia uznanych zasad ostrożności, mają one równorzędne znaczenie dla ustalenia odpowiedzialności prawnej pielęgniarki.

⁷⁶ AOTM dokonuje kwalifikacji świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych w ramach publicznych środków finansowych. Por. art. 31b–31h u.ś.o.z.; P. Dobski, *Wykorzystanie strategii prokajnościowej w zarządzaniu zakładem opieki zdrowotnej* [w:] *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej...*, s. 277–293; T.E. Getzen, *Ekonomia zdrowia...*, s. 10–13; I. Rudawska, *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Warszawa 2007, s. 37.

⁷⁷ B. Kamiński, *Na marginesie reformy, standardów medycznych i Europejskiej Konwencji Bioetycznej – refleksje klinisty*, PiM 1999/3, s. 109.

⁷⁸ T. Dukiet-Nagórska, *Reguły ostrożności postępowania (standardy postępowania) w publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, PiM 2004/16, s. 9 i 12. Autorka odnosi się tylko do konieczności wypracowania standardów pracy lekarza.

Rozdział 2

UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH BEZ ZLECENIA LEKARSKIEGO

1. Uwagi ogólne

Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega w szczególności na samodzielnym, bez zlecenia lekarskiego, udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych, leków, środków pomocniczych i wyrobów medycznych (art. 4 ust. 1 pkt 4 u.z.p.p. w zw. z art. 6) oraz na samodzielnym, bez zlecenia lekarskiego, ordynowaniu lub kontynuowaniu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia i wyrobów medycznych, w tym wystawianiu recept, zleceń i skierowań (art. 15a i 15b u.z.p.p.). Zakres świadczeń zdrowotnych i rzeczowych świadczeń zdrowotnych, których mogą udzielać pielęgniarki, biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, został określony w dwóch rozporządzeniach Ministra Zdrowia: z 28.02.2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego oraz z 18.01.2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne.

2. Świadczenia zapobiegawcze

Świadczenia zapobiegawcze udzielane samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, to:

- 1) psychoedukacja pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami oraz ich rodzin – jeżeli pielęgniarka:
 - a) ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie lub
 - b) kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub

- c) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub
 - d) posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
- 2) prowadzenie edukacji osób chorych na cukrzycę i ich rodzin – jeżeli pielęgniarka:
- a) ukończyła kurs specjalistyczny lub
 - b) kurs kwalifikacyjny, lub
 - c) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
– jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub
 - d) posiada tytuł magistra pielęgniarstwa.

3. Świadczenia diagnostyczne

Pielęgniarka, posiadając określone przez ustawodawcę kwalifikacje zawodowe, jest uprawniona do uczestniczenia w procesie diagnostycznym poprzez wykonywania określonych badań, pobieranie materiału do badania diagnostycznego czy przeprowadzanie samodzielnie niektórych badań diagnostycznych.

3.1. Świadczenia diagnostyczne wykonywane przez pielęgniarkę

Pielęgniarka może wykonać bez zlecenia lekarskiego następujące badania diagnostyczne:

- 1) wykonywanie badania fizykalnego, jeżeli:
 - a) ukończyła kurs specjalistyczny lub
 - b) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa uzyskany po 2001 r., lub
 - c) ukończyła studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, które rozpoczęły się w roku akademickim 2012/2013, lub
 - d) posiada zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego Advanced Physical Assessment;
- 2) wykonywanie standardowego, spoczynkowego badania elektrokardiograficznego i rozpoznanie cech elektrokardiograficznych stanów chorobowych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli pielęgniarka ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie;
- 3) wykonywanie gazometrii z krwi tętniczej pobranej przez kaniulę założoną uprzednio przez lekarza w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli pielęgniarka:
 - a) ukończyła kurs kwalifikacyjny lub
 - b) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
– jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- 4) ocena i monitorowanie poziomu znieczulenia pacjenta oraz poziomu zwiótczenia w trakcie znieczulenia ogólnego, jeżeli pielęgniarka:

- a) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub
- b) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki.

3.2. Materiał pobierany przez pielęgniarkę do celów diagnostycznych

Pielęgniarka może pobierać do celów diagnostycznych, bez zlecenia lekarskiego, każdy rodzaj materiału do badania, którego pobieranie wynika z uprawnień zawodowych nabytych w ramach kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, w szczególności krew żylną, mocz, ślinę, kał, włosy, wyskrobiny z paznokci, wymaz z górnych dróg oddechowych, wymaz z rany, wymaz z dróg moczowych i narządów płciowych, wymaz z odbytu, wymaz z oka, wymaz z policzka i wymazy cytologiczne (§ 11 r.r.ś.z.).

3.3. Badania diagnostyczne przeprowadzane przez pielęgniarkę

Pielęgniarki są uprawnione do samodzielnego przeprowadzania badań diagnostycznych wymienionych poniżej (załącznik nr 6 r.r.ś.z.).

Lp.	Nazwa badania diagnostycznego
1	Badania przeprowadzane z zastosowaniem analizatorów: morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi, sód, potas, wapń, kreatynina, glukoza, mleczany, czas protrombinowy (INR), TSH, gazometria z krwi żyłnej, gazometria z krwi tętniczkowej.
2	Badania przeprowadzane za pomocą szybkich testów diagnostycznych: białko C-reaktywne (CRP), troponina, hemoglobina glikowana (HbA1c), badanie moczu (białko, ciała ketonowe, cukier, test ciążowy).
3	Badania przeprowadzane z zastosowaniem innych urządzeń pomiarowych: przezskórny pomiar bilirubiny, pomiar glikemii za pomocą glukometru.

3.4. Wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych

Pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo ma prawo wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. Wykaz badań diagnostycznych określił Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia (art. 15a ust. 6 w zw. z ust. 8 pkt 2 u.z.p.p.). Są to następujące badania:

Lp.	Rodzaj badania	Nazwa badania diagnostycznego
1	Badania hematologiczne	morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym i płytkami krwi odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)
2	Badania biochemiczne i immunologiczne w surowicy krwi	sód, potas, kreatynina, glukoza, hemoglobina glikowana (HbA1c), doustny test tolerancji glukozy (DTTG), białko C-reaktywne (CRP), badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM), badanie przeciwciał anty-HCV, anty-HBs, badania w kierunku kiły (VDRL)
3	Badania układu krzepnięcia	czas protrombinowy (INR)
4	Badania moczu	ogólne badanie moczu z oceną mikroskopową osadu
5	Badania kału	badanie w kierunku obecności pasożytów badanie w kierunku stwierdzenia krwi utajonej
6	Badania mikrobiologiczne	szybki test lateksowy, posiew moczu z antybiogramem
7	Badania z zakresu serologii grup krwi	oznaczenie grupy krwi ABO i antygeny Rh D, oznaczenie przeciwciał anty-Rh
8	Badania radiologiczne	zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej
9	Badania elektrokardiograficzne	EKG w spoczynku
10	Badania inne	próba tuberkulinowa RT23

Skierowanie jest wystawiane w postaci papierowej albo w postaci elektronicznej (art. 59aa ust. 1 u.ś.o.z.)¹. Numer identyfikujący skierowania elektronicznego, zwany

¹ Art. 59aa ust. 2 u.ś.o.z. stanowi: „Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, dla których skierowania są wystawiane w postaci elek-

dalej „identyfikatorem skierowania”, jest nadawany przez system teleinformatyczny usługodawcy. Skierowania zapisuje się i przechowuje w SIM. Treść skierowania zapisanego w SIM nie może być zmieniana. Skierowanie, którego treść wymaga zmiany, zostaje anulowane w SIM przez osobę wystawiającą to skierowanie, a zmiana treści takiego skierowania następuje przez wystawienie nowego skierowania.

Skierowania są wystawiane w postaci papierowej w przypadku:

- 1) braku dostępu do systemu teleinformatycznego, tj. Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (art. 7 u.s.i.o.z.);
- 2) skierowania dla osoby o nieustalonej tożsamości;
- 3) skierowania wystawianego przez pielęgniarkę będącą obywatelem państwa członkowskiego UE czasowo i okazjonalnie wykonującą zawód pielęgniarki na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 59aa ust. 3 u.ś.o.z. w zw. z art. 24 ust. 1 u.z.p.p.).

W przypadku skierowania wystawionego przez pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorca otrzymuje informację o wystawionym skierowaniu zawierającą następujące dane (art. 59b u.ś.o.z.):

- 1) numer składający się z czterdziestu czterech cyfr generowany w momencie zapisu skierowania przez system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 7 u.s.i.o.z., umożliwiający dostęp do skierowania, zwany dalej „kluczem dostępu do skierowania”;
- 2) numer składający się z czterech cyfr generowany w momencie zapisu skierowania przez system teleinformatyczny², zwany dalej „kodem dostępu”;
- 3) identyfikator skierowania;
- 4) datę wystawienia skierowania;
- 5) imię i nazwisko świadczeniobiorcy;
- 6) nazwę usługodawcy (świadczeniodawcę) oraz identyfikator usługodawcy³;

tronicznej w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, zwanym dalej «SIM», mając na uwadze sposób finansowania tych świadczeń oraz z uwzględnieniem zasad realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania”.

² Zgodnie z art. 17c u.s.i.o.z.: „1. Podstawą identyfikacji w systemie informacji usługobiorcy, usługodawcy, miejsca udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej i pracownika medycznego jest unikalny identyfikator. 2. Identyfikator usługobiorcy stanowi numer PESEL usługobiorcy, a w przypadku osób, którym nie nadano numeru PESEL – seria i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość albo niepowtarzalny identyfikator nadany przez państwo członkowskie Unii Europejskiej dla celów transgranicznej identyfikacji, o którym mowa w rozporządzeniu wykonawczym Komisji (UE) 2015/1501”.

³ Zgodnie z art. 17c ust. 3 pkt 1 u.i.o.z.: „Identyfikator usługodawcy stanowi: 1) dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą – I część jego kodu resortowego z systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej, a w przypadku gdy usługodawcą jest podmiot działający na podstawie wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę lekarską, okręgową izbę pielęgniarek i położnych albo Krajową Radę Fizjoterapeutów, identyfikatorem usługodawcy jest numer wpisu tego podmiotu do reje-

- 7) imię i nazwisko osoby wystawiającej skierowanie;
- 8) identyfikator pracownika medycznego⁴;
- 9) numer telefonu do świadczeniodawcy wystawiającego skierowanie;
- 10) typ skierowania;
- 11) informację „przypadek pilny”, jeżeli dotyczy;
- 12) oznaczenie rodzaju podmiotu, do którego kieruje się świadczeniobiorcą, jeżeli dotyczy;
- 13) wskazane przez osobę wystawiającą skierowanie miejsce jego realizacji, jeżeli dotyczy.

Informacje o których mowa powyżej, świadczeniobiorca otrzymuje:

- 1) na wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia adres poczty elektronicznej, jeżeli dotyczy;
- 2) na wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia numer telefonu, w postaci wiadomości tekstowej, zawierającej co najmniej kod dostępu oraz informację o konieczności podania numeru PESEL, jeżeli dotyczy;
- 3) w postaci wydruku – w przypadku braku wskazania w systemie informacji w ochronie zdrowia danych, o których mowa w pkt 1 i 2, oraz na żądanie świadczeniobiorcy, albo w innej uzgodnionej postaci zawierającej co najmniej klucz dostępu do skierowania lub kod dostępu – w przypadku udzielania świadczenia opieki zdrowotnej w miejscu wezwania lub badania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności i braku możliwości przekazania informacji w postaci wydruku. Informacje te wydaje osoba wystawiająca skierowanie.

Informacja o wystawionym skierowaniu może zawierać fotokody, w tym kody QR. Nie może ona zawierać żadnych innych danych niż wskazane powyżej, w szczególności o charakterze reklamy. Informacja o wystawionym skierowaniu nie zastępuje skierowania.

4. Świadczenia lecznicze

Pielęgniarka może udzielać świadczeń leczniczych w zakresie określonym przez Ministra Zdrowia, biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków (art. 6 pkt 1 u.z.p.p.). Są to następujące świadczenia lecznicze:

stru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wraz z kodem właściwego organu, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 4 ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej”.

⁴ W myśl art. 17c ust. 5 u.s.i.o.z.: „Identyfikator pracownika medycznego stanowi numer prawa wykonywania zawodu, a w przypadku osób, którym nie nadano numeru prawa wykonywania zawodu – numer PESEL”.

- 1) dobór sposobów leczenia ran, jeżeli pielęgniarka:
 - a) ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub
 - b) posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
- 2) doraźna modyfikację dawki leczniczej produktu leczniczego przeciwbólowego i produktów leczniczych stosowanych w celu łagodzenia bólu u osób objętych opieką paliatywną, jeżeli pielęgniarka ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- 3) przygotowanie pacjenta lezonego metodami: Ciągła Ambulatoryjna Dializa Otrzewnowa (CADO), Automatyczna Dializa Otrzewnowa (ADO) i hemodiaaliza oraz hiperalimentacja oraz jego rodziny – do współdziałania w prowadzonym leczeniu, jeżeli pielęgniarka:
 - a) ukończyła kurs specjalistyczny lub
 - b) kurs kwalifikacyjny, lub
 - c) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa,
– jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub
 - d) posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;
- 4) wykonywanie intubacji dotchawiczej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli pielęgniarka:
 - a) ukończyła kurs kwalifikacyjny lub
 - b) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa
– jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- 5) podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego – tu ustawodawca nie wskazał na potrzebę posiadania dodatkowych wymagań w zakresie kształcenia podyplomowego.

5. Stosowanie produktów leczniczych

Ustawodawca w sposób dość mało przejrzysty uregulował uprawnienia osób wykonujących zawód pielęgniarki do samodzielnego stosowania produktów leczniczych. Mamy obecnie dwie postawy ustawowe tego uprawnienia, tj. art. 6 pkt 2 oraz art. 15a i 15b u.z.p.p., oraz uszczegółowienie tych uprawnień w dwóch aktach wykonawczych. Wyróżnia się trzy sytuacje: 1) wykaz produktów leczniczych, do stosowania których pielęgniarka jest uprawniona samodzielnie bez zlecenia lekarskiego; 2) samodzielną ordynacja leków w zakresie wykazu innego niż wspomnianego powyżej oraz 3) możliwość wystawiania recepty na leki w ramach zleceń lekarskich, niezbędne do kontynuacji leczenia zgodnie z ustalonymi zasadami.

5.1. Stosowanie produktów leczniczych bez zlecenia lekarskiego

Pielęgniarka ma prawo do samodzielnego zastosowania leku bez zlecenia lekarskiego na podstawie art. 6 u.z.p.p. i rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28.02.2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Są to następujące leki.

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	Acidum acetylsalicylicum (Kwas acetylosalicylowy)	tabletki
2	Budesonidum (Budezonid)	zawiesina do nebulizacji
3	Captoprilum (Kaptopryl)	tabletki
4	Clemastinum (Klemastyna)	tabletki, syrop
5	Drotaverini hydrochloridum (Drotaweryny chlorowodorek)	tabletki, czopki, roztwór do wstrzykiwań
6	Furosemidum (Furosemid)	tabletki
7	Glyceroli trinitras (Glicerolu triazotan)	tabletki, aerozol do stosowania podjęzykowego
8	Glucagoni hydrochloridum (Glukagonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
9	Glucosum 5% (Glukoza 5%)	roztwór do wlewu dożylnego
10	Glucosum 20% (Glukoza 20%)	roztwór do wstrzykiwań
11	Hydrocortisonum (Hydrokortyzon)	roztwór do wstrzykiwań, krem, maść
12	Hydroxyzinum (Hydroksyzyna)	tabletki, syrop

Ustawodawca nie ustanowił żadnych dodatkowych wymagań w zakresie kwalifikacji i umiejętności, które musi spełniać pielęgniarka, aby stosować te produkty lecznicze. Samo posiadanie tytułu zawodowego pielęgniarki uprawnia do samodzielnego stosowania wymienionych leków, bez wglądu na poziom kształcenia. Ograniczeniem tego prawa są zasady wykonywania zawodu pielęgniarki określone w art. 11 u.z.p.p., w szczególności podanie tych leków konkretnym pacjentom musi być zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.

5.2. Ordynacja leków zawierających określone substancje czynne

Pielęgniarka ma prawo do samodzielnego, bez zlecenia lekarskiego, ordynowania leków zawierających określone substancje czynne na podstawie art. 15 u.z.p.p. i rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18.01.2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne.

Ustawodawca wyraźnie określił zakres podmiotowy osób wykonujących zawód pielęgniarki, które mają prawo do samodzielnego ordynowania leków zawierających określone substancje czynne. Są to pielęgniarki, które:

- 1) posiadają dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, jeżeli:
 - a) ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie lub
 - b) w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarstka nabyły wiedzę objętą takim kursem, lub
 - c) w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem oraz
- 2) posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli:
 - a) ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie lub
 - b) w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem.

Tym samym prawa do samodzielnego ordynowania leków zawierających określone substancje czynne nie nabywa każda pielęgniarka. Sam tytuł zawodowy pielęgniarki co do zasady nie oznacza posiadania uprawnienia do samodzielnego ordynowania leków. Ustawodawca przewidział dodatkowe przesłanki nabycia analizowanego prawa, których spełnienie musi zostać formalnie potwierdzone odpowiednim dokumentem (tj. dyplomem ukończenia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub zaświadczeniem ukończenia specjalizacji lub kursu specjalizacyjnego).

Pielęgniarki, które spełniają pewne wymogi formalne, mają prawo do samodzielnego ordynowania leków zawierających określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe (art. 15a ust. 1 pkt 1 u.z.p.p.). Jednocześnie ustawodawca upoważnił ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, do określenia w drodze rozporządzenia wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, które mogą być samodzielnie ordynowane przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki, w tym na podstawie recepty (art. 15a ust. 8 u.z.p.p.). Obecnie jest to rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18.01.2018 r.

w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne.

Leki zawierające określone substancje czynne. Zgodnie z legalną definicją lek jest produktem leczniczym, stanowiącym substancję lub mieszaninę substancji, przedstawianą jako posiadająca właściwości zapobiegania lub leczenia chorób występujących u ludzi lub zwierząt lub podawanej w celu postawienia diagnozy albo w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne (art. 2 pkt 32 w zw. z art. 2 pkt 10–12 pr. farm.). Nazwą produktu leczniczego jest nazwa nadana produktowi leczniczemu, która może być nazwą własną niestwarzającą możliwości pomyłki z nazwą powszechnie stosowaną albo nazwą powszechnie stosowaną lub naukową, opatrzoną znakiem towarowym lub nazwą podmiotu odpowiedzialnego (art. 2 pkt 14 pr. farm.), nazwą powszechnie stosowaną jest nazwa międzynarodowa zalecana przez Światową Organizację Zdrowia, a jeżeli takiej nie ma – nazwa potoczna produktu leczniczego (art. 2 pkt 15 pr. farm.).

Substancją czynną jest natomiast substancja lub mieszanina substancji, która ma zostać wykorzystana do wytworzenia produktu leczniczego i która, użyta w jego produkcji, staje się składnikiem czynnym tego produktu przeznaczonym do wywołania działania farmakologicznego, immunologicznego lub metabolicznego w celu przywrócenia, poprawy lub zmiany funkcji fizjologicznych lub do postawienia diagnozy medycznej (art. 2 pkt 38c pr. farm.). Innymi słowy, substancja czynna, czyli inaczej substancja aktywna w leku, to związek chemiczny, który działa leczniczo na organizm. Substancja czynna to zwykle niewielki procent składu leku. Różne leki zawierające tę samą substancję aktywną niekoniecznie są swoimi zamiennikami. Dzieje się tak dlatego, że na działanie leku ma wpływ nie tylko substancja aktywna, ale też skład leku, postać leku (czy jest to maść, tabletki, czopek, spray czy syrop), substancje pomocnicze w nim zastosowane⁵ oraz dawka substancji aktywnej.

Leki zazwyczaj zawierają jedną substancję aktywną, nazywamy je wtedy lekami jednoskładnikowymi lub tradycyjnymi, natomiast leki zawierające kilka substancji aktywnych są lekami złożonymi.

Jednocześnie ustawodawca określił zamknięty wykaz substancji czynnych zawartych w lekach, które pielęgniarka ma prawo samodzielnie ordynować i na które może wystawiać recepty. Zgodnie z załącznikiem nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18.01.2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków

⁵ Substancją pomocniczą jest składnik produktu leczniczego inny niż substancja czynna i materiał opakowaniowy (art. 2 pkt 38d pr. farm.).

spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne, są to:

Lp.	Grupa leków	Substancje czynne	Postać i droga podania
1	leki przeciwwymiotne	1. Ondansetronum	wszystkie dostępne postaci
		2. Aprepitantum	wszystkie dostępne postaci
		3. Thiethylperazinum	wszystkie dostępne postaci
2	leki przeciwzakaźne do stosowania miejscowego	1. Nystatinum	postacie do podawania na skórę i błony śluzowe
		2. Metronidazolom	postacie na skórę i błony śluzowe
3	ginekologiczne leki przeciwzakaźne	1. Nystatinum	postacie do podawania dopochwowego
		2. Natamycinum	postacie do podawania dopochwowego
		3. Clotrimazolom	postacie do podawania dopochwowego
		4. Metronidazolom	postacie do podawania dopochwowego
4	leki stosowane w niedokrwiłości	Acidum Folicum	postacie do podawania doustnego
5	leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach gardła	Phenoxymethylpenicillinum	postacie do podawania doustnego
6	leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach ucha i zatok	Amoxicillinum	postacie do podawania doustnego
7	leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach dróg moczowych	Trimethoprim	postacie do podawania doustnego
8	leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach przyzębia i tkanki okostnej	Doxycyclinum	postacie do podawania doustnego
9	leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach skóry	Oxytetracyclinum + Hydrocortisoni Acetas	postacie do podawania na skórę
10	środki znieczulające działające miejscowo	1. Lidocainum	postacie podawane na skórę i błony śluzowe
		2. Lidocainum + Prilocainum	postacie do podawania na skórę i błony śluzowe
11	leki przeciwbólowe	1. Tramadolom	postacie do podawania doustnego i doodbytniczego
		2. Tramadolom + Paracetamolom	
12	anksjolityki	Hydroxyzinum	postacie do podawania doustnego

13	leki przeciwpasożytnicze	1. Mebendazolum	postacie do podawania doustnego
		2. Pyrantelum	postacie do podawania doustnego
		3. Crotamitonum	postacie do podawania na skórę
14	leki rozszerzające oskrzela	1. Salbutamolum	postacie do podawania wziewnego
		2. Ipratropii Bromidum	postacie do podawania wziewnego
15	witaminy	Cholecalciferolum	postacie do podawania doustnego
16	płyiny infuzyjne	1. sól fizjologiczna	dożylnie we wlewie kroplowym
		2. glukoza 5%	dożylnie we wlewie kroplowym
		3. płyn Ringera	dożylnie we wlewie kroplowym
		4. płyn wieloelektrolitowy (PWE)	dożylnie we wlewie kroplowym

Przy ordynacji leków pielęgniarki powinny korzystać z wykazu produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, stanowiącego załącznik do aktualnie obowiązującego obwieszczenia Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w sprawie ogłoszenia Urzędowego Wykazu Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej, a w przypadku wystawienia recepty na lek refundowany – z aktualnie obowiązującego tekstu obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

5.3. Wystawianie w ramach zleceń lekarskich recepty na leki niezbędne do kontynuacji leczenia

Ustawodawca wyraźnie określił także, które osoby wykonujące zawód pielęgniarki mają prawo do wystawiania recept w celu kontynuowania przyjmowania leków w ramach zlecenia lekarskiego. Są to pielęgniarki, które posiadają dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie. Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego nie dotyczy pielęgniarek, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarstwa lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem (art. 15a ust. 7 u.z.p.p.).

Zgodnie z literalną wykładnią art. 15a ust. 2 pkt 1 u.z.p.p. pielęgniarki, o których mowa powyżej, mają prawo wystawić recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego. Są to sytuacje, w których lekarz w ramach zlecenia lekarskiego zapisał pacjentowi lek, a pielęgniarka ma jedynie prawo do wystawienia recepty na leki, jeżeli jest to niezbędne do kontynuacji leczenia. W mojej ocenie omawiane uprawnienie ma przede wszystkim ułatwić administracyjne wystawienie recepty w sytuacji gdy nie ma żadnych medycznych wątpliwości, że lekarz chce kontynuować leczenie pacjenta konkretnym lekiem. Nie jest to uprawnienie, na podstawie którego pielęgniarka „przejmuje” pacjenta do „kontynuowania” leczenia. Omawiany przepis jest podstawą prawną do przekazywania pielęgniarkom obowiązków wypisywania recept pacjentom, którzy zgłaszają się do lekarza lub pielęgniarki w celu przedłużenia recepty. Potwierdzeniem zaprezentowanej interpretacji jest brak zobowiązania pielęgniarki do osobistego fizykalnego badania pacjenta lub badania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Ustawodawca ogranicza kompetencje pielęgniarki do czynności wystawienia recepty na leki, moim zdaniem nie ma mowy wprost, tak jak to ma miejsce przy samodzielnej ordynacji, o ocenie stanu zdrowia pacjenta przed dokonaniem tej czynności.

Wydaje się, że kompetencja do wystawiania recept dotyczy tylko pacjentów leczonych ambulatoryjnie⁶, co oznacza, że pielęgniarka nie może kontynuować leczenia danym lekiem w opiece szpitalnej, np. nie może przedłużyć zlecenia lekarskiego u pacjenta hospitalizowanego.

6. Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego

Prawo do samodzielnego ordynowania środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego mają te same osoby wykonujące zawód pielęgniarki, które nabyły uprawnienia do samodzielnego ordynowania leków i wyrobów medycznych (art. 15a ust. 1 u.z.p.p.). Są to osoby:

- 1) posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, jeżeli:
 - a) ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie lub
 - b) w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarstkich nabyły wiedzę objętą takim kursem, lub

⁶ Paragraf 12 ust. 9 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej: „Osoby uprawnione na podstawie art. 48 ustawy o refundacji nie mogą w czasie leczenia w zakładach leczniczych, w których jest wykonywana działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, ordynować świadczeniobiorcy, koniecznych do wykonania świadczenia, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę”.

- c) w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem oraz
- 2) posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli:
 - a) ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie lub
 - b) w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem.

Wynika tego, że sam tytuł zawodowy pielęgniarki nie oznacza posiadania uprawnień do samodzielnego ordynowania leków i wyrobów medycznych. Ustawodawca przewidział dodatkowe przesłanki nabycia analizowanego prawa, których spełnienie musi zostać formalnie potwierdzone odpowiednim dokumentem (tj. dyplomem ukończenia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo albo zaświadczeniem ukończenia specjalizacji lub kursu specjalizacyjnego).

Zgodnie z legalną ustawową definicją środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego to środek spożywczy, który ze względu na specjalny skład lub sposób przygotowania wyraźnie różni się od środków spożywczych powszechnie spożywanych i zgodnie z informacją zamieszczoną na opakowaniu jest wprowadzany do obrotu z przeznaczeniem do zaspokajania szczególnych potrzeb żywieniowych (art. 3 pkt 43 u.b.ż.ż):

- 1) osób, których procesy trawienia i metabolizmu są zachwiane lub osób, które ze względu na specjalny stan fizjologiczny mogą odnieść szczególne korzyści z kontrolowanego spożycia określonych substancji zawartych w żywności – taki środek spożywczy może być określany jako „dietetyczny”;
- 2) zdrowych niemowląt i małych dzieci w wieku od roku do trzech lat.

Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego muszą spełniać: 1) wymagania określone dla środków spożywczych powszechnie spożywanych oraz 2) szczególnie wymagania w zakresie składu oraz sposobu produkcji, zapewniające, że środki te będą zaspokajały specjalne potrzeby żywieniowe konsumentów finalnych zgodnie ze swoim przeznaczeniem (art. 24 ust. 1 u.b.ż.ż.). Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego ze względu na swoje przeznaczenie obejmują w szczególności następujące grupy (art. 24 ust. 2 u.b.ż.ż.):

- 1) preparaty do początkowego żywienia niemowląt, w tym mleko początkowe, oraz preparaty do dalszego żywienia niemowląt, w tym mleko następne;
- 2) środki spożywcze uzupełniające, obejmujące produkty zbożowe przetworzone i inne środki spożywcze dla niemowląt i małych dzieci w wieku od roku do trzech lat;
- 3) środki spożywcze stosowane w dietach o ograniczonej zawartości energii w celu redukcji masy ciała;
- 4) dietetyczne środki spożywcze specjalnego przeznaczenia medycznego;
- 5) środki spożywcze zaspokajające zapotrzebowanie organizmu przy intensywnym wysiłku fizycznym, zwłaszcza sportowców;

- 6) środki spożywcze dla osób z zaburzeniami metabolizmu węglowodanów (cukrzyca);
- 7) środki spożywcze niskosodowe, w tym sole dietetyczne o niskiej zawartości sodu lub bezsodowe;
- 8) środki spożywcze bezglutenowe.

Pielęgniarka ma prawo samodzielnie ordynować środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego: dieta eliminacyjna mlekozastępcza – Hydrolizaty białek mleka oraz wystawiać na nie recepty (załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18.01.2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne). Przy ordynacji środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego pielęgniarki powinny korzystać z aktualnie obowiązującego tekstu obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych⁷.

7. Środki pomocnicze i wyroby medyczne

Ustawodawca przewiduje prawo pielęgniarki w wyraźnie zaznaczonym zakresie do stosowania bez zlecenia lekarskiego środków pomocniczych oraz prawo do samodzielnej ordynacji wyrobów medycznych (art. 6 pkt 2 oraz art. 15a ust. 1 u.z.p.p.). Dokonując w przyszłości zmian przepisów, warto pomyśleć o ujednoczeniu stosowanych zwrotów.

Zwrot „środki pomocnicze” jest obecnie zdefiniowany. Pielęgniarki są uprawnione do samodzielnego stosowania bez zlecenia lekarskiego środków pomocniczych wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28.02.2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (załącznik nr 4). Są to:

Lp.	Nazwa środka pomocniczego
1	Zestawy infuzyjne do osobistej pompy insulinowej
2	Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych
3	Cewniki zewnętrzne
4	Cewniki urologiczne

⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 30.04.2019 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.Urz. Min. Zdr. poz. 38).

5	Cewniki jednorazowe urologiczne lub hydrofilowe cewniki urologiczne
6	Worki do zbiórki moczu z odpływem
7	Worki do zbiórki moczu w przypadku nefrostomii
8	Worki stomijne samoprzylepne jednorazowego użycia w systemie jednoczęściowym lub worki i płytki w systemie dwuczęściowym lub inny sprzęt stomijny
9	Środki absorpcyjne (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady, wkłady anatomiczne)
10	Pończochy kikutowe kończyn górnych i dolnych
11	Majteczki po wyluszczeniu lub w przypadku wrodzonego braku w stawie biodrowym
12	Poduszka przeciwoleżynowa pneumatyczna
13	Materac przeciwoleżynowy
14	Opatrunki (emplastry)
15	Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi
16	Nebulizator (generator aerozolu)
17	Maska tlenowa

Pielęgniarki są uprawnione do samodzielnego ordynowania określonych wyrobów medycznych (art. 15a ust. 1 u.z.p.p.). Wyrób medyczny to narzędzie, przyrząd, urządzenie, oprogramowanie, materiał lub inny artykuł, stosowany samodzielnie lub w połączeniu, w tym z oprogramowaniem przeznaczonym przez jego wytwórcę do używania specjalnie w celach diagnostycznych lub terapeutycznych i niezbędnym do jego właściwego stosowania, przeznaczony przez wytwórcę do stosowania u ludzi w celu:

- a) diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu choroby,
- b) diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia lub kompensowania skutków urazu lub upośledzenia,
- c) badania, zastępowania lub modyfikowania budowy anatomicznej lub procesu fizjologicznego,
- d) regulacji poczuć

– który nie osiąga zasadniczego zamierzonego działania w ciele lub na ciele ludzkim środkami farmakologicznymi, immunologicznymi lub metabolicznymi, lecz którego działanie może być wspomagane takimi środkami (art. 2 ust. 1 pkt 38 u.w.m.).

Prawo do samodzielnego ordynowania wyrobów medycznych nabywają osoby wykonujące zawód pielęgniarki (art. 15a ust. 1 u.z.p.p.):

- 1) posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, jeżeli:
 - a) ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie lub
 - b) w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarstwa nabyły wiedzę objętą takim kursem, lub
 - c) w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem oraz

- 2) posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli:
- a) ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie lub
 - b) w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem.

Identycznie jak przy produktach leczniczych ustawodawca przewidział „możliwość”, ale już nie „gwarancję” uzyskania analizowanego uprawnienia przez osoby kończące drugi stopień pielęgniarstwa. Przyjęto rozwiązanie, że to, czy osoba kończąca kształcenie na poziomie magisterskiego kształcenia przeddyplomowego uzyska takie uprawnienie, jest uzależnione od tego, czy dana szkoła pielęgniarstwa zapewni swoim studentkom możliwość jego uzyskania. Posiadanie dyplomu ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwie nie jest więc równoznaczne z uzyskaniem prawa do samodzielnego ordynowania leków i wyrobów medycznych. Jednocześnie w odniesieniu do osób, które posiadają dyplom kształcenia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo oraz osób, które uzyskały dyplom dyplomowanej pielęgniarki na poziomie kształcenia średniego, ustawodawca uzależnia możliwość uzyskania prawa do samodzielnego ordynowania leków i wyrobów medycznych od konieczności uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Resumując, sam tytuł zawodowy pielęgniarka co do zasady nie oznacza posiadania uprawnienia do samodzielnego ordynowania wyrobów medycznych. Ustawodawca przewidział dodatkowe przesłanki nabycia analizowanego prawa, których spełnienie musi zostać formalnie potwierdzone – odpowiednim dokumentem (tj. dyplomem ukończenia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo albo zaświadczeniem ukończenia specjalizacji lub kursu specjalizacyjnego).

Pielęgniarka, która spełnia powyższe przesłanki w zakresie nabycia kwalifikacji zawodowych, ma prawo samodzielnie ordynować wyroby medyczne i wystawiać recepty i zlecenia tylko w poniżej wskazanym zakresie, określonym przez Ministra Zdrowia w załączniku nr 3 do rozporządzenia z 18.01.2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne:

Lp.	Nazwa wyrobu medycznego
1	Zestawy infuzyjne do osobistej pompy insulinowej 10 sztuk (obejmujące wkłucie, łącznik i dren)
2	Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych
3	Cewniki zewnętrzne
4	Cewniki urologiczne
5	Cewniki jednorazowe urologiczne lub w równowartości ich kosztu jednorazowe hydrofilowe cewniki urologiczne

6	Worki do zbiórki moczu z odpływem
7	Worki do zbiórki moczu w przypadku nefrostomii lub w równowartości ich nabycia inny sprzęt urologiczny (np. cewniki urologiczne, paski mocujące itp.)
8	Worki stomijne samoprzylepne jednorazowego użycia w systemie jednoczęściowym lub w równowartości ich kosztu worki i płytki w systemie dwuczęściowym lub inny sprzęt stomijny: zestawy irygacyjne, nocne zbiorniki na mocz, pasty, pudry oraz paski, półpierścienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty do usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry wokół stomii
9	Środki absorpcyjne (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady, wkłady anatomiczne)
10	Pończocha kikutowa – po pełnej amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie stopy
11	Pończocha kikutowa – po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie podudzia
12	Pończocha kikutowa – po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie uda
13	Majteczki po wyłuszczeniu lub w przypadku wrodzonego braku w stawie biodrowym
14	Peruka
15	Pończocha kikutowa po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie przedramienia
16	Pończocha kikutowa po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie ramienia
17	Pończocha kikutowa po pełnej amputacji lub w przypadku wrodzonego braku kończyny górnej
18	Poduszka przeciwoleżynowa pneumatyczna
19	Materac przeciwoleżynowy (z wyłączeniem materacy piankowych)
20	Kula łokciowa ze stopniową regulacją
21	Kula łokciowa z podparciem na przedramieniu
22	Kula pachowa
23	Trójnóg albo czwórnóg
24	Laska dla niewidomych (biała)
25	Balkonik albo podpórka ułatwiająca chodzenie
26	Opatrunki (emplastrii)
27	Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi

Zgodnie z wytycznymi ustawodawcy przy wystawianiu zleceń i recept na wyroby medyczne pielęgniarki i położne powinny korzystać z rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29.05.2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie⁸ oraz z aktualnie obowiązującego tekstu obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

⁸ Dz.U. z 2019 r. poz. 1267 ze zm.

Pielęgniarka, która podczas udzielania świadczeń zdrowotnych stwierdzi incydent medyczny, jest obowiązana zgłosić go niezwłocznie wytwórcy lub autoryzowanemu przedstawicielowi, a kopię zgłoszenia przesłać Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (art. 74 ust. 2 u.w.m.). Incydent medyczny to: 1) wadliwe działanie, defekt, pogorszenie właściwości lub działania wyrobu, jak również nieprawidłowość w jego oznakowaniu lub instrukcji użytkowania, które mogą lub mogły doprowadzić do śmierci lub poważnego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta lub użytkownika wyrobu, lub 2) techniczna lub medyczna przyczyna związana z właściwościami lub działaniem wyrobu, która może lub mogła doprowadzić do śmierci lub poważnego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta lub użytkownika (art. 2 ust. 1 pkt 14 u.w.m.). Zgłoszenia incydentu medycznego dokonuje się na formularzu zgłoszenia incydentu medycznego, w którym podaje się w szczególności (art. 74 ust. 6 u.w.m.):

- 1) datę i miejsce oraz opis incydentu medycznego i jego skutków;
- 2) nazwę i adres wytwórcy i autoryzowanego przedstawiciela;
- 3) nazwę i adres dostawcy wyrobu;
- 4) nazwę handlową wyrobu;
- 5) nazwę rodzajową wyrobu;
- 6) numer seryjny lub fabryczny lub numer partii lub serii wyrobu;
- 7) numer jednostki notyfikowanej znajdujący się obok znaku CE;
- 8) imię i nazwisko osoby zgłaszającej incydent albo nazwę podmiotu zgłaszającego incydent oraz imię i nazwisko osoby dokonującej zgłoszenia w imieniu tego podmiotu;
- 9) dane adresowe umożliwiające kontakt z podmiotami i osobami, o których mowa w pkt 8, w tym numer telefonu i, jeżeli to możliwe, numer faksu i adres poczty elektronicznej.

Podmiot zgłaszający incydent medyczny oraz osoba poszkodowana w wyniku incydentu medycznego lub w jej imieniu członek rodziny mogą wystąpić do Prezesa Urzędu z wnioskiem o udzielenie informacji o wynikach postępowania wyjaśniającego dotyczącego incydentu medycznego (art. 74 ust. 8 u.w.m.).

8. Zasady wystawiania recept przez pielęgniarkę

Pielęgniarka posiadająca dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo oraz pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeśli ukończyły specjalistyczny kurs, oraz pielęgniarka posiadająca dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeśli ukończyły specjalistyczny kurs, są osobami uprawnionymi do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne na zasadach określonych w art. 95b, 96a i 96b pr. farm., ustawie o świadczeniach opieki zdrowot-

nej finansowanych ze środków publicznych, ustawie z 12.05.2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych⁹, a także w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 13.04.2018 r. w sprawie recept¹⁰ (art. 15a i 15b u.z.p.p.). Rozproszenie liczby źródeł określających uprawnienia pielęgniarki do wystawiania recept może dla osób co do zasady nie dysponujących doświadczeniem interpretacyjnym stanowić przeszkodę w ustaleniu stanu prawnego. Poniżej zawarto podstawowe informacje o rodzajach i budowie recept, zasadach ich wystawiania, ograniczeniach co do liczby leków na recepcie wystawianej przez pielęgniarkę i ich refundacji, o terminach realizacji recept oraz nadzorze nad wystawianiem recept.

Do wystawiania recept jest uprawniona pielęgniarka posiadająca dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo oraz pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeśli ukończyły specjalistyczny kurs, a także pielęgniarka posiadająca dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo oraz pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeśli ukończyły specjalistyczny kurs. Natomiast do wystawienia recept refundowanych ze środków publicznych jest uprawniona pielęgniarka, która:

- 1) sama zawarła z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej bądź
- 2) jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, bądź
- 3) posiada prawo wykonywania zawodu oraz zawarła z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia odrębną umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych lub umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa (art. 2 pkt 14 w zw. z art. 48 u.r.l.).

Recepta papierowa i elektroniczna. Pielęgniarka może wystawić receptę w postaci elektronicznej albo papierowej (art. 95b ust. 1 pr. farm.). Receptę w postaci papierowej wystawia się w przypadku (art. 95 ust. 2 pr. farm.):

- 1) braku dostępu do systemu teleinformatycznego;
- 2) recepty dla:
 - a) osoby wystawiającej, zwanej „receptą *pro auctore*”,
 - b) małżonka, wstępnego, zstępnego lub rodzeństwa osoby wystawiającej, zwanej „receptą *pro familiae*”;
- 3) recepty transgranicznej, podlegającej realizacji w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA);

⁹ Dz.U. z 2019 r. poz. 784 ze zm.

¹⁰ Dz.U. poz. 745 ze zm.

- 4) recepty dla osoby o nieustalonej tożsamości;
- 5) recepty wystawianej przez pielęgniarkę będącą obywatelką państwa członkowskiego Unii Europejskiej, która może czasowo i okazjonalnie wykonywać na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zawód pielęgniarki.

Pielęgniarka wystawiająca recepty w postaci papierowej lub elektronicznej ma obowiązek czynienia tego zgodnie z ustalonym standardem prawnym. Ustawodawca dla recept papierowych i elektronicznych ustalił obecnie zarówno wymagania identyczne, jak i odmienne. Poniżej zostaną syntetycznie przedstawione obowiązki i prawa pielęgniarki w omawianym zakresie.

Zasady dotyczące wystawiania recepty papierowej. Wymiary recepty w postaci papierowej nie mogą być mniejsze niż 200 mm długości i 90 mm szerokości; jej wzór określa załącznik nr 6 do rozporządzenia w sprawie recept.

Na recepcie wymagane ustawowo dane nanosi się na awersie recepty w sposób czytelny i trwały oraz niebudzący zastrzeżeń co do autentyczności recepty, w tym za pomocą wydruku, pieczętki lub naklejki przymocowanej do recepty w sposób uniemożliwiający jej usunięcie bez uszkodzenia recepty (§ 4 rozporządzenia w sprawie recept). W dolnej części recepty zamieszcza się, w formie wydruku, nazwę i adres lub numer REGON podmiotu drukującego receptę, a w przypadku gdy wydruku dokonuje pielęgniarka – zwrot „wydruk własny”.

Recepta może zostać zrealizowana także w przypadku gdy:

- 1) umiejscowienie wymaganych danych nie odpowiada poszczególnym częściom wzoru recepty przeznaczonym na ich rozmieszczenie;
- 2) adres pacjenta nie jest zgodny z numerem oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 3) recepta pod względem graficznym, jej rozmiar lub kształt nie odpowiada wzorowi recepty, a dane na recepcie są zamieszczone w sposób czytelny (§ 8 rozporządzenia w sprawie recept).

Pielęgniarka może na jednej recepcie przepisać do pięciu produktów leczniczych gotowych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych.

Jeżeli recepta została wystawiona w sposób błędny, niekompletny lub niezgodny z ustawą, pielęgniarka wystawiająca receptę dokonuje na niej poprawek. Każda poprawka wymaga dodatkowego złożenia własnoręcznego podpisu i odcisnięcia pieczętki albo nadrukowania przy poprawianej informacji danych identyfikujących osobę wystawiającą receptę (art. 96a ust. 9c pr. farm.).

Unikalny numer identyfikujący jest konieczny dla wystawienia recepty w postaci papierowej, na której przepisano co najmniej jeden produkt leczniczy, środek spo-

żywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny objęty refundacją. Jest on nadawany przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, może być także przyznany na wniosek osoby uprawnionej albo świadczeniodawcy. Pielęgniarka może więc wystąpić z wnioskiem o własny numer identyfikacyjny albo korzystać z numeru identyfikującego świadczeniodawcy, u którego jest zatrudniona. Z wnioskiem o nadanie unikalnego numeru identyfikującego można także wystąpić za pośrednictwem podmiotu zajmującego się drukiem.

Pielęgniarcie albo świadczeniodawcy dyrektor oddziału Funduszu przydziela zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty. Świadczeniodawca, np. przychodnia, otrzymuje zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty, przydzielone dla wykonujących u niego zawód osób uprawnionych. Po uzyskaniu zakresów liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty w postaci papierowej pielęgniarka albo świadczeniodawca zaopatrują się w druki recepty w postaci papierowej we własnym zakresie, możliwy jest również wydruk recepty w trakcie jej wystawiania.

Druki recept lub zakresy liczb mogą być wykorzystywane wyłącznie przez osoby uprawnione, którym te druki lub zakresy liczb zostały przydzielone przez oddział wojewódzki Funduszu lub świadczeniodawcę. Zakresy liczb będące unikalnymi numerami identyfikującymi recepty mogą być wykorzystane tylko raz.

Zasady dotyczące wystawiania recepty elektronicznej (art. 95a i 96b pr. farm). Receptę zapisuje się w SIM, a jej treść nie może być zmieniana. Recepta wystawiona w postaci elektronicznej, której treść wymaga zmiany, zostaje anulowana w SIM przez osobę wystawiającą tę receptę, a zmiana treści takiej recepty następuje przez wystawienie nowej recepty.

Pielęgniarka może na jednej recepcje przepisać jeden produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny. W przypadku wystawienia więcej niż jednej recepty w postaci elektronicznej pielęgniarka wystawiająca może, w celu usprawnienia ich realizacji, połączyć te recepty w pakiet.

Recepty w postaci elektronicznej są przechowywane w SIM przez okres co najmniej pięciu lat, licząc od zakończenia roku kalendarzowego, w którym:

- 1) nastąpiła refundacja – w przypadku recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne;
- 2) zostały zrealizowane – w przypadku recept innych niż określone w pkt 1.

Pielęgniarka nie ma natomiast uprawnienia do wystawiania recepty na produkt leczniczy nieposiadający pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i sprowadzany z zagranicy.

Wzory recept papierowych i elektronicznych zawierają złączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 13.04.2018 r. w sprawie recept. Przy używaniu wzorów recepty w postaci papierowej pielęgniarka musi pamiętać, że wzór recepty z przepisаныmi produktami leczniczymi niepodlegającymi refundacji posiadającymi kategorię dostępności „Rp” lub „Rpz” nie musi odpowiadać wzorowi recepty określonego w cytowanym rozporządzeniu.

Wystawiana recepta musi zawiera następujące informacje (art. 96a ust. 1 pr. farm.):

- 1) dane dotyczące pacjenta:
 - a) imię albo imiona i nazwisko albo oznaczenie „NN”, w przypadku osób o nieustalonej tożsamości,
 - b) adres (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, kod pocztowy, numer lokalu, jeżeli nadano):
 - miejsca zamieszkania albo
 - miejsca pełnienia służby wojskowej, jeżeli dotyczy, albo
 - urzędu gminy lub gminnego ośrodka pomocy społecznej – w przypadku świadczeniobiorcy, wobec którego wydano decyzję¹¹, albo
 - świadczeniodawcy, który udzielił świadczenia opieki zdrowotnej – w przypadku osoby bezdomnej¹², albo
 - „NMZ”, w przypadku osób o nieustalonym miejscu zamieszkania,
 - c) identyfikator usługobiorcy – który stanowi numer PESEL, a w przypadku osób, którym nie nadano numeru PESEL – seria i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość albo niepowtarzalny identyfikator nadany przez państwo członkowskie Unii Europejskiej dla celów transgranicznej identyfikacji, o którym mowa w art. 17c ust. 2 u.s.i.o.z.,
 - d) datę urodzenia pacjenta, w przypadku gdy nie można jej ustalić na podstawie innych danych zamieszczonych na recepcie,
 - e) kod uprawnień dodatkowych pacjenta, jeżeli dotyczy;
- 2) dane dotyczące podmiotu, w imieniu którego pielęgniarka wystawiła receptę lub osoby, która wystawiła receptę *pro auctore* albo receptę *pro familiae*:
 - a) w przypadku:
 - podmiotu wykonującego działalność leczniczą (czyli praktyki zawodowej lub podmiotu leczniczego) – nazwę albo firmę, łącznie z nazwą jednostki organizacyjnej, nazwą komórki organizacyjnej, jeżeli dotyczy,
 - pielęgniarki wystawiającej receptę *pro auctore* albo receptę *pro familiae* – imię i nazwisko,
 - b) adres:
 - miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego (nazwa miejscowości, kod pocztowy, ulica, numer domu, numer lokalu, jeżeli zostały nadane),

¹¹ O której mowa w art. 54 ust. 1 u.s.o.z.

¹² O której mowa w art. 6 pkt 8 ustawy z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2019 r. poz. 1507 ze zm.).

- w przypadku pielęgniarki wykonującej działalność leczniczą wyłącznie w miejscu wezwania – adres miejsca przyjmowania wezwań i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej,
 - w przypadku pielęgniarki wystawiającej receptę *pro auctore* albo receptę *pro familiae* – adres miejsca zamieszkania (nazwa miejscowości, kod pocztowy, ulica, numer domu, numer lokalu, jeżeli zostały nadane),
- c) numer telefonu dostępny w miejscu udzielania świadczenia; w przypadku pielęgniarki wykonującej działalność leczniczą wyłącznie w miejscu wezwania albo wystawiającej receptę *pro auctore* albo receptę *pro familiae* – numer telefonu kontaktowego do osoby wystawiającej receptę,
- d) identyfikator miejsca udzielania świadczeń:
- w przypadku recept w postaci elektronicznej – identyfikator, czyli kod utworzony z części kodu z systemu resortowych kodów identyfikacyjnych (art. 17c ust. 4 u.s.i.o.z.),
 - w przypadku recept w postaci papierowej – dziewięciocyfrowy numer REGON, jeżeli dotyczy;
- 3) dane dotyczące pielęgniarki wystawiającej receptę:
- a) imię lub imiona i nazwisko osoby wystawiającej receptę,
 - b) kwalifikacje zawodowe osoby wystawiającej receptę, w tym posiadany tytuł zawodowy,
 - c) identyfikator pracownika medycznego (art. 17c ust. 4 u.s.i.o.z.),
 - d) numer telefonu do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą receptę,
 - e) podpis, w przypadku recepty:
 - w postaci elektronicznej – kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany albo podpis osobisty albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teledokumentacyjnym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
 - w postaci papierowej – podpis własnoręczny;
- 4) dane dotyczące przepisane produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego:
- a) nazwę powszechnie stosowaną (międzynarodową) lub nazwę handlową produktu leczniczego albo rodzajową lub handlową nazwę środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego lub ich nazwę skróconą, która w jednoznaczny sposób pozwala określić przepisany produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny,
 - b) postać, w jakiej produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny ma być wydany, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej postaci,
 - c) dawkę produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, jeżeli produkt leczniczy, środek

- spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny występuje w więcej niż jednej dawce,
- d) ilość produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego,
 - e) sposób dawkowania produktu leczniczego albo sposób stosowania w przypadku wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego;
- 5) dane dotyczące daty realizacji recepty:
- a) datę wystawienia recepty,
 - b) datę realizacji recepty „od dnia”, a jeżeli nie dotyczy znak „X”;
- 6) numer identyfikacyjny:
- w przypadku recepty w postaci elektronicznej – unikalny numer identyfikujący receptę nadawany przez system teleinformatyczny usługodawcy lub system (art. 7 u.s.i.o.z.),
 - w przypadku recepty w postaci papierowej na produkt leczniczy o kategorii dostępności „Rpw” – unikalny numer identyfikujący receptę nadawany przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 7) w przypadku recept dla osoby wystawiającej, zwanej dalej „receptą *pro auctore*”, oraz małżonka, wstępnego, zstępnego lub rodzeństwa osoby wystawiającej, zwanej dalej „receptą *pro familiae*” – stosowne oznaczenie wskazujące, dla kogo jest wystawiana recepta.

Jeżeli pielęgniarka wystawia receptę transgraniczną, musi ona zawierać co najmniej następujące dane:

- 1) imię lub imiona i nazwisko pacjenta;
- 2) datę urodzenia pacjenta;
- 3) imię lub imiona i nazwisko osoby wystawiającej receptę;
- 4) kwalifikacje zawodowe osoby wystawiającej receptę (tytuł zawodowy);
- 5) dane do bezpośredniego kontaktu osoby wystawiającej receptę (adres poczty elektronicznej, numer telefonu lub faksu, wraz z prefiksem międzynarodowym);
- 6) dane dotyczące adresu miejsca udzielenia świadczenia oraz oznaczenie „Polska”;
- 7) nazwę powszechnie stosowaną (międzynarodową) w przypadku produktu leczniczego;
- 8) nazwę własną, jeżeli:
 - a) przepisany produkt jest biologicznym produktem leczniczym lub
 - b) osoba wystawiająca receptę uważa, że jest ona niezbędna ze względów medycznych, w takim przypadku na recepcie zwięźle podaje powody użycia nazwy własnej;
- 9) postać;
- 10) moc;
- 11) ilość;

- 12) sposób dawkowania;
- 13) datę wystawienia recepty;
- 14) podpis własnoręczny osoby wystawiającej.

Na receptce transgranicznej nie może być przepisany produkt leczniczy o kategorii dostępności „Rpw”.

Na żadnej receptce nie mogą być zamieszczane informacje i znaki niezwiązane z jej przeznaczeniem, w tym stanowiące reklamę. Natomiast poza danymi dotyczącymi przepisanych produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych można na niej dodatkowo zamieścić:

- 1) polecenie pilnej realizacji recepty przez zamieszczenie adnotacji „cito” lub innej równoważnej;
- 2) zastrzeżenie o konieczności wydania pacjentowi wyłącznie określonego produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego przez zamieszczenie adnotacji „nie zamieniać” lub „NZ” przy pozycji produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, którego zastrzeżenie to dotyczy.

Recepty refundowane. Jeżeli pielęgniarka wystawia receptę, na której co najmniej jeden z przepisanych produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, dla którego wydano decyzję o objęciu refundacją¹³, oraz wyrobów medycznych ma być wydany za odpłatnością (art. 6 u.r.l.), musi ona obejmować (art. 96a ust. 8 pr. farm.):

- 1) dane, które musi zawierać każda recepta i o których mowa powyżej;
- 2) numer poświadczenia o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Polski i innych krajów UE¹⁴, a w razie braku tego poświadczenia – numer dokumentu uprawniającego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, wystawionego przez właściwą instytucję zagraniczną;

¹³ W rozumieniu przepisów ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

¹⁴ Zgodnie z art. 52 ust. 1 u.s.o.z.: „Osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, w celu korzystania z tych świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oddział wojewódzki Funduszu wydaje dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej”. Zgodnie z art. 5 pkt 23 u.s.o.z. osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji oznacza osobę, która nie jest ubezpieczona w Funduszu i posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustawodawstwa innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), a której przysługują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczenia opieki zdrowotnej z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów o koordynacji.

- 3) numer paszportu albo innego dokumentu ze zdjęciem potwierdzającego tożsamość – w przypadku cudzoziemca niebędącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, a w przypadku osoby posiadającej Kartę Polaka – jej numer;
- 4) identyfikator oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia właściwy dla miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy, a w przypadku:
 - a) braku miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – albo identyfikator miejsca pełnienia służby wojskowej,
 - b) osoby bezdomnej – identyfikator oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia właściwy dla miejsca zamieszkania osoby wystawiającej receptę albo siedziby świadczeniodawcy,
 - c) pacjentów nieposiadających dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej i niebędących osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej – symbol „X”, który zastępuje dane, o których mowa w lit. a lub b;
- 5) kod uprawnień dodatkowych pacjenta, jeżeli dotyczy;
- 6) w przypadku osób nieubezpieczonych posiadających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – odpowiedni identyfikator („BW”, „DN”, „CN” lub „IN”);
- 7) symbol państwa odpowiedniego dla instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- 8) unikalny numer identyfikujący receptę nadawany przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – w przypadku recepty w postaci papierowej.

Określenie odpłatności produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego (art. 96a ust. 8 pkt 7 pr. farm.).
Odpłatność produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego określa się w następujący sposób:

- a) jeżeli produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w wykazie, o którym mowa w art. 37 u.r.l., w jednej odpłatności, osoba wystawiająca receptę może nie wpisać tej odpłatności,
- b) jeżeli produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w wykazie, o którym mowa w art. 37 u.r.l., w więcej niż jednej odpłatności, osoba wystawiająca receptę:
 - wpisuje symbol „P” w przypadku przepisywania tego produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego za najniższą odpłatnością wynikającą z wykazu o refundacji oraz wyrobów medycznych,
 - może nie wpisać poziomu odpłatności w przypadku przepisywania tego produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego za najwyższą odpłatnością wynikającą z wykazu o refundacji,

- wpisuje odpłatność określoną w wykazie o refundacji w przypadkach innych niż wskazane w tiret pierwszym i drugim.

Jeżeli produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny jest przepisywany poza zakresem refundacji, osoba wystawiająca receptę wpisuje symbol „X” albo 100%. Odpłatność, o której mowa powyżej, może także być określona w następujący sposób:

- a) B lub równoważne – dla produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego wydawanego bezpłatnie,
- b) R lub równoważne – dla produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego wydawanego za odpłatnością ryczałtową,
- c) 30% – dla produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego wydawanego za odpłatnością 30% limitu finansowania,
- d) 50% – dla produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego wydawanego za odpłatnością 50% limitu finansowania.

Za refundowany produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny wydawany za odpłatnością ryczałtową pobiera się wysokość dopłaty świadczeniobiorcy, proporcjonalną do wydawanej ilości produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego (§ 12 rozporządzenia w sprawie recepty).

Pielęgniarka może dla jednego pacjenta jednorazowo maksymalnie (art. 96a ust. 4 pkt 1 i ust. 5 pr. farm.):

- 1) przepisać ilość produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, lub wyrobu medycznego niezbędną pacjentowi do 120-dniowego okresu stosowania wyliczonego na podstawie określonego na receptie sposobu dawkowania – samodzielna ordynacja;
- 2) wystawić do 4 recept na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie 120 dni.

Natomiast wyłącznie w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego pielęgniarka może przepisać ilość produktu leczniczego antykoncepcyjnego przeznaczoną do 60-dniowego stosowania (art. 96a ust. 4 pkt 2 pr. farm.).

Dla porównania lekarz, lekarz dentyista, felczer i starszy felczer może (art. 96a ust. 3 pr. farm.):

- 1) przepisać dla jednego pacjenta jednorazowo maksymalnie:
 - a) ilość produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego niezbędną pacjentowi do 360-dniowe-

- go okresu stosowania wyliczonego na podstawie określonego na receptce sposobu dawkowania, przy czym ilość produktu leczniczego na jednej receptce nie może przekraczać ilości niezbędnej do 120-dniowego stosowania,
- b) podwójną ilość leku recepturowego, ustaloną zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 6 ust. 10 u.r.l., określającymi produkty lecznicze, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne stosowane przy sporządzeniu leków recepturowych, z zastrzeżeniem że w przypadku produktów leczniczych w postaci mazideł, maści, kremów, żeli, past do stosowania na skórę można przepisać dziesięciokrotną ilość leku recepturowego, ustaloną na podstawie tych przepisów; jednorazowo może być wystawionych do 16 takich recept niezbędnych pacjentowi do maksymalnie łącznie 120-dniowego okresu stosowania;
- 2) wystawić do 12 recept na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie 360 dni.

Termin realizacji recepty nie może przekroczyć (art. 96a ust. 7 pr. farm.):

- 1) 30 dni od daty jej wystawienia albo naniesionej na receptce daty realizacji „od dnia”;
- 2) 7 dni od daty jej wystawienia albo naniesionej na receptce daty realizacji „od dnia” dla recepty na antybiotyki w postaci preparatów do stosowania wewnętrznego i parenteralnego;
- 3) 120 dni od daty jej wystawienia na:
 - a) produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego sprowadzane z zagranicy dla pacjenta (art. 4 pr. farm. lub art. 29a u.b.ż.ż.),
 - b) produkty immunologiczne wytwarzane indywidualnie dla pacjenta.

W przypadku przepisania na receptce w postaci papierowej więcej niż jednego produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego termin realizacji recepty jest liczony indywidualnie dla każdego z tych produktów, środków lub wyrobów (§ 11 rozporządzenia w sprawie recept).

Konwalidacja recepty nieczytelnej, błędnej lub dotkniętej inną wadą. Pielęgniarka wystawiająca receptę czy to w ramach samodzielnej ordynacji, czy w zakresie niezbędnym do kontynuacji leczenia (art. 15a ust. 1 i 2 u.z.p.p.) jest zobowiązana do dochowania należytej staranności (art. 11 ust. 1 u.z.p.p.). Ustawodawca przewidział także rozwiązania prawne pozwalające na usunięcie ewentualnych wad recepty przez osobę realizującą receptę bez konieczności powrotu pacjenta do pielęgniarki w celu dokonania zmian lub poprawek na receptce. W wyraźnie określonych okolicznościach, i tylko wówczas, osoba realizująca receptę może konwalidować braki lub nieścisłości widniejące na receptce (§ 10 rozporządzenia w sprawie recept). Sytuacje te opisano poniżej.

Realizacja recepty, na której nie wpisano wymaganych danych, wpisano je w sposób nieczytelny, błędny lub w sposób niezgodny z wymaganiami ustawowymi, jest dopuszczalna pod warunkiem dokonania następujących czynności:

- 1) brak kodu uprawnień dodatkowych pacjenta – osoba realizująca może określić go na podstawie dokumentów;
- 2) nieokreślenie postaci produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego – osoba wydająca określiła tę postać na podstawie posiadanej wiedzy;
- 3) brak dawki produktu leczniczego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego – osoba wydająca przyjmuje, że jest to najmniejsza dawka dopuszczona do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 4) brak sposobu dawkowania – osoba wydająca wydaje maksymalnie taką ilość produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, która nie jest większa od ilości zawartej w dwóch najmniejszych opakowaniach określonych w wykazie dla tego produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, a w przypadku produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych niepodlegających refundacji – ilość nie większą niż ilość zawarta w dwóch najmniejszych opakowaniach dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z wyłączeniem przypadków, w których sposób dawkowania musi być wpisany zgodnie z przepisami o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 5) brak numeru EKUZ, numeru poświadczenia albo numeru dokumentu uprawniającego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji niezgodny z normą PN-ISO 3166-1:2008 symbol państwa, w którym znajduje się zagraniczna instytucja właściwa dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji – osoba wydająca ustala go na podstawie odpowiednich dokumentów dotyczących pacjenta przedstawionych przez osobę okazującą receptę;
- 6) brak daty realizacji recepty „od dnia” – osoba wydająca przyjmuje, że wpisano znak „X”;
- 7) brak daty urodzenia w przypadku pacjenta do 18. roku życia, jeżeli daty tej nie można ustalić – osoba wydająca określa datę urodzenia tego pacjenta na podstawie innego dokumentu przedstawionego przez osobę okazującą receptę;
- 8) odpłatność:
 - a) w przypadku gdy produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny występuje w wykazie w jednej odpłatności i nie wpisano oznaczenia „X” albo „100%” – osoba wydająca wydaje ten produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny za odpłatnością określoną w wykazie,
 - b) w przypadku gdy produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny występuje w wykazie w więcej niż jednej odpłatności i nie wpisano oznaczenia „X” albo „100%” – osoba

wydająca wydaje produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny za najwyższą odpłatnością dla tego produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego określoną w wykazie,

- c) w przypadku gdy recepta zawiera kod uprawnienia dodatkowego, osoba wydająca wydaje produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny za odpłatnością wynikającą z tego uprawnienia; w przypadku gdy recepta zawiera kod uprawnień dodatkowych pacjenta – osoba wydająca wydaje produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny za odpłatnością wynikającą z określonego przez nią uprawnienia dodatkowego pacjenta;
- 9) brak adresu w danych pacjenta – osoba wydająca określa go na podstawie dokumentów przedstawionych przez osobę okazującą receptę lub jej oświadczenia;
- 10) brak kodu pocztowego adresu danych pacjenta – osoba wydająca przyjmuje, że został wpisany;
- 11) brak danych podmiotu drukującego – osoba wydająca przyjmuje, że zostały wpisane.

Recepta, na której nie wpisano określonych danych, wpisano je w sposób nieczytelny lub niezgodny z ustawowymi wymaganiami, może zostać zrealizowana pod warunkiem dokonania następujących czynności:

- 1) identyfikator pracownika medycznego oraz imię i nazwisko osoby wystawiającej receptę – osoba wydająca określa ten numer na podstawie posiadanych danych dotyczących osoby wystawiającej receptę;
- 2) dane dotyczące osoby uprawnionej albo podmiotu – osoba wydająca określa je na podstawie posiadanych danych;
- 3) brak numeru telefonu – osoba wydająca przyjmuje, że wystarczający jest numer telefonu zawarty w danych świadczeniodawcy;
- 4) dane pacjenta – osoba wydająca określa te dane na podstawie dokumentów przedstawionych przez osobę okazującą receptę, pod warunkiem że na receptę zawarto dane pacjenta (imię albo imiona i nazwisko albo oznaczenie „NN” w przypadku osób o niustalanej tożsamości), albo dane pacjenta (identyfikator usługobiorcy, o którym mowa w art. 17c ust. 2 u.s.i.o.z.);
- 5) jeżeli na receptę nie wpisano ilości produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego:
 - a) osoba wydająca przyjmuje, że jest to jedno najmniejsze opakowanie określone w wykazie, a w przypadku produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych niepodlegających refundacji – jedno najmniejsze opakowanie dopuszczone do obrotu lub dostępne w obrocie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

- b) a określono sposób dawkowania i okres stosowania – osoba wydająca przyjmuje obliczoną na tej podstawie ilość, jako ilość przepisaną przez osobę wystawiającą receptę.

Jeżeli z liczby, wielkości opakowań, liczby jednostek dawkowania i sposobu dawkowania podanego na receptycie wynikają różne ilości produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego – osoba wydająca wydaje najmniejszą z nich jako ilość przepisaną przez osobę wystawiającą receptę.

Jeżeli ilość refundowanego leku recepturowego przepisanego na receptycie przekracza podwójną ilość leku recepturowego – osoba wydająca zmniejsza ilość wydawanego leku recepturowego do tej ilości.

Osoba wydająca realizuje receptę wystawioną przez pielęgniarkę, na której:

- 1) wpisano w sposób błędny lub niezgodny z ustawą adnotację na receptycie wystawionej dla siebie albo dla małżonka, zstępnych lub wstępnych oraz dla rodzeństwa, o której mowa w art. 95b ust. 2 pkt 2 pr. farm.;
- 2) zawarte zostały inne niż określone w rozporządzeniu lub w art. 96a pr. farm. informacje lub znaki niestanowiące reklamy.

9. Upoważnienie pielęgniarki do wystawiania w imieniu lekarza recept lub skierowań oraz do przetwarzania danych osobowych

Pielęgniarki mogą zostać upoważniane przez lekarza do wystawiania w jego imieniu recept lub skierowań oraz do przetwarzania danych osobowych (art. 41a u.z.l.). Upoważnienie to ma dotyczyć wystawiania recept w postaci elektronicznej, opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (art. 2 pkt 6 lit. a u.s.i.o.z.), lub skierowań w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej (art. 59aa ust. 2 u.ś.o.z.)

Upoważnione pielęgniarki mogą być dopuszczone do przetwarzania danych osobowych zawartych w tych dokumentach po wydaniu im przez podmiot wykonujący działalność leczniczą upoważnienia do przetwarzania danych osobowych. Osoby te mogą być obecne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz są obowiązane do zachowania poufności wszelkich informacji i danych uzyskanych w związku z wystawianiem recepty lub skierowania. Zachowanie poufności obowiązuje również po śmierci pacjenta. Upoważnienie do wystawiania recept lub skierowań może być udzielone na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy, przy czym po upływie tego okresu

można udzielić kolejnych upoważnień na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy. Upoważnienie może być w każdym czasie cofnięte przez lekarza lub podmiot wykonujący działalność leczniczą. Cofnięcie upoważnienia do wystawiania recept lub skierowań przez podmiot wykonujący działalność leczniczą następuje po uprzednim uzgodnieniu z lekarzem.

Od dnia udzielenia upoważnienia do wystawiania recept lub skierowań do dnia jego cofnięcia albo wygaśnięcia osoba upoważniona jest obowiązana do zapewnienia zgodności danych zamieszczonych na tych receptach i skierowaniach z danymi zawartymi w dokumentacji medycznej. Udzielanie upoważnień, następuje za pośrednictwem Rejestru Asystentów Medycznych (art. 31b ust. 1 u.s.i.o.z.).

10. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego

10.1. Pielęgniarka systemu i jednostki systemu

Pielęgniarki wykonują także swój zawód w ramach system Państwowego Ratownictwa Medycznego, stworzonego w celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 1 ustawy o PRM).

Pielęgniarka może wchodzić w skład jednostek systemu, dyspozytorni medycznej¹⁵ (art. 2 ust. 2 pkt 2 i 3 ustawy o PRM) oraz zostać powołana na stanowisko wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (art. 29 ust. 6 pkt 2 ustawy o PRM). Jednostkami systemu są szpitalne oddziały ratunkowe oraz zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa. Z systemem współpracują centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (art. 32 ust. 1 i 2 ustawy o PRM).

Istotne jest to, że wykonywanie niektórych czynności medycznych w ramach Państwowego Ratownictwa Medycznego jest uzależnione od posiadania przez pielęgniarkę statusu pielęgniarki systemu. Status pielęgniarki systemu może uzyskać osoba, która spełnia wymagania do uzyskania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, tj. ma świadectwo lub dyplom ukończenia szkoły pielęgniarskiej, posiada pełną zdol-

¹⁵ Według art. 3 ust. 14a ustawy o PRM dyspozytorna medyczna oznacza „komórkę organizacyjną urzędu wojewódzkiego wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu, utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrów powiadamiania ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz.U. z 2018 r. poz. 867 i 1115 oraz z 2019 r. poz. 730), przyjmowania powiadomień o zdarzeniach oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych”.

ność do czynności prawnych, której stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu pielęgniarki i która wykazuje nienaganną postawę etyczną (art. 28 u.z.p.p.) oraz która dodatkowo jest pielęgniarką posiadającą tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarką posiadającą ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadającą co najmniej trzyletni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym (art. 3 pkt 6 ustawy o PRM).

Na szpitalnym oddziale ratunkowym zawód może wykonywać zarówno pielęgniarka niemająca statusu pielęgniarki systemu, jak i pielęgniarka systemu. Natomiast w szpitalnym oddziale ratunkowym tylko pielęgniarka systemu może przeprowadzić segregację medyczną¹⁶. W skład zespołu ratownictwa medycznego może wejść tylko pielęgniarka systemu. Wyróżnia się trzy rodzaje zespołów ratownictwa medycznego (art. 36 ustawy o PRM):

- 1) zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny. Kierownikiem takiego zespołu jest lekarz systemu;
- 2) zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny. Kierownikiem tego zespołu może być osoba będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu, która posiada co najmniej pięcioletnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego lub lotniczym zespole ratownictwa medycznego, wskazana przez dysponenta jednostki;
- 3) zespół lotniczego ratownictwa medycznego, który składa się co najmniej z trzech osób, w tym co najmniej z: jednego pilota zawodowego, lekarza systemu oraz ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu (art. 37 ust. 1 ustawy o PRM).

10.2. Medyczne czynności ratunkowe

Medyczne czynności ratunkowe są jednym z elementów szerokiego zakresu przedmiotowego definicji zawodu pielęgniarki. Nie mogą być one wykonywane przez każdą pielęgniarkę, a tylko przez pielęgniarkę systemu.

¹⁶ Art. 33a ust. 1 ustawy o PRM: „W szpitalnym oddziale ratunkowym jest prowadzona segregacja medyczna. Segregację medyczną przeprowadza pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu”.

Medyczne czynności ratunkowe to świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w warunkach pozaszpitalnych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 32a ustawy o PRM). Są udzielane przez zespół ratownictwa medycznego w ramach rodzaju działalności leczniczej zgodnego z rodzajem działalności wykonywanej przez dysponenta jednostki, w którego skład wchodzi ten zespół ratownictwa medycznego (art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy o PRM).

Pielęgniarka systemu jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego następujących medycznych czynności ratunkowych (§ 4 r.r.ś.z.):

- 1) ocena stanu pacjenta;
- 2) układanie pacjenta w pozycji właściwej dla stanu pacjenta lub odniesionych obrażeń;
- 3) podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
- 4) bezprzyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych;
- 5) przyrządowe przywracanie i zabezpieczanie drożności dróg oddechowych z zastosowaniem w szczególności:
 - a) rurki ustno-gardłowej,
 - b) rurki nosowo-gardłowej,
 - c) przyrządów nadgłośniowych,
 - d) konikopunkcji, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- 6) odsysanie dróg oddechowych;
- 7) podjęcie tlenoterapii czynnej lub wspomaganie oddechu lub sztucznej wentylacji płuc metodami bezprzyrządowymi i przyrządowymi, z użyciem tlenu lub powietrza, w tym z użyciem respiratora;
- 8) wykonywanie intubacji dotchawiczej lub prowadzenie wentylacji nieinwazyjnej w nagłym zatrzymaniu krążenia;
- 9) wykonywanie defibrylacji manualnej na podstawie EKG lub zapisu kardiomonitora;
- 10) wykonywanie defibrylacji zautomatyzowanej;
- 11) wykonywanie przezskórnej elektrostymulacji serca w bradyarytmiach w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie;
- 12) wykonywanie kardiowersji w tachyarytmiach w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie;
- 13) wykonywanie i ocena zapisu EKG;
- 14) monitorowanie czynności układu oddechowego;
- 15) monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi;
- 16) wykonywanie kaniulacji żył obwodowych oraz żyły szyjnej zewnętrznej;
- 17) wykonywanie dojścia doszpikowego przy użyciu gotowego zestawu, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty

- w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- 18) podawanie produktów leczniczych drogą dożylną, domięśniową, podskórną, doustną, podjęzykową, wziewną, dotchawiczą, doodbytniczą oraz doszpikową (w przypadku podawania produktów leczniczych drogą doszpikową, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu);
 - 19) odbarczenie odmy przeźnej drogą nakłucia jamy opłucnowej, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
 - 20) oznaczanie parametrów krytycznych z użyciem dostępnego sprzętu;
 - 21) opatrywanie ran;
 - 22) tamowanie krwawień zewnętrznych;
 - 23) unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń;
 - 24) unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego;
 - 25) przyjęcie porodu;
 - 26) wykonywanie segregacji medycznej pierwotnej i wtórnej;
 - 27) przygotowanie pacjenta do transportu i opieka medyczna podczas transportu; wykonywanie pomiaru temperatury głębokiej.

Ponadto pielęgniarka systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego może samodzielnie bez zlecenia lekarskiego podawać pacjentowi wyraźnie wskazane produkty lecznicze oraz podawać produkty krwiopochodne, rekombinowane koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyjne, w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zgodnie z wykazem zawartym w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28.02.2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego są to następujące produkty:

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	Acidum acetylsalicylicum (Kwas acetylosalicylowy)	tabletki
2	Adenosinum (Adenozyzna)	roztwór do wstrzykiwań
3	Amiodaroni hydrochloridum (Amiodaronu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
4	Atropini sulfas (Atropiny siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
5	Isosorbidi mononitras (Izosorbidu monoazotan)	tabletki
6	Budesonidum (Budezonid)	zawiesina do nebulizacji
7	Captoprilum (Kaptopryl)	tabletki

8	Clemastinum (Klemastyna)	roztwór do wstrzykiwań
9	Clonazepamum (Klonazepam)	roztwór do wstrzykiwań
10	Clopidogrelum (Klopidogrel) (po teletransmisji EKG i konsultacji z lekarzem oceniającym zapis EKG)	tabletki
11	Dexamethasoni phosphas (Deksametazonu fosforan)	roztwór do wstrzykiwań
12	Diazepamum (Diazepam)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań, wlewka doodbytnicza
13	Drotaverini hydrochloridum (Drotaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
14	Epinephrinum (Epinefryna)	roztwór do wstrzykiwań
15	Fentanylum (Fentanyl)	roztwór do wstrzykiwań
16	Flumazenilum (Flumazenil)	roztwór do wstrzykiwań
17	Furosemidum (Furosemid)	roztwór do wstrzykiwań
18	Glyceroli trinitras (Glicerolu triazotan)	tabletki, aerazol do stosowania podjęzykowego
19	Glucagoni hydrochloridum (Glukagonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
20	Glucosum 5% (Glukoza 5%)	roztwór do wlewu dożylnego
21	Glucosum 20% (Glukoza 20%)	roztwór do wstrzykiwań
22	Heparinum natricum (Heparyna sodowa)	roztwór do wstrzykiwań
23	Hydrocortisonum (Hydrokortyzon)	roztwór do wstrzykiwań
24	Hydroxyzinum (Hydroksyzyna)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
25	Ibuprofenum (Ibuprofen)	tabletki
26	Ketoprofenum (Ketoprofen)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
27	Lidocaini hydrochloridum (Lidokainy chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań, żel
28	Magnesii sulfas (Magnezu siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
29	Mannitolum – 15% (Mannitol – 15%)	roztwór do wlewu dożylnego
30	Metamizolum natricum (Metamizol sodowy)	roztwór do wstrzykiwań
31	Metoclopramidum (Metoklopramid)	roztwór do wstrzykiwań
32	Metoprololi tartras (Metoprololu winian)	roztwór do wstrzykiwań
33	Midazolamum (Midazolam)	roztwór do wstrzykiwań
34	Morphini sulfas (Morfiny siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
35	Naloxoni hydrochloridum (Naloksonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
36	Natrii chloridum 0,9% (Sodu chlorek 0,9%)	roztwór do wlewu dożylnego
37	Natrii hydrogenocarbonas 8,4% (Sodu wodorowęglan 8,4%)	roztwór do wstrzykiwań

38	Papaverini hydrochloridum (Papaweryny chlorowoderek)	roztwór do wstrzykiwań
39	Paracetamolum (Paracetamol)	czopki, tabletki, roztwór do wstrzykiwań
40	Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny	roztwór do wlewu dożylnego
41	Płyny koloidowe niewymagające pobierania przed iniekcją krwi na grupę oraz próby krzyżowej (skrobia hydroksyetylowana, żelatyna modyfikowana)	roztwór do wlewu dożylnego
42	Salbutamolum (Salbutamol)	roztwór do wstrzykiwań, roztwór do nebulizacji
43	Solutio Ringeri/zbilansowany roztwór elektrolitowy	roztwór do wlewu dożylnego
44	Thiethylperazinum (Tietylperazyina)	czopki, roztwór do wstrzykiwań
45	Ticagrelorum (Tikagrelor) (po teletransmisji EKG i konsultacji z lekarzem oceniającym zapis EKG)	tabletki
46	Oxygenium medicinalis (Tlen medyczny)	gaz
47	Urapidilum (Urapidyl)	roztwór do wstrzykiwań

Pielęgniarka systemu wykonująca medyczne czynności ratunkowe może udzielić świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Decyzję o udzieleniu świadczeń zdrowotnych w tych okolicznościach pielęgniarki systemu są obowiązane, w miarę możliwości, skonsultować z lekarzem wskazanym przez dysponenta zespołów ratownictwa medycznego. Okoliczności udzielania świadczenia pielęgniarka systemu odnotowują odpowiednio w karcie indywidualnej ratownika medycznego albo w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 11 ust. 10a–10c ustawy o PRM).

10.3. Segregacja medyczna

Pielęgniarka systemu przeprowadza segregację medyczną (art. 33a ust. 1 ustawy o PRM oraz § 6 ust. 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 27.06.2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego¹⁷). Segregacja medyczna to proces ustalenia kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz w zespołach ratownictwa medycznego, realizowany wobec osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, uwzględniający stan zdrowia tych osób (art. 3 pkt 14b ustawy o PRM). W wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej osobie w stanie nagłego

¹⁷ Dz.U. poz. 1213.

zagrożenia zdrowotnego jest przydzielana jedna z kategorii w pięciostopniowej skali (art. 33a ust. 2 ustawy o PRM).

Segregację medyczną przeprowadza się przez przeprowadzenie wywiadu medycznego i zebranie danych służących ocenie stanu zdrowia osoby. W razie potrzeby w ramach segregacji medycznej dodatkowo jest dokonywany pomiar poziomu glukozy we krwi włośniczkowej i temperatury ciała oraz wykonywane badanie EKG (§ 6 ust. 7 i 8 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego).

W wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej osoba, która znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jest przydzielana do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielenia jej świadczeń zdrowotnych, zwanej „kategorią pilności”, gdzie (§ 6 ust. 9 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego):

- 1) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem;
- 2) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut;
- 3) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut;
- 4) kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut;
- 5) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.

Zakwalifikowaniu do jednej z kategorii pilności następuje z wykorzystaniem systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Pielęgniarki systemu informują pacjenta lub osobę mu towarzyszącą o przydzielonej kategorii pilności oraz o liczbie osób i maksymalnym przewidywanym czasie oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem (§ 6 ust. 10 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego).

10.4. Pielęgniarka systemu jako dyspozytor medyczny

Pielęgniarka systemu może wykonywać zawód w dyspozytorni medycznej jako dyspozytor medyczny, jeżeli:

- 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) posiada co najmniej pięcioletnie doświadczenie w realizacji zadań na stanowisku dyspozytora medycznego lub w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub w izbie przyjęć szpitala posiadającego oddział anestezjologii i intensywnej terapii, oddział chorób we-

wewnętrznych, oddział chirurgii ogólnej oraz oddział ortopedii lub ortopedii i traumatologii;

- 3) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu.

Dyspozytor medyczny wykonuje zadania w ramach stosunku pracy:

- 1) w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego na stanowisku dyspozytora medycznego związanym z dysponowaniem i koordynacją działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego oraz innych statków powietrznych będących na wyposażeniu podmiotu, w tym lotniczego zespołu transportu sanitarnego;
- 2) na stanowisku dyspozytora medycznego w lokalizacji wskazanej w planie.

Dyspozytor medyczny ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach i formach kształcenia (art. 26 ust. 3 ustawy o PRM)¹⁸.

Do zadań dyspozytorów medycznych należy w szczególności (art. 27 ust. 1 ustawy o PRM)¹⁹:

- 1) przyjmowanie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, zgodnie z przepisami oraz z uwzględnieniem algorytmu zbierania wywiadu medycznego;
- 2) przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy;
- 3) przekazywanie kierującemu akcją medyczną niezbędnych informacji ułatwiających prowadzenie medycznych czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia;
- 4) zbieranie aktualnych informacji o dostępnych w rejonie operacyjnym jednostkach systemu, i ich gotowości oraz przekazywanie tych informacji wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego;
- 5) zbieranie i archiwizowanie bieżących informacji o zdarzeniach i prowadzonych medycznych czynnościach ratunkowych;
- 6) powiadamianie o zdarzeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych lub, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, centrów urazowych lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
- 7) powiadamianie o zdarzeniu jednostek współpracujących z systemem, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia;
- 8) współpraca oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego²⁰.

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 11.08.2017 r. w sprawie doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych (Dz.U. poz. 1620).

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12.10.2018 r. w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej (Dz.U. poz. 2001).

²⁰ Art. 13 ust. 1 ustawy z 26.04.2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz.U. z 2019 r. poz. 1398 ze zm.).

Praca dysponentów ratownictwa medycznego jest koordynowana przez wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (art. 27 ust. 3 pkt 2 ustawy o PRM).

10.5. Pielęgniarka systemu jako wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego

Pielęgniarka systemu może być wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego, jeżeli ukończyła studia drugiego stopnia i posiada co najmniej czteroletnie doświadczenie w pracy na stanowisku dyspozytora medycznego oraz ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu uprawniającego do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (art. 29 ust. 6 ustawy o PRM).

Wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego działają w urzędzie wojewódzkim, zatrudniani są przez wojewodę na podstawie stosunku pracy, w liczbie niezbędnej do zapewnienia całodobowej realizacji zadań. Pracodawcą dla wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego jest urząd wojewódzki. Wojewoda wykonuje czynności pracodawcy w stosunku do wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego. Działalność wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego jest finansowana z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest wojewoda.

Do ogólnych zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego należy:

- 1) współpraca z głównym dyspozytorem medycznym i jego zastępcą;
- 2) koordynacja współpracy dyspozytorów medycznych w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu²¹ spoza jednego rejonu operacyjnego;
- 3) rozstrzyganie sporów dotyczących przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez szpital od zespołu ratownictwa medycznego;
- 4) udział w pracach wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego;
- 5) współpraca z Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego oraz innymi wojewódzkimi koordynatorami ratownictwa medycznego;
- 6) współpraca oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego, o których mowa w art. 13 ust. 1 ustawy o zarządzaniu kryzysowym.

Do szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego należy²²:

²¹ Zgodnie z art. 32 ust. 1 ustawy o PRM jednostkami systemu są: szpitalne oddziały ratunkowe oraz zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa, wchodzące w skład podmiotu leczniczego będącego samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej albo jednostką budżetową, albo spółką kapitałową, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego – na których świadczenia zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 16.08.2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (Dz.U. poz. 1655).

- 1) uzyskiwanie informacji od podmiotów leczniczych, w tym od jednostek systemu oraz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego²³, o:
 - a) gotowości szpitalnych oddziałów ratunkowych, jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego i innych jednostek organizacyjnych szpitali do przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
 - b) czasowym, całkowitym lub częściowym braku możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych przez komórki organizacyjne szpitala wraz z informacją o przyczynie i przewidywanym okresie trwania tych ograniczeń oraz o działaniach podjętych przez podmiot leczniczy, w tym o przekazaniu przez ten podmiot dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o braku możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - c) czasowym wyłączeniu z użycia aparatury wysokospecjalistycznej, w szczególności do dializoterapii, tomografu komputerowego, rezonansu magnetycznego, sprzętu do koronarografii i angioplastyki,
 - d) liczbie aktualnie wolnych stanowisk intensywnej terapii z respiratorem,
 - e) liczbie aktualnie wolnych łóżek szpitalnych na poszczególnych oddziałach,
 - f) liczbie osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, które mogą być przyjęte przez dany szpital,
 - g) liczbie dostępnych stanowisk operacyjnych z zespołami operacyjnymi,
 - h) rodzajach zabiegów wykonywanych w danym szpitalu,
 - i) liczbie wolnych stanowisk zabiegowych,
 - j) stanie zdrowia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w tym kodów rozpoznań według klasyfikacji ICD10,
 - k) danych obejmujących, jeżeli to możliwe do ustalenia, imię, nazwisko, wiek, płeć i adres zamieszkania osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań ustawowych polegających na:
 - współpracy z głównym dyspozytorem medycznym i jego zastępcą,
 - koordynacji współpracy dyspozytorów medycznych,
 - rozstrzygnięciu sporów dotyczących przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez szpital od zespołu ratownictwa medycznego,
 - współpracy z Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego oraz innymi wojewódzkimi koordynatorami ratownictwa medycznego,

²³ Art. 32 ust. 2 ustawy o PRM: „Z systemem współpracują centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w planie”.

- współpracy oraz wymianie informacji z centrami zarządzania kryzysowego;
- 2) przekazywanie dyspozytorowi medycznemu wskazanemu przez kierownika podmiotu leczniczego zatrudniającego dyspozytora medycznego informacji, o których mowa w pkt 1 lit. b–g oraz i;
- 3) uzyskiwanie informacji od dyspozytora medycznego wskazanego przez kierownika podmiotu leczniczego zatrudniającego dyspozytora medycznego o:
 - a) zagrożeniach występujących na miejscu zdarzenia,
 - b) liczbie osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego ustalonej w wyniku segregacji medycznej,
 - c) zapotrzebowaniu na zespoły ratownictwa medycznego w danym rejonie operacyjnym,
 - d) nazwie i lokalizacji podmiotu leczniczego, do którego transportowana jest osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego z miejsca zdarzenia,
 - e) powiadomieniu jednostek współpracujących z systemem, przez dyspozytora medycznego,
 - f) liczbie i rodzaju zadysponowanych jednostek współpracujących z systemem,
 - g) czasie zakończenia akcji medycznej;
- 4) uzyskiwanie informacji z Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego o:
 - a) dacie, godzinie, miejscu zdarzenia, lokalizacji, numerze telefonu, z którego dyspozytor medyczny otrzymał zgłoszenie alarmowe lub powiadomienie o zdarzeniu, oraz godzinie otrzymania zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu,
 - b) rodzaju i charakterze zdarzenia powodującego stan nagłego zagrożenia zdrowotnego,
 - c) gotowości, dostępności i bieżącym wykorzystaniu zespołów ratownictwa medycznego, w tym lotniczych zespołów ratownictwa medycznego,
 - d) liczbie zadysponowanych zespołów ratownictwa medycznego, w tym lotniczych zespołów ratownictwa medycznego,
 - e) imieniu, nazwisku i tytule zawodowym osoby pełniącej funkcję kierującego akcją medyczną,
 - f) danych obejmujących, jeżeli to możliwe do ustalenia, imię, nazwisko, wiek i płeć osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań wymienionych w pkt 1 lit. k,
 - g) stanie zdrowia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w tym kodów rozpoznań według klasyfikacji ICD10;
- 5) monitorowanie zdarzeń, których skutki mogą spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób;
- 6) udzielanie dyspozytorowi medycznemu wskazanemu przez kierownika podmiotu leczniczego zatrudniającego dyspozytora medycznego niezbędnych informacji, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;

- 7) współpraca z centrami powiadamiania ratunkowego²⁴;
- 8) współpraca z wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego z innego województwa w zakresie wykorzystania w zdarzeniach jednostek systemu, jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego i jednostek współpracujących z systemem²⁵;
- 9) współpraca z dyspozytorem medycznym wskazanym przez kierownika podmiotu leczniczego zatrudniającego dyspozytora medycznego, jednostkami systemu, jednostkami organizacyjnymi szpitali wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego i jednostkami współpracującymi z systemem;
- 10) współpraca z instytutem badawczym właściwym do wykonywania międzynarodowych przepisów zdrowotnych w zakresie pozyskiwania oraz wymiany informacji i analiz o zagrożeniach bezpieczeństwa zdrowotnego ludności, wyznaczonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z 30.04.2010 r. o instytutach badawczych²⁶;
- 11) wymiana informacji z Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego;
- 12) sporządzanie raportu z pełnionego dyżuru;
- 13) sporządzanie raportu z koordynowania działań podejmowanych w sytuacji wystąpienia katastrof naturalnych, klęsk żywiołowych i awarii technicznych, zdarzeń powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób lub innych zdarzeń wymagających udziału zespołów ratownictwa medycznego spoza danego województwa oraz dokonywanie oceny ich przebiegu, w tym ustalenie liczby osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz dotyczących ich informacji o stanie zdrowia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w tym kodów rozpoznania według klasyfikacji ICD10, a także rozmieszczenia tych osób w szpitalach i ustalenie liczby ofiar śmiertelnych;

²⁴ Art. 3 ust. 2 ustawy z 22.11.2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz.U. z 2019 r. poz. 1077 ze zm.).

²⁵ Zgodnie z art. 15 ust. 1 ustawy o PRM: „Jednostkami współpracującymi z systemem są: 1) jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej, 2) jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, 3) jednostki organizacyjne Policji i Straży Granicznej, 4) jednostki podległe Ministrowi Obrony Narodowej, 5) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górskiego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich, 6) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa wodnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych, 7) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górniczego na podstawie przepisów ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. – Prawo geologiczne i górnicze, 8) jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, o której mowa w ustawie z 18.08.2011 r. o bezpieczeństwie morskim, 9) podmioty niewymienione w pkt 1–8 oraz społeczne organizacje, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego – które uzyskały wpis do rejestru jednostek współpracujących z systemem”.

²⁶ Dz.U. z 2019 r. poz. 1350 ze zm.

- 14) przekazywanie do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o braku możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot leczniczy posiadający umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia;
- 15) stosowanie w zakresie go dotyczącym:
 - a) planu wojewody, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 6 ust. 2 pkt 8 ustawy z 21.11.1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej²⁷,
 - b) zasad postępowania w razie stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego, o których mowa w art. 46 u.ch.z., stanowiących niebezpieczeństwo dla zdrowia lub życia dużych grup ludności,
 - c) wojewódzkiego planu zarządzania kryzysowego, o którym mowa w art. 5 ust. 1 ustawy o zarządzaniu kryzysowym,
 - d) wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

W przypadku wystąpienia katastrof naturalnych, klęsk żywiołowych i awarii technicznych, zdarzeń powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób lub innych zdarzeń, wymagających udziału zespołów ratownictwa medycznego spoza danego województwa, wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego informuje wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego z innego województwa o potrzebie zadysponowania lub zadysponowaniu zespołu ratownictwa medycznego. Współpraca z wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego z innego województwa oraz koordynacja działań w sytuacji wystąpienia zdarzeń przez wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego odbywa się z uwzględnieniem sposobu koordynowania działań zespołów ratownictwa medycznego oraz sposobu współpracy z organami administracji publicznej i zespołami ratownictwa medycznego z innych województw, a także sposobu współpracy zespołów ratownictwa medycznego z jednostkami współpracującymi z systemem, określonych w planie wojewódzkiego planu działania systemu PRM²⁸ oraz, jeżeli sytuacja tego wymaga, z uwzględnieniem planów wojewodów, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 6 ust. 2 pkt 8 ustawy o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej.

10.6. Inne uprawnienia pielęgniarki systemu

Pielęgniarka systemu ma prawo realizować zajęcia edukacyjne w zakresie udzielania pierwszej pomocy (art. 8 ust. 2 ustawy o PRM)²⁹. Za prowadzenie tego rodzaju zajęć

²⁷ Dz.U. z 2019 r. poz. 1541 ze zm.

²⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8.11.2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz.U. poz. 2154).

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19.03.2007 r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz.U. Nr 60, poz. 408 ze zm.); rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych

pielęgniarki systemu otrzymują wynagrodzenie według stawki godzinowej na podstawie umowy cywilnoprawnej³⁰.

Pielęgniarka systemu posiadająca co najmniej pięcioletnie doświadczenie zawodowe może nadzorować sześciomiesięczne przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu ratownika medycznego, jeżeli ten przez okres dłuższy niż pięć lat łącznie w okresie ostatnich sześciu lat nie wykonywał zawodu, a zamierza podjąć wykonywanie zawodu ratownika medycznego (art. 10h ust. 2 ustawy o PRM).

Pielęgniarka systemu ma prawo i obowiązek przekazać ratownikowi medycznemu informacje o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań w zakresie niezbędnym do udzielanych przez tego ratownika świadczeń zdrowotnych (art. 11 ust. 5 ustawy o PRM).

11. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

Przez pielęgniarką anestezjologiczną rozumie się osobę, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarkę, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarkę w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki (§ 2 pkt 6 r.s.a.i.t.)³¹. Tym samym ustawodawca zrównał status pielęgniarki, która ukończyła specjalizację czy

i Administracji oraz Ministra Obrony Narodowej z 12.12.2008 r. w sprawie szkoleń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz.U. Nr 229, poz. 1537 ze zm.).

³⁰ Zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy o PRM: „Wysokość stawki godzinowej dla pielęgniarek systemu biorących udział w zajęciach edukacyjnych w zakresie udzielania pierwszej pomocy ustala dyrektor szkoły w ramach posiadanych środków finansowych, z tym że wysokość tej stawki nie może być niższa niż wysokość stawki godzinowej dla nauczyciela posiadającego stopień nauczyciela kontraktowego oraz tytuł zawodowy magistra z przygotowaniem pedagogicznym, realizującego tygodniowy obowiązkowy wymiar godzin, określony w art. 42 ust. 3 lp. 3 ustawy z 26.01.1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz.U. z 2018 r. poz. 967 i 2245 oraz z 2019 r. poz. 730) ustalonej na podstawie przepisów, o których mowa w art. 30 ust. 5 ustawy z 26.01.1982 r. – Karta Nauczyciela”.

³¹ Paragraf 16 ust. 1 i 4 r.s.a.i.t.: „1. Pielęgniarki wykonujące przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia czynności przewidziane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 215 oraz z 2007 r. poz. 1133) dla przeszkolonych pielęgniarek, niespełniające wymagań określonych w § 2 pkt 6, mogą wykonywać czynności przewidziane dla pielęgniarki anestezjologicznej nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2021 r. (...) 4. Pielęgniarka będąca przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia pielęgniarką oddziałową oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii dla dzieci w szpitalu, niespełniająca wymagań określonych w § 4 ust. 11, może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2021 r.”.

kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, z pielęgniarką w trakcie takiej specjalizacji, co z punktu widzenia wykonywania zawodu z należytą starannością i dbania o bezpieczeństwo pacjenta budzi wątpliwości. Brak w tej kwestii zapisu o nadzorze ze strony opiekuna specjalizacji.

Pielęgniarką oddziałową oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii w szpitalach, w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji i intensywnej terapii na rzecz pacjentów dorosłych, oraz w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci lub oddziałach anestezjologii dla dzieci w szpitalach, w których są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji i intensywnej terapii na rzecz dzieci, powinna być pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki (§ 4 ust. 1 i 2 oraz 10 r.s.a.i.t.).

Standardy określają rolę pielęgniarki anestezjologicznej. Bez względu na miejsce i okoliczności wykonywania znieczulenia we wszystkich przypadkach obowiązują następujące standardy:

- 1) kartę konsultacji anestezjologicznej (ankietę anestezjologiczną) podczas kwalifikacji wypełnia lekarz kwalifikujący pacjenta do znieczulenia, a więc lekarz anestezjolog, a nie pielęgniarka anestezjologiczna (§ 9 pkt 7 r.s.a.i.t.)³²;
- 2) osobą wykonującą znieczulenie jest lekarz, który może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta. Podczas znieczulenia z lekarzem współpracuje pielęgniarka anestezjologiczna, dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną (§ 9 pkt 9 r.s.a.i.t.). Ustawodawca nie doprecyzował jednoznacznie, na czym ta współpraca miałaby faktycznie polegać;
- 3) kartę przebiegu znieczulenia, uwzględniającą w szczególności jego przebieg, dawkowanie anestetyków i innych leków, aktualne wartości parametrów podstawowych funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania, wypełnia lekarz wykonujący znieczulenie (§ 9 pkt 12 r.s.a.i.t.);
- 4) lekarz wykonujący znieczulenie może opuścić znieczulanego pacjenta w celu przeprowadzenia resuscytacji innego pacjenta, jeżeli uzna, że opuszczenie znieczulanego pacjenta nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla jego życia. W takim przypadku przy pacjencie do czasu przybycia lekarza wykonującego znieczulenie pozostaje pielęgniarka anestezjologiczna (§ 9 pkt 14 r.s.a.i.t.).

³² Zgodnie z § 9 pkt 5 r.s.a.i.t.: „lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii zapoznaje się z dokumentacją medyczną pacjenta, skompletowaną wraz z niezbędnymi wynikami badań laboratoryjnych przez lekarza prowadzącego, oraz przeprowadza, nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, badanie w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia, zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta i wskazaniami medycznymi; lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii może zlecić dodatkowe badania i konsultacje niezbędne do zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia”.

Zgodnie z przepisami omawianego rozporządzenia obowiązkiem lekarza anestezjologa jest zatem monitorowanie samodzielnie pacjenta znieczulonego i prowadzenie karty obserwacji. Brak jest natomiast wyraźnego wskazania, jakie czynności może wykonywać pielęgniarka anestezjologiczna w trakcie współpracy z lekarzem przy znieczuleniu oraz w sytuacji, kiedy lekarz anestezjolog opuszcza pacjenta, czyli nie wiadomo, jak należy interpretować stwierdzenie, że pielęgniarka anestezjologiczna „pozostaje przy pacjencie”. W świetle wskazanych standardów w sytuacji konieczności podania przez pielęgniarkę anestezjologiczną leku w trakcie zabiegu operacyjnego pod nieobecność lekarza anestezjologa należy zastosować reguły interpretacyjne wynikające z ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. W braku uregulowań ogólnych pielęgniarka anestezjologiczna może wykonać zlecenia lekarza operującego zgodnie z ogólnymi zasadami (zob. część II, rozdział 3). Pielęgniarka anestezjologiczna wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej (art. 15 ust. 1 u.z.p.p.), wyjątkowo może wykonać ustne zlecenia lekarskie, ale tylko w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 15 ust. 2 u.z.p.p.). Zgodnie ze standardami pielęgniarka anestezjologiczna nie powinna jednak podawać leku znieczulającego, tę czynność powinien wykonać lekarz. W przypadku reakcji uczuleniowej u chorego na podany lek odpowiedzialność ponosi lekarz zlecający. Pielęgniarka może odpowiadać za nieprawidłowe podanie leku.

Nie ma natomiast standardu postępowania pielęgniarki anestezjologicznej w sytuacji, gdy pacjent jest znieczulany przez lekarza chirurga podczas wykonywania zabiegu tzw. małej chirurgii. W obecnym stanie prawnym pielęgniarka anestezjologiczna nie może monitorować samodzielnie pacjenta znieczulonego przez chirurga i prowadzić karty obserwacji pacjenta. W przypadku nieobecności lekarza anestezjologa w czasie znieczulenia miejscowego lek podaje chirurg, który ponosi odpowiedzialność za zastosowanie konkretnego leku. Pielęgniarka może prowadzić jedynie pielęgniarską dokumentację anestezjologiczną i wykonuje zlecenia lekarskie według ogólnych zasad, o których mowa powyżej.

Minister Zdrowia ustalił w komentowanym rozporządzeniu także standard organizacyjny postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu, z uwzględnieniem roli pielęgniarki anestezjologicznej. Są to następujące standardy:

- 1) prowadzi się ciągle monitorowanie podstawowych funkcji życiowych i stosuje się dostępne metody i techniki terapeutyczne, ze szczególnym uwzględnieniem inwazyjnych i wspomagających czynności podstawowych układów organizmu;
- 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej na oddziale;

- 3) intensywną terapię prowadzi lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii³³;
- 4) na stanowisku nadzoru pielęgniarskiego zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej;
- 5) należy zapewnić możliwość izolacji pacjentów oraz dostępność wyrobów medycznych monitorujących i terapeutycznych, niezbędnych do wykonywania specjalistycznych interwencji w stanach zagrożenia życia.

Jeżeli chodzi o liczbę pielęgniarek dla oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci oraz oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii dla dzieci w szpitalu warunki wymagane to:

- 1) równoważnik co najmniej 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii – pielęgniarka anestezjologiczna;
- 2) w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji dodatkowo: równoważnik co najmniej 1 etatu – pielęgniarka, która ukończyła specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki lub pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki, lub pielęgniarka – odpowiednio do zakresu wykonywanych świadczeń.

Natomiast w zakresie organizacji udzielania świadczeń na tych oddziałach obowiązują następujące standardy:

- 1) należy utworzyć salę nadzoru poznieczuleniowego odrębną dla pacjentów dorosłych oraz dzieci, która znajduje się w obrębie bloku operacyjnego lub bliskim sąsiedztwie bloku operacyjnego;
- 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych w sali nadzoru poznieczuleniowego wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarza anestezjologa na oddziale (nie może być łączone ze stałą obecnością lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii na oddziale przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych na stanowisku intensywnej terapii);
- 3) bezpośredni nadzór nad pacjentem w sali nadzoru poznieczuleniowego prowadzi pielęgniarki anestezjologiczne, którym należy zapewnić środki techniczne umożliwiające stały kontakt z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii;

³³ Zgodnie z § 11 pkt 4 i 5 r.s.a.i.t.: „Ustala się standard organizacyjny postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w szpitalu, zgodnie z którym: (...) 4) świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać lekarz anestezjolog lub lekarz w trakcie specjalizacji, jeżeli jego praca jest bezpośrednio nadzorowana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii; 5) świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii może udzielać lekarz odbywający w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii staż specjalizacyjny w ramach innych dziedzin medycyny lub staż podyplomowy, jeżeli jego praca jest bezpośrednio nadzorowana przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii”.

- 4) stosunek liczby pielęgniarek anestezyjologicznych w sali nadzoru poznieczuleniowego na każdej zmianie do liczby faktycznie obłożonych stanowisk nadzoru poznieczuleniowego nie powinien być niższy niż 1:4;
- 5) ustalono trzy poziomy intensywności opieki pielęgniarskiej na stanowiskach intensywnej terapii w oddziałach anestezyjologii i intensywnej terapii³⁴:
 - a) najniższy poziom opieki – potrzeba ciągłego monitorowania z powodu zagrożenia niewydolnością narządową – co najmniej jedna pielęgniarka na trzy stanowiska intensywnej terapii na zmianę,
 - b) pośredni poziom opieki – pacjent z jedną niewydolnością narządową, która bezpośrednio zagraża życiu i wymaga mechanicznego lub farmakologicznego wspomaganie czynności narządów – co najmniej jedna pielęgniarka na dwa stanowiska intensywnej terapii na zmianę,
 - c) najwyższy poziom opieki – pacjent z co najmniej dwoma niewydolnościami narządowymi, które bezpośrednio zagrażają życiu i wymagają mechanicznego lub farmakologicznego wspomaganie czynności narządów – co najmniej jedna pielęgniarka na jedno stanowisko intensywnej terapii na zmianę.

12. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej

Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej określa m.in. udział osoby wykonującej zawód pielęgniarki w zakresie opieki okołoporodowej nad matką i dzieckiem. Zgodnie ze standardem „osobą sprawującą opiekę” może być położna, lekarz i pielęgniarka – sprawujący odpowiednio opiekę nad ciężarną, rodzącą, położnicą albo noworodkiem (załącznik do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, rozdział I „Postanowienia ogólne” ust. 7). Standard nie wymaga od pielęgniarki żadnej specjalizacji ani kursu specjalistycznego.

Realizacja praw pacjenta w zakresie opieki okołoporodowej polega w szczególności na możliwości wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą (załącznik do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, rozdział I „Postanowienia ogólne” ust. 13 pkt 3).

³⁴ Szczegółowe kwestie w tym zakresie ustalono w załącznikach 1, 2 i 3 do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii.

Zgodnie z literalnym brzmieniem standardu zadania osoby sprawującej opiekę obejmują w szczególności:

- 1) ocenę stanu zdrowia ciężarnej, rodzącej, płodu oraz noworodka;
- 2) wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka oraz wczesne wykrywanie patologii;
- 3) sprawdzenie posiadanych przed kobietę wyników badań, szczególnie niezbędnych w stanie zagrożenia życia, w tym oznaczenia grupy krwi;
- 4) prowadzenie porodu przy użyciu technik wspierających jego naturalny mechanizm;
- 5) opiekę nad ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem;
- 6) zapewnienie opieki realizowanej przez specjalistów, jeżeli ujawnią się czynniki ryzyka lub pojawią powikłania uzasadniające takie działanie;
- 7) wsparcie rodzącej oraz jej osoby bliskiej w trakcie porodu oraz położnicy w okresie połogu;
- 8) zabezpieczenie możliwości ukończenia ciąży lub porodu w trybie nagłym, jeżeli sytuacja będzie tego wymagała.

Osoba sprawująca opiekę podczas porodu jest przygotowana do wykonania czynności interwencyjnych w zakresie opieki nad rodzącą oraz nad noworodkiem, które polegają w szczególności na:

- 1) zabezpieczeniu dostępu do żyły obwodowej;
- 2) podaniu wlewu kroplowego;
- 3) zabezpieczeniu obrażeń kanału rodnego;
- 4) utrzymaniu drożności dróg oddechowych matki i dziecka;
- 5) utrzymaniu czynności życiowych rodzącej albo położnicy oraz płodu albo noworodka.

Oceniając powyższe zapisy standardu w zakresie przykładowych kompetencji osoby sprawującej opiekę nad kobietą i dzieckiem, należy wskazać na konieczność jego interpretacji w kontekście innych zapisów omawianego standardu oraz zakresu przedmiotowego pojęcia zawodu pielęgniarki (art. 4 ust. 1 u.z.p.p.) i zawodu położnej (art. 5 ust. 1 u.z.p.p.) oraz art. 12 ust. 1 u.z.p.p. stanowiącego o wykonywaniu tych zawodów zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi. Zgodnie ze standardami pielęgniarka nie jest upoważniona do prowadzenia porodu ani do bycia osobą asystującą przy porodzie prowadzonym przez lekarza (*a contrario* załącznik do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, rozdział I „Postanowienia ogólne” ust. 10). Udział pielęgniarki przy porodzie można rozważać tylko w nadzwyczajnych sytuacjach, gdy trwa akcja porodowa i nie ma możliwości faktycznego zapewnienia opieki ze strony położnej lub lekarza. Będzie wówczas miało miejsce prowadzenie cudzych spraw bez zlecenia.

Natomiast udział pielęgniarki należy rozważać w kontekście współuczestniczenia pielęgniarek neontologicznych w opiece nad noworodkiem. Zgodnie ze standardem:

„Podmiot wykonujący działalność leczniczą zapewnia dostępność personelu przeszkolonego w resuscytacji noworodka, w tym w zakresie intubacji noworodka, oraz zapewnia możliwość niezwłocznego przeniesienia rodzącej lub noworodka, w czasie zapewniającym zachowanie ich zdrowia i życia, do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, jeżeli powikłania wymagają zastosowania procedur wysokospecjalistycznych. W takim przypadku osoba sprawująca opiekę udostępnia podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą przejmującemu opiekę nad rodzącą lub noworodkiem kompletną dokumentację medyczną dotyczącą dotychczas sprawowanej opieki medycznej” (załącznik do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, rozdział I „Postanowienia ogólne” ust. 11).

Standard określa zakres świadczeń profilaktycznych i działań dotyczących promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wykonywanych u kobiet w okresie ciąży wraz z okresami ich przeprowadzania – do zlecenia których upoważnieni są położna i lekarz. Ustawodawca wprawdzie nie wyłączył prawa pielęgniarki do edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, także w zakresie opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu (art. 4 ust. 1 pkt 7 u.z.p.p.), ale standard uszczegółowia zasady współpracy pomiędzy osobami sprawującymi opiekę. Zgodnie z postanowieniami standardu osoba sprawująca opiekę (czyli lekarz, położna i pielęgniarka):

- 1) jeżeli nie jest położną podstawowej opieki zdrowotnej, informuje kobietę o możliwości korzystania z opieki położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz kieruje w okresie pomiędzy ukończonym 21. a 26. tygodniem ciąży w celu objęcia edukacją przedporodową oraz opieką sprawowaną nad nią i dzieckiem w miejscu, w którym będą przebywali po porodzie;
- 2) odnotowuje w dokumentacji medycznej ciężarnej fakt skierowania do objęcia opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej. Położna podstawowej opieki zdrowotnej potwierdza objęcie kobiety opieką w czasie ciąży i po porodzie przez wpis do planu opieki przedporodowej i karty przebiegu ciąży swoich danych lub danych podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym numeru telefonu kontaktowego i faksu lub adresu poczty elektronicznej;
- 3) może zlecić wykonanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym, jeżeli stan zdrowia ciężarnej lub wyniki wcześniej przeprowadzonych badań wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu lub połogu.

Kobieta w okresie fizjologicznej ciąży powinna być konsultowana nie rzadziej niż co trzy, cztery tygodnie w zależności od zaawansowania ciąży, w uzasadnionych przypadkach częściej.

Omawiany standard odnosi się również do udziału pielęgniarki anestezjologicznej w opiece okołoporodowej. Ustawodawca podaje definicję pielęgniarki anestezjologicznej (załącznik do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, rozdział I „Postanowienia ogólne” ust. 10), która pokrywa się z definicją pielęgniarki anestezjologicznej ustaloną w standardzie opieki anestezjologicznej i intensywnej terapii.

Lekarze, położne i pielęgniarki udzielający świadczeń zdrowotnych odpowiednio w bloku porodowym, na oddziale położniczym, oddziale neonatologicznym, oddziale anestezjologii, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii mają obowiązek zapoznania się z trybem postępowania w łagodzeniu bólu porodowego przyjętego w formie pisemnej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą i potwierdzają to podpisem (załącznik do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, rozdział VII „Łagodzenie bólu porodowego” ust. 10).

Pielęgniarka anestezjologiczna lub położna anestezjologiczna współpracują w przygotowaniu, wykonaniu i prowadzeniu analgezji regionalnej z lekarzem prowadzącym analgezę regionalną porodu oraz sprawują opiekę nad kobietą rodzącą podczas porodu z zastosowaniem analgezji regionalnej. Pielęgniarka anestezjologiczna lub położna anestezjologiczna sprawująca opiekę nad rodzącą w warunkach analgezji regionalnej współpracuje z lekarzem położnikiem i lekarzem prowadzącym analgezę regionalną porodu, z uwzględnieniem podawania produktów leczniczych do przestrzeni zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej zgodnie z zaleceniem lekarskim. Położna anestezjologiczna sprawuje opiekę nad jedną rodzącą w warunkach analgezji regionalnej, włączając w to czynności związane z porodem i analgezą regionalną. Brak podobnych regulacji odnośnie do pielęgniarki anestezjologicznej (załącznik do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, rozdział VII „Łagodzenie bólu porodowego” ust. 23 i 25).

Pielęgniarka anestezjologiczna lub położna anestezjologiczna sprawują ciągły i bezpośredni nadzór nad kobietą rodzącą podczas trwania analgezji regionalnej, a lekarz prowadzący analgezę regionalną porodu dokonuje oceny stanu rodzącej nie rzadziej niż co 90 minut (załącznik do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, rozdział VII „Łagodzenie bólu porodowego” ust. 28 pkt 3). W zakresie działań mających na celu łagodzenie bólu porodowego metodami farmakologicznymi prowadzący poród lekarz położnik współpracuje zarówno z lekarzem prowadzącym analgezę regionalną porodu, jak i położną albo położną anestezjologiczną albo pielęgniarką anestezjologiczną i lekarzem oddziału neonatologicznego (załącznik do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, rozdział VII „Łagodzenie bólu porodowego” ust. 32).

Zgodnie z omawianymi standardami opieka pielęgnacyjna nad położnicą i noworodkiem jest sprawowana przez położną. Dopiero po ukończeniu przez dziecko ósmego

tygodnia życia opiekę nad nim sprawuje pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, a opiekę nad matką, z uwzględnieniem wsparcia w zakresie karmienia piersią i poradnictwa laktacyjnego, kontynuuje położna (załącznik do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, rozdział XIV „Opieka nad noworodkiem” ust. 10).

Resumując, rolą standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej jest wprowadzenie obiektywnego i abstrakcyjnego wzorca postępowania m.in. dla osób wykonujących zawód pielęgniarki bez względu na prawną formę wykonywania tego zawodu. Jednocześnie uchybienie standardom stanowi obiektywne uchybienie obowiązkom zawodowym przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, a w zatrudnieniu pracowniczym stanowi uchybienie obowiązkom pracowniczym, tj. starannego i sumiennego wykonywania pracy. Uniemożliwienie pielęgniарce pracy zgodnie z postanowieniami tych standardów stanowi winę organizacyjną samego organu, czyli kierownika podmiotu lub kolegialnego organu zarządczego (np. w spółce z ograniczoną odpowiedzialnością), który jest prawnie odpowiedzialny za wdrożenie standardów organizacyjnych w podmiocie leczniczym³⁵.

13. Pielęgniarka zatrudniona lub pełniąca służbę w jednostkach budżetowych, w tym w państwowych jednostkach budżetowych utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego

Pielęgniarka zatrudniona lub pełniąca służbę w jednostkach budżetowych, w tym w państwowych jednostkach budżetowych utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zdrowotnych w zakresie medycznych czynności ratunkowych jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, pielęgniarstwa kardiologicznego lub pielęgniarstwa chirurgicznego (§ 5 w zw. z § 4 r.r.s.z.).

Pielęgniarka zatrudniona lub pełniąca służbę w podmiotach leczniczych będących jednostkami budżetowymi, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, i jednostkami wojskowymi, pod warunkiem ukończenia kursów doszkalających wojskowo-medycznych przeznaczonych dla żołnierzy zawodowych

³⁵ D. Karkowska, T. Karkowski, *Prawo pracy...*, s. 399.

oraz pracowników cywilnych resortu obrony narodowej oraz szkolenia w zakresie podawania krwi, jest uprawniona ponadto do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych i leczniczych obejmujących (§ 6 r.r.ś.z.):

- 1) wykonanie konikotomii;
- 2) wykonanie intubacji dotchawiczej w laryngoskopii bezpośredniej przez usta lub przez nos, z użyciem lub bez użycia środków zwiotczających oraz prowadzenie wentylacji zastępczej w zależności od wskazań terapeutycznych;
- 3) wykonanie drobnych zabiegów chirurgicznych;
- 4) wykonanie fasciotomii ratunkowej;
- 5) wykonanie blokady obwodowej nerwów kończyn;
- 6) wykonanie badania USG u pacjenta urazowego;
- 7) odbarczenie tamponady osierdzia u pacjenta urazowego;
- 8) wykonanie drenażu jamy opłucnowej ze wskazań życiowych;
- 9) tamowanie krwotoków z użyciem środków hemostatycznych oraz opasek zaciskowych;
- 10) płukanie żołądka, po zabezpieczeniu drożności dróg oddechowych;
- 11) podawanie krwi, składników krwi i preparatów krwiozastępczych pacjentom z objawami wstrząsu hipowolemicznego, jeżeli ukończyła szkolenie tego z zakresu;
- 12) ocenę prezentowanych przez pacjenta symptomów zaburzeń zachowania lub zaburzeń psychicznych ze szczególnym uwzględnieniem symptomów reakcji na ciężki stres (zaburzenia nerwicowe związane ze stresem) w związku z procesem diagnostyczno-leczniczym;
- 13) podejmowanie czynności w ramach osłony epidemiologicznej i epizootycznej stanów osobowych wojsk oraz w zakresie medycznej ochrony przed czynnikami chemicznymi, biologicznymi, radiologicznymi, nuklearnymi (Chemical Biological Radiological Nuclear – CBRN) według obowiązujących instrukcji i standardów;
- 14) podawanie produktów leczniczych oznaczonych symbolem OTC, wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych, wydawanych bezpłatnie na podstawie art. 69 ust. 4 ustawy o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, leków w autostrzykawkach stanowiących indywidualne wyposażenie żołnierza oraz produktów leczniczych zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 2 do rozporządzenia.

Świadczenia zdrowotne, o których mowa w pkt 1–14, realizowane są w warunkach sytuacji kryzysowych i przy zabezpieczeniu medycznym działań jednostek podległych Ministrowi Obrony Narodowej. Pielęgniarka może nie podjąć lub odstąpić od wykonania wymienionych świadczeń zdrowotnych w przypadku:

- 1) rozerwania ciała, dekapitacji;
- 2) rozległego zniszczenia czaszki i mózgu, masywnego urazu uniemożliwiającego prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej;

- 3) oznak rozkładu gnilnego ciała lub stężenia pośmiertnego, zwęglenia, asystolii utrzymującej się powyżej 30 minut pomimo prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej wszystkimi metodami przyrządowymi i bezprzyrządowymi, przy szerokich, niereagujących na światło źrenicach.

Określono także wykaz produktów leczniczych podawanych pacjentowi przez pielęgniarki zatrudnione lub pełniące służbę w podmiotach leczniczych będących jednostkami budżetowymi, dla których podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw obrony narodowej, i jednostkami wojskowymi w warunkach sytuacji kryzysowych i przy zabezpieczeniu medycznym działań jednostek podległych ministrowi obrony narodowej (załącznik nr 2 r.r.ś.z.). Są to następujące produkty:

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	2	3
1	Acidum tranexamicum (Kwas traneksamowy)	roztwór do wstrzykiwań
2	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum (Amoksycylina)	roztwór do wstrzykiwań
3	Ciprofloxacinum (Ciprofloksacyna)	roztwór do wstrzykiwań
4	Clindamycinum (Klindamycyna)	roztwór do wstrzykiwań
5	Cefotetan (Cefotetan)	roztwór do wstrzykiwań
6	Cloxacillinum (Kloksacylina)	roztwór do wstrzykiwań
7	Etomidate (Etomidat)	roztwór do wstrzykiwań
8	Ertapenem (Ertapenem)	roztwór do wstrzykiwań
9	Fentanylum (Fentanyl)	doustna – lizak
10	Ketaminum (Ketamina)	roztwór do wstrzykiwań
11	Mannitolum (Mannitol – 5%, 10%, 20%)	roztwór do wlewu dożylnego
12	Moxifloxacin (Moksyfloksacyna)	tabletki
13	Neostigmine methilsulphate (Neostygmina)	roztwór do wstrzykiwań
14	Propofol (Propofol)	roztwór do wstrzykiwań

15	Vecuronium bromide (Wekuronium)	roztwór do wstrzykiwań
16	Suxamethonii chloridum (chlorsuccilin) (Sukcynocholina)	roztwór do wstrzykiwań
17	Bacitracinum (Bacytracyna)	krople do oczu
18	Proxymetacaine hydrochloride (Proksymetakaina)	krople do oczu
19	Sulfacetamidum natricum (Sulfacetamid)	krople do oczu

14. Podsumowanie

1. Pielęgniarka może udzielić świadczeń zdrowotnych bez zlecenia lekarskiego, jeżeli posiada niezbędne kwalifikacje zawodowe oraz wymagany zakres umiejętności, co w większości sytuacji wymaga spełniania dodatkowych wymogów formalnych poprzez potwierdzenie ukończenia wyraźnie wskazanych form kształcenia podyplomowego.

2. Udzielenie przez pielęgniarkę świadczeń zdrowotnych bez wymaganych kwalifikacji zawodowych czy umiejętności może być poczytane za jej winę.

3. Porównując wykazy produktów leczniczych wymienionych w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28.02.2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo połączną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego oraz wykaz substancji czynnych zawartych w lekach ujętych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18.01.2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne, można wysnuć wnioski, że prawo pielęgniarek do samodzielnego ordynowania leków jest uregulowane w sposób niejednoznaczny, a dla osób z wykształceniem nieprawniczym może być trudne do interpretacji.

4. Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28.02.2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo połączną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego pielęgniarka może podjąć decyzję o zastosowaniu danego leku lub wyrobu medycznego, kiedy sprawuje osobistą i bezpośrednią opiekę nad pacjentem w sytuacji braku obecności lekarza, ale na te leki lub wyroby medyczne nie będzie mogła wystawić recepty czy wydać zlecenia – jeżeli nie będą one wymienione w rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18.01.2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych

w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne.

5. Pielęgniarka wykonująca zawód w podmiocie leczniczym bez zbędnej zwłoki informuje lekarza, pod opieką którego znajduje się pacjent, o samodzielnym wykonaniu u tego pacjenta, bez zlecenia lekarskiego, świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz o podanych produktach leczniczych i wykonanych badaniach.

6. Odpowiednio taki obowiązek ciąży na sprawującej opiekę nad pacjentem pielęgniarkę wykonującej zawód poza podmiotem leczniczym, jeżeli w jej obecności pacjent zostanie objęty opieką lekarską (§ 8 r.r.ś.z.). Cel takiej regulacji jest istotny z punktu widzenia pozycji lekarza odpowiedzialnego za proces leczenia, jako co najmniej koordynatora procesu świadczenia zdrowotnego w pozostałym zakresie. Kodeks etyki pielęgniarek i położnych (KEPP) zobowiązuje pielęgniarkę do przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz informacji o popełnionym błędzie (zwłaszcza w przypadku błędu zagrażającego życiu lub zdrowiu pacjenta) odpowiednim osobom z zespołu terapeutycznego, a taką osobą jest niewątpliwie lekarz.

7. Należy stwierdzić, że zakres kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego przygotowuje pielęgniarki do szerszego zakresu czynności zawodowych, a omówione wyżej rozporządzenia zawierają zbyt wąski zakres świadczeń zdrowotnych i rzeczowych świadczeń zdrowotnych, które pielęgniarka może samodzielnie wykonać bez zlecenia lekarskiego.

Rozdział 3

UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA ZLECENIE LEKARSKIE

1. Uwagi ogólne

W historii rozwoju pielęgniarstwa w Polsce zlecenie lekarskie traktowane było jak bezwzględny nakaz dla pielęgniarki wykonania czegoś (co zawarte jest w zleceniu) pacjentowi, tj. osobie, która poddała się leczeniu. Warto przypomnieć, że w myśl instrukcji nr 31/58 Ministra Zdrowia z 17.06.1958 r. w sprawie zwalczania nielegalnych praktyk w dziedzinie opieki nad zdrowiem¹ podanie tabletki przeciwbólowej albo zmiana opatrunku bez zlecenia lekarza było uprawianiem nielegalnej praktyki lekarskiej, co mogło stać się podstawą do ścigania i ukarania pielęgniarki. Ten stan utrzymywał się w zasadzie do dnia uchwalenia ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, a więc do 1996 r.

Obecnie zasady wydawania, jak i ewentualnej odmowy wykonania zlecenia lekarskiego uregulowane są nie w przepisach odnoszących się do wykonywania zawodu lekarza, ale w przepisach ustawy pielęgniarzkiej. Jedynie art. 58 KEL reguluje relacje lekarza i innego personelu medycznego w sposób ogólny. S. Olejnik, stanowczo i jednoznacznie komentując tę regulację, podkreśla kluczową i niekwestionowaną rolę lekarza w procesie leczenia, zauważając też, że wydanie zlecenia przez lekarza zobowiązuje go, aby zlecenia te były jasne i zrozumiałe w treści, nie mogą przekraczać możliwości osoby, której są przekazywane, ani granic przysługującej personelowi medycznemu autonomii zawodowej². Autor podkreśla, że lekarz nie ma obowiązku uzasadniania zleceń przekazywanych do wykonania, a udzielanie odpowiedzi na stawiane przez

¹ Dz.Urz. Min. Zdr. Nr 13, poz. 63.

² Art. 58 KEL stanowi: „Lekarz powinien odnosić się z należnym szacunkiem i w sposób kulturalny do personelu medycznego i pomocniczego. Powinien jednak pamiętać, że jedynie on ma prawo podejmowania decyzji związanych z prowadzonym przez niego leczeniem”; S. Olejnik, *Etyka lekarska...*, s. 133.

personel medyczny pytania co do wydanego zlecenia autor ujmuje nie w kategoriach obowiązku, ale życzliwości i szacunku dla osoby stawiającej takie pytania³.

Zarówno przywołana powyżej instrukcja Ministra Zdrowia z 1958 r., jak i pogląd odnotowany w literaturze, nawiązujące do tradycyjnego rozumienia zlecenia lekarskiego jako bezwzględnego polecenia dla pielęgniarki, która powinna mieć nieograniczone zaufanie do lekarza⁴, nie znajdują potwierdzenia w obowiązującym prawie medycznym, co uzasadniają poniższe uwagi.

2. Charakter prawny zlecenia lekarskiego

Lekarz w procesie diagnostyczno-terapeutycznym pacjenta wydaje pielęgniarce zlecenie lekarskie będące istotnym elementem tego procesu. W zakresie wykonania zlecenia lekarskiego pielęgniarka pozostaje do dyspozycji lekarza. Obowiązek wykonania zlecenia lekarskiego jest nakazem ustawowym, nie ma on jednak charakteru bezwzględnego (art. 15 ust. 1 u.z.p.p.).

Zlecenie lekarskie ma charakter uniwersalny, niezależny od prawnej formy wykonywania zawodu pielęgniarki i już z tego względu nie stanowi ono polecenia pracowniczego. Zlecenie lekarskie jest istotnym elementem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w relacjach lekarz – pacjent – pielęgniarka. Zgodnie z obowiązkiem poszanowania prawa pacjenta do integralności (wyrażonym w art. 15–19 u.p.p.) zlecenie lekarskie jest swoistym potwierdzeniem tego, na co lekarz uzyskał zgodę pacjenta w zakresie procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Innymi słowy, lekarz przed zleceniem pielęgniarce określonych działań medycznych w formie zlecenia lekarskiego powinien uzyskać na nie poinformowaną zgodę pacjenta (art. 16 w zw. z art. 9 u.p.p.)⁵.

Zlecenie lekarskie jest konstrukcją prawa administracyjnego, co do zasady musi mieć formę pisemną i być odnotowane w dokumentacji medycznej (art. 15 ust. 1 i 2 u.z.p.p.). Nie jest kierowane do oznaczonego co do tożsamości wykonawcy. Zlecenie lekarskie zawiera imię i nazwisko pacjenta, któremu określone działanie medyczne ma być wykonane, a nie imię i nazwisko pielęgniarki, która ma je wykonać.

Istotną kwestią jest wskazanie działań medycznych, które pielęgniarka może wykonywać na zlecenie lekarskie, brakuje jednak katalogu takich czynności. Nie ma przepisów, które określałyby go w sposób wyczerpujący. Ustawodawca ustanawia jedynie zakres i rodzaj świadczeń medycznych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie

³ S. Olejnik, *Etyka lekarska...*, s. 133.

⁴ D. Karkowska, *Zawody medyczne...*, 2012, s. 205.

⁵ D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta...*, 2016, s. 226 i n.

nie, bez zlecenia lekarskiego⁶. Zbyt daleko idącym wnioskiem byłoby twierdzenie, że pielęgniarka ma obowiązek wykonać każde zlecenie lekarskie. Istotna jest tu reguła, że zlecenie lekarskie może wykonać tylko taka pielęgniarka, która w zakresie zleconego działania medycznego posiada wymagane kwalifikacje i umiejętności (*a contrario* art. 12 ust. 2 u.z.p.p.). W niektórych sytuacjach ustawodawca określa rodzaj kwalifikacji i umiejętności, które pielęgniarka musi posiadać, aby wykonać określone konkretnie działanie medyczne; np. na zlecenie lekarza pielęgniarka może wykonać przetoczenie krwi, jeśli odbyła odpowiednie przeszkolenie praktyczne i teoretyczne, potwierdzone zaświadczeniem⁷. Jednak obecnie nie jest to sprawa wystarczająco transparentna i wymaga ustalenia czytelnych reguł interpretacyjnych (albo katalogu takich działań medycznych).

Może jednak dojść i do takiej sytuacji, że lekarz wydał zlecenie na wykonanie czynności, które pielęgniarka może wykonać samodzielnie (i ma obowiązek je wykonać) na podstawie rozporządzenia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego. Kompetencje do wykonania takich czynności wynikają z katalogu czynności określonego przywołanym aktem wykonawczym i w tym zakresie nie ma wątpliwości, jakie kwalifikacje i umiejętności powinna posiadać pielęgniarka. Powstaje jednak wątpliwość, czy pielęgniarka powinna wykonywać na zlecenie lekarskie świadczenia, które *de facto* może wykonywać bez zlecenia lekarskiego? Można niewątpliwie odwołać się do reguły, że jeżeli pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania określonego działania medycznego bez zlecenia lekarskiego, to tym bardziej jest uprawniona do wykonywania tego działania na zlecenie lekarskie. W orzecznictwie sądowym znajdujemy potwierdzenie wykładni, że pielęgniarka jest zobowiązana do wykonania zlecenia lekarskiego także w zakresie tych czynności, które może wykonać bez tego zlecenia⁸.

3. Zasady realizacji zlecenia lekarskiego

Pisemne potwierdzenie wykonania zlecenia lekarskiego jest informacją zwrotną dla zlecającego lekarza (oraz innych osób włączonych w proces udzielania świadczeń zdrowotnych, np. innej pielęgniarki czy lekarzy biorących udział w procesie udzie-

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28.02.2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

⁷ Szkolenia organizowane przez regionalne centrum, Wojskowe Centrum lub Centrum MSWiA zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 2 ustawy o publicznej służbie krwi.

⁸ Przykładowo jeżeli zabieg polegający na ogrzewaniu pacjentki termoforem pielęgniarka może wykonać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, to w sytuacji gdy mieści się on w ramach czynności pooperacyjnych, nad którymi nadzór sprawuje lekarz, czynność ta może i powinna być dodatkowo zlecona pielęgniarcie przez lekarza. Por. wyrok SO w Lublinie z 4.04.2002 r., I C 656/99, PiM 2004/3, z głosem M. Nestorowicza.

lania świadczeń zdrowotnych lub w konsylium lekarskim) o przebiegu podejmowanych czynności medycznych. Pielęgniarka ma prawo i obowiązek poinformowania lekarza o ewentualnych spostrzeżeniach poczynionych względem pacjenta w następstwie wykonanego zlecenia. Lekarz i pielęgniarka nie mają obowiązku dochowania pisemnego wydania zleceń lekarskich i ich potwierdzania tylko wyjątkowo, w trakcie wykonywanych działań medycznych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 15 ust. 2 u.z.p.p.)⁹.

Przed wykonaniem zlecenia lekarskiego pielęgniarka ma zawsze prawo wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz uzyskania od lekarza pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych (art. 13 u.z.p.p.). Zakres informacji przekazywanych przez lekarza pielęgniarence nie wymaga zgody pacjenta. Jest to wyjątek od obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej (art. 14 ust. 2 pkt 4 u.p.p.). Tym samym lekarz ma prawo i obowiązek przekazywania pielęgniarence takich informacji. Pomimo uzyskania tych informacji dodatkowo w przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę wykonania tego zlecenia (art. 15 ust. 3 u.z.p.p.). Ustawa nie precyzuje, jakie to mają być wątpliwości. Należy jednak przyjąć, że chodzi tu przede wszystkim o wątpliwości natury medycznej. Lekarz ma formalny obowiązek spełnić żądanie pielęgniarki. Formalnie prawo obowiązuje, gdy zostało właściwie ustanowione i właściwie ogłoszone¹⁰. W praktyce codziennej pielęgniarki mogą spotykać się ze zjawiskiem braku realistycznego (socjologicznego, behawioralnego) obowiązywania prawa, a więc występowania braku zgodności zachowań adresatów (czyli lekarzy) normy z tą normą.

Przepis art. 15 ust. 3 u.z.p.p. nie zawiera wymagań formalnych, które powinno spełnić „domaganie się” przez pielęgniarkę od lekarza uzasadnienia potrzeby wykonania zlecenia lekarskiego. Dlatego należy przyjąć, że jest nim każde zgłoszenie, niezależnie od formy, co powinno być odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta. Wykonanie zlecenia lekarskiego nie zwalnia pielęgniarki z odpowiedzialności za szkody, które powstały w wyniku jego wykonania. Spełnienie przez lekarza żądania pielęgniarki nie powinno być tylko gestem dobrej woli z jego strony, ale należy takie sytuacje traktować jako zaistnienie potrzeby przekazania informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń (art. 40 ust. 2 pkt 6 u.z.l.).

⁹ Również Kodeks etyki pielęgniarek i położnych stanowi, że „nie wolno wykonywać zleceń lekarskich bez wyraźnego polecenia na piśmie umożliwiającego identyfikację lekarza i pacjenta z wyjątkiem sytuacji nagłych, stanowiących zagrożenie życia pacjenta” (część szczegółowa II, pkt 2).

¹⁰ Szerzej por. T. Stawecki, P. Winczorek, *Wstęp do prawoznawstwa*, Warszawa 1999, s. 79–80.

Zgodnie z zapisem ustawowym art. 15 u.z.p.p. pielęgniarka bez względu na formę wykonywania zawodu nie jest zobowiązana do zgłoszenia przełożonemu (w przypadku zatrudnienia pracowniczego) ani zleceniodawcy (w przypadku zatrudnienia niepracowniczego) zamiaru domagania się uzasadnienia potrzeby wykonania zlecenia od lekarza zlecającego, nie jest też zobowiązana do uprzedniej konsultacji ze specjalistą z dziedziny pielęgniarstwa. Szczególnie brak tego ostatniego wymogu uważam za istotny mankament, ponieważ w przypadku jakichkolwiek działań podających w wątpliwość zasadność wykonania zlecenia lekarskiego należy zadbać o wyczerpanie możliwości zbadania zasadności tego zlecenia w zakresie uprawnień własnej samodzielnej grupy zawodowej. Pielęgniarka nie ma obowiązku pisemnego odnotowywania, że domagała się od lekarza uzasadnienia wykonania zlecenia, a lekarz odmówił takiego uzasadnienia. Natomiast odnotowanie takiego faktu może mieć istotne znaczenie dla udowodnienia dochowania należytej staranności przed podjęciem przez pielęgniarkę ostatecznej decyzji, tzn. przed odmową wykonania zlecenia lekarskiego.

4. Podsumowanie

1. Udzielenie przez pielęgniarkę świadczeń zdrowotnych na podstawie zlecenia lekarskiego należy do istoty wykonywania tego zawodu. Zlecenie lekarskie jest istotnym elementem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Zlecenie lekarskie stanowi formę komunikacji pomiędzy lekarzem, pacjentem i pielęgniarką oraz pomiędzy pielęgniarką, pacjentem i lekarzem.
3. Pielęgniarka ma obowiązek realizacji zleceń lekarskich zgodnie z ustalonymi przez ustawodawcę zasadami, w szczególności zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i należyłą starannością.
4. Wydaje je lekarz biorący udział w procesie diagnostyczno-terapeutycznym pacjenta.
5. Zlecenie lekarskie nie jest poleceniem pracowniczym, ale sumienne i staranne oraz zgodne z przepisami prawa jego wykonywanie jest obowiązkiem pracowniczym lub częścią umowy cywilnoprawnej.
6. Istota samodzielnego wykonywania zawodu pielęgniarki ma służyć odbiorcy świadczenia lub usługi, a osoba samodzielna zawodowo daje gwarancję swojemu pacjentowi (klientowi), że w trakcie wykonywania świadczenia nie będzie zobowiązana do respektowania niczych poleceń zagrażających jego zdrowiu lub życiu.

Rozdział 4

OBOWIĄZEK UDZIELANIA POMOCY MEDYCZNEJ**1. Uwagi ogólne – prawny obowiązek udzielania pomocy**

Pielęgniarka zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami ma obowiązek udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Obowiązek pomocy pielęgniarskiej jest określony szeroko. Pielęgniarka jest zobowiązana do udzielenia pomocy medycznej zawsze wtedy, gdy opóźnienie tej pomocy może spowodować „stan nagłego zagrożenia zdrowotnego”. Innymi słowy, pacjent nie znajduje się jeszcze w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego, ale może się w tej sytuacji znaleźć, jeżeli pielęgniarka zaniecha udzielania mu pomocy zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi. Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała, lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia (art. 3 pkt 8 ustawy o PRM).

W uzasadnieniu wyroku z 13.10.2006 r.¹ SN zwrócił uwagę, że: „Jakkolwiek każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia zdrowia ludzkiego, to jednak ustawodawca wyraźnie odróżnia świadczenia medyczne udzielane w normalnych warunkach, gdy udzielenie pomocy nie wymaga natychmiastowego działania i może być odłożone w czasie, od sytuacji, gdy pomoc ta musi być udzielona natychmiast, bowiem jej odroczenie w czasie może skutkować utratą zdrowia (lub życia). Choć więc każde świadczenie medyczne jest udzielane w sytuacji zagrożenia zdrowia, to nie każde jest świadczeniem zdrowotnym w sytuacji wymagającej natychmiastowej pomocy medycznej, której odroczenie w czasie może spowodować utratę zdrowia lub życia. (...) Niewątpliwie ustawowy, bezwzględny wymóg natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego obejmuje zarówno sytuacje, gdy udzielenie natychmia-

¹ III CSK 123/06, LEX nr 258671.

stowe takiego świadczenia może skutkować utratą życia, jak i sytuacje, gdy nieudzielenie natychmiastowe świadczenia medycznego może skutkować utratą zdrowia”.

Moim zdaniem pielęgniarski obowiązek udzielenia pomocy nie obejmuje udzielania świadczeń zdrowotnych w każdej sytuacji zdrowotnej pacjenta, ale jednocześnie jest szerszy niż udzielanie pomocy w sytuacji stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Pielęgniarski obowiązek udzielenia pomocy w danej sytuacji zawsze wtedy, gdy opóźnienie tej pomocy może spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, obejmuje zawsze podejmowanie działań w warunkach nagłych, ze swej istoty mających w zasadzie charakter jednorazowy (nawet gdy mieści w sobie szereg czynności), ale także nie można z niego wyłączyć działań mających charakter systematycznej i ciągłej opieki medycznej z bliżej nieokreślonym terminem jej zakończenia. Bezwzględna pomoc udzielana pacjentowi w sytuacji rozwijającego się niebezpieczeństwa ma spowodować, że podjęcie odpowiednich działań we właściwym czasie pozwoli na zahamowanie rozwoju niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia człowieka albo jego likwidację, a tym samym pozwoli uniknąć negatywnych skutków i nie doprowadzi go do sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Innymi słowy, gdy zwłoka w udzieleniu pomocy medycznej przez pielęgniarkę mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 12 ust. 1 u.z.p.p.), zachodzi sytuacja tzw. przymusu ustawowego udzielenia świadczeń zdrowotnych poza kolejnością, bez względu na obywatelstwo pacjenta, jego przynależność do systemu opieki zdrowotnej, sytuację majątkową itp. (co w sytuacjach nagłych i tak jest co do zasady trudne lub wręcz niemożliwe do ustalenia)².

Pielęgniarka nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego z uwagi na istnienie dla niej zagrożenia zdrowotnego, którego źródłem jest stan zdrowia pacjenta. Osoby wykonujące zawód pielęgniarki powinny znać, w odróżnieniu od zwykłego człowieka, stosowne techniki lub środki wykluczające lub przynajmniej ograniczające do minimum ryzyko zainfekowania. Spoczywa zatem na nich obowiązek udzielenia pomocy nawet w sytuacji zagrożenia własnego życia lub zdrowia. Powołanie się na klauzulę bezpieczeństwa przez pielęgniarkę możliwe jest jedynie w przypadku, gdy zagrożenie jej życia lub zdrowia nie jest związane ze stanem zdrowia pacjenta, który wymaga udzielenia pomocy, ale z czynnikami zewnętrznymi (art. 12 ust. 1 u.z.p.p. należy postrzegać jako regulacje szczególne – *lex specialis* – w odniesieniu do art. 162 k.k.).

² D.E. Lach, *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011, s. 84.

2. Odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego

Pielęgniarka może odmówić wykonania świadczenia udzielanego bez zlecenia lekarskiego, jak i wykonania świadczenia zdrowotnego na zlecenie lekarskie (art. 12 ust. 2 u.z.p.p.). Ustawa pielęgniarska nie przewiduje natomiast możliwość odstąpienia od wykonywania pielęgniarskich czynności medycznych, w przeciwieństwie do lekarza, który może zarówno nie podjąć, jak również odstąpić od leczenia pacjenta (art. 38 u.z.l.)³.

2.1. Odmowa świadczeń zdrowotnych udzielanych bez zlecenia lekarskiego

Wykładnia literalna przepisu wskazującego okoliczności, kiedy pielęgniarka może odmówić wykonania świadczenia, ogranicza pielęgniarkę do dwóch sytuacji: wykonanie danego świadczenia byłoby niezgodne z sumieniem pielęgniarki lub byłoby niezgodne z zakresem posiadanych przez nią kwalifikacji (art. 12 ust. 2 u.z.p.p.). Ustalenie innych okoliczności, w których pielęgniarka będzie mogła odmówić wykonania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych, wymaga uwzględnienia ustawowej granicy bezwzględnie obowiązującego udzielania takich świadczeń przez pielęgniarkę (art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Innymi słowy, pielęgniarka może odmówić wykonania świadczenia zdrowotnego bez zlecenia lekarskiego, gdy zwłoka w jego udzieleniu nie spowoduje stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego (*a contrario* art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Natomiast kierując się wykładnią celowościową, pielęgniarka może odmówić wykonania świadczenia zdrowotnego w opisanych poniżej okolicznościach.

Po pierwsze, gdy wykonanie świadczenia stoi w sprzeczności ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej co do stanu zdrowia pacjenta, także na wyraźne żądanie pacjenta.

Po drugie, gdy wykonanie świadczenia zdrowotnego jest niezgodne z sumieniem pielęgniarki. Klauzula sumienia upoważnia wyłącznie do powstrzymania się od dokonania interwencji medycznej, ale nie upoważnia do jej podjęcia. Nie można, powołując się na klauzulę sumienia, dokonać interwencji medycznej, która byłaby sprzeczna z prawem lub zasadami etyki zawodowej, np. eutanazji.

³ Art. 38 u.z.l.: „1. Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w art. 30, z zastrzeżeniem ust. 3. 2. W przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym. 3. Jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego. 4. W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej”.

Po trzecie, gdy wykonanie świadczenia zdrowotnego jest niezgodne z zakresem posiadanych przez pielęgniarkę kwalifikacji zawodowych (art. 12 ust. 2 u.z.p.p.).

Po czwarte, kwestią otwartą pozostaje to, czy odmowa wykonania danej czynności przez pielęgniarkę może mieć miejsce z przyczyn natury innej niż medyczne. Uważam jednak, że należy taką ewentualność dopuścić, gdy zwłoka w udzieleniu świadczenia nie spowoduje stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego (*a contrario* art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Dopuszczam tu okoliczności związane np. z wulgarnym czy wręcz agresywnym zachowaniem pacjenta albo jego opiekunów (*a contrario* art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Odmowę może także usprawiedliwić nadmierna liczba pacjentów zwracających się o wykonanie świadczenia zdrowotnego w opiece ambulatoryjnej. Pojawia się też kluczowy problem w polskich szpitalach – normy zatrudniania pielęgniarek. Zbyt duża liczba pacjentów i przeciążenie pielęgniarek ilością udzielanych świadczeń stanowią poważne zagrożenie dla wykonywania wszystkich świadczeń zdrowotnych.

Fakt odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego zawsze powinien być odnotowany i uzasadniony w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 12 ust. 4 u.z.p.p.). Natomiast pielęgniarka, która odmawia wykonania świadczenia zdrowotnego z powodu jednej z podanych powyżej okoliczności, musi wskazać niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie swojemu przełożonemu lub osobie zlecającej (art. 12 ust. 2 u.z.p.p.).

2.2. Odmowa realizacji zlecenia lekarskiego

Pielęgniarka ma prawo odmowy wykonania pisemnego zlecenia lekarskiego, jednakże taka sytuacja może mieć miejsce tylko w wyjątkowych okolicznościach. Uchylenie się od ustawowego nakazu realizacji zlecenia lekarskiego wymaga zachowania ustawowej procedury postępowania. Pielęgniarka może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego w pięciu przypadkach.

Po pierwsze, wstrzymanie się pielęgniarki od wykonania zlecenia lekarskiego może być podyktowane pojawieniem się, po podjęciu decyzji przez lekarza, nowych okoliczności wymagających weryfikacji postępowania leczniczego lub wręcz stojących w sprzeczności z nim. Pielęgniarka może zaobserwować u pacjenta objawy wskazujące na konieczność wstrzymania i/lub wycofania się z kontynuacji zaordynowanego działania medycznego.

Po drugie, gdy wykonanie świadczenia zdrowotnego jest niezgodne z jej sumieniem. Nie może się jednak sprzeciwić wykonaniu świadczenia, jeśli odmowa stworzyłaby niebezpieczeństwo utraty życia lub poważnego uszczerbku na zdrowiu pacjenta.

Po trzecie, gdy wykonanie świadczenia zdrowotnego jest niezgodne z zakresem posiadanych przez nią kwalifikacji (art. 12 ust. 2 u.z.p.p.), a wykonanie zlecenia bez tych szczególnych umiejętności mogłoby w konsekwencji doprowadzić u pacjenta do szkody.

Po czwarte, choć ustawa ich nie wskazuje, nie można nie wziąć pod uwagę przypadków szczególnych, kiedy pielęgniarka jest przekonana, że lekarz podjął błędną decyzję, zagrażającą pacjentowi i narażającą go na realne niebezpieczeństwo w przypadku wykonania wydanego zlecenia, np. na skutek błędnego określenia dawki leku albo postawienia błędnej diagnozy przez niedoświadczonego lekarza.

Po piąte, kwestią otwartą pozostaje to, czy odmowa wykonania zlecenia przez pielęgniarkę może mieć miejsce z przyczyn natury innej niż medyczne. Uważam jednak, że należy taką ewentualność dopuścić, gdy zwłoka w udzieleniu świadczenia nie spowoduje stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego (*a contrario* art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Dopuszczam tu okoliczności związane np. z wulgarnym czy wręcz agresywnym zachowaniem pacjenta albo osób będących jego opiekunami (*a contrario* art. 12 ust. 1 u.z.p.p.).

Pielęgniarka musi podać niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie swojemu przełożonemu lub osobie zlecającej (czyli lekarzowi) (art. 12 ust. 2 u.z.p.p.). Ponadto ma ona obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w innym podmiocie leczniczym (art. 12 ust. 3 u.z.p.p.). Niezależnie od podania w formie pisemnej przyczyny odstąpienia od wykonania zlecenia pielęgniarka ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 12 ust. 4 u.z.p.p.).

Ustawodawca określił procedurę odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, jednak nie zawiera ona w moim przekonaniu wystarczających gwarancji prawnej ochrony dla osoby decydującej się odmówić wykonania zlecenia lekarskiego i pozostawia pielęgniarkę z konsekwencjami podjętej decyzji. W przypadku pracowniczego zatrudnienia pielęgniarki zlecenie lekarskie nie jest poleceniem pracowniczym, ale trzeba mieć na uwadze, że pielęgniarka odmawiająca wykonania takiego zlecenia jest pracownikiem danego podmiotu leczniczego i dlatego – zgodnie z art. 100 § 1 k.p. – jej podstawowym obowiązkiem pracowniczym jest wykonywanie pracy sumiennie i starannie, powinna więc sumiennie i starannie uczestniczyć w zespołowym procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarka wykonuje czynności zawodowe lub odmawia ich wykonania na ryzyko pracodawcy. Ustawodawca, dając pielęgniarcie możliwość odmowy realizacji zlecenia lekarskiego, nie zwalnia jej z obowiązków pracowniczych względem zakładu pracy. Natomiast w przypadku zatrudnienia niepracowniczego co do zasady mają odpowiednie zastosowanie przepisy o umowie zlecenia, które opierają relacje zleceniodawcy i zleceniobiorcy na zaufaniu do wykonawcy tego zlecenia. Utrata zaufania jest przesłanką rozwiązania umowy cywilnoprawnej.

Dlatego uważam, że pielęgniarki, podobnie jak lekarze i lekarze dentyści, powinny wspierać się wzajemnymi opiniami czy konsultacjami w procesie wykonywania czynności zawodowych. Ustawa lekarska w wielu miejscach stanowi, że lekarz przed podjęciem ważnej decyzji względem pacjenta powinien zasięgnąć opinii innego lekarza, najlepiej tej samej specjalności, albo zwołać konsylium lekarskie. Na gruncie odpowiedzialności cywilnej tego rodzaju wspieranie się lekarzy jest oceniane jako realizacja obowiązku należytej staranności. Pożądane jest, aby podobne regulacje znalazły się w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej. Pod rozwagę przedkładam następujący tryb postępowania przed podjęciem decyzji o odmowie wykonania zlecenia lekarskiego (ale również w sytuacji odmowy udzielenia pacjentowi świadczenia bez zlecenia lekarskiego): przed żądaniem uzasadnienia przez lekarza zasadności zlecenia pielęgniarka powinna zasięgnąć opinii innej pielęgniarki i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. W razie nadal istniejących uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka powinna mieć prawo żądania domagania się uzasadnienia wydanego zlecenia. Dopiero zachowanie takiej drogi starannego postępowania mogłoby otwierać dla pielęgniarki możliwość odmowy. Dla ochrony pielęgniarki przed zarzutem naruszenia należytej staranności można rozważyć co najmniej dwa rozwiązania kontroli i nadzoru. Po pierwsze, pielęgniarka powinna uzyskać zgodę swojego przełożonego – czyli pielęgniarki oddziałowej (lub pełniącej funkcję koordynatorki) – na odmowę wykonania zlecenia lekarskiego. Niewątpliwie rozwiązanie takie stanowi ingerencję w zakres samodzielności zawodowej, ale jednocześnie stwarza dodatkowe zabezpieczenie dla pracodawcy albo zleceniodawcy przed odpowiedzialnością odszkodowawczą, a tym bardziej dla osoby odstępującej od wykonania zlecenia lekarskiego. Po drugie, fakultatywny nadzór następczy powinien sprawować wojewódzki konsultant z danej dziedziny pielęgniarstwa, na wniosek kierownika podmiotu leczniczego i na wniosek samej bezpośrednio zainteresowanej pielęgniarki. Decyzja konsultanta powinna być co do zasady rozstrzygająca w kwestii oceny zasadności odmowy wykonania zlecenia lekarskiego. To ostatnie rozwiązanie może wydawać się zbyt sformalizowane, ale jest zgodne z ideą sprawowania pieczy nad wykonywaniem zawodu pielęgniarki przez konsultantów z danego zakresu pielęgniarstwa i do nich należy przede wszystkim ocena postępowania pielęgniarskiego w zakresie należytej staranności.

Pielęgniarka, podobnie jak lekarz, musi się kierować dobrem pacjenta. Dlatego ma ustawowy obowiązek odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, które ocenia jako błędne i godzące w dobro pacjenta. Wykonanie zlecenia, o którym wie, że może spowodować u pacjenta szkodę (np. podanie niewłaściwego leku), nie zwalnia jej od odpowiedzialności prawnej. Jak zauważa M. Nesterowicz, „wykształcona, doświadczona pielęgniarka może w danym przypadku mieć rację, a nie lekarz, podejmujący dopiero praktykę lub mający niewielką wiedzę w zakresie pielęgnacji czy rehabilitacji”⁴. Tym

⁴ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne...*, s. 276.

samym pielęgniarka jest zobowiązana do reagowania na oczywisty błąd lekarza powodujący negatywne skutki dla pacjenta⁵.

2.3. Wskazanie możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego podmiotu

Pielęgniarka, która odmawia wykonania świadczenia zdrowotnego udzielanego samodzielnie bez zlecenia lekarskiego albo która odmawia wykonania zlecenia lekarskiego, ma ustawowy obowiązek poinformowania pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki lub w innym podmiocie leczniczym (art. 12 ust. 3 u.z.p.p.). Wykonanie tego obowiązku w świetle prawa zmusza pielęgniarkę do czynnej, konkretnej i realnej pomocy danemu pacjentowi w uzyskaniu świadczenia. Powołując się na klauzulę sumienia lub brak wymaganych kwalifikacji zawodowych, pielęgniarka nie może więc w praktyce uchylić się od obowiązku pomocy pacjentowi w otrzymaniu tego świadczenia u innej pielęgniarki lub w innym podmiocie. Literalne odczytanie przepisu czyni więc pielęgniarkę z mocy ustawy faktycznie pomocnikiem w zakresie osiągnięcia skutku – otrzymania świadczenia. Wymagane przez ustawodawcę wskazanie „realnej możliwości” oznacza, że pielęgniarka powinna wskazać inną pielęgniarkę lub podmiot leczniczy, co do którego może mieć uzasadnioną okolicznościami pewność, że dane świadczenie wykona. Ze względu na jednoznaczne brzmienie przepisu należy przyjąć, że z obowiązku tego pielęgniarka nie może się zwolnić, kierując pacjenta do Narodowego Funduszu Zdrowia⁶. Rzeczywista realizacja omawianego obowiązku wymaga funkcjonowania w Polsce zintegrowanego i sprawnego systemu informatycznego o podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych, aktualnym zakresie udzielanych przez nie świadczeń oraz świadczeniach zawartych w ramach działalności Funduszu.

Obciążenie pielęgniarki obowiązkiem informacyjnym poprzez wskazanie realnej możliwości uzyskania świadczenia niezgodnego z jej sumieniem stanowi ponadto moim zdaniem ograniczenie wolności sumienia. Konstytucyjna gwarancja wolności sumienia chroni bowiem jednostkę nie tylko przed przymusem podjęcia bezpośredniego zamachu na chronione dobro, lecz także przed takim postępowaniem niezgodnym z sumieniem jednostki, które pośrednio prowadzi do nieakceptowalnego etycznie skutku, w szczególności przed przymusem współdziałania w osiągnięciu celu niegodziwego⁷.

⁵ E. Zielińska, *Wzajemne relacje w zespołowym działaniu medycznym w aspekcie odpowiedzialności karnej i zawodowej*, PiM 2001/9, s. 38.

⁶ L. Bosek, *Prawo osobiste do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem – na przykładzie lekarza*, „Forum Prawnicze” 2014/1, s. 25.

⁷ Zob. m.in. wyrok TK z 7.10.2015 r., K 12/14, OTK-A 2015/9, poz. 143.

Odmowa udzielenia przez pielęgniarkę świadczeń zdrowotnych w stosunku do pacjenta uprawnionego do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wymaga dodatkowego komentarza. Objęcie obywatela RP powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym i opłacanie przez niego składki łączy się z koniecznością zapewnienia mu przez władzę publiczną gwarancji ochrony ubezpieczeniowej, czyli z obowiązkiem zorganizowania dostępnej sieci świadczeniodawców. Fundusz jest odpowiedzialny za umożliwienie pacjentowi-świadczeniobiorcy realizacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Fakt odmowy wykonania świadczenia przez pielęgniarkę mającą status pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego powinien być podany do wiadomości Funduszu, z uwzględnieniem przyczyny odmowy. Fundusz ma prawo kontroli, czy w wyniku odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego przez pielęgniarkę nie doszło do naruszenia praw pacjenta. Nieudzielenie świadczenia zdrowotnego i konieczność poszukiwania kolejnego świadczeniodawcy nie może naruszać prawa pacjenta do udzielenia tych świadczeń z poszanowaniem sprawiedliwych, równych, niedyskryminujących zasad dostępności do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych i zgodnie z kryteriami medycznymi.

3. Zasięgnięcie opinii innej pielęgniarki lub zwołanie narady pielęgniarskiej

Wyrazem samodzielności zawodowej pielęgniarek jest merytoryczne wsparcie we własnym środowisku zawodowym poprzez możliwość zasięgnięcia opinii u innej pielęgniarki lub lekarza⁸. Należy tu rozpatrywać dwie sytuacje: 1) pielęgniarka z własnej inicjatywy zasięga opinii innej pielęgniarki czy lekarza; 2) pielęgniarka nie ma wątpliwości co do konieczności i sposobu podjęcia i wykonania określonego postępowania pielęgniarskiego, ale pacjent może odczuwać potrzebę skonsultowania i potwierdzenia zaproponowanego postępowania pielęgniarskiego.

3.1. Zasięgnięcie przez pielęgniarkę z własnej inicjatywy opinii innej pielęgniarki lub zwołanie narady pielęgniarskiej

Ustawa pielęgniarka z 2011 r. nie reguluje przesłanek, przy wystąpieniu których pielęgniarka z własnej inicjatywy powinna skonsultować się z inną pielęgniarką w celu zasięgnięcia dodatkowej opinii⁹. Tym samym brak jest prawnego obowiązku konsul-

⁸ M. Kózka, *Przedmowa do polskiego wydania [w:] Pielęgniarstwo. Pierwsze kroki...*, s. 15.

⁹ Inaczej jest w przypadku lekarzy. Możliwość zasięgnięcia dodatkowej opinii lub zwołania konsylium przewiduje art. 37 u.z.l. oraz art. 53 KEL. W świetle tych przepisów pacjent (lub w jego imieniu przedstawiciel ustawowy) może wnioskować o podjęcie takich działań, jednak obowiązek zasięgnięcia dodatkowej opinii lub zorganizowania konsylium lekarskiego powstaje dopiero w przypadku stwierdzenia przez lekarza, że jego konieczność jest uzasadniona „w świetle wymagań wiedzy medycznej”.

tacji na etapie postępowania pielęgniarskiego co do wyboru rodzaju, jak i sposobu wykonania określonych czynności medycznych. Przewiduje się natomiast możliwość zwoływania porad pielęgniarskich z udziałem pielęgniarki nieposiadającej prawa wykonywania zawodu na terytorium RP, ale posiadającej to prawo w innym państwie (cudzoziemcy), na zaproszenie szpitala lub medycznego instytutu badawczego, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych lub właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych oraz pielęgniarki lub położnej posiadającej prawo wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – każdorazowo po uzyskaniu zgody właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych (art. 25 u.z.p.p.). Pielęgniarka taka może udzielać świadczeń wymienionych w art. 4 u.z.p.p., których potrzeba wynika z narady. W świetle tego przepisu trzeba przyjąć, że jeżeli narady pielęgniarskie mogą być organizowane z udziałem osób mających status cudzoziemca, to tym bardziej mogą być organizowane przez pielęgniarki mające prawo wykonywania zawodu na terytorium RP.

Należy także dopuścić możliwość konsultacji z pielęgniarką specjalistką lub zwołania narady pielęgniarskiej na odległość, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, ale to oczywiście łączy się z koniecznością stworzenia takiego systemu (art. 11 ust. 1 u.z.p.p. w zw. z art. 22 ust. 3a i 3b u.dz.l.).

Zatem brak bezpośredniej podstawy prawnej przeprowadzenia konsultacji z inną pielęgniarką lub zwołania narady pielęgniarskiej nie stanowi przeszkody do ich prowadzenia. Natomiast zasięgnięcie takiej opinii stanowi istotny element dochowania należytej staranności przez pielęgniarkę, a fakt ten, jak również fakt realizacji lub odmowy wyrażenia takiej opinii z podaniem przyczyny odmowy, należy odnotować w pielęgniarskiej dokumentacji medycznej.

3.2. Żądanie pacjenta zasięgnięcia opinii innej pielęgniarki

Pacjent ma prawo zwrócić się do pielęgniarki z żądaniem zasięgnięcia opinii innej pielęgniarki (art. 6 ust. 3 pkt 2 u.p.p.). Nie ma on obowiązku skorzystania z omawianego uprawnienia, lecz może z niego skorzystać. Żądanie to nie jest uzależnione od występowania jakichkolwiek wątpliwości ujawnionych podczas procesu udzielania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych. Pacjent, który chce skorzystać ze swojego uprawnienia, może zarówno zażądać, aby pielęgniarka zasięgnęła dodatkowej opinii u wyraźnie wskazanej osoby, jak również żądanie to ograniczyć do potrzeby zasięgnięcia dodatkowej opinii, pozostawiając całkowicie wybór takiej osoby pielęgniarcze.

Pielęgniarka, wobec której pacjent wystąpił z takim żądaniem, może odmówić zasięgnięcia opinii innej pielęgniarki, jeżeli uzna, że żądanie pacjenta zasięgnięcia tej

Według Kodeksu Etyki Lekarskiej opinia konsultanta ma zawsze charakter tylko doradczy, gdyż za całość postępowania odpowiada lekarz prowadzący.

opinii jest bezzasadne. Co w tym kontekście oznacza „bezzasadne”? Wydaje się, że należy tu mieć na uwadze zarówno bezzasadność z punktu widzenia zdrowia pacjenta, jak również bezzasadność zasięgania opinii u pielęgniarki wskazanej przez pacjenta. Pielęgniarka jest zobowiązana odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta zarówno sam fakt wysunięcia takiego żądania, jak również odmowę jego spełnienia (art. 6 ust. 5 w zw. z art. 6 ust. 6 u.p.p.).

Jeżeli pacjent przebywa w stacjonarnym podmiocie leczniczym, realizacja tego prawa generalnie nie powinna być zagrożona, ponieważ taki podmiot umożliwia zasięgnięcie opinii u innych osób tam zatrudnionych, chyba że w danym podmiocie nie pracuje pielęgniarka posiadająca odpowiednie kwalifikacje do wyrażenia opinii albo pacjent żąda zasięgnięcia opinii od osoby wykonującej zawód pielęgniarki poza tą placówką. W tym ostatnim przypadku może pojawić się kwestia pokrycia kosztów realizacji omawianego prawa pacjenta.

Należy także przyjąć możliwość zasięgnięcia dodatkowej opinii innej pielęgniarki na odległość, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, ale to oczywiście łączy się z koniecznością stworzenia takiego systemu (art. 11 ust. 1 u.z.p.p. w zw. z art. 22 ust. 3a i 3b u.dz.l.).

Pojawia się też kwestia efektywności realizacji praw pacjenta do zasięgania dodatkowej opinii w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Należałoby wyraźnie ustalić koszty takich działań. Chodzi o to, aby zarówno pacjent, jak i sama pielęgniarka w imieniu pacjenta mogli, bez obawy o koszty, zwrócić się do innej pielęgniarki z prośbą o dodatkową opinię. Żądanie dodatkowej opinii czy konsultacji, jeżeli miałyby być finansowane ze środków publicznych, musi być medycznie uzasadnione. W przypadku prywatnych usług każdy pacjent może bez ograniczeń zasięgać innej opinii, a pokrycie kosztów ich wydania jest zasadniczo przedmiotem umowy pomiędzy pielęgniarką a pacjentem.

Reasumując, bez względu na to, czy opinia innej pielęgniarki jest zasięgana z inicjatywy pielęgniarki mającej wątpliwości natury medycznej, czy z inicjatywy samego pacjenta, opinia pielęgniarki-konsultanta ma co do zasady charakter doradczy, a za wykonanie danej czynności odpowiada pielęgniarka ją wykonująca. Natomiast zasięgnięcie takiej opinii jest niewątpliwie wyrazem dołożenia należytej staranności w procesie udzielania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych.

4. Nieudzielenie pomocy w związku z udziałem w strajku

4.1. Pojęcie strajku i ogólne aspekty jego legalności

Strajk polega na zbiorowym powstrzymywaniu się pracowników od wykonywania pracy w celu rozwiązania sporu dotyczącego interesów zbiorowych i może dotyczyć warunków pracy, płac lub świadczeń socjalnych oraz praw i wolności związkowych pracowników lub innych grup, którym przysługuje prawo zrzeszania się w związkach zawodowych (art. 17 ust. 1 w zw. z art. 1 u.r.s.z.)¹⁰. Prawo do udziału w sporze zbiorowym, a tym samym uczestniczenia w strajku, mają osoby wykonujące pracę zarobkową, czyli wykonujące zawód pielęgniarstwa zarówno na podstawie umowy o pracę, jak i na podstawie zatrudnienia niepracowniczego, czyli tzw. kontraktu cywilnoprawnego¹¹.

Oprócz strajku wyróżnia się pojęcia „strajk solidarnościowy”, „strajk ostrzegawczy” i „akcja protestacyjna”.

Pojęcie strajku obejmuje też strajk solidarnościowy na czas nie dłuższy niż połowa dnia roboczego, zorganizowany z tych samych powodów, dla których można zorganizować strajk właściwy, przez związek zawodowy działający w innym zakładzie pracy, w obronie praw i interesów pracowników, którzy nie mają prawa do strajku. Zorganizowanie takiego rodzaju strajku musi być zgodne z przepisami obowiązującej ustawy (art. 22 u.r.s.z.). Strajk solidarnościowy jest organizowany w zastępstwie na rzecz pracowników pozbawionych prawa do strajku i jego legalność budzi wiele wątpliwości.

Strajk ostrzegawczy może mieć miejsce, jeżeli przebieg postępowania mediacyjnego uzasadnia ocenę, że nie doprowadzi ono do rozwiązania sporu. Strajk ostrzegawczy może zostać zorganizowany jednorazowo i na czas nie dłuższy niż dwie godziny (art. 12 u.r.s.z.). Organizowanie tego strajku w ramach procedury pojednawczej stanowi wyłom w przestrzeganiu podstawowej zasady, znajdującej wyraz w aktach prawa międzynarodowego oraz w orzecznictwie organów kontrolnych, jaką jest obowiązek powstrzymania się w czasie procedury niekonfliktowej od organizacji każdego rodzaju strajku¹².

¹⁰ Szerzej ten problem omawia H. Lewandowski, *Spory zbiorowe pracy. Pojęcie, przedmiot i strony sporu zbiorowego*, „Studia z Zakresu Prawa Pracy i Polityki Społecznej” 1997/1998, s. 127 i n.

¹¹ Zgodnie z art. 1¹ pkt 1 ustawy z 23.05.1991 r. o związkach zawodowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 263 ze zm.) w zw. z art. 6 u.r.s.z. osoba wykonująca pracę zarobkową to pracownik lub osoba świadcząca pracę za wynagrodzeniem na innej podstawie niż stosunek pracy, jeżeli nie zatrudnia do tego rodzaju pracy innych osób, niezależnie od podstawy zatrudnienia, oraz ma takie prawa i interesy związane z wykonywaniem pracy, które mogą być reprezentowane i bronię przez związek zawodowy.

¹² T. Wrocławski, *Prawo do strajku w prawie pracy państw bałtyckich w świetle prawa międzynarodowego. Implikacje dla Polski*, Poznań 2007, s. 175.

Natomiast akcja protestacyjna może być stosowana w tych samych celach co strajk, jeżeli nie zagraża życiu lub zdrowi ludzkiemu, jest przeprowadzona bez przerywania pracy i zgodnie z przepisami. Z prawa do akcji protestacyjnej mogą korzystać także pracownicy niemający prawa do strajku (art. 25 ust. 1 u.r.s.z.).

Prawo określa przesłanki strajku legalnego, uznając za taki tylko strajk zorganizowany zgodnie z przepisami ustawy¹³. Strajk powinien być przede wszystkim środkiem ostatecznym (zasada *ultima ratio*). Należy przez to rozumieć wcześniejsze wyczerpanie niekonfliktowej procedury sporu zbiorowego¹⁴. Niekonfliktowe procedury rozstrzygania sporów zbiorowych to postępowania zmierzające do pokojowego rozwiązania sporu zbiorowego, bez uciekania się do użycia przymusu. Polski ustawodawca do obligatoryjnych procedur niekonfliktowego rozstrzygania sporów zaliczył prowadzenie rokowań (art. 9 u.r.s.z.), natomiast gdy rokowania nie przyniosą rezultatu, ustawa nakazuje dalsze prowadzenie sporu w postępowaniu mediacyjnym (art. 10 u.r.s.z.). Zgodnie z art. 17 ust. 2 u.r.s.z. strajk nie może zostać ogłoszony bez uprzedniego wyczerpania możliwości rozwiązania sporu, jakie dają rokowania i mediacja.

Nawet jednak po nieudanych rokowaniach i mediacji związek zawodowy powinien rozważyć, czy zamiast akcji strajkowej nie ma innej możliwości uwzględnienia żądań pracowniczych. Łączy się to także z zasadą ekwiwalentności, zgodnie z którą przy podejmowaniu decyzji o ogłoszeniu strajku podmiot reprezentujący interesy pracowników powinien wziąć pod uwagę współmierność żądań do strat związanych ze strajkiem (art. 17 ust. 3 u.r.s.z.). Charakter prawny tej zasady jest sporny. Nie jest bowiem jasne, jak interpretować zwrot „powinien” oraz jak należałoby w konkretnej sytuacji oceniać współmierność żądań i strat. Pamiętać należy, że straty (uciążliwości) co do zasady występują u osób trzecich, a w przypadku strajków w sektorze opieki zdrowia są to pacjenci.

Wyjątkiem od obowiązku przeprowadzenia procedur pokojowych jest możliwość zorganizowania strajku, jeżeli bezprawne działanie pracodawcy uniemożliwiło przeprowadzenie rokowań lub mediacji albo gdy pracodawca rozwiązał stosunek pracy z działaczem związkowym¹⁵.

W sytuacji gdy spór dotyczy treści układu zbiorowego pracy lub innego porozumienia, którego stroną jest organizacja związkowa, wszczęcie i prowadzenie sporu

¹³ L. Florek, T. Zieliński, *Prawo pracy*, Warszawa 2008, s. 312 i n.

¹⁴ H. Lata, *Metody rozwiązywania sporów zbiorowych w systemie prawa polskiego*, „Inspektor Pracy” 2002/3, dodatek tematyczny, s. 3 i n.

¹⁵ Negatywnie odniesiono się także do strajku przeprowadzonego w związku ze zwolnieniem działacza związkowego. W tej sytuacji dopuszcza się bowiem prowadzenie sporu zbiorowego w sprawie indywidualnej, a tak daleka ochrona, bez względu na przyczynę zwolnienia, nie znajduje sensownego uzasadnienia; B. Cugowski, *Model rozwiązywania sporów zbiorowych [w:] Zbiorowe prawo pracy w społecznej gospodarce rynkowej*, red. G. Goździkiewicz, Toruń 2000, s. 249.

o zmianę układu lub porozumienia może nastąpić nie wcześniej niż z dniem ich wypowiedzenia (zasada pokoju społecznego).

Zasadniczą przesłanką legalności strajku jest uzyskanie zgody zainteresowanych pracowników¹⁶ i nie ma znaczenia, w jakiej proporcji do ogółu zatrudnionych pozostaje grupa pracowników objętych sporem zbiorowym¹⁷.

Strajk powinien być ogłoszony przez zakładową organizację związkową, a strajk wielozakładowy – przez organ związku wskazany w jego statucie¹⁸. Ogłoszenie powinno nastąpić co najmniej na pięć dni przed rozpoczęciem strajku (art. 20 ust. 3 u.r.s.z.). Dopuszczając strajk legalny, ustawa określa jednocześnie niektóre zasady jego prowadzenia, obowiązki organizatorów i uczestników strajku¹⁹. Tylko udział w strajku zorganizowanym zgodnie z przepisami ustawy nie stanowi naruszenia obowiązków pracowniczych. Natomiast świadome uczestnictwo w strajku zorganizowanym niezgodnie z przepisami ustawy może stanowić podstawę do rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika. W ocenie SN forma strajku głodowego jest przez potencjalne zagrożenie dla życia lub zdrowia pracownika niewspółmierna do jego ewentualnych korzyści majątkowych wynikających z takiego strajku, a tym samym sprzeczna z art. 17 ust. 3 u.r.s.z. Udział w każdym strajku jest dobrowolny.

4.2. Niedopuszczalne zaprzestanie pracy

Przepisy ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych zawierają katalog grup pracowników pozbawionych prawa do powstrzymania się od pracy z mocy przepisu ustawy (art. 19 ust. 2 i 3 u.r.s.z.). Należą do nich:

- 1) pracownicy Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnym, Służby Ochrony Państwa, jednostek Policji i Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, Służby Więziennej, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Krajowej Administracji Skarbowej, w których pełnią służ-

¹⁶ Zgodnie z art. 20 ust. 1 i 2 u.r.s.z. strajk zakładowy ogłasza organizacja związkowa po uzyskaniu zgody większości głosujących pracowników, jeżeli w głosowaniu wzięło udział co najmniej 50% pracowników zakładu pracy. Strajk wielozakładowy ogłasza organ związku wskazany w statucie, po uzyskaniu zgody większości głosujących pracowników w poszczególnych zakładach pracy, które mają być objęte strajkiem, jeżeli w głosowaniu w każdym z tych zakładów wzięło udział co najmniej 50% pracowników.

¹⁷ Wyrok SN z 6.05.2003 r., I PK 157/02, OSNP 2004/15, poz. 263.

¹⁸ L. Florek, T. Zieliński, *Prawo pracy...*, s. 312 i n.

¹⁹ Artykuł 21 u.r.s.z.: „1. Kierownik zakładu pracy nie może być w czasie strajku ograniczony w pełnieniu obowiązków i w wykonywaniu uprawnień w odniesieniu do pracowników nie biorących udziału w strajku oraz w zakresie niezbędnym do zapewnienia ochrony mienia zakładu i nieprzerwanej pracy tych obiektów, urządzeń i instalacji, których unieruchomienie może stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia ludzkiego lub przywrócenia normalnej działalności zakładu. 2. Organizatorzy strajku są obowiązani współdziałać z kierownikiem zakładu pracy w zakresie niezbędnym do zapewnienia ochrony mienia zakładu pracy i nieprzerwanej pracy obiektów, urządzeń i instalacji, o których mowa w ust. 1”.

- bę, funkcjonariusze Służby Celno-Skarbowej, oraz jednostek organizacyjnych ochrony przeciwpożarowej;
- 2) pracownicy zatrudnieni w organach władzy państwowej, administracji rządowej i samorządowej, sądach oraz prokuraturze.

Niedopuszczalne jest zaprzestanie pracy w wyniku akcji strajkowych na stanowiskach pracy, urządzeniach i instalacjach, na których zaniechanie pracy zagraża życiu i zdrowiu ludzkiemu lub bezpieczeństwu państwa.

Pozbawienie pielęgniarek prawa do strajku w przypadku ich zatrudnienia w podmiotach leczniczych działających w ramach organów władzy wymienionych powyżej w pkt 1 nie budzi wątpliwości. Natomiast w praktyce najwięcej emocji budzi przerwanie pracy w sytuacji, gdy zaniechanie pracy zagraża życiu i zdrowiu ludzkiemu lub bezpieczeństwu państwa. Powstaje pytanie, kiedy pielęgniarka może wziąć udział w strajku, a kiedy jest to sytuacja zakazana przez prawo.

Nie ma wątpliwości, że pielęgniarki należą do tych grup zawodowych, których prawo do strajku częściowo zostaje ograniczone w związku z ustanowieniem zakazu zaprzestania pracy w wyniku akcji strajkowej (ale nie innych form protestu) na stanowiskach pracy, na których zaniechanie pracy zagraża życiu i zdrowiu ludzkiemu lub bezpieczeństwu państwa (art. 19 ust. 1 u.r.s.z.). Oznacza to, że prawo pielęgniarek do strajku nie ma charakteru nieograniczonego, lecz może być wykonywane tylko w określonych granicach²⁰. Jak zauważa L. Florek: „Dotyczy to zarówno przesłanek legalności strajku, jak i sposobu wykonywania tego prawa (prowadzenia strajku). Jego kształt prawny jest wynikiem kompromisu pomiędzy potrzebą ochrony interesów pracowników a negatywnymi skutkami strajku dla gospodarki i życia społecznego. Prawne ramy prowadzenia strajku są dodatkowo wyznaczone przepisami prawa karnego i cywilnego”²¹.

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej odnośnie do udziału pielęgniarki ustanowiła bezwzględny obowiązek udzielenia pomocy, w sytuacji gdy brak działania mógłby spowodować dla pacjenta stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, tj. nieodwracalnej szkody na osobie, lub śmierci (art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Niebezpieczeństwo tych następstw musi być bezpośrednie. Czas trwania „zagrożenia medycznego” określa czas trwania obowiązku niesienia pomocy pielęgniarskiej. Obowiązek niesienia pomocy dotyczy każdej pielęgniarki, niezależnie od aktualnego zatrudnienia, czasu pracy oraz wykonywanych w danej chwili czynności, w tym także w sytuacji, gdy pielęgniarka podjęła strajk. Z kolei ustawa o rozwiązywaniu sporów zbiorowych zawiera w art. 19 ust. 1 zwrot: „na stanowiskach pracy, (...) na których zaniechanie pracy

²⁰ Wynika to przede wszystkim z art. 53 ust. 3 Konstytucji RP, zgodnie z którym prawo do organizowania strajków pracowniczych (i innych form protestu) przysługuje w granicach określonych w ustawie.

²¹ L. Florek, *Ustawa i umowa w prawie pracy*, Warszawa 2010, s. 260–261.

zagroza życiu i zdrowiu ludzkiemu lub bezpieczeństwu państwa²². Jest on niejednoznaczny i rodzi wątpliwości interpretacyjne co do możliwości prowadzenia strajku w placówkach udzielających świadczeń zdrowotnych.

Jak widać z zestawienia powyższych przepisów, odmowa udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę z uwagi na jej udział w strajku nie jest określona jednoznacznie. Wprawdzie ustawodawca nie pozbawił pielęgniarek jako osób zatrudnionych prawa do strajku, ale jednocześnie określił prawne granice skorzystania z tego uprawnienia²². Moim zdaniem pielęgniarka ma obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych także w sytuacji strajku, gdy (art. 12 ust. 1 u.z.p.p.):

- 1) została w ramach organizacji strajku zobowiązana do udzielenia pomocy;
- 2) pacjent znajduje się w bezpośrednim niebezpieczeństwie utraty życia;
- 3) z uwagi na posiadane kwalifikacje jest jedyną osobą mogącą udzielić świadczenia, a jego odłożenie może spowodować dla pacjenta zagrożenie powstania szkody;
- 4) ma świadomość, że inne powołane do tego osoby nie są w stanie udzielić wymaganej pomocy, albo wymagana pomoc może być udzielona zbyt późno.

Dlatego pielęgniarka, analizując możliwość nieudzielenia pomocy z uwagi na fakt udziału w strajku, powinna przynajmniej odpowiedzieć na następujące pytania²³: czy stan zdrowia pacjenta zezwala, bez ryzyka jego wyraźnego pogorszenia, na opóźnienie w udzieleniu świadczenia? Czy nie dochodzi do naruszenia prawa pacjenta do uzyskania świadczenia medycznego oraz prawa do poczucia bezpieczeństwa? Czy pacjent ma w danym momencie możliwość uzyskania pomocy u innej pielęgniarki lub w innym podmiocie leczniczym?

²² Zgodnie z art. 15 u.d.l.: „Podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia”, a w myśl art. 19 u.ś.o.z.: „1. W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. 2. W przypadku gdy świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie. 3. W razie braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określonych w umowie o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, świadczeniodawca zapewnia, w przypadku, o którym mowa w ust. 1, udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez innego świadczeniodawcę. 4. Świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. 5. W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa wniosek do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych. 6. Podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych przysługuje prawo kontroli zasadności wniosku, o którym mowa w ust. 5. Przepisy działu IIIA stosuje się odpowiednio”.

²³ K. Lenczowska-Soboń, *Prawo do strajku a prawa pacjenta na tle odpowiedzialności cywilnej. Analiza*, Serwis Prawo i Zdrowie.

Trzeba jednak mieć świadomość, że w doktrynie prezentowane są także poglądy o całkowitym zakazie udziału pielęgniarek w strajku: „za nielegalny należy uznać strajk w tych placówkach medycznych – bez względu na formę organizacji bądź własności – które sprawują bezpośrednią opiekę medyczną, takie jak: pogotowie ratunkowe, szpitale i oddziały dyżurne, oddziały ratownictwa medycznego, oddziały intensywnej opieki medycznej”²⁴.

Pojawiają się także opinie, że pielęgniarstwo może wziąć udział w strajku, gdy pacjentom została zapewniona odpowiednia zastępcza opieka medyczna. Przez zastępczą opiekę medyczną należy rozumieć wyznaczonych pracowników placówki, na których barkach będzie spoczywać opieka nad pacjentami. W czasie strajku na oddziałach szpitalnych musi być bezwzględnie zapewniona odpowiednia obsada medyczna, taka, która zagwarantuje pacjentom niezbędną pomoc medyczną²⁵.

Zabezpieczenie pacjentów na wypadek strajku przed wystąpieniem stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego jest przede wszystkim obowiązkiem kierownika podmiotu leczniczego oraz przedstawicieli związków zawodowych reprezentujących interesy pracowników. Już przy podejmowaniu decyzji o ogłoszeniu strajku podmiot reprezentujący interesy pracowników powinien wziąć pod uwagę współmierność żądań do strat związanych ze strajkiem jako środkiem ostatecznym (art. 17 ust. 2 i 3 u.r.s.z.). Kierownik podmiotu leczniczego nie może być w czasie strajku ograniczony w pełnieniu obowiązków i w wykonywaniu uprawnień w odniesieniu do pracowników niebiorących udziału w strajku oraz w zakresie niezbędnym do zapewnienia ochrony mienia zakładu i nieprzerwanej pracy tych obiektów, urządzeń i instalacji, których unieruchomienie może stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia ludzkiego lub przywrócenia normalnej działalności zakładu. Moim zdaniem organizatorzy strajku są obowiązani współdziałać z kierownikiem zakładu pracy w zakresie niezbędnym do zapewnienia ochrony nie tylko mienia zakładu pracy i nieprzerwanej pracy obiektów, urządzeń i instalacji, ale przede wszystkim zabezpieczenia potrzeb pacjentów (art. 21 u.r.s.z.).

Nie można jednocześnie wykluczyć osobistej cywilnej odpowiedzialności pielęgniarki biorącej udział w strajku za szkodę doznaną przez pacjenta, szczególnie jeżeli wykonuje pracę w podmiocie leczniczym na innej podstawie niż umowa o pracę.

Zaniechanie udzielenia pacjentowi pomocy może prowadzić do sytuacji, w której pacjent, który w wyniku nieuzyskania pomocy doznał negatywnych skutków, może żądać zasądzenia od pielęgniarki przez sąd cywilny odszkodowania. Sąd przy rozpatrywaniu kwestii zaistnienia niebezpieczeństwa będzie wyjaśniał, czy brak pomocy

²⁴ K.W. Baran [w:] *Zbiorowe prawo pracy. Komentarz*, Warszawa 2007, komentarz do art. 19 ustawy z 23.05.1991 r. o rozwiązywaniu sporów zbiorowych, pkt 2.2, LEX.

²⁵ K. Lenczowska-Soboń, *Prawo do strajku...*

pielęgniarskiej chociaż pośrednio miał wpłynąć na fakt, że pacjent znalazł się w niebezpieczeństwie. Musi zostać wykazane, że pomiędzy zwłoką w udzieleniu pomocy a zaistniałym niebezpieczeństwem istnieje związek przyczynowy. Brak związku przyczynowego spowoduje, że nie będzie można uzyskać odszkodowania. W grę może wejść ponadto także odpowiedzialność zawodowa czy karna.

5. Podsumowanie

1. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej ustanowiła bezwzględny obowiązek udzielenia pomocy w sytuacji gdy brak działania mógłby spowodować dla pacjenta stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, tj. nieodwracalnej szkody na osobie lub śmierci (art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Niebezpieczeństwo tych następstw musi być bezpośrednie. Czas trwania „zagrożenia medycznego” określa czas trwania obowiązku niesienia pomocy pielęgniarskiej.
2. Obowiązek niesienia pomocy dotyczy każdej pielęgniarki, niezależnie od aktualnego zatrudnienia, czasu pracy oraz wykonywanych w danej chwili czynności, w tym także sytuacji gdy pielęgniarka podjęła strajk.
3. Z kolei według art. 19 ust. 1 u.r.s.z.: „Niedopuszczalne jest zaprzestanie pracy w wyniku akcji strajkowych na stanowiskach pracy, urządzeniach i instalacjach, na których zaniechanie pracy zagraża życiu i zdrowiu ludzkiemu lub bezpieczeństwu państwa”. Tym samym nie każdy, kto ma prawo do prowadzenia sporu zbiorowego, ma prawo do strajku. Nie wystarczy więc wyczerpać dwa pierwsze etapy prowadzenia sporu zbiorowego, by można było po przeprowadzeniu referendum strajkowego legalnie strajkować, czyli zaprzestać pracy.
4. Wyłączono prawo pielęgniarki do strajku, gdy zaprzestanie pracy na odpowiednim stanowisku, przy obsłudze urządzenia czy instalacji stwarza realne i bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów (art. 19 ust. 1 u.z.p.p.).

Część III

ZASADY WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI A PRAWA PACJENTA

Rozdział 1

OBOWIĄZKI W ZAKRESIE PRZEKAZYWANIA INFORMACJI

1. Uwagi ogólne

Obowiązek przekazywania przez pielęgniarkę informacji związanych z pacjentem w zakresie właściwym dla podejmowanych czynności jest ściśle powiązany z poszanowaniem prawa człowieka do prywatności¹. Niezaprzeczalnie podstawowym atrybutem prawa do prywatności jest zdolność jednostki do kontrolowania obiegu informacji jej dotyczących w procesie udzielania jej świadczeń zdrowotnych.

Ustawodawca wyraźnie określił zakres przedmiotowy informacji, które pielęgniarka może przekazywać pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie wskazanej przez pacjenta. Zakres przekazywanych przez pielęgniarkę informacji określają przepisy art. 9 ust. 8 u.p.p. i art. 16 u.z.p.p.

2. Informowanie o prawach pacjenta

Pielęgniarka ma obowiązek informować pacjenta o jego prawach zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta (art. 16 pkt 1 u.z.p.p.). Przepis ten można interpretować literalnie oraz celowościowo.

W ujęciu literalnym pielęgniarka jest podmiotem zobowiązanym do edukowania pacjenta w szeroko rozumianych jego prawach. Tak szeroka wykładnia budzi w mojej ocenie wiele pytań i wątpliwości praktycznych. Rzeczywista realizacja tego obowiązku wymaga dobrej znajomości praw pacjenta w szeroko rozumianym prawie me-

¹ Na konieczność udzielania pacjentowi „wszelkich zgromadzonych informacji” dotyczących jego zdrowia wskazuje art. 10 ust. 2 Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny z 4.04.1997 r. (dalej: EKB), za: *Europejskie standardy bioetyczne...*

dycznym przez osoby takie informacje przekazujące. Przyjęta podstawa programowa kształcenia pielęgniarek nie określa, na którym etapie edukacji pielęgniarka powinna uzyskiwać taki rodzaj wiedzy i umiejętności, tzn. czy już na etapie kształcenia przed-dyplomowego czy raczej podyplomowego, aby móc rzetelnie przekazywać tę wiedzę pacjentom i ich przedstawicielom ustawowym. Ponadto wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a nie na udzielaniu porad prawnych pacjentom. Kolejne z zasadniczych pytań brzmi, dlaczego ustawodawca miałby wskazywać właśnie pielęgniarki i położne jako dwie grupy zawodowe uprawnione i zobowiązane do informowania pacjenta o jego prawach zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta? Ustawa o prawach pacjenta reguluje relacje pomiędzy pacjentem a osobami wykonującymi zawody medyczne, więc dlaczego to pielęgniarka i położna ma wykonywać obowiązek informacji o prawach pacjenta np. w relacji pacjent – lekarz²?

W ujęciu celowościowym przepis art. 16 pkt 1 u.z.p.p. powinien być tak tłumaczony, żeby był najbardziej zdatnym środkiem osiągnięcia celu ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Przepis ten reguluje jedną z zasad wykonywania zawodu pielęgniarki, a celem tej zasady jest wykonywanie zawodu z poszanowaniem praw pacjenta (art. 11 ust. 1 u.z.p.p.). W mojej ocenie pielęgniarka nie została obok położnej ujęta w roli „powszechnego edukatora” z zakresu prawa pacjenta, tylko ma obowiązek informować pacjenta o jego prawach w zakresie wykonywania pielęgniarskich czynności zawodowych zgodnie z ustawą o prawach pacjenta. Natomiast nie ma obowiązku wyrażania przedstawicieli innych grup zawodowych czy kierowników podmiotów leczniczych w przekazywaniu pacjentom informacji o ich prawach określonych w ustawie o prawach pacjenta oraz w przepisach odrębnych uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach. Zgodnie z art. 11 ust. 2 u.p.p. podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia informację o prawach pacjenta w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym. Przepisu o umieszczaniu informacji o prawach pacjenta nie stosuje się do pielęgniarek wykonywanych zawód w ramach indywidualnych praktyk pielęgniarek czy indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek.

Reasumując, moim zdaniem pielęgniarka ma obowiązek informować pacjenta o jego prawach w zakresie czynności podejmowanych w związku z realizacją diagnozy pielęgniarskiej i innych obowiązków wynikających z pielęgniarskich czynności zawodowych.

Ustawa o prawach pacjenta wyodrębnia ogólne i szczegółowe prawa pacjenta. Katalog praw jest rozbudowany, odnośnie do wykonywania zawodu przez pielęgniarki należy wskazać na następujące prawa:

² O kwestii wyrażania zgody przez pacjenta na zabiegi pielęgniarskie zob. D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta...*, 2016, s. 232–233.

- 1) prawo:
 - a) do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej,
 - b) do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń,
 - c) do zasięgnięcia opinii innej pielęgniarki,
 - d) do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia;
- 2) prawo do informacji:
 - a) o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w tym żądania pełnej informacji, w zakresie posiadanych przez pielęgniarkę uprawnień oraz zgodnie z posiadаныmi przez nią uprawnieniami,
 - b) o stanie zdrowia w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej,
 - c) o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez daną pielęgniarkę czy pielęgniarki w ramach indywidualnej lub grupowej praktyki zawodowej;
- 3) prawo żądania nieudzielania przez pielęgniarkę informacji w zakresie wskazanym przez pacjenta;
- 4) prawo przedstawienia pielęgniarce swojego zdania w zakresie otrzymanych informacji;
- 5) prawo do informacji o zamiarze odstąpienia przez pielęgniarkę od udzielenia świadczenia zdrowotnego, w tym na zlecenia lekarskie;
- 6) prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych;
- 7) prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych;
- 8) prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta;
- 9) prawo do umierania w spokoju i godności;
- 10) prawo do leczenia bólu;
- 11) prawo dostępu do dokumentacji medycznej;
- 12) prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego:
 - a) do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami,
 - b) do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej,
 - c) do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu;
- 14) prawo do opieki duszpasterskiej;
- 15) prawo do przechowania rzeczy wartościowych w depozycie;
- 16) prawo wystąpienia do Rzecznika Praw Pacjenta;
- 17) prawo do wystąpienia z wnioskiem do wojewódzkiej komisji orzekającej do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Ponadto ustawa przewiduje możliwość ograniczenia korzystania z praw pacjenta (art. 5 u.p.p.) czy ponoszenia opłat za realizację określonych praw (art. 28 i 35 u.p.p.). Ograniczanie tych praw powinno prowadzić do ścisłej ich interpretacji. Przekazywanie informacji o prawach pacjenta obejmuje także tryb składania skargi do Rzecznika Praw Pacjenta czy tryb występowania z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego do wojewódzkich komisji orzekających o zdarzeniach medycznych.

3. Zakres przedmiotowy przekazywanych informacji

Informowanie pacjenta w zakresie diagnozy pielęgniarskiej ma fundamentalne znaczenie i warunkuje skuteczne korzystanie z innych praw pacjenta, w szczególności z prawa do wyrażania poinformowanej zgody na czynności podejmowane przez pielęgniarkę. Informowanie pacjenta jest bardzo ściśle związane z problemem zgody. „Elementem warunkującym legalność zgody jest uprzednie uzyskanie informacji, na co zostaje wyrażona. W przeciwnym bowiem wypadku, udzielenie zgody traci nie tylko oparcie w normie prawnej, ale też jest pozbawione sensu”³. W prawie europejskim, jak i w literaturze przedmiotu używa się powszechnie terminu „świadoma zgoda” na poszczególne działania medyczne w ramach całego procesu świadczeń zdrowotnych, nie wyklucza się aktywnego udziału pielęgniarki w przekazywaniu informacji⁴. Obowiązek przekazywania informacji przez osoby wykonujące poszczególne zawody medyczne, w tym pielęgniarki, jest swoistym korelatem prawa pacjenta (przedstawiciela ustawowego lub osoby wskazanej) do poznania wszelkich zgromadzonych informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta, niezależnie od tego, czy chodzi o diagnostykę, terapię czy też inne istotne elementy dotyczące zdrowia pacjenta, a więc także pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych. Pełna i rzetelna realizacja prawa pacjenta do informacji w świetle obowiązujących przepisów wymaga współpracy osób wykonujących zwody medyczne w procesie udzielania świadczenia zdrowotnego.

W doktrynie prawa wyrażono stanowisko, że lekarz pozostaje „z pacjentem w stałej relacji nacechowanej zaufaniem i zna jego historię choroby, toteż nie może być zwolniony od dostarczania podstawowych informacji, także tych, które wykraczają poza sferę interwencji objętych jego kompetencją zawodową”⁵, a zatem „lekarz, któremu wolno jest dokonać każdej czynności medycznej, także takiej, do jakiej uprawniona jest pielęgniarka, może choć nie musi wyręczyć ją w wypełnianiu powinności informacji”⁶. Pogląd ten nie znajduje potwierdzenia w literalnej wykładni przepisu regulującego obowiązek lekarza informowania pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Lekarz jest zobowiązany do przekazywania informacji w szerokim zakresie, dotyczą-

³ I. Bernatek-Zagula, *Prawo pacjenta w Polsce do informacji medycznej*, Toruń 2008, s. 63.

⁴ Art. 10 pkt 2 EKB; por. także D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta...*, 2016, s. 387.

⁵ *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. M. Nesterowicz, Warszawa 2009, s. 102.

⁶ *Ustawa o prawach pacjenta...*, red. M. Nesterowicz, s. 102.

cych różnych sfer procesu udzielania świadczeń zdrowotnych: o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu (art. 2 i 31 ust. 1 u.z.l. w zw. z art. 9 ust. 2 u.p.p.). Jest to ustawowy zakres przedmiotowy przekazywania przez lekarza informacji, w zasadzie wyczerpujący, zatem nie podlega swobodnemu uznaniu przez lekarza⁷.

Pielęgniarka, jako przedstawicielka samodzielnego zawodu medycznego o coraz szerszych uprawnieniach, jest zobowiązana do udzielania informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w tym pełnej informacji w zakresie posiadanych przez tę pielęgniarkę uprawnień oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami (art. 9 ust. 2 u.p.p.) oraz przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgniacyjnej oraz o pielęgnacji i zabiegach pielęgniarskich (art. 9 ust. 8 u.p.p. i art. 16 pkt 2 u.z.p.p.). Te dwie normy stanowią całość i należy je interpretować łącznie. Natomiast *de lege ferenda* wymagają one zmian w zakresie techniki legislacyjnej, ponieważ obecne ich brzmienie nie jest transparentne.

Obecny stan prawny pozwala na wskazanie trzech kluczowych okoliczności, w których pielęgniarka jest zobowiązana do przekazywania informacji, ale zawsze z uwzględnieniem rodzaju wykonywanego zabiegu:

1. W związku z obowiązkiem rozpoznania u pacjenta potrzeb zdrowotnych problemów pielęgniacyjnych, a tym samym planowania i sprawowania opieki pielęgniacyjnej nad pacjentem.
2. W związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na zlecenie lekarskie. Pielęgniarka, przystępując do wykonania zlecenia lekarskiego, przekazuje pacjentowi te informuje, które są niezbędne dla wykonania czynności zgodnie z zasadami wykonywania zawodu pielęgniarki, m.in. jaki rodzaj czynności będzie wykonywała, sposób wykonania zleconej czynności, objawy, które mogą pojawić się u pacjenta w trakcie wykonywania przez nią czynności, jak pacjent musi się ułożyć do wykonania zlecenia, jak ma postępować po wykonaniu czynności (np. leżeć przez jakiś czas). Pielęgniarka nie może natomiast wyręczać lekarza

⁷ Obowiązek udzielania informacji jest również etycznym obowiązkiem lekarza. Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 13 ust. 1 stanowi, że „obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia”. Zgodnie z art. 13 ust. 3 KEL lekarz powinien poinformować o: stopniu ewentualnego ryzyka zabiegów diagnostycznych i leczniczych, spodziewanych korzyściach związanych z wykonywaniem tych zabiegów, możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego; M. Żelichowski, *Prawo pacjenta do informacji*, „Medycyna Praktyczna” 1999/12; także T.M. Zielonka: *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 13*, „Gazeta Lekarska” 1997/11, *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 16*, „Gazeta Lekarska” 1998/5, *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 21*, „Gazeta Lekarska” 1998/12, *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 13 tertio*, „Gazeta Lekarska” 1999/3. Ma on także sporo przeciwników, jak pokazała dyskusja: *Prawa pacjenta. Prawda jest zbyt trudna czy niepotrzebna*, „Przegląd Powszechny” 1998/3.

w zakresie jego obowiązku przekazywania informacji w procesie terapeutycznym. Jeżeli pacjent żąda informacji terapeutycznych w związku z wykonywanym zleceniem lekarskim, pielęgniarka informuje go o konieczności ponownej rozmowy z lekarzem, a lekarza o wątpliwościach pacjenta.

3. W związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Pielęgniarka musi na wykonanie tych czynności uzyskać świadomą zgodę pacjenta, co wiąże się z przekazaniem wyczerpujących informacji. Dotyczy to udzielania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wystawiania skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. Pielęgniarka jest też uprawniona do samodzielnego ordynowania leków i wyrobów medycznych, co wiąże się z uprzednim osobistym zbadaniem pacjenta lub badaniem za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej pacjenta (art. 15a ust. 1 w zw. z art. 15b ust. 1 u.z.p.p.).

Rozszerzenie uprawnień pielęgniarki w zakresie samodzielnego udziału w procesie świadczenia zdrowotnego wymaga tym samym odpowiedniego (a nie literalnego) stosowania zapisu stanowiącego o przekazywaniu wszelkich informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Innymi słowy, pielęgniarka wykonuje obowiązek informacyjny zgodnie z ustawowym upoważnieniem, nie może przekazywać informacji, do przekazania których uprawniony jest lekarz lub inni członkowie zespołu terapeutycznego.

W związku z samodzielnym ordynowaniem leków i wyrobów medycznych na pielęgniarkę ciąży obowiązek wyjaśnienia pacjentowi kwestii farmakoterapii w zakresie zlecanych przez nią leków i wyrobów medycznych. Przekazywanie tych informacji jest bowiem istotnym elementem zachowania należytej staranności procesu udzielania świadczeń zdrowotnych przez zastosowanie rzeczowych świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarka nie może przerzucić tego obowiązku wyłącznie na farmaceutę.

Zakres udzielanych pacjentowi przez pielęgniarkę informacji jest uzależniony od rodzaju wykonywanego zabiegu, natomiast nie zależy od osobistego przekonania pielęgniarki na temat tego, ile pacjent powinien wiedzieć, lecz od tego, co rozsądna osoba będąca w sytuacji pacjenta obiektywnie potrzebuje usłyszeć od pielęgniarki, aby podjąć „poinformowaną” i kompetentną decyzję wobec proponowanego świadczenia lub wykonania określonej czynności medycznej⁸.

⁸ Glosa do wyroku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 29 września 2005 r., I ACa 236/05 – zakres udzielanych pacjentowi informacji [w:] M. Nesterowicz, *Prawo medyczne. Komentarze i glosy...*, s. 288.

W niektórych regulacjach poza ustawą o prawach pacjenta ustawodawca wyraźnie zastrzega, jakie informacje przekazuje lekarz, felczer, pielęgniarka lub położna.

Na gruncie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego pielęgniarka jest zobowiązana do przekazania informacji o przyczynie zastosowania przymusu bezpośredniego (art. 18 ust. 2, 3 i 8 u.o.z.p.).

W świetle przepisów o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi pielęgniarka jest zobowiązana do pouczenia osoby zakażonej, chorej na chorobę zakaźną lub osobę sprawującą prawną lub faktyczną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną o środkach służących zapobieganiu przeniesieniu zakażenia na inne osoby. Pielęgniarka ma także obowiązek przekazać informacje o ewentualnym obowiązku poddania badaniom sanitarno-epidemiologicznym osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną, noworodków, niemowląt i kobiet w ciąży podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną mogącą się szerzyć z matki na płód lub dziecko, uczniów, studentów i doktorantów kształcących się do wykonywania prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby, osób podejmujących lub wykonujących prace, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby (art. 26 ust. 1 w zw. z art. 6 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 5 oraz art. 10 ust. 2 u.ch.z.). Natomiast tylko lekarz i felczer mają obowiązek poinformować zakażonego o konieczności zgłoszenia się do lekarza partnera lub partnerów seksualnych (art. 26 ust. 2 i 3 u.ch.z.).

Należy także zwrócić uwagę na szczególną regulację przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta przebywającego w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (art. 28 ust. 1 pkt 1 u.dz.l.). W takich okolicznościach podmiot leczniczy powinien zawiadomić niezwłocznie (tzn. bez zbędnej zwłoki, czyli tak szybko, jak to w danej sytuacji możliwe) wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego. Podmiot leczniczy może udzielić informacji w jakiegokolwiek formie, ważne, aby była ona skuteczna. Powiadomienia w imieniu podmiotu leczniczego dokonuje kierownik lub osoba (osoby) przez niego upoważniona. W tak szczególnych okolicznościach praktyka nie wyłącza możliwości udzielenia upoważnienia pielęgniarce do przekazania tych informacji, choć w świetle przepisów prawa medycznego informowanie o stanie zdrowia jest obowiązkiem lekarza. Dlatego udzielanie informacji o pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta, powodującym zagrożenie życia lub śmierć pacjenta, przez dyżurujące pielęgniarki jest racjonalne, ale literalna wykładnia skłania się w kierunku upoważnienia do przekazywania takich informacji przez upoważnionego lekarza.

4. Osoby uprawnione do otrzymywania informacji

4.1. Pacjent i jego przedstawiciel ustawowy

Pielęgniarka ma obowiązek pełnego informowania pacjenta, który ukończył 16. rok życia. Pacjentowi, który nie ukończył 16 lat, pielęgniarka udziela informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego i wysłuchuje jego zdania (art. 9 ust. 2 i 7 u.p.p.). W świetle ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej pielęgniarka ma obowiązek udzielenia pacjentowi (każdemu, bez względu na wiek) lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej (art. 16 pkt 2 u.z.p.p.). Nie jest w związku z tym jasne, dlaczego ustawa o prawach pacjenta przewiduje jedynie prawo pacjenta, który ukończył 16 lat, do uzyskania od pielęgniarki informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarskich (art. 9 ust. 8 u.p.p.). Przepis art. 9 ust. 8 u.p.p. nie stanowi *lex specialis* do art. 16 pkt 2 u.z.p.p., te dwie normy tworzą nową całość. Kierując się wykładnią celowościową, uważam, że pielęgniarka ma obowiązek przekazywania informacji, w ustawowym zakresie, każdemu pacjentowi. Co do zasady, w odniesieniu do pacjenta małoletniego, który nie ukończył 16 lat, o zakresie przekazywanych przez pielęgniarkę informacji przesądza zdolność do zrozumienia informacji, zależna od stopnia dojrzałości psychicznej konkretnego dziecka. Pielęgniarka ma także obowiązek informowania przedstawiciela ustawowego pacjenta małoletniego (czyli pacjenta, który nie ukończył 18. roku życia lub kobiety, która nie nabyła pełnoletności na podstawie decyzji sądu opiekuńczego).

Odnosnie do obowiązku pielęgniarek przekazywania informacji w zakresie określonym w art. 9 ust. 8 u.p.p. w zw. z art. 16 pkt 2 u.z.p.p. brak szczególnych regulacji dotyczących statusu pacjentów pełnoletnich, ale niezdolnych do zrozumienia przekazywanych informacji. Jedynie w ustawie lekarskiej znalazła się regulacja, że jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub nie zdążył nikogo upoważnić do uzyskiwania o nim informacji w zakresie jego sytuacji zdrowotnej, a jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p.

Niezdolność do zrozumienia znaczenia informacji zależy od okoliczności konkretnego przypadku i może być wywołana różnymi przyczynami oraz mieć zarówno charakter przemijający, jak i postępujący i długotrwały, jak np. rozwój demencji starczej, zaburzeń psychicznych czy rozwój konkretnej jednostki chorobowej. Często pacjenci tacy otaczani są długotrwałą opieką i pielęgnacją w warunkach pozaszpitalnych, czyli w podmiotach stacjonarnych i całodobowych udzielających świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne (art. 12 u.dz.l.), w domach pomocy społecznej oraz w warunkach domowej opieki długoterminowej lub hospicyjnej. Sprawowanie ciągłej opieki i wykonywanie wielu czynności z zakresu pielęgnacji nad pacjentem niemającym zdolności do zrozumienia znaczenia swojej sytuacji życiowej i zdrowotnej wymaga

przekazywania bieżących informacji z zakresu diagnozy pielęgniarstwa osobom bliskim, sprawującym lub współuczestniczącym w sprawowaniu opieki nad pacjentem. Pielęgniarka w takich okolicznościach jest wręcz zobowiązana do wspierania osób bliskich pacjenta i przekazywania im wszelkich informacji o stanie zdrowia, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej⁹. Brak jest jednak ustawowej podstawy prawnej do przekazywania przez pielęgniarkę takich informacji osobie bliskiej pacjentowi niezdolnemu do zrozumienia znaczenia tych informacji, jeżeli pacjent wcześniej nie zdążył wskazać, kogo pielęgniarka ma informować.

Nie zwalnia pielęgniarki od obowiązku informowania samego pacjenta trudność techniczna komunikowania się z nim, np. gdy pacjent jest niemy, głuchy lub nie włada językiem, którym posługuje się pielęgniarka. Trzeba wówczas skorzystać z pomocy osób trzecich, np. tłumacza, na co jednak pacjent powinien wyrazić zgodę.

Wobec osób ubezwłasnowolnionych, o ile zdolne są do zrozumienia informacji, istnieje obowiązek informacji. Jeżeli osoba ubezwłasnowolniona ma ustanowionego opiekuna prawnego, prawo do informacji o stanie zdrowia pacjenta ma również ten opiekun. Natomiast kurator osoby ubezwłasnowolnionej ma prawo do informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie określonym w decyzji sądu opiekuńczego.

Reasumując, w obecnym stanie prawnym pielęgniarka ma obowiązek i prawo przekazywać informacje pacjentowi oraz jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie wskazanej przez pacjenta (art. 16 pkt 2 u.z.p.p. w zw. art. 9 ust. 8 u.p.p.). Zakres podmiotowy osób uprawnionych do otrzymywania informacji wymaga doprecyzowania, brak bowiem wyraźnych regulacji w zakresie przekazywania przez pielęgniarkę informacji w sytuacji opieki i pielęgnacji pacjenta niezdolnego do rozeznania swojej sytuacji zdrowotnej lub pacjenta nieprzytomnego.

4.2. Osoba wskazana przez pacjenta

Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym pielęgniarka może udzielić informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej, osobie wskazanej przez pacjenta, gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża na to zgodę (art. 16 pkt 2 w zw. z art. 17 ust. 2 pkt 3 u.z.p.p.). Regulacja dotycząca zgody na udzielenie informacji innym osobom nie zawiera żadnych ograniczeń ani preferencji podmiotowych. Wyłącznie pacjent (jego przedstawiciel usta-

⁹ Co wynika pośrednio z przepisów regulujących obowiązki pielęgniarki w zakresie sprawowania opieki długoterminowej i hospicyjnej nad pacjentem w warunkach pozaszpitalnych, zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1658 ze zm.); rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29.10.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2018 r. poz. 742 ze zm.).

wowy) decyduje, jaka osoba jest upoważniona do ujawnienia na jej rzecz informacji dotyczących pacjenta. Ustawa pielęgniarska zawiera neutralny zwrot „osobie wskazanej” (art. 16 pkt 2 u.z.p.p.). Mogą to być więc zarówno osoby pozostające z pacjentem w stosunkach małżeńskich i rodzinnych, jak również osoby niebędące członkiem rodziny (np. konkubina lub konkubent, ale też np. adwokat). Należy wyraźnie podkreślić, że przyjęte zwyczaje (np. automatyczne informowanie członków rodziny) nie mają żadnego znaczenia i pielęgniarka nie może powoływać się na zwyczaj, ignorując jedną z kluczowych zasad wykonywania zawodu, tzn. informowania osoby wskazanej przez pacjenta (art. 16 pkt 2 u.z.p.p.). Decyduje wyłącznie pacjent, gdyż jest to sfera jego życia prywatnego. Pielęgniarka, udzielając informacji komukolwiek i działając bez upoważnienia, naruszałaby prawa pacjenta, a także jego dobra osobiste. Byłoby to wówczas podstawą roszczeń z art. 4 u.p.p. lub art. 24 w zw. z art. 448 k.c.

Zarówno przepisy ustawy pielęgniarskiej, jak i przepisy ustawy o prawach pacjenta nie zawierają żadnych ograniczeń przedmiotowych. Oznacza to, że jeżeli pacjent wyraża zgodę na ujawnienie informacji o stanie zdrowia, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej, o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarskich innym osobom, powinna to być informacja wszechstronna. Pacjent jednak może poprzez wyraźne oświadczenie wyrazić wolę, by zakres ten został ograniczony. Wprawdzie przepisy nie wprowadzają żadnych ograniczeń, ale mimo to pacjent może wyłączyć pewne elementy, jeżeli życzy sobie, by objęte one zostały informacją wyłącznie na jego rzecz. Jednocześnie pielęgniarka nie ma uprawnienia do nieprzekazywania informacji, jeżeli dojdzie do przekonania, że osoba wskazana przez pacjenta ma do niego negatywne nastawienie i z tego powodu może niekorzystnie na niego oddziaływać. Mogłaby co najwyżej powstrzymać się od udzielania informacji, gdyby doszła do wniosku, że wyznaczona osoba jest niezdolna do zrozumienia znaczenia informacji. Jest to jednak kwestia nader delikatna i wymagałaby w konkretnym przypadku interpretacji, na czym polega niezdolność zrozumienia znaczenia informacji przez osobę wskazaną. Co do zasady, kompetencje pielęgniarki w takich okolicznościach sprowadzają się do rozmowy z pacjentem, zwrócenia mu uwagi na swoje wątpliwości co do kwalifikacji wskazanej osoby i zasugerowania zmiany decyzji.

5. Formy przekazywania informacji

Pielęgniarka musi przekazać pacjentowi informacje w sposób przystępny, zrozumiały i dostosowany do jego właściwości intelektualnych, przy użyciu słów, określeń i nazw, które będą dla niego zrozumiałe. Tylko informacja przekazana w ten sposób zapewnia świadome uczestniczenie pacjenta w procesie udzielania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych i stanowi istotny element świadomej i skutecznej zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na świadczenia wykonywane przez pielęgniarkę¹⁰.

¹⁰ M. Safjan, *Prawo i medycyna*, Warszawa 1998, s. 69.

Przystępne przekazywanie przez pielęgniarkę informacji wymaga współpracy z lekarzem w zakresie uzyskania przez nią pełnych informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych (art. 13 u.z.p.p.), oraz uwzględnienia wielu aspektów konkretnej sytuacji i wiedzy pacjenta, jak dojrzałość psychofizyczna, stan świadomości, wiek, wykształcenie itp. Należy unikać hermetycznego języka zawodowego, opierającego się na fachowych terminach¹¹.

Żaden przepis polskiego prawa medycznego nie mówi, czy pacjent ma otrzymać od pielęgniarki informacje w formie pisemnej czy ustnej. W praktyce życia codziennego część placówek leczniczych wprowadziła „formularze zgody”, zawierające mniej lub bardziej precyzyjne informacje o czynnościach, które mają być wykonane względem pacjenta. Prawo medyczne pomija obecnie kwestie dopuszczalności stosowania formularzy dla przekazywania pacjentowi informacji i wyrażania zgody, a z drugiej strony, co do zasady, nie zabrania posługiwania się formularzami zgody. Jednocześnie w doktrynie prawa porusza się problem tych formularzy w kontekście sposobu przekazywania informacji przez lekarzy, natomiast pomija się taki sposób przekazywania informacji przez pielęgniarki. Z uwagi jednak na fakt, iż przekazywanie przez lekarza i pielęgniarkę informacji o stanie zdrowia pacjenta wymaga współpracy, uważam, że problem przekazywania informacji w ramach formularzy zgody właściwych dla wykonywania zawodu pielęgniarki nie może być pomijany.

Przy obecnym stanie prawnym formularze mogą być wykorzystywane wyłącznie w charakterze pomocniczej formy przekazywania niezbędnych informacji w celu uzyskiwania od pacjenta (jego przedstawiciela ustawowego) zgody poinformowanej. Teoretycznie wyróżnia się różne postaci formularzy. Formularze zgody ogólnej przewidują zgodę pacjenta na niesprecyzowaną czynność medyczną albo na wszelkie czynności medyczne zaproponowane pacjentowi w trakcie pobytu np. w szpitalu. Jest to rodzaj zgody ogólnej niewystarczający do zrealizowania przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych obowiązku uzyskania od pacjenta zgody poinformowanej. Formularze zgody szczegółowej obejmują zgodę na określony typ czynności medycznej. Zwraca się uwagę, że ten typ formularzy pojawia się w dwóch postaciach, po pierwsze, z odesłaniem do informacji udzielonej ustnie, i po drugie, z zamieszczeniem informacji dotyczącej konkretnego zabiegu. Ten typ formularza może istotnie przybliżyć pacjentowi informację o konkretnej czynności medycznej, ale może być stosowany jedynie jako forma pomocnicza np. przygotowania pacjenta do osobistej rozmowy z lekarzem, pielęgniarką, natomiast nie może być uznany za realizację obowiązku udzielenia pacjentowi przystępnej i wyczerpującej informacji jako kluczowej przesłanki świadomego uczestnictwa w procesie udzielania świadczeń medycznych.

¹¹ M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 262.

Przeciwno ograniczeniu się do udzielania pacjentowi informacji tylko na podstawie formularza przemawia standaryzacja informacji w oderwaniu od sylwetki pacjenta, trudne do oceny jego przygotowanie psychiczne i intelektualne do odbioru przekazywanych w ten sposób informacji czy względy techniczne, jak np. użycie drobnego druku, którego pacjent nie dostrzega lub nie może dostrzec bez okularów, albo też przedkładanie formularza w sytuacji zaburzonej percepcji, np. tuż przed operacją lub podczas ataku bólu.

Ustawowy obowiązek przekazania pacjentowi przystępnej informacji jest niespełniony w sytuacji ograniczenia się do „podsuwania” pacjentom wyłącznie pisemnych informacji o proponowanych czynnościach medycznych i związanego z tym nieodłącznie procesu pielęgnacyjnego. To, że pacjent po przeczytaniu wskazanego materiału nie ma pytań, nie oznacza, że wszystko rozumie. Być może wcale ich nie przeczytał. Przystępność informacji wymaga osobistej i bezpośredniej rozmowy pacjenta z lekarzem i z pielęgniarką. Materiały pisemne służą jedynie przygotowaniu pacjenta do rozmowy. Zarówno zawód lekarza, jak i pielęgniarki to zawody zaufania publicznego, które odróżnia od innych zawodów specjalny rodzaj powierzonych jego przedstawicielom interesów, czyli dóbr osobistych ściśle związanych z życiem i zdrowiem drugiego człowieka. Usługi świadczone pacjentowi mają charakter adresowy, indywidualny, nie mogą być rutynowe, co wiąże się ze stosunkiem szczególnego zaufania łączącego lekarza i pacjenta, ale także zaufania łączącego pielęgniarkę i pacjenta oraz pielęgniarkę i lekarza. „Zaufanie jest poleganiem na kimś bez zastrzeżeń i wątpliwości, jest uznawaniem własnej zależności”¹². Rolą profesjonalisty medycznego jest rozstrzygnięcie o tym, co jest dobre, a co złe dla jego pacjenta, zakładając, że posiada wszystkie dane potrzebne dla dokonania takiego rozstrzygnięcia. Asymetrię informacji wzmacnia okoliczność, że percepcja pacjenta może być zakłócona jego stanem emocjonalnym i odczuwanym zazwyczaj podczas choroby stresem psychicznym¹³, oraz to, że pacjent postępuje emocjonalnie, a nawet irracjonalnie, zwłaszcza gdy chodzi o jego zdrowie i życie. Współcześnie koncepcja relacji paternalistycznych ewoluuje w kierunku relacji partnerskich i zagwarantowania pacjentowi prawa zrozumiałego, poinformowanego wyboru dostępnych i możliwych metod leczenia, diagnostyki, pielęgnacji, rehabilitacji i profilaktyki. Tym samym tradycyjne zaufanie pacjenta do lekarza i pielęgniarki zostaje wystawione na próbę i wymaga rzetelnego przekazywania pacjentowi wymaganych w danych okolicznościach informacji, a nie tylko polegania na autorytecie profesjonalisty medycznego.

Reasumując, rutynowe traktowanie każdego pacjenta, polegające na ograniczeniu się do uzyskania podpisu pod pisemnymi informacjami o proponowanych czynnościach medycznych, także w zakresie niezbędnym do udzielania przez pielęgniarkę świad-

¹² T. Goban-Klas, *Komunikacja społeczna między pacjentem a pielęgniarką i położną* [w:] *Wizywnik pielęgniarki i położnej...*, s. 23.

¹³ E. Aksom, *Przekształcenia sektora publicznego i prywatnego w brytyjskiej i polskiej opiece zdrowotnej*, Warszawa 2000, s. 18.

czeń zdrowotnych, bez upewnienia się, czy wszystko jest dla pacjenta zrozumiałe, jest naruszeniem wzajemnego zaufania i jednocześnie naruszeniem zasad należytej staranności i ostrożności, jakich rozsądny lekarz powinien przestrzegać, aby pacjentowi nie wyrządzić szkody, a tym samym nie narazić się na odpowiedzialność cywilną i/lub karną. Tylko rzetelne poinformowanie pacjenta stanowi spełnienie ustawowego wymogu uzyskania zgody poinformowanej i tylko wówczas pacjent bierze na siebie ryzyko zabiegu.

6. Prawo pacjenta do żądania nieudzielania informacji

Ustawa o prawach pacjenta, obok prawa do informacji, reguluje prawo do niebycia informowanym przez pielęgniarkę (art. 9 ust. 4 u.p.p.).

Warto tu przywołać postulowane standardy prawa europejskiego, które należy uwzględnić w postępowaniu pielęgniarki. Artykuł 10 ust. 2 zdanie drugie EKB dopuszcza prawo pacjenta do niepoznania zgromadzonych informacji dotyczących osoby pacjenta, nie ograniczając tego prawa tylko do niepoznawania informacji przekazywanych przez lekarza. Z powodów, które zależą tylko od pacjenta, może on nie życzyć sobie poznawania niektórych zebranych informacji o jego zdrowiu, w tym informacji o stanie zdrowia, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej. Taka wola pacjenta winna być uszanowana. Korzystanie przez pacjenta z jego prawa do niepoznawania poszczególnych informacji nie jest uważane za przeszkodę dla wymogu jego zgody na dane działanie medyczne. Realizacja tego prawa wymaga, aby pacjent wyraźnie zażądał od lekarza czy pielęgniarki nieinformowania. Zachowanie pacjenta musi być aktywne, uzewnętrznione, niebudzące żadnych wątpliwości. Niedopuszczalne jest zaniechanie przez pielęgniarkę obowiązku udzielania informacji na podstawie dorozumianego zachowania pacjenta. Zrzeczenie się informacji przez pacjenta musi być wolne od jakichkolwiek nacisków ze strony personelu medycznego. Za niedopuszczalne należy uznać sugerowanie pacjentowi, że może zrzec się informacji na rzecz swobodnej decyzji lekarza, pielęgniarki i innych osób wykonujących działania medyczne względem jego osoby, np. poprzez umieszczenie w formularzu zgody zapisu, że pacjent cedeje na personel medyczny prawo podejmowania wybranej metody postępowania diagnostycznego, terapeutycznego czy pielęgnacyjnego bez konieczności wcześniejszego porozumiewania się z pacjentem.

Zakres, w jakim następuje zwolnienie pielęgniarki z obowiązku informowania, uzależniony jest od treści żądania pacjenta¹⁴. Może mieć charakter całkowity (zwolnie-

¹⁴ To uregulowanie może być jednak przyczyną wątpliwości, jak traktować obowiązek przekazywania informacji w rozumieniu art. 34 ust. 2 u.z.l. przed wyrażeniem zgody przez pacjenta w sytuacji zabiegu operacyjnego lub metody leczenia albo diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta. M. Safjan uważa, że: „Rozwiązanie to jednak będzie również upoważniać do przyjęcia skutecznej zgody”, *Prawo i medycyna...*, s. 126. Podobnie sądzi M. Siekaczyńska: „W sytuacji gdy formalna

nie pielęgniarki z udzielania jakichkolwiek informacji) oraz częściowy (zwolnienie z udzielania tylko określonych informacji, a nie zwolnienie z obowiązku informowania pielęgniarki, albo zwolnienie z obowiązku informowania lekarza, a żądanie przekazywania informacji przez pielęgniarkę, ale równie dobrze pacjent może chcieć zostać wszechstronnie informowany przez lekarza, ale nie życzy sobie przekazywania mu informacji przez pielęgniarkę). Żądanie pacjenta może dotyczyć nieinformowania o diagnozie pielęgniarskiej, o celowości wykonywania samodzielnie świadczeń zdrowotnych bez zlecenia lekarskiego czy o rodzaju i sposobie wykonania zlecenia lekarskiego. Pielęgniarka jest zobowiązana do „uzyskania pewności” co do decyzji pacjenta. Dla celów dowodowych rezygnacja pacjenta z uzyskiwania informacji powinna być poświadczona pisemnie.

Zarówno prawo do poznania, jak i prawo do niepoznawania – w określonych okolicznościach – podlegają pewnym ograniczeniom, czy to w interesie samego pacjenta, czy też dla ochrony praw osób trzecich.

Z prawa do nieinformowania w moim przekonaniu nie może skorzystać przedstawiciel ustawowy małoletniego pacjenta, ale może pacjent małoletni, także ten, który ukończył 16 lat (dziecko może bać się takich rozmów i podchodzić niechętnie do rozmowy z lekarzem). Ponadto z uwagi na charakter działań medycznych prawo do nieinformowania ulega wyłączeniu w sytuacjach wskazanych ustawą psychiatryczną w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi, poddawanych eksperymentom medycznym, zabiegom transplantacyjnym czy też kobiet decydujących się na zabieg przerwania ciąży.

7. Przywilej terapeutyczny a obowiązek informowania przez pielęgniarkę

Lekarz z własnej inicjatywy w sytuacjach wyjątkowych może ograniczyć dostęp pacjenta do informacji. Zakres tego ograniczenia określa art. 31 ust. 4 u.z.l., w myśl którego lekarz może nie informować o stanie zdrowia i rokowaniach, natomiast w pozostałym zakresie jest zobowiązany do przekazywania informacji pacjentowi. Aby taka okoliczność mogła zaistnieć, pacjent musi być w takiej sytuacji zdrowotnej, że jego rokowanie jest niepomyślne, zaś lekarz na podstawie całokształtu okoliczności musi stwierdzić, iż pełne informowanie nie leży w interesie pacjenta. Obie przesłanki w tym przypadku muszą wystąpić łącznie. Nieprzekazanie pacjentowi niepomyślnych informacji jest prawnie usprawiedliwione, jeżeli z punktu widzenia lekarza mogą one

zgoda (prawnie konieczna np. na zabieg operacyjny) nie jest wymagana, nie ma prawnego obowiązku informowania pacjenta”, *Nieujawnienie informacji jako jedna z form mocnego paternalizmu*, „Rubikon” 1999/1. Warto natomiast podkreślić, że ideę tę wyraża w art. 16 obowiązujący Kodeks Etyki Lekarskiej, który stanowi, że lekarz może nie informować pacjenta o stanie zdrowia bądź o leczeniu, jeżeli pacjent wyraża takie życzenie.

negatywnie wpłynąć na psychikę pacjenta, zadając mu cierpienie. Zakres informacji, których lekarz nie przekazuje pacjentowi, jest wyraźnie określony przez ustawodawcę.

Pielęgniarka nie została upoważniona do nieinformowania pacjenta z własnej inicjatywy, dlatego pomimo skorzystania przez lekarza z omawianego przywileju terapeutycznego, nadal jest zobowiązana do przekazywania pacjentowi informacji o stanie zdrowia w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej. Istotne jest jednak, aby pomiędzy lekarzem i pielęgniarką następowała wymiana informacji na temat stanu zdrowia pacjenta w zakresie niezbędnym do udzielanych przez pielęgniarkę świadczeń zdrowotnych. Skorzystanie przez lekarza z przywileju terapeutycznego nie może stanowić podstawy do wprowadzania pacjenta w błąd i przekazania mu informacji nieprawdziwych, czyli okłamania go, dla jego dobra. W doktrynie prawa uprawnienie lekarza do odstąpienia od informowania pacjenta jest krytykowane i wskazuje się na konieczność uchylenia prawa lekarza wynikającego z art. 31 ust. 4 u.z.l. na rzecz wyczerpującej rozmowy w obecności psychologa¹⁵.

W przypadku gdy lekarz ograniczył przekazywanie informacji z powodu niepomysłnych dla pacjenta rokowań, ma on ustawowy obowiązek przekazać cały zakres posiadanych informacji o pacjencie ustawowemu przedstawicielowi lub osobie przez pacjenta upoważnionej (art. 31 ust. 4 zdanie drugie u.z.l.). Jeżeli pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy udzielili zgody na informowanie określonej osoby we wcześniejszym stadium postępowania diagnostyczno-leczniczego, lekarz co do zasady może poruszać kwestie złego rokowania z tą osobą. M. Boratyńska i P. Konieczniak wskazują na potrzebę rygorystycznego stosowania omawianej regulacji, przestrzegając przed nadużywaniem możliwości przekazywania informacji i odebraniem pacjentowi prawa do informacji na rzecz innych osób, a szczególnie członków rodziny¹⁶. Skorzystanie przez lekarza z przywileju terapeutycznego i nieinformowanie pacjenta o jego niepomysłnym rokowaniu w moim przekonaniu wymaga konieczności ustanowienia przez pacjenta osoby upoważnionej do odbioru pełnej, niepomysłnej informacji medycznej.

8. Informowanie o działaniach niepożądanych produktu leczniczego

Pielęgniarka jest zobowiązana zgłosić Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działanie niepożądane produktu leczniczego zgodnie z ustawą z 6.09.2001 r. – Prawo farmaceutyczne (art. 16 pkt 3 u.z.p.p.).

¹⁵ A. Dziubińska, *Wymagana informacja udzielana pacjentowi*, PiP 2008/8, s. 97.

¹⁶ A. Dziubińska, *Wymagana informacja...*, s. 272–273.

Działaniem niepożądanym produktu leczniczego jest każde niekorzystne i niezamierzone działanie tego produktu (art. 2 pkt 3a pr. farm.). Zgłoszeniem pojedynczego przypadku działania niepożądanego produktu leczniczego jest informacja o podejrzeniu wystąpienia działania niepożądanego produktu leczniczego (art. 2 pkt 43a pr. farm.). Ciężkim niepożądanym działaniem produktu leczniczego jest działanie, które bez względu na zastosowaną dawkę produktu leczniczego powoduje zgon pacjenta, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji lub jej przedłużenie, trwałe lub znaczne uszczerbek na zdrowiu lub inne działanie produktu leczniczego, które lekarz według swojego stanu wiedzy uzna za ciężkie, lub które jest chorobą, wadą wrodzoną lub uszkodzeniem płodu (art. 2 pkt 3d pr. farm.).

Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych prowadzi bazy danych obejmujące zgłoszenia działań niepożądanych produktu leczniczego, które wystąpiły na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 36b pkt 6 pr. farm.) oraz współpracuje z osobami wykonującymi zawód medyczny, pacjentami, ich przedstawicielami ustawowymi lub opiekunami faktycznymi w celu zapewnienia skutecznego, prawidłowego i rzetelnego zgłaszania działania niepożądanego produktu leczniczego. Współpraca polega na:

- 1) opracowaniu i wdrożeniu prostego, przejrzystego schematu zgłaszania pojedynczych przypadków działań niepożądanych;
- 2) opracowaniu trybu potwierdzania przyjęcia zgłoszenia pojedynczego przypadku działania niepożądanego i udostępniania dodatkowych danych na wniosek zgłaszającego;
- 3) udzielaniu dodatkowych informacji dotyczących zgłaszania pojedynczych przypadków działań niepożądanych;
- 4) zapewnieniu, na wniosek osoby wykonującej zawód medyczny, pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, dostępu do odpowiednich danych o bezpieczeństwie stosowania produktów leczniczych.

Działania niepożądanego produktu leczniczego pielęgniarka zgłasza Prezesowi Urzędu lub podmiotowi odpowiedzialnemu, ze szczególnym uwzględnieniem działań niepożądanych dotyczących (art. 36d ust. 1 pr. farm.):

- 1) produktów leczniczych zawierających nową substancję czynną, dopuszczonych po raz pierwszy do obrotu w dowolnym państwie w okresie pięciu lat poprzedzających zgłoszenie;
- 2) produktów leczniczych złożonych, zawierających nowe połączenie substancji czynnych;
- 3) produktów leczniczych zawierających znaną substancję czynną, ale podawanych nową drogą;
- 4) terapii nowymi postaciami farmaceutycznymi produktów leczniczych;
- 5) produktów leczniczych, które zyskały nowe wskazanie;

- 6) przypadków, gdy działanie niepożądane produktu leczniczego stało się powodem zastosowania innego produktu leczniczego, procedury medycznej lub sposobu leczenia stosowanego u pacjenta;
- 7) wystąpienia działania w trakcie ciąży lub bezpośrednio po porodzie.

Pielęgniarka jest także wskazana jako osoba, do której pacjenci, ich przedstawiciele ustawowi lub opiekunowie faktyczni mogą zgłaszać działania niepożądane produktów leczniczych (art. 36d ust. 2 pr. farm.). Jeżeli w chwili przekazywania zgłoszenia działania niepożądanego produktów leczniczych pielęgniarka jako osoba zgłaszająca nie dysponuje pełnymi danymi opisywanego przypadku, powinna niezwłocznie po uzyskaniu dodatkowych informacji przedstawić uzupełnione zgłoszenie (art. 36d ust. 3 pr. farm.).

Zgłoszenie pojedynczego przypadku działania niepożądanego musi zawierać (art. 36e pr. farm.):

- 1) inicjały, płeć lub wiek pacjenta, którego dotyczy zgłoszenie;
- 2) imię i nazwisko osoby dokonującej zgłoszenia;
- 3) w przypadku osób wykonujących zawód medyczny, adres miejsca wykonywania tego zawodu;
- 4) podpis osoby, o której mowa w pkt 2, jeżeli zgłoszenie nie jest przekazywane drogą elektroniczną;
- 5) w zakresie produktu leczniczego co najmniej:
 - a) nazwę produktu, którego stosowanie podejrzewa się o spowodowanie tego działania niepożądanego,
 - b) opis wywołanego działania niepożądanego.

W przypadku gdy zgłoszenie pojedynczego przypadku działania niepożądanego stanowi niepożądany odczyn poszczepienny, zgłoszenia, o którym mowa powyżej, dokonuje się jednocześnie ze zgłoszeniem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 21 ust. 8 u.ch.z. Natomiast obecnie pielęgniarka nie jest upoważniona do składania zgłoszenia w trybie ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach, w tym przypadku zgłoszenia dokonuje lekarz lub felczer¹⁷.

Zgłoszenia można dokonać na formularzu dostępnym na stronie internetowej Urzędu Rejestracji (art. 36e ust. 6 pr. farm.). Ciężkie niepożądane działania produktów leczniczych powinny być zgłoszone w terminie 15 dni od dnia powzięcia informacji o ich wystąpieniu (art. 36f pr. farm.).

¹⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.12.2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania (Dz.U. Nr 254, poz. 1711 ze zm.).

9. Ciężar dowodu o poinformowaniu pacjenta

Zgodnie z linią orzecniczą można przyjąć, że skoro obowiązek udzielenia informacji obciąża pielęgniarkę, która wywodzi z tego skutki prawne, to na niej, zgodnie z art. 6 k.c., spoczywa obowiązek udowodnienia, że obowiązek ten został wypełniony. Dowodem mogą być odpowiednie zapisy w dokumentacji medycznej wraz z podpisem pacjenta, wręczone mu informacje pisemne lub zeznania świadków¹⁸. Z uwagi na fakt, że zawód pielęgniarki jest samodzielnym zawodem medycznym, w moim przekonaniu ciężar dowodu przekazania pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji w zakresie koniecznym do udzielenia pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych spoczywa na pielęgniarce, a nie na lekarzu.

Jeżeli pielęgniarka nie wypełni ciężącego na niej ustawowego obowiązku informowania pacjenta, wystarczy, że poszkodowany pacjent wskaże, iż jego prawo do informacji zostało naruszone, aby sąd przyznał poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 k.c. w zw. z art. 4 u.p.p. Do przyznania zadośćuczynienia za naruszenie praw pacjenta nie jest konieczne spełnienie przesłanki szkody na osobie, może być ono przyznane za sam fakt naruszenia i nie zależy od jednoczesnego wystąpienia takiej szkody¹⁹.

10. Podsumowanie

1. Prawo pacjenta do informacji, uregulowane w art. 9 u.p.p., jest bezpośrednim korelatem obowiązku spoczywającego na pielęgniarce w odniesieniu do pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych (art. 14 u.z.p.p.).
2. Prawo pacjenta do wszelkich informacji z nim związanych w procesie udzielania świadczenia zdrowotnego stanowi jeden z kluczowych aspektów prawa człowieka do prywatności.
3. Niezaprzeczalnie podstawowym atrybutem prawa do prywatności jest zdolność jednostki do kontrolowania obiegu informacji o jej osobie.
4. Zgodnie ze stanowiskiem SN: „Kwestia udzielenia wymaganej informacji ma istotne znaczenie (...), jej udzielenie lub brak udzielenia podlega uwzględnieniu w dwóch aspektach – po pierwsze, wpływa na ocenę skuteczności/bezskuteczności zgody, a tym samym na możliwość wyłączenia bezprawności i po drugie, brak zgody stanowi autonomiczną podstawę żądania zadośćuczynienia”²⁰.

¹⁸ Wyrok SN z 17.12.2004 r., II CK 303/04, z glosą M. Świderskiej, OSP 2005/11, poz. 131 oraz M. Nesterowicza, PS 2006/6; wyrok SA w Białymstoku z 24.03.2016 r., I ACa 766/15, LEX nr 2031129.

¹⁹ Wyrok SA w Białymstoku z 24.03.2016 r., I ACa 766/15.

²⁰ Wyrok SN z 18.01.2013 r., IV CSK 431/12, LEX nr 1275006.

Rozdział 2

ZGODA PACJENTA NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. Uwagi ogólne

Każdy człowiek ma prawo do poszanowania integralności fizycznej, psychicznej i moralnej¹. W płaszczyźnie europejskiego prawa medycznego solidnie już utrwalona jest zasada, że żadnego świadczenia zdrowotnego (interwencji) nie można nikomu narzucić bez jego zgody². Pacjent powinien zatem dysponować możliwością udzielania zgody na jakiegokolwiek świadczenie (interwencję) w stosunku do swojej osoby bądź odmowy jej udzielenia. Reguła ta jawi się jako autonomia pacjenta w jego relacji z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych i prowadzi do ograniczenia podejścia paternalistycznego. Ustawodawca europejski interwencję, na którą trzeba uzyskać zgodę pacjenta, rozumie w jej najszerszym sensie, to jest jako obejmującą wszelkie działania dokonywane na osobie ze względów zdrowotnych, nie wyłączając interwencji zdrowotnych podejmowanych przez osobę wykonującą zawód pielęgniarcki³.

Zgodę pacjenta określić można jako swobodnie podjęty i wyrażony akt woli pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, podjęty na podstawie przystępnie udzielonej rzetelnej informacji co do wszelkich stadiów postępowania medycznego. Zgoda jest kluczową (ale nie jedyną) podstawą legalizacji działania wobec pacjenta. Konieczność uzyskania zgody wynika z konstytucyjnego prawa jednostki do samostanowienia

¹ Artykuł 7 zdanie pierwsze MPPOiP, art. 3 EKPC; por. raport Costello-Roberts przeciwko Wielkiej Brytanii z 8.10.1991 r., A. 247-C, § 49; Raninen v. Finlandia z 24.10.1996 r., skarga nr 20972/92, § 54 [w:] M. Nowicki, *Europejska Konwencja Praw Człowieka*, Warszawa 2007, s. 257.

² Obowiązek uzyskania od pacjenta zgody wyraźnie formułuje art. 5 Europejskiej konwencji bioetycznej. Przyjęto ogólną regułę, że jakakolwiek interwencja w dziedzinie zdrowia dokonana może być jedynie po udzieleniu przez osobę zainteresowaną swobodnej i świadomej zgody na taką interwencję. Osobie, wobec której ma być wykonana jakakolwiek interwencja, należy uprzednio udzielić właściwej informacji co do celu i charakteru interwencji, jak również co do jej konsekwencji i związanego z nią ryzyka. Osoba zainteresowana w każdym czasie może cofnąć swoją zgodę.

³ *Europejskie standardy bioetyczne...*, s. 24.

oraz ochrony jej integralności. Artykuł 41 ust. 1 Konstytucji RP mówi, że: „Każdemu zapewnia się nietykalność osobistą”. Zakres normatywny tego artykułu nakłada na organy państwa wiele obowiązków związanych z takim ich funkcjonowaniem, by sprowadzić do minimum możliwość wtargnięcia w sferę bezpieczeństwa osobistego obywatela innych członków społeczeństwa⁴.

Konstrukcja dóbr osobistych człowieka zawarta w art. 23 k.c. udziela ochrony prawnej takim dobrom, jak wolność czy prywatność życia. W prawie cywilnym przyjmuje się, że zgoda należy do okoliczności wyłączających bezprawność naruszenia dóbr osobistych⁵.

W prawie karnym leczenie bez zgody stanowi samoistny, odrębny typ przestępstwa (art. 192 § 1 k.k.: „Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2”). Odpowiedzialność karną będą rodzic następujące przypadki:

- 1) zabieg podjęty wbrew wyraźnemu sprzeciwowi (chyba że zachodzi jedna z sytuacji dozwolonego leczenia przymusowego);
- 2) zabieg podjęty przy braku oświadczenia woli (chyba że zachodzi sytuacja z art. 33 lub 35 u.z.l.);
- 3) zabieg wykonany z przekroczeniem zakresu zgody (chyba że zachodzi sytuacja z art. 35 u.z.l.);
- 4) zabieg podjęty na podstawie zgody rażąco wadliwej. Ta sytuacja moim zdaniem będzie miała miejsce m.in., gdy pacjent wyrazi zgodę na podstawie fałszywych informacji o potrzebie wykonania określonej czynności. Inne okoliczności to: manipulowanie informacją podawaną pacjentowi czy zgoda blankietowa (czyli zgadzanie się z góry na wszystko, co będzie proponowane, nawet na to, czego nie da się jeszcze dokładnie przewidzieć, chyba że pacjent zrezygnował z prawa do informacji – art. 31 ust. 3 u.z.l.).

Dla uwolnienia się od odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 192 § 1 k.k. nie wystarczy więc jakakolwiek zgoda pacjenta na cokolwiek, lecz tylko zgoda niewadliwa na rodzajowo wskazaną czynność⁶. Brak zgody uprzedzonej informacją, na co jest wyrażona, znosi legalność przeprowadzonej czynności medycznej.

2. Przedmiot zgody

Ustawa o wykonywaniu zawodów pielęgniarki i położnej nie reguluje *expressis verbis* (wprost) zagadnienia obowiązku uzyskania przez pielęgniarkę od pacjenta zgody na

⁴ Europejskie standardy bioetyczne..., s. 24.

⁵ Na przykład M. Safjan, *Prawo i medycyna...*, s. 34; M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1989, s. 41.

⁶ *Prawo medyczne...*, s. 164.

wykonywanie przez nią czynności zawodowych⁷. Ogólne zasady uzyskania przez pielęgniarkę od pacjenta zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych wynikają z ogólnych zasad prawa cywilnego (w szczególności z art. 23 k.c.), natomiast szczegółowe regulacje zawiera ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w rozdziale 5 „Prawo pacjenta do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych”. Przepisy te stosuje się do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej (art. 15 u.p.p.). Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym przepisami tej ustawy (art. 16 w zw. z art. 9 u.p.p.).

W doktrynie prawa co do zasady zgodę pacjenta traktuje się w kategorii aktu oświadczenia woli i świadomości. Uważa się, że zgoda pacjenta nie jest typowym przykładem czynności prawnej, bowiem nie zmierza do wywoływania określonych skutków prawnych, lecz jest wyrazem prawa do dysponowania swoim ciałem. Zgoda na czynność medyczną stanowi autonomiczne jednostronne oświadczenie woli o charakterze upoważniającym i odwoływalnym. Jest samodzielnym bytem prawnym, który może, ale nie musi być powiązany w sensie funkcjonalnym ze stosunkiem podstawowym. Oznacza to, że zgoda nie jest elementem umowy o świadczenie usług leczniczych (art. 750 k.c.), która stanowi tylko stosunek prawny stanowiący podstawę udzielenia zgody. Pacjent może odwołać zgodę na czynność medyczną, a umowa o świadczenie usług zdrowotnych nadal może obowiązywać. Wymóg zgody zachowuje swój walor w równej mierze wówczas, gdy pomiędzy pacjentem a pielęgniarką żadna umowa nie została zawarta, czego konsekwencją jest odpowiedzialność wyłącznie deliktowa. Zgoda w takich okolicznościach nie jest powiązana, nawet funkcjonalnie, z żadnym umownym stosunkiem prawnym, a udzielenie jej służy realizacji więzi powinnościowej wynikającej wprost z ustawy. Jest więc wówczas nie tylko autonomicznym, ale też jedynym bytem jurydycznym przesądającym o uchyleniu bezprawności działania pielęgniarki⁸.

Można także podjąć inną próbę interpretacji relacji między pacjentem a pielęgniarką. Uprawnienia pacjenta do wyrażania lub odmowy zgody odpowiadają obowiązkom pielęgniarki do udzielenia świadczenia lub odmowy jego udzielania w sytuacji braku zgody, jeżeli nie zachodzi przymus ustawowy udzielenia świadczenia zdrowotnego.

Ujmując rzecz najogólniej, przepisy prawa przewidują uprawnienie pacjenta do wyrażenia zgody na świadczenia zdrowotne, czyli pacjentowi pozostawiono uznanie wyboru określonego zachowania się i w zależności od wyboru zachowania się dokonanej przez pacjenta, druga strona stosunku prawnego – pielęgniarka – staje się

⁷ Ustawodawca uregulował bezpośrednio kwestie wyrażania zgody przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na świadczenie zdrowotne udzielane przez lekarza (art. 32 i 34 u.z.l. w zw. z art. 17 i 18 u.p.p.) i przez diagnostę laboratoryjnego (art. 22 u.d.l.).

⁸ M. Świdęrska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 30.

zobowiązana do odpowiedniego zachowania się. Chodzi tu więc o tego rodzaju sytuację pacjenta, wobec której pielęgniarka jest zobowiązana do określonego zachowania się (udzielenia świadczenia zdrowotnego), pacjent zaś od pielęgniarki zachowania tego może się domagać, ze wszystkimi płynącymi stąd skutkami prawnymi. Uprawnionym jest pacjent, który ma prawo do świadczenia zdrowotnego, na które wyraża zgodę, co oznacza, że od jego decyzji zależy, czy będzie on domagał się tego świadczenia czy też nie, ale gdy zwróci się o jego udzielenie, pielęgniarka ma obowiązek tego świadczenia udzielić. Wyjątek od uchylenia się przez pielęgniarkę od wykonania świadczenia zdrowotnego może mieć miejsce tylko w sytuacjach wskazanych w przepisach prawa.

Konstrukcja tego swoistego stosunku prawnego polega na tym, że między uprawnieniami i obowiązkami pacjenta i pielęgniarki występuje ścisła korelacja. Polega ona na tym, że każdemu uprawnieniu jednej strony odpowiada obowiązek drugiej strony i *vice versa* – każdemu obowiązkowi jednej strony odpowiada uprawnienie innej. Korelatem uprawnienia pacjenta do wyrażenia zgodny na udzielenie świadczeń zdrowotnych jest obowiązek pielęgniarki udzielenia świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody przez pacjenta i odwrotnie – korelatem obowiązku pacjenta w związku z udzieleniem mu świadczenia zdrowotnego jest wyrażenie zgody, a prawem pielęgniarki jest uzyskanie tej zgody od pacjenta na udzielenie konkretnego świadczenia zdrowotnego, w przeciwnym razie byłoby to działanie bezprawne.

Korelatem uprawnienia pacjenta do odmowy wyrażenia zgodny na udzielenie świadczeń zdrowotnych jest obowiązek pielęgniarki nieudzielania tego świadczenia pacjentowi i odwrotnie – prawem pielęgniarki jest nieudzielenie świadczenia zdrowotnego w sytuacji niewyrażenia na nie zgody przez pacjenta.

Przedmiotem relacji między pacjentem a pielęgniarką jest zachowanie w postaci czynienia lub nieczynienia, tj. polegające na udzieleniu lub nieudzielaniu świadczenia zdrowotnego.

W ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wyróżnia się świadczenia zdrowotne polegające na przeprowadzeniu badania lub udzieleniu innych świadczeń zdrowotnych (art. 17 u.p.p.), przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego, zastosowaniu metod leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko (art. 18 u.p.p.). Ustawa pielęgniarska określiła wykonywanie zawodu w bardziej szczegółowy sposób. Pojęcie „świadczenie zdrowotne” stało się podstawowym terminem, jakim posługuje się ta ustawa na określenie działań dokonywanych przez pielęgniarkę w związku z wykonywaniem zawodu. W ustawie wymieniono elementy wchodzące w skład świadczeń zdrowotnych. Jest to: 1) rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta; 2) rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta; 3) planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem; 4) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych

i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych; 5) realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji; 6) orzekanie o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgniarskich (art. 4 ust. 1 u.z.p.p.).

Z uwagi na zakres przedmiotowy definicji zawodu pielęgniarki należy odrębnie rozważać kwestie wyrażania zgody na świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę na podstawie zlecenia lekarskiego, wyrażenia zgody na pielęgniarskie świadczenia zdrowotne udzielane samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, jak i zasady postępowania pielęgniarki w przypadku odmowy wyrażania zgody lub sprzeciwu pacjenta na wykonanie pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych.

W odniesieniu do zgody pacjenta na świadczenia zdrowotne udzielane na podstawie zlecenia lekarskiego aktualność zachowują uwagi poczynione w części II, rozdział 3. Zgodnie z obowiązkiem poszanowania prawa pacjenta do integralności (wyrażonym w art. 15–19 u.p.p.) zlecenie lekarskie jest swoistym potwierdzeniem tego, na co lekarz uzyskał zgodę pacjenta w zakresie procesu leczenia. Lekarz przed zleceniem pielęgniarkę określonych działań medycznych w formie zlecenia lekarskiego powinien uzyskać na nie poinformowaną zgodę pacjenta (art. 16 w zw. z art. 9 u.p.p.)⁹. Natomiast pielęgniarka przystępująca do wykonania zlecenia lekarskiego powinna uzyskać zgodę na wykonanie tej zleconej czynności u konkretnego pacjenta w sensie „technicznym”.

Jeżeli chodzi o świadczenia zdrowotne wykonywane przez pielęgniarkę bez zlecenia lekarskiego (art. 4 ust. 1 w zw. z art. 6 u.z.p.p.), świadczenia te mogą być wykonane tylko po przekazaniu koniecznych informacji i wyrażeniu przez pacjenta poinformowanej zgody. Wymóg uzyskania zgody nie oznacza, że każda zgoda, bez względu na jej charakter i okoliczności wyrażenia, jest podstawą legalizacji czynności medycznej. Zgoda na czynność medyczną musi być pozbawiona wad prawnych (zgoda nieważna). Wskazuje się na następujące przesłanki skuteczności zgody, które powinny zaistnieć łącznie¹⁰:

- 1) zgoda powinna być wyrażona przez osobę uprawnioną, tj. pacjenta lub osobę reprezentującą pacjenta lub przez obie te osoby – zgoda podwójna, niekiedy zgoda sądu opiekuńczego;
- 2) przedmiot zgody (lub jej odmowy) nie może wykazywać sprzeczności z prawem lub zasadami współżycia społecznego;
- 3) akt woli pacjenta nie może być dotknięty wadami oświadczenia woli;
- 4) zgoda musi być wyrażona w wymaganej formie.

Wyrażenie zgody powoduje, że pacjent co do zasady akceptuje ryzyko świadczenia zdrowotnego wykonywanego bez zlecenia lekarskiego i przyjmuje je na siebie. Tym

⁹ D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta...*, 2016, s. 226 i n.

¹⁰ J.M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność...*, s. 125–128.

samym akceptuje działania podejmowane z należytą starannością. Natomiast przez wyrażenie zgody pacjent nie akceptuje innego ryzyka wynikającego z naruszenia zasad należytej staranności (nieudolstwa, nieudolności, niezręczności, nieuwagi itp.). Innymi słowy, nie można uznać, że zgoda pacjenta obejmuje również komplikacje czy powikłania powstałe wskutek niestaranego działania czy pomyłki pielęgniarki¹¹.

Za niedopuszczalne uznaje się wyrażanie zgody globalnej lub blankietowej, co oznacza, że pacjent, który wyraził zgodę na przyjęcie do szpitala, musi niezależnie od tego wyrazić zgodę na poszczególne działania medyczne dokonywane wobec niego¹². Za pozbawioną skutków prawnych należy uznać zgodę „na wszelkie proponowane świadczenia zdrowotne”, jak również pomijanie uzyskania zgody na pielęgniarskie świadczenia zdrowotne. Pacjent nie może skutecznie wyrazić zgody na wszelkie działania medyczne, jakie w czasie jego pobytu w szpitalu zostaną mu zaproponowane, dopóki nie jest świadomy ich istoty, skutków i ryzyka związanego z ich zastosowaniem.

Pacjent powinien wyrazić zgodę na pielęgniarskie świadczenie medyczne przed jego udzieleniem. Zgoda wyrażona po udzieleniu świadczenia (tzw. zgoda następcza) nie ma mocy prawnej. Dla wykazania legalności swojego działania medycznego pielęgniarka nie może się zatem powoływać na fakt, że pacjent je potem zaakceptuje. Zgoda wyrażona bez wiedzy, na co ma zostać udzielona, jest zaś pozbawiona sensu i może prowadzić do nadużycia prawa.

3. Zakres podmiotowy osób upoważnionych do wyrażania zgody

Zakres podmiotowy zgody sprowadza się do odpowiedzi na pytanie: kto jest uprawniony do wyrażenia zgody na świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę po przekazaniu mu odpowiedniej informacji? Zgodnie z ogólną zasadą podmiotem uprawnionym (kompetentnym) do wyrażenia zgody na działanie medyczne jest oczywiście sam pacjent. Jedynie on może w ten sposób zrealizować ochronę swojej autonomii, w odniesieniu do tak zasadniczych dóbr, jak wolność, godność i prywatność¹³.

Jeśli pacjent jest małoletni, całkowicie lub częściowo ubezwłasnowolniony albo niezdolny do świadomego wyrażania zgody, wówczas wymagana jest zgoda zastępcza, tzn. substytucyjna, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, a czasami sądu opiekuńczego.

¹¹ Wyrok SN z 29.10.2003 r., III CK 34/02, z glosą E. Bagińskiej, OSP 2005/4, poz. 54.

¹² Wyrok SN z 14.11.1972 r., I CR 463/72, NP 1975/4, s. 587.

¹³ I. Bernatek-Zagula, *Prawo pacjenta w Polsce do informacji medycznej...*, s. 71.

Uwzględniając kryterium wieku oraz zdolności do czynności prawnych, można wyróżnić następujące sytuacje związane z wyrażaniem zgody na działania medyczne:

- 1) pacjent pełnoletni, mający pełną zdolność do czynności – samodzielnie korzysta z przynależnego mu prawa do wyrażenia zgody (co jest regułą);
- 2) pacjent pełnoletni, mający pełną zdolność do czynności, ale z uwagi na stan zdrowia (nieprzytomny lub z powodu innego rodzaju zakłóceń w komunikacji) nie jest w stanie samodzielnie korzystać z przynależnego mu prawa do wyrażenia zgody;
- 3) pacjent małoletni – zgodę wyraża wyłącznie przedstawiciel ustawowy, a w określonych sytuacjach opiekun faktyczny lub sąd¹⁴;
- 4) pacjent małoletni korzysta z prawa do wyrażania zgody łącznie z przedstawicielem ustawowym, a w określonych sytuacjach opiekunem faktycznym bądź sądem;
- 5) osoby ubezwłasnowolnione (częściowo lub całkowicie) realizują swoje prawo do wyrażania zgody samodzielnie lub łącznie ze swoim opiekunem prawnym (wyjątkowo opiekunem faktycznym) albo zgodę wyraża wyłącznie opiekun lub sąd.

Na gruncie ustawy o prawach pacjenta przyjęto ogólną zasadę, że odnośnie do osób, które nie ukończyły 16 lat, zgodę na świadczenie medyczne wyraża co do zasady przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny. Jest to tzw. zgoda zastępcza lub zgoda substytucyjna. Nie wymaga się zgody pacjenta małoletniego. Zgoda przedstawiciela ustawowego (wyjątkowo opiekuna faktycznego) zastępuje akt woli osoby małoletniej. Jednocześnie należy zwrócić uwagę na różnicę w zakresie kompetencji przedstawiciela ustawowego i opiekuna faktycznego.

3.1. Kompetencje przedstawiciela ustawowego (rodzice, opiekun prawny)

Przedstawicielem ustawowym małoletniego pacjenta są rodzice wykonujący władzę rodzicielską lub opiekun prawny ustanowiony przez sąd opiekuńczy.

Rodzice. Co do zasady osoba małoletnia do ukończenia 18. roku życia pozostaje pod władzą rodzicielską. Władzę rodzicielską wykonują oboje rodzice, przy czym dla skuteczności określonej czynności w imieniu lub w interesie dziecka wystarcza dokonanie jej przez jedno z rodziców; bez znaczenia jest przy tym, czy czyni to ojciec, czy matka, prawa ich bowiem są w tym zakresie równe i żadne z nich nie ma w świetle prawa pozycji głowy rodziny. Nie oznacza to jednak, że w rodzinie istnieją dwa ośrodki decyzyjne, na zewnątrz bowiem rodzice są obowiązani swe poczynania uzgadniać.

¹⁴ L. Kubicki, *Nowy rodzaj odpowiedzialności karnej lekarza (przestępstwo z art. 192 k.k.)*, PiM 2000/8.

Znajduje to wyraz w art. 97 § 2 k.r.o., według którego „o istotnych sprawach dziecka rodzice rozstrzygają wspólnie”. Przyjmuje się, że rodzice są obowiązani uzgadniać ogólny kierunek sprawowania władzy rodzicielskiej¹⁵. Powstaje pytanie, które z decyzji podejmowanych w sytuacji, kiedy małoletni staje się pacjentem, można zaliczyć do zakresu „istotnych spraw” i kiedy wymagane będzie wspólne stanowisko rodziców. Przykładowo można wskazać, że do istotnych spraw SN zaliczył podejmowanie decyzji co do leczenia dziecka w wypadku poważniejszej choroby¹⁶.

W przypadku konfliktu między rodzicami, który będzie uniemożliwiał podjęcie wspólnej decyzji w sprawie świadczenia zdrowotnego – prawo medyczne reguluje tylko zasady wykonywania czynności medycznych należących do uprawnień lekarza. Wówczas brak możliwości porozumienia się z rodzicami nie stanowi przeszkody do przeprowadzenia badania niestwarzającego podwyższonego ryzyka (art. 32 ust. 8 u.z.l.), natomiast lekarz będzie mógł przystąpić do udzielenia innych niż badanie świadczeń, wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metody leczenia lub diagnostyki stwarzające podwyższone ryzyko po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego (art. 32 ust. 2 i 8 u.z.l. i art. 34 ust. 6 u.z.l. w zw. z art. 97 § 2 k.r.o.) albo gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia bez zgody rodziców i uprzedniej zgody sądu (art. 34 ust. 7–8 u.z.l.).

Jeżeli chodzi o możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę bez zlecenia lekarskiego w sytuacji braku możliwości porozumienia się z przedstawicielem ustawowym – prawo medyczne pomija tę kwestię. Natomiast odnośnie do udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie zlecenia lekarskiego należy przyjąć, że są to czynności wykonywane w związku z prowadzeniem procesu terapeutycznego przez lekarza zgodnie z powołanymi przepisami. Trzeba przypomnieć, że pielęgniarka wykonuje czynności na podstawie zlecenia lekarskiego, na które świadomą i swobodną zgodę wyrazili rodzice po rozmowie z lekarzem. Kiedy brak jest możliwości porozumienia się z rodzicami, wówczas lekarz przejmuje ryzyko prawne braku zgody rodziców.

Opiekun prawny. Opiekunem prawnym jest osoba ustanowiona przez sąd opiekuńczy, może być to zarówno członek rodziny osoby małoletniej, jak i osoba spoza rodziny. W zakresie reprezentacji małoletniego pacjenta opiekun powinien uzyskać zezwolenie sądu opiekuńczego we wszelkich sprawach, które dotyczą osoby lub majątku małoletniego (art. 156 k.r.o.). Za „ważniejszą sprawę” dotyczącą osoby dziecka uważa się wyrażenie zgody na dokonanie zabiegu medycznego. Wymóg uzyskania zezwolenia sądu opiekuńczego dotyczy zarówno zabiegów, z którymi wiąże się znaczny

¹⁵ J. Ignatowicz, M. Nazar, *Prawo rodzinne*, Warszawa 2010, s. 326 i n.

¹⁶ Wyrok SN z 6.02.1969 r., V KRN 728/68, OSNPG 1969/6, poz. 91. W orzeczeniu przyznano rodzicom prawo do udzielania zezwolenia na takie czynności dotyczące dziecka, jak np. zabieg operacyjny lub pobranie krwi.

stopień ryzyka, jak i tych, z którymi takie ryzyko się nie wiąże¹⁷. Natomiast słuszny wydaje się pogląd, że „nadzór sądu opiekuńczego nie powinien obejmować prostych zaleceń terapeutycznych czy zabiegów, zwłaszcza o charakterze diagnostycznym, czy też badań małego dziecka”¹⁸. Opiekun ma obowiązek przed podjęciem decyzji w „ważniejszych sprawach” wysłuchać pozostającego pod opieką, jeżeli pozwala na to jego rozwój umysłowy i stan zdrowia, oraz uwzględniać w miarę możliwości jego rozsądne życzenia. Jeżeli opiekun doznaje przemijającej przeszkody w sprawowaniu opieki nad małym dzieckiem, sąd opiekuńczy ustanawia kuratora (art. 157 k.r.o.). Zakres kompetencji kuratora do reprezentowania podopiecznego wynika z orzeczenia sądu opiekuńczego. W czasie wykonywania swoich funkcji kurator, podobnie jak opiekun, podlega nadzorowi sądu opiekuńczego.

Reasumując, zgoda wyrażona przez przedstawicieli ustawowych, jakimi są rodzice wykonujący władzę rodzicielską, co do zasady jest wystarczająca. W wyjątkowych sytuacjach może nastąpić ingerencja sądu opiekuńczego (o czym mowa poniżej). Natomiast zgoda wyrażona przez przedstawiciela ustawowego, jakim jest opiekun prawny czy kurator ustanowiony przez sąd opiekuńczy, może być niewystarczająca i dla legalizacji działań lekarza wobec pacjenta małego dziecka konieczne będzie uzyskanie zezwolenia sądu opiekuńczego (art. 156 k.r.o.).

Wspólne wyrażanie zgody przedstawiciela ustawowego i małego dziecka. Jeżeli pacjent mały dziecko ukończył 16 lat (a nie ukończył 18 lat), wymagana jest zgoda przedstawiciela ustawowego oraz małego dziecka. Dodatkowa zgoda samego małego dziecka jest konieczną przesłanką podjęcia czynności medycznych dotyczących zarówno badań lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych (art. 17 ust. 1 u.p.p., a także art. 32 ust. 5 u.z.l.), jak i zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko (art. 18 ust. 1 u.p.p., a także art. 34 ust. 4 u.z.l.) oraz przyjęcia czy wypisania ze szpitala¹⁹. W przypadku badania zgodę może wyrazić również opiekun faktyczny (zamiast przedstawiciela ustawowego). Tym samym ustawa o prawach pacjenta przesądziła o wymogu zgody podwójnej, już wcześniej obowiązującej w relacjach pacjent – lekarz (i zawartej np. w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego czy w ustawie lekarskiej). Wprowadzone rozwiązanie jest wyrazem respektowania zasady, że „wola człowieka co do tego, co dzieje się z jego ciałem, powinna być respektowana jak najwcześniej, tj. gdy tylko osiągnie on stosowną do tego dojrzałość lub też odpowiednie rozeznanie”²⁰.

W praktyce może się pojawić rozbieżność decyzji małego dziecka i jego przedstawiciela ustawowego albo sprzeciw jednego i drugiego. Są to następujące sytuacje:

¹⁷ J. Marciniak, *Treść i sprawowanie opieki nad małym dzieckiem*, Warszawa 1975, s. 60.

¹⁸ M. Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny...*, s. 45–46.

¹⁹ M. Safjan, *Prawo i medycyna...*, s. 54–57.

²⁰ M. Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny...*, s. 63.

- 1) pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, sprzeciwia się podjęciu czynności medycznych, a przedstawiciel ustawowy się zgadza;
- 2) pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, wyraża zgodę na podjęcie czynności medycznych, a przedstawiciel ustawowy się sprzeciwia;
- 3) pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, jak również przedstawiciel ustawowy sprzeciwiają się podjęciu czynności medycznych.

W każdej z tych sytuacji podstawą legalizującą działanie lekarza będzie decyzja sądu opiekuńczego (art. 32 ust. 6 i art. 34 ust. 5 u.z.l.)²¹.

Możliwość zastąpienia zgody podmiotu, który wyraża swój sprzeciw, zgodą sądu opiekuńczego nazywa się w literaturze „przełamaniem sprzeciwu”. W doktrynie prawa nie ma jednoznacznego stanowiska co do oceny tego rozwiązania. Z jednej strony wskazuje się, że przyjęcie takiego rozwiązania sprawia, iż ochrona autonomii osób małoletnich, które ukończyły 16 lat, staje się fikcją. Omawiane rozwiązanie umożliwia podjęcie i wprowadzenie tym samym przymusu leczenia, nawet gdy nie chodzi o przypadek bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia²². Z drugiej strony pozytywnie ocenia się przyjęte rozwiązanie z uwagi na bezwzględny nakaz ochrony zdrowia i życia osób małoletnich.

Problem argumentacji przyjętego rozwiązania jest wciąż szczególnie aktualny z uwagi na kwestię religii Świadców Jehowy. Zwolennicy przełamania sprzeciwu pacjenta małoletniego w takich okolicznościach wysuwają następujące argumenty: „Dopóki (...) jest to wybór sumienia człowieka dorosłego, prawo winno mu szacunek. Jeśli takiego wyboru dokonuje małoletni, będący pod opieką i wpływem innej, dorosłej osoby, zadaniem prawa jest zapewnienie małoletniemu jeszcze jednej szansy do ponownej oceny sytuacji. Dlatego nie jest to wyraz pogardy dla autonomii, lecz przeciwnie, stanowi wyraz szacunku dla życia każdego człowieka”²³.

Uważam, że problem przełamania sprzeciwu osoby małoletniej powinien być rozstrzygany w praktyce *in case*, czyli w drodze oceny konkretnego przypadku, przy uwzględnieniu alternatywnych metod postępowania i rzetelnego informowania pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego.

3.2. Osoby ubezwłasnowolnione

Osoby ubezwłasnowolnione mogą być pozbawione zdolności do czynności prawnej (ubezwłasnowolnienie całkowite) bądź w tej zdolności ograniczone (ubezwłasno-

²¹ Na trudności natury etycznej tego rozwiązania zwraca uwagę Z. Marek, *Błąd medyczny*, Kraków 2007, s. 54.

²² A. Liszewska, *Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy*, PiP 1997/1, s. 35–37.

²³ I. Bernatek-Zagula, *Prawo pacjenta w Polsce do informacji medycznej...*, s. 73.

wolnienie częściowe). Ustawa o prawach pacjenta wprowadza w stosunku do osób częściowo ubezwłasnowolnionych jednakowe zasady wyrażania zgody zarówno co do badań i innych świadczeń zdrowotnych, jak i co do zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta wykonywania ich przez lekarza. Odnośnie do osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie prawo do wyrażania zgody na każdy rodzaj interwencji medycznej ma przedstawiciel ustawowy. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny (art. 17 ust. 2 u.p.p.).

Odrębną kwestią jest sprawa wyrażenia sprzeciwu przez osobę całkowicie ubezwłasnowolnioną. Ustawodawca, nie różnicując stopnia ubezwłasnowolnienia, każdej osobie ubezwłasnowolnionej „dysponującej dostatecznym rozeznaniem” przyznaje w ust. 3 art. 17 u.p.p. prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec przeprowadzenia którejkolwiek interwencji medycznej, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. A zatem jeżeli osoba całkowicie ubezwłasnowolniona będzie dysponowała dostatecznym rozeznaniem i wyrazi sprzeciw, wymagane będzie zezwolenie sądu opiekuńczego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego (art. 17 ust. 3 u.p.p.)²⁴.

Przedstawicielem ustawowym osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej jest opiekun. Zgodnie z art. 175 k.r.o. do opieki nad ubezwłasnowolnionym całkowicie stosuje się odpowiednio przepisy o piece nad małoletnim. Dlatego mają tu zastosowanie wszystkie zasady co do zakresu kompetencji opiekuna i nadzoru sądu opiekuńczego, jakie obowiązują przy opiece prawnym ustanowionym przez sąd dla osoby małoletniej (uwagi na ten temat poczyniono powyżej).

3.3. Osoby faktycznie niezdolne do świadomego wyrażenia zgody

Pacjentem niezdolnym do świadomego wyrażenia zgody może być osoba, której stan psychiczny lub/i fizyczny nie pozwala na wyrażenie zgody świadomej. Może być to zarówno osoba dysponująca pełną zdolnością do czynności prawnych (pełnoletnia), jak i osoba, która ukończyła lat 16, lub częściowo ubezwłasnowolniona. Osoba, która jest pełnoletnia i dysponuje pełną zdolnością do czynności prawnych, nie ma przedstawiciela ustawowego. Jeżeli jakieś osoby nie są w stanie wyrazić świadomej zgody, podjęcie wobec nich działań medycznych wymaga wystąpienia do sądu opiekuńczego o zezwolenie na podjęcie takich działań. Analogiczna sytuacja zachodzi względem osób chorych psychicznie lub upośledzonych umysłowo (ale nie ubezwłasnowolnio-

²⁴ Gdy osoba zdolna do działania z rozeznaniem wyraziła sprzeciw, bez względu na stanowisko przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego (ich zgody lub sprzeciwu) podjęcie interwencji medycznej będzie zależało wyłącznie od zgody sądu opiekuńczego.

nych), z tym jednak, że w sytuacji braku przedstawiciela ustawowego ustanowionego przez sąd opiekuńczy prawo wyrażenia zgody na badanie może wykonać opiekun faktyczny. Żaden przepis nie przewiduje dodatkowych uprawnień dla rodziny w sytuacji, gdy osoba hospitalizowana jest nieprzytomna²⁵.

Obecnie ani przepisy ustawy pielęgniarskiej, ani przepisy ustawy o prawach pacjenta nie zawierają wyraźnych rozwiązań prawnych co do udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę względem osób niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody. Jednak brak wyraźnych rozwiązań prawnych w omawianym zakresie nie oznacza niemożności udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę. Pielęgniarka ma prawo i obowiązek udzielenia pomocy pacjentowi niezdolnemu do świadomego wyrażenia zgody zarówno na podstawie zlecenia lekarskiego, jak i bez zlecenia lekarskiego w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzielaniu mogłaby stanowić stan nagłego zagrożenia zdrowotnego (art. 12 ust. 1 u.z.p.p.). Należy podkreślić, że personel szpitala jest zobowiązany zapewnić choremu nieprzytomnemu całkowitą opiekę, wyłączającą wyrządzenie sobie krzywdy²⁶.

4. Formy wyrażenia zgody na świadczenia zdrowotne

Pacjent może wyrazić zgodę lub sprzeciw na określone świadczenia zdrowotne z zachowaniem formy wymaganej w przepisach ustawy o prawach pacjenta. Formy wyrażania zgody i sprzeciwu zróżnicowano w zależności od kategorii interwencji medycznej.

4.1. Zgoda pisemna

Pacjent ma prawo do wyrażenia pisemnej zgody „w przypadku zabiegu operacyjnego” albo „zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko” (art. 18 ust. 1 u.p.p.). W przypadku zabiegu operacyjnego osoby wykonujące zawód medyczny mają obowiązek odebrania od pacjenta zgody w formie pisemnej na sam zabieg operacyjny, jak i czynności wykonywane „w przypadku zabiegu operacyjnego” – czyli konieczne do jego przeprowadzenia. Ustawodawca nie dokonuje kazuistycznej klasyfikacji, które zastosowane u pacjenta metody lecznicze lub diagnostyczne stwarzają dla niego podwyższone ryzyko. Tym samym pielęgniarka zamierzająca wykonać czynność medyczną należącą do jednej z tych dwóch kategorii bez zlecenia lekarskiego sama musi dokonać oceny tej czynności pod względem ryzyka.

²⁵ Wyrok NSA z 28.10.2010 r., II OSK 1729/09, LEX nr 746755.

²⁶ M. Nesterowicz, *Glosa do wyroku SN z dnia 19 listopada 1969 r., II CR 294/69*, „Prawo Medyczne” 2012/466.

Nasuwa się pytanie, jakie konsekwencje prawne niedochowania formy pisemnej w opisanych sytuacjach poniesie pielęgniarka? W ustawie o prawach pacjenta nie sprecyzowano co do zasady skutków niezachowania wymaganej formy wyrażenia zgody przez pacjenta. Natomiast w sytuacji sporu pomiędzy pielęgniarką a pacjentem na okoliczność wyrażenia lub nie zgody niezachowanie formy pisemnej dla wyrażenia zgody ma konsekwencje procesowe. Zgoda pacjenta jest przejawem woli podobnym do oświadczenia woli i w grę wchodzi ogólnie przepisy Kodeksu cywilnego. Tym samym pielęgniarka musi pamiętać, że zastrzeżenie formy pisemnej zgody bez rygору nieważności ma tylko ten skutek, że w razie jej niezachowania nie jest w sporze dopuszczalny dowód ze świadków ani dowód z przesłuchania stron na fakt dokonania czynności, przy czym zasada ta nie ma zastosowania, gdy zachowanie formy pisemnej jest zastrzeżone jedynie dla wywołania określonych skutków prawnych²⁷. Zgodnie z tym dowód ze świadków lub przesłuchanie stron są dopuszczalne tylko wtedy, gdy obie strony wyrażą na to zgodę albo fakt wyrażenia zgody będzie uprawdopodobniony za pomocą pisma. Wskazano, że takie stanowisko „zapewnia równowagę między potrzebą unikania zbytniego formalizmu a ochroną praw pacjenta”²⁸.

A zatem jeżeli pielęgniarka nie dopełniła ciążącego na niej obowiązku odebrania od pacjenta zgody w formie pisemnej na dane czynności medyczne, nie powoduje to nieważności zgody, a na pielęgniarkę będzie spoczywał obowiązek udowodnienia, że taka zgoda w innej formie została przez pacjenta wyrażona, ale przeprowadzenie tego postępowania dowodowego jest utrudnione z uwagi na postanowienia przepisu art. 74 k.c.²⁹

4.2. Zgoda ustna i dorozumiana

Pacjent może wyrazić zgodę na przeprowadzenie badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych ustnie lub poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo na brak takiej woli (art. 17 ust. 4 u.p.p.). A zatem do przeprowadzenia wszelkich świadczeń zdrowotnych niebędących zabiegiem operacyjnym lub niezakwalifikowanych jako interwencje stwarzające stan podwyższonego ryzyka wystarczy, że pacjent wyrazi zgodę ustnie lub w sposób dorozumiany (konkludentnie). Dorozumiane wyrażenie woli oznacza komunikowanie się przez samo zachowanie, które w konkretnej sytuacji wskazuje na chęć poddania się interwencji medycznej albo wyraża sprzeciw wobec przeprowadzenia takiej interwencji. Pacjent, zamiast ustnie wyartykułować zgodę (lub sprzeciw), powinien w inny sposób dać do zrozu-

²⁷ Stanowisko doktryny w tym przedmiocie prezentuje K. Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny...*, s. 78–84.

²⁸ K. Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny...*, s. 98.

²⁹ Wyrok SN z 11.04.2006 r., I CSK 191/05, OSNC 2007/1, poz. 18; wyrok SN z 16.05.2012 r., III CSK 227/11, LEX nr 1211885; wyrok SA w Warszawie z 19.02.2019 r., V ACa 119/18, LEX nr 2631472.

mienia, jaka jest jego wola. Wskazać można sytuacje, w których pomimo pozorów wyrażenia zgody nie ma ona faktycznie miejsca – brak sprzeciwu nie jest uznawany za zgodę, zaś podpis złożony w karcie choroby nie oznacza generalnej zgody na wszystkie możliwe zabiegi. Zwrócono nadto uwagę, że przy ograniczeniu się tylko do wymogu zgody dorozumianej istnieje zawsze możliwość, że wola pacjenta nie zostanie ujawniona w sposób dostateczny³⁰.

4.3. Zgoda domniemana

W niektórych przepisach prawa ustawodawca dopuszcza możliwość przyjęcia domniemania co do woli pacjenta. Wyjątki te nie powinny podlegać wykładni rozszerzającej. Należą do nich okoliczności opisane poniżej.

1. W sytuacji gdy u pacjenta przebywającego w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne nastąpi zgon, co do zasady zwłoki pacjenta mogą być poddane sekcji, w szczególności gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia. Jednocześnie żeby temu zapobiec, pacjent za życia lub jego przedstawiciel ustawowy może wyrazić sprzeciw wobec przeprowadzenia po jego śmierci sekcji zwłok (art. 31 ust. 2 u.dz.l.). Brak sprzeciwu oznacza istnienie zgody na ten rodzaj interwencji medycznej. Sprzeciw może być złożony w dowolnej formie, ustnej lub pisemnej. W takiej sytuacji ustawodawca wymaga stosownej adnotacji w dokumentacji medycznej i dołączenia do niej sprzeciwu pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego co do dokonania sekcji zwłok. Jest to przepis porządkowy, mający na celu jedynie odnotowanie w dokumentacji oświadczenia woli pacjenta (art. 31 ust. 3 u.dz.l.). Sprzeciw pacjenta wyrażony za życia lub przez jego przedstawiciela ustawowego jest bezskuteczny w przypadkach: 1) określonych w przepisach prawa karnego wykonawczego; 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny; 3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (art. 31 ust. 4 u.dz.l.).

2. Brak sprzeciwu za życia wobec pobierania tkanki lub narządu do przeszczepu *ex mortuo* (pośmiertnie) oznacza wyrażenie zgody na dokonanie takiej interwencji medycznej (art. 5 ust. 1 u.t.). Sprzeciw może być wyrażony na jeden z trzech sposobów (art. 6 ust. 1 u.t.): jako wpis w centralnym rejestrze zgłoszonych sprzeciwów, oświadczenie pisemne zaopatrzone we własnoręczny podpis oraz oświadczenie ustne złożone w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzone. W przypadku małoletniego lub innej osoby, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, sprzeciw może wyrazić za ich życia przedstawiciel ustawowy (art. 5 ust. 2 u.t.). W przypadku małoletniego powyżej lat 16 sprzeciw może wyrazić również sam małoletni; sprzeciw ten jest wystarczający nawet przy braku sprzeciwu ze strony

³⁰ Pogląd wyrażony przez SN w wyroku z 14.11.1972 r., I CR 463/72, z gloszą M. Nesterowicza.

przedstawiciela ustawowego. Jeżeli w imieniu osoby małoletniej dokonano sprzeciwu, to w chwili ukończenia przez nią 16 lat centrum sprzeciwu zawiadamia ją o tym, informując o możliwości jego podtrzymania lub odstąpienia od niego. Wpis sprzeciwu w centralnym rejestrze sprzeciwów można zgłaszać na formularzu, osobiście lub przesyłać pocztą na adres Poltransplantu. Formularz zgłoszenia znajduje się na stronie internetowej Poltransplantu lub w podmiocie leczniczym. Wpis następuje niezwłocznie po otrzymaniu zgłoszenia. Złożenie sprzeciwu w jednej z przewidzianych form jest wystarczające i skuteczne. Zgodnie z art. 10 u.t. obowiązek uzyskania informacji o złożonym przez osobę sprzeciwie spoczywa na lekarzu lub osobie przez niego upoważnionej. Należy sprawdzić, czy nie został zgłoszony sprzeciw w postaci wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów, ponadto – jeżeli to konieczne – ustalić istnienie sprzeciwu wyrażonego w dwóch pozostałych postaciach. Oznacza to, że ani potencjalny dawca za życia, ani jego osoby bliskie czy też świadkowie nie mają obowiązku dodatkowego dokumentowania sprzeciwu poprzez informowanie o nim lekarza³¹. Sprzeciw może być cofnięty w każdym czasie w formie pisemnego lub ustnego oświadczenia, złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków (art. 6 ust. 4 u.t.). Jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że zgon nastąpił w wyniku czynu zabronionego stanowiącego przestępstwo, pobrania komórek, tkanek i narządów można dokonać po uzyskaniu od właściwego prokuratora informacji, że nie wyraża sprzeciwu wobec zamiaru pobrania komórek, tkanek i narządów, a gdy postępowanie jest prowadzone przeciwko nieletniemu – po uzyskaniu stanowiska sądu rodzinnego (art. 8 ust. 1 u.t.). Do prokuratora lub sądu rodzinnego występuje kierownik podmiotu uprawnionego do dokonania pobrania albo lekarz przez niego upoważniony. Wystąpienie może być przekazane w każdym sposób, w szczególności za pomocą faksu czy środków komunikacji elektronicznej, jego treść może być także podana telefonicznie. Informację lub stanowisko o niewyrażeniu sprzeciwu prokurator lub sąd rodzinny niezwłocznie przekazuje występującemu na piśmie bądź za pomocą środków komunikacji elektronicznej, telefonicznie lub faksem. W takim przypadku powinny być one niezwłocznie potwierdzone na piśmie³².

4.4. Zgoda blankietowa

Zgoda blankietowa jest brakiem zgody. Ma to miejsce najczęściej wówczas, gdy pacjent formalnie wyraża ogólną zgodę na każde świadczenie zdrowotne, które w przyszłości może być zaproponowane, ale w chwili wyrażania takiej zgody nie wie, jakie to

³¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1.12.2006 r. w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze (Dz.U. Nr 228, poz. 1671). Wykładnia funkcjonalna i systemowa zdaje się przemawiać także za możliwością złożenia sprzeciwu częściowego. Dopuszczalność złożenia dodatkowych zastrzeżeń, wyłączających pewien zakres przedmiotowy, np. pobranie serca, nie została jednak wprost przewidziana w ustawie, należy przypuszczać, że wobec braku wyraźnego zapisu w prawie kwestię tę ostatecznie przesądzi orzecznictwo sądowe.

³² Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 30.10.2007 r. w sprawie sposobu i trybu uzyskiwania informacji od prokuratora lub stanowiska sądu rodzinnego o niewyrażeniu sprzeciwu na pobranie ze zwłok komórek, tkanek i narządów (Dz.U. Nr 210, poz. 1532).

będzie konkretne świadczenie. W praktyce przykładem takiej zgody są sformułowania w formularzach zgody, np.: „Zgadzam się na każde zaproponowane leczenie i jego modyfikację w zależności od mojego stanu zdrowia”. Wyraźnie trzeba podkreślić, że pacjent nie wyraża tu świadomej i swobodnej zgody na konkretne działanie medyczne. Ogólnikowe zapisy, na co pacjent wyraża zgodę, stanowią pozór wyrażenia zgody w sytuacji gdy nie ma ona faktycznie miejsca. Brak sprzeciwu nie jest równoznaczny ze zgodą, podpis złożony w dokumentacji medycznej nie oznacza generalnej zgody na wszystkie możliwe zabiegi. Podjęcie i wykonanie działania medycznego w oparciu o zgodę blankietową w obecnym stanie prawnym oznacza, że jest ono równoznaczne z działaniem bez zgody pacjenta.

Wyrażanie zgody przez pacjenta na poszczególne rodzaje świadczenia zdrowotne nie powinno pozostawiać nigdy żadnych wątpliwości. Jest to zabezpieczenie z jednej strony dla pacjenta, który ma prawo jednoznacznie potwierdzić swoją wolę, a z drugiej dla podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, który może udowodnić, że dana osoba udzieliła świadomej zgody na podjęcie konkretnego działania medycznego. Podjęcie czynności leczniczej bez zgody pacjenta jest czynem bezprawnym i stanowi przestępstwo w rozumieniu art. 192 § 1 k.k.

5. Uprawnienia pielęgniarki w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego

Przymus bezpośredni jest traktowany jako interwencja terapeutyczna służąca leczeniu chorego, a zwłaszcza pomocy w odzyskaniu przez niego zdolności do samokontroli, ale także w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta i otoczenia oraz wykonywania zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych³³. Okoliczności podejmowania przez pielęgniarkę decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego u pacjenta są ściśle uregulowane i czynności takie mogą być wykonywane tylko w granicach wyznaczonych prawem.

5.1. Osoby z zaburzeniami psychicznymi

5.1.1. Sytuacje uprawniające do zastosowania przymusu bezpośredniego

Przymus bezpośredni może być zastosowany wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przez które rozumie się osoby: a) chore psychicznie (wykazujące zaburzenia psychotyczne), b) upośledzone umysłowo, c) wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zabu-

³³ P. Gałęcki, K. Bobińska, K. Eichstaedt, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 2016, s. 124–125.

rzeń psychicznych, gdy osoby te wymagają świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym (art. 18 ust. 1 w zw. z art. 3 pkt 1 u.o.z.p.), przy wykonywaniu czynności przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego tylko wtedy, gdy przepis tej ustawy do tego upoważnia albo zachowanie tych osób odpowiada zachowaniom określonym w przepisach ustawy (art. 18 ust. 1 w zw. z art. 3 pkt 1 u.o.z.p.).

Przymus bezpośredni wobec pacjenta z zaburzeniami psychicznymi może być zastosowany, gdy pacjent podejmie działania, które zawierają w sobie rzeczywiste zagrożenie wywołania poważnych następstw. W świetle przepisów ustawy o ochronie zdrowia psychicznego ma to miejsce, gdy dana osoba³⁴:

- 1) dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu, usiłuje odebrać sobie życie, samouszkodzić się albo ujawnia gwałtowne pobudzenie ruchowe, prowadzące do niebezpiecznego wyniszczenia (np. w ostrych stanach delirium, stanach maniakałnych, katatonicznych lub dysforycznych);
- 2) dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu innych osób w formie np. czynnej agresji;
- 3) dopuszcza się zamachu przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu, tj. zagraża większej liczbie osób albo mieniu w znacznych rozmiarach, np. zachodzi realna możliwość spowodowania pożaru, eksplozji;
- 4) przejawia takie zachowanie, jak gwałtowne niszczenie lub uszkodzanie fizycznego otoczenia;
- 5) poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego dopuszcza ponadto stosowanie przymusu bezpośredniego w następujących okolicznościach:

- 1) przeprowadzenie badania psychiatrycznego bez zgody (art. 21 ust. 1 u.o.z.p.);
- 2) konieczność przewiezienia badanego pacjenta do szpitala (art. 21 ust. 3 u.o.z.p.);
- 3) przy wykonywaniu czynności przyjęcia do szpitala psychiatrycznego bez zgody (w trybie art. 32 w zw. z art. 23, 24 i 28 u.o.z.p.);
- 4) konieczność dokonania niezbędnych czynności leczniczych, mających na celu usunięcie przyczyn przyjęcia bez zgody (art. 34 u.o.z.p.);
- 5) zapobieżenie „samowolnemu opuszczaniu” szpitala psychiatrycznego w przypadku pacjenta przebywającego tam bez zgody (art. 34 u.o.z.p.);
- 6) wykonywanie postanowień sądu opiekuńczego (pacjent został skierowany do szpitala psychiatrycznego i zachodzi konieczność jego przymusowego doprowadzenia (art. 32 u.o.z.p.);

³⁴ S. Dąbrowski, J. Pietrzykowski, *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 1997, s. 111.

- 7) wykonywanie postanowień sądowych o przyjęciu do domu pomocy społecznej lub szpitala psychiatrycznego (art. 46a u.o.z.p.);
- 8) wystąpienie u osoby przebywającej w domu pomocy społecznej zachowań zagrażających jej życiu lub zdrowiu albo życiu lub zdrowiu innych osób w celu zapobieżenia opuszczeniu domu pomocy społecznej (art. 40 ust. 3 u.o.z.p.).

5.1.2. Formy stosowania przymusu

W ustawie o ochronie zdrowia psychicznego ustalono zamknięty katalog form stosowania przymusu bezpośredniego, co oznacza, że nie można stosować innych sposobów (art. 3 pkt 6 u.o.z.p.). Należą do nich:

- 1) przytrzymanie – doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej, np. zapobieżenie samowolnemu opuszczeniu oddziału;
- 2) przymusowe zastosowanie leków – doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby bez jej zgody;
- 3) unieruchomienie – dłużej trwające obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych;
- 4) izolacja – umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.

Zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia i izolacji wymaga zapewnienia uwarunkowań organizacyjnych, które zostały ustandaryzowane w drodze odpowiednich przepisów ustawy psychiatrycznej.

Umieszczenie osoby unieruchomionej w odpowiednim pomieszczeniu. Osobę, wobec której zastosowano przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, umieszcza się w pomieszczeniu jednoosobowym. W przypadku braku możliwości umieszczenia pacjenta w pomieszczeniu jednoosobowym osłania się ją od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu, zapewniając poszanowanie jej godności i intymności, w tym również przy wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych (art. 18d u.o.z.p.).

Pomieszczenia przeznaczone do izolacji. Przymus bezpośredni w formie izolacji jest stosowany w pomieszczeniu urządzonym w sposób zabezpieczający przed uszkodzeniem ciała osoby z zaburzeniami psychicznymi i odpowiadającym wymogom, jakie powinny spełniać pokoje łóżkowe w szpitalu psychiatrycznym lub w innym zakładzie leczniczym albo pokoje mieszkalne w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiająca stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności związanych z tym rodzajem środka przymusu bezpośredniego. Obraz z monitoringu pomieszczeń lub ich części przeznaczonych do celów sanitarnohigienicznych jest przekazywany w sposób uniemożliwiający

ukazywanie intymnych części ciała ludzkiego oraz intymnych czynności fizjologicznych. Monitorowanie i utrwalanie zapisu dźwięku nie może obejmować informacji objętych tajemnicą spowiedzi lub tajemnicą prawnie chronioną. Dane utrwalone za pomocą urządzeń monitorujących mogą być przetwarzane wyłącznie przez osoby posiadające pisemne upoważnienie wydane przez administratora danych, w szczególności sędziów oraz Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, w celu realizacji zadań określonych w ustawie. Osoby posiadające pisemne upoważnienie są zobowiązane do zachowania tych danych w tajemnicy. Zapis z monitoringu przechowywany jest przez okres co najmniej 12 miesięcy od dnia jego zarejestrowania, nie dłużej jednak niż przez 13 miesięcy od dnia jego zarejestrowania, o ile nie zostanie on zabezpieczony jako dowód w sprawie w przypadku toczącego się postępowania. Po upływie terminu przechowywania zapis usuwa się w sposób uniemożliwiający jego odzyskanie. Z usunięcia zapisu sporządza się protokół, w którym należy wskazać datę tej czynności oraz imię i nazwisko osoby, która dokonała usunięcia. Dopuszcza się niszczenie zapisu na urządzeniu monitorującym przez jego automatyczne nadpisanie w przypadku, gdy warunki techniczne tego urządzenia umożliwiają przechowywanie zapisu przez okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym (art. 18e u.o.z.p.).

Zastosowanie określonej formy przymusu bezpośredniego zostało ograniczone przepisami prawa, które wskazują, jaki rodzaj przymusu może zostać zastosowany w określonych sytuacjach (art. 18 ust. 6 u.o.z.p.). I tak:

- 1) przytrzymanie, przymusowe podanie leku, unieruchomienie albo izolacja mogą zostać zastosowane wobec osoby, która dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu albo innej osoby, przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu lub w sposób gwałtowny niszczy albo uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu;
- 2) przytrzymanie lub przymusowe podanie leku mogą zostać zastosowane wobec osoby, która poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej;
- 3) przytrzymanie lub unieruchomienie mogą zostać zastosowane w sytuacji, gdy przymus bezpośredni stosuje osoba inna niż lekarz (czyli pielęgniarka, ratownik medyczny – szczegółowe uwagi poniżej).

5.1.3. Podjęcie decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego i jej wykonanie

Do podjęcia decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zostały uprawnione opisane poniżej podmioty.

Lekarz. Obecna konstrukcja artykułu 18 ust. 2 u.o.z.p. wskazuje jednoznacznie, że decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego może podjąć każdy lekarz, nieza-

leżnie od miejsca wykonywania zawodu. W praktyce oznacza to, że lekarz może na podstawie art. 18 u.o.z.p. podjąć decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zarówno w psychiatrycznych, jak i niepsychiatrycznych podmiotach leczniczych.³⁵

Pielęgniarka. W szpitalach psychiatrycznych, innych zakładach leczniczych, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 u.o.z.p. (przewiezienie badanego bez zgody do szpitala) oraz art. 46a ust. 3 u.o.z.p. (przy wykonywaniu postanowień sądowych o przyjęciu do domu pomocy społecznej lub szpitala psychiatrycznego), jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza.

Kierujący akcją ratowniczą. Do stosowania przymusu bezpośredniego uprawniony jest kierujący akcją ratowniczą (art. 18 ust. 5 u.o.z.p.), czyli pielęgniarka lub ratownik medyczny (w rozumieniu art. 41 ustawy o PRM). Podjęcie takiej decyzji będzie możliwe jedynie w sytuacji, w której nie ma możliwości uzyskania natychmiastowej decyzji lekarza, w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 u.o.z.p. (przewiezienie badanego bez zgody do szpitala) oraz art. 46a ust. 3 u.o.z.p. (przy wykonywaniu postanowień sądowych o przyjęciu do domu pomocy społecznej lub szpitala psychiatrycznego). O zastosowaniu przymusu bezpośredniego kierujący akcją ratowniczą informuje dyspozytora medycznego. W takim wypadku może zostać zastosowane przytrzymanie i unieruchomienie. Przymus bezpośredni może być zastosowany przez czas niezbędny do uzyskania pomocy lekarskiej, a w przypadku gdy jej uzyskanie jest utrudnione, przez czas niezbędny do przewiezienia osoby do podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego. Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności zespołu ratownictwa medycznego (art. 18 ust. 7 u.o.z.p.).

Wykonanie decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego. W sytuacjach przewidzianych w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego lekarz, pielęgniarka czy ratownik medyczny (ale tylko kierujący akcją ratowniczą) podejmują decyzję o stosowaniu przymusu bezpośredniego i nadzorują jego stosowanie przez inne osoby. Przymus bezpośredni może być wykonywany wyłącznie przez osoby poinstruowane w zakresie okoliczności, zasad i sposobu jego stosowania. Za przekazanie instrukcji bezpośrednio odpowiada (art. 18c ust. 3 i 4 u.o.z.p.):

- 1) kierownik podmiotu leczniczego – dla osób zatrudnionych w kierowanym przez niego podmiocie leczniczym lub osób wykonujących w tym podmiocie działalność na podstawie zawartej umowy lub porozumienia;

³⁵ Wyrok WSA w Lublinie z 18.11.2010 r., III SA/Lu 316/10, LEX nr 757100.

- 2) kierownik jednostki organizacyjnej pomocy społecznej – dla osób zatrudnionych w kierowanej przez niego jednostce lub osób wykonujących w tej jednostce działalność na podstawie zawartej umowy lub porozumienia;
- 3) dysponent zespołów ratownictwa medycznego – dla osób wchodzących w skład zespołów ratownictwa medycznego.

Do udzielania lekarzowi, pielęgniarce lub kierującemu akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych pomocy na ich żądanie zobowiązane są jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, Policja, jednostki Służby Więziennej oraz Państwowa Straż Pożarna (art. 18 ust. 9 u.o.z.p.).

5.1.4. Zasady stosowania przymusu bezpośredniego

Zastosowanie przymusu bezpośredniego jest najbardziej drastyczną formą pogwałcenia nietykalności osobistej i cielesnej człowieka. Przepis określający zasady stosowania przymusu bezpośredniego jest szczególnie ważny, ponieważ przymus ten może być użyty w określonych okolicznościach wobec każdej osoby z zaburzeniami psychicznymi (art. 18a u.o.z.p.). Osoby uprawnione osobiście do stosowania przymusu bezpośredniego muszą wobec pacjenta zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro i bezpieczeństwo zdrowotne. Techniki obezwładniania pacjenta nie mogą doprowadzić do naruszenia jego godności i intymności (art. 12 u.o.z.p.). Przy wyborze środka przymusu należy kierować się dobrem pacjenta, wybierając środek najmniej dla niego uciążliwy (art. 12 u.o.z.p.)³⁶. Zastosowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić z użyciem więcej niż jednego środka spośród dopuszczonych przepisami prawa. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego pacjenta należy uprzedzić, jaki środek zostanie względem jego osoby zastosowany, jakie są tego powody i cele. W przypadku, w którym osoba z zaburzeniami psychicznymi, z uwagi na jej stan, jest niezdolna do zrozumienia przekazywanych jej informacji, w dokumentacji medycznej odnotowuje się przyczynę odstąpienia od uprzedzenia tej osoby o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego.

5.1.5. Bezpieczeństwo i ciągły nadzór pacjenta oraz czas trwania unieruchomienia i izolacji

Osobie z zaburzeniami psychicznymi, wobec której jest stosowany przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji, należy odebrać przedmioty, które mogą

³⁶ Ocena uciążliwości środków stosowanych w ramach przymusu bezpośredniego w literaturze jest różna, niektórzy przyjmują, że stosowanie leków jest bardziej ograniczające niż izolacja lub unieruchomienie, jednakże większość zgadza się z poglądem, że środkiem najbardziej uciążliwym jest unieruchomienie, mniej izolacja, a najmniej – przymusowe leczenie farmakologiczne.

być niebezpieczne dla życia lub zdrowia tej osoby albo innych osób, w szczególności: przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła i źródła ognia.

Czas trwania unieruchomienia lub izolacji pacjenta podlega następującym zasadom:

1. Przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania.
2. Zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz zleca na czas nie dłuższy niż cztery godziny.
3. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, zawiadamiając o tym niezwłocznie lekarza.
4. W przypadku gdy ustanie przyczyna zastosowania przymusu bezpośredniego i nadal nie jest możliwe uzyskanie decyzji lekarza, decyzję o zaprzestaniu stosowania przymusu bezpośredniego podejmuje pielęgniarka.
5. Lekarz, po uzyskaniu zawiadomienia o zastosowaniu przymusu przez pielęgniarkę, przeprowadza badanie osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę albo nakazuje zaprzestanie jego stosowania.
6. Lekarz, po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na następne dwa okresy, z których każdy nie może trwać dłużej niż sześć godzin.
7. Po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie jego stosowania na kolejne okresy, z których każdy nie może być dłuższy niż sześć godzin, jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza psychiatrę.
8. Przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na każdy z kolejnych okresów wymaga uzyskania opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą.
9. Po upływie 24 godzin stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz powiadamia o jego stosowaniu ordynatora (lekarza kierującego oddziałem albo jednostką lub komórką organizacyjną, w której zastosowano przymus bezpośredni).
10. Pielęgniarka może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej (art. 18b u.o.z.p.) w przypadku braku możliwości uzyskania zlecenia lekarza w formie unieruchomienia lub izolacji na okres nie dłuższy niż cztery godziny. Maksymalny czas stosowania wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji nie może przekroczyć ośmiu godzin. Dalsze przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w tych formach jest dopuszczalne jedynie w warunkach szpitalnych. O przewiezieniu osoby z zaburzeniami

psychicznymi do szpitala psychiatrycznego kierownik jednostki organizacyjnej pomocy społecznej powiadamia przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego tej osoby.

Stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej kontroluje pielęgniarka nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby. Ocena stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej obejmuje informacje dotyczące zachowania, w tym przyjęcia posiłku oraz płynu, snu, a także parametrów wskazanych do oceny na podstawie decyzji lekarza nadzorującego lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych (§ 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21.12.2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi³⁷).

5.1.6. Obowiązek odnotowania zastosowania przymusu bezpośredniego

Lekarz, pielęgniarka i ratownik medyczny mają obowiązek odnotowania każdego przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej.

W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zamieszcza się w prowadzonym przez kierownika tej jednostki rejestrze przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego zawierającym następujące dane: 1) imię i nazwisko osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni; 2) imię i nazwisko zlecającego zastosowanie przymusu bezpośredniego oraz osób wykonujących jego stosowanie; 3) zastosowany rodzaj środka przymusu bezpośredniego; 4) opis przyczyn zastosowania przymusu bezpośredniego; 5) czas trwania przymusu bezpośredniego (data i godzina rozpoczęcia i zakończenia jego stosowania); 6) przebieg stosowania przymusu bezpośredniego, w tym informację o skutkach jego stosowania dla zdrowia osoby, wobec której został zastosowany.

5.1.7. Stosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę w „innych zakładach leczniczych”

Przez wiele lat istniały poważne wątpliwości natury prawnej, czy pielęgniarka może zastosować unieruchomienie pacjenta w oddziałach opieki niepsychiatrycznej. Wskazuje się, że niektórzy pacjenci na skutek schorzeń somatycznych znajdują się w stanie psychicznym uniemożliwiającym kontrolowanie swojego zachowania (np. wstrząs anafilaktyczny, niedotlenienie mózgu, choroba Alzheimera, których konse-

³⁷ Dz.U. poz. 2459.

kwencjami są m.in. stany zakłócenia czynności psychicznych), dlatego konieczne jest podejmowanie działań zapewniających bezpieczeństwo.

Ustawodawca wprowadził istotną zmianę w ust. 2 art. 18 u.o.z.p. i obecnie nie ma już wątpliwości, że pielęgniarka może podjąć decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego i nadzoruje osobiście jego wykonanie w innych zakładach leczniczych niż szpital psychiatryczny czy w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza. Pielęgniarka jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. W kontekście tego przepisu warto wskazać na kilka istotnych kwestii.

Po pierwsze, zakres podmiotowy osób, wobec których może być stosowany przymus bezpośredni został ujęty szeroko i nie dotyczy tylko osób chorych psychicznie (wykazujących zaburzenia psychiczne), ale może również dotyczyć osób upośledzonych umysłowo czy wykazujących inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, gdy osoby te wymagają świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

Zakres pojęcia „osoby wykazujące inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych” z art. 3 pkt 1 lit. c u.o.z.p. jest bardzo szeroki. Odpowiada on zaburzeniom nerwicowym, zaburzeniom osobowości i innym niepsychotycznym zaburzeniom psychicznym, w których dominują objawy homonomiczne³⁸. Do tych zaburzeń zalicza się także m.in. zaburzenia niepsychotyczne związane ze zmianami organicznymi ośrodkowego układu nerwowego, jak np. zespół pourazowy czy czynniki psychicznie istotne dla niektórych chorób somatycznych (astma, wrzód żołądka i inne). W takiej sytuacji pierwotną przyczyną hospitalizacji pacjenta jest choroba somatyczna, a wtórnie pojawiły się „inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych”.

Po drugie: „Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te: 1) dopuszczają się zamachu przeciwko: a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej” (art. 18 ust. 1 u.o.z.p.). Z brzmienia zacytowanego

³⁸ T. Millon i in., *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*, Warszawa 2005, s. 4–5.

przepisu wynika, że przymus bezpośredni może być użyty w określonych okolicznościach wobec każdej osoby z zaburzeniami psychicznymi (art. 18 ust. 1 u.o.z.p.). Może on być stosowany zarówno w szpitalu psychiatrycznym³⁹, w czasie udzielania pomocy przez zespół ratownictwa medycznego i w domu pomocy społecznej, jak i w innych podmiotach leczniczych, np. na oddziale chorób wewnętrznych. Tym samym przymus bezpośredni może być stosowany jako ochrona osoby z zaburzeniami psychicznymi przed bezpośrednim zagrożeniem zdrowia lub życia własnego lub innych osób oraz jako swoista technika terapeutyczna z określonymi wskazaniami, przeciwwskazaniami i niepożądanymi następstwami. Granice między tymi celami postępowania mogą być często trudne do ustalenia.

Po trzecie, zwrot „przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy” oznacza niedopuszczalność stosowania przymusu bezpośredniego w innych celach, np. dla wygody personelu w przypadku osób uciążliwych czy natrętnych. Natomiast nie można tego zwrotu tłumaczyć jako wykonywania czynności tylko w podmiotach klasyfikowanych do opieki psychiatrycznej, ponieważ uregulowania o przymusie bezpośrednim są zawarte w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego. W ocenie, czy zachodzą przesłanki stosowania przymusu bezpośredniego, chodzi nie tyle o miejsce jego zastosowania (psychiatryczny podmiot leczniczy), ile o pacjentów, co do których zachodzą przesłanki określone w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, a którzy przebywają w innych podmiotach leczniczych.

Po czwarte: „O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W szpitalach psychiatrycznych, innych zakładach leczniczych, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej” (art. 18 ust. 2 u.o.z.p.).

Zastosowanie przymusu bezpośredniego w omawianych okolicznościach zobowiązuje lekarza i pielęgniarkę do odpowiedniego przestrzegania ustawowych procedur omówionych powyżej (zasada stosowania przymusu bezpośredniego, bezpieczeń-

³⁹ Szpital psychiatryczny rozumiany jest jako: a) oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym, b) klinika psychiatryczna, c) sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi, d) inny zakład leczniczego podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawujący całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje oraz dom pomocy społecznej lub środowiskowy dom samopomocy; odnosi się to również do wszelkich form pomocy instytucjonalnej dla osób (art. 3 pkt 2 u.o.z.p.).

stwo i ciągły nadzór pacjenta, czas trwania unieruchomienia i izolacji, obowiązek odnotowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz kontrola następcza zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego).

5.1.8. Kontrola następcza zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego

Zastosowany przymus bezpośredni podlega kontroli następczej. Kontrolę taką sprawują:

- 1) lekarz – nad zastosowanym przez pielęgniarkę przymusem bezpośrednim w szpitalu psychiatrycznym, kiedy nie było możliwe uzyskanie decyzji lekarza. Pielęgniarka ma obowiązek powiadomienia lekarza o zastosowanym przymusie bezpośrednim niezwłocznie po jego zastosowaniu. Decyzja pielęgniarki powinna podlegać bezzwłocznej weryfikacji przez lekarza. W razie stwierdzenia przez lekarza bezzasadności zastosowania środka przymusu, powinien on natychmiast wydać dyspozycję dotyczącą zaniechania dalszego stosowania środka przymusu bezpośredniego wobec pacjenta (art. 18 ust. 2 i 4 u.o.z.p.);
- 2) lekarz upoważniony przez marszałka województwa – sprawuje kontrolę nad stosowaniem przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Kontrola ma na celu zbadanie zasadności stosowania przymusu bezpośredniego, sprawuje ją upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii⁴⁰. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego powinna zostać oceniona w terminie trzech dni (art. 18 ust. 10 pkt 2 u.o.z.p.).

Ocenę zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego lekarz przeprowadza na podstawie karty zastosowania przymusu bezpośredniego oraz innej przekazanej dokumentacji medycznej, jeżeli zawarte w niej wpisy mają znaczenie dla zastosowanego przymusu bezpośredniego, uwzględniając przy ocenie omówione powyżej wymagania oraz aktualny stan wiedzy medycznej (§ 5 ust. 1 rozporządzenia w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi). Ocena zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego obejmuje (§ 5 ust. 2 rozporządzenia):

- 1) ocenę istnienia podstawy prawnej i faktycznej do podjęcia decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego;
- 2) ocenę zasadności zastosowanego rodzaju środka przymusu bezpośredniego;
- 3) ocenę prawidłowości zastosowanej procedury dla danego rodzaju przymusu bezpośredniego oraz jej przeprowadzenia, w tym zasadność czasu stosowania poszczególnych środków przymusu bezpośredniego o charakterze ciągłym;

⁴⁰ Wzór zawiadomienia stanowią załączniki nr 2 i 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21.12.2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi.

- 4) ocenę sposobu działania w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta – jeżeli dotyczy;
- 5) ocenę prawidłowego udokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego.

Lekarz zamieszcza ocenę zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego w karcie zastosowania przymusu bezpośredniego. Karta zastosowania przymusu bezpośredniego oraz ocena stanu fizycznego osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej stanowią załączniki do indywidualnej dokumentacji medycznej osoby, wobec której zastosowano przymus bezpośredni (§ 6 rozporządzenia w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi).

5.2. Przymus bezpośredni w zakresie zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

Przymus bezpośredni może być także zastosowany wobec osoby, która nie poddaje się obowiązkowi szczepienia, badaniom sanitarno-epidemiologicznym, zabiegom sanitarnym, kwarantannie lub izolacji, a u której podejrzewa się lub rozpoznano chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób, może być zastosowany środek (art. 36 u.ch.z.). O zastosowaniu bądź zaprzestaniu stosowania środka przymusu bezpośredniego decyduje lekarz lub felczer udzielający pomocy danej osobie, natomiast nie przewidziano tu takiego uprawnienia dla pielęgniarki.

Przymus bezpośredni może polegać na przytrzymywaniu, unieruchomieniu lub przymusowym podaniu leków. Przymusowe unieruchomienie może być stosowane nie dłużej niż cztery godziny. W razie potrzeby stosowanie tego przymusu może być przedłużone na następne okresy sześciogodzinne, przy czym nie dłużej niż na dwadzieścia cztery godziny łącznie. Przytrzymywanie jest doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniem osoby z użyciem siły fizycznej. Unieruchomienie jest dłużej trwającym obezwładnieniem osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa. Przymusowe podanie leku jest doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniem leków do organizmu osoby bez jej zgody. Przed jego zastosowaniem uprzedza się o tym osobę, wobec której środek przymusu bezpośredniego ma być zastosowany.

Przy ustalaniu środka przymusu bezpośredniego należy wybierać środek możliwie najmniej uciążliwy dla tej osoby. Ponadto przy stosowaniu środka przymusu bezpośredniego należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby. Fakt uprzedzenia pacjenta o zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego, jak również każdy przypadek jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej. Przy

stosowaniu środka przymusu bezpośredniego lekarz lub felczer może zwrócić się do Policji, Straży Granicznej lub Żandarmerii Wojskowej o pomoc w zastosowaniu tego środka. Udzielenie pomocy następuje pod warunkiem wyposażenia funkcjonariuszy lub żołnierzy w środki chroniące przed chorobami zakaźnymi przez tego lekarza lub felczera.

6. Zatrzymanie pacjenta w podmiocie leczniczym

Ustawa o działalności leczniczej przewiduje możliwość zatrzymania pacjenta w podmiocie leczniczym, pomimo żądania jego wypisania przez przedstawiciela ustawowego w okolicznościach, gdy pacjent przebywa w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne i z uwagi na stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 29 ust. 2 u.dz.l.), a zatem kontynuowania udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym, rehabilitacji leczniczej czy w hospicjum. Pacjent może wymagać z uwagi na swój stan zdrowia udzielania m.in. profesjonalnych pielęgniarских świadczeń zdrowotnych, a zaniechanie ich udzielenia w takim podmiocie stanowi zagrożenie dla zdrowia pacjenta. W takich okolicznościach do czasu rozstrzygnięcia sprawy przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy pacjent przebywa w podmiocie leczniczym. Właściwy sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania z podmiotu leczniczego i przyczynach odmowy (art. 29 ust. 2 i 3 u.dz.l.).

7. Szczepienia ochronne

Obowiązek szczepień ochronnych spoczywa na każdej osobie przybywającej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 5 ust. 1 u.ch.z.), natomiast nie dotyczy osób przebywających na terytorium naszego kraju przez okres krótszy niż trzy miesiące, z wyjątkiem szczepień poeksplozyjnych (art. 17 ust. 1a u.ch.z.).

Profilaktyka przed chorobami epidemicznymi jest konstytucyjnym obowiązkiem władz publicznych (art. 68 ust. 4 Konstytucji RP). Realizację tego obowiązku konkretyzują przepisy ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi zamieszczone w rozdziale 4, poświęconym szczepieniom ochronnym, a obowiązki ustawowe rozwinęły przepisy wykonawcze zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 18.08.2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych⁴¹. Rozporządzenie to określiło wiek i grupy osób objętych obowiązkiem szczepień, kwalifikacje osób przeprowadzających szczepienia i sposób prowadzenia szczepienia

⁴¹ Dz.U. z 2018 r. poz. 753 ze zm.

oraz szczegółowe zasady dotyczące prowadzenia dokumentacji i sprawozdawczości ze szczepień z podaniem form, rodzajów, wzorów, terminów i sposobu obiegu dokumentów. W ramach realizacji tego obowiązku państwo opracowuje Program Szczepień Ochronnych, który rokrocznie jest modyfikowany stosownie do aktualnej sytuacji epidemiologicznej (§ 5 rozporządzenia w sprawie obowiązkowych szczepień).

Szczepienie ochronne jest wyodrębnionym z zakresu ogólnego udzielania świadczeń zdrowotnych przedmiotem działalności, służącym wykonaniu zadań określonych przez władze publiczną, mających za przedmiot podejmowanie działań przeciwepidemicznych i zapobiegawczych w celu unieszkodliwienia źródeł zakażenia, przecięcia dróg szerzenia się zakażeń i chorób zakaźnych oraz uodpornienia osób podatnych na zakażenie.

Prawo pacjenta do wyrażania zgody na szczepienia ochronne podlega tu swoistemu ograniczeniu w interesie publicznym. Przyjmuje się, że czym innym jest odmowa lub wyrażenie zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez pacjenta, a czym innym poddanie dziecka ustawowemu obowiązkowi szczepień ochronnych⁴². Ustawowy obowiązek szczepień ochronnych oznacza niedopuszczalność korzystania z tzw. klauzuli sumienia, tj. uprawnienia pacjenta do odmowy poddania się świadczeniu zdrowotnemu z powołaniem się na art. 16 w zw. z art. 15 u.p.p.⁴³, ponieważ obowiązek poddawania się szczepieniom ochronnym jest przedmiotem regulacji ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁴⁴. Ustawa ta nie przewiduje prawa pacjenta do odmowy wyrażenia zgody na szczepienie ochronne, wręcz odmiennie – statuuje ogólny obowiązek poddania się szczepieniom ochronnym. Jedynie w sytuacji wskazań lekarskich, gdy lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia, lekarz kieruje osobę objętą obowiązkiem do konsultacji specjalistycznej (art. 17 ust. 5 ustawy). Oznacza to, że ustawa z 5.12.2008 r. stanowi *lex specialis* w zakresie możliwości odmowy poddania się szczepieniu ochronnemu w stosunku do ustawy o prawach pacjenta⁴⁵. Obowiązek poddania dziecka szczepieniu ochronnemu jest bezpośrednio wykonalny. Uchybienie przez rodziców temu obowiązkowi powoduje konieczność wszczęcia postępowania egzekucyjnego, którego rezultatem będzie poddanie dziecka szczepieniu ochronnemu⁴⁶.

⁴² Wyrok WSA w Warszawie z 26.04.2019 r., VII SA/Wa 2239/18, LEX nr 2687244.

⁴³ Jak trafnie wskazuje się w orzecznictwie, art. 16 u.p.p. znajduje zastosowanie, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej (art. 15 u.p.p.), por. m.in. wyrok WSA w Warszawie z 10.02.2017 r., VII SA/Wa 819/16, LEX nr 2252052.

⁴⁴ Wyrok WSA w Warszawie z 31.05.2019 r., VII SA/Wa 2814/18, LEX nr 2687383.

⁴⁵ Por. wyrok NSA z 17.04.2014 r., II OSK 338/13, LEX nr 1519377; wyrok WSA w Warszawie z 10.02.2017 r., VII SA/Wa 819/16.

⁴⁶ Wyrok WSA w Warszawie z 26.04.2019 r., VII SA/Wa 2240/18, LEX nr 2687020.

Obowiązek poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw (§ 2 i 3 rozporządzenia w sprawie obowiązkowych szczepień):

- 1) błonicy obejmuje:
 - a) dzieci i młodzież od 7. tygodnia życia do ukończenia 19. roku życia,
 - b) osoby ze stycznością z chorymi na błonicę;
- 2) gruźlicy obejmuje dzieci i młodzież od dnia urodzenia do ukończenia 15. roku życia;
- 3) inwazyjnemu zakażeniu *Haemophilus influenzae* typu b obejmuje dzieci od 7. tygodnia życia do ukończenia 6. roku życia;
- 4) inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae* obejmuje dzieci i młodzież od 2. miesiąca życia do ukończenia 19. roku życia;
- 5) krztuścowi obejmuje dzieci i młodzież od 7. tygodnia życia do ukończenia 19. roku życia;
- 6) nagminnemu zakażeniu przyusznic (śwince) obejmuje dzieci i młodzież od 13. miesiąca życia do ukończenia 19. roku życia;
- 7) odrze obejmuje dzieci i młodzież od 13. miesiąca życia do ukończenia 19. roku życia;
- 8) ospie wietrznej obejmuje:
 - a) dzieci do ukończenia 12. roku życia;
 - b) z upośledzeniem odporności o wysokim ryzyku ciężkiego przebiegu choroby,
 - c) z ostrą białaczką limfoblastyczną w okresie remisji,
 - d) zakażone HIV,
 - e) przed leczeniem immunosupresyjnym lub chemioterapią,
 - f) dzieci do ukończenia 12. roku życia z otoczenia osób określonych w lit. a, które nie chorowały na ospę wietrzną,
 - g) dzieci do ukończenia 12. roku życia, inne niż wymienione w lit. a i b, przebywające w:
 - zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych,
 - zakładach opiekuńczo-leczniczych,
 - rodzinnych domach dziecka,
 - domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży,
 - domach pomocy społecznej,
 - placówkach opiekuńczo-wychowawczych,
 - regionalnych placówkach opiekuńczo-terapeutycznych,
 - interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych,
 - h) dzieci, inne niż wymienione w lit. a–c, przebywające w żłobkach lub klubach dziecięcych;
- 9) ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (poliomyelitis) obejmuje dzieci i młodzież od 7. tygodnia życia do ukończenia 19. roku życia;
- 10) różyczce obejmuje dzieci i młodzież od 13. miesiąca życia do ukończenia 19. roku życia;

- 11) tężcowi obejmuje:
 - a) dzieci i młodzież od 7. tygodnia życia do ukończenia 19. roku życia,
 - b) osoby zranione, narażone na zakażenie;
- 12) wirusowemu zapaleniu wątroby typu B obejmuje:
 - a) dzieci i młodzież od dnia urodzenia do ukończenia 19. roku życia,
 - b) uczniów szkół medycznych lub innych szkół prowadzących kształcenie na kierunkach medycznych, którzy nie byli szczepieni przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,
 - c) studentów uczelni medycznych lub innych uczelni, prowadzących kształcenie na kierunkach medycznych, którzy nie byli szczepieni przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,
 - d) osoby szczególnie narażone na zakażenie w wyniku styczności z osobą zakażoną wirusem zapalenia wątroby typu B, które nie były szczepione przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,
 - e) osoby zakażone wirusem zapalenia wątroby typu C,
 - f) osoby wykonujące zawód medyczny narażone na zakażenie, które nie były szczepione przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,
 - g) osoby w fazie zaawansowanej choroby nerek z filtracją kłębuszkową poniżej 30 ml/min oraz osoby dializowane;
- 13) wścieklicznie obejmuje osoby mające styczność ze zwierzęciem chorym na wścieklicznę lub podejrzanym o zakażenie wirusem wściekliczny.

Od poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym są zwolnione osoby, które wcześniej poddały się obowiązkowym szczepieniom ochronnym w zakresie wymaganym w rozporządzeniu i posiadają potwierdzającą to dokumentację, pod warunkiem że od wykonania obowiązkowych szczepień ochronnych minął okres nie dłuższy od okresu utrzymywania się odporności.

Wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego jest poprzedzone lekarskim badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego. Po przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym lekarz wydaje zaświadczenie ze wskazaniem daty i godziny przeprowadzonego badania. Obowiązkowego szczepienia ochronnego nie można przeprowadzić, jeżeli między lekarskim badaniem kwalifikacyjnym przeprowadzonym w celu wykluczenia przeciwwskazań do szczepienia a tym szczepieniem upłynęły 24 godziny od daty i godziny wskazanej w zaświadczeniu. W przypadku gdy lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego, lekarz kieruje osobę objętą obowiązkiem szczepienia ochronnego do konsultacji specjalistycznej (art. 17 ust. 2–5 u.ch.z.).

Do obowiązków lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną należy powiadomienie osoby obowiązanej do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub osoby sprawującej pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo

opiekuna faktycznego o obowiązku poddania się tym szczepieniom, a także poinformowanie o szczepieniach zalecanych (art. 17 ust. 9 u.ch.z.).

Wykonywanie obowiązkowych szczepień ochronnych oprócz pielęgniarki może przeprowadzać lekarz, felczer, położna i higienistki szkolne.

Pielęgniarka przeprowadza obowiązkowe szczepienie ochronne, jeżeli odbyła w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskała dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskała specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej, lub posiada co najmniej sześciomiesięczną praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych (art. 17 ust. 6 u.ch.z. w zw. z § 6 rozporządzenia w sprawie obowiązkowych szczepień).

Badanie kwalifikacyjne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne, w odniesieniu do dzieci, które nie ukończyły 6 lat, przeprowadza się w obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. Natomiast w sytuacji gdy dziecko skończyło lat 6, a nie skończyło lat 18, ustawodawca dopuszcza możliwość przeprowadzenia zarówno badania kwalifikacyjnego, jak i szczepienia ochronnego, bez obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, ale pod warunkiem uzyskania ich uprzedniej pisemnej zgody i informacji na temat uwarunkowań zdrowotnych mogących stanowić przeciwwskazanie do szczepień (§ 7 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie obowiązkowych szczepień). Istotne jest także, że zarówno badanie kwalifikacyjne, jak i szczepienie ochronne może być wykonane indywidualnie (§ 7 pkt 3 rozporządzenia), zgodnie z prawem każdego pacjenta, czyli także dziecka, w trakcie wykonywania tych świadczeń może być obecna osoba bliska oraz tylko personel medyczny niezbędny do wykonania świadczeń (art. 21 ust. 1 i art. 22 ust. 2 u.p.p.). Niedopuszczalne jest zbiorowe przyjmowanie dzieci.

Pielęgniarka przeprowadzająca szczepienia ochronne: 1) prowadzi dokumentację medyczną dotyczącą obowiązkowych szczepień ochronnych, w tym przechowuje karty uodpornienia oraz dokonuje wpisów potwierdzających wykonanie szczepienia; 2) sporządza sprawozdania z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych oraz sprawozdania ze stanu zaszczepienia osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną, które przekazuje państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu (art. 17 ust. 8 u.ch.z., § 9 ust. 1 rozporządzenia w sprawie obowiązkowych szczepień). W przypadku gdy osoba obowiązana do poddania się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu lub osoba, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą, albo opiekun faktyczny przedstawi zaświadczenie lekarskie o wykonaniu obowiązkowego szczepienia ochronnego lub szczepienia zalecanego w zakresie wymaganym w ramach obowiązkowych szczepień ochronnych, pielęgniarka (lub inna osoba przeprowadzająca szczepienia ochronne) odnotowują w karcie uodpornienia wykonanie obowiąz-

kowego szczepienia ochronnego oraz dołączają do karty uodpornienia przedstawione zaświadczenie (§ 9 ust. 2 rozporządzenia w sprawie obowiązkowych szczepień).

Wpisów w karcie uodpornienia oraz książeczce szczepień dokonuje się czytelnym piśmem odręcznym w odpowiednich częściach dokumentów, bezpośrednio po wykonaniu lub niewykonaniu szczepienia ochronnego. Wpisu błędnego nie usuwa się; dodaje się adnotację o przyczynie błędu oraz datę i podpis osoby dokonującej adnotacji (§ 9 rozporządzenia w sprawie obowiązkowych szczepień). Karty uodpornienia są przechowywane w kartotece w sposób umożliwiający wyszukiwanie osób podlegających obowiązkowym szczepieniom ochronnym. W przypadku konieczności przekazania karty uodpornienia przekazuje się ją za pokwitowaniem osobie przeprowadzającej obowiązkowe szczepienie ochronne (§ 10 rozporządzenia w sprawie obowiązkowych szczepień).

Osoba wystawiająca zaświadczenie o żywym urodzeniu dziecka ma obowiązek założenia karty uodpornienia oraz książeczki szczepień dziecka (art. 17 ust. 7 u.ch.z.). Osoba wystawiająca zaświadczenie o urodzeniu żywym, która założyła książeczkę szczepień, przekazuje ją za pokwitowaniem osobie obowiązanej do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub osobie sprawującej prawną pieczę nad tą osobą albo opiekunowi faktycznemu. W przypadku zagubienia lub zniszczenia książeczki szczepień osoby przeprowadzające obowiązkowe szczepienie ochronne wydają na podstawie posiadanej karty uodpornienia duplikat książeczki szczepień (§ 11 rozporządzenia w sprawie obowiązkowych szczepień).

Warto także podkreślić, że w przypadku stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemiologicznego na obszarze całego kraju lub na obszarze obejmującym tereny należące do więcej niż jednego województwa, minister właściwy do spraw zdrowia lub wojewoda mogą nałożyć obowiązek szczepień ochronnych koniecznych z uwagi na stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii (art. 46 ust. 3 u.ch.z.). O konieczności poddania się obowiązkowym szczepieniom w tych okolicznościach wojewoda ma obowiązek poinformowania obywateli w sposób zwyczajowo przyjęty na danym terenie. Dodatkowo w przypadku wystąpienia stanu zagrożenia epidemiologicznego i stanu epidemii minister może również wprowadzić jednolite procedury postępowania w celu ich zwalczania.

8. Podsumowanie

1. Zarówno zgoda, jak również sprzeciw pacjenta muszą być ujawnione w sposób wyraźny i obejmować poszczególne fazy udzielania świadczenia zdrowotnego: badanie, diagnostykę, leczenie, pielęgnację, rehabilitację i postępowanie po zakończeniu postępowania terapeutycznego.
2. Zgoda przedstawiciela ustawowego (tj. rodziców, opiekuna prawnego) stanowi w takich sytuacjach zasadę i generalną regułę postępowania medycznego.

3. Opiekun faktyczny może wyrazić zgodę za małoletniego wyłącznie na badanie. Natomiast powinien być wysłuchany przez sąd opiekuńczy przy podjęciu decyzji w przedmiocie poddania małoletniego pozostałym interwencjom medycznym, gdyby zachodziła konieczność przeprowadzenia takiej interwencji, a nie było możliwości skontaktowania się z jego przedstawicielem ustawowym⁴⁷.
4. Pielęgniarka ma prawo odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli nie zachodzi przymus ustawowy udzielenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.
5. Udzielanie przez pielęgniarkę świadczeń zdrowotnych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego wymaga uzyskania od pacjenta świadomej i swobodnej zgody na te świadczenia, co wiąże się z przekazaniem mu wyczerpujących informacji.
6. Lekarz może podjąć decyzję o zastosowaniu każdej formy przymusu bezpośredniego, zarówno w szpitalu psychiatrycznym, domu pomocy społecznej, jak i poza takimi zakładami.
7. Pielęgniarka może podjąć samodzielną decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego tylko w postaci przytrzymania lub unieruchomienia wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, ale tylko jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza w szpitalach psychiatrycznych, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 (przewiezienie badanego bez zgody do szpitala) oraz art. 46a ust. 3 (przy wykonywaniu postanowień sądowych o przyjęciu do domu pomocy społecznej lub szpitala psychiatrycznego), jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza.
8. Ustawodawca nie przyznał pielęgniarkom prawa do decydowania o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w zakresie działań podejmowanych dla zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz z podmiotach innych niż wymienione powyżej w pkt 7.
9. Ustawa o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi nie przewiduje prawa pacjenta do odmowy wyrażenia zgody na szczepienie ochronne, wręcz odwrotnie – statuuje ogólny obowiązek poddania się szczepieniom ochronnym.
10. Ustawowy obowiązek szczepień ochronnych oznacza niedopuszczalność korzystania z tzw. klauzuli sumienia, tj. uprawnienia pacjenta do odmowy poddania się świadczeniu zdrowotnemu.

⁴⁷ M. Safjan, *Prawo i medycyna...*, s. 45–46.

Rozdział 3

TAJEMNICA PIELĘGNIARSKA A PRAWO PACJENTA DO TAJEMNICY INFORMACJI Z NIM ZWIĄZANYCH

1. Uwagi ogólne

Poszanowanie tajemnicy przez pielęgniarkę jest jak najściślej związane z istotą wykonywanego przez nią zawodu. Składana uroczystie przez adeptki zawodu przysięga zawiera obietnicę przestrzegania tajemnicy. W jej tekście czytamy m.in.: „Okazywać pacjentom należy szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej”¹.

Zasada przestrzegania tajemnicy pielęgniarskiej, jako informacji dotyczących sfery prywatnej osób fizycznych, stanowi element prawa do prywatności i znajduje aktualnie wyraz w normach prawa międzynarodowego, m.in. w Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (art. 8) i Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych (art. 17). Zasada respektu dla tajemnicy pielęgniarskiej jest bezpośrednio wyrażona w obowiązujących krajowych regulacjach prawnych, chociaż metody owej regulacji bywają mocno zróżnicowane – od sankcji w prawie karnym z tytułu naruszenia tajemnicy zawodowej przez przepisy proceduralne, dyspozycje prawa cywilnego związane z ochroną prywatności życia aż po przepisy wprost dotyczące profesji medycznej. Nakaz poszanowania tajemnicy informacji dotyczących pacjenta, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu pielęgniarki, należy do podstawowych zasad wykonywania tego zawodu (art. 17 ust. 1 u.z.p.p.), jest również przedmiotem jednoznacznie sformułowanych postanowień Kodeksu etyki pielęgniarek i położnych: „Pielęgniarkę/położną obowiązuje zachowanie w tajemnicy wszystkich wiadomości o pacjencie i jego środowisku (rodzinnym, społecznym) uzyskanych w związku z pełnieniem roli zawodowej”². W innym nieco ujęciu obowiązek zachowania tajemnicy pielęgniarskiej wynika z prawa pacjenta do zachowania

¹ Przyrzeczenie, pkt 4 KEPP.

² Część szczegółowa I „Pielęgniarka/położna a pacjent”, pkt 4 KEPP.

tajemnicy informacji z nim związanych, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu pielęgniarskiego (art. 13 u.p.p.), oraz nakazu poszanowania danych medycznych zawartych w dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych oraz w praktykach zawodowych (art. 23 w zw. z art. 24 u.p.p.).

Kwestia tajemnicy lekarskiej została również uregulowana w art. 13 u.p.p. Zgodnie z tym przepisem pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.

Nie ulega wątpliwości, że nawet brak wyraźnych regulacji nie stwarzałyby przeszkody dla przyjęcia istnienia określonych powinności przedstawicieli profesji pielęgniarskiej w omawianym przedmiocie. Słuszny jest pogląd, że obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej może być konstruowany niezależnie od wyraźnych potwierdzeń ustawowych, o ile tylko należy do istotnych elementów wykonywania określonej profesji – a jest tak na pewno w sferze zawodów medycznych³. Sfera życia prywatnego stanowi dobro osobiste każdego człowieka, a gwarancja jego ochrony została ogólnie sformułowana na gruncie art. 23 k.c.⁴

2. Charakterystyka i zakres tajemnicy

„Tajemnica pielęgniarska” to stosunkowo nowy termin prawniczy w porównaniu z tajemnicą lekarską. Wprowadzony został w art. 17 ust. 1 u.z.p.p., choć literalnie ustawa pielęgniarska posługuje się tylko pojęciem „tajemnica”. Tajemnica pielęgniarska jest ujmowana jako obowiązek pielęgniarki zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Niewątpliwie istnieje dość ścisła korelacja między obowiązkiem ciężącym na każdej osobie wykonującej zawód pielęgniarki a prawem pacjenta do poszanowania sfery jego prywatności⁵. Podkreślenia wymaga, że obowiązek ten dotyczy każdej pielęgniarki, niezależnie od prawnej formy wykonywanego przez nią zawodu oraz zajmowanego stanowiska czy pełnionej funkcji.

Wyróżnia się zakres podmiotowy i przedmiotowy tajemnicy pielęgniarskiej⁶.

Na podstawie kryterium podmiotowego zakres tajemnicy pielęgniarskiej możemy podzielić na: fakty ujawnione przez pacjenta i inne osoby na jego żądanie oraz fakty

³ B. Kunicka-Michalska, *Ochrona tajemnicy zawodowej w polskim prawie karnym*, Warszawa 1972, s. 43.

⁴ M. Safjan podkreśla, że jest to pogląd niekwestionowany dziś w polskiej literaturze prawniczej i orzecznictwie, *Prawo i medycyna...*, s. 218.

⁵ Wyrok SA w Katowicach z 20.09.2016 r., I ACa 66/16, LEX nr 2137005.

⁶ Wyrok WSA w Krakowie z 15.12.2017 r., II SA/Kr 1206/17, LEX nr 2431147.

ustalone przez pielęgniarkę. Pielęgniarka przekazuje innej pielęgnowarce informacje o pacjencie związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, jeżeli zachodzi potrzeba ich przekazania, oraz fakty przekazane jej przez inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych pacjentowi, w szczególności lekarzy i inne pielęgniarki, ale także osoby uczestniczące w procesie udzielania tych świadczeń (art. 17 ust. 2 pkt 4 u.z.p.p.). Pielęgniarka ma prawo do uzyskania od lekarza pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych, niezależnie od woli pacjenta (art. 13 u.z.p.p.), a lekarz ma obowiązek przekazania pielęgnowarce informacji objętych tajemnicą lekarską, jeżeli zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, ale przekazanie tych informacji może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie (art. 40 ust. 2 pkt 6 u.z.l.). Również diagnosta laboratoryjny jest zwolniony od zachowania tajemnicy zawodowej w stosunku do osoby, pod której opieką medyczną znajduje się pacjent (art. 29 ust. 2 pkt 1 u.d.l.).

Tym samym tajemnica pielęgniarska składa się co najmniej z czterech warstw: z informacji powierzonych przez samego pacjenta (jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego) oraz informacji ustalonych w związku z osobistym wykonywaniem zawodu, informacji przekazanych pielęgnowarce przez osoby współuczestniczące w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych i informacji zawartych w dokumentacji medycznej. Nasuwa się pytanie, kto jest dysponentem tych wszystkich informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu pielęgnowarki. Z przedstawionych powyżej powodów trudno uznać, że wyłącznym dysponentem tajemnicy pielęgniarskiej jest sam pacjent. Gdyby było inaczej, pacjent mógłby zwolnić pielęgniarkę z obowiązku zachowania „całej” tajemnicy, a tak nie jest. Pielęgniarka posiada znacznie szersze informacje o pacjencie niż te, które musi mu przekazać w zakresie niezbędnym dla procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, np. informacje dotyczące cech osobowościowych pacjenta czy jego relacji z członkami rodziny.

Tajemnica zawodowa jest „sposobem czy instrumentem ochrony interesów pacjenta, ale jednocześnie (...) byłoby błędem utożsamianie zakresu tajemnicy zawodowej z tą sferą dyskrekcji, którą wyznacza pacjent w odniesieniu do siebie samego”⁷. Prywatność to uprawnienie jednostki do kształtowania sfery prywatnej życia, aby była ona wolna od ingerencji i niedostępna dla innych. Prywatność przyznaje każdej osobie prawo do wyłącznej kontroli tej sfery życia, która nie dotyczy innych, i wolność od ciekawości innych⁸. Tajemnicę prywatną definiuje się jako uprawnienie do nieujaw-

⁷ M. Safjan, *Prawo i medycyna...*, s. 111.

⁸ M. Safjan, *Prawo do ochrony życia prywatnego* [w:] *Szkoła praw człowieka: teksty wykładów*, Warszawa 2006, s. 211 i n.

niania przez człowieka okoliczności dotyczących jego życia prywatnego, których nie ma on obowiązku ujawniać⁹. Jednocześnie może się zdarzyć, że w odniesieniu do konkretnej osoby trudne będzie precyzyjne rozgraniczenie sfery życia prywatnego od sfery życia publicznego. Przykładem jest sprawa rozpatrywana przez Sąd Apelacyjny w Krakowie o naruszenie dóbr osobistych byłej pacjentki w związku z przekazaniem przez pozwanego szpitala biegłemu lekarzowi dokumentacji medycznej w celu przygotowania prywatnej opinii na okoliczność toczącego się innego postępowania sądowego. Sąd wskazał, że obiektywnie udostępnienie kolejnemu lekarzowi – profesorowi nauk medycznych – dokumentacji medycznej w celach konsultacyjnych, nawet z naruszeniem ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, nie łączy się w powszechnym odczuciu z łamaniem tajemnicy lekarskiej w sposób godzący w dobra osobiste. W tym konkretnym przypadku wskazana sfera prywatna życia powódki była już dostępna dla lekarzy. W powszechnym odczuciu zakres ingerencji w życie powodów nie został istotnie poszerzony przez to, że jeszcze jeden lekarz o specjalności ginekologiczno-położniczej mógł dowiedzieć się (i to nie dla zaspokojenia ciekawości), że przebieg porodu powódki odbiegał od normy i łączył się z powikłaniami, tym bardziej że nie było ryzyka zetknięcia się z dokumentami osób przypadkowych¹⁰. Tajemnica pielęgniarska nie obejmuje istotnej cechy, jaka występuje w zakresie pojęcia tajemnicy prywatnej, tj. prawa pacjenta do swobodnego dysponowania informacjami, które go dotyczą¹¹. Pojęcie tajemnicy prywatnej nie wyczerpuje treściowej różnorodności informacji, jakie mogą być objęte tajemnicą zawodową. Teza tego wyroku ukazuje istotę dysponowania informacjami wchodzącymi w skład tajemnicy zawodowej i niewątpliwie ma w pełni odpowiednie odniesienie wobec dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta specjalistów biegłych z zakresu pielęgniarstwa.

W zakresie przedmiotowym tajemnicy pielęgniarskiej nie skonstruowano w prawie katalogu informacji objętych tą tajemnicą. Kryterium, za pomocą którego wyznacza się obszar tajemnicy, ma bardziej formalny niż merytoryczny charakter. W wypadku tajemnicy pielęgniarskiej o granicach chronionej dyskrekcji będzie decydować przede wszystkim sposób uzyskania określonych informacji, a nie wyłącznie ich rodzaj i wartość. Na poufny charakter informacji (wiadomości) składają się dwa elementy: ograniczony krąg osób wtajemniczonych i zakaz ujawniania informacji. Poufność niektórych informacji można zwięźle określić jako ograniczenie w dostępie do nich, co oznacza, że o tajemnicy można mówić tylko wtedy, gdy dana informacja nie jest dostępna ogółowi, a jedynie ograniczonemu kręgowi osób¹². Wiadomość powszechnie znana, pozbawiona waloru poufności nie może z pewnością być uznana za objętą tajemnicą. Natomiast nadal o poufności jakiejś informacji można mówić, choćby nawet stała się ona znana większości ogółu, o ile tylko krąg wtajemniczonych pozostaje

⁹ K. Siewierski, *Kodeks karny i prawo wykonawcze. Komentarz*, Warszawa 1965, s. 327.

¹⁰ Wyrok SA w Krakowie z 3.09.2015 r., I ACa 679/15, LEX nr 1927548.

¹¹ M. Safjan, *Prawo i medycyna...*, s. 112.

¹² A. Huk, *Tajemnica zawodowa lekarza w polskim procesie karnym*, Warszawa 2006, s. 14.

wciąż ograniczony¹³. Trudno jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, po przekroczeniu jakiej liczby osób wtajemniczonych informacja przestaje być poufna. J. Sawicki zaleca rozstrzyganie ewentualnych wątpliwości na tle konkretnego przypadku, kierując się doświadczeniem, obyczajami i zdrowym rozsądkiem¹⁴. Oczywiście kierowanie się tymi wartościami jest pomocne, ale nie rozwiewa wątpliwości co do tego, czy dana informacja jest poufna, czy może już nie jest, z uwagi na fakt wejścia w jej posiadanie wielu osób. Dlatego w literaturze podkreśla się, że drugim bardzo istotnym elementem przesądającym o poufności danej informacji jest zakaz ujawniania informacji. A zatem to, czy informację można uznać za poufną (czyli objętą tajemnicą), nie zależy jedynie od liczby osób wtajemniczonych, ale od tego, czy ciąży na nich obowiązek zachowania tej informacji w tajemnicy. „Warto zauważyć, że wskazane dwa elementy składające się na niejawną charakter każdej wiadomości wzajemnie się kreują i uzupełniają. Ograniczony krąg osób wtajemniczonych jest konsekwencją obowiązku dyskrecji, zaś wymóg dyskrecji wynika z konieczności utrzymania ograniczonego kręgu osób wtajemniczonych”¹⁵.

Reasumując dotychczasowe uwagi, można stwierdzić, że zakres przedmiotowy tajemnicy pielęgniarskiej wyznacza kryterium formalne, a mianowicie związek faktu uzyskania informacji z wykonywaniem tego zawodu. Zakresy informacji, które mogą zostać ujawnione w takich okolicznościach, należy przy tym traktować możliwie szeroko, obejmując nimi nie tylko informacje, które zawsze normalnie są używane w związku z wykonywaniem danych czynności zawodowych, ale i te, które uzyskane zostały przypadkiem. „Dla stwierdzenia omawianego związku należy więc postawić pytanie, czy gdyby nie wykonywanie czynności stanowiących treść zawodu, jego przedstawiciel uzyskałby daną wiadomość – odpowiedź przecząca rozstrzyga o jego istnieniu”¹⁶.

Jedynie przykładowo można wskazać na następujący zakres przedmiotowy tajemnicy pielęgniarskiej. Pacjent ma prawo domagać się poufności informacji o wynikach przeprowadzonych badań, diagnozie postawionej na ich podstawie, historii choroby i postępowania terapeutycznego, metodach i postępach w leczeniu, wcześniejszym lub współistniejącym schorzeniu, hospitalizacji, postępowaniu rehabilitacyjnym i pielęgnacyjnym, o przyjmowanych lekach. Ma również prawo domagać się zachowania w poufności informacji niezwiązanych bezpośrednio ze stanem zdrowia, z którymi podmiot udzielający świadczeń zetknął się przy ich wykonywaniu. Mogą to być informacje dotyczące np. działalności zawodowej pacjenta lub jego stanu majątkowego¹⁷. Za istotne elementy sfery życia prywatnego pacjenta uważa się nie tylko fakt, że

¹³ M. Rusinek, *Tajemnica zawodowa i jej ochrona*, Warszawa 2007, s. 16.

¹⁴ J. Sawicki, *Tajemnica zawodowa lekarza i dziennikarza w prawie karnym*, Warszawa 1960, s. 24.

¹⁵ M. Rusinek, *Tajemnica...*, s. 17.

¹⁶ M. Rusinek, *Tajemnica...*, s. 55.

¹⁷ A. Huk, *Tajemnica zawodowa lekarza*, „Prokuratura i Prawo” 2001/6, s. 72.

cierpi na określoną dolegliwość, ale i to, że jest zdrowy, jak również sam fakt poszukiwania konkretnego dostarczyciela określonego rodzaju świadczenia zdrowotnego¹⁸.

Tajemnica pielęgniarska obejmuje także okoliczności, o których nie wie sam pacjent. Nieistotne jest też, kogo dotyczą informacje uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu pielęgniarki – najczęściej jest to sam pacjent, na rzecz którego udzielane jest świadczenie, ale obowiązek dyskrecji obejmuje również informacje odnoszące się do innych osób, choćby przypadkowo ujawnionych w związku z udzielaniem świadczenia zdrowotnego. Zachowanie poufności zawiera w sobie zakaz ujawnienia informacji oraz zakaz skorzystania z nich w interesie własnym bądź osoby trzeciej. Pielęgniarka ma obowiązek nieujawniania informacji, które uzyskane zostały niezależnie od woli pacjenta (np. od osoby bliskiej pacjenta), jak również informacji, które dotyczą nie tylko osoby pacjenta, ale także innych osób, o których się pacjent wypowiedział, a które uzyskane zostały w związku z udzielonym świadczeniem zdrowotnym.

Obowiązek ochrony sfery życia prywatnego dotyczy też informacji zawartych w dokumentacji medycznej. Pielęgniarka ma prawo do wglądu do dokumentacji medycznej, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych (art. 13 u.z.p.p.). Innymi słowy, pielęgniarka ma prawo do informacji zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta, zarówno zbiorczej, jak i indywidualnej, a w zakresie dokumentacji medycznej indywidualnej ma prawo dostępu do informacji zawartych nie tylko w dokumentacji medycznej prowadzonej przez personel pielęgniarski czy zawierającej zlecenia lekarskie, ale i w każdej innej dokumentacji, jeżeli jest to jej niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zarówno pielęgniarka zatrudniona w podmiocie leczniczym, jak również prowadząca własną praktykę zawodową jest zobowiązana do zachowania w poufności informacji zawartych w dokumentacji medycznej prowadzonej przez ten podmiot. Tajemnicą pielęgniarską objęte są wszystkie informacje zawarte w dokumentacji medycznej, zarówno dane identyfikujące pacjenta, jak i dane o jego stanie zdrowia i udzielonych mu świadczeniach, co wynika wprost z art. 24 ust. 3 u.p.p.¹⁹ Dokumentacja pielęgniarska musi być przechowywana w sposób zapewniający jej poufność, zabezpieczona przed dostępem osób nieupoważnionych oraz przed zniszczeniem lub zgubieniem.

Prawo do nieujawniania informacji objętych tajemnicą obejmuje przede wszystkim podstawowy środek komunikacji, jakim jest język, niezależnie od tego, czy chodzi o słowo pisane czy mówione. Ponadto obejmuje także inne formy przekazu, które pozwalają w jakikolwiek inny sposób przekazać informacje, np. język migowy, gesty, a niekiedy nawet milczenie.

¹⁸ Materiały Biura Rzecznika Praw Obywatelskich 1989/9, s. 58.

¹⁹ Wyrok WSA w Gorzowie Wielkopolskim z 29.01.2014 r., I SA/Go 624/13, LEX nr 1601873; wyrok NSA z 4.03.2016 r., II FSK 1452/14, LEX nr 1996425.

Biorąc pod uwagę współczesny postęp techniki komputerowej i środków komunikacji na odległość, bardzo ważne jest zabezpieczenie informacji przetwarzanych i przekazywanych przed ingerencją osób trzecich. Chodzi tu o prawo pacjenta do zabezpieczenia przez przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych informacji dla niego poufnych zapisywanych na nośnikach informacji elektronicznej, w poczcie elektronicznej, telefonach (zarówno stacjonarnych, jak i komórkowych) czy przekazanych faksem. Wymagana jest także zgoda pacjenta na przekazywanie informacji poufnych przy wykorzystaniu jednej z form komunikowania się na odległość, po uprzedzeniu o ryzyku naruszenia poufności. Tajemnica informacji o pacjencie przekazywanych na odległość nabiera szczególnego znaczenia w związku z rozwojem telemedycyny i systemów informacyjnych przesyłających dane o pacjencie na odległość²⁰.

3. Szczególne uregulowania zakresu tajemnicy

Ustawa o działalności leczniczej przewiduje obowiązek zaopatrywania pacjentów szpitali w znaki identyfikacyjne zawierające informacje pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta, zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione (art. 36 ust. 3 i 5 u.d.z.l.). Warunki, sposób i tryb zaopatrywania pacjentów w znaki lub sposób postępowania w razie stwierdzenia braku znaku identyfikacyjnego określa minister właściwy do spraw zdrowia w drodze rozporządzenia, kierując się potrzebą zapewnienia identyfikacji pacjentów i ich bezpieczeństwa oraz koniecznością poszanowania ochrony danych osobowych (art. 36 ust. 6 u.d.z.l.). Znaków identyfikacyjnych nie stosuje się wobec pacjentów szpitala dla osób pozbawionych wolności oraz pacjentów szpitala lub oddziału psychiatrycznego (art. 36 ust. 4 u.d.z.l.).

Ustawa o publicznej służbie krwi zawiera zobowiązanie zapewnienia anonimowości dawcy krwi. Zgodnie z art. 13 ust. 2 tej ustawy oznakowanie opakowań krwi nie może zawierać danych umożliwiających identyfikację dawcy krwi przez biorcę lub inną osobę bądź jednostkę organizacyjną inną niż jednostka organizacyjna publicznej służby krwi.

Osoby wykonujące czynności wynikające z ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży są obowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powzięły wiadomość w związku z wykonywaniem tych czynności, stosownie do odrębnych przepisów. W razie zawinionego ujawnienia tych wiadomości sąd może przyznać osobie poszkodowanej odpowied-

²⁰ Zasady przetwarzania danych w systemie informacji niezbędne do prowadzenia polityki zdrowotnej państwa oraz obowiązek poufności tych danych stanowią przedmiot regulacji ustawy z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

nią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę (art. 4c ustawy o planowaniu rodziny).

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego w art. 50 ust. 1 zawiera odrębne gwarancje poufności w stosunkach pacjenta i jego otoczenia z instytucjami i służbami psychiatrycznymi. Obowiązkiem zachowania tajemnicy objęte są wszystkie osoby zatrudnione w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, w tym pielęgniarka²¹.

Dane osobowe pacjenta będącego dawcą lub biorcą w przeszczepie za życia są objęte tajemnicą. Biorca narządu od dawcy nieżyjącego nie zna jego danych osobowych. Jedynie w przypadku pobrania przeszczepu od żyjącego człowieka dawca i biorca mają prawo poznania swoich danych osobowych (art. 19 u.t.).

Ustawa z 27.06.1997 r. o służbie medycyny pracy²² w art. 11 ust. 3 stanowi, że dane medyczne, zawarte w dokumentacji medycznej prowadzonej przez jednostki służby medycyny pracy, są objęte tajemnicą zawodową i służbową. Dane te mogą być udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym na zasadach określonych przez przepisy prawa.

4. Okoliczności uchylające obowiązek zachowania tajemnicy pielęgniarskiej

Obowiązek zachowania w poufności informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu pielęgniarki, nie ma charakteru bezwzględnego i istnieją przypadki, kiedy osoby wykonujące zawód pielęgniarki zwolnione są z obowiązku jej zachowania. Niekiedy są one wręcz zobowiązane do ujawnienia informacji będących w ich dyspozycji. Okoliczności wyłączające prawo pacjenta do dochowania poufności wynikają zarówno z samej ustawy pielęgniarskiej, jak również z przepisów odrębnych ustaw. Są one wyliczone w sposób enumeratywny i można je ogólnie podzielić na dwie grupy. Pierwsza zawiera okoliczności, w których ujawnia się brak interesu pacjenta w dalszym zachowaniu poufności (wyrażenie zgody przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego), a także sytuacje, w których zachowanie poufności może powodować niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia osoby badanej²³. Druga grupa to okoliczności związane z istotnym interesem publicznym lub interesem osób trzecich w uchyleniu poufności.

²¹ W literaturze wskazywano na konieczność takiego unormowania, por. W. Daszkiewicz, S. Dąbrowski, L. Kubicki, *Prawna regulacja ochrony zdrowia psychicznego*, PiP 1974/8–9, s. 84–88; A. Szmysik, *Problemy etyczne w psychiatrii*, „Psychiatria Polska” 1994/3, s. 297–298.

²² Dz.U. z 2019 r. poz. 1175 ze zm.

²³ M. Safjan, *Prawo i medycyna...*, s. 130–131.

4.1. Zgoda pacjenta

Zgoda pacjenta na ujawnienie informacji dotyczących jego osoby jest traktowana jako prawna podstawa uchylenia obowiązku zachowania tajemnicy pielęgniarstwa (art. 17 ust. 2 pkt 3 u.z.p.p.).

Pacjent ma zarówno prawo, jak i obowiązek wyrażenia zgody na przekazywanie przez pielęgniarkę informacji o jego osobie każdemu, zarówno gdy chodzi o poinformowanie osób mu bliskich, jak osób całkowicie mu obcych, np. dziennikarza. Pacjent godzi się na udostępnienie określonych informacji osobom trzecim tylko o swojej osobie, zgoda nie obejmuje informacji o osobach trzecich (np. o członkach rodziny). Osoba wykonująca zawód pielęgniarki ma obowiązek powstrzymać się od rozpowszechniania informacji odnoszących się do osób trzecich.

Odnosnie do pacjenta małoletniego zgodę na ujawnianie o nim informacji wyraża przedstawiciel ustawowy. Należy podkreślić, że w ustawie o prawach pacjenta jest widoczna wyraźna tendencja do respektowania autonomii woli pacjenta (przepisy dotyczące zgody, informacji), dlatego należy uwzględnić postulat współuczestniczenia osób mających przedstawiciela ustawowego w wyrażaniu zgody na ujawnianie o nich informacji. Uważam, że z uwagi na ochronę dóbr osobistych pacjenta małoletniego jego wola przy decyzji o uchyleniu tajemnicy pielęgniarstwa powinna być uwzględniona, jeżeli w konkretnych okolicznościach ujawnienie informacji nie jest konieczne dla ochrony jego zdrowia i życia.

Odnosnie do osób ubezwłasnowolnionych moim zdaniem należy uwzględnić stanowisko takiej osoby, o ile tylko ma ona dostateczny stopień zrozumienia podejmowanych wobec niej działań, a ujawnienie danych leży w jej interesie.

Prawo nie wymaga zachowania przez pacjenta żadnej szczególnej formy wyrażania zgody na wyłączenie tajemnicy zawodowej. Praktyka dnia codziennego może jednak uzasadniać działania asekurowane przed ewentualnym zarzutem naruszania tajemnicy pielęgniarstwa. Dlatego wyrażenie zgody pacjenta powinno nastąpić wyraźnie i w sposób niebudzący wątpliwości. Najlepiej, aby pacjent złożył stosowne oświadczenie na piśmie, jednoznacznie określając, komu i w jakich sytuacjach można udzielić pewnych informacji. W literaturze postuluje się wykluczenie zgody zarówno dorozumianej, jak i domniemanej. Oznacza to w szczególności, że nie wolno zakładać *a priori*, że pacjent „z pewnością nie ma nic przeciwko temu”, aby o jego stanie zdrowia powiadomić żonę, matkę, brata, media itp.²⁴

W sferze tajemnicy pielęgniarstwa, analogicznie jak w sferze tajemnicy lekarskiej, na co zwrócono wcześniej już uwagę, znajdują się różne warstwy informacji (te, które

²⁴ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta...*, s. 344.

zostały powierzone przez pacjenta i te, które są przedmiotem samodzielnych ustaleń pielęgniarki czy lekarza). Zgoda na ujawnienie tajemnicy pielęgniarskiej może, co wydaje się zasadne, dotyczyć wyłącznie tej sfery, która bezpośrednio dotyczy osoby udzielającej zgody. Jak zauważa M. Safjan, „również w obszarze informacji bezpośrednio dotyczących osoby zainteresowanej (pacjenta) (...) skuteczność zezwolenia na ich ujawnienie może być niekiedy zakwestionowana”²⁵. Autor wskazuje tu na sferę tajemnicy zawodowej samodzielnie ustalonej przez osoby wykonujące zawody medyczne, a nie znane pacjentowi. W takich przypadkach ustawa lekarska nakazuje lekarzowi poinformowanie pacjenta o niekorzystnych dla niego skutkach ujawnienia tajemnicy. Niespełnienie przez lekarza tego obowiązku może być potraktowane jako niedopuszczalne naruszenie tajemnicy lekarskiej (art. 40 ust. 2 pkt 4 u.z.l.)²⁶. Analogiczny obowiązek powinien ciążyć na pielęgniarce, co do której pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazili zgodę ujawnienia informacji. Brak obecnie wprost wyrażenia takiego obowiązku w ustawie pielęgniarskiej osłabia ochronę interesów pacjenta.

4.2. Tajemnica pielęgniarska a ochrona interesu publicznego

Respekt dla tajemnicy pielęgniarskiej może być ograniczany ze względu na ochronę interesu publicznego. Skala i zakres tego ograniczenia musi być za każdym razem rozpatrywana przy uwzględnieniu istoty interesu publicznego²⁷. Ograniczenia te zostały *expressis verbis* przewidziane w przepisach, do których ustawa pielęgniarska odsyła w art. 17 ust. 2 pkt 1.

Ograniczenia obowiązku respektowania tajemnicy pielęgniarskiej wymagają analizy w następujących kontekstach: 1) z ciężącym lub też nie obowiązkiem poinformowania odpowiednich władz publicznych (np. sanitarnych) o okolicznościach objętych tajemnicą pielęgniarską; 2) z obowiązkiem doniesienia o popełnionym przestępstwie; 3) z wystąpieniem pielęgniarki w charakterze świadka w toczącym się postępowaniu karnym; 4) z wystąpieniem w charakterze świadka w toczącym się postępowaniu przed wojewódzką komisją orzekającą o zdarzeniach medycznych; 5) z pełnieniem przez pielęgniarkę roli eksperta; 6) z prowadzeniem badań naukowych; 7) z praktyczną nauką zawodów medycznych.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego przewiduje także okoliczności uchylenia się m.in. pielęgniarki od obowiązku zachowania tajemnicy nieprzewidziane bezpośrednio w ustawie pielęgniarskiej (art. 50 ust. 2 u.o.z.p.). Zgodnie z tą regulacją pielęgniarka jest zwolniona z obowiązku zachowania tajemnicy wobec: 1) lekarza sprawującego

²⁵ M. Safjan, *Prawo i medycyna...*, s. 134.

²⁶ M. Safjan zwraca uwagę, że wprowadzenie tego obowiązku względem lekarza pozwala skutecznie chronić interesy pacjenta, *Prawo i medycyna...*, s. 135.

²⁷ D. Karkowska, *Zawody medyczne...*, 2012.

opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi; 2) właściwych organów administracji rządowej lub samorządowej co do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej; 3) osób współuczestniczących w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej, w zakresie, w jakim to jest niezbędne; 4) służb ochrony państwa i ich upoważnionych pisemnie funkcjonariuszy lub żołnierzy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych; 5) policjanta, upoważnionego pisemnie przez kierownika jednostki organizacyjnej Policji, prowadzącego czynności operacyjno-rozpoznawcze w zakresie poszukiwań i identyfikacji osób.

4.3. Zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób

Ustawodawca dopuszcza uchylenie tajemnicy pielęgniarstwa ze względu na uzasadniony interes indywidualny i/lub interes publiczny. Pielęgniarka nie ma obowiązku zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu, gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla zdrowia lub życia pacjenta lub innych osób (art. 17 ust. 2 u.z.p.p.). Wprawdzie ustawodawca nie mówi wprost, że uchylenie tajemnicy w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta dotyczy osób korzystających z pomocy konkretnej pielęgniarki (w przypadku „innych osób” chodzi o osoby z otoczenia pacjenta), to jednak *a priori* należy przyjąć taki cel omawianej regulacji.

Przywołana okoliczność uchylenia tajemnicy pielęgniarstwa jest ogólna i nie daje jednoznacznej odpowiedzi pielęgniarce, jakie okoliczności uzasadniają odstąpienie przez nią od ustawowego obowiązku zachowania tajemnicy, czyli od ochrony prawa pacjenta do prywatności (art. 17 ust. 1 u.z.p.p.). Problem jest bardzo złożony i nasuwa się pytanie, jak w takich sytuacjach traktować zachowanie pielęgniarki mające polegać na uchyleniu się od tajemnicy – czy w kategoriach obowiązku czy prawa (dozwolonego naruszenia tajemnicy pielęgniarstwa). Moim zdaniem należy odwołać się do koncepcji „ograniczonego obowiązku”²⁸. Brak podstaw, by twierdzić, że interes indywidualny pacjenta czy interes publiczny automatycznie powoduje uchylenie obowiązku zachowania tajemnicy pielęgniarstwa. Przeciwnie jest sprawa prywatna, czyli niepubliczna, osobista, indywidualna, dotycząca sfery prywatnej człowieka. Po stronie pielęgniarki obowiązek uchylenia tajemnicy powstanie, jeżeli wystąpią opisane poniżej przesłanki uzasadniające realizację tego obowiązku w celu ochrony interesu prywatnego albo publicznego:

1. Możliwość, a nie pewność powstania niebezpieczeństwa. Pielęgniarka ma ustawowy obowiązek niezachowania tajemnicy, gdy jej zachowanie może stwarzać niebezpieczeństwo dla zdrowia lub życia pacjenta lub innych osób, czyli gdy zachowanie tajemnicy stanowi potencjalne zagrożenie spowodowania określo-

²⁸ M. Safjan, *Prawo i medycyna...*, s. 138.

nego niebezpieczna. Pielęgniarka nie musi mieć pewności wystąpienia tego niebezpieczeństwa, moim zdaniem wystarczy posiadanie przez nią wiedzy o możliwości wystąpienia niebezpieczeństwa (ryzyka) z dużym stopniem prawdopodobieństwa.

2. Niebezpieczeństwo nie musi być bezpośrednie, ale powinno być realne. Niebezpieczeństwo dla zdrowia lub życia, które może zaistnieć w sytuacji nieuchylenia tajemnicy, nie musi mieć charakteru bezpośredniego zagrożenia, ale powinno to być niebezpieczeństwo realne z punktu widzenia nauk medycznych. Może tu chodzić o takie zagrożenie dla pacjenta lub innych osób, które nie jest bezpośrednim następstwem i medyczną konsekwencją dynamiki choroby, lecz jest konsekwencją pośrednią. M. Filar jako przykład przytacza sytuację niepomyślnego rokowania dla pacjenta, czego następstwem jest depresja i wykazywanie skłonności do samobójstwa. Autor za uzasadnione uważa wówczas ostrzeżenie o tym fakcie współmałżonka pacjenta, wskazując na lekarza jako osobę do tego ewentualnie zobowiązaną²⁹.
3. Powstanie potencjalnej szkody na osobie pacjenta lub innych osobach. Zachowanie tajemnicy stanowi przyczynę wzrostu niebezpieczeństwa (ryzyka) zaistnienia obiektywnego skutku dla zdrowia lub życia. Pomiedzy zaniechaniem uchylenia tajemnicy a ujawnieniem się szkody na osobie pacjenta będzie można wskazać wystąpienie normalnego związku przyczynowo-skutkowego w postaci postępowania niezgodnego ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Nie ma znaczenia, jaki jest związek przyczynowy, bezpośredni czy pośredni, i jak daleko leży skutek od przyczyny, jeżeli skutek mieści się w granicach normalności. Jest bardzo prawdopodobne, że gdy pielęgniarka dopełni swój obowiązek powiadomienia o zagrożeniu życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób, to do szkody nie dojdzie.
4. Przyczynienie się do skutku – zagrożenia zdrowia i życia. Pielęgniarka w wyniku zaniechania uchylenia tajemnicy musi przyczyniać się do zdynamizowania swoją bezczynnością przebiegu i rozwoju procesów chorobowych u pacjenta w taki sposób, że zaczynają one zagrażać jego życiu i zdrowiu (niekoniecznie bezpośrednio), a brak przekazania informacji związanych z pacjentem zwiększa niebezpieczeństwo (ryzyko) dla życia i zdrowia innych osób (również niekoniecznie bezpośrednio).
5. Ocena okoliczności dokonywana przez pielęgniarkę. Decyzja o ujawnieniu określonych informacji i o zakresie tego ujawnienia będzie ostatecznie zależeć od oceny pielęgniarki, która powinna jednak kierować się wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, należytą starannością oraz bezpieczeństwem pacjenta i innych osób.

²⁹ M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004.

Pielęgniarka nie jest jedyną osobą zobowiązaną do uchylenia tajemnicy w przypadku wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia dla pacjenta lub innych osób, analogiczny obowiązek obejmuje położną, lekarza (art. 40 ust. 2 pkt 3 u.z.l.) i felczera (art. 7 ust. 2 pkt 3 u.z.f.). Ponadto ustawa o prawach pacjenta stanowi, że jeżeli zachowanie tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych przez osoby wykonujące zawody medyczne, może stanowić zagrożenia życia lub zdrowia dla pacjenta lub innych osób – to wówczas prawo pacjenta do zachowania tajemnicy zostaje uchylone (art. 14 ust. 2 pkt 2 u.p.p.).

Uchylenie tajemnicy w tych okolicznościach jest samodzielnym „ograniczonym obowiązkiem” każdej z osób wykonujących zawód medyczny, a nie tylko pielęgniarek. Jednocześnie ustawodawca nie wskazuje, że w omawianych sytuacjach w pierwszej kolejności to lekarz jest zobowiązany do odstąpienia od zachowania tajemnicy, kierując się przesłanką ochrony życia czy zdrowia pacjenta lub innych osób. Przy literalnej wykładni można przyjąć, że ustawodawca dopuszcza uchylenie tajemnicy pielęgniarskiej niezależnie od postępowania osób wykonujących inne zawody medyczne.

Wiele kontrowersji budzą kwestie dopuszczalności uchylania tajemnicy osób wykonujących zawód pielęgniarki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. W moim przekonaniu ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie zawiera regulacji *lex specialis* względem ustawy pielęgniarskiej, tym samym postanowienia ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie wyłączają regulacji o uchyleniu tajemnicy pielęgniarskiej zawartych w ustawie pielęgniarskiej. Postanowienia o tajemnicy zawarte w obu ustawach należy interpretować łącznie, co *de facto* oznacza m.in. możliwość wyłączenia obowiązku zachowania poufności wobec pacjenta i uprawnienia pielęgniarki do ujawnienia informacji dotyczącej zaburzeń, a zwłaszcza płynących z nich zagrożeń, wszędzie tam, gdzie są realne i dotyczą określonych osób lub przynajmniej określonego kręgu osób. Za wyłączeniem w tych okolicznościach obowiązku poufności pielęgniarki względem pacjenta przemawia zastosowanie wykładni systemowo-celowościowej z uwagi na fakt, że schorzenia psychiczne są schorzeniami szczególnego rodzaju i to właśnie one ze względu na swoją specyfikę mogą stwarzać praktycznie najpoważniejsze zagrożenie życia i zdrowia osób trzecich. Z uwagi jednak na fakt, że to lekarz prowadzący pacjenta ma wyczerpujące informacje na temat stanu jego zdrowia, rola pielęgniarki w omawianych sytuacjach jest zdecydowanie ograniczona, ewentualnie można ją rozpatrywać w kategorii stanu wyższej konieczności.

Choroba zakaźna i zakażenie. Przez chorobę zakaźną rozumie się chorobę, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy (art. 2 pkt 3 u.ch.z.), natomiast zakażenie definiuje się jako wnikięcie do organizmu i rozwój w nim biologicznego czynnika chorobotwórczego (art. 2 pkt 3 u.ch.z.). Obowiązek pielęgniarki na gruncie ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych w zakresie pouczenia o zakażeniu uregulowano w sposób dość organiczny, a tym samym w mojej ocenie niewystarczająco w stosunku do kwalifikacji zawodowych

i uprawnień pielęgniarki. Zgodnie art. 26 ust. 1 u.ch.z. lekarz, felczer, pielęgniarka lub położna, którzy podejrzewają lub rozpoznają zakażenie lub chorobę zakaźną, są obowiązani pouczyć zakażonego lub chorego na chorobę zakaźną lub osobę sprawującą prawną pieczę nad zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną osobą małoletnią lub bezradną albo jej opiekuna faktycznego o: 1) środkach służących zapobieganiu przeniesienia zakażenia na inne osoby; 2) obowiązkach: a) stosowania się do nakażów i zakazów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej służących zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych, b) udzielania danych i informacji: organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Wojskowej Inspekcji Sanitarnej, Państwowej Inspekcji Sanitarnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Inspekcji Weterynaryjnej, Wojskowej Inspekcji Weterynaryjnej, Inspekcji Ochrony Środowiska, jednostkom, oraz ośrodkom referencyjnym i instytutom badawczym – niezbędnych do prowadzenia nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami i chorobami zakaźnymi i zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych (art. 5 ust. 1 pkt 3 i 4 lit. u.ch.z.); 3) obowiązkowych badaniach sanitarno-epidemiologicznym, którym podlegają: a) podejrzani o zakażenie lub chorobę zakaźną, b) noworodki, niemowlęta i kobiety w ciąży, podejrzane o zakażenie lub chorobę zakaźną mogącą się szerzyć z matki na płód lub dziecko, c) uczniowie, studenci i doktoranci kształcący się do wykonywania prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby, d) osoby podejmujące lub wykonujące prace, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby (art. 6 ust. 1 pkt 1, 2, 4 i 5 u.ch.z.).

Natomiast w przypadku rozpoznania zakażenia, które może przenosić się drogą kontaktów seksualnych, lekarz lub felczer ma obowiązek poinformować zakażonego o konieczności zgłoszenia się do lekarza partnera lub partnerów seksualnych zakażonego (art. 26 ust. 2 u.ch.z.). Informację o powiadomieniu zakażonego o jego obowiązku wpisuje się do dokumentacji medycznej i potwierdza podpisem zakażonego (art. 26 ust. 3 u.ch.z.). Dopiero kiedy pacjent odmówi podjęcia stosownych działań, dopuszcza się możliwość ujawnienia przez lekarza lub felczera tego faktu w interesie osób trzecich. Jednak wyraźnie należy podkreślić, że zasadą jest obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej, natomiast jedynie w szczególnych sytuacjach można rozważać naruszenie prawa pacjenta do żądania dochowania poufności.

Uwzględniając stan prawnej regulacji, brak jest natomiast podstaw do tego, aby jako obowiązującą powszechnie zasadę przyjąć pielęgniarską powinność w omawianym zakresie (*a contrario* art. 26 ust. 2 u.ch.z.). Z uwagi na koncepcję „ograniczonego obowiązku” i braku bezpośredniej delegacji ustawowej dla pielęgniarki w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi pielęgniarka nie ma obowiązku informowania ani o rozpoznaniu zakażenia pacjenta, ani o konieczności zgłoszenia się do lekarza partnera lub partnerów seksualnych zakażonego. Gdyby pielęgniarka miała realizować ten obowiązek, taka regulacja zostałaby wprowadzona do systemu prawa. Wykładnia celowościowa przemawia natomiast moim zdaniem za wy-

kazaniem przez pielęgniarkę aktywnej postawy w celu ochrony życia i zdrowia innych osób, niezależnie od tego, czy ten obowiązek wynika wprost z treści przepisów prawa stosowanego, ponieważ przemawiają za tym zasad etyki zawodowej. Nie wszystko bowiem da się uregulować do końca. Pielęgniarka ma nieść pomoc chorym i nie może biernie godzić się na to, że chory na chorobę zakaźną może zakazić inne osoby. Należy według mnie wprowadzić obowiązek pielęgniarki zawiadomienia o podejrzeniu zakażenia lub zachorowania na chorobę zakaźną właściwego inspektora sanitarnego.

Obecnie przekazywanie informacji partnerowi seksualnemu (partnerom seksualnym) pacjenta wymagałoby odwołania się do stanu wyższej konieczności.

Trzeba także pamiętać o odpowiedzialności karnej. Artykuł 161 k.k. w § 1 stanowi, że każdy, kto wie, że jest zakażony HIV, narażając bezpośrednio inną osobę na takie zakażenie, podlega karze pozbawienia wolności do lat trzech. W myśl § 2 tego artykułu ten, kto wie, że jest dotknięty chorobą weneryczną lub zakaźną, ciężką chorobą nieuleczalną lub realnie zagrażającą życiu, narażając bezpośrednio inną osobę, podlega karze grzywny, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. Ściganie tych przestępstw następuje na wniosek pokrzywdzonego, a nie z urzędu (art. 161 § 3 k.k.).

Zgodnie z art. 266 k.k.: „§ 1. Kto, wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu, ujawnia lub wykorzystuje informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. § 2. Funkcjonariusz publiczny, który ujawnia osobie nieuprawnionej informację niejawną o klauzuli «zastrzeżone» lub «poufne» lub informację, którą uzyskał w związku z wykonywaniem czynności służbowych, a której ujawnienie może narazić na szkodę prawnie chroniony interes, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. § 3. Ściganie przestępstwa określonego w § 1 następuje na wniosek pokrzywdzonego”.

4.4. Ochrona tajemnicy a interes własny pielęgniarki

Zachowanie tajemnicy pielęgniarskiej pozostaje niekiedy w kolizji z interesem pielęgniarki, która dla skutecznej ochrony swoich praw zmuszona jest do ujawnienia okoliczności objętych tajemnicą. Sytuacje, kiedy może dojść do kolizji interesów (z jednej strony pojawia się obowiązek respektowania tajemnicy, a z drugiej strony własny interes w uchyleniu się od tego obowiązku), mogą przyjmować różną postać. Należą do nich: 1) obrona pielęgniarki przed zarzutami, które zagrażają jej reputacji zawodowej; 2) dochodzenie roszczeń z tytułu należnego jej honorarium za świadczoną usługę pielęgniarską; 3) obrona pielęgniarki przed zarzutem współuczestniczenia w popełnieniu przestępstwa. Kwestie te zostały omówione w dalszych częściach opracowania.

4.5. Przekazywanie informacji o pacjencie innym osobom uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych

Uchylenie tajemnicy pielęgniarskiej z uwagi na uczestnictwo innych osób w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych jest zarówno obowiązkiem prawnym (art. 17 ust. 2 pkt 4 u.z.p.p.), jak i etycznym³⁰, wymaga także uwzględnienia wzajemnych relacji pomiędzy pielęgniarką a osobami wykonującymi inne zawody medyczne. W przypadku zawodów medycznych informacje uzyskane przez jednego z przedstawicieli tej grupy często muszą być ujawnione innym przedstawicielom z uwagi na złożony charakter świadczenia zdrowotnego (art. 14 ust. 2 pkt 4 u.p.p.). Innymi słowy, powstaje konieczność wtajemniczenia innych osób wykonujących zawody medyczne, jest to wszak niezbędne dla prawidłowego udzielenia świadczenia zdrowotnego. Pojawia się problem, jak odróżnić informacje, które depozytariusz sekretu może ujawnić w toku wykonywania czynności zawodowej, od tych, które powinny pozostać poufne. Źródłem rozróżnienia tych dwóch kategorii informacji jest cel, dla którego pacjent przekazuje dotyczące go informacje przedstawicielowi danego zawodu. Celem tym jest niewątpliwie uzyskanie należycie udzielonego świadczenia zdrowotnego, zaś tajemnica jest narzędziem gwarantującym, że informacje zostaną wykorzystane przez osobę wykonującą zawód medyczny tylko w tym celu. Warto tu podkreślić, że zakres tajemnicy obejmuje wszelkie informacje pozyskane w związku z wykonywaniem zawodu medycznego, jednocześnie zakres ten należy skorygować o krąg informacji, które muszą być ujawnione dla prawidłowego wykonania świadczenia zdrowotnego.

Tym samym okolicznością wyłączającą obowiązek zachowania tajemnicy jest pojawienie się potrzeby przekazywania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych pomiędzy pielęgniarką (art. 17 ust. 2 pkt 4 u.z.p.p.) a lekarzem (art. 40 ust. 2 pkt 5 u.z.l.), pielęgniarką a inną pielęgniarką czy położną (art. 17 ust. 2 pkt 4 u.z.p.p.). Wobec wymienionych powyżej grup zawodowych istnieje ustawowy obowiązek wzajemnej informacji o pacjencie w zakresie niezbędnym dla starannego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarka ma prawo do wglądu w całą dokumentację lekarską oraz prawo do pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, ale tylko w zakresie niezbędnym do udzielanych przez nią świadczeń zdrowotnych (art. 13 u.z.p.p.). Oznacza to, że lekarz nie jest zobowiązany do ujawniania wszelkich informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych przez niego w związku z wykonywaniem zawodu. Jest natomiast zobowiązany do przekazywania pielęgniarce informacji w granicach „niezbędnych” do udzielenia przez nią świadczenia zdrowotnego,

³⁰ „Przekazywanie przez pielęgniarkę/położną informacji o stanie zdrowia pacjenta innym członkom zespołu terapeutycznego nie jest naruszeniem tajemnicy zawodowej” (część szczegółowa, II. Pielęgniarka/położna a praktyka zawodowa i nauka, pkt 5 KEPP).

w zakresie, który pozwoli jej wykonać to świadczenie z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. Innymi słowy, zakres udostępnionych i przekazanych pielęgniarskiej informacji o pacjencie pozwoli jej świadomie i samodzielnie podjąć decyzję co do sposobu wykonania świadczenia zdrowotnego, zarówno na podstawie zlecenia lekarskiego, jak również bez takiego zlecenia. W przypadku uzasadnionej wątpliwości pielęgniarka ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania (art. 15 ust. 3 u.z.p.p.).

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego dodatkowo przyjmuje, że pielęgniarka jest zwolniona z zachowania tajemnicy względem lekarza sprawującego opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi (art. 50 ust. 2 pkt 1 u.o.z.p.). W tym ostatnim przypadku ustawodawca nie wyznacza granicy przekazywania przez pielęgniarkę informacji w „niezbędnym zakresie”, ale dopuszcza uchylenie respektu dla tajemnicy pielęgniarskiej w całości.

Dopuszczam również uchylenie tajemnicy w relacjach pielęgniarki z diagnostą laboratoryjnym, jeżeli zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzieleniem świadczenia zdrowotnego (art. 17 ust. 2 pkt 4 u.z.p.p.). Natomiast diagnosta laboratoryjny jest zwolniony z respektu tajemnicy zawodowej w stosunku do osoby, pod której opieką medyczną znajduje się pacjent (art. 29 ust. 2 pkt 1 u.d.l.).

Jeżeli chodzi o współpracę pomiędzy pielęgniarką a ratownikiem medycznym, to pielęgniarka ma prawo i obowiązek udostępnić wgląd do dokumentacji medycznej oraz przekazać ratownikowi medycznemu informacje o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych (art. 11 ust. 5 ustawy o PRM). Natomiast ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym nie zawiera wyraźnej podstawy prawnej do udostępniania analogicznych danych osobowych pielęgniarskiej przez ratownika medycznego, ale brak tej wyraźnej regulacji nie może być uznany za przyzwolenie na odmowę przekazywania informacji. Jeżeli zachodzi potrzeba przekazania informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń – to taki obowiązek wynika wprost z art. 14 ust. 2 pkt 4 u.p.p.

Podobnie brak jest wyraźnych zasad współpracy pomiędzy pielęgniarką a felczerem. Felczer nie wydaje pielęgniarskiej zleceń do wykonania i nie jest w związku z tym zobowiązany do przekazywania jej informacji o stanie zdrowia pacjenta i odwrotnie. Uchylenie respektu dla tajemnicy felczerskiej przewidziano tylko w relacjach felczer

– lekarz (art. 7 ust. 2 u.z.f.)³¹. Z kolei odnośnie do zawodu fizjoterapeuty mamy ogólny zapis, że zachowanie tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu, jak i odstąpienie od jej zachowania musi być zgodne z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Resumując, jeżeli w poszczególnych ustawach regulujących status danego zawodu medycznego brak jest wyraźnej przesłanki o uchyleniu tajemnicy zawodowej względem przedstawicieli innego zawodu medycznego, podstawą jej uchylenia jest niewątpliwie art. 14 ust. 2 pkt 4 u.p.p., gdy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

4.6. Nauka zawodu

Przedmiotem prawnej regulacji jest tajemnica pielęgniarska, ustawodawca nie reguluje natomiast kwestii tajemnicy studentów w trakcie nauki w szkole pielęgniarskiej. Studenci są obecni przy wykonywaniu czynności zawodowych przez osobę związaną tajemnicą zawodową i w związku z tym mają dostęp do informacji objętych tą tajemnicą. Dostęp studentów w trakcie odbywania zajęć praktycznych w podmiotach leczniczych uzasadniony jest interesem publicznym, jakim jest wykształcenie nowej kadry pielęgniarskiej. Jednocześnie dostęp studentów do poufnych informacji o pacjencie nie może być szerszy niż to uzasadnia nauka zawodu. Musi być ściśle związany z zakresem wykonywanych przez nich zajęć. Pomimo braku bezpośrednich odniesień do tajemnicy studentów pielęgniarstwa (ale również studentów innych grup zawodów medycznych) należy postulować objęcie podmiotowym zakresem prawa pacjenta do poufności także i tej grupy. Natomiast obecnie obowiązek zachowania przez studentów poufności informacji uzyskanych w związku z nauką zawodu wynika z ogólnych przepisów prawa cywilnego (art. 23 k.c.).

5. Pielęgniarka jako uczestnik postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych i sądem cywilnym

Pielęgniarka jako osoba wykonująca zawód medyczny może być uczestnikiem postępowania o ustalenie zdarzenia medycznego przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych i o ustalenie szkody medycznej przed sądem cywilnym. Zarówno przed komisją, jak i przed sądem cywilnym pielęgniarka może

³¹ Art. 7 ust. 2 u.z.f.: „Od obowiązku zachowania tajemnicy felczer (starszy felczer) jest zwolniony w stosunku do lekarza, sprawującego nadzór fachowy nad danym zakładem bądź kierującego czynnościami felczera (starszego felczera)”.

występować w różnych rolach, jako podmiot, przeciwko któremu kieruje się zarzuty, oraz jako świadek wezwany na wniosek poszkodowanego, podmiotu leczniczego, w którym doszło do rozpatrywanego zdarzenia lub jako świadek wezwany z urzędu przez komisję lub sąd. Należy zwrócić uwagę, że sytuacja pielęgniarki w postępowaniu przed wojewódzką komisją i sądem nie jest identyczna.

W sytuacji wezwania pielęgniarki na przesłuchanie przed wojewódzką komisją w celu złożenia wyjaśnień jako osoby wykonującej zawód w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital będący stroną postępowania lub w charakterze świadka, zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej następuje z mocy prawa na podstawie art. 14 ust. 2a u.p.p. Innymi słowy, wojewódzka komisja nie musi zwalniać pielęgniarki z tajemnicy zawodowej, ponieważ na okoliczność składania wyjaśnień czy przesłuchania przed wojewódzką komisją pielęgniarka jest zwolniona z jej zachowania.

Inaczej sytuacja prawna pielęgniarki wygląda, kiedy zostaje wezwana przez sąd cywilny w ramach toczącego się postępowania o ustalenie szkody medycznej oraz odszkodowania i zadośćuczynienia. Tu nie obowiązuje zwolnienie z tajemnicy, które ma miejsce przed wojewódzką komisją. W postępowaniu cywilnym sąd co do zasady nie jest uprawniony do zwolnienia z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej przez osobę powołującą się na tę tajemnicę. Decyzja zarówno w przedmiocie ujawnienia okoliczności i faktów objętych tajemnicą pielęgniarską, jak i co do zakresu takiego ujawnienia jest pozostawiona osobie powołującej się na tajemnicę zawodową³². Jednocześnie od tej ogólnej zasady są dwa wyjątki, wyodrębnione z uwagi na podmiot składający wniosek dowodowy o przesłuchanie pielęgniarki w charakterze świadka.

Po pierwsze, jeżeli wniosek dowodowy składa powód, którym jest pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, to z uwagi na fakt, że to powód wnioskuje o przeprowadzenie dowodu z zeznań pielęgniarki w charakterze świadka, należy uznać, że zwolnił ją tym samym od zachowania tajemnicy pielęgniarskiej i wezwana pielęgniarka nie będzie mogła powołać się na tę tajemnicę. Innymi słowy, pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazili tym samym zgodę na ujawnienie tajemnicy przez pielęgniarkę wskazaną w ich wniosku dowodowym (art. 14 ust. 2 pkt 3 u.p.p.). Osoby te jednocześnie mogą określić zakres ujawnienia tajemnicy (art. 14 ust. 2b u.z.p.p.).

Po drugie, jeżeli wniosek dowodowy składa powód, którym jest osoba bliska zmarłego pacjenta, to co do zasady z uwagi na fakt, że to powód wnioskuje o przeprowadzenie dowodu z zeznań pielęgniarki w charakterze świadka, należy uznać, że zwolnił tym samym wezwaną pielęgniarkę od zachowania tajemnicy pielęgniarskiej i nie będzie ona mogła powołać się na tajemnicę zawodową. Po śmierci pacjenta osoba bliska może wyrazić zgodę na ujawnienie tajemnicy lub wyrażając zgodę na ujawnienie tajemnicy, określić zakres jej ujawnienia. (art. 14 ust. 3 u.p.p.). Jednak pielęgniarka

³² Wyrok SA w Katowicach z 20.09.2016 r., I ACa 66/16.

nie będzie mogła składać zeznań pomimo zaistnienia powyższej sytuacji, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciw taki złożył sam pacjent za życia i został on dołączony do dokumentacji medycznej (art. 14 ust. 4 u.p.p.).

Po trzecie, w wyraźnie wskazanych przypadkach po śmierci pacjenta zgodę na ujawnienie tajemnicy wyraża sąd cywilny w postępowaniu nieprocesowym; sąd może określić też zakres jej ujawnienia (art. 14 ust. 6 i 7 u.p.p.). Z wnioskiem do sądu cywilnego może wystąpić:

- 1) osoba bliska lub osoba wykonująca zawód medyczny w przypadku sporu między osobami bliskimi o ujawnienie tajemnicy lub o zakres jej ujawnienia (art. 14 ust. 6 u.p.p. zdanie pierwsze);
- 2) osoba wykonująca zawód medyczny w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o ujawnienie tajemnicy lub sprzeciwiająca się jej ujawnieniu jest osobą bliską (art. 14 ust. 6 u.p.p. zdanie drugie);
- 3) osoba bliska, gdy pacjent za życia sprzeciwił się ujawnieniu tajemnicy, jeżeli jest to niezbędne (art. 14 ust. 7 u.p.p.):
 - a) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta,
 - b) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

W przypadku wystąpienia do sądu z wnioskiem sąd bada:

- 1) interesy uczestników postępowania,
- 2) rzeczywistą więź osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem,
- 3) wolę zmarłego,
- 4) okoliczności wyrażenia sprzeciwu.

W mojej ocenie postanowienie sądu cywilnego wydane w postępowaniu nieprocesowym o zwolnieniu osoby wykonującej zawód medyczny spełnia taką funkcję, jak ustawowe zwolnienie z tajemnicy zawodowej w postępowaniu przed wojewódzką komisją. Tym samym osoba wykonująca zawód medyczny, wezwana w charakterze świadka w celu złożenia zeznań w postępowaniu zarówno przed wojewódzką komisją, jak i przed sądem cywilnym, zawsze przed przesłuchaniem musi być uprzedzona, że może odmówić odpowiedzi na zadane jej pytanie, jeżeli zeznanie (art. 261 § 2 k.p.c. oraz art. 14 ust. 2a–8 u.p.p. w zw. z art. 67o u.p.p.):

- 1) mogłoby narazić ją lub jej bliskich, na odpowiedzialność karną, hańbę lub dotkliwą i bezpośrednią szkodę majątkową albo
- 2) miałyby być połączone z pogwałceniem istotnej tajemnicy zawodowej.

Zgadzam się ze stanowiskiem, że powyżej zacytowany przepis art. 261 § 2 k.p.c. dotyczy zarówno prawa odmowy zeznań, jak i prawa odpowiedzi na zadane pytanie³³. Fakt wydania postanowienia sądu cywilnego o wyrażeniu zgody na ujawnienie ta-

³³ J. Rajski, *O czym należy uprzedzić świadka*, „Palestra” 1958/1.

jemnicy na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny po śmierci pacjenta jest sytuacją wyjątkową, postanowienie jest wydawane w okolicznościach ściśle wskazanych w ustawie o prawach pacjenta, a ustawodawca nie daje podstaw prawnych do odstąpienia od pouczenia świadka o jego prawach. Tym samym pielęgniarka ma prawo odmówić odpowiedzi na pytanie zadane jej przed sądem lub wojewódzką komisją, jeśli zeznanie miałyby być połączone z pogwałceniem istotnej tajemnicy zawodowej. Pielęgniarka sam musi ocenić, jakie informacje może ujawnić w interesie osób trzecich. Rozwiązanie przyjęte w prawie polskim jest kompromisem pomiędzy stanowiskami skrajnymi: bezwzględnego zakazu dowodu z zeznań świadków co do okoliczności objętych tajemnicą zawodową oraz nieuznawania jakichkolwiek ograniczeń proceduralnych w tej dziedzinie.

6. Pielęgniarka jako uczestnik postępowania karnego

Pielęgniarka jako osoba wykonująca zawód medyczny może być uczestnikiem postępowania karnego na etapie postępowania przygotowawczego oraz na etapie sprawy prowadzonej przez sądem karnym. Pielęgniarka może mieć status świadka, osoby podejrzanej czy oskarżonej. Kwestia kluczową jest odpowiedź na pytanie, czy i kiedy pielęgniarka jest zwolniona z zachowania tajemnicy zawodowej.

Odpowiedź na to pytanie w prawie polskim nie jest wcale oczywista, ponieważ ustawodawca w Kodeksie postępowania karnego w art. 180 § 2 k.p.k. regulując kwestie uchylenia się od tajemnicy zawodowej, stanowi: „Osoby obowiązane do zachowania tajemnicy notarialnej, adwokackiej, radcy prawnego, doradcy podatkowego, lekarskiej, dziennikarskiej lub statystycznej oraz tajemnicy Prokuraturii Generalnej, mogą być przesłuchiwane co do faktów objętych tą tajemnicą tylko wtedy, gdy jest to niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu. W postępowaniu przygotowawczym w przedmiocie przesłuchania lub zezwolenia na przesłuchanie decyduje sąd, na posiedzeniu bez udziału stron, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty doręczenia wniosku prokuratora. Na postanowienie sądu przysługuje zażalenie”.

Oznacza to, że jeżeli osobą przesłuchiwaną w sprawie ma być lekarz, to prokurator ma ustawowy obowiązek na podstawie art. 180 § 2 k.p.k. skierować do sądu uzasadniony wniosek o uchylenie tajemnicy lekarskiej (art. 40 u.z.l.), a uzasadnienie takiego wniosku musi być wnikliwie uargumentowane, z właściwym odniesieniem do materiału dowodowego akt sprawy. Dopiero taki wniosek może być przedmiotem ocen ze strony sądu orzekającego, tak by wydana decyzja miała pełne oparcie zarówno w obowiązujących przepisach, jak i w materiale dowodowym sprawy. Sąd na posiedzeniu niejawnym bez udziału stron, w terminie nie dłuższym niż siedem dni od daty doręczenia wniosku, wydaje postanowienie o ewentualnym uchyleniu tajemnicy lekarskiej. Na postanowienie sądu przysługuje zażalenie.

Niestety taka procedura nie ma zastosowania odnośnie do przesłuchania pielęgniarki. Jak wynika z powyżej zacytowanego przepisu, ustawodawca polski pominął w nim tajemnicę pielęgniarską i tym samym art. 180 § 2 k.p.k. nie stanowi *lex specialis* w stosunku do art. 17 u.z.p.p.³⁴

Pielęgniarka jako przedstawicielka samodzielnego zawodu zaufania publicznego nie korzysta ze szczególnej ochrony polegającej na prawnym wymogu sądowego zezwolenia na przesłuchanie w postępowaniu przygotowawczym. Prokurator chcący przesłuchać pielęgniarkę w związku z prowadzoną sprawą co do zasady wzywa ją w charakterze świadka i nie musi składać uzasadnionego wniosku do sądu w celu wydania decyzji o uchyleniu tajemnicy pielęgniarskiej. Pielęgniarka wezwana w postępowaniu przygotowawczym przez prokuratora na przesłuchanie w charakterze świadka jest w dość szczególnej i trudnej sytuacji. Warto tu zwrócić uwagę, że ani przepis art. 17 ust. 2 ustawy pielęgniarskiej, ani art. 14 ust. 2 u.z.p.p. nie zawierają wyraźnych podstaw prawnych do ujawnienia przez pielęgniarkę informacji związanych z pacjentem w postępowaniu przygotowawczym czy na późniejszym etapie postępowania karnego. Dlatego pielęgniarka nadal jest zobowiązana do zachowania tajemnicy informacji związanych z pacjentem na podstawie art. 17 ust. 1 u.z.p.p. i musi pamiętać o odpowiedzialności karnej za ujawnienie informacji związanych z wykonywaniem swoich funkcji.

Zgodnie z treścią art. 266 k.k.: „§ 1. Kto, wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu, ujawnia lub wykorzystuje informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. § 2. Funkcjonariusz publiczny, który ujawnia osobie nieuprawnionej informację niejawną o klauzuli «zastrzeżone» lub «poufne» lub informację, którą uzyskał w związku z wykonywaniem czynności służbowych, a której ujawnienie może narazić na szkodę prawnie chroniony interes, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. § 3. Ściganie przestępstwa określonego w § 1 następuje na wniosek pokrzywdzonego”.

Pielęgniarka wezwana przez prokuratora na przesłuchanie w charakterze świadka jest niewątpliwie zobowiązana do udzielenia pomocy na wezwanie organów prowadzących postępowanie karne w zakresie i w terminie przez nie wyznaczonym, jeżeli bez tej pomocy przeprowadzenie czynności procesowej jest niemożliwe albo znacznie utrudnione (art. 15 § 3 k.p.k.).

Pielęgniarka bez żadnych obaw będzie mogła złożyć zeznania, jeżeli dysponent tajemnicy wyraził zgodę na jej ujawnienie. Od momentu wyrażenia przez pacjenta zgody pielęgniarka nie jest już bowiem osobą „obowiązaną do zachowania tajemnicy pielęgniarskiej” (zgodnie z art. 17 ust. 2 w zw. z art. 14 ust. 2 pkt 3 i art. 14 ust. 2b,

³⁴ Por. uchwałę SN (7) z 16.06.1994 r., I KZP 5/94, OSNKW 1994/7–8, poz. 41.

ust. 3–4 u.p.p.) i tym samym fakty związane z terapią wyrażającego zgodę pacjenta nie są już w tej konkretnej sytuacji procesowej objęte tajemnicą. W konsekwencji zarówno dla samej pielęgniarki, jak i dla przesłuchującego tajemnica przestaje być blokadą dla legalnego udzielania i pozyskiwania informacji.

Prokurator w postępowaniu przygotowawczym, przesłuchując pokrzywdzonego (pacjenta, przedstawiciela ustawowego, osobę bliską dla zmarłego pacjenta), powinien zapytać o zgodę na ujawnienie tajemnicy po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych skutkach jej ujawnienia. Natomiast w czasie przesłuchania pielęgniarki należałoby odczytać jej odpowiedni fragment protokołu lub złożone odrębnie oświadczenie uprawnionego tak, by kwestia zwolnienia z tajemnicy nie budziła wątpliwości.

Jeśli osoba uprawniona nie wyrazi zgody lub też sprawa dotyczy pacjenta, który sam jest osobą uprawnioną, ale aktualnie zgody wyrazić nie może lub nie chce, wówczas zarówno dla prokuratora, jak i pielęgniarki kwestia zwolnienia z tajemnicy pielęgniarskiej jest nierozwiązana. Fakt, że prokurator nie ma obowiązku wystąpienia do sądu w trybie art. 180 § 2 k.p.k. na okoliczność przesłuchania pielęgniarki w charakterze świadka, jest przyczyną stosowania w praktyce ogólnych zasad związanych z przesłuchaniem świadków.

Każda osoba wezwana w charakterze świadka ma obowiązek stawić się i złożyć zeznania. Przesłuchanie świadka może nastąpić przy użyciu urządzeń technicznych umożliwiających przeprowadzenie tej czynności na odległość z jednoczesnym bezpośrednim przekazem obrazu i dźwięku. Świadek, który nie może się stawić na wezwanie z powodu choroby, kalectwa lub innej niedającej się pokonać przeszkody, można przesłuchać w miejscu jego pobytu (art. 177 k.p.k.). Świadek może uchylić się od odpowiedzi na pytanie, jeżeli udzielenie odpowiedzi mogłoby narazić jego lub osobę dla niego najbliższą na odpowiedzialność za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe. Może także żądać, aby przesłuchano go na rozprawie z wyłączeniem jawności, jeżeli treść zeznań mogłaby narazić na hańbę jego lub osobę dla niego najbliższą (art. 183 k.p.k.).

Przed rozpoczęciem przesłuchania należy uprzedzić świadka o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. W postępowaniu przygotowawczym świadek podpisuje oświadczenie, że został uprzedzony o tej odpowiedzialności (art. 190 k.p.k.).

Przesłuchanie rozpoczyna się od zapytania świadka o imię, nazwisko, wiek, zajęcie, karalność za fałszywe zeznanie lub oskarżenie oraz stosunek do stron. Miejsce zamieszkania świadka ustala się na podstawie dokumentu tożsamości lub pisemnego oświadczenia świadka. Pytania zadawane świadkowi nie mogą zmierzać do ujawnienia jego miejsca zamieszkania ani miejsca pracy, chyba że ma to znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy (art. 191 § 1–1b k.p.k.).

Do pielęgniarki jako świadka ma także zastosowanie przepis, na podstawie którego jeżeli istnieje wątpliwość co do stanu psychicznego świadka, jego stanu rozwoju umysłowego, zdolności postrzegania lub odtwarzania przez niego postrzeżeń, sąd lub prokurator może zarządzić przesłuchanie świadka z udziałem biegłego lekarza lub biegłego psychologa, a świadek nie może się temu sprzeciwić (art. 192 § 2 k.p.k.). Ten przepis natomiast nie będzie miał zastosowania do lekarza, który odmówił zeznań lub został od nich zwolniony na podstawie art. 182 § 2 k.p.k. (art. 192 § 3 k.p.k.). Dla celów dowodowych można również świadka, za jego zgodą, poddać oględzinom ciała i badaniu lekarskiemu lub psychologicznemu (art. 192 § 4 k.p.k.).

Resumując, zasada, że pielęgniarka nie jest związana tajemnicą, ponieważ zgodę na jej ujawnienie wyraził pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba bliska, ma zastosowanie również w toku procesu karnego. Oznacza to, że wyrażona przez osobę uprawnioną zgoda na ujawnienie tajemnicy pielęgniarskiej zwalnia pielęgniarkę z obowiązku jej zachowania. Ale jeżeli nie ma zgody osoby uprawnionej, pielęgniarkę obowiązuje tajemnica zawodowa na podstawie art. 14 ust. 2 pkt 3 u.p.p., a przesłuchanie jej w prokuraturze bez potrzeby zwolnienia jej z tajemnicy przez sąd budzi obecnie spore wątpliwości. Niewątpliwie w przypadku sprawowania wymiaru sprawiedliwości przy konieczności ujawnienia okoliczności mogących stanowić tajemnicę pielęgniarską dochodzi do kolizji pomiędzy interesem osoby chronionej a interesem ogólnym związanym ze sprawowaniem wymiaru sprawiedliwości. Z zasady należy przyjmować, że w postępowaniu karnym interes ogólny ma pozycję dominującą, w przeciwieństwie do postępowania cywilnego, w którym brak uzasadnienia dla arbitralnego wkraczania w sferę prywatności dla ochrony z zasady równoważnego interesu drugiej strony.

7. Podsumowanie

1. Pielęgniarka jest związana tajemnicą informacji dotyczących pacjenta, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.
2. Zasada przestrzegania tajemnicy pielęgniarskiej, rozumianej jako informacje dotyczące sfery prywatnej osób fizycznych, stanowi element prawa do prywatności i znajduje aktualnie wyraz w normach prawa międzynarodowego, m.in. w Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (art. 8) i w Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych (art. 177). Prawo to jednak może na warunkach ustawowych podlegać ograniczeniom, przede wszystkim ze względu na usprawiedliwiony interes społeczny.
3. Pacjent ma prawo żądać zachowania w poufności wszelkich informacji z nim związanych, a ujawnionych w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego, tj. zarówno należących do sfery prywatnej, związanych z jego życiem osobistym, zawodowym

i publicznym, jak również informacji, które są przedmiotem samodzielnych ustaleń osób wykonujących zawód medyczny, w tym zawód pielęgniarki, w związku z podjętymi czynnościami zawodowymi.

4. Pielęgniarka nie jest związana tajemnicą zawodową, gdy zgodę na jej ujawnienie wyrazi pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy. Zasada ta ma zastosowanie również w toku postępowania przed sądem cywilnym i procesu karnego.

5. Od momentu wyrażenia przez pacjenta zgody pielęgniarka nie jest osobą „obowiązującą do zachowania tajemnicy” i tym samym fakty związane z terapią wyrażającego zgodę pacjenta nie są już w tej konkretnej sytuacji procesowej objęte tą tajemnicą.

6. Co do zasady zgody pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego lub w niektórych sytuacjach osoby bliskiej na zwolnienie z tajemnicy nie można domniemywać. Winna mieć ona charakter wyraźny, przy czym sposób jej wyrażenia nie jest sformalizowany, zgoda ta może być więc zarówno ustna, jak i pisemna.

7. Brak podstaw do twierdzenia, zgodnie z którym interes indywidualny pacjenta czy interes publiczny automatycznie powoduje uchylenie obowiązku zachowania tajemnicy pielęgniarskiej. Przeciwnieństwem sprawy publicznej jest więc sprawa prywatna, czyli niepubliczna, osobista, indywidualna, dotycząca sfery prywatnej człowieka. Z drugiej jednak strony brak omawianej regulacji nie wpływałby na zasadniczą zmianę ocen prawnych, zważywszy na możliwość wykorzystania w tego rodzaju wypadkach konstrukcji stanu wyższej konieczności.

8. Uchylenie tajemnicy pielęgniarskiej w przywołanych okolicznościach musi być realne, powinno istnieć racjonalne przekonanie, że istnieje zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta albo zagrożenie dla życia i zdrowia innych osób, a pacjent nie ostrzeże samodzielnie osób, które narażone są na ryzyko większe niż minimalne³⁵.

9. Nieuzasadnione naruszenie tajemnicy pielęgniarskiej stanowi naruszenie prywatności pacjenta i daje podstawy do wystąpienia z roszczeniem z tytułu naruszenia dóbr osobistych.

10. Pielęgniarka nie jest związana tajemnicą zawodową w postępowaniu przed wojewódzką komisją, wyraźne wyłączenia od obowiązku zachowania tajemnicy na okoliczność tego postępowania przewiduje ustawa o prawach pacjenta.

11. W postępowaniu cywilnym i administracyjnym nie ma możliwości zwolnienia pielęgniarki z obowiązku zachowania z tajemnicy zawodowej.

³⁵ M. Safjan, *Problemy prawne tajemnicy lekarskiej*, „Kwartalnik Prawa Prywatnego” 1995/1, s. 37–38.

12. W toku postępowania karnego tajemnica lekarska jest chroniona w ten sposób, że o zwolnieniu z obowiązku zachowania orzeka sąd (tylko wtedy, gdy jest to niezbędne w procesie dochodzenia do sprawiedliwości), natomiast w analogiczny sposób nie jest chroniona tajemnica pielęgniarstwa.

13. Tajemnica lekarska i pielęgniarstwa korzysta z bezwzględnej ochrony w toku kontroli podatkowej. Nie do przyjęcia jest domaganie się od przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego przez organy kontroli podatkowej ujawnienia informacji objętych tajemnicą zawodową³⁶.

³⁶ Wyrok WSA w Krakowie z 13.02.2017 r., I SA/Kr 1177/16, LEX nr 2332986.

Rozdział 4

POSZANOWANIE GODNOŚCI I INTYMNOŚCI PACJENTA

1. Uwagi ogólne

Każda osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności pacjenta (art. 20 ust. 1 w zw. z art. 22 ust. 1 u.p.p.).

Artykuł 20 ust. 1 u.p.p. wskazuje bezpośrednio na prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych. Z kolei Kodeks etyki pielęgniarek i położnych zobowiązuje pielęgniarkę do respektowania prawa pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych (część szczegółowa I, pkt 3 lit. a). Ustawa pielęgniarka nie zawiera w zakresie omawianych praw pacjenta odrębnego uregulowania, nakazuje wykonywanie zawodu pielęgniarki z poszanowaniem praw pacjenta oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej (art. 11 ust. 1 u.z.p.p.).

Natomiast warto tu przywołać rozwiązania zawarte w ustawie lekarskiej. Lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta. Ma także obowiązek dbać, aby inny personel medyczny, w tym personel pielęgniarski, przestrzegał w postępowaniu z pacjentem zasad zapewniających poszanowanie jego intymności i godności (art. 36 ust. 1 u.z.l.)¹.

Prawo do poszanowania intymności oraz godności należy do sfery dóbr osobistych pacjenta i stanowi przedmiot ochrony w art. 23 k.c. Te dwa prawa należy rozpatrywać odrębnie, choć niewątpliwie pozostają one ze sobą w ścisłym związku. Na podstawie art. 24 k.c. ustawodawca chroni owe dobra zarówno przed ich naruszeniem, jak również przed zagrożeniem ich naruszenia. Może to nastąpić w wyniku działania bądź

¹ Lekarz medycyny posiada odpowiednie kwalifikacje do sprawowania nadzoru i koordynacji pracy średniego personelu medycznego, wyrok SN z 27.03.2000 r., I PKN 150/99.

zaniechania, o czym świadczy orzeczenie SN, w myśl którego „wynikające z art. 24 § 1 k.c. działanie może polegać na zaniedbaniu w wykonywaniu obowiązku usuwania skutków zdarzeń naruszających cudze dobro osobiste”.

2. Poszanowanie intymności pacjenta

Niewątpliwie intymność jest dobrem osobistym, chronionym prawem, mimo niewymienienia jej w art. 23 k.c. Pojęcie „sfera intymności” obejmuje najbardziej osobistą sferę życia człowieka, która pozostaje w ukryciu lub jest ujawniania jedynie osobom szczególnie bliskim². Intymność odnosi się zarówno do wyłącznie osobistej, poufnej sfery życia człowieka, jak i do jego relacji z innymi osobami – opartymi na serdeczności i zażyłości stosunków³. Strefa intymności jednostki ludzkiej jest poddana szczególnej ochronie, w myśl której tylko dana jednostka winna mieć prawo do rozporządzania tą wrażliwą sferą uczuć.

W momencie kiedy człowiek wchodzi w rolę pacjenta, sfera jego intymności jest narażona na naruszenie w związku z koniecznością wykonywania względem niego czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych lub pozostających w związku z jego udzielaniem. Naruszenie intymności pozostaje w związku z poczuciem wstydu⁴. Dlatego za słuszną należy uznać tezę, że jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej, to jedyną możliwość wkroczenia w sferę intymności człowieka daje wyrażenie zgody przez uprawnionego⁵. Prawo do intymności podlega ochronie bezwzględnej⁶. W mojej ocenie intymność człowieka, który zwraca się o udzielenie świadczenia zdrowotnego lub to świadczenie jest mu już udzielane, także w dopuszczonych przez prawo sytuacjach wbrew jego woli, może być naruszona tylko w zakresie niezbędnym do udzielenia niezbędnych świadczeń. Natomiast wyjście poza tę sferę jest działaniem bezprawnym, ze wszystkimi tego konsekwencjami dla podmiotu naruszonego dobro osobiste pacjenta.

Z punktu widzenia wykonywania zawodu pielęgniarki poszanowanie prawa pacjenta do intymności wymaga uwzględnienia zarówno aspektów intymnych relacji pacjent – pielęgniarka, jak i aspektów organizacyjnych oraz obowiązku zapewniania pacjentowi, że świadczenia zdrowotne będą mu co do zasady udzielne w pomieszczeniu, w którym będzie przebywał tylko niezbędny personel medyczny.

² Wyrok SN z 15.04.2005 r., I CK 753/04, LEX nr 603406.

³ *Słownik wyrazów obcych*, Warszawa 1980, s. 314.

⁴ W. Drabik, *O poszanowaniu prawa pacjenta do intymności*, „Puls” 1996/7–8.

⁵ J. Sieńczyło-Chlabicz, *Prawo do ochrony sfery intymności jednostki*, PiP 2004/11, s. 34 i n.

⁶ Wyrok SA w Białymstoku z 14.06.1995 r., I ACr 143/95, OSA 1995/7–8, poz. 49.

Budowania poufnych relacji pacjenta z pielęgniarką należy do istoty zawodów zaufania publicznego. Ponadto pacjent, a za zgodą pacjenta osoby mu bliskie, mają prawo otrzymać wszelkie niezbędne informacje związane z pobytem w podmiocie leczniczym oraz z tym, jak kontaktować się z personelem. Pacjent powinien być poinformowany o zasadach korzystania z pomieszczeń i urządzeń szpitalnych, ułatwieniach technicznych umożliwiających swobodne poruszanie się, np. na wózkach inwalidzkich. Każdy chory człowiek ma prawo do ciszy, co stanowi zobowiązanie personelu medycznego do wykonywania swoich zadań bez zbędnego pośpiechu i hałasu oraz respektowania ciszy przez osoby przebywające w miejscu wykonywania interwencji medycznej⁷. Rozmowa pacjenta z pielęgniarką wymaga warunków zapewniających dyskrecję. Pacjent ma prawo oczekiwać wsparcia psychicznego, pomocy w zaspokajaniu potrzeb fizycznych, rozpoznania sytuacji społecznej.

Dla pielęgniarki zasadniczym instrumentem regulującym codzienną praktykę respektowania omawianego prawa pacjenta w aspekcie organizacyjnym jest regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego (art. 24 u.d.z.l.). Regulamin organizacyjny, biorąc pod uwagę specyfikę świadczeń zdrowotnych udzielanych w danym podmiocie leczniczym, reguluje w szczególności: przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego oraz organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym (art. 24 ust. 1 pkt 6 i 7 u.d.z.l.). Należy pamiętać, że ewentualne wprowadzenie systemu monitorowania w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych nie zwalnia personelu pielęgniarskiego z dbałości o prawa pacjentów do poszanowania intymności i godności⁸.

W przypadku sprzeczności pomiędzy standardami praw pacjenta zawartymi w przepisach prawa a zasadami określonymi w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego pierwszeństwo mają przepisy prawa. W takiej sytuacji powołanie się przez placówkę medyczną na swój regulamin jest bezskuteczne. Rację ma pacjent powołujący się na gwarancje ustawowe. Naruszenie praw pacjenta, w tym prawa do intymności, przy zastosowaniu regulaminu porządkowego może być podstawą dochodzenia przez niego odszkodowania (art. 4 u.p.p.).

⁷ S. Wołynka, *Pielęgniarstwo ogólne*, Warszawa 1981, s. 146–152.

⁸ Wyrok WSA w Warszawie z 29.06.2015 r., VII SA/Wa 787/15, LEX nr 1972955.

3. Obecność personelu medycznego w czasie udzielania świadczenia zdrowotnego

Zasadniczym warunkiem poszanowania intymności jest obecność w trakcie wykonywania interwencji medycznej jedynie tych osób wykonujących zawód medyczny, które są niezbędne ze względu na rodzaj udzielanego świadczenia zdrowotnego lub wykonywanie czynności kontrolnych na podstawie przepisów o działalności leczniczej (art. 22 ust. 2 zdanie pierwsze u.p.p.). Oznacza to, że obecne mogą być zarówno osoby bezpośrednio udzielające pacjentowi świadczenia zdrowotnego, jak również te, które *de facto* nie wykonują bezpośrednio czynności medycznych, ale ich udział jest niezbędny, aby można przeprowadzić daną interwencję (np. obsługują aparaturę, pomagają pacjentowi zachować potrzebną pozycję) lub ją obserwować. Sam zatem fakt przynależności do szeroko rozumianego personelu ochrony zdrowia nie upoważnia do obecności przy wykonywaniu interwencji medycznej, dotyczy to zarówno osób wykonujących zawód lekarza, pielęgniarki czy inny zawód medyczny, jak i pracowników administracyjno-technicznych⁹. Obowiązkiem osób udzielających świadczeń zdrowotnych w konkretnych okolicznościach jest zapewnienie pacjentowi poszanowania jego prawa do intymności ze strony innych pacjentów i osób im towarzyszących. To, że pacjent zgłosił się do danego podmiotu leczniczego czy do danej praktyki zawodowej w celu udzielenia mu konkretnej interwencji medycznej, nie oznacza, że godzi się, aby jego intymność była naruszana przez wszystkie osoby tam zatrudnione i przebywające. Respektowanie intymności pacjenta wymaga zaistnienia przesłanki niezbędności danej osoby w trakcie konkretnej interwencji medycznej.

Pacjent może jednak nie życzyć sobie, aby przy zabiegu była obecna konkretna osoba (np. pielęgniarka). Powstaje pytanie, czy należy uwzględnić sprzeciw pacjenta, czy niezbędna obecność danej osoby jest ważniejsza. W obecnym stanie prawnym nie ma jednoznacznego rozstrzygnięcia, dlatego kwestia ta powinna być rozwiązana z uwzględnieniem prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego przez konkretną osobę. Warto też przypomnieć nakaz etyczny z art. 12 ust. 2 KEL: „Relacje między pacjentem a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu; dlatego pacjent powinien mieć prawo do wyboru lekarza”. Z kolei KEPP ujmuje relacje pielęgniarki i pacjenta jako oparte na zaufaniu, jednak nie stanowi wprost o umożliwieniu pacjentowi dokonania wyboru pielęgniarki, co nie przesądza o braku takiego prawa pacjenta. Nieuwzględnienie sprzeciwu pacjenta w omawianej sytuacji może wiązać się z utratą zaufania, brakiem poczucia bezpieczeństwa i wycofaniem zgody na konkretną interwencję medyczną. Kwestia ta wydaje się możliwa do uregulowania w zakresie zabiegów planowanych, natomiast bardziej problematyczna jest sytuacja nagła, gdzie tak naprawdę pacjent nie ma wyboru.

⁹ Za naruszenie prawa pacjenta do intymności należy uznać np. donoszenie przez rejestratorki kart chorób w trakcie odbywania przez pacjenta badania albo wchodzenie do pomieszczenia, w którym jest przeprowadzane badanie, personelu medycznego w celu zabrania potrzebnego sprzętu.

Na uczestnictwo i obecność innych osób, których obecność nie jest niezbędna ze względu na rodzaj udzielanego świadczenia zdrowotnego, zgodę wyraża pacjent i osoba wykonująca zawód medyczny (w tym pielęgniarka udzielająca świadczenia zdrowotnego) (*a contrario* art. 22 u.p.p.). Termin „inne osoby” obejmuje przede wszystkim osoby wykonujące zawód medyczny, których obecność nie jest niezbędna (np. osoby obserwujące czynności związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w związku z przeprowadzaną kontrolą, art. 21 i 22 ust. 2 u.p.p.).

Ustawodawca wymaga, aby zarówno na obecność, jak i uczestnictwo tych osób przy udzielaniu świadczenia zgodę wyraził pacjent i osoba udzielająca świadczenia zdrowotnego. Jeżeli pacjent jest małoletni, całkowicie ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, udziela jej przedstawiciel ustawowy tej osoby. Ponieważ osoba niezdolna do świadomego wyrażenia zgody, jeżeli nie została ubezwłasnowolniona, nie ma przedstawiciela ustawowego, zgodę taką powinna wyrazić osoba bliska, faktycznie opiekująca się pacjentem. Z uwagi na istotę intymności należy kierować się nakazem ochrony dobra osobistego, a brak zgody pacjenta na ujawnienie intymności powinien być w tych okolicznościach uszanowany. Zgodnie z wyrokiem SN z 11.03.1986 r. „życie intymne każdej osoby podlega zawsze pełnej ochronie prawnej”, a fakt bycia pacjentem nie wyłącza tej ochrony. Nie obala zatem domniemania bezprawności działania osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego fakt, że ujawnienie w trakcie udzielania świadczenia okoliczności z życia intymnego pacjenta było obiektywnie uzasadnione potrzebami organizacji pracy szpitala czy oddziału¹⁰.

4. Obecność osoby bliskiej pacjenta w trakcie wykonywania czynności pielęgniarskich

Pacjent ma prawo, aby przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego była obecna osoba bliska. Prawo to jest jednym z elementów ochrony więzi rodzinnej bez względu na miejsce pobytu (art. 8 EKPC). Pojęcie osoby bliskiej jest szerokie, może to być małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta (art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p.). A zatem osobą bliską dla pacjenta jest osoba pozostająca z nim w faktycznie bliskich relacjach, choć niekoniecznie będąca członkiem rodziny w rozumieniu prawa (art. 8 EKPC).

Decyzja o tym, która z osób bliskich będzie obecna przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, należy do pacjenta. To pacjent ma prawo zdecydowania o osobie bliskiej, może, ale nie musi z tego prawa skorzystać. Pielęgniarka nie ma prawa ingerencji w wybór pacjenta.

¹⁰ Wyrok SN z 11.03.1986 r., I CR 4/86, OSPiKA 1987/4, poz. 86.

Omawiane prawo pacjenta nie ulega ograniczeniu z uwagi na płeć czy wiek.

Każda kobieta ma prawo do obecności osoby bliskiej wskazanej przez z nią przy wykonywaniu czynności ginekologicznych, jak również w trakcie porodu i położu. Każde dziecko ma prawo do obecności osoby bliskiej w trakcie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Trzeba jednak podkreślić, że intymność, bliskość to szczególna sfera w życiu każdego człowieka, bez względu na wiek, dlatego małoletnie osoby w wieku dojrzewania mogą niekiedy krępować się udziałem ich rodziców czy opiekunów przy udzielaniu świadczenia. W sytuacji konfliktu na uwadze należy mieć dobro dziecka. W niektórych sytuacjach konieczna może być konsultacja z psychologiem. Możliwość decyzji w omawianej sprawie należy zapewnić także osobom ubezwłasnowolnionym. Osoby ubezwłasnowolnione to z reguły osoby dojrzałe w sensie fizycznym, ale nieporadne życiowo i niedojrzałe emocjonalnie. Wymagają one szczególnej dbałości o ochronę intymności.

Personel pielęgniarski jest zobowiązany do poszanowania woli pacjenta, niedopuszczalne są sytuacje nadużywania swojej przewagi wobec pacjenta lub jego osób bliskich w celu wymuszenia rezygnacji z obecności osoby bliskiej w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego.

Osoba wykonująca zawód medyczny, w tym pielęgniarka udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi, może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych tylko w przypadku jednej z dwóch sytuacji: istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta (art. 21 ust. 2 u.p.p.). Zagrożenie epidemiczne to zaistnienie na danym obszarze warunków lub przesłanek wskazujących na ryzyko wystąpienia epidemii (art. 2 pkt 31 u.c.h.z.). „Bezpieczeństwo zdrowotne” jest terminem nieostrym, który choć często używany w polityce zdrowotnej, nie został zdefiniowany i jest stosowany w różnych kontekstach znaczeniowych. Samo słowo „bezpieczeństwo” definiuje się jako stan braku zagrożenia, stan spokoju i pewności, natomiast dla zdefiniowania przymiotnika „zdrowotne” można odwołać się do definicji zdrowia zaproponowanej przez WHO (wówczas „bezpieczeństwo zdrowotne” jest rozumiane jako stan braku zagrożenia w aspekcie czynników fizycznych, psychicznych, społecznych i ekologicznych). Z uwagi na zbyt szerokie spektrum tego pojęcia istnieje rzeczywiste zagrożenie nadużywania tego kryterium jako przesłanki odmowy obecności osoby bliskiej.

5. Obecność studentów kierunku pielęgniarstwa w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych

Zasady obecności studentów kierunków medycznych, w tym kierunku pielęgniarstwa, i osób wykonujących już zawód pielęgniarki i inne zawody medyczne dla celów edukacyjnych w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego są obecnie uregulowa-

ne wspólnie w dwóch przepisach: art. 36 ust. 4 u.z.l. i art. 22 ust. 2 u.p.p. Osoby inne niż niezbędny personel medyczny bez zgody pacjenta mogą asystować podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, jeżeli znajduje się on w klinice lub szpitalu akademii medycznej, medycznej jednostki badawczo-rozwojowej lub w innej jednostce uprawnionej do kształcenia studentów nauk medycznych, lekarzy oraz innego personelu medycznego. Na podstawie tych przepisów w zakresie udziału studentów kierunku pielęgniarstwa w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych obowiązują opisane niżej zasady¹¹.

Po pierwsze, w świetle art. 36 ust. 4 u.z.l. nie jest konieczne uzyskanie zgody pacjenta na obecność osób kształcących się. Co więcej, osoby takie mogą być obecne nawet mimo sprzeciwu pacjenta. Ustanowiono ogólną zasadę obecności studentów bez względu na sytuację zdrowotną pacjenta i rodzaj udzielanego świadczenia zdrowotnego. Pacjenci leczeni w klinikach i szpitalach akademii medycznych czy w medycznych jednostkach badawczo-rozwojowych muszą pogodzić się z obecnością studentów w czasie udzielania świadczenia zdrowotnego, co może być dla nich trudne do zaakceptowania, chociażby z uwagi na fakt, że nie zawsze mają wpływ na wybór miejsca badania czy leczenia. Ponadto pacjenci niekiedy wybierają takie miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w przeświadczeniu, że otrzymają opiekę zdrowotną wyższej jakości niż w innych podmiotach leczniczych.

Po drugie, zastosowanie wyjątku od obowiązku uzyskania zgody od pacjenta (pacjentki) może dotyczyć wyłącznie tych placówek medycznych, w których taka nauka jest prowadzona. Pacjent powinien być zatem poinformowany o możliwości naruszenia jego intymności w związku z działalnością dydaktyczną prowadzoną na terenie danej placówki.

Po trzecie, obecność osób uczących się zawodu pielęgniarstwa jest ograniczona do niezbędnego zakresu wyznaczonego przez cele dydaktyczne, a nie do zakresu niezbędnych czynności medycznych wynikających z procesu świadczenia zdrowotnego.

Po czwarte, studenci pielęgniarstwa mogą uczestniczyć w udzielaniu pacjentowi świadczenia zdrowotnego, a zatem nie tylko je obserwować, z tym jednak, że nawet osoba prowadząca zajęcia nie może upoważnić studentów do udzielania świadczenia zdrowotnego, ponieważ studenci nie mogą udzielać takich świadczeń.

Po piąte, udział studentów pielęgniarstwa w przebiegu udzielania świadczenia zdrowotnego powinien następować w sposób uniemożliwiający naruszenie istoty praw pacjenta do prywatności, godności osobistej i intymności.

¹¹ Wyrok WSA w Warszawie z 26.02.2016 r., VII SA/Wa 2913/15, LEX nr 2073697.

Powyższy stan prawny opiera się na racjonalnym celu – edukacji w zakresie nauki zawodów medycznych, w tym zawodu pielęgniarstwa. Nie tylko zrezygnowano z pobierania wyraźnej zgody pacjenta na uczestnictwo studentów, ale całkowicie wymóg takiej zgody pominięto. Jednocześnie takie rozwiązanie uznano za środek konieczny dla realizacji postawionego celu, a dopuszczalność takiej sytuacji uzależniono od bezwzględnego spełnienia wskazanych zasad i niestosowania tego wyjątku w praktyce w sposób rozszerzający prawo.

Niewątpliwie mamy tu do czynienia ze zbalansowaniem interesu pacjenta dotyczącego poszanowania prawa do samostanowienia i intymności oraz interesu publicznego – prawa władzy publicznej do organizowania systemu kształcenia według zasad przyjętych w ust. 4 art. 36 u.z.l. Analizowana regulacja rodzi pytanie, czy interes publiczny w tych okolicznościach jest wystarczającym powodem pozbawienia człowieka wskazanych praw. Ustawodawca w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry częściowo odpowiedział na to pytanie pozytywnie.

Uczestnictwo studentów kierunku pielęgniarstwa wymaga opracowania i przestrzegania standardów określających zasady udziału studentów w zajęciach praktycznych, m.in. określenia dopuszczalnej liczby studentów obecnych w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego. Student przed rozpoczęciem zajęć praktycznych powinien być do nich przygotowany w zakresie znajomości podstawowych zasad etyki, praw pacjenta i poinformowany o konsekwencjach naruszenia omawianego prawa.

6. Poszanowanie godności pacjenta

Godność człowieka (łac. *dignitas hominis*), godność pacjenta należy do podstawowych zagadnień antropologii filozoficznej, a sposób rozumienia tego pojęcia wywiera znaczny wpływ na rozstrzygnięcia szczegółowych problemów etycznych i prawnych. Powstało jednak w dziejach ludzkości (filozofii i prawa) wiele definicji godności. Wstępnie można ją ująć jako subiektywne przekonaniem jednostki o jej autentycznej wartości jako człowieka, bez względu na to, czy jest zdrowa czy chora¹². I. Kant definiując godność, stwierdził, że „człowiek nie może być nigdy środkiem do jakiegoś celu, lecz zawsze musi być celem samym w sobie”¹³. Europejska Konwencja Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 4.12.1950 r. w art. 3 stanowi, że nikt nie może być poddany torturom ani nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu. Europejski Trybunał Praw Człowieka stwierdził, że sposób traktowania, by

¹² W rozważaniach dotyczących terminu „godność” wskazano na charakter uniwersalny tego pojęcia, które dotyczy każdego człowieka, ponieważ wynika z poszanowania istoty ludzkiej. A. Szpunar podkreśla, że w cywilistyce godność osobista jest to „wewnętrzna cześć”, w odróżnieniu od „zewewnętrznej czci”, jaką jest dobre imię. Warto zaznaczyć, że w prawie polskim znieważenie nie musi nastąpić w obecności znieważanego, *Ochrona dóbr osobistych*, Warszawa 1979, s. 127–128.

¹³ P. Vardy, P. Grosch, *Etyka*, Poznań 1995, s. 64–65.

znaleźć się w zakresie regulacji art. 3 Konwencji, musi osiągnąć pewien minimalny poziom dolegliwości. Ocena tego minimum jest relatywna; zależy od wszystkich okoliczności sprawy, takich jak długość trwania traktowania, następstwa psychiczne i fizyczne oraz, w niektórych przypadkach, płeć, wiek i stan zdrowia ofiary. Dokonując oceny, czy dana forma traktowania jest „poniżająca” w rozumieniu art. 3 EKPC, należy wziąć pod uwagę, czy w zamierzeniu ma poniżyć i upokorzyć daną osobę oraz czy w odniesieniu do następstw wywarło negatywny wpływ na jej osobowość w sposób sprzeczny z art. 3. Brak takiego zamierzenia nie może jednakże w sposób rozstrzygający wykluczyć stwierdzenia naruszenia art. 3. Cierpienie i upokorzenie związane ze stosowanym traktowaniem musi w każdym razie przekroczyć stopień nieuniknionego cierpienia i upokorzenia związanego ze stosowaniem zgodnych z prawem form traktowania lub karania.

Godność w polskim systemie prawa jest ujmowana jako wartość i jako prawo podmiotowe. Konstytucja RP w preambule stwierdza istnienie przyrodzonej godności człowieka, a art. 30 Konstytucji charakteryzuje ją jako przyrodzone, niezbywalne i nienaruszalne „źródło wolności i praw człowieka i obywatela”. Jest to jedyna konstytucyjna wartość, która nie może być ograniczona, i jedna z klauzul generalnych stanowiących podstawę interpretacyjną całego systemu prawa. Aplikacja godności jako źródła praw człowieka, oznaczająca, że prawa człowieka stanowią pokłosie godności człowieka, ma kluczowe znaczenie. Wolności i prawa człowieka wynikają z godności człowieka, ale wydaje się, że są od niej odrębne, mają swój własny status.

Godność człowieka jest także prawem podmiotowym jednostki¹⁴, niezależnie od jego kwalifikacji, stanu psychofizycznego lub od aktualnej sytuacji życiowej. Jest rodzajem szacunku należnego każdej osobie. Godność jako prawo domaga się bowiem uszanowania. Szacunek, jak się wydaje, stanowi na nie adekwatną odpowiedź. Określa pozycję jednostki w społeczeństwie. Przybiera postać żądania szanowania godności człowieka i wyznacza sposób postępowania organów państwa w razie jej naruszenia¹⁵.

Nie ulega wątpliwości, że godność jest dobrem osobistym, chronionym prawem, mimo niewymienienia jej w art. 23 k.c. Godność człowieka konkretyzuje się w poczuciu własnej wartości i oczekiwaniu szacunku ze strony innych ludzi, a miernikiem oceny, czy doszło do naruszenia godności, jest przede wszystkim stanowisko tzw. opinii publicznej, będącej wyrazem poglądów powszechnie przyjętych i akceptowanych przez społeczeństwo w danym czasie i miejscu, zaś wzorców, które powinny stanowić docelowy punkt odniesienia dokonywanej oceny, dostarczają zapatrywa-

¹⁴ Wyroki TK z 4.04.2001 r., K 11/00, OTK 2001/3, poz. 358 oraz z 15.10.2002 r., SK 6/02, OTK-A 2002/5, poz. 65, pkt 6 uzasadnienia.

¹⁵ Wyroki SN z 25.04.1989 r., I CR 143/89, OSP 1990/9, poz. 330, z 7.11.2000 r., I CKN 1149/98, LEX nr 50831 i z 4.04.2001 r., III CKN 323/00, LEX nr 365051.

nia rozsądnie i uczciwie myślących ludzi¹⁶. Ocena, czy nastąpiło naruszenie godności osobistej, nie może być dokonana według miary indywidualnej wrażliwości zainteresowanego (ocena subiektywna). Pogląd ten znajduje poparcie w doktrynie: „pamiętajmy, że subiektywne reakcje są czasem przesadne, jeżeli np. dana osoba jest nadmiernie uczulona na punkcie swej godności”¹⁷. Z naruszeniem godności mamy zatem do czynienia, jeśli działanie albo zaniechanie stanowiące naruszenie innego dobra osobistego następuje w sposób godzący w wartość jednostki ludzkiej. Naruszenie dobra osobistego rozpatrywać należy w granicach przeciętnych ocen społecznych, a nie indywidualnego odczucia osoby domagającej się ochrony. Ujęcie obiektywne pozwala uniknąć ochrony subiektywnie i nadmiernie odczuwanych skutków naruszeń sfery osobistej¹⁸.

Pacjent korzystający ze świadczeń zdrowotnych to nadal „cały” człowiek, a nie tylko „uszkodzona funkcja”, to nadal człowiek posiadający własny system wartości i wiedzy, który ma określone oczekiwania wobec osób udzielających świadczeń zdrowotnych, czyli także wobec pielęgniarki¹⁹. Żadna osoba przez fakt wejścia w rolę pacjenta nie może być traktowana jak ktoś gorszy, zobowiązany do bezwzględnego podporządkowania się z góry określonym regułom, także tym, które godzą w jej poczucie godności. Pacjent ma prawo oczekiwać od pielęgniarki i innych członków personelu medycznego wyrazów szacunku dla jego godności osobistej, poprzez dostrzeżenie w jego osobie równoprawnego uczestnika stosunków międzyludzkich, czyli poszanowania podmiotowości człowieka²⁰.

Każdy pacjent ma swoje imię i nazwisko, dlatego ma prawo oczekiwać, że pielęgniarka i inne osoby stykające się z nim tak właśnie będą się do niego zwracać²¹. Każde inne określenie może być poczytane jako zachowanie poniżające pacjenta. Pielęgniarka jest obowiązana zwracać się do pacjenta taktownie, życzliwie, wyrozumiale i cierpliwie²². Należy szanować prawo pacjenta do zachowania dystansu. Wiele osób

¹⁶ Wyrok SA w Łodzi z 26.02.2018 r., I ACa 804/17, LEX nr 2478497.

¹⁷ Wyrok SN z 11.03.1997 r., III KKN 33/97, OSNC 1997/6–7, poz. 93: „ocena, czy nastąpiło naruszenie (...) godności osobistej (...) nie może być dokonana według miary indywidualnej wrażliwości zainteresowanego (ocena subiektywna)”. Pogląd ten znajduje poparcie w doktrynie: „Pamiętajmy, że subiektywne reakcje są czasem przesadne, jeżeli np. dana osoba jest nadmiernie uczulona na punkcie swej godności”, A. Szpunar, *Ochrona dóbr...*, s. 129.

¹⁸ Wyrok SA w Warszawie z 27.01.2017 r., I ACa 2190/15, LEX nr 2444490.

¹⁹ J. Kozielski, *O godności człowieka*, Warszawa 1977, s. 10; T. Kobierzycki, *Człowiek w szpitalu*, „Więź” 1991/5, s. 66; W. Póltowska, *Lekarz wobec wartości życia ludzkiego*, „Ethos” 1993/5, s. 69 i n.

²⁰ J. Wyka, *Podmiotowość człowieka chorego a moralny nakaz lekarza niesienia mu pomocy*, „Gazeta Lekarska” 1993/2, s. 7. Podmiotowe traktowanie pacjenta stanowi główny cel wszelkich regulacji, np. kart praw pacjenta, zob. przykładowo: *Karta Praw Pacjenta w Wielkiej Brytanii*, „Antidotum” 1992/12, s. 23; *Karta Praw Pacjenta w Northern General Hospital*, „Antidotum” 1993/12, s. 6; *Prawa pacjenta w Niemczech*, „Antidotum” 1994/2, s. 43–50.

²¹ J. Nielubowicz, *Lekarz w oczach chorego...*, s. 396.

²² Por. szerzej T.M. Zielonka, *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 12*, „Gazeta Lekarska” 1997/6; także A. Gubiński, *Komentarz do Kodeksu Etyki Lekarskiej*, Warszawa 1995, s. 67–68.

czuje się zdecydowanie lepiej, gdy traktuje się je powściągliwie i formalnie, ale z szacunkiem, bez okazywania nadmiernej serdeczności i współczucia.

Wykonywanie każdej interwencji medycznej powinno przebiegać sprawnie, bez zbędnego wydłużenia w czasie oraz w miarę możliwości jak najmniej boleśnie. Naruszeniem godności człowieka jest zadawanie nadmiernego i zbędnego bólu przez niestaranne, niedbałe wykonywanie iniekcji, zmiany opatrunków, niesprawne lub wręcz brutalne wykonywanie badań diagnostycznych i innych zabiegów²³. Pielęgniarka udzielająca świadczeń zdrowotnych jest ustawowo zobowiązana podejmować działania polegające na określaniu stopnia natężenia bólu, leczenia bólu zgodnie ze posiadanymi uprawnieniami oraz monitorowania skuteczności tego leczenia.

Pielęgniarka w trakcie kontaktu z pacjentem jest zobowiązana do właściwego dobierania słów, aby były one zrozumiałe dla słuchacza, rzetelnie informować o wszystkich sprawach związanych ze stanem zdrowia zainteresowanego i w miarę potrzeby powtarzać je aż do ich pełnego zrozumienia przez chorego²⁴. Pielęgniarka winna okazywać cierpliwość, gdy chory będzie przedstawiał swoje dolegliwości, wyrażał swój pogląd na przebieg leczenia i rokowanie. Niedopuszczalne jest traktowanie pacjenta z góry, nieprzyjemnie, z lekceważeniem, ignorując prośby o udzielenie informacji czy dokonując oceny życia pacjenta²⁵.

7. Podsumowanie

1. Pielęgniarka jest zobowiązana do poszanowania intymności i godności pacjenta, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.

2. Prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności osobistej stanowią generalną podstawę dobrych stosunków międzyludzkich i są gwarancją realizacji pozostałych praw pacjenta. Prawa te można uznać za „wyraz pożądanego standardu opieki zdrowotnej”²⁶.

3. Warunki, w jakich pacjenci przebywają, mają istotne znaczenie dla poszanowania ich intymności i godności. Dlatego niezapewnienie pacjentom podstawowych warunków humanitarnych z całą pewnością narusza ich godność i prawo do intymności, a w konsekwencji może być rozpatrywane w kategoriach naruszenia dóbr osobistych (art. 23 i 24 k.c.).

²³ I. Rżewska, *Wspólnota szpitalna w walce z cierpieniem [w:] Pacjent – pielęgniarka*, Warszawa 1987, s. 193.

²⁴ J. Nielubowicz, *Lekarz w oczach chorego...*, s. 396.

²⁵ A. Gubiński, *Komentarz do Kodeksu Etyki Lekarskiej...*, s. 68.

²⁶ K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*, Warszawa 2003, s. 58 i n.

4. Podstawę dochodzenia roszczeń z tytułu naruszenia dóbr osobistych stanowi art. 24 k.c., który nie wymaga dla odpowiedzialności winy sprawcy, a jedynie bezprawności jego zachowania, wprowadzając jednocześnie domniemanie bezprawności. Dzięki temu dochodzący ochrony nie musi tej przesłanki udowadniać, natomiast na sprawcy ciąży obowiązek wykazania, że jego działanie było zgodne z prawem.

5. Rzeczywisty wolny wybór podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych i powiązanie jego dochodów z liczbą udzielanych świadczeń jest wskazywany jako możliwość eliminowania tych świadczeniodawców, którzy nie są życzliwi, kulturalni i nie okazują szacunku pacjentowi²⁷.

²⁷ T.M. Zielonka, *Prawo do życzliwości*, „Gazeta Lekarska” 1997/6.

Rozdział 5

DODATKOWA OPIEKA PIELĘGNACYJNA

1. Uwagi ogólne

Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej (art. 34 ust. 1 u.p.p.). Pielęgniarka może wykonywać w podmiocie leczniczym dodatkową opiekę pielęgnacyjną na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej w pacjentem lub jego osobą bliską (art. 23 ust. 1 u.z.p.p.). Taki stan prawny tworzy wrażenie wyjścia naprzeciw oczekiwaniom pacjenta i jego osób najbliższych dla zapewnienia profesjonalnej opieki pielęgnacyjnej, w sytuacjach gdy niewystarczająca jest opieka zapewniana w ramach działalności podmiotu leczniczego, z usług którego korzysta pacjent. Uważam jednak, że obecnie obowiązujący stan prawny tylko pozornie spełnia ten cel. Punktem wyjścia dla dalszych rozważań jest przyjęcie za słuszną interpretację, że dwie normy przywołane powyżej tworzą całość. Innymi słowy, norma wyrażona w art. 23 ust. 1 u.z.p.p. nie zawiera regulacji szczególnych względem art. 34 ust. 1 u.p.p.¹, natomiast traktowane jako całość, tworzą nową rzeczywistość.

2. Miejsce udzielania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej

Dodatkowa opieka pielęgnacyjna może być świadczona w każdym rodzajowo podmiocie leczniczym w rozumieniu art. 4 w zw. z art. 8 u.dz.l., a nie może być świadczona w ramach praktyk zawodowych (art. 2 ust. 1 pkt 5 u.dz.l.). A zatem miejsce realizacji dodatkowej opieki pielęgnacyjnej przez pielęgniarki dotyczy podmiotów leczniczych udzielających świadczeń pielęgnacyjnych: w ramach świadczeń szpitalnych (art. 2 ust. 1 pkt 11 u.dz.l.), stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne oraz w warunkach ambulatoryjnych i domowych (art. 2 ust. 1 pkt 12 w zw. z art. 9 u.dz.l.). Dodatkowa opieka nie dotyczy jednak świadczeń

¹ Pogląd wyrażony w kontekście relacji pomiędzy ustawą o prawach pacjenta a ustawą pielęgniarską czy ustawą lekarską, *Ustawa o prawach pacjenta...*, s. 100.

z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, do której pacjent ma prawo na podstawie umowy, którą zawiera Narodowy Fundusz Zdrowia ze świadczeniodawcami (art. 15 ust. 2 pkt 1 u.ś.o.z.).

Podmiot leczniczy określa w regulaminie organizacyjnym zakres, sposób i warunki udzielania pielęgnacyjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie nieuregulowanym w ustawie lub statucie (art. 23 w zw. z art. 24 ust. 1 pkt 4 u.dz.l.). Pielęgnacyjne świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarkę zatrudnioną w podmiocie leczniczym są elementem procesu świadczenia zdrowotnego, obok medycznych działań diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Podmiot leczniczy jest zobowiązany zapewnić udzielanie pielęgnacyjnych świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki oraz spełniające wymagania zdrowotne (art. 17 ust. 1 pkt 3 u.dz.l.).

Opieka pielęgnacyjna stanowi jeden z kluczowych elementów definicji wykonywania zawodu pielęgniarki, polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta, planowaniu i sprawowaniu tej opieki nad pacjentem (art. 4 ust. 1 pkt 2 i 3 u.z.p.p.). Zakres świadczeń udzielanych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego jak na podstawie zlecenia lekarskiego określa Minister Zdrowia na podstawie delegacji zawartej w ustawie pielęgniarskiej w drodze aktów wykonawczych (art. 6 u.z.p.p.). Udzielanie takich świadczeń może nastąpić tylko z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo i z wykorzystaniem wskazania aktualnej wiedzy medycznej (art. 11 u.z.p.p.). Podmiot leczniczy jest zobowiązany do zapewnienia opieki pielęgnacyjnej przez zatrudniony przez niego personel pielęgniarski w zakresie zapewniającym bezpieczeństwo pacjentom. Należy podkreślić, że każdy podmiot leczniczy (przedsiębiorstwo i nieprzedsiębiorstwo) ponosi odpowiedzialność za tzw. winę organizacyjną, gdy szkoda została pacjentowi wyrządzona m.in. na skutek niewłaściwej organizacji podmiotu leczniczego, braku odpowiedniego personelu pielęgniarskiego, niedostatecznych kwalifikacji osób zatrudnionych, nieodpowiednich warunków zabiegu czy pielęgnacji, jak też w innych przypadkach związanych z wadliwą organizacją procesu świadczenia zdrowotnego.

3. Zakres terminu „dodatkowa opieka pielęgnacyjna”

Ustawodawca gwarantuje każdemu pacjentowi prawo skorzystania z realizacji prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej względem opieki, do której jest zobowiązany szpital czy inny stacjonarny podmiot leczniczy, sprawowanej przez pielęgniarki tam zatrudnione, które za jej udzielanie są wynagradzane². Opieka dodatkowa nie zastępuje tej, do której zobowiązany jest szpital czy inny podmiot leczniczy. W razie

² Wyrok SO w Przemyślu z 19.10.2015 r., I C 889/13, LEX nr 1933737.

skorzystania przez pacjenta z tej możliwości personel pielęgniarstwa podmiotu nie jest zwolniony z obowiązku troski o prawidłową pielęgnację pacjenta. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną, rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentem małoletnim albo posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu. Ponadto przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną sprawowaną nad pacjentem małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności w stacjonarnym podmiocie leczniczym rozumie się również prawo do pobytu wraz z nim przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego (art. 34 u.p.p.)³. Dla jej wykonywania ustawodawca nie przewiduje żadnych wymagań kwalifikacyjnych i uprawnień ani nie ustanawia szczególnych zasad jej wykonywania. Opiekę względem pacjenta może wykonywać każda osoba wskazana przez pacjenta (art. 34 u.p.p.). W tym zakresie rozstrzygające znaczenie ma wola samego pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, a w sytuacjach wyjątkowych (np. brak obecności rodzica) osoby bliskiej pacjentowi w rozumieniu art. 3 u.p.p. Zgodnie z art. 23 ust. 1 u.z.p.p. może to być również osoba wykonująca zawód pielęgniarki⁴. Żadnych uprawnień w kwestii wskazywania osób do sprawowania dodatkowej opieki nie ma szpital, który jest związany decyzją pacjenta lub wymienionych wyżej osób go reprezentujących. Tym samym zamieszczenie przez szpital w regulaminie organizacyjnym postanowienia wyznaczającego matkę dziecka jako jedyną osobę, która może sprawować całodobową opiekę pielęgnacyjną nad dzieckiem, jest sprzeczne z prawem.

Pojawia się jednak wiele pytań, m.in. o charakter wykonywanych czynności: czy pielęgniarka w czasie sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nadal wykonuje zawód medyczny, czy być może przestaje go już wykonywać? Jaka jest różnica pomiędzy wykonywaniem tej opieki przez osoby bliskie pacjentowi, niemające wykształcenia medycznego, a wykonywaniem jej przez pielęgniarki, których obowiązkiem zawodowym jest zapewnienie profesjonalnej opieki⁵?

Zawód pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 2 i 4 u.z.p.p. w zw. z art. 2 ust. 1 pkt 2 u.dz.l.). Natomiast „dodatkowa opieka pielęgnacyjna” została zdefiniowana jako opieka polegająca na wykonywaniu innych świadczeń niż świadczenia zdrowotne, czyli – innymi słowy – wykonywanie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nie obejmuje działań medycznych (art. 2 ust. 1 pkt 10 u.dz.l.).

Wprowadzanie zapisu, że w czasie dodatkowej opieki pielęgniarka ograniczy się tylko do najprostszych czynności, które *de facto* nie będą świadczeniami zdrowotnymi, uważam za chybione. W opinii przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia: „Dodatkowa

³ Wyrok SA w Warszawie z 16.08.2018 r., V ACa 668/17, LEX nr 2545198.

⁴ Wyrok WSA w Warszawie z 21.10.2015 r., VII SA/Wa 1344/15, LEX nr 2327336.

⁵ Szerzej na temat sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej przez osoby bliskie pacjentowi por. D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta...*, 2016, s. 396 i n.

opieka pielęgnacyjna w zakładzie opieki zdrowotnej [obecnie w podmiocie leczniczym – D.K.], może być wykonywana w ramach czynności pielęgnacyjnych, tj. mycie, pomoc w karmieniu czy ścieleniu łóżka, co jest właściwe dla wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej⁶. Co w rozumieniu Ministerstwa Zdrowia oznacza sformułowanie „właściwe”? Na to pytanie nie odpowiedziano jednoznacznie. W moim przekonaniu właściwe dla osób wykonujących zawód pielęgniarki jako jeden z zawodów medycznych jest udzielanie świadczeń zdrowotnych (art. 2 ust. 1 pkt 2 u.dz.l. w zw. z art. 4 u.z.p.p.), natomiast świadczenia inne niż świadczenia zdrowotne mogą wykonywać osoby wykonujące zawód niemający statusu zawodu medycznego, a sprawujące opiekę nad pacjentem czy to z tytułu bycia osobą bliską pacjentowi, czy z tytułu zatrudnienia w podmiocie leczniczym na stanowisku np. pomocy pielęgniarskiej.

4. Ocena stanu prawnego

Rozpoznawanie przez pielęgniarki problemów pielęgnacyjnych pacjenta musi uwzględniać wskazania aktualnej wiedzy medycznej, a planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej jest poprzedzone postawieniem diagnozy pielęgniarskiej (art. 4 ust. 1 w zw. z art. 11 ust. 1 u.z.p.p.)⁷. Każda jednostka chorobowa wymaga właściwej pielęgnacji, opartej na wiedzy zdobytej w trakcie kształcenia zawodowego. Proces pielęgnacyjny uwzględniający wskazania aktualnej wiedzy medycznej to nie „toaleta” pacjenta i zmiana pościeli. Jak zaznaczono na wstępie opracowania, ustawa o prawach pacjenta nie jest ustawą szczególną do ustawy pielęgniarskiej, dlatego przy zestawieniu dwóch norm: art. 23 ust. 1 u.z.p.p. i art. 34 ust. 1 u.p.p. dochodzimy do wniosku, że pielęgniarka może wykonywać dodatkową opiekę pielęgnacyjną, udzielając świadczeń niezdrotnych. Jednocześnie brak wyraźnego sprecyzowania, co pielęgniarka może wykonywać w ramach dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, czyli co jest, a co już nie jest udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Tym samym można mieć uzasadnione wątpliwości, czy taka forma wykonywania zawodu pielęgniarki w ogóle powinna mieć miejsce przy obecnym stanie prawnym. Jeszcze raz podkreślam, że wykonywanie zawodu medycznego, jakim jest zawód pielęgniarki, polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 4 u.z.p.p. w zw. z art. 2 ust. 1 pkt 10 u.dz.l.).

Wykonywanie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej przez pielęgniarki rodzi jeszcze inne opisane niżej wątpliwości.

Dodatkowa opieka pielęgnacyjna może być wykonywana na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej pomiędzy pielęgniarką a pacjentem lub osobą bliską. Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia umowa ta nie może dotyczyć tych czynności,

⁶ M. Haber, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, w odpowiedzi na zapytanie posła M. Łuczaka, przekazane w piśmie z 14.07.2009 r. (SPS-024-4322-09) w sprawie umowy cywilnoprawnej zawieranej z pielęgniarką lub położną na świadczenie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

⁷ *Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarskiej...*, s. 22 i n.

które zostały zakontraktowane przez Fundusz ze szpitalem czy innym stacjonarnym podmiotem leczniczym, w którym przebywa pacjent. Wobec powyższego powstaje pytanie, czy „czynności pielęgnacyjne”, tj. mycie, pomoc w karmieniu czy ścieleniu łóżka, nie są objęte umową pomiędzy Funduszem a stacjonarnym podmiotem. Przyjęcie, że nie są one objęte tą umową, prowadzi do paradoksalnego wniosku, że w takich okolicznościach każda pielęgniarka pracująca w szpitalu powinna mieć podpisane umowy cywilnoprawne ze znajdującymi się na oddziale pacjentami wymagającymi mycia, karmienia czy ścielenia łóżka. Natomiast jeżeli odpowiedź na powyższe pytanie jest przecząca (usługi są wykonywane w ramach umowy z Funduszem), pojawia się pytanie, co to oznacza „dodatkowa pielęgnacja”. Personel pielęgniarski, dzięki któremu stacjonarny podmiot pielęgnuje chorych, nie jest zwolniony ze swoich obowiązków względem pacjenta, który korzysta z prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, także z czynności takich jak „toaleta ciała”. Można tu ewentualnie mówić tylko o czynnościach „dodatkowych”, którymi zgodnie z interpretacją Ministerstwa Zdrowia będą „dodatkowe” karmienie, mycie czy ścielenie łóżka.

Pojawiają się także wątpliwości co do warunków i formy zawierania umów cywilnoprawnych między pacjentem lub jego osobą bliską a pielęgniarką. Co do zasady umowa taka ma charakter umowy nienazwanej, do której zastosowanie znajdują odpowiednio przepisy o zleceniu (art. 750 w zw. z art. 734 i n. k.c.)⁸. Umowy cywilnoprawne, jako umowy zawierane pomiędzy dwiema równorzędnymi stronami stosunku prawnego, cechuje swoboda zarówno w zakresie ich zawierania, jak i ukształtowania treści tego stosunku. Dlatego wprowadzanie przez ustawodawcę mało precyzyjnych ograniczeń co do istotnych elementów umowy (czyli zakresu czynności zawodowych, które mogą być wykonywane względem pacjenta), a następnie dopuszczenie w art. 35 u.p.p., aby kierownicy stacjonarnych podmiotów leczniczych określali cennik „dodatkowej opieki pielęgnacyjnej” sprawowanej przez pielęgniarkę, podważa w moim przekonaniu zasadę swobody umów cywilnoprawnych⁹.

Niewątpliwie ustawa o prawach pacjenta przesądza, że pacjent może, ale nie musi być zobowiązany do uiszczania określonych opłat. Zobowiązanie to powstaje dopiero wówczas, gdy realizacja wskazanych praw pacjenta rodzi koszty rzeczywiste, czyli takie, które faktycznie zostały poniesione w przypadku realizacji tych praw. Ustawodawca nie podał, co składa się na rzeczywiste koszty, które może ponieść podmiot leczniczy. Podjęcie decyzji o pobieraniu opłat pozostawia kierownikowi podmiotu. Informacja o wysokości opłat oraz o sposobie jej ustalenia jest jawna i udostępniana w lokalu stacjonarnego podmiotu leczniczego. Pragnę zauważyć, że ponieważ ustawodawca nie rozróżnia opieki nieprofesjonalnej od profesjonalnej, pacjent ponosi koszt jej realizacji na takich samych zasadach, bez względu na to, czy dodatkowa

⁸ T. Zimna, *Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2007, s. 220 i n.

⁹ D. Sikora, *Chory zapłaci za dodatkową opiekę pielęgnacyjną*, „Gazeta Prawna” z 8.05.2009 r., http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/316436_chory_zaplaci_za_dodatkowa_opieke_pielgniarki.html (dostęp: 30.12.2019 r.).

opieka pielęgnacyjna jest sprawowana przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki, czy przez inne osoby. Skorzystanie przez pacjenta z prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez pielęgniarkę może wiązać się z ponoszeniem podwójnych opłat: wypłaty wynagrodzenia za realizację umowy i poniesienia kosztów realizacji tego prawa względem podmiotu.

Pielęgniarka jest zobowiązana do poinformowania podmiotu leczniczego, w którym będzie wykonywać dodatkową opiekę pielęgnacyjną, że będzie wykonywać taką opiekę na podstawie umowy zawartej z pacjentem lub osobą mu bliską, najpóźniej w dniu podjęcia opieki (art. 23 ust. 2 u.z.p.p.). Zgłoszenie będzie według mnie miało tylko charakter porządkowy w celu przekazania informacji, że taka opieka będzie świadczona. Przekazywanie takiej informacji ma służyć przede wszystkim dbałości o bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta, a tym samym właściwą organizację pracy w podmiocie leczniczym. Celowe jest przekazywanie takich informacji przez pielęgniarki zamierzające udzielać dodatkowej opieki pielęgnacyjnej w tym samym podmiocie leczniczym, w którym są zatrudnione. W przypadku zatrudnienia pracowniczego zarówno pracodawca, jak i pracownik muszą przestrzegać norm czasu pracy i prawa pracownika do odpoczynku (art. 93–97 u.dz.l.). Brak natomiast uregulowań czasu pracy w zakresie zatrudnienia niepracowniczego. Warto dodać, że zasadne jest wprowadzenie w ustawie o prawach pacjenta obowiązku zgłaszania wykonywania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej także przez inne osoby świadczące taką opiekę względem pacjenta.

Natomiast pozostaje kwestią do dyskusji, czy wykonywanie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej można traktować w kategoriach działalności konkurencyjnej względem podmiotu, w którym jest zatrudniona pielęgniarka. W jakimś sensie może temu służyć obowiązek zgłoszenia faktu wykonywania przez pielęgniarkę dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Po stronie podmiotu zatrudniającego może powstać uzasadniona wątpliwość co do dyspozycyjności takiej osoby w momencie stawienia się do pracy w charakterze pielęgniarki zatrudnionej przez ten podmiot. Warto także zwrócić uwagę na odpowiedzialność podmiotu leczniczego za szkody, których doznał pacjent w związku ze świadczeniem tej opieki przez osobę wykonującą zawód pielęgniarki.

Wykonywanie zawodu pielęgniarki w ramach dodatkowej opieki pielęgnacyjnej oznacza, że na terenie podmiotu leczniczego usługi wykonywane są przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki zatrudnione przez pacjenta. Uważam, że sąd ustalając sprawcę szkody, powinien wziąć pod uwagę przede wszystkim okoliczność, że pacjent pozostaje pod opieką danego podmiotu leczniczego i to ten podmiot ponosi odpowiedzialność za ewentualne szkody powstałe w trakcie pobytu pacjenta. Zakres odpowiedzialności podmiotu leczniczego i sprawcy szkody (pielęgniarki na tzw. prywatnym dyżurze) jest uzależniony od charakteru stosunku prawnego zawartego pomiędzy podmiotem leczniczym a osobą wykonującą zawód medyczny, z którego to stosunku prawnego powstał obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych. W przy-

padku dodatkowej opieki pielęgnacyjnej obowiązek udzielania świadczeń niezdrowotnych przez pielęgniarkę wynika z umowy zawartej pomiędzy pacjentem (albo osobą bliską) a pielęgniarką. Ze szpitalem nie łączy takiej pielęgniarki żaden stosunek prawny, dlatego nie jest ona związana ani poleceniem pracowniczym, ani wskazówkami podmiotu leczniczego. Ustawodawca zobowiązał natomiast pielęgniarkę wobec podmiotu leczniczego, w którym ma wykonywać dodatkową opiekę pielęgnacyjną, i wobec pacjenta do samoograniczenia się w zakresie czynności zawodowych w sposób niesprecyzowany. Pojawia się wątpliwość, czy osoba udzielająca świadczeń w ramach dodatkowej opieki pielęgnacyjnej *de facto* wykonuje zawód pielęgniarki, czy ma raczej status osoby upoważnionej do wykonywania świadczeń niezdrowotnych na podstawie zawartej cywilnej umowy.

5. Podsumowanie – wnioski *de lege ferenda*

1. Przy obecnym stanie prawnym ustawodawca nie różnicuje statusu osób świadczących dodatkową opiekę pielęgnacyjną. Prawna sytuacja pielęgniarki co do zasady nie różni się od prawnej sytuacji osób bliskich, które świadczą taką opiekę bez posiadania wymaganych od pielęgniarki uprawnień. Dlatego mam wątpliwości, czy pielęgniarka udzielająca dodatkowej opieki pielęgnacyjnej rzeczywiście wykonuje zawód pielęgniarki w rozumieniu art. 4 u.z.p.p.

2. W moim przekonaniu, jeżeli pacjent ma mieć profesjonalnie zapewnioną dodatkową opiekę pielęgnacyjną, nie można ograniczać zakresu kompetencji zawodowych pielęgniarki do świadczeń niezdrowotnych. Jaki jest bowiem sens wprowadzania zapisu (art. 23 ust. 1 u.z.p.p.), który rozbudza nadzieje pacjentów i ich rodzin na zapewnienie profesjonalnej opieki (np. po zabiegu operacyjnym), gdy brak wyraźnego sprecyzowania, co pielęgniarka może wykonywać w ramach dodatkowej opieki pielęgnacyjnej (art. 34 ust. 2 u.z.p.p.)? Skądinąd zrozumiałe jest, że w warunkach prowadzonego w podmiocie leczniczym procesu pielęgnacyjnego pielęgniarki wykonujące dodatkową opiekę pielęgnacyjną nie mogą zakłócać tego procesu, a powinny jedynie ograniczyć się do prostych czynności, które równie dobrze mogły zostać wykonane przez przeszkolone salowe czy pomocniczy personel pielęgniarski.

3. Obecny stan prawny w zakresie wykonywania przez pielęgniarki dodatkowej opieki pielęgnacyjnej postrzegam jako sposób przerzucania na pacjentów kosztów sprawowania opieki pielęgnacyjnej, do której to opieki *de facto* pacjent ma prawo w ramach usług świadczonych przez podmiot leczniczy, w którym przebywa. Zaniedbania organizacyjne po stronie podmiotu leczniczego nie usprawiedliwiają pośredniego zmuszania pacjenta i osób mu bliskich do skorzystania z prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej świadczonej przez pielęgniarki. Dodatkowo pacjent lub jego osoby bliskie z reguły nie mają świadomości, że zawierając umowę z pielęgniarką na dodatkowy „dyżur”, zawierają umowę tylko na świadczenia niezdrowotne. A zatem pielęgniarki

takie nie mogą podjąć żadnych działań medycznych, jak wykonanie iniekcji, pobranie wyników badań, monitorowanie parametrów życiowych, przepłukanie drenów, założenie cewnikowania, zmiana opatrunku, podłączenie wlewów dożylnych itp.

4. Środowisko pielęgniarskie widzi natomiast w omawianej formie wykonywania zawodu możliwości dodatkowego zarobkowania, dlatego trudno się dziwić, że nie chce z niego zrezygnować. Kierownicy podmiotów leczniczych są w dość trudnej sytuacji, ponieważ ustawodawca nie wymaga ich zgody na pełnienie przez pielęgniarki dodatkowej opieki pielęgniacyjnej po godzinach ich pracy. Zgodnie z art. 23 ust. 2 u.z.p.p. pielęgniarka tylko informuje, że taką opiekę będzie pełnić. Kierownikom podmiotów leczniczych pozostaje uciekanie się do ogólnych zasad prawa pracy lub prawa cywilnego w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom i chronienia ich przed przemęczonymi pracą osobami wykonującymi zawód medyczny. Kierownicy akceptujący pełnienie przez pielęgniarki dodatkowych dyżurów, nazywanych potocznie „dyżurami prywatnymi”, po godzinach pracy, są pozytywnie postrzegani przez środowisko pielęgniarskie, w przeciwieństwie do kierowników, którzy poddają weryfikacji przydatność do pracy osób przemęczonych.

5. Rozwiązania tej dość zagmatwanej sytuacji i pogodzenia interesów pacjentów i ich bliskich, środowiska pielęgniarskiego oraz środowiska menedżerskiego upatruję w ustaleniu i przestrzeganiu norm zatrudnienia pielęgniarek dla każdego rodzaju podmiotu leczniczego oraz wdrożeniu w życie przepisów o dyżurach medycznych w rozumieniu art. 95 u.d.z.l.

Część IV

MIEJSCE, FORMY I UWARUNKOWANIA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI

Ustawodawca wskazuje katalog podmiotów, które stanowią miejsca wykonywania zawodu pielęgniarki w rozumieniu art. 4 ustawy pielęgniarskiej. Są to:

- 1) podmioty wykonujące działalność leczniczą (art. 4 ust. 1 u.z.p.p. w zw. z art. 3, 4 i 5 ust. 2 pkt 2 i ust. 3 u.dz.l.), jak również;
- 2) uczelnie wyższe;
- 3) urzędy publiczne – w urzędach na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej; w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej; w organach administracji publicznej, których zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia;
- 4) domy pomocy społecznej;
- 5) żłobki lub kluby dziecięce,
- 6) organy samorządu pielęgniarek i położnych lub podmioty wykonujące prace na rzecz samorządu;
- 7) podmioty struktury związków zawodowych – poza zakładem pracy pielęgniarki.

We wskazanych powyżej podmiotach dopuszcza się różne formy wykonywania zawodu pielęgniarki (art. 19 ust. 1 u.z.p.p.):

- 1) w ramach umowy o pracę,
- 2) na podstawie umowy cywilnoprawnej,
- 3) w ramach wolontariatu,
- 4) w ramach praktyk zawodowych.

Pielęgniarka może także wykonywać zawód w stosunku służbowym:

- 1) na stanowiskach służbowych w Ministerstwie Obrony Narodowej oraz w jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Obrony Narodowej, na których wykonuje się czynności związane z ochroną zdrowia i opieką zdrowotną;
- 2) na stanowiskach służbowych w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej i innych stanowiskach Służby Więziennej, na których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem i nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej przez podmiot leczniczy dla osób pozbawionych wolności.

Dalsze uwagi dotyczą wykonywania zawodu pielęgniarstwa w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, tj. w ramach praktyk lub w podmiocie leczniczym. Działalność praktyk zawodowych oraz podmiotów leczniczych została uregulowana w jednym akcie prawnym – w ustawie o działalności leczniczej. Wykonywanie zawodu pielęgniarstwa w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego (art. 5 ust. 3 u.d.z.l.). Pielęgniarka może zatem wykonywać zawód jako praktyka zawodowa, założyć i prowadzić własny podmiot leczniczy albo zatrudnić się w podmiocie leczniczym. Każda pielęgniarka ma możliwość wyboru określonej formy wykonywania zawodu, może także łączyć różne formy wykonywania zawodu.

Rozdział 1

PRAKTYKA ZAWODOWA PIELĘGNIARKI

1. Istota praktyk zawodowych

Praktyka zawodowa jest prawną formą wykonywania zawodu pielęgniarki (art. 5 u.dz.l.). Pojęcie „praktyka zawodowa” do języka prawnego wprowadziła ustawa o działalności leczniczej w art. 5 ust. 2. Wcześniej ustawodawca posługiwał się tylko terminem „praktyki lekarskie” (art. 49a u.z.l.) i „praktyki pielęgniarek i położnych” (art. 24a u.z.p.p. z 1996 r.)¹. W encyklopedycznym rozumieniu określenie „praktyka” jest tłumaczone w różnych kontekstach jako: 1) świadome, celowe działania wykonywane regularnie; 2) doświadczenie, umiejętności zdobyte dzięki takiemu działaniu; 3) prowadzenie samodzielnej działalności; 4) przyjęty w codziennym życiu sposób robienia czegoś; 5) okres nabywania wprawy w jakimś zawodzie; też: okres odbywania stażu w jakiejś instytucji². Ustawodawca nie definiuje terminu „praktyka zawodowa”, natomiast stanowi, że praktyka zawodowa jest działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy z 6.03.2018 r. – Prawo przedsiębiorców (art. 2 ust. 1 pkt 5 w zw. z art. 16 ust. 1 u.dz.l.).

Użyteczność i przydatność praktyk zawodowych dla zaspokajania potrzeb gospodarczych i społecznych uważam za niekwestionowaną.

Praktyka zawodowa jako forma wykonywania zawodu ma swoje ugruntowane miejsce w regulacjach prawnych, które wskazują na wymogi formalnoprawne, jakie trzeba spełnić, by wykonywanie zawodu w formie praktyki było możliwe i dopuszczalne z punktu widzenia prawa (art. 19 u.dz.l.). Problematyka praktyk jest niezwykle szeroka i wielowątkowa. Do jednej z jej aspektów należą bez wątpienia kwestie opodatkowania działalności praktyk, czyli podmiotowość podatkowa. Problemy opodatko-

¹ Pojęcie praktyki lekarskiej zostało po raz pierwszy zdefiniowane w Polsce w art. 1 ust. 1 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 1932 r., gdzie określono ją jako wykonywanie czynności polegających na rozpoznawaniu chorób, leczeniu chorych, zapobieganiu szerszeniu się chorób oraz na wydawaniu orzeczeń lekarskich.

² *Słownik języka polskiego PWN*, <http://sjp.pwn.pl/slownik/2507839/praktyka> (dostęp: 4.03.2011 r.).

wania praktyk zajmują już znaczące miejsce w doktrynie i literaturze fachowej, są przedmiotem odrębnego opracowania³. Z tego też m.in. powodu w tej książce wymiar podatkowy praktyk zostanie pominięty, co nie znaczy, że jest zapomniany lub niedostrzegany przy prezentacji praktyk jako form wykonywania zawodu pielęgniarki.

Doktryna i praktyka prawa pracy i prawa gospodarczego oraz polityka zdrowotna formułują różne oceny, wątpliwości i zastrzeżenia odnoszące się do czytelności i trafności tych regulacji oraz ich charakteru, analizując zarówno istotę samej praktyki zawodowej pielęgniarek, jej cel i funkcje, jak i kwestie szczegółowe odnoszące się do wielu zagadnień teoretyczno-prawnych. Na tym tle nasuwają się liczne pytania:

1. W jakim stopniu o wyborze rodzaju praktyki mogą decydować osoby wykonujące zawód pielęgniarki? Czy ich decyzja jest ograniczona lub w inny sposób limitowana normatywnie?
2. Czy wolność wykonywania zawodu pielęgniarki oznacza w tym wypadku swobodę wyboru formy udzielania świadczeń zdrowotnych? Czy jest to wolność sterowana przepisami prawa?
3. Czy istnieje możliwość łączenia się osób wykonujących różne zawody medyczne w ramach jednej praktyki? Czy jest ona ograniczona czy wyłączona? Jakie istnieją powody i przeszkody, by osoby wykonujące zawody medyczne nie mogły wspólnie wykonywać swoich czynności w ramach jednej praktyki, grupującej przedstawicieli różnych zawodów medycznych?
4. W jakim stopniu obowiązujące przepisy prawa są stymulatorem rozwoju praktyki jako formy wykonywania zawodu pielęgniarskiego, a w jakim zakresie są jego regulatorem, ograniczającym zakres działalności praktyk z udziałem tych osób, podlegającym kontroli ustawowej, samorządowej i NFZ?
5. Czy dopuszczalne jest wykonywanie praktyk w innych formach niż wskazuje ustawodawca, skoro nie ma takiego zakazu?
6. Czy samorzady zawodowe dbają i określają sposób informowania o rozmieszczeniu praktyk?
7. Czy określono zakres czynności, jakie mogą być wykonywane w ramach praktyk, a jeżeli nie ma takich regulacji, jakie czynności zawodowe mogą być w ramach takich praktyk podejmowane i kto je określa?

Nie wszystkie postawione powyżej pytania i udzielone na nie odpowiedzi mają charakter zamknięty. Mimo że zasady wykonywania zawodu pielęgniarki są określone w przepisach prawa, to z uwagi na specyfikę praktyki, jej istotę i charakter prawny pojawia się wiele różnych problemów teoretyczno-praktycznych. Zapewne nie sposób odnieść się do wszystkich spornych kwestii, postaram się więc zwrócić uwagę na najważniejsze z nich⁴.

³ R. Witczak, *Opodatkowanie działalności medycznej lekarzy i pielęgniarek*, Warszawa 2009.

⁴ Zresztą nie ma takiej konieczności, w doktrynie niektóre problemy były już omawiane, np. J. Jacy-szyn, *Wykonywanie wolnych zawodów...*

Wybór formy praktyki zawodowej zależy od tego, czy pielęgniarka wykonuje zawód samodzielnie, czy wspólnie z inną pielęgniarką oraz czy posiada specjalizację. Przyjmując kryterium organizacyjno-prawne, ustawodawca wyróżnia indywidualną i grupową praktykę pielęgniarki (art. 5 ust. 2 pkt 2 u.d.z.l.).

Grupowa praktyka zawodowa pielęgniarek może przybrać jedną z trzech form: spółki cywilnej, partnerskiej lub spółki jawnej (art. 5 ust. 2 pkt 2 u.d.z.l.).

2. Indywidualna praktyka pielęgniarki

Pielęgniarka może wykonywać zawód w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako:

- 1) indywidualną praktykę pielęgniarki,
- 2) indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki,
- 3) indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania,
- 4) indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki w miejscu wezwania,
- 5) indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z tym podmiotem,
- 6) indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z tym podmiotem.

Ustawodawca wyróżnia „indywidualną praktykę pielęgniarską”, jak również „indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarek”. Kryterium różniącym te dwa rodzaje praktyk jest posiadanie specjalizacji lub jej brak. Od pielęgniarki chcącej prowadzić indywidualną specjalistyczną praktykę wymaga się posiadania specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia (art. 19 ust. 2 pkt 2 u.d.z.l.). Pielęgniarka może wykonywać indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarek w kilku dziedzinach pielęgniarstwa lub kilku dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w takiej sytuacji organ prowadzący rejestr wydaje jedno zaświadczenie o wpisaniu do rejestru indywidualnej specjalistycznej praktyki w różnych specjalnościach.

Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę jest obowiązana spełniać następujące warunki (art. 19 ust. 1 u.z.p.p.):

- 1) powinna posiadać prawo wykonywania zawodu;
- 2) nie może:
 - a) być zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych,

- b) być pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
- c) mieć przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż pięć lat w okresie ostatnich sześciu lat poprzedzających wniosek o wpis;
- 3) powinna dysponować pomieszczeniem wyposażonym w aparaturę i sprzęt medyczny;
- 4) musi uzyskać wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
- 5) powinna zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Pielęgniarka zamierzająca wykonywać indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę musi dysponować lokalem, w którym będzie wykonywana praktyka, oraz spełniać wymagania osobowe i dysponować wyposażeniem praktyki (art. 19 u.d.z.l.).

Wymóg dysponowania pomieszczeniem, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażonym w aparaturę i sprzęt medyczny, oraz posiadania opinii właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych nie dotyczy pielęgniarek zamierzających wykonywać praktykę wyłącznie w miejscu wezwania oraz wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem (art. 19 ust. 3 i 4 u.d.z.l.). Założenie i prowadzenie praktyki wyłącznie w miejscu wezwania jest korzystne dla osób niedysponujących odpowiednim pomieszczeniem lub niechących takiego pomieszczenia przystosowywać do standardów lokalowych wymaganych dla praktyk zawodowych, natomiast osoby takie zobowiązane są do posiadania i wskazania adresu swojej praktyki oraz wskazania miejsca przyjmowania wezwań i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej. Ponadto muszą spełniać wymagania osobowe, wymagania dotyczące posiadania produktów leczniczych i sprzętu medycznego umożliwiającego udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym również w warunkach niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki (art. 19 ust. 1–3 u.d.z.l.). Pielęgniarka nie musi być właścicielem produktów leczniczych, sprzętu medycznego, jak również pomieszczenia, w którym przyjmuje wezwania i przechowuje sprzęt i dokumentację medyczną. Właścicielem może być inny podmiot, który zdecyduje się oddać w posiadanie swoją własność pielęgniarcze prowadzącej praktykę. Osoba prowadząca praktykę w miejscu wezwania musi natomiast faktycznie nimi władać.

Ustawodawca wprowadził rozróżnienie na indywidualną praktykę wyłącznie w miejscu wezwania (art. 19 ust. 3 u.d.z.l.) i na indywidualną praktykę wyłącznie w zakładzie leczniczym (art. 19 ust. 4 u.d.z.l.), ustanawiając różne ustawowe wymagania co do ich założenia i prowadzenia. Osoba zamierzająca założyć i prowadzić indywidualną

praktykę pielęgniarek wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego musi: posiadać prawo wykonywania zawodu, uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej jako indywidualny przedsiębiorca i zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie szkody będącej następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 19 ust. 4 u.dz.l.).

Ustawodawca nie podał definicji „praktyki na wezwanie”, nie podał także katalogu podmiotów uprawnionych do wykonywania wezwania, ale wprowadził rozróżnienie na indywidualną praktykę wyłącznie w miejscu wezwania (art. 19 ust. 3 u.dz.l.) i na indywidualną praktykę wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego (art. 18 ust. 4 i art. 19 ust. 4 u.dz.l.) oraz kategoryczny zakaz wykonywania indywidualnych praktyk zawodowych wyłącznie w miejscu wezwania na terenie zakładu leczniczego (art. 20 u.dz.l.). Tym samym pielęgniarka w ramach indywidualnej praktyki wyłącznie w miejscu wezwania może wykonywać zawód w różnych miejscach poza swoją siedzibą oraz poza terenem zakładu leczniczego.

3. Grupowa praktyka pielęgniarek

Osoby wykonujące zawód pielęgniarki bez konieczności prowadzenia podmiotu leczniczego mogą łączyć swój indywidualny potencjał w celu wspólnego udzielania świadczeń zdrowotnych i wykonywać zawód w grupowej praktyce pielęgniarek (art. 5 ust. 2 pkt 2 lit. b u.dz.l.). Zezwalając na taką formę wykonywania zawodu, ustawodawca ogranicza grupową praktykę do trzech rodzajów spółek: spółki cywilnej jako spółki prawa cywilnego lub w formie spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako spółki prawa handlowego⁵. Wyczerpujące wyliczenie form, w jakich może być prowadzona grupowa praktyka pielęgniarek, oznacza wykluczenie prowadzenia tych praktyk w innych typach spółek handlowych⁶. Wykonywanie zawodu pielęgniarki w formie grupowej praktyki zakłada w sensie ekonomicznym powstanie nowej jednostki organizacyjnej (przedsiębiorstwa), a więc pewnego zespołu osób i środków majątkowych służących udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Ten ekonomiczny skutek nie przekłada się jednakże na powstanie nowego podmiotu w obrocie prawnym (nowego przedsiębiorcy).

⁵ Regulacje związane z tworzeniem i funkcjonowaniem powyższych spółek określają: w odniesieniu do spółki cywilnej – przepisy art. 860–875 k.c., zaś w przypadku spółki jawnej – przepisy art. 8–10 i art. 22–85 oraz spółki partnerskiej – przepisy art. 86–101 k.s.h. Charakterystyka spółek jest przedmiotem odrębnych monografii, m.in. J. Jacyszyn, *Wykonywanie wolnych zawodów...*; A. Kidyba, *Handlowe spółki osobowe*, Warszawa 2006. W opracowaniu jedynie sygnalizacyjnie wskazano na istotne różnice trzech form spółek, które po spełnieniu dodatkowych wymogów mogą uzyskać status grupowej praktyki zawodowej.

⁶ Ten problem został omówiony w oparciu o zaprezentowane wnioski w kontekście wolnych zawodów J. Jacyszyn, *Wykonywanie wolnych zawodów...*, s. 78.

Spółka cywilna jest najprostszą formą działalności gospodarczej, powstaje przez zawarcie umowy cywilnoprawnej przez co najmniej dwóch wspólników. W spółce cywilnej zdolność prawna przysługuje zasadniczo nie spółce, lecz poszczególnym jej wspólnikom. W obrocie prawnym przedsiębiorcami są wspólnicy. W konsekwencji to nie grupowa praktyka, lecz wspólnicy będą we własnym imieniu nabywać prawa lub zaciągać zobowiązania, a także to wspólnicy będą w imieniu własnym występować przed sądem lub organami administracji publicznej. W zewnętrznym obrocie prawnym i gospodarczym, a zwłaszcza przy wykonywaniu usług medycznych, pielęgniarki-wspólnicy powinny działać pod własnymi firmami, nawet jeśli działają wspólnie (art. 860 § 1 w zw. z art. 43² k.c.).

Zaletą spółki cywilnej jest łatwość jej utworzenia i prowadzenia, niskie koszty założenia, swoboda kształtowania treści umowy, brak wymogów prawnych co do rodzaju i wielkości wnoszonych wkładów. Zawarcie umowy spółki cywilnej jest samo w sobie wystarczające do powstania bytu tej spółki. Do uzyskania tego skutku nie jest bowiem konieczna dodatkowa rejestracja w publicznym rejestrze, ponieważ utworzenie jednostki organizacyjnej nie prowadzi do powstania nowego podmiotu. Przedsiębiorcą jest każdy wspólnik spółki cywilnej, który musi być zgłoszony do ewidencji działalności gospodarczej. Spółki cywilne są jednostkami organizacyjnymi, które występują samodzielnie jako strona nawiązująca stosunek prawny (w rozumieniu art. 3 k.p.)⁷.

Charakterystyczną cechą, ale i wadą spółki cywilnej jest osobista i solidarna odpowiedzialność za zobowiązania spółki, której nie można w umowie spółki ani wyłączyć, ani ograniczyć, ani zastąpić inną formą odpowiedzialności⁸. Wspólnicy odpowiadają zarówno majątkiem wspólnym (czyli tzw. majątkiem spółki), jak i każdy z osobna, swym majątkiem nienależącym do wspólności. Wierzycielowi przysługuje w tym zakresie pełna swoboda wyboru, z którego majątku chce uzyskać zaspokojenie, w szczególności żaden przepis nie nakazuje mu najpierw sięgnąć do majątku spółki, a dopiero w razie niezaspokojenia z niego wierzycielności do majątku odrębnego wspólników, stąd też odpowiedzialność wspólników ma charakter bezpośredni.

Dla odmiany spółka jawna jest osobową spółką prawa handlowego, która prowadzi przedsiębiorstwo pod własną firmą, a nie jest inną spółką handlową (art. 22 k.s.h.). Jest to spółka mająca podmiotowość prawną, ze zróżnicowanym w zależności od typu spółki modelem praw, obowiązków i odpowiedzialności, która w oparciu o wyodrębnienie organizacyjne i majątkowe od wspólników prowadzi przedsiębiorstwo pod własną firmą. Ma zdolność prawną, zdolność do czynności prawnych, a więc może nabywać prawa i zaciągać zobowiązania, ma zdolność sądową oraz procesową

⁷ Występując przeciwko spółce cywilnej, pracownik powinien jednak w pozwie wskazać jako stronę pozwaną nie tylko tę spółkę, ale także wszystkich wspólników, por. wyrok SN z 6.02.1997 r., I PKN 77/96, OSNP 1997/18, poz. 340.

⁸ *Prawo spółek. Wybrane zagadnienia*, red. J. Jacyszyn, M. Skory, Bielsko-Biała 2001, s. 61.

wą. Jest ona wskazywana jako atrakcyjna forma prowadzenia działalności, choćby ze względu na: 1) brak minimalnego kapitału; 2) szerokie możliwości wnoszenia wkładów niepieniężnych (usług, pracy, konstytutywnego wniesienia praw niezbywalnych); 3) odpowiedzialność subsydiarną; 4) system opodatkowania wspólników, nie spółki; 5) wydzielenie prowadzonej działalności; 6) dużą swobodę w kształtowaniu wzajemnych praw i obowiązków wspólnika; 7) podmiotowość prawną spółki. Natomiast do najważniejszych różnic ze spółką cywilną można zaliczyć m.in.: 1) podmiotowość spółki jawnej (art. 8 k.s.h.); 2) wpisanie spółki do KRS, z czym wiązać należy zwiększoną ochronę uczestników obrotu, ze względu na jawność materialną rejestru; 3) wyodrębnienie majątkowe spółki jawnej w stosunku do majątków wspólników; 4) odpowiedzialność spółki za własne zobowiązania; 5) subsydiarną odpowiedzialność wspólników za zobowiązania spółki (art. 31 § 1 k.s.h.); 6) fakt, że spółka jawna jest spółką udziałową w tym sensie, że można wyodrębnić udział kapitałowy (art. 50 k.s.h.)⁹. Wspólnicy ponoszą odpowiedzialność: osobistą, solidarną, nieograniczoną i subsydiarną. W porównaniu ze spółką cywilną w odniesieniu do spółki jawnej odpowiedzialność solidarna jest modyfikowana przez art. 31 k.s.h., zgodnie z którym obowiązuje zasada odpowiedzialności subsydiarnej. Wierzyciel spółki może prowadzić egzekucję z majątku wspólnika wówczas, gdy egzekucja z majątku spółki okaże się bezskuteczna.

Z dniem 1.01.2001 r., z chwilą wejścia w życie ustawy z 15.09.2000 r. – Kodeks spółek handlowych, powstała możliwość wykonywania zawodu pielęgniarki jako grupowej praktyki w formie spółki partnerskiej¹⁰. Spółka partnerska jest spółką osobową, nieposiadającą osobowości prawnej¹¹, co jednak nie pozbawia jej zdolności prawnej i zdolności do czynności prawnej. W obrocie prawnym status przedsiębiorcy uzyskuje spółka, a nie jej wspólnicy (partnerzy) – odwrotnie niż w przypadku spółek cywilnych¹². Oznacza to, że spółka partnerska może być stroną umowy z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do powstania spółki nie wystarczy zawarcie umowy, ale konieczne jest także jej zarejestrowanie w Krajowym Rejestrze Sądowym¹³.

⁹ A. Kidyba, *Handlowe spółki osobowe...*, s. 6 i 9.

¹⁰ Regulacje związane z tworzeniem i funkcjonowaniem spółki partnerskiej regulują przepisy art. 86–101 k.s.h. Szerzej: G. Orłowski, *Spółka partnerska – nowa forma grupowego wykonywania wolnych zawodów medycznych* [w:] *Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Warunki systemowe zarządzania opieką zdrowotną*, red. M. Trocki, Warszawa 2002, s. 105 i n.

¹¹ G. Szpor (*Wolne zawody medyczne w Kodeksie spółek handlowych*, „Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego” 2001/8, s. 4) wskazuje, że: „W Polsce nie zdecydowano się na nadanie spółkom osobowym osobowości prawnej szanując nasze tradycje w tym zakresie, a także doświadczenia niemieckie i szwajcarskie oraz względy prawno-finansowe. Przepisy o podatku dochodowym oparte są mianowicie na dychotomicznym podziale na osoby prawne i podmioty będące osobami prawnymi. Przyznanie spółkom osobowym osobowości prawnej oznaczałoby więc albo konieczność przebudowy ustaw o podatku dochodowym, albo objęcia spółek osobowych podatkiem od osób prawnych”.

¹² Zgodnie z art. 8 k.s.h. będąc tzw. ułomną osobą prawną, może we własnym imieniu nabywać prawa, w tym własność nieruchomości i inne prawa rzeczowe, zaciągać zobowiązania, pozywać i być pozywanym.

¹³ Zgodnie z art. 94 k.s.h. spółka partnerska powstaje z chwilą wpisu do rejestru.

W polskim systemie prawnym o specyfice jej konstrukcji prawnej świadczą cztery cechy. Po pierwsze, partnerami mogą być tylko osoby fizyczne, uprawnione do wykonywania wolnych zawodów. Nie mogą to być więc osoby prawne ani jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej. Za niedopuszczalne należy uznać zawarcie spółki partnerskiej osoby wykonującej zawód medyczny zakwalifikowanej jako wolny zawód z inwestorem w celu dofinansowania praktyki. Tym samym spółka partnerska jest jedyną spółką dostępną wyłącznie dla wybranych uczestników obrotu gospodarczego i umożliwia jednorodne opodatkowanie dochodów w niej osiągniętych (tj. wyłącznie podatkiem dochodowym od osób fizycznych).

Po drugie, prowadzenie praktyki na zasadach spółki partnerskiej oznacza, że każda pielęgniarka (partner) prowadzi „swoją” praktykę, lecz stanowiącą lokalizacyjno-organizacyjną całość, funkcjonującą jako jedna praktyka prowadzona przez kilka pielęgniarek. Lokal tej spółki oznacza miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach jednej praktyki prowadzonej przez kilku wspólników. Pacjent korzysta nie z usług praktyki spółki partnerskiej, lecz z usług partnera-wspólnika jako osoby wykonującej zawód w lokalu spółki partnerskiej.

Po trzecie, odpowiedzialność osobista partnerów za zobowiązania spółki partnerskiej zaciągnięte w związku z wykonywaniem w niej wolnego zawodu jest istotnie ograniczona. Co do zasady, wspólnik (partner) nie ponosi odpowiedzialności za zobowiązania spółki powstałe w związku z wykonywaniem przez pozostałych partnerów wolnego zawodu w spółce. Partner nie ponosi również odpowiedzialności za zobowiązania spółki będące następstwem działań lub zaniechań osób zatrudnionych przez spółkę na podstawie umowy o pracę lub innego stosunku prawnego, które podlegały kierownictwu innego partnera przy świadczeniu usług związanych z przedmiotem działalności spółki (art. 95 § 1 k.s.h.). Za zobowiązania spółki partnerskiej niebędące następstwem osobistego wykonywania zawodu odpowiedzialność wspólników jest subsydiarna, co oznacza, że wierzyciel spółki może prowadzić egzekucję z majątku wspólnika dopiero wówczas, gdy egzekucja z majątku spółki okaże się bezskuteczna (art. 89 w zw. z art. 31 k.s.h.). Zasady ukształtowania odpowiedzialności partnerów za zobowiązania spółki można uznać za najważniejszą cechę charakteryzującą tę spółkę. Tym samym spółka ta umożliwia prowadzenie działalności większych rozmiarów oraz jednoczesne nieponoszenie ryzyka surowej, osobistej odpowiedzialności za wszelkie zobowiązania spółki.

Po czwarte, umowa spółki partnerskiej może przewidywać, że prowadzenie spraw i reprezentowanie spółki powierza się zarządowi (do którego stosuje się odpowiednio przepisy o zarządzie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, por. art. 97 § 1 i 2 k.s.h.). W konsekwencji partnerzy będą mogli całkowicie poświęcić się wykonywaniu wolnego zawodu w spółce i jednocześnie uwolnić się od czasochłonnego obowiązku bieżącego nią zarządzania.

Grupowa praktyka pielęgniarek jest zawierana w celu udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 5 ust. 1 u.d.z.l. i art. 5 pkt 41 u.ś.o.z.). W formie grupowej praktyki mogą wykonywać zawód pielęgniarki bez specjalizacji, jak i posiadające specjalizację w różnych dziedzinach pielęgniarstwa lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Niezwykle istotną kwestią jest rozważanie możliwości założenia i prowadzenia grupowej praktyki, gdzie współnikami są zarówno lekarze, jak i pielęgniarki czy położne, co *de facto* oznaczałoby mieszany pod względem zawodowym skład współników czy partnerów grupowych praktyk zawodowych. W moim przekonaniu omówione w poprzednim punkcie opracowania ograniczenia w zakresie zatrudniania osób w ramach zawodowych praktyk pielęgniarstkich mają analogiczne przełożenie na zawodowe praktyki lekarskie.

W ramach grupowej praktyki lekarskiej mogą być udzielane świadczenia zdrowotne wyłącznie przez lekarzy będących współnikami lub partnerami spółki (art. 18 ust. 7 u.d.z.l.). Zwolennicy zatrudniania osób wykonujących zawód pielęgniarki w ramach praktyk lekarskich podnoszą, że współpraca lekarzy i pielęgniarek w procesie udzielania świadczenia zdrowotnego jest w wielu sytuacjach nieodzowna, a ustanowiony w przepisie art. 18 ust. 7 u.d.z.l. nakaz udzielania świadczeń zdrowotnych w grupowej praktyce lekarskiej wyłącznie przez lekarzy będących współnikami albo partnerami spółki ma na celu wyłączenie możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych przez innych lekarzy, ale nie przez pielęgniarki, które wykonują także wiele innych czynności w ramach lekarskich praktyk zawodowych. Zakładając racjonalność ustawodawcy i wyważając interesy zawodowe lekarzy i pielęgniarek czy położnych, należy dążyć do rozwiązań optymalnych, uwzględniających prawny status zawodów medycznych jako zawodów samodzielnych. A taką kompromisową formą wykonywania zawodów lekarza i pielęgniarki jest niewątpliwie założenie i prowadzenie mieszanej grupowej praktyki zawodowej.

4. Grupowe praktyki lekarsko-pielęgniarstkie (uwagi *de lege ferenda*)

Obecny stan prawny pozwala formułować zarówno argumenty negujące, jak i aprobujące tworzenie i prowadzenie mieszanych grupowych praktyk zawodowych lekarzy i pielęgniarek.

Neguje się możliwość tworzenia mieszanych praktyk zawodowych z uwagi na to, że zgodnie z literalnym brzmieniem art. 18 ust. 7 i art. 19 ust. 5 u.d.z.l. w grupowej praktyce lekarskiej mogą być udzielane wyłącznie świadczenia zdrowotne właściwe dla wykonywania zawodu lekarza (art. 2 u.z.l.), a ramach grupowej praktyki pielęgniarek świadczenia zdrowotne właściwe dla wykonywania zawodu pielęgniarki (art. 4 u.d.z.l.).

Przepisy ustawy o działalności leczniczej nie przewidują ponadto wprost formalnych uwarunkowań, które muszą spełnić osoby zamierzające wykonywać mieszaną praktykę zawodową. Dotyczy to w szczególności spełnienia warunków lokalowych i wyposażenia go w aparaturę i sprzęt, jak i wymagań co do składu osobowego wspólników i partnerów grupowej praktyki¹⁴. Tworzeniu mieszanych praktyk grupowych lekarzy i pielęgniarek nie sprzyja także dotychczasowa praktyka samorządów zawodowych, które opierając się na powyższym stanie prawnym, odmawiają zarejestrowania praktyk zawodowych lekarsko-pielęgniarskich.

Z drugiej strony można wskazać na trzy kluczowe argumenty na rzecz możliwości założenia i prowadzenia przez lekarzy i pielęgniarki jednej grupowej praktyki zawodowej.

Grupowa praktyka jest formą wykonywania zawodu dla osób wykonujących zawód lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki i położnej (art. 5, 18 ust. 7 i art. 19 ust. 5 w zw. z art. 5 u.d.z.l.), w ramach której wspólnicy (partnerzy) mają równorzędną pozycję i udzielają świadczeń osobiście swoim pacjentom. Wykonywanie zawodu w ramach praktyki ma stanowić gwarancję samodzielnego wykonywania zawodu medycznego zarówno w zakresie czynności zawodowych, jak i w ramach własnej działalności gospodarczej. Wykonywanie zawodu lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki i położnej w ramach każdej praktyki zawodowej wyłącza z założenia wykonywanie zawodu na podstawie zatrudnienia pracowniczego lub niepracowniczego (cywilnoprawnego)¹⁵. Zatrudnianiu lekarzy, pielęgniarek i położnych służy podmiot leczniczy (w rozumieniu art. 4 u.d.z.l.), a nie praktyka zawodowa. Jeżeli lekarze prowadzący grupową praktykę lekarską chcą zatrudniać pielęgniarki czy położne, powinni przyjąć je do spółki lub zastanowić się nad założeniem podmiotu leczniczego i dopiero w tym podmiocie dokonać zatrudnienia. Wykonywanie zawodu w ramach grupowej praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego (art. 5 ust. 3 u.d.z.l.), w związku z tym nie znajdują do niej zastosowania przepisy zobowiązujące podmiot leczniczy do zapewnienia udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawody medyczne, bez sprecyzowania, o jakie zawody chodzi (art. 17 ust. 1 pkt 3 u.d.z.l.).

Brak jest także w przepisach prawa medycznego, jak i gospodarczego wyraźnego zakazu łączenia zawodu lekarza i pielęgniarki w jednej grupowej praktyce lekarskiej. Zgodnie z Kodeksem spółek handlowych regułą jest zawiązywanie spółki partnerskiej w celu wykonywania więcej niż jednego wolnego zawodu, pod warunkiem że odrębna ustawa nie stanowi inaczej (art. 86 § 2 k.s.h.). Skoro wskazane powyżej prze-

¹⁴ Lekarze zamierzający wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej jako grupowa praktyka lekarska muszą m.in. przedłożyć listę lekarzy wspólników albo partnerów (art. 101 ust. 2 pkt 1 u.d.z.l.). Pielęgniarki zamierzające wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej jako grupowa praktyka muszą m.in. przedłożyć listę pielęgniarek wspólników lub partnerów (art. 102 ust. 2 pkt 1 u.d.z.l.). W żadnym z przywołanych przepisów nie ma mowy o przedkładaniu listy lekarzy i pielęgniarek.

¹⁵ D. Karkowska, *Zawody medyczne...*, 2012, s. 298 i n.

pisy nie odnoszą się bezpośrednio do spółki, lecz do osób uprawnionych do wykonywania zawodu w spółce, to nie są wystarczającą podstawą do wykluczenia możliwości zawiązania spółki partnerskiej lekarzy z pielęgniarkami. Wyjątków od reguły nie można poszerzać w drodze interpretacji. Podobnego zakazu nie formułuje się co do zawiązania spółki cywilnej czy jawnej.

Za rozważeniem takiej alternatywnej współpracy przemawia cel założenia i prowadzenia grupowej praktyki, dopuszczalne formy prowadzenia tych praktyk, zasady ich funkcjonowania i koszty założenia oraz prowadzenia. Praktyki grupowe tworzone są w tym samym celu – udzielania świadczeń zdrowotnych, w tych samych formach – spółki cywilnej, spółki jawnej lub partnerskiej, a poza tym ich działalność uregulowana jest prawie w identyczny sposób (art. 18 i 19 u.d.z.l.). Warto podkreślić argumenty ekonomiczne. Założenie i prowadzenie przez lekarzy i pielęgniarki mieszanej praktyki jest zdecydowanie mniej kosztochłonne niż założenie i prowadzenie podmiotu leczniczego. Związane jest to z koniecznością spełnienia warunków i standardów lokalowo-epidemiologicznych (w szczególności określonych w art. 17 i 22 oraz w art. 18 ust. 7 i art. 19 ust. 5 u.d.z.l.).

5. Zatrudnianie innych osób w praktyce pielęgniarskiej

Pielęgniarka chcąc wykonywać zawód w ramach praktyki zawodowej ma do wyboru, co do zasady wykonywanie zawodu indywidualnie lub grupowo. Oznacza to, że świadczenia zdrowotne w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarskiej mogą być udzielane wyłącznie przez osobę, która dokonała wpisu do rejestru praktyk indywidualnych, a w ramach grupowej praktyki pielęgniarskiej wyłącznie przez pielęgniarki będące współnikami lub partnerami spółki (art. 19 ust. 5 u.d.z.l.). Przyjęte rozwiązanie prawne wyznacza warunki do zatrudniania w ramach praktyk zawodowych pielęgniarek w zakresie: podmiotowym – dotyczącym osób mogących być zatrudnionymi i przedmiotowym – dotyczącym czynności, jakie mogą być przez te osoby wykonywane.

Do warunków podmiotowych należy zaliczyć zakaz jakiegokolwiek współpracy pielęgniarki prowadzącej indywidualną lub indywidualną specjalistyczną praktykę lub pielęgniarek prowadzących grupową praktykę z innymi pielęgniarkami lub położnymi, czy to poprzez zatrudnienie cywilnoprawne czy pracownicze. Od tego zakazu ustawodawca nie przewiduje wyjątków. W ramach praktyk pielęgniarek nie powinny być również zatrudniane osoby wykonujące inne zawody medyczne polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, jak: lekarz (art. 2 u.z.l.), felczer (art. 2 ust. 2 u.z.f.) czy diagnosta laboratoryjny (art. 17 u.d.l. w zw. z art. 5 ust. 3 u.d.z.l.). Natomiast osoby, których czynności zawodowe nie polegają na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, nie zostały wyłączone z zakresu podmiotowego osób mogących być zatrudnionymi w ramach praktyk pielęgniarek, co jeszcze nie przesądza o możliwości zatrudnienia czy

nawiązania współpracy z takimi osobami. Rozstrzygający jest warunek przedmiotowy. W ramach praktyk zawodowych mogą być zatrudnione osoby do wykonywania czynności pomocniczych (współpracy) i nie mogą w ramach tego zatrudnienia prowadzić odrębnej działalności zawodowej i przyjmować własnych pacjentów. Muszą ograniczyć się do „wspomagania” pracy pielęgniarek w innym zakresie niż udzielanie świadczeń zdrowotnych. Taką interpretację uzasadnia pojęcie osobistego wykonywania zawodu medycznego¹⁶. Warto podkreślić, że zarówno przepisy Prawa przedsiębiorców, jak i Kodeksu cywilnego i Kodeksu spółek handlowych nie zabraniają zatrudniania indywidualnemu przedsiębiorcy czy też spółce cywilnej, spółce jawnej oraz spółce partnerskiej. Dlatego nie widzę przeszkód do zatrudniania w praktyce pielęgniarek osób do wykonywania czynności pomocniczych, co umożliwi wspólnikom skupienie uwagi na wykonywaniu czynności zawodowych, dla których została powołana grupowa praktyka. A zatem chodzi tu o takie czynności pomocnicze, jak czynności organizacyjne (np. przyjmowanie zleceń na usługi), czynności administracyjne (np. prowadzenie księgowości, prace porządkowe itp.). W przeciwnym razie praktyka pielęgniarek wykracza poza swój cel.

6. Podsumowanie

1. Wybór praktyki zawodowej jako formy wykonywania zawodu przez pielęgniarkę stawia ją w roli „organizatora” pracy praktyki, poprzez: 1) dbałość o odpowiednie warunki lokalowe i wyposażenie praktyki stosownie do obowiązujących przepisów i powagi zawodu pielęgniarki; 2) dbałość o odpowiednie zabezpieczenie przechowywanych w praktyce dokumentów i pieczętek; 3) zatrudnianie pracowników (ale tylko do czynności pomocniczych); 4) troszczenie się o kulturę pracy.

2. W formie praktyki zawodowej pielęgniarki mogą wykonywać zawód bez specjalizacji, jak i ze specjalizacją w różnych dziedzinach pielęgniarstwa lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

3. Ustawodawca nie reguluje bezpośrednio kwestii zatrudniania osób do wykonywania czynności pomocniczych (współpracy) w ramach indywidualnych praktyk pielęgniarek. Z jednej strony może to oznaczać, że nie ma bezpośredniego wyłączenia takiego zatrudnienia innych pielęgniarek czy położnych jak w przypadku indywidualnych praktyk lekarskich, jednak z drugiej strony sam fakt, że ma to być praktyka indywidualna, przesądza o samodzielnym jej wykonywaniu. Uwagi co do dopuszczalności zatrudniania innych osób udzielających świadczeń zdrowotnych niż wspólnicy są aktualne w odniesieniu do pielęgniarek wykonujących zawód w ramach praktyk grupowych.

¹⁶ D. Karkowska, *Zawody medyczne...*, 2012, s. 129.

4. Osoby wykonujące zawód pielęgniarki jako przedsiębiorcy ponoszą osobiste ryzyko swojej działalności zawodowej.

5. Pielęgniarka, wykonując zawód medyczny jako indywidualną praktykę zawodową wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, ponosi solidarną odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 33 u.d.z.l.). A zatem praca nie jest wykonywana wyłącznie na ryzyko indywidualnego przedsiębiorcy, ale również na ryzyko jego kontrahenta, a korzyści z tej pracy przypadają podmiotowi prowadzącemu działalność leczniczą, który jest organizatorem pracy indywidualnego przedsiębiorcy.

Rozdział 2

PODMIOTY LECZNICZE

1. Działalność lecznicza wykonywana w podmiocie leczniczym

Działalność lecznicza polega przede wszystkim na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Działalność lecznicza może również polegać na promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Czynności te mogą być wykonywane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

1.1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych

Istotę świadczenia zdrowotnego ujęto w ustawie o działalności leczniczej co najmniej w dwóch płaszczyznach, tzn. w sposób opisowy (abstrakcyjny) oraz przez wyliczenie okoliczności, z którymi udzielanie świadczeń zdrowotnych może być związane (art. 2 ust. 1 pkt 10 oraz art. 8, 9, 11 i 12 u.dz.l.).

Określenie opisowe (abstrakcyjne) świadczeń zdrowotnych wskazuje na uniwersalne elementy – zawodowy charakter i cel ich wykonywania¹. Ustawodawca wyraźnie uznaje za świadczenia zdrowotne tylko zawodowe „działania medyczne” (art. 2 ust. 1 pkt 2 w zw. z art. 17 ust. 1 pkt 3 u.dz.l.), odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 u.p.p.), mające charakter usługi niematerialnej z możliwością zastosowania rzeczy materialnych (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP w zw. z art. 5 pkt 34 u.ś.o.z.), podejmowane tylko w celu określonym przez ustawodawcę (art. 2

¹ Por. K. Wojtczak, Z. Leoński, *Komentarz do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej...*, s. 7–35; za: M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej...*, s. 34–35.

ust. 1 pkt 10 u.d.z.l. w zw. z art. 8 u.p.p.). Osoby wykonujące działania medyczne muszą kierować się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodowe (art. 8 u.p.p.)². Świadczenia zdrowotne są podejmowane w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny (art. 2 ust. 1 pkt 2 w zw. z art. 17 ust. 1 pkt 3 u.d.z.l.) w celu zachowania, ratowania, przywracania i poprawy stanu zdrowia oraz jako inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub z przepisów regulujących zasady jego wykonywania (art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.z.l.). Podobnie ujmuje kwestię świadczenia zdrowotnego legalna definicja tego pojęcia, zamieszczona w art. 5 pkt 40 u.ś.o.z., wskazując, że jest to „działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady jego udzielania”. Obie definicje za działania medyczne uznają nie tylko działania podejmowane w sytuacji choroby, ale również służące profilaktyce, a do takich działań należy niewątpliwie zaliczyć promocję zdrowia³.

Określenie celu świadczeń zdrowotnych ma niewątpliwie wpływ na podział na działania medyczne i działania niemedyczne. Działania niemedyczne mogą jednocześnie mieć zastosowanie przy podejmowaniu działań medycznych lub pozostawać w związku z ich wykonywaniem. Bez względu na to, czy świadczenie zdrowotne ma charakter jednorazowy czy ciągły, działania medyczne składają się na jeden cel, a zgodnie z obowiązującym stanem prawnym musi to być cel medyczny i musi on istnieć obiektywnie⁴.

Świadczenie zdrowotne, jako usługa medyczna, klasyfikowana jako usługa niematerialna, nie wyklucza jednak możliwości oddziaływania na organizm człowieka poprzez wykorzystanie „rzeczy”, np. leku, sprzętu medycznego. Świadczenie zdrowotne jest jednym z trzech elementów konstytucyjnego prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, które obok prawa do świadczeń zdrowotnych obejmuje prawo do świadczeń zdrowotnych rzeczowych i świadczeń towarzyszących (art. 68 ust. 2 Konstytucji RP w zw. z art. 5 pkt 34 u.ś.o.z.). Świadczenie zdrowotne rzeczowe to związane z procesem leczenia leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne (art. 5 pkt 37 u.ś.o.z.), a świadczenie towarzyszące to zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczeni-

² Por. K. Wojtczak, Z. Leoński, *Komentarz do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej...*, s. 7–35, za: M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej...*, s. 34–35; J. Bujny, *Prawa pacjenta...*, s. 110–116; D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta...*, 2012, s. 101 i n.

³ M. Dercz, T. Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej...*, s. 35.

⁴ Na podstawie kryterium czasu świadczenia zdrowotne można podzielić na świadczenia jednorazowe i ciągłe. Ze świadczeniem jednorazowym mamy do czynienia w sytuacji, gdy jego spełnienie wymaga jednorazowego w zasadzie zachowania się dłużnika, choćby miało się na nie składać kilka czynności faktycznych (np. zbadanie, konsultacja i wypisanie recepty z instrukcją w przypadku grypy). Świadczenie ciągłe ma miejsce wówczas, gdy dłużnik jest zobowiązany do określonego zachowania (działania bądź zaniechania) przez pewien czas, i dodatkowo z uwagi na swój charakter nie może zostać spełnione jednorazowo (pobyt w szpitalu, badania, zabieg operacyjny, leczenie farmakologiczne).

czym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, usługi transportu oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza zakładem leczniczym podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego (art. 5 pkt 38 u.ś.o.z.).

Należy tu podkreślić, że ustawodawca wyraźnie odgranicza sferę usług, czyli świadczenia zdrowotne *sensu stricto*, od sfery towarów, czyli świadczeń zdrowotnych rzeczowych⁵, oraz od świadczeń towarzyszących⁶. Oznacza to w praktyce, że zawarcie umowy pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem nie jest jednoznaczne z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, umowy takie mogą zawierać podmioty dostarczające tylko świadczeń zdrowotnych rzeczowych czy świadczeń towarzyszących⁷.

Tym samym świadczenia zdrowotne rzeczowe ani świadczenia towarzyszące nie są świadczeniami zdrowotnymi. Oznacza to, że udzielnie świadczeń zdrowotnych jest kluczowym elementem działalności leczniczej i zasady udzielania tych świadczeń są uregulowane w ustawie o działalności leczniczej, natomiast ustawa ta nie reguluje działalności w zakresie: wydawania leków i wyrobów medycznych, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, zakwaterowania i wyżywienia w zakładzie podmiotu leczniczego, a także usług transportu sanitarnego. Działalność w tych zakresach musi być wykonywana zgodnie z odrębnymi przepisami.

Pojęcie „świadczenia zdrowotne” ma charakter uniwersalny, bez wskazywania, przedstawiciele jakich zawodów są uprawnieni do udzielania tych świadczeń. Jest to termin zbiorczy dla bliżej niesklasyfikowanej grupy przedstawicieli zawodów, którzy mogą być zatrudnieni w podmiocie leczniczym. Jednocześnie ustawodawca w odrębnych przepisach terminu „świadczenie zdrowotne” używa bezpośrednio na oznaczenie przedmiotowego zakresu czynności zawodowych w definicji zawodu: lekarza (art. 2 ust. 1 u.z.l.), lekarza dentystry (art. 2 ust. 2 u.z.l.), pielęgniarstwa i położnej (art. 4 i 5 u.z.p.p.), felczera (art. 2 u.z.f.), fizjoterapeuty (art. 4 ust. 2 u.f.), diagnosty laboratoryjnego (art. 2 ust. 1 pkt 11 i art. 11 u.d.z.l. w zw. z art. 2 u.d.l.), ratownika medycznego (art. 11 ustawy o PRM). Do grupy zawodów medycznych ustawodawca zalicza również farmaceutę, choć dotychczasowe orzecznictwo sądowe i doktryna nie są pod tym względem jednomyślne⁸.

⁵ Świadczenie zdrowotne rzeczowe – związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, i środki pomocnicze (art. 5 pkt 37 u.ś.o.z.).

⁶ Świadczenie towarzyszące – zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodziennej oraz usługi transportu sanitarnego (art. 5 pkt 38 u.ś.o.z.).

⁷ Wyrok WSA w Kielcach z 27.04.2006 r., I SA/Ke 51/06, LEX nr 229679.

⁸ Szerzej por. D. Karkowska, *Zawody medyczne...*, 2012, s. 96–97.

1.2. Promocja zdrowia

Działalność lecznicza, obok świadczenia zdrowotnego, obejmuje również promocję zdrowia. Pod tym pojęciem ustawa o działalności leczniczej rozumie działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu (w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 7 u.dz.l.). Promocja zdrowia jest zadaniem władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 6 u.ś.o.z.), w szczególności są to zadania Ministra Zdrowia (art. 6 i 11 ust. 1 pkt 1a u.ś.o.z.), Narodowego Funduszu Zdrowia (art. 97 ust. 3 pkt 7 u.ś.o.z.), a na szczeblu lokalnym powiatu (art. 8 pkt 3 u.ś.o.z.) i organizacji pozarządowych.

W uregulowaniach szczegółowych promocja zdrowia to m.in.:

- 1) świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób (art. 27 u.ś.o.z.);
- 2) działalność wychowawcza, edukacyjna, informacyjna i profilaktyczna (art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii);
- 3) inicjatywy prozdrowotne na rzecz pracujących, profilaktyczne programy prozdrowotne, wynikające z oceny stanu zdrowia pracujących;
- 4) projektowanie i testowanie skuteczności zadań z zakresu zdrowia publicznego⁹;
- 5) propagowanie stylu życia wolnego od nałogu palenia papierosów, używania innych wyrobów tytoniowych oraz palenia papierosów elektronicznych¹⁰.

Promocja zdrowia może być wykonywana za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (art. 3 ust. 2a u.dz.l.).

1.3. Działalność dydaktyczna i badawcza

Działalność lecznicza może również polegać na realizacji zadań dydaktycznych i zadań badawczych (art. 3 ust. 2 pkt 2 u.dz.l.). Zadania dydaktyczne to zadania wynikające z procesów nauczania i uczenia się. Zadania badawcze to zadania podejmowane przez badacza lub zespół badaczy w celu osiągnięcia postępu wiedzy naukowej, ustalenia nowych twierdzeń naukowych, tez, aksjomatów, uogólnień i definicji. Badania te mogą być podejmowane w czterech zasadniczych przypadkach, tzn. gdy:

- 1) dąży się do odkrycia dotąd nieustalonych nowych zależności, których nikt wcześniej nie badał;

⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z 4.08.2016 r. w sprawie narodowego programu zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. poz. 1492).

¹⁰ Ustawa z 9.11.1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 2182).

- 2) podważa się istniejący materiał i jego twierdzenia oraz chce się zamiast tego udowodnić funkcjonowanie innych zależności;
- 3) podejmuje się próbę poszerzenia istniejących już badań, które zostały opublikowane i częściowo lub w znacznym stopniu wymagają rozszerzenia;
- 4) chce się zaktualizować (lub potwierdzić, że funkcjonują nadal) istniejące badania i ich wyniki ze względu na znaczny upływ czasu i możliwość ich dezaktualizacji¹¹.

Realizacja zadań dydaktycznych i badawczych następuje w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym z wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia (art. 3 ust. 2 pkt 2 u.dz.l.). Zadania dydaktyczne i zadania badawcze mogą być wykonywane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (art. 3 ust. 2a u.dz.l.). Realizacja tych zadań stanowi przedmiot uregulowań innych aktów prawnych, szczególnie przepisów regulujących kształcenie przed- i podyplomowe przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych, w tym oczywiście zawodu pielęgniarki, ale również przepisów regulujących kwestie przeprowadzania eksperymentów medycznych i badań klinicznych.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą może uczestniczyć w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i w kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób, przy czym podmiot ten w zakresie realizacji zadań dydaktyczno-badawczych uczestniczy w takim przygotowaniu zawsze (art. 3 ust. 3 u.dz.l.). Wykonywanie działalności leczniczej, która obejmuje realizację zadań dydaktycznych i badawczych, podlega regulacjom szczególnym w dziale II rozdziale 4 ustawy o działalności leczniczej. Zgodnie z tymi przepisami podmiot leczniczy utworzony lub prowadzony przez uczelnię medyczną jest obowiązany do realizacji zadań polegających na kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia. Ma obowiązek udostępnienia uczelni medycznej jednostek organizacyjnych niezbędnych do prowadzenia tego kształcenia. Natomiast pozostałe podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą, ale nie muszą udostępniać swoje jednostki organizacyjne.

Udostępnienie jednostek organizacyjnych w jednym i drugim przypadku następuje na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej pomiędzy uczelnią medyczną a podmiotem wykonującym działalność leczniczą (art. 89 ust. 1 u.dz.l.). Umowa ta powinna obejmować co najmniej:

- 1) czas trwania umowy i warunki jej wcześniejszego rozwiązania;
- 2) środki finansowe należne udostępniającemu z tytułu jej realizacji, sposób przekazywania tych środków oraz zasady ich rozliczeń;

¹¹ T.W. Nowacki, *Leksykon pedagogiki pracy*, Radom 2004, s. 22.

- 3) wykaz ruchomości i nieruchomości udostępnianych w celu jej realizacji, sposób ich udostępniania oraz zasady i warunki ich wykorzystywania;
- 4) określenie liczby oraz kwalifikacji zawodowych nauczycieli akademickich mających wykonywać w udostępnianej jednostce organizacyjnej zadania;
- 5) okoliczności, w których może nastąpić zmiana warunków umowy;
- 6) zasady odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez studentów, doktorantów lub nauczycieli akademickich i zasady postępowania w przypadku naruszenia przez nich porządku ustalonego przez udostępniającego;
- 7) zasady prowadzenia kontroli przez uczelnię medyczną w zakresie wykonywania zadań badawczych i dydaktycznych u udostępniającego;
- 8) zasady rozpatrywania sporów wynikających z jej realizacji.

W jednostkach organizacyjnych, będących oddziałami, wykonujących działalność dydaktyczną i badawczą, wyróżniono dwa stanowiska. Pierwsze to ordynator albo inny lekarz kierujący, a drugie to stanowisko kierownika kliniki. W praktyce chodzi o sprawowanie nadzoru przez uczelnię nad działalnością naukową i dydaktyczną na oddziale poprzez funkcjonowanie stanowiska kierownika kliniki obok ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem.

Ordynator posiada szeroki zakres uprawnień i obowiązków w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz kierowania (zarządzania) oddziałem. Jego funkcja obejmuje więc czynności medyczne i kierownicze. Z kierowania oddziałem wynikają pewne uprawnienia w zakresie merytorycznej oceny podległych pracowników oraz delegowania niektórych uprawnień, bez możliwości delegowania odpowiedzialności. Natomiast kierownikowi kliniki przypisano wyłącznie odpowiedzialność (za działalność dydaktyczną i badawczą), nie wskazując zakresu przysługujących mu kompetencji dotyczących wpływania na osoby realizujące na oddziale działalność dydaktyczną i badawczą (art. 91 ust. 2 u.d.z.l.). Funkcje te mogą pełnić dwie różne osoby albo można je pełnić jednocześnie (art. 91 ust. 1–3 u.d.z.l.).

Nauczyciele akademicy uczelni medycznych oraz doktoranci w uczelniach medycznych lub federacjach podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki prowadzących działalność naukową w zakresie nauk medycznych są zatrudnieni w podmiocie leczniczym utworzonym lub prowadzonym przez uczelnię medyczną albo w udostępnionych jednostkach organizacyjnych, niezbędnych do prowadzenia tej działalności (art. 92 u.d.z.l.):

- 1) w systemie zadaniowym czasu pracy na podstawie umowy o pracę określającej zadania dydaktyczne, badawcze i udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 2) na podstawie umowy cywilnoprawnej określającej w szczególności zadania dydaktyczne, badawcze i udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych.

Powyższe zasady mają odpowiednie zastosowanie do innej uczelni prowadzącej kształcenie i działalność naukową w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu (art. 92a u.dz.l.).

1.4. Wyodrębnienie jednostek organizacyjnych dla pensjonariuszy domów pomocy społecznej i jednostek instytucjonalnych pieczy zastępczej

W ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego może zostać wydzielona jednostka organizacyjna w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów pomocy społecznej, wychowankom regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych lub interwencyjnych ośrodków preadopcyjnych, zlokalizowana na terenie tych podmiotów. Jest to działość lecznicza kierowana tylko do określonego kręgu podmiotów.

Zgodnie z przepisami ustawy z 12.03.2014 r. o pomocy społecznej¹² w myśl art. 58 ust. 2 tej ustawy dom pomocy społecznej umożliwia i organizuje mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów (tj. na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), przy czym w zakresie ponadnormatywnym mogą one być częściowo finansowane z budżetu domu pomocy społecznej i są refinansowane przez osoby zobowiązane do ponoszenia wydatków na świadczenia z pomocy społecznej na podstawie art. 96 tej ustawy. Z kolei zgodnie z art. 80 ust. 3 ustawy o pomocy społecznej całodobowa placówka opiekuńczo-wychowawcza zapewnia korzystanie z przysługujących na podstawie odrębnych przepisów świadczeń zdrowotnych i kształcenia.

Zgodnie z przepisami ustawy z 9.06.2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej¹³: rodzina zastępcza oraz rodzinny dom dziecka w szczególności zapewniają dostęp do przysługujących świadczeń zdrowotnych (art. 40 ust. 1), a placówka opiekuńczo-wychowawcza zapewnia korzystanie z przysługujących świadczeń zdrowotnych (art. 93 ust. 4 pkt 7).

2. Rodzaje podmiotów leczniczych

W ustawie o działalności leczniczej zastosowano podział na podmioty lecznicze niebędące i będące przedsiębiorcami.

¹² Dz.U. z 2019 r. poz. 1507.

¹³ Dz.U. z 2019 r. poz. 1111 ze zm.

2.1. Publiczne podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami

Pielęgniarka może wykonywać zawód w podmiotach niebędących przedsiębiorcami, do których należą (art. 2 ust. 1 pkt 4 u.d.z.l.):

- 1) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ);
- 2) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej,
- 3) jednostki wojskowe

– w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Pielęgniarka może także wykonywać zawód w podmiotach leczniczych będących przedsiębiorcami, do których należą:

- 1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z 6.03.2018 r. – Prawo przedsiębiorców we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej;
- 2) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z 30.04.2010 r. o instytutach badawczych;
- 3) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej;
- 4) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa powyżej;
- 5) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie ustawy z 17.05.1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania¹⁴,

– w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Wyliczenie ma charakter katalogu zamkniętego, co oznacza, że inne podmioty nie mogą być podmiotami leczniczymi. Ponadto, zgodnie z brzmieniem art. 5 ust. 3 u.d.z.l., wykonywanie zawodu lekarza, pielęgniarki i położnej w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego.

¹⁴ Dz.U. z 2019 r. poz. 1347.

Z pojęciem podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami łączy się pojęcie „podmiot tworzący”. Należy zwrócić uwagę, że część wymienionych podmiotów leczniczych jest tworzona i prowadzona przez podmioty publiczne (art. 6 ust. 1 u.dz.l.):

- 1) Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę może, z zastrzeżeniem przepisów ustawy z 16.12.2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym¹⁵, utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:
 - a) spółki kapitałowej,
 - b) jednostki budżetowej,
 - c) jednostki wojskowej,
 - d) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej;
- 2) jednostka samorządu terytorialnego (gmina, powiat, województwo) może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:
 - a) spółki kapitałowej,
 - b) jednostki budżetowej,
 - c) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Taki podział jest istotny z różnych względów, z punktu widzenia pielęgniarstwa szczególnie z uwagi na charakter prawny podmiotu zatrudniającego i wykonującego swoje prawa i obowiązki względem personelu pielęgniarstwa oraz odpowiedzialności za zobowiązania finansowe.

W szczególności w statucie podmiotu leczniczego określa się takie elementy, jak organy i strukturę organizacyjną podmiotu, podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, w tym zadania, czas trwania kadencji i okoliczności odwołania członków rady społecznej (art. 48 u.dz.l.) przed upływem kadencji, cele i zadania podmiotu, a także firmę podmiotu, odpowiadającą rodzajowi i zakresowi udzielanych świadczeń zdrowotnych. Nieuregulowanie w statucie spraw dotyczących sposobu i warunków udzielania świadczeń nie jest uchybieniem, wówczas te sprawy określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika (art. 23 u.dz.l.).

Odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik. Osoba chcąca pełnić funkcję kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą musi przystąpić do procedury konkursowej w celu stwierdzenia spełniania następujących wymogów formalnych (art. 46 ust. 2 u.dz.l.):

- 1) posiadania wykształcenia wyższego – przy czym wystarczające jest tutaj wykształcenie na poziomie wyższym zawodowym (np. licencjat, inżynier). Osoba, która zdobyła wykształcenie równoważne w jednym z państw członkowskich UE, spełnia ten wymóg;
- 2) posiadania wiedzy i doświadczenia dającego rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika – wymóg ten ma charakter klauzuli generalnej

¹⁵ Dz.U. z 2019 r. poz. 1302 ze zm.

- i uznaniowej, w praktyce stanowi wskazówkę interpretacyjną dla podmiotu powołującego kierownika;
- 3) posiadania co najmniej pięcioletniego stażu pracy na stanowisku kierowniczym albo ukończonych studiów podyplomowych na kierunku zarządzanie i co najmniej trzyletniego stażu pracy. W tej drugiej sytuacji ustawodawca nie przewiduje wymogu wykazania faktycznie pełnienia funkcji kierowniczych, przesłanka ta nie ma zastosowania do kierownika podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą dla osób pozbawionych wolności (art. 46 ust. 4 u.d.z.l.);
 - 4) nieskazania prawomocnie za przestępstwo popełnione umyślnie.

Kierownik publicznego podmiotu leczniczego musi mieć zastępcę jedynie wtedy, gdy nie jest on lekarzem (art. 46 ust. 2 u.d.z.l.). W podmiocie takim działa także rada społeczna, do zadań której należy m.in.: przedstawianie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w sprawie regulaminu organizacyjnego, dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu, czy opiniowanie wniosku w sprawie czasowego zaprzestania działalności leczniczej oraz wykonywanie innych zadań określonych w ustawie i statucie (art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. f i pkt 3–5 u.d.z.l.).

2.1.1. Kwalifikacje pielęgniarki odpowiednie do zajmowanego stanowiska pracy

Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami, czyli wyłącznie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i jednostki budżetowe, są zobowiązane do zatrudniania pracowników posiadających kwalifikacje odpowiednie do zajmowanego stanowiska (art. 50 ust. 4 u.d.z.l.). Jest to przepis co do zasady instrukcyjny. Szczegółowe kwalifikacje określone zostały w wydanym na podstawie art. 50 ust. 5 u.d.z.l. rozporządzeniu Ministra Zdrowia. W tym zakresie przepis art. 50 ust. 4 u.d.z.l. ma charakter semiimperatywny¹⁶. Przyjęte rozwiązania mają na celu bezpieczeństwo pacjentów oraz potrzebę zapewnienia efektywności zatrudnienia (art. 50 ust. 5 u.d.z.l.). Wyróżniono stanowiska pracy tzw. pracowników działalności podstawowej oraz stanowiska pracowników administracyjnych, technicznych, ekonomicznych i gospodarczych¹⁷.

Przez pracownika działalności podstawowej podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami rozumie się osobę wykonującą zawód medyczny w rozumieniu

¹⁶ Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20.07.2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. Nr 151, poz. 896).

¹⁷ Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20.07.2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

art. 2 ust. 1 pkt 1 u.d.z.l. oraz innego pracownika niż osoba wykonująca zawód medyczny, którego praca pozostaje w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych¹⁸. W judykaturze dla celów stwierdzenia posiadania uprawnień z zakresu prawa ubezpieczenia społecznego zauważono, że zwrot „pracownicy działalności podstawowej” nie jest tożsamy ze zwrotem „personel medyczny”. Zgodnie z wykładnią językową pojęcie „personel” należy rozumieć jako ogół pracowników danej instytucji, biura itp. Natomiast ustawodawca nie definiuje zwrotu „personel medyczny”. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Lublinie zwrócił uwagę, że użyte w ustawie o emeryturach pomostowych pojęcie „personel medyczny” jest szersze niż termin „zawód medyczny” używany przez ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, a obecnie przez ustawę o działalności leczniczej. Zdaniem sądu personel medyczny obejmuje zarówno osoby wykonujące zawody medyczne legitymujące się stosowanym wykształceniem, jak i każdą inną osobę, której praca pozostaje w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych¹⁹.

W załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20.07.2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami ustawodawca określił stanowisko, wymagane kwalifikacje oraz liczbę lat pracy w zawodzie lub inne dodatkowe kwalifikacje. Dalsze uwagi odnoszą się do stanowisk pracy pracowników działalności podstawowej, na których mogą być zatrudnione osoby z wykształceniem pielęgniarskim.

¹⁸ Terminem „pracownik działalności podstawowej” posługuje się rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17.07.2014 r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej (Dz.U. z 2020 r. poz. 4).

¹⁹ Załącznik nr 2 do ustawy z 19.12.2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1924 ze zm.) w pkt 23 i 24 wymienia: „prace personelu medycznego oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w bezpośrednim kontakcie z pacjentami, zgodnie z przepisami ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego” oraz „prace personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru”. W rozpatrywanej sprawie WSA w Lublinie przyjął, że „w szczególności z opisu stanowiska pracy, zakresu obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności wynika, że salowy A.C. wykonuje obowiązki polegające na pomocy pielęgniarkom przy wykonywaniu iniekcji, zabiegów medycznych i pielęgnacyjnych pacjentom agresywnym, unieruchamianiu pacjentów agresywnych lub stwarzających zagrożenie dla siebie lub innych osób z otoczenia na polecenie lekarza lub pielęgniarki, uniemożliwianiu pacjentom ucieczek z oddziału, przeprowadzaniu ich z izby przyjęć na oddziały, zapewnianiu bezpieczeństwa ogólnego personelowi oraz pacjentom itp. W ocenie ryzyka zawodowego na stanowisku salowego, jako czynniki szkodliwe, uciążliwe i niebezpieczne w środowisku pracy podano: «poczucie stałego zagrożenia i stres». (...) Przepis art. 18 u.o.z.p. reguluje zasady i sposób sprawowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi przy wykonywaniu czynności przewidzianych w tej ustawie. Analiza tego przepisu wskazuje jednoznacznie, że o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, a wyjątkowo pielęgniarka, która nadzoruje osobiście jego wykonanie przez salowego, przy czym przymus bezpośredni polega na przytrzymaniu, przymusowym podawaniu leków, unieszkodliwianiu lub izolacji wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi. Bez wykonania czynności przymusu bezpośredniego nie byłoby zatem możliwe leczenie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, a więc salowy uczestniczy w procesie leczenia, co pozwala na stwierdzenie, że wchodzi w skład personelu medycznego oddziału psychiatrycznego i leczenia uzależnień, wykonując prace w bezpośrednim kontakcie z pacjentami”. Tym samym w ocenie sądu pracownika wykonującego prace salowego należy zaliczyć do personelu medycznego, o którym mowa w pkt 23 załącznika nr 2 do ustawy; por. wyrok WSA w Lublinie z 23.11.2010 r., III SA/Lu 344/10, LEX nr 757116.

1. Zastępca kierownika do spraw pielęgniarstwa (położnictwa): podmiotu leczniczego, jednostki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, naczelną pielęgniarka, naczelną położną:
 - a) tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i pięć lat pracy lub
 - b) tytuł zawodowy magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka lub położna i studia podyplomowe lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i siedem lat pracy.
2. Kierownik komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, zastępca kierownika komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego:
 - a) wyższe wykształcenie medyczne i tytuł specjalisty lub specjalizacja II stopnia w odpowiedniej dziedzinie medycyny i pięć lat pracy lub
 - b) wyższe wykształcenie medyczne i specjalizacja I stopnia w odpowiedniej dziedzinie medycyny i siedem lat pracy, lub
 - c) tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i pięć lat pracy, lub
 - d) inny tytuł zawodowy magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka lub położna i studia podyplomowe lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i siedem lat pracy, lub
 - e) tytuł magistra na innym kierunku medycznym i siedem lat pracy.
3. Przełożona pielęgniarek, położnych, zastępca przełożonej pielęgniarek, położnych:
 - a) tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i trzy lata pracy, lub
 - b) tytuł magistra w innym zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka lub położna i studia podyplomowe, lub tytuł spe-

- cjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i trzy lata pracy, lub
- c) licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania i pięć lat pracy, lub
- d) średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka lub położna i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania i sześć lat pracy.
4. Specjalista do spraw epidemiologii lub higieny i epidemiologii:
- a) tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii lub kurs kwalifikacyjny lub
- b) tytuł magistra w innym zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka lub położna i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii lub kurs kwalifikacyjny w okresie przejściowym do dnia 31.12.2020 r., lub
- c) licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii lub kurs kwalifikacyjny w okresie przejściowym do dnia 31.12.2020 r., lub
- d) średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka lub położna i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii lub kurs kwalifikacyjny w okresie przejściowym do dnia 31.12.2020 r.
- dla wszystkich wyżej wymienionych trzy lata pracy w szpitalu.
5. Kierownik centralnej sterylizatorni:
- a) wyższe wykształcenie i ukończony kurs kwalifikacyjny dla kierowników centralnych sterylizatorni i osób nadzorujących wytwarzanie sterylnych wyrobów medycznych według programu zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia i trzy lata pracy lub
- b) wykształcenie średnie medyczne i ukończony kurs kwalifikacyjny dla kierowników centralnych sterylizatorni i osób nadzorujących wytwarzanie sterylnych wyrobów medycznych według programu zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia i sześć lat pracy.
6. Pielęgniarka oddziałowa, zastępca pielęgniarki oddziałowej:
- a) tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo i rok pracy w szpitalu lub
- b) tytuł magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i rok pracy w szpitalu, lub

- c) licencjat pielęgniarstwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania i trzy lata pracy w szpitalu, lub
 - d) licencjat pielęgniarstwa i kurs kwalifikacyjny i cztery lata pracy w szpitalu, lub
 - e) średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania i pięć lat pracy w szpitalu, lub
 - f) średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa i kurs kwalifikacyjny i siedem lat pracy w szpitalu.
7. Pielęgniarka koordynująca i nadzorująca pracę innych pielęgniarek:
- a) tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo i rok pracy w szpitalu lub
 - b) tytuł magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa i rok pracy w szpitalu, lub
 - c) licencjat pielęgniarstwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania i trzy lata pracy w szpitalu, lub
 - d) licencjat pielęgniarstwa i kurs kwalifikacyjny i cztery lata w szpitalu, lub
 - e) średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania i pięć lat pracy w szpitalu, lub
 - f) średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarstwa i kurs kwalifikacyjny i siedem lat pracy w szpitalu.
8. Starszy asystent w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa – tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i pięć lat pracy.
9. Asystent w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa – tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i trzy lata pracy.
10. Młodszy asystent w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa – tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i rok pracy.
11. Specjalista pielęgniarstwa:
- a) tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji

- i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia lub
- b) tytuł zawodowy magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, lub
 - c) licencjat pielęgniarstwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub
 - d) średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania i dwa lata pracy.
12. Starsza pielęgniarka:
- a) tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo i rok pracy lub
 - b) tytuł zawodowy magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarki i rok pracy, lub
 - c) licencjat pielęgniarstwa i trzy lata pracy, lub
 - d) średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i pięć lat pracy.
13. Pielęgniarka:
- a) tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub
 - b) licencjat pielęgniarstwa, lub
 - c) średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka.
14. Stażystka pielęgniarka – średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka.
15. Specjalista do spraw promocji zdrowia – tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, studia wyższe na kierunku zdrowie publiczne lub w specjalności promocja zdrowia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie (studia na innym kierunku lub specjalności, które w programie kształcenia obejmowały wiedzę i umiejętności z zakresu promocji zdrowia).
16. Edukator do spraw diabetologii:
- a) tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego oraz dwa lata pracy lub
 - b) licencjat pielęgniarstwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego oraz dwa lata pracy, lub
 - c) średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego oraz dwa lata pracy, lub
 - d) tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i kurs specjalistyczny w dziedzinie edukator w cukrzycy i rok w ośrodku o profilu diabetologicznym, lub

- e) licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa i kurs specjalistyczny w dziedzinie edukator w cukrzycy i dwa lata w ośrodku o profilu diabetologicznym, lub
 - f) średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka lub położna i kurs specjalistyczny w dziedzinie edukator w cukrzycy i dwa lata w ośrodku o profilu diabetologicznym, lub
 - g) tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa w okresie przejściowym do dnia 31.12.2020 r. i pięć w ośrodku o profilu diabetologicznym,
 - h) średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka lub położna w okresie przejściowym do dnia 31.12.2020 r. i pięć lat w ośrodku o profilu diabetologicznym.
17. Starszy perfuzjonista:
- a) średnie wykształcenie medyczne i ukończony kurs kwalifikacyjny dla perfuzjonistów według programu zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia i pięć lat pracy lub
 - b) średnie wykształcenie medyczne i ukończone przeszkolenie specjalistyczne na podstawie dotychczasowych przepisów i pięć lat pracy.
18. Perfuzjonista:
- a) średnie wykształcenie medyczne i ukończony kurs kwalifikacyjny dla perfuzjonistów według programu zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia i dwa lata pracy lub
 - b) średnie wykształcenie medyczne i ukończone przeszkolenie specjalistyczne na podstawie dotychczasowych przepisów i dwa lata pracy.
19. Młodszy perfuzjonista – średnie wykształcenie medyczne.
20. Starszy dyspozytor medyczny – kwalifikacje uzyskane zgodnie z odrębnymi przepisami oraz pięć lat pracy na stanowisku dyspozytora medycznego.
21. Dyspozytor medyczny – kwalifikacje uzyskane zgodnie z odrębnymi przepisami.
22. Starszy statystyk medyczny – średnie wykształcenie medyczne lub inne średnie wykształcenie oraz pięć lat pracy.

Dla personelu pielęgniarstwa istotne znaczenie ma personel pomocniczy, wykonujący czynności opiekuńcze i pielęgnacyjne. Poniżej przedstawiono stanowiska, wymagane kwalifikacje oraz liczbę lat pracy w zawodzie lub inne dodatkowe kwalifikacje:

1. Starsza opiekunka dziecięca – ukończenie liceum medycznego lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego opiekunka dziecięca lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekunka dziecięca oraz trzy lata pracy w zawodzie opiekunka dziecięca.
2. Opiekunka dziecięca – ukończenie liceum medycznego lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego opiekunka dziecięca lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekunka dziecięca.

3. Starszy opiekun medyczny – ukończenie zasadniczej szkoły zawodowej lub szkoły policealnej i uzyskanie tytułu zawodowego higienistki szpitalnej lub asystentki pielęgniarskiej lub ukończenie zasadniczej szkoły zawodowej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny oraz trzy lata pracy.
4. Opiekun medyczny – ukończenie zasadniczej szkoły zawodowej lub szkoły policealnej i uzyskanie tytułu zawodowego higienistki szpitalnej lub asystentki pielęgniarskiej lub ukończenie zasadniczej szkoły zawodowej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny.
5. Starsza higienistka szkolna – ukończenie szkoły policealnej i uzyskanie tytułu zawodowego higienistka szkolna oraz trzy lata pracy.
6. Higienistka szkolna – ukończenie szkoły policealnej i uzyskanie tytułu zawodowego higienistka szkolna.

2.1.2. Kierownicze stanowiska pielęgniarskie – naczelną pielęgniarką, przełożoną pielęgniarek oraz pielęgniarką oddziałową

W podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, czyli w publicznych zakładach opieki zdrowotnej i samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, przeprowadza się konkurs na stanowiska: kierownika, zastępcy kierownika (powoływany w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem), ordynatora, naczelną pielęgniarek lub przełożonej pielęgniarek, pielęgniarki oddziałowej (art. 49 ust. 1 u.d.z.l.)²⁰. Osoby zatrudnione na stanowiskach wymienionych w poprzednim zdaniu, poza samym kierownikiem podmiotu leczniczego, mogą pracować wyłącznie w oparciu o stosunek pracy (art. 49 ust. 5 u.d.z.l.).

2.1.2.1. Ustawowy obowiązek przeprowadzania konkursów

Ustawowy obowiązek przeprowadzania konkursów na określone stanowiska, w tym na stanowiska naczelną pielęgniarki, przełożonej pielęgniarek i pielęgniarki oddziałowej, przewiduje art. 49 ust. 1 pkt 4 i 5 u.d.z.l. Jest to przepis bezwzględnie obowiązujący.

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.02.2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz.U. z 2018 r. poz. 393 ze zm.). W wyroku WSA w Opolu z 19.09.2013 r. (II SA/Op 245/13, LEX nr 1383035) wskazano, że: „Kompetencje do powołania komisji konkursowej, wynikające z art. 49 ust. 1 ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej i ww. rozporządzenia wykonawczego, należy przypisać organowi stanowiącemu – radzie powiatu, a nie organowi wykonawczemu powiatu, jakim jest zarząd”.

zujący. W praktyce jednak zgłaszane są wątpliwości w związku z zapisami dwóch aktów wykonawczych: rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20.07.2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.02.2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

Przepisy tych dwóch rozporządzeń przewidują możliwość zmiany modelu kierowania oddziałami szpitalnymi, a w odniesieniu do pielęgniarek pozwala na założenie, że stanowisko pielęgniarek koordynujących może być ujęte w regulaminach wewnętrznych i trwałe powierzenie obowiązków pielęgniarek oddziałowych pielęgniarkom koordynującym może nastąpić poprzez zmianę statutu.

Powstaje w związku z tym pytanie, czy przepisy przywołanych rozporządzeń wprowadzają wyjątek od art. 49 ust. 1 pkt 4 i 5 u.d.z.l. Odpowiedź na to pytanie z punktu widzenia reguł interpretacyjnych jest prosta. System prawa polskiego jest zbudowany hierarchicznie. Podstawą obowiązywania aktu niższego rzędu, czyli rozporządzenia, jest akt wyższego rzędu, czyli ustawa. Obowiązuje tu zasada *lex superior derogat legi inferiori*, a więc akt wyższego rzędu uchyla moc obowiązywania aktu niższego rzędu. Zastosowanie powyższe zasady prowadzi do uznania normy ustawowej wcześniejszej za normę obowiązującą, decydujące znaczenie ma kryterium hierarchiczności przepisów²¹. Za obowiązującą zostaje zatem uznana norma zajmująca wyższe miejsce w ich hierarchii, czyli art. 49 ust. 1 pkt 4 i 5 u.d.z.l. Stanowisko pielęgniarki naczelnej, przełożonej i pielęgniarki oddziałowej w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami ma być obsadzane w drodze konkursu, a osoby te winne legitymować się określonymi w taryfikatorze kwalifikacyjnym wykształceniem i stażem pracy, dlatego wykreślenie ze statutu tych stanowisk i zastąpienie ich innymi, nieprzewidzianym w przepisach, któremu przypisane by miały być te same obowiązki i uprawnienia, jakie ma osoba zatrudniona na stanowisku naczelnej pielęgniarki czy przełożonej pielęgniarek oraz pielęgniarki oddziałowej, w oczywisty sposób narusza obowiązujące przepisy i wykracza poza zakres spraw, które mogą być określone w statucie²². Tym samym „wprowadzenie w statucie zamiast stanowiska np. «naczelnej pielęgniarki» stanowiska «koordynator do spraw pielęgniarstwa» stanowi obejście prawa zarówno w zakresie wymaganych kwalifikacji zawodowych i stażu, jak też powoływania w drodze konkursu”²³.

Należy ponownie podkreślić, że art. 49 ust. 1 pkt 4 i 5 u.d.z.l. są przepisami bezwzględnie obowiązującymi i zmiana ich postanowień poprzez likwidację określonych tam stanowisk prowadzi do pozbawienia samorządu pielęgniarek ustawowych uprawnień

²¹ J. Nowacki, Z. Tobor, *Wstęp do prawoznawstwa*, Katowice 1999, s. 154–155 i 157.

²² Wyrok NSA z 27.08.2008 r., II OSK 666/08, „Nowe Zeszyty Samorządowe” 2009/1, s. 12.

²³ Wyrok WSA w Krakowie z 18.12.2007 r., III SA/Kr 909/07, LEX nr 462679.

związanych ze sprawowaniem pieczy nad wykonywaniem zawodu, wynikających z przepisu art. 4 ust. 2 pkt 7 u.s.p.p., gdzie stwierdza się, że samorząd wykonuje swoje zadania w szczególności poprzez m.in. przewodniczenie i uczestnictwo jego przedstawicieli w komisjach konkursowych na kierownicze stanowiska pielęgniarskie i położnicze oraz na inne stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych, o ile odrębne przepisy przewidują taki obowiązek. Statutowa zmiana stanowisk i wprowadzenie w miejsce stanowisk wymienionych w ustawie o działalności leczniczej nowych stanowisk, w ustawie niewymienionych, może być uznane za obejście prawa prowadzące do naruszenia ustawowych uprawnień samorządu pielęgniarek²⁴.

Podsumowując, zgadzam się ze stanowiskiem Naczelnego Sądu Administracyjnego, zgodnie z którym: „Sprawy z zakresu ochrony zdrowia wymagają nowych uregulowań prawnych, nie można jednak wyprzedzać rozwiązań ustawowych i wprowadzać w drodze aktu wewnętrznego nowych rozwiązań, pozostających z nimi w sprzeczności i naruszających jedność systemu prawa, bo prowadzących w istocie do pozbawienia samorządu zawodowego przysługujących mu, ustawowo określonych uprawnień”²⁵.

2.1.2.2. Zasady przeprowadzania konkursów

Konkurs na stanowisko naczelniej pielęgniarek lub przełożonej pielęgniarek oraz pielęgniarki oddziałowej przeprowadza komisja konkursowa powołana przez właściwy podmiot, czyli kierownika podmiotu (art. 49 ust. 2 u.dz.l.)²⁶. Pojęcie postępowania konkursowego należy rozumieć szeroko. Obejmuje ono swoim zakresem zarówno postępowanie mające na celu powołanie komisji mającej przeprowadzić konkurs, jak i postępowanie prowadzone przez tę komisję, ale także inne czynności tego procesu. Postępowanie konkursowe nie jest postępowaniem administracyjnym, do którego zastosowanie mają przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego. Nie jest bowiem rozstrzygnięciem sprawy indywidualnej w drodze decyzji, lecz ma charakter wewnętrzny, związany z funkcjonowaniem podmiotu leczniczego²⁷.

Komisję konkursową powołuje się w terminie dwóch miesięcy od dnia zwolnienia stanowiska objętego konkursem. Powołanie komisji konkursowej wszczyna postępowanie konkursowe (§ 3 r.p.k.s.k.). Postępowanie konkursowe prowadzi się z zachowaniem kolejności następujących czynności (§ 4 r.p.k.s.k.):

- 1) opracowanie i przyjęcie przez komisję konkursową regulaminu konkursu, na podstawie ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu stanowiącego załącznik do rozporządzenia;

²⁴ Wyrok NSA z 16.06.2010 r., II OSK 119/10, LEX nr 597157.

²⁵ Wyrok NSA z 16.06.2010 r., II OSK 119/10.

²⁶ Zgodnie art. 49 ust. 2 u.dz.l. konkurs na stanowisko kierownika ogłasza podmiot tworzący, a na pozostałe stanowiska – kierownik.

²⁷ Postanowienie NSA z 26.02.2019 r., II OSK 362/19, LEX nr 2631559.

- 2) opracowanie i przyjęcie przez komisję konkursową projektu ogłoszenia o konkursie;
- 3) ogłoszenie o konkursie w terminie dwóch miesięcy od dnia wszczęcia postępowania konkursowego;
- 4) rozpatrzenie zgłoszonych kandydatur;
- 5) wybranie kandydata na stanowisko objęte konkursem.

Jednocześnie czynności związane z organizacją i przeprowadzeniem konkursu nie są zaliczone do władczej sfery szeroko rozumianego administrowania przez podmioty, w których kompetencji leży dokonanie wymienionych czynności, w tym w szczególności wskazanie kandydatów na członków komisji konkursowej.

O wszczęciu postępowania konkursowego kierownik podmiotu powiadamia pisemnie zakładowe organizacje związkowe działające w podmiocie leczniczym, które w terminie 14 dni od dnia otrzymania powiadomienia mają dokonać wyboru swojego przedstawiciela, a w przypadku niedokonania tego wyboru konkurs odbywa się bez jego udziału (§ 6 r.p.k.s.k.). Kierownik powiadamia pisemnie przewodniczącego komisji konkursowej o składzie osobowym komisji, natomiast przewodniczący powiadamia pisemnie członków komisji o posiedzeniu komisji konkursowej co najmniej na siedem dni przed wyznaczonym terminem posiedzenia.

Przyjęcie regulaminu konkursu i projektu ogłoszenia o konkursie może odbywać się w drodze korespondencyjnej. Regulamin konkursu i projekt ogłoszenia o konkursie uważa się za przyjęty, jeżeli żaden z członków komisji konkursowej nie zgłosi uwag w terminie wskazanym przez przewodniczącego komisji konkursowej. W przypadku nieprzyjęcia regulaminu konkursu i projektu ogłoszenia o konkursie przez komisję konkursową w drodze korespondencyjnej, przewodniczący komisji konkursowej zarządza posiedzenie komisji. Przewodniczący komisji konkursowej przekazuje właściwemu podmiotowi regulamin konkursu oraz projekt ogłoszenia o konkursie (§ 7 r.p.k.s.k.).

Ogłoszenie o konkursie zawiera w szczególności (§ 9 ust. 1 r.p.k.s.k.):

- 1) nazwę i adres podmiotu leczniczego;
- 2) informację o zasadach udostępniania materiałów informacyjnych o stanie prawnym, organizacyjnym i ekonomicznym podmiotu leczniczego;
- 3) stanowisko objęte konkursem;
- 4) wymagane kwalifikacje kandydata;
- 5) miejsce oraz termin złożenia wymaganych od kandydatów dokumentów, nie krótszy niż 10 dni od dnia opublikowania ogłoszenia;
- 6) przewidywane miejsce oraz termin rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur.

Ogłoszenie o konkursie musi zawierać wymagane kwalifikacje kandydata, natomiast roli takiej nie spełnia odsyłanie w ogłoszeniu do innego miejsca, gdzie znajdują się

informacje o wymaganych kwalifikacjach kandydata na stanowisko kierownicze. Odesłanie do materiałów na temat wymaganych kwalifikacji kandydata na nie stanowi wykonania obowiązku zamieszczenia tych wymagań właśnie w ogłoszeniu o konkursie, czego następstwem może być nieważność postępowania konkursowego z § 9 r.p.k.s.k.²⁸

Ponadto w ogłoszeniu można zamieścić informację o warunkach pracy i warunkach socjalnych, które zapewnia podmiot leczniczy. Ogłoszenie o konkursie należy: 1) udostępnić na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej podmiotu tworzącego; 2) podać do wiadomości w sposób zwyczajowo przyjęty w siedzibie podmiotu leczniczego (§ 9 ust. 2 i 3 r.p.k.s.k.).

W skład komisji konkursowej powołanej w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na stanowiska naczelnego pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek wchodzi (§ 10 pkt 4 r.p.k.s.k.):

- 1) przedstawiciel okręgowej rady pielęgniarek i położnych właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego jako przewodniczący komisji;
- 2) od trzech do sześciu przedstawicieli kierownika podmiotu leczniczego, posiadających wykształcenie wyższe, w tym przynajmniej jeden lekarz;
- 3) przedstawiciel okręgowej rady lekarskiej właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego;
- 4) przedstawiciel zakładowych organizacji związkowych działających w podmiocie leczniczym, z wyjątkiem konkursu na stanowisko przełożonej pielęgniarek;
- 5) dwaj przedstawiciele okręgowej rady pielęgniarek i położnych właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego;
- 6) przedstawiciel właściwego towarzystwa naukowego.

W skład komisji konkursowej powołanej w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej wchodzi (§ 10 pkt 5 r.p.k.s.k.):

- 1) przedstawiciel okręgowej rady pielęgniarek i położnych właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego jako przewodniczący komisji;
- 2) od trzech do sześciu przedstawicieli kierownika podmiotu leczniczego, posiadających wykształcenie wyższe, w tym przynajmniej jeden lekarz;
- 3) ordynator danego oddziału lub lekarz kierujący danym oddziałem;
- 4) przełożona pielęgniarek albo naczelną pielęgniarką;
- 5) przedstawiciel okręgowej rady lekarskiej właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego, a jeżeli postępowanie konkursowe jest realizowane w podmiocie leczniczym, w którym są zatrudnieni członkowie Wojskowej Izby Lekarskiej, również przedstawiciel tej izby. W przypadku gdy postępowanie

²⁸ Wyrok WSA we Wrocławiu z 17.01.2017 r., IV SA/Wr 366/16, LEX nr 2258598; wyrok NSA z 24.10.2018 r., II OSK 1243/18, LEX nr 2584181.

- konkursowe jest realizowane w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej – przedstawiciel Wojskowej Izby Lekarskiej;
- 6) dwaj przedstawiciele okręgowej rady pielęgniarek i położnych właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego.

W skład komisji konkursowej nie mogą być powołane osoby pozostające wobec kandydata w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do ich bezstronności, czyli małżonek lub krewny albo powinowaty do drugiego stopnia włącznie osoby, której dotyczy postępowanie konkursowe, albo osoba, która pozostaje wobec niej w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jej bezstronności (§ 5 ust. 1 r.p.k.s.k.)²⁹. Określenie „uzasadniona wątpliwość” oznacza, że chodzi tu o wątpliwość co do bezstronności członka komisji, uzasadnioną obiektywnymi powodami. Należy rozumieć przez to takie przyczyny, które pozostają w związku przyczynowo-skutkowym między ich wystąpieniem a powstaniem oceny, że prawdopodobne jest, że w zaistniałych okolicznościach członek komisji może okazać się nieobiektywny. Nie wystarczy zatem subiektywne przekonanie, że członek komisji nie będzie bezstronny, lecz należy jednoznacznie wykazać, że między członkiem komisji a kandydatem zachodzą konkretne relacje prawne, np. są współnikami w prowadzonej działalności gospodarczej bądź współwłaścicielami nieruchomości, lub zachodzą konkretne relacje faktyczne, np. prowadzą wspólne gospodarstwo domowe bądź są współpracownikami na niwie zawodowej³⁰.

W orzecznictwie sądowym rozpatrywano sprawę unieważnienia postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej z uwagi na fakt, że organ samorządu pielęgniarek i położnych nie wyznaczył przedstawicieli do komisji konkursowej. Na tle tego stanu faktycznego wyrażono stanowisko, że tryb konkursowy mający wyłonić pielęgniarkę oddziałową nie ma charakteru postępowania administracyjnego, w wyniku którego wydaje się akt podlegający kontroli sądownoadministracyjnej, lecz ma charakter wewnętrzny i w związku z tym czynność okręgowej izby pielęgniarek i położnych nie podlega kontroli sądu³¹.

Warto też zwrócić uwagę, że przedstawiciel okręgowej rady pielęgniarek i położnych właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego wchodzi w skład komisji konkursowej przypadku gdy postępowanie konkursowe dotyczy stanowiska (§ 10 pkt 2 r.p.k.s.k.) zastępcy kierownika podmiotu leczniczego i stanowiska ordynatora, natomiast nie wchodzi w przypadku gdy postępowanie konkursowe dotyczy stanowiska kierownika podmiotu leczniczego (§ 10 pkt 1 r.p.k.s.k.).

²⁹ Wyrok WSA w Rzeszowie z 23.04.2019 r., II SA/Rz 112/19, LEX nr 2682146.

³⁰ Wyrok NSA z 11.10.2017 r., II OSK 2160/16, LEX nr 2441453.

³¹ Postanowienie NSA z 26.02.2019 r., II OSK 362/19.

Komisja konkursowa może prowadzić prace, jeżeli w posiedzeniach komisji bierze udział co najmniej połowa liczby osób powołanych w skład komisji, w tym jej przewodniczący (§ 11 r.p.k.s.k.). Kandydaci zgłaszający się do konkursu składają (§ 12 ust. 1 r.p.k.s.k.):

- 1) podanie o przyjęcie na stanowisko objęte konkursem;
- 2) dokumenty stwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania danego stanowiska, a kandydaci na stanowiska, z którymi wiąże się posiadanie prawa wykonywania zawodu, dokument potwierdzający to prawo;
- 3) opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej;
- 4) inne dokumenty, w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata. Kopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem, przy czym poświadczenie może być dokonane przez kandydata. Na prośbę właściwego podmiotu lub komisji konkursowej kandydat jest obowiązany przedstawić oryginały dokumentów;
- 5) w przypadku postępowania konkursowego na stanowisko kierownika – informację o kandydacie z Krajowego Rejestru Karnego opatrzoną datą nie wcześniejszą niż miesiąc przed dniem zgłoszenia do konkursu;
- 6) oświadczenie kandydata o braku prawomocnie orzeczonego wobec niego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania określonego stanowiska.

Wymagane dokumenty kandydaci zgłaszający się do konkursu składają właściwemu podmiotowi. Na kopercie kandydat umieszcza swoje imię i nazwisko oraz adres i numer telefonu kontaktowego, a także adnotację o treści: „Konkurs na stanowisko...” (należy podać nazwę stanowiska objętego konkursem). Kandydat zgłaszający się do konkursu składa oświadczenie, że wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach przeprowadzania postępowania konkursowego na dane stanowisko (§ 12 ust. 2 i 3 r.p.k.s.k.).

W trakcie rozpatrywania zgłoszonych kandydatur komisja konkursowa w toku rozmowy z kandydatami na stanowisko kierownika podmiotu leczniczego, zastępcy kierownika podmiotu leczniczego oraz naczelnej pielęgniarki albo przełożonej pielęgniarek może wymagać, aby kandydat wykazał się stosowną wiedzą i umiejętnościami związanymi z zarządzaniem podmiotem leczniczym. Wiedzę tę sprawdza komisja konkursowa albo wyznaczeni przez przewodniczącego komisji jej członkowie. Każdemu kandydatowi zgłaszającemu się do konkursu udostępnia się jednakowe dla wszystkich kandydatów materiały informacyjne o stanie prawnym, organizacyjnym i ekonomicznym podmiotu leczniczego (§ 13 r.p.k.s.k.). Takich wymogów nie stawia się kandydatom na stanowisko ordynatora czy oddziałowej pielęgniarki.

Komisja konkursowa wybiera kandydata na dane stanowisko w drodze tajnego głosowania, bezwzględną większością głosów. Jeżeli w tym głosowaniu kandydat nie

został wybrany, przewodniczący komisji konkursowej zarządza drugie głosowanie. Jeżeli w drugim głosowaniu kandydat nie został wybrany, przewodniczący komisji konkursowej zarządza trzecie głosowanie. Przeprowadzenie drugiego i trzeciego głosowania odbywa się także w drodze tajnego głosowania, bezwzględną większością głosów, i może być poprzedzone ponowną dyskusją członków komisji konkursowej i rozmową z kandydatem (§ 14 r.p.k.s.k.).

Nasuwa się pytanie, czy wyłonienie w drodze postępowania konkursowego osoby na stanowisko pielęgniarki naczelnej lub przełożonej pielęgniarek lub pielęgniarki oddziałowej jest wiążące dla kierownika podmiotu. W świetle obecnego stanu prawnego oraz orzecznictwa sądowego wyłonienie kandydata na te stanowiska nie jest wiążące dla kierownika. W § 4 ust. 1 pkt 5 r.p.k.s.k. stanowi się wyraźnie o wyłonieniu kandydata na stanowisko objęte konkursem, nie zaś o wyłonieniu pielęgniarki naczelnej lub przełożonej pielęgniarek albo pielęgniarki oddziałowej. Kierownik nie jest zatem obowiązany do powołania osoby wyłonionej w konkursie na dane stanowisko. Wprawdzie art. 49 ust. 5 u.d.z.l. stanowi, że z kandydatem na to stanowisko, wybranym w drodze konkursu, nawiązuje się stosunek pracy, niemniej jednak należy mieć na względzie zapis wcześniejszy, tj. ust. 3, zgodnie z którym jeżeli do konkursu nie zgłosiło się co najmniej dwóch kandydatów lub w wyniku konkursu nie wybrano kandydata albo z kandydatem wybranym w postępowaniu konkursowym nie nawiązano stosunku pracy, kierownik ogłasza nowy konkurs w okresie 30 dni od dnia zakończenia postępowania w poprzednim konkursie. Zatem rozstrzygające znaczenie, jeśli chodzi o sytuację prawną kandydata na stanowisko pielęgniarki naczelnej lub przełożonej pielęgniarek, lub pielęgniarki oddziałowej, ma nawiązanie stosunku pracy z kandydatem wyłonionym w drodze postępowania konkursowego. Jeśli zaś do nawiązania stosunku pracy z kandydatem wyłonionym w drodze konkursu nie dojdzie, ponieważ kierownik podmiotu skorzysta z uprawnienia wynikającego z art. 49 ust. 3 u.d.z.l. i umowy takiej nie zawrze, kandydatowi przysługuje niewątpliwie roszczenie wobec potencjalnego pracodawcy o nawiązanie stosunku pracy dochodzone przed sądem powszechnym – sądem pracy³².

Ze swoich czynności komisja konkursowa sporządza protokół postępowania konkursowego, który podpisują wszyscy członkowie komisji konkursowej obecni na posiedzeniu. Protokół udostępnia się do wglądu kandydatom biorącym udział w konkursie na ich żądanie. Właściwy podmiot powiadamia pisemnie o wynikach konkursu kandydatów biorących udział w konkursie w terminie 14 dni od dnia ostatniego posiedzenia komisji konkursowej (§ 15 r.p.k.s.k.). W przypadku przeprowadzania konkursu na stanowisko pielęgniarki naczelnej lub przełożonej pielęgniarek albo pielęgniarki oddziałowej komisja konkursowa ulega rozwiązaniu z dniem nawiązania stosunku pracy z kandydatem wybranym w drodze konkursu albo z dniem stwierdzenia nieważności postępowania konkursowego, o którym mowa w § 8 ust. 2 (§ 16 r.p.k.s.k.).

³² Postanowienie NSA z 12.02.2019 r., II OSK 3848/18, LEX nr 2619932.

Postępowanie konkursowe jest nieważne w przypadku (§ 8 ust. 1 r.p.k.s.k.):

- 1) niezachowania kolejności czynności konkursowych wymaganych przepisami prawa lub niedokonania jednej albo więcej z tych czynności;
- 2) niespełnienia warunków związanych z ogłoszeniem konkursu;
- 3) rozpatrzenia kandydatury osoby, która nie złożyła jednego lub więcej wymaganych dokumentów;
- 4) ujawnienia, po zakończeniu postępowania konkursowego, że do składu komisji konkursowej powołane zostały osoby, które podlegały wyłączeniu z uwagi na konflikt interesów;
- 5) naruszenia tajności głosowania;
- 6) niepowiadomienia kandydata lub członka komisji konkursowej o terminie posiedzenia komisji.

Stwierdzenie nieważności postępowania konkursowego następuje wyłącznie na wniosek, który zgłasza się do właściwego podmiotu nie później niż w terminie 14 dni od dnia wybrania przez komisję konkursową kandydata na stanowisko objęte konkursem. W przypadku stwierdzenia nieważności postępowania konkursowego komisja konkursowa ulega rozwiązaniu, a właściwy podmiot powołuje nową komisję konkursową. Ponowne wszczęcie postępowania konkursowego następuje w terminie dwóch miesięcy od dnia stwierdzenia nieważności postępowania konkursowego (§ 8 ust. 2 i 3 r.p.k.s.k.).

Kończąc, warto także zwrócić uwagę na kwestie dostępu do nagrań utrwalonych rozmów przeprowadzonych przez komisję konkursową z kandydatami na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. Zgodnie z orzecznictwem sądowym: „Utrwalenie rozmów przeprowadzonych przez komisję konkursową z kandydatami na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą należy kwalifikować jako sporządzenie dokumentu wewnętrznego. Takie opracowanie nie jest bowiem skierowane do podmiotów zewnętrznych, adresatów rozstrzygnięcia. Celem dokumentu wewnętrznego jest tylko wymiana informacji, zgromadzenie niezbędnych materiałów, uzgodnienie poglądów i stanowiska. Omawiane materiały mogą również zawierać cząstkowe projekty rozstrzygnięcia, jakie zostanie podjęte przez organ administracji publicznej. Nie zmienia to jednak faktu, że opracowania te nie stanowią informacji publicznej i w braku przepisu szczególnego nie podlegają udostępnieniu w trybie ustawy o dostępie do informacji publicznej”³³.

³³ Wyrok WSA w Poznaniu z 11.01.2018 r., IV SAB/Po 80/17, LEX nr 2463056.

2.1.3. Normy zatrudnienia pielęgniarek w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą

Podmioty lecznicze niebędącym przedsiębiorcami, czyli wyłącznie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i jednostki budżetowe, są zobowiązane do stosowanie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek (art. 50 ust. 1 u.dz.l.), a sposób ich ustalenia określił minister właściwy do spraw zdrowia w drodze aktu wykonawczego³⁴. Ponadto normy zatrudnienia zostały ustalone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³⁵, które stanowi, że świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską lub położnych we wszystkie dni tygodnia. Liczba i kwalifikacje personelu niezbędnego dla zapewnienia opieki, o której mowa wyżej, są ustalane przez świadczeniodawcę, z uwzględnieniem: 1) profili i specyfiki oraz intensywności pracy komórek organizacyjnych; 2) liczby i bieżącego wykorzystania łóżek; 3) wielkości i warunków lokalowych komórek organizacyjnych. Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych jest obowiązany do spełnienia całodobowo warunków określonych odpowiednio w załącznikach nr 3 i 4 do powołanego rozporządzenia.

2.2. Utworzenie i prowadzenie niepublicznego podmiotu leczniczego

Podejmowanie, wykonywanie i zakończenie działalności gospodarczej jest wolne dla każdego na równych prawach (art. 2 Prawa przedsiębiorców). Działalnością gospodarczą jest zorganizowana działalność zarobkowa, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły (art. 3 Prawa przedsiębiorców).

Pielęgniarka może także sama lub wspólnie z innymi osobami rozpocząć i prowadzić działalność gospodarczą zgodnie z przepisami Prawa przedsiębiorców. Podmiotami leczniczymi są przedsiębiorcy we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej.

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28.12.2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. poz. 1545); poprzednie rozporządzenie – w przeciwieństwie do obecnego – dotyczyło wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, zarówno publicznych, jak i niepublicznych. W świetle art. 50 ust. 1 u.dz.l. obowiązek ten nie dotyczy jednostek służby medycyny pracy Służby Więziennej, podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości dla osób pozbawionych wolności, Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym, podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, podmiotów leczniczych w formie jednostki wojskowej (por. art. 37 ust. 3, 4, 4a, 6, 7 u.dz.l.).

³⁵ Dz.U. z 2017 r. poz. 2295 ze zm.

Za podstawowe formy przewidziane do prowadzenia działalności gospodarczej, a tym samym działalności leczniczej prowadzonej przez pielęgniarkę lub pielęgniarki (lub wspólnie z innymi osobami), uznawane są:

- 1) jednoosobowa działalność gospodarcza osoby fizycznej – czyli jedna pielęgniarka;
- 2) spółka cywilna – wówczas przedsiębiorcami są wspólnicy spółki cywilnej, a nie sama spółka (oznacza to np. spółkę dwóch wspólników, każda z tych osób zakłada działalność gospodarczą jako osoba fizyczna i zawierają one umowę o utworzeniu spółki cywilnej);
- 3) osobowe spółki handlowe, czyli jednostki organizacyjne niebędące osobą prawną – są to spółka jawna, spółka komandytowa i spółka komandytowo-akcyjna;
- 4) kapitałowe spółki handlowe – spółka z ograniczoną odpowiedzialnością i spółka akcyjna.

Pielęgniarka, wybierając formę organizacyjno-prawną dla prowadzenia działalności leczniczej, musi określić rodzaj działalności leczniczej, którą chce prowadzić. Wyróżnia się różne rodzaje świadczeń zdrowotnych.

Świadczenia szpitalne to kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych albo ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin (art. 2 ust. 1 pkt 11 u.d.z.l.).

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne to świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzależnień udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych (art. 2 ust. 1 pkt 12 u.d.z.l.).

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane w:

- 1) zakładzie opiekuńczo-leczniczym w zakresie pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienia im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i żywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenia edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowania tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych (art. 9 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 12 ust. 1 pkt 1 u.d.z.l.);
- 2) zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym w zakresie pielęgnacji, opieki i rehabilitacji pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienia im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń

i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenia edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowania tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych (art. 9 ust. 1 pkt 2 w zw. z art. 12 ust. 1 pkt 2 u.dz.l.);

- 3) zakładzie rehabilitacji leczniczej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych polegających na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia (art. 9 ust. 1 pkt 3 w zw. z art. 12 ust. 1 pkt 3 u.dz.l.);
- 4) hospicjum w zakresie sprawowania wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów (art. 9 ust. 1 pkt 4 w zw. z art. 12 ust. 1 pkt 4 u.dz.l.).

Świadczenia w zakresie sprawowania wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów oraz świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze mogą być udzielane także wyłącznie w warunkach domowych (art. 9 ust. 1 u.dz.l.).

Świadczenia ambulatoryjne obejmują świadczenia podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu. Świadczenia te mogą być udzielane w pomieszczeniach zakładu leczniczego przedsiębiorstwa leczniczego, w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń lub w miejscu pobytu pacjenta (art. 10 u.dz.l.).

Świadczenia ambulatoryjne mogą także obejmować świadczenia zdrowotne, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

Świadczeń ambulatoryjnych udziela się w ambulatorium (przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych), a także w zakładzie badań diagnostycznych i medycznym laboratorium diagnostycznym oraz w pojeździe lub innym obiekcie będącym na wyposażeniu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 10–12 ust. 3 u.dz.l.).

Zgodnie z powyższym zwroty „rodzaj działalności leczniczej” i „rodzaj udzielanych świadczeń” nie są tożsame. Poszczególne rodzaje świadczeń – diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne czy rehabilitacyjne – mogą być realizowane co do zasady w ramach każdego rodzaju działalności leczniczej. Określenie zakładu leczniczego powinno odpowiadać rodzajowi działalności leczniczej i zakresowi udzielanych świadczeń:

- 1) szpital – świadczenia szpitalne (art. 2 ust. 1 pkt 9 u.dz.l.);
- 2) zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład rehabilitacji leczniczej i hospicjum – stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne (art. 12 ust. 1 u.dz.l.);

- 3) ambulatorium, którym może być przychodnia, poradnia, ośrodek zdrowia, lecznica lub ambulatorium z izbą chorych – świadczenia ambulatoryjne (art. 12 ust. 3 u.d.z.l.);
- 4) zakład badań diagnostycznych i medyczne laboratorium diagnostyczne – badania diagnostyczne zaliczane do świadczeń ambulatoryjnych (art. 12 ust. 3 w zw. z art. 11 u.d.z.l.).

Określenia te mogą być stosowane w odniesieniu do całych zakładów leczniczych, jak również do ich jednostek organizacyjnych. Natomiast komórki organizacyjne mogą być określone jako gabinety, pracownie, izby, oddziały itp. Istotny jest wniosek, że jeden podmiot leczniczy może prowadzić więcej niż jeden zakład leczniczy (art. 109 ust. 2 u.d.z.l.). Tym samym w skład podmiotu leczniczego mogą wchodzić różne zakłady i to w różnych miejscach w Polsce.

Ustawodawca nie przewiduje wymogu, aby dla prowadzenia działalności leczniczej podmiot leczniczy musiał zatrudniać minimalny zespół osób o określonych kwalifikacjach zawodowych, przyjmując jednocześnie możliwość jednoosobowego prowadzenia działalności leczniczej. Z drugiej strony ustawodawca nie określił maksymalnej liczby osób, które mogą być zatrudnione w podmiocie leczniczym. Tym samym o liczebności i składzie personelu zatrudnionego w podmiocie leczniczym co do zasady decyduje podmiot zatrudniający.

Uzyskanie statusu przedsiębiorcy w celu utworzenia podmiotu leczniczego nie wymaga legitymowania się żadnymi uprawnieniami zawodowymi. Przedsiębiorca ma prawny obowiązek wykonywania swojej działalności w sposób zawodowy (profesjonalny), lecz nie oznacza to, że ma ją wykonywać osobiście. Jest to istotna różnica pomiędzy praktyką zawodową a podmiotem leczniczym. Pielęgniarka czy pielęgniarki wykonujące zawód w ramach praktyki zawodowej muszą udzielać świadczeń zdrowotnych osobiście, choć praktyki są prowadzeniem działalności gospodarczej. Natomiast obowiązku takiego nie ma w podmiocie leczniczym założonym przez pielęgniarkę lub pielęgniarki.

Przedsiębiorca wykonuje działalność gospodarczą zgodnie z zasadami uczciwej konkurencji, poszanowania dobrych obyczajów oraz słuszych interesów innych przedsiębiorców i konsumentów, a także poszanowania oraz ochrony praw i wolności człowieka (art. 9 Prawa przedsiębiorców).

Działalność lecznicza może być także prowadzona w formie spółdzielni czy fundacji i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej (art. 4 ust. 1 pkt 5 u.d.z.l.) zgodnie z przepisami ustaw regulujących te formy działalności. W przypadku fundacji pielęgniarka może być zarówno jej fundatorem, członkiem organu, jak i wykonywać swój zawód. Natomiast odnośnie do stowarzyszenia

czy spółdzielni – może być zarówno współzałożycielem, członkiem organu, jak i wykonywać swój zawód.

Działalność lecznicza nie może być prowadzona przez podmioty, które nie zostały wymienione przez ustawodawcę. Tym samym wybór formy prowadzenia własnego podmiotu leczniczego jest ograniczony.

3. Obowiązki podmiotów leczniczych świadczących usługi w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

Przepisy prawa nałożyły na szpitale oraz inne podmioty lecznicze świadczące usługi w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne różne obowiązki związane z ich funkcjonowaniem względem pacjentów i osób im najbliższych. Uszczegółowienie sposobu ich realizacji i zadań personelu medycznego co do zasady winno się znaleźć w regulaminie organizacyjnych tego podmiotu. Z punktu widzenia pielęgniarki istotna jest znajomość procedur postępowania w poniższych okolicznościach.

3.1. Identyfikacja osób zatrudnionych i pacjentów w szpitalu

Osoby zatrudnione w szpitalu oraz pozostające w stosunku cywilnoprawnym z podmiotem leczniczym, którego zakładem leczniczym jest szpital, są obowiązane nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz funkcję tej osoby. W szpitalu dla osób pozbawionych wolności stosuje się numeryczne znaki identyfikacyjne osób zatrudnionych (art. 36 ust. 1 i 2 u.dz.l.).

Pacjentów szpitala zaopatruje się w znaki identyfikacyjne, nie czyni się tego wobec pacjentów szpitala dla osób pozbawionych wolności oraz pacjentów szpitala lub oddziału psychiatrycznego (art. 36 ust. 3–6 u.dz.l.). Znak identyfikacyjny zawiera informacje pozwalające na ustalenie: 1) imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta; 2) w przypadku noworodka urodzonego w szpitalu – imienia i nazwiska matki, płci i daty urodzenia dziecka ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym, a w przypadku noworodka urodzonego z ciąży mnogiej zawiera także cyfry wskazujące na kolejność rodzenia się zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione. W przypadku uzasadnionym stanem zdrowia pacjenta kierownik może podjąć decyzję o odstąpieniu od zaopatrywania tego pacjenta w znak identyfikacyjny. Informację w tym zakresie wraz z podaniem przyczyn odstąpienia zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta. Warunki, sposób i tryb zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki iden-

fikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia (art. 36 ust. 6 u.dz.l.)³⁶.

Pacjenta zaopatruje się w znak identyfikacyjny przy przyjęciu do szpitala, po ustaleniu jego tożsamości. Jeżeli tożsamości pacjenta nie można ustalić przy przyjęciu do szpitala, zaopatruje się w znak identyfikacyjny zawierający oznaczenie „NN” oraz dodatkowe oznaczenie numeryczne, umożliwiające identyfikację pacjenta do czasu ustalenia jego tożsamości. Pacjenta, który potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, zaopatruje się w znak identyfikacyjny niezwłocznie po udzieleniu takiego świadczenia.

Noworodka urodzonego w szpitalu zaopatruje się w znak identyfikacyjny niezwłocznie po urodzeniu. Czynności tej dokonuje się w obecności matki lub osoby bliskiej obecnej przy porodzie, chyba że przebieg porodu na to nie pozwala. Adnotacji o dokonaniu czynności dokonuje się w indywidualnej dokumentacji medycznej noworodka oraz indywidualnej dokumentacji medycznej matki.

Znak identyfikacyjny umieszcza się na opasce, którą następnie zakłada się na nadgarstek pacjenta, a w przypadku gdy jest to niemożliwe albo niewskazane ze względu na przebieg procesu leczenia, na kostkę nogi. W przypadku noworodka opaskę zakłada się na oba nadgarstki, a gdy jest to niemożliwe albo niewskazane ze względu na przebieg procesu leczenia, na obie kostki nóg albo na nadgarstek i kostkę nogi. Opaska powinna być zapięta w sposób zapewniający jej utrzymanie się na nadgarstku lub kostce nogi pacjenta w trakcie jego pobytu w szpitalu.

W przypadku gdy założenie opaski dziecku, które nie ukończyło szóstego roku życia, w sposób o którym mowa powyżej, nie jest możliwe, wykonuje się i umieszcza w widocznym miejscu na łóżku dziecka albo na inkubatorze, za zgodą matki lub osoby bliskiej, zdjęcie dziecka, na którym umieszcza się znak identyfikacyjny. W przypadku braku zgody na wykonanie zdjęcia dziecka na łóżku dziecka albo na inkubatorze umieszcza się opaskę ze znakiem identyfikacyjnym. Adnotacji o okolicznościach uniemożliwiających założenie opaski oraz oświadczenia o wyrażeniu zgody na wykonanie i umieszczenie na łóżku albo na inkubatorze zdjęcia dziecka albo o braku takiej zgody dokonuje się w indywidualnej dokumentacji medycznej dziecka.

Przy wypisywaniu pacjenta ze szpitala, po sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce lub na zdjęciu dziecka ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w indywidualnej dokumentacji medycznej, opaskę albo zdjęcie wydaje się pacjentowi albo jego opiekunowi prawnemu. W przypadku noworodka

³⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20.09.2012 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku (Dz.U. poz. 1098).

drugą opaskę dołącza się do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Adnotacji o dokonaniu tych czynności dokonuje się w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

W przypadku stwierdzenia braku albo zniszczenia opaski albo zdjęcia niezwłocznie potwierdza się tożsamość pacjenta i zakłada się pacjentowi albo umieszcza na łóżku albo inkubatorze nową opaskę albo zdjęcie. Adnotacji o tych okolicznościach dokonuje się w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

3.2. Obowiązek zgłoszenia osób o nieustalonej tożsamości lub zaginionych

Na podmiocie leczniczym ciąży obowiązek zgłoszenia Policji faktu przyjęcia pacjenta małoletniego albo przyjęcia lub zgonu pacjenta o nieustalonej tożsamości (art. 28a ust. 1 u.d.z.l.). Zgłoszenie następuje na podany przez jednostkę Policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej. Fakt przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować, należy zgłosić nie później niż w okresie czterech godzin od przyjęcia, a fakt przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość, należy zgłosić nie później niż w okresie ośmiu godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu. Podmiot wykonujący działalność leczniczą ma także obowiązek udzielenia, na żądanie Policji, informacji o fakcie przyjęcia osoby zaginionej (art. 28 ust. 2 u.d.z.l.).

3.3. Wypisanie pacjenta

Wypisanie ze szpitala albo innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne jest dokonywane w następujących sytuacjach (art. 29 u.d.z.l.):

- 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (zarówno szpitalne, jak i inne niż szpitalne);
- 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
- 3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania tych świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

Pierwszy z wymienionych wyżej przypadków dotyczy sytuacji, gdy według kryteriów obiektywnej wiedzy medycznej stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego pozostawania w podmiocie leczniczym udzielającym stacjonarnych lub całodobowych

świadczeń zdrowotnych. Generalnie rzecz ujmując i odwołując się do istoty definicji tego rodzaju świadczeń oraz celu leczenia szpitalnego – chodzi o sytuację, gdy nie ma potrzeby sprawowania dalszej całodobowej specjalistycznej opieki nad pacjentem (art. 2 ust. 1 pkt 10 u.d.z.l. w zw. z art. 58 u.ś.o.z.).

Jednocześnie trzeba podkreślić, że pacjent ma prawo i może domagać się zatrzymania go do dalszego pobytu całodobowego w sytuacji, w której jest to w sposób obiektywny uzasadnione, a prawo to może być wywodzone nie tylko z treści art. 29 ust. 1 u.d.z.l., ale przede wszystkim z art. 6–8 u.p.p.³⁷

Drugi z wymienionych wyżej przypadków wypisania pacjenta dotyczy sytuacji skierowania przez niego lub jego przedstawiciela ustawowego żądania wypisu (art. 29 ust. 1 pkt 2 u.d.z.l.). Pacjent występujący z żądaniem wypisu powinien być bezwzględnie poinformowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent taki składa następnie pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie, a w przypadku braku pisemnego oświadczenia lekarz sporządza stosowną adnotację w dokumentacji medycznej. Jeżeli pacjent posiada przedstawiciela ustawowego, czyli jest osobą małoletnią lub ubezwłasnowolnioną, nie może osobiście skutecznie domagać się wypisania. Osoba, która ze względu na wiek lub stan psychiki objęta jest opieką prawną, nie jest w stanie w sposób rozsądny podejmować decyzji kluczowych w zakresie dalszego leczenia, a jej reprezentantem jest przedstawiciel ustawowy. Ustawa o działalności leczniczej przewiduje możliwość zatrzymania pacjenta małoletniego w podmiocie leczniczym, pomimo żądania jego wypisania przez przedstawiciela ustawowego, nie tylko w okolicznościach przewidzianych w ustawie lekarskiej, ale również wówczas, gdy pacjent przebywa w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne i z uwagi na stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 29 ust. 2 u.d.z.l.). Do czasu rozstrzygnięcia sprawy przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy pacjent małoletni przebywa w podmiocie leczniczym. Właściwy sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania z podmiotu leczniczego i przyczynach tej odmowy (art. 29 ust. 2 i 3 u.d.z.l.). W takiej sytuacji podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma z mocy art. 572 § 1 k.p.c. prawny obowiązek zawiadomić o nieuzasadnionym żądaniu wypisu sąd opiekuńczy celem wszczęcia przez niego z urzędu postępowania w trybie art. 570 k.p.c. Wskazane regulacje stanowią ograniczenie autonomii woli przedstawiciela ustawowego. Jednocześnie podmiot leczniczy może, ale nie musi podejmować czynności wbrew woli przedstawiciela ustawowego. Postanowienia sądu opiekuńczego są skuteczne i wykonalne z chwilą ich ogłoszenia, a gdy ogłoszenia nie było, z chwilą ich wydania.

³⁷ Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz, red. F. Grzegorzczak, M. Dulińska, Warszawa 2013, s. 59.

Ustawa nie przewiduje możliwości odmowy wypisu w sytuacji, gdy żądanie wypisu jest formułowane przez pacjenta, co do którego istnieją ewidentne podstawy do ubezwłasnowolnienia, jednak pacjent ten ubezwłasnowolniony nie został. Należy wówczas uznać, że jest osobą zdolną do podejmowania samodzielnych decyzji. Wyjątki od tej zasady przewiduje ustawa z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

Trzeci z wymienionych wyżej przypadków dotyczy sytuacji, gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób. Pacjent taki może zostać wypisany. Rozwiązanie to nie może nigdy znaleźć zastosowania, jeżeli istnieje uzasadniona obawa zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjenta.

3.4. Zasada ponoszenia kosztów transportu sanitarnego

Pacjent małoletni lub osoba niezdolna do samodzielnej egzystencji jest przewożona transportem sanitarnym do miejsca pobytu, jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie. Koszty transportu sanitarnego pokrywa wówczas gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta. Kierownik podmiotu leczniczego niezwłocznie zawiadamia wójta (burmistrza, prezydenta) i organizuje transport sanitarny na koszt gminy określonej w tym przepisie. Gminie przysługuje roszczenie o zwrot kosztów transportu sanitarnego od przedstawiciela ustawowego pacjenta albo od osoby, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny. Gmina pokrywa koszty transportu sanitarnego na podstawie rachunku wystawionego przez kierownika. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń szpitalnych albo całodobowych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od terminu określonego przez kierownika, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych (art. 30 u.dz.l.).

3.5. Postępowanie podmiotu leczniczego po zgonie pacjenta

Podmiot leczniczy w razie śmierci pacjenta jest zobowiązany należycie przygotować zwłoki poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania (o której

mowa w ustawie z 31.01.1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych³⁸). Szczegółowe zasady postępowania ze zwłokami pacjenta reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10.04.2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta³⁹. Zgodnie z powołaną regulacją osoba wskazana w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne niezwłocznie zawiadamia lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego o śmierci pacjenta przebywającego w przedsiębiorstwie podmiotu (§ 1 rozporządzenia). Następnie lekarz ten, po przeprowadzeniu oględzin, stwierdza zgon i jego przyczynę oraz wystawia kartę zgonu, a pielęgniarka niezwłocznie przekazuje ją do kancelarii przedsiębiorstwa podmiotu (§ 2 ust. 4 rozporządzenia).

W przypadku przeprowadzania sekcji zwłok stwierdzenie przyczyny zgonu następuje po jej przeprowadzeniu. Osoba zawiadamiająca ma również obowiązek przekazania informacji o śmierci osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania, o której mowa w ustawie o cmentarzach i chowaniu zmarłych.

Pielęgniarka sporządza kartę skierowania zwłok do chłodni oraz zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego (§ 3 ust. 1 rozporządzenia). Identyfikator ten musi zawierać: 1) imię i nazwisko osoby zmarłej; 2) numer PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość; 3) datę i godzinę zgonu (§ 3 ust. 5 rozporządzenia). Pielęgniarka na karcie skierowania zwłok do chłodni wpisuje następujące dane: 1) imię i nazwisko osoby zmarłej; 2) numer PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość; 3) datę i godzinę zgonu; 4) godzinę skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni; 5) imię, nazwisko i podpis pielęgniarki sporządzającej kartę (§ 3 ust. 2 i 3 rozporządzenia). Natomiast osoba przyjmująca zwłoki osoby zmarłej do chłodni wpisuje do karty godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni; imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej zwłoki osoby zmarłej do chłodni (§ 3 ust. 2 i 4 rozporządzenia).

Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania zwłok do chłodni oraz na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia „NN” z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości. Zwłoki osoby zmarłej wraz z wypełnioną kartą skierowania zwłok do chłodni i identyfikatorem są przewożone do chłodni nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od czasu zgonu wskazanego w dokumentacji medycznej. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodni zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie przeznaczonym

³⁸ Dz.U. z 2019 r. poz. 1473 ze zm.

³⁹ Dz.U. poz. 420.

do tego celu pomieszczeniu, a w razie jego braku – w innym miejscu, z zachowaniem godności należnej zmarłemu (§ 3 ust. 6–8 rozporządzenia).

Podmiot leczniczy zobowiązany jest do przechowania zwłok nie dłużej niż przez 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta (art. 28 ust. 1 pkt 2 u.d.z.l.). Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godziny, jeżeli: 1) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok pacjenta; 2) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok; 3) przemawiają za tym inne niż wymienione wyżej ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta (art. 28 ust. 4 u.d.z.l.).

Za przechowanie zwłok nie dłużej niż przez 72 godziny podmiot leczniczy nie pobiera opłat. Po upływie tego czasu dopuszcza się pobieranie opłat przez podmiot leczniczy od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym (art. 28 ust. 5 u.d.z.l.). Ponadto dopuszcza się pobieranie opłat od gminy po upływie trzech dni od dnia powiadomienia gminy o konieczności pochowania zwłok pacjenta w związku z niepochowaniem ich przez inne uprawnione osoby lub instytucje (art. 28 ust. 6 u.d.z.l.).

3.6. Stwierdzenie zgonu pacjenta. Sekcja zwłok

Zwłoki pacjenta mogą być poddane sekcji, w szczególności gdy zgon osoby nastąpił przed upływem 12 godzin od przyjęcia do podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (art. 31 ust. 1 u.d.z.l.). Nie ma bezwzględnego obowiązku przeprowadzania sekcji. Jednocześnie możliwość przeprowadzenia sekcji zwłok wyłącza sprzeciw pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Rozwiązanie prawne dotyczące dokonania lub zaniechania sekcji zwłok oparte zostało na tzw. zgodzie domniemanej. Dopóki nie zostanie ustalone, czy pacjent (lub jego przedstawiciel ustawowy) wyraził sprzeciw wobec sekcji zwłok, przyjmuje się istnienie takiej zgody. Sprzeciw ten, aby był skuteczny, powinien być wyrażony w sposób niebudzący wątpliwości. O zaniechaniu sekcji zwłok ze względu na wyrażony sprzeciw sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza do niej sprzeciw (art. 31 ust. 2 i 3 u.d.z.l.).

Rodzina lub osoba bliska po śmierci pacjenta nie może wyrazić za niego sprzeciwu. Ustawa o działalności leczniczej nie przewiduje ponadto możliwości wystąpienia osób bliskich do kierownika szpitala lub lekarza przez niego upoważnionego o zaniechanie przeprowadzenia sekcji zwłok zmarłego pacjenta (ale także o jej przeprowadzenie). Natomiast nie wyłącza możliwości zwrócenia się przez te osoby do lekarza z informacją, że pacjent za życia, w ich obecności, wyraził sprzeciw ustny, szczególnie

w okolicznościach, gdy pacjent ten nie mógł osobiście wyrazić sprzeciwu (był np. ofiarą wypadku samochodowego). W przypadku gdy nie ma podstaw do kwestionowania wiarygodności ich oświadczenia, należy uznać, że pacjent rzeczywiście wyraził taki sprzeciw. Jednak ocena wiarygodności będzie należała do kierownika lub lekarza przez niego upoważnionego⁴⁰.

W szczególnych wypadkach zezwala się na dokonanie sekcji zwłok nawet w sytuacji, gdy pacjent jeszcze za życia wyraził wobec niej sprzeciw (art. 31 ust. 4 u.d.z.l.). Ma to miejsce, gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny:

- 1) w przypadkach określonych w przepisach Kodeksu postępowania karnego i w Kodeksie karnym wykonawczym oraz w aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie – w myśl art. 209 k.p.k., jeżeli zachodzi podejrzenie przestępnego spowodowania śmierci, przeprowadza się oględziny i otwarcie zwłok (dokonanie tej czynności procesowej zarządza organ prowadzący postępowanie na danym etapie – prokurator albo sąd). Czynność samego otwarcia zwłok przeprowadzana jest przez biegłego w obecności prokuratora albo sądu, przy czym kieruje nią właściwy organ procesowy;
- 2) w sytuacjach określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – zgodnie z treścią art. 33 ust. 2 pkt 6 u.ch.z. – w celu zapobieżenia szerzeniu się zakażenia lub choroby zakaźnej państwowej powiatowy inspektor sanitarny może, w drodze decyzji, nakazać sekcję zwłok osoby zmarłej, u której rozpoznano lub podejrzewano chorobę zakaźną oraz
- 3) gdy przyczyna zgonu nie może być ustalona w sposób jednoznaczny, decyzję o przeprowadzeniu sekcji podejmuje co do zasady lekarz stwierdzający zgon pacjenta (pośrednio wniosek taki wynika z art. 43 ust. 2 u.z.l.).

Sekcja może zostać przeprowadzona po stwierdzeniu zgonu przez lekarza, ale co do zasady nie wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu (art. 32 ust. 1 u.d.z.l.). Wyjątkiem jest okoliczność, gdy zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów w celu transplantacji, wówczas sekcja zwłok może być dokonana przed upływem 12 godzin. Regulacji tej nie stosuje się do osób osadzonych zmarłych w zakładach karnych i aresztach śledczych (art. 32 ust. 2 i 3 u.d.z.l.). Zarówno przeprowadzenie, jak i zaniechanie przeprowadzenia sekcji (jeżeli pacjent za życia wyraził sprzeciw) odnotowuje się w dokumentacji medycznej. Osobą uprawnioną do stwierdzenia zgonu jest lekarz, na podstawie przeprowadzonych osobiście badań (art. 43 u.z.l.). Lekarz na tej podstawie stwierdza zgon oraz jego przyczyny i wypisuje kartę zgonu.

⁴⁰ Ten problem nie został jednak uregulowany przez ustawodawcę precyzyjnie, może w praktyce być przyczyną konfliktów między lekarzem a rodziną, por. M. Żelichowski, *Sekcja zwłok*, „Medycyna Praktyczna” 2001/11.

Artykuł 11 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych doprecyzowuje, że do wystawienia karty zgonu uprawniony jest lekarz leczący pacjenta w jego ostatniej chorobie. Na podstawie tej ustawy zostało wydane rozporządzenie w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny⁴¹. Według tych przepisów uprawnienie do stwierdzenia zgonu oprócz lekarza ma starszy felczer albo felczer zatrudniony w przychodni bądź ośrodku zdrowia lub jego placówce terenowej (wiejski, felczerski punkt zdrowia) i sprawujący opiekę zdrowotną nad rejonem, w którym znajdują się zwłoki. Uprawnienie takie posiada również położna wiejska, jeżeli nastąpił na terenie gromady zgon pozostającego pod jej opieką noworodka przed upływem siedmiu dni życia, a najbliższa przychodnia lub ośrodek zdrowia jest oddalony o więcej niż 4 km. W szczególnych przypadkach (trudności komunikacyjne lub inne uzasadnione powody) uprawnienie takie posiada pielęgniarka, która przeszła odpowiednie przeszkolenie w tym zakresie i uzyskała uprawnienie od powiatowej rady narodowej. Należy jednak zwrócić uwagę, że rozporządzenie to jest anachroniczne i nie odzwierciedla obecnej sytuacji prawnej i faktycznej.

Zgon pacjenta może stwierdzić lekarz na podstawie osobiście wykonanych badań i ustaleń, z zastrzeżeniem sytuacji określonych w odrębnych przepisach (art. 43 ust. 1 u.z.l.)⁴².

4. Podsumowanie

1. Działalność lecznicza obok świadczenia zdrowotnego obejmuje również promocję zdrowia oraz realizację zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym z wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia (art. 3 u.dz.l.).

2. Działalność ograniczona wyłącznie do promocji zdrowia, dydaktyki lub badań, niepowiązana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, nie może zostać uznana za działalność leczniczą.

3. W kontekście odstępowania od przeprowadzania konkursu na stanowiska pielęgniarki naczelnej, przełożonej i pielęgniarki oddziałowej w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami w ocenie Naczelnego Sądu Administracyjnego: „Spraw-

⁴¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 3.08.1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz.U. Nr 39, poz. 202).

⁴² Szczegółowe kwestie dotyczące stwierdzenia zgonu zostały uregulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 3.08.1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny. W przypadku zgonu w szpitalu bądź innej placówce udzielającej całodobowych lub stacjonarnych świadczeń zdrowotnych czynności z tym związane zostały uregulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 10.04.2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta.

wy z zakresu ochrony zdrowia wymagają nowych uregulowań prawnych, nie można jednak wyprzedzać rozwiązań ustawowych i wprowadzać w drodze aktu wewnętrznego nowych rozwiązań, pozostających z nimi w sprzeczności i naruszających jedność systemu prawa, bo prowadzących w istocie do pozbawienia samorządu zawodowego przysługujących mu, ustawowo określonych uprawnień⁴³.

4. Brak natomiast ram prawnych obsadzania stanowisk pracy, na których zatrudnia się pielęgniarki na stanowiskach kierowniczych w podmiotach leczniczych będących przedsiębiorcami.

5. Nie ma przeszkód prawnych, aby stanowiska kierownicze zostały również utworzone w niepublicznych podmiotach leczniczych, z tym jednak zastrzeżeniem, że w publicznych zakładach opieki zdrowotnej utworzenie określonych stanowisk łączy się z obowiązkiem przeprowadzenia postępowania konkursowego (art. 49 ust. 1 u.d.z.l.).

6. Ujednolicenie stawianych wymagań co do formalnych kwalifikacji ma miejsce wobec każdego podmiotu leczniczego, jeżeli jest stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z NFZ.

7. Zgodnie z ogólną zasadą z § 6 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych muszą być udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne zgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik do umowy podmiotu leczniczego i NFZ. Zmiany w tym harmonogramie dotyczące osób wykonujących zawody medyczne wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia i nie mogą naruszać wymagań dotyczących kwalifikacji osób wykonujących zawód medyczny, określonych w przepisach regulujących wykonywanie tych zawodów lub określających te kwalifikacje, oraz szczegółowych warunkach umów określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 u.ś.o.z.

⁴³ Wyrok NSA z 16.06.2010 r., II OSK 119/10.

Rozdział 3

WSPÓLNE UREGULOWANIA DLA PODMIOTÓW LECZNICZYCH I PRAKTYK ZAWODOWYCH

1. Uwagi ogólne

Pielęgniarka lub pielęgniarki, które chcą wykonywać zawód w formie praktyki zawodowej albo poprzez założenie własnego podmiotu leczniczego, muszą spełniać wymogi formalne. Podstawy prawne tych wymagań regulują przepisy ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej, w szczególności art. 17, 19 i 22–25, oraz rozporządzenie wykonawcze do ustawy Ministra Zdrowia z 26.03.2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Powyższe rozporządzenie dotyczy zarówno podmiotów leczniczych (przychodni, szpitali, sanatoriów, zakładów opieki długoterminowej itd.), jak i praktyk zawodowych (indywidualnych oraz grupowych) prowadzonych przez lekarzy, pielęgniarki, położne, a także (od 1.04.2019 r.) przez fizjoterapeutów. Załączniki do niego określają szczegółowe wymogi dla pomieszczeń i urządzeń konkretnych rodzajów działalności leczniczej (szpitala, ambulatorium, szpitala jednodniowego, stacji krwiodawstwa, pracowni badań endoskopowych, zakładu rehabilitacji oraz stacji dializ).

2. Wymagania względem pomieszczeń i urządzeń

Warunkiem niezbędnym do założenia i funkcjonowania praktyki zawodowej i podmiotu leczniczego jest obowiązek posiadania pomieszczeń odpowiadających aktualnym wymaganiom prawnym. Ogólnie trzeba dysponować pomieszczeniami, w których prowadzona jest działalność lecznicza w ramach dwóch typów stosunku prawnego: własności lub obligacyjnego (związanego z prawem do używania rzeczy cudzej), np. najmu, dzierżawy. Pomieszczenia i urządzenia powinny odpowiadać wymaganiom ogólnobudowlanym, zgodnie z prawem budowlanym (ogólne – ustawa

z 7.07.1994 r. – Prawo budowlane¹ i przepisy wykonawcze wydane na jej podstawie, szczególnie – dla działalności leczniczej) oraz wymaganiom szczególnym odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej i do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Szczegółowe wymogi prawne pomieszczeń dla praktyki zawodowej oraz każdego podmiotu leczniczego określono w zakresie:

- 1) wymagań ogólnoprzestrzennych,
- 2) wymagań dla konkretnych pomieszczeń (np. szluz szatniowych),
- 3) wymagań ogólnobudowlanych,
- 4) wymagań co do instalacji.

2.1. Wymagania ogólnoprzestrzenne

Pomieszczenia praktyki zawodowej lub podmiotu leczniczego mogą być zlokalizowane w samodzielnym budynku, w zespole budynków, albo w lokalu mieszkalnym, pod warunkiem zapewnienia wyodrębnienia tego pomieszczenia od pomieszczeń innych użytkowników lokalu (§ 14 ust. 1 i ust. 3 r.w.u.p.). Jednakże dopuszcza się lokalizowanie pomieszczeń w budynku o innym przeznaczeniu, pod warunkiem całkowitego wyodrębnienia (§ 14 ust. 2 r.w.u.p.):

- 1) pomieszczeń szpitala lub innego niż szpital zakładu leczniczego, w którym są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne – od pomieszczeń budynku wykorzystywanych do innych celów;
- 2) ambulatorium, szpitala jednodniowego lub miejsca stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego – od innych pomieszczeń budynku wykorzystywanych do innych celów, z wyłączeniem węzłów komunikacji pionowej i poziomej w tym budynku, wspólnych dla wszystkich użytkowników, niebędących komunikacją wewnętrzną tego zakładu leczniczego.

Dopuszcza się lokalizowanie pomieszczeń, w których jest wykonywana praktyka zawodowa w lokalu mieszkalnym, pod warunkiem zapewnienia wyodrębnienia tego pomieszczenia od pomieszczeń innych użytkowników lokalu (§ 14 ust. 3 r.w.u.p.). Pokoje chorych nie powinny znajdować się poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku. Dopuszcza się jednak lokalizowanie poniżej tego poziomu pomieszczeń o charakterze diagnostycznym, terapeutycznym, magazynowym i o funkcjach pomocniczych, przeznaczonych na pobyt ludzi, pod warunkiem uzyskania zgody właściwego państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego. Zespoły pomieszczeń stanowiących oddziały łóżkowe szpitala, z wyjątkiem pomieszczeń administracyjnych i socjalnych, nie mogą być przechodnie.

¹ Dz.U. z 2019 r. poz. 1186 ze zm.

Kształt i powierzchnia pomieszczeń muszą umożliwić prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących jego niezbędne funkcjonalne wyposażenie (§ 16 r.w.u.p.). W budynkach szpitala nie mogą być stosowane zsypy (§ 17 r.w.u.p.).

2.2. Wymogi ogólnobudowlane oraz oświetlenie

Podłogi oraz połączenie ścian z podłogami w praktykach zawodowych lub podmiotach leczniczych powinny być wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję. Jednakże powyższych zasad nie stosuje się do pomieszczeń administracyjnych i socjalnych, poradni i gabinetów podmiotów wykonujących świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz sal kinezyterapii (§ 30 r.w.u.p.). Pomieszczenia i urządzenia wymagające utrzymania aseptyki i wyposażenie tych pomieszczeń powinny umożliwiać ich mycie i dezynfekcję (§ 31 r.w.u.p.). W przypadku konieczności zastosowania sufitów podwieszonych w pomieszczeniach o podwyższonych wymaganiach higienicznych, w szczególności w salach operacyjnych i porodowych, pokojach łóżkowych przystosowanych do odbioru porodu, pokojach łóżkowych na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, salach pooperacyjnych, salach oparzeniowych oraz w pomieszczeniach przeznaczonych do pobierania i przerobu krwi w centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, sufity te mają być wykonane w sposób zapewniający szczelność powierzchni oraz umożliwiający ich mycie i dezynfekcję. Szerokość drzwi w pomieszczeniach, przez które odbywa się ruch pacjentów na łóżkach, ma umożliwiać ten ruch (§ 32 i 33 r.w.u.p.). W pokojach łóżkowych zapewnić należy bezpośredni dostęp światła dziennego (w przypadku ich nadmiernego naświetlenia instaluje się w nich urządzenia przeciwsłoneczne). Natomiast w salach operacyjnych i pomieszczeniach diagnostyki obrazowej można stosować wyłącznie oświetlenie elektryczne. W przypadku gdy nie stanowi to utrudnienia przy wykonywaniu zabiegów operacyjnych i diagnostycznych, dopuszcza się jednak zastosowanie w powyższych pomieszczeniach oświetlenia dziennego (§ 34–36 r.w.u.p.).

2.3. Wymogi co do instalacji

Pomieszczenia w praktykach zawodowych lub podmiotach leczniczych, w których są wykonywane badania lub zabiegi (z wyjątkiem pomieszczeń, w których odbywa się badanie za pomocą rezonansu magnetycznego), wyposaża się w:

- 1) co najmniej jedną umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą,
- 2) dozownik z mydłem w płynie,
- 3) dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym,
- 4) pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki.

Pomieszczenia, w których są wykonywane badania lub zabiegi przy użyciu narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, niezależnie od umywalek, wyposaża się w zlew z baterią, chyba że stanowiska mycia rąk personelu oraz narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia są zorganizowane w oddzielnym pomieszczeniu, do którego narzędzia i sprzęt są przenoszone w szczelnych pojemnikach, oraz w przypadku gdy mycie i sterylizacja są przeprowadzane w innym podmiocie.

W blokach operacyjnych, izolatkach oraz pomieszczeniach dla pacjentów o obniżonej odporności stosuje się wentylację nawiewno-wywiewną lub klimatyzację zapewniającą parametry jakości powietrza dostosowane do funkcji tych pomieszczeń.

W salach operacyjnych oraz innych pomieszczeniach, w których podtlenek azotu jest stosowany do znieczulenia, nawiew powietrza odbywa się górną, a wyciąg powietrza w 20% górną i w 80% dołem i zapewnia nadciśnienie w stosunku do korytarza; rozmieszczenie punktów nawiewu nie może powodować przepływu powietrza od strony głowy pacjenta przez pole operacyjne.

Instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji podlegają okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż co 12 miesięcy. Dokonanie powyższych czynności wymaga udokumentowania.

Szpital powinien posiadać rezerwowe źródła zaopatrzenia w wodę (co najmniej 12-godzinny zapas) i w energię elektryczną (agregat prądotwórczy wyposażony w funkcję autostartu, zapewniający co najmniej 30% potrzeb mocy szczytowej, a także urządzenie zapewniające odpowiedni poziom bezprzerwowego podtrzymania zasilania) (§ 37–42 r.w.u.p.).

2.4. Wymogi szczegółowe dla niektórych pomieszczeń i urządzeń

2.4.1. Szpital

Pomieszczenia i urządzenia szpitala muszą spełniać, odpowiednio do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, szczegółowe wymagania określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia z 2019 r. Załącznik powyższy stosuje się odpowiednio do innego niż szpital zakładu leczniczego, w którym są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

I. Izba przyjęć. 1. Izba przyjęć posiada bezpośrednie zadaszone wejście z dojazdem umożliwiającym podjazd co najmniej dla jednego pojazdu. 2. W skład izby przyjęć wchodzi: 1) punkt rejestracji pacjentów i poczekalnia; 2) pomieszczenie zapewniają-

ce przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta do szpitala; 3) co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk i wózek-wannę, przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. 3. Jeżeli nie organizuje się osobnej izby przyjęć dla oddziału położnictwa, w ramach oddziału zapewnia się osobne pomieszczenie przyjęć dla kobiet ciężarnych. 4. W izbie przyjęć zapewnia się możliwość krótkotrwałej izolacji pacjenta, u którego stwierdzono chorobę zakaźną, lub z podejrzeniem zachorowania na chorobę zakaźną. Izolacja może się odbywać w oddzielnym pomieszczeniu, w przypadku gdy izba przyjęć składa się co najmniej z trzech pomieszczeń zapewniających przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta. 5. W przypadku gdy izba przyjęć jest również miejscem przyjmowania dzieci, co najmniej jedno pomieszczenie oraz pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk są wyposażone w sposób dostosowany do przyjmowania dziecka.

II. Zespół pomieszczeń pielęgnacyjnych na oddziale. W skład zespołu pomieszczeń pielęgnacyjnych wchodzi co najmniej: 1) pokoje łóżkowe; 2) punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym pielęgniarskim; 3) gabinet diagnostyczno-zabiegowy; 4) pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich; 5) brudownik – pomieszczenie służące do opróżniania, dezynfekowania i przechowywania kaczek i basenów lub niszczenia tego rodzaju pojemników jednorazowego użytku oraz składowania brudnej bielizny, wyposażone w umywalkę, płuczkę-dezynfektor lub urządzenie do dekontaminacji oraz utylizacji wkładów jednorazowych wraz z zawartością, które powinno być zainstalowane w sposób eliminujący zagrożenia dla pacjentów – w przypadku stosowania basenów i kaczek jednorazowych, oraz w wentylację mechaniczną wyciągową.

III. Oddział położnictwa i neonatologii. 1. Na oddziale położnictwa i neonatologii pokoje łóżkowe urządza się co najmniej w jednym z systemów: 1) „matka z dzieckiem”, w którym pokoje są przeznaczone dla maksymalnie dwóch matek i dwóch noworodków z możliwością wstawienia trzeciego łóżeczka dla noworodka, i są wyposażone w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka; 2) korespondencyjnym, w którym pokój noworodków jest umieszczony pomiędzy dwoma pokojami matek i spełnia następujące wymagania: a) posiada przeszklone szkłem bezpiecznym ściany wewnętrzne graniczące z pokojami matek, zapewniające kontakt wzrokowy i równocześnie izolację dźwiękową, b) pokój noworodków jest połączony drzwiami z pokojami matek i wyposażony w zestaw urządzeń do mycia i pielęgnacji noworodka, c) wejście do pokoju noworodków od strony korytarza prowadzi przez służbę umywalkowo-fartuchową, d) liczba łóżeczek w pokoju noworodków jest o jedno łóżeczko większa od sumy łóżek w sąsiadujących z nim pokojach matek.

Na oddziale położnictwa i neonatologii wyodrębnia się pokoje dla noworodków obserwowanych, wcześniaków, intensywnej opieki noworodka, posiadające śluzę umy-

walkowo-fartuchowe oraz pomieszczenia dla noworodków wymagających opieki pośredniej i ciągłej, wyposażone w zespół urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację noworodka.

IV. Zespół porodowy. 1. Zespół porodowy składa się z: 1) co najmniej jednej sali porodowej jednostanowiskowej, w tym co najmniej jednej przeznaczonej do porodów rodzinnych lub 2) sali porodowej wielostanowiskowej, lub 3) co najmniej jednego pokoju łóżkowego przystosowanego do odbioru porodu. 2. Dla zespołu porodowego zapewnia się salę operacyjną dla porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim, wyposażoną w stanowisko resuscytacji noworodka. 3. Personel wchodzi do zespołu przez służbę umywalkowo-fartuchową. 4. W zespole powinno znajdować się co najmniej jedno pomieszczenie przeznaczone dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, w którym zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy.

V. Oddział dziecięcy. 1. W ramach oddziału dziecięcego w szpitalu ogólnym wydziele się pododdział albo odcinek dla dzieci: 1) młodszych – do trzech lat; 2) starszych – powyżej trzech lat. 2. Na oddziale dziecięcym znajduje się co najmniej jedna izolatka. 3. W odcinku dzieci młodszych łóżka znajdują się w zespołach wyposażonych w służbę umywalkowo-fartuchową i punkt pielęgniarski. 4. Punkt pielęgniarski lub sale niemowlęce wyposaża się w zestaw urządzeń umożliwiających mycie i pielęgnację niemowląt. 5. Ściany oddzielające pokoje łóżkowe w pododdziale dzieci młodszych oraz ściany między pokojami i punktem pielęgniarskim są przeszlone w celu ciągłej obserwacji dzieci; w pododdziale dzieci młodszych drzwi do pokoi są przeszlone. 6. Do szklenia ścian i drzwi, o których mowa w ust. 5, oraz okien używa się szkła bezpiecznego. 7. Dopuszcza się obserwację dzieci za pomocą kamer posiadających rezerwowe zasilanie z funkcją autostartu. 8. W pokojach dzieci lub w odrębnym pomieszczeniu zapewnia się dodatkowe łóżka lub fotele wypoczynkowe, wraz z pościelą, umożliwiające nocleg dla rodziców lub opiekunów dziecka. 9. Okna, poza uchylnym skrzydłem górnym, zabezpiecza się przed możliwością otworzenia przez dzieci. 10. Na oddziale dziecięcym zapewnia się pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk dla rodziców lub opiekunów dziecka.

VI. Oddział chorób zakaźnych. 1. Wejście do oddziału chorób zakaźnych prowadzi przez służbę umywalkowo-fartuchową umożliwiającą transport pacjenta na łóżku, bez możliwości równoczesnego otwarcia drzwi wewnętrznych, albo stosuje się inny system zapobiegania przenikaniu powietrza z oddziału na zewnątrz. 2. Na oddziale chorób zakaźnych znajdują się co najmniej trzy izolatki. 3. Szatnia dla personelu oddziału chorób zakaźnych nie może znajdować się w obrębie tego oddziału. 4. Oddział chorób zakaźnych wyposaża się w urządzenia umożliwiające kontakt pacjenta z odwiezającym.

VII. Oddział chorób płuc i gruźlicy. Oddział chorób płuc i gruźlicy składa się z: 1) pomieszczeń przeznaczonych dla pacjentów z chorobami płuc i gruźlicą nieprątkujących, które spełniają wymagania określone w części II; 2) zespołu pomieszczeń dla pacjentów z gruźlicą prątkujących, który spełnia wymagania określone w części VI.

VIII. Oddział psychiatryczny. 1. Oddział psychiatryczny ma dostęp do terenu przeznaczonego na cele terapeutyczno-rekreacyjne. 2. Oddział psychiatryczny dysponuje pomieszczeniami terapeutyczno-rehabilitacyjnymi, salą pobytu dziennego oraz jadalnią. 3. Drzwi wejściowe do oddziału psychiatrycznego zabezpiecza się w sposób uniemożliwiający niekontrolowane opuszczenie oddziału. 4. W pokojach łóżkowych drzwi otwierają się na zewnątrz, a w przypadku otwierania do wewnątrz konstrukcja drzwi umożliwia ich otwarcie w przypadku zablokowania od wewnątrz pomieszczenia. 5. Okna w pokojach, w których przebywają pacjenci, są przeszkłone od wewnątrz szkłem bezpiecznym; okna zabezpiecza się przed możliwością otworzenia przez pacjentów. 6. Na oddziale psychiatrycznym: 1) wydziela się odcinki obserwacyjno-diagnostyczne lub pokoje obserwacyjne; 2) część obserwacyjno-diagnostyczna może być wyposażona w jednoosobową separatkę posiadającą: a) drzwi odporne na zniszczenie, otwierające się na zewnątrz, z okienkiem obserwacyjnym szklonym szkłem hartowanym, wyposażone w podwójny system zamykania od zewnątrz, bez klamki od wewnątrz, b) ściany i podłogę gładkie, jasne, wyłożone wykładziną odporną na zniszczenie, c) oświetlenie zabezpieczone szkłem bezpiecznym; lampa i żarówka są dostępne wyłącznie od zewnątrz pokoju, d) system wentylacji niedostępny dla osoby izolowanej, e) system ogrzewania uniemożliwiający dostęp osoby izolowanej do grzejnika lub innego źródła ciepła, f) własne pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w miskę ustępową, natrysk i umywalkę, odporne na umyślnie zniszczenia, g) łóżko wyposażone w materac niepalny, odporny na zniszczenie, h) system monitoringu z kamerą, posiadający rezerwowe zasilanie wyposażone w funkcję autostartu, niedostępną dla osoby izolowanej, zabezpieczoną przed uszkodzeniem; 3) w pokojach łóżkowych na odcinkach obserwacyjno-diagnostycznych lub w pokojach obserwacyjnych wypusty instalacji elektrycznych, poza oświetleniem sufitowym, znajdują się na zewnątrz tych pokoi od strony korytarza; 4) w pokojach łóżkowych, innych niż określone w pkt 3, wypusty instalacji elektrycznych, z wyjątkiem wyłączników oświetlenia, są zabezpieczone przed dostępem chorych albo znajdują się na zewnątrz tych pokoi. 7. Oddział psychiatryczny w szpitalu ogólnym wyposaża się także w: 1) osobny dział przyjęć, składający się z: a) poczekalni, b) punktu rejestracji, c) gabinetu lekarskiego, d) pomieszczenia higieniczno-sanitarnej; 2) co najmniej jeden gabinet przyjęć dla pacjentów z pobudzeniem psychoruchowym zagrażających bezpośrednio sobie lub innym. 8. Wymagań, o których mowa w ust. 3–7, nie stosuje się do pomieszczeń ośrodka leczenia uzależnień.

IX. Blok operacyjny. 1. W skład bloku operacyjnego wchodzi: 1) co najmniej jedna sala operacyjna, mająca bezpośrednie połączenie z częścią brudną bloku operacyjnego w celu usuwania zużytych materiałów, z zachowaniem ruchu jednokierun-

kowego; 2) śluza dla pacjenta, przez którą pacjenci są dowożeni i wywożeni z bloku operacyjnego; 3) śluza szatniowa, przez którą przechodzi personel; 4) śluza materiałowa przeznaczona do dostarczania oraz krótkotrwałego przechowywania czystych i sterylnych materiałów; 5) co najmniej jedno pomieszczenie przygotowawcze dla personelu wyposażone w stanowisko chirurgicznego mycia rąk, przez które personel wchodzi do sali operacyjnej; 6) co najmniej jedno pomieszczenie przygotowania pacjenta; 7) co najmniej jedno pomieszczenie dla personelu z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym; 8) co najmniej jeden magazyn sprzętu i aparatury; 9) co najmniej jeden magazyn czystej bielizny; 10) co najmniej jeden magazyn do krótkotrwałego przechowywania brudnej bielizny; 11) co najmniej jedno pomieszczenie porządkowe. 2. Układ pomieszczeń bloku operacyjnego umożliwia zachowanie zasady rozdzielności personelu, pacjentów i materiału czystego od brudnego materiału zużytego, brudnych narzędzi, brudnej bielizny i odpadów pooperacyjnych. 3. Dopuszcza się dostarczanie czystych i sterylnych materiałów do bloku operacyjnego przez służbę dla pacjenta, o której mowa w ust. 1 pkt 2. 4. Dopuszcza się możliwość usuwania brudnych narzędzi, brudnego sprzętu, brudnej bielizny oraz odpadów tą samą drogą, którą dostarcza się materiał czysty i sterylny, pod warunkiem zastosowania szczelnych opakowań transportowych. 5. Dopuszcza się wspólne pomieszczenie albo wydzielone miejsce przygotowania pacjenta dla kilku sal operacyjnych.

X. Zakład patomorfologii. 1. W skład zakładu patomorfologii wchodzi co najmniej: 1) prosektura (część sekcyjna); 2) pracownia histopatologiczna; 3) pomieszczenia administracyjno-socjalne (szatnia, ustępy, jadalnia); 4) sala wydawania zwłok. 2. Do zakładu powinny prowadzić osobne wejścia dla personelu, przywożonych zwłok, osób bliskich zmarłemu i wydawania zwłok. 3. Dojazd do sali wydawania zwłok nie może być widoczny z okien oddziałów łóżkowych, przychodni i innych części szpitala dostępnych dla pacjentów. 4. Prosektura powinna być dostępna przez służbę szatniową. 5. W skład pracowni histopatologicznej wchodzi: 1) pracownia formalinowa; 2) pracownia obróbki preparatów histologicznych; 3) pracownia mikroskopowa; 4) pracownia cytologiczna; 5) pracownia technik specjalnych (histochemicznych, immunohistochemicznych, immunocytochemicznych i innych); 6) pomieszczenia administracyjno-socjalne. 6. Szpital, który nie posiada zakładu patomorfologii, zapewnia chłodnię do przechowywania zwłok. 7. Do zakładu patomorfologii funkcjonującego poza strukturą szpitala nie stosuje się wymagań określonych w ust. 3 i 6.

XI. Centralna sterylizatornia. 1. W szpitalu zapewnia się stałe zaopatrzenie w materiały sterylne. 2. W zależności od przyjętych rozwiązań materiały sterylne mogą być dostarczane bądź ze sterylizatorni zlokalizowanej poza zaopatrywanym szpitalem, posiadającej system zarządzania jakością (ISO lub GMP) i gwarantującej wykonanie wyrobu sterylnego, bądź z centralnej sterylizatorni zorganizowanej w ramach zaopatrywanego szpitala. 3. W przypadku zaopatrywania szpitala ze sterylizatorni zlokalizowanej poza szpitalem, należy zapewnić pomieszczenie przeznaczone dla ekspedycji materiału skażonego oraz odbioru materiału sterylnego, jak również pomieszczenie

wyposażone w myjnię-dezynfektor przeznaczoną do mycia wózków i innych elementów transportowych. 4. W przypadku urządzenia centralnej sterylizatorni w ramach szpitala, musi ona być wyposażona w urządzenia do wyjaławiania sprzętu, aparatury, narzędzi, bielizny operacyjnej, materiałów opatrunkowych i innych elementów tego wymagających oraz dezynfekowania wózków i pojemników służących do transportu materiałów poddawanych sterylizacji. 5. Centralna sterylizatornia musi mieć dogodne połączenia z zespołem operacyjnym oraz być łatwo dostępna z innych jednostek organizacyjnych szpitala oraz w miarę możliwości z zewnątrz. 6. Transport materiałów sterylnych i skażonych między centralną sterylizatornią i oddziałami powinien odbywać się w szczelnych wózkach lub pojemnikach. Szczelność transportu dostosowuje się do stopnia czystości dróg transportowych. 7. Centralna sterylizatornia powinna być podzielona na trzy strefy: 1) brudną, przeznaczoną do przyjmowania, sortowania, mycia, dezynfekcji wstępnej i właściwej narzędzi chirurgicznych, aparatury medycznej, mycia i dezynfekcji wózków i elementów transportowych, gromadzenia narzędzi fabrycznie nowych oraz przechowywania zapasów środków dezynfekcyjnych i przygotowywania z nich roztworów roboczych; 2) czystą, przeznaczoną do suszenia wydezynfekowanych narzędzi i aparatury, przeglądania i składania bielizny operacyjnej, pakietowania zestawów operacyjnych i zabiegowych, załadunku przygotowanych wsadów do sterylizatorów, gromadzenia narzędzi fabrycznie nowych, tworzenia i archiwizacji dokumentacji procesów sterylizacji; 3) sterylną, przeznaczoną do wyładunku wysterylizowanych materiałów ze sterylizatorów, ich magazynowania i wydawania na oddziały szpitalne lub odbiorcom spoza szpitala. 8. Pakietowanie narzędzi i bielizny powinno odbywać się w oddzielnych pomieszczeniach. 9. Rozwiązanie przestrzenne centralnej sterylizatorni powinno zapewniać ruch postępowy obrabianych materiałów od strefy brudnej do sterylnej. 10. Wejście personelu centralnej sterylizatorni ze strefy czystej do strefy brudnej i sterylnej powinno prowadzić przez śluzę umywalkowo-fartuchowe. 11. Przy śluzie między strefą czystą i brudną powinien być zainstalowany ustęp. 12. Między strefą sterylną a ogólnodostępną szpitala powinno znajdować się pomieszczenie do wydawania materiałów sterylnych. 13. Wszystkie systemy technologiczne centralnej sterylizatorni (sterylizatory, myjnię, wózki, regały, pojemniki sterylizacyjne, tace) powinny być kompatybilne, zgodne z jednostką wsadu. 14. Na terenie centralnej sterylizatorni stosuje się odrębne wózki i inne elementy transportowe, którymi są transportowane materiały do strefy brudnej oraz którymi są transportowane materiały sterylne, albo między strefą brudną i pomieszczeniem do wydawania materiałów sterylnych montuje się przelotową myjnię-dezynfektor, przeznaczoną do mycia wózków i innych elementów transportowych. Dopuszcza się wykonanie w tym miejscu dwóch pomieszczeń: jednego do mycia i dezynfekcji manualnej (ręcznej) i drugiego do suszenia mytych sprzętów. 15. Między strefą brudną i czystą powinny być zainstalowane przelotowe myjnię-dezynfektory w liczbie i z wyposażeniem uzasadnionymi procesem technologicznym. 16. W ścianie między strefą czystą i sterylną powinny być zainstalowane sterylizatory przelotowe w liczbie i o wielkości uzasadnionymi procesem technologicznym, jednak nie mniej niż dwa sterylizatory parowe. 17. W przypadku stosowania stery-

lizacji gazowej tlenkiem etylenu lub formaldehydem sprzętu nieodpornego na działanie temperatury: 1) po stronie czystej wydziela się pomieszczenie przeznaczone do załadunku materiału; 2) po stronie wyładowczej sterylizatorów gazowych w strefie sterylnej powinno znajdować się pomieszczenie do degazacji sterylizowanych materiałów; 3) w pomieszczeniach, o których mowa w pkt 1 i 2, nie można przewidywać stałych stanowisk pracy. 18. W pomieszczeniach, o których mowa w ust. 17, instaluje się sygnalizatory przekroczenia dopuszczalnych stężeń tlenu etylenu na stanowiskach pracy. 19. Do sterylizacji tlenkiem etylenu na terenie szpitala można stosować wyłącznie sterylizatory zasilane z jednorazowego naboju z czynnikiem sterylizującym. 20. Do utylizacji tlenu etylenu stosuje się spalarkę tlenu etylenu lub katalizator. 21. Do zasilania wytwornic pary dla sterylizatorów parowych i myjni-dezynfektorów (do ostatecznego płukania) doprowadza się wodę oczyszczoną o parametrach określonych przez producenta urządzenia. 22. Stacja uzdatniania wody może być integralną częścią centralnej sterylizatorni albo może być zlokalizowana w odrębnym pomieszczeniu. 23. Przy doborze wydajności stacji uzdatniania wody uwzględnia się ewentualne zasilanie z niej wodą uzdatnioną innych oddziałów szpitala (apteka, laboratoria, blok operacyjny, kuchnia mleczna, zakład diagnostyki obrazowej, stacja dializ, oddział urologii, pracownia badań i zabiegów endoskopowych).

2.4.2. Szpital jednodniowy

Pomieszczenia i urządzenia szpitala, który udziela wyłącznie świadczeń zdrowotnych z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin (tzw. szpital jednodniowy), muszą spełniać, odpowiednio do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, wymagania określone w § 14 i 16–40 r.w.u.p. oraz szczegółowe wymagania określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia. W skład szpitala jednodniowego wchodzi: 1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy; 2) pokoje pobytu wyposażone, w zależności od udzielanych świadczeń zdrowotnych, w: a) łóżka lub b) fotele wypoczynkowe, lub c) fotele dla rodziców lub opiekunów dziecka w przypadku pokoju pobytu dla dzieci.

W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych o charakterze chirurgicznym stosuje się wymagania określone w części I ust. 2 i 3 oraz części II i IX załącznika nr 1 do rozporządzenia, z wyjątkiem wózka-wanny, o którym mowa w części I ust. 2 pkt 3. W przypadku prowadzenia sterylizacji w szpitalu jednodniowym urządza się centralną sterylizatornię, o której mowa w części XI załącznika nr 1 do rozporządzenia, lub sterylizatornię, o której mowa w ust. 8–11 załącznika nr 2 do rozporządzenia.

2.4.3. Ambulatorium

Pomieszczenia i urządzenia ambulatorium mają sprostać, odpowiednio do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, szczegółowym wymaganiom określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia z 2019 r. W ambulatoriach wydziela się pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne dorosłym, dzieciom chorym i dzieciom zdrowym. Dopuszcza się wspólne pomieszczenia dla wszystkich grup pacjentów, z zachowaniem rozdziału czasowego przyjęć dzieci zdrowych. W ambulatoriach, w których są wykonywane zabiegi, urządza się gabinet diagnostyczno-zabiegowy. W ambulatoriach, w których nie są wykonywane zabiegi, urządza się pokój do przyjmowania pacjentów. W gabinecie diagnostyczno-zabiegowym dopuszcza się połączenie funkcji zabiegowych i diagnostycznych z pobieraniem prób do analiz, pod warunkiem zachowania rozdziału czasowego. Gabinet badań ginekologicznych oraz ambulatoria, w których są udzielane świadczenia zdrowotne w dziedzinie urologii lub o charakterze inwazyjnym w zakresie dolnego odcinka przewodu pokarmowego, mają bezpośrednie połączenie z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym wyposażonym dodatkowo w bidet.

W przypadku wykonywania praktyki zawodowej w pomieszczeniu, o którym mowa w § 14 ust. 3 r.w.u.p, dopuszcza się możliwość zapewnienia pomieszczenia higieniczno-sanitarnego niepołączonego bezpośrednio z gabinetem. W ambulatorium znajduje się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne.

W przypadku prowadzenia sterylizacji w ambulatorium urządza się sterylizatornię. Sterylizatornię lokalizuje się w oddzielnym pomieszczeniu lub wydzielonym do tego celu miejscu gabinetu diagnostyczno-zabiegowego, pod warunkiem zapewnienia rozdziału czasowego między wykonywaniem kolejnych etapów dekontaminacji wyrobów medycznych lub innych przedmiotów lub materiałów a udzielaniem świadczeń zdrowotnych. W przypadku gdy sterylizatornia stanowi wydzielone miejsce w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym, lokalizuje się ją poza drogami komunikacji i w odległości zapewniającej swobodny dostęp do miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego, w trakcie wykonywania którego może dojść do naruszenia ciągłości tkanek ludzkich.

Steryliizatornia stanowi ciąg technologiczny obejmujący w kolejności:

- 1) odcinek (blat) materiałów skażonych, służący do wyładunku i przygotowania do mycia i dezynfekcji wstępnej lub zasadniczej;
- 2) odcinek maszynowego mycia lub ręcznego mycia i dezynfekcji obejmujący urządzenie myjąco-dezynfekcyjne lub zlew dwukomorowy;
- 3) odcinek (blat) materiałów czystych do przeglądania i pakietowania materiałów czystych przed sterylizacją;
- 4) sterylizator parowy lub niskotemperaturowy, z wyłączeniem urządzenia na tlenek etylenu;

- 5) odcinek (blat) materiałów sterylnych;
- 6) stanowisko higieny rąk zorganizowane poza blatem roboczym.

Rozwiązanie przestrzenne sterylizatorni zapewnia na każdym etapie technologicznym jednokierunkowy ruch materiałów od punktu przyjęcia materiału skażonego do punktu wydania materiału sterylnego.

2.4.4. Centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa

Pomieszczenia i urządzenia centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa mają spełniać, odpowiednio do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, szczegółowe wymagania określone w załączniku nr 4 do rozporządzenia z 2019 r.

I. Część ogólna. 1. Układ funkcjonalny centrum zapewnia: 1) wydzieloną strefę przebywania dawców; 2) ciągi funkcjonalne w zakresie podstawowej działalności centrum; 3) grupowanie pomieszczeń i działów ze względu na powiązania funkcjonalne; 4) grupowanie pomieszczeń lub działów ze względu na szczególne wymagania techniczne (podobieństwo i nasycenie instalacyjne). 2. Przez podstawową działalność, o której mowa w ust. 1 pkt 2, rozumie się rejestrację dawców, badania lekarskie i laboratoryjne, pobieranie krwi, preparatykę krwi i jej składników oraz ich przechowywanie i ekspedycję. 3. W pomieszczeniach, w których jest konieczna zwiększona wymiana powietrza, zapewnia się wentylację mechaniczną. W szczególności dotyczy to: 1) pomieszczeń, w których znajdują się zbiorniki z ciekłym azotem; 2) pomieszczenia przeznaczonego na radiator. 4. Pomieszczenia przeznaczone do pobierania i preparatyki krwi i jej składników oraz pomieszczenia działu laboratoryjnego i ekspedycji są klimatyzowane. 5. Pomieszczenia centrum zabezpiecza się przed dostępem osób w nim niezatrudnionych, z wyjątkiem działu: 1) dawców; 2) pobierania, w części dostępnej dla dawców; 3) ekspedycji, w części dostępnej dla interesantów; 4) metodyczno-organizacyjnego i administracji. 6. Centrum posiada pomieszczenia magazynowe zapewniające warunki przechowywania wymagane przez producentów poszczególnych materiałów pomocniczych stosowanych w centrum. 7. Przy wejściu do pomieszczeń centrum zapewnia się szatnię.

II. Dział dawców. 1. Dział dawców składa się z pomieszczeń i urządzeń zapewniających: 1) rejestrację i prowadzenie ciągłej ewidencji dawców, z uwzględnieniem pomieszczenia umożliwiającego wypełnianie kwestionariuszy; 2) dokonywanie wszystkich czynności związanych z zakwalifikowaniem zgłaszających się osób (pobieranie krwi do celów diagnostyki, badanie dawców przed oddaniem krwi i okresowe czynności administracyjne); 3) wydawanie posiłków regeneracyjnych przed lub po zabiegu pobrania. 2. Dział dawców ma bezpośrednie połączenie z działem pobierania oraz dogodnie połączenie z działem laboratoryjnym.

III. Dział pobierania. 1. Dział pobierania składa się z pomieszczeń i urządzeń zapewniających: 1) wykonanie prac przygotowawczych do pobierania krwi lub jej składników; 2) rejestrację dawców przed pobraniem krwi lub jej składników; 3) pobieranie krwi lub jej składników; 4) wykonywanie zabiegów aferezy i przekazywanie pobranych składników krwi do działu preparatyki, ekspedycji lub innego działu; 5) prowadzenie dokumentacji pobranej krwi lub jej składników. 2. Pomieszczeniami dostępnymi dla dawców są: 1) poczekalnia; 2) pomieszczenie higieniczno-sanitarne dostępne dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich; 3) gabinet badań; 4) sala pobrań; 5) pomieszczenie do wypoczynku dawców, wydawania i spożywania posiłku regeneracyjnego. 3. Dział pobierania ma dogodne połączenia z działem preparatyki oraz z działem ekspedycji. 4. Sala pobrań ma dogodne połączenie ze stanowiskiem kontroli serologicznej.

IV. Dział preparatyki. 1. Dział preparatyki składa się z pomieszczeń, w których: 1) wykonuje się wszystkie rodzaje preparatyki, z uwzględnieniem preparatyki w układzie otwartym; 2) przechowuje się w standardowych warunkach krew i jej składniki niezakwalifikowane jeszcze do użytku. 2. Dział preparatyki ma dogodne połączenia z działem magazynowania i działem ekspedycji.

V. Dział laboratoryjny. 1. Pomieszczenia i urządzenia działu laboratoryjnego zapewniają wykonanie wszystkich obowiązujących badań u dawcy i w preparacie krwi lub jej składników. 2. Pomieszczenia laboratoryjne (pracownie: hematologiczna, biochemiczna, wirusów, biologii molekularnej i inne) są klimatyzowane.

VI. Dział ekspedycji. 1. Dział ekspedycji składa się z pomieszczeń, w których: 1) przechowuje się w odpowiedniej temperaturze krew i jej składniki; 2) przyjmuje się zwroty niewykorzystanej krwi i jej składników. 2. Magazyn (chłodnia, lodówki, zamrażarki) krwi i jej składników lokalizuje się w dziale ekspedycji lub w jego pobliżu. 3. Poczekalnia przy dziale ekspedycji jest łatwo dostępna z zewnątrz.

VII. Dział zapewnienia jakości. Pomieszczenia i urządzenia działu zapewnienia jakości zapewniają prowadzenie kontroli jakości wszystkich preparatów krwi i jej składników produkowanych na obszarze działania centrum.

VIII. Oddział terenowy. 1. Oddział terenowy lokalizuje się w miejscu dostępnym dla dawców oraz zapewniającym kontakt z działem laboratoryjnym. 2. Oddział terenowy składa się z części dostępnej dla dawców oraz z niedostępnej dla nich części laboratoryjnej, przeznaczonej także do preparatyki (w przypadku jej wykonywania), ekspedycji krwi i jej składników. 3. Na oddziale terenowym znajdują się szatnie oraz pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla dawców. 4. Na oddziale terenowym znajdują się pomieszczenia służące do przygotowywania, wydawania i spożywania posiłku regeneracyjnego. Dopuszcza się wykorzystanie do tego celu stołówki szpitalnej lub bufetu.

2.4.5. Pracownia badań endoskopowych

Pomieszczenia i urządzenia pracowni badań endoskopowych muszą spełniać, odpowiednio do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, szczegółowe wymagania określone w załączniku nr 5 do rozporządzenia z 2019 r.

1. W skład pracowni badań endoskopowych wchodzi: 1) gabinet badań górnego odcinka przewodu pokarmowego, w przypadku ich wykonywania; 2) gabinet badań dolnego odcinka przewodu pokarmowego, w przypadku ich wykonywania, z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym wyposażonym dodatkowo w bidet, jeżeli nie ma wydzielonego pokoju przygotowań pacjenta, z bezpośrednim dostępem do pokoju badań, z pomieszczeniem higieniczno-sanitarnym; 3) gabinet badań dróg oddechowych, w przypadku ich wykonywania; 4) zmywalnia usytuowana między pokojami badań z bezpośrednim do nich dostępem, wyposażona w urządzenia do mycia i dezynfekcji lub sterylizacji endoskopów i narzędzi endoskopowych w sposób technologicznie powtarzalny oraz w wentylację mechaniczną nawiewno-wyciągową; 5) pokój z co najmniej jednym stanowiskiem wybudzeniowym dla pobytu pacjenta po badaniu, jeżeli są wykonywane znieczulenia. 2. W przypadku wykonywania zabiegów na drogach żółciowych i trzustkowych, w pracowni badań endoskopowych znajduje się wydzielony gabinet badań z aparatem rentgenowskim. Zabiegi te mogą być wykonywane również w pracowni obrazowej. 3. Dopuszcza się wykonywanie wszystkich rodzajów badań i zabiegów przewodu pokarmowego w jednym pokoju, pod warunkiem ich przeprowadzania z zachowaniem rozdziału czasowego dla poszczególnych rodzajów badań. 4. Dopuszcza się usytuowanie zmywalni w innym miejscu niż między gabinetami, pod warunkiem zapewnienia transportu endoskopów skażonych i zdezynfekowanych w szczelnie zamykanych pojemnikach. 5. W zmywalni dodatkowo montuje się urządzenia do mycia i dezynfekcji pojemników transportowych w sposób technologicznie powtarzalny. 6. Endoskopy przechowuje się w sposób zabezpieczający przed ich wtórną kontaminacją. 7. Narzędzia endoskopowe używane w czasie badań do wykonywania biopsji i zabiegów sterylizuje się przed użyciem i przechowuje jako wyrób sterylny. 8. Do badań i zabiegów endoskopowych można używać wyłącznie endoskopów ze szczelną optyką, umożliwiającą ich mycie i dezynfekcję w pełnym zanurzeniu.

2.4.6. Zakład rehabilitacji leczniczej

Pomieszczenia i urządzenia zakładu rehabilitacji leczniczej, będącego zakładem leczniczym, muszą spełniać, odpowiednio do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, szczegółowe wymagania określone w załączniku nr 6 do rozporządzenia z 2019 r.

1. Pomieszczenia przeznaczone do rehabilitacji leczniczej lokalizuje się w sposób zapewniający dostęp osobom niepełnosprawnym, w tym poruszającym się na wózkach

inwalidzkich. 2. Sala kinezyterapii stanowi odrębne pomieszczenie. 3. Diatermie krótkofalowe i mikrofalowe oraz urządzenia do laseroterapii są instalowane w oddzielnych pomieszczeniach (boksach) zgodnie z Polskimi Normami. 4. W zakładzie rehabilitacji leczniczej będącym zakładem leczniczym znajdują się pomieszczenia higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich, oraz, w przypadku udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, wyposażone dodatkowo w natrysk.

2.4.7. Stacje dializ

Pomieszczenia i urządzenia stacji dializ mają spełniać, odpowiednio do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, szczególne wymaganie określone w załączniku nr 7 do rozporządzenia z 2019 r.

Stację dializ wyposaża się w: 1) zespół pomieszczeń ze stanowiskiem do hemodializ, co najmniej z jednym pomieszczeniem wydzielonym do hemodializ pacjentów zakażonych wirusami przenoszonymi drogą krwiopochodną oraz co najmniej z jednym pomieszczeniem przygotowawczym; 2) pomieszczenie higieniczno-sanitarne; 3) urządzenia do uzdatniania wody. Pomieszczenie, w którym są wykonywane dializy otrzewnowe, nie może służyć innym celom. Stanowisko nadzoru pielęgniarskiego zapewnia możliwość bezpośredniej obserwacji pacjentów lub przy użyciu kamer posiadających rezerwowe zasilanie z funkcją autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy.

2.4.8. Wymagania dodatkowe dla niektórych pomieszczeń i urządzeń

Łóżka w pokojach łóżkowych mają być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. Jednakże łóżka w pokojach łóżkowych w oddziałach psychiatrycznych oraz w ośrodkach leczenia uzależnień mogą być dostępne co najmniej z dwóch stron, jednej dłuższej i jednej krótszej. Odstępny między łózkami mają umożliwić swobodny dostęp do pacjentów, a szerokość pokoju łóżkowego ma umożliwiać wprowadzenie łózka.

Izolotka to pomieszczenie przeznaczone do odosobnienia pacjenta lub grupy pacjentów chorych na chorobę zakaźną albo osoby lub grupy osób podejrzanych o chorobę zakaźną w celu uniemożliwienia przeniesienia biologicznego czynnika chorobotwórczego na inne osoby (§ 2 pkt 2 r.w.u.p.). Izolotka w szpitalu ma składać się z (§ 21 r.w.u.p.):

- 1) pomieszczenia pobytu pacjenta;
- 2) pomieszczenia higieniczno-sanitarne, dostępnego z pomieszczenia pobytu pacjenta, wyposażonego w:

- a) umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią i dodatkowo w dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki,
 - b) natrysk, z wyłączeniem izolatki na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii,
 - c) płuczkę-dezynfektor basenów i kaczek – w przypadku stosowania basenów i kaczek wielorazowego użytku,
 - d) urządzenie do dekontaminacji oraz do utylizacji wkładów jednorazowych wraz z zawartością, które powinno być zainstalowane w sposób eliminujący zagrożenia dla pacjentów – w przypadku stosowania basenów i kaczek jednorazowych;
- 3) służy umywalkowo-fartuchowej pomiędzy помещением pobytu pacjenta a ogólną drogą komunikacyjną.

Izolotka powinna być wyposażona w wentylację wymuszoną działającą na zasadzie podciśnienia w taki sposób, że ciśnienie w izolatce jest niższe niż na korytarzu i w służbie.

Śluza umywalkowo-fartuchowa powinna być wyposażona w (§ 22 r.w.u.p.):

- 1) umywalkę z baterią uruchamianą bez kontaktu z dłonią;
- 2) dozownik z mydłem w płynie;
- 3) dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym uruchamiany bez kontaktu z dłonią;
- 4) pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki;
- 5) zamykany pojemnik na brudną bieliznę;
- 6) miejsca na ubrania z zachowaniem rozdziału ubrań czystych i brudnych.

Śluza szatniowa składa się z (§ 23 r.w.u.p.):

- 1) szatni brudnej – przeznaczonej do rozebrania się z ubrania prywatnego lub szpitalnego, wyposażonej w szafkę ubraniową z wydzieloną częścią na obuwiu;
- 2) szatni czystej (ubieralni) – przeznaczonej do ubierania w czyste ubranie oraz obuwiu służące do poruszania się w strefie, do której będzie wchodził personel, wyposażonej w:
 - a) obuwiu nadające się do mycia i dezynfekcji,
 - b) regał na czyste obuwiu,
 - c) regał na czyste ubrania;
- 3) pomieszczenia higieniczno-sanitarnego znajdującego się pomiędzy szatnią czystą i brudną, wyposażonego dodatkowo w natrysk.

Pokój łóżkowy na oddziale szpitalnym ma być wyposażony w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Przepisu powyższego nie stosuje się do pokoju wyposażonego w służy umywalkowo-fartuchową lub węzeł sanitarny oraz pokoiów łóżkowych na oddziale psychiatrycznym (§ 24 r.w.u.p.).

W pomieszczeniach praktyk zawodowych i podmiotach leczniczych należy wydzielić co najmniej jedno pomieszczenie lub miejsce (§ 25 r.w.u.p.):

- 1) do składowania bielizny czystej,
- 2) do składowania bielizny brudnej,
- 3) na odpady.

W szpitalu oraz zakładzie leczniczym, w którym są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne, powinno znajdować się ponadto co najmniej jedno pomieszczenie porządkowe. Natomiast w ambulatorium wydziela się co najmniej jedno pomieszczenie porządkowe lub miejsce służące do przechowywania środków czystości oraz preparatów myjąco-dezynfekcyjnych. Pomieszczenie porządkowe służy do przechowywania sprzętu stosowanego do utrzymania czystości, środków czystości oraz preparatów myjąco-dezynfekcyjnych, a także do przygotowywania roztworów roboczych oraz mycia i dezynfekcji sprzętu stosowanego do utrzymywania czystości. Powinno być wyposażone w zlew z baterią i dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym.

Meble w pomieszczeniach praktyk zawodowych i podmiotów leczniczych mają umożliwiać ich mycie oraz dezynfekcję. Przepisu powyższego nie stosuje się do mebli w pomieszczeniach administracyjnych i socjalnych oraz poradniach i gabinetach podmiotów wykonujących świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (§ 27 r.w.u.p.)

W szpitalu i innym niż szpital zakładzie leczniczym, w którym są udzielane stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, zapewnia się co najmniej jedno pomieszczenie porządkowe umożliwiające dodatkowo mycie i dezynfekcję środków transportu (§ 28 r.w.u.p.).

3. Rejestracja praktyk zawodowych i podmiotów leczniczych

Pielęgniarka lub pielęgniarki, które decydują się na wykonywanie zawodu w praktyce zawodowej lub poprzez założenie własnego podmiotu leczniczego, muszą dokonać tzw. wpisu do rejestru. Praktyki zawodowe pielęgniarek podlegają wpisowi do rejestru prowadzonego przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych właściwych dla wykonywania praktyki, a wszystkie rodzaje podmiotów leczniczych podlegają wpisowi do rejestru prowadzonego przez wojewodę (art. 106 ust. 1 u.dz.l.). W tym celu pielęgniarka lub pielęgniarki zamierzające rozpocząć własną działalność gospodarczą muszą złożyć wniosek o wpis do rejestru (art. 100 u.dz.l.).

3.1. Rejestracja praktyk zawodowych

Pielęgniarka, która zamierza wykonywać zawód w ramach indywidualnej praktyki zawodowej, składa okręgowej radzie pielęgniarek i położnych wniosek o wpis do rejestru zawierający następujące dane (art. 102 ust. 1 u.d.z.l.):

- 1) imię i nazwisko pielęgniarki;
- 2) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki;
- 3) formę działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 4) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej, w przypadku wykonywania praktyki wyłącznie w miejscu wezwania;
- 5) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
- 6) adres do korespondencji;
- 7) posiadane specjalizacje.

Pielęgniarki zamierzające wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej jako grupową praktykę w celu uzyskania wpisu do rejestru składają wniosek zawierający następujące dane:

- 1) listę pielęgniarek stron umowy spółki cywilnej, współników albo partnerów spółki, ze wskazaniem imion i nazwisk, ich miejsc zamieszkania oraz imienia i nazwiska osoby uprawnionej do reprezentowania tej spółki;
- 2) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki;
- 3) formę działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 4) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej, w przypadku wykonywania praktyki wyłącznie w miejscu wezwania;
- 5) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
- 6) adres do korespondencji;
- 7) posiadane specjalizacje.
- 8) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania spółki, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.

Wraz z wnioskiem wnioskodawca składa oświadczenie (art. 102 w zw. z art. 100 ust. 2 i 3 u.d.z.l.). Oświadczenie to ma następującą treść: „Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny oświadczam, że:

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

- 3) nie prowadzę hurtowni farmaceutycznej, hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych, apteki ogólnodostępnej ani punktu aptecznego, a także nie wystąpiłem z wnioskiem o wydanie zezwolenia na ich prowadzenie;
- 4) nie zajmuję się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi ani nie wystąpiłem z wnioskiem o wpis do rejestru o którym mowa w art. 73a ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne”.

Oświadczenie, o którym mowa powyżej zawiera ponadto:

- 1) imię i nazwisko, nazwę albo firmę wnioskodawcy, adres jego miejsca zamieszkania albo siedziby;
- 2) oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia;
- 3) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.

Do rejestru okręgowej izby pielęgniarek i położnych wpisuje się numer księgi rejestrowej oraz dane dotyczące:

- 1) pielęgniarki:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) imiona i nazwiska wspólników spółki – w przypadku spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej pielęgniarek lub położnych,
 - c) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP),
 - d) adres do korespondencji,
 - e) posiadane specjalizacje,
 - f) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu;
- 2) oznaczenie rodzaju praktyki;
- 3) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej;
- 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 5) datę wpisu do rejestru;
- 6) datę zmiany wpisu do rejestru;
- 7) datę i numer decyzji o wykreśleniu z rejestru;
- 8) miejsca przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku zakończenia działalności leczniczej przez pielęgniarkę;
- 9) dane dotyczące akredytacji lub certyfikacji;
- 10) daty i wyniki przeprowadzonych kontroli przez okręgową radę pielęgniarek i położnych.

3.2. Rejestr podmiotów leczniczych

Podmiot leczniczy podlega wpisowi do rejestru prowadzonego przez wojewodę. Właściwość wojewody (tzn. jednego z obecnych szesnastu) ustala się na podstawie siedziby lub miejsca zamieszkania danego podmiotu leczniczego. Siedzibą tego podmiotu jest miejscowość, w której ma siedzibę jej organ zarządzający (art. 41 k.c.). Siedzibę podmiotu leczniczego, tzn. konkretną miejscowość, powinien określać formalnie w osobnym dokumencie jego założyciel. Wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą musi zawierać następujące dane (art. 100 ust. 1 u.dz.l.):

- 1) imię i nazwisko, nazwę albo firmę;
- 2) adres siedziby albo miejsca zamieszkania;
- 3) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 4) formę organizacyjno-prawną;
- 5) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 6) nazwę zakładu leczniczego oraz wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych; nazwa zakładu leczniczego nie może być taka sama jak oznaczenie podmiotu leczniczego (art. 100 ust. 1a u.dz.l.);
- 7) numer REGON;
- 8) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
- 9) dane podmiotu tworzącego – w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.

Wraz z wnioskiem wnioskodawca składa oświadczenie (art. 102 w zw. z art. 100 ust. 2 i 3 u.dz.l.). Oświadczenie to ma następującą treść: „Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny oświadczam, że:

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 3) nie prowadzę hurtowni farmaceutycznej, hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych, apteki ogólnodostępnej ani punktu aptecznego, a także nie wystąpiłem z wnioskiem o wydanie zezwolenia na ich prowadzenie;
- 4) nie zajmuję się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi ani nie wystąpiłem z wnioskiem o wpis do rejestru o którym mowa w art. 73a ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne”.

Oświadczenie, o którym mowa powyżej, zawiera ponadto:

- 1) imię i nazwisko, nazwę albo firmę wnioskodawcy, adres jego miejsca zamieszkania albo siedziby;

- 2) oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia;
- 3) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.

Do rejestru wojewody wpisuje się numer księgi rejestrowej oraz dane dotyczące:

- 1) oznaczenia podmiotu leczniczego:
 - a) firmę, nazwę albo imię i nazwisko,
 - b) adres podmiotu,
 - c) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
- 2) dane podmiotu tworzącego – w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą;
- 3) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 4) formę organizacyjno-prawną;
- 5) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 6) dane dotyczące struktury organizacyjnej zakładu leczniczego, w tym wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- 7) datę wpisu do rejestru;
- 8) datę zmiany wpisu do rejestru;
- 9) datę i numer decyzji o wykreśleniu z rejestru;
- 10) miejsca przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku likwidacji podmiotu leczniczego;
- 11) dane dotyczące akredytacji lub certyfikacji;
- 12) daty i wyniki przeprowadzonych kontroli, o których mowa w art. 111 u.d.z.l.

3.3. Wspólne zasady postępowania w zakresie postępowania rejestrowego

Rejestr podmiotów prowadzących działalność leczniczą prowadzi się w systemie teleinformatycznym. Podmiotem odpowiedzialnym za funkcjonowanie systemu teleinformatycznego rejestru jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia. Sposób prowadzenia rejestru i funkcjonowania systemu teleinformatycznego określają przepisy o systemie informacji w ochronie zdrowia (art. 106 ust. 2 u.d.z.l.).

Rejestr jest jawny i dlatego jest dostępny do wglądu także dla osób trzecich, które nie muszą wykazywać swojego interesu prawnego. Jawność i dostępność pozwalają każdej zainteresowanej osobie sprawdzić treść wpisu do rejestru. Dane zawarte w rejestrze są udostępniane systemowi informacji w ochronie zdrowia oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia zgodnie z ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia (art. 106 ust. 5 i 6 u.d.z.l.).

Prostowanie danych z urzędu przez organ prowadzący rejestr następuję, jeżeli wpis do rejestru zawiera oczywiste błędy lub niezgodności ze stanem faktycznym (art. 106a u.d.z.l.). Zmiana danych wpisanych do rejestru następuje z urzędu lub na wniosek. Z urzędu organ prowadzący rejestr dokonuje zmian wynikających z dostosowania treści wpisu do zmian niezależnych od tego podmiotu (art. 107 ust. 1a u.d.z.l.). Natomiast o zmianę danych zobowiązane są wystąpić podmiot leczniczy i praktyka zawodowa w terminie 14 dni od dnia powstania tych zmian.

Kara pieniężna za niezgłoszenie zmiany danych objętych rejestrem. W sytuacji gdy podmiot leczniczy lub praktyka zawodowa w podanym terminie nie dokona aktualizacji danych, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na te podmioty karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności (art. 107 ust. 2 u.d.z.l.). W przypadku praktyk zawodowych pielęgniarek uchwałę w sprawie nałożenia kary pieniężnej podejmuje właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych (art. 107 ust. 4 u.d.z.l.). Organem wyższego stopnia w sprawach nałożenia kary pieniężnej jest minister właściwy do spraw zdrowia (art. 107 ust. 6 u.d.z.l.). Karę pieniężną uiszcza się w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji administracyjnej. Przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej organ prowadzący rejestr jest obowiązany uwzględnić rodzaj i wagę stwierdzonych naruszeń. Kara pieniężna podlega egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Do kary pieniężnej stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z 29.08.1997 r. – Ordynacja podatkowa² dotyczące terminu przedawnienia zobowiązań podatkowych oraz odsetek od tych zobowiązań. Na decyzję w sprawie kary pieniężnej przysługuje skarga do sądu administracyjnego (art. 107 ust. 6–11 u.d.z.l.).

Odmowa wpisu wnioskodawcy do rejestru następuję w przypadku gdy (art. 108 ust. 1 u.d.z.l.):

- 1) wydano prawomocne orzeczenie zakazujące wnioskodawcy wykonywania działalności objętej wpisem;
- 2) podmiot wykonujący działalność leczniczą wykreślono z rejestru z powodu:
 - a) złożenia oświadczenia niezgodnego ze stanem faktycznym,
 - b) rażącego naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem,
 - c) niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych w okresie trzech lat poprzedzających złożenie wniosku;
- 3) pielęgniarka lub pielęgniarki nie spełnia warunków dla praktyki zawodowej;

² Dz.U. z 2019 r. poz. 900 ze zm.

- 4) wnioskodawca:
 - a) prowadzi hurtownię farmaceutyczną lub hurtownię farmaceutyczną produktów leczniczych weterynaryjnych albo wystąpił z wnioskiem o wydanie zezwolenia na jej prowadzenie,
 - b) prowadzi aptekę ogólnodostępną albo wystąpił z wnioskiem o wydanie zezwolenia na jej prowadzenie,
 - c) prowadzi punkt apteczny albo wystąpił z wnioskiem o wydanie zezwolenia na jego prowadzenie,
 - d) zajmuje się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi albo wystąpił z wnioskiem o wpis do Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi, który prowadzi Główny Inspektor Farmaceutyczny w systemie teleinformatycznym.

Wykreślenie wnioskodawcy z rejestru przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych lub wojewodę co do zasady następuje na podstawie wniosku o wykreślenie z rejestru składanego przez praktykę zawodową lub podmiot leczniczy (art. 108 ust. 2 pkt 5 w zw. z ust. 2a u.dz.l.). Natomiast wykreślenie z urzędu następuje w przypadku:

- 1) złożenia oświadczenia wraz z wnioskiem o wpis do rejestru niezgodnego ze stanem faktycznym;
- 2) wydania prawomocnego orzeczenia zakazującego podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą wykonywania działalności objętej wpisem do rejestru;
- 3) rażącego naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem;
- 4) niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych;
- 6) bezskutecznego upływu terminu podjęcia działalności wyznaczonego przez organ prowadzący rejestr, nie dłuższego niż trzy miesiące, jeżeli podmiot wykonujący działalność leczniczą w terminie trzech miesięcy od dnia wpisu do rejestru nie podjął działalności;
- 7) wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu śmierci – w przypadku indywidualnej praktyki zawodowej;
- 8) uzyskania informacji z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej albo Krajowego Rejestru Sądowego o wykreśleniu podmiotu.

W określonych sytuacjach wykreślenie z rejestru następuje po uprzednim wydaniu decyzji przez organ prowadzący rejestr. Ma to miejsce w następujących przypadkach:

- 1) złożenia oświadczenia niezgodnego ze stanem faktycznym;
- 2) rażącego naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem oraz
- 3) niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych w okresie trzech lat poprzedzających złożenie wniosku.

Wówczas wykreślenie z rejestru następuje po uprzednim wydaniu przez organ prowadzący rejestr decyzji o zakazie wykonywania działalności objętej wpisem do reje-

stru. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności. Ponowny wpis do tego rejestru można uzyskać nie wcześniej niż po upływie trzech lat od dnia wykreślenia z rejestru (art. 108 ust. 2a i 4 u.d.z.l.).

Tryb odwoławczy na podstawie przepisów postępowania administracyjnego. Do decyzji w sprawie odmowy wpisu, odmowy jego zmiany i wykreślenia wpisu z rejestru stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego dotyczące decyzji administracyjnych. W przypadku praktyk zawodowych pielęgniarek uchwałę w tych sprawach podejmuje właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych (art. 110 ust. 1 i 3 u.d.z.l.). Organem wyższego stopnia w sprawach odmowy wpisu, odmowy jego zmiany i wykreślenia wpisu z rejestru jest minister właściwy do spraw zdrowia (art. 110 ust. 4 u.d.z.l.).

4. Regulamin organizacyjny

Sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach:

- 1) indywidualnej praktyki pielęgniarki,
- 2) indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki,
- 3) indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania,
- 4) indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki w miejscu wezwania,
- 5) grupowej praktyki oraz
- 6) praktyki w podmiocie leczniczym

– nieregulowane w ustawie lub statucie określa się w regulaminie organizacyjnym (art. 23 u.d.z.l.).

W indywidualnej praktyce zawodowej regulamin ustala pielęgniarka, w grupowej praktyce zawodowej – pielęgniarki będące współnikami spółki.

Regulamin organizacyjny musi zawierać co najmniej minimalną treść, na którą składają się elementy wskazane wyraźnie w przepisach prawa (art. 24 u.d.z.l.), a odnośnie do praktyk zawodowych (indywidualnych i grupowanych) – wymagania te są dużo węższe w porównaniu z wymaganiami dotyczącymi regulaminu organizacyjnego stacjonarnych podmiotów leczniczych i ambulatoryjnych podmiotów leczniczych.

Regulamin organizacyjny praktyk zawodowych musi określić w szczególności:

- 1) firmę albo nazwę podmiotu;
- 2) cele i zadania podmiotu;
- 3) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 4) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych – w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub syste-

- mów łączności miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń;
- 5) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej;
 - 6) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
 - 7) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;
 - 8) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego.

Regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego ustala kierownik tego podmiotu (art. 23 u.dz.l.), a jego treść uzależniona jest od rodzaju określonej w rejestrze działalności leczniczej (art. 24 u.dz.l.).

Regulamin organizacyjny stacjonarnego podmiotu leczniczego musi określić w szczególności:

- 1) firmę albo nazwę podmiotu;
- 2) cele i zadania podmiotu;
- 3) strukturę organizacyjną zakładu leczniczego;
- 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych – w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń;
- 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego;
- 7) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
- 8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 9) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej
- 10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
- 11) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od

podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;

- 12) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;
- 13) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego.

Regulamin organizacyjny przychodni lub innego podmiotu leczniczego opieki ambulatoryjnej musi określić w szczególności:

- 1) firmę albo nazwę podmiotu;
- 2) cele i zadania podmiotu;
- 3) strukturę organizacyjną zakładu leczniczego;
- 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych – w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń;
- 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego;
- 7) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
- 8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 9) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej
- 10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
- 11) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;
- 12) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego.

Podaje się do wiadomości pacjentów aktualne informacje o:

- 1) rodzaju działalności leczniczej oraz zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 2) wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej;

- 3) wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

Podmioty lecznicze prowadzące działalność leczniczą szpitalną lub udzielające świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i całodobowych innych niż szpitalne dodatkowo podają wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny pobieranych od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.

Aktualne informacje wskazane powyżej przekazuje się na trzy sposoby:

- 1) przez ich wywieszenie w widoczny sposób w miejscu udzielania świadczeń oraz
- 2) na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i
- 3) przez udostępnienie w Biuletynie Informacji Publicznej w przypadku podmiotu obowiązującego do jego prowadzenia.

Natomiast w przypadku praktyk zawodowych lub podmiotów leczniczych udzielających wyłącznie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności informacje te podaje się tylko przez ich umieszczenie na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i w Biuletynie Informacji Publicznej w przypadku podmiotu obowiązującego do jego prowadzenia (art. 24 ust. 2 i 2a u.d.z.l.).

Warto zwrócić uwagę, że regulamin organizacyjny w podmiotach leczniczych takich jak szpital lub w podmiotach udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż świadczenia szpitalne czy w podmiotach takich jak ambulatoria pełni istotną funkcję standaryzacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Ustanowiono nakaz unormowania w regulaminie organizacyjnym każdego etapu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, co w szczególności dotyczy pacjentów, którzy wymagają świadczeń udzielanych w różnych komórkach organizacyjnych podmiotu i współpracy różnych profesjonalistów medycznych (art. 24 ust. 1 pkt 6 u.d.z.l.). Opis tego procesu, zawarty w regulaminie, ma spełniać przede wszystkim funkcję informacyjną i zapewniać pacjentom możliwość dowiedzenia się, jaką drogą mogą uzyskać świadczenie zdrowotne (gdzie, od kogo, w jakim terminie) i w jaki sposób będzie nad nimi sprawowana opieka. Zapewnienie odpowiedniej transparentności postanowień regulaminowych w tym zakresie pozwoli na przyspieszenie procesu udzielania świadczeń zdrowotnych i ułatwi rozwiązywanie konfliktu interesów. Regulamin powinien rozstrzygać, kto jest odpowiedzialny za podejmowanie poszczególnych decyzji we wszystkich jednostkach i komórkach organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Im bardziej skomplikowana jest struktura

takiego podmiotu, tym szczegółowiej należałoby opisać zasady funkcjonowania całej struktury. Postanowienia regulaminu powinny eliminować sytuacje konfliktów kompetencyjnych między osobami odpowiedzialnymi za udzielanie świadczeń zdrowotnych. Ustawodawca wymaga postanowień regulaminu dotyczących warunków współdziałania podmiotu wykonującego działalność leczniczą z innymi takimi podmiotami w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 24 ust. 1 pkt 8 u.d.z.l.). Podmiot leczniczy powinien zadbać o stworzenie, stosownie do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, zaplecza również poza własną strukturą organizacyjną w celu kompleksowości i ciągłości udzielanych świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza tam, gdzie stanowią one długotrwały proces, a dany podmiot wykonujący działalność leczniczą nie posiada warunków do świadczenia pełnej diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji.

5. Monitoring pomieszczeń

W ramach indywidualnej praktyki i indywidualnej specjalistycznej praktyki oraz grupowej praktyki pielęgniarki, a w podmiotach leczniczych kierownik tego podmiotu, mogą określić w regulaminie organizacyjnym sposób obserwacji pomieszczeń:

- 1) ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników pomieszczeń;
- 2) w których są udzielane świadczenia zdrowotne, oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych

– za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring) (art. 23a ust. 1 u.d.z.l.).

W pokojach łóżkowych dopuszcza się instalację urządzeń umożliwiających obserwację pacjentów (czyli monitoring), jeżeli jest to konieczne w procesie ich leczenia i dla zapewnienia im bezpieczeństwa (§ 29 r.w.u.p.). Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu, zawierające dane osobowe, podmiot wykonujący działalność leczniczą przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane, i przechowuje przez okres nie dłuższy niż trzy miesiące od dnia nagrania. Po upływie tego okresu uzyskane w wyniku monitoringu nagrania obrazu zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej (art. 23a ust. 2 i 3 u.d.z.l.).

Fakt monitorowania pomieszczeń z jednej strony jest dodatkowym elementem zagrożenia dla intymności pacjenta, natomiast z drugiej strony pomaga w sprawowaniu nadzoru nad pracą pielęgniarki w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Przed wprowadzeniem art. 23a u.d.z.l. brak było ustawowych podstaw do montowania kamer w pomieszczeniach, gdzie udzielano świadczeń zdrowotnych. Zgodnie

z dotychczasowym stanowiskiem sądu administracyjnego umieszczenie monitoringu w gabinetach, gdzie kamera, co do zasady, może obejmować pacjenta podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, jest działaniem podmiotu leczniczego o charakterze zorganizowanym i celowym, stanowiącym naruszenie zbiorowych praw pacjentów do poszanowania intymności i godności³.

6. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej stanowi rodzaj ubezpieczenia majątkowego, może mieć zarówno charakter ubezpieczenia obowiązkowego, jak i dobrowolnego. Podstawą tego ubezpieczenia jest odpowiedzialność odszkodowawcza rozumiana jako prawny obowiązek naprawienia szkody wyrządzonej wskutek naruszenia norm cywilnoprawnych regulujących stosunki umowne i pozaumowne. Odpowiedzialność cywilna jest odpowiedzialnością majątkową sprawcy wobec poszkodowanego za wyrządzoną szkodę i jej celem jest kompensacja szkody.

Jak stanowi art. 822 k.c., przez umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłacenia określonego w umowie odszkodowania za szkody wyrządzone osobom trzecim, wobec których odpowiedzialność za szkodę ponosi ubezpieczający albo ubezpieczony, czyli osoba, na której rzecz została zawarta umowa.

Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej spełnia dwie funkcje:

- 1) ochrony majątku osoby ubezpieczonej przed zagrażającymi obciążeniami z tytułu powstania obowiązku naprawienia wyrządzonych szkód;
- 2) ochrony poszkodowanego przed niewypłacalnością sprawcy szkody poprzez przejęcie przez zakład ubezpieczeń zobowiązań odszkodowawczych osoby ubezpieczonej.

Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zakład ubezpieczeń nie wypłaca odszkodowania ubezpieczonemu sprawcy szkody, np. pielęgniarce (chyba że ta pokryła wyrządzoną szkodę), lecz wypłaca odszkodowanie poszkodowanemu i w ten sposób zapobiega powstaniu szkody ubezpieczonego. Przy ubezpieczeniu tym występuje relacja: zakład ubezpieczeń – ubezpieczający (ubezpieczony) – poszkodowany.

Odpowiedzialność gwarancyjna zakładu ubezpieczeń z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określa zakres ochrony ubezpieczeniowej i odpowiedzialności odszkodowawczej ubezpieczonego, a także sumę gwarancyjną.

³ Wyrok WSA w Warszawie z 29.06.2015 r., VII SA/Wa 787/15.

W razie wyrządzenia szkody poszkodowany, np. pacjent, nabywa roszczenie odszkodowawcze do sprawcy szkody i roszczenie ubezpieczeniowe z tytułu odpowiedzialności gwarancyjnej do zakładu ubezpieczeń, z którym sprawca szkody, np. pielęgniarka prowadząca indywidualną praktykę, zawarła umowę ubezpieczenia swojej odpowiedzialności cywilnej.

6.1. Charakterystyka ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

Zawarcie przez pielęgniarkę umowy ubezpieczenia ma charakter dobrowolny. Wyjątkiem od tej zasady jest obowiązkowa umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmująca odpowiedzialność cywilną praktyk zawodowych (indywidualnych oraz grupowych) i podmiotów leczniczych (przychodni, szpitale, sanatoriów, zakładów opieki długoterminowej itd.) prowadzących działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej (§ 1 i 2 rozporządzenia Ministra Finansów z 29.04.2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁴). Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej (art. 25 ust. 2 u.d.z.l.). Tym samym warunkiem niezbędnym do założenia i funkcjonowania praktyki zawodowej oraz każdego podmiotu leczniczego, niezależnie od tego, czy mają zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia, czy też jej nie mają, jest posiadanie aktualnej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Szczegółowe regulacje zawiera rozporządzenie z 29.04.2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 25 ust. 1 pkt 1 u.d.z.l., § 1 ust. 1 rozporządzenia w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą), w tym szkody będące następstwem zabiegów chirurgii plastycznej lub zabiegów kosmetycznych, jeśli są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem jej leczenia (§ 2 ust. 3 rozporządzenia).

Jednocześnie wyraźnie określono, jakich szkód ubezpieczenie OC nie obejmuje:

- 1) wyrządzonych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą po pozbawieniu lub w okresie zawieszenia prawa do prowadzenia działalności leczniczej;

⁴ Dz.U. poz. 866.

- 2) polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy;
- 3) polegających na zapłacie kar umownych;
- 4) powstałych wskutek działań wojennych, stanu wojennego, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

Poza wskazanymi przypadkami ubezpieczenie OC obejmuje wszystkie szkody, bez możliwości umownego ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń (§ 1 ust. 4 rozporządzenia).

W pozostałym zakresie pielęgniarce mogą ubezpieczyć się dobrowolnie, wykupując:

- 1) ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wynikłe w związku z wykonywaniem zawodu pielęgniarce w ramach stosunku pracy, gdzie górną granicą odpowiedzialności jest kwota wynikająca z przepisów prawa pracy dotycząca odpowiedzialności materialnej pracowników;
- 2) ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w związku z wykonywaniem zawodu pielęgniarce na podstawie umowy o wolontariacie;
- 3) ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody wynikłe w związku z wykonywaniem zawodu pielęgniarce w ramach różnych stosunków zatrudnienia.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że w zakresie nieobjętym obowiązkowym ubezpieczeniem, o którym mowa powyżej, pielęgniarce prowadzące praktykę zawodową czy podmiot leczniczy mogą rozszerzyć zakres umowy w ramach dobrowolnych ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej, czyli np. rozszerzyć ubezpieczenie na szkody polegające na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie rzeczy czy szkody powstałe w następstwie zabiegów kosmetycznych innych niż przewiduje to obowiązkowe ubezpieczenie.

6.2. Umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

Przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku (art. 805 § 1 i 2 k.c.). Objęcie ubezpieczeniem okresu poprzedzającego zawarcie umowy jest bezskuteczne, jeżeli w chwili zawarcia umowy którakolwiek ze stron wiedziała lub przy zachowaniu należytej staranności mogła się dowiedzieć, że wypadek zaszedł lub że odpadła możliwość jego zajścia w tym okresie (art. 806 § 2 k.c.).

Umowa ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia oraz inne wzorce umowy muszą być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Wszelkie postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubez-

pieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia (art. 15 ust. 1–3 i 5 ustawy z 11.09.2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej⁵).

Kluczową częścią umowy ubezpieczenia są ogólne warunki ubezpieczenia, umieszczone razem z innymi wzorcami umowy zakład ubezpieczeń stronie internetowej tego zakładu (art. 15 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Treść ogólnych warunków ubezpieczenia określają w szczególności (art. 16 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej):

- 1) rodzaj ubezpieczenia i jego przedmiot;
- 2) warunki zmiany sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia taką zmianę przewidują;
- 3) prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia;
- 4) zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczenia;
- 5) sposób ustalania rozmiaru szkody – przy ubezpieczeniach majątkowych;
- 6) sposób określania sumy odszkodowania lub innego świadczenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują odstępstwa od zasad przewidzianych w przepisach prawa;
- 7) sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej;
- 8) metodę i sposób indeksacji składek ubezpieczeniowych, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują indeksację składek;
- 9) tryb i warunki dokonania zmiany umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony;
- 10) przesłanki, sposób oraz termin wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość;
- 11) termin i sposób odstąpienia od umowy ubezpieczenia.

Wszelkie informacje dodatkowe zakład ubezpieczenia ma obowiązek zamieszczać na stronie internetowej (art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej).

Ubezpieczyciel zobowiązany jest potwierdzić zawarcie umowy dokumentem ubezpieczenia. W razie wątpliwości umowę uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia (art. 819 k.c.). Wyjątkiem od tej zasady jest sytuacja, gdy w odpowiedzi na złożoną ofertę ubezpieczyciel doręcza ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty. Ubezpieczyciel obowiązany jest zwrócić ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami oferty (art. 811 § 1 k.c.). W braku sprzeciwu ubezpieczającego się (np. pielęgniarstwa wykonu-

⁵ Dz.U. z 2019 r. poz. 381 ze zm.

jącej zawód w ramach indywidualnej praktyki zawodowej) umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu (art. 811 § 2 k.c.).

Od zawartej umowy ubezpieczenia OC może odstąpić. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, a takimi są praktyki zawodowe i podmioty lecznicze, w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli umowa zawarta jest na czas określony, ubezpieczyciel może ją wypowiedzieć jedynie w przypadkach wskazanych w ustawie, a także z ważnych powodów określonych w umowie lub w ogólnych warunkach ubezpieczenia (art. 812 § 4 i 5 k.c.).

Jeżeli pomiędzy treścią umowy a ogólnymi warunkami ubezpieczenia zachodzi różnica, to ubezpieczyciel zobowiązany jest przedstawić ją ubezpieczającemu w formie pisemnej przed zawarciem umowy. W razie niedopełnienia tego obowiązku ubezpieczyciel nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla ubezpieczającego. Przepisu nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji (art. 812 § 8 k.c.).

Początek odpowiedzialności ubezpieczyciela może być różnie ustalony (art. 814 k.c.):

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu umowy, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.
2. Jeżeli ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W braku wypowiedzenia umowy wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona składka.
3. W razie opłacania składki w ratach niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki może powodować ustanie odpowiedzialności ubezpieczyciela tylko wtedy, gdy skutek taki przewidywała umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia, a ubezpieczyciel po upływie terminu wezwał ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie siedmiu dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.

6.3. Prawa i obowiązki ubezpieczającego

Pielęgniarka w ramach jednej z indywidualnych praktyk, pielęgniarki w ramach grupowej praktyki w formie spółki cywilnej, grupowa praktyka w formie spółki jawnej

i partnerskiej oraz podmiot leczniczy jako strona ubezpieczona mają pewne ustawowe obowiązki (art. 815 k.c.).

Przed wszystkim należy podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. Jeżeli w umowie ubezpieczenia zastrzeżono, że w czasie jej trwania należy zgłaszać zmiany okoliczności podanych przy zawarciu umowy, ubezpieczający obowiązany jest zawiadamiać o tych zmianach ubezpieczyciela niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości. Dopełnienie tego obowiązku jest bardzo istotne, ponieważ w przeciwnym razie ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia omawianego obowiązku doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym (art. 816 k.c.).

Ubezpieczający ma obowiązek w określonym terminie powiadomić ubezpieczyciela o wypadku, z reguły termin ten wynika z umowy ubezpieczenia lub ogólnych warunków ubezpieczenia. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa tego obowiązku ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków wypadku. Skutki braku zawiadomienia ubezpieczyciela o wypadku nie następują, jeżeli ubezpieczyciel w terminie wyznaczonym do zawiadomienia otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości (art. 818 k.c.).

Uprawnionym do odszkodowania z tytułu zawarcia umowy OC jest co do zasady poszkodowany pacjent lub niektóre osoby bliskie. Uprawniony w związku ze zdarzeniem objętym umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej może dochodzić roszczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel nie może przeciwko uprawnionemu do odszkodowania podnieść zarzutu naruszenia obowiązków wynikających z umowy lub ogólnych warunków ubezpieczenia przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nastąpiło ono po zajściu wypadku (art. 822 § 4 i 5 k.c.).

6.4. Suma gwarancyjna ubezpieczenia OC

Suma gwarancyjna to górna granica odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń ustalona w umowie ubezpieczenia z tytułu udzielonej ochrony w zakresie odpowiedzialności cywilnej ubezpieczonego.

Odnośnie do obowiązkowego ubezpieczenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC został ogólnie narzucona przez ustawodawcę i w okresie ubezpieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy wynosi równowartość w złotych:

- 1) 100 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń – obowiązuje podmioty lecznicze, o których mowa w art. 4 ust. 1 u.d.z.l., takie jak: a) przedsiębiorcy, b) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, c) jednostki budżetowe, d) instytuty badawcze, e) fundacje i stowarzyszenia (których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej), f) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania oraz jednostki wojskowe
– które wykonują działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne (szpitale);
- 2) 75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń – obowiązuje podmiot leczniczy, wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne (np. zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze) oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (np. przychodnie);
- 3) 75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC lekarza wykonującego działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład;
- 4) 75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC

- lekarza wykonującego działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska;
- 5) 30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC pielęgniarstwa wykonującej działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarstwa, indywidualna praktyka pielęgniarstwa wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarstwa wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład;
 - 6) 30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC pielęgniarstwa wykonującej działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarstwa;
 - 7) 30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC fizjoterapeuty wykonującego działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna, indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład;
 - 8) 30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC fizjoterapeuty wykonującego działalność leczniczą w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka fizjoterapeutyczna.

Jeżeli dany podmiot wykonujący działalność leczniczą wykonuje więcej niż jeden rodzaj działalności leczniczej albo wykonuje działalność leczniczą w więcej niż jednej formie, wysokość minimalnej sumy gwarancyjnej ubezpieczenia OC tego podmiotu stanowi równowartość najwyższej minimalnej sumy gwarancyjnej określonej dla wykonywanych rodzajów działalności leczniczej albo form wykonywanej działalności leczniczej.

Kwoty sumy gwarancyjnej są ustalane przy zastosowaniu średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC zostaje zawarta.

6.5. Zasady odpowiedzialności ubezpieczyciela

Zasadą jest, że ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku (art. 817 k.c.). Natomiast wyjątkiem jest, że termin spełnienia świadczenia może być dłuższy. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie 30 dni. Jednocześnie umowa ubezpieczenia lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą zawierać postanowienia korzystniejsze dla uprawnionego, czyli inne terminy.

Roszczenie poszkodowanego do ubezpieczyciela o odszkodowanie lub zadośćuczynienie przedawnia się z upływem terminu przewidzianego dla tego roszczenia w przepisach o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną czynem niedozwolonym lub wynikłą z niewykonania bądź nienależytego wykonania zobowiązania. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do ubezpieczyciela przerywa się także przez zgłoszenie ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie świadczenia (art. 819 § 3 i 4 k.c.).

Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli ubezpieczający wyrządził szkodę umyślnie; w razie rażącego niedbalstwa odszkodowanie nie należy się, chyba że umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia stanowią inaczej lub zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności. Pielęgniarki zawierające umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej powinny pamiętać, że można ustalić inne zasady odpowiedzialności ubezpieczyciela niż określone w zdaniu poprzednim, czyli przewidzieć odpowiedzialność ubezpieczyciela także za wyrządzenie szkody z rażącego niedbalstwa. Ale to już wymaga negocjacji, jeżeli nie wynika z ogólnych warunków ubezpieczenia (art. 827 § 1 i 4 k.c.).

Jeżeli nie umówiono się inaczej, z dniem zapłaty odszkodowania przez ubezpieczyciela roszczenie ubezpieczającego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na ubezpieczyciela do wysokości zapłaconego odszkodowania. Jeżeli zakład pokrył tylko część szkody, ubezpieczającemu przysługuje co do pozostałej części pierwszeństwo zaspokojenia przed roszczeniem ubezpieczyciela (art. 828 § 1 k.c.).

7. Obowiązki informacyjne praktyk zawodowych i podmiotów leczniczych

Każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą, czyli zarówno podmiot leczniczy, np. szpital czy przychodnia, jak i praktyki zawodowe, ma obowiązek:

- 1) podania do wiadomości publicznej informacji o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy (art. 14 u.d.z.l.). Jednocześnie zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez dany podmiot, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych realizowanych przez ten podmiot (art. 12 u.p.p.);
- 2) na wniosek pacjenta udzielić:
 - a) szczegółowych informacji na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności informacji dotyczących stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod,
 - b) niezbędnych informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia;
- 3) przekazywania informacji objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dotyczącym tego podmiotu;
- 4) przekazywania informacji Krajowemu Punktowi Kontaktowemu do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej lub oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia na ich wniosek.

Każdy z tych obowiązków ma swoją szczególną specyfikę, co zostanie omówione poniżej.

Informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych muszą być przekazane przez podmiot leczniczy lub praktykę zawodową do wiadomości publicznej bez jakiegokolwiek wniosku pacjentów czy innych podmiotów. Ponadto podmioty te mają obowiązek podania do publicznej wiadomości także innych informacji zawartych w regulaminie organizacyjnym. W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających wyłącznie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności aktualne informacje podaje się do wiadomości pacjentów przez ich umieszczenie na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i w Biuletynie Informacji Publicznej, w przypadku podmiotu obowiązującego do jego prowadzenia (art. 24 ust. 2a u.d.z.l.).

Tym samym podmioty te mają obowiązek podania się do wiadomości pacjentów przez ich wywieszenie w widoczny sposób w miejscu udzielania świadczeń oraz na stronie internetowej podmiotu następujących informacji:

- 1) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 2) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej;

- 3) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;
- 4) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;
- 5) sposób obserwacji pomieszczeń za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring), czyli:
 - a) ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników pomieszczeń,
 - b) w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych.

Dodatkowo wymienione informacje muszą być udostępniane w Biuletynie Informacji Publicznej w przypadku podmiotu obowiązującego do jego prowadzenia, co nie dotyczy praktyk zawodowych.

Obowiązek przekazywania informacji przez podmiot leczniczy lub praktykę zawodową wynika także z ustawy o prawach pacjenta: „Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot. Przepisy art. 11 ust. 1 zdanie drugie i ust. 3 u.p.p. stosuje się odpowiednio” (art. 12 u.p.p.). W świetle tego przepisu podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację w formie pisemnej przez umieszczenie jej w swoim lokalu w miejscu ogólnodostępnym. W przypadku pacjenta niemogącego się poruszać informację udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa. Jak już zauważono, wskazane informacje są zamieszczane także w rejestrze wojewody lub okręgowych izb pielęgniarek i położnych, który jest dostępny praktycznie dla każdego zainteresowanego.

Szczególne uregulowania zawiera ustawa z 4.11.2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”⁶, która w art. 5 ust. 2 nakłada na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych określony obowiązek informacyjny. Zgodnie bowiem z art. 5 tej ustawy „1. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw rodziny oraz ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego opracuje informator o uprawnieniach przysługujących na podstawie ustawy. Informator jest zamieszczany na stronach podmiotowych urzędów obsługujących tych ministrów. 2. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany do udzie-

⁶ Dz.U. z 2019 r. poz. 473 ze zm.

lania w miejscu udzielania świadczeń informacji w zakresie objętym informatorem, o którym mowa w ust. 1”.

W przypadku gdy praktyka zawodowa lub podmiot leczniczy ma zawartą umowę z NFZ, jego obowiązki o charakterze informacyjnym przewidziane są także w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Zgodnie z § 11 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca, który podpisał umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ma obowiązek na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, w miejscu ogólnie dostępnym zamieścić tablicę ze znakiem graficznym Funduszu (według wzoru określonego przez Prezesa Funduszu). Jeżeli w jednym budynku przyjmują świadczeniodawcy i podmioty, które nie zawarły z Funduszem umowy, znak graficzny NFZ powinien być umieszczony w sposób jednoznacznie wskazujący, który z podmiotów udziela świadczeń na podstawie umowy. Świadczeniodawca jest zobowiązany do podania w miejscu udzielania świadczeń informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń. W szczególności istotne jest przekazanie pacjentowi informacji dotyczących:

- 1) imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej, a w przypadku ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – także imion i nazwisk osób udzielających świadczeń oraz godzin i miejsca udzielania świadczeń;
- 2) miejsc i godzin udzielania świadczeń przez podwykonawców, jeżeli zachodzi potrzeba poinformowania o tym świadczeniobiorców;
- 3) zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych;
- 4) trybu składania skarg i wniosków u świadczeniodawcy;
- 5) praw pacjenta;
- 6) zasad potwierdzania prawa do świadczeń;
- 7) adresu oraz numerów telefonów najbliższego miejsca, w którym są udzielane świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- 8) numerów telefonów alarmowych „112” i „999” obsługiwanych w ramach systemu powiadamiania ratunkowego;
- 9) adresu i numeru bezpłatnej infolinii Biura Rzecznika Praw Pacjenta;
- 10) adresu i numeru telefonu właściwej miejscowo komórki do spraw skarg i wniosków oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 11) adresu i numeru telefonu właściwej komórki wskazanej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w której świadczeniobiorca uzyska informację o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z tym oddziałem, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia;
- 12) informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia;

- 13) innych informacji, jeżeli obowiązek ich ujawnienia świadczeniobiorcom wynika z umowy.

Z wyjątkiem świadczeniodawców udzielających świadczeń całodobowo, w sposób widoczny, także na zewnątrz budynku, świadczeniodawca jest zobowiązany umieścić:

- 1) informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń;
- 2) adresy oraz numery telefonów podmiotów udzielających świadczeń poza godzinami pracy określonymi w umowie, a w szczególności w dni wolne od pracy i w święta – w przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;
- 3) numery telefonów alarmowych ratownictwa medycznego, tj. 112 i 999.

Szczegółowe zasady przekazywania informacji reguluje ustawa z 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. Zgodnie z przepisami tej ustawy szczegółowe zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym przekazywania informacji o tym procesie, określa regulamin organizacyjny świadczeniodawcy (art. 21 u.p.o.z.). Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do informowania świadczeniobiorców o zasadach i organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz o okolicznościach, w których deklaracja wyboru traci ważność, w szczególności przez umieszczenie, w sposób widoczny i ogólnodostępny, informacji w miejscu udzielania świadczeń i w siedzibie świadczeniodawcy (art. 13 ust. 3 u.p.o.z.). Od 1.10.2020 r. świadczeniodawca będzie zobowiązany do wyznaczenia osoby, do której zadań będzie należeć organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym udzielanie informacji o tym procesie oraz zapewnienie współpracy między osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych (art. 14 ust. 2 u.p.o.z.).

W praktyce kłopot interpretacyjny dotyczy ustalenia granicy pomiędzy realizacją ustawowego obowiązku informacyjnego a reklamą. Informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych nie mogą być przekazywane w sposób i w formie zachęcających do korzystania ze świadczeń zdrowotnych u danego podmiotu czy z konkretnych świadczeń zdrowotnych, informacje nie mogą także zawierać obietnic dotyczących jakości świadczenia zdrowotnego czy jakości sprzętu medycznego wykorzystywanego do wykonania tego świadczenia⁷, który charakteryzuje się powszechnością, jawnością, ogólną dostępnością i przeznaczeniem dla ogółu⁸.

Jak stwierdził Sąd Najwyższy, „reklama oznacza każde przedstawienie (wypowiedź) w jakiegokolwiek formie w ramach działalności handlowej, gospodarczej, rzemieślniczej lub wykonywania wolnych zawodów, dokonane w celu wspierania zbytu towarów

⁷ M. Serwach, *Reklama gabinetu lekarskiego*, „Medycyna Praktyczna” 2013/1.

⁸ Wyrok NSA w Szczecinie z 18.04.2001 r., SA/Sz 2000/00, LEX nr 48952.

lub usług. Powszechnie przyjmuje się, że reklamą są wszelkie formy przekazu, w tym także takie, które nie zawierają w sobie elementów ocennych ani zachęcających do zakupu, mogą jednak zostać przyjęte przez ich odbiorców jako zachęta do kupna. (...) Przy rozróżnieniu informacji od reklamy trzeba mieć na względzie, że podstawowym wyznacznikiem przekazu reklamowego jest nie tylko mniej lub bardziej wyraźna zachęta do kupna towaru, ale i faktyczne intencje podmiotu dokonującego przekazu oraz odbiór przekazu przez podmioty, do których jest kierowany⁹. Również „wszelkie promocje, w tym cenowe, są reklamą towaru i firmy, która ich dokonuje. Nie są natomiast reklamą m.in. listy cenowe, które zawierają jedynie informację o cenach towarów lub usług i są publikowane wyłącznie po to, by podać do publicznej wiadomości ceny określonych produktów”¹⁰.

Zakaz reklamy podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie obejmuje innych informacji, zarówno tych, które dotyczą samego podmiotu, jak i działalności leczniczej wykraczającej poza udzielanie świadczeń zdrowotnych (świadczenia towarzyszące, promocja zdrowia, zadania dydaktyczne i badawcze). Wynika stąd, że zakaz nie dotyczy informacji kierowanych do oznaczonych osób. Dozwolone jest zatem kierowanie ofert o charakterze reklamowym do indywidualnych pacjentów, o ile skala, w jakiej się to czyni, nie nadaje takiej komunikacji charakteru publicznego.

Biorąc pod uwagę linie orzecniczą, zakaz reklamy ma zastosowanie do sytuacji, gdy podmiot leczniczy lub praktyka zawodowa podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych połączone z zachęcaniem do korzystania z tych świadczeń, mającym na celu np. zwiększenie liczby pacjentów i realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej, a w rezultacie – zwiększenie przychodów finansowych. W mojej ocenie zakaz ten ma przede wszystkim odniesienie do podmiotów udzielających komercyjnych świadczeń zdrowotnych.

Naruszenie zakazu reklamy sankcjonują przepisy prawa karnego: „§ 1. Kto wykonuje działalność leczniczą lub prowadzi zakład leczniczy dla zwierząt bez wymaganego wpisu do rejestru lub ewidencji, podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny. § 2. Tej samej karze podlega ten, kto podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych lub usług z zakresu medycyny weterynaryjnej mające formę i treść reklamy” (art. 147a k.w.). Powyższa norma wskazuje, że kto podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych, mające formę i treść reklamy, podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny.

Jednocześnie zakaz reklamy podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych nie stanowi przeszkody w zasięgnięciu przez pacjenta dodatkowych informacji. Zgodnie

⁹ Wyrok SN z 2.10.2007 r., II CSK 289/07, LEX nr 341805.

¹⁰ Wyrok NSA z 3.07.2015 r., II GSK 1365/14, LEX nr 1768120.

z art. 14 ust. 2 u.d.z.l. pacjent ma prawo na swój indywidualny wniosek do: 1) szczegółowych informacji na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności informacji dotyczących stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod; 2) niezbędnych informacji na temat umów ubezpieczenia zawartych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych oraz do informacji objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą dotyczącym tego podmiotu. Ponadto podmiot wykonujący działalność leczniczą przekazuje Krajowemu Punktowi Kontaktowemu do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej lub oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia, na ich wniosek, dane dotyczące świadczeń zdrowotnych udzielonych wskazanym we wniosku pacjentom z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej oraz cen tych świadczeń. Dane te przekazuje się w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku (art. 14 ust. 3 i 4 u.d.z.l.).

8. Kontrola przeprowadzana przez okręgowe izby pielęgniarek i położnych oraz wojewodę

Podmioty wpisane do rejestru, czyli praktyki zawodowe pielęgniarek i podmioty lecznicze, podlegają z mocy ustawy o działalności leczniczej kontroli w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej (art. 111 ust. 1 u.d.z.l.). Jednocześnie dodatkowo i niezależnie od wyżej przywołanej regulacji okręgowe izby pielęgniarek i położnych mogą kontrolować prowadzone przez pielęgniarki praktyki zawodowe także na podstawie art. 22 u.z.p.p.: „Okręgowa izba pielęgniarek i położnych jest uprawniona do wizytacji w celu oceny wykonywania zawodu przez pielęgniarkę lub położną w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej”. Zgodnie z przywołanym przepisem art. 22 u.z.p.p. mowa tu o upoważnieniu do „wizytacji”, a nie o „kontroli”, jak w art. 111 u.d.z.l.

W ramach niniejszego opracowania w pierwszej kolejności zostanie omówiona kontrola praktyk zawodowych prowadzonych przez pielęgniarki i kontrola podmiotów leczniczych, a następnie na tle wcześniejszych ustaleń – cel i zasady wizytacji praktyk zawodowych prowadzonych przez pielęgniarki.

Słowo „kontrolowanie” ma co do zasady negatywne konotacje wśród podmiotów kontrolowanych. Jest najczęściej postrzegane jako czynność polegająca na sprawdzeniu sposobów i efektów określonych działań w celu znalezienia niezgodności, a następnie wyciągnięcia konsekwencji wobec winnych ich wystąpienia¹¹. Teoretycznych definicji

¹¹ K. Feret, *Proces zarządzania i rola menedżerów* [w:] *Zarządzanie podmiotami wykonującymi działalność leczniczą*, red. M. Paszkowska, Warszawa 2015, s. 83.

zwrotu „kontrola” w literaturze jest wiele, na potrzeby tego opracowania przyjęto definicję z zakresu prawa administracyjnego: „Kontrola, najogólniej, oznacza zespół czynności polegających na: 1) badaniu zgodności stanu istniejącego ze stanem postulowanym, 2) ustaleniu zasięgu i przyczyn rozbieżności, 3) przekazaniu wyników tego ustalenia, a czasem i wynikających stąd dyspozycji zarówno podmiotowi kontrolowanemu, jak i podmiotowi organizacyjnie nadrzędnemu nad podmiotem kontrolowanym”¹².

Ustawowy cel kontroli określony został jako zgodność wykonywanej działalności praktyki zawodowej lub podmiotu leczniczego z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej (art. 111 ust. 1 u.d.z.l.). Z prawnego punktu widzenia kontrola jest czynnością faktyczną, a jej istotą jest porównanie stanu zastanego w toku czynności ze stanem pożądanym.

Podmiotami uprawnionymi do przeprowadzania kontroli jest okręgowa rada pielęgniarek i położnych wobec praktyk zawodowych oraz wojewoda wobec podmiotów leczniczych. W tym celu okręgowa rada pielęgniarek i położnych oraz wojewoda upoważnia do wykonywania czynności kontrolnych określone osoby, którymi mogą być zarówno osoby wykonujące zawód medyczny, jak i niewykonyjące tego zawodu. Oczywiście jest, że osoby upoważnione przez organ prowadzący rejestr do wykonywania czynności kontrolnych winny legitymować się stosownym merytorycznym przygotowaniem, zgodnym z zakresem przeprowadzanej kontroli. Organ prowadzący rejestr może zlecić przeprowadzenie kontroli konsultantom wojewódzkim oraz jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez ten organ. Kontrola jest przeprowadzana za okazaniem upoważnienia. Zakres upoważnienia do wykonywania czynności kontrolnych uzależniony jest od posiadania lub nie statusu osoby wykonującej zawód medyczny.

Każda osoba upoważniona do wykonywania czynności kontrolnych na podstawie art. 111 u.d.z.l. jest ustawowo upoważniona do:

- 1) żądania informacji i dokumentacji – przedmiotem kontroli może być wszelkiego rodzaju dokumentacja, jak również regulacje o charakterze wewnętrznym oraz umowy i inne porozumienia. Przykładowo kontrolujący mogą żądać okazania co najmniej: a) wpisu do odpowiedniego rejestru prowadzonego w Krajowym Rejestrze Sądowym lub wpisu do Ewidencji Działalności Gospodarczej (obecnie: Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej), b) tytułu prawnego do lokalu, c) statutu, regulaminu organizacyjnego, d) umowy ubezpieczenia, e) akt personelu medycznego, w tym prawa wykonywania zawodu oraz dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe, f) zaświadczenia lekarskiego o spełnianiu przez personel medyczny wymagań zdrowotnych, g) umów na serwisowanie aparatury i sprzętu medycznego), h) dokumentów potwierdzających stan techniczny aparatury i sprzętu medycz-

¹² J. Boć [w:] *Prawo administracyjne*, red. J. Boć, Wrocław 2000, s. 357.

nego (np. karty gwarancyjnej, certyfikatu, pozwolenia na użytkowanie), i) decyzji administracyjnej zawierającej opinię właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej, potwierdzającej spełnianie wymagań sanitarnych, j) zezwolenia Inspektora Sanitarnego na uruchomienie pracowni rtg i stosowanie aparatu rtg, mammografu, tomokomputera oraz rezonansu magnetycznego, k) protokołu ostatniej kontroli sanitarnej, l) umowy na świadczenie usług w zakresie sterylizacji sprzętu, umowy o odbiór i utylizację odpadów niebezpiecznych, ł) okazania tych elementów wyposażenia podmiotu kontrolowanego, m) karty praw pacjenta. Natomiast obecnie organ prowadzący rejestr nie może żądać dokumentów dotyczących sytuacji finansowej podmiotu kontrolowanego¹³;

- 2) wstępu do pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz
- 3) żądania ustnych i pisemnych wyjaśnień.

Natomiast wyłącznie osoby wykonujące zawód medyczny mają prawo do: oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym lub statucie, w tym dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, udziału w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz wglądu do dokumentacji medycznej (art. 111 u.dz.l.).

Jak już zaznaczono powyżej, niezależnie od możliwości przeprowadzenia kontroli na podstawie art. 111 u.dz.l. okręgowe izby pielęgniarek i położnych mogą prowadzić wizytacje praktyk zawodowych prowadzonych przez pielęgniarki na podstawie art. 22 ustawy pielęgniarstwiej. Zgodnie ze słownikiem języka polskiego „wizytacja” to kontrolna wizyta władz zwierzchnich w podlegającej im placówce, jak również komisja dokonująca takiej kontroli¹⁴. W przywołanym przepisie art. 22 u.z.p.p. słowo „wizytacja” ujmuje się w kontekście nadzorowania osób wykonujących zawód pielęgniarstwiej, czyli sprawowania przez samorząd pieczy nad należytych wykonywaniem zawodu (art. 4 ust. 1 pkt 1 u.dz.l.).

Czynności wizytacyjne na podstawie art. 22 ustawy pielęgniarstwiej mogą przeprowadzić tylko pielęgniarki lub położne upoważnione przez okręgową radę pielęgniarek i położnych, a zatem węższej niż na podstawie art. 111 u.dz.l. – gdzie mowa o możliwości upoważnienia do kontroli również osób niewykonywujących zawodów medycznych.

Zakres czynności wizytacyjnych, do których na podstawie art. 22 u.z.p.p. są upoważnione pielęgniarki i położne, jest również węższej niż w sytuacji, gdyby te same osoby przeprowadzały kontrolę na podstawie art. 111 u.dz.l. W ramach przeprowadzanej wizytacji upoważnione pielęgniarki i położne, za okazaniem upoważnienia, mają prawo do: 1) żądania informacji i dokumentacji; 2) wstępu do pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą; 3) udziału w czynnościach związanych z udzie-

¹³ Ustawa o działalności leczniczej..., red. F. Grzegorzczak, M. Dulińska.

¹⁴ Słownik języka polskiego PWN, <https://sjp.pwn.pl/sjp/wizytacja;2579952.html> (dostęp: 22.09.2019 r.).

laniem świadczeń zdrowotnych; 4) wglądu do dokumentacji medycznej; 5) żądania ustnych i pisemnych wyjaśnień. Natomiast osoby wizytujące nie mają prawa do oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym lub w statucie, w tym dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, do czego mają prawo osoby przeprowadzające kontrolę praktyki zawodowej na podstawie art. 111 ust. 3 pkt 2 w zw. z ust. 4 u.dz.l.

Po wykonaniu czynności wizytacyjnych sporządza się wystąpienie powizytacyjne, które zawiera: 1) imię i nazwisko oraz adres miejsca zamieszkania albo nazwę, albo firmę oraz adres siedziby; 2) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych; 3) datę rozpoczęcia i zakończenia czynności wizytacyjnych; 4) imiona i nazwiska osób wykonujących czynności wizytacyjne; 5) opis stanu faktycznego; 6) opis ewentualnych nieprawidłowości; 7) wnioski osób wykonujących czynności wizytacyjne; 8) datę i miejsce sporządzenia wystąpienia powizytacyjnego.

Jeżeli w wystąpieniu powizytacyjnym stwierdzono postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej lub zawinione naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki, okręgowa rada pielęgniarek i położnych powiadamia o tym fakcie okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Rzecznik – niezwłocznie po otrzymaniu informacji wskazującej na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego – jest zobowiązany wydać postanowienie o wszczęciu lub o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego (art. 48 ust. 1 u.s.p.p.). Wydaje się, że jeśli rzecznik otrzyma wystąpienie powizytacyjne, to nie musi podejmować przed wydaniem postanowienia czynności sprawdzających, o których mowa w art. 49 u.s.p.p., ponieważ ze względu na skład zespołu wizytacyjnego i zdefiniowanie niezbędnych w wystąpieniu elementów nie jest niezbędne wstępne zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego.

W przypadku stwierdzenia w trakcie wizytacji, że pielęgniarka wykonująca zawód w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą rażąco narusza warunki wykonywania działalności objętej wpisem, okręgowa rada pielęgniarek i położnych wykreśla tę praktykę z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (art. 22 ust. 6 u.z.p.p.).

Analizując powyżej dwie podstawy prawne, tj. art. 111 u.dz.l. dla dokonanie kontroli i art. 22 u.z.p.p. dla dokonania wizytacji praktyk zawodowych prowadzonych przez pielęgniarki, można wysnuć kilka wniosków. Literalnie można przyjąć, że terminy „kontrola” i „wizytacja” są synonimami, natomiast w świetle przepisów prawa ustawodawca odmiennie ujmuje cel ich przeprowadzenia. Z jednej strony kontrola ma służyć zbadaniu, czy nie doszło do naruszenia warunków wykonywania działalności objętej wpisem do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą, z drugiej strony celem wizytacji jest dokonanie oceny prawidłowości wykonywania zawodu pielęgniarki w ramach praktyk zawodowych. Kontrola prowadzona na podstawie

art. 111 u.d.z.l. ma przede wszystkim na celu ocenę, czy praktyka zawodowa prowadzona przez pielęgniarkę czy pielęgniarki spełnia formalne uwarunkowania określone w przepisach prawa. Natomiast wizytacja prowadzona na podstawie art. 22 ustawy pielęgniarskiej ma na celu ocenę wykonywania zawodu przez pielęgniarki uprawiające zawód w ramach praktyki zawodowej pod kątem poszanowania przez nie zasad etyki pielęgniarskiej oraz przestrzegania przepisów związanych z wykonywaniem zawodu. A zatem w tym drugim przypadku chodzi przede wszystkim o ocenę merytoryczną pracy pielęgniarki czy pielęgniarek.

Choć w praktyce wydaje się trudne rozgraniczenie wzorców wizytacji i kontroli, to jednak uchwała okręgowej rady pielęgniarek i położnych wyraźnie musi wskazywać na podstawę prawną przeprowadzenia kontroli lub wizytacji. W przeciwnym razie może powstać wątpliwość co do zakresu uprawnień osób, które zostały upoważnione do kontroli lub wizytacji. Akceptowalna wydaje się możliwość jednoczesnego powołania w uchwale okręgowej rady pielęgniarek i położnych jako podstawy prawnej planowanych czynności zarówno art. 111 u.d.z.l., jak i art. 22 u.z.p.p.

Istotną kwestią jest natomiast wyłączenie stosowania wybranych przepisów o kontroli podmiotów prowadzących działalność gospodarczą. W przypadku kontrolowania podmiotów leczniczych pielęgniarskich lub praktyk zawodowych odpowiednio wojewoda oraz okręgowa rada pielęgniarek i położnych – jako organy prowadzące rejestr – są zwolnieni w ramach przeprowadzonego postępowania z wymogu dotyczącego (art. 63 u.p.p. w zw. z art. 48, 51, 54 i 55 u.d.z.l.):

- 1) obowiązku zawiadomienia o zamiarze kontroli, co powoduje, że organ kontroli może ją rozpocząć bez wcześniejszego poinformowania kontrolowanego;
- 2) obowiązku przeprowadzania kontroli w miejscu i godzinach wykonywania działalności przez kontrolowanego, a zatem kontrola będzie mogła być wykonywana także poza tym miejscem oraz w godzinach innych niż godziny, w których prowadzona jest działalność;
- 3) możliwości prowadzenia tylko jednej kontroli w tym samym czasie;
- 4) ograniczenia czasu trwania kontroli.

Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, która zawarła umowy o udzielanie świadczeń z dyrektorem oddziału NFZ podlega – obok wizytacji i kontroli przeprowadzanych przez okręgową radę pielęgniarek i położnych – również nadzorowi ze strony Ministra Zdrowia w zakresie realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 163 ust. 1 pkt 2 u.ś.o.z.). Nadzór ten przejawia się w żądaniu udostępnienia przez świadczeniodawcę informacji, dokumentów i wyjaśnień (art. 165 u.ś.o.z.). Minister właściwy do spraw zdrowia może również za pośrednictwem wyznaczonej osoby przeprowadzić kontrolę świadczeniodawców w zakresie zgodności ich działalności z umową o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz z interesem świadczeniobiorców (art. 173 ust. 1 pkt 2 u.ś.o.z.).

9. Podsumowanie

1. Zawód pielęgniarki może być wykonywany wyłącznie w formie praktyk zawodowych, obecnie jednak za centralne i zasadnicze miejsce wykonywania tego zawodu uważa się podmioty działalności leczniczej, co znajduje swoje uzasadnienie w postępie medycyny i rozwoju szpitalnictwa¹⁵.

2. Od rodzaju działalności leczniczej i od zakresu udzielanych świadczeń zależą:

- a) prawno-organizacyjne formy podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych,
- b) wymagania dotyczące pomieszczeń i urządzeń,
- c) regulamin organizacyjny,
- d) zakres obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i suma gwarancyjna,
- e) możliwości udzielania i przyjmowania zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- f) wymagania co do personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych, w tym personelu pielęgniarskiego,
- g) zasady wejścia do systemu świadczeń opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych.

3. Kontrola prowadzona na podstawie art. 111 u.dz.l. ma służyć zbadaniu, czy nie doszło do naruszenia warunków wykonywania działalności objętej wpisem do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą, a celem wizytacji prowadzonej na podstawie art. 22 u.z.p.p. jest dokonanie oceny prawidłowości wykonywania zawodu pielęgniarki w ramach praktyk zawodowych.

4. Wprawdzie ustawodawca wskazuje na dwie podstawy prawne dla przeprowadzenia czynności kontrolnych i czynności wizytacyjnych i w każdej z tych regulacji oznacza cel tych czynności, jednak podjęcie czynności wizytacyjnych na podstawie art. 22 ustawy pielęgniarskiej może także wyrzucić skutek w zakresie prowadzonego wpisu do rejestru.

¹⁵ Wynalezienie środków znieczulających i usypiających, odkrycie bakterii jako źródła chorób zakaźnych, wprowadzenie antyseptyki przy leczeniu ran oraz przy opiece kobiet rodzących i będących w połogu (L. Pasteur, J. Lister, R. Koch, I. Semmelweis), a także odkrycie promieniotwórczości (W.C. Röntgen, P. Curie, M. Skłodowska-Curie). Te odkrycia zmieniły medycynę i nadały jej nowy kierunek. Praktyczne zastosowanie wszystkich tych osiągnięć w opiece zdrowotnej następowo w szpitalu. Por. J. Rój, J. Sobiech, *Zarządzanie finansami szpitala*, Warszawa 2006, s. 46–58.

Rozdział 4

WYKONYWANIE ZAWODU PIELĘGNIARKI NA PODSTAWIE UMOWY O PRACĘ

1. Cechy zatrudnienia pracowniczego

Zatrudnienie pracownicze osób wykonujących zawód pielęgniarki w podmiotach leczniczych ma zarówno właściwości uniwersalne, jak też szczególne¹. Właściwości te związane są z określonym rodzajem umowy o pracę, rodzajem pracodawcy, a także z wewnętrznymi regulacjami konkretnego pracodawcy.

Uniwersalną właściwością zatrudnienia pracowniczego osób wykonujących zawód pielęgniarki jest ustawowe uregulowanie uprawnień oraz ochrona każdego pracownika². W doktrynie prawa pracy podkreśla się, że ochronna i gwarancyjna funkcja prawa pracy polega na tym, że osoby wykonujące zawód pielęgniarki i pozostające w zatrudnieniu pracowniczym (pracownicy) są w znacznie lepszej sytuacji prawnej względem pracodawcy (podmiotu leczniczego) niż osoby pozostające w zatrudnieniu niepracowniczym (na podstawie umowy cywilnej) względem zlecającego³. Stosunek pracy jest zobowiązaniowym stosunkiem prawnym wzajemnym i przepisy ochronne należy traktować jako wykraczające poza zwykłą ochronę wierzyciela i dłużnika wynikającą z konstrukcji prawa cywilnego⁴.

Zasadniczym kryterium pozwalającym odróżnić osobę zatrudnioną na podstawie umowy o pracę od osoby zatrudnionej na podstawie umowy cywilnej jest podporządkowanie pracownika pracodawcy, a charakterystyka umowy o pracę wymaga analizy zakresu tego podporządkowania. Na gruncie polskiego ustawodawstwa każ-

¹ B.M. Ćwiertniak, O „szczególnych właściwościach” prawa pracy – refleksje o stanie rozważań nad podstawowym pojęciem agregatywnym prawa pracy [w:] *Współczesne problemy prawa pracy i ubezpieczeń społecznych*, red. L. Florek, Ł. Pisarczyk, Warszawa 2011, s. 105–113.

² M. Skąpski, *Ochronna funkcja prawa pracy w gospodarce rynkowej*, Kraków 2006.

³ Teza wyprowadzona z uzasadnienia wyroku SN z 7.10.2004 r., II PK 29/04, OSNP 2005/7, poz. 97.

⁴ Wyrok SN z 9.12.1999 r., I PKN 432/99, OSNP 2001/9, poz. 310.

dy pracownik to osoba podejmująca się pracy „na rzecz pracodawcy za wynagrodzeniem i pod jego kierunkiem” (art. 22 § 1 k.p.⁵). Dodatkowym kryterium pracy świadczonej w ramach stosunku pracy jest fakt (konieczność) wyznaczania tej pracy przez pracodawcę w zakresie czasu i miejsca jej wykonywania⁶.

Przepisy prawa pracy nie definiują umowy o pracę. Przy zawieraniu umów o pracę stosuje się odpowiednio, zgodnie z art. 300 k.p., ograniczenia wynikające z art. 58 oraz 353 k.c. Przedmiot stosunku zatrudnienia pracowniczego osób wykonujących zawód pielęgniarstwa ustala się tak samo jak w przypadku innych osób pozostających w zatrudnieniu pracowniczym. Przedmiot stosunku prawa pracy wyraża się w jego cechach, takich jak: 1) dobrowolność zobowiązania zachodząca między dwoma podmiotami, zwanymi pracownikiem i pracodawcą; 2) osobisty charakter świadczenia pracy; 3) odpłatność pracy; 4) praca na rzecz i pod kierownictwem pracodawcy (w doktrynie ujęte jako podporządkowanie pracownika poleceniom pracodawcy w procesie wykonywania pracy); 5) ciągły, powtarzalny charakter (trwałość) wzajemnych zobowiązań podmiotów; 6) swoisty rozkład odpowiedzialności za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązań (ryzyko podmiotu zatrudniającego); 7) zobowiązanie pracownika do starannego działania w procesie pracy; 8) praca określonego rodzaju oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę; 9) zatrudnienie pracownika za wynagrodzeniem⁷. Cechy te są istotne dla każdej umowy o pracę, niezależnie od jej rodzaju⁸. Przy jednakowym nasileniu tych cech w porównywanych typach umów o rodzaju zawartej umowy może rozstrzygać jej nazwa. Artykuł 22 § 1¹ k.p. nie wprowadza ani domniemania zawarcia umowy o pracę, ani fikcji prawnej zawarcia umowy tego rodzaju. Stanowi jedynie o znaczeniu nazwy umowy dla jej kwalifikacji prawnej⁹.

Przeanalizowanie cech stosunku prawnego i stopnia kontroli, jaką pracodawca sprawuje nad pracownikiem, ma pozwolić na udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy mamy do czynienia z pracą zależną na podstawie umowy o pracę, czy z pracą na własny rachunek na podstawie umowy cywilnej. Metoda typologiczna potencjal-

⁵ Brzmienie art. 22 § 1 k.p. zostało nadane przywołanemu przepisowi przez ustawę z 26.07.2002 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 135, poz. 1146), a jednym z założeń tej zmiany miało być precyzyjne oddzielenie pracowniczych i niepracowniczych form zatrudnienia.

⁶ *Kodeks pracy...*, red. M. Gersdorf, K. Rączka, J. Skoczyński, Z. Salwa, s. 77.

⁷ Wyrok SN z 7.10.2009 r. (teza pierwsza), III PK 38/09, OSP 2010/11, poz. 115; A. Drozd, *Przemiany pojęcia „stosunek pracy” – wpływ orzecznictwa czy prawa sędziowskiego* [w:] *Współczesne problemy prawa pracy...*, s. 67–79.

⁸ Wyrok SN z 28.10.1998 r., I PKN 416/98, OSNP 1999/24, poz. 775. Najbardziej istotne cechy stosunku pracy określone zostały w przepisie art. 22 § 1 k.p.; wyrok SN z 14.02.2001 r., I PKN 256/00, OSNP 2002/23, poz. 564.

⁹ Wyrok SN z 9.12.1999 r., I PKN 432/99. Część przesłanek stosunku pracy nie jest wywodzona jedynie z treści art. 22 k.p., ale z analizy szeregu innych przepisów prawa pracy, wykazujących specyfikę regulacji. Por. A. Sobczyk, *Uwagi na temat ewolucji stosunku pracy* [w:] *Współczesne problemy prawa pracy...*, s. 62.

nie daje sędziemu możliwość szerokiej zmiany granic zatrudnienia pracowniczego w zależności od jego podejścia i kategorii pracowników medycznych¹⁰. Tendencja do rozszerzania pojęcia zatrudnienia pracowniczego służy ochronie osób pozostających w takim zatrudnieniu w zakresie zabezpieczenia społecznego.

Za najważniejszy czynnik odróżniający pracę wykonywaną w ramach stosunku pracy od zatrudnienia w ramach jednej z umów prawa cywilnego albo samozatrudnienia uznaje się podporządkowanie pracownika pracodawcy¹¹. Jednocześnie coraz częściej w doktrynie prawa pracy podkreśla się słabość przesłanki podporządkowania jako kluczowej cechy odróżniającej pracę zależną na rzecz zależności gospodarczej pracownika od pracodawcy.

2. Podporządkowanie pracownicze

W doktrynie prawa pracy nie wypracowano jednoznacznego stanowiska co do zakresu przedmiotowego pojęcia podporządkowania, mimo że termin ten jest powszechnie uznawany za podstawową i konstrukcyjną cechę zatrudnienia pracowniczego¹². Podporządkowanie pracownicze jest przez część autorów, ale również w niektórych orzeczeniach sądowych, traktowane jako odwrotność uprawnień kierowniczych¹³, co oznaczałoby, że zakres tych pojęć jest wspólny, tylko postrzegany z dwóch punktów widzenia – pracodawcy i pracownika.

Z. Kubot wskazuje na co najmniej trzy sposoby ujęcia podporządkowania pracowniczego w doktrynie prawa pracy¹⁴. Po pierwsze, podporządkowanie pracownika to obowiązek wykonywania poleceń przełożonych¹⁵. Po drugie, podporządkowanie

¹⁰ Przedmiot umowy o pracę ustala się metodą typologiczną, polegającą na ilościowym porównaniu cech właściwych stosunkowi pracy oraz innym stosunkom prawnym.

¹¹ A.M. Świątkowski, *Przedmiot stosunku pracy. Rozważania de lege lata i de lege ferenda* [w:] *Współczesne problemy prawa pracy...*, s. 49.

¹² Z. Salwa, *Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych*, Warszawa 1995, s. 15–16; U. Torbus, *Podporządkowanie pracownika pracodawcy jako cecha stosunku pracy* [w:] *Współczesne problemy prawa pracy...*, s. 138 i n.; wyrok SN z 20.03.1965 r., III PU 28/64, OSNCP 1965/9, poz. 157; wyrok SN z 17.02.1999 r., I PKN 568/98, OSNP 2000/6, poz. 229; wyrok SN z 25.11.2004 r., I PK 42/04, OSNP 2005/14, poz. 209; wyrok SN z 25.11.2005 r., I UK 68/05, „Wokanda” 2006/4, s. 26; wyrok SN z 7.03.2006 r., I PK 146/05, OSNP 2007/5–6, poz. 67.

¹³ Przykładowo: wyrok SN z 17.02.1999 r., I PKN 568/98; wyrok SN z 3.06.1998 r., I PKN 170/98, OSNP 1999/11, poz. 369.

¹⁴ Z. Kubot, *Podporządkowanie lekarza w państwowym zakładzie leczniczym*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1979/4, s. 22; o podporządkowaniu pracowniczemu mowa także m.in. w wyroku SN z 5.12.2000 r., I PKN 127/00, OSNP 2002/15, poz. 356.

¹⁵ A. Chobot ujął podporządkowanie pracownicze jako „element stosunku typu kompetencyjno-podległościowego w ramach złożonego stosunku pracy, zachodzący między pracownikiem a pracodawcą”, którego treścią jest prawo wydawania poleceń i obowiązków ich wykonywania, A. Chobot, *Obowiązki pracownicze oraz środki prawne zabezpieczające ich wykonanie* [w:] *Studia nad kodeksem pracy*, red. W. Jaśkiewicz, Poznań 1975, s. 117; Z. Salwa, *Prawo pracy w PRL w zarysie*, Warszawa 1977.

pracownika oznacza podległość poleceniom oraz podległość ocenom dokonywanym przez pracodawcę i stosowanym przez niego środkom upominawczym. Po trzecie, dodatkowo zakres pojęcia podporządkowania obejmuje jeszcze sferę zależności faktycznej pracownika od zakładu pracy. Tu o podporządkowaniu pracownika przesądza już możliwość faktycznego oddziaływania zakładu pracy na zachowanie pracownika w procesie pracy¹⁶.

Z kolei J. Jończyk wyróżnia podporządkowanie pracownika: dyrektywne (organizacyjne), czyli obowiązek pracownika stosowania się do wydanych przez przełożonych poleceń dotyczących pracy (w szczególności sposobu, miejsca i czasu jej wykonywania), represyjne uprawnienia pracodawcy do stosowania kar porządkowych, a także dystrybucyjne uprawnienia pracodawcy do stosowania nagród¹⁷.

Pomimo zaliczenia podporządkowania pracowniczego do kluczowych cech umowy o pracę, przepisy prawa pracy nie posługują się bezpośrednio tym terminem, używając pojęcia „kierownictwo” (art. 22 § 1 k.p.). Jego znaczenie należy ustalić na podstawie ogółu przepisów Kodeksu pracy, a w niektórych stosunkach pracy także na podstawie przepisów szczególnych¹⁸.

Zdaniem Z. Kubota znaczenie terminu „kierownictwo” w kontekście art. 22 § 1 k.p. jest węższe niż potoczne, nie obejmuje zarządzania, a tylko kierowanie pracą¹⁹. Kierowanie pracą jest obligatoryjnym składnikiem kierownictwa pracodawcy co najmniej przez wyznaczanie zadań oraz kontrolę i ocenę ich wykonania. Istotnym, choć niekoniernym, przejawem kierownictwa pracodawcy jest uprawnienie do nakładania kar porządkowych. W każdym kierowaniu możemy wyróżnić trzy zasadnicze elementy, do których zaliczamy: planowanie, organizowanie i kontrolowanie.

T. Liszcz podkreśla słuszność wyrażonego w doktrynie prawa pracy poglądu i stwierdza, że: „Wprowadzenie do art. 22 § 1 k.p. elementu wyznaczenia przez pracodawcę miejsca i czasu wykonywania pracy, jako samoistnych kryteriów charakteryzujących stosunek pracy, zdaje się zawężać pojęcie kierownictwa pracodawcy do wyznaczania pracownikowi zadań (co ma robić) i sposobu ich wykonywania (jak ma robić), co jest niezamierzonym efektem tej nowelizacji”²⁰. Autorka tym samym odrzuca propozy-

Jednocześnie Z. Salwa ujął podporządkowanie jako jedną z zasad prawa pracy, *Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych...*, s. 51 i 52.

¹⁶ Pracownik obok obowiązku stosowania się do poleceń ma także obowiązek stosowania się do ustalonego w zakładzie pracy porządku, określonego w regulaminie pracy oraz innych wewnętrznych aktach zakładu pracy, jak instrukcje obsługi maszyn i urządzeń, regulaminy przeciwpożarowe, regulamin organizacyjny; W. Piotrowski, *Stosunek pracy*, Poznań 1977, s. 124–125.

¹⁷ J. Jończyk, *Prawo pracy*, Warszawa 1995, s. 121 i 125.

¹⁸ Z. Kubot, *Pojęcie kierownictwa pracodawcy* [w:] *Prawo pracy a wyzwania XXI wieku. Księga Jubileuszowa Profesora Tadeusza Zielińskiego*, Warszawa 2002, s. 234 i n.

¹⁹ Z. Kubot, *Pojęcie kierownictwa pracodawcy...*, s. 234.

²⁰ *Z zagadnień współczesnego prawa pracy*, red. Z. Góral, Warszawa 2009.

cję, aby pojęciu kierownictwo pracodawcy z art. 22 § 1 k.p. nadać „tak szeroki zakres znaczeniowy, by pokrywał się on z tym, co w dotychczasowej praktyce utożsamiane było z cechą podporządkowania pracownika pracodawcy”²¹.

Zgodnie z orzeczeniem SN z 2009 r. „rodzaj i zakres podporządkowania pracownika w stosunku pracy może być różny w zależności od pełnionej funkcji. Ustawowe pojęcie podporządkowania nie może być jednak rozciągane tak szeroko, że zostało ono pozbawione znaczenia jako jedna z podstawowych cech pracowniczego stosunku pracy. Dla podporządkowania pracowniczego jest charakterystyczne to, że może ono być egzekwowane (w odróżnieniu od podporządkowania występującego w cywilnoprawnych stosunkach świadczenia usług) poprzez stosowanie środków przymuszających w postaci kar porządkowych (kar dyscyplinarnych). (...) Podporządkowanie, o którym mowa w art. 22 k.p., zakłada istnienie podmiotu, względem którego ono występuje”²².

Jak wynika z powyższych uwag, nie ma jednomyślności co do wzajemnych relacji między podporządkowaniem pracowniczym a kierowaniem pracowniczym. Termin „podporządkowanie pracownicze” jest pojęciem języka prawniczego, termin „kierownictwo pracownicze” jest pojęciem języka prawnego (art. 22 § 1 k.p.), niezdefiniowanym w przepisach prawa. Oba pojęcia stanowią przedmiot szerokiego zainteresowania w doktrynie prawa pracy co do zakresu i treści terminu²³. Panuje zgodność co do faktu, że są to kluczowe elementy zatrudnienia pracowniczego, właściwe tylko dla prawa pracy, niewystępujące w zatrudnieniu cywilnoprawnym. Pojęcia te mają specyficzną treść, określaną przez przepisy prawa pracy, a także przez przepisy szczególne w rozumieniu art. 5 k.p.

T. Liszcz, odwołując się do języka potocznego, podkreśla, że zakresy znaczeniowe pojęć „kierowanie pracownicze”²⁴ i „podporządkowanie pracownicze”²⁵ nie są jednakowe; zdaniem tej autorki zdecydowanie szersze jest „podporządkowanie”, „które w przypadku pracownika zawiera w sobie poddanie się kierownictwu pracodawcy, ale nie wyczerpuje się w nim, obejmuje między innymi jego zależność ekonomiczną od pracodawcy, która z pewnością nie mieści się w pojęciu kierownictwa”²⁶. Tym samym podporządkowanie oznacza sytuacje wielorakiego uzależnienia pracownika od pracodawcy: 1) podporządkowanie reglamentacyjne, wynikające z uprawnień prawodawczych pracodawcy, których głównym przejawem są akty wewnętrzne zakładu

²¹ W. Sanetra [w:] J. Iwulski, W. Sanetra, *Kodeks pracy. Komentarz*, Warszawa 2003, s. 104.

²² Wyrok SN z 6.05.2009 r., II PK 95/09, OSNAPiUS 2011/1-2, poz. 6.

²³ T. Kuczyński, *Uprawnienia kierownicze w nominacyjnym stosunku pracy* [w:] *Z zagadnień współczesnego prawa pracy...*, s. 145.

²⁴ Słowa „kierowanie”, „zarządzanie”, „kierować” oznaczają m.in. „wytyczać drogi działania, rządzić kimś, czymś, stać na czele”, *Słownik języka polskiego*, t. I, red. M. Szymczak, Warszawa 1978, s. 914.

²⁵ „Podporządkowywać” oznacza m.in. „przystosować, nagiąć coś do czegoś, poddać, uczynić zależnym od kogoś, poddać kogoś, coś czyjejs władzy, uzależnić”, *Słownik języka polskiego*, t. II..., s. 744.

²⁶ T. Liszcz, *Podporządkowanie pracownika a kierownictwo pracodawcy – relacja pojęć* [w:] *Z zagadnień współczesnego prawa pracy...*, s. 147.

pracy; 2) podporządkowanie dyrektywne, obejmujące przede wszystkim: obowiązek respektowania poleceń przełożonego (wyznaczanie zadań – co robić i sposób ich wykonania – jak robić), kontrolę i nadzór procesu pracy, dyspozycyjność pracownika co do określonego rodzaju pracy, wyznaczonego miejsca i czasu, faktyczną zależność od zakładu pracy; 3) podporządkowanie dystrybutywne i dyscyplinujące proces pracy, czyli nagradzanie lub karanie pracownika, jak i uprawnienia pracodawcy do jednostronnego kształtowania treści stosunku pracy (dyspozycyjność pracownika)²⁷.

2.1. Podporządkowanie autonomiczne

W okresie socjalistycznej służby zdrowia wykonywanie zawodu pielęgniarki jako najemnego pracownika związane było z silnym podporządkowaniem pracowniczemu²⁸. Z. Kubot zwraca uwagę, że w socjalistycznej państwowej służbie zdrowia w Polsce, w której szpitale były jednostkami budżetowymi, prowadzenie oddziałów odbywało się w systemie tradycyjnym ordynatorskim, jednolicie regulowanym. W tym systemie ordynator kierował zarówno pracą lekarzy, jak i wszystkich pracowników oddziału szpitalnego, czyli także pielęgniarek²⁹. Posocjalistyczny model organizacji pracy personelu medycznego w Polsce znalazł się w kryzysie. Nie czekając na ustalenia teoretyków, ustawodawca zaczął wydawać przepisy liberalizujące podporządkowanie pracowników, nie wyłączając z tego zakresu pracowników medycznych, w różnych aspektach, w szczególności przepisy dotyczące samodzielności w sposobie wykonywania pracy. Do takiej grupy pracowników medycznych można zaliczyć pielęgniarki.

Sąd Najwyższy w motywach jednego ze swoich orzeczeń użył sformułowania „podporządkowanie autonomiczne”³⁰ na oznaczenie podporządkowania pracownika polegającego na określeniu przez pracodawcę czasu pracy i wyznaczeniu zadań, natomiast nieingerowania co do sposobu ich realizacji. Zgodnie z oceną SN pracownik ma pewien zakres swobody, zwłaszcza jeżeli wykonuje zawód twórczy czy prace kon-

²⁷ U. Torbus, *Podporządkowanie pracownika pracodawcy...*, s. 146.

²⁸ Kluczowa forma zatrudnienia pracowniczego pracowników społecznej służby zdrowia była niewątpliwie związana z uwarunkowaniami ustrojowymi, A. Sobczyk, *Uwagi na temat ewolucji stosunku pracy...*, s. 60.

²⁹ „Regulamin Pracy ordynatora szpitala” zawarty w „Regulaminach szpitalnych”, stanowiący załącznik do instrukcji nr 35/61 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 9.06.1961 r., w którym napisano m.in.: „Ordynator odpowiada za sprawne funkcjonowanie oddziału pod względem lekarskim, administracyjnym i gospodarczym oraz za właściwe leczenie chorych” (§ 2); „Ordynator jest bezpośrednim zwierzchnikiem personelu zatrudnionego na oddziale” (§ 6); „Ordynator kieruje pracą lekarzy zatrudnionych na oddziale” (§ 7); „Ordynator kieruje pracą lekarzy specjalizujących się na jego oddziale, dopilnowuje, aby we właściwym czasie przerobili program specjalizacji, oraz zapewnia im właściwe warunki pracy” (§ 8). Zob. także Z. Kubot, *Ordynatorskie i nieordynatorskie systemy prowadzenia oddziałów szpitalnych*, PiM 2007/1, s. 19.

³⁰ A. Drozd zwraca uwagę, że zestawienie przymiotnika „autonomiczny” z pojęciem ustawowym „na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem” wskazuje na działalność prawnotwórczą SN, którą można by uznać za przejaw prawa sędziowskiego, *Przemiany pojęcia „stosunek pracy”...*, s. 79.

cepcyjne³¹. W takich przypadkach kryterium ingerencji podmiotu zatrudniającego w sposób wykonywania pracy staje się bezużyteczne³². Wprowadzenie podporządkowania autonomicznego jest wynikiem orzecznictwa sądowego i nie stanowi niezależnej instytucji prawa³³, ale istotnie zmienia dotychczasowe tradycyjne podejście do stosunku pracowniczego. Dopuszczenie do dwoistości interpretacji podporządkowania pracowniczego z art. 22 § 1 k.p. oznacza, że zobowiązanie pracownika medycznego do wykonywania pracy pod kierownictwem, w miejscu i czasie oznaczonym przez pracodawcę, może być interpretowane na dwa sposoby: jako podporządkowanie tradycyjne i podporządkowanie nowoczesne – w zakresie wyznaczenia zadania³⁴. W przypadku coraz liczniejszych grup przedstawicieli samodzielnych zawodów medycznych, w których niezaprzeczalnie znalazły się pielęgniarki, tradycyjne rozumienie podporządkowania pracownika medycznego jako cechy wyróżniającej stosunek pracy w pewien sposób traci na znaczeniu³⁵.

Warto zwrócić uwagę, że podporządkowanie autonomiczne jest w jakimś stopniu nawiązaniem do widocznej w doktrynie prawa pracy tendencji stopniowania zakresu podporządkowania pracowniczego. W ujęciu szerszym terminu „podporządkowanie pracownika” używano dla określenia stanu organizacyjnej zależności pracownika od podmiotu zatrudniającego, realizowanej przez różne środki i instrumenty prawne. W znaczeniu węższym podporządkowanie utożsamiano z obowiązkiem stosowania się do poleceń przełożonych³⁶. Te dwa konteksty podporządkowania pracownika uzasadniają wyodrębnianie dwóch sfer podporządkowania pracownika medycznego pracodawcy w procesie świadczenia pracy, czyli w procesie świadczenia zdrowotnego: podporządkowanie dyrektywne (wewnętrzne) i podporządkowanie organizacyjne (zewnętrzne). Sfera podporządkowania organizacyjnego (zewnętrznego) pokrywa się w pewnym stopniu z koncepcją „podporządkowania autonomicznego”³⁷. Jednocześnie wprowadzanie ograniczeń dotyczących tego, co wynika z art. 22 § 1 k.p. i co jest

³¹ Wyrok SN z 7.09.1999 r., I PKN 277/99, OSNAPiUS 2001/1, poz. 18.

³² Jednocześnie w doktrynie zwraca się uwagę, że o braku podporządkowania można mówić również w przypadkach najprostszycy czynności, niewymagających w zasadzie żadnych kwalifikacji specjalistycznych, jak np. sprzątanie, ponieważ sposób wykonywania pracy określa jedynie obowiązek dochowania należytej staranności, zob. Ł. Pisarczyk, *Różne formy zatrudnienia*, Warszawa 2003, s. 16.

³³ Zwraca się uwagę, że samo zestawienie słów „podporządkowanie autonomiczne” jest mało trafne, wewnętrznie sprzeczne i znaczy tyle, co „podporządkowanie niezależne, samodzielne”, zob. T. Liszcz, *Podporządkowanie pracownika...*, s. 121. Odmienne L. Mitrus, *Podporządkowanie pracowniczego jako zmieniająca się cecha stosunku pracy [w:] Współczesne problemy prawa pracy...*, s. 126.

³⁴ M. Raczkowski, *O podporządkowaniu autonomicznym – krytycznie [w:] Współczesne problemy prawa pracy...*, s. 132.

³⁵ S. Świątkowski, *Przyszłość prawa pracy [w:] Polskie prawo pracy w procesie przemian*, red. A. Świątkowski, Kraków 1991, s. 19.

³⁶ S. Piwnik, *Jeszcze o pojęciu podporządkowania pracownika w świetle polskiego prawa pracy*, „Nowe Prawo” 1980/2, s. 105.

³⁷ Przy czym zakres podporządkowania wewnętrznego nie budzi większych wątpliwości. Natomiast zakres podporządkowania zewnętrznego nie jest jednoznaczny, z uwagi także na różnorodność poglądów w tym zakresie w doktrynie prawa pracy, zob. U. Torbus, *Podporządkowanie pracownika pracodawcy...*, s. 145.

kluczowe dla podporządkowania pracownika, tj. bieżącego kierownictwa pracodawcy nad wykonywaniem pracy przez pracownika, sprawowanego przede wszystkim za pomocą polecenia, nasuwa pytanie, czy nadal mamy do czynienia ze stosunkiem zatrudnienia pracowniczego w tradycyjnym tego słowa znaczeniu³⁸.

Zmiany w zakresie podporządkowania w sektorze opieki zdrowotnej zachodzą dwutorowo. Po pierwsze, dawne sformalizowane struktury organizacyjne szpitali, oparte na systemie hierarchicznej zależności między pracownikami, zastępuje się nowoczesnym systemem zależności opartym na wzajemnych powiązaniach z wykorzystywaniem wiedzy i doświadczenia pracowników medycznych będących ekspertami w określonej dziedzinie. Po drugie, kierownictwo pracodawcy (podporządkowanie) widoczne jest wyraźnie w stosunku do pracowników medycznych niskiego szczebla, zwłaszcza wykonujących prace mało zindywidualizowane. Poza typowy kanon pracy podporządkowanej wykraczają natomiast przedstawiciele zawodów medycznych o specjalistycznych kwalifikacjach, wykonujący pracę koncepcyjną, którymi pracodawca niekiedy nie jest w stanie merytorycznie kierować.

Od osób wykonujących zawód pielęgniarki, oprócz kwalifikacji i umiejętności, w dobie szybkiego postępu nauki wymaga się abstrakcyjnego myślenia, rozumowania, wyobraźni, logicznego myślenia, planowania. W czasie profesjonalizacji poszczególnych grup zawodów medycznych konstrukcja podporządkowania autonomicznego ma odniesienie nie tylko do lekarzy, ale również do pielęgniarek. Rodzaj pracy wymagającej wysokich specjalistycznych kwalifikacji i warunki, w jakich jest wykonywana, powodują faktyczną rezygnację pracodawcy z kierowania nią bądź istotnego ograniczenia tego działania. Upowszechnienie rezultatów postępu cywilizacyjnego i technologicznego daje możliwość przeprowadzania coraz bardziej wyrafinowanych procedur diagnostycznych i leczniczych. Stwarza to zapotrzebowanie na wysoko kwalifikowanych pracowników szpitali (instytucji), o najwyższym poziomie wiedzy medycznej. Generalnie rzecz biorąc, można postawić tezę, że im większa profesjonalizacja w zakresie samodzielności zawodu pielęgniarskiego, tym mniejszy powinien być zakres jego podporządkowania pracowniczego. Ze względu na charakter wykonywanej pracy pielęgniarki dysponują niezależnością merytoryczną co do podejmowanych decyzji związanych z pielęgowaniem, czyli sposobem wykonywania pracy, jednakże pozostają one w zależności „formalnej” wobec pracodawcy. Z uwagi na profesjonalizację procesu pielęgnacyjnego można względem pielęgniarek przyjąć ideę automatycznego podporządkowania. Nie pozwala to jednak na przyjęcie tezy, że wobec pielęgniarek jako pracowników medycznych podporządkowanie pracownicze zostaje całkowicie wyłączone³⁹.

³⁸ Słuszna jest tym samym uwaga T. Liszecz, że przed doktryną prawa pracy i judykaturą staje konieczność udzielania odpowiedzi na pytanie, czy zatrudnienia na samodzielnych stanowiskach mieszczą się w modelu stosunku pracy zdefiniowanym ogólnie w art. 22 § 1 k.p. oraz czy w ogóle powinny być objęte ochroną prawa pracy, T. Liszecz, *Podporządkowanie pracownika...*, s. 119.

³⁹ Z. Hajn, *Glosa do wyroku SN z 16.12.1998 r., II UKN 394/98, OSP 2000/12, poz. 177.*

2.2. Polecenie pracownicze

Węzeł zależności i podporządkowania dyrektywalnego objawia się przede wszystkim w uprawnieniu pracodawcy lub osób przez niego upoważnionych do kierowania pracą. W istocie sens uprawnień kierowniczych (dyrektywnych) polega głównie na bezpośrednim kształtowaniu procesu pracy przez wydawanie poleceń zarówno co do wyznaczania zadań, jak i sposobu ich realizacji. Wynika z niego zarówno obowiązek podporządkowania się przez pracowników swoim przełożonym, jak i pewnego rodzaju hierarchiczność występująca w związku z istnieniem stosunku pracy. Odnosnie do pielęgniarek, pracowników klasyfikowanych jako samodzielni specjaliści, kwintesencją stosunku pracy, elementem, który musi wystąpić w zatrudnieniu pracowniczym, jest możliwość zlecenia „na bieżąco” pracy (zadań) do wykonania. Jeżeli taki element w danym stosunku prawnym występuje, zawsze mamy do czynienia z umową o pracę. W ten sposób dokonuje się konkretyzacja obowiązków pracownika, które w umowie o pracę i przepisach są z natury rzeczy ustalane dość ogólnie⁴⁰. Natomiast jeśli podmiot zatrudniający określa również sposób wykonywania pracy, osoba świadcząca pracę staje się jedynie niesamodzielnym wykonawcą, spełniającym w określonych granicach starannie i sumiennie powierzone obowiązki. Charakter pracy ma zatem kluczowy wpływ na podporządkowanie w zakresie sposobu wykonywania pracy⁴¹.

Instrumentem konkretyzacji umowy o pracę i zakresu czynności są uprawnienia dyrektywne kierownika – prawo do wydawania poleceń pracowniczych. Pracodawca w drodze doraźnych poleceń bądź przez wydanie odpowiedniej instrukcji ma prawo wyznaczać zadania pracownikowi w granicach uzgodnionego rodzaju pracy, określonych w ustawie, oraz sposób wykonywania jego zadań. Polecenie pracownicze jest właściwe tylko dla zatrudnienia pracowniczego w rozumieniu Kodeksu pracy.

W ramach uprawnień kierowniczych pracodawca lub osoba przez niego wyraźnie upoważniona ma możliwość wydawania pracownikowi wiążących poleceń. Sprawne i efektywne zarządzanie podmiotem leczniczym wymaga respektowania zasady jednolitości kierownictwa, każdy pracownik powinien mieć jednego bezpośredniego przełożonego, który ma prawo wydawać mu polecenia i wobec którego jest on służbowo odpowiedzialny⁴². Polecenia pracownicze mogą zostać wydane przez osobę upoważnioną, o ile spełnia ona cechy wskazane w art. 100 k.p.: dotyczą wykonywania czynności wynikających z rodzaju pracy określonej w umowie o pracę, nie są sprzeczne z przepisami prawa, nie są sprzeczne z umową o pracę⁴³.

⁴⁰ B. Bury, *Podporządkowanie pracownika pracodawcy*, PiP 2006/9.

⁴¹ M. Gersdorf, *Cechy charakterystyczne stosunku pracy po nowelizacji Kodeksu pracy*, PiZS 2002/10, s. 19.

⁴² J. Marciniak, *Optymalizacja zatrudnienia. Zwolnienia, outsourcing, outplacement*, Kraków 2009, s. 48.

⁴³ Wyrok SN z 23.09.2004 r., I PK 494/03, OSNAPiUS 2005/10, poz. 140.

Fakt, iż pracownik jest zobowiązany do wykonywania poleceń pracodawcy, nie oznacza, że jest on zmuszony do bezkrytycznego wykonywania wszystkich poleceń. Przepisy prawa pracy nie zawierają jednak wskazówek dotyczących postępowania umożliwiającego weryfikację wydanego przez przełożonego polecenia, nawet w sytuacji, w której pracownik podejrzewa, że może być ono niezgodne z prawem, lub gdy jego wykonanie może doprowadzić do złamania obowiązujących przepisów. Sąd Najwyższy w wyroku z 9.09.1997 r. orzekł, że bezkrytyczne wykonywanie przez pracownika bezprawnych poleceń przełożonego może uzasadniać wypowiedzenie umowy o pracę⁴⁴.

Pracownik ma również obowiązek dbania o dobro zakładu pracy i w związku z tym ma on nie tylko prawo, ale także obowiązek przeciwdziałania nieprawidłowościom, które obserwuje na terenie zakładu pracy⁴⁵. Odniesienie się pracownika do poleceń pracodawcy powinno być realizowane w odpowiedniej formie, w sposób przyjęty w podmiocie leczniczym (np. wskazanym regulaminie porządkowym zakładu pracy). Pracownik, wyrażając swoją opinię, jest obowiązany szanować godność i inne dobra osobiste przełożonego⁴⁶. Krytyczny stosunek do wydawanych pracownikowi poleceń służbowych nie zwalnia go z powinności ich wykonania. Ocena bowiem, czy dane zadanie objęte poleceniem służbowym jest w interesie pracodawcy, zależy od kierownictwa zakładu. Odmienny pogląd prowadziłyby do dezorganizacji pracy i podważałyby zasady dotyczące kierownictwa zakładem pracy⁴⁷. Konsekwencje niewykonania polecenia pracodawcy lub przełożonego, który działa w jego imieniu, mogą być dla pracownika bardzo poważne. Niewykonanie polecenia pracodawcy może być potraktowane jako ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych. Skutkiem takiego zachowania może więc być nałożenie na pracownika kar porządkowych, tj. nagany, upomnienia⁴⁸. W skrajnych przypadkach odmowę wykonywania poleceń można zakwalifikować jako ciężkie naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych⁴⁹. Postawienie pracownikowi zarzutu odmowy wykonania polecenia wydanego przez pracodawcę wymaga ustalenia, jaka była treść tego polecenia, czy dotyczyło ono wykonywanej pracy i w jakich okolicznościach zostało wydane⁵⁰. Dlatego w sytuacji, w której pracownik ma wątpliwości np. co do legalności polecenia,

⁴⁴ Wyrok SN z 10.09.1997 r., I PKN 244/97, OSNP 1998/2, poz. 358.

⁴⁵ M. Skąpski, *Wpływ pracowniczego obowiązku dbałości o dobro zakładu pracy na zakres kompetencji pracodawcy do kontrolowania pracownika* [w:] *Kontrola pracownika. Możliwości techniczne i dylematy prawne*, red. Z. Góral, Warszawa 2010, s. 69–80.

⁴⁶ Zgodnie z wyrokiem SN z 13.10.1999 r. nawet troska o interesy spółki ze strony wspólnika będącego jej pracownikiem nie może usprawiedliwiać jego nagannego postępowania polegającego na obrażaniu prezesa zarządu spółki, przypisywaniu mu cech poniżających w opinii publicznej, pomijaniu go przy podejmowaniu decyzji, I PKN 296/99, OSNP 2001/4, poz. 114.

⁴⁷ J. Iwulski, W. Sanetra, *Kodeks pracy. Komentarz*, Warszawa 1996.

⁴⁸ Przesłanki do zastosowania kary oraz procedurę obowiązującą przy nakładaniu na pracownika kary określają art. 108–113 k.p.

⁴⁹ Sąd Najwyższy w wyroku z 12.06.1997 r., I PKN 211/97, OSNP 1998/11, poz. 323, orzekł, że bezprawna i świadoma odmowa wykonania polecenia, zagrażająca istotnym interesom pracodawcy, uzasadnia rozwiązanie umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika (art. 52 § 1 pkt 1 k.p.).

⁵⁰ Orzeczenie SN z 1.10.1997 r., I PKN 317/97, OSNP 1998/14, poz. 428.

powinien zwrócić się do przełożonego o potwierdzenie jego treści na piśmie lub powtórzenie w obecności świadków.

2.3. Polecenie pracownicze a zlecenie lekarskie

„Podporządkowanie autonomiczne” osób wykonujących zawód pielęgniarki nie łączy zasad wykonywania czynności zawodowych na podstawie zlecenia lekarskiego. Każda pielęgniarka – bez względu na podstawę zatrudnienia (a więc nie tylko na podstawie zatrudnienia pracowniczego) – jest ustawowo związana obowiązkiem wykonywania zlecenia lekarskiego, co należy do specyficznych funkcji realizowanych przez tę grupę zawodową (kwestia omówiona w części I). I już choćby z tego względu zlecenie lekarskie należy odróżnić od polecenia pracowniczego⁵¹. Zlecenie lekarskie, co do zasady, jest konstrukcją prawa administracyjnego i reguluje element procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w relacjach lekarz – pacjent – pielęgniarka. Zlecenie co do zasady ma formę pisemną i musi być odnotowane w dokumentacji medycznej (art. 15 u.z.p.p.). Nie jest kierowane do oznaczonego co do tożsamości wykonawcy, tylko do osoby wykonującej zawód pielęgniarki mającej odpowiednie kwalifikacje (*a contrario* art. 12 ust. 2 u.z.p.p.). Pielęgniarka ma ustawowe prawo do uzyskania wyczerpujących informacji przed wykonaniem zlecenia lekarskiego, prawo domagania się uzasadnienia wydanego zlecenia oraz, w sytuacjach określonych przez ustawodawcę, prawo odmowy wykonania zlecenia lekarskiego (art. 15 ust. 3 w zw. z art. 12 ust. 2 u.z.p.p.).

Zlecenie lekarskie jest formą uniwersalnej komunikacji pomiędzy lekarzem a pielęgniarką, bez względu na prawne formy wykonywania zawodu. Zgodnie z tezą zaprezentowaną we wcześniejszym rozdziale odmowa wykonania zlecenia lekarskiego skierowana jest przede wszystkim do pacjenta. Niezależnie od przyjętej tezy odmowa wykonania czynności zawodowej w stosunku zatrudnienia pracowniczego wymaga uwzględnienia konieczności dopełnienia obowiązków pracowniczych poprzedzających podjęcie takiej decyzji. Zlecenie lekarskie nie jest poleceniem pracowniczym, ale trzeba mieć na uwadze, że pielęgniarka odmawiająca wykonania takiego zlecenia jest pracownikiem konkretnego pracodawcy i dlatego, zgodnie z art. 100 § 1 k.p., podstawowym obowiązkiem pracowniczym pielęgniarki jest wykonywanie pracy sumiennie i starannie, w tym sumienne i staranne uczestnictwo w zespołowym procesie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Pielęgniarka wykonuje czynności zawodowe lub wykonania ich odmawia na ryzyko pracodawcy. Ustawodawca, dając pielęgniarcie możliwość odmowy zlecenia lekarskiego, nie zwalnia jej z obowiązków pracowniczych względem pracodawcy. Dlatego uważam, że obowiązkiem pracowniczym pielęgniarki jako przedstawicielki samo-

⁵¹ Z. Kubot, *Status pielęgniarki i położnej*, Wrocław 2005.

dzielnego zawodu, powinno być zasięgnięcie opinii innej pielęgniarki i odnotowanie tego faktu w dokumentacji medycznej. W razie nadal istniejących uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka powinna mieć prawo żądania od lekarza wydającego zlecenie uzasadnienia jego wykonania, a nie tylko domagania się takiego uzasadnienia⁵². Uważam, że obowiązkiem pracodawcy jest zapewnienie co najmniej koordynacji procesu udzielanego świadczenia zdrowotnego, w skład którego wchodzi działania medyczne o różnym charakterze. Lekarz jest zobowiązany do przekazania informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń (art. 13 u.z.p.p. w zw. z art. 40 ust. 2 pkt 6 u.z.l.). Dlatego obowiązkiem pracowniczym jest przekazywanie informacji o pacjencie w zakresie koniecznym dla realizacji świadczenia zdrowotnego pomiędzy lekarzem i pielęgniarką, jak i odwrotnie, pomiędzy pielęgniarką a lekarzem (art. 17 ust. 2 pkt 4 u.z.p.p.). Dopiero zachowanie takiej drogi starannego postępowania nie narażałoby pielęgniarki na zarzut naruszenia obowiązków pracowniczych w zakresie wyznaczonych zadań względem pracodawcy.

Dla ochrony pielęgniarki przed zarzutem naruszenia obowiązków pracowniczych można rozważyć co najmniej dwa rozwiązania kontroli i nadzoru. Po pierwsze, pielęgniarka powinna uzyskać zgodę swojego przełożonego – czyli pielęgniarki oddziałowej – na odmowę wykonania zlecenia lekarskiego. Niewątpliwie rozwiązanie takie stanowi ingerencję w zakres samodzielności zawodowej, ale jednocześnie daje dodatkowe zabezpieczenie dla ryzyka pracodawcy. Po drugie, fakultatywny nadzór następczy powinna sprawować izba pielęgniarska i położnych, na wniosek kierownika podmiotu leczniczego. Decyzja izby powinna być ostateczna co do oceny zasadności odmowy wykonania zlecenia lekarskiego. To ostatnie rozwiązanie może wydawać się zbyt sformalizowane, ale jest zgodne z ideą sprawowania pieczy nad zawodem pielęgniarki tylko przez samorząd zawodowy, do którego należy przed wszystkim ocena w zakresie standardów czynności zawodowych.

Warto tu zwrócić uwagę, że do obowiązków pracowniczych pielęgniarki należy ratowanie życia ludzkiego. Z związku z tym pielęgniarka wchodzi do kręgu osób, dla których brak jest normatywnego prawa do powstrzymywania się od wykonywania pracy w razie gdy warunki pracy nie odpowiadają przepisom bezpieczeństwa i higieny pracy i stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia pracownika albo gdy wykonywana przez pracownika praca grozi takim niebezpieczeństwem innym osobom (art. 210 § 5 k.p.).

⁵² Szybki rozwój medycyny powoduje nieraz nieznamość przyczyn i spodziewanych skutków zabiegów leczniczych, co może wzbudzić u pielęgniarki czy położnej niepokój. Dlatego powinny wraz ze zleceniem otrzymać wyjaśnienie sensu tej decyzji, ponieważ nie działają one wobec pacjenta same, lecz należą do zespołu leczącego. Por. K. Milewska-Jakubowska, *Postawy pielęgniarek...*, s. 24.

3. Ryzyko pracodawcy

Korzystnym elementem zatrudnienia pracowniczego osób wykonujących zawód pielęgniarki jest nieponoszenie przez te osoby ryzyka prowadzenia działalności przez podmiot leczniczy. Sąd Najwyższy i doktryna wyróżniają ryzyko pracodawcy w kilku postaciach: ryzyko produkcyjne, gospodarcze i socjalne albo ryzyko osobowe, techniczne i ekonomiczne podmiotu zatrudniającego⁵³. W ramach ryzyka socjalnego można wskazać na regulacje urlopowe pozwalające pracownikowi medycznemu pod pewnymi warunkami uwolnić się od więzi podporządkowania pracodawcy. Chodzi tu o urlopy pozwalające pracownikowi na czynności natury prywatnej (urlopy wypoczynkowe, bezpłatne, rodzicielskie; art. 152, 163 § 3, art. 174 § 1 i 176–189 k.p.), zawodowej (szkoleniowe; art. 103¹ i n. k.p.) czy leżące w publicznym interesie (mandat polityczny czy stowarzyszeniowy). Niektóre z nich są płatne ze środków przedsiębiorstwa lub innych instytucji. Tym sposobem pracownik uzyskuje sferę wolności w prowadzeniu swojego życia zawodowego i możliwość realizacji innych zobowiązań niż pracownicze. Ta sytuacja jest, co do zasady, zbliżona do sytuacji osoby wykonującej zawód w ramach pracy niezależnej. W Polsce prawo do zastępczego dochodu w przypadku odejścia na urlop rodzicielski przysługuje tylko w zatrudnieniu pracowniczym. Z drugiej jednak strony ujawnia się podporządkowanie organizacyjne osób wykonujących zawód pielęgniarki poprzez kompetencje pracodawcy do udzielania urlopu wypoczynkowego w danym terminie, wprowadzania regulaminu pracy czy nałożenia kary porządkowej (art. 163 § 1, art. 77², 77³, 108 § 1 k.p.). Jednocześnie warto tu podkreślić, że wprawdzie pracodawca nie jest związany wnioskiem pracownika zawierającym propozycje terminu udzielania urlopu, jest jednak związany takim wnioskiem, gdy pochodzi on od pracownicy, która urodziła lub ma urodzić dziecko i w związku z tym chciałaby przedłużyć czas sprawowania nad nim pełnej, osobistej opieki⁵⁴.

Cechą stosunku zatrudnienia pracowniczego jest ponadto obowiązek dostarczenia pracownikowi medycznemu przez podmiot leczniczy (pracodawcę) środków pracy oraz zorganizowanie miejsca pracy, z tym jednak, że zgodnie z art. 104¹ § 1 pkt 1 i art. 214 § 1 k.p. wskazuje się, że umowa o pracę może przewidywać używanie przez pracownika własnych narzędzi pracy⁵⁵.

Wyróżnia się również ryzyko nieosiągnięcia rezultatów pracy, niedostępności pracy związanej z ryzykiem (z przyczyn niezależnych od pracownika) czy ryzyko szkody (odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez pracownika w związku z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem obowiązków pracowniczych)⁵⁶.

⁵³ Wyrok SN z 9.09.2004 r., I PK 659/03, OSNP 2005/10, poz. 139; wyrok SN z 14.12.2004 r., III PK 63/04, LEX nr 2448262; szerzej L. Florek, *Prawo pracy*, Warszawa 2010, s. 48.

⁵⁴ Wyrok SN z 9.03.2011 r., II PK 240/10, LEX nr 1162165.

⁵⁵ Wyrok SN z 7.03.2006 r., I PK 146/05.

⁵⁶ L. Florek, *Prawo pracy...*, s. 48; szeroko por. Ł. Pisarczyk, *Ryzyko pracodawcy*, Warszawa 2008; wyrok SN z 28.10.1998 r., I PKN 416/98.

Pracodawca ponosi ryzyko realizacji funkcji ochronnej przepisów prawa pracy także w innych aspektach zatrudnienia pracowniczego pielęgniarek, przede wszystkim z uwagi na swoje obowiązki w zakresie praw pracowników do informacji, konsultacji i kontroli⁵⁷. Artykuł 226 k.p. przewiduje obowiązek informowania pracowników o ryzyku zawodowym dotyczącym każdego pracownika, niezależnie od rodzaju zajmowanego stanowiska⁵⁸. Trzeba też zwrócić uwagę na zakaz dyskryminacji i ekspozowania seksizmu w dostępie do pracy kobiet wykonujących zawód medyczny (art. 11³ oraz 18^{3a}–18^{3c} k.p.)⁵⁹, obowiązek przeciwdziałania mobbingowi (art. 94³ k.p.)⁶⁰, a wraz z tym wzrost roli mechanizmu rynkowego w kształtowaniu relacji na rynku pracy⁶¹. Warto wspomnieć o stosowaniu zasady swobodnego kształtowania umów o pracę – zarówno indywidualnych, jak i zbiorowych. Pewne ograniczenia co do minimalnych standardów warunków pracy wprowadza tu państwo (art. 18 k.p.)⁶². Ważny jest też ustawy obowiązek pracodawcy uzasadniania podjętych wobec pracowników decyzji w zakresie sankcji porządkowych (art. 110 k.p.), rozwiązania umowy na czas nieokreślony oraz zwolnienia dyscyplinarnego (art. 52 k.p.), a także w przypadku

⁵⁷ Prawa i obowiązki przedstawicieli zawodów medycznych związane z porządkiem w zakładzie pracy oraz uprawnienia pracownika w zakresie zasad wynagradzania u pracodawcy, który zatrudnia co najmniej 20 pracowników i nie jest objęty układem zbiorowym pracy, obligatoryjnie regulowane są odpowiednio w regulaminie pracy (art. 104 k.p.) i regulaminie wynagrodzeń (art. 77² k.p.). Pracownik zatrudniony u pracodawcy, który nie ma obowiązku wydania regulaminu pracy i który nie jest objęty układem zbiorowym pracy, ma prawo do określonych ustawowo informacji. Zgodnie z art. 29 § 3 k.p. ma prawo do informacji o: 1) obowiązujących normach czasu pracy; 2) częstotliwości wypłat wynagrodzenia; 3) urlopie wypoczynkowym oraz długości okresu wypowiedzenia umowy; 4) o porze nocnej, terminie, miejscu i sposobie wypłaty wynagrodzenia; 5) przyjętym sposobie potwierdzania przez pracowników przybycia i obecności w pracy oraz usprawiedliwiania nieobecności w pracy. Pracodawca niezobowiązany do przekazania pracownikom materii regulaminowej powinien wydać obwieszczenie, ustalając co najmniej stosowany u niego system (systemy) czasu pracy oraz okresy rozliczeniowe, do którego w pewnym zakresie stosuje się odpowiednio przepisy o regulaminie pracy (art. 150 § 4 k.p.), ale także o informowaniu w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy (art. 207¹ k.p.).

⁵⁸ Wyrok NSA we Wrocławiu z 2.10.2002 r., II SA/Wr 319/00, „Prawo Pracy” 2003/2, poz. 38.

⁵⁹ Szeroko por. J. Warylewski, *Molestowanie seksualne w miejscu pracy*, Warszawa 1999.

⁶⁰ Mobbing jest kwalifikowanym deliktem prawa pracy, a sankcje za jego stosowanie są zdarzeniami prawa pracy, które sąd pracy osądza przede wszystkim na podstawie art. 94³ k.p., chociaż z uwzględnieniem dorobku judykatury z zakresu orzeczenia o zadośćuczynieniu za doznaną krzywdę (art. 445 § 1 i art. 448 k.c.), jak i kompensaty szkody wywołanej rozstrojem zdrowia (art. 444 § 1 k.c.). Por. wyrok SN z 29.03.2007 r., II PK 228/06, OSNAPiUS 2008/9–10, poz. 126; A. Abramowska, M. Nałęcz, *Prawna regulacja mobbingu*, „Monitor Prawa Pracy” 2004/7, s. 364.

⁶¹ Zakaz dyskryminacji deklarowany jest w licznych dokumentach międzynarodowych i europejskich, m.in. w art. 2 Powszechnej deklaracji praw człowieka z 1948 r., art. 26 MPPOiP, Konwencji nr 111 MOP dotyczącej dyskryminacji w zakresie zatrudnienia i wykonywania zawodu z 25.06.1958 r. (Dz.U. z 1961 r. Nr 42, poz. 218), art. 141 (dawniej art. 119) Traktatu ustanawiającego Europejską Wspólnotę Gospodarczą z 1957 r. (Dz.Urz. WE z 2002 r. C 325, s. 33) oraz licznych dyrektywach UE, por. L. Florek, *Europejskie prawo pracy*, Warszawa 2010, s. 58 i n.

⁶² Paradoksalnie przyczyną nacisków społecznych, aby poziom warunków pracy i płacy był gwarantowany przez państwo, jest ucieczka pracodawców od realizacji postulatów pracowniczych na drodze układowej, gdy nie chcą zmieniać warunków pracy i płacy, odmawiają przystąpienia do negocjacji czy podważają podstawy prawne postulatów pracowniczych; A. Suwalski, *Niektóre ekonomiczno-społeczne aspekty sporu o sprawiedliwość społeczną*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2002/1, s. 255. Odrębną kwestią są porozumienia między państwem (rządem) a organizacjami partnerów społecznych. Por. J. Wratny, *Umowa społeczna*, PiZS 2007/10, s. 2 i n.

zwolnień grupowych i przejęcia przez spółkę pracowników przekształcanego spzoz-u (art. 81 u.d.z.l.)⁶³. Szczególna ochrona trwałości umowy o pracę dotyczy kobiet w okresie ciąży i urlopu macierzyńskiego zatrudnionych na podstawie umowy o pracę (art. 177 § 1 k.p.)⁶⁴. Nie można zapominać o roli sądów w zakresie sprawowania *a posteriori* kontroli legalności lub uzasadnienia niektórych decyzji pracodawców względem pracowników medycznych.

Przeciwwagą wobec władzy pracodawcy od dawna są instytucje reprezentatywne (związkowe lub wybrane). Jednostronne decyzje pracodawcy muszą ustąpić miejsca decyzjom negocjowanym. Istotne jest prawo do negocjacji warunków pracy i płacy w zamian za ustępstwa pracodawcy w sferze restrukturyzacji sektora usług zdrowotnych. Decyzje negocjacyjne mają wyższą moc niż te podejmowane jednostronnie⁶⁵. Uzyskanie od pracowników przyzwolenia na stosowanie określonych norm zarządzania pozwala na prowadzenie podmiotu leczniczego w określonym kierunku.

4. Świadczenie pracy określonej w umowie

Istotą zobowiązania pracownika jest oddanie się (swojej osoby) do dyspozycji (do rozporządzenia) pracodawcy w celu wykorzystania przez tego pracodawcę jego zdolności do wykonywania pracy określonego rodzaju (art. 22 § 1 k.p.)⁶⁶. Judykatura nie wyjaśnia, na czym polegać „pozostawanie w dyspozycji” i „dyspozycyjność”⁶⁷. Jednocześnie „oddanie swojej osoby pracodawcy” nie oznacza dowolności podporządkowania pracownika w omawianym zakresie⁶⁸. Stosunek pracy kształtowany jest zarówno przez umowę, jak i ustawę, która tworzy ramy prawne nietypowych form zatrudnienia⁶⁹. W takim stopniu, w jakim stronom przysługuje prawo kształtowania treści umowy, przysługuje im także prawo ograniczania (lub zwiększania) podporządkowania pracownika wobec pracodawcy w granicach wskazanych w art. 18 k.p.

⁶³ Przejęcie zakładu pracy ma miejsce nie tylko przy przekazaniu składników majątkowych, ale także przy przyjęciu zadań zakładu. Wobec tego nie dochodzi do przejęcia stanowisk pracy, a były pracodawca nie może wypowiedzieć im umów o pracę; teza wyroku SN z 9.12.2004 r., I PK 103/04, OSNP 2005/15, poz. 220.

⁶⁴ Ochrona trwałości stosunku pracy ze względu na ciążę obejmuje także sytuację, gdy ciąża zakończyła się poronieniem przed upływem okresu wypowiedzenia. Ciężar udowodnienia ciąży spoczywa na pracownicy; wyrok SN z 16.12.1999 r., I PKN 468/99, „Prawo Pracy” 2001/5, poz. 31.

⁶⁵ M. Whitfield, R. Deja, *Zarządzanie zasobami ludzkimi [w:] Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, red. M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich, Kraków 2001, s. 255.

⁶⁶ Wyrok SN z 11.09.1997 r., II UKN 232/97, OSNP 1998/13, poz. 407.

⁶⁷ Pozostawanie w dyspozycji pracodawcy nie jest cechą umowy o pracę. Taką cechą jest natomiast wykonywanie pracy pod kierownictwem pracodawcy (pracy podporządkowanej); A. Drozd, *Przemiany pojęcia „stosunek pracy”...*, s. 79.

⁶⁸ Czasami w literaturze odróżnia się podporządkowanie pracownika od dyspozycyjności. Jednak za dominującą należy uznać tendencję do zamiennego traktowania obu pojęć; U. Torbus, *Podporządkowanie pracownika pracodawcy...*, s. 146.

⁶⁹ L. Florek, *Kształtowanie stosunku pracy przez ustawę i umowę*, PiZS 2010/2, s. 2.

We współczesnej doktrynie prawa pracy istnieje zgoda na ustalanie w rozmaity sposób rodzaju pracy, byleby można z niego wnosić o związanych z nim powinnościach pracownika⁷⁰. Rodzaj pracy jest niezaprzeczalnie elementem przedmiotowo istotnym (*essentialia negotii*) umowy o pracę (art. 29 § 1 k.p.)⁷¹. Jeśli z umowy o pracę nie wynika rodzaj pracy i nie można ustalić go na podstawie całokształtu okoliczności towarzyszących zawarciu umowy, należy uznać, że nie doszło do zawarcia umowy o pracę. W rozważaniach o rodzaju pracy warto zwrócić uwagę na tzw. zakresy czynności pracowników, czy inaczej nazywane – zakresy obowiązków pracowników, które są dość powszechnie stosowane do pracowników wykonujących pracę umysłową. Zakres czynności/obowiązków stanowi doprecyzowanie rodzaju pracy wykonywanej przez pracownika przez obie strony umowy o pracę i wyznaczenia jednocześnie granic podporządkowania pracownika. Wpisywanie przez pracodawców do zakresu obowiązków pracowników „wykonywania wszelkich innych czynności wskazanych przez pracodawcę” nie oznacza pełnej dowolności pracodawcy w zlecaniu zadań pracownikowi. Muszą być one związane z określoną w umowie pracą (rodzajem pracy). Zakres czynności wiąże strony stosunku pracy na podstawie zgodnych oświadczeń woli. W przypadku wręczenia wykazu po nawiązaniu umowy lub przy jednostronnej zmianie zakresu czynności przez pracodawcę, wiąże on pracownika o tyle, o ile czynności w nim wymienione mieszczą się w umówionym rodzaju lub w poprzednim wykazie⁷².

Określenie rodzaju pracy nie jest równoznaczne z zespołem czynności (prac) wynikających z podziału pracy dla danego zawodu medycznego. Może być szerszy lub węższy, z tym jednak że zgodnie z dorobkiem orzecznictwa sądów prawa pracy i ubezpieczeń społecznych przy ustalaniu przez strony określonego rodzaju pracy należy wziąć pod uwagę co najmniej kryterium kwalifikacji zawodowych i gotowość pracownika do pracy.

Pod pojęciem kwalifikacji, istotnym dla określenia rodzaju pracy w zatrudnieniu pracowniczym, należy rozumieć nie tylko przygotowanie zawodowe pracownika – jego formalne wykształcenie, zdobyte doświadczenie zawodowe i potrzebne umiejętności, ale także właściwości psychofizyczne pracownika, predyspozycje psychiczne oraz zdolności do wykonywania określonych czynności z punktu widzenia zdro-

⁷⁰ M. Gersdorf, K. Rączka, *Prawo pracy...*, s. 171.

⁷¹ Bez tego elementu obie strony stosunku pracy znajdowałyby się w bardzo niekorzystnej sytuacji z punktu widzenia formalnego – pracownik nie wiedziałby, jaką pracę ma wykonywać i za co ponosić odpowiedzialność, a pracodawca nie miałby podstaw, aby wymagać od pracownika wykonywania określonych obowiązków.

⁷² L. Florek, *Glosa do wyroku SN z 7.11.1974 r., I PR 332/74, OSPiKA 1975/1, poz. 206*. Pracodawca nie może zatem żądać od pracownika wykonywania wszelkich swoich poleceń, a jedynie tych, które zostały przez strony określone w umowie. Aby zmienić rodzaj pracy określony w ten sposób, potrzebna jest zgodna wola obu stron stosunku pracy (porozumienie stron). Jednocześnie pracodawca nie ma obowiązku sporządzania wykazu czynności, mimo że art. 94 pkt 1 k.p. nakazuje mu zaznajamiać pracownika podejmującego pracę z zakresem jego obowiązków i sposobem wykonywania pracy.

wia fizycznego⁷³. Gotowość pracownika do pracy (określonego rodzaju) oznacza, że pozostaje on w stanie fizycznej oraz psychicznej zdolności do wykonywania pracy, a także wyraża wolę do jej świadczenia. Można wskazać na cztery przesłanki gotowości pracownika do wykonywania pracy: 1) zamiar wykonywania pracy; 2) faktyczną zdolność do świadczenia pracy; 3) uzewnętrznienie gotowości do wykonywania pracy; 4) pozostawanie w dyspozycji pracodawcy. Spełnienie przesłanki faktycznej zdolności do pracy wymaga ustalenia, czy pracownik rzeczywiście psychicznie i fizycznie jest „zdolny” do świadczenia pracy, ale nie jakiegokolwiek, tylko konkretnej pracy. Jednym z warunków tej zdolności jest niewątpliwie spełnienie przez pracownika określonych warunków zdrowotnych⁷⁴. Pracodawca musi mieć pewność, że u danego zatrudnionego nie ma przeciwwskazań zdrowotnych dla wykonywania określonej pracy⁷⁵. Z drugiej strony wobec podporządkowanego pracownika na pracodawcy ciąży ustawowy obowiązek dbania o stan jego zdrowia poprzez wykonywanie okresowych badań i stosowanie środków profilaktycznych w procesie wykonywania pracy. Pracownik medyczny jest zobowiązany do respektowania obowiązków wynikających z zakresu ochrony swojego zdrowia niezależnie od swojej woli. Obowiązkiem pracodawcy jest ocena i dokumentowanie ryzyka zawodowego związanego z wykonywaną pracą oraz stosowanie niezbędnych środków profilaktycznych zmniejszających to ryzyko (art. 229 k.p.)⁷⁶.

Pracą odpowiednią do kwalifikacji pracownika jest praca, która ich nie przekracza i przy której te kwalifikacje znajdują choćby częściowe zastosowanie⁷⁷. W zakresie formalnych kwalifikacji istotny jest fakt specjalizacji w ramach zawodu pielęgniarskiego nabywanych w trakcie kształcenia podyplomowego. Pytaniem istotnym jest, na ile uzyskana specjalizacja jest wiążąca dla stron przy określaniu rodzaju pracy? W przypadku lekarzy – specjalistów sprawa nie budzi większych zastrzeżeń, natomiast wątpliwości pojawiają się odnośnie do pielęgniarek. Pierwsza wątpliwość dotyczy postulatu określania rodzaju pracy poprzez zawód pielęgniarki. Z. Kubot podkreśla, że: „Przesuwanie pielęgniarki z jednej komórki organizacyjnej do innej w tym samym zakładzie opieki zdrowotnej może być traktowane jako zatrudnienie typowe ze względu na to, że odbywa się w ramach jednego rodzaju pracy, ale

⁷³ Wyrok SN z 4.10.2000 r., I PKN 61/00, OSNP-wkł. 2001/10, poz. 9.

⁷⁴ Wypowiedzenie warunków pracy może być uznane za nieuzasadnione, jeżeli zaproponowane pracownikowi stanowisko pracy jest nieodpowiednie ze względu na stan jego zdrowia (art. 42 § 1 i 2 w zw. z art. 45 § 1 k.p.); wyrok SN z 23.05.1997 r., I PKN 187/97, OSNP 1998/9, poz. 265.

⁷⁵ Zgodnie z art. 211 pkt 5 k.p. pracownik ma obowiązek poddawania się kontrolnym badaniom lekarskim.

⁷⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 30.05.1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy.

⁷⁷ Wyrok SN z 5.02.1998 r., I PKN 515/97, OSNAPiUS 1999/2, poz. 46. Podobny pogląd SN przedstawił już w wyroku z 8.05.1997 r., I PKN 131/97, OSNAPiUS 1998/6, poz. 178, z aprobującą glosą U. Jackowiak, w którym przyjął, że powierzenie pracownikowi (technik chemik) pracy niewymagającej żadnych kwalifikacji zawodowych (sprzątanie) w okresie biegnącego wypowiedzenia warunków pracy i płacy stanowi naruszenie art. 42 § 4 k.p.

ze względu na wykonywanie pracy na różnych stanowiskach w różnych komórkach organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej – jako zatrudnienie nietypowe. Nietypowe zatrudnienie w tym ostatnim rozumieniu zależeć będzie od tego, jak często w praktyce dochodzi do przysunięć pielęgniarki z jednej komórki organizacyjnej do innych w tym samym zakładzie⁷⁸. Nie podważając samej możliwości takiej formy nietypowego zatrudniania pielęgniarek, uważam, że władza pracodawcy nie może przekroczyć granic dyspozycyjności pracownika co do kwalifikacji i gotowości wykonywania określonego rodzaju pracy. Praca w różnych jednostkach organizacyjnej działalności leczniczej może diametralnie różnić się z uwagi na swój charakter i tym samym wymagane kwalifikacje, np. praca na oddziale dziecięcym i praca na oddziale psychiatrycznym. Przesuwanie pielęgniarki w ramach różnych jednostek organizacyjnych wymaga rozważenia jej kwalifikacji i umiejętności, a tym samym możliwości sumiennego i starannego wykonywania obowiązków pracowniczych z jednej strony, a granic władzy pracodawcy dokonującego takich przesunięć z drugiej. Uważam, że w zakresie zawodu pielęgniarki trzeba mieć na uwadze zdobyte kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, oraz odpowiedni stan zdrowia.

Pielęgniarka, jako pracownik medyczny, jest zobowiązana do świadczenia pracy określonego rodzaju sumiennie i starannie (art. 100 § 1 k.p.). Kryterium staranności odwołuje się do obiektywnych reguł wiedzy i doświadczenia, które określają najbardziej właściwy sposób postępowania przy wykonywaniu danego rodzaju pracy. Nie istnieje ogólny wzorzec staranności pracowniczej. Kryterium sumienności pracowniczej odwołuje się do właściwego stosunku psychicznego pracownika do wykonywanej pracy. Praca powinna być wykonywana z należytym wykorzystaniem sił i umiejętności. Kryterium sumienności pracowniczej uwzględnia indywidualne cechy pracownika, takie jak posiadane kwalifikacje, doświadczenie zawodowe, wiek, stopień sprawności. Jeżeli pracownik naruszy obiektywne reguły staranności, dochodzi do niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania, z tym jednak, że przesłanką odpowiedzialności pracownika jest wina, a więc brak należytej sumienności przy wykonywaniu pracy. Sąd Najwyższy zwrócił uwagę, że pracownik, któremu powierza się określone stanowisko i stawia określone wymagania, powinien być oceniany z punktu widzenia wyznaczonych mu obowiązków i wymagań. Nie mogą natomiast stanowić kryterium oceny jego pracy oczekiwania pracodawcy, o których pracownik nie wie, zawierając umowę o pracę, i o których pracodawca nie informuje go w czasie trwania stosunku pracy⁷⁹.

Z drugiej strony pracodawca ma prawo wyznaczyć zadania pracownika w granicach uzgodnionego rodzaju pracy, będące w istocie prawem do konkretyzacji określonego przez rodzaj pracy zobowiązania pracownika. Pracownik jest obowiązany do wykonywania poleceń pracodawcy tylko wtedy, gdy dotyczą umówionej pracy. Wyjątek

⁷⁸ Z. Kubot, *Status pielęgniarki i położnej...*, s. 66–67 i n.

⁷⁹ Wyrok SN z 10.11.1998 r., I PKN 428/98, OSNP 1999/24, poz. 791.

stanowi tu art. 42 § 4 k.p., mówiący, że pracodawca może powierzyć pracownikowi inną pracę, jeżeli nie powoduje to obniżenia wynagrodzenia i odpowiada kwalifikacjom pracownika⁸⁰. Pracodawca przesuwając pracownika do innej pracy, nie musi wręczać mu wypowiedzenia zmieniającego. Wystarczy, że wyda mu polecenie, które również niekoniecznie musi mieć formę pisemną⁸¹. Przeniesienie pracownika do innej pracy powinno być uzasadnione potrzebami pracodawcy. Niestety przepisy nie precyzują, jakie potrzeby pracodawcy należy uznać w tym przypadku za uzasadnione. Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z 8.08.1979 r. określenie „uzasadnione potrzeby zakładu pracy” – oznacza uzasadnione potrzeby zakładu pracy jako całości, a nie tylko jednostki (komórki) organizacyjnej zakładu pracy, do pracy, w której pracownik został skierowany⁸². Nie można wykluczyć, że przez takie potrzeby pracodawcy należy rozumieć potrzeby wynikające z konieczności zapewnienia realizacji zadań zakładu pracy lub jego części, których niewykonanie naraziłoby pracodawcę na szkodę. Trzeba tu podkreślić, że praca powierzona pracownikowi na okres przejściowy powinna być zgodna z jego kwalifikacjami. Pod pojęciem kwalifikacji, o jakich mowa w art. 42 § 4 k.p., należy rozumieć nie tylko przygotowanie zawodowe pracownika – jego formalne wykształcenie, zdobyte doświadczenie zawodowe i potrzebne umiejętności, ale także właściwości psychofizyczne pracownika, predyspozycje psychiczne oraz zdolności do wykonywania określonych czynności z punktu widzenia zdrowia fizycznego⁸³.

Gdy przesłanki wymienione w art. 42 § 4 k.p. są spełnione, odmowa spełnienia polecenia pracodawcy stanowi naruszenie obowiązków pracowniczych. W niektórych okolicznościach może być również ciężkim naruszeniem, uzasadniającym rozwiązanie stosunku pracy w oparciu o art. 52 k.p. Odnośnie do zawodu pielęgniarki trzeba wziąć pod uwagę, że zarówno czasowe przesunięcie do pracy w innej komórce organizacyjnej zgodnie z art. 42 § 4 k.p., zmiana warunków pracy zgodnie z trybem art. 42 § 1–3 k.p., jak i wprowadzenie postulowanego nietypowego zatrudniania pielęgniarek wymagają uwzględnienia specyfiki rodzaju pracy pielęgniarskiej. Praca wykonywana jest na rzecz pracodawcy, ale dotyczy najwyższych dóbr osobistych człowieka, tj. pacjenta, czyli życia i zdrowia. Zatrudnianie przypadkowe, podyktowane tylko interesami organizacyjno-ekonomicznymi podmiotu prowadzącego działalność leczniczą, a nie interesem beneficjentów tego podmiotu, zwiększa ryzyko dla pacjentów w zakresie możliwości zaistnienia szkody i samego pracodawcy co do jakości procesu pracy. Pracodawca obciążony jest skutkami niewłaściwego doboru kadry pielęgniarskiej i braku należytego przygotowania do pracy (tzw. ryzyko osobowe pracodawcy)

⁸⁰ Zgodnie z art. 42 § 4 k.p. pracodawca może w przypadkach uzasadnionych potrzebami zakładu pracy powierzyć pracownikowi wykonywanie innej pracy niż określona w umowie o pracę na okres nieprzekraczający trzech miesięcy w roku kalendarzowym, jeżeli nie powoduje to obniżenia wynagrodzenia i odpowiada kwalifikacjom pracownika.

⁸¹ Wyrok SN z 13.03.1979 r., I PRN 18/79, LEX nr 14489.

⁸² Wyrok SN z 8.08.1979 r., I PR 55/79, OSNC 1980/1–2, poz. 30.

⁸³ Wyrok SN z 4.10.2000 r., I PKN 61/00.

osób wykonujących zawód pielęgniarki zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej⁸⁴. Druga istotna kwestia to próby zatrudniania do tej samej rodzajowo określonej pracy zamiennie pielęgniarki i położnej albo zamiennie pielęgniarki i ratownika medycznego. Jest to praktyka ze wszech miar niedopuszczalna. Są to trzy różne zawody, mające inne cele zawodowe. Obsadzanie stanowiska pracy pielęgniarki na zmianę z przedstawicielami innych zawodów jest zatrudnieniem niezgodnym z posiadanymi kwalifikacjami. Innym przykładem zatrudniania niezgodnego z kwalifikacjami są próby zatrudniania lekarzy cudzoziemców na stanowisku pielęgniarki.

Z wykonywaniem pracy określonego rodzaju wiąże się niewyartykułowany wyraźnie w przepisach prawa pracy obowiązek osobistego świadczenia pracy⁸⁵. W założeniach teoretycznych stosunek pracy jest oparty na wzajemnym szczególnym zaufaniu pomiędzy stronami, zobowiązanie z niego wynikające powinno być wykonywane bezpośrednio właśnie przez stronę, która stosunek ten nawiązała, czyli przez pracownika⁸⁶. Wprowadzenie klauzuli o dopuszczalności zastępstwa przez osoby trzecie jest elementem obcym w odniesieniu do zobowiązania wynikającego ze stosunku pracy. Brak bezwzględnie obowiązku osobistego świadczenia pracy wyklucza zakwalifikowanie stosunku prawnego jako umowy o pracę⁸⁷. Jednocześnie nie wyklucza możliwości korzystania przez pracownika ze sporadycznej pomocy innej osoby (innego pracownika, osoby pozostającej w zatrudnieniu niepracowniczym czy osoby niezatrudnionej przez tego samego pracodawcę)⁸⁸. Zasada osobistego wykonywania umówionej pracy wynika niewątpliwie z różnych norm ustawowych, np. z norm, które dla pracownika niezdolnego do wykonywania pracy przewidują („bez szukania zastępcy”) prawo do wynagrodzenia (zasiłku z ubezpieczenia społecznego) i ochronę trwałości stosunku pracy, choć w razie długotrwałej (stałej) niezdolności do pracy ustanawiają kompetencje do rozwiązania stosunku pracy, a jego wygaśnięcie wiąże się zawsze ze śmiercią zatrudnionego⁸⁹. Silne umocowanie osobistego świadczenia pracy wynika z ryzyka osobowego⁹⁰. Pracodawca ponosi odpowiedzialność za następstwa zachowań pielęgniarki jako pracownika i za szkodę wyrządzoną przy wykonywaniu przez nią obowiązków pracowniczych osobie trzeciej (art. 120 § 1 k.p.). Kodeks pracy określa granice zakresu odpowiedzialności regresowej pracodawcy do pracownika⁹¹.

⁸⁴ L. Florek, T. Zieliński, *Prawo pracy*, Warszawa 2006, s. 46.

⁸⁵ T. Liszcz, *Podporządkowanie pracownika...*, s. 151.

⁸⁶ D. Drozd, *Przemiany pojęcia „stosunek pracy”...*, s. 75.

⁸⁷ Przykładowo: wyrok SN z 4.12.1997 r., I PKN 394/97, OSNP 1998/20, poz. 595; wyrok SN z 26.11.1998 r., I PKN 458/98, OSNP 2000/3, poz. 94; wyrok SN z 6.10.1998 r., I PKN 389/98, OSNP 1999/22, poz. 718; wyrok SN z 28.10.1998 r., I PKN 416/98.

⁸⁸ Konieczność takiej pomocy może wynikać z różnych okoliczności obiektywnych czy leżących po stronie samego pracownika. Por. SN w wyroku z 9.02.2007 r., I UK 221/06, LEX nr 948780.

⁸⁹ Wyrok SN z 26.11.1998 r., I PKN 458/98.

⁹⁰ W. Sanetra, *Ryzyko osobowe zakładu pracy*, Warszawa 1971, s. 10 i n.

⁹¹ Pracownik jest odpowiedzialny wobec pracodawcy, który naprawił wyrządzoną szkodę, do odpowiedzialności na zasadach określonych w przepisach o ograniczonej odpowiedzialności materialnej, a więc w granicach rzeczywistej straty, za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego wynikała szkoda (art. 115 k.p.), w wysokości nieprzewyższającej kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia

Przy kwalifikowaniu zatrudnienia osób wykonujących zawód pielęgniarki jako zatrudnienia pracowniczego istotne są cechy ciągłości i powtarzalności wykonywanej pracy (wykonywanego rodzaju pracy). Istota ich tkwi w tym, że zobowiązanie pracownika wiąże się z wykonywaniem określonych czynności w powtarzających się odstępstwach czasu, w okresie istnienia trwałej więzi łączącej pracownika i pracodawcę⁹². Judykatura nie wyklucza istnienia w stosunku pracy przerwy w świadczeniu pracy w związku z brakiem zamówień czy niedostarczeniem materiałów do jej wykonywania⁹³. W przypadku wykonywania zawodu pielęgniarki można to odnieść do braku pacjentów zgłaszających się o udzielanie świadczenia zdrowotnego czy wypracowanie usług w ramach umowy z NFZ.

Zasadą jest pozostawanie stron w jednym stosunku pracy, choćby nawet przedmiotem pracowniczego zobowiązania był rodzaj pracy szeroko określony nazwą kilku zawodów lub specjalności czy funkcji⁹⁴. To samo dotyczy innych form praktyki intensyfikowania pracy w normalnym czasie pracy, polegających przykładowo na zawieraniu umowy o dodatkową pracę (czynności), wykonywaną w normalnym czasie pracy (ewentualnie przekształconym w zadaniowy czas pracy) obok pracy podstawowej i kwalifikowaną na ogół jako tzw. autonomiczna klauzula w podstawowym stosunku pracy, czy też powierzeniu tzw. pracy uzupełniającej, gdy praca umówiona nie wypełnia całego czasu pracy, choć charakter i skutki tej drugiej formy budzą kontrowersje⁹⁵. Klauzule autonomiczne nie są odrębnymi umowami o pracę i nie prowadzą do powstania dodatkowego stosunku pracy między tymi samymi podmiotami, a ponadto stanowią wyjątek od reguły. Zawieranie z własnym pracownikiem dodatkowej (drugiej) umowy o pracę za normalnym wynagrodzeniem judykatura dopuszcza tylko wyjątkowo, gdy chodzi o rodzaj pracy wyraźnie inny niż uzgodniony w podstawowym czasie pracy⁹⁶. W przeciwnym razie mielibyśmy do czynienia z próbą obejścia przepisów o czasie pracy i wysokości wynagrodzenia za godziny nadliczbowe⁹⁷. Za pracę tego samego rodzaju SN uznał pracę wykonywaną w ramach dyżurów zakładowych z tym samym pracodawcą⁹⁸. Należy to odnieść do sytuacji, gdy oddział szpitalny jest podstawowym miejscem wykonywania pracy, a dyżur zakładowy jest wykonywany w ambulatorium tego szpitala.

przysługującego pracownikowi w dniu wyrządzenia szkody (art. 119 k.p.). W razie umyślnego wyrządzenia szkody pracownik ponosi odpowiedzialność w pełnej wysokości (art. 122 k.p.). W najkorzystniejszym wypadku pracownik partycypuje w granicach nieprzewyższających trzymiesięcznego wynagrodzenia za pracę (art. 119 k.p.).

⁹² Wyrok SN z 14.12.1999 r., I PKN 451/99, OSNAPiUS 2001/10, poz. 337.

⁹³ Wyrok SN z 18.04.2000 r., I PKN 612/99, OSNP 2001/19, poz. 584.

⁹⁴ Wyrok SN z 13.03.1997 r., I PKN 43/97, OSNAPiUS 1997/24, poz. 494.

⁹⁵ *Prawo pracy a reforma gospodarcza*, red. W. Piotrowski, Poznań 1989, s. 65.

⁹⁶ Wyrok SN z 12.03.1969 r., III PZP 1/69, OSNCP 1969/11, poz. 197.

⁹⁷ Umowa zlecenia zawarta przez zakład pracy z sanitariuszem zatrudnionym w pełnym wymiarze czasu pracy, przewidująca wykonywanie przez niego po godzinach pracy – za ustalonym w niej wynagrodzeniem – pracy tego samego rodzaju, co określony w umowie o pracę, została uznana za uzupełniającą umowę o pracę; uchwała SN z 12.04.1994 r., I PZP 13/94, OSNAPiUS 1994/3, poz. 39.

⁹⁸ Wyrok SN z 13.03.1997 r., I PKN 43/97.

Jednocześnie SN uznał, że wyjątkiem od zasady ogólnej jest dopuszczenie możliwości zawierania odrębnych umów między tymi samymi podmiotami (istnienia między nimi więcej niż jednego stosunku pracy), jeżeli ich przedmiotem ma być praca innego rodzaju niż wcześniej umówiona (wynikająca z wcześniej nawiązanej umowy o pracę)⁹⁹.

W późniejszym wyroku SN wyraził opinię, że przy wykonywaniu na rzecz tego samego pracodawcy nawet kilku rodzajów podporządkowanej pracy domniemanie przemawia za istnieniem jednego stosunku pracy, choćby charakteryzującego się odpowiednio złożoną konstrukcją przedmiotu zobowiązania i struktury swojej treści. Dotyczy to nie tylko stosunku pracy zrodzonego przez umowę o pracę, ale także stosunku powstałego na innej podstawie czy też podstawach, nie wyłączając podstawy „mieszanej”, to znaczy pozaumownej, dopełnionej treścią uzgodnioną w umowie stron. Za taką konkluzją przemawiają założenia, które leżą u podstaw konstrukcji stosunku pracy (art. 22, 29 i 2 k.p.), oraz względy związane z potrzebą szerszej ochrony interesów pracownika, polegającej na ustaleniu limitów i ograniczeń w przedłużaniu dobowego, tygodniowego i rocznego czasu pracy¹⁰⁰. Przepisy ustalające maksymalne normy czasu pracy oraz określające warunki dopuszczalności świadczenia pracy w godzinach nadliczbowych mają charakter bezwzględnie obowiązujący w tym znaczeniu, że nie mogą być one przekraczane, nawet jeżeli pracownik w danym przypadku się na to godzi, czy też uważa, że leży to w jego interesie i jest to dla niego bardziej korzystne¹⁰¹. Za dopuszczalne można uznać jedynie zaostrożenie ograniczeń wynikających z obowiązującego prawa, np. przez skrócenie czasu pracy (przy zachowaniu wynagrodzenia w niezmienionej wysokości), czy też ustanowienie dodatkowych ograniczeń w zakresie dopuszczalności stosowania pracy w godzinach nadliczbowych¹⁰². Koncepcje dwóch stosunków pracy mógłby narzucić ustawodawca, a w braku podobnej regulacji stronom wolno by tak postąpić tylko w przypadku, gdyby istnienie jednego stosunku pracy powodowało dysfunkcjonalność wzajemnej więzi prawnej. Dlatego ważne jest dokonanie ustalenia na temat kształtu wzajemnej relacji pomiędzy funkcją pielęgniarki i stanowiskiem kierownika – pielęgniarki oddziałowej¹⁰³.

⁹⁹ Wyrok SN z 13.03.1997 r., I PKN 43/97.

¹⁰⁰ Wyrok SN z 13.03.1997 r., I PKN 43/97.

¹⁰¹ Uchwała SN z 12.04.1994 r., I PZP 13/94; wyrok SA w Gdańsku z 21.10.1994 r., III AUr 865/94, OSA 1995/2, poz. 19.

¹⁰² Przy uwzględnieniu takich założeń należy interpretować przepis art. 18 k.p., w myśl którego postanowienia umów o pracę oraz innych aktów, na których podstawie powstaje stosunek pracy, nie mogą być mniej korzystne dla pracownika niż przepis prawa pracy; wyrok z 13.03.1997 r., I PKN 43/97.

¹⁰³ Kwestia ta została poruszona w zakresie analizy funkcji lekarza i stanowiska kierowniczego ordynatora; wyrok SN z 14.02.2002 r., I PKN 876/00, OSNAPiUS 2004/4, poz. 60.

5. Wyznaczenie miejsca i czasu pracy

Osoba wykonująca zawód pielęgniarki w ramach stosunku pracy powinna stawić się w miejscu i czasie wyznaczonym przez podmiot zatrudniający z zamiarem świadczenia pracy w stanie obiektywnie umożliwiającym podjęcie obowiązków¹⁰⁴. Pozostawanie do dyspozycji pracodawcy oznacza, że w czasie przeznaczonym na wykonywanie pracy pracownik nie może decydować o miejscu swego pobytu ani o sposobie wykorzystania tego czasu, który odstąpił pracodawcy wraz z udostępnieniem mu swojej zdolności do pracy („siły roboczej”)¹⁰⁵. Trudno sobie wyobrazić możliwość poprawnego funkcjonowania podmiotu leczniczego realizującego całodobową opiekę nad pacjentem, jeżeli jego kierownik nie miałby prawa skutecznie polecić wykonywania pracy, pełnienia dyżuru czy pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Prawna konstrukcja czasu pracy ma swoje umocowanie konstytucyjne. W art. 66 ust. 2 Konstytucji RP „maksymalne normy czasu pracy określa ustawa”. Zdaniem TK, z uwagi na wyrażoną w art. 24 Konstytucji RP zasadę, zgodnie z którą „praca znajduje się pod ochroną Rzeczypospolitej Polskiej”, zapis zawarty w art. 66 ust. 2 Konstytucji RP powinien stanowić realną gwarancję praw pracowniczych poprzez ograniczenie swobody kształtowania stosunków zarówno w umowach, jak i w aktach podustawowych¹⁰⁶. Z takiego brzmienia przywołanych zasad Konstytucji wynika, że ustawodawca nie przewiduje innej formy podporządkowania pracownika, jak tylko zatrudnienie objęte pojęciem czasu pracy. Delegacja zawarta w Konstytucji musi być rozumiana w sposób ścisły. Konstrukcja ta pozostaje w korelacji z art. 47 Konstytucji RP, który kształtuje prawo każdego obywatela do ochrony prawnej życia prywatnego. Oznacza to innymi słowy, że przepisy o czasie pracy muszą być tak budowane, aby wynikało z nich jednoznacznie, w jakim zakresie pracownik jest podporządkowany pracodawcy, a jaka sfera obejmuje jego prywatny czas, podlegający ochronie w ramach zasad określonych w art. 47 Konstytucji RP¹⁰⁷.

Obowiązek świadczenia pracy w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę wynika z obowiązków sumiennego wykonywania pracy (art. 100 § 1 k.p.) oraz przestrzegania ustalonego porządku pracy (art. 100 § 2 pkt 2 k.p.). Miejsce pracy powinno być określone w umowie o pracę (art. 29 § 1 pkt 2 k.p.), zaś stosowany u danego pra-

¹⁰⁴ Szerzej A. Sobczyk, *W sprawie redefinicji pojęcia gotowości do pracy [w:] Jedność w różnorodności. Studia z zakresu prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i polityki społecznej. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Muszalskiemu*, Warszawa 2009, s. 165 i n.

¹⁰⁵ Pracodawca ma prawo do oceny przestrzegania przez pracownika ustalonego w zakładzie pracy czasu pracy i taka ocena, nawet jeżeli jest dla pracownika niekorzystna, ale zgodna z rzeczywistym stanem rzeczy, nie narusza godności osobistej pracownika ani jego dóbr osobistych; wyrok SA w Warszawie z 10.10.2002 r., III APa 21/02, OSA 2003/3, poz. 12.

¹⁰⁶ Wyrok TK z 17.05.1999 r., P 6/98, Dz.U. Nr 45, poz. 458.

¹⁰⁷ T. Nycz, *Dyżur medyczny i gotowość do udzielania świadczeń medycznych*, PiZS 2000/10, s. 27–28.

codawcy system czasu pracy jest określony w układzie zbiorowym pracy, regulaminie pracy lub obwieszczeniu pracodawcy, bądź w umowie o pracę (art. 150 § 1 k.p.).

W odniesieniu do wykonywania zawodu pielęgniarki określenie miejsca świadczenia pracy może mieć zarówno charakter ogólny, tj. poprzez wskazanie, że miejscem tym jest podmiot leczniczy jako całość (np. szpital), jak i poprzez wyodrębnienie poszczególnych komórek uwidocznionych w jego strukturze organizacyjnej, w których pielęgniarka będzie świadczyła pracę. Każdy ze sposobów określania miejsca świadczenia pracy przez pielęgniarkę ma swoje konsekwencje, przy ogólnym wskazaniu miejsca świadczenia pracy i jednoczesnym określeniu rodzaju pracy jako „zawód pielęgniarka”. Tym samym osoba wykonująca ten zawód może zostać zobowiązana przez pracodawcę do świadczenia pracy w różnych komórkach organizacyjnych podmiotu leczniczego, przy zachowaniu innych uzgodnionych warunków pracy i płacy. W ocenie SN oświadczenie pracodawcy o przesunięciu wówczas pielęgniarki z jednego oddziału szpitalnego do innego stanowi polecenie pracownicze wykonania przez pracownika czynności mieszczących się w granicach rodzaju pracy określonego umową¹⁰⁸. Jednocześnie z uwagi na charakter zatrudnienia, zgodnie z orzeczeniem SN, obowiązek świadczenia pracy w określonym miejscu i czasie nie musi wynikać wprost z postanowień umowy o pracę. Istotną przesłanką faktyczną potwierdzającą istnienie podporządkowania w tym zakresie jest obowiązkowe podpisywanie listy obecności lub potwierdzanie w inny sposób swojej obecności w miejscu świadczenia pracy¹⁰⁹.

Sąd Najwyższy nie podzielił poglądu, że „wymóg bezwzględnej dyscypliny pracy i przebywania w miejscu pracy» w obowiązujących pracownika godzinach jej świadczenia nie ma zastosowania do wykonywania pewnych zawodów i prac, w tym do zawodu lekarza”, zdaniem SN wymóg ten powinien być stosowany „niezależnie od okoliczności i charakteru pracy”. Pogląd ten znajduje analogiczne odniesienie do zawodu pielęgniarki. Tym samym obowiązkiem pielęgniarki jest świadczenie pracy w godzinach wyznaczonych treścią umowy o pracę, a nie do czasu przyścia ostatniego pacjenta zapisanego na wizytę określonego dnia¹¹⁰.

System czasu pracy pracowników podmiotów działalności leczniczej został uregulowany odrębnie, poza Kodeksem pracy. K. Rączka wskazuje, że do przedstawicieli zawodów medycznych stosowane mogą być trzy systemy czasu pracy: skrócony czas pracy (art. 93 u.d.z.l.), równoważny czas pracy (art. 94 u.d.z.l.) oraz wydłużony czas pracy (art. 96 u.d.z.l.). Każdy system czasu pracy oparty jest na maksymalnej normie dobowej i przeciętnej tygodniowej normie czasu pracy, zasadzie przeciętnie pięciodniowego ty-

¹⁰⁸ Wyrok SN z 7.09.2005 r., II PK 292/04, OSNP 2006/7–8, poz. 114.

¹⁰⁹ Wyrok SN z 9.12.1999 r., I PKN 432/99.

¹¹⁰ Nie ma przy tym znaczenia, że wcześniejsze zakończenie pracy umówionej nie spowodowało żadnych strat lub szkody po stronie pracodawcy czy pacjentów; wyrok SN z 20.07.2000 r., I PKN 742/99, OSNP 2002/3, poz. 74.

godnia pracy oraz okresie rozliczeniowym, w ramach którego rozliczana jest przeciętna norma tygodniowa i przeciętnie pięciodniowy tydzień pracy.

Do skróconego systemu czasu pracy K. Rączka zalicza system czasu, gdzie norma dobową nie może przekraczać odpowiednio: 7 godzin 35 minut, 6 godzin i 5 godzin, zaś norma tygodniowa nie może przekraczać odpowiednio: 37 godzin 55 minut, 30 godzin i 25 godzin przeciętnie na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy. W tym ujęciu przedstawiciele zawodu pielęgniarki pracują zawsze w systemie skróconym do podstawowej normy czasu pracy określonej w Kodeksie pracy (art. 129 § 1 k.p.).

Natomiast M. Rycak wyodrębnia w ramach systemów czasu pracy w podmiotach działalności leczniczej system podstawowy, skrócony i równoważny¹¹¹. Podstawowe normy czasu pracy dotyczą ogółu zatrudnionych, do których nie mają zastosowania normy szczególne. Autorka za podstawowy czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiotach działalności leczniczej przyjęła system, gdzie w okresie rozliczeniowym czas pracy nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy. Niemniej nadal system ten jest systemem szczególnym i skróconym do systemu podstawowego wyrażonego w Kodeksie pracy. Z drugiej jednak strony dla przedstawicieli zawodów medycznych pozostających w zatrudnieniu pracowniczym co do zasady jest podstawowym systemem czasu pracy i tak też będzie traktowany w dalszych częściach tego opracowania. Ustawodawca nie wyłącza możliwości wprowadzenia również zadaniowego czasu pracy (art. 140 k.p.) względem zawodów medycznych, jednak kwestia ta nie jest dla autorki jednoznaczna i wymaga odrębnej szczegółowej analizy, z uwzględnieniem wybranej formy zarządzania w podmiotach działalności leczniczej¹¹².

Wybór jednego z powyżej wskazanych systemów czasu pracy należy do pracodawcy, obowiązkiem pracowniczym jest jego przestrzeganie.

Przepis art. 93 u.dz.l. nie wyjaśnia, do jakich konkretnie stanowisk pracy ma zastosowanie podstawowy system czasu w skróconej normie dobowej 7 godzin 35 minut i przeciętna 37-godzinna i 55-minutowa norma tygodniowa czasu pracy. Praca powyżej określonych ustawowych norm (art. 93 u.dz.l.) stanowi pracę w godzinach nadliczbowych, którą należy odpowiednio zrekompensować, zgodnie z przepisami Kodeksu pracy.

Pracodawca może zastosować w przypadkach uzasadnionych rodzajem pracy lub jej organizacją w podmiotach leczniczych również równoważny czas pracy (art. 94

¹¹¹ M. Rycak, *Czas pracy w zakładach opieki zdrowotnej*, Warszawa 2008, s. 79 i n.

¹¹² D. Bielecka, *System zadaniowego czasu pracy*, „Monitor Prawa Pracy” 2005/6.

u.dz.l.)¹¹³. W tym przypadku czas pracy osób wykonujących zawód pielęgniarki może być przedłużony do wymiaru 12 godzin na dobę. Równoważny system czasu pracy wprowadza się w układzie zbiorowym lub regulaminie pracy albo w obwieszczeniu (art. 150 § 1 k.p.), brak takiej regulacji oznacza, że pracownicy pracują w podstawowym systemie czasu pracy¹¹⁴. Wydłużone okresy rozliczeniowe najczęściej stosuje się w komórkach organizacyjnych, które zapewniają całodobową opiekę medyczną, stosując pracę zmianową po 12 godzin na każdej zmianie (szczególnie izby przyjęć, szpitalne oddziały ratunkowe czy oddziały szpitalne w odniesieniu do pielęgniarek, ale również z uwagi na znaczne wahnięcia w różnych miesiącach w zapotrzebowaniu na usługi medyczne, np. w miejscowościach wypoczynkowych).

Zarówno praca w podstawowym, jak i równoważnym systemie czasu pracy może być pracą zmianową¹¹⁵. Ustalenie zmianowości pracy i obowiązku pracownika do świadczenia pracy w ściśle określonym miejscu i czasie pokazuje zasadniczy wpływ pracodawcy na proces pracy w zatrudnieniu pracowniczym¹¹⁶. Podmiot zatrudniający ustala dni pracy oraz godziny, konieczność ewidencjonowania elementów czasu pracy, takich jak godziny rozpoczęcia i zakończenia pracy czy usprawiedliwienia nieobecności w pracy¹¹⁷. Istotną okolicznością przemawiającą za istnieniem elementu podporządkowania w zakresie czasu i miejsca pracy jest wprowadzenie przez podmiot zatrudniający różnego rodzaju harmonogramów i grafików precyzujących ramy, w jakich praca ma być wykonywana (art. 94 ust. 3 u.dz.l.). Zatrudnienie pracownika w pracy zmianowej powoduje, że dopuszczalne staje się wykonywanie przez niego pracy w niedziele i święta (art. 151¹⁰ pkt 3 k.p.).

Podporządkowanie pracownicze wynikające z art. 100 k.p. oznacza, że pracownik nie tylko w określonym czasie i miejscu pozostaje do dyspozycji pracodawcy i musi świadczyć pracę określoną w umowie o pracę. Dyspozycyjność pracownika w zakresie czasu pracy na rzecz pracodawcy nie ogranicza się do wykonywania pracy, lecz w mniejszym natężeniu występuje również w czasie wolnym od pracy. Poza czasem

¹¹³ Równoważny czas pracy polega na tym, że w pewne dni czas pracy może być dłuższy od ogólnie obowiązującego, a w inne dni może być skrócony. W ramach ustalonego okresu rozliczeniowego krótsze i dłuższe dobowe normy równoważą się wzajemnie, tak że przeciętna norma tygodniowa zostaje zachowana. „Równoważenie” norm może też polegać na wyznaczaniu pracownikom dodatkowych dni wolnych od pracy.

¹¹⁴ M. Rycak, *Czas pracy w zakładach...*, s. 79.

¹¹⁵ W dyrektywie nr 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 4.11.2003 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy praca w systemie zmianowym określona została jako każda forma organizacji pracy w systemie zmianowym, zgodnie z którą pracownicy zmieniają się na tych samych stanowiskach pracy według określonego harmonogramu, łącznie z systemem następowania po sobie, który może mieć charakter nieprzerwany lub przerwany oraz pociągając za sobą konieczność wykonywania pracy przez pracownika o różnych porach w ciągu określonych dni lub tygodni (Dz.Urz. UE L 299, s. 9).

¹¹⁶ Wyrok SN z 11.09.1997 r., II UKN 232/97; wyrok SN z 11.04.1997 r., I PKN 89/97, OSNAPiUS 1998/2, poz. 35.

¹¹⁷ Wyrok SN z 2.09.1998 r., I PKN 293/98, OSNAPiUS 1999/18, poz. 582.

pracy ma ona postać takich ograniczeń zachowania pracownika, które są konieczne, aby w najbliższym dniu pracy mógł on oddać się do dyspozycji pracodawcy w stanie umożliwiającym mu właściwe wykonywanie pracy. Dotyczy to takich kwestii, jak: oddalenie od miejsca wykonywania pracy, spożywanie substancji obniżających sprawność psychofizyczną, utrzymujących się przez dłuższy czas w organizmie, obniżenie sprawności psychofizycznej dodatkową pracą.

Pracodawca może polecić pielęgniarce pracę w godzinach nadliczbowych lub pełnienie dyżuru, z tym jednak, że odnośnie do osób wykonujących zawód pielęgniarki praca w godzinach nadliczbowych lub pełnienie dyżuru przybiera nieco odrębne zasady niż w odniesieniu do pracowników, do których mają zastosowanie wyłącznie przepisy Kodeksu pracy zawarte w rozdziale V. Praca w godzinach nadliczbowych może mieć miejsce wyłącznie za zgodą pracownika (tzw. klauzula *opt-out*) na podstawie art. 96 u.d.z.l. oraz niezależnie od woli pracownika na podstawie art. 151 § 1 pkt 1 k.p. Dyżur pielęgniarek może mieć charakter dyżuru medycznego regulowanego przepisami art. 95 u.d.z.l. lub będzie tylko dyżurem w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy (art. 151⁵ k.p.).

5.1. Wydłużenie dobowego wymiaru czasu pracy – tzw. klauzula *opt-out*

Pracodawca niezależnie od dwóch powyżej wskazanych systemów czasu pracy może skorzystać z trzeciego systemu czasu pracy, polegającego na wydłużeniu dobowego wymiaru czasu pracy nieprzekraczającego 12 godzin na dobę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 4 miesiące – w literaturze nazywanego klauzulą *opt-out* (art. 96 u.d.z.l.)¹¹⁸. Praca w wydłużonym systemie czasu pracy może być stosowana do pielęgniarek posiadających wyższe wykształcenie, zatrudnionych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne i tylko za zgodą pracownika wyrażoną na piśmie. Nie ma możliwości skorzystania z klauzuli *opt-out* w stosunku do pielęgniarek zatrudnionych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Wyrażenie zgody na klauzulę *opt-out* uzależnione jest całkowicie od woli osób uprawnionych do jej wyrażenia i poddane jest jednocześnie obronie ich praw jako pracowników. Ustawodawca w art. 96 ust. 4 u.d.z.l. wprowadził zakaz dyskryminacji pracownika z uwagi na niewyrażenie zgody na pracę ponad 48 godzin. Jest to istotne osłabienie dyrektywnych uprawnień kierowniczych, ponieważ polecenie pracowni-

¹¹⁸ Regulacja ta czyni zadość wymaganiom prawa unijnego, ujętego w dyrektywie 2003/88/WE oraz wykładni przyjętej przez TS.

cze kierownika nie ma w tym zakresie zastosowania, a pracownik nie ma żadnego obowiązku podporządkowania się temu poleceniu. Tym samym pracodawca, organizując pracę w podmiocie leczniczym, co do zasady nie ma prawa wybrania z załogi tych osób, które spełniają jego oczekiwania, a przynajmniej realizacja tego praw może być bardzo utrudniona. Ponadto niedogodnością dla pracodawcy jest także prawo pracownika do wypowiedzenia, bez żadnego uzasadnienia i bez żadnych konsekwencji, z miesięcznym okresem wypowiedzenia zgody na pracę ponad wymiar 48 godzin na tydzień. W takiej sytuacji pracodawca może mieć zbyt mało czasu, aby uzupełnić personel medyczny w podmiocie leczniczym. Omawiana regulacja wydłużonego systemu czasu pracy nie daje pracodawcy szans na trwałe i racjonalne zaplanowanie pracy w podmiocie leczniczym. Praca osób wykonujących zawód pielęgniarki w tym systemie musi być poddana obowiązkowej i dokładnej ewidencji czasu pracy, a informacja o czasie przepracowanym na podstawie tzw. klauzuli *opt-out* jest przedkładana przez pracodawcę w ramach nadzoru i kontroli sprawowanych przez Państwową Inspekcję Pracy. Inspekcja może zakazać albo ograniczyć możliwość wydłużenia maksymalnego tygodniowego wymiaru czasu pracy z powodów związanych z bezpieczeństwem lub zdrowiem pracowników, a także w celu zapewnienia właściwego poziomu udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 96 ust. 3 i 4 u.d.z.l.). Taka regulacja ma na celu zapobieżenie nadmiernemu obciążaniu pracowników pracą w wydłużonym systemie czasu pracy. Ten rodzaj pracy (w godzinach nadliczbowych) ma charakter planowy, wymaga zachowania formy pisemnej, a pracownik może zrezygnować z pracy w systemie wydłużonym bez żadnych konsekwencji.

Z drugiej jednak strony inicjatywa skorzystania z tego rodzaju systemu czasu pracy należy do pracodawcy, a zaproponowanie pielęgniarkom tej formy pracy w godzinach nadliczbowych nie jest uzależnione od jakichkolwiek przyczyn zaistniałych po stronie pracodawcy (np. względy organizacyjne czy szczególne potrzeby pracodawcy). W ten sposób rozwiązanie art. 96 u.d.z.l. nie stanowi *lex specialis* dla art. 151 § 1 k.p. W związku z tym uważam, że z klauzuli *opt-out* nie powinni korzystać pracownicy posiadający wyższe wykształcenie, wykonujący zawód pielęgniarki i zatrudnieni w podmiocie leczniczym w niepełnym wymiarze czasu pracy. Zgodnie z art. 96 ust. 7 u.d.z.l. do wynagrodzenia za pracę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym stosuje się odpowiednio art. 151¹ § 1–3 k.p. Praca wykonywana na podstawie klauzuli *opt-out* jest pracą, do której stosuje się odpowiednio przepisy o pracy w godzinach nadliczbowych, dlatego praca w przypadku niepełnego etatu ponad ustalony wymiar czasu nie powinna być pracą w godzinach nadliczbowych, natomiast należy za nią zapłacić jak za normalną pracę. W przeciwnym razie pracodawca może spotkać się ze strony organu prowadzącego zakład z zarzutem niegospodarności.

5.2. Praca w godzinach nadliczbowych

Niezależnie od powyżej omówionych systemów czasu pracy w każdym rodzaju zakładu opieki zdrowotnej odnośnie do pracowników wykonujących zawód pielęgniarki zarówno z wyższym, jak i średnim wykształceniem może być zarządzona w sytuacjach wyjątkowych, niemożliwych lub trudnych wcześniej do przewidzenia praca w godzinach nadliczbowych (zgodnie z art. 151 k.p.). W każdej organizacji występują sytuacje nieprzewidziane, wymagające wykonywania pracy poza normalnymi godzinami pracy przez wszystkich lub przez wybranych pracowników. Sytuacje nadzwyczajne, takie jak powódź, pożar, epidemia oraz różnego typu awarie (maszyn i urządzeń), są po pierwsze nieprzewidywalne, po drugie większość z nich może zagrażać życiu i zdrowiu pacjentów oraz pracowników lub spowodować znaczne straty materialne. Większości pracowników konieczność dłuższej pracy w przypadku, gdy niezbędne jest prowadzenie akcji ratowniczej dla ochrony życia lub zdrowia ludzkiego albo dla ochrony mienia lub usunięcia awarii wydaje się jak najbardziej naturalna i konieczna. Pracodawca samodzielnie ocenia, czy sytuacja, która wystąpiła w zakładzie, wymaga podjęcia nadzwyczajnych środków, w tym zlecenia pracownikom pracy po godzinach. Pracownik natomiast nie ma prawa oceniać, czy wydając mu polecenie o pracy w nadgodzinach, pracodawca prawidłowo zdiagnozował sytuację czy też nie. Polecenie pracy w godzinach nadliczbowych nie wymaga żadnej szczególnej formy¹¹⁹.

W Kodeksie pracy nie definiuje się pojęcia szczególnych potrzeb pracodawcy, ale powszechnie przyjmuje się, że w tym wypadku nie chodzi o wykonywanie zwykłych, normalnych zadań. Mimo że obowiązek świadczenia pracy w godzinach nadliczbowych pracowników wykonujących zawód pielęgniarki z wyższym wykształceniem nie został wyłączony ze względu na szczególne potrzeby pracodawcy, to jednak interpretacja obowiązku pracowniczego w tym zakresie nie zawsze może być jednoznaczna. Powstaje tutaj pytanie, czy praca nie powinna być wykonywana na podstawie klauzuli *opt-out*, a więc za zgodą pracownika? Kryterium odróżniającym sytuację osoby z wyższym wykształceniem powinna być sytuacja przewidywalności, planowania pewnych okoliczności. Jeżeli pracodawca wie, że nie ma możliwości zgromadzenia odpowiedniej liczby personelu medycznego, planując pracę w szpitalu, powinien w takich sytuacjach skorzystać z klauzuli *opt-out*, natomiast jeżeli zmiana organizacji pracy na charakter nieplanowany i tylko doraźny, na pracowniku będzie ciążył obowiązek pracowniczy pracy w godzinach nadliczbowych.

Wykonywanie pracy w godzinach nadliczbowych jest obowiązkiem pracownika. Zarówno w przepisach prawa pracy, jak i w orzecznictwie trudno doszukać się podstaw odmowy wykonania pracy w godzinach nadliczbowych¹²⁰. W orzecznictwie znalazł

¹¹⁹ Wyrok SN z 14.05.1998 r., I PKN 122/98, OSNAPiUS 1999/10, poz. 343.

¹²⁰ W szczególności nie usprawiedliwia takiej odmowy zmęczenie pracownika. Zgodnie bowiem z wyrokiem Sądu Najwyższego z 16.12.1987 r. (I PRN 68/87, OSNC 1989/10, poz. 164) praca w godzinach nadliczbowych jest wykonywana w warunkach określonego już zmęczenia pracownika. Nie uzasadnia

się nawet wyrok orzekający, że pracownik nie może także odmówić wykonywania pracy w godzinach nadliczbowych, gdy polecono mu wykonywać pracę inną niż określona w umowie o pracę¹²¹.

Z drugiej strony, w związku z tym, że praca po godzinach powoduje przekroczenie norm czasu pracy oraz stanowi dodatkowe obciążenie dla pracownika, pracodawca może zlecać taką pracę tylko w sytuacjach nadzwyczajnych, powstałych niezależnie od pracodawcy. Uzasadnieniem odmowy podjęcia pracy w godzinach nadliczbowych może być bezprawne żądanie takiej pracy – na przykład żądanie pracodawcy naruszające zakazy zatrudniania w godzinach nadliczbowych niektórych kategorii pracowników¹²² czy też z uwagi na sytuacje wcześniej przewidziane przez pracodawcę. Przyjmuje się, że odmowa podjęcia pracy w godzinach nadliczbowych może być uzasadniona również w sytuacji, gdy polecenie to naruszałoby zasady współżycia społecznego (art. 8 k.p.).

5.3. Dyżur medyczny

Osoby wykonujące zawód pielęgniarki w stosunku zatrudnienia pracowniczego mogą zostać zobowiązane do pełnienia dyżurów. Materia ta nie została jednoznacznie uregulowana dla wszystkich osób wykonujących zawód pielęgniarki.

Ustawodawca wprowadza rozróżnienie na pielęgniarki, które mogą być zobowiązane do pełnienia dyżuru pracowniczego, o którym mowa w Kodeksie pracy (art. 151⁵ k.p., dalej: dyżur pracowniczy), i pielęgniarki, które mogą być zobowiązane do pełnienia dyżuru medycznego, uregulowanego w ustawie o działalności leczniczej (art. 97 u.d.z.l.).

Dyżur pracowniczy i dyżur medyczny pod pewnymi względami mają analogiczne uregulowania, ale w wielu istotnych kwestiach różnią się między sobą z punktu widzenia praw i obowiązków osób je pełniących oraz praw i obowiązków pracodawcy.

Rozróżnienie tych dwóch rodzajów dyżurów wymaga uwzględnienia zakresu podmiotowego i miejsca wykonywania zawodu pielęgniarki oraz celu jego ustanowienia.

Termin „dyżur medyczny” jest pojęciem prawnym, wykorzystanym przez ustawodawcę na określenie dyżurów, które mogą pełnić zarówno lekarze, jak i inni posiadający wyższe wykształcenie pracownicy wykonujący zawód medyczny, w tym

to jednak odmowy pracownika wykonania polecenia pozostania poza godzinami pracy w celu zakończenia usuwania awarii.

¹²¹ Wyrok SN z 1.08.1990 r., I PRN 7/90, niepubl. W orzeczeniu tym znalazło się stwierdzenie, że „zlecenie pracy w godzinach nadliczbowych wiąże pracownika nie tylko wówczas, gdy zlecono mu pracę godną z umówionym rodzajem, lecz również wtedy, gdy zlecono mu pracę innego rodzaju”.

¹²² Wymienić można tu kobiety w ciąży, młodocianych oraz osoby niepełnosprawne.

pielęgniarki¹²³. W konsekwencji należy przyjąć, że pojęcie to ma szeroki charakter i obejmuje terminy używane w języku prawniczym i orzecznictwie, jak np. „dyżur lekarski”, „dyżur pielęgniarski”, „dyżur położnej”, „dyżur diagnosty laboratoryjnego”.

Drugą istotną przesłanką dla zakwalifikowania dyżuru jako dyżuru medycznego jest miejsce jego pełnienia i cel zobowiązania pracownika do jego pełnienia. Dyżur medyczny stanowi wyjątkowe zobowiązanie o charakterze celowościowym i nie może być tłumaczony w sposób rozszerzający¹²⁴. Dyżur medyczny jako instytucja celowa może być pełniony tylko w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Wobec tego pracodawca podmiotu leczniczego udzielającego stacjonarnych i całodobowych świadczeń medycznych może zobowiązać do dyżuru medycznego tylko tych pracowników, którzy taką rolę pełnią¹²⁵. Szczególny charakter dyżuru medycznego wynika właśnie z faktu, że w trakcie jego pełnienia chodzi o zapewnienie całodobowych świadczeń zdrowotnych indywidualnie określonym pacjentom przez całą dobę i w odpowiednim miejscu. Dlatego instytucja dyżuru medycznego powinna być stosowana ściśle, stosownie do jej celu wprowadzonego przez ustawodawcę. W literaturze wyrażono pogląd, że błędne zakwalifikowanie danego podmiotu leczniczego jako zapewniającego stacjonarną i całodobową opiekę nad pacjentem spowoduje ten skutek, że zlecenie dyżuru będzie traktowane jako wykonywanie pracy w godzinach nadliczbowych, ze wszelkimi tego konsekwencjami prawnymi, zwłaszcza wynagrodzeniem¹²⁶. Trudno się zgodzić z tym poglądem, z uwagi na nieplanowany charakter pracy w godzinach nadliczbowych. Natomiast nie można wyłączyć możliwości pełnienia przez pracowników podmiotu leczniczego udzielającego ambulatoryjnych świadczeń medycznych zobowiązania do pełnienia dyżuru pracowniczego.

Dyżur medyczny jest instytucją systemowo ułatwiającą zorganizowanie udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych¹²⁷, a możliwość wprowadzenia systemu pracy zmianowej dla grupy przedstawicieli zawodu pielęgniarskiego nie podważa przydatności dyżurów medycznych. Ograniczanie praktycznego wykorzystania dyżuru medycznego tylko do lekarzy usztywnia dotychczasowy system świadczenia pracy i wprowadzenia konsultacyjnych zespołów zawodów medycznych. Dyżur medyczny jest dogodniejszą formą pracy niż stosowanie pracy zmianowej dla

¹²³ Termin „dyżur medyczny” wprowadzono do języka prawnego w wyniku nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w 2000 r. – ustawą z 22.12.1999 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2000 r. Nr 3, poz. 28). Wcześniej ustawodawca posługiwał się terminem „dyżur zakładowy” pełniony przez lekarzy i innych pracowników medycznych z wyższym wykształceniem – rozporządzenie Rady Ministrów z 27.12.1974 r. w sprawie niektórych obowiązków i uprawnień pracowników zatrudnionych w zakładach służby zdrowia (Dz.U. Nr 51, poz. 326 ze zm.).

¹²⁴ T. Nycz, *Praktyczne aspekty dyżuru medycznego*, PiZS 2000/11, s. 32.

¹²⁵ T. Nycz, *Praktyczne aspekty...*, s. 32.

¹²⁶ T. Nycz, *Praktyczne aspekty...*, s. 33.

¹²⁷ Z. Kubot, *Pojęcie dyżuru medycznego*, PiZS 2000/4, s. 19.

pielęgniarek i pozwala na racjonalne wykorzystanie ich kwalifikacji na rzecz świadczenia pracy w podmiocie leczniczym.

Dyżuru medycznego w żadnym podmiocie leczniczym nie mogą pełnić osoby wykonujące zawód pielęgniarki nieposiadające wyższego wykształcenia, jak również pielęgniarki wykonujące zawód w podmiocie leczniczym nieświadczącym stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych. W tego rodzaju placówkach pracodawca nie może zobowiązać do pełnienia dyżuru pracowniczego w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy.

Dyżur medyczny to szczególny rodzaj dyżuru pracowniczego, uregulowany na podstawie odrębnej regulacji (poza Kodeksem pracy). W przeciwieństwie do dyżuru pracowniczego w rozumieniu art. 151⁵ k.p., dyżury medyczne mogą być ponadto wykonywane na podstawie umów cywilnoprawnych.

Dyżur medyczny zawsze wykonywany jest poza normalnymi godzinami pracy i nie jest czasem pracy *sensu stricto*, pomimo zaliczenia go do czasu pracy (art. 95 ust. 2 i 3 u.dz.l.)¹²⁸. Przyjęcie stanowiska przeciwnego prowadziłoby do zatarcia różnic pomiędzy dyżurem a czasem pracy. Dyżur medyczny jest dyżurem specyficznym, w którym nie da się wyodrębnić godzin efektywnej pracy, godzin gotowości do pracy i odpoczynku, gdyż wzajemnie się one przeplatają i nakładają na siebie¹²⁹. Praca osoby pełniącej dyżur medyczny powinna ograniczyć się do niezbędnego minimum (normalnych) czynności zawodowych, które nie muszą być wykonywane w normalnym czasie pracy i związane są z koniecznością zapewnienia pacjentom bieżących świadczeń zdrowotnych. Wykonywanie czynności dodatkowo zleconych, niewynikających z konieczności realizacji na bieżąco prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych, można uznać za równoznaczne z wydaniem polecenia pracy w godzinach nadliczbowych.

Po wykonaniu czynności zawodowych w ramach dyżuru medycznego osoby pełniące ten dyżur mają prawo do przejścia do stanu biernej gotowości, który można wykorzystać na sen, dopóki nie wystąpi potrzeba wykonania kolejnych czynności zawodowych. Jak zauważono w doktrynie prawa, taki wniosek wynika w sposób jednoznaczny z *ratio legis* dyżuru medycznego, którym jest możliwość zapewnienia pacjentom szpitali całodobowej opieki medycznej bez konieczności zatrudniania dodatkowego personelu.

¹²⁸ W Polsce do 1.01.2008 r. dodatkowym argumentem przemawiającym za faktem, że praca osób dyżurujących powinna ograniczać się do niezbędnego minimum, była treść art. 32j u.z.o.z., który stanowił, że czas pełnienia dyżuru nie wliczał się do czasu pracy.

¹²⁹ Taki wniosek potwierdza linia orzecznicza Sądu Najwyższego: uchwała SN (7) z 28.04.1994 r., I PZP 6/94, OSNAPiUS 1994/8, poz. 125; wyrok SN z 16.01.1996 r., I PRN 100/95, „Wokanda” 1996/6, poz. 22. W wyroku z 7.08.2001 r. (I PKN 730/00, OSP 2002/7–8, poz. 96) SN wyraźnie wskazał na trzy fazy dyżuru medycznego: wykonywanie pracy, gotowość do pracy i czas odpoczynku.

Również dyżur pracowniczy w rozumieniu art. 151⁵ k.p. stanowi dodatkowe zadanie robocze, po normalnych godzinach pracy, bez względu na to, czy zadanie mieści się w ramach uzgodnionego rodzaju pracy czy też wykracza poza ten rodzaj¹³⁰. W czasie dyżuru pracownik pozostaje tylko w stanie pogotowia i nie wykonuje jednocześnie żadnych dodatkowych czynności, z tą jednak różnicą względem dyżuru medycznego, że dopiero wówczas gdy w czasie dyżuru pracownik wykonywał dodatkowe czynności na rzecz i w interesie pracodawcy, należy czas przeznaczony na ich wykonanie zaliczyć do czasu pracy.

Dyżur medyczny może być pełniony w każdym systemie czasu pracy. W skróconym i równoważnym systemie czasu pracy instytucja dyżuru medycznego obejmuje jedynie 10 godzin i 5 minut i nie więcej niż przeciętnie 48 godzin na tydzień. Maksymalny, przeciętnie 48-godzinny, wymiar czasu pracy wynika z art. 131 k.p. Jest to segment, który pracodawca ma prawo zaplanować bez odwoływania się do przesłanek zawartych w art. 151 k.p., tj. konieczności prowadzenia akcji ratowniczej czy szczególnych potrzeb pracodawcy. Jeżeli ustawa dała pracodawcy prawo planowania pracy w tych granicach, to słuszny jest wniosek, że temu prawu odpowiada obowiązek pielęgniarki wykonywania pracy w tym zakresie.

Odstępstwo od tego maksymalnego wymiaru tygodniowego czasu pracy wprowadzić może tylko ustawa i takie odstępstwo przewidziano w art. 96 ust. 1 u.dz.l., który umożliwia wprowadzenie w stosunku do pielęgniarek posiadających wyższe wykształcenie wydłużonego czasu pracy (klauszula *opt-out*), w ramach którego mogą pracować ponad przeciętnie 48 godzin tygodniowo w przyjętym okresie rozliczeniowym. Ponieważ dyżur medyczny jest wliczany do czasu pracy, zatem może być wykonywany także po przekroczeniu owego wymiaru czasu pracy.

Regułą jest, że każdemu pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku. Pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres 11 godzin odpoczynku powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego. Prawo do 11-godzinnego odpoczynku przysługuje w każdej dobie i ustawodawca nie dopuścił żadnych odstępstw od tej reguły. Nie można tu nawet stosować wyjątków od zasady 11-godzinnego dobowego odpoczynku przewidzianych w art. 132 § 2 k.p., albowiem mamy do czynienia z odrębną regulacją szczególną odpoczynku dobowego wyłączającą cały art. 132 k.p. Regulacja ta budzi wątpliwości, ponieważ wyklucza naruszenie zasady 11-godzinnego odpoczynku nawet w sytuacji konieczności prowadzenia akcji ratowniczej dla ratowania życia lub zdrowia ludzkiego, chyba że w takiej sytuacji powołamy się na stan wyższej konieczności (ograniczenie prawa dostępności do świadczeń w sytuacji zagrożenia zdrowia

¹³⁰ Wyrok SN z 31.01.1978 r., I PRN 147/77, OSNCP 1978/7, poz. 126; także S. Siwy, *Jak dyżur wpływa na czas pracy*, „Gazeta Prawna” z 28.12.2006 r.

i życia ludzkiego). Dlatego przyjmuje się, że pracownik powinien korzystać z 11-godzinnego odpoczynku podczas kolejnych 24 godzin od chwili rozpoczęcia pracy¹³¹.

Regułą jest również prawo pracownika do 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku w każdym tygodniu (art. 97 ust. 3 u.d.z.l.). W przypadku tygodniowego nieprzerwanego odpoczynku ustawodawca nie jest już tak stanowczy, jak w odniesieniu do nieprzerwanego odpoczynku dobowego. Wyjątkowo w przypadkach uzasadnionych organizacją pracy w zakładzie pracownik pełniący dyżury medyczne ma prawo tylko do 24 godzin nieprzerwanego odpoczynku w każdym tygodniu (art. 97 ust. 4 u.d.z.l.). Mamy tu do czynienia z możliwością stałego skróconego odpoczynku tygodniowego bez obowiązku rekompensowania tego skrócenia wydłużeniem okresu odpoczynku w innych tygodniach okresu rozliczeniowego. Jednocześnie w przypadku skróconego okresu odpoczynku pojawia się istotna wątpliwość, ponieważ z jednej strony istnieje wymóg udzielenia 24-godzinnego tygodniowego odpoczynku w każdym tygodniu, z drugiej strony zaś okres 24-godzinnego odpoczynku powinien być zapewniony w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 14 dni (art. 97 ust. 4 u.d.z.l.). Stosowanie owego okresu rozliczeniowego jest natomiast wykluczone poprzez wymóg zapewnienia 24-godzinowego odpoczynku w każdym tygodniu. Dlatego stosowanie 14-dniowego okresu odpoczynku jest w tej sytuacji bezprzedmiotowe.

Pełnienie dyżuru pracowniczego lub dyżuru medycznego osób zatrudnionych w podmiocie leczniczym jest obowiązkiem pracowniczym. Każdy zatrudniony jest bowiem zobowiązany do dbałości o dobro zakładu pracy. Zwrot użyty w art. 95 ust. 1 w u.d.z.l.: „mogą być zobowiązani” ani w art. 151⁵ k.p.: „Pracodawca może zobowiązać (...)” nie sugeruje konieczności zawierania z pracownikami dodatkowej umowy o pełnienie dyżurów medycznych lub dyżurów pracowniczych. Skonkretyzowanie obowiązku pracownika do pełnienia dyżuru medycznego nie wymaga żadnych dodatkowych umów ani zgody pracowników, a polecenie pracodawcy nie musi mieć jakiegokolwiek szczególnej formy. Wystarczające jest przedstawienie pracownikowi rozkładu jego dyżurów¹³². Dyżur medyczny jest realizacją normalnych obowiązków przez określone podmiotowo grupy pracownicze, dlatego w braku konkretnego wyłączenia w treści umowy o pracę może dotyczyć także zatrudnienia w niepełnym wymiarze czasu pracy¹³³. Tym samym dochodzi do spełnienia organizatorskiej funkcji prawa pracy, zapewniającej pracodawcy

¹³¹ Za takim udzielaniem odpoczynków dobowych opowiada się również PIP i resort Ministra Zdrowia. Podmioty te wskazały, że nie trzeba zapewniać 11-godzinnego odpoczynku osobom pełniącym dyżur medyczny. Osoby te mogą skorzystać z 11-godzinnego odpoczynku dopiero po dyżurze medycznym, który wraz z pracą może maksymalnie trwać 24 godziny.

¹³² Orzeczenie SN z 31.01.1978 r., I PRN 147/77, dość dobrze charakteryzuje prawną istotę dyżuru: „Dyżur w rozumieniu art. 151⁵ Kodeksu pracy nie wynika z odrębnego tytułu prawnego, lecz jest jednym z obowiązków pracowniczych”.

¹³³ Brak podstaw do przyjęcia założenia, że dyżur medyczny to zobowiązanie mogące wystąpić dopiero po wyczerpaniu pełnego wymiaru czasu pracy.

prawo, by skutecznie polecić pełnienie dyżuru medycznego. Strony stosunku pracy mogą natomiast umownie ograniczyć obowiązek pełnienia dyżurów¹³⁴.

Analogiczna zasada obowiązuje przy ustalaniu dyżurów pracowniczych, jak i gotowości do pracy.

Obowiązek pełnienia dyżurów medycznych powstaje wraz z zawarciem umowy o pracę z podmiotem leczniczym przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych, a obowiązek pełnienia dyżuru pracowniczego wraz z podpisaniem umowy o pracę z innym rodzajem podmiotu leczniczego niż przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych.

Nie istnieją przepisy powszechnie obowiązujące regulujące zasady wyznaczania do pełnienia dyżurów medycznych¹³⁵. Po stronie pracodawcy nie istnieje obowiązek planowania dyżurów medycznych dla wszystkich uprawnionych do ich pełnienia pracowników. Zaliczenie przez ustawę osób z wyższym wykształceniem wykonujących zawód pielęgniarki do zakresu podmiotowego uprawnionego do pełnienia dyżurów medycznych nie oznacza jednocześnie uprawnienia do żądania od pracodawcy wyznaczenia ustalonej liczby dyżurów. Problem w tym zakresie jest dwupłaszczyznowy. W świetle regulacji art. 95 u.d.z.l. ustawodawca pozostawia swobodę pracodawcy zarówno co do faktu, czy w ogóle dyżury medyczne będą pełnione w podmiocie leczniczym, jak i swobodę w kwestii grup przedstawicieli zawodów medycznych, które taki dyżur będą pełniły. W tym artykule mowa wyraźnie o możliwości pracodawcy zobowiązania do pełnienia dyżuru medycznego lekarzy oraz innych posiadających wyższe wykształcenie pracowników wykonujących zawód medyczny, a nie o obowiązku zapewnienia ich organizowania. Wyborów takich pracodawca dokonuje w ramach uprawnień kierowniczych w regulaminie pracy podmiotu leczniczego. Natomiast jeżeli z regulaminu pracy wynika, że w podmiocie leczniczym mają być pełnione dyżury medyczne przez lekarzy, diagnostów laboratoryjnych czy licencjatów lub magistrów pielęgniarstwa, to pomijanym osobom z danej grupy zawodowej nie będzie przysługiwało w tym zakresie roszczenie o przydzielenie dyżurów, a co najwyżej zarzut nierównego traktowania, oparty na art. 11² i 11³ k.p.¹³⁶

¹³⁴ T. Nycz, *Praktyczne aspekty dyżuru...*, s. 32.

¹³⁵ W przypadku udzielania świadczeń kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia pewne wytyczne dotyczące organizacji pracy na oddziale w szpitalu, w tym obsady lekarskiej, wynikają z zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Materiały informacyjne są powszechnie dostępne na stronie internetowej NFZ pod adresem: www.nfz.gov.pl, w zakładce „Zarządzenia Prezesa NFZ”.

¹³⁶ Twierdzenie to znajduje wsparcie w uzasadnieniu wyroku SN z 5.05.2005 r., III PK 14/05, OSNP 2005/23, poz. 376, gdzie stwierdzono, że: „Odsunięcie pracownika służby zdrowia od pełnienia dyżurów, ze względu na rażące naruszenie obowiązków pracowniczych, nie stanowi dyskryminacji lub nierównego traktowania (art. 11² k.p. i art. 11³ k.p.)”.

Pomimo istniejących regulacji prawnych w zakresie możliwości wprowadzenia wydłużonego systemu czasu pracy i dyżurów medycznych dla innych przedstawicieli zawodów medycznych niż lekarze, problem ten nie stanowił dotychczas w Polsce przedmiotu szerszych dyskusji¹³⁷. Koncepcja dyżuru medycznego w podmiocie leczniczym przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, powinna raczej zmierzać w kierunku wyznaczania zespołów dyżurujących lekarzy oraz innych posiadających wyższe wykształcenie pracowników wykonujących zawód medyczny.

Na gruncie nauk o zarządzaniu sugeruje się, że najbardziej efektywnie pracuje się w zespole kilkuosobowym. W literaturze z tego zakresu podkreślono, że dla szpitali najkorzystniejsze byłoby stworzenie sektorów klinicznych pod przewodnictwem lekarzy wybieranych przez specjalistów z pokrewnych dziedzin. Zespołowy system pracy mógłby polegać na stworzeniu grupy lekarzy tej samej specjalności, działających pod nadzorem wykwalifikowanego specjalisty (w grupach tych bezpośrednio opiekę nad pacjentem sprawują lekarze młodszy), oraz grupy pielęgniarek o właściwej specjalności, pracujących pod nadzorem wykwalifikowanego specjalisty z zakresu pielęgniarstwa z doświadczeniem zawodowym. Zespół ten współpracowałby lub włączał do współpracy przedstawicieli innych zawodów medycznych – diagnostę laboratoryjnego, rehabilitanta, fizjoterapeutę. Zachowanie ciągłości opieki nad pacjentem umożliwiłaby rotacja w zespole lekarzy i pielęgniarek poprzez wprowadzenie odpowiedniego systemu czasu pracy i wykorzystanie dyżuru pod telefonem. Dla efektywnego wykorzystania kwalifikacji przedstawicieli zawodów medycznych istotny jest skład zespołu (zespołów). Aby jak najefektywniej wykorzystywać specjalistów, ważną rolę w zespole powinni odgrywać lekarze hospitaliści. W przyjęciu takich rozwiązań upatruje się szans na odejście od oddziałów szpitalnych i przejście do nowoczesnego systemu organizacji pracy¹³⁸.

5.4. Limit czasu pracy

Zarówno konieczność pełnienia dyżurów medycznych, jak i zgoda pracownika na klauzulę *opt-out* nie jest związana z nadzwyczajnymi, innymi niż przewidywalne potrzebami pracodawcy. Ponadto dyżury i praca w wydłużonym systemie czasu mogą być planowane. Wobec tego należy przyjąć, że zarówno godziny dyżuru medycznego, jak i czas pracy na podstawie klauzuli *opt-out* nie stanowią pracy w godzinach nadliczbowych i nie wlicza się ich do rocznego limitu godzin nadliczbowych, o których mowa w art. 151 § 3 i 4 k.p. Ustawa o działalności leczniczej nie znosi wyraźnie limitu rocznego nadgodzin przewidzianego w art. 151 § 3 k.p. poza art. 96 ust. 1 sytuującym klauzulę *opt-out*, gdzie stwierdza się, że do klauzuli *opt-out* nie stosuje się powoła-

¹³⁷ J. Paszkiewicz, *Wind of changes*, „Menedżer Zdrowia” 2008/1, s. 16.

¹³⁸ J.J. Fedorowski, *Lekarz dyżurny*, „Menedżer Zdrowia” 2008/1, s. 32 i n.

nego przepisu. Zakładając racjonalność przyjętego rozwiązania, należy przyjąć, że zgoda pracownika na pracę ponad wymiar 48 godzin na tydzień nie wymaga odrębnej zgody na pracę ponad 150 nadgodzin rocznie. Tym bardziej należy uznać, że ta granica nie obowiązuje w dyżurach medycznych (art. 95 ust. 4 u.dz.l.). Odmienna interpretacja, tzn. że odnośnie do klauzuli *opt-out* i dyżurów medycznych obowiązuje limit do 150 nadgodzin rocznie, sprawiłaby, że regulacja nie była inna od tej z Kodeksu pracy. W związku z wprowadzeniem klauzuli *opt-out* trudno określić maksymalny wymiar czasu pracy pielęgniarek z wyższym wykształceniem.

Sytuacja w zakresie limitowania czasu pracy jest mniej korzystna, jeżeli osoba wykonująca zawód pielęgniarki w zatrudnieniu pracowniczym pełni dyżur pracowniczy w rozumieniu Kodeksu pracy. Przepisy nie przewidują tu żadnej bariery czasowej dyżuru, niekiedy w literaturze można się spotkać z tezą, że z tego powodu instytucja dyżuru w swej obecnej formie narusza art. 47 Konstytucji RP („Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym”) oraz zawartą w art. 14 k.p. zasadę prawa pracownika do wypoczynku¹³⁹.

5.5. Gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych

Pielęgniarki posiadające wyższe wykształcenie, wykonujące zawód w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, mogą zostać zobowiązane do pozostawania poza podmiotem leczniczym w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 98 u.dz.l.). Gotowość realizowana jest poza podmiotem leczniczym, wobec tego nie wyczerpuje wprost pojęcia pozostawania w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub w innym miejscu przeznaczonym do wykonywania pracy (art. 128 k.p.). W instytucji gotowości do udzielania świadczeń medycznych trzeba jednak rozróżnić ścisłą gotowość oraz okres wykonywania pracy po stawieniu się do zakładu opieki zdrowotnej w związku z otrzymanym wezwaniem. Czasu ścisłej gotowości nie zalicza się do czasu pracy. Zalicza się do niego czas efektywnej pracy, tj. tej, którą wykonuje się po wezwaniu. Pracodawca jest tu jednak ograniczony ustawowymi normami czasu pracy. Czas pracy efektywnej jest nie do przewidzenia w wypadku dyżuru telefonicznego, dlatego też po wezwaniu może okazać się, że praca potrwała na tyle długo, że doszło do przekroczenia norm czasu pracy. Instytucja gotowości do pracy jest odmiennym rodzajem dyspozycyjności pracownika w porównaniu z czasem pracy czy dyżurem i z istoty swej najmniej ogranicza pracownika w dysponowaniu swoim czasem. Jed-

¹³⁹ Należy jednak wziąć pod uwagę, że zgodnie z art. 132 § 1 k.p. pracownik ma prawo do 11-godzinnego okresu odpoczynku na dobę, a więc jego praca włącznie z nadgodzinami i dyżurami nie może przekraczać 13 godzin na dobę.

nak jeżeli owa gotowość nie podlega ograniczeniu do jakiegoś limitu, może dojść do naruszenia prawa do ochrony życia prywatnego pracownika.

5.6. Praca w niedziele i święta

Pielęgniarki należą do tych zawodów, względem których ustawodawca dopuszcza możliwość polecenia pracownikowi wykonywania pracy w niedziele i święta. Dotyczy to osób wykonujących zawód pielęgniarki w podmiotach leczniczych i innych podmiotach przeznaczonych dla osób, których stan zdrowia wymaga całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych (art. 151¹⁰ pkt 9 lit. f k.p.), ale również osób wykonujących zawód pielęgniarki w zatrudnieniu pracowniczym pracy zmianowej (art. 151¹⁰ pkt 3 k.p.). W tych przypadkach nie ma znaczenia rodzaj podmiotu leczniczego.

Pracownik nie może odmówić polecenia wykonania pracy w dniu świątecznym, używając argumentów związanych z przekonaniem religijnym i uczestnictwem w obrzędach. Co prawda wolność wyznania i gwarancje prawa do uczestniczenia w uroczystościach religijnych związanych z wyznawaną przez pracownika wiarą (wynikające z ustawy z 17.05.1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania¹⁴⁰) mogą skłaniać niektórych pracowników do podejmowania decyzji o odmowie świadczenia pracy w dzień świąteczny, jednak muszą się oni liczyć ze wszystkimi konsekwencjami niewykonywania poleceń pracodawcy¹⁴¹.

6. Wynagrodzenie za pracę

Cechą charakterystyczną stosunku pracy jest odpłatność w postaci periodycznie wypłacanego pracownikowi wynagrodzenia w stałej wysokości¹⁴². Zgodnie z obowiązującym art. 65 ust. 4 Konstytucji RP i przepisami prawa pracy nie jest możliwe bezpłatne wykonywanie zawodu pielęgniarki. Zasadą jest, że pracownik ma prawo do godziwego wynagrodzenia za pracę na podstawie art. 13 k.p., umożliwiającego pracownikowi oraz jego rodzinie odpowiednie utrzymanie¹⁴³. Konkretyzacja tej podstawowej zasady prawa pracy następuje w art. 78 k.p. Zgodnie z jego treścią wynagrodzenie za pracę powinno być tak ustalone, aby odpowiadało w szczególności rodzajo-

¹⁴⁰ Dz.U. z 2017 r. poz. 1153 ze zm.

¹⁴¹ Pracownik może poprosić pracodawcę o zorganizowanie pracy w taki sposób, który pozwoli mu uczestniczyć w obrzędach religijnych odbywających się w czasie świąt. Musi się to jednak odbyć z pewnym wyprzedzeniem, np. przy opracowywaniu harmonogramów czasu pracy na dany okres rozliczeniowy, a pracodawca nie jest taką prośbą zobowiązany.

¹⁴² Wyrok SN z 5.12.2000 r., I PKN 133/00, OSNP 2002/14, poz. 326.

¹⁴³ Wynagrodzenie pracownika, który jest zatrudniony w pełnym wymiarze czasu, nie może być niższe niż kwota najniższego wynagrodzenia, która jest ustalana przez Ministra Pracy i Polityki Socjalnej w drodze rozporządzenia.

wi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniło ilość i jakość świadczonej pracy¹⁴⁴. Zasady ustalania wynagrodzenia muszą uwzględniać zasadę równego traktowania kobiet i mężczyzn (art. 11² k.p.) oraz zasadę niedyskryminacji (art. 11³ k.p.).

Na gruncie prawa pracy wynagrodzenie za pracę jest obowiązkowym świadczeniem pracodawcy za pracę faktycznie wykonaną, zaś za czas niewykonywania pracy pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia tylko wówczas, gdy przepisy prawa pracy tak stanowią (art. 80 k.p.). L. Florek definiuje wynagrodzenie jako „obowiązkowe świadczenie okresowe pracodawcy, posiadające wartość majątkową, spełniane na rzecz pracownika w ramach stosunku pracy, w zamian za świadczoną przez niego pracę (lub za czas niewykonywania pracy określony w ustawie)”¹⁴⁵.

Pracodawca ma zasadniczo obowiązek ustalenia wynagrodzenia za pracę w umowie (art. 29 § 1 k.p.)¹⁴⁶, choć ściśle oznaczenie wynagrodzenia nie stanowi jednak *essentia negotii* umowy. Wystarczy, by z umowy wynikało zobowiązanie pracodawcy do opłacania pracownika, a umowa będzie ważna¹⁴⁷. Obligatoryjnym elementem wynagrodzenia za pracę jest wynagrodzenie zasadnicze, natomiast inne, dodatkowe składniki wynagrodzenia wynikają z uprawnień podmiotu stanowiącego przepisy płacowe bądź z woli stron zawierających umowę o pracę¹⁴⁸. Strony określają wynagrodzenie (jego składniki) odpowiadające rodzajowi pracy w sposób wyraźny bądź przez odesłanie do odpowiednich aktów płacowych¹⁴⁹. Regulaminy wynagrodzenia nie są wydawane dla pracowników sfery budżetowej. Jeżeli nie są oni objęci układem zbiorowym pracy, to warunki wynagrodzenia za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą określa, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw pracy (art. 77³ k.p.).

Obowiązuje zasada niedopuszczalności zrzeczenia się przez pracownika wynagrodzenia już należnego (art. 84 k.p.) i nie ma tu znaczenia, czy jest to zatrudnienie

¹⁴⁴ M. Barzycka-Banaszczyk, *Prawo pracy*, Warszawa 2006, s. 143–144.

¹⁴⁵ L. Florek, T. Zieliński, *Prawo pracy...*, 2009, s. 187. Regulacjami wskazującymi na poprawność określenia wynagrodzenia w umowie o pracę są następujące przepisy charakteryzujące wynagrodzenie za pracę: wzorcowy przykład budowy zasad wynagradzania dotyczący sfery budżetowej, przewidujący w strukturze wynagrodzenia zasadnicze i inne składniki wynagrodzenia (art. 77³ § 3 pkt 1 i 2 k.p.), stawka wynagrodzenia godzinowa lub miesięczna (art. 81 § 1, art. 151¹ § 3 i art. 151⁵ § 1 k.p.), gwarancja wynagrodzenia za pełny miesięczny wymiar czasu pracy (art. 151² § 2 k.p.), pełne wynagrodzenie miesięczne (art. 85 § 2 i 4 oraz art. 87 § 8 k.p.). Por. T. Nycz, *Wynagrodzenie za pracę...*, s. 8.

¹⁴⁶ Bądź w porozumieniu towarzyszącym innym aktom kreującym stosunek pracy (aktom powołania, wyboru, mianowania).

¹⁴⁷ *Kodeks pracy...*, red. M. Gersdorf, K. Rączka, J. Skoczyński, s. 163.

¹⁴⁸ Wyrok SA w Warszawie z 12.07.2005 r., III APA 89/05, OSA 2006/6, poz. 18.

¹⁴⁹ Określenie warunków, jakim muszą odpowiadać umowy o pracę w zakresie wynagrodzenia, następuje przede wszystkim w układzie zbiorowym pracy (art. 77¹ k.p.), w razie jego braku pracodawca zatrudniający co najmniej 20 pracowników ma obowiązek wydania regulaminu wynagrodzenia (art. 77² k.p.).

w sektorze publicznym czy niepublicznym¹⁵⁰. Zakaz zrzeczenia się przez pracownika prawa do wynagrodzenia wyklucza dopuszczalność zawarcia przez pracownika i pracodawcę umowy o zwolnienie w całości lub w części z długu, o którym mówi art. 508 k.c. Taka umowa jest zakazana zarówno wtedy, gdy dotyczy wynagrodzenia należnego pracownikowi w przyszłości, jak i wynagrodzenia już należnego. Prawo do wynagrodzenia nie może być także przedmiotem zastawu, który jest uregulowany w art. 327 i n. k.c.¹⁵¹ Sąd Najwyższy wykluczył możliwość korzystania z wolontariatu przy spełnianiu cech stosunku pracy z art. 22 § 1 k.p., jednocześnie podkreślając, że: „Irracjonalne jest stosowanie wolontariatu jako podstawy zatrudnienia, gdy zatrudniony nie jest zatrudniony w innym podmiocie i nie ma w związku z tym środków do godnego życia”¹⁵².

Przy takim sposobie ukształtowania wynagrodzenia ryzyko gospodarcze obciąża niewątpliwie podmiot zatrudniający. Pracownik nie ponosi ryzyka zakładu pracy. Świadczona praca nie posiada cech charakterystycznych dla stosunku pracy wówczas, gdy jest wykonywana albo na rachunek osoby, która ją wykonuje, albo co najmniej na jej ryzyko, co może przejawiać się w pełnym uzależnieniu wynagrodzenia od osiągniętych wyników ekonomicznych. Całkowite przeniesienie ryzyka prowadzonej działalności na osobę, która pracę świadczy, co do zasady będzie wykluczać pracowniczy charakter zatrudnienia.

Rezultaty działalności leczniczej (np. straty) nie mogą wpływać na świadczenia przysługujące pracownikom. Pracodawca obowiązany jest wypłacać pracownikom wynagrodzenie za okres niewykonywania pracy¹⁵³, jak również obciążony jest stratami z tytułu niepełnego wyrównywania szkody wyrządzonej przez pracownika z winy nieumyślnej¹⁵⁴.

W zatrudnieniu pracowniczym pracodawca nie ma obowiązku zapewnienia osobom wykonującym zawód pielęgniarki zatrudnienia w pełnym wymiarze w każdym miesiącu. Z treści art. 80 i 85 § 1 k.p. wynika merytoryczny związek pomiędzy pracą i płacą, wyrażający się w ogólnej zasadzie, że pracownikowi za świadczenie pracy należy się od pracodawcy świadczenie wzajemne w postaci wynagrodzenia za pracę. Umawiając się na miesięczną stawkę, pracownik zyskuje gwarancje stabilności wynagrodzenia, pomimo że za to samo wynagrodzenie w różnych okresach dostarcza pracodawcy nierówne świadczenie wzajemne. Wynika to z dopuszczalności nierównomiernego rozkładu czasu pracy w ramach poszczególnych miesięcy okresu rozli-

¹⁵⁰ Wyrok SN z 22.06.2006 r., III PK 27/06, OSNAPiUS 2007/13–14, poz. 187.

¹⁵¹ *Kodeks pracy...*, red. M. Gersdorf, K. Rączka, J. Skoczyński, s. 373.

¹⁵² Wyrok SN z 14.12.2009 r., I PK 108/09, „Monitor Prawa Pracy” 2010/7, s. 364.

¹⁵³ Wynagrodzenie za czas niewykonywania pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy, przysługujące pracownikowi za okres gotowości do jej wykonywania (art. 81 § 1 k.p.), nie jest ograniczone czasowo. Por. wyrok SN z 17.05.1995 r., I PRN 12/95, OSNP 1995/21, poz. 262.

¹⁵⁴ L. Florek, T. Zieliński, *Prawo pracy...*, 2006, s. 46.

zeniowego. W przypadku niewypracowania ustalonego dla pracownika wymiaru czasu pracy z powodu wadliwej organizacji pracy, wynagrodzenie powinno być dostosowane do wymiaru czasu pracy wynikającego z umowy¹⁵⁵.

Dla motywowania osób wykonujących zawód pielęgniarstwa do podejmowania pracy na podstawie umowy o pracę w podmiotach leczniczych istotne znaczenie mają przyjęte uregulowania prawne dotyczące szczególnie wynagradzania¹⁵⁶.

Dla pracowników zatrudnionych w państwowych jednostkach sfery budżetowej warunki wynagradzania za pracę i przyznawania innych składników wynagrodzenia ustalone są rozporządzeniem Ministra Zdrowia (art. 88 ust. 9 u.d.z.l. w zw. z art. 77¹ k.p.). Wynagrodzenie pracownika w tych podmiotach składa się z wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego dla zajmowanego stanowiska pracy, dodatku funkcyjnego, dodatku za stopień lub tytuł naukowy oraz dodatku za wieloletnią pracę. Ponadto ustawodawca przewidział dodatek w wysokości od 10% do 50% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego z uwagi na miejsce wykonywania zawodu medycznego (art. 88 ust. 3 i 4 u.d.z.l.). Pierwsza grupa to osoby wykonujące zawód medyczny w podmiocie leczniczym prowadzonym w formie jednostki budżetowej utworzonej przez Ministra Zdrowia w celu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom, wobec których sąd orzekł zastosowanie środka zabezpieczającego lub środka leczniczego. Warunkiem istotnym decydującym o otrzymaniu tego dodatku jest, aby wykonywanie zawodu medycznego w tych placówkach polegało na bezpośrednim kontakcie z osobami, wobec których sąd orzekł zastosowanie środka zabezpieczającego lub środka leczniczego. Druga grupa to osoby wykonujące zawód medyczny zatrudnione w jednostce organizacyjnej więziennictwa. W tym przypadku dodatek przysługuje z tytułu pracy z osobami pozbawionymi wolności. Dla przedstawicieli zawodów medycznych zatrudnionych w państwowych jednostkach sfery budżetowej prawo do „trzynastego wynagrodzenia” reguluje ustawa o dodatkowym wynagrodzeniu rocznym dla pracowników jednostek sfery budżetowej¹⁵⁷.

¹⁵⁵ Tak w: *Kodeks pracy. Komentarz*, red. W. Muszalski, Warszawa 2004, s. 426.

¹⁵⁶ G. Bartkowiak, *Motywowanie personelu i zarządzanie kompetencjami w zakładach opieki zdrowotnej* [w:] *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej... Doświadczenia Polski w reformowaniu sektora opieki zdrowotnej* pokazały, że podstawowym problemem w zakresie poprawy statusu zawodu pielęgniarstwa był i jest brak wystarczających środków na wynagrodzenie w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, w tym w usamodzielnionych zakładach opieki zdrowotnej. Problem ten narastał latami. Jako przyczynę tego stanu rzeczy w doktrynie wskazywano zatrzymanie procesu prywatyzacji i decentralizacji w finansowaniu opieki zdrowotnej, który nastąpił od czasu utworzenia Narodowego Funduszu Zdrowia, oraz brak wprowadzenia uzupełniających prywatnych ubezpieczeń. Przyjęto rozwiązania umożliwiające przekazywanie dodatkowych środków finansowych w formie interwencji ustawodawcy. Ponieważ kwestia ta jest szeroko omówiona w literaturze, w tym opracowaniu ograniczam się do jej przywołania. Zob. S. Molęda, *Prawo dla lekarzy...*, 2006, s. 263 i n.

¹⁵⁷ Ustawa z 12.12.1997 r. o dodatkowym wynagrodzeniu rocznym dla pracowników jednostek sfery budżetowej (Dz.U. z 2018 r. poz. 1872).

W przypadku pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej prowadzonych w formie samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej¹⁵⁸ oraz w innych podmiotach działalności leczniczej wysokość wynagrodzenia ustalana jest w porozumieniu z pracownikami występującymi zbiorowo lub indywidualnie. Dotyczy to również ustalania prawa do trzynastego wynagrodzenia¹⁵⁹. W pierwszym przypadku pracowników reprezentują związki zawodowe, z którymi ustala się zasady wynagradzania w układzie zbiorowym pracy lub regulaminie wynagradzania (art. 77¹ i 77² k.p.), w drugim przypadku pracownik samodzielnie negocjuje wysokość swojego wynagrodzenia. To, na jakim poziomie wynagrodzenia zostaną ustalone, zależy od kondycji finansowej zakładu oraz od determinacji pracowników. Pracownicy mają w tym zakresie prawo do wolności wyboru. Mogą godzić się na proponowane im warunki, mogą organizować i podejmować działania przewidziane w ustawie o sporach zbiorowych bądź zrezygnować z zatrudnienia w danym podmiocie leczniczym.

Tylko dla pracowników spzoz-ów przewidziano szczególne uprawnienia: nagrody jubileuszowe i odprawę emerytalną lub rentową, dodatek za wysługę lat (art. 62, 63 i 65 u.dz.l.). Dodatek za wysługę lat nie jest powszechnym uprawnieniem pracowniczym przysługującym z mocy Kodeksu pracy. Należy się tylko tym pracownikom, którzy zostali objęci odpowiednimi przepisami szczególnymi lub przepisami zakładowymi. Pracownikom spzoz-ów dodatek ten przysługuje na podstawie szczególnych przepisów ustawy o działalności leczniczej (art. 64 u.dz.l.).

Wraz z zaliczeniem w Polsce czasu dyżurów medycznych do czasu pracy zmodyfikowano zasady ich wynagradzania, ustalając jednakowe zasady ich wynagradzania w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej i innych podmiotach leczniczych¹⁶⁰. Dyżur medyczny wynagradzany jest jak praca w godzinach nadliczbowych, za jego pełnienie przysługuje oprócz wynagrodzenia normalnego dodatek w ustawowo określonej wysokości¹⁶¹.

Niewątpliwie w przypadku zatrudnienia pracowniczego pielęgniarstwa istnieje ewidentna zależność pomiędzy systemem czasu pracy a wysokością wynagrodzenia¹⁶².

¹⁵⁸ Pracownicy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie są pracownikami jednostki budżetowej w rozumieniu art. 1 ust. 2 ustawy z 12.12.1997 r. o dodatkowym wynagrodzeniu rocznym dla pracowników jednostek sfery budżetowej; wyrok SN z 21.09.2006 r., II PK 11/06, OSNP 2007/17–18, poz. 253.

¹⁵⁹ Trzynaste wynagrodzenie może mieć charakter premii regulaminowej – gdy przysługuje automatycznie po spełnieniu określonych warunków, bądź nagrody uznaniowej – gdy jego przyznanie i wysokość zależą w jakiejś mierze lub w całości od swobodnej oceny kierownika podmiotu leczniczego (art. 77¹ i 77² k.p.).

¹⁶⁰ Od 1.01.2008 r. ustawą z 24.08.2007 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. Nr 176, poz. 1240).

¹⁶¹ Dodatek przysługuje w wysokości: 100% za pracę w niedziele i święta; 100% za pracę w nocy; 50% za pracę w każdym innym dniu. W dni dodatkowo wolne od pracy (soboty) dodatek wynosi 50%.

¹⁶² Czas pracy stanowi kategorię prawną o dwojakim znaczeniu. Określony w jednostkach czasu jest miernikiem pozostawania pracownika w dyspozycji pracodawcy, jak również miarą ekstensywnego

Pracodawca ma możliwość podwyższania płac tych grup zawodów medycznych, dla których został przyjęty korzystniejszy system czasu pracy i którym stworzono możliwość pełnienia dyżurów medycznych. Osoby wykonujące zawód pielęgniarki dotknięte mogą być nierównością sił w negocjacjach płacowych z pracodawcą, zawsze gdy pracodawca uzyskuje możliwość narzucania niższych płac i gorszych warunków, co występuje w sytuacji wysokiej stopy bezrobocia¹⁶³. Ostatecznie wysokość wynagrodzenia pielęgniarek w ramach zatrudnienia pracowniczego będzie uzależniona od polityki kadrowej pracodawcy oraz od zasad finansowania świadczeń przyjętych przez Fundusz lub prywatnego ubezpieczyciela.

Pracodawca jest zobowiązany do naliczania i odprowadzania składek na ubezpieczenie społeczne od wypłacanego pracownikowi wynagrodzenia. Każda osoba mająca status pracownika medycznego objęta jest wszystkimi rodzajami ubezpieczenia społecznego¹⁶⁴.

W praktyce oprócz stałego miesięcznego wynagrodzenia wypłacane mogą być również inne składniki: odszkodowanie związane z umową o pracę, odszkodowanie wypadkowe oraz odszkodowanie z klauzuli o zakazie konkurencji¹⁶⁵. Pracownik ma także prawo w określonych sytuacjach do świadczeń niepieniężnych, otrzymuje też świadczenia rzeczowe wynikające z przepisów o bezpieczeństwie i higienie pracy (art. 232 k.p.), ubiór służbowy, świadczenia finansowane ze środków przeznaczonych na cele socjalne w ramach zakładowego funduszu świadczeń socjalnych¹⁶⁶ czy korzyści materialne wynikające z układów zbiorowych pracy, regulaminów lub przepisów o wynagrodzeniu¹⁶⁷. Roszczenia pracowników medycznych podlegają ochronie w razie niewypłacalności pracodawcy będącego przedsiębiorcą¹⁶⁸.

Reasumując, istnieje ewidentna zależność pomiędzy systemem czasu pracy a wysokością wynagrodzenia. Pracodawca ma możliwość „windowania” płac tych grup zawodów medycznych, dla których został przyjęty korzystniejszy system czasu pracy i którym stworzono możliwość pełnienia dyżurów medycznych. Trzeba wziąć pod uwagę, że środki finansowe na płace dla pracowników pracodawcy będącego świadczeniodawcą uzależnione są od umów z NFZ. Ostatecznie wysokość wynagrodzenia

zakresu świadczenia pracy, decydującą o zakresie uprawnienia pracownika do wynagrodzenia za pracę i innych świadczeń związanych z pracą; wyrok SN z 23.06.2005 r., II PK 265/04, „Prawo Pracy” 2005/9, poz. 32.

¹⁶³ A. Szałkowski, *Stosunki pracy jako problem polityki społecznej*, PS 1997/3, s. 4.

¹⁶⁴ Art. 6 ust. 1 pkt 1 u.s.u.s.

¹⁶⁵ B. Zabieglńska, *Składki i zaliczki*, „Służba Pracownicza” 2006/4, s. 26–29.

¹⁶⁶ Ustawa z 4.03.1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1352 ze zm.).

¹⁶⁷ P. Kostrzewa, *Świadczenia niepieniężne wyłączone z podstawy wymiaru składek*, „Służba Pracownicza” 2006/4, s. 30 i n.

¹⁶⁸ Niewypłacalność pracodawcy nie zachodzi w odniesieniu do publicznych zakładów opieki zdrowotnej – art. 2 ust. 1 i 2 ustawy z 13.07.2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz.U. z 2020 r. poz. 7 ze zm.).

będzie zależeć od przyjętej polityki kadrowej pracodawcy oraz od przyjętych zasad finansowania świadczeń przez Fundusz lub prywatnego ubezpieczyciela.

7. Podsumowanie

1. W doktrynie prawa pracy kryterium podporządkowania pozostaje nadal oficjalnym kryterium zatrudnienia pracowniczego. Trudno wskazać minimalny zakres podporządkowania, swoisty rdzeń czy uniwersalne kryterium pozwalające jednoznacznie oddzielić umowę o pracę od cywilnoprawnych form zatrudnienia. Odnośnie do zawodu pielęgniarki w coraz większym zakresie zastosowanie ma idea podporządkowania autonomicznego.

2. Samodzielność wykonywania zawodu przez pielęgniarki oznacza, że podporządkowanie zatrudnionej w podmiocie leczniczym pielęgniarki poleceniom pracodawcy odnosi się przede wszystkim do kwestii organizacyjnych i porządkowych (m.in. związanych z czasem pracy, miejscem wykonywania czynności fachowych, koniecznością zastępowania innych nieobecnych pracowników, kolejnością wykonywania powierzonych zadań i obowiązków, dyspozycyjnością czy świadczeniem pracy w godzinach nadliczbowych), natomiast w sprawach merytorycznych, ściśle zawodowych, ustawodawca w coraz większym zakresie zapewnia pielęgniarce zachowanie określonej niezależności, wyrażającej się m.in. w prawie do dokonania oceny celowości wykonania danego świadczenia, ustalenia jego zakresu oraz sposobu wykonania¹⁶⁹.

3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych co do zasady jest procesem pracy skoooperowanej, a instrumentem bieżącego kierowania pracą jest niewątpliwie zlecenie lekarskie. W przypadku pielęgniarki odmowa wykonania zlecenia lekarskiego w stosunku zatrudnienia pracowniczego nie została poddana wyraźnie skonstruowanej procedurze kontroli przełożonego.

4. Przepisy dotyczące klauzuli *opt-out*, dyżuru medycznego i pozostawanie w gotowości do pracy mają zastosowanie nie tylko względem lekarzy, ale także pielęgniarek z wyższym wykształceniem zatrudnionych w stacjonarnych podmiotach leczniczych. Zobowiązania pracodawcy do przestrzegania norm czasu pracy oraz wprowadzenia klauzuli *opt-out* tylko za zgodą pracownika mają zapobiegać nadmiernemu eksploataowaniu pielęgniarek.

¹⁶⁹ M. Iżycka-Rączka, *Umowy cywilnoprawne na wykonywanie fachowych czynności zawodowych*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych” 2001/9, s. 26.

Rozdział 5

WYKONYWANIE ZAWODU PIELĘGNIARKI NA PODSTAWIE UMOWY CYWILNOPRAWNEJ

1. Uwagi ogólne

Ustawodawca wprowadził możliwość wykonywania zawodu pielęgniarki w formie praktyk zawodowych wykonywanych wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego (art. 18 ust. 4 i art. 19 ust. 4 u.d.z.l. w zw. z art. 19 ust. 1 pkt 5 u.z.p.p.), popularnie nazwaną zatrudnieniem na podstawie kontraktu. Ta forma wykonywania zawodu pielęgniarki budzi wiele kontrowersji co do charakteru prawnego takiego zatrudnienia. Nadal aktualne pozostaje pytanie o relację zatrudnienia cywilnoprawnego (tzw. kontraktu) do zatrudnienia na podstawie umowy o pracę. W doktrynie prawa zatrudnienie pielęgniarki na podstawie kontraktu jest różnie nazywane. Umowa taka jest klasyfikowana jako zatrudnienie niepracownicze typu cywilnoprawnego, zwane zatrudnieniem cywilnoprawnym lub umową cywilnoprawną o zatrudnienie¹ czy umową o świadczenie usług zdrowotnych lub umową o świadczenie usług pielęgniarskich, ale także jako samozatrudnienie pozorne. Jak wskazuje Z. Kubot, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki w ramach indywidualnych praktyk wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego pod kierownictwem podmiotu angażującego oraz w czasie i miejscu przez niego wyznaczonym samozatrudnienie prowadzi do ukrytego zatrudnienia pracowniczego i jest pozorne. Umowa cywilnoprawna o wykonywaniu praktyk zawodowych wykonywanych wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego jest umową ukrywającą umowę o pracę.

¹ Por. A. Suport, *Zatrudnienie pracownika i zatrudnienie niezależne* [w:] *Referaty na VI Europejski Kongres Prawa Pracy i Zabezpieczenia Społecznego*, Warszawa, 13–17 września 1999 r., Warszawa 1999, s. 144; w przeciwieństwie do umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych z osobami samodzielnie zarobkującymi czy do umowy o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne zawieranej na podstawie art. 35 i 35a u.z.o.z. klasyfikowanej jako „samozatrudnienie”; Z. Kubot, *Formy zatrudnienia lekarzy w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, PiM 2000/5 (2), s. 132; A. Wiśniewski, *Umowa o pracę a umowy cywilne*, Rzeczpospolita z 19.08.1996 r.

Tym samym wykonywanie praktyk zawodowych należy do kategorii pracy zależnej, realizowanej w warunkach organizacyjnych ukształtowanych przez zamawiającego².

Poniższe uwagi mają na celu porównanie cech charakterystycznych dla zatrudnienia pracowniczego i zatrudnienia cywilnoprawnego i umożliwienie odpowiedzi na pytanie, kiedy mamy do czynienia z zatrudnieniem pracowniczym, a kiedy z zatrudnieniem cywilnoprawnym. Chodzi także o wskazanie środowisku pielęgniarskiemu argumentów pomagających w świadomym wyborze formy wykonywania zawodu w podmiocie leczniczym. Istotny jest fakt, że wybór zatrudnienia w ramach umowy cywilnoprawnej w podmiocie leczniczym jest obciążony ryzykiem wykonywania *de facto* zatrudnienia pracowniczego, przy jednoczesnym pozbawieniu pielęgniarek ochrony ze strony przepisów prawa pracy.

2. Charakter prawny umowy o świadczenie usług pielęgniarskich

Zatrudnienie osób wykonujących zawód pielęgniarki może mieć miejsce na innej podstawie niż stosunek pracy. Strony mogą decydować o rodzaju nawiązywanego stosunku pracy. Praca nie musi mieć charakteru pracowniczego³. Wybór rodzaju podstawy prawnej zatrudnienia należy do zainteresowanych stron (art. 353¹ k.c. w zw. z art. 300 k.p.)⁴. Jednocześnie przepisy nie zawierają ani domniemania stosunku pracy, ani fikcji prawnej jego nawiązania⁵. Nie wprowadzają też pierwszeństwa umowy o pracę przed umowami cywilnoprawnymi czy zezwolenia na zawieranie umów cywilnoprawnych tylko wtedy, gdy umowa o pracę nie może mieć zastosowania. Nie zabraniają stronom zawierania umowy cywilnoprawnej tam, gdzie mają do wyboru skorzystanie z przepisów Kodeksu cywilnego albo Kodeksu pracy. To właśnie dzięki zasadzie swobody umów strony mogą dowolnie ukształtować stosunek prawny w sposób, który im najbardziej odpowiada.

W doktrynie prawa pracy dominuje pogląd, że decydujący przy wyborze rodzaju umowy (umowy o pracę czy umowy cywilnoprawnej) jest nie rodzaj wykonywanych czynności w ramach umowy, lecz sposób realizacji umowy i zakres swobody stron w jej wykonywaniu⁶. Można również spotkać pogląd, że niekiedy z uwagi na cha-

² Z. Kubot, *Status pielęgniarki i położnej...*, s. 55.

³ Wyrok SN z 9.12.1999 r., I PKN 432/99.

⁴ Wyrok SN z 13.04.2000 r., I PKN 594/99, „Prawo Pracy i Prawo Socjalne. Przegląd Orzecznictwa” 2001/7–8, s. 3.

⁵ Ł. Pisarczyk, *Różne formy zatrudnienia...*; także M. Nałęcz, *Prawo pracy po zmianach*, cz. II, „Monitor Prawniczy” 2002/22, poz. 1028, s. 13.

⁶ Ł. Pisarczyk, *Różne formy...*; także M. Nałęcz, *Prawo pracy po zmianach...*, s. 14.

rakter powierzonych umową cywilnoprawnych prac, na które strony się umawiają, umowa o pracę nie jest adekwatna⁷.

Praca świadczona na podstawie umowy prawa cywilnego nie narusza art. 24 Konstytucji RP, a zróżnicowanie sytuacji prawnej pracownika i strony umowy cywilnoprawnej nie stanowi naruszenia art. 32 Konstytucji RP⁸.

Umowa cywilnoprawna o zatrudnienie z podmiotem działalności leczniczej ma miejsce na innej podstawie niż stosunek pracy⁹. Ten rodzaj zatrudnienia nie podlega rygorom prawa pracy, zwłaszcza w zakresie czasu pracy, sposobu wykorzystania osób i miejsca wykonywania pracy¹⁰. Nie można przy tym zapominać, że w odniesieniu do stron umowy cywilnoprawnej o zatrudnieniu przepisy prawa pracy znajdują zastosowanie w zakresie realizacji obowiązków bezpiecznej i higienicznej pracy (art. 304 w zw. z art. 207 § 2 oraz art. 211 w zw. z art. 304¹ k.p.).

Umowy cywilnoprawne zawierane w celu zatrudnienia mogą mieć zarówno charakter umów nazwanych, jak i nienazwanych. Do umów tych stosuje się przepisy o umowach w ogólności, zawarte w części ogólnej prawa cywilnego (księga pierwsza Kodeksu cywilnego) oraz odpowiednie przepisy części ogólnej prawa zobowiązań (księga trzecia Kodeksu cywilnego). Treść umów nienazwanych strony mogą swobodnie kształtować, wprowadzając elementy nowe (oryginalne), niewystępujące w żadnym typie umowy nazwanej, jak też ściśle powiązane elementy treści różnych umów nazwanych¹¹. Swoboda stron w kształtowaniu treści umowy cywilnoprawnej obejmuje prawo wyboru określonego rodzaju i typu umowy oraz prawo kształtowania treści stosunku prawnego według wzorca przewidzianego w ustawie, np. w Kodeksie cywilnym (umowa nazwana), albo też poprzez swobodne ukształtowanie przez same strony umowy w sposób autonomiczny merytorycznie i formalnoprawnie (umowa nienazwana)¹². Umowy nienazwane w powyższym rozumieniu mogą mieć różne empiryczne nazwy: umowa o zlecenie, umowa o świadczenie usług medycznych, umowa o współpracy, umowa o dzieło.

Najszerszą i najwłaściwszą formą zawiązania stosunku prawnego dla wykonywania tych usług zdrowotnych przez pielęgniarki na podstawie tzw. kontraktu cywilnego

⁷ A. Góra-Błaszczkowska, *Postępowanie w sprawach o ustalenie istnienia umowy o pracę – uwagi*, „Monitor Prawa Pracy” 2005/6.

⁸ Wyrok SN z 7.10.2004 r., II PK 29/04.

⁹ E. Bąk, *Elastyczne formy zatrudnienia*, Warszawa 2006, s. 4.

¹⁰ L. Florek, *Prawne ramy elastycznych form zatrudnienia [w:] Elastyczne formy zatrudnienia sposobem na efektywność firm*, Warszawa 2001, s. 27.

¹¹ Przepisy o umowach nazwanych stosowane są w drodze analogii lub wprost zależnie od celu rozpatrywanej umowy i podobieństwa tego celu z celami umów nazwanych; W. Czachórski, *Prawo zobowiązań. Zarys wykładu*, Warszawa 1994, s. 106.

¹² J. Jacyszyn, *Umowy nienazwane*, Rzeczpospolita z 4.10.1996 r.

będzie umowa o świadczenie usług pielęgniarskich (zdrowotnych)¹³. Na mocy art. 750 k.c. stosuje się do niej odpowiednio przepisy o zleceniu. Jest to umowa zawierana dla wykonywania szczególnego rodzaju czynności faktycznych, lecz z zachowaniem specyfiki wykonywania i realizacji obowiązków umownych odróżniających ją od innej typowej umowy – umowy o pracę. Nie wydaje się natomiast, aby nadanie umowie niewłaściwej nazwy, tzn. nazwanie umowy o świadczenie usług umową zlecenia, mogło wywołać poważniejsze komplikacje prawne. O charakterze prawnym danej umowy decyduje treść, a nie nazwa, jeśli więc przedmiotem zobowiązania będzie dokonywanie czynności faktycznych, będzie to po prostu umowa o świadczenie usług. Prawa i obowiązki stron w obu przypadkach są analogiczne, dlatego niewłaściwa kwalifikacja umowy nie pociągnie za sobą niekorzystnych skutków prawnych¹⁴. W przeciwieństwie do umowy o dzieło, a podobnie jak w umowie o pracę, w ramach umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług zdrowotnych pielęgniarka świadcząca pracę zobowiązuje się jedynie do starannego działania, czyli nie do osiągnięcia w przeszłości konkretnego rezultatu, ale do tego, że do takiego rezultatu będzie dążyła¹⁵.

Przepisy nie stanowią wyraźnie, że dla czynności zawodowych osób wykonujących zawód pielęgniarki właściwą podstawą prawną będzie umowa o świadczenie usług. Jednak ogólnie przyjmuje się, że jest ona właściwą podstawą prawną dla różnego rodzaju czynności faktycznych, których wykonywanie nie stanowi przedmiotu innych umów, a które dotyczą świadczenia usług; mogą to być zarówno czynności należące do różnego rodzaju prac fizycznych, jak też prace umysłowe, przy których zleceńbiorca nie będzie pozostawał w stosunku podporządkowania¹⁶. Umowa o świadczenie usług zdrowotnych zawiera elementy umowy o świadczenie na rzecz osoby trzeciej, tzn. wykonanie obowiązków umownych następuje na rzecz osoby trzeciej (pacjenta)¹⁷. Dlatego jest właściwym rodzajem umowy dla powierzenia czynności takich jak pełnienie opieki pielęgniarskiej czy pełnienie dyżurów pielęgniarskich przez pielęgniarki zatrudnione poza danym podmiotem leczniczym¹⁸.

Istotnym kryterium odróżnienia umowy o świadczenie usług od umowy o dzieło jest to, czy osiągnięty efekt może podlegać ocenie i ewentualnie odpowiedzialności za wady. Problem ten zdecydowanie wykracza poza ramy tego opracowania, dlatego jest tylko zasygnalizowany.

¹³ Nadal zachowują aktualność uwagi M. Iżyckiej-Rączki, *Umowy na wykonywanie usług medycznych*, „Przegląd Ubezpieczeń” 2000/7, s. 9–11.

¹⁴ Ł. Pisarczyk, *Różne formy...*, s. 88–89.

¹⁵ Wyrok SA w Rzeszowie z 21.12.1993 r., III AUr 357/93, OSP 1994/6, poz. 49.

¹⁶ L. Ogiełło [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. K. Pietrzykowski, t. II, Warszawa 1998, s. 342.

¹⁷ Zgodnie z treścią art. 393 § 1 k.c., jeśli w umowie zastrzeżono, że dłużnik (wykonawca usługi) spełni świadczenie na rzecz osoby trzeciej, osoba ta (pacjent) może żądać bezpośrednio od dłużnika (wykonawcy usługi) spełnienia zastrzeżonego w umowie świadczenia. Jest to wyjątek od reguły ogólnej, że ze stosunku umownego wypływają prawa i obowiązki wyłącznie dla osób, które umowę zawarły; W. Czachórski, *Zobowiązania...*, s. 125.

¹⁸ Wyrok SN z 23.09.1998 r., II UKN 229/98, OSNAPiUS 1999/19, poz. 627.

W porównaniu z prawem pracy w umowach cywilnoprawnych w celu zatrudnienia niepracowniczego, poza określonymi wyjątkami, dominują normy dyspozytywne. Istnieje tu znacznie większa swoboda w kształtowaniu treści umów, która nie jest jednoznaczna z całkowitą dowolnością. Strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze stosunku), ustawie ani zasadom współżycia społecznego (art. 353¹ k.c.). Naruszenie któregokolwiek z wymienionych w art. 353¹ k.c. kryteriów swobody kontraktowej uruchamia sankcję nieważności, którą art. 58 k.c. odnosi do każdej czynności sprzecznej z przepisami ustawy¹⁹.

3. Cechy zatrudnienia cywilnoprawnego

Podstawowe cechy charakteryzujące zatrudnienie cywilnoprawne wynikają z przepisów w sposób bezpośredni albo pośredni, ale równocześnie ich katalogi są formułowane na gruncie prawa pracy i orzecznictwa w związku z porównaniem go z zatrudnieniem pracowniczym²⁰. Pielęgniarki wykonujące pracę w zatrudnieniu niepracowniczym na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z podmiotem działalności leczniczej często stawiane są w sytuacji zbliżonej do więzi podporządkowania. Sytuacja takich osób charakteryzuje się przede wszystkim heterogenicznością. Nie istnieją jednolite zasady zatrudniania niepracowniczego (jednolite prawo dla zawierania omawianych kontraktów).

3.1. Kierowanie pracą przyjmującego zlecenie na podstawie tzw. kontraktu

W doktrynie prawa pracy kryterium podporządkowania pozostaje nadal oficjalnym kryterium zatrudnienia pracowniczego, a osoby wykonujące zawód pielęgniarki w zatrudnieniu niepracowniczym przestają być stroną podporządkowaną zleceniodawcy. Za okoliczność potwierdzającą brak występowania podporządkowania przyjęto brak pozostawiania do dyspozycji zatrudniającego, co zazwyczaj wynika nie tyle

¹⁹ M. Safjan, *Zasada swobody umów (Uwagi wstępne na tle wykładni art. 353¹ k.c.)*, PiP 1993/4, poz. 2; typowymi przykładami prób obejścia norm prawnych jest zarzut pozorności czynności prawnej lub posądzenie, że zawarcie umowy cywilnoprawnej służy obejściu prawa. Innym przykładem jest umowa zlecenia zawierana przez pracodawcę z własnym pracownikiem w celu uniknięcia obowiązku wypłacania wyższego wynagrodzenia i obowiązku realizacji opłacania składek ubezpieczenia społecznego z tytułu pracy w nadgodzinach.

²⁰ Zagadnienie to poruszają m.in. H. Lewandowski, Z. Góral, *Przeciwdziałanie stosowaniu umów cywilnoprawnych do zatrudnienia pracowniczego*, PiZS 1996/12, s. 21; E. Dobrodziej, *Zatrudnienie na podstawie umów cywilnoprawnych*, Bydgoszcz 2000, s. 12 i n.

z samej umowy, ale raczej z faktycznego sposobu jej wykonywania²¹. Strony niejako z góry określają zakresy czynności, jakie mają być dokonywane²².

Dla odróżnienia od zatrudnienia pracowniczego za istotne uznano odróżnienie sprawowania kontroli i nadzoru zleceńodawcy nad wykonywaniem zatrudnienia cywilnoprawnego od kierownictwa pracodawcy w rozumieniu art. 22 § 1 k.p. W przypadku umowy o pracę pracownik w trakcie wykonywania pracy podlega stałemu nadzorowi ze strony pracodawcy (lub osoby przez niego upoważnionej). W umowie zlecenia dyspozytywny charakter art. 737 k.c. umożliwia zleceniobiorcy podjęcie własnej inicjatywy, nawet gdy uzyska on wskazówki co do sposobu wykonania zlecenia²³. Podobnie umowa o dzieło nie stwarza stosunku zależności i podporządkowania, istnieje tu znacznie więcej swobody w zakresie sposobu wykonania dzieła i przyjmujący nie jest związany poleceniami zamawiającego. Temu ostatniemu służy jednak w okresie wykonywania dzieła prawo kontroli nad sposobem wykonania (art. 636 § 1 k.c.)²⁴. Na współczesnym rynku pracy w zakresie kierownictwa obserwuje się upodobnienie sytuacji cywilnoprawnych wykonawców usług medycznych do sytuacji pracowników. Zjawisko to stanowi wyraz powszechnej tendencji. Jej przejawem są umowy cywilnoprawne o świadczenie usług, w których przewiduje się kierownictwo zamawiającego zarówno w znaczeniu prakseologicznym, jak i prawnym. Występujące w umowie zlecenia pewnego rodzaju „kierownictwo zlecającego” może wyrażać się w udzielaniu wskazówek, fachowych wskazówek, zaleceń, zleceń, propozycji czy rad²⁵. Tym samym osoba kierująca pracą pielęgniarek (co do zasady pielęgniarka oddziałowa) może posługiwać się różnorodnymi formami wpływania na pielęgniarki udzielające świadczeń zdrowotnych na oddziale, nie dysponując wobec nich władzą dyrektywalną pracodawcy, a uprawnieniami koordynacyjnymi, nadzorczymi, kontrolnymi²⁶. Mamy tutaj zatem do czynienia z władztwem, ale raczej o charakterze merytorycznym, a nie porządkowym. Wzmocnieniu władztwa (kierownictwu) w zatrudnieniu niepracowniczym sprzyja regulamin organizacyjny podmiotu działalności leczniczej określający sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych, a nieuregulowanych w ustawie lub statucie podmiotu (art. 23 i 24 u.dz.l.). W doktrynie zauważa się, że zakres prac objętych umową cywilnoprawną, jak i termin ich wykonywania powinny wynikać z umowy, a nie z poleceń podmiotu zatrudniającego²⁷. Jednocześnie brak wyraźnego kierownictwa

²¹ Wyrok SN z 11.09.1997 r., II UKN 232/97.

²² Wyrok SN z 15.10.1999 r., I PKN 307/99, OSNAPiUS 2001/7, poz. 214.

²³ W. Czachórski, *Zobowiązania. Zarys wykładu*, Warszawa 1995, s. 347; J. Olszewski, *Prawo gospodarcze. Kompendium*, Warszawa 2002, s. 323 i 325.

²⁴ Zgodnie z art. 636 § k.c., gdyby okazało się, że dzieło jest wykonywane w sposób wadliwy albo sprzeczny z umową, zamawiający może żądać zmiany sposobu wykonania i wyznaczyć odpowiedni termin.

²⁵ *Z zagadnień współczesnego prawa pracy...*

²⁶ Z. Kubot, *Umowy o świadczenie usług medycznych w aspekcie zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, PiM 2001/10, poz. 42.

²⁷ M. Iżycka-Rączka, *Dyżur lekarski...*, s. 16.

co do sposobu wykonywania pracy nie przesądza automatycznie o dopuszczalności zastosowania zatrudnienia cywilnoprawnego. Jeśli bowiem podmiot zatrudniający określa rodzaj pracy (zakres czynności), przy czym narzuca w sposób precyzyjny czas i miejsce jej świadczenia, to również należy zastanowić się, jaki jest zakres samodzielności osoby wykonującej pracę i w jakim stopniu proces pracy jest zorganizowany²⁸.

3.2. Miejsce i czas wykonania tzw. kontraktu

W zatrudnieniu cywilnoprawnym dopuszcza się możliwość precyzyjnego określenia czasu i miejsca świadczenia pracy (choć nie jest to obowiązkowe). Teza ta była w orzecznictwie Sądu Najwyższego wyrażona wielokrotnie²⁹. Szczególnie jest to uzasadnione, gdy dający zlecenie będzie zainteresowany tym, aby udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawód pielęgniarki realizowane było w określonym miejscu i w określonym czasie, jest to przecież zatrudnienie w podmiocie leczniczym. Zdaniem SN nie ma przeszkód, aby zachowując niepracowniczy charakter zatrudnienia, w ten sposób ukształtować treść zawieranej umowy³⁰. Tym samym podmiot działalności leczniczej określając miejsce i czas udzielania świadczeń zdrowotnych, nie musi koniecznie nawiązywać stosunku pracowniczego. Samo ustalenie miejsca i czasu wykonywania pracy może być dokonane w umowie cywilnoprawnej. Rozróżnienie między umową cywilnoprawną a stosunkiem pracy polega jednak na tym, że pracodawca ma prawo zmienić zarówno miejsce wykonywania pracy, czas jak też sposób wykonywania pracy na warunkach przewidzianych w art. 42 § 4 k.p. Takich uprawnień nie posiada podmiot, na rzecz którego jest świadczona praca w ramach umowy cywilnoprawnej. Gdy umowa cywilnoprawna zawiera klauzulę upoważniającą zamawiającego do polecenia zmiany miejsca lub czasu wykonania czynności, mamy już do czynienia z błędnie nazwaną umową o pracę. Strony umowy cywilnoprawnej mogą oczywiście zmienić miejsce, jak również czas jej wykonywania, ale muszą to zrobić poprzez zmianę treści umów. Nawet drobiazgowo określony sposób wykonywania pracy w ramach umowy cywilnoprawnej będzie niczym innym, jak normalnym warunkiem umownym. W umowach cywilnoprawnych istnieje większa swoboda w zakresie kształtowania ich treści i z tego powodu w różny sposób mogą być rozłożone konsekwencje wynikające z realizowanego procesu pracy.

²⁸ Ł. Pisarczyk, *Różne formy...*, s. 18.

²⁹ Zob. m.in. wyrok SN z 16.01.1979 r., I CR 440/78, OSPiKA 1979, z. 9, poz. 169; wyrok SN z 28.10.1998 r., I PKN 416/98.

³⁰ Wyrok SN z 6.10.1998 r., I PKN 389/98.

3.3. Ciągłość i powtarzalność czynności wykonywanych w ramach tzw. kontraktu

Zatrudnienie niepracownicze jest co do zasady dopuszczalne, gdy wykonywanie pracy ma charakter dorywczy, jednorazowy i brak jest elementów ciągłości. W przeciwieństwie do zatrudnienia pracowniczego, charakteryzującego się ciągłością i powtarzalnością, zobowiązanie osoby zatrudnionej w ramach kontraktu polega na jednorazowym wykonywaniu pewnej czynności lub na wykonywaniu ciągu prac składających się na określony rezultat.

3.4. Osobisty charakter pracy świadczonej w ramach tzw. kontraktu

Umowy cywilnoprawne w celu zatrudnienia mogą dopuszczać zastępstwo czy też godzenie się przez podmiot zatrudniający na wykonywanie pewnych czynności przez osoby trzecie. Brak obowiązku osobistego świadczenia pracy może wynikać w sposób wyraźny z postanowień umowy. Wprowadzenie do umowy takiego postanowienia podkreśla jej cywilnoprawny charakter. Jak stwierdził SN, brak bezwzględnego obowiązku osobistego świadczenia pracy wyklucza możliwość zakwalifikowania stosunku prawnego jako stosunku pracy³¹. Jednak jak zauważono w doktrynie prawa, dla oceny danego stosunku prawnego „umowna klauzula o dopuszczalności zastępstwa musi znajdować potwierdzenie w sposobie realizacji umowy. Jeśli okoliczności faktyczne wskazują, iż pomimo zapisów umownych wymagane jest osobiste wykonywanie obowiązków, następuje modyfikacja sposobu realizacji umowy w kierunku typowym dla zatrudnienia pracowniczego”³². Z drugiej strony wyraźne zastrzeżenie osobistego charakteru świadczonej pracy samo w sobie nie przesądza o pracowniczym charakterze zatrudnienia. Element osobistego świadczenia pracy może wystąpić również w stosunkach z zakresu prawa cywilnego, co zarówno wynika z przepisów prawa cywilnego, jak i potwierdza tę tezę orzecznictwo sądowe³³. W przypadku umowy o świadczenie usług medycznych osobisty charakter może wynikać z wyraźnego zastrzeżenia umownego albo stanowić efekt charakteru zobowiązania, w którym istotną rolę odgrywają osobiste przymioty osoby świadczącej pracę. Z tego też względu niebagatelne znaczenie w ograniczaniu możliwości ustanowienia zastępcy ma prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego przez konkretną osobę, a nie jej zastępcę. W odniesieniu do umów o świadczenie usług medycznych ten ostatni przypadek może być bardzo istotny. Jeśli do umowy o świad-

³¹ Wyrok SN z 28.10.1998 r., I PKN 416/98.

³² Ł. Pisarczyk, *Różne formy...*

³³ Zgodnie z art. 738 § 1 k.c. umowa zlecenia co do zasady powinna być wykonywana osobiście. Od tej zasady przyjmujący zlecenie może odstąpić, jeśli wynika to z umowy, zwyczajów lub został do tego zmuszony okolicznościami. Zastrzeżenie konieczności osobistego wykonania zobowiązania może nastąpić również na gruncie umowy o świadczenie usług.

czenie usług nie została wprowadzona klauzula o dopuszczalności zastępstwa, powierzenie wykonania umowy osobie trzeciej będzie mogło nastąpić jedynie wówczas, gdy wynika to z obowiązującego w danym zakresie zwyczaju albo gdy zleceniobiorca jest do tego zmuszony okolicznościami (art. 738 § 1 k.c.). Będzie to wymagało podania do informacji pacjenta, ale również uzyskania zgody przez NFZ w przypadku świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Niewątpliwie od zasady osobistego wykonania zlecenia, którego przedmiotem jest dokonanie określonej czynności prawnej, czyli zlecenia *sensu stricto* (art. 734 § 1 k.c.), prawodawca dopuszcza szerokie odstępstwa, trzeba jednak pamiętać, że do umów o świadczenie usług nieuregulowanych innymi przepisami stosuje się przepisy o zleceniu w sposób „odpowiedni”, wobec czego zakres wspomnianych odstępstw może przy świadczeniu czynności faktycznych (umowa typu zlecenia – art. 750 k.c.) być niekiedy szerszy i przyjmującego zlecenie stawiać względem osoby trzeciej w sytuacji swoistego „podzleceniodawcy” (podprzedsiębiorcy)³⁴.

3.5. Wynagrodzenie za wykonanie czynności w ramach tzw. kontraktu

Jeśli w zakresie realizacji umowy o świadczenie usług wymóg starannego działania jest spełniony, zobowiązanie jest wykonane, a zleceniobiorcy przysługuje wynagrodzenie niezależnie od tego, czy efekt zamierzony przez zleceniodawcę został osiągnięty³⁵. Umowy cywilnoprawne w celu zatrudnienia nie zawsze muszą być wykonywane odpłatnie, czyli za wynagrodzeniem. Nieodpłatne świadczenie usług może dotyczyć jedynie umów zlecenia oraz umów na warunkach zlecenia (art. 735 § 1 k.c.)³⁶. Wynagrodzenie ustalone w umowie cywilnoprawnej nie podlega szczególnej ochronie, takiej jak wynagrodzenie za pracę. Brak zarówno gwarancji wysokości minimalnego wynagrodzenia, jak również gwarancji wypłat w przypadku niewypłacalności drugiej strony umowy (czyli podmiotu działalności leczniczej). Sposób ustalenia wynagrodzenia może także świadczyć o rozkładzie ryzyka w ramach stosunku prawnego. Jeżeli wynagrodzenie jest stałe, wypłacane periodycznie, stanowi cechę charakterystyczną dla stosunku pracy, a nie dla stosunku cywilnoprawnego.

³⁴ Wyrok SN z 26.11.1998 r., I PKN 458/98.

³⁵ Inaczej niż w przypadku umowy o dzieło. W pewnym uproszczeniu można stwierdzić, że wykonawca dzieła, który nie osiąga zamierzonego rezultatu, nie wykonuje zobowiązania i w efekcie nie przysługuje mu wynagrodzenie. Por. Ł. Pisarczyk, *Różne formy...*, s. 38.

³⁶ Jeśli nie ma wyraźnego postanowienia w umowie i nic innego nie wynika z okoliczności sprawy, zlecenie będzie miało charakter odpłatny.

3.6. Ryzyko stron tzw. kontraktu

Problem rozkładu ryzyka ma istotny wpływ na kwalifikowanie umowy. Ryzyko prawidłowego wykonania umowy ciąży na wykonawcy zlecenia. Zawarcie umowy cywilnoprawnej w celu zatrudnienia wiąże się z powstaniem pełnej cywilnoprawnej odpowiedzialności osobistej wykonawcy usług³⁷. Odpowiedzialność za wyrządzone szkody nie będzie ograniczona, jak w przypadku zatrudnienia pracowniczego (art. 119 i 120 k.p.). Świadczenie pracy na podstawie umowy cywilnoprawnej jest wykonywane albo na rachunek osoby, która ją wykonuje, albo co najmniej na jej ryzyko, co może przejawiać się w pełnym uzależnieniu wynagrodzenia od osiągniętych wyników ekonomicznych. Całkowite przeniesienie ryzyka na pielęgniarkę w zatrudnieniu cywilnoprawnym co do zasady będzie wykluczać pracowniczy charakter zatrudnienia. Brak obciążenia pracownika ryzykiem prowadzonej przez podmiot zatrudniający działalności w rezultacie oznacza możliwość stosowania systemu wynagrodzenia na gruncie prawa pracy. Przykładów rozszerzających ochronę pracowniczą na stosunki niepracownicze w zakresie ryzyka dostarcza orzecznictwo. Sąd Najwyższy dopuścił w umowie o świadczenie usług ukształtowanie zakresu odpowiedzialności usługodawcy przez odesłanie do przepisów Kodeksu pracy o odpowiedzialności materialnej za mienie powierzone z obowiązkiem zwrotu lub do wyliczenia się (art. 124 k.p.)³⁸, z tym jednak, że pielęgniarka, wykonując zawód medyczny jako indywidualną praktykę zawodową wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, ponosi solidarną odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 33 u.d.z.l.). A zatem praca nie jest wykonywana wyłącznie na ryzyko indywidualnego przedsiębiorcy, ale również na ryzyko jego kontrahenta, a efekty tej pracy przypadają podmiotowi prowadzącemu działalność leczniczą, który jest organizatorem pracy indywidualnego przedsiębiorcy.

3.7. Urlopy i inne świadczenia socjalne w ramach tzw. kontraktu

W zatrudnieniu niepracowniczym nie wiążą także ochronne przepisy prawa pracy dotyczące takich kwestii, jak urlopy wypoczynkowe i zwolnienia z pracy, czas pracy, ograniczona odpowiedzialność materialna, ochrona pracy kobiet czy podnoszenie kwalifikacji³⁹. Z drugiej strony wprowadzenie dodatkowych uprawnień do treści

³⁷ E. Łętowska, *Prawo umów konsumenckich*, Warszawa 1999, s. 445.

³⁸ Wyrok SN z 9.12.1999 r., I PKN 434/99, OSNAPiUS 2001/9, poz. 311.

³⁹ Przy braku stosownych ustaleń w umowie osoby wykonujące zawód medyczny mogą być zobowiązane do pracy w każdym czasie, bez względu na porę dnia i dzień. Urlopy i dni wolne od pracy nie będą przysługiwały. Jednocześnie wprowadzenie zapisów o dniach wolnych od pracy wymaga uregulowania kwestii zastępstwa, co zgodnie z przepisami prawa cywilnego leży w interesie samej osoby wykonującej zawód medyczny. Analogiczna sytuacja dotyczy uregulowania sytuacji kobiety wykonującej zawód medyczny z tytułu macierzyństwa. Brak odpowiednich uregulowań w zakresie przerw w wyko-

stosunków cywilnoprawnych jest w pełni dopuszczalne w świetle swobody umów i nie może prowadzić do uznania nawiązania stosunku prawnego za stosunek pracy, jeśli zawartą umowę strony w sposób wyraźny traktują jako jedną z umów prawa cywilnego⁴⁰. „Uznawanie uprawnień pracowniczych (takich jak urlop wypoczynkowy) może natomiast stanowić okoliczność braną pod uwagę przy dokonywaniu wykładni oświadczenia woli wówczas, gdy wola stron nie została wyrażona w sposób dostatecznie jasny”⁴¹. Natomiast obca stosunkowi pracy jest konieczność „odpracowania urlopu”, gdzie taki zapis jest dopuszczalny w stosunkach cywilnoprawnych⁴².

4. Klasyfikowanie zatrudnienia cywilnoprawnego jako zatrudnienia pracowniczego

W doktrynie prawa pracy pojawiły się wątpliwości, czy ukształtowana i powszechna praktyka sądów pracy w zakresie sposobu prowadzenia postępowania w sprawach o ustalenie umowy o pracę, w sytuacji gdy strony zawarły uprzednio umowę cywilnoprawną, jest zasadna i usprawiedliwiona, jak również, czy wystąpienie z powództwem o ustalenie umowy o pracę, zmierzającym do odmiennego ukształtowania nie-spornego dotychczas stanu prawnego, nie jest zaprzeczeniem zasady swobody umów. Przede wszystkim przy udzielaniu odpowiedzi na te pytania należy pamiętać, że prawo pracy jest samodzielną dziedziną prawa, a zasady prawa cywilnego mają do prawa pracy jedynie zastosowanie odpowiednie, a nie bezpośrednie⁴³.

O tym, jakiego wyboru podstawy zatrudnienia dokonały strony, decyduje ich zgodny i świadomy zamiar z chwili dokonywania czynności prawnej⁴⁴. Cywilistyczna zasada swobody umów pozwala stronom na dobrowolne kształtowanie stosunku prawnego, na podstawie którego może być wykonywana praca, z zastrzeżeniem regulacji przyjętych na gruncie prawa pracy. Przepis art. 476 § 1 pkt 1¹ k.p.c. stanowi, że przez sprawy z zakresu prawa pracy rozumie się sprawy o ustalenie istnienia stosunku pracy, jeżeli łączący strony stosunek prawny wbrew zawartej umowie ma cechy stosunku pracy. Tym samym ustawodawca ogranicza zasadę swobody umów na rzecz ochronnej funkcji prawa pracy. Jeżeli w stosunku łączącym strony występują istotne elementy (cechy) umowy o pracę, to odmienna jego ocena narusza art. 22 § 1 i 1¹ k.p.⁴⁵

nywaniu czynności zawodowych może stać się przyczyną uzasadniającą rozwiązanie umowy oraz podstawą odpowiedzialności cywilnej z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania.

⁴⁰ Spostrzeżenie to odnośnie do urlopu wypoczynkowego zostało wyrażone w orzeczeniu SN z 4.12.1997 r., I PKN 394/97.

⁴¹ Ł. Pisarczyk, *Różne formy...*, s. 24.

⁴² Wyrok SN z 12.01.1999 r., I PKN 535/98, OSNAPiUS 2000/5, poz. 175.

⁴³ Współcześnie prawo pracy nie jest dziedziną prawa cywilnego, są to dwie odrębne gałęzie prawa mające wspólny rodowód. Nietrafna jest uwaga, że zasady prawa cywilnego mają bezpośrednie zastosowanie do prawa pracy; A. Góra-Błaszczkowska, *Postępowanie w sprawach o ustalenie...*, s. 154.

⁴⁴ Wyrok SN z 9.12.1999 r., I PKN 432/99.

⁴⁵ Wyrok SN z 9.02.1999 r., I PKN 562/98, OSNAPiUS 2000/6, poz. 223.

Nazwa umowy nie ma znaczenia, jeżeli nawiązany stosunek prawny ma cechy wskazane w art. 22 § 1 k.p. Tak jednoznaczne stanowisko dotyczy jednak tylko tych przypadków, w których charakter świadczonej pracy nie budzi wątpliwości, jednoznacznie wskazując na zatrudnienie pracownicze.

Wielokrotnie można spotkać się z sytuacją, w której świadczona praca wykazuje zarówno cechy charakterystyczne dla stosunku pracy, jak i dla stosunków prawnych powstających na podstawie umów cywilnych. Kwalifikacji umowy zawierającej zobowiązanie do świadczenia pracy dokonuje się metodą typologiczną⁴⁶. Przy jednakowym nasileniu cech właściwych stosunkowi pracy oraz cech właściwych cywilnoprawnym stosunkom prawnym o rodzaju zawartej umowy może rozstrzygnąć jej nazwa i sposób realizacji obowiązków umownych przepisów prawa pracy⁴⁷. Dla ustalenia, jaki stosunek łączy strony, decydujące jest, jakie cechy przeważały. W razie ustalenia, że w łączącym strony stosunku prawnym występowały elementy całkowicie obce stosunkowi pracy, nie jest możliwe ustalenie, że nawiązana została umowa o pracę⁴⁸. Przedstawione wnioski były wielokrotnie powtarzane zarówno w późniejszym orzecznictwie, jak i doktrynie prawa pracy.

W literaturze wyrażono pogląd, że tak ukształtowany stan prawny i praktyka sądowa są zbyt liberalne dla zleceniobiorcy kwestionującego charakter prawny zawartej umowy, a ocenę stosunku prawnego tylko na podstawie jego cech uznano za zbyt schematyczną metodę postępowania sądów, nieodpowiadającą współczesnym zasadom i potrzebom rynku pracy. Przepis art. 476 § 1 pkt 1¹ k.p.c. stanowi, że w sporach o ustalenie istnienia stosunku pracy rozpoznawanych przez sądy pracy zasada swobody umów podlega ograniczeniom. Sam fakt wystąpienia do sądu z tego rodzaju powództwem powoduje, że musi on zająć się wnikliwie sprawą i ustalić, czy rzeczywiście zawarta umowa cywilnoprawna nie ma cech umowy o pracę. Strona występująca do sądu nie musi wykazywać ani że oświadczenie woli było dotknięte wadą (art. 82 i n. k.c.), ani że zachodzi którakolwiek z przesłanek art. 58 k.c.⁴⁹

Zwraca się również uwagę na zbyt szeroki krąg podmiotów uprawnionych do występowania z powództwem o istnienie stosunku pracy. Z powództwem takim mogą wystąpić zarówno strony umowy, jak i inspektorzy pracy. Inspektorzy pracy mogą wytaczać powództwo na rzecz obywateli, a także wstępować za zgodą powoda do postępowania

⁴⁶ Metoda ta polega na ilościowym porównaniu cech właściwych stosunkowi pracy oraz cech właściwych innym stosunkom pracy; wyrok SN z 23.09.1998 r., II UKN 229/98.

⁴⁷ Wyrok SN z 7.04.1999 r., I PKN 642/98, OSNAPiUS 2000/11, poz. 417; wyrok SN z 25.04.1997 r., II UKN 67/97, OSNAPiUS 1998/2, poz. 57.

⁴⁸ Wyrok SN z 14.02.2001 r., I PKN 256/00.

⁴⁹ W myśl art. 58 k.c. nieważna jest czynność prawna (umowa o świadczenie usług, umowa zlecenia, umowa o dzieło) sprzeczna z ustawą, mająca na celu obejście ustawy albo sprzeczna z zasadami współżycia społecznego.

w tych sprawach w każdym stadium (art. 63¹ k.p.c.). W sprawach tych do inspektorów pracy stosuje się odpowiednio przepisy o prokuraturze (art. 63² k.p.c.).

Reasumując, nadanie umowie nazwy jest jedną z okoliczności pozwalających ustalić wolę umawiających się stron, że jest to umowa cywilna w celu zatrudnienia. Nie jest to jednak przesłanka jedyna. Oprócz nazwy należy uwzględnić treść nadaną umowie przez strony, ewentualne zastrzeżenia, że w sprawach nieuregulowanych umową stosowane będą przepisy Kodeksu cywilnego, oraz sposób jej realizacji. Biorąc pod uwagę te wszystkie elementy, można ocenić, czy zamiarem umawiających się stron było zastosowanie cywilnoprawnej formy zatrudnienia. Wykonywanie umowy w sposób odpowiadający jej nazwie może być uznane za czynnik potwierdzający wolę stron wyrażoną w czynności prawnej⁵⁰. Prawo polskie nie określa charakteru czy rodzaju prac, w odniesieniu do których zatrudnienie pracownicze nie byłoby dopuszczalne. Ograniczenia w zawieraniu umów o pracę wynikać mogą z relacji pomiędzy podmiotami, które mogłyby występować w charakterze stron stosunku pracy. Kluczowy jest w tym przypadku brak podporządkowania, wynikający albo z faktu, że nie ma podmiotu, który funkcje kierownicze mógłby realizować, albo z charakteru innych stosunków prawnych. Nie ma podstaw do przyjęcia twierdzenia, że istnieją rodzaje czynności czy prace podlegające wyłącznie reżimowi cywilnoprawnemu, wykluczające „użycie” umowy o pracę⁵¹.

5. Podsumowanie

1. Rozszerzenie ustawą o działalności leczniczej wolności gospodarczej w formie wykonywania indywidualnych praktyk na podstawie umowy cywilnoprawnej w zakładzie podmiotu leczniczego polega na zastępowaniu zatrudnienia pracowniczego samozatrudnieniem. Przyjęcie obecnie przeciwnego rozwiązania, czyli zakazu zawierania takich umów, wiąże się z zarzutem ograniczania elastycznych form zatrudnienia. Jednocześnie ustawodawca poprzestał na samej dopuszczalności stosowania samozatrudnienia, nie wprowadzając odmiennych uregulowań w zakresie warunków takiej formy wykonywania zawodu pielęgniarki.

2. Sytuacja osób wykonujących zawód pielęgniarki na terenie podmiotu leczniczego na podstawie umowy cywilnoprawnej jako niezależni przedsiębiorcy (tzw. samozatrudnienie) charakteryzuje się przede wszystkim heterogenicznością. Nie istnieją jednolite zasady zatrudniania na podstawie kontraktów zawieranych z praktykami pielęgniarskimi. Natomiast wspólną płaszczyzną dla osób wykonujących zawód pie-

⁵⁰ Wyrok SN z 2.09.1998 r., I PKN 293/98.

⁵¹ Też tę wcześniej w literaturze postawiła M. Gersdorf, *Umowa o pracę a umowa o dzieło i zlecenie*, PiZS 1993/9, poz. 50.

lęgniarki, bez względu na prawną formę jego wykonywania, jest obowiązek wykonywania tego zawodu zgodnie z przyjętymi przez ustawodawcę zasadami.

3. Różnicowanie podstaw zatrudnienia pielęgniarek u jednego pracodawcy wymaga oparcia na obiektywnych kryteriach.

4. „Nierozstrzygnięty pozostaje problem relacji pomiędzy terminem «kierownictwo zlecającego» a szerokim nietradycyjnym rozumieniem pracowniczego podporządkowania, obejmującym podporządkowanie autonomiczne oraz zależność ekonomiczną»⁵².

5. Samozatrudnienie na terenie podmiotu leczniczego nasuwa pytanie o zakres udziału (partycypacji) tych osób w cudzym przedsiębiorstwie, czyli podmiocie leczniczym, w trzech kluczowych kwestiach: możliwości zatrudniania swoich pracowników, posiadania „swojej klienteli” oraz ponoszenia ryzyka ekonomicznego swojej działalności.

⁵² T. Duraj, *Wybrane problemy pracowniczego podporządkowania jako konstytutywnej cechy stosunku pracy* [w:] *Współczesne problemy prawa pracy...*, s. 160.

Część V

ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRAWNA PIEŁĘGNIARKI

Odpowiedzialność prawna wynika z określonych przepisów prawnych przyjętych przez system normatywny państwa. Osoby wykonujące zawód pielęgniarki podlegają odpowiedzialności prawnej: cywilnej, karnej i zawodowej, a w przypadku zatrudnienia pracowniczego – również odpowiedzialności pracowniczej. Możliwa jest sytuacja, w której np. pielęgniarka może równocześnie ponieść wszystkie z wymienionych rodzajów odpowiedzialności. Poszczególne rodzaje odpowiedzialności stanowią w doktrynie prawa szeroki przedmiot analizy, dlatego w zakresie szczegółowych zasad prawnej odpowiedzialności odsyłam do licznych opracowań w tym zakresie¹.

¹ Przykładowo M. Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny...*; K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007; J. Ciszewski, *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*, Gdańsk 2002; M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza...*; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej...*; Z. Marek, *Błąd medyczny...*; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza...*; M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy...*; E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza...*

Rozdział 1

ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA PIELĘGNIARKI ZATRUDNIONEJ W PODMIOCIE LECZNICZYM

1. Uwagi ogólne

Odpowiedzialność cywilna pielęgniarki jest odpowiedzialnością majątkową wobec osoby poszkodowanej, a jej główną funkcją jest kompensacja uszczerbku w dobrach prawnie chronionych. Co do zasady jest to odpowiedzialność nieograniczona, ograniczenia występują przy egzekucji. Pielęgniarka jako sprawca szkody staje się dłużnikiem i odpowiada za dług (szkodę) całym swoim majątkiem obecnym i przyszłym. Pielęgniarka (jako dłużnik) może spełnić świadczenia dobrowolnie, natomiast w braku dobrowolnego świadczenia przez pielęgniarkę (dłużnika) osoba poszkodowana (wierzyciel) może swoich uprawnień dochodzić przed sądem, a następnie zaspokoić swoją wierzytelność w drodze postępowania egzekucyjnego¹.

2. Źródła odpowiedzialności cywilnej

Źródłem odpowiedzialności cywilnej pielęgniarki może być umowa (kontrakt) lub czyn niedozwolony. W pierwszym przypadku mowa o odpowiedzialności kontraktowanej pielęgniarki, będącej konsekwencją wyrządzenia pacjentowi szkody, w następstwie niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (art. 471 k.c.). Dotyczy to sytuacji, gdy pielęgniarka zawarła umowę z pacjentem.

W drugim przypadku mowa o odpowiedzialności deliktowej, polegającej na wyrządzeniu pacjentowi szkody czynem niedozwolonym (tzn. postępowaniem sprzecznym z prawem, zasadami ostrożności, zasadami etyki zawodowej czy zasadami współżycia społecznego; art. 415 i n. k.c.).

¹ Ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny; ustawa z 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego.

Odpowiedzialność kontraktowa może być oparta na zasadzie winy (pielęgniarka odpowiada tylko wtedy, gdy można jej przypisać winę) bądź na zasadzie ryzyka (odpowiedzialność pielęgniarki jest zastrzeżona, odpowiada ona niezależnie od swej winy za sam fakt wyrządzenia szkody poprzez niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania). Odpowiedzialność deliktowa może być oparta na zasadzie winy, na zasadzie ryzyka lub na zasadach słuszności (na podstawie zasad współżycia społecznego).

Dla powstania odpowiedzialności cywilnej muszą być spełnione jej przesłanki:

- 1) zdarzenie wyrządzające szkodę, za które prawo czyni dłużnika odpowiedzialnym (niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania albo czyn niedozwolony);
- 2) szkoda mająca charakter majątkowy (na osobie lub na mieniu) lub niemajątkowa (doznana krzywda);
- 3) związek przyczynowy pomiędzy tym zdarzeniem a szkodą.

3. Przesłanki odpowiedzialności cywilnej

3.1. Wina

Najczęstszymi przypadkami odpowiedzialności pielęgniarki wobec pacjenta są roszczenia oparte na art. 415 k.c.: „Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia”. Pojęcie winy składa się z dwóch elementów, które muszą wystąpić łącznie – obiektywnego i subiektywnego.

Element obiektywny to szeroko ujmowana bezprawność zachowania się sprawcy szkody. Tym samym obiektywny element winy wypełnia każde zachowanie się pielęgniarki niezgodne z przepisami prawa (w tym określającymi zasady wykonywania zawodu pielęgniarki i prawa pacjenta), zasadami współżycia społecznego, zasadami etyki zawodowej bądź z obowiązkiem ostrożności, jaką każdy człowiek w społeczeństwie powinien zachować, aby drugiemu szkody nie wyrządzić. W ostatnim przypadku w stosunku do pielęgniarki chodzi w szczególności o zachowania niezgodne z regułami wynikającymi z zasad aktualnej wiedzy medycznej. Postępowanie pielęgniarki będzie bezprawne, gdy bez uzasadnienia przewidywanego przez ustawodawcę łamie ona tajemnicę zawodową, gdy bezpodstawnie odmawia udzielania świadczenia zdrowotnego bądź odstępuje od jego wykonania, gdy wkracza w sferę nietykalności pacjenta bez jego zgody lub wbrew jego woli (przy braku ustawowego upoważnienia). Przy istnieniu stosunku umownego pomiędzy pacjentem a pielęgniarką obiektywny element tkwi już w samym niewykonaniu lub nienależytym wykonaniu zobowiązania. Ogólnie można stwierdzić, że obiektywnym elementem winy będzie uchybienie przez pielęgniarkę jej obowiązkom zawodowym, które należy traktować szeroko, jako wynikające z przepisów określających status zawodowy pielęgniarki oraz KEPP,

i które zostały zastrzeżone w umowie zawartej z pacjentem (przez pielęgniarkę wykonującą zawód w ramach praktyki zawodowej).

Element subiektywny winy jest to tzw. przypisywalność, zdolność poczytania czy możliwość przypisania sprawcy ujemnej oceny jego zachowania się. Element subiektywny winy odwołuje się do przeżyć psychicznych osoby, łącząc winę z możliwością postawienia sprawcy zarzutu podjęcia niewłaściwej decyzji, a w konsekwencji naganego zachowania się (działania lub zaniechania) w konkretnej sytuacji. W doktrynie prawa rozróżnia się: winę dotyczącą techniki medycznej (niewiedza pielęgniarki, nieostrożność w postępowaniu, niedbalstwo, niezręczność, nieuwaga) oraz winę nie dotyczącą techniki medycznej (np. brak koniecznego nadzoru, odmowa udzielenia pomocy, niedoinformowanie pacjenta o sposobie postępowania i ryzyku z tym związanym, dokonanie transfuzji krwi nieodpowiedniej grupy itp.). Sformułowanie takiego zarzutu wymaga jednak po stronie sprawcy szkody odpowiednich kwalifikacji psychicznych. Wadliwość podejmowania decyzji i zachowania przypisać można tylko pielęgniarce, która miała możliwość oceny swego postępowania, a więc gdy mogła ona działać z dostatecznym rozeznaniem. Stawiając sprawcy szkody zarzut zawinonego zachowania (działania lub zaniechania), nie wystarczy wykazać, że nie przestrzegał kryteriów wymaganej staranności. Konieczne jest jeszcze uwzględnienie jego stanu świadomości, woli i przewidywania skutków postępowania. Dopiero zestawienie tych elementów pozwoli rozstrzygnąć o winie konkretnej pielęgniarki.

Wina jako przesłanka subiektywna może wystąpić w dwóch postaciach: winy umyślnej (w zamiarze bezpośrednim lub w zamiarze ewentualnym) oraz winy nieumyślnej (lekkomyślność i niedbalstwo). Odpowiedzialność cywilna pielęgniarki na zasadzie winy jest z reguły niezależna od stopnia winy, którą można przypisać sprawcy szkody. Można bez ryzyka popełnienia błędu powiedzieć, że przypadki winy umyślnej pielęgniarki pojawiają się niezwykle rzadko. Natomiast przypadki, kiedy pielęgniarce można przypisać winę nieumyślną w postaci niedbalstwa, są częste i sprowadzają się do sytuacji, w których można jej zarzucić niezachowanie należytej staranności w przeprowadzeniu czynności pielęgniarskich. W praktyce możliwość postawienia zarzutu niewłaściwego postępowania kształtuje się różnorodnie. Odnosi się przede wszystkim do pewnego modelu staranności właściwego dla stosunków danego rodzaju (art. 355 § 1 k.c.). Miernik staranności służący do oceny zachowania się sprawcy szkody ma charakter abstrakcyjny (niezależny od cech osobistych i przymiotów sprawcy), ponieważ budowany jest on jako wzorzec powinnego, właściwego postępowania każdej pielęgniarki, która znajdzie się w określonej sytuacji. Wzorzec „dobrej pielęgniarki” jest elastyczny i zależy od tego, czy chodzi o pielęgniarkę ogólną lub specjalistę, o pielęgniarkę nowoczesnej kliniki czy prowincjonalnego szpitala. Pewne minimum wiedzy i staranności pielęgniarki istnieje jednak bez względu na miejsce wykonywania zawodu. Wzorzec jest również zależny od stanu wiedzy, jest zmienny wraz z postępem nauk medycznych. W zakresie odpowiedzialności kontraktowej wysokie kwalifikacje zawodowe mogą prowadzić do zastosowania bardziej rygorystycznego wzorca staranności.

Pacjent, który występuje z powództwem odszkodowawczym, musi udowodnić podstawy swojego roszczenia, w tym także winę pielęgniarki². Na pielęgniarce nie ciąży domniemanie winy, natomiast zobowiązana jest ona do dołożenia należytej staranności w procesie udzielania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych, której brak musi pozywający udowodnić. Pielęgniarka powinna z kolei wykazać, że należycie wypełniała swoje obowiązki i działała zgodnie z zasadami wiedzy medycznej. Rzeczą pozywającego jest natomiast dowód przeciwny.

Przedmiotem dowodu są, zgodnie z art. 227 k.p.c., fakty mające dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie. W toczącej się sprawie szczególne znaczenie ma wnikliwe postępowanie dowodowe i wszechstronne rozważenie przez sąd zebranego materiału dowodowego. Istotnym dowodem jest dokumentacja medyczna pacjenta, w tym dokumentacja prowadzona przez pielęgniarki. Zgodnie ze stanowiskiem SN ewentualne braki, niedające się usunąć w dokumentacji medycznej pacjenta, nie mogą być wykorzystywane w procesie na niekorzyść pacjenta³. Co do zasady, to do stron należy wykazywanie dowodów, jednak również sąd może dopuścić dowód niewskazany przez strony (art. 232 k.p.c.). Często ważnym dowodem będzie opinia biegłych, ponieważ biegły może pomóc sądowi właściwie ocenić postępowanie pielęgniarki w zakresie wykonywanych czynności i procesu pielęgnacyjnego. Dla uniknięcia ewentualnych podejrzeń co do stronniczości biegłych powinni być oni powoływani z innego terenu aniżeli teren działalności zawodowej pielęgniarki, która spowodowała szkodę⁴. Sąd może korzystać ze wszelkich dowodów, bezpośrednich i absolutnie pewnych, a także z dowodów pośrednich o dużym stopniu prawdopodobieństwa, może uznać za ustalone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wnioski takie można wyprowadzić z innych ustalonych faktów (art. 231 k.p.c.), co oznacza, że może przyjąć winę pielęgniarki w oparciu o domniemanie faktyczne w braku dowodu przeciwnego.

3.2. Szkada

Szkoda jest podstawową przesłanką odpowiedzialności cywilnej (odszkodowawczej). Brak jest ustawowej definicji szkody, natomiast w doktrynie prawa najogólniej określenie to odnosi się do wszelkich uszczerbków w dobrach lub interesach prawnie chronionych, których doznał poszkodowany⁵. Rozróżnia się dwa rodzaje szkód:

- szkodę majątkową (uszczerbek materialny na osobie lub na mieniu),
- szkodę niemajątkową (doznaną krzywdę, czyli cierpienie fizyczne i krzywdę moralną).

² Zgodnie z art. 6 k.c.: „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne”.

³ Wyrok SN z 15.10.1997 r., III CKN 226/97, LEX nr 1110924.

⁴ Orzeczenie SN z 7.01.1966 r., I CR 369/65, OSPiKA 1966/12, poz. 278.

⁵ Szeroko pojęcie szkody por. Z. Radwański, A. Olejniczak, *Zobowiązania – część ogólna*, Warszawa 2012, s. 90–92.

Szkoda może być wyrządzona pacjentowi lub, w wyniku jego śmierci, osobom pośrednio poszkodowanym (osobom bliskim) oraz dziecku jeszcze nienarodzonemu (nasciturusowi).

Szkodami majątkowymi mogą być: uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, straty wynikłe z całkowitej lub częściowej utraty zdolności do pracy zarobkowej, ze zwiększenia się potrzeb poszkodowanego lub zmniejszenia jego widoków powodzenia w przyszłości, koszty potrzebnych świadczeń zdrowotnych i inne uzasadnione wydatki, koszty przekwalifikowania zawodowego, utrata dochodów, które na skutek uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia poszkodowany mógłby osiągnąć. W razie śmierci poszkodowanego szkodą są straty, które wskutek tego ponoszą osoby bliskie, jak koszty pogrzebu, uszczerbek majątkowy wynikły z utraty środków utrzymania, pogorszenia się sytuacji życiowej. Zgodnie z treścią art. 361 § 2 k.c. są dwa rodzaje szkody majątkowej: strata (*damnum emergens*), która polega na zmniejszeniu majątku poszkodowanego wskutek zdarzenia, z którym związana jest czyjaś odpowiedzialność, oraz utracone korzyści (*lucrum cessans*), co oznacza, że majątek poszkodowanego nie wzrósł tak, jakby to się stało, gdyby nie nastąpiło zdarzenie, z którym złączona jest czyjaś odpowiedzialność (zdarzenie sprawcze).

Szkoda niemajątkowa, inaczej krzywda, zwykle wiąże się ze szkodą majątkową na osobie, może jednak mieć miejsce nawet tam, gdzie nie ma szkody majątkowej. Krzywdą będą cierpienia fizyczne i psychiczne powstałe na skutek wadliwie przeprowadzonej czynności w ramach wykonywania zawodu pielęgniarki, jak również nawet przy prawidłowo wykonanej czynności, ale bez zgody pacjenta.

Ustalenie rozmiaru szkody może nastąpić na podstawie dwóch podstawowych metod. Pierwsza, obiektywna, polega na ustaleniu wysokości szkody w odniesieniu do konkretnego dobra. Druga, dyferencyjna, polega na porównaniu aktualnego stanu majątkowego poszkodowanego z hipotetycznym stanem jego majątku, jaki istniałby, gdyby nie nastąpiło zdarzenie szkodzące. Należy przy tym uwzględnić samoistny rozwój choroby pacjenta wpływający na pogorszenie jego stanu zdrowia, a także szkodę przyszłą, będącą wynikiem wadliwego postępowania pielęgniarki. W razie możliwości wystąpienia innych szkód niż istniejące w chwili orzekania poszkodowany może żądać ustalenia odpowiedzialności pielęgniarki (podmiotu leczniczego) za szkody, które mogą się ujawnić w przyszłości.

3.3. Związek przyczynowy

Zgodnie z art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania, w rozważanym przypadku pielęgniarka, ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Przepis ten wyraża zasadę przyczynowości, ograniczonej jednak do przypadków normalnych, adekwatnego związku przyczy-

nowego (normalnego następstwa). Dla teorii adekwatnego związku przyczynowego charakterystyczne jest to, że wśród wszelkich warunków nastąpienia szkody przypisuje ona prawną doniosłość tylko tym, które zwiększają możliwość (prawdopodobieństwo) nastąpienia badanego skutku. Pozwala to na uznanie prawnej doniosłości tych skutków, które są dla badanego zdarzeniem zwykłym (typowych, normalnych), a na odrzucenie takich, które oceniamy jako niezwykle, nietypowe, nienormalne. Na uznanie typowości skutku badanego zdarzenia nie ma wpływu okoliczność przewidywalności następstwa przez sprawcę szkody, czy też jej przewidywalności możliwej dla przeciętnego uczestnika zdarzenia, albowiem przewidywalność nie jest kategorią związku przyczynowego, tylko winy⁶.

Niewątpliwie ustalenie istnienia między badanymi zjawiskami normalnego związku przyczynowego jest zabiegiem złożonym. Przyjmując, że konstrukcja związku przyczynowego jest odzwierciedleniem otaczającej nas rzeczywistości, wyrażającej się w powiązaniach kauzalnych między różnorodnymi zjawiskami, należy przede wszystkim ustalić te powiązania przyczynowe, które łączą w ujęciu ogólnym badane zjawiska, szkodę oraz zdarzenie, których jest wynikiem. Zabieg ten stanowi przejaw odtwarzania rzeczywistości, oparty jest w praktyce na wiedzy i doświadczeniu życiowym sędziego lub dowodzie z opinii biegłego.

Adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem się pielęgniarki a szkodą może być bezpośredni, może być również pośredni. Jest zatem rzeczą obojętną, czy przyczyna jest dalsza czy bliższa, byleby tylko skutek pozostawał jeszcze w granicach „normalności”. Ustalenie związku przyczynowego między winą pielęgniarki a powstałą szkodą albo ocena, czy zachodzi normalny związek przyczynowy między winą a szkodą, czasem będzie bardzo trudne. W procesach medycznych często nie jest możliwe ustalenie pewnego związku przyczynowego, gdyż w świetle aktualnej wiedzy medycznej w większości przypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności czy wyłączności przyczyny. Dlatego w orzecznictwie SN przyjęto jako utrwaloną zasadę, że do powstania związku przyczynowego wystarczy jego uprawdopodobnienie w znacznym stopniu⁷. Natomiast dowód, że jakieś inne przyczyny niż niedbalstwo pielęgniarki mogły, lecz nie musiały spowodować pacjentowi szkody, nie zwalnia pielęgniarki od odpowiedzialności. Ani wielość przyczyn, ani zwiększone ryzyko działania medycznego pielęgniarki (np. z uwagi na stan zdrowia pacjenta) nie wyłączają odpowiedzialności pielęgniarki, jeśli przynajmniej jedną z przyczyn było jej niedbalstwo.

⁶ Orzeczenie SN z 10.12.1952 r., C 584/52, PiP 1953/7–8, s. 366.

⁷ Wyrok SN z 5.07.1967 r., I PR 174/67, OSNCP 1968/2, poz. 26; także wyrok SN z 17.06.1969 r., II CR 165/69, OSPiKA 1969/7–8, poz. 155.

4. Wynagrodzenie szkody

Naprawienie szkody wyrządzonej pacjentowi (lub osobom pośrednio poszkodowanym na skutek jego śmierci) następuje poprzez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej, co do zasady określonej przez sąd w wyroku. Odszkodowanie jako wynagrodzenie za poniesioną przez pacjenta szkodę może przybrać różne formy. Są to:

- 1) świadczenie pieniężne wyrównujące doznany przez poszkodowanego uszczerbek majątkowy albo świadczenie przywracające stan poprzedni (art. 363 k.c.);
- 2) jednorazowe świadczenie pieniężne pokrywające koszty i wydatki poniesione w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, jeżeli jest konieczne i celowe. Przykładowo kwota świadczenia może obejmować koszty: leczenia, rekonwalescencji, rehabilitacji, zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, niezbędnej opieki osób trzecich, przekwalifikowania zawodowego. Na żądanie poszkodowanego pielęgniarka zobowiązana do naprawienia szkody powinna wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia oraz przygotowania do innego zawodu. Nie zwalnia pielęgniarki odpowiedzialnej za szkodę od obowiązku pokrycia wymienionych kosztów fakt, że ich poniesienie nie wpłynęło na poprawę stanu zdrowia poszkodowanego, jeżeli były one w danej sytuacji uzasadnione;
- 3) jednorazowe świadczenie pieniężne jako zadośćuczynienie kompensujące wyrządzoną pacjentowi krzywdę (art. 445 § 1 k.c.), przyznawane za cierpienie fizyczne lub psychiczne, wywołane np. kalectwem lub utratą sprawności. Przyznanie tego świadczenia zależy od swobodnego uznania sądu rozstrzygającego sprawę⁸, nie może to jednak oznaczać dowolności. Sąd powinien umotywić zarówno przyznanie, jak i odmowę zadośćuczynienia. Należy przy tym zaznaczyć, że roszczenie o zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę przysługuje jedynie w przypadku odpowiedzialności deliktowej;
- 4) renta jako świadczenie okresowe, w przypadku utraty przez poszkodowanego zdolności do pracy zarobkowej albo zwiększenia potrzeb lub pogorszenia widoków na przyszłość (art. 444 § 2 i 3 k.c.);
- 5) renta skapitalizowana, jako jednorazowe świadczenie zastępujące rentowe świadczenia okresowe (art. 447 k.c.);
- 6) zadośćuczynienie pieniężne w przypadku wyrządzenia krzywdy przez zawinione naruszenie praw pacjenta w inny sposób niż przez spowodowanie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia (art. 4 ust. 1 u.p.p. w zw. z art. 448 k.c.).

W razie śmierci pacjenta roszczenia odszkodowawcze przysługują osobom, które poniosły koszty leczenia i pogrzebu (art. 446 § 1 k.c.) oraz osobom bliskim, przy czym roszczenia tych osób mają charakter samodzielny i związany generalnie z pogorszeniem się na skutek śmierci pacjenta ich sytuacji życiowej. Pielęgniarka może być zobowiązana do świadczenia:

⁸ Orzeczenie SN z 15.09.1999 r., III CKN 339/98, OSP 2000/4, poz. 66.

- 1) osobom bliskim, względem których ciążył na zmarłym obowiązek alimentacyjny, renty w wysokości nie większej niż ta, do której obowiązany był zmarły;
- 2) osobom bliskim, którym zmarły dostarczał dobrowolnie środków utrzymania, renty o tyle, o ile wymagają tego zasady współżycia społecznego (art. 446 § 2 k.c.);
- 3) najbliższym członkom rodziny jednorazowego odszkodowania, uwzględniającego uszczerbki nieskompensowane zasadzoną rentą (art. 446 § 3 k.c.).

Ponadto, w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności, sąd może zasądzić odpowiednią sumę pieniężną (pełniącą funkcję zadośćuczynienia) na wskazany – przez małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego – cel społeczny (art. 4 ust. 2 u.p.p. w zw. z art. 448 k.c.).

5. Przyczynienie się poszkodowanego

Zgodnie z art. 362 k.c. obowiązek naprawienia szkody ulegnie odpowiedniemu zmniejszeniu stosownie do okoliczności, jeżeli poszkodowany przyczynił się do powstania lub zwiększenia szkody. W takich okolicznościach obowiązek naprawienia szkody odpowiednio się zmniejsza stosownie do okoliczności, a zwłaszcza winy obu stron. Przy ocenie winy poszkodowanego należy porównać jego zachowanie się z pewnym wzorcem postępowania i ustalić, jak w danych okolicznościach postąpiłby człowiek rozsądny. Warto podkreślić, że miarkowanie jest uprawnieniem sądu, a nie jego bezwzględny obowiązek, nawet w przypadku ustalenia ewidentnego przyczynienia się poszkodowanego. Niemniej postuluje się, aby w praktyce sądowej odstępianie od miarkowania stanowiło wyjątek w szczególności uzasadnionych przypadkach, a nie regułę⁹.

6. Odpowiedzialność cywilna za naruszenie dóbr osobistych pacjenta

Pojęcie dobra osobistego łączy się z niemajątkowymi, indywidualnymi wartościami świata uczuć, stanami życia psychicznego, natomiast ochrona dóbr osobistych związana jest z zapewnieniem bezpieczeństwa przed naruszeniem tych wartości i jako taka związana jest ze zgłoszeniem odpowiedniego roszczenia. Jest tyle praw osobistych, ile chronionych dóbr¹⁰. Przykładowe dobra osobiste wymienia ustawodawca w art. 23 k.c.¹¹, zaliczając do nich zdrowie, wolność, cześć, swobodę sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnicę korespondencji, nietykalność miesz-

⁹ M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy...*, s. 46.

¹⁰ Wyrok SA w Krakowie z 24.02.2016 r., I ACa 1630/15, LEX nr 2022475.

¹¹ Warto podkreślić, że katalog dóbr osobistych, usytuowany przez ustawodawcę w art. 23 k.c., jest co prawda otwarty, ale nie oznacza to, iż strony mogą dowolnie tworzyć i uznawać za swoje dobra oso-

kania, twórczość naukową, artystyczną i racjonalizatorską, jak również inne dobra, które ze względu na potrzeby społeczne zostaną do tego katalogu włączone. Pozostają one pod ochroną prawa cywilnego niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach. Na gruncie prawa medycznego dobra te są wymienione m.in. w ustawie o prawach pacjenta. W ten sposób ustawodawca potwierdza, że system wartości i cech pacjenta (zdrowie, fizyczna i psychiczna integralność, indywidualność, pozycja społeczna) zasługuje na szczególną ochronę również w ramach stosunku z osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych. Chodzi tu o następujące prawa pacjenta:

- 1) prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej;
- 2) prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych;
- 3) prawo do żądania, aby lekarz lub udzielająca świadczeń zdrowotnych pielęgniarka (położna) zasięgnęły opinii innego lekarza lub innej pielęgniarki (położnej). Lekarz, pielęgniarka (położna) mogą odmówić zasięgnięcia opinii innego lekarza lub innej pielęgniarki (położnej), jeżeli uznają, że żądanie pacjenta jest bezzasadne;
- 4) prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. W przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem;
- 5) prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym;
- 6) prawo do informacji uzyskanej od lekarza oraz prawo do uzyskania informacji od pielęgniarki, położnej;
- 7) prawo do zachowania przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające świadczeń zdrowotnych, informacji związanych z pacjentem w tajemnicy (w tym dotyczących jego stanu zdrowia);
- 8) prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody;
- 9) prawo do pisemnej zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego lub innej procedury medycznej w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta;
- 10) prawo do intymności i poszanowania godności osobistej;
- 11) prawo do leczenia bólu;
- 12) prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień;

- 13) prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, w tym do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, przez którą rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i pokoju;
- 14) prawo do opieki duszpasterskiej w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej.

Ochrona dóbr osobistych opiera się na konstrukcji praw podmiotowych bezwzględnych o charakterze niemajątkowym¹². Oznacza to, że każda osoba jest podmiotem tego prawa, będącego wyrazem poszanowania osoby i godności ludzkiej. Niemajątkowy charakter dóbr osobistych polega na tym, że nie są one bezpośrednio uwarunkowane ekonomicznymi interesami uprawnionego. Dobra osobiste są ściśle związane z osobą ludzką, razem z nią powstają i gasną. Mają one charakter bezwzględny, tzn. są skuteczne wobec wszystkich. Ich korelatem jest ciążyący na każdej osobie obowiązek powstrzymania się od działań naruszających jego prawo. Dobra osobiste są oparte na konstrukcji praw niezbywalnych i nie mogą być dziedziczone ani przeniesione na inną osobę.

Jeżeli pacjent lub inna osoba chce wystąpić przeciwko pielęgniarce do sądu z tytułu naruszenia swoich dóbr osobistych, to należy pamiętać, że nie wystarczy samo wskazanie zdarzenia, które spowodowało to naruszenie, ale także trzeba wskazać, jakie konkretnie dobra osobiste zostały naruszone. Przy ocenie, czy doszło do naruszenia dóbr osobistych, decydujące znaczenie ma nie tyle subiektywne odczucie osoby żądającej ochrony prawnej, ile uwzględnienie kryterium obiektywnego¹³. Subiektywne odczucie skarżącego pacjenta czy innej osoby, że doszło do naruszenia ich dóbr osobistych, nie jest wystarczającą przesłanką do uwzględnienia powództwa. Nie wystarczy bowiem do uwzględnienia powództwa subiektywna reakcja i odczucia osoby pokrzywdzonej, lecz istotny jest odbiór danego zachowania czy wypowiedzi przez osoby trzecie i reakcja opinii publicznej. Odniesiony uszczerbek w dobrach osobistych musi znajdować potwierdzenie nie tylko w odczuciu samego zainteresowanego, lecz także w obiektywizowanej ocenie zewnętrznej¹⁴. Przy ocenie, czy doszło do naruszenia dobra osobistego, którego ochrony domaga się osoba zgłaszająca żądanie, należy brać pod uwagę całokształt okoliczności, a nie np. zwrot wyrwany z całej wypowiedzi¹⁵.

Jeżeli obiektywnie doszło do naruszenia dobra osobistego pacjenta, np. naruszenia jego intymności, to w dalszej kolejności rozważaniom powinna być poddana kwestia bezprawności działania pielęgniarki.

Działanie lub zachowanie pielęgniarki (sprawcy), która dopuściła się naruszenia tego dobra, musi być bezprawne. Bezprawne jest każde działanie lub zachowanie sprzecz-

¹² A. Szpunar, *Ochrona dóbr osobistych...*, s. 36.

¹³ Wyrok SA w Łodzi z 31.08.2018 r., I ACa 1582/17, LEX nr 2596517.

¹⁴ Wyrok SA w Gdańsku z 29.11.2016 r., V ACa 431/16, LEX nr 2300288.

¹⁵ Wyrok SO w Toruniu z 4.12.2013 r., I C 2139/13, LEX nr 1545114.

ne z normami prawnymi, a nawet z porządkiem prawnym oraz z zasadami współżycia społecznego, jeżeli nie zachodzi jedna z okoliczności wyłączających tę przesłankę. Do okoliczności wyłączających bezprawność naruszenia dóbr osobistych na ogół zalicza się:

- 1) działanie w ramach porządku prawnego, tj. działanie dozwolone przez obowiązujące przepisy prawa – w szczególności przepisy ustawy o prawach pacjenta i ustawy pielęgniarskiej;
- 2) wykonywanie prawa podmiotowego;
- 3) zgodę pokrzywdzonego (ale z zastrzeżeniem uchylenia jej skuteczności w niektórych przypadkach) oraz
- 4) działanie w obronie uzasadnionego interesu¹⁶.

Pacjent zwolniony jest z obowiązku wykazywania bezprawności działania pielęgniarki, to na pielęgniarce spoczywa w takiej sytuacji obowiązek wykazania, że jej działanie lub zaniechanie nie było bezprawne¹⁷.

Jednocześnie należy podkreślić, że nie jest uważane za bezprawne (zawinione) należyte wykonywanie uprawnień przysługujących pielęgniarce w granicach określonych przez prawo, mimo że skutkiem może być naruszenie dóbr osobistych pacjenta. W związku z tym pokrzywdzony nie musi udowadniać, że doszło do naruszenia prawnie chronionego dobra osobistego – wystarczy wskazać konkretne naruszenie praw pacjenta.

Warto wiedzieć, że pokrzywdzony może zatem skutecznie dochodzić roszczeń z tytułu naruszenia jego dóbr osobistych, odwołując się zarówno do Kodeksu cywilnego (art. 448 k.c.), jak i do przepisów pozakodeksowych, w szczególności ustawy o prawach pacjenta (art. 4 u.p.p.). Przywołania przez poszkodowanego jednej z wymienionych podstaw prawnych warunkuje zarówno roszczenie zmierzające do usunięcia skutków naruszenia dóbr osobistych (przeproszenie, złożenie stosownego oświadczenia itp.), jak i roszczenia o zasądzenie zadośćuczynienia albo stosownej sumy pieniężnej na cel społeczny¹⁸. Roszczenia mogą także zgłosić małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej albo przedstawiciel ustawowy – tylko w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności (art. 4 u.p.p.).

Sąd, ustalając wysokość ewentualnego zadośćuczynienia, weźmie pod uwagę okoliczności faktyczne, które wystąpiły w danej sprawie (stopień krzywdy, zachowanie się sprawcy, wiek poszkodowanego itp.). W razie naruszenia innych dóbr osobistych, które nie znajdują swojego odzwierciedlenia w katalogu praw pacjenta, możliwe jest

¹⁶ Wyrok SA w Krakowie z 24.02.2016 r., I ACa 1630/15.

¹⁷ Wyrok SA w Warszawie z 12.12.2012 r., VI ACa 259/12, LEX nr 1362958.

¹⁸ G. Bieniek [w:] G. Bieniek, H. Ciepło, S. Dmowski, J. Gudowski, K. Kołakowski, M. Zychowicz, T. Wiśniewski, C. Żukowska, *Komentarz do kodeksu cywilnego...*, s. 518.

dochodzenie zadośćuczynienia bezpośrednio w oparciu o normy prawa cywilnego, zwłaszcza art. 445 i 448 k.c.

7. Przedawnienie roszczeń

Z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, cywilnoprawne roszczenia majątkowe ulegają przedawnieniu (art. 117 i n. k.c.). Woli zainteresowanego (pозwanej pielęgniarki) pozostawiona jest możliwość skorzystania z zarzutu przedawnienia. Roszczenie przedawnione nie wygasa, istnieje ono w postaci tzw. roszczenia niezupelnego, nie można jednak go skutecznie dochodzić i egzekwować, jeżeli zobowiązany (pozwana pielęgniarka) skorzysta z zarzutu przedawnienia. Skorzystanie z tego zarzutu polega na podniesieniu go w procesie. Sąd nie uwzględnia przedawnienia z urzędu, co oznacza, że skorzystanie z tego zarzutu wymaga woli i działania pozwanej pielęgniarki¹⁹.

Zasadą jest, że roszczenie o naprawienie szkody (zarówno szkody majątkowej, jak i niemajątkowej) wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem trzech lat od dnia, w którym pacjent dowiedział się o szkodzie i (koniunkcja) pielęgniарce obowiązanej do jej naprawienia. Ta koniunkcja ma szczególne znaczenie, gdy pacjent korzystał z usług pielęgniarskich świadczonych przez różne pielęgniarki i trudno stwierdzić, która wyrządziła szkodę. W każdym przypadku roszczenie przedawnia się z upływem lat dziesięciu od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wyrządzące szkodę. Jeżeli zachowanie pielęgniarki wyrządzącej szkodę nosiło znamiona przestępstwa, roszczenia przedawnia się z upływem lat dziesięciu od dnia zdarzenia wyrządzącego szkodę. Przestępstwo musi być stwierdzone wyrokiem sądu karnego.

Jeżeli pacjenta łączyła z pielęgniarką umowa cywilnoprawna, przedawnienie następuje po dziesięciu latach od niewykonania lub nienależytego wykonania tej umowy.

Termin dla osób pośrednio poszkodowanych biegnie od chwili dowiedzenia się o utracie osoby bliskiej (art. 446 § 2 k.c.) bądź o znacznym pogorszeniu ich sytuacji życiowej (art. 446 § 3 k.c.) i o osobie obowiązanej do naprawienia tej szkody.

¹⁹ G. Bieniek [w:] G. Bieniek, H. Ciepło, S. Dmowski, J. Gudowski, K. Kołakowski, M. Zychowicz, T. Wiśniewski, C. Żukowska, *Komentarz do kodeksu cywilnego...*, s. 47.

8. Dyferencjacja odpowiedzialności z uwagi na formy wykonywania zawodu

Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przez pielęgniarkę wymaga uwzględnienia charakteru stosunku prawnego łączącego pielęgniarkę z pacjentem, czyli prawnych form wykonywania zawodu pielęgniarki.

Osoba wykonująca zawód pielęgniarki może zostać zatrudniona jako pracownik zarówno w publicznym (pzoż, spzoż), jak i prywatnym podmiocie leczniczym. Wówczas pielęgniarki nie łączy z pacjentem żaden stosunek umowny. Pielęgniarka jest pracownikiem podmiotu leczniczego, realizującym działalność tego podmiotu, jest więc wobec pacjenta osobą trzecią. Nie ponosi wobec pacjenta odpowiedzialności kontraktowej, a jej odpowiedzialność deliktowa (z czynu niedozwolonego) na podstawie art. 415 k.c. została wyłączona na podstawie art. 120 k.p. Odpowiedzialność kontraktową i deliktową ponosi wyłącznie podmiot leczniczy. Innymi słowy, odpowiedzialność pielęgniarki jest pracownicza, ograniczona co najwyżej do trzymiesięcznego wynagrodzenia za pracę, chyba że szkodę wyrządziła z winy umyślnej, kiedy to regres jest pełny (art. 119 i n. k.p.). Jeśli szkodę wyrządziło kilka pielęgniarek lub zespół lekarzy i pielęgniarek, to każdy z tych pracowników ponosi wobec podmiotu leczniczego, który naprawił szkodę, odpowiedzialność za części szkody, stosownie do przyczynienia się do niej i stopnia winy. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie stopnia winy i przyczynienia się poszczególnych pracowników do powstania szkody, lecz każdemu z nich można przypisać winę, odpowiadają oni w częściach równych (art. 118 k.p.).

Pielęgniarki świadczące usługi pielęgniarskie w ramach podmiotu leczniczego na podstawie umowy cywilnoprawnej (kontrakt, co do zasady na podstawie umowy z indywidualną praktyką pielęgniarki wyłącznie w zakładzie podmiotu leczniczego – art. 5 ust. 2 pkt 2 u.d.z.l., wyżej nazwany zatrudnieniem niepracowniczym), nie łączy stosunek prawny z pacjentem. Nie odpowiada więc wobec pacjenta za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania, ale ponosi odpowiedzialność deliktową (art. 415 k.c.). Jeżeli odpowiedzialność deliktową ponosi także podmiot leczniczy, odpowiedzialność obu podmiotów wobec pacjenta jest solidarna (art. 441 § 1 k.c., art. 33 u.d.z.l.).

Pielęgniarka, która wykonuje indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę (we własnym gabinecie lub w miejscu wezwania; art. 5 ust. 2 pkt 2 u.d.z.l.), zawiera umowę z pacjentem. Umowa taka przybiera postać umowy o świadczenie usług, do której stosuje się odpowiednio przepisy o zleceniu (art. 750 k.c.). Jeżeli pielęgniarka samodzielnie dokonuje czynności medycznej, ponosi wobec pacjenta odpowiedzialność kontraktową z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (art. 417 k.c.). Niezależnie od powyższego pielęgniarka ponosi odpowiedzialność deliktową na podstawie art. 415 k.c. Jeżeli pielęgniarka prowadząca indywidualną praktykę w czasie świadczenia usług pielęgniarskich posługiwałaby

się personelem pomocniczym (asystent pielęgniarki), to odpowiedzialność kontraktowa pielęgniarki oparta będzie na art. 474 k.c., a odpowiedzialność deliktowa na art. 429 k.c. (odpowiedzialność za osoby, którymi się posłużono) lub art. 430 k.c. (odpowiedzialność za podwładnego).

W sytuacji prowadzenia przez pielęgniarkę indywidualnej praktyki i udzielania pacjentowi świadczeń pielęgniarских na podstawie umowy z Funduszem nie łączy pielęgniarki z pacjentem, w zakresie świadczeń objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, żadna umowa. Pielęgniarka odpowiada wówczas tylko w ramach odpowiedzialności deliktowej na podstawach opisanych wyżej.

Pielęgniarki mogą udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach prowadzonej praktyki grupowej w formie spółki cywilnej, spółki jawnej i partnerskiej. Charakterystyczną cechą, ale i wadą spółki cywilnej jest osobista i solidarna odpowiedzialność za zobowiązania spółki, której nie można w umowie spółki ani wyłączyć, ani ograniczyć, ani zastąpić inną formą odpowiedzialności²⁰. Wspólnicy odpowiadają zarówno majątkiem wspólnym (czyli tzw. majątkiem spółki), jak i każdy z osobna, swym majątkiem nienależącym do wspólności. Wierzycielowi przysługuje w tym zakresie pełna swoboda wyboru, z którego majątku chce uzyskać zaspokojenie, w szczególności żaden przepis nie nakazuje mu najpierw sięgnąć do majątku spółki, a dopiero w razie niezaspokojenia z niego wierzytelności – do majątku odrębnego wspólników, stąd też odpowiedzialność wspólników ma charakter bezpośredni. W przypadku spółki jawnej wspólnicy ponoszą odpowiedzialność: osobistą, solidarną, nieograniczoną i subsydiarną. W porównaniu ze spółką cywilną, w odniesieniu do spółki jawnej – odpowiedzialność solidarna jest modyfikowana przez art. 31 k.s.h., zgodnie z którym obowiązuje zasada odpowiedzialności subsydiarnej. Wierzyciel spółki może prowadzić egzekucję z majątku wspólnika wówczas, gdy egzekucja z majątku spółki okaże się bezskuteczna.

Inaczej przedstawia się sytuacja prawna w zakresie odpowiedzialności pielęgniarki będącej wspólnikiem w spółce partnerskiej. Co do zasady – pielęgniarka jako wspólnik (partner) nie ponosi odpowiedzialności za zobowiązania spółki powstałe w związku z wykonywaniem przez pozostałych partnerów zawodu pielęgniarki w spółce (art. 96 § 1 k.s.h.). Partner nie ponosi również, co do zasady, odpowiedzialności za zobowiązania spółki będące następstwem działań lub zaniechań osób zatrudnionych przez spółkę na podstawie umowy o pracę lub innego stosunku prawnego, które podlegały kierownictwu innego partnera przy świadczeniu usług pielęgniarских, które związane były z przedmiotem działalności spółki (art. 95 § 1 k.s.h.). Takie rozwiązanie ma na celu wyeliminowanie odpowiedzialności za „nieswoje błędy”. Natomiast za zobowiązania spółki partnerskiej niebędące następstwem osobistego wykonywania zawodu pielęgniarki (czyli m.in. zobowiązania wynajmu lokalu, wynagrodzenia pra-

²⁰ *Prawo spółek. Wybrane...*, s. 61.

owników) odpowiedzialność współników jest subsydiarna, co oznacza, że wierzyciel spółki może prowadzić egzekucję z majątku współnika dopiero wówczas, gdy egzekucja z majątku spółki okaże się bezskuteczna (art. 89 w zw. z art. 31 k.s.h.).

Wyłączna odpowiedzialność może pojawić się także tam, gdzie pielęgniarka, udzielając w nagłych przypadkach pomocy medycznej, w celu odwrócenia niebezpieczeństwa grożącego pacjentowi, w wykonaniu obowiązku ustawowego i etycznego, działa jako prowadzący cudze sprawy bez zlecenia (art. 752 k.c.). Jej kontraktowa odpowiedzialność odszkodowawcza jest wówczas ograniczona tylko do przypadków wyrządzenia szkody z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa (art. 757 k.c.). Odpowiedzialność deliktowa w takich przypadkach będzie ograniczona do sytuacji umyślnego wyrządzenia pacjentowi szkody, w innych wypadkach zachowanie się pielęgniarki powinno być oceniane w kategoriach działania w celu altruistycznym i z tego powodu nie może być uznane za zachowanie się bezprawne.

9. Podsumowanie

1. Podstawową zasadą odpowiedzialności za szkody wyrządzone pacjentowi jest wina.
2. Kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności (art. 430 k.c.).
3. Od tej reguły przewidziany jest w Kodeksie cywilnym wyjątek – nie odpowiada za sprawcę ten, kto nie ponosi winy w wyborze albo ten, kto wykonywanie czynności powierzył osobie, przedsiębiorstwu lub zakładowi, które w zakresie swojej działalności zawodowej trudnią się wykonywaniem tych czynności (art. 429 k.c.).
4. W kontekście odpowiedzialności pielęgniarki trzeba uwzględnić formę zatrudnienia. Co do zasady inaczej kształtują się ogólne zasady odpowiedzialności w przypadku zatrudnienia pracowniczego, a inaczej niepracowniczego.
5. Szpital nie uniknie odpowiedzialności solidarnej, jeżeli powierzenie wykonywania czynności nastąpiło poprzez podporządkowanie wykonawcy. Zasada ta wynika z tzw. odpowiedzialności kierującego (zwierzchnika) za podwładnego, która w art. 430 k.c. przypisuje odpowiedzialność na zasadzie ryzyka każdemu, kto „na własny rachunek powierza wykonywanie czynności osobie, która podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek”. Podmiot ten „jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności”. Odpowiedzialność występuje zawsze w odniesieniu do osób zatrudnionych na podstawie

umowy o pracę, ponieważ podporządkowanie pracownika należy do istoty stosunku pracy²¹.

6. Jeżeli umowa cywilnoprawna jest zawarta przez szpital z pielęgniarką, która prowadzi działalność gospodarczą w formie indywidualnej praktyki zawodowej wyłącznie w zakładzie podmiotu leczniczego, odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych ponoszą solidarnie odpowiednio pielęgniarka i szpital. Wynika z tego, że ustawa o działalności leczniczej z mocy prawa przewiduje solidarną odpowiedzialność szpitali z lekarzami, pielęgniarkami, położnymi i fizjoterapeutami prowadzącymi praktykę wyłącznie w zakładzie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem (art. 33 u.d.z.l.).

7. Natomiast jeżeli szpital zawiera umowę cywilnoprawną w celu zatrudnienia z osobą, która nie prowadzi działalności gospodarczej (umowy tego rodzaju mogą być zawierane z każdą z osób zatrudnionych w szpitalu, także z lekarzem, pielęgniarką czy położną), występowanie odpowiedzialności solidarnej szpitala i osoby zatrudnionej zależy od warunków wykonywania tego kontraktu.

²¹ Zgodnie z sentencją wyroku SN z 11.01.2011 r., I PK 152/10: „Nieusprawiedliwione niewykonanie przez lekarza polecenia ordynatora dotyczącego leczenia pacjenta stanowi naruszenie obowiązku pracowniczego i tym samym uzasadnia wypowiedzenie umowy o pracę”, OSNP 2012/5–6, poz. 62.

Rozdział 2

WOJEWÓDZKA KOMISJA DO SPRAW ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH

1. Uwagi ogólne

Z dniem 1.01.2012 r. weszły w życie przepisy określające zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych. W tym celu ustawodawca stworzył wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych¹. Od tej chwili zaczął w Polsce obowiązywać po raz pierwszy pozasądowy model orzekania o zdarzeniach medycznych. Model ten odnosi się do szkód wyrządzonych pacjentom w szpitalu związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, w ramach opieki zdrowotnej na terenie Polski (art. 67a ust. 2 u.p.p.). W tym modelu rekompensaty szkód medycznych doznanych przez wnioskodawcę odpowiedzialność ponosi szpital, bez względu na formę zatrudnienia personelu medycznego. Przypadki wyrządzenia szkód w podmiotach leczniczych udzielających stacjonarnie i całodobowo świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne oraz w podmiotach leczniczych świadczących opiekę w warunkach ambulatoryjnych pozostają poza zakresem regulacji art. 67a u.p.p. W takich sytuacjach osobie, który doznała szkody w następstwie udzielania świadczeń zdrowotnych poza szpitalem, pozostaje dochodzenie odszkodowania na zasadach ogólnych przewidzianych w Kodeksie cywilnym.

Podstawą odpowiedzialności są przepisy art. 67a–67o u.p.p. Jednocześnie do postępowania przed wojewódzką komisją zastosowanie ma odesłanie generalne w art. 67o u.p.p. które stanowi, że w zakresie nieuregulowanym przepisami art. 67a–67n u.p.p. stosuje się odpowiednio wskazane przez ustawodawcę przepisy Kodeksu postępowania cywilnego,

¹ Ustawa z 28.04.2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. Nr 113, poz. 660).

a nie przepisy prawa cywilnego, jeżeli nie są one sprzeczne z zasadami dochodzenia roszczeń przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych².

2. Skład komisji i składy orzekające komisji

W skład komisji wchodzi czternastu członków powołanych przez wojewodę, w tym ośmiu spośród kandydatów przedstawionych przez samorządy zawodowe: lekarzy i lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych oraz diagnostów laboratoryjnych, a także samorządy adwokatów i radców prawnych. Sześciu członków komisji jest powoływanych spośród kandydatów zgłoszonych przez pozarządowe organizacje społeczne działające w województwie na rzecz praw pacjenta. Po jednym członku komisji powołują Minister Zdrowia i Rzecznik Praw Pacjenta. Ustawa nie przewiduje zawierania umów przez wojewodę, Ministra Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta z osobami powołanymi w skład komisji, stanowi jedynie, że ich kadencja trwa sześć lat. Członkiem wojewódzkiej komisji nie może być osoba: 1) prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe; 2) prawomocnie ukarana karą z tytułu odpowiedzialności dyscyplinarnej albo zawodowej; 3) wobec której prawomocnie orzeczono środek karny określony w art. 39 pkt 2 lub 2a k.k., tj. zakaz zajmowania określonego stanowiska, wykonywania określonego zawodu³ lub prowadzenia określonej działalności gospodarczej oraz zakaz prowadzenia działalności związanej z wychowaniem, leczeniem, edukacją małoletnich lub z opieką nad nimi (art. 67e ust. 4 u.p.p.).

Komisja orzeka w danej sprawie w składzie czteroosobowym (art. 67f ust. 1 u.p.p.). Skład orzekający wojewódzkiej komisji wyznacza przewodniczący wojewódzkiej komisji lub jego zastępca, według kolejności wpływu wniosków o ustalenie zdarzenia medycznego z alfabetycznej listy członków wojewódzkiej komisji (art. 67f ust. 1 i 2 u.p.p.). Dwoch członków składu orzekającego spełniać musi wymagania, o których mowa w art. 67e ust. 3 pkt 1 (osoby posiadające co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych), a dwóch – wymagania, o których mowa w art. 67e ust. 3 pkt 2 (osoby posiadające co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł magistra w dziedzinie nauk prawnych). Odstępstwo od tej kolejności jest dopuszczalne tylko z przyczyn określonych w art. 67g ust. 2 w zw. z art. 67f u.p.p. Przewodniczący może odstąpić od listy alfabetycznej przy wyznaczaniu składów orzekających w przypadku konfliktu interesów. Ustawodawca pomija natomiast inne okoliczności, jak choroba członka składu lub inne ważne przyczyny, jako przesłanki

² Szeroko zagadnienie zostało omówione w: D. Karkowska, J. Chojnacki, *Postępowanie przed komisją orzekającą o zdarzeniach medycznych*, Warszawa 2014.

³ Uchwała SN z 18.09.2001 r., I KZP 18/01: zakaz wykonywania określonego zawodu (art. 39 pkt 2 i art. 41 § 1 k.k.) dotyczy wszystkich czynności zawodowych, a więc nie może on być w jakikolwiek sposób ograniczony.

pozwalające na pominięcie kryterium listy alfabetycznej przy ustalaniu składu orzekającego przez przewodniczącego komisji.

3. Pojęcie zdarzenia medycznego

Za zdarzenie medyczne należy uznać zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną (art. 67a u.p.p.):

- 1) diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby;
- 2) leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego;
- 3) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Zgodnie z przywołaną powyżej legalną definicją zdarzenie medyczne jest zdarzeniem mającym negatywne skutki dla poszkodowanego w postaci zakażenia, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia albo śmierci. Zdarzeniem medycznym jest czynność (zaniechanie lub działanie) osoby wykonującej zawód medyczny w zakresie diagnozy, terapii i zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla tej osoby dostępnym. Innymi słowy, zdarzeniem medycznym jest naruszenie przez osoby wykonujące zawód medyczny obowiązujących przy wykonywaniu czynności medycznych, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego zgodnych z aktualną wiedzą medyczną. Dla dokładnego wyjaśnienia kryteriów, w oparciu o które odróżniamy zdarzenia medyczne od zdarzeń nieobjętych tym pojęciem, konieczne jest odwołanie się do specjalistycznej wiedzy. Tym samym ustawodawca zawęził kategorię zdarzeń medycznych do zdarzeń, które dotyczą bezpośrednio sfery umiejętności, czyli sfery fachowej czy profesjonalnej. W świetle omawianej definicji legalnej zdarzenia medycznego praktycznej doniosłości nabral podział na medyczne i niemedyceczne czynności szpitala (osób w nim zatrudnionych), a w konsekwencji także odróżnienie od zdarzenia medycznego zaniedbania pracy szpitala o charakterze techniczno-organizacyjnym.

Dla stwierdzenia zaistnienia zdarzenia medycznego muszą być spełnione następujące przesłanki:

- 1) przyczyna – zdarzenie wyrządzające szkodę, za które prawo czyni szpital udzielający świadczeń zdrowotnych odpowiedzialnym (diagnoza, leczenie, zastosowanie produktu leczniczego lub wyrobu medycznego);
- 2) skutek – szkoda mająca charakter majątkowy na osobie i/lub szkoda niemajątkowa;
- 3) podstawa odpowiedzialności – uznanie, że przyczyna, która doprowadziła do zaistniałego skutku, była niezgodna z aktualną wiedzą medyczną.

Wskazane powyżej elementy, składające się na definicję zdarzenia medycznego, powinny wystąpić kumulatywnie (łącznie). Brak któregokolwiek ze składników definicyjnych zdarzenia medycznego skutkuje w istocie wydaniem przez komisję orzeczenia o ustaleniu braku zdarzenia medycznego. Przesłanka postępowania niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną może zostać spełniona nawet wówczas, gdy w postępowaniu przeciwko szpitalowi trudno ustalić, która z osób zatrudnionych zajmujących się pacjentem nie dochowała wymaganego standardu postępowania zgodnego ze wskazaniami wiedzy medycznej, a ustalono, że szkoda nastąpiła w następstwie postępowania niezgodnego ze wskazaniami wiedzy medycznej, innymi słowy, szpital nie dowiódł dochowania tej przesłanki przy udzielaniu szpitalnych świadczeń zdrowotnych.

Sformułowanie „aktualna wiedza medyczna” stwarza pewne trudności w konkretyzacji podstaw odpowiedzialności szpitala. Pomocnymi wskazówkami przy ocenie spełnienia tego kluczowego warunku udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu są wypracowane standardy postępowania medycznego, jak i dorobek doktryny prawa oraz orzecznictwa sądowego, w ramach którego zaproponowano wiele obiektywnych przesłanek, które należy brać pod uwagę przy ocenie spełnienia tego kluczowego warunku.

Udzielanie szpitalnych świadczeń zdrowotnych niezgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej jest naruszeniem warunku podejmowania czynności medycznych zgodnie z prawem (*lege artis*). Spełnienie tego warunku jest wyłącznie obiektywną kategorią, uzależnioną od faktycznego stanu wiedzy medycznej, a nie od indywidualnych właściwości osoby działającej i nie zależy od subiektywnych przekonań osoby biorącej udział w procesie udzielania świadczenia zdrowotnego ani od przekonań pacjenta. Dlatego zgodność postępowania medycznego z aktualną wiedzą medyczną nazywamy tzw. obiektywnym warunkiem legalności czynności medycznych. Zgodność z aktualnymi regułami postępowania medycznego ma stworzyć pacjentowi poczucie bezpieczeństwa terapeutycznego i ograniczyć ryzyko związane nierozzerwalnie z czynnościami medycznymi.

Pojęcie „aktualna wiedza medyczna” jest terminem wieloznacznym – często wiedza dotycząca określonego przypadku chorobowego jest niejednoznaczna. Związane jest to z bardzo szybkim rozwojem medycyny, a nowe techniki są szybko zarzuca-
ne, ponieważ pojawiają się kolejne. Tym samym nie ma stałych i niezmiennych reguł postępowania medycznego⁴. Co więcej, w jednym czasie istnieją w środowisku medycznym szkoły reprezentujące odmienne stanowiska dotyczące danego sposobu postępowania. „Rozbieżności między przedstawicielami różnych kierunków wiedzy medycznej dotyczą nie tylko konkretnych metod czy środków leczniczych, ale i kardynalnych zasad. Stąd trudności w jasnym ustaleniu, co w konkretnym przypadku

⁴ Zgodnie z orzeczeniem SN z 25.03.1954 r., II K 172/54.

mieści się w zakresie *lege artis*, a co już nie, zwłaszcza gdy chodzi o nowe metody, co do których toczą się jeszcze spory i istnieją nie tylko rozbieżności, ale także ścierają się przeciwne poglądy⁵. Współcześnie uznaje się co do zasady równość wszelkich reprezentowanych w nauce kierunków i większość doktryny opowiada się za umożliwieniem pacjentowi wyboru jednej z nich, po dokładnym omówieniu alternatywnych metod i ich konsekwencji. Za metody uznawane i dopuszczone do stosowania uznaje się zasady wiedzy reprezentowane przez miarodajne koła naukowe, opowiadające się za przyjętym poglądem, który nie podlega dyskusji oraz oparty jest prawie na jednomyślności.

Bardzo istotna jest tu przesłanka czasu oceny zgodności postępowania medycznego ze stanem dostępnej wiedzy medycznej. Komisja przy ocenie postępowania medycznego musi wziąć pod uwagę stan wiedzy medycznej z chwili wdrożenia danego postępowania (lub jego braku) wedle zasad obowiązujących w nauce i praktyce medycznej.

Zasadą jest powstrzymanie się od stosowania niesprawdzonych metod, które znajdują się jeszcze na etapie eksperymentów i nie uzyskały dostatecznego uznania w środowisku medycznym, ponieważ jest to związane z wysokim ryzykiem, oraz od stosowania czynności zarzuconych, co do których stwierdzono, że są nieskuteczne, błędne czy niebezpieczne. Niekwestionowanym obowiązkiem każdej osoby wykonującej zawód medyczny jest stosowanie czynności (procedur) powszechnie uznanych za prawidłowe⁶.

Pielęgniarki ani żadnej innej osobie wykonującej zawód medyczny nie wolno stosować środków powszechnie odrzuconych, a z drugiej strony nie mają one obowiązku stosowania metod powszechnie uznanych za konieczne⁷.

Zdarzenie medyczne może polegać na braku profesjonalizmu w działaniu, gdy dotyczy ono podejmowania czynności ściśle medycznych. Żadna pielęgniarka lub osoba wykonująca inny zawód medyczny nie posiada dokładnej i szczegółowej wiedzy z zakresu wszystkich dziedzin medycyny i dlatego należy dopuścić zaistnienie zdarzenia medycznego w każdym przypadku, gdy świadczeń zdrowotnych udzielały osoby niebędące kompetentnymi do podjęcia czynności leczniczych określonego rodzaju.

⁵ R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, s. 113.

⁶ R. Kędziora wskazuje, że „W przypadku metody, której prawidłowość jest kwestionowana, chociażby jeszcze nie powszechnie, oznacza to, że istnieje zwiększone ryzyko i nie należy lekarza obowiązywać do jej stosowania. Metodę taką należy odrzucić, zwłaszcza gdy jest alternatywny sposób leczenia, mieszczący się w *lege artis*, co do którego nie ma podobnych wątpliwości”, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, s. 114.

⁷ R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza...*, s. 114.

4. Zdarzenia nieobjęte zakresem przedmiotowym pojęcia zdarzenia medycznego

Katalog zdarzeń nieobjętych pojęciem „zdarzenie medyczne” jest dość obszerny i dotyczy spraw związanych z pomyłkami i niedociągnięciami o charakterze technicznym, administracyjnym lub organizacyjnym czy naruszenia praw pacjenta, które w rezultacie doprowadziły do powstania u pacjenta szkody.

Po pierwsze, z przedmiotowego zasięgu kompensacji wyłączone są ujemne następstwa normalnego rozwoju choroby, w związku z którą pacjent poddał się leczeniu, natomiast zastosowany proces postępowania medycznego jest wskazany z punktu widzenia wiedzy medycznej. Niezbędne świadczenia w tym zakresie zapewnia system chorobowych ubezpieczeń społecznych.

Po drugie, model orzekania o zdarzeniach medycznych nie obejmuje szkód, które polegają na nieosiągnięciu określonego rezultatu w postaci wyleczenia. Nie każde poważne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta uzasadnia zasądzenie odszkodowania, jeżeli jest ono następstwem dalszego naturalnego rozwoju choroby, a postępowanie medyczne procesu tego nie przyspieszyło. Dotyczy to także zabiegu operacyjnego, który nie przyniósł oczekiwanego wyniku, a został przeprowadzony prawidłowo, w interesie pacjenta i dla jego dobra oraz z zastosowaniem wszelkich dostępnych lekarzowi metod i środków.

Po trzecie, nie są nim objęte zdarzenia będące następstwem postępowania medycznego zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Chodzi tu o tzw. ryzyko terapeutyczne, gdy szkoda stanowi następstwo niezawinionego postępowania osoby wykonującej zawód medyczny, a do powstania szkody dochodzi w wyniku niepożądanego zdarzenia medycznego.

Po czwarte, model orzekania o zdarzeniach medycznych nie obejmuje szkód, które stanowią następstwo naruszenia praw pacjenta, w szczególności niepoinformowania pacjenta o ryzykach związanych z zastosowaniem określonej metody i nieodebrania od pacjenta poinformowanej zgody.

Po piąte, poza zakresem przedmiotowym postępowania przed wojewódzką komisją znalazły się szkody na osobie będące następstwem różnego rodzaju zaniedbania w zakresie organizacji i funkcjonowania szpitala, które polegają na braku utrzymania w należytym stanie urządzeń i pomieszczeń szpitala, tj. złego stanu technicznego budynku, niewłaściwego usytuowania otworów okiennych, powodujących przeciągi lub zaniechania stosowania odpowiednich zabezpieczeń okien i łóżek szpitalnych.

Po szóste, odrębnego rozważenia wymaga rekompensata szkód w ramach pozasądowego modelu dochodzenia roszczeń w następstwie interwencji medycznej wyma-

ganej ze względu na dobro ogólnospołeczne, tj. przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych

5. Ogólne zasady postępowania przed komisją

Przepisy rozdziału 13a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta regulują zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych.

Osoby, które biorą udział w tym postępowaniu to:

- 1) podmiot składający wniosek;
- 2) podmiot leczniczy prowadzący szpital;
- 3) ubezpieczyciel.

Podmioty składające wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego to:

- 1) pacjenta lub przedstawiciel ustawowy w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
- 2) spadkobierca pacjenta – w przypadku śmierci pacjenta.

Spadkobiercą jest osoba, która nabywa spadek (art. 925 k.c.), przy czym powołanie do spadku wynika z ustawy (dziedziczenie ustawowe) lub z testamentu (dziedziczenie testamentowe). Dla postępowania o ustalenie zdarzenia medycznego, jakie toczy się przed wojewódzką komisją, istotne znaczenie ma zakończone postępowanie o stwierdzenie nabycia spadku, albowiem na skutek tego postępowania możliwy do identyfikacji jest krąg spadkobierców, a zatem osób uprawnionych do zainicjowania postępowania o ustalenie zdarzenia medycznego.

Do wniosku dołącza się postanowienie o stwierdzeniu nabycia spadku. Brak dołączenia do wniosku postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku powoduje, że wniosek, jako niekompletny, podlega zwrotowi bez rozpatrzenia (art. 67d ust. 2 pkt 3 u.p.p.).

Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego wnosi się do komisji właściwej ze względu na siedzibę szpitala. W przypadku gdy komisja, do której wpłynął wniosek, jest niewłaściwa, niezwłocznie przekazuje wniosek do właściwej komisji, zawiadamiając o tym podmiot składający wniosek.

Wniosek wnosi się w terminie roku od dnia, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta, jednakże termin ten nie może być dłuższy niż trzy lata od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie skutkujące zakażeniem, uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia albo śmiercią pacjenta.

Złożenie wniosku, w wyniku którego komisja wydała orzeczenie o zdarzeniu medycznym, przerywa bieg terminu przedawnienia roszczeń określony w przepisach Kodeksu cywilnego wynikający ze zdarzeń objętych wnioskiem. W przypadku śmierci pacjenta roczny termin nie biegnie do dnia zakończenia postępowania spadkowego.

Złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego podlega opłacie w wysokości 200 zł. Opłata ta jest stała i niezależna od wysokości dochodzonego świadczenia.

Kompletny i należycie opłacony wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego komisja przekazuje niezwłocznie kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek, oraz ubezpieczycielowi, z którym ten podmiot ma zawartą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności za zdarzenia medyczne.

Kierownik podmiotu (oraz ubezpieczyciel) przedstawiają stanowisko w przedmiocie wniosku w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku wraz z dowodami na poparcie swojego stanowiska. Nieprzedstawienie stanowiska jest równoznaczne z akceptacją wniosku w zakresie dotyczącym okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia.

Z chwilą złożenia kompletnego i należycie opłaconego wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego sprawie jest nadawany bieg i następuje wszczęcie postępowania przed wojewódzką komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych.

Komisja rozpatruje wniosek na posiedzeniach i autonomicznie wyznacza terminy posiedzeń. W posiedzeniach komisji, z wyjątkiem części posiedzenia, w trakcie której odbywa się narada i głosowanie nad orzeczeniem, może uczestniczyć podmiot składający wniosek oraz przedstawiciel (art. 67i ust. 2 u.p.p.):

- 1) kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z działalnością którego wiąże się wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego;
- 2) ubezpieczyciela, z którym podmiot leczniczy prowadzący szpital określony w pkt 1 zawarł umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych.

Jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla wydania orzeczenia wymaga wiadomości specjalnych, komisja zasięga opinii lekarza w danej dziedzinie medycyny z listy przygotowanej przez Rzecznika Praw Pacjenta albo konsultanta wojewódzkiego w danej dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Sprawa może być dwa razy rozpatrzona merytorycznie. Po raz pierwszy przez pierwszy skład orzekającym z wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, z zachowaniem 4-miesięcznego terminu na rozpoznanie wniosku (art. 67j ust. 2 u.p.p.). Następnie w postępowaniu przed drugim składem z wniosku o ponowne rozparzenie sprawy, z zachowaniem 30-dniowego terminu. Ponadto każda ze stron może także złożyć

skargę o stwierdzenie niezgodności orzeczenia z prawem, która powinna być rozpatrzona w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania.

Koszty wygenerowane postępowaniem o ustalenie zdarzenia medycznego ponoszone są przez:

- 1) podmiot składający wniosek – w przypadku orzeczenia o braku zdarzenia medycznego;
- 2) podmiot leczniczy prowadzący szpital – w przypadku orzeczenia o zdarzeniu medycznym;
- 3) ubezpieczyciela – w przypadku nieprzedstawienia propozycji świadczenia.

Wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego stanowi żądanie skierowane przez wnioskodawcę (pacjenta lub spadkobiercę albo spadkobierców zmarłego pacjenta) o przeprowadzenie przez komisję postępowania wyjaśniającego, ustalającego, czy na etapie procesu medycznego doszło do naruszenia obowiązujących standardów medycznego postępowania, do działania szpitala niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną. Wniosek wyznacza ramy postępowania, w jakich porusza się komisja. We wniosku zamieszczone są również zarzuty formułowane wobec podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, do których komisja jest zobowiązana odnieść się w sposób kompleksowy. Inicjatorem wniosku jest wnioskodawca, który może w trakcie prowadzonego postępowania go wycofać, jak również rozszerzyć albo też ograniczyć liczbę formułowanych zarzutów.

W trakcie postępowania przed komisją prowadzi się postępowanie dowodowe na podstawie przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a w sprawach nieuregulowanych korzysta się odpowiednio z odesłania do wyraźnie wskazanych przepisów Kodeksu postępowania cywilnego, w szczególności z przepisów dotyczących: dokumentów, zeznań świadków, opinii specjalistów i przesłuchania stron.

Wszystkie czynności podejmowane w postępowaniu przed komisją powinny służyć sprawnemu przeprowadzeniu tego postępowania i osiągnięciu celu, któremu to postępowanie służy. Ze wszech miar istotne w tym zakresie jest czuwanie przewodniczącego składu orzekającego komisji nad prawidłowym przebiegiem postępowania oraz pouczanie uczestników o skutkach prawnych wszystkich pism, wniosków, oświadczeń i czynności.

6. Orzeczenie o zdarzeniu medycznym lub o jego braku

Komisja po naradzie wydaje, w formie pisemnej, orzeczenie o zdarzeniu medycznym albo jego braku, wraz z uzasadnieniem nie później niż w terminie czterech miesięcy od dnia złożenia wniosku. Orzeczenie zapada większością co najmniej 3/4 głosów w obecności wszystkich członków składu orzekającego. Przewodniczący składu orze-

kającego na posiedzeniu komisji, na którym wydano orzeczenie, ogłasza jego treść, przytaczając główne motywy rozstrzygnięcia. W terminie siedmiu dni od dnia wydania orzeczenia sporządza się jego uzasadnienie. Orzeczenie wraz z uzasadnieniem doręcza się: 1) podmiotowi składającemu wniosek; 2) kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi – nie później niż w terminie siedmiu dni od dnia upływu terminu.

W terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem podmiotowi niezadowolonemu z wydanego orzeczenia, czyli podmiotowi składającemu wniosek, lub kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi przysługuje prawo złożenia do wojewódzkiej komisji umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek ten komisja rozpatruje w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania w nowym składzie. Komisja zawiadamia podmioty uprawnione do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy o bezskutecznym upływie terminu na jego złożenie.

Ubezpieczyciel, a w przypadku braku ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych podmiot leczniczy, za pośrednictwem wojewódzkiej komisji, w terminie 30 dni od dnia:

- 1) otrzymania zawiadomienia o uprawomocnieniu się orzeczenia wydanego przez pierwszy skład komisji;
 - 2) doręczenia orzeczenia wojewódzkiej komisji o zdarzeniu medycznym wydanego w wyniku złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy
- przedstawia podmiotowi składającemu wniosek propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia.

W przypadku gdy ubezpieczyciel lub podmiot leczniczy nie przedstawi w tym terminie, propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia, ubezpieczyciel lub podmiot leczniczy jest obowiązany do ich wypłaty w wysokości określonej we wniosku. Wówczas komisja wystawia zaświadczenie, w którym stwierdza złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, wysokość odszkodowania lub zadośćuczynienia oraz fakt nieprzedstawienia propozycji. Zaświadczenie stanowi tytuł wykonawczy.

Natomiast jeżeli propozycja odszkodowania lub zadośćuczynienia została przedłożona, to podmiot składający wniosek w terminie siedmiu dni od dnia otrzymania propozycji składa, za pośrednictwem komisji, ubezpieczycielowi lub podmiotowi leczniczemu oświadczenie o jej przyjęciu albo odrzuceniu. Wraz z oświadczeniem o przyjęciu propozycji podmiot składający wniosek składa oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za zdarzenie medyczne w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku. Oświadczenie złożone przez spadkobiercę reprezentującego pozostałych spadkobierców jest skuteczne wobec pozostałych.

Maksymalna wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku:

- 1) zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta – wynosi 100 000 zł;
- 2) śmierci pacjenta – wynosi 300 000 zł.

Propozycja odszkodowania i zadośćuczynienia przedstawiona przez ubezpieczyciela lub podmiot leczniczy stanowi tytuł wykonawczy. Przedstawienie przez ubezpieczyciela lub podmiot leczniczy propozycji lub wypłata przez niego odszkodowania lub zadośćuczynienia nie oznacza uznania roszczenia dla celów jego dochodzenia w postępowaniu cywilnym.

7. Podsumowanie

1. Pozasądowy model wynagradzania szkód ma charakter jednolity i dotyczy rekompensaty szkód powstałych w trakcie udzielania szpitalnych świadczeń zdrowotnych tylko w następstwie zaistnienia zdarzenia medycznego.

2. Wniesieniu wniosku o ustalenie zdarzenia podlega jedynie symbolicznej opłacie, a orzeczenie komisji ma zapaść już po kilku miesiącach, najlepiej do czterech miesięcy od chwili złożenia wniosku.

3. Kluczową kwestią w postępowaniu przed komisją jest zmodyfikowane rozłożenie ciężaru dowodowego na strony tego postępowania w porównaniu z ogólnymi zasadami prawa cywilnego.

4. Ustawodawca przerzuca na podmiot leczniczy ciężar wykazywania postępowania zgodnego ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.

5. Wnioskodawca nie musi samodzielnie udowodniać braku postępowania szpitala niezgodnego z aktualną wiedzą medyczną. W ten sposób następuje zróżnicowanie pozycji stron w postępowaniu, co jest wyrazem wartości procesowej, jaką jest równość.

6. Modyfikacja reguł dowodowych w postępowaniu przed wojewódzką komisją to element gwarancyjny, sprawiający, że wnioskodawca, który nie ma możliwości wykazania słuszności swoich twierdzeń i ich prawdziwości, nie przegra co do zasady postępowania tylko dlatego, że nie jest w stanie przeprowadzić dowodu.

Rozdział 3

ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA I ZAWODOWA

1. Uwagi ogólne

Postępowanie karne i zawodowe w sprawach z udziałem osób wykonujących zawód pielęgniarki odbywa się na takich samych zasadach, jak we wszystkich innych sprawach medycznych. Zakres tej problematyki ciągle się poszerza ze względu na coraz szerszy udział pielęgniarek w czynnościach medycznych.

Prawo karne nie organizuje wykonywania zawodu pielęgniarki, a jedynie egzekwuje za pomocą sankcji karnej respektowanie głównych kanonów prawa medycznego. Prawo karne określane jest jako „prawo ostatecznej potrzeby”, a ze względu na narzędzia, którymi dysponuje (kary), prawo to ma szczególny ładunek dramatyzmu, gdyż jego aplikacja jest z reguły dla adresata niezwykle dotkliwa¹. Współcześnie pielęgniarka musi wiedzieć, czego z punktu widzenia tego właśnie prawa w ramach wykonywania swego zawodu nie wolno uczynić, tj. za jakie zachowanie grozi jej poniesienie odpowiedzialności karnej.

Jeżeli chodzi o odpowiedzialność zawodową, to w sprawach nieuregulowanych w ustawie o samorządzie pielęgniarek i położnych do postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy karne, tj. ustawy z 6.06.1997 r. – Kodeks postępowania karnego (nie stosuje się przepisów o oskarżycielu prywatnym, powodzie cywilnym, przedstawicielu społecznym, o postępowaniu przygotowawczym i środkach przymusu, z wyjątkiem przepisów o karze pieniężnej) oraz rozdziałów I–III i art. 53 ustawy z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (art. 88 u.s.p.p.). W prowadzonym postępowaniu z tytułu odpowiedzialności zawodowej mamy do czynienia z „odpowiednim stosowaniem” przepisów prawa karnego, czyli obowiązkiem organów samorządu zawodowego prowadzących postępowanie jest ich stosowanie zawsze wtedy, gdy nie ma wyraźnego uregulowania w przepisach dotyczących

¹ M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy...*, s. 106.

odpowiedzialności zawodowej. Odpowiednie stosowanie Kodeksu postępowania karnego oznacza nie tylko stosowanie konkretnych przepisów tego kodeksu, lecz również podstawowych zasad procesem tym rządzących, ukształtowanych przez teorię prawa karnego oraz orzecznictwo².

W niniejszym rozdziale chodzi tylko o zwrócenie uwagi na specyficzne kwestie związane z odpowiedzialnością karną i zawodową. Jest to tylko bardzo syntetyczny zarys podstawowych problemów.

2. Podstawy prawne odpowiedzialność karnej

Polski proces karny ma charakter uniwersalny i powszechny, tj. jego reguły obejmują postępowanie karne w stosunku do wszelkiego rodzaju przestępstw i ich sprawców, w tym odnośnie do osób wykonujących zawód pielęgniarstwa. Odpowiedzialności karnej podlega ten, kto dopuścił się popełnienia przestępstwa.

Najogólniej ujmując, pielęgniarstwo naraża się na odpowiedzialność karną w trzech sytuacjach:

- 1) gdy nie udziela świadczeń zdrowotnych, choć powinna;
- 2) gdy wykonuje świadczenia zdrowotne nie tak, jak powinna;
- 3) gdy wykonuje świadczenia zdrowotne, choć nie powinna.

Przestępstwem jest czyn człowieka zabroniony przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia, który jest czynem zawinionym i którego społeczna szkodliwość jest wyższa niż znikoma. Współczesne prawo karne nie zna typów przestępstw, które miałyby specjalne zastosowanie w tzw. sprawach medycznych z udziałem pielęgniarstwa, dlatego znajdują tu zastosowanie normy stosowane w szerszym zakresie³.

Można wskazać na kilka rodzajów przestępstw, których następstwem popełnienia jest pociągnięcie pielęgniarstwa do odpowiedzialności karnej.

Po pierwsze, nieumyślne narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 § 3 k.k.) oraz nieudzielenie pomocy osobie znajdującej się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 162 § 1 k.k.). Okolicznością o fundamentalnym znaczeniu dla ustalenia podstaw ewentualnej odpowiedzialności pielęgniarstwa za nieudzielenie świadczenia zdrowotnego jest stwierdzenie, czy w konkretnym przypadku pielęgniarstwo była, czy też nie była tzw. gwa-

² E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza...*, s. 160–161.

³ Z. Banaszczyk, M. Barzycka-Banaszczyk, M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska, *Odpowiedzialność lekarza – jej rodzaje i podstawy [w:] Prawo medyczne...*, red. L. Kubicki, s. 161 i n.

raniem bezpieczeństwa osoby zagrożonej w zakresie jej zdrowia i życia. Pielęgniarka jest takim gwarantem jedynie wtedy, gdy konkretna pielęgniarka w stosunku do konkretnego pacjenta znajduje się w szczególnej relacji prawnej, polegającej na tym, że w związku z wykonywanym swego zawodu w ramach zatrudnienia pracowniczego lub niepracowniczego w podmiocie leczniczym lub też w ramach cywilnoprawnej umowy z pacjentem jest ona zobowiązana do zapobiegania negatywnym dla zdrowia i życia pacjenta skutkom. Przykładowo pielęgniarka sali intensywnego nadzoru jest zobowiązana wobec pacjenta z wylewem niedokrwiennym do wykonywania określonych czynności w celu zapobieżenia skutkom m.in. niedrożności dróg oddechowych. Gdyby pielęgniarka zaniechała swoich obowiązków i doszło do śmierci pacjenta w następstwie uduszenia treścią wymiotną, wówczas ewentualną podstawą odpowiedzialności karnej może być przepis penalizujący zachowanie narażenia człowieka na niebezpieczeństwo, tj. art. 160 k.k., który stanowi: „§ 1. Kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. § 2. Jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. § 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 lub 2 działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. § 4. Nie podlega karze za przestępstwo określone w § 1–3 sprawca, który dobrowolnie uchylił grożące niebezpieczeństwo. § 5. Ściganie przestępstwa określonego w § 3 następuje na wniosek pokrzywdzonego”.

Natomiast, gdy opisana wyżej relacja między pielęgniarką a pacjentem nie zachodzi, nie staje się ona gwarantem nienastąpienia tych skutków, a jej ewentualna odpowiedzialność karna ma wówczas podstawę w art. 162 k.k., penalizującym skutki nieudzielenie pomocy: „§ 1. Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. § 2. Nie popełnia przestępstwa, kto nie udziela pomocy, do której jest konieczne poddanie się zabiegowi lekarskiemu albo w warunkach, w których możliwa jest niezwłoczna pomoc ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej”.

Zaistnienie tego stanu może mieć miejsce zarówno z przyczyn obiektywnych, jak również w związku z działaniem osoby zagrożonej. Są to sytuacje, gdzie osoba nie jest pod opieką pielęgniarską, ale zachodzą okoliczności udzielania pomocy medycznej w zakresie posiadanych kwalifikacji, zarówno w sytuacji nagłej np. wypadku drogowego, jak i sytuacji przewlekłej choroby. Nie ma znaczenia to, czy ewentualne udzielenie pomocy miało, czy też nie miało szans okazania się skutecznym⁴. Warunkiem karalności za przestępstwo z art. 162 k.k. jest niepodjęcie działań zmierzających do udzielenia pomocy, nawet gdy szanse uchylenia niebezpieczeństwa były niewiel-

⁴ Wyrok SN z 27.06.1974 r., Rw 370/74, OSNKW 1974/10, poz. 193.

kie⁵. Należy zważyć, że podmiotem czynu zabronionego, określonego w art. 162 § 1 k.k., może być każdy człowiek, a zatem tym bardziej osoba wykonująca zawód medyczny. Jest to formalne przestępstwo powszechne z zaniechania. „Odpowiedzialność karna związana jest z samym niewykonaniem ciężącego na sprawcy obowiązku. Obowiązek ten ma charakter powszechny i dotyczy każdego, kto znalazł się w sytuacji bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia innego człowieka lub ciężkiego uszczerbku na jego zdrowiu. Charakter koniecznej do wykonania obowiązku pomocy wyznacza zaś konkretna sytuacja. Standard tej pomocy jest wyznaczony konkretnym położeniem, w jakim znalazł się człowiek wymagający pomocy, stanem wiedzy osoby zobowiązanej oraz środkami, jakimi dysponuje zobowiązany do udzielenia pomocy. Ten standard powinien być określony dla danego konkretnego wypadku. Zachowanie odbiegające *in minus* od tak wyznaczonego standardu oznaczać będzie brak udzielenia oczekiwanej pomocy i realizację tym samym znamion typu czynu zabronionego określonego w art. 162 § 1 k.k. (...) Przesłębstwo określone w art. 162 § 1 k.k. może zostać popełnione jedynie umyślnie. Sprawca musi mieć świadomość przynajmniej możliwości tego, że drugi człowiek znajduje się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu oraz że może mu udzielić pomocy bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i nie chce udzielić zagrożonemu pomocy albo na nieudzielenie pomocy się godzić”⁶.

Po drugie, odpowiedzialność karna za niepowodzenia w leczeniu. Pielęgniarka musi mieć także na uwadze odpowiedzialność karną za niepowodzenie w leczeniu w zakresie, w którym współuczestniczy w tym procesie, zarówno na zlecenia lekarza, jak i bez tego zlecenia. W ramach tego zakresu chodzi o przypadki, w których w wyniku niewłaściwego wykonywania czynności medycznych pacjent doznał uszczerbku w zakresie zdrowia, a nawet i życia, opisanego w normach prawa karnego jako znamię określonych przestępstw skutkowych. Są to przestępstwa, do których może dojść tylko z winy nieumyślnej, wyklucza się tu przestępstwa popełnione z winy umyślnej. W szczególności można wskazać na następujące przestępstwa:

- 1) nieumyślne spowodowanie śmierci człowieka (art. 155 k.k.)⁷;
- 2) nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności do płodzenia lub innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej lub znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała (art. 156 k.k.)⁸;

⁵ Wyrok SA we Wrocławiu z 10.07.2013 r., II AKa 199/13, LEX nr 1356734.

⁶ Wyrok Sądu Rejonowego w Warszawie z 12.05.2014 r., IV K 367/09, LEX nr 1684297.

⁷ Art. 155 k.k.: „Kto nieumyślnie powoduje śmierć człowieka, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.

⁸ Art. 156 k.k.: „§ 1. Kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci: 1) pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, 2) innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieule-

- 3) nieumyślne spowodowanie naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia innego, niż określone w art. 156 (art. 157 § 3 k.k.)⁹.

Po trzecie, zgoda pacjenta a odpowiedzialność karna pielęgniarki. Zgodnie z art. 192 k.k.: „§ 1. Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. § 2. Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego”. Pragnę podkreślić, że pielęgniarka, jako osoba wykonująca samodzielny zawód medyczny, jest uprawniona do wykonywania wielu czynności samodzielnie bez zlecenia lekarza, w tym stawiania diagnozy i ordynowania leków (art. 6 w zw. z art. 15a i 15b u.z.p.p.). Dla wykonania każdej czynności medycznej wymagana jest zgoda pacjenta. Dlatego obecnie już nie tylko lekarz, ale również pielęgniarka ma obowiązek odebrania od pacjenta poinformowanej zgody, jeżeli chce uniknąć sankcji karnej.

Odpowiedzialność karłą będą rodzic następujące przypadki:

- 1) zabieg podjęty wbrew wyraźnemu sprzeciwowi (chyba że zachodzi jedna z sytuacji dozwolonego leczenia przymusowego);
- 2) zabieg podjęty przy braku oświadczenia woli (chyba że zachodzi sytuacja z art. 12 u.z.p.p.);
- 3) zabieg wykonany z przekroczeniem zakresu zgody;
- 4) zabieg podjęty na podstawie zgody rażąco dwuliczej. Ta sytuacja będzie miała miejsce moim zdaniem m.in., gdy pacjent wyrazi zgodę na podstawie fałszywych informacji o potrzebie wykonania określonej czynności. Inne okoliczności to: manipulowanie informacją podawaną pacjentowi czy zgoda blankietowa (czyli zgadzanie się z góry na wszystko, co będzie proponowane, nawet na to, czego nie da się jeszcze dokładnie przewidzieć, chyba że pacjent zrezygnował z prawa do informacji – art. 9 ust. 4 u.p.p.).

Dla uwolnienia się od odpowiedzialności karnej za przestępstwo określone w art. 192 § 1 k.k. nie wystarczy więc jakakolwiek zgoda pacjenta na cokolwiek, lecz tylko zgoda

czalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub niekształcenia ciała, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3. § 2. Jeżeli sprawca działa nieumyślnie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. § 3. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 jest śmierć człowieka, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 5, karze 25 lat pozbawienia wolności albo karze dożywotniego pozbawienia wolności”.

⁹ Art. 157 k.k.: „§ 1. Kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, inny niż określony w art. 156 § 1, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. § 2. Kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwający nie dłużej niż 7 dni, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. § 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 lub 2 działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. § 4. Ściganie przestępstwa określonego w § 2 lub 3, jeżeli naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia nie trwa dłużej niż 7 dni, odbywa się z oskarżenia prywatnego, chyba że pokrzywdzonym jest osoba najbliższa zamieszkująca wspólnie ze sprawcą. § 5. Jeżeli pokrzywdzonym jest osoba najbliższa, ściganie przestępstwa określonego w § 3 następuje na jej wniosek”.

niewadliwa na rodzajowo wskazaną czynność¹⁰. Kwestie zgody zostały omówione powyżej.

Po czwarte, naruszenie tajemnicy pielęgniarskiej. Zgodnie z art. 266 k.k.: „§ 1. Kto, wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu, ujawnia lub wykazuje informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. (...) § 3. Ściganie przestępstwa określonego w § 1 następuje na wniosek pokrzywdzonego”.

Po piąte, odpowiedzialność za tzw. fałsz intelektualny przy wystawianiu dokumentu przewidziany w art. 271 k.k.; przestępstwo to może być popełnione wyłącznie z winy umyślnej. Przez dokument rozumie się „każdy przedmiot lub inny zapisany nośnik informacji, z którym jest związane określone prawo, albo który ze względu na zawartą w nim treść stanowi dowód prawa, stosunku prawnego lub okoliczności mającej znaczenie prawne” (art. 115 § 14 k.k.). Definicję powyższą spełnia m.in. wystawianie recept czy zaświadczeń.

Po szóste, odpowiedzialność za sporządzanie fałszywej opinii przez biegłego w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy. Przewiduje ją art. 233 § 4 k.k., który stanowi o karze pozbawienia wolności od roku do lat 10. To przestępstwo może być popełnione wyłącznie z winy umyślnej.

Reasumując, odpowiedzialność karna pielęgniarki w związku z wykonywaniem czynności zawodowych to coraz szerszy problem, społecznie ważny i wykazujący liczne powiązania z prawem medycznym.

3. Zasady odpowiedzialności zawodowej

Odpowiedzialność zawodowa jest to odpowiedzialność prawna w tym sensie, że jej zasady szczegółowo określa obowiązujące prawo. Odpowiedzialność ta nie jest ponoszona przed sądami powszechnymi lub organami administracyjnymi państwa, lecz przed specjalnie do tego powołanymi organami samorządu w postaci rzeczników odpowiedzialności zawodowej oraz sąd. Problematyka odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek została uregulowana kompleksowo w jednym akcie normatywnym, tj. w rozdziale 6 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Odpowiedzialności zawodowej podlegają członkowie samorządu, a ponadto także obywatele państw członkowskich Unii Europejskiej wykonujący czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 36 ust. 2 u.s.p.p.).

¹⁰ *Prawo medyczne...*, red. L. Kubicki, s. 164.

W odróżnieniu od odpowiedzialności karnej, której podstawą jest popełnienie czynu odpowiadającego opisowi zawartemu w Kodeksie karnym, podstawa odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek została bardzo ogólnie określona, bez wskazywania konkretnych zachowań kwalifikowanych jako przewinienia zawodowe. Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność zawodową za przewinienia zawodowe, które stanowią naruszenie przepisów prawnych, oraz takie, które są naruszeniem zasad etyki zawodowej. A zatem dla poniesienia odpowiedzialności zawodowej nie jest konieczne naruszenie przepisu obowiązującego prawa, wystarczające jest naruszenie zasad etycznych. Warto tu przypomnieć, że przepisy prawne regulujące wykonywanie zawodu znajdują się zarówno w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, jak i ustawie o działalności leczniczej oraz innych ustawach szczegółowych dotyczących różnych aspektów wykonywania zawodu przez pielęgniarkę (np. ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego). Zasadniczym źródłem zasad etycznych jest Kodeks etyki pielęgniarek i położnych (KEPP), ale nie tylko. W przypadkach nieprzewidzianych w KEPP doszukiwać się można również reguł etycznych w dobrych praktykach przyjętych przez środowisko pielęgniarskie. Warto podkreślić, że skoro przepis art. 36 ust. 1 u.s.p.p. stanowi, iż przewinieniem zawodowym jest zachowanie polegające na naruszeniu zasad etyki zawodowej, to oznacza, że nie zawsze jest wystarczające do przyjęcia takiej odpowiedzialności naruszenie konkretnego przepisu KEPP. Aby uznać, że pielęgniarka popełniła przewinienie zawodowe, należy zbadać w każdym konkretnym przypadku, czy dany przepis KEPP lub inna podstawa odpowiedzialności ma charakter ogólnej zasady¹¹.

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej o ten sam czyn toczy się niezależnie od postępowania karnego w sprawie o przestępstwo, postępowania w sprawie o wykroczenie lub postępowania wszczętego w jednostce organizacyjnej, w której przepisy szczególne przewidują takie postępowanie. Może być ono jednak zawieszona do czasu ukończenia postępowania karnego w sprawie o przestępstwo lub postępowania w sprawie o wykroczenie.

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej obejmuje:

- 1) czynności sprawdzające – ich podjęcie ma na celu zbadanie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego. W trakcie czynności sprawdzających nie przeprowadza się dowodu z opinii biegłego ani czynności wymagających spisania protokołu, z wyjątkiem przesłuchania w charakterze świadka osoby składającej skargę na pielęgniarkę (art. 38 ust. 2 u.s.p.p.);
- 2) postępowanie wyjaśniające – jego celem jest ustalenie, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnienie okoliczności sprawy, a w przypadku stwierdzenia znamion przewinienia zawodowego ustale-

¹¹ E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa [w:] Prawo medyczne...*, red. L. Kubicki, s. 182.

- nie osoby obwinionej oraz zebranie, zabezpieczenie i w niezbędnym zakresie utrwalenie dowodów dla sądu pielęgniarek i położnych (art. 38 ust. 3 u.s.p.p.);
- 3) postępowanie przed sądem pielęgniarek i położnych – jego celem jest pociągnięcie do odpowiedzialności sprawcy przewinienia zawodowego oraz ujawnienie okoliczności sprzyjających popełnieniu przewinienia zawodowego, także zapobieganie im oraz umocnienie poszanowania praw i zasad współżycia społecznego (art. 38 ust. 4 u.s.p.p.);
 - 4) postępowanie wykonawcze – jego celem jest wykonanie orzeczeń zapadłych w toku postępowania przed sądem pielęgniarek i położnych (art. 38 ust. 5 u.s.p.p.).

Postępowanie wyjaśniające w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej prowadzi okręgowi rzecznicy odpowiedzialności zawodowej oraz Naczelny Rzecznik. Rzecznik ma obowiązek wszczęcia takiego postępowania, jeżeli uzyskał wiarygodną informację o przewinieniu w zakresie pielęgniarskiej odpowiedzialności zawodowej. Informacja taka może pochodzić m.in. od osoby pokrzywdzonej¹², innej pielęgniarki, położnej, lekarza, kierownika podmiotu leczniczego, jej źródłem mogą być środki masowego przekazu.

Rzecznik odmawia wszczęcia postępowania, jeżeli zachodzą okoliczności wyłączające postępowanie określone w art. 45 ust. 1 u.s.p.p., m.in. czynu nie popełniono albo brak jest danych dostatecznie uzasadniających podejrzenie jego popełnienia, czyn nie stanowi przewinienia zawodowego, osoba zmarła, szkodliwość społeczna czynu jest znikoma i wówczas wydaje postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego.

Rzecznik, prowadząc postępowanie, ma obowiązek do zachowania obiektywizmu i szczegółowego wyjaśnienia sprawy. W tym celu może przesłuchiwać pokrzywdzonego i inne osoby w charakterze świadków, powoływać i przesłuchiwać biegłych lub specjalistów, jak również przeprowadzać inne dowody. W przypadkach niecierpiących zwłoki, w szczególności wtedy, gdy mogłoby to spowodować zatarcie śladów lub dowodów przewinienia zawodowego, rzecznik może przesłuchiwać pielęgniarkę w charakterze osoby obwinionej, przed wydaniem postanowienia o przedstawieniu zarzutów, jeżeli zachodzą warunki do sporządzenia takiego postanowienia (art. 49 u.s.p.p.). Jeżeli zebrany w postępowaniu wyjaśniającym materiał dowodowy wskazuje na fakt popełnienia przewinienia zawodowego, rzecznik wydaje postanowienie o przedstawieniu pielęgniarce zarzutów (art. 50 u.s.p.p.), natomiast jeżeli nie dostarczyło podstaw do sporządzenia wniosku o ukaranie, rzecznik wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania, bez konieczności uprzedniego zaznajomienia osoby obwinionej z materiałami dowodowymi postępowania wyjaśniającego (art. 51 ust. 1 u.s.p.p.).

¹² Pokrzywdzonym jest osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe (art. 40 ust. 1 u.s.p.p.).

Postępowanie wyjaśniające powinno być zakończone w terminie sześciu miesięcy od dnia uzyskania informacji wskazującej na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego (art. 53 ust. 1 w zw. z art. 48 ust. 1 u.s.p.p.), okres ten może przedłużyć Naczelny Rzecznik, nie dłużej niż o kolejne sześć miesięcy (art. 53 ust. 2 u.s.p.p.).

Gdy zebrany w toku postępowania wyjaśniającego materiał dowodowy potwierdza zasadność zarzutów i stanowi istotną podstawę do sporządzenia wniosku o ukaranie, rzecznik zawiadamia osobę obwinioną i jej obrońcę o terminie końcowego zaznajomienia z materiałami postępowania wyjaśniającego wraz z pouczeniem o możliwości uprzedniego przejrzenia akt (art. 52 ust. 1 u.s.p.p.). Osoba obwiniona i jej obrońca muszą mieć co najmniej 14 dni na zapoznanie się z materiałem dowodowym, termin ten należy liczyć od dnia doręczenia zawiadomienia (art. 52 ust. 3 u.s.p.p.). Nieusprawiedliwione niestawiennictwo osoby obwinionej i jej obrońcy nie wstrzymuje dalszego postępowania (art. 52 ust. 4 u.s.p.p.).

Rzecznik składa sądowi pielęgniarek i położnych wnioski o ukaranie (art. 52 ust. 6 u.s.p.p.). W przeciwnym razie oraz w sytuacji, gdy w toku postępowania wystąpi któraś z przeszkód w procesowym prowadzeniu postępowania, rzecznik nie występuje z wnioskiem o ukaranie, natomiast wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego.

Zarówno postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego, jak i postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego może być zaskarżone do Naczelnego Rzecznika przez osobę pokrzywdzoną, dodatkowo na postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego zażalenie mogą złożyć inne strony tego postępowania.

Stronami postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych są: osoba pokrzywdzona, osoba obwiniona, czyli pielęgniarka, i rzecznik odpowiedzialności zawodowej albo jego zastępca (art. 39 u.s.p.p.). W postępowaniu przed sądem rzecznik jest oskarżycielem, tzn. popiera wniosek o ukaranie (art. 35 ust. 1 pkt 2 u.s.p.p.). Ma też prawo do zgłaszania wniosków dowodowych i zadawania pytań.

Pielęgniarsce, której dotyczy postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, przysługuje w toku postępowania prawo do obrony oraz ustanowienia obrońcy (w każdym jego stadium). Pielęgniarka może ustanowić nie więcej niż dwóch obrońców spośród pielęgniarek i położnych, adwokatów lub radców prawnych (art. 41 u.s.p.p.). Właściwy sąd pielęgniarek i położnych, na uzasadniony wniosek obwinionej pielęgniarki, ustanawia jej obrońcę z urzędu spośród pielęgniarek i położnych, adwokatów lub radców prawnych (art. 41 ust. 3 u.s.p.p.). Natomiast w sytuacji gdy zachodzi uzasadniona wątpliwość co do poczytalności pielęgniarki, której postępowanie dotyczy, sąd wyznacza pielęgniarsce obrońcę z urzędu (art. 41 ust. 4 u.s.p.p.).

Udział obrońcy nie ogranicza prawa pielęgniarki do składania wyjaśnień, wniosków dowodowych, zadawania pytań świadkom i biegłym, składania środków zaskarżenia. Ma ona również prawo do odmowy złożenia wyjaśnień oraz odmowy udzielenia odpowiedzi na pytania. W postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, podobnie jak i w postępowaniu karnym, ciężar udowodnienia pielęgniarcie winy spoczywa na rzeczniku (zasada domniemania niewinności), a wszelkie niedające się usunąć wątpliwości powinny być interpretowane na korzyść obwinionej pielęgniarki (zasada *in dubio pro reo*).

Pokrzywdzony w toku postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej jest uprawniony do zgłaszania wniosków dowodowych, wnoszenia środków zaskarżenia na postanowienia rzecznika o odmowie postępowania i jego umorzenia, wniesienia odwołania od orzeczenia sądu pielęgniarek i położnych oraz do przeglądania akt sprawy, nieobjętych tajemnicą zawodową.

Sądy pielęgniarek i położnych składają się z pielęgniarek i położnych wybranych przez okręgowe zjazdy pielęgniarek i położnych oraz zjazd krajowy. Sprawy w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej rozpoznają okręgowe sądy pielęgniarek i położnych (w składzie trzyosobowym) i Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych (w składzie pięcioosobowym). Postępowanie przed sądami pielęgniarek i położnych jest dwuinstancyjne. Właściwy do rozpoznania sprawy w pierwszej instancji z zasady¹³ jest okręgowy sąd izby pielęgniarek i położnych, której obwiniona pielęgniarka jest członkiem w chwili wszczęcia postępowania. W przypadku obywatela państwa członkowskiego UE wykonującego czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej właściwym do rozpoznawania spraw pierwszej instancji jest okręgowy sąd izby, na której obszarze miało miejsce przewinienie zawodowe (art. 55 ust. 1 i 2 u.s.p.p.).

Sąd pielęgniarek i położnych jest obowiązany dążyć do wszechstronnego zbadania wszelkich istotnych okoliczności sprawy. Może z urzędu dopuszczać wszelkie uznane za potrzebne dowody, wzywać i przesłuchiwać świadków, biegłych i specjalistów (art. 42 ust. 1 u.s.p.p.).

Rozprawa przed sądem pielęgniarek i położnych jest jawna (art. 56 ust. 1 u.s.p.p.). Wyłączenie jawności następuje, gdy mogłaby ona naruszać tajemnicę zawodową, wywoływać zakłócenie spokoju lub porządku publicznego, obrażać dobre obyczaje, ujawnić okoliczności ważne dla interesu państwa oraz naruszać ważny interes prywatny. Z wnioskiem o wyłączenie jawności może także wystąpić pokrzywdzony (art. 56 ust. 2 i 3 u.s.p.p.).

¹³ Wyjątkowo w przypadkach określonych w art. 55 ust. 4 u.s.p.p. właściwy do orzekania w pierwszej instancji jest Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych.

Warunkiem odpowiedzialności za przewinienie zawodowe, podobnie jak w odpowiedzialności karnej, jest przypisanie pielęgniarce winy. Przesłanką jej ustalenia jest wykazanie, że pielęgniarka działała w zamiarze popełnienia przewinienia zawodowego (tzn. chciała je popełnić albo przewidując taką możliwość, godziła się na to), albo – co zdarza się znaczenie częściej – że nie mając zamiaru popełnienia przewinienia zawodowego, nie zachowała należytej ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, w warunkach gdy możliwość popełnienia czynu niezgodnego z prawem lub zasadami etyki zawodowej przewidywała lub przynajmniej mogła przewidzieć (art. 9 k.k.). Jednocześnie nie można uznać pielęgniarki za winną, jeżeli w konkretnej sytuacji nie można było wymagać od niej zachowania się zgodnego z prawem lub zasadami etyki zawodowej. W tym ostatnim przypadku chodzi o sytuacje, gdy pielęgniarka w chwili czynu była niepoczytalna, nie miała możliwości rozpoznania bezprawności czynu lub jego sprzeczności z zasadami etyki zawodowej (art. 59 ust. 1 pkt 2 u.s.p.p.).

Sąd pielęgniarek i położnych może umorzyć postępowanie, może także wydać orzeczenie uniewinniające obwinioną pielęgniarkę (art. 59 ust. 1 u.s.p.p.) lub orzeczenie, w którym wymierza karę (art. 60 u.s.p.p.).

Sąd pielęgniarek i położnych wymierza karę, biorąc pod uwagę stopień winy, naruszenie zasad etyki zawodowej, naruszenie przepisów prawa w zakresie wykonywania zawodu pielęgniarki, skutki czynu oraz zachowania się obwinionej pielęgniarki przed popełnieniem i po popełnieniu przestępstwa. Orzeczenie sądu pielęgniarek i położnych zawiera m.in. opis zarzucanego czynu, rozstrzygnięcie co do winy i w razie jej uznania dokładne określenie przewinienia zawodowego przypisanego pielęgniarce oraz rozstrzygnięcie co do kary (art. 66 ust. 1 u.s.p.p.). Każde orzeczenie musi być uzasadnione. Uzasadnienie powinno zawierać wskazania, jakie fakty sąd pielęgniarek i położnych uznał za udowodnione lub nieudowodnione, na jakich w tej mierze oparł się dowodach i dlaczego nie uznał dowodów przeciwnych, wskazanie podstawy prawnej orzeczenia oraz przytoczenie okoliczności, które sąd miał na względzie przy wymiarze kary (art. 66 ust. 1 i 2 u.s.p.p.).

Katalog kar określa ustawodawca (art. 60 u.s.p.p.). Sąd może orzec m.in. następujące kary:

- 1) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat;
- 2) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od jednego roku do pięciu lat;
- 3) pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

Powyższe kary mają istotny wpływ na możliwość wykonywania zawodu pielęgniarki. Orzekając karę ograniczenia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu, sąd pielęgniarek i położnych musi określić szczegółowo czynności, których pielęgniarka nie może wykonywać. Sąd pielęgniarek i położnych, orzekając karę w postaci ogranicze-

nia zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu, może dodatkowo orzec zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych. Zawieszenie prawa wykonywania zawodu orzeka się w miesiącach i latach. Bieg kary rozpoczyna się z dniem uprawomocnienia się orzeczenia. Pozbawienie prawa wykonywania zawodu oznacza w praktyce zupełny brak możliwości legalnego wykonywania zawodu pielęgniarki także w każdej z możliwych ustawowych form wykonywania zawodu (zatrudnienie pracownicze, zatrudnienie niepracownicze, własna praktyka zawodowa). Pielęgniarka, wobec której została orzeczona kara pozbawienia wykonywania zawodu, może ubiegać się ponownie o uzyskanie tego prawa po upływie dziesięciu lat od dnia uprawomocnienia się orzeczenia, w którym wymierzona została kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki. Prawomocne ukaranie karami zawieszenia prawa wykonywania zawodu i jego pozbawienia stanowi podstawę do rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika albo umowy cywilnoprawnej, na podstawie której pielęgniarka wykonuje zawód.

Rzecznikowi, pokrzywdzonemu i obwinionej pielęgniarce przysługuje prawo odwołania się od orzeczenia sądu pielęgniarek i położnych w terminie 14 dni od daty doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem do Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych (art. 68 u.s.p.p.). Naczelny Sąd może utrzymać w mocy, uchylić albo zmienić orzeczenie sądu okręgowego (art. 70 u.s.p.p.). Orzeczenia Naczelnego Sądu kończące postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej są prawomocne z chwilą ogłoszenia. Uzasadnienie takiego orzeczenia doręcza się stronom wraz z pisemnym uzasadnieniem w terminie dwóch miesięcy od dnia jego ogłoszenia (art. 72 u.s.p.p.). Od prawomocnego orzeczenia, w warunkach i na zasadach określonych w ustawie, można wnieść kasację (art. 73 u.s.p.p.) lub wznowić postępowanie (art. 74–80 u.s.p.p.).

Rejestr ukaranych pielęgniarek prowadzi Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Rejestr jest jawny dla osób, które wykażą interes prawny.

4. Podsumowanie

1. W postępowaniu cywilnym tylko ustalenia wydane w postępowaniu karnym prawomocnego wyroku skazującego co do popełnienia przestępstwa wiążą sąd.
2. Orzeczenie sądu pielęgniarskiego stwierdzające winę pielęgniarki stanowić będzie dowód z dokumentu urzędowego (art. 244 § 2 k.p.c.) o przesądzającym znaczeniu co do winy pielęgniarki, jeżeli jej działanie sprzeczne z zasadami etyki stanowiło także delikt cywilny.
3. W postępowaniu karnym, jeżeli czyn pielęgniarki stanowił też przestępstwo, orzeczenie skazujące w postępowaniu dyscyplinarnym, a zwłaszcza dolegliwość orzecz-

nej kary dla oskarżonego, powinny mieć istotny wpływ na wymiar kary orzeczonej przez sąd powszechny.

4. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej o ten sam czyn toczy się niezależnie od postępowania karnego lub postępowania dyscyplinarnego, wszczętego w jednostce organizacyjnej, w której przepisy szczególne przewidują takie postępowanie.

5. Fakt ukarania pielęgniarki przez sąd karny za przestępstwo związane z wykonywaniem zawodu powinien nieść ze sobą powtórne pociągnięcie jej do odpowiedzialności, tym razem zawodowej.

Rozdział 4

ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRACOWNICZA

Odpowiedzialność pracownicza dotyczy tylko tych pielęgniarek, które wykonują zawód na podstawie stosunku pracy, w ramach umowy o pracę. Odpowiedzialność pracownicza polega na ponoszeniu przez pracownika wobec pracodawcy konsekwencji materialnych i osobistych z powodu naruszenia obowiązków pracowniczych¹.

1. Odpowiedzialność porządkowa

Istota odpowiedzialności porządkowej polega na stosowaniu wobec pracownika sankcji typu represyjnego, tj. kar za naruszenie obowiązków pracowniczych. Pociągnięcie pracownika do odpowiedzialności porządkowej jest dopuszczalne w razie popełnienia przez niego przekroczenia porządkowego określonego w Kodeksie pracy. Naruszenie obowiązków obejmuje różnorodne zachowania określone bliżej w art. 108 k.p. Dotyczy to w szczególności nieprzestrzegania przez pracownika ustalonej organizacji i porządku pracy, przepisów bhp oraz przepisów przeciwpożarowych, a także przyjętego sposobu potwierdzania przybycia i obecności w pracy oraz usprawiedliwiania nieobecności w pracy czy trzeźwości w pracy. Odpowiedzialność ta ma charakter normatywny, a jej źródłem jest wola ustawodawcy wyrażona w Kodeksie pracy w sposób bezwzględnie obowiązujący, co powoduje, że niemożliwe jest umowne ograniczenie, rozszerzenie bądź wyłączenie tej odpowiedzialności.

Do pociągnięcia pracownika do odpowiedzialności porządkowej nie wystarcza sama obiektywna bezprawność zachowania pracownika, lecz konieczne jest ustalenie, że zachowanie pracownika (działanie lub zaniechanie) było naganne ze względu na towarzyszące okoliczności subiektywne po stronie pracownika (umyślność, niedbalstwo)².

¹ L. Florek, *Prawo pracy...*, 2010, s. 212.

² Z. Góral, *Odpowiedzialność porządkowa pracowników w świetle najnowszego orzecznictwa sądowego*, PiZS 2002/11, s. 32–34.

W artykule 108 k.p. przewidziano następujący katalog kar porządkowych: kary niemajątkowe, tj. kara upomnienia i kara nagany, oraz kara majątkowa, czyli kara pieniężna. Jest to katalog wyczerpujący. Ustawodawca nie narzuca pracodawcy kolejności nakładania kar porządkowych, lecz daje możliwość wyboru, z pewnymi jednakże zastrzeżeniami. Pracownik może być ukarany karą upomnienia lub nagany za każde przewinienie porządkowe. Natomiast karę pieniężną można nałożyć jedynie w enumeratywnie wyliczonych w Kodeksie pracy przypadkach, jak nieprzestrzeganie przepisów bhp lub przeciwpożarowych, opuszczenie pracy bez usprawiedliwienia bądź nietrzeźwość lub spożywanie alkoholu w czasie pracy (art. 108 § 2 k.p.).

Przy stosowaniu kary pracodawca powinien wziąć pod uwagę rodzaj naruszenia obowiązków przez pracownika, stopień jego winy (umyślnej i nieumyślnej) i jego dotychczasowy stosunek do pracy. Wymiar kary pieniężnej zarówno za jedno przekroczenie, jak i za każdy dzień nieusprawiedliwionej nieobecności, nie może przewyższyć jednodniowego wynagrodzenia pracownika. Kary pieniężne za przekroczenie popełnione przez pracownika w okresie, za który pracodawca dokonuje wypłaty wynagrodzenia, nie mogą przewyższać łącznie dziesiątej części wynagrodzenia przypadającego pracownikowi za ten okres do wypłaty, po dokonaniu innych dopuszczalnych potrąceń przewidzianych w art. 87 § 1 pkt 1–3 k.p.

Wymierzenie kary porządkowej należy do pracodawcy. Kara nie może być zastosowana po upływie dwóch tygodni od powzięcia wiadomości o naruszeniu obowiązku pracowniczego oraz po upływie trzech miesięcy od dopuszczenia się tego naruszenia. Zastosowanie kary może nastąpić dopiero po uprzednim wysłuchaniu pracownika. Jeśli z powodu nieobecności w zakładzie pracy pracownik nie może być wysłuchany, bieg dwutygodniowego terminu nie rozpoczyna się, a rozpoczęty ulega zawieszeniu do dnia stawienia się pracownika do pracy.

O zastosowanej karze pracodawca zawiadamia pracownika na piśmie, wskazując rodzaj i datę naruszenia obowiązków pracowniczych oraz informując o możliwości i terminie zgłoszenia sprzeciwu. Odpis zawiadomienia o ukaraniu składa się do akt osobowych pracownika.

Uchylenie kary wymierzonej bezzasadnie następuje w specjalnym, wewnątrzzakładowym trybie odwoławczym, który toczy się przed pracodawcą na skutek złożonego przez pracownika sprzeciwu od ukarania. Pracownik może wnieść taki sprzeciw w dowolnej formie w terminie siedmiu dni od dnia zawiadomienia o ukaraniu. Decyzja o uwzględnieniu lub odrzuceniu sprzeciwu należy do pracodawcy, ewentualnie po rozpatrzeniu stanowiska organizacji związkowej (art. 112 § 1 k.p.). Nieodrzućenie sprzeciwu w ciągu 14 dni jest równoznaczne z jego uchyleniem kary.

Natomiast w sytuacji nieuwzględnienia sprzeciwu pracownika może on w ciągu 14 dni od zawiadomienia o tym fakcie wystąpić do sądu pracy o uchylenie zastosowa-

nej wobec niego kary. Jeżeli sąd uzna, że zastosowanie kary nastąpiło z naruszeniem przepisów prawa (przede wszystkim brak było naruszenia obowiązków pracowniczych lub winy pracownika), to orzeka o uchyleniu kary.

W razie uwzględnienia sprzeciwu pracownika przez pracodawcę lub uchylenia tej kary przez sąd kara staje się niebyłą, a wszelkie wzmianki o ukaraniu należy usunąć z akt pracownika. W przypadku kary pieniężnej pracodawca jest zobowiązany zwrócić pracownikowi równowartość tej kary (art. 112 § 3 k.p.).

Zatarcie kary następuje rok po nienaganej pracy, kiedy to zgodnie z art. 113 § 1 k.p. uważa się ją za niebyłą, a odpis zawiadomienia o ukaraniu usuwa się z akt osobowych pracownika. W terminie wcześniejszym kara może być uznana za niebyłą na podstawie decyzji pracodawcy.

2. Odpowiedzialność materialna

Odpowiedzialność materialna polega na ponoszeniu przez pracownika ujemnych skutków majątkowych z powodu wyrządzenia szkody w mieniu pracodawcy wskutek zawinionego naruszenia obowiązków pracowniczych (art. 114–127 k.p.). Odpowiedzialność materialną może ponieść pracownik, który naruszył zakaz konkurencji (art. 101¹ § 2 k.p.)³. Jest to odpowiedzialność osobista, wyrażająca się w obowiązku zapłaty odszkodowania pieniężnego. Kodeks pracy rozróżnia odpowiedzialność „za szkodę wyrządzoną pracodawcy” i „za mienie powierzone”⁴ z obowiązkiem zwrotu albo do wyliczenia się. Odpowiedzialność materialna nie obejmuje odpowiedzialności osoby, która – przy okazji wykonywania obowiązków pracowniczych – narusza inne obowiązki nieobjęte treścią stosunku pracy, lecz mające charakter powszechny⁵. Dalsze uwagi poświęcone są odpowiedzialności pielęgniarki pozostającej w stosunku pracy za szkody wyrządzone pracodawcy, przy wykonywaniu powierzonych pracownikowi zadań ze stosunku pracy.

Przesłankami tej odpowiedzialności są: szkoda, bezprawność (niewykonanie lub nie należyte wykonanie obowiązków pracowniczych), wina oraz związek przyczynowy między zawinionym działaniem lub zaniechaniem a szkodą. Do powstania odpowiedzialności materialnej konieczne jest łączne wystąpienie wszystkich wskazanych przesłanek⁶.

³ Wyrok SN z 26.01.2005 r., II PK 191/04, OSNP 2005/20, poz. 313.

⁴ F. Małysz, *Odpowiedzialność materialna pracowników za szkody w mieniu powierzonym*, PiZS 1999/7–8, s. 28–34.

⁵ Wyrok SN z 5.05.1998 r., I CKU 110/97, LEX nr 34023.

⁶ D. Klucz, *Odpowiedzialność majątkowa pracownika w warunkach gospodarki rynkowej*, PiZS 2001/11, s. 38.

Źródłem obowiązków pracowniczych są przede wszystkim przepisy ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, przepisy prawa pracy, a także zasady współżycia społecznego⁷. Pielęgniarka jako pracownik ma obowiązek świadczenia pracy, sprowadzający się do powinności wykonywania pracy zgodnie z przyjętymi w tej materii odpowiednimi przepisami, jak i pozostawania w gotowości do świadczenia pracy sumiennie i starannie. Jeśli niewykonywanie lub wykonywanie nienależycie obowiązków pracowniczych spowodowało szkodę, pielęgniarka jest obowiązana do jej naprawienia, pod warunkiem że owo niewykonanie lub nienależyte wykonanie nastąpiło z winy pielęgniarki (pracownika). Zobowiązanie pracownika do naprawienia szkody powstaje w przypadku uchybienia każdemu z jego obowiązków, a nie tylko obowiązkowi podstawowemu⁸. Pracownik ponosi odpowiedzialność za własną winę, w tym także za czyn popełniony w przypadku zaniechania nadzoru nad innymi pracownikami. W ramach materialnej odpowiedzialności pracowniczej istotne znaczenie ma rozróżnienie między winą umyślną a nieumyślną. Za szkodę powstałą w majątku pracodawcy z winy umyślnej pracownik odpowiada w pełnej wysokości, a za szkodę wyrządzoną nieumyślnie – w stopniu ograniczonym. Kodeks pracy nie określa, na czym polega umyślność i nieumyślność zachowania powodującego szkodę.

Na pracodawcy spoczywa ciężar dowodu winy pracownika jako przesłanki odpowiedzialności za szkody na zasadach ogólnych (art. 116 k.p.)⁹. Wykazanie pracownikowi winy polega na udowodnieniu faktów świadczących o tym, że pracownik chciał szkodę wywołać bądź godził się z następstwami swego zachowania albo lekkomyślnie przypuszczał, że ich uniknie, bądź skutku w postaci szkody nie przewidywał, choć mógł i powinien.

Szkoda wyrządzona przez pielęgniarkę musi mieć źródło w naruszeniu obowiązków pracowniczych. Szkoda oznacza uszczerbek w majątku pracodawcy, który nie nastąpiłby, gdyby pracownik wykonał należycie swe obowiązki. Rozmiar tego uszczerbku określa się, porównując aktualny stan majątkowy z tym, jaki istniałby, gdyby pracownik nie dopuścił się naruszenia obowiązków pracowniczych. Ustalona w ten sposób różnica stanowi szkodę wyrządzoną przez pracownika.

Kolejną przesłanką odpowiedzialności materialnej pracodawcy jest związek przyczynowy (art. 115 k.p.). Pracownik odpowiada tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego wynika szkoda. Przy ustalaniu związku przyczynowego mogą mieć zastosowanie powyższe rozważania z zakresu prawa cywilnego. Ustalenie związku przyczynowego między zachowaniem pracownika a powstałą szkodą na-

⁷ Natomiast J. Jończyk wskazuje, że obowiązki zawodowe i obowiązki pracownicze to różne kategorie prawne, ale istnieje między nimi określona relacja. Jest to odrębne zagadnienie, które wykracza poza zakres tego opracowania; zob. J. Jończyk, *Naprawienie szkody (krzywdy) pacjenta w związku z ubezpieczeniem zdrowotnym*, „Przegląd Sądowy” z 3.09.2003 r., s. 38.

⁸ Wyrok SN z 5.05.1999 r., I PKN 680/98, OSNP 2000/13, poz. 513.

⁹ Wyrok SA w Poznaniu z 8.03.2007 r., III APa 2/07, LEX nr 296791.

stręcza trudności w przypadkach, gdy szkoda jest następstwem zachowań jeszcze innych osób bądź gdy poszkodowany pracodawca przyczynił się do powstania szkody. Przyczynienie się pracodawcy lub innej osoby do powstania albo zwiększenia szkody stanowi okoliczność wyłączającą odpowiedzialność pracownika za szkodę w takim zakresie, w jakim to przyczynienie się miało wpływ na powstanie lub rozmiar szkody (art. 117 k.p.)¹⁰.

Podstawowym sposobem naprawienia szkody jest odszkodowanie pieniężne. Przy winie nieumyślnej odpowiedzialność pielęgniarki (pracownika) została z jednej strony ograniczona do odpowiedzialności za rzeczywistą stratę, jakiej doznał pracodawca, z drugiej zaś – do kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia przysługującego w dacie powstania szkody, a więc wtedy, gdy roszczenie o jej naprawienie stało się wymagalne (art. 119 k.p.). Do naprawienia szkody w pełnej wysokości (przewyższającej wspomnianą kwotę) pracownik jest zobowiązany tylko wtedy, gdy umyślnie wyrządził pracodawcy szkodę (art. 122 k.p.). Wysokość odszkodowania może być zmniejszona, gdy naprawienie szkody następuje na podstawie ugody (pozasądowej) między pracodawcą a pracownikiem lub na podstawie orzeczenia sądowego lub ugody sądowej, przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności sprawy, a w szczególności stopnia winy pracownika i jego stosunku do obowiązków pracowniczych (art. 121 k.p.)¹¹.

Szczególną postacią pracowniczego odpowiedzialności materialnej jest odpowiedzialność, jaką ponosi pielęgniarka (pracownik) wobec pracodawcy za szkodę wyrządzoną osobie trzeciej przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych (a nie przy okazji ich wykonywania). Osobą trzecią w tym znaczeniu jest przede wszystkim pacjent lub osoba pośrednio poszkodowana w związku ze śmiercią pacjenta, ale może nią być również inny pracownik tego samego podmiotu leczniczego co sprawca szkody. W takim przypadku, na podstawie art. 120 k.p., obowiązany do naprawienia szkody osobie trzeciej jest wyłącznie pracodawca. Oznacza to, że pracownik nie ponosi osobistej odpowiedzialności wobec osoby trzeciej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu obowiązków pracowniczych¹². Natomiast wobec pracodawcy, który tę szkodę naprawił, pracownik ponosi odpowiedzialność (regresową). W szczególności pielęgniarka odpowiada wówczas za szkody wyrządzone osobie trzeciej na zasadzie winy tak samo, jak za szkodę wyrządzoną bezpośrednio samemu pracodawcy wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków pracowniczych. Kodeks pracy nie normuje podstaw odpowiedzialności pracodawcy wobec osoby trzeciej. Dlatego w tym przypadku pielęgniarka (pracownik) ponosi bezpośrednio odpowiedzialność cywilną wobec osoby trzeciej za spowodowaną szkodę.

¹⁰ Wyrok SN z 25.11.1976 r., IV PR 360/76, LEX nr 14341.

¹¹ Wyrok SN z 8.12.1976 r., IV PR 285/76, LEX nr 14350.

¹² Wyrok SA w Warszawie z 3.11.1999 r., I ACa 750/99, OSA 2001/1, poz. 6.

Dla odpowiedzialności pracodawcy wobec osoby trzeciej nie będzie miało zatem znaczenia, czy wyrządzenie szkody przez pielęgniarkę nastąpiło z winy umyślnej czy nieumyślnej. Stopień winy będzie miał natomiast znaczenie przy ustalaniu odpowiedzialności regresowej pielęgniarki (pracownika) wobec pracodawcy (podmiotu leczniczego).

Reasumując, należy podkreślić, że odpowiedzialność materialna pielęgniarki, jak każdego pracownika, kształtuje się pod rządami Kodeksu pracy tylko w granicach jej zawinienia, przy czym niezbędną przesłanką uzasadniającą odpowiedzialność materialną jest wykazanie, że na skutek zawinionych przezeń zaniedbań w zakresie należytego wykonania obowiązków pracowniczych zakład pracy (podmiot leczniczy) poniósł szkodę.

3. Podsumowanie

1. Podmioty lecznicze uzyskały w obecnym stanie prawnym stosunkowo łatwą możliwość zwalniania się od odpowiedzialności cywilnej wobec pacjentów lub też ograniczenia jej zakresu, jeżeli szkoda została wyrządzona przez pielęgniarkę zatrudnioną na podstawie innej niż umowa o pracę.

2. Artykuł 33 u.d.z.l. wprowadził solidarną odpowiedzialność podmiotu leczniczego i pielęgniarki wykonującej zawód w ramach indywidualnej praktyki wykonywanej wyłącznie w zakładzie podmiotu leczniczego.

3. Istotne jest szerokie ubezpieczenie się pielęgniarek od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone pacjentowi. Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej jest rodzajem gwarancji bezpieczeństwa majątkowego pielęgniarek, w przypadku gdy szkody wyrządzone pacjentom w procesie czynności pielęgniarskich są wynikiem winy nieumyślnej.

4. Odpowiedzialność materialna pielęgniarek jako pracowników za szkody wyrządzone podmiotowi leczniczemu, będące następstwem działania lub zaniechania pracownika w ramach obowiązków wynikających z łączącego strony stosunku pracy, jest zdecydowanie korzystniejsza od zasad odpowiedzialności cywilnej odnośnie do pielęgniarek, dla których podstawą wykonywania zawodu jest kontrakt cywilnoprawny.

BIBLIOGRAFIA

- Abramowska A., Nałęcz M., *Prawna regulacja mobbingu*, „Monitor Prawa Pracy” 2004/7
- Aksom E., *Przekształcenia sektora publicznego i prywatnego w brytyjskiej i polskiej opiece zdrowotnej*, Warszawa 2000
- Aktywna polityka społeczna z perspektywy Europy socjalnej*, red. K. Piątek, A. Karwacki, Toruń 2007
- Arendt Ł., *Koszty szkolenia – kto ma za to zapłacić? Wnioski z teorii kapitału ludzkiego*, PS 2009/1
- Baran K.W. [w:] *Zbiorowe prawo pracy. Komentarz*, Warszawa 2007, LEX
- Bartkowiak L.E., *Między powinnością a obowiązkiem – o kodeksach deontologicznych zawodów medycznych*, „Wiadomości Lekarskie” 2006/11–12
- Barzycka-Banaszczyk M., *Prawo pracy*, Warszawa 2006
- Basiński C., Gronkiewicz-Waltz H., Szafranski D., Wierzbowski M., Wyrzykowski M., *Prawo gospodarcze. Zagadnienia administracyjnoprawne*, Warszawa 2005
- Bączyk-Rozwadowska K., *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007
- Bąk E., *Elastyczne formy zatrudnienia*, Warszawa 2006
- Bernatek-Zagula I., *Prawo pacjenta w Polsce do informacji medycznej*, Toruń 2008
- Bielecka D., *System zadaniowego czasu pracy*, „Monitor Prawa Pracy” 2005/6
- Bieniek G., Ciepło H., Dmowski S., Gudowski J., Kołakowski K., Zychowicz M., Wiśniewski T., Żukowska C., *Komentarz do kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania*, t. 1, Warszawa 2006
- Bisztyga A., *Geneza Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności oraz Europejskiego Trybunału Praw Człowieka*, „Prawa Człowieka” 1994/1
- Boć J. [w:] *Prawo administracyjne*, red. J. Boć, Wrocław 2000
- Bogusz M., *Standardy akredytacyjne a opieka pielęgniarska – aspekty organizacyjne i praktyczne*, „Antidotum” 2002/9
- Bokiniec M., *Pielęgniarstwo – miejsce i rola w naukach medycznych*, „Pielęgniarka i Położna” 1988/4
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Taki sobie casus... – Całkowity brak nadzoru lekarza nad porodem*, <http://www.oil.org.pl/jsp/bot/drukuj>
- Borkowski J., *Decyzja administracyjna*, Łódź–Zielona Góra 1998
- Bosek L., *Prawo osobiste do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem – na przykładzie lekarza*, „Forum Prawnicze” 2014/1
- Bujny J., *Prawa pacjenta. Między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007

- Bury B., *Podporządkowanie pracownika pracodawcy*, PiP 2006/9
- Butkiewicz M., *Struktura modelu polskich standardów kwalifikacyjnych [w:] Model polskich standardów kwalifikacji zawodowych. Edukacja i praca, projekt badawczy KBN nr 1 P 113 001 06*, red. M. Butkiewicz, Warszawa 1995
- Chobot A., *Obowiązki pracownicze oraz środki prawne zabezpieczające ich wykonanie [w:] Studia nad kodeksem pracy*, red. W. Jaśkiewicz, Poznań 1975
- Chróścielewski W., Tarno J.P., *Postępowanie administracyjne i postępowanie przed sądami administracyjnymi*, Warszawa 2004
- Ciszewski J., *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*, Gdańsk 2002
- Czachórski W., *Prawo zobowiązań. Zarys wykładu*, Warszawa 1994
- Czachórski W., *Zobowiązania. Zarys wykładu*, Warszawa 1995
- Czerwińska K., *Flexicurity jako koncepcja polityki społecznej i zatrudnienia*, PS 2008/3
- Człowiek, obywatel, pracownik. *Studia z zakresu prawa. Księga Jubileuszowa poświęcona Profesor Urszuli Jackowiak*, red. J. Stelina, A. Wypych-Żywicka, Gdańsk 2007
- Daszkiewicz W., Dąbrowski S., Kubicki L., *Prawna regulacja ochrony zdrowia psychicznego*, PiP 1974/8–9
- Dąbrowski S., Pietrzykowski J., *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 1997
- Dercz M., Rek T., *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Warszawa 2007
- Detyna B., Detyna J., *Jakość usług medycznych. Ocena statystyczna. Podstawy metodyczne*, Warszawa 2011
- Dobek A., *Zasada pomocniczości w orzecznictwie Trybunału Konstytucyjnego*, „Studia Erasmiana” 2008/III
- Dobrodziej E., *Zatrudnienie na podstawie umów cywilno-prawnych*, Bydgoszcz 2000
- Drabik W., *O poszanowaniu prawa pacjenta do intymności*, „Puls” 1996/7–8
- Dral A., *Podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez pracowników z inicjatywy lub za zgodą pracodawcy*, „Monitor Prawa Pracy” 2010/11
- Dukiet-Nagórska T., *Reguły ostrożności postępowania (standardy postępowania) w publicznych zakładach opieki zdrowotnej*, PiM 2004/16
- Dziubińska A., *Wymagana informacja udzielana pacjentowi*, PiP 2008/8
- Etyka zawodowa*, red. A. Sarapata, Warszawa 1971
- Europejskie standardy bioetyczne. Wybór materiałów, wstęp, tłumaczenie i oprac.* T. Jasudowicz, Toruń 1998
- Fedorowski J.J., *Lekarz dyżurny*, „Menedżer Zdrowia” 2008/1
- Filar M., *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000
- Filar M., *Odpowiedzialność zawodowo-deontologiczna lekarzy polskich wykonujących zawód na obszarze państw członkowskich Unii Europejskiej – aspekty materialne i procesowe*, PiM 2005/21
- Filar M., Krześ S., Marszałkowska-Krześ E., Zaborowski P., *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004
- Flexicurity w Polsce: diagnoza, rekomendacje. Raport końcowy z badań*, red. E. Kryńska, Warszawa 2009
- Florek L., *Glosa do wyroku SN z dnia 7 listopada 1974 r., I PR 332/74*, OSPiKA 1975/1, poz. 206
- Florek L., *Prawne ramy elastycznych form zatrudnienia [w:] Elastyczne formy zatrudnienia sposobem na efektywność firm*, Warszawa 2001
- Florek L., *Europejskie prawo pracy*, Warszawa 2010
- Florek L., *Kształtowanie stosunku pracy przez ustawę i umowę*, PiZS 2010/2

- Florek L., *Prawo pracy*, Warszawa 2010
- Florek L., *Ustawa i umowa w prawie pracy*, Warszawa 2010
- Florek L., Zieliński T., *Prawo pracy*, Warszawa 2006
- Florek L., Zieliński T., *Prawo pracy*, Warszawa 2008
- Florek L., Zieliński T., *Prawo pracy*, Warszawa 2009
- Frąckiewicz-Wronka A., *Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską. Wybrane aspekty zachodzących zmian*, Katowice 2001
- Gałecki P., Bobińska K., Eichstaedt K., *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*, Warszawa 2016
- Gersdorf M., *Umowa o pracę a umowa o dzieło i zlecenia*, PiZS 1993/9
- Gersdorf M., *Umowa o pracę, umowa o dzieło, umowa zlecenia*, Warszawa 1993
- Gersdorf M., *Cechy charakterystyczne stosunku pracy po nowelizacji Kodeksu pracy*, PiZS 2002/10
- Gersdorf M., Rączka K., *Prawo pracy w pytaniach i odpowiedziach*, Warszawa 2009
- Getzen T.E., *Ekonomika zdrowia*, Warszawa 2000
- Góra-Błaszczkowska A., *Postępowanie w sprawach o ustalenie istnienia umowy o pracę – uwagi*, „Monitor Prawa Pracy” 2005/6
- Góral Z., *Odpowiedzialność porządkowa pracowników w świetle najnowsze orzecznictwa sądownego*, PiZS 2002/11
- Góral Z., *Dopuszczalność pracy dzieci w polskim prawie pracy w świetle prawa międzynarodowego i europejskiego*, „Monitor Prawa Pracy” 2004/6
- Griffin R.W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, Warszawa 1998
- Gubiński A., *Komentarz do Kodeksu Etyki Lekarskiej*, Warszawa 1995
- Hajn Z., *Glosa do wyroku SN z dnia 16 grudnia 1998 r., II UKN 394/98*, OSP 2000/12, poz. 177
- Hartman J., *Bioetyka dla lekarzy*, Warszawa 2009
- Huk A., *Tajemnica zawodowa lekarza*, „Prokuratura i Prawo” 2001/6
- Huk A., *Tajemnica zawodowa lekarza w polskim procesie karnym*, Warszawa 2006
- Ignatowicz J., Nazar M., *Prawo rodzinne*, Warszawa 2010
- Iwulski J., Saletra W., *Kodeks pracy. Komentarz*, Warszawa 1996
- Iwulski J., Sanetra W., *Kodeks pracy. Komentarz*, Warszawa 2003
- Iżycka-Rączka M., *Umowy cywilnoprawne na wykonywanie fachowych czynności zawodowych*, „Przegląd Ubezpieczeń Społecznych i Gospodarczych” 2001/9
- Iżycka-Rączka M., *Umowy na wykonywanie usług medycznych*, „Przegląd Ubezpieczeń” 2000/7
- Sawicki J., *Tajemnica zawodowa lekarza i dziennikarza w prawie karnym*, Warszawa 1960
- Sawicki J., *Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym, doktrynie i orzecznictwie*, Warszawa 1965
- Jacyszyn J., *Umowy nienazwane*, „Rzeczpospolita” z 4.10.1996 r.
- Jacyszyn J., *Wykonywanie wolnych zawodów w Polsce*, Warszawa 2004
- Jacyszyn J., *„Wolny zawód” – anachronizm czy istotne pojęcie prawne*, „Przegląd Prawa Handlowego” 2015/11
- Jarecki W., *Poziom wykształcenia a kształcenie ustawiczne w Polsce i w Unii Europejskiej*, PS 2006/8
- Jedność w różnorodności. Studia z zakresu prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i polityki społecznej. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Muszalskiemu*, Warszawa 2009
- Jeruszka U., *Kwalifikacje zawodowe. Poglądy teoretyczne a rzeczywistość*, Warszawa 2006
- Jończyk J., *Prawo pracy*, Warszawa 1984
- Jończyk J., *Prawo pracy*, Warszawa 1995

- Jończyk J., *Naprawienie szkody (krzywdy) pacjenta w związku z ubezpieczeniem zdrowotnym*, „Przegląd Sądowy” z 3.09.2003 r.
- Kamiński B., *Na marginesie reformy, standardów medycznych i Europejskiej Konwencji Bioetycznej – refleksje klinisty*, PiM 1999/3
- Kane M.T., *The Assessment of Professional Competence*, „Evaluation and Health Professions” 1992/15
- Kapała W., Sawicka M., *Pielęgniarka orkiestra*, „Menedżer Zdrowia” 2005/10
- Karkowska D., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2009
- Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012
- Karkowska D., *Zawody medyczne*, Warszawa 2012
- Karkowska D., *Zawody medyczne*, Warszawa 2014
- Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2016
- Karkowska D., Chojnacki J., *Postępowanie przed komisją orzekającą o zdarzeniach medycznych*, Warszawa 2014
- Karkowska D., Karkowski T.A., *Zatrudnianie w podmiotach leczniczych*, Warszawa 2017
- Karkowska D., Karkowski T.A., *Prawo pracy dla pielęgniarek i położnych*, Warszawa 2019
- Karski J.B., *Praktyka i teoria promocji zdrowia – wybrane zagadnienia*, Warszawa 2006
- Kądziołka-Martyniak E., *Ewolucja w kwalifikowaniu rodzaju zatrudnienia*, „Organizacja i Kierowanie” 2001/3 (105)
- Kędziora R., *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009
- Kidyba A., *Handlowe spółki osobowe*, Warszawa 2006
- Kidyba A., *Komentarz aktualizowany do art. 1–300 Kodeksu spółek handlowych*, LEX 2020
- Klucz D., *Odpowiedzialność majątkowa pracownika w warunkach gospodarki rynkowej*, PiZS 2001/11
- Kobierzycki T., *Człowiek w szpitalu*, „Więź” 1991/5
- Kodeks pracy. Komentarz*, red. M. Gersdorf, K. Rączka, J. Skoczyński, Z. Salwa, Warszawa 2004
- Kodeks pracy. Komentarz*, red. W. Muszański, Warszawa 2004
- Komentarz do ustawy o działalności leczniczej*, red. F. Grzegorzczak, Warszawa 2013
- Kontrola pracownika. Możliwości techniczne i dylematy prawne*, red. Z. Góral, Warszawa 2010
- Koralewicz-Zębek J., *Socjologiczne aspekty etyki zawodowej: zarys problematyki*, „Etyka” 1969/4
- Kosikowski C., *Zezwolenie na działalność w prawie polskim*, Warszawa 1997
- Kostrzewa P., *Świadczenia niepieniężne wyłączone z podstawy wymiaru składek*, „Służba Pracownicza” 2006/4
- Kotowska O., *Deregulacja zawodów na przykładzie zawodu pracownika ochrony*, „Przegląd Prawa Handlowego” 2016/11
- Kozielski J., *O godności człowieka*, Warszawa 1977
- Kózka M., *Przedmowa do polskiego wydania [w:] G.E. Handler, Pielęgniarstwo. Pierwsze kroki w zawodzie*, Warszawa 2012
- Krajewski R., *Jak można ocenić i porównać odpowiedzialność zawodową lekarzy w różnych krajach*, „Biuletyn Informacyjny Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej” 2000/6–7
- Kryńska E., Wiśniewski Z., *Trzyściec tez w sprawie reformy polityki państwa na rynku pracy w Polsce*, PS 2007/9
- Kubiak R., *Prawo medyczne*, Warszawa 2010
- Kubicki L., *Nowy rodzaj odpowiedzialności karnej lekarza (przestępstwo z art. 192 k.k.)*, PiM 2000/8

- Kubot Z., *Podporządkowanie lekarza w państwowym zakładzie leczniczym*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 1979/4
- Kubot Z., *Pojęcie dyżuru medycznego*, PiZS 2000/4
- Kubot Z., *Formy zatrudnienia lekarzy w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej*”, PiM 2000/5 (2)
- Kubot Z., *Umowy o świadczenie usług medycznych w aspekcie zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, PiM 2001/10, poz. 42
- Kubot Z., *Pojęcie kierownictwa pracodawcy [w:] Prawo pracy a wyzwania XXI wieku. Księga Jubileuszowa Profesora Tadeusza Zielińskiego*, Warszawa 2002
- Kubot Z., *Status pielęgniarki i położnej*, Wrocław 2005
- Kubot Z., *Ordynatorskie i nieordynatorskie systemy prowadzenia oddziałów szpitalnych*, PiM 2007/1
- Kulesza E., *Ochrona dóbr osobistych pracownika – tytuł zawodowy jako dobro osobiste – odmowa zgody na umieszczenie przed nazwiskiem pracownika tytułu zawodowego – bezprawność odmowy – równe traktowanie pracowników. Glosa do wyroku SN z 7.02.2007 r., I PK 211/06, OSP 2009/2, poz. 16*
- Kunicka-Michalska B., *Ochrona tajemnicy zawodowej w polskim prawie karnym*, Warszawa 1972
- Lach D.E., *Zasada równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2011
- Lata H., *Metody rozwiązywania sporów zbiorowych w systemie prawa polskiego*, „Inspektor Pracy” 2002/3, dodatek tematyczny
- Lella A., Siewczyński M., *Standardy medyczne*, www.stomatologia.nil.org.pl
- Lenartowicz H., Kózka M., *Metodologia badań w pielęgniarstwie*, Warszawa 2011
- Lenczowska-Soboń K., *Prawo do strajku a prawa pacjenta na tle odpowiedzialności cywilnej. Analiza*, Serwis Prawo i Zdrowie
- Lévy-Leboyer C., *Kierowanie kompetencjami. Bilanse doświadczeń zawodowych*, Warszawa 1997
- Lewandowski H., *Spory zbiorowe pracy. Pojęcie, przedmiot i strony sporu zbiorowego*, „Studia z Zakresu Prawa Pracy i Polityki Społecznej” 1997/1998
- Lewandowski H., Góral Z., *Przeciwdziałanie stosowaniu umów cywilnoprawnych do zatrudnienia pracowniczego*, PiZS 1996/12
- Lewaszkiwicz-Petrykowska B., *Wina lekarza i zakładu opieki zdrowotnej jako przesłanka odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy leczeniu*, PiM 1999/1
- Liszewska A., *Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy*, PiP 1997/1
- Liszewska A., *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998
- Łętowska E., *Prawo umów konsumenckich*, Warszawa 1999
- Machowski J., *Prawa człowieka*, Warszawa 1968
- Małysz F., *Odpowiedzialność materialna pracowników za szkody w mieniu powierzonym*, PiZS 1999/7–8
- Marciniak J., *Treść i sprawowanie opieki nad małoletnim*, Warszawa 1975
- Marciniak J., *Optymalizacja zatrudnienia. Zwolnienia, outsourcing, outplacement*, Kraków 2009
- Marek Z., *Błąd medyczny*, Kraków 2007
- Materiały Biura Rzecznika Praw Obywatelskich 1989/9
- Milewska-Jakubowska K., *Postawy pielęgniarek wobec pacjentów*, PS 1991/11–12
- Millon T. i in., *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*, Warszawa 2005
- Mojśa W., *Ocena wpływu struktury organizacyjnej podstawowej opieki zdrowotnej na satysfakcję zawodową pielęgniarek*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin–Polonia” 2005/LX, suppl. XVI, 330
- Molęda S., *Prawo dla lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2006
- Molęda S., *Prawo dla lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2007

- Morecka Z., *Rola dochodów w egalitaryzacji społeczeństwa*, PS 1977/10
- Nałęcz M., *Prawo pracy po zmianach*, cz. II, „Monitor Prawniczy” 2002/22
- Nawrocka A., *Etos w zawodach medycznych*, Warszawa 2008
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2004
- Nesterowicz M., *Nowe ustawodawstwo medyczne (osiągnięcia i błędy)*, PiP 1997/9
- Nesterowicz M., *Glosa do wyroku SN z dnia 19 listopada 1969 r., II CR 294/69*, „Prawo Medyczne” 2012/466
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*, Warszawa 2017
- Nielubowicz J., *Lekarz w oczach chorego. Humanistyczne wartości medycyny u progu XXI wieku. Relacja lekarz – pacjent*, „Polski Tygodnik Lekarski” 1993/18–19
- Nowacki J., Tobor Z., *Wstęp do prawoznawstwa*, Katowice 1999
- Nowacki T.W., *Leksykon pedagogiki pracy*, Radom 2004
- Nowoczesne zarządzanie w opiece zdrowotnej. Warunki systemowe zarządzania opieką zdrowotną*, red. M. Trocki, Warszawa 2002
- Nycz T., *Dyżur medyczny i gotowość do udzielania świadczeń medycznych*, PiZS 2000/10
- Nycz T., *Praktyczne aspekty dyżuru medycznego*, PiZS 2000/11
- Nycz T., *Wynagrodzenie za pracę*, Kraków 2005
- Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych. Postępowanie rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Prewencja wykroczeń zawodowych*, red. G. Rogala-Pawelczyk, Warszawa 2008
- Ogiegło Ł. [w:] *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. K. Pietrzykowski, t. II, Warszawa 1998
- Olejnik S., *Etyka lekarska*, Katowice 1994
- Olszewski J., *Prawo gospodarcze. Kompendium*, Warszawa 2002
- Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych*, Warszawa 2003
- Paszkiwicz J., *Wind of changes*, „Menedżer Zdrowia” 2008/1
- Piątek A., *Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych w świetle Ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej* [w:] *Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych. Postępowanie rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Prewencja wykroczeń zawodowych*, red. G. Rogala-Pawelczyk, Warszawa 2008
- Piotrowski W., *Stosunek pracy*, Poznań 1977
- Pisarczyk Ł., *Różne formy zatrudnienia*, Warszawa 2003
- Pisarczyk Ł., *Ryzyko pracodawcy*, Warszawa 2008
- Piwnik S., *Jeszcze o pojęciu podporządkowania pracownika w świetle polskiego prawa pracy*, „Nowe Prawo” 1980/2
- Pocztowski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie – procesy – metody*, Warszawa 2007
- Podstawowe dokumenty Rady Europy z dziedziny polityki społecznej*, red. R. Henczel, J. Maciejewska, Warszawa 1997
- Podstawy organizacji pracy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów studiów licencjackich Wydziałów Pielęgniarstwa oraz Wydziałów Nauki o Zdrowiu*, red. A. Ksykiewicz-Dorota, Lublin 2013
- Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, red. M. Dobska, K. Rogoziński, Warszawa 2008
- Polskie prawo pracy w procesie przemian*, red. A. Świątkowski, Kraków 1991
- Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy w krajach Wspólnoty Europejskiej*, „Biuletyn Informacyjny Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej” 1999/1
- Poznańska S., *Pielęgniarka w opiece nad zdrowiem* [w:] *Pielęgniarstwo*, red. K. Zahradniczek, Warszawa 2004

- Póltowska W., *Lekarz wobec wartości życia ludzkiego*, „Ethos” 1993/5
- Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wrocław 2003
- Prawo pracy a reforma gospodarcza*, red. W. Piotrowski, Poznań 1989
- Prawo spółek. Wybrane zagadnienia*, red. J. Jacyszyn, M. Skory, Bielsko-Biała 2001
- Przeptyw osób i świadczenie usług w Unii Europejskiej. Nowe zjawiska i tendencje*, red. S. Biernat, S. Dudziak, Warszawa 2009
- Raczkowski M., *O podporządkowaniu autonomicznym – krytycznie* [w:] *Współczesne problemy prawa pracy i ubezpieczeń społecznych*, red. L. Florek, Ł. Pisarczyk, Warszawa 2011
- Radwański Z., Olejniczak A., *Zobowiązania – część ogólna*, Warszawa 2012
- Rajski J., *O czym należy uprzedzić świadka*, Palestra 1958/1
- Reszke I., *Prestiż społeczny a płęć*, Wrocław 1984
- Rostkowski T., *Zarządzanie kompetencjami jako przyszłość zsz w Polsce*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2002/6 (2)
- Rój J., Sobiech J., *Zarządzanie finansami szpitala*, Warszawa 2006
- Rudawska I., *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Warszawa 2007
- Rusinek M., *Tajemnica zawodowa i jej ochrona*, Warszawa 2007
- Rycak M., *Czas pracy w zakładach opieki zdrowotnej*, Warszawa 2008
- Rzewuski M., *Glosa do wyroku SN z dnia 29 maja 2007 r.*, V CSK 76/07, OSNC 2008/8, poz. 91
- Rżewska I., *Wspólnota szpitalna w walce z cierpieniem* [w:] *Pacjent – pielęgniarz*, Warszawa 1987
- Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M., Haynes R.B.i in., *Evidence Based Medicine: What it Is and What it Isn't*, „BMJ (British Medical Journal)” 1996/312 (7023)
- Safjan M., *Zasada swobody umów (Uwagi wstępne na tle wykładni art. 3531 k.c.)*, PiP 1993/4
- Safjan M., *Problemy prawne tajemnicy lekarskiej*, „Kwartalnik Prawa Prywatnego” 1995/1
- Safjan M., *Prawo i medycyna*, Warszawa 1998
- Safjan M., *Prawo do ochrony życia prywatnego* [w:] *Szkoła praw człowieka: teksty wykładów*, Warszawa 2006
- Salwa Z., *Prawo pracy w PRL w zarysie*, Warszawa 1977
- Salwa Z., *Prawo pracy i ubezpieczeń społecznych*, Warszawa 1995
- Sanetra W., *Ryzyko osobowe zakładu pracy*, Warszawa 1971
- Sarnecki P., *Prawo konstytucyjne RP*, Warszawa 2006
- Sawicki J., *Tajemnica zawodowa lekarza i dziennikarza w prawie karnym*, Warszawa 1960
- Serwach M., *Reklama gabinetu lekarskiego*, „Medycyna Praktyczna” 2013/1
- Siekaczyńska M., *Nieujawnienie informacji jako jedna z form mocnego paternalizmu*, „Rubikon” 1999/1
- Sieńczyło-Chlabicz J., *Prawo do ochrony sfery intymności jednostki*, PiP 2004/11
- Siewierski K., *Kodeks karny i prawo wykonawcze. Komentarz*, Warszawa 1965
- Sikora D., *Chory zapłaci za dodatkową opiekę pielęgnacyjną*, „Gazeta Prawna” z 8.05.2009 r., http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/316436.chory_zaplaci_za_dodatkowa_opieke_pielegniarki.html
- Siwy S., *Jak dyżur wpływa na czas pracy*, „Gazeta Prawna” z 28.12.2006 r.
- Skąpski M., *Ochronna funkcja prawa pracy w gospodarce rynkowej*, Kraków 2006
- Skrzydło J., *Zawody zaufania publicznego – demokracja – praworządność*, Ogólnopolska konferencja przedstawicieli zawodów zaufania publicznego, Łódź, 29.09.2007 r.
- Słownik języka polskiego*, t. I–III, red. M. Szymczak, Warszawa 1979–1981
- Słownik wyrazów obcych*, Warszawa 1980
- Sośniak M., *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1989
- Sozański P., *Praca w Szwecji*, „Służba Zdrowia” 2005/17–20

- Sroka T., *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego przypisania skutku*, Warszawa 2013
- Stawecki T., Winczorek P., *Wstęp do prawoznawstwa*, Warszawa 1999
- Studia z prawa pracy. Księga pamiątkowa ku czci Docenta Jerzego Logi*, red. Z. Góral, Łódź 2007
- Suport A., *Zatrudnienie pracownika i zatrudnienie niezależne [w:] Referaty na VI Europejski Kongres Prawa Pracy i Zabezpieczenia Społecznego*, Warszawa, 13–17 września 1999 r., Warszawa 1999
- Suwalski A., *Niektóre ekonomiczno-społeczne aspekty sporu o sprawiedliwość społeczną*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2002/1
- Szałkowski A., *Stosunki pracy jako problem polityki społecznej*, PS 1997/3
- Szanse i zagrożenia w kontekście integracji europejskiej*, red. L. Zbiegień-Maciąg, W. Pawlik, Kraków 2003
- Szczególne formy zatrudnienia*, red. Z. Kubot, Wrocław 2000
- Szpor G., *Wolne zawody medyczne w Kodeksie spółek handlowych*, „Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego” 2001/8
- Szpunar A., *Ochrona dóbr osobistych*, Warszawa 1979
- Sztembis B., Wrońska I., *Od ery medycznej do postmedycznej. Współczesny system ochrony zdrowia*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2001/12
- Szymusik A., *Problemy etyczne w psychiatrii*, „Psychiatria Polska” 1994/3
- Świdorska M., *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007
- Urbanek B., *Idea opieki nad chorym na ziemiach polskich w latach 1809–1914*, Warszawa 2001
- Urbanowicz U., Sawaniewski A., *Świadczenie medyczne – czym jest? [w:] Polityka zdrowotna*, t. I, *Rola procedur i standardów medycznych w konstrukcji i finansowaniu świadczeń zdrowotnych*, Łódź 2004
- Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, red. F. Grzegorzczak, M. Dulińska, Warszawa 2013
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. M. Nesterowicz, Warszawa 2009
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz*, red. E. Zielińska, Warszawa 2008
- Vardy P., Grosch P., *Etyka*, Poznań 1995
- Warylewski J., *Molestowanie seksualne w miejscu pracy*, Warszawa 1999
- Winczorek P., *Komentarz do Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.*, Warszawa 2000
- Wiśniewski A., *Umowa o pracę a umowy cywilne*, Rzeczpospolita z 19.08.1996 r.
- Witczak R., *Opodatkowanie działalności medycznej lekarzy i pielęgniarek*, Warszawa 2009
- Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim. Konferencja międzynarodowa*, red. G. Rogala-Pawelczyk, J. Kubajka-Piotrowska, Warszawa 2009
- Włodarczyk C., Poździuch S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków 2001
- Włodarczyk M., *Problem podmiotowości pracowniczej*, PiZS 1983/4
- Wojtczak A., *Zdrowie publiczne wyzwaniem dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2009
- Wojtczak K., *Zawód i jego prawna reglamentacja. Studium z zakresu materialnego prawa administracyjnego*, Poznań 1999
- Wojtczak K., Leoński Z., *Komentarz do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej*, Warszawa–Poznań 1993
- Wołynka S., *Pielęgniarstwo ogólne*, Warszawa 1981
- Woźniak Z., *W stronę zdrowia społeczności – socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2004/1

- Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studiów medycznych, red. nauk. J. Górajek-Jóźwik, Warszawa 2007
- Wratny J., *Umowa społeczna*, PiZS 2007/10
- Wrocławska T., *Prawo do strajku w prawie pracy państw bałtyckich w świetle prawa międzynarodowego. Implikacje dla Polski*, Poznań 2007
- Wróblewski J., *Prawo obowiązujące a „ogólne zasady prawa”*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Łódzkiego” 1965, Nauki Humanistyczne seria 1, z. 42
- Wspólnotowe prawo gospodarcze, t. II, red. A. Cieśliński, Warszawa 2007
- Współczesne problemy prawa pracy i ubezpieczeń społecznych, red. L. Florek, Ł. Pisarczyk, Warszawa 2011
- Wyka J., *Podmiotowość człowieka chorego a moralny nakaz lekarza niesienia mu pomocy*, „Gazeta Lekarska” 1993/2
- Wyka T., *Ochrona zdrowia i życia pracownika jako element treści stosunku pracy*, Warszawa 2003
- Z zagadnień współczesnego prawa pracy, red. Z. Góral, Warszawa 2009
- Zabieglińska B., *Składki i zaliczki*, „Służba Pracownicza” 2006/4
- Zarządzanie podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, red. M. Paszkowska, Warszawa 2015
- Zarządzanie w opiece zdrowotnej, red. M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich, Karków 2001
- Zatrudnienie w zdrowiu publicznym w Europie, red. K. Czabanowska, C. Włodarczyk, Karków 2004
- Zawody zaufania publicznego a interes publiczny – korporacyjna reglamentacja versus wolność wykonywania zawodu. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Komisję Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu RP przy współudziale Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej pod patronatem Marszałka Senatu RP Longina Pastusiaka, 8 kwietnia 2002 r., Warszawa 2002
- Zbiorowe prawo pracy w społecznej gospodarce rynkowej, red. G. Goździkiewicz, Toruń 2000
- Zdyb M., *Prawo działalności gospodarczej. Komentarz do ustawy z 19 listopada 1999 r.*, Kraków 2000
- Zdyb M., Sieradzka M., *Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej. Komentarz*, Warszawa 2013
- Zdziebło K., *Kształcenie pielęgniarek dla przyszłości*, Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Pielęgniarstwo wobec zagrożenia wartości, 100-lecie urodzin Hanny Chrzanowskiej”, Kraków 11–12.10.2002 r., materiały konferencyjne
- Zielińska E., *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Warszawa 2001
- Zielińska E., *Wzajemne relacje w zespołowym działaniu medycznym w aspekcie odpowiedzialności karnej i zawodowej*, PiM 2001/9
- Zielonka T.M., *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 12*, „Gazeta Lekarska” 1997/6
- Zielonka T.M., *Prawo do życzliwości*, „Gazeta Lekarska” 1997/6
- Zielonka T.M., *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 13*, „Gazeta Lekarska” 1997/11
- Zielonka T.M., *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 16*, „Gazeta Lekarska” 1998/5
- Zielonka T.M., *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 21*, „Gazeta Lekarska” 1998/12
- Zielonka T.M., *Na marginesie Kodeksu Etyki Lekarskiej. Artykuł 13 tertio*, „Gazeta Lekarska” 1999/3
- Zimna T., *Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa 2007
- Zubik M., *Glosa do wyroku TK z dnia 23 kwietnia 2008 r.*, SK 16/07, „Przełąd Sejmowy” 2008/6
- Żelichowski M., *Formy wykonywania zawodu lekarza – wprowadzenie*, „Medycyna Praktyczna” 2007/1
- Żelichowski M., *Sekcja zwłok*, „Medycyna Praktyczna” 2001/11

-
- Żelichowski M., *Zasady wykonywania zawodu lekarza – wprowadzenie*, „Medycyna Praktyczna” 2007/1
- Żelichowski M., *Prawo pacjenta do informacji*, „Medycyna Praktyczna” 1999/12

WYKAZ POLSKICH AKTÓW PRAWNYCH

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 ze zm.)
- Ustawa z 20.07.1950 r. o zawodzie fęlczera (Dz.U. z 2018 r. poz. 2150)
- Ustawa z 31.01.1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1473 ze zm.)
- Ustawa z 14.06.1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2020 r. poz. 256)
- Ustawa z 25.02.1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 2019 r. poz. 2086 ze zm.)
- Ustawa z 23.04.1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2019 r. poz. 1145 ze zm.)
- Ustawa z 21.11.1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 2019 r. poz. 1541 ze zm.)
- Ustawa z 17.11.1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2019 r. poz. 1460 ze zm.)
- Ustawa z 20.05.1971 r. – Kodeks wykroczeń (Dz.U. z 2019 r. poz. 821 ze zm.)
- Ustawa z 26.06.1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2019 r. poz. 1040 ze zm.)
- Ustawa z 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2019 r. poz. 2277 ze zm.)
- Ustawa z 17.05.1989 r. o gwarancjach wolności sumienia i wyznania (Dz.U. z 2017 r. poz. 1153 ze zm.)
- Ustawa z 17.05.1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania (Dz.U. z 2019 r. poz. 1347)
- Ustawa z 6.04.1990 r. o Policji (Dz.U. z 2019 r. poz. 161 ze zm.)
- Ustawa z 19.04.1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 41, poz. 178 ze zm.)
- Ustawa z 19.04.1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U. z 2019 r. poz. 1419 ze zm.)
- Ustawa z 23.05.1991 r. o rozwiązywaniu sporów zbiorowych (Dz.U. z 2020 r. poz. 123)
- Ustawa z 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1387 ze zm.)
- Ustawa z 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.)
- Ustawa z 7.01.1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. Nr 17, poz. 78 ze zm.)
- Ustawa z 4.03.1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1352 ze zm.)
- Ustawa z 7.07.1994 r. – Prawo budowlane (Dz.U. z 2019 r. poz. 1186 ze zm.)
- Ustawa z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r. poz. 1878 ze zm.)
- Ustawa z 9.11.1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 2182)
- Ustawa z 5.07.1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.)

- Ustawa z 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2019 r. poz. 537 ze zm.)
- Ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2019 r. poz. 1950 ze zm.)
- Ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2020 r. poz. 30)
- Ustawa z 27.06.1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. z 2019 r. poz. 1175 ze zm.)
- Ustawa z 29.08.1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. z 2019 r. poz. 900 ze zm.)
- Ustawa z 22.08.1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U. z 2019 r. poz. 1222)
- Ustawa z 12.12.1997 r. o dodatkowym wynagrodzeniu rocznym dla pracowników jednostek sfery budżetowej (Dz.U. z 2018 r. poz. 1872)
- Ustawa z 20.11.1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiągniętych przez osoby fizyczne (Dz.U. z 2019 r. poz. 43 ze zm.)
- Ustawa z 7.10.1999 r. o języku polskim (Dz.U. z 2019 r. poz. 1480 ze zm.)
- Ustawa z 29.11.2000 r. – Prawo atomowe (Dz.U. z 2019 r. poz. 1792 ze zm.)
- Ustawa z 27.07.2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 849)
- Ustawa z 6.09.2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2019 r. poz. 1429)
- Ustawa z 6.09.2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2019 r. poz. 499 ze zm.)
- Ustawa z 24.04.2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2019 r. poz. 688 ze zm.)
- Ustawa z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2019 r. poz. 1507 ze zm.)
- Ustawa z 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2019 r. poz. 1482 ze zm.)
- Ustawa z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.)
- Ustawa z 1.07.2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2019 r. poz. 1405)
- Ustawa z 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2019 r. poz. 852 ze zm.)
- Ustawa z 13.07.2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz.U. z 2020 r. poz. 7 ze zm.)
- Ustawa z 14.07.2006 r. o wjeździe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pobycie oraz wyjeździe z tego terytorium obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej i członków ich rodzin (Dz.U. z 2019 r. poz. 293)
- Ustawa z 25.08.2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz.U. z 2019 r. poz. 1252 ze zm.)
- Ustawa z 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2019 r. poz. 993 ze zm.)
- Ustawa z 13.04.2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz.U. z 2019 r. poz. 1251)
- Ustawa z 26.04.2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz.U. z 2019 r. poz. 1398 ze zm.)
- Ustawa z 6.11.2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2019 r. poz. 886)
- Ustawa z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2019 r. poz. 1127 ze zm.)
- Ustawa z 5.12.2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2019 r. poz. 1239 ze zm.)
- Ustawa z 19.12.2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1924 ze zm.)
- Ustawa z 2.12.2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2019 r. poz. 965)
- Ustawa z 30.04.2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1350 ze zm.)
- Ustawa z 20.05.2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 186)
- Ustawa z 24.09.2010 r. o ewidencji ludności (Dz.U. z 2019 r. poz. 1397 ze zm.)
- Ustawa z 4.02.2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz.U. z 2020 r. poz. 326 ze zm.)
- Ustawa z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r. poz. 295 ze zm.)
- Ustawa z 28.04.2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2019 r. poz. 408 ze zm.)

- Ustawa z 12.05.2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 784 ze zm.)
- Ustawa z 9.06.2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2019 r. poz. 1111 ze zm.)
- Ustawa z 1.07.2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 916)
- Ustawa z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 576 ze zm.)
- Ustawa z 22.11.2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz.U. z 2019 r. poz. 1077 ze zm.)
- Ustawa z 12.12.2013 r. o cudzoziemcach (Dz.U. z 2020 r. poz. 35)
- Ustawa z 11.09.2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 381 ze zm.)
- Ustawa z 25.09.2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U. z 2019 r. poz. 952 ze zm.)
- Ustawa z 22.12.2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz.U. z 2020 r. poz. 220)
- Ustawa z 4.11.2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. z 2019 r. poz. 473 ze zm.)
- Ustawa z 16.12.2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym (Dz.U. z 2019 r. poz. 1302 ze zm.)
- Ustawa z 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 172 ze zm.)
- Ustawa z 6.03.2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2019 r. poz. 1292 ze zm.)
- Ustawa z 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781)
- Ustawa z 20.07.2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2020 r. poz. 85 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 3.08.1961 r. w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny (Dz.U. Nr 39, poz. 202)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 30.05.1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.U. z 2016 r. poz. 2067)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1.12.2006 r. w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze (Dz.U. Nr 228, poz. 1671)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19.03.2007 r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz.U. Nr 60, poz. 408 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z 30.10.2007 r. w sprawie sposobu i trybu uzyskiwania informacji od prokuratora lub stanowiska sądu rodzinnego o niewyrażeniu sprzeciwu na pobranie ze zwłok komórek, tkanek i narządów (Dz.U. Nr 210, poz. 1532)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 30.04.2008 r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą dla pracowników zatrudnionych w niektórych państwowych jednostkach budżetowych działających w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2018 r. poz. 2241 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Obrony Narodowej z 12.12.2008 r. w sprawie szkoleń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz.U. Nr 229, poz. 1537 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.12.2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych oraz kryteriów ich rozpoznawania (Dz.U. Nr 254, poz. 1711 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20.07.2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. Nr 151, poz. 896)

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18.08.2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 753 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.02.2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz.U. z 2018 r. poz. 393 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10.04.2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz.U. poz. 420)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 14.06.2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcąca w zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz.U. poz. 770)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 5.07.2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności (Dz.U. poz. 808 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9.07.2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie, niezbędnego do wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej (Dz.U. poz. 817)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20.09.2012 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku (Dz.U. poz. 1098)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26.09.2012 r. w sprawie składu komisji, trybu orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz szczegółowego sposobu i trybu postępowania w sprawach zawieszania prawa wykonywania zawodu albo ograniczenia wykonywania określonych czynności zawodowych (Dz.U. poz. 1106)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26.09.2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentyków, załącznik nr 1 pkt X – Program stażu z zakresu prawa medycznego (Dz.U. z 2014 r. poz. 474 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28.12.2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. poz. 1545)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29.10.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2018 r. poz. 742 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1658 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2017 r. poz. 2295 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12.12.2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz.U. poz. 1562)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17.07.2014 r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej (Dz.U. z 2020 r. poz. 4)
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 7.08.2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. z 2018 r. poz. 227)

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 320 ze zm.)
- Rozporządzenie Rady Ministrów z 4.08.2016 r. w sprawie narodowego programu zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. poz. 1492)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30.09.2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. poz. 1761 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 25.10.2016 r. w sprawie stażu adaptacyjnego dla cudzoziemców ubiegających się o przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej (Dz.U. poz. 1792)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 16.12.2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. poz. 2218 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28.02.2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. poz. 497)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 3.03.2017 r. w sprawie stażu adaptacyjnego i testu umiejętności w toku postępowania w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych do wykonywania medycznych zawodów regulowanych (Dz.U. poz. 511 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29.05.2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U. z 2019 r. poz. 1267 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 11.08.2017 r. w sprawie doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych (Dz.U. poz. 1620)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18.12.2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii (Dz.U. poz. 2435)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18.01.2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (Dz.U. poz. 299)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13.04.2018 r. w sprawie recept (Dz.U. poz. 745 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 16.08.2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. poz. 1756)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 16.08.2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (Dz.U. poz. 1655)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12.10.2018 r. w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej (Dz.U. poz. 2001)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8.11.2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz.U. poz. 2154)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.12.2018 r. w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz.U. poz. 2459)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26.03.2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. poz. 595)
- Rozporządzenie Ministra Finansów z 29.04.2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. poz. 866)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27.06.2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. poz. 1213)

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 26.07.2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. poz. 1573)

Zarządzenie Ministra Zdrowia z 21.03.2012 r. w sprawie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (Dz.Urz. Min. Zdr. poz. 10 ze zm.)

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 30.04.2019 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.Urz. Min. Zdr. poz. 38)

PODSTAWOWE REGULACJE PRAWA MIĘDZYNARODOWEGO I EUROPEJSKIEGO

- Europejskie porozumienie w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek z 25.10.1967 r. (Dz.U. z 1996 r. Nr 83, poz. 384)
- Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z 19.12.1966 r. (Dz.U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167)
- Konwencja nr 111 MOP dotycząca dyskryminacji w zakresie zatrudnienia i wykonywania zawodu z 25.06.1958 r. (Dz.U. z 1961 r. Nr 42, poz. 218)

Rada Europy

- Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności, sporządzona w Rzymie 4.11.1950 r. (Dz.U. z 1993 r. Nr 61, poz. 284 ze zm.)
- Europejska Karta Społeczna, sporządzona w Turynie 18.10.1961 r. (Dz.U. z 1999 r. Nr 8, poz. 67 ze zm.)
- Zrewidowana Europejska Karta Społeczna z 1996 r., za: *Podstawowe dokumenty Rady Europy z dziedziny polityki społecznej*, wybór i oprac. R.A. Henczel, J. Maciejewska, Warszawa 1997
- Europejski kodeks zabezpieczenia społecznego z 1964 r., za: *Podstawowe dokumenty Rady Europy z dziedziny polityki społecznej*, wybór i oprac. R.A. Henczel, J. Maciejewska, Warszawa 1997
- Europejskie porozumieniu w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek, sporządzone w Strasburgu 25.10.1967 r. (Dz.U. z 1996 r. Nr 83, poz. 384)
- Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny z 1997 r., za: *Europejskie standardy bioetyczne. Wybór materiałów*, wstęp, tłumaczenie i oprac. T. Jasudowicz, Toruń 1998

Unia Europejska

- Karta praw podstawowych Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana Dz.Urz. UE z 2016 r. C 202, s. 389)
- Traktat o Unii Europejskiej (wersja skonsolidowana Dz.Urz. UE C 83 z 30.03.2010, s. 13; Dz.U. z 2004 r. Nr 90, poz. 864/30)
- Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską (wersja skonsolidowana Dz.Urz. UE C 321E z 29.12.2006, s. 37)

- Dyrektywa Rady z 27.06.1977 r. dotycząca wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną, łącznie ze środkami mającymi na celu ustalenie skutecznego wykonywania prawa przedsiębiorczości i swobody świadczenia usług (77/452/EWG) (Dz.Urz. WE L 176, s. 1–7, ze zm.)
- Dyrektywa Rady z 27.06.1977 r. dotycząca koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych w zakresie działalności pielęgniarek/pielęgniarzy odpowiedzialnych za opiekę ogólną (77/453/EWG) (Dz.Urz. WE L 176, s. 8, ze zm.)
- Dyrektywa Rady z 10.10.1989 r. zmieniająca dyrektywę 77/452/EWG dotyczącą wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji pielęgniarki/pielęgniarza odpowiedzialnych za opiekę ogólną, łącznie ze środkami mającymi na celu ułatwienie skutecznego wykonywania prawa przedsiębiorczości i swobody świadczenia usług oraz uzupełniająca dyrektywę 77/453/EWG dotyczącą koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych w zakresie działalności pielęgniarek/pielęgniarzy odpowiedzialnych za opiekę ogólną (89/595/EWG) (Dz.Urz. WE L 341, s. 30)
- Dyrektywa Rady z 30.10.1989 r. zmieniająca dyrektywy 75/362/EWG, 77/452/EWG, 78/686/EWG, 78/1026/EWG oraz 80/154/EWG odnoszące się do wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji lekarzy, pielęgniarek odpowiedzialnych za opiekę ogólną, lekarzy dentyistów, lekarzy weterynarii oraz położnych, jak również dyrektywy 75/363/EWG, 78/1027/EWG oraz 80/155/EWG dotyczące koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych odnoszących się do działalności lekarza, lekarza weterynarii i położnej (89/594/EWG) (Dz.Urz. WE L 341, s. 19, ze zm.)
- Dyrektywa Rady z 4.12.1990 r. zmieniająca, ze względu na zjednoczenie Niemiec, niektóre dyrektywy odnoszące się do wzajemnego uznawania kwalifikacji zawodowych (90/658/EWG) (Dz.Urz. WE L 353, s. 73)
- Dyrektywa 2001/19/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 14.05.2001 r. zmieniająca dyrektywę Rady 89/48/EWG i 92/51/EWG w sprawie ogólnego systemu uznawania kwalifikacji zawodowych oraz dyrektywy Rady 77/452/EWG, 77/453/EWG, 78/686/EWG, 78/687/EWG, 78/1026/EWG, 78/1027/EWG, 80/154/EWG, 80/155/EWG, 85/384/EWG, 85/432/EWG, 85/433/EWG i 93/16/EWG dotyczące zawodów pielęgniarki ogólnej, lekarza dentyisty, lekarza weterynarii, położnej, architekta, farmaceuty i lekarza (Dz.Urz. UE L 206, s. 1)
- Dyrektywa 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 4.11.2003 r. dotycząca niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Dz.Urz. UE L 299, s. 9)
- Dyrektywa Rady 2003/109/WE z 25.11.2003 r. dotycząca statusu obywateli państw trzecich będących rezydentami długoterminowymi (Dz.Urz. UE z 2004 r. L 16, s. 44, ze zm.)
- Dyrektywa 2004/38/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 29.04.2004 r. w sprawie prawa obywateli Unii i członków ich rodzin do swobodnego przemieszczania się i pobytu na terytorium Państw Członkowskich, zmieniającej rozporządzenie (EWG) nr 1612/68 i uchylającej dyrektywę 64/221/EWG, 68/360/EWG, 72/194/EWG, 73/148/EWG, 75/34/EWG, 75/35/EWG, 90/364/EWG, 90/365/EWG i 93/96/EWG (Dz.Urz. UE L 158, s. 77, ze zm.)
- Dyrektywa 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 7.09.2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz.Urz. UE L 255 z 30.09.2005 ze zm., s. 22)
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9.03.2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz.Urz. UE L 88, s. 45, ze zm.)

WYKAZ ORZECZNICTWA

Orzeczenia Trybunału Sprawiedliwości

- Wyrok z 28.11.1989 r., C-379/87, Anita Groener przeciwko Minister for Education and the City Dublin Vocational Educational Committee, ECLI:EU:C:1989:599
- Wyrok z 30.11.1995 r., C-55/94, Reinhard Gebhard przeciwko Consiglio dell'Ordine degli Avvocati e Procuratori di Milano, EU:C:1995:411
- Wyrok z 9.07.1997 r., C-222/95, Société Civile Immobiliaria Parodi przeciwko Banque H. Albert de Bary et Cie, ECLI:EU:C:1997:345
- Wyrok z 23.11.1999 r., Postępowania karne przeciwko Jean-Claude Arblade i Arblade & Fils SARL (C-369/96) i Bernard Leloup, Serge Leloup i Sofrage SARL (C-376/96), EU:C:1999:575
- Wyrok z 4.07.2000 r., C-424/97, Salomone Haim przeciwko Kassenzahnärztliche Vereinigung, EU:C:2000:357
- Wyrok z 19.06.2003 r., C-110/01, Malika Tennah-Durez przeciwko Conseil national de l'ordre des médecins, ECLI:EU:C:2003:357
- Wyrok z 11.12.2003 r., C-215/01, Bruno Schnitzer, EU:C:2003:662

Orzeczenia sądów polskich

- Postanowienie TK z 7.10.1992 r., U 1/92, OTK 1992/2, poz. 38
- Uchwała pełnego składu TK z 17.03.1993 r., W 16/92, OTK 1993/1, poz. 16
- Wyrok TK z 17.05.1999 r., P 6/98, Dz. U. Nr 45, poz. 458
- Wyrok TK z 4.04.2001 r., K 11/00, OTK 2001/3, poz. 358
- Wyrok TK z 22.05.2001 r., K 37/00, OTK 2001/4, poz. 86
- Wyrok TK z 15.10.2002 r., SK 6/02, OTK-A 2002/5, poz. 65
- Wyrok TK z 22.11.2004 r., SK 64/03, OTK-A 2004/10, poz. 107
- Wyrok TK z 23.04.2008 r., SK 16/07, OTK-A 2008/3, poz. 45
- Wyrok TK z 7.10.2015 r., K 12/14, OTK-A 2015/9, poz. 143
- Orzeczenie SN z 10.12.1952 r., C 584/52, PiP 1953/7–8, s. 366
- Wyrok SN z 25.03.1954 r., II K 172/54, niepubl.
- Wyrok SN z 20.03.1965 r., III PU 28/64, OSNCP 1965/9, poz. 157
- Orzeczenie SN z 7.01.1966 r., I CR 369/65, OSPiKA 1966/12, poz. 278
- Wyrok SN z 5.07.1967 r., I PR 174/67, OSNCP 1968/2, poz. 26
- Wyrok SN z 6.02.1969 r., V KRN 728/68, OSNPG 1969/6, poz. 91

- Wyrok SN z 12.03.1969 r., III PZP 1/69, OSNCP 1969/11, poz. 197
Wyrok SN z 17.06.1969 r., II CR 165/69, OSPiKA 1969/7–8, poz. 155
Wyrok SN z 14.11.1972 r., I CR 463/72, NP 1975/4, s. 587
Wyrok SN z 27.07.1974 r., Rw 370/74, OSNKW 1974/10, poz. 193
Wyrok SN z 28.05.1976 r., IV PR 49/76, LEX nr 14311
Wyrok SN z 25.11.1976 r., IV PR 360/76, LEX nr 14341
Wyrok SN z 8.12.1976 r., IV PR 285/76, LEX nr 14350
Wyrok SN z 31.01.1978 r., I PRN 147/77, OSNCP 1978/7, poz. 126
Wyrok SN z 16.01.1979 r., I CR 440/78, OSPiKA 1979/9, poz. 169
Wyrok SN z 13.03.1979 r., I PRN 18/79, LEX nr 14489
Wyrok SN z 8.08.1979 r., I PR 55/79, OSNC 1980/1–2, poz. 30
Wyrok SN z 11.03.1986 r., I CR 4/86, OSPiKA 1987/4, poz. 86
Wyrok z 16.12.1987 r., I PRN 68/87, OSNC 1989/10, poz. 164
Wyrok SN z 25.04.1989 r., I CR 143/89, OSP 1990/9, poz. 330
Wyrok SN z 1.08.1990 r., I PRN 7/90, niepubl.
Uchwała SN z 12.04.1994 r., I PZP 13/94, OSNAPiUS 1994/3, poz. 39
Uchwała SN (7) z 28.04.1994 r., I PZP 6/94, OSNAPiUS 1994/8, poz. 125
Uchwała SN (7) z 16.06.1994 r., I KZP 5/94, OSNKW 1994/7–8, poz. 41
Uchwała SN z 31.08.1994 r., I KZP 20/94, OSNKW 1994/9–10, poz. 58
Wyrok SN z 17.05.1995 r., I PRN 12/95, OSNAP 1995/21, poz. 262
Wyrok SN z 16.01.1996 r., I PRN 100/95, „Wokanda” 1996/6, poz. 22
Wyrok SN z 6.02.1997 r., I PKN 77/96, OSNP 1997/18, poz. 340
Wyrok SN z 11.03.1997 r., III CKN 33/97, OSNC 1997/6–7, poz. 93
Wyrok SN z 13.03.1997 r., I PKN 43/97, OSNAPiUS 1997/24, poz. 494
Wyrok SN z 11.04.1997 r., I PKN 89/97, OSNAPiUS 1998/2, poz. 35
Wyrok SN z 25.04.1997 r., II UKN 67/97, OSNAPiUS 1998/2, poz. 57
Wyrok SN z 8.05.1997 r., I PKN 131/97, OSNAPiUS 1998/6, poz. 178
Wyrok SN z 23.05.1997 r., I PKN 187/97, OSNP 1998/9, poz. 265
Wyrok SN z 12.06.1997 r., I PKN 211/97, OSNP 1998/11, poz. 323
Wyrok SN z 10.09.1997 r., I PKN 244/97, OSNP 1998/12, poz. 358
Wyrok SN z 11.09.1997 r., II UKN 232/97, OSNAPiUS 1998/13, poz. 407
Wyrok SN z 1.10.1997 r., I PKN 317/97, OSNP 1998/14, poz. 428
Wyrok SN z 15.10.1997 r., III CKN 226/97, LEX nr 1110924
Wyrok SN z 4.12.1997 r., I PKN 394/97, OSNP 1998/20, poz. 595
Wyrok SN z 5.02.1998 r., I PKN 515/97, OSNAPiUS 1999/2, poz. 46
Wyrok SN z 5.05.1998 r., I CKU 110/97, LEX nr 34023
Wyrok SN z 14.05.1998 r., I PKN 122/98, OSNAPiUS 1999/10, poz. 343
Wyrok SN z 3.06.1998 r., I PKN 170/98, OSNP 1999/11, poz. 369
Wyrok SN z 2.09.1998 r., I PKN 293/98, OSNAPiUS 1999/18, poz. 582
Wyrok SN z 23.09.1998 r., II UKN 229/98, OSNAPiUS 1999/19, poz. 627
Wyrok SN z 28.10.1998 r., I PKN 416/98, OSNP 1999/24, poz. 775
Wyrok SN z 6.10.1998 r., I PKN 389/98, OSNP 1999/22, poz. 718
Wyrok SN z 28.10.1998 r., I PKN 416/98, OSNAPiUS 1999/24, poz. 775
Wyrok SN z 10.11.1998 r., I PKN 428/98, OSNP 1999/24, poz. 791
Wyrok SN z 26.11.1998 r., I PKN 458/98, OSNP 2000/3, poz. 94
Wyrok SN z 12.01.1999 r., I PKN 535/98, OSNAPiUS 2000/5, poz. 175.
Wyrok SN z 9.02.1999 r., I PKN 562/98, OSNAPiUS 2000/6, poz. 223

- Wyrok SN z 17.02.1999 r., I PKN 568/98, OSNP 2000/6, poz. 229
Wyrok SN z 7.04.1999 r., I PKN 642/98, OSNAPiUS 2000/11, poz. 417
Wyrok SN z 5.05.1999 r., I PKN 680/98, OSNP 2000/13, poz. 513
Wyrok SN z 7.09.1999 r., I PKN 277/99, OSNAPiUS 2001/1, poz. 18
Wyrok SN z 15.09.1999 r., III CKN 339/98, OSP 2000/4, poz. 66
Wyrok SN z 13.10.1999 r., I PKN 296/99, OSNP 2001/4, poz. 114
Wyrok SN z 15.10.1999 r., I PKN 307/99, OSNAPiUS 2001/7, poz. 214
Wyrok SN z 9.12.1999 r., I PKN 432/99, OSNAP 2001/9, poz. 310
Wyrok SN z 9.12.1999 r., I PKN 434/99, OSNAPiUS 2001/9, poz. 311
Wyrok SN z 14.12.1999 r., I PKN 451/99, OSNAPiUS 2001/10, poz. 337
Wyrok SN z 16.12.1999 r., I PKN 469/99, OSNP 2001/10, poz. 346
Wyrok SN z 16.12.1999 r., I PKN 468/99, „Prawo Pracy” 2001/5, poz. 31
Wyrok SN z 27.03.2000 r., I PKN 150/99, OSNAPiUS 2001/16, poz. 505
Wyrok SN z 13.04.2000 r., I PKN 594/99, „Prawo Pracy i Prawo Socjalne. Przegląd Orzecznictwa”
2001/7–8, s. 3
Wyrok SN z 18.04.2000 r., I PKN 612/99, OSNP 2001/19, poz. 584
Wyrok SN z 19.07.2000 r., II CKN 277/00, LEX nr 52559
Wyrok SN z 20.07.2000 r., I PKN 742/99, OSNP 2002/3, poz. 74
Wyrok SN z 4.10.2000 r., I PKN 61/00, OSNP-wkł. 2001/10, poz. 9
Wyrok SN z 7.11.2000 r., I CKN 1149/98, LEX nr 50831
Wyrok SN z 5.12.2000 r., I PKN 127/00, OSNP 2002/15, poz. 356
Wyrok SN z 5.12.2000 r., I PKN 133/00, OSNP 2002/14, poz. 326
Wyrok SN z 25.01.2001 r., IV CKN 232/00, LEX nr 52527
Wyrok SN z 14.02.2001 r., I PKN 256/00, OSNAP 2002/23, poz. 564
Wyrok SN z 4.04.2001 r., III CKN 323/00, LEX nr 365051
Wyrok SN z 7.08.2001 r., I PKN 730/00, OSP 2002/7–8, poz. 96
Uchwała SN z 18.09.2001 r., I KZP 18/01, OSNKKW 2001/11–12, poz. 89
Wyrok SN z 30.01.2002 r., III CKN 243/01, LEX nr 54933
Wyrok SN z 14.02.2002 r., I PKN 876/00, OSNAPiUS 2004/4, poz. 60
Wyrok SN z 25.09.2002 r., I CKN 969/00, LEX nr 55508
Wyrok SN z 25.09.2002 r., I CKN 971/00, LEX nr 56902
Postanowienie SN z 17.10.2002 r., IV KKN 634/99, OSNKKW 2003/3–4, poz. 33
Wyrok SN z 6.05.2003 r., I PK 157/02, OSNP 2004/15, poz. 263
Wyrok SN z 29.10.2003 r., III CK 34/02, OSP 2005/4, poz. 54
Wyrok SN z 9.09.2004 r., I PK 659/03, OSNP 2005/10, poz. 139
Wyrok SN z 23.09.2004 r., I PK 494/03, OSNAPiUS 2005/10, poz. 140
Wyrok SN z 7.10.2004 r., II PK 29/04, OSNAP 2005/7, poz. 97
Wyrok SN z 25.11.2004 r., I PK 42/04, OSNP 2005/14, poz. 209
Wyrok SN z 9.12.2004 r., I PK 103/04, OSNP 2005/15, poz. 220
Wyrok SN z 14.12.2004 r., III PK 63/04, LEX nr 2448262
Wyrok SN z 17.12.2004 r., II CK 303/04, OSP 2005/11, poz. 131
Wyrok SN z 26.01.2005 r., II PK 191/04, OSNP 2005/20, poz. 313
Wyrok SN z 15.04.2005 r., I CK 753/04, LEX nr 603406
Wyrok SN z 5.05.2005 r., III PK 14/05, OSNP 2005/23, poz. 376
Wyrok SN z 23.06.2005 r., II PK 265/04, „Prawo Pracy” 2005/9, poz. 32
Wyrok SN z 13.07.2005 r., I CK 18/05, LEX nr 181380
Wyrok SN z 7.09.2005 r., II PK 292/04, OSNP 2006/7–8, poz. 114

- Wyrok SN z 25.11.2005 r., I UK 68/05, „Wokanda” 2006/4, s. 26
Wyrok SN z 7.03.2006 r., I PK 146/05, OSNP 2007/5–6, poz. 67
Wyrok SN z 11.04.2006 r., I CSK 191/05, OSNC 2007/1, poz. 18
Wyrok SN z 26.04.2006 r., I UK 260/05, OSNP 2007/9–10, poz. 140
Wyrok SN z 22.06.2006 r., III PK 27/06, OSNAPiUS 2007/13–14, poz. 187
Wyrok SN z 21.09.2006 r., II PK 11/06, OSNP 2007/17–18, poz. 253
Wyrok SN z 13.10.2006 r., III CSK 123/06, LEX nr 258671
Wyrok SN z 7.02.2007 r., I PK 211/06, OSNP 2008/11–12, poz. 158
Wyrok SN z 9.02.2007 r., I UK 221/06, LEX nr 948780
Postanowienie SN z 21.02.2007 r., III ZS 1/07, OSN 2008/5–6, poz. 88
Wyrok SN z 29.03.2007 r., II PK 228/06, OSNAPiUS 2008/9–10, poz. 126
Uchwała SN z 3.04.2007 r., II PZP 4/07, OSNP 2007/21–22, poz. 307
Wyrok SN z 21.09.2007 r., V CSK 178/07, LEX nr 485896
Wyrok SN z 2.10.2007 r., IICSK 289/07, LEX nr 341805
Wyrok SN z 6.05.2009 r., II PK 95/09, OSNAPiUS 2011/1–2, poz. 6
Wyrok SN z 7.10.2009 r., III PK 38/09, OSP 2010/11, poz. 115
Wyrok SN z 14.12.2009 r., I PK 108/09, „Monitor Prawa Pracy” 2010/7, s. 364
Wyrok SN z 11.01.2011 r., I PK 152/10, OSNP 2012/5–6, poz. 62
Wyrok SN z 9.03.2011 r., II PK 240/10, LEX nr 1162165
Wyrok SN z 12.05.2011 r., I PK 228/10, LEX nr 896458
Wyrok SN z 16.11.2011 r., V CSK 539/10, LEX nr 1102272
Wyrok SN z 16.05.2012 r., III CSK 227/11, LEX nr 1211885
Wyrok SN z 16.01.2013 r., II CSK 331/12, LEX nr 1293724
Wyrok SN z 18.01.2013 r., IV CSK 431/12, LEX nr 1275006
Wyrok SN z 21.03.2014 r., IV CSK 383/13, LEX nr 1504761
Wyrok SN z 29.05.2018 r., SDI 14/18, LEX nr 2568594
Wyrok NSA z 12.11.1992 r., V SA 854/92, ONSA 1993/1, poz. 26
Wyrok NSA z 21.06.1996 r., I SAB 28/96, ONSA 1997/2, poz. 97
Wyrok NSA z 19.11.1998 r., I SA 809/98, LEX nr 45654
Wyrok NSA z 27.11.1998 r., I SA 508/98, LEX nr 45655
Wyrok NSA w Szczecinie z 18.04.2001 r., SA/Sz 2000/00, LEX nr 48952
Wyrok NSA we Wrocławiu z 2.10.2002 r., II SA/Wr 319/00, „Prawo Pracy” 2003/2, poz. 38
Wyrok NSA z 7.11.2007 r., II OSK 1436/06, LEX nr 426859
Wyrok NSA z 27.08.2008 r., II OSK 231/08, LEX nr 493541
Wyrok NSA z 27.08.2008 r., II OSK 666/08, „Nowe Zeszyty Samorządowe” 2009/1, s. 12
Wyrok NSA z 16.06.2010 r., II OSK 119/10, LEX nr 597157
Wyrok NSA z 28.10.2010 r., II OSK 1729/09, LEX nr 746755
Postanowienie NSA z 4.04.2014 r., II OSK 568/14, LEX nr 1461892
Wyrok NSA z 17.07.2014 r., II OSK 338/13, LEX nr 1519377
Wyrok NSA z 3.07.2015 r., II GSK 1365/14, LEX nr 1768120
Wyrok NSA z 4.03.2016 r., II FSK 1452/14, LEX nr 1996425
Wyrok NSA z 8.12.2016 r., II GSK 1271/15, LEX nr 2227747
Wyrok NSA z 11.04.2017 r., II OSK 1949/16, LEX nr 2285988
Wyrok NSA z 11.10.2017 r., II OSK 2160/16, LEX nr 2441453
Wyrok NSA z 24.10.2018 r., II OSK 1243/18, LEX nr 2584181
Postanowienie NSA z 12.02.2019 r., II OSK 3848/18, LEX nr 2619932
Postanowienie NSA z 26.02.2019 r., II OSK 362/19, LEX nr 2631559

Wyrok NSA z 2.07.2019 r., II OSK 2173/17, LEX nr 2706072
Wyrok WSA w Warszawie z 22.12.2004 r., I SA 2566/03, LEX nr 162327
Wyrok WSA w Warszawie z 11.05.2005 r., I SA/Wa 435/04, LEX nr 166896
Wyrok WSA w Warszawie z 26.06.2006 r., VII SA/Wa 595/06, LEX nr 221927
Wyrok WSA w Warszawie z 8.02.2007 r., VII SA/Wa 1553/06, LEX nr 899271
Wyrok WSA w Warszawie z 8.02.2007 r., VII SA/Wa 1554/06, LEX nr 899272
Wyrok WSA w Warszawie z 19.02.2007 r., VII SA/Wa 2008/06, niepubl.
Wyrok WSA w Kielcach z 27.04.2006 r., I SA/Ke 51/06, LEX nr 229679
Wyrok z WSA w Warszawie z 8.11.2007 r., VII SA/Wa 1487/07, LEX nr 495262
Wyrok WSA w Warszawie z 13.12.2007 r., VI SA/Wa 1834/07, LEX nr 438609
Wyrok WSA w Krakowie z 18.12.2007 r., III SA/Kr 909/07, LEX nr 462679
Wyrok WSA w Warszawie z 16.11.2009 r., VII SA/Wa 1351/09, LEX nr 589525
Wyrok WSA w Lublinie z 18.11.2010 r., III SA/Lu 316/10, LEX nr 757100
Wyrok WSA w Lublinie z 23.11.2010 r., III SA/Lu 344/10, LEX nr 757116
Wyrok WSA w Opolu z 19.09.2013 r., II SA/Op 245/13, LEX nr 1383035
Wyrok WSA w Gorzowie Wielkopolskim z 29.01.2014 r., I SA/Go 624/13, LEX nr 1601873
Wyrok WSA w Warszawie z 29.06.2015 r., VII SA/Wa 787/15, LEX nr 1972955
Wyrok WSA w Warszawie z 21.10.2015 r., VII SA/Wa 1344/15, LEX nr 2327336
Wyrok WSA w Warszawie z 26.02.2016 r., VII SA/Wa 2913/15, LEX nr 2073697
Wyrok WSA we Wrocławiu z 17.01.2017 r., IV SA/Wr 366/16, LEX nr 2258598
Wyrok WSA w Warszawie z 10.02.2017 r., VII SA/Wa 819/16, LEX nr 2252052
Wyrok WSA w Krakowie z 13.02.2017 r., I SA/Kr 1177/16, LEX nr 2332986
Wyrok WSA w Krakowie z 15.12.2017 r., II SA/Kr 1206/17, LEX nr 2431147
Wyrok WSA w Poznaniu z 11.01.2018 r., IV SAB/Po 80/17, LEX nr 2463056
Wyrok WSA w Rzeszowie z 23.04.2019 r., II SA/Rz 112/19, LEX nr 2682146
Wyrok WSA w Warszawie z 26.04.2019 r., VII SA/Wa 2240/18, LEX nr 2687020
Wyrok WSA w Warszawie z 26.04.2019 r., VII SA/Wa 2239/18, LEX nr 2687244
Wyrok WSA w Warszawie z 31.05.2019 r., VII SA/Wa 2814/18, LEX nr 2687383
Wyrok SA w Rzeszowie z 21.12.1993 r., III AUr 357/93, OSP 1994/6, poz. 49
Wyrok SA w Gdańsku z 21.10.1994 r., III AUr 865/94, OSA 1995/2, poz. 19
Wyrok SA w Białymstoku z 14.06.1995 r., I ACr 143/95 OSA 1995/7–8, poz. 49
Wyrok SA w Warszawie z 3.11.1999 r., I ACa 750/99, OSA 2001/1, poz. 6
Wyrok SA we Wrocławiu z 28.02.2001 r., II AKa 303/00, OSA 2001/7–8, poz. 38
Wyrok SA w Warszawie z 10.10.2002 r., III APa 21/02, OSA 2003/3, poz. 12
Wyrok SA w Poznaniu z 28.11.2003 r., III APo 3/03, OSP 2004/6, poz. 83
Wyrok SA w Warszawie z 12.07.2005 r., III APa 89/05, OSA 2006/6, poz. 18
Wyrok SA w Rzeszowie z 12.10.2006 r., I ACa 377/06, PiM 2009/3, s. 145
Wyrok SA w Poznaniu z 8.03.2007 r., III APa 2/07, LEX nr 296791
Wyrok SA w Warszawie z 12.12.2012 r., VI ACa 259/12, LEX nr 1362958
Wyrok SA we Wrocławiu z 10.07.2013 r., II AKa 199/13, LEX nr 1356734
Wyrok SA w Warszawie z 4.03.2015 r., I ACa 515/14, LEX nr 1665867
Wyrok SA w Gdańsku z 21.05.2015 r., V ACa 928/14, LEX nr 1793821
Wyrok SA w Krakowie z 3.09.2015 r., I ACa 679/15, LEX nr 1927548
Wyrok SA w Krakowie z 24.02.2016 r., I ACa 1630/15, LEX nr 2022475
Wyrok SA w Białymstoku z 24.03.2016 r., I ACa 766/15, LEX nr 2031129
Wyrok SA w Katowicach z 20.09.2016 r., I ACa 66/16, LEX nr 2137005
Wyrok SA w Gdańsku z 29.11.2016 r., V ACa 431/16, LEX nr 2300288

Wyrok SA w Warszawie z 27.01.2017 r., I ACa 2190/15, LEX nr 2444490

Wyrok SA w Łodzi z 26.02.2018 r., I ACa 804/17, LEX nr 2478497

Wyrok SA w Warszawie z 16.08.2018 r., V ACa 668/17, LEX nr 2545198

Wyrok SA w Łodzi z 31.08.2018 r., I ACa 1582/17, LEX nr 2596517

Wyrok SA w Warszawie z 19.02.2019 r., V ACa 119/18, LEX nr 2631472

Wyrok Sądu Rejonowego w Warszawie z 12.05.2014 r., IV K 367/09, LEX nr 1684297

Wyrok SO w Lublinie z 4.04.2002 r., I C 656/99, PiM 2004/3

Wyrok SO w Toruniu z 4.12.2013 r., I C 2139/13, LEX nr 1545114

Wyrok SO w Przemyślu z 19.10.2015 r., I C 889/13, LEX nr 1933737

Publikacja omawia status prawny i zawodowy osób wykonujących zawód pielęgniarki, w tym m.in. zagadnienia:

- prawnych przesłanek wykonywania zawodu pielęgniarki i konsekwencji ich niespełnienia,
- kształcenia pielęgniarek,
- udzielania świadczeń zdrowotnych bez zlecenia lekarskiego oraz na zlecenie lekarskie,
- obowiązku udzielania pomocy przez pielęgniarkę a odmowy jej udzielenia,
- obowiązków pielęgniarek w zakresie przekazywania informacji oraz uzyskania zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych,
- prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej,
- tajemnicy pielęgniarskiej a prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych,
- poszanowania godności i intymności pacjenta,
- odpowiedzialności prawnej pielęgniarki – cywilnej, karnej, zawodowej i pracowniczej – oraz działalności i występowania przed wojewódzką komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych.

Prawa i obowiązki pielęgniarki zostały omówione w relacji do praw i obowiązków innych zawodów medycznych, szczególnie lekarza, a także do praw pacjenta oraz oparte na licznych przykładach problemów, z którymi autorka spotyka się w praktyce doradcy Prezesa Rady Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. W publikacji wyjaśniono ponadto takie kwestie jak:

- próby zatrudniania na stanowisku pielęgniarki osób wykonujących inne zawody, jak położna czy ratownik medyczny,
- niezgłoszenie przez pielęgniarkę powrotu do wykonywania zawodu po upływie ustawowego terminu,
- obowiązki organizatorów kształcenia podyplomowego.

Książka przeznaczona jest dla osób wykonujących zawód pielęgniarki oraz menedżerów zarządzających kadrą pielęgniarską. Powinna zainteresować także pracowników działów kadr placówek medycznych, a także studentów studiów I i II stopnia na kierunku pielęgniarstwo.

Dorota Karkowska – doktor habilitowana nauk prawnych; radca prawny; adiunkt w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego; członek Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich oraz członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta; przewodnicząca Wojewódzkiej Komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Warszawie; od września 2018 r. doradca Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

ZAMÓWIENIA:

INFOLINIA 801 04 45 45

ZAMOWIENIA@WOLTERSKLUWER.PL

WWW.PROFINFO.PL