



Załącznik nr 1  
do pisma ZG 3/18/12/2023

## **Opis założeń Projektu Rozwoju APN**

**Tytuł projektu zmiany systemowej:**

**„Zwiększenie dostępności i poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w wybranych obszarach usług zdrowotnych poprzez pełne wykorzystanie samodzielnych kompetencji klinicznych pielęgniarek i położnych, czyli wdrożenie modelu Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki (Advance Practice Nurse) – zwany dalej *Projekt Rozwoju APN.*”**

### **I. Wprowadzenie**

Koncepcja modelu APN czyli pielęgniarki uprawnionej do realizacji samodzielnych świadczeń zdrowotnych w wybranych zakresach usług zdrowotnych została zapoczątkowana w drugiej połowie XX wieku w USA, a w kolejnych dekadach rozszerzyła się na teren Kanady, Australii, a w ostatnich dwóch dekadach również na kraje Europy, a nawet Azji i Afryki.

Pierwotnie pielęgniarki podejmowały się realizacji nowych samodzielnych zadań z uwagi na brak dostępu pacjentów do opieki lekarskiej (tereny odległe od ośrodków miejskich, pacjenci o niskim statusie społecznym, czy też pacjenci z brakiem dostępności do systemu opieki np. nieubezpieczeni, pacjenci z zaburzeniami zdrowia psychicznego czy osoby z chorobą AIDS). Bardzo szybko okazało się, że świadczenia realizowane przez wysokokwalifikowane pielęgniarki, są bezpieczne dla pacjentów, cechują się kompleksowością i są bardzo dobrze oceniane przez pacjentów. Nie bez znaczenia stały się również systemowe korzyści ekonomiczne związane z przekazywaniem realizacji wybranych świadczeń do pielęgniarek APN, co zintensyfikowało systemowy rozwój nowego poziomu kompetencyjnego w pielęgniarstwie określanego w literaturze terminem Advanced Practice Nurse (APN).

*W USA dr Ford i Silver, wprowadzili w roku 1960 Pielęgniarkę Praktyki (NP), kiedy odnotowali wzrastającą liczbę pozbawionych opieki pacjentów w rolniczych gminach Stanu Kolorado (Houser&Player 2004). W ciągu ponad 40 lat intensywnego rozwoju, APN stało się pożądaną ścieżką kariery zawodowej, a w wyniku analizy koszt-efekt uznano, że APN w znacznym stopniu poprawia dostępność do opieki zdrowotnej. Na początku obecnego stulecia w USA praktykowało ponad 140 tysięcy APN (Gott/Goodyear/Ford 2006), a obecnie zarejestrowanych jest ok. 400 tys. pielęgniarek z uprawnieniami APN .*

Działalność zawodowa Pielęgniarek Zaawansowanej Praktyki jest regulowana w przepisach poszczególnych krajów, podlega certyfikacji, a jej efektywność jest potwierdzona wieloma badaniami naukowymi. Pierwsza definicja nowego poziomu praktyki zawodowej pielęgniarek,



została przyjęta przez zespół ekspertów Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) w 2002 roku w Genewie:

**”APN jest zarejestrowaną pielęgniarką, która nabyła fachową i gruntowną wiedzę (zalecaną na poziomie magisterskim), zespół umiejętności podejmowania decyzji i kliniczne kompetencje oraz cechy, właściwe dla udoskonalonej praktyki, sformułowane w kraju, w którym zezwolono ją wykonywać” (ICN 2002).”**

W pierwszych dekadach XXI wieku, wiele krajów podjęło decyzję aby do swoich systemów opieki zdrowotnej wprowadzić i rozwijać praktykę pielęgniarek APN jako profesjonalistów zapewniających bezpośrednią opiekę nad pacjentem. Przesłanką do podejmowania przez poszczególne kraje działań na rzecz rozwoju zaawansowanych ról pielęgniarek są przede wszystkim takie czynniki jak: dostosowanie systemu do zmieniających się potrzeb zdrowotnych, czynniki ekonomiczne (obniżanie kosztów realizacji), ale także działania na rzecz wzmocnienia statusu zawodu pielęgniarek czy położnych.

Po 50 latach badań i działań na rzecz rozwoju koncepcji nowych poszerzonych ról zawodowych w pielęgniarstwie prowadzonych w niemal wszystkich regionach świata, pielęgniarki zaawansowanej praktyki (APN) realizują kompleksową opiekę kliniczną i zapewniają większy dostęp do świadczeń zdrowotnych w ponad 70 krajach na świecie. (Laurant et al., 2018, Norful et al 2019.)

## **II. Analiza stanu obecnego w Polsce – czyli jak wykorzystujemy nowe kompetencje pielęgniarek?**

Koncept pielęgniarki jako samodzielnego profesjonalisty zapewniającego kompleksową opiekę zdrowotną nie jest powszechnie obecny w dyskursie publicznym, i z trudem przebija się do świadomości wszystkich zainteresowanych, czyli decydentów, odbiorców świadczeń zdrowotnych, środowisk medycznych, ale także samych zainteresowanych, czyli pielęgniarek. Jest to następstwem tradycyjnego modelu kulturowego na którym oparte jest funkcjonowanie polskiego systemu opieki zdrowotnej, w którym wciąż obowiązuje hierarchiczny model podporządkowania, z nadrzędną rolą, lekarza jako decydenta.

Natomiast wyniki badań, jak i przykłady praktyki potwierdzają, że gruntownie przygotowane, profesjonalne i doświadczone pielęgniarki stanowią gwarancję wysokiej jakości, bezpieczeństwa leczenia i opieki dla pacjentów w sytuacjach największego ryzyka i zagrożeń zdrowotnych (Aiken i in., 2017). Potwierdzono pozytywny wpływ APN na wyniki kliniczne i związane z usługami: satysfakcję pacjenta, czas oczekiwania, kontrolę chorób przewlekłych i opłacalność, zwłaszcza w bezpośrednim porównaniu z opieką prowadzoną przez lekarza i zwykłymi praktykami opieki pielęgniarskiej – w placówkach opieki podstawowej, specjalistycznej i specjalistycznej, obejmujących zarówno osoby dorosłe, jak i dzieci (Maung i in 2021). Dziedzinami w których pielęgniarki pełnią partnerską rolę w procesie leczenia i opieki są bezdyskusyjnie takie obszary praktyki jak: diabetologia, podstawowa opieka



zdrowotna, anestezjologia, opieka psychiatryczna w tym psychiatria środowiskowa, a także opieka geriatryczna i bezdyskusyjnie opieka długoterminowa.

Prace koncepcyjne nad przygotowaniem do upowszechnienia modelu APN w Polsce, prowadzone były przez wiele lat w obrębie Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, czego efektem było między innymi wprowadzenie w 2018 roku zmian do standardu programu studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo.

Wbrew niepokojom niektórych środowisk medycznych, rozpoczęty przed kilku laty proces wdrażania wybranych samodzielnych zaawansowanych kompetencji pielęgniarzkich, takich jak ordynacja lekowa i wypisywanie recept czy kwalifikacja do szczepień, spotkał się z bardzo dobrym odbiorem i akceptacją wśród pacjentów i społeczeństwa. Jednak w każdym z tych obszarów zabrakło po stronie MZ promocji i kontynuacji działań na rzecz ich rozwoju i utrwalenia w systemie opieki zdrowotnej (np. brak pełnych uprawnień do prowadzenia szczepień przeciwko grypie przez pielęgniarkę).

Podkreślenia wymaga także fakt, że wiele samodzielnych kompetencji pielęgniarek już funkcjonuje w systemie opieki zdrowotnej, ale są one fragmentaryczne i nie pozwalają na kompleksową obsługę pacjenta np. pielęgniarka może udzielać porad/konsultacji w podstawowej opiece zdrowotnej, ale może zlecić tylko wybrane leki i nie może wystawić zaświadczenia o niezdolności do pracy. W przypadku pacjentów niesamodzielnych, czyli OPD leczonych w domu nie może zlecić podstawowych badań, bo nie dysponuje budżetem, musi więc prosić lekarza o skierowanie, który najczęściej nie zna aktualnego stanu pacjenta.

Zmiany w zakresie pełnionych przez pielęgniarki ról zawodowych w różnych obszarach praktyki, które dokonały się w ostatnich dekadach w polskim systemie opieki zdrowotnej, wymagają dalszego rozszerzenia i pełnego usankcjonowania, czyli wdrożenia rozwiązań prawnych, zapewniających wzorem krajów rozwiniętych, efektywne wykorzystanie zasobów pielęgniarzkich dla poprawy dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych.

### **III. Kluczowe obszary kompetencyjne APN - perspektywa międzynarodowa**

Przed kilkoma laty grupa ekspertów powołanych przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek, dokonała systemowej metaanalizy rozwoju modelu APN na świecie, a efektem tych prac było przyjęcie aktualnych wytycznych dla społeczności międzynarodowej „Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020”, ICN. Dokument ten stanowi materiał źródłowy do wszelkich działań systemowych związanych z rozwojem modelu APN na poziomach krajowych.

Odwołując się do definicji ICN (2002, 2020), termin APN obejmuje różne rodzaje formalnych stanowisk pielęgniarzkich, które wymagają zdobycia gruntownej wiedzy klinicznej, umiejętności decyzyjnych oraz opartych na doświadczeniu zaawansowanych umiejętności klinicznych, które gwarantują realizację poszerzonych ról zawodowych.



Zakres kompetencji pielęgniarek APN podlega systematycznej ewolucji, co stanowi odpowiedź na zmieniające się potrzeby zdrowotne odbiorców i uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej poszczególnych krajów (ICN 2020).

Na świecie rozwinęły się dwie główne role pielęgniarek APN czyli Nurse Practitioner (NP) oraz Clinical Nurse Specialists (CNS) (Schober&Stewart,2019). W polskiej literaturze nie przyjęły się jeszcze nazwy własne dla powyższych tytułów, dlatego wciąż posługujemy się terminami oryginalnymi.

Zgodnie z wytycznymi ICN z 2020 roku do kluczowych kompetencji Pielęgniarki APN należy:

- planowanie i koordynacja programów profilaktycznych
- ocena stanu zdrowia pacjenta i podejmowanie niezbędnych działań diagnostyczno-terapeutycznych
- podejmowanie decyzji o skierowaniu pacjenta na wykonanie niezbędnych badań i procedur diagnostycznych
- kierowanie pacjenta do innych specjalistów i placówek medycznych (konsultacje specjalistów, leczenie szpitalne, oraz ośrodki dla pacjentów przewlekle chorych)
- zlecenie i prowadzenie terapii farmakologicznej, w dziedzinie swojej specjalizacji/kompetencji
- wykonywanie specjalistycznych procedur diagnostycznych i terapeutycznych
- koordynowanie planów opieki i nadzorowanie leczenia pacjentów przewlekle chorych
- szkolenie studentów oraz kadry medycznej w obszarze swojej specjalności.

Z uwagi na uwarunkowania organizacyjne i prawne systemów opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach, ale przede wszystkim wzorce kulturowe oraz otwartość systemu na zmiany, zakres kompetencji i model APN rozwijany w danym kraju może się znacząco różnić od innych krajów w danym regionie.

#### **IV. Propozycje zmian legislacyjnych w Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej**

Od kilku lat PTP nieprzerwanie wnioskuje o wprowadzenie przepisów umożliwiających pełne wdrożenie nowych samodzielnych kompetencji pielęgniarek w systemie opieki zdrowotnej poprzez ustawowe usankcjonowanie pielęgniarek o najwyższych kompetencjach klinicznych i zawodowych (prace nad dokumentem Polityka Wieloletnia na Rzecz Pielęgniarstwa w Polsce 2018-2019).

Dotychczasowe przepisy zawarte w art. 15a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej dotyczące samodzielnego ordynowania leków i wypisywania recept w celu kontynuacji leczenia są niepełne, ponieważ nie budują nowej roli pielęgniarki w systemie, a jedynie wpływają na obciążenie pracy lekarzy, nie wpływają na wzmocnienie statusu pielęgniarek w zespole terapeutycznym. Sytuacja ta spowodowała



symboliczne wykorzystanie nowych uprawnień przez pielęgniarki (kilkadziesiąt tysięcy osób odbyło szkolenia w zakresie ordynacji lekowej i wypisywania recept, a pełne wykorzystanie uzyskanych uprawnień ogranicza się do bardzo wąskiej grupy).

Wykorzystując dorobek krajów o najwyższym poziomie rozwoju systemu opieki zdrowotnej, Towarzystwo wnioskuję o wprowadzenie nowego poziomu kompetencyjnego – pielęgniarki zaawansowanej praktyki. Zmiana ta pozwoli na wypełnienie rekomendacji europejskich w zakresie zdefiniowania ustawowego, trzech poziomów wykonywania praktyki:

- 1) pielęgniarki ogólnej;
- 2) pielęgniarki specjalistki;
- 3) pielęgniarki zaawansowanej praktyki.

W związku z powyższym, Towarzystwo proponuje wprowadzenie zmiany w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, polegające na dodaniu po art. 15b nowego art. 15c w brzmieniu:

*„Art. 15c. 1. Pielęgniarka posiadająca kwalifikacje, umiejętności oraz doświadczenie, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 3, może uzyskać tytuł pielęgniarki zaawansowanej praktyki (APN-Advanced Practice Nurse) w określonej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.*

*2. W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, pielęgniarka posiadająca tytuł pielęgniarki zaawansowanej praktyki ma prawo samodzielnie:*

- 1) prowadzić proces diagnostyczny pacjentów;*
- 2) prowadzić i monitorować terapię;*
- 3) koordynować proces udzielania świadczeń zdrowotnych;*
- 4) kierować pacjentów do innych rodzajów świadczeń.*

*1. 3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi w drodze rozporządzenia:*

- 1) warunki uzyskiwania tytułu pielęgniarki zaawansowanej praktyki, w tym wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie;*
- 2) wykaz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których można wykonywać zaawansowaną praktykę pielęgniarską;*
- 3) szczegółowe uprawnienia pielęgniarki zaawansowanej praktyki w poszczególnych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których można wykonywać zaawansowaną praktykę pielęgniarską;*
- 4) system rejestracji i nadzoru nad wykonywaniem zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej – kierując się obowiązkiem zapewnienia właściwej jakości świadczeń udzielanych przez pielęgniarki posiadające tytuł pielęgniarki zaawansowanej praktyki.”.*



Przyjęcie nowelizacji pozwoliłoby na budowanie ścieżki kariery i optymalne wykorzystanie w systemie zarówno najlepszych młodych, jak i bezcennych doświadczonych pielęgniarek.

W oparciu o powyższe zmiany w Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, wraz ze szczegółowymi zapisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kompetencji APN, zespoły specjalistów wyłonione dla potrzeb opracowywania zmian w „rozporządzeniach koszykowych” w poszczególnych zakresach świadczeń, będą mogły przygotować wykazy nowych uprawnień pielęgniarek z nowymi kompetencjami.

#### **V. System nadawania uprawnień i rejestracji Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki (APN)**

Proces uzyskiwania uprawnień i certyfikacji APN można zaprogramować jako dwie opcjonalne ścieżki uzyskiwania uprawnień APN w poszczególnych dziedzinach/specjalnościach:

- jedna dedykowana pielęgniarkom, które posiadają de facto wszystkie wymogi niezbędne do uzyskania nowego tytułu zawodowego (tzw. krótka ścieżka)
- druga ścieżka dedykowana dla młodych pielęgniarek, które będą od początku planować swój rozwój zawodowy z ukierunkowaniem na zdobycie tytułu APN

Proponowanym rozwiązaniem organizacyjnym, które pozwalałoby na potwierdzenie kwalifikacji APN mógłby być system oceny kompetencji przez komisję złożoną z ekspertów pielęgniarstwa i wybranych dziedzin medycyny na poziomie centralnym, działających jako Państwowa Komisja Egzaminacyjna ds. APN powoływana przez Dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych.

1. Klucze kryteria uzyskiwania uprawnień APN (według Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN), oraz Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarskich (EFN):
  - 1) Wykształcenie magisterskie
  - 2) Specjalizacja pielęgniarska
  - 3) Dodatkowe kwalifikacje formalne – dla poszczególnych dziedzin APN będą to inne dodatkowe kwalifikacje
  - 4) Doświadczenie zawodowe, w tym doświadczenie w samodzielny udzielaniu świadczeń zdrowotnych (rekomendacja Zespołu 7 lat)
  - 5) Okres przejściowy pracy pod nadzorem jako APN (szczegółowe rozwiązania zróżnicowane w poszczególnych krajach)
2. System uzyskiwania uprawnień:
  - 1) Zgodnie z rekomendacjami i praktyką w krajach o rozwiniętym modelu APN, uzyskiwanie uprawnień powinno być regulowane krajowymi przepisami prawnymi oraz powierzone odpowiednim instytucją/organizacją. W większości krajów uprawnienia są czasowe np. kilku letnie i wymagają odnawiania.



- 2) W celu oceny kwalifikacji i spełniania wymogów przez kandydatów do uzyskania certyfikaty/uprawnień APN powoływane są dedykowane Komisje, najczęściej o charakterze międzyinstytucjonalnym (organizacje pielęgniarskie, uczelnie, przedstawiciele administracji rządowej, przedstawiciele organizacji lekarskich).
- 3) Organizacje zaangażowane w proces nadawania uprawnień wypracowują szczegółowe standardy dotyczące wymogów kwalifikacyjnych wraz z odpowiednimi programami oraz wymogami postępowań egzaminacyjnych.
- 4) Zależnie od przyjętych rozwiązań systemowych finansowanie procesu uzyskiwania kwalifikacji pielęgniarki APN oraz samych postępowań egzaminacyjnych może być odpłatne lub realizowane w ramach budżetów publicznych np. moduły szkoleniowe na uniwersytetach w ramach dedykowanych projektów rządowych.

**VI. Dziedziny proponowane do wdrożenia APN w pierwszym etapie rozwoju modelu w Polsce:**

- Podstawowa Opieka Zdrowotna
- Pielęgniarka APN Opieki Długoterminowej
- Pielęgniarka APN Chirurgiczna
- Pielęgniarka APN Diabetologiczna
- Pielęgniarka APN Anestezjologiczna
- Pielęgniarka APN Kardiologiczna
- Pielęgniarka APN Neurologiczna
- Pielęgniarka APN Opieki Paliatywnej
- Pielęgniarka APN Leczenia Ran
- Pielęgniarka APN Geriatryczna

Przyjęcie docelowego nazewnictwa dla poszczególnych dziedzin/specjalności pozostaje do dalszych prac i rozstrzygnięć środowiskowych.

**VII. Przygotowanie rozwiązań systemowych dla rozwoju modelu APN w Polsce**

W celu powodzenia strategii rozwoju APN, wypracowany został kierunkowy konsensus obejmujący ogólną koncepcję, w środowiskach pielęgniarskich, ale koniecznym jest poszerzenie dyskusji także o przedstawicieli klinicyistów i ośrodków akademickich (kluczowe organizacje, konsultanci, organizacje konsumenckie). Kolejnym etapem prac powinno być opracowanie szczegółowych założeń dla rozwiązań pilotażowych, które powinny być realizowane pod nadzorem Ministerstwa Zdrowia i NFZ.

W celu zapewnienia profesjonalnego i bezkonfliktowego obiektywizmu rekomendujemy utworzenie odrębnej struktury organizacyjnej powołanej w celu koordynowania i prowadzenia wszystkich działań na rzecz APN w Polsce.



Struktura powinna być niezależna od rządu, ale także poszczególnych organizacji. Jej status powinien zapewniać obiektywizm procesu budowania i decydowania o rozwoju i wdrażaniu APN w Polsce. Struktura może mieć status Konfederacji, Koalicji, Konsorcjum lub inny wynikający z uwarunkowań polskiego prawa.

Finansowanie działań na rzecz wypracowania nowego modelu kompetencyjnego należy traktować jako działania w obszarze innowacji w sektorze zdrowia i w tym zakresie powinny być one oparte na finansowaniu ze środków budżetowych Ministra Zdrowia, jak i środków projektowych. Natomiast proces uzyskiwania kwalifikacji i certyfikatów przez osoby zainteresowane powinien podlegać wszystkim obowiązującym regułom w systemie kształcenia podyplomowego z uwzględnieniem partycypacji finansowej samych zainteresowanych.

#### **Ramowy scenariusz pierwszego etapu realizacji Projektu Rozwoju APN:**

- 1) Uzgodnienie z Kierownictwem Ministerstwa Zdrowia ramowych propozycji polskiego modelu APN i zasad jego wdrożenia.
- 2) Wypracowanie konsensusu środowiskowego w zakresie rozwoju APN (samorząd zawodowy, towarzystwa naukowe, związki zawodowe, przedstawiciele uczelni).
- 3) Opracowanie propozycji zmian w Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej w ramach prac Zespołu powołanego przez Ministra Zdrowia wraz z projektem delegacji ustawowej.
- 4) Utworzenie Zespołu Koordynującego Projekt APN.
- 5) Przygotowanie przez AOTMiT analizy opłacalności wdrożenia APN dla poszczególnych specjalności.
- 6) Prowadzenie konsultacji w środowiskach pielęgniarskich, lekarskich, zarządczych i decydenckich (Konsultanci Krajowi, NFZ, AOTMiT, samorządy zawodowe).
- 7) Prowadzenie działań edukacyjnych i marketingowych na rzecz promocji nowych ról pielęgniarek i położnych w systemie zdrowotnym.
- 8) Powołanie Zespołów zadaniowych (w dziedzinach wskazanych do pilotażu).
- 9) Opracowanie standardów zdobywania uprawnień APN (w tym wymogów kwalifikacyjnych).
- 10) Zaplanowanie funduszy na prace przygotowawcze i wdrożeniowe realizowane w 2024 roku oraz finansowania w perspektywie długofalowej.
- 11) Przygotowanie narzędzi badawczych do monitorowania przedmiotowej zmiany systemowej.

Proponowane zmiany niosą istotne korzyści dla systemu ochrony zdrowia, przede wszystkim poprzez zapewnienie poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych w deficytowych kadrowo dziedzinach opieki zdrowotnej, takich jak: POZ, opieka długoterminowa, diabetologia, anestezjologia, opieka hospicyjna i terapia bólu, leczenie i monitorowanie pacjentów przewlekle chorych, opieka geriatryczna, opieka i leczenie pacjentów z ranami przewlekłymi. Proponowana zmiana nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu





**POLSKIE TOWARZYSTWO PIEŁĘGNIARSKIE**  
**ZARZĄD GŁÓWNY**  
**01-842 WARSZAWA, Al. Reymonta 8 / 12**  
**POLISH NURSES ASSOCIATION - GENERAL COUNCIL**

państwa, ponieważ nie wprowadza nowych stanowisk czy szkoleń, a jedynie pozwala na efektywne wykorzystanie posiadanych kwalifikacji i kompetencji pielęgniarek i położnych.

**Zespół ekspertów PTP uznał, że w pierwszej fazie działań, niezbędne będzie przygotowane pilotażu dla wypracowania i weryfikacji praktyki APN w Polsce w wybranych dziedzinach świadczeń. Dla potrzeb wdrożenia pilotażu niezbędna jest współpraca MZ, NFZ oraz jednostki koordynującej Projekt APN w Polsce. Mając na uwadze otwartość społeczeństwa na propozycje nowego rządu i oczekiwanie na pozytywne zmiany w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju, wnioskujemy o włączenie przedmiotowego projektu do działań, które zostaną uruchomione przez Panią Minister w pierwszym półroczu 2024 roku.**

*Opracowanie: Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego we współpracy z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Warszawa, 18.12.2023r.*