

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia.....2012 r.

w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami

Na podstawie art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.²⁾) zarządza się co następuje:

§ 1. 1. Przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, zwanych dalej „minimalnymi normami zatrudnienia”, w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, zwanego dalej „przedsiębiorstwem”, uwzględnia się:

- 1) czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich;
- 2) czas świadczeń pielęgniarskich całkowitych;
- 3) kategorię opieki ustaloną zgodnie z przepisami § 2 ust. 1, 2 i 4 – 8;
- 4) liczbę pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki;
- 5) średni czas świadczeń pielęgniarskich pośrednich;
- 6) średni czas dyspozycyjny pielęgniarki lub położnej w ciągu roku.

2. Do minimalnych norm zatrudnienia nie wlicza się zatrudnionej w przedsiębiorstwie kadry kierowniczej pielęgniarskiej i położniczej.

3. Obsada pielęgniarek lub położnych w oddziale lub innej komórce organizacyjnej o tym samym profilu przedsiębiorstwa nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianę.

§ 2. 1. Przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia w przedsiębiorstwie, w którym wykonywane są stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne lub inne niż szpitalne, w szczególności w oddziale o profilu zachowawczym i zabiegowym lub innej komórce organizacyjnej przedsiębiorstwa o tym profilu, przyjmuje się średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich wynoszący odpowiednio do kategorii opieki:

- 1) 38 minut na dobę na pacjenta w przypadku I kategorii,
- 2) 95 minut na dobę na pacjenta w przypadku II kategorii,
- 3) 159 minut na dobę na pacjenta w przypadku III kategorii

– przy czym do zakwalifikowania pacjenta do danej kategorii opieki stosuje się kryteria określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092 oraz z 2012 r. poz. 742.

2. Przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia w oddziale lub innej komórce organizacyjnej przedsiębiorstwa o profilu psychiatrycznym, przyjmuje się średni czas świadczeń pielęgniarstkich bezpośrednich wynoszący odpowiednio do kategorii opieki:

- 1) 100 minut na dobę na pacjenta w przypadku I kategorii,
- 2) 180 minut na dobę na pacjenta w przypadku II kategorii,
- 3) 300 minut na dobę na pacjenta w przypadku III kategorii

– przy czym do zakwalifikowania pacjenta do danej kategorii opieki stosuje się kryteria określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

3. Przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą wykonującym świadczenia stacjonarne i całodobowe z zakresu leczenia uzależnień uwzględnia się:

- 1) zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 2) liczbę pacjentów znajdujących się pod opieką danego podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą oraz liczbę nowych pacjentów obejmowanych opieką w skali roku;
- 3) zakres świadczeń profilaktycznych udzielanych przez podmiot leczniczy niebędącego przedsiębiorcą w danym roku;
- 4) wyposażenie podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;
- 5) harmonogram czasu pracy w podmiocie leczniczym niebędącego przedsiębiorcą;
- 6) stan zatrudnienia i organizacji pracy w komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

4. Przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia położnych udzielających świadczeń zdrowotnych w zespole porodowym lub innej komórce organizacyjnej przedsiębiorstwa o tym profilu, w stosunku do rodzących siłami natury, przyjmuje się średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położną wynoszący odpowiednio do kategorii opieki:

- 1) 137 minut na dobę na rodzącą siłami natury w przypadku I kategorii,
- 2) 274 minut na dobę na rodzącą siłami natury w przypadku II kategorii,
- 3) 328 minut na dobę na rodzącą siłami natury w przypadku III kategorii

– przy czym do zakwalifikowania rodzącej do danej kategorii opieki stosuje się kryteria określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

5. Przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia położnych w zespole porodowym lub oddziale o profilu ciąży powikłanej lub innej komórce organizacyjnej przedsiębiorstwa o tym profilu, w stosunku do pacjentek zakwalifikowanych do cięcia cesarskiego, przyjmuje się średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położną wynoszący odpowiednio do kategorii opieki:

- 1) 53 minut na dobę na rodzącą w przypadku II kategorii;
- 2) 120 minut na dobę na rodzącą w przypadku III kategorii

6. Przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia w oddziale o profilu położniczo-ginekologicznym w systemie „matka z dzieckiem” lub innej komórce organizacyjnej przedsiębiorstwa o tym profilu, przyjmuje się średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położną wynoszący odpowiednio do kategorii opieki:

- 1) 72 minut na dobę na położnicę i noworodka w przypadku I kategorii,
- 2) 100 minut na dobę na położnicę i noworodka w przypadku II kategorii,
- 3) 98 na dobę na położnicę w przypadku III kategorii

– przy czym do zakwalifikowania położnicy i noworodka do danej kategorii opieki stosuje się kryteria określone w załącznikach nr 4 i 5 do rozporządzenia.

7. Przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia w oddziale o profilu pediatrycznym oraz neonatologicznym lub innej komórce organizacyjnej przedsiębiorstwa o tym profilu leczniczego przyjmuje się średni czas świadczeń pielęgniarских bezpośrednich wynoszący odpowiednio do kategorii opieki:

- 1) 100 minut na dobę na pacjenta w przypadku I kategorii,
- 2) 180 minut na dobę na pacjenta w przypadku II kategorii,
- 3) 300 minut na dobę na pacjenta w przypadku III kategorii

– przy czym do zakwalifikowania pacjenta do danej kategorii opieki stosuje się kryteria określone w załączniku nr 6 do rozporządzenia.

8. Przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia w oddziale o profilu dializoterapii lub innej komórce organizacyjnej przedsiębiorstwa o tym profilu , przyjmuje się średni czas świadczeń pielęgniarских bezpośrednich wynoszący odpowiednio do kategorii opieki:

- 1) 52 minuty na dobę na pacjenta w przypadku I kategorii,
- 2) 112 minut na dobę na pacjenta w przypadku II kategorii

– przy czym do zakwalifikowania pacjenta do danej kategorii opieki stosuje się kryteria określone w załączniku nr 7 do rozporządzenia.

§ 3. 1. Przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia uwzględnia się:

- 1) średni czas świadczeń pielęgniarских bezpośrednich określonych według wzoru, o którym mowa w ust. 3 pkt 1, z uwzględnieniem kategorii określonych w § 2 ust. 1 i 2 oraz ust. 4-8;
- 2) czas całkowity świadczeń pielęgniarских określany według wzoru, o którym mowa w ust. 3 pkt 2;
- 3) liczbę pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki, z uwzględnieniem kategorii określonych w § 2 ust. 1 i 2 oraz ust. 4-8;
- 4) średni czas wykonania czynności pośrednich, o którym mowa w ust. 3 pkt 2; czas ten określa pomiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą biorąc pod uwagę organizację pracy w tym podmiocie;
- 5) średni czas dyspozycyjny pielęgniarki lub położnej w ciągu roku, o którym mowa w ust. 3 pkt 3.

2. Liczbę pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki określa się uwzględniając średnią liczbę pacjentów z ostatnich 12 miesięcy poprzedzających ustalenie minimalnej normy zatrudnienia.

3. Ustalenie minimalnej normy zatrudnienia następuje według wzorów:

$$1) T_{\text{spb}} = (N_I \times T_{\text{spb I}}) + (N_{II} \times T_{\text{spb II}}) + (N_{III} \times T_{\text{spb III}}) + (N \times 2 \text{ min})^*;$$

$$2) T_{\text{spc}} = T_{\text{sb}} + T_{\text{pp}}$$

- gdzie poszczególne symbole oznaczają:

T_{spb} – świadczenia pielęgniarские bezpośrednie,

N – liczba pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki
(N_I – kategoria I, N_{II} – kategoria II, N_{III} – kategoria III),

$*N$ – dolicza się po 2 minuty na dobę na pacjenta od godziny 24.00 – do godziny 6.00,

T_{spc} – czas świadczeń pielęgniarских całkowity,

$T_{\text{spb I}}$ – czas świadczeń pielęgniarских bezpośrednich dla kategorii I,

TśpbII – czas świadczeń pielęgniarских bezpośrednich dla kategorii II,

TśpbIII – czas świadczeń pielęgniarских bezpośrednich dla kategorii III,

Tpp – średni czas wykonania świadczeń pielęgniarских pośrednich który wynosi od 25% do 50% czasu pielęgnacji bezpośredniej;

3)

$$Le = \frac{Tśpc \times 365}{Td}$$

- gdzie poszczególne symbole oznaczają:

Le – liczba etatów - minimalna norma zatrudnienia,

Tśpc – czas świadczeń pielęgniarских całkowitych w dniach,

Td – średni czas dyspozycyjny pielęgniarki lub położnej w ciągu roku wynoszący 202 dni.

§ 4. 1. W nowotworzonych oddziałach o profilach, o których mowa w § 2, lub innych komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa o tych profilach oraz w przypadku restrukturyzacji lub reorganizacji takiego oddziału, przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia stosuje się wskaźniki oceny zapotrzebowania na opiekę, które wynoszą odpowiednio:

- 1) 0,7 – dla oddziałów zachowawczych lub zabiegowych lub innych komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa o tym profilu;
- 2) 0,9 – dla oddziałów lub innych komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa o profilu psychiatrycznym;
- 3) 0,8 – dla pozostałych komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa określonych w § 2 ust. 4–8.

2. Obliczanie minimalnej normy następuje według wzoru:

$$Le = Lł \times W$$

- gdzie poszczególne symbole oznaczają:

Le – liczba etatów,

Lł – liczba łóżek,

W – wskaźnik określony w ust. 1.

§ 5. W oddziale o profilu anestetycznym i intensywnej terapii (stanowisko intensywnej terapii) lub innej komórce organizacyjnej przedsiębiorstwa o tym profilu zapewnia się całodobową opiekę pielęgniarскую i przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia przyjmuje się nie mniej niż równoważnik 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii.

§ 6. Minimalne normy zatrudnienia:

- 1) w bloku operacyjnym – wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną asystującą pielęgniarsce albo położnej operacyjnej;
- 2) na stanowisku znieczulenia – wynoszą na 1 pacjenta, co najmniej 1 pielęgniarkę anestetyczną;

- 3) w sali nadzoru poznieczuleniowego – liczba pielęgniarek anestezjologicznych na każdej zmianie w stosunku do liczby stanowisk nadzoru poznieczuleniowego nie powinna być niższa niż 1:4;
- 4) w sali porodowej – wynoszą na 1 rodzącą wobec, której zastosowano farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego co najmniej – 1 położną.

§ 7. 1. Minimalne normy zatrudnienia ustala się co roku nie później niż do dnia 31 stycznia, dokonując ponownego ich przeliczenia zgodnie z § 1-3.

2. W przypadku oddziałów lub komórek, o których mowa w § 4 ust. 1, w których jest wykonywana działalność lecznicza przez okres krótszy niż 12 miesięcy, pierwsze ustalenie minimalnej normy zatrudnienia następuje zgodnie z ust. 1 proporcjonalnie do okresu wykonywanej działalności leczniczej.

§ 8. Minimalne normy zatrudnienia w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami wykonujących działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne ustala się z uwzględnieniem:

- 1) wielkości i rozległości terytorialnej oraz struktury demograficznej i narażeń środowiskowych charakterystycznych dla obszaru działania podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą;
- 2) zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych, z uwzględnieniem świadczeń zdrowotnych udzielanych w miejscu zamieszkania, nauki lub pobytu pacjenta;
- 3) liczby pacjentów znajdujących się pod opieką danego podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą;
- 4) zakresu programów i świadczeń profilaktycznych udzielanych przez podmiot leczniczy niebędącego przedsiębiorcą;
- 5) wyposażenia podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;
- 6) harmonogramu czasu pracy w podmiocie leczniczym niebędącego przedsiębiorcą;
- 7) wykonywanych obowiązków związanych z prowadzeniem szkoleń;
- 8) stanu zatrudnienia i organizacji pracy w komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

§ 9. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2013 r.³⁾

MINISTER ZDROWIA

Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym

785X/2012
Dyrektora
Departamentu Prawnego
Alina Białozur-Makulska

Dyrektor
Departamentu Prawnego
Władysław Puzon

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, poz. 1314), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 219 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia ... 2012 r. (poz. ...)

Załącznik nr 1

Klasyfikacja pacjentów do kategorii opieki dla oddziałów o profilu zabiegowym i zachowawczym

Lp.	KRYTERIA OPIEKI	Kategoria I	Kategoria II	Kategoria III
1.	AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA	pacjent samodzielny	porusza się przy pomocy laski, chodzika, wymaga niewielkiej pomocy przy wstawaniu z łóżka, zejściu z fotela, większą część czasu spędza w łóżku	nie opuszcza łóżka, może sam lub przy pomocy pielęgniarki zmieniać pozycję, transport tylko na noszach, wózku, w oddziałach chirurgicznych - opieka w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym
2.	HIGIENA	we własnym zakresie	większość czynności wykonuje samodzielnie, niewielka pomoc przy wykonywaniu toalety, wejściu do wanny, wymaga pomocy przy umyciu pleców, włosów	wymaga pomocy przy wykonywaniu wszystkich czynności higienicznych, zmianie bielizny pościelowej i osobistej, mycie w łóżku, pomoc w toalecie jamy ustnej lub wykonanie toalety jamy ustnej, wzmożona pielęgnacja skóry w szczególności postępowanie przeciwoleżynowe
3.	ODŻYWIANIE	samodzielnie	niewielka pomoc, podanie tacy lub rozdrobnienie posiłku, nadzór nad ilością spożywanego posiłku	wymaga karmienia, rozdrobnienia posiłku lub odżywiany jest i nawadniany pozajelitowo
4.	WYDALANIE	samodzielnie	wymaga pomocy w zaprowadzeniu do toalety	przeważnie sygnalizuje swoje potrzeby, korzysta z basenu, kaczki, często ma założony cewnik, może występować biegunka, korzysta

				z pieluchomajtek
5.	POMIAR PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH	podstawowe parametry mierzone 2 x na dobę	podstawowe parametry mierzone częściej niż 2 x na dobę, wykonywanie innych zabiegów np. prowadzenie bilansu płynów, oznaczenie masy ciała itp.	podstawowe parametry mierzone częściej niż 2 x na dobę, założenie i prowadzenie kart obserwacji, prowadzony bilans płynów, pobieranie próbek krwi, moczu i innych wydzielin częściej niż 2 x na dobę
6.	LECZENIE	doustne, sporadycznie dożylne, podskórne (np. premedykacja) domięśniowo, podanie kropli do oczu, uszu, leczenie skóry- maści, zasypki stosowane samodzielnie	doustne, domięśniowe, dożylne, w oddziałach zabiegowych wykonywanie opatrunków 2 x na dobę, w oddziałach dermatologicznych kąpiele, pędzlowanie śluzówek, zawijanie, stosowanie maści zasypek 2 x na dobę	domięśniowe, dożylne, wlewy dożylne i doodbytnicze, zmiana opatrunku częściej niż 2 x na dobę, odsysanie wydzieliny z rany pooperacyjnej, kąpiele lecznicze, pędzlowanie śluzówek, stosowanie maści, zasypek częściej niż 2 x na dobę
7.	EDUKACJA I WSPARCIE PSYCHICZNE	pełna wiedza na temat zdrowia i choroby, wymaga podstawowych informacji o oddziale (topografia, rozkład dnia w oddziale, uprawnienia pacjenta, nazwiska osób opiekujących się, planowane postępowanie pielęgnacyjne) nie wymaga	słaba orientacja w sprawach zdrowia, wymaga informacji o zdrowiu i chorobie oraz wsparcia psychicznego, manifestuje pewien poziom lęku, nastrój nieco obniżony	brak wiedzy o zdrowiu i chorobie, wymaga informacji oraz wsparcia psychicznego, często wysoki poziom lęku, dezorientowany, nastrój depresyjny, rodzina pacjenta powinna być objęta programem edukacyjnym i wsparciem psychicznym

		wsparcia psychicznego		
--	--	--------------------------	--	--

Klasyfikacja pacjentów do kategorii opieki dla oddziałów o profilu psychiatrycznym

Lp.	KRYTERIA OPIEKI	Kategoria I	Kategoria II	Kategoria III
1.	AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA	pacjent samodzielny	porusza się przy pomocy laski, chodzika, wymaga pomocy przy wstaniu z łóżka, z fotela, większą część czasu spędza w łóżku	nie opuszcza łóżka, pozycję zmienia sam lub przy pomocy pielęgniarki. Transport na wózku lub noszach
2.	HIGIENA	we własnym zakresie	większość czynności wykonuje samodzielnie, niewielka pomoc przy wykonywaniu toalety, wejściu do wanny, pod prysznic, wymaga pomocy przy umyciu pleców, włosów	wymaga pomocy przy wykonywaniu wszystkich czynności higienicznych, zmianie bielizny pościelowej i osobistej, mycie w łóżku, pomoc w toalecie jamy ustnej, wzmoczona pielęgnacja skóry w szczególności postępowanie przeciwodleżynowe
3.	ODŻYWIANIE	samodzielnie	niewielka pomoc, podanie tacy lub rozdrobienie posiłku, nadzór nad ilością spożywanego posiłku	wymaga karmienia, rozdrobienia posiłku lub odżywiany jest i nawadniany pozażelitowo
4.	WYDALANIE	samodzielnie	wymaga pomocy w zaprowadzeniu do toalety	przeważnie sygnalizuje swoje potrzeby, korzysta z basenu, kaczki, często ma założony cewnik, może występować biegunka, korzysta z pieluchomajtek
5.	POMIAR PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH	podstawowe parametry mierzone 2 x na dobę	podstawowe parametry mierzone częściej niż 2 x dobę, wykonywanie innych zabiegów np. prowadzenie	podstawowe parametry mierzone częściej niż 2 x dobę, prowadzenie kart obserwacji

			bilansu płynów, kontrola masy ciała itp.	i unieruchomienia
6.	LECZENIE	doustne, sporadycznie dożylne, domięśniowe, pod inną postacią niż doustne, leki, przyjmuje bez oporów	doustne, domięśniowe, ewentualnie dożylne, okresowo odmawia przyjmowania leków, niewielkie nasilenie objawów ubocznych polekowych	domięśniowe, dożylne, podskórne, wlewy dożylne i doodbytnicze, oponuje przeciwko leczeniu, wymaga interwencji osób trzecich przy podawaniu leków lub przy wykonywaniu zabiegów. Występują ciężkie objawy uboczne, polekowe np. złośliwy zespół neuroleptyczny
7.	EDUKACJA I WSPARCIE PSYCHICZNE	pełna wiedza na temat zdrowia i choroby, wymaga podstawowych informacji o oddziale (topografia, rozkład dnia w oddziale, uprawnienia pacjenta, nazwiska osób opiekujących się, planowane postępowanie pielęgniacyjne)	słaba orientacja w sprawach zdrowia, wymaga informacji o zdrowiu i chorobie oraz wsparcia psychicznego, manifestuje pewien poziom lęku, wymaga oddziaływań psychoedukacyjnych	brak wiedzy o zdrowiu i chorobie, wymaga informacji oraz wsparcia psychicznego, często wysoki poziom lęku, zdezorientowany, nastrój depresyjny; pacjent i jego rodzina wymagają wsparcia i podjęcia działań psychoedukacyjnych
8.	ZACHOWANIA AGRESYWNE	spokojny, bez słownych i czynnych zachowań agresywnych	agresja słowna w stosunku do pacjentów i personelu	agresja słowna i czynna w stosunku do pacjentów, niszczenie sprzętów w oddziale, autoagresja, nadmierne pobudzenie seksualne
	www.inforlex.pl			

9.	DEZORGANIZACJA ZACHOWANIA	brak	niewielka dezorganizacja zachowania bez wpływu na podstawowe czynności życiowe	nasiloną dezorganizacja zachowania
10.	NAPĘD PSYCHORUCHOWY	prawidłowy	okresowo niepokój ruchowy, głośno mówi, śpiewa, nastrój labilny, dysforia, euforia lub porusza się powoli, zastyga, halucynuje wzrokowo i słuchowo, powolny, siedzi beczynnie lub staje nieruchomo, odpowiada cicho, szeptem lub wcale. Nastrój obojętny, sztywna mimika twarzy	nadmiernie aktywny, pobudzony psychoruchowo, dysforyczny, stale przemieszcza się w oddziale, domaga się wyjścia poza oddział, głośno mówi, krzyczy, płacze, szarpie się (pacjent unieruchomiony), zaczepia innych, niszczy ubranie, okalecza się, rzuca przedmiotami. Całkowity bezruch (stupor)
11.	DEPRESJA	bezsenna lub nadmierna senność, lęk	obniżenie nastroju i napędu psychoruchowego, zaburzenia snu, lęk okresowy lub przewlekły, dysregulacja rytmów biologicznych, układu autonomicznego (zaburzenia snu, lęk, zaparcia, bóle głowy), wewnętrzny niepokój, drażliwość	aktywność fizyczna i psychiczna obniżona, uboga mimika twarzy, zaniedbany wygląd, nie reaguje na próby nawiązania kontaktu, nie odpowiada na pytania, odmawia przyjmowania posiłków i płynów
12.	MYŚLI SAMOBÓJCZE	brak	wypowiada myśli samobójcze, ale nie ma tendencji do ich realizacji	po próbie samobójczej, wypowiada myśli samobójcze, ma tendencje do ich realizacji, w wywiadzie próby samobójcze,

				wymaga stałej obserwacji pielęgniarskiej
13.	OBJAWY PSYCHOTYCZNE	brak lub niewielkie	umiarkowane nasilenie bez aktywności psychotycznej	ciężkie, masywne objawy wytwórcze z nasiloną aktywnością psychotyczną
14.	ŚWIADOMOŚĆ	świadomość prawidłowa	senny, na zadawane pytania odpowiada z opóźnieniem, zdezorientowany w czasie	dezorientacja, przymglenie, majaczenie, splątanie
15.	UDZIAŁ W TERAPII	chętnie uczestniczy w zajęciach terapeutycznych	okresowo uczestniczy w zajęciach terapeutycznych, nie kończy podjętych zadań	nie uczestniczy w życiu społeczności i terapii zajęciowej

Klasyfikacja do kategorii opieki rodzących siłami natury w zespole porodowym

KRYTERIA OPIEKI	Kategoria I	Kategoria II	Kategoria III
I OKRES PORODU	1. Ciąża >37 Hbd; płód pojedynczy, żywy, położenie podłużne- główkowe	1. Ciąża >32 <37 Hbd i powyżej 40 Hbd; ciąża bliźniacza lub pojedyncza położenie nieprawidłowe	1. Ciąża <32 Hbd, ciąża mnoga, położenie płodu nieprawidłowe lub ciąża martwa
	2. Przebieg ciąży prawidłowy bez dolegliwości ze strony innych układów	2. Wywiad położniczy obciążony, w tej lub poprzednich ciążach	2. Wywiad położniczy obciążony lub choroby innych układów
	3. Pozycja dowolna, rodząca chodzi	3. Pozycja częściowo ograniczona	3. Rodząca leżąca
	4. Pełna samodzielność w zakresie czynności higienicznych	4. Wymaga pomocy w toalecie ciała, szczególnie higiena krocza	4. Wymaga stałej pomocy w utrzymaniu higieny ciała
	5. Dieta lekkostrawna, płyny wg potrzeb	5. Dieta płynna z ograniczeniami	5. Dieta ścisła
	6. Rutynowy pomiar parametrów życiowych	6. Pomiar parametrów życiowych co 2 godziny	6. Pomiar parametrów życiowych co 15 minut (karta obserwacji)
	7. Rutynowa kontrola akcji serca płodu (monitorowanie dłuższe przy przyjęciu rodzącej do oddziału)	7. Okresowe monitorowanie ASP (dodatkowo)	7. Stałe monitorowanie ASP
	8. Postęp porodu prawidłowy, do 8 godzin	8. Zaburzenia w postępie porodu i/lub planowane ciecie cesarskie	8. Zaburzenia czynności skurczowej macicy, brak postępu porodu

			lub nagle cięcie cesarskie
	9. Potrzeby wydalania zaspokaja sama	9. Wymaga podania basenu	9. Cewnikowanie lub cewnik na stałe
	10. Zachowany pęcherz płodowy, pęknięcie o czasie	10. Pęknięty pęcherz płodowy, odpływa prawidłowy płyn owodniowy	10. Odpływa płyn owodniowy o nieprawidłowym zabarwieniu i woni lub w dużej ilości
	11. Rodząca stosuje ćwiczenia oddechowe, relaksujące, korzysta z udogodnień	11. Rodząca wymaga instruktażu odnośnie ćwiczeń oddechowych i relaksujących	11. Rodząca wymaga stałej pomocy w stosowaniu ćwiczeń oddechowych i relaksujących
	12. Otrzymuje leki doustne, doodbytnicze, domięśniowe	12. Otrzymuje leki doustne, doodbytnicze, domięśniowe, dożylnie	12. Otrzymuje leki parenteralnie, infuzja (dożylnie)
	13. Pozytywne nastawienie rodzącej do porodu, dobra orientacja co do przebiegu porodu, dobry kontakt z położną, rodząca jest spokojna i opanowana	13. Mierna orientacja co do przebiegu porodu, utrudniony kontakt z położną, rodząca nieopanowana, niespokojna, wymaga okresowego wsparcia osoby towarzyszącej	13. Negatywny stosunek do porodu i osób towarzyszących, brak orientacji w przebiegu porodu, wymaga stałej obecności położnej
	14. Rodzącej towarzyszą bliskie osoby	14. Rodzi samotnie	14. Rodzi samotnie
II OKRES PORODU	1. Czas przebiegu do 2 godzin	1. Przedłużający się ponad 2 godziny	1. Poród zabiegowy, nagle cięcie cesarskie
	2. Podczas parcia pozycja dowolna	2. Podczas parcia pozycja ograniczona	2. Podczas parcia pozycja wymuszona
	3. Wymaga zapewnienia czystości krocza	3. Wymaga zapewnienia czystości krocza	3. Wymaga zapewnienia czystości krocza
www.inforlex.pl			

			i okolic przylegających
	4. Ochrona krocza	4. Znieczulenie, nacięcie krocza	4. Pęknięcie krocza, rozległe nacięcie
	5. Rodząca aktywnie uczestniczy w porodzie	5. Rodząca wymaga nauki, pomocy przy parciu	5. Rodząca wymaga aktywnej pomocy, biernie uczestniczy w porodzie
	6. Zastosowanie mają pkt. 4-7,9,12-14 dotyczące I okresu porodu	6. Zastosowanie mają pkt 4-7,9,12-14 dotyczące I okresu porodu	6. Zastosowanie mają pkt 4-7,9,12-14 dotyczące I okresu porodu
III OKRES PORODU	1. Noworodek w skali Apgar 7-10 pkt	1. Noworodek w skali Apgar 4-6 pkt	1. Noworodek w skali Apgar 0-3 pkt
	2. Waga noworodka 2500-4000 g	2. Waga noworodka poniżej 2500 g lub powyżej 4000 g	2. Waga noworodka poniżej 1500 g, wady u noworodka, martwo urodzony lub umierający po porodzie
	3. Bardzo dobry kontakt matki z noworodkiem	3. Kontakt z noworodkiem zaburzony, matka obojętna	3. Brak kontaktu lub niechęć matki do noworodka
	4. Bienne i czynne prowadzenie III okresu porodu, popłód kompletny	4. Czynne prowadzenie III okresu porodu; wątpliwości w ocenie popłodu	4. Patologia III okresu porodu, zabiegi manualne i/lub instrumentalne
	5. Krwawienie z dróg rodnych do 200 ml	5. Krwawienie z dróg rodnych powyżej 200 ml	5. Krwotok z dróg rodnych
	6. Kanał rodny bez obrażeń	6. Otarcia, pęknięcia kanału rodnego, nacięcie krocza	6. Pęknięcie krocza II lub III stopnia
	7. Zastosowanie mają pkt 4-6,9,12-14 dotyczące I okresu porodu	7. Zastosowanie mają pkt 4-6,9,12-14 dotyczące I okresu porodu	7. Zastosowanie mają pkt 4-6,9,12-14 dotyczące I okresu porodu
	IV OKRES PORODU	1. Skrócony czas przebywania na sali porodowej	1. Dwugodzinna obserwacja
2. Rutynowy pomiar parametrów		2. Pomiar parametrów życiowych co 15 min,	2. Opieka po znieczuleniu

	<p>życiowych, wysokości dna macicy, krwawienia z dróg rodnych</p>	<p>kontrola wysokości dna macicy i krwawienia z dróg rodnych (krwawienie zwiększone)</p>	<p>ogólnym, dokładna obserwacja i pomiar parametrów życiowych, wysokości dna macicy i krwawienia z dróg rodnych</p>
	<p>3. Matka karmi dziecko piersią</p>	<p>3. Matka wymaga pomocy w przystawieniu dziecka do piersi</p>	<p>3. Matka nie karmi dziecka piersią, zły kontakt z dzieckiem lub brak</p>
	<p>4. Dobra orientacja matki w sprawach zdrowia, samopielęgnacji w położeniu, opieki nad dzieckiem, dobry kontakt z otoczeniem</p>	<p>4. Matka wymaga pomocy w spożyciu posiłku, wymaga informacji o samopielęgnacji w położeniu, pielęgnacji noworodka, wymaga wsparcia osób bliskich</p>	<p>4. Brak orientacji matki w sprawach zdrowotnych, wymaga wsparcia psychicznego ze strony położnej</p>

Klasyfikacja położnic do kategorii opieki w oddziałach o profilu położniczo-ginekologicznym
w systemie „matka z dzieckiem”

Lp.	KRYTERIA OPIEKI	Kategoria I	Kategoria II	Kategoria III
1.	AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA	ciąża pojedyncza, poród fizjologiczny bez nacięcia krocza lub z niewielkim pęknięciem I°, ciąża przebiegała bez powikłań, ukończona w terminie porodu, położnica chodząca	ciąża mnoga – bliźnięta, poród z nacięciem i rozległym uszkodzeniem krocza, zabiegowy; ciąża o podwyższonym ryzyku, zakończona przed lub po upływie terminu porodu; przebieg porodu był częściowo zaburzony, nacięcie lub pęknięcie krocza II°, położnica większą część czasu spędza w łóżku	ciąża mnoga – troje lub więcej dzieci, ukończona cięciem cesarskim, interwencja w jamie macicy, w związku z krwotokiem poporodowym, uszkodzenie spojenia łonowego; ciąża wysokiego ryzyka, pęknięcie krocza III°, położnica leżąca, nie opuszcza łóżka, może sama zmieniać pozycję
2.	HIGIENA	położnica wykonuje samodzielnie czynności higieniczne, kąpiel i toaletę noworodka wykonuje przy pomocy położnej	wymaga wykonania toalety krocza lub wykonuje samodzielnie, lecz wymaga pomocy położnej podczas kąpeli pod natryskiem; u noworodka wykonuje tylko niektóre czynności higieniczno- pielęgnacyjne, wymaga pomocy i nadzoru z e strony położnej	wymaga toalety całego ciała, pielęgnacją noworodka zajmuje się położna
3.	ODŻYWIANIE	położnica wymaga diety dla matki karmiącej, samodzielnie spożywa posiłki	położnica wymaga diety dla matki karmiącej lub połączonej ze specjalną dieta w związku z chorobami współistniejącymi, wymaga pomocy w spożywaniu posiłków (pokrojenie, rozdrobnienie)	położnica ma dietę półpłynną lub wymaga pomocy przy spożywaniu np. podanie pokarmu, pojniczka lub odżywiana jest parenteralnie

4.	WYDALANIE	położnica sama zaspokaja potrzebę wydalania, czynność pęcherza moczowego i jelit prawidłowa	położnica ma trudności z oddawaniem moczu, wymaga prowokacji, istnieją trudności z oddawaniem stolca (zaparcia)	położnica ma trudności z oddawaniem moczu – wymaga cewnikowania lub ma założony cewnik, prowadzona jest karta kontroli przyjmowanych i wydalanych płynów, istnieją trudności z oddawaniem stolca
5.	POMIAR PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH	podstawowe parametry (temperatura, tętno), wysokość dna macicy, kontrola krwawienia, odchodów, stan krocza – pomiar i obserwacja 2 x na dobę	podstawowe parametry (temperatura, tętno), wysokość dna macicy, kontrola krwawienia, odchodów, stan krocza – pomiar i obserwacja częściej niż 2 x na dobę oraz dodatkowo pomiar ciśnienia tętniczego krwi	prowadzona jest karta ścisłej obserwacji
6.	LECZENIE	nie wymaga podawania leków	otrzymuje leki doustnie, domięśniowo, podskórnie, doodbytniczo	otrzymuje leki dożylnie, ma podłączoną kroplówkę, może być przetaczana krew
7.	EDUKACJA I WSPARCIE PSYCHICZNE	położnica zna zasady pielęgnacji noworodka, karmienia piersią i zdrowego stylu życia w okresie połogu, nie wymaga wsparcia psychicznego, ma dobry kontakt z dzieckiem, chętnie karmi piersią	położnica ma słabą orientację na temat pielęgnacji noworodka, karmienia piersią i zdrowego stylu życia w okresie połogu, wymaga wsparcia położnej i osób bliskich, nie jest przekonana do karmienia piersi	położnica nie zna zasad pielęgnacji noworodka, nie jest przekonana do karmienia piersią i nie zna techniki karmienia oraz zasad zdrowego stylu życia w okresie połogu, wymaga edukacji w w/w tematach, brak kontaktu z dzieckiem, wymaga profesjonalnego wsparcia psychicznego (dziecko urodzone w stanie ciężkim, z wadą lub zmarło)

Klasyfikacja noworodków do kategorii opieki w oddziałach o profilu położniczo-ginekologicznym w systemie „matka z dzieckiem”

Lp.	KRYTERIA OPIEKI	Kategoria I	Kategoria II
1.	MASA URODZENIOWA	2501 – 4000 g	2000 – 2500 g lub > 4000 g
2.	SKALA APGAR	8 – 10 pkt	5 – 7 pkt
3.	URAZY POPORODOWE	nie ma	krwiak zewnątrzczaszkowy, wybroczyny na skórze, złamanie obojczyka, porażenie splotu barkowego
4.	WADY WRODZONE	nie ma	wady układu kostno – stawowego, wady twarzoczaszki, układu nerwowego, wady serca, inne wady wrodzone na etapie diagnozy nie wymagające natychmiastowej interwencji chirurgicznej
5.	HIGIENA I PIELEGNACJA	codzienna kąpiel noworodka, pielęgnacja kikutu pępowinowego wykonywana przez położne, matka wykonuje samodzielnie toaletę dziecka podczas przewijania, skóra i śluzówki bez zmian patologicznych	toaleta krótkotrwała, pojedyncze ogniska zmian na skórze i błonach śluzowych, pomoc położnej podczas przewijania i toalety dziecka oraz przy pielęgnacji kikutu pępowinowego
6.	ODDYCHANIE	oddycha prawidłowo	zaburzenia oddychania np.: oddech przyśpieszony, postękiwanie, tymczasowa tlenoterapia i odśluzowywanie dróg oddechowych
7.	ODŻYWIANIE	karmienie piersią na żądanie, matka samodzielnie, prawidłowo przystawia dziecko do piersi	pomoc położnej przy dostawianiu dziecka do piersi, karmienie pokarmem matki przy pomocy kieliszka lub łyżeczki, wymaga dokarmiania i dopajania
8.	WYDALANIE	prawidłowo wydalony stolec, mocz i gazy	problemy z zaspokojeniem potrzeb fizjologicznych, wymaga pomocy położnej poprzez odpowiednie ułożenie bądź jednorazowe zastosowanie rurki doodbytniczej

9.	ŻÓŁTACZKA NOWORODKÓW	fizjologiczna	wymaga fototerapii – hiperbilirubinemia
10.	OBSERWACJE I POMIAR PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH	obserwacja i pomiary podstawowych parametrów życiowych dokonywane są 2 x na dobę	obserwacja i pomiary podstawowych parametrów życiowych dokonywane są 3 x na dobę lub więcej w ciągu dnia
11.	BADANIA DIAGNOSTYCZNE	testy przesiewowe na fenyloketonurię i hipotyreozę	testy przesiewowe na fenyloketonurię i hipotyreozę, dodatkowo poziom bilirubiny, glikemia, morfologia krwi, gazometria, elektrolity, posiewy, wymazy, analiza moczu
12.	LECZENIE PROFILAKTYKA	szczepienia	leki doustne, iniekcje domięśniowe, wlewy kroplowe dożylnie, krople, maści, kąpiele lecznicze

Klasyfikacja dzieci do kategorii opieki w oddziałach o profilu pediatrycznym

Lp.	KRYTERIA OPIEKI	Kategoria I	Kategoria II	Kategoria III
1.	AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA	dziecko samodzielne lub przebywające na stałe z rodzicami	dziecko wymaga pomocy przy wstawaniu, większą część czasu spędza w łóżku	dziecko unieruchomione, w oddziale zabiegowym – I doba po zabiegu
2.	HIGIENA	we własnym zakresie lub przez rodziców przebywających na stałe z dzieckiem	niewielka pomoc przy wykonaniu toalety	nie sygnalizuje potrzeb wymaga pełnego wsparcia przy wykonaniu toalety, wzmożona pielęgnacja skóry w szczególności postępowanie przeciwoleżynowe lub założony cewnik
3.	KARMIENIE I ODŻYWIANIE	samodzielnie lub dziecko karmione piersią lub przebywające na stałe z rodzicami	niewielka pomoc, rozdrobnienie posiłku, schłodzenie płynów do picia	wymaga karmienia
4.	POMIAR PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH	podstawowe parametry 2 x na dobę	podstawowe parametry częściej niż 2x na dobę lub podstawowe 2x na dobę i pobieranie prób do badań	podstawowe parametry częściej niż 2x na dobę, pobieranie prób krwi, moczu i innych wydzielin częściej niż 2x na dobę, stałe monitorowanie parametrów życiowych
5.	LECZENIE	doustne, nawadnianie dożylnie, podskórne (np. premedykacja), podanie kropli, maści do oczu, uszu, leczenie skóry, błon śluzowych, maści, zasyпки itp.	leczenie dożylnie, opatrunki 2x na dobę, inhalacje (zabiegi zajmujące 60-90 minut)	podawanie tlenu, wlewy dożylnie i doodbytniczo, opatrunki częściej niż 2x na dobę, (zabiegi zajmujące więcej niż 90 minut)

6.	EDUKACJA ORAZ WSPARCIE DZIECKA I RODZICÓW	pełna wiedza na temat choroby, wymaga podstawowych informacji uzupełniających dotyczących stanu zdrowia, planu opieki praw pacjenta, organizacji oddziału	słaba orientacja o chorobie, wymaga wsparcia, manifestuje lęk	brak wiedzy o chorobie wymaga pełnej edukacji i przygotowania do samopielęgnacji, manifestuje lęk
----	----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

Klasyfikacja pacjentów do kategorii opieki dla oddziałów dializoterapii

Lp.	KRYTERIA OPIEKI	Kategoria I	Kategoria II
1.	AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA	pacjent unieruchomiony w czasie dializy, nie wymaga pomocy w zmianie pozycji i wygodnym ułożeniu, po dializie pacjent samodzielny	pacjent wymaga niewielkiej pomocy przy zaścieleniu fotela, przy wstawaniu i ułożeniu się na fotelu, wejściu na wagę przy pionizacji
2.	HIGIENA	pacjent samodzielny po dializie, w trakcie trwania zabiegu nie ma potrzeby wykonywania czynności higienicznych	pacjent samodzielny w zakresie toalety twarzy, jamy ustnej, rąk, nie wymaga wykonywania innych czynności higienicznych
3.	ODŻYWIANIE	pacjent samodzielny	pacjent wymaga niewielkiej pomocy, podania tacy z posiłkiem, kubka lub talerza, rozdrobnienia pokarmu
4.	WYDALANIE	pacjent nie zgłasza potrzeb	pacjent wymaga podania basenu lub kaczki
5.	POMIAR PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH	jednokrotny pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna oraz temperatury ciała, dwukrotne oznaczenie masy ciała	pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury ciała częściej niż raz w czasie trwania dializy, masy ciała częściej niż dwa razy w czasie trwania dializy, pobranie próbek krwi
6.	LECZENIE	leczenie przez przetokę tętniczo-żylną do 4,5 godz., stosowanie zasypek leczniczych na skórę, wlewy kroplowe przez przetokę, wykonanie opatrunku na przetoce, wykonanie iniekcji podskórnych	leczenie przez „świeżą” przetokę tętniczo-żylną, wklucie centralne, leczenie doustne, wykonanie więcej niż jednego opatrunku w czasie trwania dializy, częste stosowanie zasypek leczniczych, zmniejszenie objawów ubocznych dializy, stosowanie kompresów i przymoczek
7.	EDUKACJA, OPIEKA PSYCHOSPOŁECZNA	pełna wiedza na temat choroby i leczenia, dobra orientacja w sprawach zdrowia, nie wymaga wsparcia psychicznego, wymaga informacji o planach postępowania pielęgniarskiego	wymaga informacji o chorobie i leczeniu, diecie, sposobach zachowania lub poprawy zdrowia, planach postępowania pielęgniarskiego oraz wsparcia psychicznego, pacjenci

			przebywający po raz pierwszy na oddziale, zapoznawani z topografią oddziału, planem leczenia
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------

UZASADNIENIE

Przedłożony projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia do wydania rozporządzenia zawartego w art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.). Zgodnie z nim Minister Zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych związków zawodowych, określi, w drodze rozporządzenia, sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, mając na celu zapewnienie właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

Prace merytoryczne nad przedmiotowym projektem rozporządzenia prowadził zespół ekspertów, który został powołany do tego zadania Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 lipca 2009 r. w sprawie powołania Zespołu do Spraw Opracowania Sposobu Ustalania Norm Zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych w Zakładach Opieki Zdrowotnej. W skład Zespołu wchodził przedstawiciele Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, przedstawiciele samorządu pielęgniarek i położnych, Konsultanci krajowi i wojewódzcy w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa oraz przedstawiciel Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, a także przedstawiciele Departamentu Pielęgniarek i Położnych, jak również inni eksperci z głosem doradczym na zaproszenie Przewodniczącej Zespołu.

Na wstępie należy podkreślić, że liczba pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych ma zasadnicze znaczenie z punktu widzenia jakości świadczeń, bezpieczeństwa pacjentów jak i bezpieczeństwa pielęgniarek/położnych oraz zapobiegania i powstawania sytuacji oraz zdarzeń niepożądanych. Wśród najczęściej występujących zdarzeń niepożądanych (na podstawie opracowań merytorycznych) stwierdza się:

1. infekcje dróg moczowych,
2. zapalenia płuc,
3. odleżyny,
4. upadki pacjentów,
5. reintubacje,
6. nieskuteczne reanimacje,
7. wyższą liczbę zgonów.

Jak wskazują liczne badania, braki w obsadzie pielęgniarstwie/położnych generują wyższe koszty leczenia z powodu dodatkowej terapii, przedłużonej hospitalizacji oraz odpowiedzialne są za brak satysfakcji zawodowej personelu.

Proponowane rozporządzenie ma być narzędziem dla kadry zarządzającej w pielęgniarstwie i położnictwie służącym do określenia zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwą i położniczą oraz wskazania liczby pielęgniarek lub położnych do sprawowania opieki nad pacjentami w podmiotach leczniczych w oddziałach o profilu zabiegowym i zachowawczym, psychiatrycznym, zespołach porodowych, w oddziałach o profilu położniczo-ginekologicznym w systemie „matka z dzieckiem”, w oddziałach o profilu pediatrycznym oraz neonatologicznym, w oddziałach o profilu dializoterapii, w oddziałach o profilu anestezyjologicznym i intensywnej terapii, w blokach operacyjnych, na stanowisku znieczulenia, w salach nadzoru poznieczuleniowego oraz w podmiotach leczniczych wykonujących świadczenia z zakresu leczenia uzależnień.

Dokonano wyodrębnienia ww. oddziałów w projekcie rozporządzenia, ze względu na charakter ich działalności, a nazwy oddziałów wynikają ze specyfiki organizacyjnej danego podmiotu leczniczego. Zastosowanie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych powinno pozwolić na dokonanie oceny zapewnienia opieki z uwzględnieniem stanu zdrowia i samodzielności pacjenta oraz racjonalnego wykorzystania zasobów ludzkich. Należy podkreślić, że normy zatrudnienia ustalone na podstawie projektowanego rozporządzenia dotyczą wszystkich pielęgniarek i położnych wykonujących pracę w danym podmiocie leczniczym bez względu na formę tego zatrudnienia. Wylączeniu podlega zatrudniona w przedsiębiorstwie leczniczym kadra kierownicza pielęgniarska i położnicza.

Celem projektowanego rozporządzenia jest wskazanie sposobu działania, jaki może być zastosowany, aby systematycznie dokonywać oceny zapotrzebowania na opiekę pielęgniarek lub położnych, pomiarów umożliwiających alokację personelu pielęgniarskiego i położniczego, poznania i ewaluacji relacji pomiędzy faktycznym i pożądanym zatrudnieniem, planowanie działań w sytuacjach zmiennych tj. w przypadku absencji chorobowej, urlopów, nieobecności w wyniku szkoleń (usprawiedliwiona nieobecność w pracy), uzyskania danych i informacji do usprawniania organizacji opieki pielęgniarskiej/położniczej, planowania długoterminowego obsad pielęgniarskich/położnych, rozpoznawania i uwzględniania w planowaniu obsad pielęgniarskich/położnych czynników, które dotychczas nie były brane pod uwagę.

Dokonano zmiany dotyczącej zapisów „pielęgnacja bezpośrednia” i „pielęgnacja pośrednia” na świadczenia pielęgniarskie bezpośrednie i świadczenia pielęgniarskie pośrednie.

W proponowanym w rozporządzeniu - sposobie obliczania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych dokonano podziału czasu opieki nad pacjentem na – średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich i średni czas świadczeń pielęgniarskich pośrednich. Przy czym świadczenia pielęgniarskie bezpośrednie to świadczenia pielęgnacyjne, terapeutyczne, diagnostyczne i inne, natomiast świadczenia pielęgniarskie pośrednie to czynności administracyjne, dokumentowanie przygotowania stanowisk pracy, przekazywanie zmiany, wyjścia do laboratorium, apteki, pracowni diagnostycznych, posiedzenia zespołu terapeutycznego itd.

W projektowanym rozporządzeniu zaproponowano sposób ustalania norm zatrudnienia kadry pielęgniarskiej lub położniczej poprzez zastosowanie metody kategoryzacji opieki i przyporządkowanie pacjenta do danej kategorii opieki, z uwzględnieniem poszczególnych kryteriów opieki.

Zgodnie z proponowaną metodyką ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek lub położnych w przedsiębiorstwach podmiotów leczniczych, do kategorii opieki przyporządkowano odpowiednio średnie czasy świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich, czyli wskazano czas jaki powinna pielęgniarka lub położna poświęcić na wykonywanie czynności bezpośrednich przy danym pacjencie, który wymaga odpowiednio opieki minimalnej, umiarkowanej lub wzmożonej.

W celu określenia średniego czasu świadczeń pielęgniarskich pośrednich zaproponowano przyjęcie wartości procentowych pozostających w relacji z przyjętymi czasami pielęgnacji bezpośredniej i mogącymi wynieść od 25% do 50 % czasu pielęgnacji bezpośredniej. Wskazanie procentowej wartości średniego czasu świadczeń pielęgniarskich pośrednich pozostaje w gestii podmiotu leczniczego.

Na określenie procentowej wartości średniego czasu świadczeń pielęgniarskich pośrednich powinny mieć wpływ organizacja pracy w oddziale, liczba personelu oraz liczba personelu pomocniczego,

tj. opiekun medyczny, opiekunka dziecięca lub rodzice w przypadku oddziałów pediatrycznych, transport wewnątrzszpitalny, system łączności wewnątrzszpitalnej, współpraca z pracownikami diagnostyczno-terapeutycznymi, wyposażenie podmiotu leczniczego w sprzęt, aparaturę medyczną w tym służącą do pielęgnacji chorych itp.

Ustalenie średniego czasu świadczeń pielęgniarских bezpośrednich i pielęgniarских pośrednich pozwala w rezultacie na ustalenie czasu pielęgnacji całkowitej. Czas pielęgnacji całkowitej to suma średniego czasu pielęgnacji bezpośredniej i pośredniej.

W przypadku przepisów, które dotyczą świadczeń wykonywanych przez położne w zespole porodowym, odpowiednio dla pacjentek rodzących siłami natury i dla pacjentek, u których zaplanowane zostało rozwiązanie ciąży drogą cesarskiego cięcia, zaproponowano - trzy kategorie opieki dla pacjentek rodzących siłami natury i dwie kategorie opieki dla pacjentek rodzących drogą planowego cesarskiego cięcia. Określenie „zespół porodowy” jest zgodne z załącznikiem nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2012 poz. 739).

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia o świadczeniach gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego zostały określone wymogi dla świadczeń w oddziale neonatologicznym natomiast w projekcie rozporządzenia o sposobie ustalania minimalnych norm wyodrębniono oddział położniczo-ginekologiczny z uwagi na fakt, iż jest to bardzo szczególna sytuacja realizowania świadczeń przez położne w stosunku do matki z dzieckiem.

W celu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia położnych w oddziałach położniczo-ginekologicznych w systemie "matka z dzieckiem" zaproponowano dla położnic trzy kategorie opieki, natomiast dla noworodków dwie kategorie opieki, przy czym opieka wzmożona kierowana jest wyłącznie do położnic. Powyższe rozwiązanie zostało podyktowane faktem, iż noworodki zakwalifikowane do III kategorii opieki objęte są opieką w oddziałach neonatologicznych z uwzględnieniem oddziałów intensywnej terapii.

W przypadku oddziałów o profilu pediatrycznym zaprojektowane rozwiązanie daje możliwość zastosowania metody opartej na zakwalifikowaniu pacjentów do jednej z trzech kategorii opieki, w celu ustalenia odpowiedniej obsady pielęgniarskiej.

W przypadku norm zatrudnienia pielęgniarek w oddziałach o profilu dializoterapii, zaproponowano klasyfikowanie pacjentów do dwóch kategorii opieki. Określenie uśrednionego czasu trwania opieki bezpośredniej dla III kategorii w przypadku chorych dializowanych nie było możliwe, bowiem badania naukowe prowadzone w tym zakresie nie wyłoniły reprezentatywnej grupy pacjentów.

W projekcie rozporządzenia dokonano również określenia kategoryzacji pacjentów w oddziałach lub innych komórkach organizacyjnych podmiotu leczniczego o profilu psychiatrycznym. Dla tych podmiotów wyznaczono kryteria, poprzez zastosowanie których będzie możliwe określenie liczby zatrudnionych pielęgniarek.

W projekcie rozporządzenia uwzględniono również kryteria ustalania minimalnych norm zatrudnienia w podmiotach leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe z zakresu leczenia uzależnień. Powyższe rozwiązanie wynika z faktu, iż w podmiotach tych wykonujących świadczenia zarówno z zakresu leczenia uzależnień od alkoholu jak i substancji psychoaktywnych świadczenia pielęgniarские zredukowane są najczęściej do minimum (tj. wydawania leków niektórym pacjentom). W całodobowych oddziałach/ośrodkach leczenia uzależnień pacjenci są samodzielni i nie wymagają

świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich. Ponadto zatrudnienie personelu pielęgniarskiego w nadmiernej ilości będzie generować niepotrzebne koszty, co może skutkować ograniczeniem możliwości zatrudnienia instruktorów i specjalistów psychoterapii uzależnień, a co za tym idzie, pogorszeniem jakości oferty leczniczej oraz zmniejszeniem jej skuteczności.

Zarówno w ośrodkach stacjonarnych leczenia uzależnień (w tym od substancji psychoaktywnych), w oddziałach dziennych terapii uzależnień, poradniach leczenia uzależnień oraz programach substytucyjnych, czyli w całym lecznictwie uzależnień (odwykowym), którego pacjenci są osobami samodzielnie wykonującymi wszelkie czynności w zakresie samoobsługi, ewentualność zatrudnienia pielęgniarek powinna pozostać do decyzji kierownika podmiotu.

W przypadku oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, oraz oddziałów intensywnej terapii zastosowano rozwiązanie analogiczne do przepisów projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej na jedno stanowisko intensywnej terapii nie mniej niż równoważnik 2,2 etatu.

Przepis dotyczący zabezpieczenia obsady pielęgniarskiej w bloku operacyjnym nie mniejszej niż 1 pielęgniarka albo położna operacyjna oraz 1 pielęgniarka albo położna asystująca pielęgniarkce albo położnej operacyjnej na jeden czynny stół operacyjny znajduje uzasadnienie w zakresie wykonania zadań z uwzględnieniem procedur epidemiologicznych oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi i personelowi.

Odpowiednio zaproponowano przepis wskazujący na zabezpieczenie obsady jednego czynnego stanowiska znieczulenia zgodnie z przepisami projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które powinna zabezpieczać co najmniej jedna pielęgniarka anestezjologiczna, przez którą należy rozumieć pielęgniarkę, 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.

W sali nadzoru poznieczuleniowego liczba pielęgniarek anestezjologicznych na każdej zmianie w stosunku do liczby stanowisk nadzoru poznieczuleniowego nie powinna być niższa niż 1:4, co wynika z przepisów projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Dla oddziałów wymienionych powyżej lub innych komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa o tym profilu minimalne normy zatrudnienia ustala kierownik podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, uwzględniając liczbę wykonywanych zabiegów operacyjnych i wykorzystanie stołów operacyjnych na danej zmianie (czynny stół operacyjny).

Istotnym elementem w zaproponowanym sposobie ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych jest uwzględnienie średniego czasu dyspozycyjnego. Średni czas dyspozycyjny to czas, w jakim pielęgniarka lub położna faktycznie wykonuje świadczenia pielęgniarskie bezpośrednie i pośrednie. Średni czas dyspozycyjny jest różny w poszczególnych oddziałach przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego i zależy od wieku i stanu zdrowia zatrudnionego personelu oraz w wybranych przypadkach stanu zdrowia ich dzieci, bowiem wiążą się z tym

ewentualne zwolnienia lekarskie oraz inne czynniki, tj. uczestnictwo w różnych formach kształcenia podyplomowego.

Średni czas dyspozycyjny dla pielęgniarki lub położnej określony w godzinach w ciągu roku jest to wynik różnicy powstałej po odjęciu od liczby dni roboczych w danym roku, dni wolnych tj. urlop wypoczynkowy, dni przysługujących na opiekę nad dzieckiem, następnie dni, które stanowią średnią z ostatnich 3 lat zwolnień lekarskich oraz dni, które stanowią średnią z ostatnich 3 lat dni przeznaczanych na udział w kształceniu podyplomowym.

Dookreślono sposób określania liczby pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki poprzez dodanie ust.2 w § 3.

Poniżej przedstawiono przykład obliczania czasu dyspozycyjnego:

Czas dyspozycyjny przedstawia się w godzinach dla 1 pielęgniarki/położnej w ciągu roku.

20 dni roboczych w miesiącu x 12 miesięcy = 240 dni roboczych.

$T_d = 240 \text{ dni} - 26 \text{ dni urlopu wypoczynkowego} - 2 \text{ dni ustawowo przysługujące nad opiekę nad dzieckiem} - 5 \text{ dni na realizację kształcenia podyplomowego} - 5 \text{ dni zwolnień lekarskich.}$

$T_d = 240 - 26 - 2 - 5 - 5 = 202 \text{ dni}$

$T_d = 202 \times 7,35 \text{ h} = 1485 \text{ h}$

Tym samym średni czas dyspozycyjny dla pielęgniarki/położnej w danym oddziale w ciągu roku wynosi 1485 h. (co daje średnio 124h miesięcznie).

Przy założeniu, że liczba pacjentów w poszczególnych oddziałach szpitala oraz jednostki chorobowe, z powodu których realizowane są hospitalizacje, jest w ciągu roku względnie stała, zastosowanie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych daje możliwość przyjęcia metody przeliczeniowej do oszacowania koniecznej obsady pielęgniarskiej pozwalającej na sprawne funkcjonowanie danego oddziału szpitalnego.

Przykład wyliczenia minimalnych norm zatrudnienia - oddział chorób wewnętrznych

Liczba pacjentów wynosi 30

Pacjentów zakwalifikowano do danej kategorii opieki na podstawie tabeli znajdującej się w załączniku nr 1

I kategoria 10 pacjentów – czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich wynosi 38 min.

II kategoria 12 pacjentów – czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich wynosi 95 min.

III kategoria 8 pacjentów – czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich wynosi 159 min.

Obliczamy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich według wzoru

$T_s P_b = (N_I \times T_{s p b I}) + ((N_{II} \times T_{s p b II}) + (N_{III} \times T_{s p b III}) + (N \times 2 \text{ min}))$

$T_{s p b} = (10 \times 38 \text{ min.}) + (12 \times 95 \text{ min.}) + (8 \times 159 \text{ min.}) + (30 \times 2 \text{ min.})$

$T_{s p b} = 380 + 1140 + 1272 + 60 = 2852 \text{ min.}$

Zakłada się, że czas świadczeń pielęgniarskich pośrednich w danym oddziale wynosi 35% czasu świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich

2852 min - 100%

35% od 2852 min. to 998,2 min

Tśpp wynosi 998,2 min

$T_{\text{pc}} = 2852 \text{ min.} + 998,2 \text{ min.} = 3850,2 \text{ min.}$, co stanowi $64,17 \text{ h} : 7,35 \text{ h} = 8,7$ dni
7,35 to dzienna norma czasu pracy w podmiotach leczniczych

$L_e = 8,7 \times 365 = 15,7$ etatów

202

W rozporządzeniu wskazany został również sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych do wykonywania świadczeń zdrowotnych w oddziałach rozpoczynających działalność leczniczą, przygotowany na podstawie analiz stanu zatrudnienia prowadzonych przez konsultantów krajowych i wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa. W celu wskazania liczby pielęgniarek lub położnych, jaka powinna być zatrudniona w oddziałach sprawujących opiekę całodobową, rozpoczynających działalność i nie posiadających żadnych doświadczeń w tym zakresie, można zastosować wskaźniki wyliczone na podstawie oceny zapotrzebowania na opiekę dla pacjentów zakwalifikowanych do właściwej ze względu na stan zdrowia kategorii opieki. Metoda powyższa powstała na podstawie badań prowadzonych w ówczesnych zakładach opieki zdrowotnej.

Ponieważ podane wskaźniki są narzędziem służącym do określenia zabezpieczenia liczby pielęgniarek lub położnych i stanowią rozwiązanie czasowe dla nowych podmiotów leczniczych. Podmioty te są zobowiązane zgodnie z treścią rozporządzenia obliczyć minimalne normy z wykorzystaniem kategorii opieki na podstawie § 1-3 rozporządzenia za okres 12 miesięcy wykonywanej działalności do dnia 31 stycznia następnego roku. W przypadku nowotworzonych oddziałów lub innych komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, w których jest wykonywana działalność lecznicza przez okres krótszy niż 12 miesięcy, pierwsze ustalenie minimalnej normy zatrudnienia nastąpi również do dnia 31 stycznia, proporcjonalnie do okresu wykonywanej działalności leczniczej.

W treści rozporządzenia wskazano kryteria, które należy uwzględnić przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek lub położnych w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia ambulatoryjne. Kierownik podmiotu leczniczego ustala minimalne normy dostosowane do rodzaju działalności, co roku nie później niż do dnia 31 stycznia tak jak zobowiązano podmioty sprawujące opiekę całodobową.

Projektowane rozporządzenie ma wejść w życie z dniem 1 stycznia 2013 r. z uwagi na treść art. 219 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2012 r. poz. 742), który utrzymuje w mocy poprzednio obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, poz. 1314) do dnia 31 grudnia 2012 r.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych, w związku z czym nie podlega notyfikacji w trybie przewidzianym w przepisach rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Ocena Skutków Regulacji

1. Przedmioty, na które oddziałuje regulacja.

Projekt rozporządzenia dotyczy pielęgniarek i położnych oraz podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami realizujących świadczenia zdrowotne całodobowe i w systemie ambulatoryjnym. Liczba zarejestrowanych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na dzień 25 kwietnia 2012 r. wynosi 1 465. Natomiast liczba szpitali ogólnych stacjonarnych 795. Publiczne nadzorowane przez Ministra Zdrowia to 509 podmiotów z tego utworzone przez: jednostki samorządu terytorialnego – 450; ministra lub centralny organ administracji rządowej (bez MON i MSW) – 17.

2. Konsultacje społeczne.

Projekt został przesłany, w ramach konsultacji społecznych, do podmiotów takich jak: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Aptekarska, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Polskie Towarzystwo Położnych, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Forum Związków Zawodowych, Sekretariat Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia – „Porozumienie Zielonogórskie”, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-polożniczego, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego, Stowarzyszenie Pielęgniarek Promujących Zdrowie, Polskie Stowarzyszenie Perfuzjonistów, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych, Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych Polskich, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Pediatrycznych, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Instrumentariuszek, Krajowe Stowarzyszenie Pielęgniarek Medycyny Szkolnej, Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych na rzecz Promocji Zawodu i Praw Kobiet OAZA, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Diabetologicznych, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Stomijnych, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej, Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych Kontraktowych, Fundacja Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego, Stowarzyszenie Menadżerów Pielęgniarstwa, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Angiologicznego, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Alergologicznych OSPA, Dolnośląskie Stowarzyszenie Rozwoju Pielęgniarstwa, Polska Federacja Edukacji w Diabetologii, Inspektorat Służby Zdrowia Wojska Polskiego, Stowarzyszenie „Primum Non Nocere”, Federacja Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.

Wyniki konsultacji zostaną omówione w niniejszej ocenie po ich zakończeniu.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (DZ. U. Nr 169, poz. 1414 z 2009 r. Nr 42, poz. 337 oraz z 201 r. Nr 106, poz. 622) projekt rozporządzenia został umieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

Ponadto przedmiotowy projekt został umieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji na podstawie uchwały Nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. - Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.).

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na sektor finansów publicznych, tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Zastosowanie w podmiotach leczniczych sposobu określania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych będzie stanowiło podstawę do prowadzenia przez te podmioty analiz i oceny w zakresie zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej i jej jakości. Określenie normy minimalnej wskazuje, że nie mogą być podejmowane działania zmierzające do zmniejszenia liczby pielęgniarek/położnych sprawujących opiekę nad pacjentami w danym podmiocie leczniczym, może to bowiem prowadzić do zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów i zdarzeń niepożądanych lub znacznego zwiększenia ich liczby.

Zastosowanie sposobu określania minimalnych norm może mieć wpływ na rynek pracy. Podmioty lecznicze nie spełniające minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych będą poszukiwały pielęgniarek/położnych w celu uzupełnienia liczby pracowników z tych grup zawodowych do zapewnienia minimalnego zatrudnienia.

W podmiotach leczniczych, w których zadania wykonuje większa liczba pielęgniarek/położnych niż wynikałoby z zastosowania proponowanego sposobu określania minimalnych norm, może dochodzić do ograniczenia zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny.

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

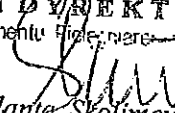
7. Wpływ na ochronę zdrowia społeczeństwa.

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia będzie miało pozytywny wpływ na ochronę zdrowia ludności z uwagi na cel regulacji tj. zapewnienie właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych poprzez zagwarantowanie minimalnych wymogów dotyczących zatrudnienia personelu.

8. Wpływ regulacji na środowisko.


Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia nie będzie miało wpływu na środowisko.

Z-ca DYREKTORA
Departamentu Fizycznych i Politycznych


www.inforlex.pl

Jolanta Skolimowska

9.10.12


9.10.12v

