

Lp.	Nazwa podmiotu zgłaszającego uwagi	Treść zgłoszonych uwag
1	Fundacja Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego	<ul style="list-style-type: none"> • §1.2. Brak sprecyzowania kogo zaliczamy do kadry kierowniczej pielęgniarskiej, czy tylko pielęgniarki oddziałowe/koordynujące czy zastępczynie też należą do kadr kierowniczej według ustawodawcy. Obecnie występujące nazewnictwo tzw. kadry kierowniczej pielęgniarskiej jest dość różnorodne dlatego istotne jest wyjaśnienie na tym etapie jakie stanowiska miał na myśli prawodawca. • §1.3. Brak doprecyzowania co do wielkości terytorialnej i poziomowości oddziału w przypadku kiedy jest mowa o oddziale lub komórce organizacyjnej o tym samym profilu przedsiębiorstwa. • §7.1. Czy ustalenie kategoryzacji pacjentów ma odbywać się w sposób retrospektywny (czyli z dokumentacji za poprzedni rok ma być ustalona kategoryzacja pacjentów warunkująca normy na rok następny?). • Brak - przez jaki okres czasu należy dokonywać kategoryzacji, z jaką częstotliwością dokonywać kategoryzacji, terminu ustalenia norm według nowego rozporządzenia, warunków spełnienia w jaki sposób danego pacjenta klasyfikujemy do danej kategorii – ile musi spełnić kryteriów opieki z danej kategorii aby był zakwalifikowany do danej kategorii już ostatecznie. Brak jest istotnej wzmianki, iż kwalifikując pacjenta do danej kategorii przyjmuje się za warunek spełnienia przez pacjenta min.50% kryteriów opieki dla danej kategorii. Uwaga ta powinna być zamieszczona w każdym załączniku. <p>Ponadto istotnym problemem są kwestie czysto techniczne na które wskazują pielęgniarki – brak informatyzacji w szpitalu, brak wyposażenia w komputery i stosowne oprogramowania.</p>
2	Ogólnopolskie Stowarzyszenie Instrumentariuszek	<p>Proponowany zapis: § 6. <i>Minimalne normy zatrudnienia</i> 1) <i>W bloku operacyjnym- wynoszą co najmniej na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), 1 pielęgniarkę lub położną operacyjną i 1 pielęgniarkę lub położną asystującą pielęgniarsce lub położnej operacyjnej.</i> Nie zgadzamy się z zapisem „1 pielęgniarkę lub położną asystującą pielęgniarsce lub położnej operacyjnej” gdyż wskazuje on na to, iż może to być pielęgniarka nie przeszkolona, nie pracująca w bloku operacyjnym. Pielęgniarka, która nie pracuje w bloku operacyjnym nie będzie w stanie wykonać zadań pielęgniarki operacyjnej pomagającej. Proponujemy zapis bardziej czytelny i zrozumiały: 1) W bloku operacyjnym- wynoszą co najmniej na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), dwie pielęgniarki lub położne operacyjne- instrumentująca i pomagająca.</p>
3	Związek Powiatów Polskich	<p>Związek Powiatów Polskich stanowczo sprzeciwia się propozycjom podwyższania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych, zawartych w projekcie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (zwanego dalej Rozporządzeniem). Efektem wdrożenia proponowanej regulacji byłoby ograniczenie dostępności do świadczeń oraz obniżanie ich jakości, będące konsekwencją drastycznego pogorszenia się sytuacji ekonomicznej szpitali. 1. Treść Rozporządzenia jest wadliwa, bowiem zawiera propozycje przepisów wykraczających poza dyspozycję ustawową, zawartą w art. 50 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Powołany przepis, podobnie jak miało to miejsce na gruncie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, upoważnia do wydania rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach</p>

lecniczych. Tymczasem, projekt Rozporządzenia, w formie zaproponowanej przez resort zdrowia, w rzeczywistości nie wskazuje sposobu ustalania minimalnych norm zatrudniania, ale już je ustala.

2. Proponowane minimalne normy personelu spowodują konieczność zwiększenia zatrudnienia pielęgniarek i położnych, na niektórych oddziałach szpitalnych nawet o 10 do 30 proc. Projekt zawiera niewłaściwe wskaźniki średniego czasu świadczeń pielęgniarek i położnych oraz obliczania czasu dyspozycyjnego, a także błędnie klasyfikuje pacjentów do kategorii opieki. Kierownika podmiotu leczniczego, w przeciwieństwie do obecnie obowiązujących regulacji, pozbawia się możliwości zmiany liczby etatów pielęgniarek i położnych w zależności od specyfiki organizacji podmiotu leczniczego. Wprowadza się także inne przepisy ograniczające autonomię zarządzania kierownika podmiotu leczniczego oraz generującego dodatkowe koszty związane z podwyższaniem norm zatrudnienia.

3. Nieprawdziwe jest twierdzenie, zawarte w projekcie Rozporządzenia, iż zawarte w nim regulacje nie będą miały wpływu na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego. Zgoła odwrotnie. Bezpośrednim beneficjentem pogarszania się sytuacji ekonomicznej SPZOZ będą podmioty tworzące, a więc resorty, uczelnie medyczne i samorządy terytorialne. To właśnie podmioty tworzące przejmować będą zadłużenie likwidowanych lub przekształcanych SPZOZ. Zadłużenia nie wynikające z błędów w zarządzaniu szpitalem czy braku nadzoru nad jego działalnością, a niepotrzebnie wprowadzanych, niewłaściwych przepisów. Wszakże, podniesienie zatrudnienia pielęgniarek i położnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej znacząco wpłynie na koszty prowadzenia działalności tych podmiotów i zdestabilizuje ich sytuację ekonomiczną.

Już dziś, kiedy w niektórych podmiotach leczniczych koszty płacy i pochodne od nich sięgają nawet do 80 procent kosztów ogółem, nie są one w stanie bilansować swojej działalności, generując wielomilionowe długi. Podniesienie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych spowoduje, że zwiększą się jednostkowe koszty świadczonych usług, a w efekcie przy stałych przychodach szpitali (lub wzrastających w niewielkim stopniu), spowoduje zmniejszenie liczby usług możliwych do zrealizowania przez szpitale i ograniczenie dostępności do świadczeń.

4. Podkreślić należy, że konsekwencje niewłaściwych przepisów zawartych w projekcie Rozporządzenia, dotkną nie tylko podmioty lecznicze nie będące przedsiębiorcami. Spodziewać się należy, że związki zawodowe i branżowe działające także w spółkach prowadzących szpitale, oczekiwani będą podniesienia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Można też oczekiwać kłopotów kadrowych w tych szpitalach, bowiem pielęgniarki mając do wyboru łagodniejsze standardy pracy w pomieszczeniach leczniczych nie będących przedsiębiorcami, mniej chętnie zatrudnią się będą w spółkach. W tym kontekście, nieprawdziwe jest stwierdzenie zawarte w ocenie skutków regulacji, iż projektowane Rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

5. Wydaje się, że resort zdrowia przedkładając projekt Rozporządzenia zdaje się nie zauważać jaka jest obecna sytuacja szpitali i co czeka je w nadchodzących latach. Od 2011 roku nastąpił wszakże gwałtowny odwrót od stabilizacji sytuacji ekonomicznej SPZOZ –ów, a w najbliższych latach kryzys ten będzie się pogłębiał. Po pierwsze dlatego, że nie można się spodziewać wzrostu przychodów ze składki zdrowotnej na poziomie wyższym niż 3 – 4 proc. rocznie, co nie pokryje skutków wzrostu cen i usług, a także zwiększonych nakładów wynikających z wprowadzania coraz wyższych norm jakości świadczeń. Po drugie, w wyniku zmian demograficznych drastycznie rosnąć będzie zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne - społeczeństwa starzejącego się w bardzo szybkim tempie. Tak więc, ponieważ w najbliższym czasie nie zanoszą się na podwyżkę składek zdrowotnych, a przez to większych pieniędzy na leczenie, kolejki pacjentów pozostaną więc zmorą naszego systemu ochrony zdrowia

6. Naszym zdaniem, negatywne konsekwencje proponowanych przepisów dotkną także bezpośrednio środowiska pielęgniarek i położnych. To jedna z najliczniejszych grup zawodowych w Polsce, licząca obecnie ponad 300 tys. osób. Tyle tylko, że z tego środowiska docierają niepokojące informacje, że już w 2020 roku może w Polsce brakować nawet 60 tys. pielęgniarek. To efekt przejścia na emeryturę pielęgniarek pokolenia powojennego wyżu, a także dużej migracji zarobkowej.

Zasadnym wydaje się więc pytanie: Kto i o jakich kwalifikacjach pracował wówczas będzie w podmiotach leczniczych w

		<p>Polsce?</p> <p>W oparciu o przedstawiane argumenty, trzeba bardzo jasno zdefiniować prawdziwy skutek wejścia w życie omawianego Rozporządzenia, w kształcie przedstawionym do zaopiniowania przez Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego. Otóż efektem tym będzie ograniczenie dostępności do świadczeń oraz obniżanie ich jakości, będące konsekwencją drastycznego pogorszenia się sytuacji ekonomicznej szpitali. W tym miejscu nasuwa się porównanie ewentualnych skutków wdrożenia. Rozporządzenia do efektów uchwalenia przez Sejm w 2000 roku tzw. ustawy 203, która na wiele lat pogрузzyła w głębokim kryzysie polskie szpitale. Przypomnieć warto, iż dla niwelowania negatywnych skutków ustawy 203 konieczne było wyasygnowanie wielu miliardów złotych z budżetu państwa, ale i także z budżetów jednostek samorządów terytorialnych wspierających proces restrukturyzacji zatrudnienia w szpitalach.</p> <p>Uważamy, że z tej praktyki należy wyciągnąć wnioski i dlatego negatywnie opiniujemy przedstawiony projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.</p>
4	Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych Kontraktowych	<p>Po zapoznaniu się z wyżej wymienionym rozporządzeniem oraz po przeprowadzeniu sytuacji w kilku szczecińskich szpitalach należy stwierdzić, że proponowane rozwiązania mogą skutkować obniżeniem poziomu świadczonej pacjentom opieki medycznej, jednocześnie nie zapewniają pielęgniarkom właściwych warunków wykonywania pracy.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Na pełną akceptację zasługuje zapis mówiący o konieczności zapewnienia co najmniej dwuosobowych obsad na każdej zmianie, na poszczególnych oddziałach. Takie rozwiązanie gwarantuje wyeliminowanie nieprawidłowości występujących w tym okresie. 2. Proponowane uregulowania w zakresie wskaźnika dla nowotworzonych dużych oddziałów (np. 0,7 na oddziale zachowawczym-84 łóżkowym, otrzymany wynik około 59 pielęgniarek, 57-łóżkowym otrzymany wynik około 40 pielęgniarek) będą skutkowały niewystarczającą liczbą pielęgniarek. 3. Liczenie norm w oparciu o trzy kategorie stanu pacjentów jest rozwiązaniem ciekawym, ale nie pozbawionym wad. Przyjęte założenia nie uwzględniają obecnej sytuacji panującej na oddziałach szpitalnych. Po PIERWSZE na wielu z nich nie stosuje się kategoryzacji lub stosuje się 4 kategorie. PO DRUGIE, nie ustalono w oparciu, o jakie kryteria będzie należało na koniec stycznia 2012 roku, wykonać odpowiednie wyliczenia (np. z której godziny uwzględniać stan chorego). PO TRZECIE, połączenie 3 i 4 kategorii jest niekorzystne, ponieważ na dzień dzisiejszy chorzy którzy są kwalifikowani do kategorii 3, przy zastosowaniu nowych przepisów, częściowo znajdują się w kategorii 2. PO CZWARTE wystarczająca liczba pielęgniarek na oddziale zostanie osiągnięta tylko i wyłącznie przy co najmniej 70% obłożeniu łóżek. Natomiast w sytuacji gdy współczynnik ten spadnie do poziomu 30 procent, wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek może osiągnąć poziom, który doprowadzi kierowników jednostek do wniosku (skądinąd fałszywego), iż należy ograniczyć liczbę zatrudnianych pielęgniarek (np. utrzymywanie dwuosobowych składów personalnych na oddziale, bez pielęgniarki zabiegowej, opatrunkowej). PO PIĄTE, kategoryzacja zmniejszy liczbę pielęgniarek na oddziałach, co można traktować, jako racjonalizację zatrudnienia, ale może także doprowadzić do sytuacji, w której dyrektorzy placówek będą dążyć do zwolnień pielęgniarek, bowiem przecież minimalne normy zatrudnienia będą spełnione, więc w czym problem. Należy jednak zadać sobie pytania, czy w obecnej sytuacji stać nas na przyjęcie rozwiązań mogących skutkować utratą doświadczonego, dobrze wyszkolonego personelu medycznego. <p>Dotychczasowe uregulowania gwarantowały 1,5 pielęgniarki na jedno stanowisko Intensywnej Terapii na każdą zmianę. Nowe, proponowane rozwiązania mówią o 2,2 pielęgniarki (w domyśle na dwie zmiany), tym samym będziemy mieli do czynienia z faktycznym zmniejszeniem liczby personelu na tak szczególnych oddziałach. Trzeba sobie zadać pytanie, czy rzeczywiście, w każdym przypadku troska o pacjenta i bezpieczeństwo pracy pielęgniarek musi przegrywać z rachunkiem ekonomicznym</p>

5	Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych	<p>Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych sprzeciwia się propozycjom podwyższania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami zgodnie z propozycją zawartą w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych nor/m zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (zwanego dalej Rozporządzeniem).</p> <p>Według OSSP wdrożenie proponowanej regulacji spowoduje konieczność znacznego zwiększenia zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Zgodnie z analizą Związku Powiatów Polskich wzrost ten sięgnie od 10 do 30 proc., co pokrywa się z oceną wzrostu zatrudnienia w tej grupie pracowników przy rozciągnięciu tych przepisów na podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami dokonaną przez OSSP. W sytuacji, gdy w większości szpitali w Polsce koszty zatrudnienia stanowią od 60 do 80 proc. wszystkich kosztów, może to doprowadzić do dalszego pogorszenia się i tak już bardzo złej kondycji ekonomicznej tych podmiotów. Już dzisiaj wiele szpitali nie jest w stanie zbilansować swej działalności i generuje wielomilionowe długi</p> <p>Skutki dalszego pogarszania się sytuacji ekonomicznej odczują także podmioty założycielskie, a więc ministerstwa, uczelnie medyczne i samorządy terytorialne, gdyż to one przejmować będą zadłużenie likwidowanych lub przekształcanych podmiotów leczniczych.</p> <p>Konsekwencje nowych przepisów zawartych w przedmiotowym projekcie rozporządzenia, dotyczyć będą nie tylko podmiotów leczniczych nie będących przedsiębiorcami. Należy oczekiwać, że związki zawodowe działające w spółkach prowadzących szpitale, będą oczekiwać podniesienia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Żądania te mogą przenieść się także na inne przedsiębiorstwa, bowiem pielęgniarki mając do wyboru łagodniejsze standardy pracy w pomiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami, mniej chętnie zatrudniać się będą w innych placówkach.</p> <p>OSSP niepokoi również możliwość braku odpowiedniej liczby personelu pielęgniarskiego potrzebnego do spełniania wyższych norm zatrudnienia. Ministerstw Zdrowia powinno przeprowadzić analizę możliwości wejścia życie tego rozporządzenia także pod tym kątem.</p> <p>Podsumowując Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych apeluje do Ministerstwa Zdrowia o przeprowadzenie oceny skutków ekonomicznych i społecznych proponowanych zmian, gdyż mogą być one katastrofalne dla sektora szpitali w Polsce.</p>
6	Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej	<p>Zwracamy się z uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi na nurtujące środowisko menadżerów opieki zdrowotnej pytania, dotyczące projektowanych zmian w zakresie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.</p> <p>Czy Ministerstwo Zdrowia bierze pod uwagę powstającą konieczność zwiększenia zatrudnienia w szpitalach pracowników tej grupy zawodowej i czy w związku z tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> - oszacowano koszty, które powstaną po stronie podmiotów medycznych w związku z realizacją wymagań i czy przewidywane są dodatkowe środki finansowe dla szpitali na ten cel, - przeanalizowano możliwość spełnienia nowych norm przy uwzględnieniu istniejącego już w chwili obecnej braku na rynku pracy ok. 8,5 tyś. pielęgniarek
7	Anna Dudek Przełożona Pielęgniarek Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Ząbkach Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa	<p>Opinia dotycząca projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami.</p> <p>Po przeanalizowaniu w/w projektu wnoszę następujące uwagi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wprowadzenie klasyfikacji pacjentów do kategorii opieki z uwzględnieniem profilu oddziału jest uzasadnione. 2. Dużo wątpliwości budzi jednak sposób kwalifikacji do określonej kategorii. Należy jasno określić, że kwalifikujemy

<p>psychiatrycznego</p>	<p>pacjenta do tej kategorii, w której dominują kryteria przynależności do kategorii. Pacjent może w poszczególnych kryteriach mieć przynależność do różnych kategorii. Pozwoli to uniknąć tendencji do kwalifikowania pacjentów do wyższych kategorii</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. W projekcie brak informacji, kiedy należy dokonywać kategoryzacji pacjentów tzn. raz w miesiącu, codziennie, jeśli tak to, o której godzinie? Stan pacjenta z zaburzeniami psychicznymi może zmieniać się kilkakrotnie w ciągu doby, szczególnie w pierwszych dniach hospitalizacji. Może wystarczy określić, że kategoryzacji dokonuje się według harmonogramu ustalonego przez kierownika podmiotu, nie rzadziej niż np. raz na tydzień. 4. Należy określić, czy arkusz kategoryzacji pacjenta jest elementem dokumentacji medycznej czy dokumentem administracyjnym. Jeżeli jest to dokumentacja medyczna to indywidualna czy zbiorcza. 5. Proponowane czasy świadczeń bezpośrednich przypisane do kategorii opieki w oddziałach psychiatrycznych i pediatrycznych mają wpływ na ostateczny wynik, który spowoduje konieczność zwiększenia zatrudnienia pielęgniarskiego nawet o ponad 100 %. Koszty finansowe, jakie musiałyby ponieść placówki są nierealne, jak również istnieje bardzo duże prawdopodobieństwo, że nie udałoby się pozyskać tak dużej liczby pielęgniarek. 6. Zapis mówiący, że obsada pielęgniarek w oddziale nie powinna być mniejsza niż 2 pielęgniarki na zmianę powinien być zróżnicowany i nie powinien dotyczyć np. oddziału rehabilitacji psychiatrycznej, hostelu lub podobnych komórek gdzie pacjenci wychodzą na tzw. przepustki, bądź jest to np. 25 pacjentów całkowicie sprawnych fizycznie, a w oddziale jest jeszcze personel pomocniczy, terapeuci zajęciowi, psycholodzy. 7. Należy uwzględnić, że szpitale psychiatryczne zatrudniają również personel pomocniczy i opiekunów medycznych, którzy wykonują szereg czynności choćby tych pośrednich. W związku z wejściem w życie rozporządzenia należy się spodziewać fali zwolnień w tej grupie personelu przy jednoczesnym wzroście zatrudnienia pielęgniarek, co zwiększy drastycznie koszty szpitali będących już i tak w krytycznej sytuacji finansowej. 8. Projekt mówi, o corocznym obliczaniu norm zatrudnienia pielęgniarek. Obliczanie minimalnych norm zatrudnienia np. raz na 3 lata wydaje się wystarczające. Jeżeli w każdym roku minimalna liczba zatrudnienia będzie inna, jeśli będzie miała np. tendencję zniżkową wówczas spowoduje to zwalnianie pielęgniarek. Jeżeli zostanie utrzymane zatrudnienie powyżej normy, a podmiot leczniczy generuje straty, kierownik podmiotu będzie miał zarzut przerostu zatrudnienia. 9. Czas dyspozycyjny pielęgniarki jest zaniżony. Czas dyspozycyjny pielęgniarki powinien być określany w każdej placówce odrębnie, opierając się na informacjach z działu kadr, obliczając średnią dni opieki nad dzieckiem, dni urlopów, ilość dni zwolnień lekarskich i oddelegowań na szkolenia, np. z trzech ostatnich lat. Proponuję wyraźnie napisać, że w roku 2012 dni roboczych jest 252, a nie jak podano w uzasadnieniu 240. 10. Niezrozumiała jest interpretacja wzoru $Le = T\text{spc} \times 365 / Td$ $Td = 202$ W uzasadnieniu jest $Td = 202 \times 7,35 = 1485 \text{ h}$ Co, wstawiamy w dzielniku? 11. Wskaźnik 0,9 dotyczący nowotworzonych oddziałów psychiatrycznych daje nierealną liczbę zatrudnienia personelu pielęgniarskiego. $Le = L\text{ł} \times W$ $Le = 40 \text{ łóżek} \times 0,9 = 36 \text{ etatów pielęgniarskich w jednym oddziale.}$ 12. Pospieszne wprowadzenie projektu (31.12.2012 r.), bez dogłębnej analizy, bez szkoleń dla kadry zarządzającej, bez merytorycznego przygotowania personelu (większość placówek nie prowadzi codziennej kategoryzacji
-------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>pacjentów) spowoduje mnóstwo błędów i zamieszania.</p> <p>13. Rozporządzenie powinno zawierać zapis, że o ostatecznej liczbie etatów decyduje kierownik placówki. Art. 50 ust.1 Ustawy o działalności leczniczej mówi, że minimalne normy ustala kierownik podmiotu po zasięgnięciu opinii kierowników komórek organizacyjnych, samorządów zawodowych i organizacji związkowych. Czy zgodnie z powyższym przepisem kierownik może ustalić niższą normę niż wynikającą ze wzoru zawartego w rozporządzeniu?</p> <p>14. W rozporządzeniu powinna być mowa, jakie sankcje będą groziły podmiotowi leczniczemu, jeżeli nie spełni normy zatrudnienia. Przy ogólnym braku pielęgniarek w Polsce niemożliwe jest zatrudnienie tak dużej liczby personelu pielęgniarskiego, a NFZ może odmówić podpisania umowy, bądź organ rejestrowy może wykreślić podmiot z rejestru.</p> <p>15. Nieprawdą jest, że rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sektor finansów publicznych. Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami są jednostkami finansów publicznych. Po wstępnych wyliczeniach widać, że zatrudnienie pielęgniarek będzie musiało być zwiększone, szczególnie w szpitalach psychiatrycznych, co zwiększy koszty działalności podmiotów w znaczącej wielkości. Bez adekwatnego zwiększania finansowania świadczeń ze strony NFZ, zwiększą się zobowiązania podmiotów niebędących przedsiębiorstwami, które w konsekwencji będą musiały pokryć jednostki samorządu terytorialnego lub budżet państwa.</p> <p>16. Nieprawdą jest, że rozporządzenie nie ma wpływu na konkurencyjność. Minimalne normy muszą stosować tylko podmioty lecznicze, niebędące przedsiębiorcami. Konieczność zatrudnienia dodatkowego personelu pielęgniarskiego spowoduje zwiększone koszty udzielania świadczeń, a więc zmniejszy konkurencyjność tych podmiotów w stosunku do podmiotów będących przedsiębiorcami.</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8	Danuta Dyk Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki	<p>Zaproponowany § 5. równoważnik 2,2 etatu pielęgniarka na jedno stanowisko intensywnej terapii nie gwarantuje całodobowej jakości intensywnej opieki pielęgniarskiej i zagraża bezpieczeństwu pacjent, na co wskazują liczne doniesienia literaturowe.</p> <p>Wnoszę o wprowadzenie następujących zmian:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) w § 5. Przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia w oddziale o profilu anestezyjologicznym i intensywnej terapii lub innej komórce organizacyjnej przedsiębiorstwa o tym profilu przyjmuje się średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich wynoszących odpowiednio do kategorii opieki*: <ol style="list-style-type: none"> 1) 230 minut na dobę na pacjenta w przypadku kategorii I 2) 370 minut na dobę na pacjenta w przypadku kategorii II 3) 910 minut na dobę na pacjenta w przypadku kategorii III <p>-, przy czym do zakwalifikowania pacjenta do danej kategorii opieki stosuje się kryteria określone w załączniku..... do rozporządzenia.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) w § 6. Minimalne normy zatrudnienia: <p>2) na jedno stanowisko znieczulenia/ jeden stół operacyjny wynoszą, co najmniej 1 etat pielęgniarki, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarki, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarkę w trakcie specjalizacji z pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki.</p> <p>* Badania były prowadzone w grupie 155 chorych na 6 oddziałach intensywnej terapii o różnym poziomie referencyjności. Zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską przeprowadzono w trakcie 29 dyżurów na podstawie skal TISS – 28 i NEMS oraz zmodyfikowanej skali.</p> <p>W załączeniu: Tabela - Klasyfikacja pacjentów do kategorii opieki dla oddziałów anestezyjologii i intensywnej terapii, oddziałów intensywnej terapii</p>
9	Krystyna Piskorz-Ogórek Krajowy Konsultant w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego	<p>- § 1 ust. 2 dopisać na końcu zdania „ z wyjątkiem pielęgniarek/położnych oddziałowych i koordynacyjnych, które wlicza się do norm zatrudnienia.”.</p> <p><u>Uzasadnienie:</u> Pielęgniarki oddziałowe i koordynacyjne realizują poza zadaniami związanymi z zarządzaniem również zadania wchodzące w zakres opieki bezpośredniej i pośredniej. Są tzw. mistrzami w zawodzie, zatem nie uwzględnianie ich w normach zatrudnienia pozostanie tylko teoretycznym bytem. Założenie, że pielęgniarka oddziałowa, czy koordynująca, nie uczestniczy w opiece, jest założeniem błędnym, gdyż wskazywałoby na to, że po krótkim czasie przestanie być mistrzem w zawodzie.</p> <p>- § 1 ust.3 dopisać: „....lub pielęgniarka i opiekunka dziecięca (w oddziałach dziecięcych).</p> <p><u>Uzasadnienie:</u> W oddziałach o profilu dziecięcym, są zatrudnione opiekunki dziecięce. Im mniejsze jest nasycenie świadczeniami specjalistycznymi w oddziale, tym udział opiekunek dziecięcych w opiece nad dziećmi może być większy. Należy zatem tę specyfikę uwzględnić i dopuścić taką możliwość. W przeciwnym wypadku koszty opieki wzrosną, nie wpływając na jakość. Kierownik podmiotu leczniczego, wraz z pielęgniarską kadrą kierowniczą, odpowiedzialny za jakość i</p>

bezpieczeństwo opieki, określi w których oddziałach posiadających minimalną liczbę osób sprawujących opiekę na dyżurze, zatrudni tyle pielęgniarek, aby zabezpieczyć obsadę 2 pielęgniarek na dyżurze, albo 1 pielęgniarkę i 1 opiekunkę dziecięcą.

- § 3 ust 3 – ze wzoru ustalania minimalnej normy zatrudnienia wyrzucić doliczanie czasu 2 minut na dobę na pacjenta od godziny 24.00- do godz. 6.00. (czyli $N \times 2 \text{ min}$).

Uzasadnienie: Zaproponowane czasy opieki bezpośredniej zawierają w sobie średnio świadczenia całodobowe. A czas opieki pośredniej jest liczony procentowo, zatem uważam za nieuzasadnione dodawanie nocnych 2 minut na pacjenta.

- § 3 ust 3 pkt 2 Tpp – średni czas wykonania świadczeń pielęgniarskich pośrednich, powinien być od 10% do 25%. W projekcie jest znacznie zawyżony (od 25-50%).

Uzasadnienie: Wg mojej obserwacji i obserwacji szpitali dziecięcych prowadzących wyliczenia norm- czas opieki pośredniej jest zależny od organizacji pracy w szpitalu. Zależność jest następująca: Im lepsza organizacja pracy – tym pielęgniarki więcej czasu poświęcają na opiekę bezpośrednią. Należy pamiętać, że dokumentowanie świadczeń należy zaliczyć do czasu opieki bezpośredniej, gdyż wykonanie świadczenia kończy się jego udokumentowaniem i tak to jest policzone w czasie opieki dla oddziałów pediatrycznych. W oddziałach są zatrudnieni np. referenci gospodarczy, czy sekretarki medyczne, jeśli jest zorganizowany transport wewnętrzny – to czas opieki pośredniej stanowi ok. 10% czasu opieki bezpośredniej.

- § 4 ust 1 pkt 3 : ze wskaźnika 0,8 wyłączyć oddziały pediatryczne i neonatologiczne. Przeliczone wskaźniki oceny zapotrzebowania na opiekę należy pozostawić jako alternatywne rozwiązanie, a nie tylko w nowotworzonych oddziałach.

Dodać ustęp:

2. Oddziały neonatologiczne

I poziom referencyjny – 0,5 etatu przeliczeniowego na 1 łóżko

II poziom referencyjny - 2,2 /łóżko intensywnej terapii + 0,8 na pozostałe łóżka

III poziom referencyjny 2,2/łóżko intensywnej terapii + 1,1 na pozostałe łóżka

3. Oddziały pediatryczne:

I poziom podstawowy - 0,5 etatu przeliczeniowego /łóżko

Oddziały pediatryczne specjalist zachowawcze - 0,65 etatu przeliczeniowego /łóżko

Oddziały hematol-onkolog. dla dzieci (bez przeszczepów) -0,8 etatu przeliczeniowego/łóżko

Oddziały zabiegowe dla dzieci - 0,8 etatu przeliczeniowego/łóżko

Uzasadnienie:

Powyższe propozycje wskaźników proponowałam pismem do Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych z 30.03.2011, jako sprawdzone wskaźniki poprzedzone wieloletnią kategoryzacją i skrupulatnym wyliczaniem norm. Tego typu wskaźniki uwzględniają referencyjność oddziałów i ich różny poziom specjalistyki. Nie można wymagać aby na poziomie podstawowego oddziału neonatologicznego, czy pediatrycznego w szpitalu powiatowym była obsada odpowiadająca wskaźnikowi 0,8 pielęgniarki na łóżko i taka sama norma na III poziomie referencyjnym neonatologii.

Rozporządzenie powinno dawać możliwość stosowania zaproponowanych powyżej wskaźników jako alternatywy do kategoryzacji i wyliczeń, gdyż ta wyższa propozycja sprawdza się i jest poprzedzona wieloletnimi wyliczeniami

		<p>prowadzonymi w szpitalach pediatrycznych m.in. w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie, w Kielcach, w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie i innych. Te wskaźniki należy zastosować do oddziałów pediatrycznych i neonatologicznych podobnie jak zapisano w rozporządzeniu w § 5 wskaźniki dla oddziałów intensywnej terapii i anestezjologii 2.2 etatu przeliczeniowego na 1 stanowisko.</p> <p>- Załącznik nr 6 : Klasyfikacja dzieci do kategorii opieki w oddziałach o profilu pediatrycznym: W tabeli zamiast: kategoria I – zapisać poziom A, zamiast kategoria II – zapisać poziom B, zamiast kategoria III- zapisać poziom C.</p> <p>Pod tabelą zamieścić klucz do kategoryzacji: Kategoria I - tylko A dla wszystkich kryteriów lub nie więcej niż 2 B Kategoria II – A i co najmniej 3 B lub nie więcej niż 2 C Kategoria III – 3 lub więcej C</p> <p><u>Uzasadnienie:</u> Umieszczenie tabeli bez klucza stanowi narzędzie bezużytecznym, gdyż w klasyfikacji wystąpią różne poziomy opieki w poszczególnych kategoriach.</p> <p>Podsumowując, mam głęboką nadzieję, że przedstawione przeze mnie propozycje zostaną uwzględnione. Składam je w przekonaniu, że są sprawdzone w praktyce i poprzedzone analizą po wieloletnim zastosowaniu w szpitalach pediatrycznych. Oddziały neonatologiczne i oddziały pediatryczne mają referencyjność, a co za tym idzie różne zasycenie procedurami specjalistycznymi i wysokospecjalistycznymi, nie można zatem mierzyć ich jedną normą. Moje propozycje zawierają takie zróżnicowanie. Uważam również, że wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych zgodne z Rozporządzeniem powinny posiadać nie tylko podmioty lecznicze nie będące przedsiębiorcami, ale wszystkie podmioty lecznicze korzystające ze środków publicznych. Ustawa o działalności leczniczej daje Ministrowi Zdrowia delegację do określenia norm obsady tylko dla podmiotów nie będących przedsiębiorcami, zatem proponuje, aby wskaźniki zatrudnienia określone w tym rozporządzeniu, przenieść do Rozporządzeń tzw. koszykowych i Zarządzeń Prezesa NFZ.</p> <p>Proszę o uwzględnienie powyższego stanowiska, które podziela również Zarząd Główny Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatrycznych i Konsultanci Wojewódzcy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego.</p>
10	Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego Maria T. Szewczyk	<p>W związku z licznymi monitami środowiska pielęgniarstwa (pielęgniarek chirurgicznych i operacyjnych) dotyczącego braku uwzględnienia kwalifikacji pielęgniarstwa zwracam się z uprzejmą prośbą o dodatkowy zapis w projekcie uwzględniający kwalifikacje pielęgniarstwa poniżej proponowany zapis: Proponowany zapis [za pismem] Ogólnopolskiego Stowarzyszenia <i>Instrumentariuszek</i>:</p> <p>§ 6. <i>Minimalne normy zatrudnienia</i> 1) <i>W bloku operacyjnym- wynoszą co najmniej na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent),</i> <i>1 pielęgniarkę lub położną operacyjną i 1 pielęgniarkę lub położną asystującą pielęgniarczy lub położnej operacyjnej.</i></p> <p>Nie zgadzamy się z zapisem „1 pielęgniarkę lub położną asystującą pielęgniarczy lub położnej operacyjnej” gdyż wskazuje on na to, iż może to być pielęgniarka nie przeszkolona, nie pracująca w bloku operacyjnym. Pielęgniarka, która nie pracuje w bloku operacyjnym nie będzie w stanie wykonać zadań pielęgniarki operacyjnej pomagającej.</p> <p>Proponujemy zapis bardziej czytelny i zrozumiały:</p>

		<p>1) W bloku operacyjnym- wynoszą co najmniej na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), dwie pielęgniarki lub położne operacyjne- instrumentująca i pomagająca. Ponadto zapis dotyczący norm zatrudnienia w oddziałach zabiegowych [np. chirurgii ogólnej, naczyniowej] powinien – w mojej ocenie obecnej sytuacji pielęgniarstwa chirurgicznego w kraju - zawierać zapis o konieczności zatrudnienia w zespole pielęgniarstwie (z zachowaniem równowagi) pielęgniarek ze specjalizacją; oraz posiadających kursy specjalistyczne w zależności od stanowiska pracy.</p>
11	Anna Ksykiewicz-Dorota Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa	<p>Kiedy Zespół ds. Norm rozpoczął pracę, wspomniałam, że aktualnie ze swoimi doktorantami pracuję nad opracowaniem norm obsad dla psychiatrii i opieki długoterminowej. Prace nad ww. normami trwały przez 4 lata, Doktoranci obronili swoje dysertacje, i zgodnie z moim przyrzeczeniem posyłam wyznaczone normy, oraz arkusze kwalifikacji. Zgodę dr Marta Cebulak – psychiatria (tel. 697 169 619) oraz dr Iwona Markiewicz – opieka długoterminowa (tel. 508 775 714) na publikację norm w rozporządzeniu MZ, wyraziły. Odnośnie kryteriów opieki w psychiatrii, ich treść jest nieco inna niż w projekcie obecnego rozporządzenia. Narzędzie do klasyfikacji pacjentów zostało opracowane na podstawie narzędzia autorów amerykańskich Pardure i Dick i poddane walidacji do warunków polskich szpitali. Także normy czasu w I, II i III kategorii opieki w projekcie są wyższe, niż zaproponowane przez dr Martę Cebulak. Pani Dyrektor zadecyduje, które zamieścić w projekcie rozporządzenia. Nadmieniam, że w przypadku <u>psychiatrii</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - badaniami objęto 1828 pacjentów i 44 pielęgniarki. Podczas badań wykonano: - 6 fotografii dnia pracy, - 2 990 obserwacji migawkowych, w tym 2738 na dyżurach dziennych oraz 252 na dyżurach nocnych, - 2 878 pomiarów chronometrażowych poszczególnych czynności pielęgniarstwie - 47 czynności klasyfikacyjnych. - badania były prowadzone w szpitalach reprezentujących trzy poziomy referencyjne. <p>Czas pielęgnacji bezpośredniej dla chorych na badanych oddziałach psychiatrycznych w poszczególnych kategoriach opieki wyniósł:</p> <ul style="list-style-type: none"> • w I kategorii opieki – 41 minut/dobę/chorego • w II kategorii opieki – 96 minut/dobę/chorego • w III kategorii opieki – 233 minuty/dobę/chorego. <p>Odnośnie <u>opieki długoterminowej</u> badaniami objęto 1550 pacjentów i 44 pielęgniarki. Podczas badań wykonano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 28 fotografii dnia pracy, • 1851 obserwacji migawkowych, w tym 1702 na dyżurach dziennych oraz 149 na dyżurach nocnych, • 1550 czynności klasyfikacyjnych • zmierzono czas trwania 120 czynności. • przeprowadzono 2160 pomiarów chronometrażowych. <p>Badania wykonano w sześciu zakładach opieki długoterminowej w czterech zakładach opiekuńczo-leczniczych i dwóch zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych.</p> <p>Czas pielęgnacji bezpośredniej dla chorych na badanych zakładach opieki długoterminowej wyniósł:</p> <ul style="list-style-type: none"> • w I kategorii opieki – 113,13 minut/dobę/chorego • w II kategorii opieki – 205,55 minut/dobę/chorego

		<ul style="list-style-type: none"> w III kategorii opieki – 316,02 minuty/dobę/chorego. <p>Jeżeli przyjmie się, że w zakładzie opieki długoterminowej powinni pracować opiekunowie medyczni, a pielęgniarki będą wykonywać pielęgnację bezpośrednią – specjalistyczną, to rozkład norm czasu pracy będzie wyglądał następująco:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kategoria opieki</th> <th>Czas opieki bezpośredniej</th> <th>Czas opieki bezpośredniej- specjalistycznej świadczonej przez pielęgniarki</th> <th>Czas opieki bezpośredniej - podstawowej świadczonej przez opiekunów medycznych</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kategoria I</td> <td>113,13</td> <td>32,14</td> <td>80,99</td> </tr> <tr> <td>Kategoria II</td> <td>205,55</td> <td>44,71</td> <td>160,84</td> </tr> <tr> <td>Kategoria III</td> <td>316,02</td> <td>135,89</td> <td>180,13</td> </tr> </tbody> </table>	Kategoria opieki	Czas opieki bezpośredniej	Czas opieki bezpośredniej- specjalistycznej świadczonej przez pielęgniarki	Czas opieki bezpośredniej - podstawowej świadczonej przez opiekunów medycznych	Kategoria I	113,13	32,14	80,99	Kategoria II	205,55	44,71	160,84	Kategoria III	316,02	135,89	180,13
Kategoria opieki	Czas opieki bezpośredniej	Czas opieki bezpośredniej- specjalistycznej świadczonej przez pielęgniarki	Czas opieki bezpośredniej - podstawowej świadczonej przez opiekunów medycznych															
Kategoria I	113,13	32,14	80,99															
Kategoria II	205,55	44,71	160,84															
Kategoria III	316,02	135,89	180,13															
12	Krakowskiego Stowarzyszenie Terapeutów Uzależnień Agnieszka Litwa-Janowska Prezes	<p>W § 1 ust. 3 proponuje się nadać brzmienie: „3. Z wyłączeniem § 2 ust. 3 oraz § 8 obsada pielęgniarek oraz położnych w oddziale lub w innej komórce organizacyjnej o tym samym profilu przedsiębiorstwa nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianę.”</p> <p>KSTU podtrzymuje swoje wcześniejsze stanowisko zgodnie, z którym w podmiotach leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe z zakresu leczenia uzależnień świadczenia pielęgniarskie zredukowane są najczęściej do minimum (tj. wydawania leków niektórym pacjentom). W całodobowych oddziałach/ośrodkach leczenia uzależnień pacjenci są samodzielni i nie wymagają pielęgnacji. 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. Stanowisko to wydaje się być jeszcze bardziej uzasadnione w odniesieniu do placówek ambulatoryjnych. Wobec powyższego przyjęte w § ust. 3 projektu rozwiązanie zgodnie z którym liczba pielęgniarek lub położnych zatrudnionych na oddziale nie może być mniejsza niż 2 wydaje się być całkowicie nieracjonalne w odniesieniu do podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia w zakresie leczenia uzależnień i konieczne wydaje się być w tym zakresie dokonanie stosownych wyłączeń.</p>																
13	Towarzystwo Pielęgniarek i Położnych Operacyjnych	<p>Zarząd i członkowie Towarzystwa Pielęgniarek i Położnych Operacyjnych regionu kujawsko- pomorskiego pragną zauważyć, że proponowany w projekcie Rozporządzenia Ministra Zdrowia „w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami” zapis mówiący o normach zatrudnienia w bloku operacyjnym (§6, pkt 1), w sposób mało precyzyjny określa charakter zatrudnionych tam pielęgniarek. Niezwykle istotne jest, aby zarówno pielęgniarka/położna instrumentująca, jak i pielęgniarka/położna asystująca były pielęgniarkami/położnymi operacyjnymi.</p> <p>Praca pielęgniarek w bloku operacyjnym ma specyficzny wymiar: ogólna wiedza pielęgniarska wymaga uzupełnienia o wiedzę i umiejętności ściśle związane z pracą w sali operacyjnej. Dotyczy to min. znajomości różnorodnych technik operacyjnych, rozpoznawania etapów zabiegów, obsługi wysokospecjalistycznego sprzętu. Pielęgniarka asystująca musi być gotowa w każdej chwili zastąpić pielęgniarkę instrumentującą. Sytuacje takie zdarzają się nader często. Osoba, której miejscem pracy nie jest blok operacyjny nie będzie w stanie wykonać zadań pielęgniarki asystującej.</p>																

		<p>Mając na uwadze powyższe fakty, proponujemy następujące brzmienie zapisu:</p> <p>§6. Minimalne normy zatrudnienia: w bloku operacyjnym – wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną instrumentującą i 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną asystującą;</p>
14	Małopolski Związek Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej	<p>Małopolski Związek Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej negatywnie opiniuje projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proponowane minimalne normy personelu pielęgniarskiego spowodują konieczność zwiększenia zatrudnienia na oddziałach. Z informacji uzyskanych od naszych członków wynika, że rozporządzenie to uderzy w szczególności w szpitale jednoprotkowe – wzrost zatrudnienia pielęgniarek nawet o 40 %, a w szpitalach psychiatrycznych - o 60-70 %. Realizacja rozporządzenia spowoduje zatem wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych a w konsekwencji zmniejszenie ich ilości i ograniczenie dostępności. 2. Zwiększenie norm zatrudnienia pielęgniarek przy zachowaniu dostępności do świadczeń na aktualnym poziomie spowoduje nieuchronnie destabilizację ekonomiczną szpitali a niektóre szpitale jednoprotkowe mogą upaść. 3. Z informacji posiadanych przez Zarząd MZP ZOZ wynika, że środowisko pielęgniarek naszych szpitali jest również przeciwne wprowadzeniu rozporządzenia. Doprowadzi ono bowiem do sytuacji, w której dyrektor stosując przepisy i jednocześnie chcąc uniknąć zadłużania szpitala będzie musiał obniżyć wynagrodzenia lub zmienić warunki pracy tej grupie zawodowej; na pewno zaś rozporządzenie to spowoduje brak środków finansowych na jakiegokolwiek podwyżki płac, na czym najbardziej zależy pracownikom. 4. Projekt zawiera niewłaściwe wskaźniki średniego czasu świadczeń pielęgniarek i położnych oraz obliczania czasu dyspozycyjnego, a także błędnie klasyfikuje pacjentów do kategorii opieki. 5.
15	Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Słupsku	<ol style="list-style-type: none"> 1. rozporządzenia zobowiązuje nasz Zakład do zwiększenia zatrudnienia personelu pielęgniarskiego od 20 do 70% w poszczególnych jednostkach Zakładu. Tak znaczące zwiększenie kosztów pracy pogorszy i tak trudną sytuację finansową tych jednostek, a w przypadku Oddziału dla Przewlekłe Psychiczenie Chorych, finansowanego obecnie przez NFZ na poziomie 90% kosztów - doprowadzi do jego likwidacji 2. rozporządzenie wejdzie w życie po zakończeniu kontraktowania w NFZ, więc szpitalom najprawdopodobniej nie zostaną przekazane dodatkowe środki na zwiększenie zatrudnienia, 3. pielęgniarka w oddziale psychiatrycznym nie jest osobą udzielającą świadczeń zdrowotnych w rozumieniu warunków kontraktowania NFZ. Jej obowiązki sprowadzają się do podania leków, czynności pielęgnacyjnych, sprawowania nadzoru nad pacjentami. Terapią zajmują się zatrudnieni zgodnie z wymogami NFZ psychologowie, terapeuci zajęciowi, terapeuci uzależnień, lekarze. Ponadto z uwagi na specyfikę pacjentów grupy II i III, akty agresji, brak współpracy, konieczne jest zatrudnienie mężczyzn - zwykle ratowników medycznych, czego nie uwzględnia w normach zatrudnienia rozporządzenie MZ. <p>W 50 łóżkowym Oddziale Psychiatrycznym z 38 pacjentami I kategorii, 10 pacjentami II kategorii i 2 pacjentami kategorii III powinno być zatrudnionych ok. 33 pielęgniarek co oznacza 7 pielęgniarek na dyżurze, również nocnym, gdy 90% pacjentów śpi i nie wymaga żadnych świadczeń pielęgniarskich.</p> <p>Pacjenci kategorii I w oddziale psychiatrycznym to osoby samodzielne, chodzące, akceptujące terapię i warunki pobytu w Oddziale, uczestniczące w zajęciach terapeutycznych. Czynności pielęgnacyjne ograniczone są w ich przypadku do minimum, zwykle podania leków doustnych, udzielania wyjaśnień dot.funkcjonowania Oddziału, sprawowania doraźnego</p>

		<p>nadzoru. W naszej ocenie nielogicznym jest, że czas świadczeń pielęgniarskich w takim przypadku w oddziałach psychiatrycznych jest ponad dwukrotnie dłuższy niż w oddziałach o profilu zabiegowym i zachowawczym (100 min vs 38 min). Należy zaznaczyć , że hospitalizacje w oddziale psychiatrycznym są zwykle długoterminowe (średnio 15 dni oddział psychiatryczny, 30 dni oddział dla przewlekle chorych), pielęgniarki nie są więc obciążenie pracą związaną ze znaczną rotacją pacjentów jak to zwykle ma miejsce w oddziałach o profilu zabiegowym i zachowawczym.</p> <p>4. w ocenie skutków regulacji zawarte jest stwierdzenie, że analizowane rozporządzenie nie ma wpływu na sektor finansów publicznych. Nie jest to prawda. Szpitale psychiatryczne znajdują się w trudnej sytuacji finansowej z uwagi na niedostateczne finansowanie NFZ. Znaczące arbitralne podniesienie kosztów pracy dodatkowo pogorszy ich sytuację finansową co w konsekwencji - po przekształceniu w spółki prawa handlowego - obciąży samorządy kosztami zadłużenia szpitali lub doprowadzi do likwidacji części jednostek.</p> <p>W podsumowaniu zwracamy się z prośbą ponowną o analizę skutków finansowych rozporządzenia dla budżetów oddziałów psychiatrycznych oraz ponowną analizę rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenia pielęgniarskie w oddziałach psychiatrycznych, uwzględniającą czynności wykonywane w przez personel pielęgniarski, zwłaszcza w porównaniu z oddziałami zabiegowymi, pediatrycznymi, położniczymi czy zachowawczymi.</p>
16	Janusz Czekaj Dyrektor Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Krakowie	<p>Projekt rozporządzenia nie zawiera szczegółowych regulacji dotyczących sposobu kwalifikowania pacjentów do danej kategorii opieki według kryteriów określonych w załączniku nr 1 do projektu rozporządzenia. W szczególności nie rozstrzyga, co w sytuacji, gdy poszczególni pacjenci, przy zastosowaniu kolejnych kryteriów kwalifikują się do różnych kategorii. Przykładowo, ten sam pacjent może być pod względem aktywności fizycznej kwalifikowany do kategorii I, pod względem leczenia do kategorii II a pod względem edukacja i wsparcie psychiczne do kategorii III. W takiej sytuacji, przy dokonywaniu obliczeń na podstawie projektu, przyjmowano iż dany pacjent kwalifikuje się do kategorii, której kryteriów spełnia najwięcej. Nie wynika to jednak z rozporządzenia. Nie wiadomo również co w sytuacji, gdy dany pacjent spełnia po tyle samo kryteriów z dwóch lub nawet trzech kategorii.</p> <p>Uprzejmie informuję, iż w tut. Zakładzie dokonano wstępnego ustalenia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w oparciu o przedstawione w projekcie zapisy (przy uwzględnieniu, iż dany pacjent kwalifikuje się do kategorii, której kryteriów spełnia najwięcej). Wyniki wskazały, iż na oddziałach: ogólnym, psychiatrycznym i paliatywnym Zakład Opiekuńczo – Leczniczy w Krakowie winien dysponować 377 etatami pielęgniarek lub położnych w miejsce obecnych 139 etatów. Analiza wynagrodzeń dla takiej ilości personelu pielęgniarskiego wskazała, iż na zakontraktowanie tylu pielęgniarek lub położnych Zakład winien przeznaczyć kwotę w wysokości 1.396.941,00 zł, przy kwocie 515.000,00 zł obecnie. Tak drastyczne zwiększenie wynagrodzenia dla tej grupy pracowników przekraczać będzie wysokości rocznego budżetu tut. Zakładu, co jednoznacznie wskazuje na brak możliwości zatrudnienia pielęgniarek i położnych zgodnie z określonymi na podstawie wzoru rozporządzenia normami.</p> <p>Pragnę także zauważyć, iż konieczność tak drastycznego zwiększenia ilości personelu pielęgniarskiego może rodzić problemy na rynku pracy, gdyż zapotrzebowanie na świadczenia realizowane przez tą grupę zawodową będzie niewspółmiernie większe od środków pozostających do dyspozycji na rynku.</p>
17	Beata Ochocka Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego	JEDYNA DROBNA UWAGĘ JAKĄ MAM DO PROJEKTU TO EWENTUALNIE TO DOPISANIE WSZĘDZIE TAM, GDZIE UZYWA SIE SŁOWA EDUKACJA I WSPARCIE PSYCHICZNE- EDUKACJA ZDROWOTNA LUB W ZAKRESIE ZDROWIA I CHOROBY. PONIEWAZ MY PIELEŃNIARKI TAKĄ EDUKACJA SIE ZAJMUJEMY
18	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek	1. ust. 3 – konieczne doprecyzowanie pojęcia „komórka organizacyjna o tym samym profilu przedsiębiorstwa” –

	i Położnych	<p>zgodnie z obecnymi regulacjami poradnia i jednostki szpitalne są w innych przedsiębiorstwach – jak to odnieść do powyższego pojęcia komórki organizacyjnej?</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. konieczne dodanie ust. 4 zawierającego definicję pojęcia „równoważnika etatu”, którym posługuje się rozporządzenie w dalszej części – takie pojęcie nie jest nigdzie definiowane w aktach prawnych powszechnie obowiązujących. 3. ust.1- w oddziałach o profilu zachowawczym i zabiegowym zwiększyć średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich: <ol style="list-style-type: none"> i. z 38 minut na 43 min. w przypadku I kategorii ii. z 95 min na 99 min. w przypadku II kategorii iii. z 159 min na 165 min. w przypadku III kategorii 4. zmiana w załączniku nr 1- dodanie kryterium opieki „dezorganizacja zachowania” i „napęd psychoruchowy”. <p><u>Uzasadnienie:</u> przedstawiony projekt w tak obliczonych czasach świadczeń bezpośrednich nie uwzględnia sytuacji w których w oddziałach o profilu zachowawczym i zabiegowym przebywają również pacjenci z zaburzeniami świadomości, zaburzeniami psychoruchowymi, myślami samobójczymi, zdezorientowani, splątani – co wymaga uwzględnienia w wymiarze czasu świadczeń i dodania dodatkowych kryteriów opieki. Dotyczy to w głównej mierze oddziałów geriatrycznych, neurologicznych, internistycznych i zakładów opieki długoterminowej.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. ust. 5- brak załącznika klasyfikującego pacjentki do danej kategorii opieki oraz nie uwzględniono sytuacji w której w oddziale ciąży powikłanej przebywają ciężarne nie kwalifikowane do cięcia cesarskiego. Pytanie czy wobec nich stosować będziemy zasady ustalone tak jak w §2 pkt.1 i w załączniku 1?. jeśli tak to należy to zapisać jeśli nie to ustalić czasy świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położną oraz ustalić kryteria opieki i klasyfikację do danej kategorii. 6. ust.7- profil pediatryczny oraz neonatologiczny - proponujemy w celu zakwalifikowania pacjenta do danej kategorii opieki stosować kryteria określone: w załączniku nr 5 – dla neonatologii oraz dodatkowo w tym załączniku dodać III kategorię opieki dla noworodków oczekujących na przejęcie do ośrodków specjalistycznych i koniecznie ustalić średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez pielęgniarki lub położne dla poszczególnych kategorii opieki w załączniku nr 6 – dla pediatrii - z uwzględnieniem dodatkowego kryterium oceny – wydalania - dziecko korzysta samo z toalety lub wymaga zaprowadzenia do niej lub korzysta z basenu albo pieluchomajtek ma problemy ze stolcem (biegunki, zaparcia) i gazami. Skoro korzystamy z tego kryterium kwalifikując dorosłych do kategorii opieki to tym bardziej należy kryterium „wydalanie” uwzględnić przy dziecku. <p><u>Uzasadnienie:</u> załącznik nr 6 dotyczy wyłącznie dzieci a nie noworodków, na podstawie zawartych w nim kryteriów nie można zakwalifikować noworodka do danej kategorii opieki. Wobec tego proponujemy posługiwanie się w neonatologii załącznikiem nr 5 ponieważ wszystkie czynności przy noworodkach pozostających ze względu na stan zdrowia matek (kat.III opieki) pod wyłączną opieką pielęgniarek lub położnych wykonują one same i ten czas należy uwzględnić przy obliczaniu całkowitego czasu świadczeń (§2 pkt.6 ust.3 – średni czas świadczeń bezpośrednich dotyczy tylko położnicy)</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. ust. 1 pkt. 4) – błąd literowy – „pomiot” zamiast „podmiot” 8. ust. 3 wzór 2) – błędne wskazanie parametru – jest „Tśb” winno być „Tśpb” 9. ust. 3 wzór 2) - legenda do wzoru – element Tpp winien być zakreślony w węższych granicach – proponujemy 30-50% czasu pielęgnacji bezpośredniej 10. ust.3 pkt.3 - średni czas dyspozycyjny pielęgniarki lub położnej w ciągu roku – Td - w projekcie obliczono
--	-------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

jako 202 dni. W naszej opinii tak obliczony czas dyspozycyjności pielęgniarki/położnej uwzględnia wyłącznie liczbę dni roboczych w roku, wskaźnik absencji ale pomija czas kodeksowej przerwy w czasie pracy co w sposób istotny ma wpływ na obliczenie liczby etatów. Przerwa ustawowa winna być uwzględniona w przypadku tego parametru – zatem średni czas dyspozycyjny winien być obniżony o 15 min dla każdego przyjętego dnia pracy.

11. § 4 ust.1 pkt. 2) proponujemy uwzględnienie wskaźnika oceny zapotrzebowania na opiekę wynoszącego 0,9 – dla oddziałów o profilu pediatrycznym – taki wskaźnik, identyczny jak dla oddziału psychiatrycznego, jest zgodny z wartościami wskazanymi w § 2 ust. 2 i 7 – nie ma powodu dla zróżnicowania parametrów w oddziałach nowoutworzonych. Konsekwentnie konieczna zmiana zapisu pkt.3 na „§ 2 ust.4-6 i 8”

12. § 5 - proponujemy w oddziałach o profilu anestezyjologicznym i intensywnej terapii przyjęcie równoważnika nie mniej niż 3,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii.

13. § 6:

pkt.1 proponujemy zmianę zapisu - „w bloku operacyjnym – wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent)- co najmniej 2 pielęgniarki albo położne na zmianę, zatrudnione w Bloku Operacyjnym”

14. konieczne zaznaczenie, że nie można łączyć wskazanych funkcji dla potrzeb ustalenia norm zatrudnienia – tzn. traktować jednego pracownika jako realizującego funkcje na kilku odcinkach

15. pkt.3 – proponujemy zmianę zapisu „ liczba pielęgniarek anestezyjologicznych na każdej zmianie w stosunku do liczby stanowisk nadzoru poznieczuleniowego nie powinna być niższa niż 1:2”

17. § 7 - Proponujemy dopisać pkt.3„Podmiot leczniczy ma obowiązek codziennego ustalania kategorii opieki dla pacjentów w poszczególnych oddziałach oraz raportowania i archiwizowania tej informacji dla potrzeb czynności wskazanych w ust. 1 i 2”.

18. § 8 - czynniki opisowe – pozostawiają szerokie pole do interpretacji.

19. Załączniki dotyczące kategoryzacji – konieczność jednoznacznego wskazania, jak ma być dokonywana kategoryzacja pacjenta. Biorąc pod uwagę charakter wskaźników służących kategoryzacji, pacjent winien być zaliczany do kategorii najwyższej, której wskaźniki u niego występują – tzn. w przypadku występowania wskaźników zarówno I, II, jak i III grupy – pacjent winien być klasyfikowany jako pacjent III kategorii.

Uwagi dodatkowe:

1. stosowanie minimalnych norm zatrudnienia powinno obowiązywać wszystkie podmioty lecznicze korzystające w określonych zakresach świadczeń z finansowania ze środków publicznych
2. zakładowe normy zatrudnienia powinny być załącznikiem do umowy kontraktowej podmiotu leczniczego z płatnikiem świadczeń
3. brak w rozporządzeniu ustalenia norm dla SOR, gabinetów zabiegowych (np. endoskopii, cystoskopii).
4. ze względu na brak zapisu odnoszącego się do ustalenia minimalnych norm dla oddziałów o profilu neurologia udarowa, kardiologia i Intensywny Nadzór Kardiologiczny, gdzie zapewnia się całodobową opiekę pielęgniarską a prawidłowo obliczona ilość pielęgniarek zatrudnionych w tych obszarach ma zasadnicze znaczenie z punktu widzenia jakości świadczeń, wnioskujemy o wprowadzenie dodatkowych jednostek redakcyjnych i kolejnego załącznika klasyfikacyjnego uwzględniającego kryteria i kategorie opieki oraz ustalenie dla tych obszarów średniego czasu świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich w poszczególnych kategoriach.
5. proponujemy w Rozporządzeniu Ministra przywołanie dla porządku brzmienia art.50 ustawy o działalności leczniczej.

19	Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień ul. Reja 2a 81-441 Gdynia	<p>Do projektu rozporządzenia jw. z dnia 18.10.2012 r. wnosimy następujące uwagi:</p> <p>W § 1 ust. 1 rozporządzenia wskazano kryteria, które uwzględnia się przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. W ust. 3 tego paragrafu wskazano, iż obsada pielęgniarska w oddziale lub innej komórce organizacyjnej o tym samym profilu przedsiębiorstwa nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianę. Usytuowanie tego przepisu w systematyce rozporządzenia sugeruje, iż jest to przepis ogólny, do stosowania we wszystkich podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami, natomiast § 2 zawiera normy szczególne dotyczące przedsiębiorstw o poszczególnych profilach.</p> <p>I tak, § 2 pkt 3 zawiera kryteria, jakie uwzględnia się przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia w podmiocie leczniczym wykonującym świadczenia stacjonarne i całodobowe z zakresu leczenia uzależnień.</p> <p>W uzasadnieniu projektu wskazano, iż ponieważ w całym leczeniu uzależnień, „którego pacjenci są osobami samodzielnie wykonującymi wszelkie czynności w zakresie samoobsługi, ewentualność zatrudniania pielęgniarek powinna pozostać do decyzji kierownika podmiotu”.</p> <p>Jest to stwierdzenie słuszne, lecz nie znajdujące odzwierciedlenia w treści rozporządzenia. Norma § 1 ust. 3 nie została bowiem wyłączona wprost w odniesieniu do podmiotów wykonujących świadczenia z zakresu leczenia uzależnień. Konieczna jest zatem korekta projektu w tym zakresie w taki sposób, aby nie budziło wątpliwości, iż w odniesieniu do tych podmiotów nie ma obowiązku zatrudniania dwóch pielęgniarek na zmianę.</p>
20	Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych ul. Sądowa 18, 86-100 Świecie,	<p>W odniesieniu do przesłanego projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia...2012r. w sprawie sposobów ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami zgłaszamy następujące uwagi do załącznika nr 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - brak punktacji przy poszczególnych kategoriach oraz brak skali końcowej np. jak w skali Barthel, - niektórzy pacjenci mogą jednocześnie spełniać kryteria opieki z II i III kategorii, więc nie ma możliwości jednoznacznego sklasyfikowania (przyporządkowanie) pacjenta do danej kategorii, - w takiej postaci kategoryzacja będzie bardzo czasochłonna i absorbująca dodatkowy personel, - ustalenie minimalnych norm zatrudnienia uwzględniające opracowaną kategoryzację będzie na pewno związane ze znacznym zwiększeniem zatrudnienia pielęgniarek na psychiatrii, która do tej pory jest słabo finansowana. Czy w związku z tym będą zagwarantowane pieniądze na ten cel?
21	Stowarzyszenie <i>Pomocna Dłoń</i> , ul. Radzikowskiego 29, 31-315 Kraków	<p>W § 1 ust. 3 proponuje się nadać brzmienie:</p> <p>?3. Z wyłączeniem § 2 ust. 3 oraz § 8 obsada pielęgniarek oraz położnych w oddziale lub w innej komórce organizacyjnej o tym samym profilu przedsiębiorstwa nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianę.?</p> <p>Stowarzyszenie <i>Pomocna Dłoń</i> uważa, iż na <u>poziomie ambulatoryjnym</u> w Poradniach Leczenia Uzależnień zbędne jest zatrudnianie pielęgniarek i położnych, dlatego konieczne jest dokonanie stosownych zmian. Przyjmowanie do pracy w Poradniach pielęgniarek i położnych generuje niepotrzebne koszty dla jednostki leczniczej, które można przeznaczyć na zwiększenie zatrudnienia terapeutów leczenia uzależnień, wzrost superwizji, co znacznie poprawiłoby ofertę Poradni, np. spowodowałoby krótszy okres oczekiwania na wizytę przez pacjentów, podniosłoby jakość oferowanych usług.</p>
22	Polskie Stowarzyszenie	W ramach konsultacji społecznych Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Pediatricznych pragnie dołączyć swoje uwagi do

	Pielęgniarek Pediatricznych	<p>Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, w zakresie obszaru działalności pielęgniarek pediatrycznych.</p> <p>1. Najwięcej kontrowersji w środowisku pielęgniarek pediatrycznych budzi załącznik nr 6 „Klasyfikacja dzieci do kategorii opieki w oddziałach o profilu pediatrycznym”.</p> <p>- Propozycje uszczegółowienia w załączniku zakresu czynności bezpośrednich pozwalają zauważyć brak odniesienia do oddziałów/klinik w pediatrycznych szpitalach specjalistycznych gdzie zakres świadczeń pielęgniarskich i pielęgnacyjnych znacznie wykracza poza kategorie III. Pozwalamy sobie dołączyć jako przykład kategoryzację dla kliniki onkologii przygotowaną przez pielęgniarki pracujące na co dzień z dzieckiem z chorobą nowotworową. Podobne sugestie sygnalizowały koleżanki pracujące np. z pacjentem po przeszczepie i pacjentem diabetologicznym</p> <p>- Niefortunnym wydaje się użycie w Kategorii I sformułowania „...przebywające na stałe z rodzicami...”, Konwencja Praw Dziecka jak i Karta Praw Pacjenta możliwości przebywania przy dziecku rodzica/opiekuna prawnego wskazuje jako podstawowe prawo małego pacjenta, jednocześnie nie nadaje obowiązku przejęcia od personelu medycznego części świadczeń pielęgnacyjnych przez rodziców na rzecz swojego dziecka. Z doświadczenia wiemy, że często pomimo szczerej chęci rodzice nie są w stanie pomóc, a trauma z powodu choroby dziecka wymaga od personelu pielęgniarskiego dodatkowego zaangażowania w opiekę nad rodzicem. Należy dodać iż procedury w oddziałach specjalistycznych wymagają przebywania dziecka wraz z rodzicem co najmniej kilka tygodni.</p> <p>- Załącznik nr 6 tabela kategoryzacji wymaga określenia klucza przydziału do poszczególnych kategorii dla ujednoczenia sposobu przydziału w poszczególnych oddziałach w całym kraju.</p> <p>2. Proponowany wzór nie jest doskonały ale pozwala w sposób łatwiejszy wyliczyć minimalne zatrudnienie pielęgniarek. Wątpliwości budzi zaproponowany sposób obliczania $T_{\text{spc}} - \text{czas świadczeń pielęgniarskich całkowitych w dniach}$ Zamieniając uzyskany czas całkowity na godziny a następnie dzieląc przez dzienną normę czasu pracy w podmiotach leczniczych (7,35h) uzyskujemy zafałszowany wynik, gdyż 35min to czas naszej pracy a jednocześnie stanowi to 58 setnych 1 godziny - 7godz.35min dzienna norma pracy stanowi 7,58(setnych)godziny Naszym zdaniem uzyskany wynik w minutach powinien być dzielony przez 455 min (7 ,35godz) lub alternatywnie przez 7,58h. Przykład z str 30 rozporządzenia: $T_{\text{spc}}=3850,2\text{min}:60\text{min}=64,17\text{h} :7,35\text{h}=8,7\text{dnia}$ $T_{\text{spc}}=64,17\text{h} : 7,58 \text{ h} = 8,46$ Nasze obliczenia: $T_{\text{spc}}=3850,2\text{min}:455\text{min}=8,46 \text{ dnia}$</p> <p>3. Doprecyzowania wymaga w paragrafie 1 ust.2 określenie kadra kierownicza pielęgniarek i położnych, czy autorzy projektu mieli na myśli Naczelne i przełożone szpitali czy również pielęgniarki oddziałowe i koordynujące?</p> <p>4. Projekt rozporządzenia w paragrafie 2 ust.8 podaje odmienną kategoryzację dla pacjenta dializowanego. Pielęgniarki pracujące z dzieckiem dializowanym podkreślają odmienną pacjentą dorosłego od dziecka. Ponadto pielęgniarki z oddziałów dializ wykonują również dializy otrzewnowe ,inne zabiegi jak plazmaferazy, dializy wątrobowe a także zabezpieczają zabiegi na innych oddziałach np. OJOM. Dlatego uważamy, że dializoterapia w pediatrii powinna podlegać</p>
--	-----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>pod kategoryzację minutową zgodnie z ust.7 paragrafu 2.</p> <p>5. W paragrafie 5 określa się wskaźnik 2,2 etatu na 1 stanowisko intensywnej opieki. Nie uwzględniono specyfiki pediatrii, która została uwzględniona w oddzielnym rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego określając równoważnik na poziomie 2,8. Ponadto nie ma wskazanego równoważnika dla zespołów reanimacyjnych będących w stałej gotowości do podjęcia natychmiastowych działań na terenie całego szpitala.</p> <p>6.W paragrafie 7ust.1 brak jest określenia jednolitego sposobu corocznego przeliczania kategorii pacjentów.</p> <p>7. Paragraf 8 w sposób bardzo nie precyzyjny określa sposób obliczania minimalnych norm w ambulatoriach. Przeplatają się tu zakresy działań POZ-tów z ambulatoryjną opieką specjalistyczną. bez konkretnych wytycznych mogących stanowić klucz do liczenia jak to jest w przypadku oddziałów.</p> <p>8.Brak wskazań do obliczania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w izbach przyjęć i na SOR –ach.</p> <p>9. Określenie wielkości wskaźnika czasów pośrednich w granicach 25%- 50% wydaje się znacznie zawyżone. W dużej mierze zależne jest od sposobu organizacji pracy oraz ilości osób wspomagających pielęgniarki/ rodzice, opiekunki itp./. Parametr ten powinien stwarzać możliwość poszczególnym placówkom wstawiać go zgodnie z własnymi obliczeniami. Dolną granicę proponujemy o przesunięcie do 10 %.</p> <p>10.Wg opinii zebranych z placówek medycznych, propozycja generuje znaczny wzrost zatrudnienia w grupie pielęgniarek a co za tym idzie napotyka na sprzeciw dyrekcji szpitala/ wyższe koszty pracy, nie zawsze uzasadnione/.Istnieje więc obawa o faktyczną realizację Rozporządzenia.</p> <p>Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Pediatrycznych ma nadzieję na dokładne przeanalizowanie zaproponowanych przez nas poprawek i uwag przez zespół odpowiedzialny za ostateczne zapisy w rozporządzeniu. Liczymy na zrozumienie dla odmienności oddziałów i szpitali specjalistycznych o profilu pediatrycznym i neonatologicznym.</p>
23	<p>Grażyna Kowalska Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki dla województwa łódzkiego</p>	<p>1. Po zapoznaniu się z treścią w/w projektu rozporządzenia proszę o doprecyzowanie zapisu §5 dotyczącego zapewnienia całodobowej opieki pielęgniarstwa, gdzie przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia przyjmuje się nie mniej niż równoważnik 2,2 etatu na jedno stanowisko Intensywnej Terapii. Tak sprecyzowany zapis powoduje, że pielęgniarska kadra kierownicza, kierownicy działu kadr normy zatrudnienia według w/w projektu wyliczają - mnożąc 2,2 etatu razy liczba łóżek intensywnej terapii. Wyliczona w ten sposób liczba etatów nie będzie spełniała wymogów obsady kadry pielęgniarstwa w mających się ukazać standardach dotyczących świadczeń medycznych z zakresu Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W związku z powyższym dobrze byłoby podać wzór, czy obliczyć obsadę pielęgniarską na jedno stanowisko intensywnej terapii. Proszę również o zaznaczenie, czy Oddziałów Intensywnej Terapii dotyczy wyliczanie minimalnych norm wg. kategoryzacji pacjentów.</p> <p>2. Proszę również uściślenie, czy kadra pielęgniarska to również zastępca pielęgniarki oddziałowej (pobiera dodatek</p>

		funkcyjny) oraz o doprecyzowanie pojęcia zmiany, czy praca w systemie równoważnym po 12 godzin (tak pracuje większość Zakładów Opieki Zdrowotnej świadczących całodobowe usługi medyczne) też jest pracą zmianową, czy praca zmianowa to tylko praca po 7 godzin 35 minut
24	Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki	<p>1. Jaka długość zmiany ustawodawca ma myśli pisząc w § 1, pkt.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” O jaki czas pracy i w jakim systemie dyżurowym chodzi?</p> <p>2. W § 2, pkt 5 przy określaniu średniego czasu świadczeń bezpośrednich dla położnych oczywistą pomyłką wydaje się brak I kategorii opieki</p> <p>3. W § 2, pkt 4 czas świadczeń bezpośrednich w III kategorii opieki jest niższy niż w przypadku II kategorii. Wdaję się to także pomyłką ustawodawcy</p> <p>4. W jaki sposób podmiot leczniczy powinien określić średni czas wykonania czynności pośrednich. Przedział 25-50% czasu świadczeń bezpośrednich daje dużą dowolność i żaden podmiot leczniczy nie ustali tego czasu na poziomie wyższym niż 25%, z obawy przed koniecznością zwiększenia liczby personelu.</p> <p>5. W § 5 dotyczącym obsady oddziałów intensywnej terapii wnioskujemy o doprecyzowanie zapisu brzmiącego „zapewnia się całodobową opieką pielęgniarską i przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia przyjmuje się nie mniej niż równoważnik 2.2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii”, na brzmieniezapewnia się całodobową opieką pielęgniarską i przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia przyjmuje się nie mniej niż równoważnik 2.2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii na dobę. Już bowiem pojawiają się praktyki ustalania liczby personelu pielęgniarskiego w oddziałach intensywnej terapii stosując prosty przelicznik – liczba łóżek x 2,2, co stanowić ma całkowitą liczbę personelu pielęgniarskiego w oddziale. Powoduje to pracę jednej pielęgniarki na więcej niż 2 stanowiskach intensywnej terapii w szpitalach o II stopniu referencyjności, co pozostaje w sprzeczności z projektem rozporządzenia w sprawie standardów medycznych w anestezjologii z dnia 11.07.2012r.</p> <p>6. W § 6 pkt.3 liczba pielęgniarek anestezjologicznych w salach nadzoru poznieczuleniowego w stosunku do Liczby pacjentów 1:4 jest nieadekwatna do liczby i złożoności zadań wykonywanych przez pielęgniarkę anestezjologiczną podczas sprawowania opieki na powierzonych jej chorymi.</p> <p>Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki opiniując projekt rozporządzenia w sprawie standardów w anestezjologii zwracała uwagę na zbyt niski przelicznik, wskazując konieczność zmiany na 1pielęgniarkę na 3 stanowiska nadzoru, zgodnie z wytycznymi ESCIM. Pacjenci w salach nadzoru poznieczuleniowego wymagają zawsze wnikliwego monitorowania i obserwacji w pierwszych godzinach po zabiegu operacyjnym w celu uniknięcia możliwych do wystąpienia powikłań.</p> <p>Stoimy na stanowisku że liczba pielęgniarek w Sali nadzoru poznieczuleniowego nie może być niższa niż 1 pielęgniarka na 3 stanowiska</p> <p>7. Zwraca uwagę brak w projekcie rozporządzenia szczegółowych uregulowań dotyczących sal wzmożonego nadzoru i oddziałów intensywnej opieki medycznej tworzonych przez świadczeniodawców w strukturach oddziałów zachowawczych i zabiegowych, a nie spełniających wymagań dotyczących intensywnej terapii.</p>

		<p>Rozporządzenie o świadczeniach gwarantowanych w swojej nowelizacji z dnia 15.09.2011r zobowiązuje świadczeniodawcę do zapewnienia całodobowej, wyodrębnionej opieki pielęgniarskiej dla stanowisk intensywnej opieki medycznej. Pacjenci przebywający w tych miejscach zaliczani są do kategorii III, wymagają stałego monitorowania i nadzoru oraz wielu czynności pielęgnacyjnych.</p> <p>Brak jednoznacznego określenia norm zatrudnienia stanie się źródłem niedoboru personelu pielęgniarskiego. Brak jednoznacznych zapisów dotyczących liczby personelu pielęgniarskiego doprowadzi to do sytuacji, że na wieloosobowej sali pacjentów w stanie ciężkim, pracować będzie jedna pielęgniarka.</p> <p>Sytuacja taka zagraża bezpiecznemu środowisku pracy, a co za tym idzie, stanowi bezpośrednie zagrożenie dla bezpieczeństwa personelu i pacjenta. Skutkiem będzie zwiększona ilość zdarzeń niepożądanych</p> <p>Stoimy na stanowisku, że obsada pielęgniarska w tych jednostkach powinna zostać dookreślona w jednoznaczny sposób, podobnie jak ma to miejsce w salach nadzoru poznaczonych</p> <p>8. Ustawodawca nie precyzuje, czy ustalanie i przestrzeganie norm zatrudnienia będzie miało znaczenie przy kontraktowaniu świadczeń medycznych z Narodowym Funduszem Zdrowia</p> <p>9. W uzasadnieniu do projektu ustawodawca precyzuje, że normy zatrudnienia obowiązują „bez względu na formę zatrudnienia”, którego brakuje w samym rozporządzeniu</p> <p>10. W uzasadnieniu do projektu rozporządzenia ustawodawca sugeruje, że liczba pielęgniarek powinna być uzależniona od „liczby personelu pomocniczego, opiekunów medycznych, opiekunek dziecięcych, rodziców”.</p> <p>Opiekunowie medyczni, opiekunki dziecięce – takie zawody nie funkcjonują powszechnie w oddziałach szpitalnych. Brakuje stosownych aktów prawnych, aby zawody te mogły zaistnieć w opiece nad pacjentem.</p> <p>Trudno też jest brać pod uwagę pomoc rodziców przy wyliczaniu czasu pracy pielęgniarki. Rodzice mogą być zaangażowani do opieki nad chorym dzieckiem, ale tylko wtedy, gdy wykażą taką wolę i po odpowiedniej edukacji. Za całość opieki odpowiada pielęgniarka, której jest potrzebny czas na edukację rodziców.</p> <p>Taka sytuacja znacząco wydłuża czas czynności pośrednich pielęgniarki. Tego typu uzasadnienie, przy obecnie obowiązujących strukturach zatrudnienia nie ma szerokiego zastosowania.</p>
25	Małgorzata Zawirska Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Włocławku	<p>Projekt w sprawie minimalnych norm zatrudnienia jest do przyjęcia pod warunkiem, że będzie on obowiązywał we wszystkich szpitalach także tych przekształconych w spółki inaczej dojdzie do sytuacji w której każdy z nas płaci składkę zdrowotną ,a tylko nie liczni którzy trafią do jeszcze nie przekształconych szpitali będą mogli liczyć minimalny dostęp do opieki pielęgniarskiej, a tym samym zapewnione będzie tylko w tych szpitalach bezpieczeństwo pacjenta na odpowiednim poziomie.</p> <p>W imieniu Pielęgniarek i Położnych, a przede wszystkim pacjentów i ich rodzin pytam! Czy taki zapis nie różnicuje pacjentów na lepszych i gorszych ? i kto jak nie NFZ który jest płatnikiem za procedur medycznych nie powinien dopilnować, żeby wszyscy odbiorcy mieli równe prawo do leczenia co zapewnia Konstytucja.</p>
26	Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii	<p>W § 1 ust. 3 proponuje się nadać brzmienie:</p> <p>„3. Z wyłączeniem § 2 ust. 3 oraz § 8 obsada pielęgniarek oraz położnych w oddziale lub w innej komórce organizacyjnej o</p>

		<p>tym samym profilu przedsiębiorstwa nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianę.”</p> <p>Krajowe Biuro w oparciu o ustalenia konferencji uzgodnieniowej, która odbyła się 1 sierpnia 2012 r. w Ministerstwie Zdrowia, podtrzymuje swoje wcześniejsze stanowisko (wyrażone w piśmie skierowanym 8 sierpnia 2012 r. do Departamentu Pielęgniarek i Położnych), zgodnie z którym w podmiotach leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe z zakresu leczenia uzależnień świadczenia pielęgniarskie zredukowane są najczęściej do minimum (tj. wydawania leków niektórym pacjentom). W całodobowych oddziałach/ośrodkach leczenia uzależnień pacjenci są samodzielni i nie wymagają pielęgnacji. 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. Stanowisko to wydaje się być jeszcze bardziej uzasadnione w odniesieniu do placówek ambulatoryjnych. Wobec powyższego przyjęte w § ust. 3 projektu rozwiązanie, zgodnie z którym liczba pielęgniarek lub położnych zatrudnionych na oddziale nie może być mniejsza niż 2 wydaje się być całkowicie nieracjonalne w odniesieniu do podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia w zakresie leczenia uzależnień i konieczne wydaje się być w tym zakresie dokonanie stosownych wyłączeń.</p>
27	Ewa Habel pracownik bloku operacyjnego	<p>Jako wieloletni pracownik bloku operacyjnego pragnę dodać swoją opinię w sprawie zatrudniania pielęgniarek na bloku operacyjnym. Zgadzam się z proponowaną ilością z pewnym zastrzeżeniem. Uważam, że należy wyraźnie podkreślić, że pielęgniarką asystującą pielęgniarczyce operacyjnej ma być również pielęgniarka operacyjna zatrudniona na bloku operacyjnym. Uniemożliwi to pracodawcy oddelegowywanie do pełnienia tej funkcji innej pielęgniarki, pracującej na innym oddziale. Pielęgniarki pracujące na bloku operacyjnym muszą wykazać się znajomością określonych zasad i procedur epidemiologicznych, znajomością zasad pracy, poruszania się w obrębie bloku i samej sali, znajomością instrumentarium i metod operacyjnych, znajomością obsługi aparatury medycznej, znajomością przygotowania i ułożenia pacjenta, a także muszą posiadać odpowiednie cechy charakteru. Tylko wtedy, gdy będzie zapewniona (na 1 czynny stół) obsada dwóch pielęgniarek operacyjnych, przygotowanych merytorycznie do wykonywania powierzonych zadań, będzie zagwarantowana właściwa jakość usług i dobra organizacja pracy.</p>
28	Barbara Wyrośla Pielęgniarka operacyjna	<p>Pragnę poinformować, że jestem pielęgniarką operacyjną z 25 letnim stażem pracy na bloku operacyjnym. Z mojego doświadczenia wynika, że specyfika pracy na bloku operacyjnym wymaga od personelu specjalnych umiejętności. Pielęgniarczyce instrumentującej może asystować tylko pielęgniarka operacyjna, która posiada wiedzę jest zorientowana w otoczeniu i kompetentna w swej pracy. Pielęgniarka asystująca ma pomagać, ułatwiać pracę koleżance instrumentującej, organizować zaplecze oraz w razie potrzeby zastąpić ją. Minimalna obsada na 1 czynny stół operacyjny to dwie pielęgniarki operacyjne.</p>
29	Monika Michalik Pielęgniarka operacyjna	<p>Jestem Położną, Pielęgniarką Operacyjną pracuję od 12 lat jako "Instrumentariuszka czyli Pielęgniarka /Położna Operacyjna</p> <p>przeczytałam projekt nt minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych W & 6</p> <p>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 pielęgniarczyce albo położnej operacyjnej;</p> <p>- uważam jako Specjalista w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego iż powinien być zapis:</p> <p>1) w bloku operacyjnym - wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną OPERACYJNĄ asystującą pielęgniarczyce albo położnej operacyjnej; brak słowa OPERACYJNA ASYSTUJĄCA, może spowodować iż wiele osób z kadry zarządzającej będzie omijać prawo i jako</p>

		asystującą będzie zatrudniać pielęgniarki albo położne nie posiadające kwalifikacji (np. brak kursu kwalifikacyjnego), lub w ogóle osoby które pracują na oddziałach, nie mające żadnej wiedzy na temat zasad, standardów i procedur operacyjnych. Po prostu będzie się liczyła sztuka.
30	Ewa Sztuczka mgr pielęgniarstwa Koordynator Pielęgniarek Operacyjnych Szpital Wojewódzki w Toruniu Skierka Magdalena Położna z kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie Pielęgniarsstwa Operacyjnego	W & 6 mowa jest napisane o zatrudnieniu pielęgniarek/położnych operacyjnych (na 1 stół czyli 1 pacjenta) przypada 1 pielęgniarka/położna operacyjna i 1 jej asystująca. Moim zdaniem powinno być: Na 1 stół(1 pacjent) przypada 1 pielęgniarka/położna operacyjna i asystująca jej 1 pielęgniarka/położna operacyjna jej asystująca. Zapis taki jest konieczny, gdyż praca w bloku operacyjnym jest specyficzna i osoba tam pracująca musi mieć konkretną wiedzę i umiejętności. Kadra zarządzająca w ramach oszczędności przy obecnym zapisie, jako pielęgniarkę asystującą może przesunąć pielęgniarkę z innego stanowiska pracy np. oddziału internistycznego, czyli pielęgniarkę tam zatrudnioną, a w danej chwili niewykorzystaną. Taka osoba w bloku operacyjnym jest kompletnie nieużyteczna, ale w/g aktualnego zapisu norma zatrudnienia spełniona. Jestem Położną Operacyjną pracuję od 10 lat jako "Instrumentariuszka czyli Położna Operacyjna, przeczytałam projekt nt minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych W & 6 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 pielęgniarence albo położnej operacyjnej uważam jako Położna Operacyjna iż powinien być zapis: 1) w bloku operacyjnym - wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną OPERACYJNĄ asystującą pielęgniarence albo położnej operacyjnej brak słowa OPERACYJNA ASYSTUJĄCA, może spowodować iż wiele osób z kadry zarządzającej będzie omijać prawo i jako asystującą będzie zatrudniać pielęgniarki albo położne nie posiadające kwalifikacji (np. brak kursu kwalifikacyjnego), lub w ogóle osoby które pracują na oddziałach, nie mające żadnej wiedzy na temat zasad, standardów i procedur operacyjnych. Po prostu będzie się liczyła sztuka.
32	Katarzyna Skowronek- Kułakowska Magister Pielęgniarsstwa Specjalista w dziedzinie Pielęgniarsstwa Operacyjnego	Jestem Pielęgniarką Operacyjną pracuję od 8 lat jako "Instrumentariuszka czyli Pielęgniarka /Położna Operacyjna przeczytałam projekt nt minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych W & 6 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 pielęgniarence albo położnej operacyjnej: - uważam jako Specjalista w dziedzinie Pielęgniarsstwa Operacyjnego iż powinien być zapis: 1) w bloku operacyjnym - wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną OPERACYJNĄ asystującą pielęgniarence albo położnej operacyjnej: brak słowa OPERACYJNA ASYSTUJĄCA, może spowodować iż wiele osób z kadry zarządzającej będzie omijać prawo i jako asystującą będzie zatrudniać pielęgniarki albo położne nie posiadające kwalifikacji (np. brak kursu kwalifikacyjnego), lub w ogóle osoby które pracują na oddziałach, nie mające żadnej wiedzy na temat zasad, standardów i procedur operacyjnych. Po prostu będzie się liczyła sztuka. Proszę o zmianę zapisu w rozporządzeniu
33	Anna Kryczka Magister Pielęgniarsstwa	Nawiązując do Projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2012 roku, które ma obowiązywać od dnia 1 stycznia 2013 roku. Jestem Pielęgniarką Operacyjną pracuję od 18 lat jako "Instrumentariuszka czyli Pielęgniarka

	Specjalista w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego	<p>/Położna Operacyjna przeczytałam projekt nt minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.</p> <p>W§ 6 pkt.1) w bloku operacyjnym - wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną asystującej pielęgniarki albo położnej operacyjnej: uważam jako Specjalista w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego iż powinien być zapis:</p> <p>1. W bloku operacyjnym - wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną OPERACYJNĄ asystującą pielęgniarki albo położnej operacyjnej: brak słowa OPERACYJNA ASYSTUJĄCA, może spowodować iż wiele osób z kadry zarządzającej będzie omijać prawo i jako asystującą będzie zatrudniać pielęgniarki albo położne nie posiadające kwalifikacji (np. brak kursu kwalifikacyjnego), lub w ogóle osoby które pracują na oddziałach, nie mające żadnej wiedzy na temat zasad, standardów i procedur operacyjnych. Po prostu będzie się liczyła sztuka. W obecnej chwili, gdzie wiele szpitali „mają” przekształcać się w spółki prawa handlowego, tym bardziej obawiamy się różnych „oszczędnych” posunięć względem pielęgniarek, których jest coraz mniej w Polsce.</p> <p>Proszę o zmianę zapisu w rozporządzeniu.</p>
34	Iwona Rompa- Bonszkowska Pielęgniarka	<p>Nawiązując do Projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2012 roku, obowiązując od dnia 1 stycznia 2013 roku.</p> <p>Jestem Położną, Pielęgniarką Operacyjną pracuję od 21 lat jako "Instrumentariuszka czyli Pielęgniarka /Położna Operacyjna przeczytałam projekt nt minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych</p> <p>W§ 6</p> <p>1) w bloku operacyjnym - wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną asystującej pielęgniarki albo położnej operacyjnej: - uważam jako Pielęgniarka Operacyjna iż powinien być zapis:</p> <p>1) w bloku operacyjnym - wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną OPERACYJNĄ asystującą pielęgniarki albo położnej operacyjnej: brak słowa OPERACYJNA ASYSTUJĄCA, może spowodować iż wiele osób z kadry zarządzającej będzie omijać prawo i jako asystującą będzie zatrudniać pielęgniarki albo położne nie posiadające kwalifikacji (np. brak kursu kwalifikacyjnego), lub w ogóle osoby które pracują na oddziałach, nie mające żadnej wiedzy na temat zasad, standardów i procedur operacyjnych. Po prostu będzie się liczyła sztuka.</p>
35	Katarzyna Bronicka Pielęgniarka	<p>Jestem pielęgniarką, z 17-to letnim stażem w bloku operacyjnym. Obecnie na umowie cywilno-prawnej w pracowni hemodynamicznej.</p> <p>W moim odczuciu, dobrze byłoby normy zatrudnienia regulować ustawą. Powyższy projekt tak na prawdę nic nie wnosi. Coraz więcej podmiotów leczniczych jest przedsiębiorcami więc powyższy sposób obliczania norm ich nie obowiązuje. W blokach operacyjnych nadal będzie się łamać prawo, zastępując pielęgniarkę salową, opiekunką medyczną lub pielęgniarką z innego oddziału. Pojedyncze dyżury na oddziałach niestety nie przejdą do historii. Uważam, że normy zatrudnienia powinna regulować konkretna ustawa obowiązująca we wszystkich podmiotach leczniczych.</p> <p>Już od kilku lat pracuję w takich "przedsiębiorstwach" i ze smutkiem obserwuję jak poziom opieki się stacza. Szczególnie w małych miastach, na poziomie szpitali powiatowych. Pielęgniarki są zmuszane do kontraktów, pracują po 200 do 400 godzin za marne grosze, w jednoosobowej obsadzie, nie mając wyboru. Przedsiębiorcy wykorzystują luki prawne i tanim kosztem świadczą marne usługi, których nikt nie kontroluje. Myślę, że to temu należałoby się przyjrzeć</p>

36	BEATA LEWIŃSKA	<p>Witam! od 20 lat pracuję w szpitalu na oddziale chor.wewn. Nasz oddział liczy 22 łóżka (w tym 2 łóżka sali kardiologicznej "R). od godziny 15.00 często zdarza się, że do godziny 19.00 na obsadzie jest tylko jedna pielęgniarka. Musimy mocno się uwijać, aby pacjenci byli odpowiednio i fachowo obsłużeni. Niejednokrotnie musimy zostawać do godz.20.00 aby uzupełnić dokumentację. moim zdaniem na takim oddziale powinna być obsada minimum 2, a nawet 3 osobowa (z dodatkową obsadą sali "R" gdyż przeważnie leżą tam pacjenci z OZW). Uważam, że w rozporządzeniu tym powinien znaleźć się podpunkt, który mówi o wszystkich rodzajach szpitali, nie tylko tych państwowych. Zmusiło by to niejako dyrekcje tych innych niż państwowe szpitale do zatrudnienia większej liczby pielęgniarek, a co za tym idzie-zmniejszenia bezrobocia.</p>
37	Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pracowników Bloku Operacyjnego Anestezjologii i Intensywnej Terapii	<p>Przedłożony do konsultacji społecznej projekt wymaga doprecyzowania poszczególnych zapisów lub też ich zmiany.</p> <p>I.</p> <p>W § 5 brakuje zapisu, który stwarzałby możliwość zabezpieczenia etatowego dla zespołu reanimacyjnego (interwencyjnego). Proponujemy dodatkowe ujęcie 1 pielęgniarki na każdy dyżur.</p> <p>II.</p> <p>W § 6 pkt 1 zastrzeżenia budzi zapis dotyczący pielęgniarki/ położnej asystującej. Zgodnie z treścią uzasadnienia wprowadzenie obsady „nie mniejsze niż 1 pielęgniarki/położnej operacyjnej oraz 1 pielęgniarki/położnej asystującej na czynny stół operacyjny znajduje uzasadnienie w zakresie wykonywania zadań z uwzględnieniem procedur epidemiologicznych oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi i personelowi.” Należy wskazać, że wprowadzenie takiego zapisu będzie mogło spełniać kryterium zabezpieczenia epidemiologicznego, natomiast nie będzie mogło zapewniać bezpieczeństwa pacjentowi oraz personelowi. W ocenie Związku Zawodowego pielęgniarką asystującą pielęgniarkie/położnej operacyjnej będzie pomagała pielęgniarka/położna nie posiadająca przygotowania, wiedzy oraz wymaganych umiejętności do pracy w bloku operacyjnym. To z kolei stwarza zagrożenie spadku jakości świadczonych przez dany podmiot leczniczy usług, stwarza zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta operowanego, stwarza zagrożenie dla prawidłowego wykonywania procedur medycznych. W dobie szybko rozwijających się nowych technik operacyjnych, występowania wysokospecjalistycznych procedur oraz wyspecjalizowanego sprzętu i aparatury medycznej personel pielęgniarski pracujący w bloku operacyjnym powinien posiadać odpowiednie kwalifikacje i umiejętności. Powinien posiadać wiedzę z zakresu technik operacyjnych ze szczególnym uwzględnieniem znajomości etapów danej operacji, posiadać umiejętność obsługi specjalistycznego sprzętu medycznego. Przykładowo nieumiejętne przełączenie aparatury (diatermia) może zmienić koagulację miejscową w ciągły strumień prądu. Pomyłka taka może skutkować nieodwracalnymi dla pacjenta zmianami. Pielęgniarka operacyjna w trakcie trwania zabiegu operacyjnego niejednokrotnie nie będzie miała możliwości instruowania pielęgniarki asystującej o sposobie obsługi aparatury, konieczności doniesienia niezbędnego instrumentarium ze wskazaniem miejsca jego składowania. Duże zagrożenie wstępowania błędu będzie miało miejsce w przypadku liczenia narzędzi i materiału opatrunkowego używanego do zabiegów (gaziki małe, średnie, duże, groszki setony, serwety gazowe, tetrowe) w konsekwencji ryzyko pozostawienia w jamach ciała. Sprawnie przeprowadzony zabieg operacyjny wielokrotnie zależy od pielęgniarki pomagającej, gdyż jej działania są uzupełnieniem działań pielęgniarki instrumentującej. W przypadku wprowadzenia proponowanego zapisu istnieje ryzyko występowania przedłużających się zabiegów operacyjnych (dłuższy czas utrzymywania pacjenta w znieczuleniu), przypadkowego rozjaławiania wysokospecjalistycznego sprzętu jednorazowego użytku, ryzyko wystąpienia strat finansowych dla szpitala, z odpowiedzialnością za zdarzenia medyczne włącznie. Blok operacyjny jest miejscem, w którym personel porozumiewa się w sposób błyskawiczny,</p>

		<p>często skrótowy i sloganowy, dlatego nie mogą pracować osoby, które nie znają tej specyfiki, nie posiadają stosownego doświadczenia zawodowego. Należy również wskazać, że w obecnym toku kształcenia adepci zawodu nie mają możliwości zapoznania się z dziedziną operacyjną, nie są przygotowywani do pracy na bloku operacyjnym w zakresie teoretycznym i praktycznym. Czyli nie mają możliwości nawet (!) zapoznania się z zasadami funkcjonowania i poruszania na bloku operacyjnym, odróżnienia strefy czystej od brudnej. Nie mają możliwości poznania podstawowych narzędzi chirurgicznych, obsługi sprzętu znajdującego się w wyposażeniu sali operacyjnej. Dlatego w przypadku planowania obsady w bloku operacyjnym pielęgniarką pomagającą powinna być pielęgniarka operacyjna osiadająca wiedzę, umiejętności i kompetencje. Należy wskazać również termin uzupełnienia kwalifikacji zawodowych.</p> <p>III.</p> <p>Proponowany projekt swoim zakresem działania powinien obejmować wszystkie podmioty lecznicze korzystające ze środków publicznych.</p> <p>IV.</p> <p>Kierownik zakładu nie może podejmować decyzji o spełnianiu norm, ponieważ w dobie drastycznego braku pieniędzy lub braku pieniędzy w ogóle opracowane normy nie będą spełniane. Należy wprowadzić zapis o konieczności spełnienia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych jako warunek uzyskania kontraktu z NFZ.</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

38	Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia	<p>W odpowiedzi na pismo nr wych. MZ – PP – 021- 3184 – 41/KW/12 z dnia 18.10.2012 roku dotyczącego projektu <i>rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami</i> proszę przyjąć poniższe informacje.</p> <p>Po przeanalizowaniu przedmiotowego projektu oraz posiłkując się stanowiskiem Konsultanta Krajowego ds. obronności w dziedzinie pielęgniarstwa proponujemy rozważyć poniższe propozycje/uwagi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - §1.3. proponujemy nowe brzmienie: „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 jeśli stan chorych jest większy niż 10 pacjentów na zmianie”. Małe oddziały lub inne komórki organizacyjne o tym samym profilu zatrudniając wg projektu 2 pielęgniarki na zmianę, bez względu na stan chorych, kategoryzację pacjentów, obciążenie pracą mogą przestać być rentowne. - §2 .2 – proponowany średni czas świadczeń pielęgniarstkich bezpośrednich w odniesieniu do I, II, III kategorii opieki w zakresie psychiatrii jest bardzo wysoki - należałoby rozważyć korektę; - proponujemy rozważyć zamieszczenie załączników nr 8 i nr 9, w których ujęta byłaby klasyfikacja pacjentów do kategorii opieki w oddziale intensywnej terapii oraz w oddziale opieki długoterminowej, - §7.1 – proponujemy nowe brzmienie: „Minimalne normy zatrudnienia ustala się co roku nie później niż do dnia 31 marca, dokonując ponownego ich przeliczenia zgodnie z §1 – 3”. Zmiana terminu umożliwi wprowadzenie po 1 stycznia 2013 roku tzw. „okresu przejściowego” przydatnego do zapoznania się z obowiązującym rozporządzeniem i przygotowaniem do jego wdrożenia.
39	SP ZOZ Przychodnia Leczenia Uzależnień 83-200 Starogard Gdański ul. Chopina 9 Kierownik Maria Berezowska - Makowska	<p>Pragnę zwrócić Państwa uwagę na rozbieżność pomiędzy treścią § 1 ust. 1 i ust. 3 rozporządzenia, a treścią uzasadnienia projektu. Z treści uzasadnienia wynika, iż w podmiocie leczniczym wykonującym świadczenia stacjonarne i całonocne z zakresu leczenia uzależnień „ewentualność zatrudniania pielęgniarek powinna pozostać do decyzji kierownika podmiotu” ze względu na samodzielność pacjentów. Niestety nie znajduje to odzwierciedlenia w treści rozporządzenia. Niezbędna jest więc korekta projektu, w sposób nie budzący wątpliwości, że podmioty zajmujące się leczeniem uzależnień nie mają obowiązku zatrudniania dwóch pielęgniarek na zmianę.</p>
40	Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie Departament Zdrowia ul. Jagiellońska 26, 03- 719 Warszawa	<p>W związku z Projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami Departament Zdrowia zwrócił się z prośbą do podmiotów leczniczych Samorządu Województwa Mazowieckiego o przedstawienie uwag do ww. projektu. W związku z powyższym poniżej przedstawiam zebrane uwagi oraz zapytania podmiotów leczniczych i uprzejmie proszę o wzięcie ich pod uwagę+ gdyż w obecnej postaci ww. rozporządzenie nie powinno być wprowadzone.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Weryfikować minimalne normy zatrudnienia raz na trzy lata. W sytuacji gdy nic się nie będzie zmieniało w oddziale przesadą jest ustalanie norm zatrudnienia co roku. 2. W § 1.2. brak sprecyzowania kogo zaliczamy do kadry kierowniczej pielęgniarstkiej, czy tylko pielęgniarki oddziałowe/koordynujące czy zastępczynie też należą do kadr kierowniczej według ustawodawcy. 3. W § 1.3. brak doprecyzowania co do wielkości terytorialnej i poziomowości oddziału w przypadku kiedy jest mowa O

		<p>oddziale lub komórce organizacyjnej o tym samym profilu przedsiębiorstwa.</p> <p>4. W projekcie wprowadza się klasyfikację pacjentów do kategorii opieki. Nie określono w każdej z klasyfikacji, ile minimum warunków kryteriów opieki powinno spełnionych, żeby było pacjenta zakwalifikować do danej kategorii. Brak takiej regulacji już na wstępie wygeneruje błędy ze wszystkimi ich konsekwencjami, które będą miały wpływ na ostateczny wynik. Brak kategoryzacji dla pacjentów uzależnionych od środków psychoaktywnych przebywających w oddziałach detoksykacyjnych, a nie terapeutycznych.</p> <p>5. Utrzymać zapis, że obsada pielęgniarek nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki na zmianie.</p> <p>6. Doprecyzowania wymaga zapis zawarty w § 5, czy równoważnik 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii dotyczy doby czy liczby pielęgniarek zatrudnionych w całym oddziale.</p> <p>7. W nowotworzonych oddziałach o profilu psychiatrycznym podwyższyć wskaźnik oceny zapotrzebowania na opiekę np. do 21-2,2.</p> <p>8. W projekcie nie zawarto sposobu obliczenia minimalnych norm zatrudnienia w następujących komórkach organizacyjnych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SOR z Izbą Przyjęć, - w oddziałach dziennych np. gastroenterologii, Onkologii, - w Pracowniach np. Bronchoskopii, Elektrofizjologii, Onkologii, - w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, - w Centralnej Sterylizatorni, która jest komórką usługową. <p>Nie do przyjęcia jest sposób określenia minimalnych norm zatrudnienia w oddziale o profilu ginekologiczno-położniczym oraz zespole porodowym. Zapis ten najprawdopodobniej odnosi się do szpitali monoprofilowych, z oddzielnymi oddziałami położniczymi, patologii ciąży, ginekologii, zespołami porodowymi, natomiast nie uwzględnia struktur organizacyjnych funkcjonujących w szpitalach wielospecjalistycznych oraz szpitalach powiatowych.</p> <p>9. Projekt pomija całkowicie świadczenia pielęgnacyjne wykonywane przez personel pomocniczy (opiekunów medycznych, sanitariuszy). Czy oznacza to, że należy się spodziewać zwolnień w tej grupie personelu przy jednoczesnym wzroście zatrudnienia pielęgniarek? Fakt ten przy jednoczesnym wymogu studiów wyższych dla pielęgniarek wygeneruje kolejny wzrost kosztów.</p> <p>10. Projekt rozporządzenia narzuca bezwzględnie średni czas opieki bezpośredniej przypisany do kategorii pacjentów, nie podając źródła ich obliczenia. Należy zadać pytanie, w jaki sposób, kto i jakimi metodami wyliczył czas opieki?</p>
41	Komisja ds. Pielęgniarstwa Operacyjnego Okręgowej Izby	Proponowany zapis:

	Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku	<p>§ 6. Minimalne normy zatrudnienia</p> <p>1) W bloku operacyjnym- wynoszą co najmniej na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), 1 pielęgniarkę lub położną operacyjną i 1 pielęgniarkę lub położną asystującą pielęgniarce lub położnej operacyjnej.</p> <p>Brak wyraźnego zapisu, że pielęgniarką lub położną asystującą pielęgniarce lub położnej operacyjnej ma być <u>pielęgniarka lub położna operacyjna</u> może spowodować fakt że do pracy pielęgniarki asystującej zostaną zaangażowane osoby nie posiadające kwalifikacji pielęgniarki operacyjnej.</p> <p>Praca w bloku operacyjnym wymaga od pielęgniarek specjalistycznej wiedzy, znajomości procedur i standardów obowiązujących w bloku, zasad pracy, poruszania się w tym specyficznym oddziale. Niedopuszczalny jest fakt aby pielęgniarką pomagającą była osoba nie związana na co dzień z pracą bloku, stanowi to zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów oraz obniżenie jakości pracy w bloku operacyjnym.</p>
42	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień w Gdańsku	<p>Do projektu rozporządzenia jw. z dnia 18.10.2012 r. wnosimy następujące uwagi:</p> <p>W § 1 ust. 1 rozporządzenia wskazano kryteria, które uwzględnia się przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. W ust. 3 tego paragrafu wskazano , iż obsada pielęgniarska w oddziale lub innej komórce organizacyjnej o tym samym profilu przedsiębiorstwa nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianę. Usytuowanie tego przepisu w systematyce rozporządzenia sugeruje, iż jest to przepis ogólny, do stosowania we wszystkich podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami, natomiast § 2 zawiera normy szczególne dotyczące przedsiębiorstw o poszczególnych profilach.</p> <p>I tak, § 2 pkt 3 zawiera kryteria, jakie uwzględnia się przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia w podmiocie leczniczym wykonującym świadczenia stacjonarne i całodobowe z zakresu leczenia uzależnień.</p> <p>W uzasadnieniu projektu wskazano, iż w całym lecznictwie uzależnień, „którego pacjenci są osobami samodzielnie wykonującymi wszelkie czynności w zakresie samoobsługi, ewentualność zatrudniania pielęgniarek powinna pozostać do decyzji kierownika podmiotu”.</p> <p>Jest to stwierdzenie słuszne, lecz nie znajdujące odzwierciedlenia w treści rozporządzenia. Norma § 1 ust. 3 nie została bowiem wyłączona wprost w odniesieniu do podmiotów wykonujących świadczenia z zakresu leczenia uzależnień. Konieczna jest zatem korekta projektu w tym zakresie w taki sposób, aby nie budziło wątpliwości, iż w odniesieniu do tych podmiotów nie ma obowiązku zatrudniania dwóch pielęgniarek na zmianę.</p>
43	Anna Cimcioch	<p>Jestem pielęgniarką z 20-sto letnim stażem pracy. Pracuję na oddziale zabiegowym w systemie zmiennym. Na dyżurze są dwie pielęgniarki, mają pod opieką 20 chorych w tym średnio 11 leżących. Moje doświadczenie zawodowe pozwala mi na opinię, iż zatrudnienie personelu pielęgniarskiego jest na granicy bezpieczeństwa. Narzeka środowisko pielęgniarskie, lekarskie a przede wszystkim pacjenci. Proponuję pomyśleć o zwiększeniu zatrudnienia</p>

44	Sylwia Wawrzysz	Nie zgadzam się z propozycją projektu, który nie stwarza warunków do świadczenia kompleksowej i profesjonalnej opieki nad chorymi. W sytuacji i tak już pogłębiającego się deficytu personelu, propozycja Ministerstwa Zdrowia nie pozwala na zapewnienie należytego bezpieczeństwa pacjentom i spowoduje obniżenie jakości usług.
45	Krzysztof Komorowski	Obecna propozycja projektu jest nie do przyjęcia. W obsadzie proponowanej przez Ministerstwo Zdrowia nie jest możliwe sprawowanie należytej opieki a także zapewnienie bezpieczeństwa chorym. Projekt jest odwróceniem uwagi, od poważnych problemów jakimi są; deficyt pielęgniarek , coraz mniejsze zainteresowanie zawodem, średni wiek personelu, przy braku perspektyw. Należałoby zastanowić się jaki działania wdrożyć w celu podniesienia prestiżu zawodu i poprawy ogólnej sytuacji pielęgniarek i położnych.
46	Magdalena Solecka Główny Księgowy Samodzielny Publiczny Zespół Szpitali Pulmonologiczno-Reumatologicznych z siedzibą w Kup	<p>Analizując założenia Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami pragnę zauważyć, iż zastosowanie proponowanych algorytmów spowoduje znaczny wzrost kosztów osobowych oddziałów szpitalnych. Istotnie pogorszy się sytuacja finansowa jednostek na skutek konieczności zatrudnienia kilkunastu nowych pielęgniarek. Niezależnie od powyższego wystąpią niewątpliwie problemy z pozyskaniem na opolskim rynku pracy takiej ilości wykwalifikowanych pielęgniarek.</p> <p>Zrealizowanie założeń Projektu spowoduje, że oddziały szpitalne, w szczególności te o niewielkiej liczbie łóżek (do 20 łóżek), będą posiadały nadmiar kadry pielęgniarskiej w stosunku do rzeczywistych potrzeb.</p> <p>Już sam zapis par. 1 pkt. 3 nakazujący obsadę pielęgniarek w ilości nie mniejszej niż 2 pielęgniarki na zmianę, determinuje znaczny wzrost zatrudnienia pielęgniarek a tym samym wzrost kosztów zatrudnienia na oddziale. Możliwość zastąpienia, chociaż jednego etatu pielęgniarskiego etatem opiekuna medycznego, znacznie obniżyłoby koszty osobowe oddziału. Należałoby umożliwić wprowadzenie do szpitali w szerszym zakresie opiekunów medycznych i sanitariuszy (w zamian za etaty pielęgniarskie), gdyż realne potrzeby podmiotów leczniczych nie wymagają sugerowanej rozporządzeniem liczby pielęgniarek.</p> <p>Rozporządzenie nie wskazuje źródła finansowania wzrostu kosztów osobowych na skutek wejścia w życie w/w rozporządzenia. Wartość kontraktów zawieranych na 2013r. z NFZ pozostała na niezmiennym poziomie finansowania, takim jak w roku 2012.</p>
47	Ośrodek Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych Dyrektor Ewa Gawin	<p>Ośrodek Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych zgłasza zastrzeżenia do zapisu §1 pkt 3 projektu rozporządzenia w brzmieniu :</p> <p><u>3. Obsada pielęgniarek i położnych w oddziale lub innej komórce organizacyjnej o tym samym profilu przedsiębiorstwa nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki i położne na zmianę.</u></p> <p>i proponuje go wykreślić lub zastąpić zapisem :</p> <p>„3. Z wyłączeniem § 2 ust. 3 oraz § 8 obsada pielęgniarek oraz położnych w oddziale lub w innej komórce organizacyjnej o tym samym profilu przedsiębiorstwa nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianę.</p> <p>Uzasadnienie:</p> <p>1) w podmiotach leczniczych leczących uzależnionych praca z pacjentem koncentruje się na psychoterapii indywidualnej i grupowej. Pacjenci są w pełni samodzielni a czynności pielęgniarski dotyczą mierzenia ciśnienia i podawania leków niektórym osobom. Mając na uwadze powyższe zatrudnianie personelu pielęgniarskiego w narzuconej ilości 2 osób bez</p>

		<p>względu na ilość wykonywanej pracy jest nieuzasadnionym wydatkowaniem środków publicznych.</p> <p>2) obecnie wszyscy pracownicy tzn. lekarze, terapeuci oraz pozostały personel jest zatrudniony zgodnie z rzeczywistymi potrzebami zakładu. Zatrudnienie dodatkowych 10 pielęgniarek bez względu na potrzeby zakładu, tylko by zadośćuczynić kolejnemu aktowi prawnemu jest demoralizujące i może zaskutkować protestami pozostałych grup zawodowych. Sytuacja ta jest wielce prawdopodobna, ponieważ koszty zatrudnienia w przypadku naszego zakładu wzrosną o około 500 000 złotych. W województwie opolskim od 2009 roku nie uległy zwiększeniu nakłady na leczenie osób uzależnionych w oddziałach terapii uzależnień, toteż dodatkowe zatrudnianie pielęgniarek spowoduje redukcję personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych pacjentom (psychoterapeutów) oraz obniżeniem wynagrodzeń wszystkich pracowników o około 20%</p> <p>3) budzi również zastrzeżenia nierówne traktowanie podmiotów, które udzielają takie same świadczenia zdrowotne finansowane przez tego samego płatnika, ponieważ dotyczy ono tylko SPZOZ, a nie obowiązują pozostałe podmioty lecznicze.</p>
48	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach	<p>1/ Wnoszę o uchylenie rozporządzenia w całości z uwagi na brak spójności tekstu rozporządzenia a jego uzasadnieniem. Jeżeli celem rozporządzenia jest poprawa jakości opieki medycznej to rozporządzenie to powinno być adresowane do wszystkich podmiotów leczniczych a nie tylko do podmiotów nie będących przedsiębiorstwami [samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej]. Brak dowodów, że jakość opieki zależy od formy prowadzenia podmiotu leczniczego. Ponadto obciążenie publicznych zakładów opieki medycznej dodatkowymi obowiązkami wiąże się z dodatkowymi kosztami. Brak wskazania źródła finansowania spowoduje pogorszenie stanu finansowego zakładów, co z kolei obniży bezpieczeństwo pacjentów, i w rezultacie nieuchronnych zmian organizacyjnych spowoduje obniżenie płac pielęgniarskich i zwolnienia w tej grupie pracowniczej. Podkreślam, że podmioty lecznicze nie będące przedsiębiorstwami są częścią sektora finansów publicznych i przekraczanie norm zatrudnienia, opisanych w rozporządzeniu jako minimalne, może być uznane jako ponoszenie nieuzasadnionych kosztów. Dokumentacja zaś medyczna nie zawsze może być argumentem przy uzasadnieniu zatrudnienia większego niż minimalne. Rozporządzenie zatem jako groźne dla pacjentów nie powinno wejść w życie w tym kształcie. Ponadto podpisanie rozporządzenia o proponowanej treści spowoduje niepokoje społeczne spowodowane pogorszeniem warunków pracy pielęgniarek.</p> <p>2/ W wypadku nie uwzględnienia wniosku według pkt 1, wnoszę o wyłączenie spod rygorów rozporządzenia podmiotów leczniczych nie będących przedsiębiorstwami a posiadających akredytację Centrum Monitorowania Jakości. Podmioty lecznicze posiadające akredytację wypracowały dostateczne warunki jakości opieki na pacjentem i rozporządzenie tylko może te warunki pogorszyć [pkt 1].</p> <p>3/ W wypadku nie uwzględnienia wniosku według pkt 1 lub 2, wnoszę o wykreślenie z rozporządzenia punktu 3 w paragrafie 1, nakładającego obowiązek zatrudnienia na zmianie 2 pielęgniarek. Zapis ten nie odpowiada aktualnym modelom opieki pielęgniarskiej. Jest przejawem postrzegania szpitala w kategoriach ubiegłowiecznych: <i>oddział, odcinek, pododdział łóżko</i>. Obecnie należy odnosić się do następujących pojęć: <i>pacjent, świadczenie, procedura medyczna, opieka pielęgniarska</i>. Rozporządzenie nie bierze pod uwagę obecnych warunków udzielania świadczeń: sale z niewielką liczbą łóżek z wydzielonymi węzłami sanitarnymi, postęp w technologiach medycznych, kompetencyjne, a nie fizyczne przypisanie pacjenta to tzw. oddziału. Ponadto rozporządzenie nie odnosi się do użytego pojęcia inna komórka organizacyjna.</p> <p>4/ W wypadku nie uwzględnienia wniosku według pkt 1 lub 2 lub 3, wnoszę o zmianę zapisów dotyczących kwalifikacji pacjenta do danej kategorii opieki. Kwalifikacja pacjentów do danej kategorii opieki nie zawiera wskazówek co uniemożliwia w sposób obiektywny przyporządkowanie pacjenta do I, II lub III kategorii w przypadku gdy w różnych kryteriach opieki jest kwalifikowany do różnych grup np. chory w zakresie aktywności fizycznej i higieny zakwalifikowany został do kat. I, ale w pomiarach parametrów życiowych kwalifikuje się do kat. II, bo ma nadciśnienie i pomiary parametrów są 4 x na dobę, a nie</p>

		<p>2 x na dobę jak w kat. I</p> <p>5/ W wypadku nie uwzględnienia wniosku według pkt 1 lub 2 lub 3, wnoszę o zmianę zapisów dotyczących średniego miesięcznego czasu dyspozycyjnego pracy pielęgniarki. W projekcie pojawiły się nieścisłości dotyczące obliczania czasu dyspozycyjnego pielęgniarek w stosunku rocznym i miesięcznym i tak :</p> <p>- liczba dni pracy w ciągu roku 21 dni roboczych x 12 miesięcy = 252 dni a nie jak w projekcie 20 dni roboczych x 12 miesięcy = 240 dni</p> <p>Pozostałe składowe: liczba dni opieki nad dzieckiem, liczba dni urlopów szkoleniowych, liczba dni zwolnień lekarskich nie mogą być stałe, w każdym zakładzie te składowe kształtują się inaczej i w efekcie końcowym czas dyspozycyjny w stosunku rocznym jak i średni miesięczny czas dyspozycyjny będzie inny.</p> <p>Powyżej wymienione zagrożenia są wypadkową poziomu finansowania usług przez NFZ, koszty niewydolności systemu finansowania ponoszą pielęgniarki i pacjenci. Proponuję uregulować sprawy jakości świadczeń medycznych łącznie z ustaleniem także czasu pracy lekarzy oraz wyraźnym wyznaczeniem linii demarkacyjnej pomiędzy czynnościami pielęgniarskimi a lekarskimi oraz linii demarkacyjnej pomiędzy pracami pielęgniarskimi a czynnościami opiekuńczymi. Bez takich rozwiązań nie będzie możliwe podniesienie jakości i efektywności wykorzystania zasobów. W wypadku konieczności wsparcia tego procesu, jestem do dyspozycji</p>
49	Iwona Koperska	<p>Witam. Chciałabym się podzielić ,niestety negatywną, opinią na temat minimalizacji zatrudnienia pielęgniarek. Uważam ,że na chwilę obecną nie jest to dobre rozwiązanie. Coraz wyraźniej widać niezadowolenie pacjentów z powodu „zabiegania” personelu pielęgniarskiego. Tony dokumentacji do wypełnienia ,natłok obowiązków nie pielęgniarskich powoduje, że na kontakt z żywym pacjentem pozostaje zbyt mało czasu. Nie wspomnę o naszym zmęczeniu psychicznym i fizycznym. Z własnego doświadczenia(pracuję na oddziale neurologicznym)w obsadzie dwóch zmianowych pielęgniarek. Dodam, że oddział posiada 22 łóżka, z czego 10-12 pacjentów to czwarta kategoria . Zdarza się, że nie mamy czasu na chwilę odpoczynku, chociażby po to, żeby zjeść śniadanie .Komfort pracy żaden!! co tu minimalizować!?</p>
50	Wiesława Gwozdowska	<p>pracuję w zawodzie jako pielęgniarka od 22 lat. Po zapoznaniu się z projektem rozporządzeniem dotyczącym minimalnego zatrudnienia pielęgniarek uważam, że jest to nieporozumienie. Znając pracodawców i realia panujące w naszym kraju uważam, że przyjmując takie założenia będzie to ze szkodą dla pacjentów i znacznie zmniejszy zatrudnienie pielęgniarek w oddziałach. Sądzę, że ilość personelu w oddziałach powinna być określona przez płatnika w wymaganiach dotyczących kontraktowania świadczeń medycznych.</p>
51	Anna Abramowicz ul. Gen. Sikorskiego 6/15 21-010 Łęczna Pielęgniarka operacyjna	<p>Proponowany zapis: § 6. Minimalne normy zatrudnienia 1) W bloku operacyjnym- wynoszą co najmniej na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), 1 pielęgniarkę lub położną operacyjną i 1 pielęgniarkę lub położną asystującą pielęgniarce lub położnej operacyjnej.</p> <p>Nie zgadzamy się z zapisem „1 pielęgniarkę lub położną asystującą pielęgniarce lub położnej operacyjnej” gdyż wskazuje on na to, iż może to być pielęgniarka nie przeszkolona, nie pracująca w bloku operacyjnym. Pielęgniarka, która nie pracuje w bloku operacyjnym nie będzie w stanie wykonać zadań pielęgniarki operacyjnej pomagającej.</p> <p>Proponujemy zapis bardziej czytelny i zrozumiały: 1) W bloku operacyjnym- wynoszą co najmniej na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), dwie pielęgniarki lub położne operacyjne- instrumentująca i pomagająca.</p>
52	Mariola Marek spec. piel. operacyjnego 20-448 Lublin ul.	<p>Proponowany zapis: § 6. Minimalne normy zatrudnienia</p>

	Broniewskiego 36	<p>1) W bloku operacyjnym- wynoszą co najmniej na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), 1 pielęgniarkę lub położną operacyjną i 1 pielęgniarkę lub położną asystującą pielęgniarce lub położnej operacyjnej.</p> <p>Nie zgadzamy się z zapisem „1 pielęgniarkę lub położną asystującą pielęgniarce lub położnej operacyjnej” gdyż wskazuje on na to, iż może to być pielęgniarka nie przeszkolona, nie pracująca w bloku operacyjnym. Pielęgniarka, która nie pracuje w bloku operacyjnym nie będzie w stanie wykonać zadań pielęgniarki operacyjnej pomagającej.</p> <p>Proponujemy zapis bardziej czytelny i zrozumiały: 1) W bloku operacyjnym- wynoszą co najmniej na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), dwie pielęgniarki lub położne operacyjne- instrumentująca i pomagająca</p>
53	Iwona Bazyluk 20-492 Lublin ul M Fulmana 7 / 157 spec . piel. operacyjnego	<p>proponowany zapis: § 6. Minimalne normy zatrudnienia 1) W bloku operacyjnym- wynoszą co najmniej na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), 1 pielęgniarkę lub położną operacyjną i 1 pielęgniarkę lub położną asystującą pielęgniarce lub położnej operacyjnej.</p> <p>Nie zgadzamy się z zapisem „1 pielęgniarkę lub położną asystującą pielęgniarce lub położnej operacyjnej” gdyż wskazuje on na to, iż może to być pielęgniarka nie przeszkolona, nie pracująca w bloku operacyjnym. Pielęgniarka, która nie pracuje w bloku operacyjnym nie będzie w stanie wykonać zadań pielęgniarki operacyjnej pomagającej.</p> <p>Proponujemy zapis bardziej czytelny i zrozumiały: 1) W bloku operacyjnym- wynoszą co najmniej na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), dwie pielęgniarki lub położne operacyjne- instrumentująca i pomagająca.</p>
54	Barbara Nawłatyna 20-454 Lublin ul.Traugutta 28a Okręgowy Szpital Kolejowy w Lublinie Stanowisko: Kierownik Bloku operacyjnego	<p>Proponowany zapis: § 6. Minimalne normy zatrudnienia 1) W bloku operacyjnym- wynoszą co najmniej na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), 1 pielęgniarkę lub położną operacyjną i 1 pielęgniarkę lub położną asystującą pielęgniarce lub położnej operacyjnej.</p> <p>Nie zgadzamy się z zapisem „1 pielęgniarkę lub położną asystującą pielęgniarce lub położnej operacyjnej” gdyż wskazuje on na to, iż może to być pielęgniarka nie przeszkolona, nie pracująca w bloku operacyjnym. Pielęgniarka, która nie pracuje w bloku operacyjnym nie będzie w stanie wykonać zadań pielęgniarki operacyjnej pomagającej.</p> <p>Proponujemy zapis bardziej czytelny i zrozumiały: 1) W bloku operacyjnym- wynoszą co najmniej na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), dwie pielęgniarki lub położne operacyjne- instrumentująca i pomagająca</p>
55	Wruk-Złotowska specj. anestezjologii i intensywnej opieki Zastępca Dyrektora Regionalne Centrum Nefrologii Kilińskiego 7/4,6 78-400 Szczecinek tel. 94 37 27 383 tel. 516 130 872	<p>Projekt Rozporządzenia w całości odbiega od obecnej rzeczywistości, zarówno na rynku medycznym jak też rynku dostępnych narzędzi zarządzania, pozwalających dobrze planować jakość usług, bezpieczeństwo pacjenta z uwzględnieniem skuteczności ekonomicznej. Rozporządzenie opiera się na obliczeniach przeprowadzonych z badań prowadzonych co najmniej kilkanaście lat temu. Przedstawione podstawy obliczeń, tabele zawierające czynności to zapewne dane z prac dyplomowych (magisterskich) pisanych w całkowitej odmiennej rzeczywistości. Mając na uwadze postęp w naukach medycznych, jakość sprzętu stosowanego obecnie w medycynie, zapisy i słownictwo zawarte w opracowaniach odbiega znacznie od zasady stosowania aktualnej wiedzy medycznej i dowodzi braku znajomości</p>

obecnych metod leczniczych, pielęgnacyjnych i standardów wymaganych podczas prowadzenia zabiegów. Dodatkowo, co jest bardzo istotne, Projekt nie zawiera żadnych narzędzi dostępnych w dzisiejszych metodach zarządzania, nie uwzględnia zmian wprowadzonych zmianą kształcenia pielęgniarek, nie uwzględnia sytuacji demograficznej wśród populacji pielęgniarek, nie uwzględnia wprowadzenia nowych zawodów, takich jak ratownik medyczny i opiekun medyczny. Dyplomowany opiekun medyczny to osoba, która przejmuje całkowicie czynności pielęgnacyjne wobec pacjentów w szpitalach, uprawnienia dyplomowanego opiekuna medycznego pozwalają na wiele czynności, które całkowicie wykluczają zastosowanie przedstawionych technik obliczeniowych w zapotrzebowaniu na opiekę. Między innymi same pielęgniarki wielokrotnie domagały się wsparcia w tych właśnie czynnościach i zawód opiekuna medycznego całkowicie to spełnia. Powyższe opieram również na własnych doświadczeniach oraz obserwacji okolicznych jednostek, które korzystają z tego stanowiska we wspieraniu opieki nad pacjentami. Należy również zwrócić uwagę, że kształcenie w zawodzie opiekuna medycznego usankcjonowane jest w przepisach o kształceniu i obecnie wzrost zapotrzebowania na to stanowisko (choćby ze względu na ogromne braki pielęgniarek, szczególnie w miastach powiatowych), powoduje wzrost kształcenia w zawodzie opiekuna. Sytuacja ta ma, jako jedna z niewielu, bardzo pozytywny wpływ na zmniejszenie bezrobocia, ponieważ kształcenie (często finansowane z Funduszy Unijnych) przygotowuje w pełni do wykonywania bardzo potrzebnego zawodu i absolwenci zwykle nie mają problemów z zatrudnieniem. Zawód opiekuna medycznego wypełnia lukę niedoborów pielęgniarek (o czym wielokrotnie alarmowały same pielęgniarki), pozwala na lepsze wykorzystanie wiedzy i umiejętności pielęgniarek (mając na uwadze nowe zdobycze medycyny), wpływa pozytywnie na zmniejszenie ilości bezrobotnych, poprawia system opieki nad pacjentami w szpitalach.

Mając na uwadze konieczność opracowania standardów zabezpieczających poziom zatrudnienia pielęgniarek, należy podchodzić do tej analizy z wykorzystaniem dostępnych metod zarządzania. Uwzględnienie narzędzi zarządzania procesowego, wykorzystywanych w innych sferach usługowych może być z powodzeniem stosowane do skutecznego i bezpiecznego zarządzania podmiotem leczniczym. Mogą one służyć nie tylko do planowania obsady pielęgniarstwa ale w podejściu całościowym, mając na uwadze skuteczność i jakość całego procesu (hospitalizacja, porada, badanie diagnostyczne, zabieg operacyjny, itp.). Narzędzia te pozwalają na dynamiczne dostosowanie zasobów do potrzeb. To lepsze rozwiązania, niż wprowadzenie sztywnych obostrzeń i wymagań, pomijających rzeczywistość, opartych na wiedzy i standardach z przed co najmniej kilkunastu lat. Ponadto konieczność stosowania skomplikowanych obliczeń, które nie pozwalają na mobilność i dostosowanie się do zmiennych (czasem codziennie) potrzeb, to dodatkowe utrudnienie. W aktualnie wymaganej i prowadzonej w oddziałach dokumentacji występują już określone wskaźniki i pomiary, które powinny zdecydowanie wystarczyć do planowania codziennej opieki (np. konieczność prowadzenia oceny pacjentów w skali ryzyka zagrożenia odleżynami - skala Norton, itp.), czy też stosowana obowiązkowo w oddziałach długoterminowych, możliwa do wykorzystania w stacjach dializ skala Barthel. Znana i prosta, pozwalająca na dynamiczne dostosowanie poziomu opieki do potrzeb. I tak się dzieje, wszędzie tam, gdzie zarządzającym zależy na skutecznym i prawidłowym procesie leczenia i opieki, tam gdzie ważne jest bezpieczeństwo i zadowolenie pacjentów. Natomiast powyższe Rozporządzenie to kolejny dokument, oparty na nierealnych, nierzeczywistych, przestarzałych danych, nieuwzględniający zarówno postępu technicznego w medycynie, zmian na rynku pracy, nowych rozwiązań w zawodach medycznych jak i trudnej na całym świecie sytuacji ekonomicznej ochrony zdrowia. Tak więc należy całkowicie zweryfikować założenia i podstawy projektu Rozporządzenia, należy również uwzględnić sytuację demograficzną i dostępność kadry pielęgniarstwa (o czym piszą i apelują same pielęgniarki), należy uwzględnić skutki finansowe wdrożenia sztywnych, narzuconych przestarzałymi przepisami, norm obsady pielęgniarstwa.

56	Marta Olender	<p>Uważam, że podczas tworzenia projektu nie należy koncentrować się jedynie na ilości pacjentów przydzielonych pojedynczej pielęgniarce (projekt zakłada np. ok. dwudziestu pacjentów na jedną pielęgniarkę w oddziale wewnętrznym), ale rozróżniać wiele wariantów zależnych od specyfiki miejsca pracy, wynikających np. ze stanu pacjentów i rodzaju udzielanych świadczeń. Fizycznie i logistycznie niemożliwe jest zapewnienie przez jedną pielęgniarkę profesjonalnej opieki nad taką ilością pacjentów. Pamiętajcie bowiem należy, że średnio na dwudziestu pacjentów w oddziale wewnętrznym przypada ok 1/3 chorych leżących zaliczanych w projekcie do kategorii III. Ciągłe podnoszenie standardów opieki pielęgniarskiej, kładzenie nacisku na podmiotowe, a nie przedmiotowe podejście do pacjenta, projekty tworzenia na oddziałach zespołów interdyscyplinarnych, w żaden sposób nie przystaje do zawartych w w/w projekcie założeń.</p> <p>Jako pielęgniarka z piętnastoletnim stażem, czynnie pracująca przy łóżku chorego, zdrowa, w pełni sił, uważam, że podczas jednoosobowej obsady dwunastogodzinnego dyżuru nie byłabym w stanie zapewnić bezpieczeństwa powierzonych mojej opiece pacjentów oraz profesjonalnie wykonać wszystkich zleconych zabiegów. Również moje bezpieczeństwo na pełnionym samotnie dyżurze byłoby narażone. Ciężko jest choćby prowadzić skutecznie profilaktykę p/ odleżynową, czyli przez dwanaście godzin regularnie co dwie godziny zmieniać pozycję ułożenia 8 – 10 pacjentom, oklepać plecy, natrzeć narażone na ucisk miejsca. Podsumowując, wydaje się, że główną myślą przyświecającą twórcom projektu, było poszukiwanie oszczędności. Niedopuszczalne jest jednak wg mnie oszczędzanie oparte na drastycznym zmniejszaniu bezpieczeństwa pacjentów oraz obciążaniu pielęgniarek nakładaniem obowiązków przekraczającym ich fizyczne możliwości, naruszając przy tym zasady bezpieczeństwa i higieny pracy.</p>
57	Beata Demko	<p>Jestem pielęgniarką operacyjną od 20 lat. Za prawidłowy zapis uważam, iż na bloku operacyjnym na jeden czynny stół ma być zatrudniona jedna pielęgniarka operacyjna i jedna pielęgniarka asystująca. Niestety, zapis ten nie dotyczy mnie i mojego miejsca pracy gdyż pracuję w szpitalu, który został przekształcony w spółkę. Ustawa nie spełnia moich oczekiwań</p>
58	Wojciech Błażejczyk Audytory Wewnętrzny 7 Szpitala Marynarki Wojennej w Gdańsku	<p>1. Jaki okres bazowy Tśpc przyjmujemy (czy jest to rok czy miesiąc)?</p> <p>2. Od czego zależy czas świadczeń pośrednich „tpp” określony w projekcie rozporządzenia w skali 25-50% tśpb. Czy przewidywane są sztywne normy w zależności od specyfiki oddziału, czy też określenie progu pozostanie w woli określającego normy w jednostce?</p> <p>Ad. 1 Jak widać w załączonym arkuszu (zakładka obliczenia) obliczając wartość „tśpb” „tpp” oraz „tśpc” otrzymujemy wielkość wyrażoną w minutach. Celem przeliczenia „tśpc” na dni dzielimy przez 1440 tj.(60x24). Przykładowo w listopadzie 2011 całkowity czas w dniach wynosił 25,4 dnia. Po podstawieniu do wzoru daje nam normę etatu w wysokości 45,9 etatu tj.(25,4x365/202). Co jest oczywiście mało prawdopodobne.</p> <p>Moim zdaniem należałoby zatem:</p> <p>1. Obliczając minimalne normy za dany miesiąc dzielić otrzymaną wartość przykładowego listopada 2011 tj. 45,9 etatu na 12 miesięcy. Co da nam wartość 3,82. (patrz wiersz 17 - zakładka obliczenia) Norma roczna była by natomiast średnią z ostatnich 12 miesięcy.</p> <p>lub</p> <p>2. Wykorzystać wartości wymiaru czasu pracy w służbie zdrowia bez użycia wzoru</p>

		<p>na $Le = t_{\text{spc}} \times 365 / 202$. T_{spc} zamieniamy na godziny i dzielimy przez wymiar czasu pracy w danym miesiącu. (patrz wiersz 13 - zakładka obliczenia)</p> <p>Jak widać na załączonym przykładzie obydwie metody dają wyniki bardzo porównywalne. W załączeniu przesyłam arkusz przykładowy</p>
59	Jolanta Jelińska	<p>poniżej przedstawiam swoje uwagi do projektu Rozporządzenia MZ w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. W projekcie brak sposobu obliczania norm dla stanowisk Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i Intensywnego Nadzoru Neurologicznego, 2. W projekcie nie uwzględnia się w czasie bezpośrednim zawodu opiekuna medycznego wykonującego w mojej ocenie część czynności z zakresu opieki bezpośredniej, 3. Obsada pielęgniarek minimum 2 pielęgniarki na zmianę w oddziale, w którym okresowo jest hospitalizowany 1-2 pacjentów (np. Okulistyka, Laryngologia w weekendy i dni świąteczne) może być traktowana przez inne zespoły pielęgniarskie jako "nieobiektywna, niesprawiedliwa".
60	Krystyna Smoczynska Centrum Zdrowia w Mikołowie sp. z o.o	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paragraf 1 ust. 3 - wprowadzenie sztywnego zapisu o 2-osobowej obsadzie pielęgniarskiej w oddziale szpitalnym na zmianie wyklucza inne rozwiązania organizacyjne, które sprawdziły się w zakładzie i są adekwatne do potrzeb, np. pielęgniarka i opiekunki medyczne na oddziałach rehabilitacyjnych czy geriatrycznych. 2. Paragraf 2 : brak dokładnego ustalenia zasad kwalifikacji pacjenta do określonej kategorii, tj. ile powinno być spełnionych kryteriów w danej kategorii , by pacjenta do niej zakwalifikować . 3. par. 3 ust. 3: przyjęcie we wzorze do wyliczenia ilości etatów $T_d = 202$ dni jako średni czas dyspozycyjny pielęgniarki jest niezrozumiały, gdyż ilość dni roboczych zarówno w 2011r. jak i w 2012 r. wynosiła 252 dni, w 2013 r. – 251 dni , a nie jak przyjęto średnio 240 dni personel pielęgniarski - w większości – nie ma już uprawnień do opieki nad dziećmi, wskaźnik absencji z tytułu choroby w podmiotach leczniczych jest różny , natomiast wg uzasadnienia do projektu urzędowo ustalono 5 dni zwolnienia chorobowego dla każdej pielęgniarki, zainteresowanie podnoszeniem kwalifikacji przez personel jest również różne, natomiast w projekcie przydzielono każdej pielęgniarence z urzędu 5 dni w roku na ten cel, <p>Takie podejście powoduje zwiększenie ilości etatów pielęgniarskich do zabezpieczenia 1 stanowiska pracy (w przypadku naszego zakładu 0,8 etatu / 1 stanowisko całodobowe, co skutkuje tylko z tego tytułu dla naszego szpitala (157 łóżek) wzrostem kosztów wynagrodzeń 630 tys. zł</p> <p>4. paragraf 4 ust. 1</p> <p>Przyjęcie liczby pielęgniarek w nowotworzonym oddziale wg wskazanego wzoru przy braku zagwarantowania przez płatnika wysokości środków finansowych gwarantujących pokrycie funduszu płac z tego tytułu wyklucza w zasadzie możliwość rozpoczęcia nowej działalności:</p> <p>Przykład: od stycznia br. w naszym szpitalu funkcjonuje nowo otwarty 20 łóżkowy oddział geriatryczny. Plan rzeczowo-finansowy zaproponowany przez SOW NFZ na 2012 r. wyniósł 250.000 zł, od marca br. 746.000 zł, co – mimo przekroczenia planu o 6% - umożliwiło wykorzystanie łóżek na poziomie 40%. Utrzymanie 14 etatów pielęgniarskich</p>

		<p>wynikających z ww. wzoru i pozostałego bezpośredniego personelu medycznego w oddziale wynikającego w z wymogów z NFZ przekracza wartość kontraktu a pacjent potrzebuje poza personelem leków, badań, pomieszczeń, itp.</p> <p>5. Uwaga generalna: minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych ustala Minister Zdrowia bez uwzględnienia specyfiki funkcjonowania oddziału a nie kierownik zakładu.</p>
61	Małgorzata Majchrzak	<p>Bardzo podoba mi się zapis gwarantujący obsadę 2-ch pielęgniarek na dyżurze i nie branie pod uwagę kadry kierowniczej bo tak naprawdę wtedy nabiera sensu praca i pacjent postrzegany jest jako podmiot , któremu w nowoczesnym pielęgniarstwie jest istotne w zachowaniu wysokich standardów, wszystkich procedur i nie umknie nic z właściwej kategoryzacji pacjenta. Jeśli chodzi o pracę bezpośrednią i pośrednią przy pacjencie na oddziale zabiegowym to poszerzyłabym czas jaki jest potrzebny do opracowania pacjenta o ok. 10 minut , a moje obserwacje opieram na przeprowadzonej fotografii dnia i z tego wynikających danych. Oddziały zabiegowe mają pacjentów z różnymi schorzeniami nie tylko do "wycięcia migdały". Terźniejsze czasy powodują wzrost pacjentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi, lękami ,a takich też się operuje .Mam nadzieję ,że przy obliczaniu tych norm żaden urzędnik nie zwali całej winy na "komputer", który sztywno się trzyma arkusza kalkulacyjnego, tylko mądre głowy pochylą się nad tym uczciwie i wykonają dobrą robotę, przy tym nie skłuci środowiska.</p>
62	Katarzyna Giedrys Pielęgniarka anestezjologiczna	<p>Chciałabym ustosunkować się do sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia w OITiA. Uważam, że odpowiedniejsze byłoby ustalenie nie liczby etatów na tych oddziałach, lecz liczby personelu pielęgniarstwa przypadającego na liczbę łóżek. Np. 2 pielęgniarki na 3 łóżka. Jednak częstą praktyką głównie w mniejszych szpitalach jest to, że personel pielęgniarstwa zatrudniony w OITiA „obsługuje” również stanowisko znieczulenia na bloku operacyjnym, w pracowniach endoskopii itp. Dwie pielęgniarki na 3-łożkowym oddziale ITiA –liczba etatów się zgadza. Ale jedna z nich idzie na blok operacyjny, na stanowisko znieczulenia, opuszczając swoje miejsce pracy na oddziale i wraca na nie po 5-6 lub więcej godzinach. Na OIT na 3 łóżka zostaje jedna pielęgniarka. W razie reanimacji na terenie szpitala, znieczuleń w pracowni Endoskopii itp. również ona opuszcza oddział i na odcinku zostaje pielęgniarka oddziałowa, której do norm zatrudnienia przecież się nie wlicza. Większe szpitale zatrudniają pielęgniarki anestezjologiczne na bloku operacyjnym na 1 zmianę. I to rozwiązuje problem.</p> <p>Rozporządzenie podaje minimalne normy zatrudnienia zarówno na bloku operacyjnym- na stanowisku znieczulenia jak i w OITiA. A często jest to ta sama osoba. Pracodawca wywiązał się z obowiązku zabezpieczenia stanowiska pracy. 2 w 1? Uważam, że należałoby wyraźniej rozdzielić te dwie rzeczy lub w ustalaniu ilości etatów wziąć pod uwagę specyfikę pracy i zakres obowiązków pielęgniarki anestezjologicznej. Doprecyzowanie tego pozwoliłoby uniknąć „oszczędności” w personelu ze strony kierowników zakładu.</p>
63	Beata Korzeniewska	<p>Nawiązując do Projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2012 roku, obowiązować od dnia 1 stycznia 2013 roku.</p> <p>Jestem Pielęgniarką Operacyjną (oddziałową bloku operacyjnego), pracuję od 21 lat jako "Instrumentariuszka czyli Pielęgniarka /Położna Operacyjna przeczytałam projekt nt minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych W§ 6</p> <p>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 pielęgniarence albo położnej operacyjnej: - uważam jako Pielęgniarka Operacyjna iż powinien być zapis: 1) w bloku operacyjnym - wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną</p>

		operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną OPERACYJNĄ asystującą pielęgniarce albo położnej operacyjnej: brak słowa OPERACYJNA ASYSTUJĄCA, może spowodować iż wiele osób z kadry zarządzającej będzie omijać prawo i jako asystującą będzie zatrudniać pielęgniarki albo położne nie posiadające kwalifikacji (np. brak kursu kwalifikacyjnego), lub w ogóle osoby które pracują na oddziałach, nie mające żadnej wiedzy na temat zasad, standardów i procedur operacyjnych. Po prostu będzie się liczyła sztuka
64	Katarzyna Kendzierska	Jako Specjalistka w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego uważam, iż powinien być zapis: " W bloku operacyjnym – wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent) co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną OPERACYJNĄ asystującą pielęgniarce albo położnej operacyjnej. Brak słowa OPERACYJNA ASYSTUJĄCA może spowodować, iż wiele osób z kadry zarządzającej będzie omijać prawo i jako asystującą będzie zatrudniać pielęgniarki albo położne nie posiadające kwalifikacji (np. brak kursu kwalifikacyjnego) lub w ogóle osoby które pracują na oddziałach, nie mające żadnej wiedzy na temat zasad, standardów i procedur operacyjnych. Po prostu będzie się liczyła sztuka. Proszę o zmianę zapisu w rozporządzeniu.
65	Justyna Grabka	Chciałabym zgłosić do Państwa kilka moich uwag dotyczących przygotowanego projektu rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Projekt ten dotyczy mojej grupy zawodowej, pielęgniarek, i czytając go nasunęło mi się kilka rzeczy, które wydaje mi się, że nie zostały przez Państwa wzięte pod uwagę. W paragrafie 1.1 nie uwzględniono do czasu pracy przerw w pracy należnych wedle kodeksu pracy oraz jeszcze ważniejszych przerw wymuszonych pracą, które powstały w trakcie wykonywania czynności służbowych np. wyjście 2 pielęgniarek z 1 pacjentem na badanie (pacjent na wózku leżącym, lub jego stan zdrowia jest ciężki i niezbędna jest asysta 2 osób). W oddziale, w którym pracuję często bierze się udział w akcjach reanimacyjnych poza moim oddziałem czyli "biegnie się na wezwanie", jest to także przerwa wymuszona lub można to nazwać zespół w gotowości. W punkcie 1.2. do norm zatrudnienia nie wlicza się kadry kierowniczej, natomiast jak to jest w przypadku pielęgniarek zabiegowych i dyżurkowych?? czy wlicza się je jako personel dodatkowy?? jeśli nie, to czy wlicza się je jako (w pkt. 3) 2 pielęgniarki na zmianę? Ponadto w pkt. 3 paragrafu 1 nie jest wyjaśnione, czy obsada 2 pielęgniarek na zmianę dotyczy dyżuru ostrego czy tępego (w oddziałach zabiegowych), ilu łóżkowy jest oddział, bo 2 pielęgniarki na 20 łóżek a 50 to spora różnica. Czy do czasu pracy wliczany jest czas oczekiwania? W moim oddziale, tak właśnie pracujemy. Monitorujemy pacjentów (ich zapis ekg i parametry) i oczekujemy na nowych pacjentów lub jeśli stan pacjenta już obecnego się pogarsza to wówczas biegniemy do akcji reanimacyjnej. Głównie praca polega na gotowości do pracy imożna wyliczyć co najwyżej średni czas z tej gotowości. Raz będzie on dłuższy, raz krótszy. W paragrafie 3.2. uwzględniamy średnią liczbę pacjentów z ostatnich 12 miesięcy. Jednak nasza statystyka oddziałowa pokazuje coroczny, duży wzrost pacjentów więc czy może to być miarodajny i rzeczywisty wskaźnik skoro corocznie się on zwiększa i jest to widoczne w ciągu ostatnich 7 lat. W paragrafie 6 nie ma wyszczególnionych operacji. Nie chodzi tutaj o wymienianie wielkiej tabeli z wszystkimi możliwymi zabiegami, jednak jest spora różnica czasowa w operacji tarczycy czy przeszczepie wątroby. Wówczas przy tak rozległej i długiej operacji i w bloku operacyjnym i na stanowisku znieczulenia ilość pielęgniarek jest zbyt mała. uważam, że przy dużym zabiegach musi być możliwość zwiększenia obsady. W uzasadnieniu projektu rozporządzenia mówi się o bezpieczeństwie pacjentów i o zdarzeniach niepożądanych jednak nikt nie wspomnia o zdarzeniach niepożądanych u personelu pielęgniarskiego. Przede wszystkim obciążenia kregosłupa spowodowane brakiem personelu pomocniczego. Szpitale obecnie nie zatrudniają opiekunek, salowych tylko firmy

		<p>sprzątające, które są od mycia podłóg i nie mogą dotykać pacjenta więc jak ma się pacjentów leżących i jest się we 2 na zmianie , to chyba nie muszę tłumaczyć jak wyglądają kręgosłupy o takim obciążeniu.</p> <p>Na salach intensywnego nadzoru jak 2 pielęgniarki zajmą się pacjentami, nie ma jeszcze jednej, która siedziała by na stanowisku monitorującym kilka zapisów ekg np. pacjentów z oddziału.</p> <p>Wspomniany już personel pomocniczy trzeba byłoby ściślej określić , kto to jest, gdyż obecnie szuka się cięć wszędzie więc zwalnia się sanitariuszki, które były dużą pomocą i zatrudnia firmy sprzątające, które często nie wiedzą po co rzeczywiście przyszły. Buntują się ,że trzeba zmyć wymiociny z podłogi, że umyć baseny czy miski od mycia pacjentów.</p> <p>Myślę ,że to główne uwagi, które mi się nasunęły i mam nadzieję ,że będą pomocne w przygotowaniu całkowitego projektu.</p>
66	Pielęgniarka1285@wp.pl	<p>Uważam że projekt jest bardzo dobry może skończy się zatrudnianie jednej pielęgniarki na 2-ch lub 3ch stanowiskach ze względu na oszczędności aby pracodawca miał jak największą korzyść majątkową a pacjent nawet nie minimalną opiekę pielęgniarską jaką potrzebuje. Ale i tak wiem że pracodawca zrobi wszystko żeby ominąć przepisy prawa, jego nie obchodzi jakość opieki jego obchodzi pieniądze, które może zarobić. Mam kontakt z takim zakładem gdzie nie zapewnia się nawet podstawowej opieki i balansuje się na granicy z życiem pacjenta nie mówiąc już o zachowanych zasadach BHP i higieny pracy, wymaganych standardów- pacjent jest traktowany jako przedmiot na którym trzeba zarobić kasę i wszystko.</p>
67	Halina Maruszak	<p>Jestem pielęgniarką z 30-letnim stażem, pracuję w specjalistycznym szpitalu. Nie zgadzam się z projektem rozporządzenia dot. sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Uważam, że w spółkach prawa handlowego powinny obowiązywać te same zasady zatrudniania. Wszyscy pacjenci mają równo prawo do wysokiej jakości świadczeń, poczucia bezpieczeństwa i nie występowania zdarzeń niepożądanych. Braki w obsadzie personelu generują wyższe koszty leczenia z powodu dodatkowej terapii, przedłużonej hospitalizacji. Są odpowiedzialne za brak satysfakcji zawodowej pielęgniarek i położnych.</p>
68	Monika Juchniewicz	<p>Przedstawiony projekt pozostawia wiele do życzenia.</p> <p>Kontrowersyjną kwestią z punktu widzenia pielęgniarki pracującej z pacjentem jest zbyt mała obsada pielęgniarska co przekładać się będzie na obniżony poziom jakości opieki świadczonej pacjentowi. Mam na myśli tutaj wzrost zakażeń wewnątrzszpitalnych oraz błędów jatrogennych będących wynikiem nadmiernych obciążeń „okrojonego” personelu pielęgniarskiego. Co za tym idzie wzrośnie koszt leczenia zaistniałych komplikacji zdrowotnych pacjentów oraz obniżenie satysfakcji zawodowej pielęgniarek i położnych.</p> <p>Smutne jest to, że wpajane nam holistyczne podejście do pacjenta, podejście w wymiarze bio-psycho-społeczne nie zostanie dostatecznie realizowane ze względu na brak czasu podyktowany brakiem personelu medycznego, a ucierpi na tym Pacjent, którym prędzej czy później stanie się każdy z Nas.</p>
69	Iwona Szambora	<p>Jako Specjalistka w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego uważam, iż powinien być zapis:</p> <p>„ W bloku operacyjnym – wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent) co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną OPERACYJNĄ asystującą pielęgniarence albo położnej operacyjnej. Brak słowa OPERACYJNA ASYSTUJĄCA może spowodować, iż wiele osób z kadry zarządzającej będzie omijać prawo i jako asystującą będzie zatrudniać pielęgniarki albo położne nie posiadające kwalifikacji (np. brak kursu kwalifikacyjnego) lub w ogóle osoby które pracują na oddziałach, nie mające żadnej wiedzy na temat zasad, standardów i procedur operacyjnych. Po prostu będzie się liczyła sztuka. Proszę o zmianę zapisu w rozporządzeniu.</p>

70	Barbara Zyśk	<p>Jako Specjalistka w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego uważam, iż powinien być zapis:</p> <p>„ W bloku operacyjnym – wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent) co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną OPERACYJNĄ asystującą pielęgniarce albo położnej operacyjnej. Brak słowa OPERACYJNA ASYSTUJĄCA może spowodować, iż wiele osób z kadry zarządzającej będzie omijać prawo i jako asystującą będzie zatrudniać pielęgniarki albo położne nie posiadające kwalifikacji (np. brak kursu kwalifikacyjnego) lub w ogóle osoby które pracują na oddziałach, nie mające żadnej wiedzy na temat zasad, standardów i procedur operacyjnych. Po prostu będzie się liczyła sztuka. Proszę o zmianę zapisu w rozporządzeniu.</p>
71	Barbara Lewandowska pielęgniarka operacyjna staż pracy w bloku operacyjnym 32 lata, słuchaczka 1-go roku specjalizacji w pielęgniarstwie operacyjnym	<p>Moja opinia dotyczyć będzie norm zatrudnienia pielęgniarek w bloku operacyjnym. Zapis nie uwzględniający kwalifikacji: kursu kwalifikacyjnego czy specjalizacji z pielęgniarstwa operacyjnego rodzi obawę o bezpieczeństwo pacjenta jak i zatrudnionych pielęgniarek operacyjnych. Kwalifikacje są bowiem podstawą pracy w szczególnych warunkach sali operacyjnej, wyposażonej w specjalistyczny sprzęt. Praca w bloku operacyjnym, to praca w wysokim rygorze epidemiologicznym. Pielęgniarka operacyjna musi również nadążać za postępem w technikach operacyjnych a jest to najprężniej rozwijająca się dziedzina w medycynie. Najważniejszy jest operowany człowiek, którego bezpieczeństwo zależy od odpowiedzialnego i wysoko kwalifikowanego zespołu w tym od specjalistek w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego. Nieścisty zapis w rozporządzeniu, POWINNO BYĆ ZAPISANE: – pielęgniarka operacyjnej ma również pomagać specjalistka –NIE DAŻMY DO BYLE JAKOŚCI.</p>
71	Monika Łapińska	<p>Jestem pielęgniarką pracującą w zawodzie od 20 lat. I przez okres tych moich 20-tu lat pracowałam i nadal pracuję na oddziałach zabiegowych. Chciała bym swoją opinię zacząć od słów podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia z czerwca br. - „Jedna pielęgniarka lub położna realizująca zadania na danej zmianie dziennej lub nocnej w oddziale/zakładzie nie może zapewnić wszystkim pacjentom opieki pielęgniarskiej , a tym samym podmiot leczniczy nie może zapewnić bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom”</p> <p>Cieszy mnie fakt, iż w owym projekcie rozporządzenia MZ ujęto np. że do minimalnych norm zatrudnienia nie wlicza się w przedsiębiorstwie kadry kierowniczej pielęgniarskiej i położniczej, oraz obsada pielęgniarek i położnych w oddziale lub innej komórce organizacyjnej o tym samym profilu przedsiębiorstwa nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki i położne na zmianę. Cieszę się , bo proszę mi wierzyć , że niejednokrotnie na oddziale zostaje jedna pielęgniarka z oddziałową do godz. 15. Ale zabrakło mi w owym projekcie zapisu np. o sprawowaniu kontroli nad przestrzeganiem tego , aby owe minimalne normy były przez kierowników/dyrektorów placówek przestrzegane. Kto zatem ma sprawować nadzór na przestrzeganiem minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.....bo sam kierownik/dyrektor najczęściej oszczędza właśnie na małej obsadzie pielęgniarskiej, i dopóki nie będzie miał bata nad sobą w postaci np. kar, czy odmowy, czy zerwania kontraktu z NFZ to nadal nie będzie widział dobra i bezpieczeństwa pacjenta , tylko ile zaoszczędzi na małej obsadzie personelu pielęgniarskiego.</p> <p>Muszę jednak stwierdzić , iż jestem rozczarowana całym projektem rozporządzenia MZ , spodziewałam się że to rozporządzenie jasno określi minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek/położnych, a tu podaje nam szereg wzorów. Uważam , że nie powinno uśredniać się bezpośrednio opieki pielęgniarskiej - a tu na jednego pacjenta 159 min na dobę w III kategoryzacji . Każdy pacjent jest inny, i jeżeli mam opiekować się pacjentem wdg. standardów i obowiązujących procedur to takie przeliczenia czasowe są nierealne. Pytam , czy można dobrze, fachowo zgodnie z procedurami opiekować się chorym w tak krótkim czasie?</p> <p>Wielka szkoda , że nad rozporządzeniem pracowały osoby , które nie pracują przy łóżku pacjenta</p>
72	Oski40	3.Obsada pielęgniarek lub położnych w oddziale lub innej komórce organizacyjnej o tym samym profilu przedsiębiorstwa nie

		<p>może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianę.</p> <p>&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:</p> <p>1)38 minut na dobę na pacjenta w przypadku I kategorii</p> <p>2)95 minut na dobę na pacjenta w przypadku II kategorii</p> <p>3)159 minut na dobę na pacjenta w przypadku III kategorii</p> <p>Założmy że jest na oddziale 30 pacjentów i po 10 pacjentów z każdej kategorii</p> <p>to średni czas świadczeń bezpośrednich przy pacjencie podzielony na 2 pielęgniarki na zmianie wynosi 1460 minut tj.24g33min</p> <p>A gdzie jest czas na świadczenia pośrednie, które wynoszą 58-70%</p> <p>(dokumentacja papierowa, komputerowa, karty procesu pielęgnowania-biurokratyzacja), przygotowanie stanowiska pracy, przekazanie raportów już nie wspomnę o zespole terapeutycznym.</p> <p>Uważam ,że nijak się to ma do jakości świadczonych usług.</p> <p>Jaki jest „właściwy poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych” przez pielęgniarki np. na liczącym 50 łóżek oddziale chirurgicznym? Jedna czy dwie, a może trzy pielęgniarki na dyżurze to „właściwy poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych”? Może jednak jedna, a dwie na „dyżurze pod telefonem”.</p> <p>Proponuję aby podczas kontraktowania, ten szpital, który na 30 pacjentów ma tylko jedną lub dwie pielęgniarki otrzymywał połowę niższy kontrakt , niż inne szpitale- to jest logiczne, przecież nie może być sprawowana należycie opieka nad pacjentami, jeżeli pielęgniarka nie może zapewnić bezpieczeństwa pacjentowi. Lekarz po kolejnym dyżurze w innym szpitalu, ledwo żyje- nie każe się pan budzić, no to jaki to standard się pytam?</p>
73	Janina Misiak	<p>Określając całkowity czas świadczeń pielęgniarskich powinno się brać pod uwagę również czas poświęcony na pielęgnację pośrednią, do której zalicza się między innymi przekazywanie zmiany. Aby mogło się to formalnie odbyć, czas pracy zespołu obejmującego dyżur powinien się zająć o czas pracy zespołu zdającego dyżur. Jest to czas nie zbędny dla zachowania ciągłości procesów opiekuńczo-pielęgnacyjnych, terapeutycznych jak również administracyjnych w danej placówce medycznej. Proponowany czas na wyżej wymienione czynności to około 30 minut.</p> <p>Uważam również, że system zatrudnienia w tej samej placówce ochrony zdrowia, na tym samym stanowisku powinien być jednolity, to znaczy pracownicy nie powinni być dzieleni na tak zwanych kontraktowych, zatrudnionych na umowę o pracę, umowę zlecenie, lub jeszcze inną formę zatrudnienia. Źle to wpływa na stosunki interpersonalne personelu, a co za</p>

		tym idzie na jakość wykonywanej pracy.
74	Iwona Smotryś	moja opinia dotycząca sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami Po zapoznaniu się z propozycjami zmian nasuwa mi się pytanie: 1 Dlaczego zmiany dotyczą tylko placówek nie będących przedsiębiorcami, skoro na rynku funkcjonują zakłady lecznicze będące przedsiębiorcami i w równym stopniu co wymienione udzielają świadczeń zdrowotnych pacjentom w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Korzystając ze środków publicznych powinny także zapewniać właściwą jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych, poprzez zapewnienie minimalnych wymogów dotyczących zatrudnienia personelu. 2 Kto będzie nadzorował prawidłowe wdrażanie i przestrzeganie zapisów rozporządzenia?
75	Elżbieta Gelert - Dyrektor WSzZ Elbląg Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	1. Brak słowniczka np. czynny stół, brak jednoznacznego opisu czynności pielęgniarskich zaliczanych do świadczeń bezpośrednich i pośrednich. Pozostają opisy w literaturze, które mogą prowadzić do błędnych, subiektywnych interpretacji. 2. Brak zapisu dotyczącego wpływu kadry pomocniczej na ustalenie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek tj. wsparcie opiekunów medycznych lub sanitariuszy szpitalnych. Zapis taki został przedstawiony w Uzasadnieniu, który stanowi tylko materiał pomocniczy w interpretacji Projektu, nie jest propozycją aktu prawnego. Warto również zaznaczyć, iż w/w kadra bierze również udział w czynnościach bezpośrednich a nie tylko w pośrednich jak sugerowane jest w Uzasadnieniu. 3. § 2 pkt 1 wraz z Załącznikiem nr 1 Brak IV kategorii pacjentów i przynależnych jej czasów świadczeń bezpośrednich lub (alternatywa) wprowadzenie zmiany opisów w przedstawionych kategoriach. Opisy stanu pacjenta wymagają uściślenia, (co może być trudne) lub zapisów bardziej ogólnikowych z adnotacją, że jest to stan wyjściowy w danej kategorii (z najłagodniejszymi dysfunkcjami układowymi) i natężenie/wzmocnienie jakiegokolwiek kryterium oceny w kategorii powoduje przynależność pacjenta do kolejnej kategorii. Propozycja ta wydaje się sensowna w III kategorii. W przedstawionych kategoriach nie ma miejsca dla pacjentów tzw. „ciężkich” bez kontaktu słownego, z brakiem świadomości, z ograniczonym postrzeganiem czy też całkowitym deficytem ruchowym. Załącznik nr 1 przedstawia 3 kategorie z czego ta ostatnia powinna określać pacjenta „ciężkiego” medycznie, ale trudno mówić o pacjencie ciężkim gdy w kryterium oceny np. aktywności fizycznej widnieje zapis „nie opuszcza łóżka, może sam lub przy pomocy pielęgniarki zmienić pozycję” – nie ma zapisu nie współpracuje, brak pomocy ze strony pacjenta przy zmianie pozycji, pozycja zmieniana przez personel. Kolejnym przykładem (jest ich więcej) jest również umieszczenie zapisu np. w kryterium oceny „Edukacja i wsparcie psychiczne” kategorii I zapisu dotyczącego samej wiedzy medycznej pacjenta w zakresie choroby (warto zaznaczyć, że bardzo rzadko pacjent ma wyczerpującą wiedzę) bez towarzyszących pacjentowi, emocji. W kategorii II w tym samym kryterium oceny pojawia się zapis „manifestuje pewien poziom lęku, nastrój nieco obniżony” taki zapis odpowiada praktycznie 90% pacjentów zaliczanych do kategorii I. Ponadto, analogicznie do lęku, obniżenia nastroju powinien być zapis mówiący np.o agresji pacjenta, splątaniu, dezorientacji co do własnej osoby, miejsca lub czasu. 4. § 2 pkt 4 Zawyżone czasy w w stosunku do oddziałów zabiegowych-zachowawczych kategoria III 159 minut na pacjenta na dobę, gdzie jest to czas przypisany przez Ustawodawcę dla pacjenta z pełnym deficytem do samoopieki. 5. § 2 pkt 5 Brak opisu kategorii dla patologii ciąży. Jeżeli przyjmujemy załącznik nr 3 a w nim kategorie II i III dla patologii ciąży to

		<p>dlaczego w kolumnie kryteria opieki są zamieszczone fazy porodu. Warto zastanowić się nad sensem umieszczania pacjentek zakwalifikowanych do cięć cesarskich w kategoriach jeżeli w § 6 pkt 1 jest podana wprost minimalna norma na bloku operacyjnym.</p> <p>6. § 2 pkt 6 II kategoria ma większy czas niż w kategorii III dla tego samego obszaru</p> <p>7. Brak czasów i opisu w załączniku nr 5 dla OIT noworodka § 5 przedstawia sposób obliczenia minimalnej normy zatrudnienia w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, ale czy jest to jednoznaczne z oddziałem intensywnej terapii noworodka.</p> <p>8. w § 6 pkt 2 zmienić zapis 1 pielęgniarka na stanowisko a nie na pacjenta. W wolnej interpretacji może być to odczytane, że przy 3 znieczuleniach 3 różnych pacjentów muszą być 3 różne pielęgniarki przy tym samym stanowisku znieczulenia.</p> <p>9. w § 6 pkt 4 zapis mówiący, iż na jedną pacjentkę, u której zastosowano farmakologiczne łagodzenie bólu należy zabezpieczyć etatowo 1 położną jest kolejnym przelicznikiem (odmiennym od pozostałych) dla tych samych czynności jak i tego samego obszaru - § 2 pkt 4 i 5.</p> <p>10. Ponadto, jak się ma tak wygórowana norma do leczenia bólu przewlekłego lub ostrego u pacjentów leczonych w oddziałach zabiegowych lub zachowawczych (III kategoria 159 minut na dobę). Proponowany zapis będzie wymagał realnego wzrostu zabezpieczenia kadrowego (więcej położnych na dyżurze niż pokazują realne potrzeby i normy). Przy pozostawieniu takiego zapisu należy z góry zakładać/układać harmonogram w układzie - 1 położna jedno stanowisko porodowe dodatkowo umieszczać 2 położne bo może być cięcie cesarskie (po co liczenie norm na podstawie kategoryzacji). Powoduje to wzrost kadry będącej w gotowości do pracy a nie planowania kadry mając na uwadze nie tylko dobro rodzącej i jej dziecka, ale również wskaźnik realnego wykorzystanie kadrowego oraz wskaźnik ekonomiczny.</p> <p>11. § 8 Nieczytelny sposób ustalenia minimalnej normy dla świadczeń ambulatoryjnych np. pkt 7 i 8.</p> <p>OCENA Pielęgniarki jako jedyna grupa zawodowa określone są minimalnymi normami zatrudnienia. W związku z powyższym warto również zwrócić uwagę, że normy zatrudnienia dające gwarancje bezpieczeństwa medycznego są zawarte np. w Rozporządzeniach dotyczących świadczeń gwarantowanych - leczenie szpitalne.</p> <p>Określenie „minimalne normy zatrudnienia” powoduje, że podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą, który zabezpieczy kadrę zgodnie z wytycznymi proponowanego rozporządzenia może być postrzegany w wymiarze społecznym jak i w trakcie kontroli prowadzonej przez instytucje zewnętrzne jako placówka (lub jako pracodawca) zapewniająca minimalny poziom jakości usług pielęgniarskich, bo świadczenia te realizowane są przez obsadę minimalną, nie dającą gwarancji bezpieczeństwa medycznego.</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>Realizacja Rozporządzenia spowoduje wzrost zatrudnienia kadry pielęgniarskiej/położnych. Wzrost zatrudnienia (zwiększona liczba pielęgniarek na dyżurze) bez zabezpieczenia realnej pracy może być powodem niewykorzystania potencjału kadrowego w odniesieniu do efektywnej pracy.</p> <p>Zbyt rozbudowane zaplecze kadrowe bez możliwości świadczenia pracy działa destruktywnie na samych pracujących oraz współpracujących, co może mieć bezpośredni wpływ na wynik ekonomiczny placówki.</p> <p>Wraz z wzrostem zatrudnienia nie ma możliwości renegocjacji zawartego kontraktu, ani w odniesieniu do podwyższenia standardu opieki, ani w odniesieniu do wyceny procedury. Do chwili obecnej brak jest wyceny świadczeń pielęgniarskich i ich wpływu na globalną wycenę punktową procedury.</p> <p>Brak constansu pomiędzy zasobami kadrowymi i zapotrzebowaniem na realną pracę, poprzez wykonywanie zadań może mieć negatywny wpływ na pozostałe grupy zawodowe (oczekiwanie na pracę nie jest poza typowymi obszarami takimi jak ratowanie życia, postrzegane jako jej wykonywanie).</p> <p>W projekcie Rozporządzenia nie wskazano wpływu na ustalenie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek kadry pomocniczej takiej jak opiekun medyczny, czy też sanitariusz szpitalny. Kadra ta w sposób znaczący może odciążyć kadre pielęgniarską zarówno w zakresie świadczeń pośrednich jak i bezpośrednich (zgodnie z przynależnymi kompetencjami).</p> <p>Możliwość uargumentowania tych grup zawodowych będzie miała również w przyszłości znaczenie w kontekście „starzejącej się kadry pielęgniarskiej” jak i w kontekście braku zainteresowania naszym zawodem przez absolwentów szkół średnich przy wyborze zawodu. Możliwość dowartościowania kadry pomocniczej ma również pośredni wpływ na budowanie prestiżu pielęgniarstwa. Zagospodarowanie czasu zawodowego przez pielęgniarki na działania pielęgniarskie wysokospecjalistyczne i psychologiczne, a nie pielęgnacyjne podniesie prestiż zawodu i zbliży w sposób realny polskie pielęgniarstwo do innych krajów europejskich, gdzie podstawowe czynności pielęgnacyjne zostały przekazane kadrze o niższych kwalifikacjach.</p> <p>W przedstawionym projekcie należy ponownie oszacować, a co za tym idzie opisać kategoryzację głównie w kontekście przesłanek merytorycznym zawartych w kryteriach oceny. Warto zająć się merytoryczną pracą nad opracowaniem standardów postępowania w obszarach/procedurach wysokiego ryzyka, (wysokospecjalistycznych) zarówno w kontekście bezpieczeństwa pacjenta jak i pracownika, w tak opracowanych standardach powinno być miejsce na zasoby kadrowe – przykładem, który należy wskazać standardy jest praca na oddziałach intensywnej terapii oraz anestezjologii.</p> <p>W odniesieniu do ustalenia minimalnych norm zatrudnienia w rodzaju ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych można się zastanowić nad ich celowością. Zadania pielęgniarskie przeplatane są zadaniami typowo administracyjnymi, które mogą wykonać osoby o innych kwalifikacjach niż pielęgniarskie.</p> <p>Istotnym wydaje się fakt, iż podobnie jak w odniesieniu do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii istnieją i w tym obszarze regulacje prawne przypisujące pielęgniarcę odpowiedni przelicznik podopiecznych np. tzw. pielęgniarki/położne środowiskowe.</p> <p><u>Pozostawienie kryterium oceny w szacowaniu kadry w takiej formie pozwala na swobodną interpretację.</u></p>
76	Małgorzata Konkol Licencjat pielęgniarstwa Pielęgniarka Operacyjna	<p>Jestem Pielęgniarką Operacyjną pracuję od 25 lat jako "Instrumentariuszka" czyli Pielęgniarka Operacyjna przeczytałam projekt nt minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych W & 6</p> <p>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 pielęgniarcę albo położnej operacyjnej: - uważam jako Specjalista w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego iż powinien być zapis:</p> <p>1) w bloku operacyjnym - wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną</p>

		<p>operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną OPERACYJNĄ asystującą pielęgniarce albo położnej operacyjnej: brak słowa <u>OPERACYJNA ASYSTUJĄCA</u>, może spowodować, iż wiele osób z kadry zarządzającej będzie omijać prawo i jako asystującą będzie zatrudniać pielęgniarki albo położne nie posiadające kwalifikacji (np. brak kursu kwalifikacyjnego), lub w ogóle osoby które pracują na oddziałach, nie mające żadnej wiedzy na temat zasad, standardów i procedur operacyjnych.</p>
77	Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach	<p>Akt wykonawczy dotyczący funkcjonowania sektora ochrony zdrowia w odniesieniu do obsady pielęgniarskich stanowisk pracy winien mieć zastosowanie we wszystkich jednostkach świadczących opiekę pielęgniarską bez względu na formę własności sektora – prywatny czy publiczny.</p> <p>Po teoretycznym przeanalizowaniu oraz praktycznym zastosowaniu sposobu wyliczania norm zatrudnienia zaproponowanego przez MZ, wnioskuję, iż metoda ta może mieć zastosowanie w placówkach stacjonarnych świadczących całodobowe usługi zdrowotne, jednakże tylko i wyłącznie na odcinkach, gdzie jest więcej niż 18 łóżek. Również wnioskuję, aby do § 4. 1. dopisać dodatkowy wskaźnik oceny zapotrzebowania na opiekę dla oddziałów lub innych komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa, gdzie liczba łóżek chorych jest mniejsza niż 18.</p> <p>Zastosowanie w/w norm dla oddziałów/komórek organizacyjnych/ świadczących całodobowe usługi zdrowotne a posiadających małą liczbę łóżek (poniżej 18) może wpłynąć na brak możliwości zapewnienia optymalnej obsady pielęgniarskiej/ położniczej, co w konsekwencji może skutkować bardzo niskim poziomem świadczonych usług medycznych, zagrożeniem bezpieczeństwa pacjentów jak i bezpieczeństwa pielęgniarek/położnych oraz częstym powstawaniem sytuacji oraz zdarzeń niepożądanych.</p> <p>Procentowe obliczenia czasu opieki pośredniej w stosunku do czasu opieki bezpośredniej może spowodować zaniżenie czasu opieki całodziwnej przy małej ilości projektów liczba wyliczonych etatów może być poniżej dwóch pielęgniarek / dobę.</p> <p>Zastosowanie 3 letniego okresu obliczeniowego absencji chorobowej dodatkowo obciąża pracę administracji.</p> <p>Przy ustaleniu minimalnej normy zatrudnienia w § 5 projektu ustawodawca przyjął „nie mniej niż równoważnik 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii”.</p> <p>Przelicznik jest niejasny i mało precyzyjny. Założenie, że liczba etatów ma odpowiadać normom zatrudnienia, jest błędne, gdyż nie uwzględnia osób przebywających na zwolnieniach lekarskich, urlopowych, macierzyńskich, wychowawczych.</p> <p>Ponadto brakuje jednoznacznych podstaw, na których można określić poziom całodobowej opieki w oddziale intensywnej terapii. Stan pacjenta w oddziale intensywnej terapii potrafi zmieniać się bardzo dynamicznie – w krótkim czasie z niewydolności jednego narządu może rozwinąć się niewydolność wielonarządowa. Jak w krótkim czasie zabezpieczyć dodatkową opiekę pielęgniarską? Harmonogramy pracy nie są układane z dnia na dzień, żeby można brać pod uwagę aktualny stan pacjentów przebywających w oddziale intensywnej terapii i na bieżąco oceniać poziom zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską.</p> <p>W § 1 punkt 2 zapisano: "Do minimalnych norm zatrudnienia nie wlicza się zatrudnionej w przedsiębiorstwie kadry kierowniczej pielęgniarskiej...", ale nie umieszczono interpretacji pojęć „kadry kierowniczej pielęgniarskiej”. Pominięto etat zastępcy pielęgniarki oddziałowej i to, czy ten etat ma być wliczony do minimalnych norm zatrudnienia, czy też nie.</p>

		<p>Wobec powyższego w oddziałach intensywnej terapii norma powinna zostać określona nie w zakresie liczby etatów lecz liczby pacjentów przypadających na pielęgniarkę. Najlepiej, gdyby etaty zostały uśrednione w zależności od stopnia referencyjności oddziału. Im wyższy poziom referencyjności, tym bardziej skomplikowane procedury, tym więcej etatów pielęgniarskich.</p> <p>Proponuje się równoważnik co najmniej 2,8 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii.</p> <p>W § 6 w punkcie 2 projektu pominięto stanowisko położnej anestezjologicznej. Skoro Rozporządzenie nie przewidziało możliwości udzielania świadczeń na stanowisku znieczulenia przez położne, to pozostaje w sprzeczności z projektem Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 lipca 2012 roku w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, umożliwiającym położnym kształcenie w anestezjologii § 2 w punkt 2: „kursy kwalifikacyjne dla położnych mogą być prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii...”.</p> <p>W § 6 w punkcie 3 ustawodawca określił aby: „liczba pielęgniarek anestezjologicznych na każdej zmianie w stosunku do liczby stanowisk nadzoru poznieczuleniowego nie powinna być niższa niż 1:4”.</p> <p>Wobec potencjalnego zagrożenia życia pacjenta znajdującego się w bezpośrednim okresie pooperacyjnym, ryzyka ponownej intubacji pacjenta po zabiegu i prowadzenia sztucznej wentylacji w warunkach oddziału poznieczuleniowego, proponuje się utrzymanie stosunku liczby pielęgniarek anestezjologicznych do liczby stanowisk nadzoru na poziomie nie niższym niż 1:3.</p>
78	Elżbieta Boguta	<p>Wyrażam sprzeciw, uważam, jako Specjalista w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego, iż zapis powinien brzmieć: " W bloku operacyjnym - wnoszą na jeden czynny stół operacyjny (jeden pacjent) co najmniej jedna pielęgniarka, albo położna operacyjna i jedna pielęgniarka albo położna OPERACYJNA asystująca pielęgniarsce albo położnej operacyjnej. Brak słowa operacyjna asystująca może spowodować, iż wiele osób z kadry zarządzającej będzie omijać prawo i jako asystująca będzie zatrudniać pielęgniarki albo położne nie posiadające kwalifikacji np. (brak kursu kwalifikacyjnego) lub w ogóle osoby które pracują na oddziałach nie mające żadnej wiedzy na temat zasad, standardów i procedur operacyjnych, po prostu będzie się liczyła osoba. Proszę o zmianę zapisu w rozporządzeniu</p>
79	<p>Magdalena Luska Za aprobatą: „Patronka” Sp. z o.o. w Szczecinku WOTUW w Stanominie NZOZ „Salus” w Szczecinku NZOZ „Medison” w Koszalinie CUM „Dializa” w Szczecinku</p>	<p>Jako podmioty lecznicze zwracamy się z gorącą prośbą o uwzględnienie naszych argumentów, gdyż to nas bezpośrednio dotyczy będzie wprowadzany przepis i to my poniesiemy skutki jego wprowadzenia.</p> <p>Ponadto analizując konkretne przykłady, terenu naszej działalności mamy możliwość dokonania wyceny kosztów świadczeń medycznych na poszczególnych oddziałach, która to wycena nie została przez Państwa dokonana.</p> <p>Uwagi do § 1</p> <p><u>1. Ust. 1</u> – Zgodnie z zapisem sposób naliczania „minimalnych norm zatrudnienia” dotyczy <u>przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą</u>. W praktyce natomiast, Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w wielu zakresach stawiają wymagania wobec wszystkich świadczeniodawców (bez względu na formę własności czy organizacji) spełnienia zapisów rozporządzenia MZ w sprawie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek. W związku z powyższym od wielu lat jednakowe wymagania stawiane są wszystkim świadczeniodawcom udzielającym świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Sama nazwa Rozporządzenia i zapis regulujący zakres jego stosowania jest niezgodna z wieloletnią praktyką stosowania prawa wynikającą z Zarządzeń niższego szczebla w tym zakresie.</p> <p><u>2. Ust. 2</u> – do minimalnych norm zatrudnienia powinno wliczać się czas pracy pielęgniarek oddziałowych, które</p>

niezaprzeczalnie uczestniczą w realizacji świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich a przede wszystkim pośrednich, organizując i nadzorując pracę podległego personelu. Podobnie jak lekarz pełniący funkcję ordynatora, świadczy jednocześnie usługi lekarskie a jego czas pracy jest wliczany do norm zatrudnienia lekarzy.

3. Ust. 3 – Zapis, iż w każdej komórce organizacyjnej obsada pielęgniarek nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki godzi w sens istnienia małych oddziałów (np. 2-12- łóżkowych), z uwagi na zawyżoną w stosunku do liczby łóżek obsadę a co za tym idzie koszt zatrudnienia pielęgniarek. W takich przypadkach, aby zapewnić prawidłowy standard opieki pielęgniarskiej nad pacjentem wystarczyłoby wprowadzić zapis o możliwości przeliczenia wymaganych etatów na ogólną liczbę łóżek w ramach danej jednostki organizacyjnej. Zmiana ta nie spowodowałaby zaniżenia standardu opieki pielęgniarskiej.

W przeciwnym razie małe oddziały jako przynoszące starty będą likwidowane a większe, znajdujące się w dużych szpitalach położonych w miastach wojewódzkich powiększane. W efekcie mimo zakontraktowania przez NFZ takiej samej ilości usług w danym zakresie, dostępność do danego rodzaju usług w regionach zmniejszy się poprzez wydłużenie odległości między miejscem zamieszkania pacjenta a najbliższym dostępnym oddziałem. Obecna propozycja preferuje więc duże szpitale, mające w swojej strukturze duże oddziały dyskredytując mniejsze jednostki. Niestety proponowany zapis nie został sporządzony w oparciu o analizę struktury łóżek w poszczególnych, istniejących podmiotach leczniczych świadczących usługi zdrowotne w systemie stacjonarnym, choć dane na ten temat są jawne i ogólnodostępne w:

- Rejestrze Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą prowadzonych przez Wojewodów – ilość zarejestrowanych łóżek w oddziałach

- NFZ (www.nfz.gov.pl) – informator o zawartych umowach – ilość faktycznie zakontraktowanych usług, które w oparciu o Zarządzenia Prezesa NFZ można przeliczyć na liczbę zakontraktowanych łóżek w oddziałach.

Uwagi do § 2

4. Ust. 1 – Zapis „...stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne lub inne niż szpitalne...” odnosi się do świadczeń udzielanych w: szpitalach, sanatoriach, uzdrowiskach, ośrodkach rehabilitacyjnych, zakładach opiekuńczo-pielęgniarskich i opiekuńczo-leczniczych (udzielających całodobowych świadczeń zdrowotnych).

Np. w zakładach opiekuńczo-pielęgniarskich normy zatrudnienia pielęgniarek od stycznia 2013 roku określa Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgniarskiego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej. Norma ta przewiduje zatrudnienie 1 pielęgniarki na 2 łóżka z zastrzeżeniem, że 25% czasu pracy pielęgniarek mogą wykonywać opiekunowie medyczni. Już zapis wynikający z powyższego przepisu powoduje, że udział procentowy kosztów zatrudnienia pielęgniarek i opiekunów w stosunku do stawki za osobodzień jest zawyżony.

Przykład 1. Porównania kosztowe dla 30-łóżkowego oddziału opiekuńczo-pielęgniarskiego:

- zgodnie z w.w. Zarządzeniem Prezesa wymagane jest: 15 etatów w tym: 11,25 etatu pielęgniarki w tym pielęgniarka oddziałowa i 3,75 etatu opiekuna medycznego. Koszt usług pielęgniarskich na osobodzień to 61 zł czyli 81 % stawki NFZ za osobodzień pobytu pacjenta w zop (która wynosi: 75 zł) *Założenia do obliczeń stanowią załącznik nr 1.*

- zgodnie z projektem rozporządzenia w sprawie minimalnych norm zatrudnienia (...) wymagane jest (przy założeniu, że 4 pacjentów jest w I kategorii, 21 w II kategorii, 5 w III kategorii) 14,9 etatu pielęgniarki bez możliwości zatrudnienia w wymiarze tego czasu 25% opiekunów medycznych + pielęgniarka oddziałowa. Koszt usług pielęgniarskich na osobodzień to 65 zł czyli 87 % stawki NFZ za osobodzień pobytu pacjenta w zop (która wynosi: 75 zł)

W obu przypadkach koszt wprowadzenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek nie jest uwzględniony w stawce za osobodzień gdyż realizacja pozostałych gwarantowanych świadczeń: rehabilitacyjnych, lekarskich, badań, konsultacji, transportu, zapewnienia i utrzymania odpowiedniego sprzętu, farmakoterapii i zapewnienia środków pomocniczych nie jest możliwa za kwotę 10-15 zł/dobę. Udział procentowy kosztów pracy pielęgniarek pochłania nieproporcjonalnie dużą część

stawki za osobodzień.

5. Załącznik nr 1. „Kwalifikacja pacjentów do kategorii opieki dla oddziałów o profilu zabiegowym i zachowawczym” – nie zawiera żadnych wskazówek ani punktacji co uniemożliwia przyporządkowanie pacjenta do I, II lub III kategorii w przypadku gdy w różnych kryteriach opieki pacjent jest kwalifikowany do różnych grup.

Ust. 2 – Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek w stacjonarnym leczeniu psychiatrycznym są znacząco zawyżone, w efekcie czego koszty tych świadczeń w opiece psychiatrycznej w niektórych rodzajach nawet przewyższają stawkę całkowitą za osobodzień pobytu pacjenta refundowaną przez NFZ. Z finansowego punktu widzenia rację bytu tracą małe oddziały psychiatryczne.

Obecna propozycja norm zatrudnienia pielęgniarek nie została poparta analizą skutków finansowych i możliwości płatnika czyli NFZ, który nie zrefunduje w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego świadczeń pielęgniarskich w wymiarach określonych normami z projektu rozporządzenia MZ.

Przykład 2. Porównania kosztowe dla 30-łóżkowego oddziału psychiatrycznego dla dorosłych.

30-łóżkowy oddział psychiatryczny dla dorosłych (przy założeniu, że 6 pacjentów jest w I kategorii, 20 w II kategorii, 4 w III kategorii) to 27 etatów pielęgniarskich + pielęgniarka oddziałowa. Koszt usług pielęgniarskich na osobodzień to 113 zł czyli 72 % stawki NFZ za osobodzień pobytu pacjenta w oddziale psychiatrycznym (która wynosi: 157,50 zł)

Przykład 3.

W tym samym co powyższej 30-łóżkowym szpitalu psychiatrycznym znajduje się 4-łóżkowy oddział detoksykacyjny, który zgodnie z nowymi normami jako odrębna komórka organizacyjna musi zatrudnić odrębny personel pielęgniarski w obsadzie nie mniejszej niż 2 pielęgniarki na zmianę.

Założenie: 2 pacjentów jest w II kategorii i II pacjentów jest w III kategorii opieki. Przy spełnieniu wymogu zatrudnienia w zakresie zapewnienia opieki wymagane jest 1,5 etatu pielęgniarskiego na oddział detoksykacyjny. Natomiast w związku z koniecznością zapewnienia osobnych 2-osobowych dyżurów należałoby zatrudnić pielęgniarki w wymiarze minimum 11,3 etatu na ten małe oddział. Koszt świadczeń pielęgniarskich w przeliczeniu na 1 osobodzień pobytu pacjenta to 337 zł czyli 177 % stawki NFZ za osobodzień pobytu pacjenta w oddziale detoksykacyjnym (która wynosi: 190,00 zł).

W województwie zachodniopomorskim średni oddział detoksykacyjny liczy 4 łóżka i każdy jest uzupełnieniem oferty większych oddziałów psychiatrycznych lub ośrodka leczenia uzależnień (Medison w Koszalinie – 2 łóżka, Salus w Szczecinku – 4 łóżka, WOTOW w Stanominie – 8 łóżek, SP ZOZ Zdroje w Szczecinie – 9 łóżek - zlikwidowany w 2012 roku, SP ZOZ w Gryficach 2 łóżka). W całym województwie nie istnieje oddział detoksykacyjny, który byłby w stanie zapewnić obsady pielęgniarskie zaproponowane w projekcie rozporządzenia przy obowiązujących stawkach NFZ.

Nie istnieje żadna realna możliwość aby małe oddziały nie zostały zlikwidowane a ich kontrakty nie zostały podzielone na większe jednostki.

Przykład 4.

30-łóżkowy oddział opiekuńczo-pielęgnacyjny psychiatryczny dla dorosłych (przy założeniu, że 6 pacjentów jest w I kategorii, 20 w II kategorii, 4 w III kategorii) 27 etatów pielęgniarskich + pielęgniarka oddziałowa. Koszt usług pielęgniarskich na osobodzień to 113 zł czyli 113 % stawki NFZ za osobodzień pobytu pacjenta w oddziale opiek-piel. psychiatrycznym (która wynosi: 100,00 zł). W przypadku niskopłatnych usług psychiatrycznych długoterminowych koszt samych świadczeń pielęgniarskich, przy proponowanych normach przewyższa o 13% stawki refundowane przez NFZ.

W województwie zachodniopomorskim są 3 zakłady opiekuńczo-pielęgnacyjne dla chorych psychicznie (Patronka w

Szczecinku 13 łóżek, Medison w Koszalinie 14 łóżek, SP ZOZ Zdroje w Szczecinie – 58 łóżek). Żaden z zakładów w województwie nie będzie w stanie zapewnić obsad pielęgniarskich zaproponowanych w projekcie rozporządzenia przy obowiązujących stawkach NFZ.

We wszystkich przypadkach koszt wprowadzenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek nie jest uwzględniony w stawce za osobodzień gdyż realizacja pozostałych gwarantowanych świadczeń: rehabilitacyjnych, terapeutycznych, lekarskich, badań, konsultacji, transportu, zapewnienia i utrzymania odpowiedniego sprzętu, farmakoterapii i zapewnienia środków pomocniczych nie jest możliwa. W przypadku małych oddziałów np. detoksykacyjnych w szpitalach psychiatrycznych, z uwagi na konieczność stosowania norm zatrudnienia odrębnie dla każdej komórki organizacyjnej koszt zatrudnienia pielęgniarek niemal dwukrotnie przewyższa refundację NFZ za wszystkie udzielane świadczenia. Podobnie tragicznie przedstawia się sytuacja finansowa oddziałów psychiatrycznych dla przewlekle chorych, zakładów opiekuńczo-pielęgniarskich o profilu psychiatrycznym czy oddziałów psychogeriatrycznych gdzie refundacja nie wystarczy na pokrycie kosztów zatrudnienia pielęgniarek.

W oparciu o analizę kosztów zapewnienia obsad pielęgniarskich wg. minimalnych norm w zakresie opieki psychiatrycznej określonych w projekcie rozporządzenia i stawek refundacji NFZ za świadczenia w opiece psychiatrycznej, bezprzedmiotowe jest zawyżanie czasu opieki pielęgniarskiej psychiatrycznej przy braku źródła finansowania.

6. Załącznik nr 2. „Kwalifikacja pacjentów do kategorii opieki dla oddziałów o profilu psychiatrycznym” – tak samo nie zawiera żadnych wskazówek ani punktacji co uniemożliwia przyporządkowanie pacjenta do I, II lub III kategorii w przypadku gdy w różnych kryteriach opieki pacjent jest kwalifikowany do różnych grup.

7. Uwagi do § 3

1. Przy zawyżonych normach czasu pracy bezpośredniej i braku uwzględnienia w ogólnym czasie pracy pielęgniarskiej czasu pracy pielęgniarek oddziałowych bezzasadne jest dodatkowe zawyżanie norm o Tpp – średni czas wykonywania świadczeń pielęgniarskich pośrednich, który wynosi od 25% do 50% czasu pielęgnacji bezpośredniej.

2. Td – średni czas dyspozycyjny pielęgniarki lub położnej w ciągu roku wynoszący 202 dni jest znacznie zaniżony, a co gorsze błędnie obliczony i powoduje w efekcie zawyżenie minimalnych norm zatrudnienia. Proponujemy aby współczynnik ten nie był sztywno, z góry określony a podmioty lecznicze same obliczały go w oparciu o dane dotyczące absencji pracowników pochodzące z roku poprzedniego. W uzasadnieniu do rozporządzenia znajdujemy sposób obliczenia współczynnika i jego składowe dane, jednak w projekcie rozporządzenia został on wpisany jako cyfra bez możliwości modyfikacji. W praktyce prawo będzie stosowane literalnie i pomimo intencji zawartych w uzasadnieniu projektu o możliwości obliczania czasu dyspozycyjnego, po wejściu w życie rozporządzenia w obecnej treści nie będzie takiej możliwości.

8. Uwagi do oceny skutków regulacji załączonej do projektu rozporządzenia

3. Oceniono, iż wprowadzone zmiany nie będą miały wpływu na sektor finansów publicznych i budżety jednostek samorządu terytorialnego. Po pierwsze świadczy to o tym, iż Ministerstwo nie przewiduje zwiększenia stawek płaconych przez NFZ za usługi całodobowe szpitalne i inne niż szpitalne w związku z podwyższeniem standardów opieki pielęgniarskiej i zawyżeniem minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek. Po drugie niestety nie jest to twierdzenie prawdziwe gdyż podniesienie kosztów świadczeń pielęgniarskich spowoduje powstanie ujemnego wyniku finansowego wielu jednostek i spowoduje konieczność pokrycia go ze środków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego

		<p>będącymi organami założycielskimi podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Po trzecie ocena nie została poparta analizą finansową skutków wprowadzenia projektu w życie ani analizą stanu i struktury podmiotów leczniczych, których rozporządzenie ma dotyczyć.</p> <p>4. Pomimo braku oceny skutków finansowych proponowanych zmian, oceniono, że mogą mieć one wpływ na rynek pracy. W sporej części podmiotów, a we wszystkich posiadających małe oddziały konieczne będzie zwiększenie zatrudnienia pielęgniarek nawet o 100% lub likwidacja oddziału i zwolnienie zatrudnionych w nim pielęgniarek. Z kolei w oddziałach, gdzie konieczne będzie niewielkie zwiększenie liczby etatów, przy dotychczasowym budżecie przeznaczonym na wynagrodzenia płaca zasadnicza pielęgniarek zostanie obniżona.</p> <p>Trzeba w tym punkcie zaznaczyć, że w większości regionów istnieje duży niedobór personelu pielęgniarskiego, głównie wynikający z zamknięcia przed 20-laty Liceów Pielęgniarskich i Policealnych Szkół Pielęgniarskich. Już w chwili obecnej duży problem stanowi pozyskanie personelu pielęgniarskiego, a przy zaproponowanych rozwiązaniach skutkujących zwiększeniem popytu na personel pielęgniarski znalezienie odpowiedniej do wymogów liczby pielęgniarek będzie po prostu niemożliwe.</p> <p>Ponadto znaczna część czynności wykonywanych przez pielęgniarki może być wykonywana również przez opiekuna medycznego, co nie spowoduje obniżenia jakości usług opiekuńczych w oddziałach. Czynności takie jak: mycie, czesanie, karmienie, zmiana pozycji ciała pacjenta, zmiana pościeli, pomiar temperatury ciała, pomiar ciśnienia tętniczego, założenie okładu itd. leżą w zakresie czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego, który z uwagi na brak medycznego personelu średniego zyskuje na popularności i jest nowopowstałym zawodem medycznym. Wprowadzenie tego zwodu do lecznictwa stacjonarnego mało poprawi jakość opieki bezpośredniej nad pacjentem nie powodując wzrostu kosztów tej opieki. W proponowanym projekcie nie uwzględnia się wcale czasu pracy, który zajmuje wykonywanie czynności do których nie jest konieczne posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki.</p> <p>5. Oceniono, że regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność i przedsiębiorczość – niesłusznie. Zgodnie z zapisem sposób naliczania „minimalnych norm zatrudnienia” dotyczy <u>przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą</u>. W praktyce natomiast, Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w wielu zakresach stawiają wymagania wobec wszystkich świadczeniodawców (bez względu na formę własności czy organizacji) spełnienia zapisów rozporządzenia MZ w sprawie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek. W związku z powyższym od wielu lat jednakowe wymagania stawiane są wszystkim świadczeniodawcom udzielającym świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Sama nazwa Rozporządzenia i zapis regulujący zakres jego stosowania jest niezgodna z wieloletnią praktyką stosowania prawa wynikającą z Zarządzeń niższego szczebla w tym zakresie. W związku z praktycznym zastosowaniem regulacji do podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami oczywistym jest, iż będzie miała ona wpływ na konkurencyjność i przedsiębiorczość. Nastąpi spadek konkurencyjności małych jednostek z małymi oddziałami uzupełniającymi ofertę podstawową, świadczących usługi poza miastem wojewódzkim, w stosunku do dużych szpitali, które odczują negatywne skutki finansowe wprowadzenia w życie rozporządzenia w mniejszym stopniu.</p> <p>6. Oceniono również, że rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację rozwój regionalny lecz niestety będzie miało wpływ negatywny. Pogłębi różnice między dużymi aglomeracjami a resztą regionu. +Załączniki do uwag</p>
80	Miroslawa Bartoszevska	<p>projekcie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2012 roku w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami nie mówi się nic na temat ilości pacjentów przypadających na dwie pielęgniarki na dyżurze. Oddziały zachowawcze i zabiegowe są przepełnione chorymi, pielęgniarki traktują wszystkich pacjentów holistycznie, do tego dochodzi ogrom biurokracji szpitalnej. W przypadku gdyby na taki oddział trafiło kilku pacjentów III kategorii(300 min. na pacjenta) dwie pielęgniarki nie były by w stanie objąć opieką bezpośrednią wszystkich pacjentów(brak czasu). Biorąc powyższe pod uwagę należałoby rozpatrzyć możliwość</p>

		zwiększenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.
81	Agnieszka Skóra	<p>Nawiązując do Projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2012 roku, które ma obowiązywać od dnia 1 stycznia 2013 roku.</p> <p>Jestem Położną, Pielęgniarką Operacyjną pracuję od 10 lat jako "Instrumentariuszka czyli Położna Operacyjna przeczytałam projekt nt minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych W & 6</p> <p>1) w bloku operacyjnym - wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną asystującej pielęgniarence albo położnej operacyjnej:</p> <p>- uważam jako Specjalista w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego iż powinien być zapis:</p> <p>1) w bloku operacyjnym - wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną OPERACYJNĄ asystującą pielęgniarence albo położnej operacyjnej:</p> <p>brak słowa OPERACYJNA ASYSTUJĄCA, może spowodować iż wiele osób z kadry zarządzającej będzie omijać prawo i jako asystującą będzie zatrudniać pielęgniarki albo położne nie posiadające kwalifikacji (np. brak kursu kwalifikacyjnego), lub w ogóle osoby które pracują na oddziałach, nie mające żadnej wiedzy na temat zasad, standardów i procedur operacyjnych. Po prostu będzie się liczyła sztuka.</p>
82	MALGORZATA WIKACZARNOWSKA Położna	<p>jestem Położną, Pielęgniarką Operacyjną pracuję od 19 lat jako "Instrumentariuszka czyli Pielęgniarka /Położna Operacyjna przeczytałam projekt nt minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych W & 6</p> <p>1) w bloku operacyjnym - wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną asystującej pielęgniarence albo położnej operacyjnej:</p> <p>- uważam jako Specjalista w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego iż powinien być zapis:</p> <p>1) w bloku operacyjnym - wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną OPERACYJNĄ asystującą pielęgniarence albo położnej operacyjnej:</p> <p>brak słowa OPERACYJNA ASYSTUJĄCA, może spowodować iż wiele osób z kadry zarządzającej będzie omijać prawo i jako asystującą będzie zatrudniać pielęgniarki albo położne nie posiadające kwalifikacji (np. brak kursu kwalifikacyjnego), lub w ogóle osoby które pracują na oddziałach, nie mające żadnej wiedzy na temat zasad, standardów i procedur operacyjnych. Po prostu będzie się liczyła sztuka.</p>
83	Aleksandra Nieżurawska Magister pielęgniarstwa Specjalista pielęgniarstwa operacyjnego	<p>Proponowany zapis:</p> <p>§ 6. <i>Minimalne normy zatrudnienia</i></p> <p>1) <i>W bloku operacyjnym- wynoszą co najmniej na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent),</i></p> <p><i>1 pielęgniarkę lub położną operacyjną i 1 pielęgniarkę lub położną asystującą pielęgniarence lub położnej operacyjnej.</i></p> <p>Brak zapisu iż pielęgniarką lub położną asystującą pielęgniarence lub położnej operacyjnej ma być pielęgniarka lub położna operacyjna powoduje już dziś niepokojące zamiary kadry zarządzającej w szpitalach m in. zredukowanie etatów</p>

		<p>pielęgniarek operacyjnych, zmniejszenie ilości pielęgniarek operacyjnych podczas dyżurów nocnych i świątecznych.</p> <p>Praca w bloku operacyjnym wymaga od pielęgniarek specjalistycznej wiedzy, znajomości procedur i standardów obowiązujących w bloku, zasad pracy, poruszania się w tym specyficznym oddziale. Niedopuszczalny jest fakt aby pielęgniarką pomagającą była osoba nie związana na co dzień z pracą bloku, stanowi to zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów oraz obniżenie jakości pracy w bloku operacyjnym.</p>
84	Agnieszka Koncewicz	<p>Jestem Pielęgniarką Operacyjną pracuję od 22 lat jako "Instrumentariuszka czyli Pielęgniarka /Położna Operacyjna przeczytałam projekt nt minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych W & 6) w bloku operacyjnym - wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną asystującą pielęgniarence albo położnej operacyjnej:- uważam jako Specjalista w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego iż powinien być zapis:</p> <p>1) w bloku operacyjnym - wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną asystującą pielęgniarence albo położnej operacyjnej:</p> <p>brak słowa OPERACYJNA ASYSTUJĄCA, może spowodować iż wiele osób z kadry zarządzającej będzie omijać prawo i jako asystującą będzie zatrudniać pielęgniarki albo położne nie posiadające kwalifikacji (np.brak kursu kwalifikacyjnego), lub w ogóle osoby które pracują na oddziałach, nie mające żadnej wiedzy na temat zasad, standardów i procedur operacyjnych. Kto wówczas ma ponosić odpowiedzialność prawną?</p>
85	Elżbieta Kutryb Magister Pielęgniarstwa Specjalista w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego	<p>Jestem Pielęgniarką Operacyjną pracuję od 12 lat jako "Instrumentariuszka czyli Pielęgniarka /Położna Operacyjna przeczytałam projekt nt minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych W & 6</p> <p>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 pielęgniarence albo położnej operacyjnej: - uważam jako Specjalista w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego iż powinien być zapis:</p> <p>1) w bloku operacyjnym - wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną asystującą pielęgniarence albo położnej operacyjnej: brak słowa OPERACYJNA ASYSTUJĄCA, może spowodować iż wiele osób z kadry zarządzającej będzie omijać prawo i jako asystującą będzie zatrudniać pielęgniarki albo położne nie posiadające kwalifikacji (np.brak kursu kwalifikacyjnego), lub w ogóle osoby które pracują na oddziałach, nie mające żadnej wiedzy na temat zasad, standardów i procedur operacyjnych. Po prostu będzie się liczyła sztuka. Proszę o zmianę zapisu w rozporządzeniu</p>
86	Iwona Rompa- Bonszkowska Pielęgniarka	<p>Nawiązując do Projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2012 roku, obowiązującego od dnia 1 stycznia 2013 roku.</p> <p>Jestem Położną, Pielęgniarką Operacyjną pracuję od 21 lat jako "Instrumentariuszka czyli Pielęgniarka /Położna Operacyjna przeczytałam projekt nt minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych W§ 6</p> <p>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 pielęgniarence albo położnej operacyjnej: - uważam jako Pielęgniarka Operacyjna iż powinien być zapis:</p> <p>1) w bloku operacyjnym - wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną OPERACYJNĄ asystującą pielęgniarence albo położnej operacyjnej: brak słowa OPERACYJNA ASYSTUJĄCA, może spowodować iż wiele osób z kadry zarządzającej będzie omijać prawo i jako asystującą będzie zatrudniać pielęgniarki albo położne nie posiadające kwalifikacji (np.brak kursu kwalifikacyjnego), lub</p>

		w ogóle osoby które pracują na oddziałach, nie mające żadnej wiedzy na temat zasad, standardów i procedur operacyjnych. Po prostu będzie się liczyła sztuka.
87	Alina Ząbek	<p>Witam, jestem pielęgniarką z 22 letnim stażem pracy. Obecnie pracuję w oddziale wewnętrznym szpitala miejskiego. Ze względu na przeciążenie pracą spowodowaną zbyt małą obsadą personelu pielęgniarskiego z niecierpliwością oczekiwałam na w/w projekt ustawy. Niestety proponowana ustawa nie rozwiązuje zwiększającego się problemu zatrudniania zbyt małej ilości personelu pielęgniarskiego. Uważam, że Ministerstwo Zdrowia zamiast określenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych powinno te ustalić na podstawie dokładnego zapoznania się z zapotrzebowaniem i podać je do wiadomości. Wg mnie Ministerstwo unika podjęcia tak ważnej dla środowiska pielęgniarskiego i pacjentów decyzji.</p> <p>Nie rozumiem określenia „właściwy poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych” .Kto ma określać ,czy poziom świadczonych usług jest właściwy? Pozostawienie tych decyzji kierownictwu zakładów opieki zdrowotnej na podstawie proponowanego rozporządzenia doprowadzi do dalszych redukcji etatów a tym samym do obniżenia poziomu świadczenia opieki i zwiększenia niezadowolenia pacjentów z poziomu świadczonych usług. Obawiam się, że nierozwiązanie tego problemu "odgórnie" spowoduje dalsze pogorszenie się istniejącej sytuacji. Kierownictwo ZOZ-ów ,nadal będzie szukało oszczędności naszym kosztem a brak wyposażenia i środków odciążających nas w pracy pogłębi już i tak złe warunki pracy.</p> <p>Mam nadzieję ,że ustawa w takiej postaci nie zostanie zaakceptowana</p>
88	Anna Worek mgr pielęgniarstwa, Przełożona Pielęgniarek Szpital Dziecięcy -Toruń	obliczałam normy w 2000 r. proponuję wyodrębnienie przelicznika dla pediatrii, podanie informacji..... dla oddziałów zachowawczych lub zabiegowych... nie jest jednoznaczne. Opieka nad dzieckiem wymaga zwiększonej liczby kadry pielęgniarskiej, przelicznik 0,9 jest wskazany dla pediatrii.
89	Danuta Śliwińska	<p>Po zapoznaniu się z treścią projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia uważam, że podany średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich wykonywany całodobowo o profilu zapobiegawczym i zabiegowym podany w punkcie pierwszym jest stanowczo niewystarczający w stosunku do rzeczywistych potrzeb pacjenta. Aby zapewnić pacjentowi pełną kompleksową opiekę potrzebny jest zdecydowanie dłuższy czas opieki, niż podany w projekcie, zwłaszcza pacjentowi leżącemu, który jest całkowicie zależny od opieki pielęgniarek.</p> <p>Aby można było zapewnić pacjentom prawidłową opiekę pielęgniarską na wysokim poziomie, zgodnym z wymaganiami pacjentów, istotna jest liczba personelu. Niewystarczająca liczba pielęgniarek sprawujących opiekę nad pacjentami w danym podmiocie leczniczym może prowadzić do zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów i zdarzeń niepożądanych lub znacznego zwiększenia ich liczby. Braki w obsadzie są również odpowiedzialne za brak satysfakcji zawodowej personelu pielęgniarskiego</p> <p>Proszę o wzięcie pod uwagę opinii pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentami , gdyż one wiedzą najlepiej jaki czas jest potrzebny do zapewnienia właściwej opieki pacjentowi. Osoby tworzące projekt, też kiedyś mogą być pacjentami , którym poświęcimy na opiekę bezpośrednią tylko 38 minut na dobę.</p>
90	mapodol@op.pl	Przeliczyłam minimalną normę zatrudnienia dla pielęgniarek pracujących na oddziale wewnętrznym dla 40 pacjentów ,12 kategoria 1,12 kategoria2i 16 kategoria 3,wyszło mi 7,55pielęgniarki więc życzę powodzenia osobie która będzie chciała zabezpieczyć świadczenia pielęgniarskie .Jestem pielęgniarką anesteziologiczną organizacja pracy moja wygląda tak ,że jak nie jestem przy zabiegu to opiekują się pacjentami na internie „SALA R ”.Interna jest dwu poziomowa, jest nas na nocy 3 pielęgniarki ,jak idę do zabiegu koleżanka zostaje sama i ma „R” plus odcinek jak trzeba pomóc na odcinku kobiecym to zostawia się pacjentów samych i idzie . Państwo mówi o godnym umieraniu , a co z godnym życiem ,co z

		bezpieczeństwem chorych.
91	Anna Urbaniak	<p>jestem pielęgniarka z 22 letnim stażem w zawodzie, kocham swoją pracę i nie wyobrażam sobie siebie w innym zawodzie. Dzielę się swoimi spostrzeżeniami.</p> <p>Dlaczego projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ustalenia _minimalnych_ norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych dotyczą</p> <p>tylko podmiotów lecznictwa nie będącym przedsiębiorcami, pewnie inne podmioty mają "innych pacjentów" którym nie należy się "ochrona Państwa" na przykład taki przepis jak przynajmniej - dwie pielęgniarki na dyżurze (fajny przepis).</p> <p>Nijak mają się kategoryzacje dotyczące dzieci do rzeczywistości , mam na myśli dzieci pozostające bez rodzica na oddziale (nie mają cewników, nie wymagają karmienia, nie są unieruchomione po zabiegu, sygnalizują potrzeby, a z parametrów istotna jest tylko na przykład temperatura) według klasyfikacji, dzieci nie zakwalifikuję w tym wypadku do trzeciej kategoryzacji (ponieważ nie spełnione są kryteria) na dziecko w trzeciej kategoryzacji jest 300 minut na dobę, a przecież takie dziecko bez rodzica wymaga ciągłej obecności, opieki, czułości dorosłego to nie jest pięć godzin w ciągu doby, ale o wiele więcej około dziesięciu godzin w ciągu dnia (sen w ciągu dnia 1-2 godziny), a gdzie czas na zabiegi wykonywane przy innych dzieciach , czas pośredni dla innych dzieci i ich rodziców przerażonych chorobą dziecka , dokumentację i przygotowanie do zabiegów (na to nie ma wzoru) . Proszę sobie wyobrazić takie dziecko na oddziale bez opieki rodziny i pielęgniarkę odpowiedzialną za to dziecko (bo przecież odpowiada podczas dyżuru za to dziecko i nie tylko za to dziecko przed Bogiem, własnym sumieniem i prokuratorem-to nie sarkazm bo ekonomista, prawnik może to chyba tak odebrać).</p> <p>Odnosnie dzieci z pierwszą kategoryzacją (tu jasno jest stwierdzone-dziecko pod stałą opieką rodziców-i fajnie że to jest napisane) pielęgniarka_ na dobę na jedno_ dziecko ma czasu bezpośredniego sto minut to 1 godzina i 40 minut. Biorąc pod uwagę że jest to dziecko, a pielęgniarka buduje zaufanie przez kontakt w dużej mierze bezpośredni to proszę mi wierzyć to nie jest doskonały projekt, ale nie jestem malkontentem i przy mądrych opiekunach godnych zaufania (z tym jest różnie) i szczęściu zawodowemu (mało przyjęć, brak ciężkich stanów, brak dzieci bez opiekuna) może być ten projekt do zaakceptowania.</p>
92	Barbara Wyroślak	<p>Pragnę poinformować, że jestem pielęgniarką operacyjną z 25 letnim stażem pracy na bloku operacyjnym. Z mojego doświadczenia wynika, że specyfika pracy na bloku operacyjnym wymaga od personelu specjalnych umiejętności.</p> <p>Pielęgniarce instrumentującej może asystować tylko pielęgniarka operacyjna, która posiada wiedzę jest zorientowana w otoczeniu i kompetentna w swej pracy. Pielęgniarka asystująca ma pomagać, ułatwiać pracę koleżance instrumentującej, organizować zaplecze oraz w razie potrzeby zastąpić ją. Minimalna obsada na 1 czynny stół operacyjny to dwie pielęgniarki operacyjne.</p>
93	Barbara Iwona NAWROT	<p>Jestem pielęgniarką z wyższym wykształceniem pielęgniarskim, z ponad dwudziestoletnim stażem w zawodzie. Większość czasu przepracowałam na oddziale internistycznym, gdzie liczba łóżek dla pacjentów wynosi 51 sztuk, w tym 6 łóżek dla pacjentów intensywnego nadzoru z kardiomonitorem oraz stanem etatowym 15 pielęgniarek. Swój komentarz do projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2012 roku, w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, pragnę oprzeć o swoje dotychczasowe doświadczenie zawodowe. Otóż żadne rozporządzenie nie zmieni naszej sytuacji i warunków pracy, jeżeli pielęgniarka na dyżurze będzie wykonywała swoje obowiązki, a dodatkowo będzie absorbowana do wykonywania czynności salowej, kuchenkowej i opiekuńczej medycznej. Projekt wymienionego rozporządzenia w swoich założeniach, co prawda, określa liczbę etatową pielęgniarek, i co z tego? Kto zmusi Dyrektora do zatrudnienia tylu pielęgniarek na danym oddziale, jak to wynika ze wzoru: $Le = L \times 0,7$ - w przypadku naszego oddziału, to liczba 35-36 pielęgniarek. Moim zdaniem powinno się stworzyć taki przepis prawny, który by wprost nakładał na Dyrektorów prawny obowiązek zatrudniania tylu pielęgniarek, ile zakłada to rozporządzenie. Zakres czynności - patrz w wydaniu polskim obowiązki pielęgniarki - powinno się ograniczyć</p>

		<p>tylko do opieki nad chorym. Taki stan pozwoliłby na właściwą opiekę i troskę o chorego, bo "życie i zdrowie ludzkie jest najwyższą wartością". Dlatego nie należy określać z góry czasu, jaki należy poświęcać choremu, ponieważ nie jest on produktem przemysłowym.</p>
94	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	<p>1. Zmiana tytułu rozporządzenia na: „rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych”. Analogicznie w całej treści rozporządzenia zamienić określenie „w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami” na określenie „w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych”.</p> <p>Przedmiotowe rozporządzenie powinno obowiązywać we wszystkich podmiotach leczniczych, bez względu na formę organizacyjno-prawną podmiotu. Wymóg codziennej kategoryzacji pacjentów powinien być odzwierciedlony w obowiązującej dokumentacji medycznej pacjenta, np. karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej lub karcie indywidualnej opieki prowadzonej przez położną lub księdze raportów pielęgniarskich.</p> <p>Właściwy poziom zatrudnienia, szacowanie obsad pielęgniarskich zgodnie z zapotrzebowaniem powinien obowiązywać we wszystkich placówkach medycznych funkcjonujących w systemie. Powyższe zapewnia właściwy poziom jakości realizowanych świadczeń zdrowotnych, zapobiega zdarzeniom niepożądanym oraz gwarantuje bezpieczeństwo przede wszystkim pacjentów oraz pielęgniarek i położnych.</p> <p>2. W projekcie należy wprowadzić przepis w brzmieniu: „Wystąpienie, co najmniej jednego kryterium z wyższej kategorii kwalifikuje pacjenta do tej kategorii.”</p> <p>3. W § 1 należy wprowadzić kolejny ustęp 4 w brzmieniu: „4. Projekt minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, o których mowa w ust. 1, opracowuje zgodnie z przepisami rozporządzenia, uwzględniając zarejestrowane w sposób określony przez kierownika podmiotu leczniczego świadczenia zdrowotne, naczelna pielęgniarka, przełożona pielęgniarek i położnych.”</p> <p>4. W § 1 ust. 1 należy wprowadzić zapis w brzmieniu: „Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w pracowniach specjalistycznych i izbach przyjęć funkcjonujących w strukturze danego oddziału lub przy tym oddziale, ustala się odrębnie dla tych pracowni i izb.”</p> <p>5. W § 3 ust. 3 pkt 2 należy skorygować zapis wzoru na: $T\acute{s}pc = T\acute{s}pb + Tpp$.</p> <p>6. Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych na rok 2013 powinny być określone dla wszystkich oddziałów szpitalnych i komórek organizacyjnych analogicznie jak dla oddziałów nowotworzonych na zasadach ustalonych w § 4 projektu rozporządzenia.</p> <p>Uzasadnienie</p> <p>Rok 2013 podmioty lecznicze powinny wykorzystać do obliczenia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych zgodnie z metodą kategoryzacji pacjentów przedstawioną w projekcie rozporządzenia. Dotychczas wiele podmiotów leczniczych prowadziło kategoryzację czterostopniową lub przy ustalaniu norm zatrudnienia stosowano przepisy rozporządzenia 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) nie uwzględniając kategoryzacji pacjentów. Obliczenia</p>

norm zatrudnienia powinny się odbywać w całym roku kalendarzowym 2013, co pozwoli na rzetelne określenie liczby pacjentów przypisanych do poszczególnych kategorii przedstawionych w projekcie (z uwzględnieniem sezonowej tendencji w hospitalizacji).

7. W § 6 należy dopisać następujące punkty:

- dopisać pkt 5 w brzmieniu: „normy zatrudnienia w szpitalnym oddziale ratunkowym, co najmniej dwie pielęgniarki w każdym obszarze na zmianie”,
- dopisać pkt 6 w brzmieniu: „normy zatrudnienia w izbie przyjęć co najmniej 2 pielęgniarki na każdym stanowisku na zmianie, a na stanowisku położniczo – ginekologicznym co najmniej 1 położna na zmianę”,
- dopisać pkt 7 w brzmieniu: „normy zatrudnienia w zakładzie pielęgnacyjno- opiekuńczym i opiekuńczo- leczniczym nie mniej niż 0,5 etatu przeliczeniowego na 1 pacjenta, z założeniem, że 40 % świadczeń do realizacji przez pielęgniarki”,
- dopisać pkt 8 w brzmieniu: „normy zatrudnienia w hospicjum nie mniej niż 1,00 etat przeliczeniowy na 1 pacjenta”.

8. W Załączniku nr 2:

- w pkt. 2. Higiena - Kategoria III – dopisać „lub wykonanie toalety jamy ustnej”

- w pkt 3. Odżywianie - Kategoria II - dopisać „nadzór nad spożywaniem posiłków”,

Uzasadnienie:

Niejednokrotnie ze względu na przyjmowanie środków psychotropowych występują trudności w połykaniu posiłków i dławienie się, wobec czego musi być sprawowany nadzór nad spożywanymi posiłkami.

- w pkt 5 Pomiar parametrów życiowych - w Kategorii III – czynność „prowadzenie kart obserwacji i unieruchomienia” należy zmienić na: „założenie i prowadzenie kart obserwacji i unieruchomienia” oraz dopisać „prowadzenie bilansów płynów, pobieranie próbek krwi, moczu i innych wydzielin częściej niż 2 razy na dobę”, analogicznie jak w załączniku nr 1.

- w pkt. 8 - Zachowania agresywne – w Kategorii III - dopisać po wyrazie „pacjentów” „personelu”.

- w pkt. 10 - Napęd psychoruchowy – w Kategorii III po wyrazie „płacze” wykreślić wyraz „szarpie się” oraz wyrażenie: „pacjent unieruchomiony” zmienić na: „zabezpieczony mechanicznie.”

Uzasadnienie:

Używanie określenia pacjent unieruchomiony w psychiatrii i na oddziale dializ podczas np. dializoterapii, będzie miało zupełnie inne znaczenie, natomiast prawidłowym określeniem pacjenta unieruchomionego na psychiatrii jest pacjent zabezpieczony mechanicznie.

- w pkt. 13 - Objawy psychotyczne – w Kategorii III wykreślić wyrażenie: „ciężkie, masywne” i dalej bez zmian,

		<p>Do katalogu klasyfikacji proponujemy dopisać punkt:</p> <p>„Komunikacja interpersonalna</p> <p>Kategoria I – pacjent odpowiada na pytania, potrafi inicjować rozmowę i ją podtrzymywać (słyszy, co do niego mówi rozmówca),</p> <p>Kategoria II – pacjent na pytania odpowiada niechętnie lub po długim namyśle, sam nie inicjuje rozmowy, nie podtrzymuje rozmowy.</p> <p>Kategoria III – kontakt słowny utrudniony lub niemożliwy (nie słyszy lub występują objawy wytwórcze) pacjent nie odpowiada na pytania, stosuje pozawerbalną komunikację.”</p>
95	Związek Zawodowy NSZZ "Solidarność" przy Ośrodku Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych	<p>wyraża swoje zaniepokojenie i sprzeciw dotyczący możliwości wprowadzenia w/w regulacji w placówkach terapii uzależnień.</p> <p>Praca pielęgniarki na tym oddziale sprowadza się do czynności dozorujących respektowanie przez pacjentów regulaminu ośrodka czy podawania leków niektórym pacjentom. Niepotrzebne generowanie kosztów związanych z dotrudnieniem dodatkowych pielęgniarek może skutkować ograniczeniem możliwości zatrudniania specjalistów psychoterapii czy nawet redukcją etatów pracowników zajmujących się podstawową działalnością w zakresie leczenia uzależnień czyli psychoterapią. Przyjęte w rozporządzeniu rozwiązanie jest nieracjonalne w odniesieniu do podmiotów leczniczych świadczących usługi w zakresie psychoterapii uzależnień.</p> <p>W imieniu Komisji Zakładowej Marzanna Wojtczak-Słowikowska- przewodnicząca Komisji</p>
96	Związek Pracodawców Pomorza Zachodniego Lewiatan Grzegorz Szulc Dyrektor Biura	<p>W związku z otrzymaniem projektu rozporządzenia Związek Pracodawców Pomorza Zachodniego Lewiatan przekazuje następujące uwagi:</p> <p>Uwagi do § 1</p> <p><u>Ust. 1</u> – Zgodnie z zapisem sposób naliczania „minimalnych norm zatrudnienia” dotyczy <u>przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą</u>. W praktyce natomiast, Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w wielu zakresach stawiają wymagania wobec wszystkich świadczeniodawców (bez względu na formę własności czy organizacji) spełnienia zapisów rozporządzenia MZ w sprawie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek. W związku z powyższym od wielu lat jednakowe wymagania stawiane są wszystkim świadczeniodawcom udzielającym świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Sama nazwa Rozporządzenia i zapis regulujący zakres jego stosowania jest niezgodna z wieloletnią praktyką stosowania prawa wynikającą z Zarządzeń niższego szczebla w tym zakresie.</p> <p><u>Ust. 2</u> – do minimalnych norm zatrudnienia powinno wliczać się czas pracy pielęgniarek oddziałowych, które niezaprzeczalnie uczestniczą w realizacji świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich a przede wszystkim pośrednich, organizując i nadzorując pracę podległego personelu. Podobnie jak lekarz pełniący funkcję ordynatora, świadczy jednocześnie usługi lekarskie a jego czas pracy jest wliczany do norm zatrudnienia lekarzy.</p> <p><u>Ust. 3</u> – Zapis, iż w każdej komórce organizacyjnej obsada pielęgniarek nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki godzi w sens istnienia małych oddziałów (np. 2-12- łóżkowych), z uwagi na zawyżoną w stosunku do liczby łóżek obsadę a co za</p>

tym idzie koszt zatrudnienia pielęgniarek. W takich przypadkach, aby zapewnić prawidłowy standard opieki pielęgniarskiej nad pacjentem wystarczyłoby wprowadzić zapis o możliwości przeliczenia wymaganych etatów na ogólną liczbę łóżek w ramach danej jednostki organizacyjnej. Zmiana ta nie spowodowałaby zaniżenia standardu opieki pielęgniarskiej. W przeciwnym razie małe oddziały jako przynoszące starty będą likwidowane a większe, znajdujące się w dużych szpitalach położonych w miastach wojewódzkich powiększane. W efekcie mimo zakontraktowania przez NFZ takiej samej ilości usług w danym zakresie, dostępność do danego rodzaju usług w regionach zmniejszy się poprzez wydłużenie odległości między miejscem zamieszkania pacjenta a najbliższym dostępnym oddziałem. Obecna propozycja preferuje więc duże szpitale, mające w swojej strukturze duże oddziały dyskredytując mniejsze jednostki. Niestety proponowany zapis nie został sporządzony w oparciu o analizę struktury łóżek w poszczególnych, istniejących podmiotach leczniczych świadczących usługi zdrowotne w systemie stacjonarnym, choć dane na ten temat są jawne i ogólnodostępne w:

- Rejestrze Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą prowadzonych przez Wojewodów – ilość zarejestrowanych łóżek w oddziałach
- NFZ (www.nfz.gov.pl) – informator o zawartych umowach – ilość faktycznie zakontraktowanych usług, które w oparciu o Zarządzenia Prezesa NFZ można przeliczyć na liczbę zakontraktowanych łóżek w oddziałach.

Uwagi do § 2

Ust. 1 – Zapis „...stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne lub inne niż szpitalne...” odnosi się do świadczeń udzielanych w: szpitalach, sanatoriach, uzdrowiskach, ośrodkach rehabilitacyjnych, zakładach opiekuńczo-pielęgnacyjnych i opiekuńczo-leczniczych (udzielających całodobowych świadczeń zdrowotnych).

Np. w zakładach opiekuńczo-pielęgnacyjnych normy zatrudnienia pielęgniarek od stycznia 2013 roku określa Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Norma ta przewiduje zatrudnienie 1 pielęgniarki na 2 łóżka z zastrzeżeniem, że 25% czasu pracy pielęgniarek mogą wykonywać opiekunowie medyczni. Już zapis wynikający z powyższego przepisu powoduje, że udział procentowy kosztów zatrudnienia pielęgniarek i opiekunów w stosunku do stawki za osobodzień jest zawyżony.

Przykład 1. Porównania kosztowe dla 30-łóżkowego oddziału opiekuńczo-pielęgnacyjnego:

- zgodnie z w.w. Zarządzeniem Prezesa wymagane jest: 15 etatów w tym: 11,25 etatu pielęgniarki w tym pielęgniarka oddziałowa i 3,75 etatu opiekuna medycznego. Koszt usług pielęgniarskich na osobodzień to 61 zł czyli 81 % stawki NFZ za osobodzień pobytu pacjenta w zop (która wynosi: 75 zł) *Założenia do obliczeń stanowią załącznik nr 1.*

- zgodnie z projektem rozporządzenia w sprawie minimalnych norm zatrudnienia (...) wymagane jest (przy założeniu, że 4 pacjentów jest w I kategorii, 21 w II kategorii, 5 w III kategorii) 14,9 etatu pielęgniarki bez możliwości zatrudnienia w wymiarze tego czasu 25% opiekunów medycznych + pielęgniarka oddziałowa. Koszt usług pielęgniarskich na osobodzień to 65 zł czyli 87 % stawki NFZ za osobodzień pobytu pacjenta w zop (która wynosi: 75 zł)

W obu przypadkach koszt wprowadzenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek nie jest uwzględniony w stawce za osobodzień gdyż realizacja pozostałych gwarantowanych świadczeń: rehabilitacyjnych, lekarskich, badań, konsultacji, transportu, zapewnienia i utrzymania odpowiedniego sprzętu, farmakoterapii i zapewnienia środków pomocniczych nie jest możliwa za kwotę 10-15 zł/dobę. Udział procentowy kosztów pracy pielęgniarek pochłania nieproporcjonalnie dużą część stawki za osobodzień.

Załącznik nr 1. „Kwalifikacja pacjentów do kategorii opieki dla oddziałów o profilu zabiegowym i zachowawczym” – nie zawiera żadnych wskazówek ani punktacji co uniemożliwia przyporządkowanie pacjenta do I, II lub III kategorii w przypadku gdy w różnych kryteriach opieki pacjent jest kwalifikowany do różnych grup.

Ust. 2 – Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek w stacjonarnym leczeniu psychiatrycznym są znacząco zawyżone, w efekcie czego koszty tych świadczeń w opiece psychiatrycznej w niektórych rodzajach nawet przewyższają stawkę całkowitą za osobodzień pobytu pacjenta refundowaną przez NFZ. Z finansowego punktu widzenia rację bytu tracą małe oddziały psychiatryczne.

Obecna propozycja norm zatrudnienia pielęgniarek nie została poparta analizą skutków finansowych i możliwości płatnika czyli NFZ, który nie zrefunduje w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego świadczeń pielęgniarskich w wymiarach określonych normami z projektu rozporządzenia MZ.

Przykład 2. Porównania kosztowe dla 30-łóżkowego oddziału psychiatrycznego dla dorosłych.

30-łóżkowy oddział psychiatryczny dla dorosłych (przy założeniu, że 6 pacjentów jest w I kategorii, 20 w II kategorii, 4 w III kategorii) to 27 etatów pielęgniarskich + pielęgniarka oddziałowa. Koszt usług pielęgniarskich na osobodzień to 113 zł czyli 72 % stawki NFZ za osobodzień pobytu pacjenta w oddziale psychiatrycznym (która wynosi: 157,50 zł)

Przykład 3.

W tym samym co powyższej 30-łóżkowym szpitalu psychiatrycznym znajduje się 4-łóżkowy oddział detoksykacyjny, który zgodnie z nowymi normami jako odrębna komórka organizacyjna musi zatrudnić odrębny personel pielęgniarski w obsadzie nie mniejszej niż 2 pielęgniarki na zmianę.

Założenie: 2 pacjentów jest w II kategorii i 2 pacjentów jest w III kategorii opieki. Przy spełnieniu wymogu zatrudnienia w zakresie zapewnienia opieki wymagane jest 1,5 etatu pielęgniarskiego na oddział detoksykacyjny. Natomiast w związku z koniecznością zapewnienia osobnych 2-osobowych dyżurów należałoby zatrudnić pielęgniarki w wymiarze minimum 11,3 etatu na ten mały oddział. Koszt świadczeń pielęgniarskich w przeliczeniu na 1 osobodzień pobytu pacjenta to 337 zł czyli 177 % stawki NFZ za osobodzień pobytu pacjenta w oddziale detoksykacyjnym (która wynosi: 190,00 zł).

W województwie zachodniopomorskim średni oddział detoksykacyjny liczy 4 łóżka i każdy jest uzupełnieniem oferty większych oddziałów psychiatrycznych lub ośrodka leczenia uzależnień (Medison w Koszalinie – 2 łóżka, Salus w Szczecinku – 4 łóżka, WOTOW w Stanominie – 8 łóżek, SP ZOZ Zdroje w Szczecinie – 9 łóżek - zlikwidowany w 2012 roku, SP ZOZ w Gryficach 2 łóżka). W całym województwie nie istnieje oddział detoksykacyjny, który byłby w stanie zapewnić obsady pielęgniarskie zaproponowane w projekcie rozporządzenia przy obowiązujących stawkach NFZ.

Nie istnieje żadna realna możliwość aby małe oddziały nie zostały zlikwidowane a ich kontrakty nie zostały podzielone na większe jednostki.

Przykład 4.

30-łóżkowy oddział opiekuńczo-pielęgnacyjny psychiatryczny dla dorosłych (przy założeniu, że 6 pacjentów jest w I kategorii, 20 w II kategorii, 4 w III kategorii) 27 etatów pielęgniarskich + pielęgniarka oddziałowa. Koszt usług pielęgniarskich na osobodzień to 113 zł czyli 113 % stawki NFZ za osobodzień pobytu pacjenta w oddziale opiek-piel. psychiatrycznym (która wynosi: 100,00 zł). W przypadku niskopłatnych usług psychiatrycznych długoterminowych koszt samych świadczeń pielęgniarskich, przy proponowanych normach przewyższa o 13% stawki refundowane przez NFZ.

W województwie zachodniopomorskim są 3 zakłady opiekuńczo-pielęgnacyjne dla chorych psychicznie (Patronka w Szczecinku 13 łóżek, Medison w Koszalinie 14 łóżek, SP ZOZ Zdroje w Szczecinie – 58 łóżek). Żaden z zakładów w województwie nie będzie w stanie zapewnić obsad pielęgniarskich zaproponowanych w projekcie rozporządzenia przy obowiązujących stawkach NFZ.

We wszystkich przypadkach koszt wprowadzenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek nie jest uwzględniony w stawce za osobodzień gdyż realizacja pozostałych gwarantowanych świadczeń: rehabilitacyjnych, terapeutycznych,

lekarskich, badań, konsultacji, transportu, zapewnienia i utrzymania odpowiedniego sprzętu, farmakoterapii i zapewnienia środków pomocniczych nie jest możliwa. W przypadku małych oddziałów np. detoksykacyjnych w szpitalach psychiatrycznych, z uwagi na konieczność stosowania norm zatrudnienia odrębnie dla każdej komórki organizacyjnej koszt zatrudnienia pielęgniarek niemal dwukrotnie przewyższa refundację NFZ za wszystkie udzielane świadczenia. Podobnie tragicznie przedstawia się sytuacja finansowa oddziałów psychiatrycznych dla przewlekle chorych, zakładów opiekuńczo-pielęgnacyjnych o profilu psychiatrycznym czy oddziałów psychogeriatrycznych gdzie refundacja nie wystarczy na pokrycie kosztów zatrudnienia pielęgniarek.

W oparciu o analizę kosztów zapewnienia obsad pielęgniarskich wg. minimalnych norm w zakresie opieki psychiatrycznej określonych w projekcie rozporządzenia i stawek refundacji NFZ za świadczenia w opiece psychiatrycznej, bezprzedmiotowe jest zawyżanie czasu opieki pielęgniarskiej psychiatrycznej przy braku źródła finansowania.

Załącznik nr 2. „Kwalifikacja pacjentów do kategorii opieki dla oddziałów o profilu psychiatrycznym” – tak samo nie zawiera żadnych wskazówek ani punktacji co uniemożliwia przyporządkowanie pacjenta do I, II lub III kategorii w przypadku gdy w różnych kryteriach opieki pacjent jest kwalifikowany do różnych grup.

Uwagi do § 3

Przy zawyżonych normach czasu pracy bezpośrednio i braku uwzględnienia w ogólnym czasie pracy pielęgniarskiej czasu pracy pielęgniarek oddziałowych bezzasadne jest dodatkowe zawyżanie norm o Tpp – średni czas wykonywania świadczeń pielęgniarskich pośrednich, który wynosi od 25% do 50% czasu pielęgnacji bezpośredniej.

Td – średni czas dyspozycyjny pielęgniarki lub położnej w ciągu roku wynoszący 202 dni jest znacznie zaniżony,

co gorsze błędnie obliczony i powoduje w efekcie zawyżenie minimalnych norm zatrudnienia. Proponujemy aby współczynnik ten nie był sztywno, z góry określony a podmioty lecznicze same obliczały go w oparciu o dane dotyczące absencji pracowników pochodzące z roku poprzedniego. W uzasadnieniu do rozporządzenia znajdujemy sposób obliczenia współczynnika i jego składowe dane, jednak w projekcie rozporządzenia został on wpisany jako cyfra bez możliwości modyfikacji. W praktyce prawo będzie stosowane literalnie i pomimo intencji zawartych w uzasadnieniu projektu o możliwości obliczania czasu dyspozycyjnego, po wejściu w życie rozporządzenia w obecnej treści nie będzie takiej możliwości.

Uwagi do oceny skutków regulacji załączonej do projektu rozporządzenia

Oceniono, iż wprowadzone zmiany nie będą miały wpływu na sektor finansów publicznych i budżety jednostek samorządu terytorialnego. Po pierwsze świadczy to o tym, iż Ministerstwo nie przewiduje zwiększenia stawek płaconych przez NFZ za usługi całonocne szpitalne i inne niż szpitalne w związku z podwyższeniem standardów opieki pielęgniarskiej i zawyżeniem minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek. Po drugie niestety nie jest to twierdzenie prawdziwe gdyż podniesienie kosztów świadczeń pielęgniarskich spowoduje powstanie ujemnego wyniku finansowego wielu jednostek i spowoduje konieczność pokrycia go ze środków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego będącymi organami założycielskimi podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Po trzecie ocena nie została poparta analizą finansową skutków wprowadzenia projektu w życie ani analizą stanu i struktury podmiotów leczniczych, których rozporządzenie ma dotyczyć.

		<p>Pomimo braku oceny skutków finansowych proponowanych zmian, oceniono, że mogą mieć one wpływ na rynek pracy. W sporej części podmiotów, a we wszystkich posiadających małe oddziały konieczne będzie zwiększenie zatrudnienia pielęgniarek nawet o 100% lub likwidacja oddziału i zwolnienie zatrudnionych w nim pielęgniarek. Z kolei w oddziałach, gdzie konieczne będzie niewielkie zwiększenie liczby etatów, przy dotychczasowym budżecie przeznaczonym na wynagrodzenia płaca zasadnicza pielęgniarek zostanie obniżona.</p> <p>Trzeba w tym punkcie zaznaczyć, że w większości regionów istnieje duży niedobór personelu pielęgniarskiego, głównie wynikający z zamknięcia przed 20-laty Liceów Pielęgniarskich i Policealnych Szkół Pielęgniarskich. Już w chwili obecnej duży problem stanowi pozyskanie personelu pielęgniarskiego, a przy zaproponowanych rozwiązaniach skutkujących zwiększeniem popytu na personel pielęgniarski znalezienie odpowiedniej do wymogów liczby pielęgniarek będzie po prostu niemożliwe.</p> <p>Ponadto znaczna część czynności wykonywanych przez pielęgniarki może być wykonywana również przez opiekuna medycznego, co nie spowoduje obniżenia jakości usług opiekuńczych w oddziałach. Czynności takie jak: mycie, czesanie, karmienie, zmiana pozycji ciała pacjenta, zmiana pościeli, pomiar temperatury ciała, pomiar ciśnienia tętniczego, założenie okładu itd. leżą w zakresie czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego, który z uwagi na brak medycznego personelu średniego zyskuje na popularności i jest nowopowstałym zawodem medycznym. Wprowadzenie tego zwodu do lecznictwa stacjonarnego mało poprawi jakość opieki bezpośredniej nad pacjentem nie powodując wzrostu kosztów tej opieki. W proponowanym projekcie nie uwzględnia się wcale czasu pracy, który zajmuje wykonywanie czynności do których nie jest konieczne posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki.</p> <p>Oceniono, że regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność i przedsiębiorczość – niesłusznie. Zgodnie z zapisem sposób naliczania „minimalnych norm zatrudnienia” dotyczy <u>przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą</u>. W praktyce natomiast, Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w wielu zakresach stawiają wymagania wobec wszystkich świadczeniodawców (bez względu na formę własności czy organizacji) spełnienia zapisów rozporządzenia MZ w sprawie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek. W związku z powyższym od wielu lat jednakowe wymagania stawiane są wszystkim świadczeniodawcom udzielającym świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Sama nazwa Rozporządzenia i zapis regulujący zakres jego stosowania jest niezgodna z wieloletnią praktyką stosowania prawa wynikającą z Zarządzeń niższego szczebla w tym zakresie. W związku z praktycznym zastosowaniem regulacji do podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami oczywistym jest, iż będzie miała ona wpływ na konkurencyjność i przedsiębiorczość. Nastąpi spadek konkurencyjności małych jednostek z małymi oddziałami uzupełniającymi ofertę podstawową, świadczących usługi poza miastem wojewódzkim, w stosunku do dużych szpitali, które odczują negatywne skutki finansowe wprowadzenia w życie rozporządzenia w mniejszym stopniu.</p> <p>Oceniono również, że rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację rozwój regionalny lecz niestety będzie miało wpływ negatywny. Pogłębi różnice między dużymi aglomeracjami a resztą regionu.</p>
97	Wojewódzki ośrodek Leczenia Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Gorzycach	<p>1. Obecna treść projektu rozporządzenia jest nie do przyjęcia ponieważ wywoła katastrofalne zagrożenie dla dalszego funkcjonowania tutejszego Ośrodka i publicznych podmiotów leczniczych o podobnym profilu działania. W przypadku WOLOiZOL w Gorzycach po wprowadzeniu w życie projektu rozporządzenia w obecnej treści dojdzie do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • albo do niepodpisania kontraktu z NFZ lub do jego rozwiązania z uwagi na brak możliwości pozyskania na lokalnym rynku pracy dodatkowo ponad 100 pielęgniarek jednocześnie (przy obecnym stanie zatrudnienia pielęgniarek 67) – spełnienie norm zatrudnienia personelu medycznego jest jednym z podstawowych warunków podpisania kontraktu z NFZ, • albo do zwiększenia kosztów działalności o ok. 4,4 mln zł w skali roku, przy wartości kontraktu z NFZ ok. 13 mln zł, co będzie kumulowało ujemny wynik finansowy o wskazaną kwotę i może doprowadzić do likwidacji zakładu – dane

finansowe NFZ i dotychczasowe doświadczenia wskazują, że NFZ nie jest w stanie zwiększyć na stałe kontraktu o wskazaną kwotę.

W związku z powyższym skutki regulacji wskazane w uzasadnieniu projektu są błędne. Biorąc pod uwagę zagrożenie jw. projekt poważnie negatywnie wpłynie w szczególności:

- na sektor finansów publicznych i budżety jednostek samorządu terytorialnego gdyż podmioty tworzące będą pokrywać ujemne wyniki finansowe powstałe ze zwiększonych kosztów zatrudnienia pielęgniarek. W związku z tym jest oczywistym nieporozumieniem stwierdzenie w ust. 3 uzasadnienia braku wpływu projektu na sektor finansów publicznych. Zgodnie z art. 9 pkt 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240 ze zm.) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej tworzą sektor finansów publicznych. Tym samym zwiększenie kosztów ich funkcjonowania poprzez wprowadzenie projektowanych minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w sposób jaskrawy zwiększy koszty funkcjonowania tej kategorii podmiotów sektora finansów publicznych. Nie można też twierdzić o braku wpływu na finanse jednostek samorządu terytorialnego, albowiem co do zasady te właśnie jednostki są podmiotami tworzącymi samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (podmioty lecznicze nie będące przedsiębiorcami), a co za tym idzie w przypadku pokrywania ujemnego wyniku finansowego tego zakładu na zasadzie art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej czy przejęcia zobowiązań na podstawie art. 61 powołanej ustawy w przypadku likwidacji zwiększone koszty działalności sp zoz-u będą obciążały jednostkę samorządu terytorialnego jako podmiot tworzący.
- na rynek pracy gdyż:
 - dojdzie do zwiększenia bezrobocia wszystkich grup pracowniczych zatrudnionych w podobnych zakładach (jeżeli podmiot tworzący nie pokryje ujemnego wyniku i podejmie decyzję o likwidacji zakładu) lub innych pracowników (np. instruktorów terapii zajęciowej, salowych, opiekunów medycznych, specjalistów terapii uzależnień, pracowników administracji, itp.), których trzeba będzie zwolnić, by przygotować miejsca dla pielęgniarek wymaganych normami prawa,
 - dojdzie do zmniejszenia dotychczasowego pułapu wynagradzania, by znaleźć środki na pokrycie kosztów zatrudnienia dodatkowych pielęgniarek wymaganych przepisami prawa (w przypadku braku radykalnego zwiększenia cen jednostkowych świadczeń objętych umową, Ośrodek będzie zmuszony zredukować stan zatrudnienia pozostałych pracowników oraz wysokość wynagrodzeń we wszystkich grupach zawodowych, w tym w grupie pielęgniarek),
 - pielęgniarki, w porównaniu z innymi zawodami, staną się grupą uprzywilejowaną przepisami prawa i otrzymają narzędzie do dyktowania warunków zatrudnienia (na pewno na naszym lokalnym rynku pracy, na którym nie znajdziemy brakującej ilości pielęgniarek) lub nie będzie dla nich miejsca pracy gdy zakład zostanie zlikwidowany;
- na sytuację i rozwój regionalny oraz na ochronę zdrowia społeczeństwa gdyż może dojść do likwidacji części publicznych podmiotów leczniczych;
- na konkurencyjność i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw gdyż w sposób nieuzasadniony zwiększy się konkurencyjność podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami, które nie są objęte projektowaną regulacją i w dalszym ciągu utrzymają dotychczasowy poziom kosztów zatrudnienia, a przez to będą mogły składać korzystniejsze oferty w postępowaniach konkursowych prowadzonych przez NFZ. W związku z tym nie do przyjęcia jest twierdzenie zawarte w ust. 5 uzasadnienia projektu o braku wpływu projektowanej regulacji na konkurencyjność. Zważyć należy, iż przepisy projektu dotyczą wyłącznie podmiotów nie będących przedsiębiorcami czyli publicznych. Jest oczywiste, że zwiększenie obsady pielęgniarsko – położniczej spowoduje wzrost kosztów funkcjonowania wyłącznie podmiotów publicznych i stanie się on zdecydowanie mniej konkurencyjny w stosunku do podmiotów leczniczych

będących przedsiębiorcami, które to nie są obowiązane do stosowania projektowanych norm.

UZASADNIENIE

W przypadku WOLOiZOL w Gorzycach obecne brzmienie § 1 ust. 3 i § 2 ust. 2 spowoduje wzrost kosztów funkcjonowania oddziałów udzielających stacjonarnych świadczeń terapii uzależnienia od alkoholu w granicach 400 tys. zł rocznie a psychiatrycznego zakładu opiekuńczo-leczniczego o ok. 4 mln zł rocznie.

Z uwagi na specyfikę podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe z zakresu leczenia uzależnień, świadczenia pielęgniarskie zredukowane są najczęściej do minimum (tj. wydawania leków niektórym pacjentom). W całodobowych oddziałach/ośrodkach leczenia uzależnień pacjenci są samodzielni i nie wymagają pielęgnacji. 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. Stanowisko to wydaje się być jeszcze bardziej uzasadnione w odniesieniu do placówek ambulatoryjnych. Wobec powyższego przyjęte w § 1 ust. 3 projektu rozwiązanie, zgodnie z którym liczba pielęgniarek lub położnych zatrudnionych na oddziale nie może być mniejsza niż 2, wydaje się być całkowicie nieracjonalne w odniesieniu do podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia w zakresie leczenia uzależnień i konieczne wydaje się być w tym zakresie dokonanie stosownych wyłączeń. Podobne stanowisko pojawiło się również w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia jw. (str. 28).

Z uwagi na specyfikę podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia z zakresu zakładów opiekuńczo-leczniczych (i psychiatrycznych zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych) świadczenia pielęgniarskie są tylko jednym z zakresów świadczeń, oprócz świadczeń lekarzy, psychologów, pedagogów (reeducacja), instruktorów terapii zajęciowej, fizykoterapeutów, opiekunów medycznych. W związku z tym jest absolutną nieprawdą, że przy pacjencie pracują wyłącznie pielęgniarki, co ewidentnie sugeruje przewidywany średni czas świadczeń pielęgniarskich określony w projekcie rozporządzenia. Świadczenia zdrowotne w podmiotach tego typu są realizowane w bardzo dużym zakresie również przez wskazanych wyżej pracowników medycznych, a ich podstawą jest min. rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 października 1995 r. w sprawie organizowania zajęć rehabilitacyjnych w szpitalach psychiatrycznych i nagradzania uczestników tych zajęć (Dz.U. Nr 127, poz. 614).

PROPOZYCJA ZAPOBIEGAJĄCA ZAGROŻENIOM JW.

2. § 1 ust. 3 powinien otrzymać nowe brzmienie:

„3. Obsada pielęgniarek oraz położnych w oddziale lub w innej komórce organizacyjnej o tym samym profilu przedsiębiorstwa nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianę. Wymagań tych nie stosuje się do podmiotu leczniczego nie będącego przedsiębiorcą wykonującym świadczenia stacjonarne i całodobowe z zakresu leczenia uzależnień i do psychiatrycznego zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz pielęgnacyjno-opiekuńczego.”

3. W § 3 ust. 2 dotychczasowa treść w brzmieniu: „Przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia w oddziale lub innej komórce organizacyjnej przedsiębiorstwa o profilu psychiatrycznym, przyjmuje się średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich wynoszący odpowiednio do kategorii opieki:” powinna otrzymać nowe brzmienie:

„Przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia w oddziale lub innej komórce organizacyjnej przedsiębiorstwa o profilu psychiatrycznym, z wyłączeniem psychiatrycznego zakładu opiekuńczo-leczniczego oraz pielęgnacyjno-opiekuńczego, przyjmuje się średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich wynoszący odpowiednio do kategorii opieki:”

W § 3 ust. 3 dotychczasowa treść w brzmieniu: „Przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia w podmiocie leczniczym nie będącym przedsiębiorcą wykonującym świadczenia stacjonarne i całodobowe z zakresu leczenia uzależnień uwzględnia się:” powinna otrzymać następujące brzmienie:

		„Przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia w podmiocie leczniczym nie będącym przedsiębiorcą wykonującym świadczenia stacjonarne i całodobowe z zakresu leczenia uzależnień oraz w psychiatrycznym zakładzie opiekuńczo-leczniczym oraz pielęgnacyjno-opiekuńczym uwzględnia się.”
98	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Krakowie Ewa Piskorz	Proponujemy <u>usunięcie</u> § 1 ust. 3, gdyż poziom zatrudnienia pielęgniarek regulowany jest w innych miejscach rozporządzenia i zależy od wielu czynników; 2 pielęgniarki na zmianę może być albo za dużo, albo za mało w warunkach pracy konkretnych oddziałów lub poradni.
99	Wiceprezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie Teresa Dobrzańska-Pielichowska	<p>W związku z przekazaniem do konsultacji społecznych projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” przesyła uwagi: Utworzone kategorie opieki są subiektywne, a ich określanie niezwykle pracochłonne, zabierające czas, który winien być poświęcony na pielęgnację chorych, nakładające dodatkowe obowiązki administracyjne na personel. Brak jest określenia sposobu dokumentacji tych kryteriów. W projekcie brak jest wskazówek w jaki sposób pacjent zaliczany ma być do odpowiedniej kategorii. Ile kryteriów opieki musi się mieścić w danej kategorii by zaliczyć do danej kategorii pacjenta? Przykładowo złamane obie kończyny dolne czyli nie opuszcza łóżka (kat.III), ale odżywia się sam (kat.I), wie wszystko o swojej chorobie (kat I). Brak jest określenia momentu czasowego dla klasyfikacji (przy przyjęciu? przy wypisie?). Precyzja wymagałaby przynajmniej codziennego klasyfikowania, ze względu na zmianę stanu zdrowia. Ustalanie norm minimalnych w podmiotach leczniczych co 12 miesięcy będzie powodowało coroczną zmianę liczby zatrudnionych, z bardzo dużymi wahaniami zależnymi od klasyfikacji pacjentów - tak naprawdę norma zależna od samych zatrudnionych. Zdaniem Federacji zapewnienie takiej obsady dyżurowej wydaje się niemożliwe biorąc pod uwagę ilość personelu na rynku pracy, zbyt duża ogólnikowość zapisów nie da je możliwości nawet przybliżenia ilości zapotrzebowania. Jeżeli do obliczeń brany będzie pod uwagę czas pracy pomniejszony o zwolnienia lekarskie, dni na szkolenie, dni opieki nad dzieckiem zwiększą dodatkowo "normy" minimalnego zatrudnienia, powodując, że dzienny czas pracy wynosi ok. 6 godzin (!). W projekcie brak jest określenia jakie powinno być postępowanie w przypadku braku wystarczającej ilości personelu, czy dojdzie do zamykania oddziałów? Zdaniem Federacji winny być dopuszczalne odstępstwa od tych reguł.</p> <p>Uwagi szczegółowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> § 2 ust. 3 pkt 3 zawiera błąd gramatyczny (niebędącego). W § 3 ust. 3 brak definicji zmiennej "Tśb" prawdopodobnie to błąd i powinno być "Tśpb" <p>Tśbp powinno być zdefiniowane jako średni czas świadczeń pielęgniarских bezpośrednich, a nie świadczenia pielęgniarских bezpośrednie.</p> <ol style="list-style-type: none"> Brak definicji zmiennej "N" zdaniem Federacji powinno być: N - łączna liczba pacjentów ze wszystkich kategorii (N=NI + NII + NIII) Dla parametru Tpp nie podano sposobu ustalania wartości. We wzorze na Le zamiast tworzyć współczynnik złożony z liczby stałej (365) i stałej Td (202) należy wprowadzić wzór $Le = Tśpc * 1,8$

		<p>6. Do stosowanych zmiennych i stałych winny być podane jednostki miary. W przypadku braku określenia jednostki czasu przy zmiennych zastosowanie mają jednostki standardowe czyli w tym przypadku sekunda. To spowoduje różnice w normach w stosunku do obliczeń w godzinach o 3600 razy większe zapotrzebowanie na etaty.</p> <p>Uwagi do oceny skutków regulacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. W OSR brak jest jakiegokolwiek oceny skali zjawiska odnośnie ilości osób zatrudnionych. 2. Ad 3. projekt wpłynie na finanse organów założycielskich tak jak to jest obecnie, zwiększając ich zadłużenie. 3. Ad 4. dochodzić może do lokalnych masowych zwolnień lub nagłego wzrostu zapotrzebowania i to każdego roku. 4. Ad 5. jest oczywiste, że stosowanie tego typu norm ogranicza konkurencyjność tych podmiotów leczniczych zwiększając ich koszty, a nie przyczyniając się do zwiększenia przyływu środków i to w sposób trudny do oszacowania dla zarządzających. 5. Ad 7. jest bardzo wątpliwe, czy regulacje liczebności personelu przekładają się na jakość i poprawę opieki, brak twardych danych na temat.
100	Stowarzyszenie Szpitali Małopolski Sucha Beskidzka	<p>Stowarzyszenie Szpitali Małopolski w związku z przekazaniem do konsultacji społecznych projektem Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, pragnie przedstawić następujące uwagi i zastrzeżenia w odniesieniu do jego treści:</p> <p>I . Drastyczne zwiększenie zatrudnienia</p> <p>W pierwszej kolejności należy podkreślić, iż zaproponowany w projekcie rozporządzenia sposób ustalania minimalnych norm, w stosunku do poprzednio obowiązującej regulacji w tym zakresie, powoduje wzrost zatrudnienia pielęgniarek i położnych na wielu oddziałach wbrew realnemu zapotrzebowaniu - w wielu małych oddziałach szpitalnych obsada minimalnie 2 pielęgniarek i położnych na zmianie jest całkowicie zbędna i w żaden sposób nie wpływa na poprawę jakości świadczeń, czy dostępności do nich. Tymczasem proponowane minimalne normy zatrudnienia narzucają konieczność zwiększenia zatrudnienia pielęgniarek i położnych w niektórych oddziałach nawet o 10 do 30 %. Wynika to stąd, iż projekt zawiera niewłaściwe wskaźniki średniego czasu świadczeń pielęgniarek i położnych oraz obliczania czasu dyspozycyjnego, a także błędnie klasyfikuje pacjentów do kategorii opieki.</p> <p>Co istotne - kierownika podmiotu leczniczego, w przeciwieństwie do poprzednio obowiązujących regulacji, pozbawia się wpływu na liczbę etatów pielęgniarek i położnych w zależności od specyfiki organizacji podmiotu leczniczego.</p> <p>II. Zarzut niezgodności rozporządzenia z ustawą Treść rozporządzenia jest wadliwa, bowiem zawiera propozycje przepisów wykraczających poza delegację ustawową, zawadą w art. 50 ust. 2 ustawy o działalności</p> <p>leczniczej. Powołany przepis, podobnie jak miało to miejsce na gruncie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, upoważnia do wydania rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych. Tymczasem, przedstawiony projekt w rzeczywistości nie wskazuje sposobu ustalania minimalnych norm zatrudniania, ale już je ustala, w tym w sposób sztywny i nieadekwatny do sytuacji poszczególnych jednostek narzuca normy, w ten sposób całkowicie rozmiijając się z nadrzędnym, ustawowo określonym celem — zapewnienia właściwej</p>

		<p>jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych.</p> <p>Tymczasem podkreślić należy, iż zgodnie z art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej minimalne normy zatrudniania pielęgniarek i położnych ustala kierownik danego podmiotu</p> <p>po zasięgnięciu opinii:</p> <ul style="list-style-type: none">- kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym, - przedstawiciele organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu. Przedstawiony projekt rozporządzenia stoi zatem w istotnej sprzeczności z rzeczywistą intencją ustawodawcy. <p>Niedopuszczalną jest bowiem sytuacja, w której kierownik podmiotu leczniczego przystępując do ustalania norm zatrudnienia nie posiada jakiegokolwiek dyspozycyjności w tym względzie, a zmuszony jest korzystać z norm narzuconych odgórnie, w oderwaniu od charakteru danej działalności i profilu zakładu — co całkowicie wypacza rolę kierownika w tym względzie — co istotne - określoną ustawowo. Dodatkowo mianem norm minimalnych nie sposób określać norm optymalnych, w istocie nie uwzględniających aktualnej sytuacji panującej w zakładzie. Absurdalnym i anachronicznym rozwiązaniem jest konieczność korzystania z norm ustalanych na podstawie założeń pochodzących z poprzedniego roku działalności jednostki.</p> <p>Charakter zaproponowanej regulacji nie pozwala na bieżąco regulować kwestii rozmiaru zatrudnienia w odniesieniu do dynamiki rozwoju, możliwych zmian organizacyjnych, realizacji umów z NFZ i innych czynników mających wpływ na ewentualne rozszerzenie lub ograniczenie działalności leczniczej.</p> <p>III. Negatywny wpływ rozporządzenia na sektor finansów publicznych, w tym sytuację ekonomiczną szpitali Projektodawca całkowicie rozmija się z prawdą, twierdząc, iż zawarte w projekcie rozporządzenia rozwiązania nie będą miały wpływu na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego (podmiotów tworzących). Wzrost zatrudnienia w skali 10-30% znacząco wpłynie na koszty prowadzenia działalności samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i znacząco pogorszy ich i tak już trudną sytuację ekonomiczną. Podniesienie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych spowoduje, że zwiększą się jednostkowe koszty świadczonych usług, co w kontekście ograniczonych możliwości finansowych spowoduje zmniejszenie liczby usług możliwych do zrealizowania przez szpitale i ograniczenie dostępności do świadczeń.</p> <p>Na marginesie wspomnieć w tym miejscu również należy o oczekiwanych problemach w zakresie tak dalece idącego uzupełnienia kadrowego w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych. Jak wiadomo już dziś pojawiają się trudności na gruncie zapewnienia dostatecznej ilości pielęgniarek i położnych w oddziałach. Drastyczne zwiększenie zatrudnienia i niemożliwość zapewnienia oczekiwanego stanu w tym zakresie przez kierowników zakładów narazi ich na zarzuty w zakresie niedostatecznego zabezpieczenia opieki nad pacjentami, co niekoniecznie będzie prawdą z praktycznego punktu widzenia lecz w kontekście zaproponowanych przepisów - wbrew prawu.</p> <p>IV. Negatywny wpływ na konkurencyjność i przedsiębiorczość Nieprawdziwym jest również twierdzenie, iż przedmiotowy projekt nie wywiera wpływu na konkurencyjność i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw. Wzrost zatrudnienia rodzi skutki, finansowe o czym była mowa wyżej. Z tego punktu widzenia rozporządzenie prowadzi do jawnej dyskryminacji podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą (spoz-ów), stawia je bowiem w o wiele gorszej sytuacji</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>niż inne podmioty wykonujące działalność leczniczą, w odniesieniu do których ustawa nie nakazuje stosowania minimalnych norm zatrudnienia.</p> <p>Jedynym dopuszczalnym w niniejszym kontekście rozwiązaniem - istotnie nie naruszającym zasad konkurencyjności na rynku zdrowia i równości podmiotów wykonujących działalność leczniczą, jak również realizującym przesłankę dbałości o wysoką jakość i dostępność do świadczeń medycznych - jest wdrożenie rozwiązań pozwalających na indywidualną ocenę, uwzględnienie specyfiki udzielanych świadczeń oraz dotychczasowych doświadczeń, na polu działania każdego z zakładów z osobna. Prawidłowe określenie sposobu ustalania norm zatrudnienia może zostać zrealizowane pod warunkiem wdrożenia - poprzedzającego termin wejścia Zycie rozporządzenia - pilotażu, polegającego na poczynieniu stosownych obliczeń w zakresie rzeczywistego zapotrzebowania w poszczególnych dziedzinach działalności leczniczej w określonych granicach czasowych. Dopiero ustalone w ten sposób dane, pozwoliłyby na sprecyzowanie odpowiadających realiom norm. Mając to na uwadze wskazać należy, iż najwcześniejszym możliwym terminem wdrożenia sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia może być 01.01.2014 r.</p> <p>Reasumując - efektem wdrożenia proponowanej regulacji byłoby ograniczenie dostępności do świadczeń oraz obniżanie ich jakości, będące konsekwencją drastycznego pogorszenia się sytuacji ekonomicznej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, stąd zasadność niniejszych zastrzeżeń jest oczywista.</p>
101	Grzegorz Wrona Przedstawiciel Związku Województw RP w Zespole ds. Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aktualnie Ustawa z dn. 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej w art. 50 ust. 2, zobowiązała Ministra Zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia sposobu ustalenia minimalnych norm pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, ale po zasięgnięciu opinii NRPiP oraz reprezentatywnych związków zawodowych. Nadto ustawodawca zobowiązał podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami do stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wskazując jednocześnie w ustawie, że normy ustala kierownik zakładu po zasięgnięciu opinii: kierowników jednostek lub komórek organizacyjnych określonych w regulaminie organizacyjnym, przedstawicieli organów samorządu zawodowego pielęgniarek oraz związku zawodowego pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu. Ustawodawca zobowiązał MZ do dokonywania corocznej oceny realizacji obowiązku stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Zarówno Ustawa jak i Rozporządzenie nie wskazuje osoby odpowiedzialnej za określenie norm w ww. podmiocie leczniczym, pozostawiając tę decyzję pewnie kierownikowi podmiotu (niedopatrzenie lub zamierzone działanie)? 2. Prawdopodobnie błąd w §2 pkt.6 - dla III kategorii opieki przyjęto czas 98 min. gdzie w kat. I czas wynosi -72min. a w kat. II- 100 min. 3. Modyfikacji powinny ulec załączniki do rozporządzenia w zakresie opisów kryteriów opieki w kategorii II i III. Niewłaściwe jest wskazywanie czy pacjent wymaga pomocy przy wstaniu z łóżka, z fotela, wyjścia i wejścia do wanny, pomocy przy umyciu włosów, pleców itp. Kategorie opieki powinny być opisane w sposób najprostszy tzn; pacjent samodzielny – I kategoria, pacjent częściowo samodzielny lub wymagający pomocy – II kategoria, pacjent niesamodzielny – III kategoria. 4. W załączniku nr 3. Klasyfikacja do kategorii opieki rodzących siłami natury w zespole porodowym stwierdza się niezwykle rozbudowane opisy poszczególnych kryteriów w danych kategoriach, dodatkowo z podziałem na okresy porodu. Sam II i III okres porodu, wymaga zapewnienia rodzącym wzmożonej opieki tj. zakwalifikowania ich do III kategorii opieki. Nad IV okresem porodu można dyskutować ale dla tego okresu powinny być przewidziane co najwyżej 2 kategorie II i III.

		<p>5. Dla oddziałów leczenia uzależnień rozporządzenie nie przewiduje jednoznacznie jak klasyfikować pacjentów z odcinków detoksykacyjnych. Biorąc pod uwagę załącznik nr 1 i 2 do rozporządzenia, pacjenci ww. odcinków pacjenci powinni być kwalifikowani do III kategorii opieki. Należałoby zatem doprecyzować to w rozporządzeniu, czyli wskazać, czy wobec tych pacjentów zastosowanie ma zał. nr 1 czy 2.</p> <p>6. Rozporządzenie nie wskazuje ile kryteriów opieki w danej kategorii musi zaistnieć, aby zaklasyfikować pacjenta do danej kategorii.</p> <p>7. Przy konieczności zapewnienia na bloku operacyjnym 2 pielęgniarek (operacyjnej i asystującej) na jeden czynny stół operacyjny – nie uwzględniono zasad funkcjonowania bloków operacyjnych z wieloma salami operacyjnymi, gdzie jedna pielęgniarka asystująca mogłaby zapewnić obsługę przykładowo dwóch sal operacyjnych.</p> <p>8. Przy konieczności zapewnienia 1 położnej na 1 rodzącą, wobec której zastosowano farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego, uwaga jak wyżej w pkt 7.</p> <p>9. Należy wskazać, iż wyniki wprowadzenia rozporządzenia mają służyć przede wszystkim pacjentom. Tylko pośrednio kadry zarządzającej personelem pielęgniarskim – a tak zapisano w uzasadnieniu rozporządzenia.</p> <p>10. W uzasadnieniu zapisano również sposób dokonywania przeliczeń wskazując jako normę dwa dni opieki nad dzieckiem, <i>pięć dni planowanego zwolnienia lekarskiego</i> i pięć dni na kształcenie ustawiczne. Takie założenia wprowadzają błędne przekonania o „obowiązku” przewidywania niezdolności do pracy, a przy obecnej wycenie procedur leczniczych, są niedostosowane do poziomu obecnej wyceny procedur i narażają podmioty lecznicze na jeszcze większe straty.</p> <p>11. Należy zauważyć, iż rozporządzenie dotyczy tylko szpiz. Nie obejmuje swoją właściwością spółek prawa handlowego. Pogląbi to tylko nierówność podmiotów.</p> <p>12. Nie można zgodzić się z zapisem dotyczącym obecności dwóch pielęgniarek na zmianie. Jest to ze wszech miar zasadne w obciążonych pracą oddziałach chirurgicznych czy wewnętrznych. Ale okulistyka czy laryngologia, szczególnie tam gdzie obłożenie jest rzędu 10 pacjentów – przesądza o tym zazwyczaj poziom kontraktu z NFZ – taki zapis jest niezasadny.</p> <p>13. Należy ściśle określić co ustawodawca rozumie pod pojęciem kadra kierownicza pielęgniarska i położnicza. Wyłączeniu powinny podlegać tylko pielęgniarki naczelne i przełożone pielęgniarek. Pielęgniarka i położna oddziałowe i pielęgniarki koordynujące tak jak ordynatorzy i kierownicy oddziałów wykonują i powinni wykonywać świadczenia zdrowotne. Wobec powyższego nie można się zgodzić na tworzenie kolejnych stanowisk urzędniczych.</p>
102	Anna Dudek konsultant wojewódzki w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego Szpital "Drewnica	<p>Mam taką propozycję:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Czasy dyspozycyjne pozostawić w gestii placówek. Niech działły kadr wyliczą nam średnią, którą można będzie podstawić do wzoru. 2. Czas czynności pośrednich (25%-50%) - gdyby obniżyć dolną granicę np. na 15 % daje to możliwość zwiększenia etatów pielęgniarskich, ale już nie tak drastycznie. W związku z tym, że w wielu placówkach są zatrudnieni opiekunowie medyczni to oni już w dużej mierze wykonują te czynności i odciążają pielęgniarki, a jednocześnie ich koszt zatrudnienia jest mniejszy niż pielęgniarki. Wiadomo, że w placówkach, gdzie są np. tylko ekipy sprzątające % czas tych świadczeń będzie większy. Tam gdzie są salowe, sanitariusze lub opiekunowie, czas tych świadczeń pośrednich będzie mniejszy. Wszystko zależy od organizacji placówki, od rozmieszczenia oddziałów i zatrudniania dodatkowego personelu. Zaproponowane czasy

		(40,100,160) są ok. Szczerze przyznam, że mam strasznego moralniaka ponieważ, kiedy czytałam wcześniej nowy projekt (inne naczelnie również), nikt nie próbował podstawić wtedy liczb do wzoru. Teraz na wszystko pozostało mało czasu. Niestety wiem również, że Koleżanki różnie liczą. Podstawione te same wartości liczbowe, dają różne wyniki końcowe w zależności od tego, kto liczy. Mimo przykładu w uzasadnieniu, każda rozumie pewne rzeczy inaczej....Niezbędne będą chyba króciutkie szkolenia w Izbach.
103	Ewa Łągiewka	<p>Pracuję w Izbie Przyjęć Szpitala o profilu głównie urazowym, gdzie w ciągu doby obsługiwanych jest średnio ok. 120 osób wymagających leczenia zachowawczego, pilnej interwencji ortopedycznej, chirurgicznej, anestezyjologicznej. Na dyżurze dziennym pracują 2 rejestratorki, 4 pielęgniarki zmianowe (powinno 7), 1 rankowa (powinny być 3). Na nocy tylko 2 pielęgniarki (powinno być 4) zmianowe i ok. 30 – 40 chorych.. Są to osoby zatrudnione na umowę o pracę i umowę cywilno – prawną. W obecnej sytuacji kadrowej są wieczne braki personelu. Gdyby nie pielęgniarki na umowach cywilno – prawnych pracujące po 250 a nawet 300 godzin/ m-c nie wiem jak by oddział funkcjonował. Niechętnie pracuję z koleżanką która ciągnie 18-tą godzinę dyżuru i obawiam się czy nie pomyli się w zleceniach czy nerwy jej nie zawodzą.... Ale są ręce do pracy.</p> <p>Dyrekcja udaje , że nie ma problemu.</p> <p>Każdy szpital oszczędza na czym się da, a brak satysfakcjonującej opieki odczuwa przede wszystkim pacjent i jego rodzina. Personel czuje się wypalony, przeciążony pracą. Urlopy czasami są przekładane na inny termin leczto i tak nie zmienia sytuacji. Tkwimy w błędnym kole braków kadrowych.</p> <p>Co mamy za Rząd który:</p> <ul style="list-style-type: none"> - likwiduje licea pielęgniarskie, studium medyczne i przez 3 lata nie ma wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego? - jednocześnie pielęgniarki które ukończyły 55 lat mogą iść na wcześniejszą emeryturę. Przecież te kobiety były w sile wieku, doświadczone, intelektualnie i fizycznie sprawne!!!. Obecnie dorabiają na ½ etatu bo im nie starcza na życie. A teraz będą musiały pracować do 67 roku życia. To kpina. <p>Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie wyliczyło, jakie normy powinny średnio obowiązywać w szpitalach, aby pacjentom zapewnić odpowiednią opiekę:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O.I.T – 1 pielęgniarka na dwóch podopiecznych - oddział zabiegowy- 1 pielęgniarka na 4 pacjentów - oddział zachowawczy 1 pielęgniarka na 6 pacjentów <p>Przecież w/w to czysta fikcja! Rzeczywistość jest brutalna.</p> <p>Ciekawa jestem jakie normy zatrudnienia obowiązują w szpitalu rządowym gdzie leczą się postowie i ich rodziny?. A może takie jakie podaje PTP ?.Jak będą się czuli gdy podejdzie do pacjenta 67 letnia pielęgniarka w okularach chcąca mu pobrać</p>

		krew i się spyta ... „Jak się pan czuje, proszę się nie bać” a pacjent odpowie „ja dobrze a pani?”
104	Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Zarząd Główny	<p>Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku, że jednym z kluczowych elementów kształtowania wysokiej jakości usług medycznych, bezpieczeństwa pacjentów i bezpiecznego środowiska pracy dla pielęgniarek jest właściwa liczba zasobów ludzkich. Stąd pozytywnie opiniujemy proponowane rozporządzenie, które porządkuje zasady obliczania zapotrzebowania na usługi pielęgniarskie w oparciu o wiarygodną i rzetelną metodykę. Jednak przyjęte średnie czasy świadczeń bezpośrednich w minimalnym zakresie określają wymiar działań pielęgniarskich, nie stanowią pełnego zabezpieczenia potrzeb pacjentów. Uważamy także, iż niezwykle ważnym jest, aby normy te objęły wszystkie podmioty lecznicze w Polsce bez względu na to, w jakiej formie prawnej funkcjonują (placówki publiczne i niepubliczne), a jedynym kryterium powinno być kontraktowanie świadczeń ze środków publicznych, gdyż tylko wtedy pacjenci mogą otrzymać porównywalną jakość świadczeń.</p> <p>Dotatkowo, w odpowiedzi na bardzo chaotyczne i nie poparte żadnym dowodem naukowym, a wręcz świadczące o braku troski o dobro chorego Stanowisko Związku Powiatów Polskich z dnia 12 listopada 2012r., przypominamy nasze wcześniejsze stanowisko z dnia 22.06.2010 roku w sprawie obsad pielęgniarskich w zakładach opieki zdrowotnej, w którym opublikowano część wyników badań naukowych związanych z bezpośrednią zależnością pomiędzy liczbą pielęgniarek zatrudnionych na danym oddziale a skutkami opieki medycznej, czy kosztami, które są tak ważne w aktualnej sytuacji polskich szpitali. Każdy mądry zarządzający placówką leczniczą wie, że taniej jest zatrudnić pielęgniarkę niż ponosić dodatkowe koszty wynikające ze zwiększonej liczby zakażeń szpitalnych (np. koszty antybiotykoterapii), czy błędów medycznych (przemęczony personel).</p> <p>Badania naukowe jednoznacznie dowodzą występowania istotnych zależności pomiędzy obsadą pielęgniarek a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bezpieczeństwem pacjenta. Liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę ma bezpośredni wpływ na występowanie zdarzeń niepożądanych m.in. takich jak: zakażenia dróg moczowych, zapalenie płuc, zakończone niepowodzeniem akcje reanimacyjne, zapalenie żył, czy też zakażenia ran pooperacyjnych (Canadian Federation of Nurses Union, 2005). Nieodpowiednia obsada pielęgniarska - to większa śmiertelność i zachorowalność pacjentów, więcej błędów w sztuce i zdarzeń niepożądanych, włączając w to infekcje dróg moczowych, stanowiących 40% wszystkich zakażeń szpitalnych (Hampton, 2004). <p>Każdy dodatkowy pacjent, powyżej 4, na jedną pielęgniarkę w oddziałach chirurgicznych powoduje 7% wzrost prawdopodobieństwa zgonu w ciągu 30 dni od przyjęcia oraz 7% wzrost prawdopodobieństwa niepowodzeń w działaniach ratujących życie (Aiken, Clarke, Sloane i wsp., 2002). Istnieje także związek między małą liczbą pielęgniarek na dyżurach nocnych i wzrostem ryzyka płucnych komplikacji pooperacyjnych (Dimick, Swoboda, Pronovost, Lipsett, 2001). Według Komisji Europejskiej w Polsce 91% badanych ocenia ten problem jako bardzo ważny, a aż 50% obawia się występowania zdarzeń niepożądanych, 51% czytała o nich często w doniesieniach prasowych, natomiast 28% respondentów doświadczyło powikłań związanych z kontaktem z ochroną zdrowia, które nie były związane bezpośrednio z chorobą, która ich dotyczyła („Medical Errors”, Eurobarometer, Jan.2006). Według Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej najczęstszą wskazywaną przyczyną powodującą brak możliwości zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom jest zbytnie obciążenie pracą (83 proc.) (Lisowska, 2005).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kosztami opieki zdrowotnej. Występowanie zdarzeń niepożądanych to nie tylko problemy dla pacjenta i ryzyko zgonu lub trwałego uszczerbku na zdrowiu, ale przede wszystkim ogromne koszty dla systemu ochrony zdrowia (Erwin, 1994; Seago, 1999; Dimick, Swoboda, Pronovost, & Lipsett, 2001, Gelinias & Bohlen, 2002). Z powodu nieodpowiedniej obsady (USA), aż

		<p>11% - 13% hospitalizowanych pacjentów cierpi z powodu odleżyn, których leczenie dodatkowo kosztuje od 5 do 75 tys. dolarów na każdego pacjenta (Manley, 1978; Robinson Coghlan, & Jackson, 1978; Reuler & Cooney, 1981; Cowart, 1987). Istnieją dowody naukowe na to, że zatrudnienie pielęgniarki, mimo iż generuje koszty jest w konsekwencji opłacalne z uwagi na redukcję kosztów związanych z leczeniem wynikającym ze zdarzeń niepożądanych (Landon et al., 2006).</p> <p>3. Satysfakcją pacjentów. Ograniczenie liczby pielęgniarek w placówce opieki zdrowotnej obniża satysfakcję pacjentów z otrzymywanej opieki (Canadian Federation of Nurses Union, 2005).</p> <p>4. Satysfakcją zawodową pielęgniarek. Większa liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę przekłada się na wzrost emocjonalnego wyczerpania i braku satysfakcji z wykonywanej pracy. Ponadto, pielęgniarki, które ciągle pracują w nadgodzinach lub pracują bez odpowiedniej rezerwy są bardziej podatne na wyższą absencję i pogorszenie stanu zdrowia. Ma to swoje konsekwencje w ponoszonej odpowiedzialności zawodowej (Sheward, Hunt, Hagen, i wsp., 2005).</p> <p>Warto nadmienić, że w 2006 roku Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) w informacji prasowej z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek podkreśliła, opierając się na wynikach badań naukowych, że odpowiednia obsada pielęgniarska w opiece zdrowotnej ratuje życie pacjentów i oszczędza pieniądze! Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie realizując zadania statutowe nie może przejść obojętnie wobec opinii Związku Powiatów Polskich. Argumentacja zawarta w nadmienionym stanowisku Związku jest nie do przyjęcia. Właśnie poprzez adekwatną do potrzeb pacjentów i specyfiki oddziałów szpitalnych obsadę pielęgniarską jesteśmy w stanie zapobiec wielu zdarzeniom niepożądanym, które narażają na koszty zarówno naszych pacjentów jak i placówki opieki zdrowotnej, a nade wszystko narażają życie i zdrowie naszych podopiecznych.</p>
105	Maciej Błaszyk Naczelnny Lekarz Szpitala Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego U.M. w Poznaniu	<p>Po uważnym przestudiowaniu zapisów projektu z dnia 18-10-2012r., rozporządzenia MZ w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami pragniemy zwrócić uwagę na zapisy § 1. ust. 3 mówiącego, że „obsada pielęgniarek lub położnych w oddziale lub komórce organizacyjnej o tym samym profilu przedsiębiorstwa nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianę”.</p> <p>Struktura organizacyjna szpitala klinicznego jest bardzo często, w zakresie jednostek klinicznych, lustrzanym odbiciem struktury organizacyjnej tworzącej szpital uczelni medycznej. Dlatego szpitale kliniczne posiadają w swej strukturze bardzo małe, kilkułóżkowe oddziały.</p> <p>Realizacja zapisów projektu rozporządzenia oznaczałaby, że racjonalne planowanie przyjęć, diagnostyki i leczenia chorych, które to czynności dla większości pacjentów mogą zamykać się w cyklu dni roboczych (od poniedziałku do piątku) oznacza utrzymywania dyżuru pielęgniarskiego w obsadzie dwóch pielęgniarek na jednego, dwóch lub nawet na zerową liczbę pacjentów w weekendy.</p> <p>Poza tym, szpitale, w celu lepszego wykorzystania swojego potencjału tworzą na wspólnym obszarze oddziały łączone o profilu zabiegowym i zachowawczym ze wspólną kadrą pielęgniarską, w których to oddziałach obsada pielęgniarska musiała by być dodatkowo podwojona.</p> <p>Podkreślam przy tym, że poniższe zastrzeżenia nie podważają generalnej zasady zabezpieczenia pielęgniarskiego zgodnego z obliczonymi dla poszczególnych jednostek proponowanymi normami.</p>

		<p>Wobec powyższego proponujemy zmianę zapisów § 1. na:</p> <p>3. Obsada pielęgniarek lub położnych w oddziale lub komórce organizacyjnej o tym samym profilu przedsiębiorstwa nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianę.</p> <p>4. Dopuszcza się obsadę pielęgniarek lub położnych w ilości 1 na zmianę dla oddziałów, jeśli ich średniomiesięczne obłożenie, liczone w okresie kwartalnym, nie przekracza 8 pacjentów na dobę z zastrzeżeniem obowiązku zachowania norm określonych w § 1 ust. 1.</p> <p>5. Dopuszcza się łączenie obsady pielęgniarskiej z innymi oddziałami zlokalizowanymi w bezpośrednim sąsiedztwie, niezależnie od profilu oddziałów z zastrzeżeniem obowiązku zachowania norm określonych w § 1 ust. 1.</p> <p>Proponowana przez nas modyfikacja zapisów § 1. pozwoli na uniknięcie sytuacji opisywanych na wstępie oraz na racjonalizację zatrudnienia finansowanego ze środków publicznych przy jednoczesnym zapewnieniu odpowiedniego poziomu zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej dla pacjentów</p>
106	Agata Łukaszewska Pielęgniarka	<p>Jestem Pielęgniarką Operacyjną pracuję od 18 lat jako</p> <ul style="list-style-type: none"> > "Instrumentariuszka" czyli Pielęgniarka Operacyjna > przeczytałam projekt nt minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych W & 6 > 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 pielęgniarence albo położnej operacyjnej: > - uważam iż powinien być zapis: > > 1) w bloku operacyjnym - wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarkę albo położną operacyjną i 1 pielęgniarkę albo położną OPERACYJNĄ asystującą pielęgniarence albo położnej operacyjnej: > > brak słowa OPERACYJNA ASYSTUJĄCA, będzie mogło powodować, że do zabiegów operacyjnych będą pomagały osoby bez przygotowania (nie posiadające kursu kwalifikacyjnego, lub specjalizacji operacyjnej) albo w ogóle bez doświadczenia, bez stażu na bloku operacyjnym, a co za tym idzie bez znajomości specyfiki pracy na bloku operacyjnym np. będzie pomagała pielęgniarka z sąsiedniego oddziału chirurgii. <p>Według mnie jakość pracy na bloku operacyjnym, bezpieczeństwo pacjenta zależą od wszystkich osób zaangażowanych w wykonywanie pracy na bloku operacyjnym czyli również od pielęgniarki operacyjnej asystującej (brudnej).</p>
107	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii	<p>W § 1 ust. 1 proponuje się nadać brzmienie:</p> <p>„3. Z wyłączeniem § 2 ust. 3 oraz § 8 obsada pielęgniarek oraz położnych w oddziale lub innej komórce organizacyjnej o tym samym profilu przedsiębiorstwa nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianę”</p> <p>PARPA oraz KBPN podtrzymuje swoje wcześniejsze stanowisko zgodnie, z którym w podmiotach leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe z zakresu leczenia uzależnień świadczenia pielęgniarskie zredukowane są najczęściej do minimum (tj. wydawania leków niektórym pacjentom). W całodobowych</p>

		<p>oddziałach/ośrodkach leczenia uzależnień pacjenci są samodzielni i nie wymagają pielęgnacji. Ponadto zatrudnienie personelu pielęgniarstwa 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. Stanowisko to wydaje się być jeszcze bardziej uzasadnione w odniesieniu do placówek ambulatoryjnych. Wobec powyższego przyjęte w § 1 ust. 3 projektu rozwiązanie zgodnie z którym liczba Pielęgniarek lub położnych zatrudnionych na oddziale nie może być mniejsza niż 2 wydaje się być całkowicie nieracjonalne w odniesieniu do podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia w zakresie leczenia uzależnień i konieczne wydaje się być w tym zakresie dokonanie stosowanych wyłączeń.</p>
108	Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stalowej Woli	<p>Zgłasza uwagę do zapisu § 1 ust. 3 oś: podmioty lecznicze wykonujące całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia uzależnień nie powinny mieć obowiązku zatrudniania nie mniej niż 2 pielęgniarek na zmianę. Świadczenia pielęgniarstwa w lecznictwie uzależnień zredukowane są do minimum. Najczęściej jest to jedynie wydawanie leków niektórym pacjentów, mierzenie podstawowych parametrów życiowych 2X na dobę. Pacjenci w takich oddziałach/ośrodkach są samodzielni, nie wymagają świadczeń pielęgniarstwa bezpośrednich, samodzielnie wykonują wszelkie czynności w zakresie samoobsługi, odżywiania itp. Obowiązek zatrudniania takiej ilości personelu pielęgniarstwa będzie generować niepotrzebne koszty w i tak już niedofinansowanym systemie leczenia uzależnień. Będzie się to musiało odbyć kosztem zatrudniania specjalistów i instruktorów psychoterapii uzależnień, bądź ograniczeniem dofinansowania podnoszenia kwalifikacji zawodowych dla osób ubiegających o otrzymanie certyfikatu specjalisty lub instruktora psychoterapii uzależnień. Spowoduje to pogorszenie jakości leczniczej w systemie oraz zmniejszenie jej skuteczności. W związku z powyższym rozwiązanie zgodnie z którym liczba Pielęgniarek lub położnych zatrudnionych na oddziale nie może być mniejsza niż 2 na zmianę jest całkowicie nieracjonalne w doniesie do podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia w zakresie leczenia uzależnień w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia jak i ambulatoryjne. Wyłączenie stosowania § 1 ust. 3 rozporządzenia w zakresie leczenia uzależnień w świetle przedstawionych argumentów wydaje się być koniecznością.</p>
109	Komisja Krajowa NSZZ „Solidarność”	<p>1.Postulaty legislacyjne:</p> <p>a) projekt, zgodnie z delegacją art.50 ust.2 ustawy o działalności leczniczej dotyczy wyłącznie placówek publicznych, które z reguły spełniają kryteria minimalnych norm zatrudnienia, również w obecnych uwarunkowaniach wynikających z niedostatecznego wzrostu ilości otrzymywanych w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Natomiast zdecydowanie gorzej sytuacja przedstawia się w placówkach niepublicznych które pomijając nieliczne wyjątki, nie uwzględniają wyżej wymienionych kryteriów. Stanowi to realne zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów a także bezpieczeństwa wykonywania zawodu pielęgniarki położnej- dlatego też postulujemy dokonanie zmiany przepisu ustawowego poprzez objęcie jego zakresem również podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami;</p> <p>b)normy, o których mowa w projekcie dotyczą jedynie dwóch grup zawodowych zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Jeżeli uznać szczególną wagę pracy wykonywanej przez osoby z tych grup zawodowych to wskazane byłoby ustawowe określenie (w uzasadnionym zakresie i z uwzględnieniem odrębności sytuacji podmiotów leczniczych)sankcji prawnych za nieprzestrzeganie stanowionych przepisów.</p> <p>2. Należy zauważyć wpisanie w projekcie przepisu określającego że pielęgniarki i położne sprawujące funkcję kierownicze nie są wliczane do personelu sprawującego nad pacjentem.</p> <p>3.Należy przeanalizować wprowadzenie przepisu stanowiącego, że obsada pielęgniarek i położnych na zmianie</p>

		<p>pracowniczej, w sytuacji uzasadnionej specyfiką udzielanych świadczeń, jest nie mniejsza niż 2 osoby- gwarantuje to lepsze bezpieczeństwo pacjenta o chroni przed nieprzewidzianymi skutkami wynikającymi z ograniczeń liczby personelu.</p> <p>4. We właściwych załącznikach należy rozważyć opracowanie punktacji przy każdym kryterium szczegółowym w każdej z trzech rozpatrywanych kategorii oraz skalę ,która pozwoli zakwalifikować pacjenta do danej kategorii wg sumy punktów częściowych (podobnie jak w ocenie stanu pacjenta w skali Bartel). Taki rodzaj zakwalifikowania pacjenta jest bardziej czytelny oraz pozwoli jednoznacznie określić kategorię opieki, usuwając subiektywizm co do kwalifikacji pacjenta.</p> <p>2 Uwagi szczegółowe:</p> <p>1.w § 3 ust. 3 :</p> <p>a. pkt 2 skrót literowy wskaźnika TSpb i wskaźników : Tspbl, Tspb , Tspbll oraz Tpp poprawić odpowiednio na : Tspbs oraz wskaźniki Tspbsl, Tspbsll, Tspbslll, Tpps (przy czym litera „ś” odpowiada wyrazowi „średni”) a opisy wskaźników uzupełnić o wtraz „średni”- zgodnie przywołaniem zamieszczonym w § 3 ust.1 pkt 1 i odpowiednio w pkt 4;</p> <p>b. opis wyżej wymienionych symboli przenieść do pkt.1 Stosowane są one już w tym pkt i odwołuje się do nich przywołanie zamieszczone w § 3 ust.1 pkt 1 oraz odpowiednio pkt 4;</p> <p>c. w pkt 3 skrót literowy wskaźnika Td poprawić odpowiednio na Tds; (przy czym litera „ś” odpowiada wyrazowi „średni”) a opis wskaźnika uzupełnić o wyraz „średni” –zgodnie przywołaniem zamieszczonym w § 3 ust. 1 pkt 1 i odpowiednio pkt 4;</p> <p>2.w zał. nr 1, nr 2, nr 6 uszczegółwić tabele w wierszu: Kryteria Opieki- pomiar paramentów życiowych, tak aby kryteria w Kategorii II i III nie pokrywały się w zakresie liczby pomiarów podstawowych parametrów życiowych i wykonywania dodatkowych czynności np. pobierania prób do badań;</p> <p>3. w zał. nr 3 uszczegółwić tabele w :</p> <p>a)kryterium „I okres porodu” w poz.14- ponieważ kategorie I iiii pokrywają się; żeby kryteria w Kategorii II i III nie pokrywały się;</p> <p>b) kryterium „I okres porodu” w poz.6- z powodu pokrywania się kategorii I i II;</p> <p>c)kryterium „III okres porodu” w poz.7- żeby kryteria w Kategorii II i II nie pokrywały się;</p>
110	<p>Samodzielny Publiczny Specjalistyczny szpital Zachodni im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim</p> <p>Dyrektor Krystyna Płukis</p>	<p>Po analizie projektu rozporządzenia stwierdzam, że proponowane w nim rozwiązania sa niekorzystne dla Pracodawcy-Szpitala bowiem:</p> <p>-oparte są na błędnych przesłankach tj. proponowany czas czynności bezpośrednich w stosunku do pośrednich zakłada przewagę tych pierwszych; czynności pośrednie w pracy pielęgniarek są zdecydowanie większe niż bezpośrednie.</p> <p>-propozycja narzuca (czas podany w minutach) czynności bezpośrednio w powiązaniu z kategorią pacjenta nie biorąc pod uwagę specyfiki i organizacji pracy w poszczególnych Oddziałach, Szpitalach,</p> <p>-spowoduje wzrost zatrudnienia o 25-30% (wynika to z wyliczenia na bazie Szpitala Zachodniego), co przełoży się na</p>

		<p>wzrost kosztów wynagrodzenia o 2-3 mln.zł.rocnie,</p> <p>-ustanowi dyktat pielęgniarek i położnych na rynku pracy (brak odpowiedniej liczby pielęgniarek)</p>
112	<p>Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży Dyrektor Romuald Kołakowski</p>	<p>W imieniu Kierowników placówek leczenia odwykowego z terenu województwa podlaskiego w związku z trwającymi konsultacjami do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudniania pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami zgłaszamy następującą uwagę:</p> <p>3 'w § 1 ust. 3 proponuję nadać brzmienie:</p> <p>„ 3. Z wyłączeniem § 2 ust. 3 oraz § 8 obsada pielęgniarek oraz położnych w oddziale lub w innej komórce organizacyjnej o tym samym profilu przedsiębiorstwa nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianę.”</p> <p>W całodobowych oddziałach/ośrodkach leczenia uzależnień pacjenci są samodzielni i nie wymagają pielęgnacji. 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. Na przykładzie 20-lóżkowego oddziału całodobowego funkcjonującego w naszym ośrodku wiemy, że znacznie skuteczniejsza jest terapia, gdy dyżury całodobowe pełnione są przez terapeutów uzależnień niż jak to ma miejsce w oddziałach, w których po godzinach działalności podstawowej pacjenci są pod opieką pielęgniarek i salowych.</p>
113	<p>Marek Maślanka</p> <p>KONSULTANT KRAJOWY</p> <p>w dziedzinie</p> <p>PIELĘGNIARSTWA</p> <p>RATUNKOWEGO</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozporządzenie powinno obowiązywać wszystkie podmioty finansowane ze środków publicznych (będące przedsiębiorcami i niebędące przedsiębiorcami). 2. Wprowadzenie zapisu dotyczący ustalenia minimalnych norm zatrudnienia w SOR wg propozycji przedstawionej we wniosku opinia z dnia 13.10.2011 (w załączniku). <p>Ponadto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Przywrócenie zapisu dotyczącego akceptacji wyliczonych norm zatrudnienia przez samorząd. 4. Rozporządzenie nie uwzględnia sal intensywnych nadzorów, stanowisk intensywnej opieki zlokalizowanych poza oddziałami intensywnej opieki medycznej, powodując problem w określeniu dla nich minimalnych norm zatrudnienia 5. Normy zatrudnienia powinny być liczone w oparciu o etatyzację zatrudnionych na umowę o pracę pielęgniarek i położnych. 6. Doprecyzowanie katalogu klasyfikacji pacjentów do kategorii opieki oraz dodanie kryterium badania diagnostycznego, istotnego we wszystkich kategoriach i oddziałach. 7. Uzupełnienie wyjaśnień wszystkie symboli używane we wzorach. 8. Wprowadzenie co najmniej 3 me? okresu dostosowawczego na wyliczenie minimalnych norm. 9. Różnica w sposobie obliczania minimalnej normy dla podmiotów istniejących i nowo powstałych będzie powodować ich nierówność i utrudnienie w kontraktowaniu nowych podmiotów spowodowaną koniecznością ponoszenia różnych kosztów

		osobowych, lub zwolnienia personelu po roku funkcjonowania oddziału.
114	Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz	<p>Uprzejmie informuję, że projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami wywołał ogromne zaniepokojenie środowiska lekarskiego, a zwłaszcza kolegów pełniących funkcje kierowników podmiotów leczniczych. Przyjęte w ww. projekcie rozwiązania prowadzą do znacznego podniesienia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w stosunku do stanu obecnego. Spowoduje to wzrost jednostkowych kosztów świadczonych usług i w efekcie doprowadzi do zmniejszenia liczby świadczeń opieki zdrowotnej możliwych do zrealizowania przez szpitale oraz ograniczy ich dostępność dla pacjentów.</p> <p>Do przedmiotowego projektu rozporządzenia zgłaszane są m.in. następujące zastrzeżenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) projekt rozporządzenia, w formie zaproponowanej przez resort zdrowia, w rzeczywistości nie wskazuje sposobu ustalania minimalnych norm zatrudniania, ale już je ustala; 2) projekt zawiera niewłaściwe wskaźniki średniego czasu świadczeń pielęgniarek i położnych oraz obliczania czasu dyspozycyjnego, a także błędnie klasyfikuje pacjentów do kategorii opieki. Kierownika podmiotu leczniczego, w przeciwieństwie do obecnie obowiązujących regulacji, pozbawia się możliwości zmiany liczby etatów pielęgniarek i położnych w zależności od specyfiki organizacji podmiotu leczniczego; 3) można oczekiwać kłopotów kadrowych w szpitalach, bowiem pielęgniarki mając do wyboru łagodniejsze standardy pracy w, pomiotach leczniczych, nie będących przedsiębiorcami, mniej chętnie zatrudniać się będą w spółkach; 4) nie można się spodziewać wzrostu przychodów ze składki zdrowotnej na poziomie wyższym niż 3 - 4 proc. rocznie, co nie pokryje skutków wzrostu cen i usług, a także zwiększonych nakładów wynikających z wprowadzania coraz wyższych norm jakości świadczeń. Ponieważ w najbliższym czasie nie zanoszą się na podwyżkę składek zdrowotnych, a przez to większych pieniędzy na leczenie, kolejki pacjentów pozostaną więc zmartwieniem naszego systemu ochrony zdrowia; 5) negatywne konsekwencje proponowanych przepisów dotkną także bezpośrednio środowiska pielęgniarek i położnych. To jedna z najliczniejszych grup zawodowych w Polsce, licząca obecnie ponad 300 tys. osób. Ze środowiska pielęgniarskiego docierają niepokojące informacje, że już w 2020 roku w Polsce może brakować nawet 60 tys. pielęgniarek. 6) § 7 ust. 1 w zw. z § 9 projektu, przy braku przepisu przejściowego, określa zbyt krótki, zaledwie 30 – dniowy termin do określenia minimalnych norm zatrudnienia w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami według nowych zasad; 7) w załączniku nr 7 poz. 5 w rubryce: Kategoria I - należałoby przyjąć jako zasadę co najmniej dwukrotny pomiar ciśnienia tętniczego krwi, w celu zapewnienia należytego standardu nadzoru wobec pacjenta poddawanego dializie. <p>Wobec znacznej wagi projektowanej regulacji konieczne jest dokonanie rozległych konsultacji w środowisku lekarskim oraz dokładna analiza zgłoszonych do projektu uwag, w związku z czym uprzejmie informuję, że stanowisko samorządu lekarskiego w sprawie przedmiotowego projektu rozporządzenia zostanie przedstawione po rozpatrzeniu go przez Prezydium NRL w dniu 30 listopada br.</p>
115	Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie	<p>Stanowisko Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie z dnia 19 listopada 2012r. W sprawie podjęcia stanowiska przez Związek Powiatów Polskich dotyczącego norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami</p> <p>Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie po zapoznaniu się ze stanowiskiem Związku Powiatów Polskich z dnia 12 listopada 2012 roku w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych,</p>

		<p>stawia stanowczy sprzeciw wobec przyjętych zapisów. Uzasadnienie:</p> <p>Prace nad projektem rozporządzenia trwały 3 lata i prowadzone były przez zespół niezależnych ekspertów reprezentujących wysoki poziom wiedzy z zakresu pielęgniarstwa, organizacji pracy oraz bogate doświadczenie zawodowe zarówno w dziedzinach pielęgniarstwa jak i organizacji i ochrony zdrowia. W opinii członków Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie bezpodstawne jest stwierdzenie zawarte w stanowisku, iż rozporządzenie nie wskazuje sposobu ustalenia minimalnych norm, ale je ustala. Bowiern zawarte w nim zapisy i kryteria kategorii chorych pozwalają na dokładne obliczenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską i położniczą. Stwierdzenie, iż prawidłowo obliczane zapotrzebowanie na opiekę „ograniczy dostępność do świadczeń oraz obniżenie ich jakości” jest nie do przyjęcia. To właśnie w obecnej chwili (przy nieprzezwiezaniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej) w sposób wymierny zagrożone jest bezpieczeństwo pacjentów, pielęgniarek i położnych oraz jakość tej opieki. Dzieje się tak z powodu ograniczania kosztów działalności podmiotów, co powoduje, iż opiekę nad chorymi w oddziale 30 łóżkowym podczas dyżuru nocnego sprawuje 1 pielęgniarka. Podobnie przedstawiają się obsady pielęgniarek na zmianie dziennej. Pragniemy zwrócić uwagę, że to organy założycielskie powinny dbać o poziom udzielanych świadczeń na ich terenie. Powinny zatem zwrócić uwagę na fakt, że liczba pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych ma zasadnicze znaczenie z punktu widzenia jakości udzielanych świadczeń. Stąd zapis w projekcie, iż obsada pielęgniarek lub położnych nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianie. Obawy zawarte w stanowisku dotyczące zwiększenia obsady pielęgniarek i położnych od 10 do 30% są przedwczesne i nie poparte żadnymi danymi. Odnosząc się do podejmowanego w stanowisku wzrostu kosztów, proponujemy aby przyrzeć się w kontekście wspomnianego wzrostu kosztów innym grupom zawodowym. Środowisko pielęgniarek i położnych od kilku lat domaga się określenia sposobu ustalania norm zatrudnienia zarówno dla placówek publicznych jak i niepublicznych, może w tym projekcie uda się w sposób prawidłowy ustalić zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską i położniczą. Zadaniem organów założycielskich podmiotów zatrudniających pielęgniarki i położne jest rozwiązanie problemu dotyczącego finansowania zakładu. Stoimy na stanowisku, iż podmioty lecznicze, które dotychczas respektowały zapisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej, w chwili wejścia w życie nowego rozporządzenia w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie doświadczą trudności wynikających z weryfikacji obsad pielęgniarskich i położniczych, a zatem zapisy nowego aktu prawnego mogą w nieznacznym stopniu wpłynąć na wzrost zatrudnienia w podmiotach leczniczych. Obawy autorów co do wystąpienia dużych braków kadry pielęgniarek i położnych w najbliższych latach zapewne są trafne, należy jednak pamiętać, że to już dziś trzeba podjąć działania, w tym głównie płacowe aby zapewnić właściwą opiekę pielęgniarską i położniczą w podmiotach leczniczych.</p>
116	Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej	<p>Przekazuję poniższą opinię Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej do przedmiotowej regulacji, sporządzoną w konsultacji ze środowiskiem pielęgniarek i położnych zrzeszonych w Federacji.</p> <p><i>Uwaga ogólna:</i></p> <p>Po zapoznaniu się z projektem przedstawionego rozporządzenia należy na wstępie podkreślić, że proponowane zapisy w zdecydowany sposób odbiegają od realnych możliwości finansowo – organizacyjnych oraz nie uwzględniają aktualnej kondycji finansowej podmiotów mających być objętych regulacją. Istnieje realna obawa, że w praktyce wiele podmiotów nie będzie w stanie spełnić wymogów rozporządzenia, nie tylko z uwagi na swoją sytuację finansową ale i deficyt kadry</p>

pielęgniarsko – położniczej na rynku świadczeniodawców. Należy więc mieć świadomość, że wprowadzenie w życie nowych minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wywoła efekt konieczności kilkukrotnego wzrostu zatrudnienia w grupie zawodowej pielęgniarek w różnych rodzajach podmiotów leczniczych, a jak wskazano na wstępie – na realizację nowych zapisów projektodawcy nie zaplanowali jakichkolwiek środków finansowych.

Planowany termin wejścia w życie rozporządzenia czyli 1 stycznia 2013 roku w ocenie Federacji jest mało realny ze względów wskazanych powyżej (brak środków finansowych i możliwości rekrutacyjnych czyli wystarczającej liczby pracowników).

Uwagi szczegółowe najczęściej zgłaszane w opiniach naszego środowiska:

1) dot. § 2 ust. 2 - ustalanie minimalnej normy zatrudnienia w oddziale lub innej komórce organizacyjnej przedsiębiorstwa o profilu psychiatrycznym.

- średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich w komórce organizacyjnej przedsiębiorstwa o profilu psychiatrycznym wynoszącym odpowiednio do kategorii opieki: 100, 180 i 300 minut (na dobę na pacjenta w odniesieniu do odpowiednich kategorii opieki), analogicznie jak w oddziale pediatrycznym i neonatologicznym - według naszych wyliczeń spowoduje konieczność zatrudnienia np. w oddziale psychiatrycznym ogólnym 78 łóżkowym od 40 do 120 pielęgniarek. Należy zdawać sobie sprawę, że istniejąca infrastruktura w tego rodzaju podmiotach uniemożliwia gwarancję warunków pracy dla takiej ilości personelu.
- przy ustaleniu minimalnej normy zatrudnienia „w oddziale lub innej komórce organizacyjnej przedsiębiorstwa o profilu psychiatrycznym”, nie zaznacza się, tak jak w przypadku oddziałów o profilu zachowawczym, zabiegowym czy z zakresu leczenia uzależnień, że chodzi o świadczenia stacjonarne i całodobowe. Czy w takim razie w oddziałach psychiatrycznych dziennych (np. 8 godzinnych), w oddziałach hospitalizacji domowej należy liczyć minimalne normy zatrudnienia zgodnie z zapisami rozporządzenia? Nie jest to do końca precyzyjne.
- analogicznie, w przypadku nowotworzonego oddziału lub innych komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa o profilu psychiatrycznym (§ 4) – wskaźnik oceny zapotrzebowania na opiekę wynoszący 0,9 w naszej ocenie wydaje się być zbyt wygórowany np. w porównaniu do minimalnych norm zatrudnienia np. na stanowisku znieczulenia - proporcja 1 : 1 (1 pielęgniarka anestezjologiczna na 1 pacjenta).

2) dot. § 2 ust. 6 - ustalenie minimalnej normy zatrudnienia w oddziale o profilu położniczo – ginekologicznym w „systemie matka z dzieckiem” lub innej komórce organizacyjnej przedsiębiorstwa o tym profilu.

- zgodnie z przepisem przyjmuje się, że średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położną wynosi odpowiednio dla kategorii opieki: 72 minuty na dobę na położnicę i noworodka w przypadku kategorii I, 100 minut na dobę na położnicę i noworodka w przypadku kategorii II oraz 98 minut na dobę na położnicę w przypadku kategorii III.

Ta propozycja nie różni się od ostatniej propozycji, która była opiniowana przez nasze środowisko, kiedy wskazywaliśmy, że nie jest to dobre rozwiązanie. Podtrzymujemy tę opinię również w odniesieniu do obecnie projektowanej regulacji.

W praktyce oznacza to, że czas świadczeń bezpośrednich będzie wynosić tylko po 36 minut odpowiednio na matkę i na noworodka w przypadku I kategorii oraz po 50 minut na matkę i noworodka w kategorii II. W naszej ocenie normy czasu są mocno zaniżone, a kryteria opieki nie zawierają wielu wyznaczników, zwłaszcza, biorąc pod uwagę

kryteria kwalifikowania położnicy i noworodka do danej kategorii opieki (załączniki 4 i 5).

Co do liczby położnych do opieki nad matką i noworodkiem należy wziąć pod uwagę, że w praktyce kwalifikacja zarówno położnic jak i nowonarodzonych dotyczy w zasadzie II kategoryzacji, gdzie potrzebna jest wzmożona opieka nad noworodkiem i położnicą, a w związku z tym konieczna jest stosowna liczba personelu. Dlatego planując zatrudnienie w tej grupie, należy uwzględnić realia możliwe do wprowadzenia.

- zwracamy uwagę, że wcześniejsze projekty rozporządzeń MZ ograniczały kompetencje położnych, które w praktyce zostały odsunięte od pracy w innych oddziałach niż położniczo – ginekologiczne (z bloków operacyjnych, oddziałów dziecięcych, opieki paliatywnej nad kobietą). Pozostawienie w/w zapisów w projekcie niniejszego rozporządzenia bez wprowadzenia zmian może przyczynić się do kolejnej redukcji etatów położnych i odebranie położnicy i noworodkowi właściwej opieki i bezpieczeństwa w trakcie pobytu w szpitalu.

Warto też zwrócić uwagę, na stanowisko Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego (z 2010 r.), które odnosząc się do obsad pielęgniarskich w zakładach opieki zdrowotnej, uważało, że nie jest do przyjęcia zapis w ówczesnym projekcie nowelizacji rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych o sprawowaniu opieki w oddziale szpitalnym przez 1 pielęgniarkę lub położną obejmującą nie więcej niż 20 pacjentów w ciągu jednej zmiany. PTP zaproponowało aby poziom obsad pielęgniarskiej i położniczej, kształtował się w oddziale zabiegowym: 1 pielęgniarka na 4 pacjentów lub 1 pielęgniarka na 8 pacjentów + 2 opiekunów medycznych.

- 3) zwracamy uwagę, że *świadczenia pielęgniarskie bezpośrednie* to nie tylko świadczenia pielęgnacyjne, terapeutyczne, diagnostyczne, ale również promocja zdrowia, której się nie uwzględniła w projekcie, a w praktyce nie zawsze jest na nią czas; wydaje się, że czynności związane z promocją zdrowia też należy wziąć pod uwagę w kategorii świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich.
- 4) wątpliwości i dodatkowe pytania budzi też sposób ustalenia „*średniego czasu dyspozycyjnego*” (Td) pielęgniarki lub położnej w ciągu roku wynoszący w ciągu roku 202 dni, a ustalany w godzinach w ciągu roku jako wynik różnicy powstałej po odjęciu od liczby dni roboczych w danym roku, dni wolnych tj. urlopu wypoczynkowego (26 dni), dni przysługujących na opiekę nad dzieckiem (2 dni), dni na realizację kształcenia podyplomowego (5 dni), dni zwolnień lekarskich (5 dni).
- 5) w wielu opiniach przekazywanych do Federacji powtarzane są obawy, że wprowadzenie w życie niniejszego rozporządzenia Ministra Zdrowia doprowadzi do redukcji zatrudnienia w placówkach, zwłaszcza tych gdzie jest mało przyjęć pacjentów. Będą zdarzały się sytuacje, że liczbą pielęgniarek i położnych będzie niewystarczająca, czy wówczas pracodawca zdecyduje się na zatrudnienie nowych pracowników, czy też będzie przesuwiał pielęgniarki z oddziałów na którym ma "przerost" personelu, aby przestrzegać określonych kategoryzacji. Takiej sytuacji projekt nie reguluje, a powinien z uwagi na fakt, że niedobory personelu pielęgniarsko – położniczego są faktem, o czym wspominaliśmy na początku. Realne jest, że stosowanie zapisów rozporządzenia spowoduje drastyczne redukcje w innych grupach zawodowych (głównie salowych i sanitariuszy), co i tak nie zrównoważy kosztów zatrudnienia nowych pielęgniarek.

Konkludując w ocenie Federacji ZZPOZ i PS projekt przedłożonego rozporządzenia wymaga dyskusji oraz korekt w tym kierunku, aby zachowując intencję bezpieczeństwa pacjentów, nie dokonywać tego kosztem drastycznych przesunięć i redukcji zatrudnionych pracowników.

		Federacja dostrzega konieczność uregulowania obszaru będącego przedmiotem opinii, ale pożądanym byłoby, mimo wszystko, uwzględnienie przynajmniej stosownego <i>vacatio legis</i> w jej wprowadzaniu.
117	Pracodawcy RP	<p>Zdaniem Pracodawców RP projekt rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami zawiera błędy krytyczne na poziomie założeń, a ocena skutków regulacji jest niekompletna i niebezpiecznie zaniżona.</p> <p>Aspekt ekonomiczny</p> <p>Uważamy, że propozycje norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych są za wysokie i będą rodzić skutki ekonomiczne dla podmiotów leczniczych przekraczające ich możliwości finansowe. Z szacunkowej kalkulacji wynika, że koszt wdrożenia proponowanych wymogów W szpitalu powiatowym posiadającym kontrakt w wysokości ok. 12-13 mln zł wyniesie 1,2 mln zł. To oznacza skokowy wzrost wydatków o ok. 10% bez wskazania źródła ich pokrycia. Należy dodać, że w przypadku niektórych szpitali nowe minimalne normy zatrudnienia mogą oznaczać konieczność zatrudnienia nawet 2-3 krotnie więcej personelu. Ministerstwo Zdrowia w projekcie nie przedstawiło żadnego instrumentu umożliwiającego finansowanie nowych wymogów. Pokrycie ich ze środków własnych szpitala, przy ciasnym kontraktowaniu świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jest niewykonalne w obecnej sytuacji sektora ochrony zdrowia i najbliższej perspektywie gospodarczej.</p> <p>Pracodawcy RP wyrażają stanowczą obawę, że w przypadku przyjęcia przedstawionej propozycji zostanie popełniony analogiczny błąd, jaki miał miejsce w przypadku niesławnej podwyżki wynagrodzenia pielęgniarek o 203 zł, której skutki ekonomiczne były opłakane dla szpitali. Należy podkreślić, że już obecnie podmioty publiczne, których nowy wymóg dotyczy, mają rekordowo wysokie zadłużenie. Jego dalszy wzrost spowoduje konieczność oszczędzania w innych obszarach, co paradoksalnie spowoduje pogorszenie jakości opieki zdrowotnej w szpitalach. Rezultaty regulacji okażą się tym samym sprzeczne z jej celami.</p> <p>Pracodawcy RP uważają ponadto, iż konsekwencje finansowe mogą być wyższe niż te wynikające z szacunków, ponieważ skokowo wzrośnie popyt na pracę pielęgniarek i położnych, które w związku z tym będą oczekiwały wyższego wynagrodzenia. Dodatkowo, patrząc na strukturę wiekową pielęgniarek oraz liczbę osób wchodzących do zawodu, może okazać się, że w wielu regionach wymogi przewidziane w projekcie rozporządzenia nie będą możliwe do spełnienia ze względu na brak odpowiedniej liczby osób do pracy.</p> <p>Stoimy na stanowisku, że niezbędne jest uzupełnienie Oceny Skutków Regulacji o analizę finansową kosztu wdrożenia nowych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zależności od wielkości szpitala. Należy także uzupełnić punkt dotyczący wpływu zmian na budżet państwa oraz samorząd terytorialny (ew. wyższe zadłużenie szpitali będą pokrywały ich organy założycielskie). Dodatkowo konieczne jest zestawienie liczby pielęgniarek i szacunkowego wzrostu zapotrzebowania na ich pracę. Pozwoli to pokazać, czy wystarczy osób, aby zapełnić ew. braki kadrowe oraz oszacować wywołany niedoborem kwalifikowanego personelu wzrost wynagrodzeń.</p> <p>Aspekt merytoryczny</p> <p>Pracodawcy RP uważają, że nie ma uzasadnienia merytorycznego do wprowadzenia tak wysokiej etatyżacji w szpitalach. Dyskusji o standardach zatrudnienia nie wolno prowadzić nie uwzględniając koniecznego przesunięcia kompetencji i zakresu odpowiedzialności personelu. Uważamy, że jeśli celem zmiany jest osiągnięcie norm przyjętych w krajach zachodniej Europy, to należy przede wszystkim zwrócić uwagę na zwiększenie roli samych pielęgniarek, jak i personelu</p>

		<p>pomocniczego — opiekunów, sanitariuszy oraz pomocy pielęgniarskich.</p> <p>W większości państw Unii Europejskiej pielęgniarki w wielu czynnościach mogą skutecznie zastępować lekarzy. Zwiększenie uprawnień pielęgniarek i położnych w Polsce spowoduje oczekiwany przez związki zawodowe wzrost wynagrodzeń w tym środowisku. Aby jednocześnie odciążyć zawód pielęgniarki i położnej od zadań niewymagających tego rodzaju kompetencji i umiejętności, Pracodawcy RP uważają za niezbędne wprowadzenie zawodów pomocniczych do szpitali. Przykładem może być zawód opiekuna medycznego, który może wykonywać połowę czynności zgodnych systemem klasyfikacji z kategorią II i III (higiena, odżywianie, wydalanie, aktywność fizyczna).</p> <p>Aspekt równego traktowania podmiotów leczniczych</p> <p>Pracodawcy RP nie wyrażają zgody na wybiórcze rozumienie równego traktowania podmiotów leczniczych. Tak długo, jak podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami nie będą płacić podatku dochodowego, będą prowadzić w sposób niejednolity dla rynku księgi rachunkowe, będą korzystać w nadmiarze z pomocy publicznej, będą uzyskiwać pierwszeństwo wielkości kontraktu, tak długo nie wolno pogłębiać nierówności, Uważamy, że normy zatrudnienia można rozciągnąć na podmioty lecznicze będące przedsiębiorcami, ale tylko i wyłącznie wtedy, gdy będą one racjonalne i ekonomicznie uzasadnione, zaś prawa i obowiązki podmiotów będących przedsiębiorcami i niebędących przedsiębiorcami będą analogiczne.</p> <p>Pracodawcy RP zauważają iż naturalnym skutkiem wprowadzenia w życie obecnego projektu rozporządzenia może być zobowiązanie wszystkich podmiotów leczniczych do spełnienia nowych norm, jako warunku koniecznego, w procesie kontraktowania świadczeń. W związku z tym szybkie wejście w życie projektu w takim kształcie może oznaczać, że wiele podmiotów straci możliwość kontynuacji kontraktu, w tym także wiele podmiotów niebędących przedsiębiorcami.</p> <p>Ze względu na wagę projektu, apelują o zorganizowanie konferencji uzgodnieniowej, która pozwoli wyjaśnić podniesione problemy.</p>
118	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych Wiceprzewodnicząca Wiesława Tarnowska	<p><i>Przekazuje poniższą opinię Ogólnopolskiego Porozumienia związków Zawodowych, sporządzoną w konsultacji ze środowiskiem pielęgniarek i położnych zrzeszonych w OPZZ, w szczególności z Federacji ZZ Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej.</i></p> <p><i>Uwaga ogólna:</i></p> <p>Po zapoznaniu się z projektem przedstawionego rozporządzenia należy na wstępie podkreślić, że proponowane zapisy w zdecydowany sposób odbiegają od realnych możliwości finansowo – organizacyjnych oraz nie uwzględniają aktualnej kondycji finansowej podmiotów mających być objętych regulacją. Istnieje realna obawa, że w praktyce wiele podmiotów nie będzie w stanie spełnić wymogów rozporządzenia, nie tylko z uwagi na swoją sytuację finansową ale i deficyt kadry pielęgniarsko – położniczej na rynku świadczeniodawców. Należy więc mieć świadomość, że wprowadzenie w życie nowych minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wywoła efekt konieczności kilkukrotnego wzrostu zatrudnienia w grupie zawodowej pielęgniarek w różnych rodzajach podmiotów leczniczych, a jak wskazano na wstępie – na realizację nowych zapisów projektodawcy nie zaplanowali jakichkolwiek środków finansowych.</p> <p>Planowany termin wejścia w życie rozporządzenia czyli 1 stycznia 2013 roku w ocenie Federacji jest mało realny ze względów wskazanych powyżej (brak środków finansowych i możliwości rekrutacyjnych czyli wystarczającej liczby</p>

pracowników).

Uwagi szczegółowe najczęściej zgłaszane w opiniach naszego środowiska:

1) dot. § 2 ust. 2 - ustalanie minimalnej normy zatrudnienia w oddziale lub innej komórce organizacyjnej przedsiębiorstwa o profilu psychiatrycznym.

- średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich w komórce organizacyjnej przedsiębiorstwa o profilu psychiatrycznym wynoszącym odpowiednio do kategorii opieki: 100, 180 i 300 minut (na dobę na pacjenta w odniesieniu do odpowiednich kategorii opieki), analogicznie jak w oddziale pediatrycznym i neonatologicznym - według naszych wyliczeń spowoduje konieczność zatrudnienia np. w oddziale psychiatrycznym ogólnym 78 łóżkowym od 40 do 120 pielęgniarek. Należy zdawać sobie sprawę, że istniejąca infrastruktura w tego rodzaju podmiotach uniemożliwia gwarancję warunków pracy dla takiej ilości personelu.
- przy ustaleniu minimalnej normy zatrudnienia „w oddziale lub innej komórce organizacyjnej przedsiębiorstwa o profilu psychiatrycznym”, nie zaznacza się, tak jak w przypadku oddziałów o profilu zachowawczym, zabiegowym czy z zakresu leczenia uzależnień, że chodzi o świadczenia stacjonarne i całodobowe. Czy w takim razie w oddziałach psychiatrycznych dziennych (np. 8 godzinnych), w oddziałach hospitalizacji domowej należy liczyć minimalne normy zatrudnienia zgodnie z zapisami rozporządzenia? Nie jest to do końca precyzyjne.
- analogicznie, w przypadku nowotworzonego oddziału lub innych komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa o profilu psychiatrycznym (§ 4) – wskaźnik oceny zapotrzebowania na opiekę wynoszący 0,9 w naszej ocenie wydaje się być zbyt wygórowany np. w porównaniu do minimalnych norm zatrudnienia np. na stanowisku znieczulenia - proporcja $\frac{1}{1}$: $\frac{1}{1}$ (1 pielęgniarka anestezjologiczna na 1 pacjenta).

2) dot. § 2 ust. 6 - ustalenie minimalnej normy zatrudnienia w oddziale o profilu położniczo – ginekologicznym w „systemie matka z dzieckiem” lub innej komórce organizacyjnej przedsiębiorstwa o tym profilu.

- zgodnie z przepisem przyjmuje się, że średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położną wynosi odpowiednio dla kategorii opieki: 72 minuty na dobę na położnicę i noworodka w przypadku kategorii I, 100 minut na dobę na położnicę i noworodka w przypadku kategorii II oraz 98 minut na dobę na położnicę w przypadku kategorii III.

Ta propozycja nie różni się od ostatniej propozycji, która była opiniowana przez nasze środowisko, kiedy wskazywaliśmy, że nie jest to dobre rozwiązanie. Podtrzymujemy tę opinię również w odniesieniu do obecnie projektowanej regulacji.

W praktyce oznacza to, że czas świadczeń bezpośrednich będzie wynosić tylko po 36 minut odpowiednio na matkę i na noworodka w przypadku I kategorii oraz po 50 minut na matkę i noworodka w kategorii II. W naszej ocenie normy czasu są mocno zaniżone, a kryteria opieki nie zawierają wielu wyznaczników, zwłaszcza, biorąc pod uwagę kryteria kwalifikowania położnicy i noworodka do danej kategorii opieki (załączniki 4 i 5).

Co do liczby położnych do opieki nad matką i noworodkiem należy wziąć pod uwagę, że w praktyce kwalifikacja zarówno położnic jak i nowonarodzonych dotyczy w zasadzie II kategoryzacji, gdzie potrzebna jest wzmożona opieka nad noworodkiem i położnicą, a w związku z tym konieczna jest stosowna liczba personelu. Dlatego planując zatrudnienie w tej grupie, należy uwzględnić realia możliwe do wprowadzenia.

		<ul style="list-style-type: none"> • zwracamy uwagę, że wcześniejsze projekty rozporządzeń MZ ograniczały kompetencje położnych, które w praktyce zostały odsunięte od pracy w innych oddziałach niż położniczo – ginekologiczne (z bloków operacyjnych, oddziałów dziecięcych, opieki paliatywnej nad kobietą). Pozostawienie w/w zapisów w projekcie niniejszego rozporządzenia bez wprowadzenia zmian może przyczynić się do kolejnej redukcji etatów położnych i odebranie położnicy i noworodkowi właściwej opieki i bezpieczeństwa w trakcie pobytu w szpitalu. Warto też zwrócić uwagę, na stanowisko Polskiego Towarzystwa Pediatricznego (z 2010 r.), które odnosząc się do obsad pielęgniarskich w zakładach opieki zdrowotnej, uważało, że nie jest do przyjęcia zapis w ówczesnym projekcie nowelizacji rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych o sprawowaniu opieki w oddziale szpitalnym przez 1 pielęgniarkę lub położną obejmującą nie więcej niż 20 pacjentów w ciągu jednej zmiany. PTP zaproponowało aby poziom obsad pielęgniarskiej i położniczej, kształtował się w oddziale zabiegowym: 1 pielęgniarka na 4 pacjentów lub 1 pielęgniarka na 8 pacjentów + 2 opiekunów medycznych. <p>3) zwracamy uwagę, że <i>świadczenia pielęgniarskie bezpośrednie</i> to nie tylko świadczenia pielęgnacyjne, terapeutyczne, diagnostyczne, ale również <u>promocja zdrowia</u>, której się nie uwzględnia w projekcie, a w praktyce nie zawsze jest na nią czas; wydaje się, że czynności związane z promocją zdrowia też należy wziąć pod uwagę w kategorii świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich.</p> <p>4) wątpliwości i dodatkowe pytania budzi też sposób ustalenia „<i>średniego czasu dyspozycyjnego</i>” (Td) pielęgniarki lub położnej w ciągu roku wynoszący w ciągu roku 202 dni, a ustalany w godzinach w ciągu roku jako wynik różnicy powstałej po odjęciu od liczby dni roboczych w danym roku, dni wolnych tj. urlopu wypoczynkowego (26 dni), dni przysługujących na opiekę nad dzieckiem (2 dni), dni na realizację kształcenia podyplomowego (5 dni), dni zwolnień lekarskich (5 dni).</p> <p>5) w wielu opiniach przekazywanych do Federacji powtarzane są obawy, że wprowadzenie w życie niniejszego rozporządzenia Ministra Zdrowia doprowadzi do redukcji zatrudnienia w placówkach, zwłaszcza tych gdzie jest mało przyjęć pacjentów. Będą zdarzały się sytuacje, że liczba pielęgniarek i położnych będzie niewystarczająca, czy wówczas pracodawca zdecyduje się na zatrudnienie nowych pracowników, czy też będzie przesuwiał pielęgniarki z oddziałów na którym ma "przerost" personelu, aby przestrzegać określonych kategoryzacji. Takiej sytuacji projekt nie reguluje, a powinien z uwagi na fakt, że niedobory personelu pielęgniarsko – położniczego są faktem, o czym wspominaliśmy na początku. Realne jest, że stosowanie zapisów rozporządzenia spowoduje drastyczne redukcje w innych grupach zawodowych (głównie salowych i sanitariuszy), co i tak nie zrównoważy kosztów zatrudnienia nowych pielęgniarek.</p> <p>W ocenie organizacji członkowskich zrzeszonych w OPZZ projekt przedłożonego rozporządzenia wymaga dyskusji oraz korekt w tym kierunku, aby zachowując intencję bezpieczeństwa pacjentów, nie dokonywać tego kosztem drastycznych przesunięć i redukcji zatrudnionych pracowników. Dostrzegamy konieczność uregulowania obszaru będącego przedmiotem opinii, ale pożądanym byłoby, mimo wszystko, uwzględnienie przynajmniej stosownego <i>vacatio legis</i> w jej wprowadzaniu.</p>
119	Krzysztof Kusza Konsultant Krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii	„§6. Minimalne normy zatrudnienia: 2) na stanowisku znieczulenia - wynoszą na 1 pacjenta co najmniej 1 pielęgniarkę anestezjologiczną; 3) w sali nadzoru poznieczuleniowego – liczba pielęgniarek anestezjologicznych na każdej zmianie w stosunku do liczby stanowisk nadzoru poznieczuleniowego powinna być niższe niż 1:4;

		<p>§9. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2013 roku”</p> <p>Uwagi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Zapis dotyczący minimalnej normy zatrudnienia na stanowisku znieczulenia: „na 1 pacjenta co najmniej 1 pielęgniarkę anestezyjologiczną” jest absurdalnie duży. Przykładowo jeśli na jednym stanowisku znieczulenia wykonanych będzie w ciągu doby kilkanaście znieczuleń (każde u innego pacjenta) to należałoby zatrudnić kilkanaście pielęgniarek anestezyjologicznych. 2.Brak w rozporządzeniu słowniczka z definicją „pielęgniarki anestezyjologicznej”. Nie można założyć iż będzie ta definicja w innym rozporządzeniu i będziemy ją stosować. Musi być chociaż odwołanie do takiego aktu prawnego. 3.Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2013 roku. Niektóre szczegółowe zapisy co najmniej niespójne z analogicznymi zapisami w projekcie <i>rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą</i>. Przykładowo: przewidziane vacatio legis w obydwu projektach w zakresie (identycznych) uregulowań dotyczących sali nadzoru poznieczuleniowego jest diametralnie inne.
120	Marek Nowak Dyrektor Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. Dr. Władysława Biegańskiego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sposób obliczania minimalnej normy zatrudnienia w poszczególnych oddziałach szpitalnych według podanego wzoru jest niepotrzebnie skomplikowany i jak się okazuje po uzyskaniu wycieńczeń całkowicie nieprzydatny np.: w oddziale psychiatrycznym 45 łóżkowym o 99 – 100 % obłożenia gdzie przeważa I kategoria pacjentów – należy zatrudnić 40,5 etatu piel., w oddziale pediatrycznym z 31 pacjentami należy zatrudnić prawie 52 pielęgniarki, zaś w oddziale kardiologicznym z intensywnym nadzorem kardiologicznym wg cyt. Rozporządzenia wystarczy zatrudnić 18,5 pielęgniarki. Sugerowanie w uzasadnieniu uwzględniania wyposażenia oddziału, współopieki rodziny nie jest możliwe do zunifikowania i sposobu obliczania tychże oraz obiektywnej oceny. Mieszanie pojęć opieki pielęgniarskiej i norm zatrudnienia, skutecznie gmatwa sposób dochodzenia do wyniku i ostatecznie gmatwa „ sposób ustalania norm zatrudnienia” 2. Proponowane Rozporządzenie w żadnym razie nie może być przydatnym i skutecznym narzędziem by (jak czytamy w uzasadnieniu) przeciwdziałać zdarzeniom niepożądanym, wypaleniu zawodowemu pielęgniarek i położnych..etc. Do tego celu o wiele skuteczniejsze są: dobra organizacja pracy, dobre warunki pracy, dobre relacje interpersonalne, optymalne dla danej grupy zawodowej wynagrodzenie, permanentne szkolenie pracowników. - Zatrudnieniem opiekuna pacjenta, a nie do wszystkich czynności opiekuńczych pielęgniarkę - przez co pauperyzujemy zawód i stwarzamy rzeczywistość wirtualną – skąd tyle pielęgniarek wziąć, chyba że z zagranicy. 3. Zatrudnianie nadmiernej liczby personelu tak samo jak rażące niedoszacowanie w tym zakresie – niesie podobne skutki tj. frustrację i pośpiech, zniechęcenie i niestaranne wykonywanie czynności z zakresu opieki, instrumentalnych działań oraz dokumentowania procesu pielęgnowania. Doświadczenie kliniczne, z zakresu organizacji pracy i pielęgnowania jako nauki- są doskonalszym narzędziem do obliczania „tzw. minimalnych norm zatrudnienia” Jeśli przyjąć np., że w 31 łóżkowym oddziale pediatrycznym powinno pracować minimum 51,5 pielęgniarek to należy również założyć, że maksymalnie może tam pracować 100 pielęgniarek. Jedno i drugie założenie tak samo absurdalnie brzmi.

		<p>4. Ustalenie minimalnych norm zatrudnienia niesie konotacje ekonomiczne. Jak do tego dokumentu odniesie się płatnik? Można oczywiście teoretycznie założyć, że każdym pacjentem w OIT zajmuje się minimum 1 pielęgniarka a każdą grupą 2-3 pacjentów hospitalizowanych poza OIT i IOM także opiekuje się minimum 1 pielęgniarka. Jakże w związku z tym rodzą się koszty dla pracodawcy a jakie konsekwencje dla NFZ jako głównego płatnika???</p> <p>5. Reasumując: cytowany projekt Rozporządzenia na pewno jest narzędziem zbyt teoretycznym, skomplikowanym i nieprzydatnym by można je stosować w praktyce. Chyba, że jest rozporządzenie do rozważań teoretycznych. Kończąc należy pamiętać, że rzeczywistość za oknem jest inna. Mamy dziś różne systemy organizacyjne wymuszone kontraktem z NFZ oraz niedostatek środków finansowych w systemie. Szpitale już przerabiały radosną twórczość legislacyjną z ustawą „203”. Dziś należy się im większy szacunek za wykonywanie świadczeń ratujących życie i zdrowie w ponad limitach, za które NFZ nie płaci. Dalsze obciążenie finansowe szpitali może mieć następstwa niepokojów społecznych. W przypadku Szpitala w Grudziądzu należy zatrudnić około 200 etatów x 3.500,00 zł tj. rocznie 8.400.000,00 zł. Dobrym pomysłem byłoby rozporządzenie dotyczące opieki medycznej nad pacjentem, a nie normy zatrudnienia jednej z grup zawodowych. szpital to również lekarze, ratownicy, opiekunowie, dietetyczki. Nie należy liczyć, należy stworzyć warunki do zatrudnienia tak, aby pielęgniarki nie podejmowały zajęć w innych zawodach czy miejscach bardziej atrakcyjnych. Ponadto skutki ekonomiczne jakie niosłoby literalne wypełnienie zapisów ograniczyłyby wykonywania procedur diagnostycznych i leczniczych dla pacjentów. Rozporządzenie obniży znacznie bezpieczeństwo dla pacjentów.</p>
121	Marek Jarema Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii	<p>W odniesieniu do <i>projektu rozporządzenia w sprawie sposobu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorstwami</i>, mam następujące uwagi:</p> <p>Odnosnie § 2.2.: wydaje się, że średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich w poszczególnych kategoriach od I do III jest zawyżony i powinien być o ok. 1/3 niższy niż proponowany.</p> <p>Uzasadnienie: nie każde czynności opisane w poszczególnych kategoriach wymagają tak długiego czasu, zależy to od profilu pacjentów, którzy są pod opieką pielęgniarki, ale także od liczby chorych zaliczonych do poszczególnych kategorii. Obawę budzi fakt, iż wysokie normy zatrudnienia będą skutkowały koniecznością zwiększenia obsady pielęgniarskiej znacznie powyżej obecnych norm. Oznacza to zwiększenie kosztów osobowych związanych z funkcjonowaniem oddziału, co przy perspektywie stałego zmniejszania nakładów na finansowanie opieki zdrowotnej, może stanowić istotną przeszkodę w spełnieniu kryteriów tak wysokich norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Moim zdaniem, wprowadzenie wysokich norm zatrudnienia musi być poprzedzone wzrostem finansowania świadczeń, który umożliwiłby także wzrost zatrudnienia.</p>
122	Prof. dr hab. n. med. Danuta RYGLEWICZ Konsultant Krajowy ds. Neurologii	<p>Pragnę podkreślić, że w pełni doceniam znaczenie pracy pielęgniarek i położnych. Określenie norm zatrudnienia jest bez wątpienia ważnym elementem zapewniającym prawidłową realizację określonych procedur medycznych.</p> <p>Mam jednak kilka zasadniczych uwag:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zaproponowany algorytm, a zwłaszcza przyjęty arbitralnie średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich jest moim zdaniem zawyżony, zwłaszcza w zakresie psychiatrii. Przy obecnym poziomie finansowania świadczeń z

		<p>zakresu psychiatrii wzrost zatrudnienia pielęgniarek w Oddziałach Psychiatrycznych gwałtownie pogorszy wynik finansowy.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. W oddziałach o profilu anestezjologicznym i intensywnej terapii (stanowisko intensywnej terapii) podniesienie równoważnika zatrudnienia z 2 do 2.2 etatu na 1 stanowisko (&5) nie ma żadnego merytorycznego uzasadnienia, nie mówiąc o problemach dzielenia etatu, gdy np. będzie 7 łóżek. 3. Nie uwzględniono w prezentowanym projekcie faktu, że powstały nowe zawody medyczne np. opiekun/opiekunka medyczna. Są to osoby przygotowane merytorycznie i praktycznie do pielęgnacji chorych. Koszty ich zatrudnienia są niższe niż pielęgniarek i uważam, że po obliczeniu liczby etatów pielęgniarskich w zakresie niektórych specjalności np. neurologii etaty dla opiekunów medycznych powinny stanowić 25% wyliczonej liczby etatów. Przedstawione w załączniku 4 kryteria opieki pielęgniarskiej, takie jak pomoc przy poruszaniu się, dbałość o higienę chorych, odżywianie powinny być realizowane przez opiekunki medyczne. 4. Należy również uwzględnić, że w wielu oddziałach neurologicznych, zwłaszcza w oddziałach udarowych zatrudnieni są psychologowie, logopedzi, fizjoterapeuci, którzy w ramach swoich czynności zawodowych sprawują opiekę nad pacjentem. <p>W oparciu o powyższe uwagi uważam, że nie można przyjąć, że przy stosowaniu proponowanego algorytmu ustalone są minimalne normy zatrudnienia, gdyż są to raczej normy optymalne. Ich wprowadzenie wymagałoby podniesienia poziomu finansowania procedur medycznych, zwłaszcza z zakresu neurologii i psychiatrii.</p> <p>Uważam również, że przy ustalaniu norm zatrudnienia powinny być uwzględniane szczegółowe profile Oddziału oraz wymagana konieczność zatrudnienia przedstawicieli innych zawodów medycznych.</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------