

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia *28. grudnia* 2012 r.

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

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

§ 1. 1. Przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, zwanych dalej „minimalnymi normami”, w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, zwanym dalej „podmiotem”, wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, uwzględnia się:

- 1) zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych;
- 2) liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku;
- 3) wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;
- 4) harmonogram czasu pracy;
- 5) średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich i średni czas dyspozycyjny, o których mowa w § 2;
- 6) właściwą kategorię opieki ustaloną dla pacjenta;
- 7) liczbę pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki;
- 8) stan zatrudnienia i organizacji pracy w jednostkach lub komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

2. Do ustalania minimalnej normy nie wlicza się zatrudnionej w podmiocie kadry kierowniczej pielęgniarskiej lub położniczej, z wyłączeniem pielęgniarek lub położnych oddziałowych i ich zastępców oraz pielęgniarek lub położnych koordynujących pracę innych pielęgniarek i położnych i ich zastępców.

§ 2. 1. Średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich, średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich całkowity oraz średni czas dyspozycyjny pielęgniarki lub położnej w ciągu roku oblicza się według wzorów:

1) $T_{\text{spb}} = (N_I \times T_{\text{spb I}}) + (N_{II} \times T_{\text{spb II}}) + (N_{III} \times T_{\text{spb III}})$,

2) $T_{\text{spc}} = T_{\text{spb}} + T_{\text{sp}}p$

- gdzie poszczególne symbole oznaczają:

T_{spb} – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich,

N – średnią liczbę pacjentów za poprzedni rok kalendarzowy poprzedzający ustalenie minimalnej normy (N_I – kategoria opieki I, N_{II} – kategoria opieki II, N_{III} – kategoria opieki III),

T_{spc} – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich całkowity,

T_{spbI} – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich dla kategorii opieki I,

T_{spbII} – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich dla kategorii opieki II,

T_{spbIII} – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich dla kategorii opieki III,

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

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

Tśpp – średni dobowy czas wykonania świadczeń pielęgniarских pośrednich, który może wynosić od 10% do 25% średniego dobowego czasu świadczeń pielęgniarских bezpośrednich; czas ten określa się biorąc pod uwagę organizację pracy w podmiocie;

$$3) T_d = T_{\text{ścp}} - (T_{\text{ścuw}} + T_{\text{ścod}} + T_{\text{śckp}} + T_{\text{śczl}})$$

- gdzie poszczególne symbole oznaczają:

T_d – średni czas dyspozycyjny pielęgniarki lub położnej w ciągu roku,

$T_{\text{ścp}}$ – średni czas pracy w dniach,

$T_{\text{ścuw}}$ – średni czas urlopu wypoczynkowego w dniach,

$T_{\text{ścod}}$ – średni czas ustawowo przysługujący na opiekę nad dzieckiem w dniach,

$T_{\text{śckp}}$ – średni czas przeznaczony na realizację kształcenia podyplomowego w dniach,

$T_{\text{śczl}}$ – średni czas nieobecności w pracy usprawiedliwiony zaświadczeniem lekarskim w dniach.

2. Średnią liczbę pacjentów oraz średni dobowy czas świadczeń pielęgniarских bezpośrednich dla danej kategorii opieki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, kierownik podmiotu ustala uwzględniając kategorię opieki, do której pacjent został zakwalifikowany zgodnie z kryteriami określonymi w załączniku:

- 1) nr 1 do rozporządzenia – w przypadku oddziału o profilu zachowawczym i zabiegowym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu;
- 2) nr 2 do rozporządzenia – w przypadku oddziału o profilu psychiatrycznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu;
- 3) nr 3 do rozporządzenia – w przypadku:
 - a) zespołu porodowego lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu, w stosunku do rodzących siłami natury, albo
 - b) oddziału lub zespołu porodowego o profilu ciąży powikłanej lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu, w stosunku do pacjentek zakwalifikowanych do cięcia cesarskiego;
- 4) nr 4 i 5 do rozporządzenia – odpowiednio w odniesieniu do położnicy i noworodka, w przypadku oddziału o profilu położniczo-ginekologicznym w systemie „matka z dzieckiem” lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu;
- 5) nr 6 do rozporządzenia – w przypadku oddziału o profilu pediatrycznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu;
- 6) nr 7 do rozporządzenia – w przypadku oddziału o profilu dializoterapii lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu.

3. Przy ustalaniu minimalnej normy stosuje się wzór:

$$L_e = \frac{T_{\text{śpc}} \times 365}{T_d}$$

- gdzie poszczególne symbole oznaczają:

L_e – liczbę etatów lub równoważników etatów – stanowiącą podstawę obliczenia minimalnej normy,

$T_{\text{śpc}}$ – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarских całkowity, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, w dniach.

§ 3. W przypadku oddziału o profilu:

- 1) anestezjologia i intensywna terapia (stanowisko intensywnej terapii) lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu,
- 2) neonatologicznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu

- stosuje się minimalne normy wynikające z przepisów wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008

r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.³⁾) dotyczących świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, odnoszące się do odpowiedniego poziomu referencyjnego.

§ 4. 1. W przypadku podmiotu wykonującego świadczenia z zakresu leczenia uzależnień przy ustalaniu minimalnej normy uwzględnia się przepisy § 1 ust. 1 pkt 1 – 4 i 8.

2. W przypadku szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć przy ustalaniu minimalnej normy uwzględnia się liczbę pacjentów w skali roku, stan zatrudnienia i organizacji pracy w innych komórkach organizacyjnych podmiotu oraz przepisy § 1 ust. 1 pkt 1, 3 i 4.

3. W przypadku bloku operacyjnego przy ustalaniu minimalnej normy na 1 stół operacyjny w trakcie zabiegu operacyjnego (1 pacjent) uwzględnia się przepisy § 1 ust. 1 pkt 1 – 4 i 8.

§ 5. 1. W przypadku utworzenia nowego podmiotu, zmiany rodzaju działalności leczniczej lub zmiany zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych skutkujących utworzeniem nowego oddziału lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej albo zmianą profilu tego oddziału, jednostki lub komórki, przy ustalaniu minimalnych norm uwzględnia się:

- 1) planowany zakres i rodzaj świadczeń zdrowotnych;
- 2) planowaną liczbę pacjentów;
- 3) wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;
- 4) harmonogram czasu pracy;
- 5) stan zatrudnienia i organizacji pracy w komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

2. Minimalną normę ustala się w sposób określony w ust. 1 na okres roku licząc od dnia wpisu podmiotu albo wpisu zmian określonych w ust. 1, do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

§ 6. W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne przy ustalaniu minimalnych norm uwzględnia się:

- 1) wielkość i rozległość terytorialną oraz strukturę demograficzną i narażenia środowiskowe charakterystyczne dla obszaru działania tego podmiotu;
- 2) zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych, z uwzględnieniem świadczeń zdrowotnych udzielanych w miejscu zamieszkania, nauki lub pobytu pacjenta;
- 3) liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku;
- 4) wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;
- 5) harmonogram czasu pracy;
- 6) wykonywane obowiązki związane z prowadzeniem kształcenia podyplomowego;
- 7) stan zatrudnienia i organizacji pracy w komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

§ 7. Minimalne normy ustala się co najmniej raz na trzy lata.

§ 8. Minimalne normy ustalone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia mogą być stosowane nie dłużej niż do dnia 31 marca 2014 r.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2012 r. poz. 123, 476, 1016 i 1342.

§ 9. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2013 r.⁴⁾



MINISTER ZDROWIA

Bartosz Artukowicz

PODSEKRETARZ STAŁY
w MINISTERSTWIE ZDROWIA

Igor Radziejewicz-Winnicki

DYREKTOR
Departamentu Prawnego

Władysław Puzoń
radca prawny

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego

Anna Budziszewska-Makulska

⁴⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, poz. 1314), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 219 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092 oraz z 2012 r. poz. 742).

Z-ca DYREKTORA
Departamentu Pielęgniarek i Położnych

Joanna Skolimowska

28.12.12
28.12.12
28.12.12

**Kryteria dla kategorii opieki w przypadku oddziału o profilu zachowawczym i zabiegowym lub
innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu**

Uwaga: przy kwalifikowaniu pacjenta do danej kategorii opieki uwzględnia się następujący sposób kwalifikacji:

- 1) kategoria opieki I – kryteria kategorii opieki I lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki II, lub nie więcej niż jedno kryterium z kategorii opieki III;
- 2) kategoria opieki II – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki II lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki III;
- 3) kategoria opieki III – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki III.

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

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

Kryteria dla kategorii opieki w przypadku oddziału o profilu psychiatrycznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu

Uwaga: przy kwalifikowaniu pacjenta do danej kategorii opieki uwzględnia się następujący sposób kwalifikacji:

- 1) kategoria opieki I – kryteria kategorii opieki I lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki II, lub nie więcej niż jedno kryterium z kategorii opieki III;
- 2) kategoria opieki II – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki II lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki III;
- 3) kategoria opieki III – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki III.

Lp	KRYTERIA	Kategoria opieki I	Kategoria opieki II	Kategoria opieki III
1.	AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA	pacjent samodzielny	porusza się przy pomocy laski, chodzika, wymaga pomocy przy wstaniu z łóżka, z fotela, większą część czasu spędza w łóżku	nie opuszcza łóżka, pozycję zmienia sam lub przy pomocy pielęgniarki, transport na wózku lub noszach
2.	HIGIENA	we własnym zakresie	większość czynności wykonuje samodzielnie, niewielka pomoc przy wykonywaniu toalety, wejściu do wanny, pod prysznic, wymaga pomocy przy umyciu pleców, włosów	wymaga pomocy przy wykonywaniu wszystkich czynności higienicznych, zmianie bielizny pościelowej i osobistej, mycie w łóżku, pomoc w toalecie jamy ustnej, wzmożona pielęgnacja skóry w szczególności postępowanie przeciwoleżynowe
3.	ODŻYWIANIE	samodzielnie	niewielka pomoc, podanie tacy lub rozdrobnienie posiłku, nadzór nad ilością spożywanego posiłku	wymaga karmienia, rozdrobnienia posiłku lub odżywiany jest i nawadniany pozajelitowo
4.	WYDALANIE	samodzielnie	wymaga pomocy w zaprowadzeniu do toalety	przeważnie sygnalizuje swoje potrzeby, korzysta z basenu, kaczki, często ma założony cewnik, może występować biegunka, korzysta z pieluchomajtek
5.	POMIAR PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH	podstawowe parametry mierzone 2 x na dobę	podstawowe parametry mierzone częściej niż 2 x dobę, wykonywanie innych zabiegów np. prowadzenie bilansu płynów, kontrola masy ciała itp.	kontrola stanu fizycznego osoby unieruchomionej lub izolowanej nie rzadziej niż co 15 minut oraz dokumentowanie ww. obserwacji w kartach zastosowania unieruchomienia i izolacji
6.	LECZENIE	doustne, sporadycznie	doustne, domięśniowe, ewentualnie dożylnie,	domięśniowe, dożylnie, podskórne, wlewy

		dożylne, domięśniowe, pod inną postacią niż doustne, leki, przyjmuje bez oporów	okresowo odmawia przyjmowania leków, niewielkie nasilenie objawów ubocznych polekowych	dożylne i doodbytnicze, oponuje przeciwko leczeniu, wymaga interwencji osób trzecich przy podawaniu leków lub przy wykonywaniu zabiegów, występują ciężkie objawy uboczne, polekowe np. złośliwy zespół neuroleptyczny
7.	EDUKACJA ZDROWOTNA I WSPARCIE PSYCHICZNE	pełna wiedza na temat zdrowia i choroby, wymaga podstawowych informacji o oddziale (topografia, rozkład dnia w oddziale, uprawnienia pacjenta, nazwiska osób opiekujących się, planowane postępowanie pielęgnacyjne)	słaba orientacja w sprawach zdrowia, wymaga informacji o zdrowiu i chorobie oraz wsparcia psychicznego, manifestuje pewien poziom lęku, wymaga oddziaływań psychoedukacyjnych	brak wiedzy o zdrowiu i chorobie, wymaga informacji oraz wsparcia psychicznego, często wysoki poziom lęku, dezorientowany, nastrój depresyjny; pacjent i jego rodzina wymagają wsparcia i podjęcia działań psychoedukacyjnych
8.	ZACHOWANIA AGRESYWNE	spokojny, bez słownych i czynnych zachowań agresywnych	agresja słowna w stosunku do pacjentów i personelu	agresja słowna i czynna w stosunku do pacjentów i personelu, niszczenie sprzętów w oddziale, autoagresja, nadmierne pobudzenie seksualne
9.	DEZORGANIZACJA ZACHOWANIA	brak	niewielka dezorganizacja zachowania bez wpływu na podstawowe czynności życiowe	nasilona dezorganizacja zachowania
10.	NAPĘD PSYCHORUCHOWY	prawidłowy	okresowo niepokój ruchowy, głośno mówi, śpiewa, nastrój labilny, dysforia, euforia lub porusza się powoli, zastyga, halucynuje wzrokowo i słuchowo, powolny, siedzi beczynn timer lub staje nieruchomo, odpowiada cicho, szeptem lub wcale, nastrój obojętny, sztywna mimika twarzy	nadmiernie aktywny, pobudzony psychoruchowo, dysforyczny, stale przemieszcza się w oddziale, domaga się wyjścia poza oddział, głośno mówi, krzyczy, płacze, szarpie się (pacjent unieruchomiony), zaczepia innych, niszczy ubranie, okalecza się, rzuca przedmiotami, całkowity bezruch (stupor)
11.	DEPRESJA	bezsensowność lub	obniżenie nastroju	aktywność fizyczna

		nadmierna senność, lęk	i napędu psychoruchowego, zaburzenia snu, lęk okresowy lub przewlekły, dysregulacja rytmów biologicznych, układu autonomicznego (zaburzenia snu, lęk, zaparcia, bóle głowy), wewnętrzny niepokój, drażliwość	i psychiczna obniżona, uboga mimika twarzy, zaniedbany wygląd, nie reaguje na próby nawiązania kontaktu, nie odpowiada na pytania, odmawia przyjmowania posiłków i płynów
12.	MYŚLI SAMOBÓJCZE	brak	wypowiada myśli samobójcze, ale nie ma tendencji do ich realizacji	po próbie samobójczej, wypowiada myśli samobójcze, ma tendencje do ich realizacji, w wywiadzie próby samobójcze, wymaga stałej obserwacji pielęgniarstwiej
13.	OBJAWY PSYCHOTYCZNE	brak lub niewielkie	umiarkowane nasilenie bez aktywności psychotycznej	ciężkie, masywne objawy wytwórcze z nasiloną aktywnością psychotyczną
14.	ŚWIADOMOŚĆ	świadomość prawidłowa	senny, na zadawane pytania odpowiada z opóźnieniem, zdezorientowany w czasie	dezorientacja, przymglenie, majaczenie, splątanie
15.	UDZIAŁ W TERAPII	chętnie uczestniczy w zajęciach terapeutycznych	okresowo uczestniczy w zajęciach terapeutycznych, nie kończy podjętych zadań	nie uczestniczy w życiu społeczności i terapii zajęciowej
16.	EDUKACJA ZDROWOTNA I WSPARCIE PSYCHICZNE	pełna wiedza na temat zdrowia i choroby, wymaga podstawowych informacji o oddziale (topografia, rozkład dnia w oddziale, uprawnienia pacjenta, nazwiska osób opiekujących się, planowane postępowanie pielęgnacyjne) nie wymaga wsparcia psychicznego	słaba orientacja w sprawach zdrowia, wymaga informacji o zdrowiu i chorobie oraz wsparcia psychicznego, manifestuje pewien poziom lęku, nastrój nieco obniżony	brak wiedzy o zdrowiu i chorobie, wymaga informacji oraz wsparcia psychicznego, często wysoki poziom lęku, zdezorientowany, nastrój depresyjny, rodzina pacjenta powinna być objęta programem edukacyjnym i wsparciem psychicznym

Kryteria dla kategorii opieki w przypadku zespołu porodowego lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu, w stosunku do rodzących siłami natury albo w przypadku oddziału lub zespołu porodowego o profilu ciąży powikłanej lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu, w stosunku do pacjentek zakwalifikowanych do cięcia cesarskiego

Uwaga: przy kwalifikowaniu pacjenta do danej kategorii opieki uwzględnia się następujący sposób kwalifikacji:

- 1) kategoria opieki I – kryteria kategorii opieki I lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki II, lub nie więcej niż jedno kryterium z kategorii opieki III;
- 2) kategoria opieki II – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki II lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki III;
- 3) kategoria opieki III – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki III.

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

				lub nagle cięcie cesarskie
		9. Potrzeby wydalania zaspokaja sama	9. Wymaga podania basenu	9. Cewnikowanie lub cewnik na stałe
		10. Zachowany pęcherz płodowy, pęknięcie o czasie	10. Pęknięty pęcherz płodowy, odpływa prawidłowy płyn owodniowy	10. Odpływa płyn owodniowy o nieprawidłowym zabarwieniu i woni lub w dużej ilości
		11. Rodząca stosuje ćwiczenia oddechowe, relaksujące, korzysta z udogodnień	11. Rodząca wymaga instruktazu odnośnie ćwiczeń oddechowych i relaksujących	11. Rodząca wymaga stałej pomocy w stosowaniu ćwiczeń oddechowych i relaksujących
		12. Otrzymuje leki doustne, doodbytnicze, domięśniowe	12. Otrzymuje leki doustne, doodbytnicze, domięśniowe, dożylnie	12. Otrzymuje leki parenteralnie, infuzja (dożylnie)
		13. Pozytywne nastawienie rodzącej do porodu, dobra orientacja co do przebiegu porodu, dobry kontakt z położną, rodząca jest spokojna i opanowana	13. Mierna orientacja co do przebiegu porodu, utrudniony kontakt z położną, rodząca nieopanowana, niespokojna, wymaga okresowego wsparcia osoby towarzyszącej	13. Negatywny stosunek do porodu i osób towarzyszących, brak orientacji w przebiegu porodu, wymaga stałej obecności położnej
2.	II OKRES PORODU	1. Czas przebiegu do 2 godzin	1. Przedłużający się ponad 2 godziny	1. Poród zabiegowy, nagle cięcie cesarskie
		2. Podczas parcia pozycja dowolna	2. Podczas parcia pozycja ograniczona	2. Podczas parcia pozycja wymuszona
		3. Wymaga zapewnienia czystości krocza	3. Wymaga zapewnienia czystości krocza	3. Wymaga zapewnienia czystości krocza i okolic przylegających
		4. Ochrona krocza	4. Znieczulenie, nacięcie krocza	4. Pęknięcie krocza, rozległe nacięcie
		5. Rodząca aktywnie uczestniczy w porodzie	5. Rodząca wymaga nauki, pomocy przy parciu	5. Rodząca wymaga aktywnej pomocy, biernie uczestniczy w porodzie
		6. Zastosowanie mają pkt 4–7, 9, 12 i 13 dotyczące I okresu porodu	6. Zastosowanie mają pkt 4–7, 9, 12 i 13 dotyczące I okresu porodu	6. Zastosowanie mają pkt 4–7, 9, 12 i 13 dotyczące I okresu porodu
3.	III OKRES PORODU	1. Noworodek w skali Apgar 7–10 pkt	1. Noworodek w skali Apgar 4–6 pkt	1. Noworodek w skali Apgar 0–3 pkt

		2. Waga noworodka 2500-4000 g	2. Waga noworodka poniżej 2500 g lub powyżej 4000 g	2. Waga noworodka poniżej 1500 g, wady u noworodka, martwo urodzony lub umierający po porodzie
		3. Bardzo dobry kontakt matki z noworodkiem	3. Kontakt matki z noworodkiem zaburzony, matka obojętna	3. Brak kontaktu lub niechęć matki do noworodka
		4. Bierne i czynne prowadzenie III okresu porodu, popłód kompletny	4. Czynne prowadzenie III okresu porodu; wątpliwości w ocenie popłodu	4. Patologia III okresu porodu, zabiegi manualne lub instrumentalne
		5. Krwawienie z dróg rodnych do 200 ml	5. Krwawienie z dróg rodnych powyżej 200 ml	5. Krwotok z dróg rodnych
		6. Kanał rodny bez obrażeń	6. Otarcia, pęknięcia kanału rodnego, nacięcie krocza	6. Pęknięcie krocza II lub III stopnia
		7. Zastosowanie mają pkt 4-6, 9, 12 i 13 dotyczące I okresu porodu	7. Zastosowanie mają pkt 4-6, 9, 12 i 13 dotyczące I okresu porodu	7. Zastosowanie mają pkt 4-6, 9, 12 i 13 dotyczące I okresu porodu
4.	IV OKRES PORODU	1. Skrócony czas przebywania na sali porodowej	1. Dwugodzinna obserwacja	1. Obserwacja powyżej 2 godzin
		2. Rutynowy pomiar parametrów życiowych, wysokości dna macicy, krwawienia z dróg rodnych	2. Pomiar parametrów życiowych co 15 min., kontrola wysokości dna macicy i krwawienia z dróg rodnych (krwawienie zwiększone)	2. Opieka po znieczuleniu ogólnym, dokładna obserwacja i pomiar parametrów życiowych, wysokości dna macicy i krwawienia z dróg rodnych
		3. Matka karmi dziecko piersią	3. Matka wymaga pomocy w przystawieniu dziecka do piersi	3. Matka nie karmi dziecka piersią, zły kontakt z dzieckiem lub brak
		4. Dobra orientacja matki w sprawach zdrowia, samopielęgnacji w położeniu, opieki nad dzieckiem, dobry kontakt z otoczeniem	4. Matka wymaga pomocy w spożyciu posiłku, wymaga informacji o samopielęgnacji w położeniu, pielęgnacji noworodka, wymaga wsparcia osób bliskich	4. Brak orientacji matki w sprawach zdrowotnych, wymaga wsparcia psychicznego ze strony położnej

Kryteria dla kategorii opieki w przypadku oddziału o profilu położniczo-ginekologicznym w systemie „matka z dzieckiem” lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu – w odniesieniu do położnicy

Uwaga: przy kwalifikowaniu pacjenta do danej kategorii opieki uwzględnia się następujący sposób kwalifikacji:

- 1) kategoria opieki I – kryteria kategorii opieki I lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki II, lub nie więcej niż jedno kryterium z kategorii opieki III;
- 2) kategoria opieki II – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki II lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki III;
- 3) kategoria opieki III – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki III.

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

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

Kryteria dla kategorii opieki w przypadku oddziału o profilu położniczo-ginekologicznym w systemie „matka z dzieckiem” lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu – w odniesieniu do noworodka

Uwaga: przy kwalifikowaniu noworodka do danej kategorii opieki uwzględnia się następujący sposób kwalifikacji:

- 1) kategoria opieki I – kryteria kategorii opieki I lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki II;
- 2) kategoria opieki II – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki II.

Lp.	KRYTERIA	Kategoria opieki I	Kategoria opieki II
1.	MASA URODZENIOWA	2501 – 4000 g	2000 – 2500 g lub > 4000 g
2.	SKALA APGAR	8 – 10 pkt	5 – 7 pkt
3.	URAZY POPORODOWE	nie ma	krwiatek zewnątrzczaszkowy, wybroczyny na skórze, złamanie obojczyka, porażenie splotu barkowego
4.	WADY WRODZONE	nie ma	wady układu kostno – stawowego, wady twarzoczaszki, układu nerwowego, wady serca, inne wady wrodzone na etapie diagnozy nie wymagające natychmiastowej interwencji chirurgicznej
5.	HIGIENA I PIELĘGNACJA	codzienna kąpiel noworodka, pielęgnacja kikutu pępowinowego wykonywana przez położną, matka wykonuje samodzielnie toaletę noworodka podczas przewijania, skóra i śluzówki bez zmian patologicznych	toaleta krótkotrwała, pojedyncze ogniska zmian na skórze i błonach śluzowych, pomoc położnej podczas przewijania i toalety noworodka oraz przy pielęgnacji kikutu pępowinowego
6.	ODDYCHANIE	oddycha prawidłowo	zaburzenia oddychania np.: oddech przyspieszony, postękiwanie, tymczasowa tlenoterapia i odsłuzowywanie dróg oddechowych
7.	ODŻYWIANIE	karmienie piersią na żądanie, matka samodzielnie, prawidłowo przystawia noworodka do piersi	pomoc położnej przy dostawianiu noworodka do piersi, karmienie pokarmem matki przy pomocy kieliszka lub łyżeczki, wymaga dokarmiania i dopajania
8.	WYDALANIE	prawidłowo wydany stolec, mocz i gazy	problemy z zaspokojeniem potrzeb fizjologicznych, wymaga pomocy położnej poprzez odpowiednie ułożenie bądź jednorazowe zastosowanie rurki doodbytniczej
9.	ŻÓŁTACZKA NOWORODKÓW	fizjologiczna	wymaga fototerapii – hiperbilirubinemia
10.	OBSERWACJE I POMIAR PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH	obserwacja i pomiary podstawowych parametrów życiowych dokonywane są 2 x na dobę	obserwacja i pomiary podstawowych parametrów życiowych dokonywane są 3 x na dobę lub więcej w ciągu dnia
11.	BADANIA	testy przesiewowe	testy przesiewowe na fenylketonurię

	DIAGNOSTYCZE	na fenyloketonurię i hipotyreozę	i hipotyreozę, dodatkowo poziom bilirubiny, glikemia, morfologia krwi, gazometria, elektrolity, posiewy, wymazy, analiza moczu
12.	LECZENIE PROFILAKTYKA	szczepienia	leki doustne, iniekcje domięśniowe, wlewy kroplowe dożylnie, krople, maści, kąpiele lecznicze

Kryteria dla kategorii opieki w przypadku oddziału o profilu pediatrycznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu

Uwaga: przy kwalifikowaniu pacjenta do danej kategorii opieki uwzględnia się następujący sposób kwalifikacji:

- 1) kategoria opieki I – kryteria kategorii opieki I lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki II, lub nie więcej niż jedno kryterium z kategorii opieki III;
- 2) kategoria opieki II – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki II lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki III;
- 3) kategoria opieki III – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki III.

Lp.	KRYTERIA	Kategoria opieki I	Kategoria opieki II	Kategoria opieki III
1.	AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA	pacjent samodzielnie lub przebywające na stałe z rodzicami	pacjent wymaga pomocy przy wstawaniu, większą część czasu spędza w łóżku	pacjent unieruchomione, w oddziale zabiegowym – I doba po zabiegu
2.	HIGIENA	we własnym zakresie lub przez rodziców przebywających na stałe z pacjentem	niewielka pomoc przy wykonaniu toalety	nie sygnalizuje potrzeb wymaga pełnego wsparcia przy wykonaniu toalety, wzmożona pielęgnacja skóry w szczególności postępowanie przeciwoleżynowe lub założony cewnik
3.	KARMIENIE I ODŻYWIANIE	samodzielnie lub pacjent karmiony piersią lub przebywający na stałe z rodzicami	niewielka pomoc, rozdrobnienie posiłku, schłodzenie płynów do picia	wymaga karmienia
4.	WYDALANIE	samodzielnie	wymaga pomocy w zaprowadzeniu do toalety	przeważnie sygnalizuje swoje potrzeby, korzysta z basenu, kaczki, często ma założony cewnik, może występować biegunka, korzysta z pieluchomajtek
5.	POMIAR PARAMETRÓW ŻYCIOWYCH	podstawowe parametry 2 x na dobę	podstawowe parametry częściej niż 2x na dobę lub podstawowe 2x na dobę i pobieranie prób do badań	podstawowe parametry częściej niż 2x na dobę, pobieranie prób krwi, moczu i innych wydzielin częściej niż 2x na dobę, stałe monitorowanie

				parametrów życiowych
6.	LECZENIE	doustne, nawadnianie dożylne, podskórne (np. premedykacja), podanie kropli, maści do oczu, uszu, leczenie skóry, błon śluzowych, maści, zasypki itp.	leczenie dożylne, opatrunki 2x na dobę, inhalacje (zabiegi zajmujące 60–90 minut)	podawanie tlenu, wlewy dożylne i doodbytniczo, opatrunki częściej niż 2x na dobę, (zabiegi zajmujące więcej niż 90 minut)
7.	EDUKACJA ZDROWOTNA ORAZ WSPARCIE DZIECKA I RODZICÓW	pełna wiedza na temat choroby, wymaga podstawowych informacji uzupełniających dotyczących stanu zdrowia, planu opieki praw pacjenta, organizacji oddziału	słaba orientacja o chorobie, wymaga wsparcia, manifestuje lęk	brak wiedzy o chorobie wymaga pełnej edukacji i przygotowania do samopielęgnacji, manifestuje lęk

**Kryteria dla kategorii opieki w przypadku oddziału o profilu dializoterapii lub innej jednostki
lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu**

Uwaga: przy kwalifikowaniu pacjenta do danej kategorii opieki uwzględnia się następujący sposób kwalifikacji:

- 1) kategoria opieki I – kryteria kategorii opieki I lub nie więcej niż dwa kryteria z kategorii opieki II;
- 2) kategoria opieki II – co najmniej trzy kryteria kategorii opieki II.

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

Uzasadnienie

Przedłożony projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami stanowi wykonanie upoważnienia do wydania rozporządzenia zawartego w art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

Na wstępie należy wyjaśnić, że w Ministerstwie Zdrowia w związku z powołaniem Zespołu do spraw opracowania sposobu ustalania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej oraz wynikami jego pracy opracowano projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, który był przedmiotem prac legislacyjnych – uzgodnienia międzyresortowe oraz konsultacje społeczne. Dorobek prac Zespołu stał się kierunkową wytyczną dotyczącą sformułowania projektowanych regulacji, która miała dokonać klasyfikacji pacjentów do poszczególnych kategorii opieki. Wymagało to obiektywizacji poszczególnych kategorii z uwzględnieniem specyfiki oddziałów i innych jednostek oraz komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego o zbliżonym profilu.

Niemniej jednak liczne uwagi zgłoszone w trakcie konsultacji społecznych oraz wątpliwości dotyczące skutków regulacji podniesione podczas konferencji uzgodnieniowej, która odbyła się w dniu 7 grudnia 2012 r. spowodowały, iż projektowane rozporządzenie zostało opracowane, tak by w sposób odpowiadający potrzebom pacjentów oraz możliwościom podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, określić sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych gwarantujący adekwatne ich określenie.

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

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

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

Proponowane rozporządzenie ma być narzędziem dla kadry zarządzającej w pielęgniarstwie i położnictwie służącym do określenia zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską i położniczą oraz wskazania liczby pielęgniarek lub położnych do sprawowania opieki nad pacjentami w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, w szczególności w: oddziałach o profilu zabiegowym i zachowawczym, psychiatrycznym, zespołach porodowych, w oddziałach o profilu położniczo-ginekologicznym w systemie „matka z dzieckiem”, w oddziałach o profilu pediatrycznym, w oddziałach o profilu dializoterapii, w oddziałach o profilu anestezjologii i intensywnej terapii, w oddziałach o profilu neonatologicznym, w blokach operacyjnych, oraz w jednostkach lub komórkach organizacyjnych tego podmiotu o tych profilach. W zakresie podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, które wykonują stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne lub inne niż szpitalne, projektowane rozporządzenie określa także szczególnie sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia w podmiotach leczniczych wykonujących świadczenia z zakresu leczenia uzależnień, w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć.

W projekcie rozporządzenia dokonano wyodrębnienia ww. oddziałów (jednostek lub komórek organizacyjnych podmiotu), ze względu na charakter ich działalności, a nazwy oddziałów wynikają ze specyfiki organizacyjnej danego podmiotu leczniczego oraz z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594).

Zastosowanie określonego projektowanym rozporządzeniem sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych powinno pozwolić na dokonanie oceny zapewnienia opieki z uwzględnieniem stanu zdrowia i samodzielności pacjenta oraz racjonalnego wykorzystania zasobów ludzkich. Należy podkreślić, że normy zatrudnienia ustalone na podstawie projektowanego rozporządzenia dotyczą wszystkich pielęgniarek i położnych wykonujących pracę w danym podmiocie leczniczym bez względu na formę tego zatrudnienia. Należy zauważyć, że do ustalenia minimalnej normy zatrudnienia nie wlicza się zatrudnionej w podmiocie kadry kierowniczej pielęgniarskiej lub położniczej, z wyłączeniem pielęgniarek lub położnych oddziałowych i ich zastępców oraz pielęgniarek lub położnych koordynujących pracę innych pielęgniarek i położnych i ich zastępców.

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

W projektowanym rozporządzeniu (w załącznikach nr 1 – 7) zaproponowano sposób ustalania norm zatrudnienia kadry pielęgniarskiej lub położniczej poprzez zakwalifikowanie pacjenta do danej kategorii opieki, z uwzględnieniem poszczególnych kryteriów.

W stosunku do 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) w projekcie dokonano zmiany dotyczącej zapisów „pielęgnacja bezpośrednia” i „pielęgnacja pośrednia” na „świadczenia pielęgniarskie bezpośrednie” i „świadczenia pielęgniarskie pośrednie”. Przy czym świadczenia pielęgniarskie bezpośrednie to świadczenia pielęgnacyjne, terapeutyczne, diagnostyczne i inne. Natomiast świadczenia pielęgniarskie pośrednie to czynności administracyjne, dokumentowanie przygotowania stanowisk pracy, przekazywanie zmiany, wyjścia do laboratorium, apteki, pracowni diagnostycznych, posiedzenia zespołu terapeutycznego itd.

W celu określenia średniego czasu świadczeń pielęgniarskich pośrednich zaproponowano przyjęcie wartości procentowych pozostających w relacji z przyjętymi czasami świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich i mogącymi wynieść od 10% do 25 % czasu tych świadczeń. Wskazanie procentowej wartości średniego czasu świadczeń pielęgniarskich pośrednich pozostaje w gestii podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.

Na określenie procentowej wartości średniego czasu świadczeń pielęgniarskich pośrednich powinny mieć wpływ organizacja pracy w oddziale (jednostce lub komórce organizacyjnej), liczba personelu oraz liczba personelu pomocniczego, tj. opiekun medyczny, opiekunka dziecięca lub rodzice w przypadku oddziałów pediatrycznych, transport wewnętrz szpitalny, system łączności wewnętrz szpitalnej, współpraca z pracownikami diagnostyczno-terapeutycznymi, wyposażenie podmiotu leczniczego w sprzęt, aparaturę medyczną w tym służącą do pielęgnacji chorych itp.

Ustalenie średniego dobowego czasu świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich i świadczeń pielęgniarskich pośrednich pozwala w rezultacie na ustalenie czasu dobowego całkowitego świadczeń pielęgniarskich. Całkowity dobowy czas świadczeń pielęgniarskich to suma średniego dobowego czasu świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich i średniego dobowego czasu świadczeń pielęgniarskich pośrednich.

W projekcie rozporządzenia zaproponowano wzór dla obliczania czasu dyspozycyjnego dla jednej pielęgniarki albo położnej w ciągu roku.

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

W przypadku oddziałów o profilu anestezjologia i intensywna terapia (stanowisk intensywnej terapii) oraz w przypadku oddziałów o profilu neonatologicznym (a także w innych jednostkach lub komórkach organizacyjnych podmiotu o tych profilach) zaproponowano, w celu zapewnienia spójności regulacji, odesłanie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143, z późn. zm.).

Szczególne potraktowanie zabezpieczenia obsady pielęgniarskiej w bloku operacyjnym (wyodrębnienie tej kwestii) znajduje uzasadnienie w zakresie wykonanych przez blok zadań, z uwzględnieniem procedur epidemiologicznych oraz konieczności zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi i personelowi. Pojęcie zabiegu operacyjnego użyte w §4 ust. 3 projektowanego rozporządzenia wynika z ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.).

W rozporządzeniu wskazany został również sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w przypadku utworzenia nowego podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, zmiany rodzaju działalności leczniczej lub zmiany zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych skutkujących utworzeniem nowego oddziału lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej albo zmianą profilu tego oddziału, jednostki lub komórki.

W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne przy ustaleniu minimalnych norm zaproponowano, aby uwzględniane były następujące kryteria: wielkość i rozległość terytorialna oraz struktura demograficzna i narażenia środowiskowe charakterystyczne dla obszaru działania tego podmiotu, zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych, z uwzględnieniem świadczeń zdrowotnych udzielanych w miejscu zamieszkania, nauki lub pobytu pacjenta, liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku, wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności, harmonogram czasu pracy, wykonywane obowiązki związane z prowadzeniem kształcenia podyplomowego, stan zatrudnienia i organizacji pracy w komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

Minimalne normy zatrudnienia będą ustalone raz na 3 lata do dnia 31 marca danego roku, z tym, że w projekcie zaproponowano wprowadzenie okresu przejściowego do dnia 31 marca 2014 r., w którym podmioty będą mogły korzystać z minimalnych norm ustalonych w tych podmiotach przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia. Pozwoli to na stosowanie minimalnych norm w podmiotach, które przed dniem w życie niniejszego rozporządzenia nie kwalifikowały pacjentów do określonej kategorii opieki.

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

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

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Ocena Skutków Regulacji

1. Przedmioty, na które oddziałuje regulacja

Projekt rozporządzenia dotyczy pielęgniarek i położnych oraz podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami (samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek budżetowych). Liczba samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na dzień 22 listopada 2012 r. wynosi 1468, a jednostek budżetowych – 667.

2. Konsultacje społeczne

W konsultacjach społecznych dotyczących projektowanego rozporządzenia wzięło udział 132 podmioty. Wśród nich znalazły się: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Fundacja Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Instrumentariuszek, Związek Powiatów Polskich, Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych Kontraktowych, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych, Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej, Anna Dudek Przełożona Pielęgniarek – Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Ząbkach, Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego Danuta Dyk, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki Krystyna Piskorz-Ogórek, Krajowy Konsultant w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego Maria T. Szewczyk, Anna Ksykiewicz-Dorota Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa, Krakowskiego Stowarzyszenie Terapeutów Uzależnień, Agnieszka Litwa-Janowska Prezes Towarzystwo Pielęgniarek i Położnych Operacyjnych, Małopolski Związek Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Dyrekcja Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Słupsku, Janusz Czekaj Dyrektor Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Krakowie, Beata Ochocka Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Gdyni, Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu, Stowarzyszenie Pomocna Dłoń w Krakowie, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Pediatrycznych, Grażyna Kowalska Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki dla województwa łódzkiego, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezyjologicznych i Intensywnej Opieki, Małgorzata Zawiorska Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Włocławku, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Ewa Habel pracownik bloku operacyjnego, Barbara Wyrośla Pielęgniarka operacyjna, Monika Michalik Pielęgniarka operacyjna, Ewa Sztuczka mgr pielęgniarstwa Koordynator Pielęgniarek Operacyjnych Szpital Wojewódzki w Toruniu, Skierka Magdalena Położna z kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego, Katarzyna Skowronek- Kułakowska Magister Pielęgniarstwa Specjalista w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego, Anna Kryczka Magister Pielęgniarstwa Specjalista w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego, Iwona Rompa- Bonszkowska Pielęgniarka, Katarzyna Bronicka Pielęgniarka, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia, SP ZOZ Przychodnia Leczenia Uzależnień, Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego w Warszawie, Komisja ds. Pielęgniarstwa Operacyjnego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku, Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień w Gdańsku, Anna Cimcioch, Sylwia Wawrzysz, Krzysztof Komorowski, Magdalena Solecka, Główny Księgowy Samodzielnego Publicznego Zespołu Szpitali Pulmonologiczno-Reumatologicznych z siedzibą w Kup, Ośrodek Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach, Iwona Koperska, Wiesława Gwozdowska, Anna Abramowicz - Pielęgniarka operacyjna, Mariola Marek spec. piel. operacyjnego Iwona Bazyluk spec. piel. operacyjnego, Barbara Nawlatyna - Okręgowy Szpital Kolejowy w Lublinie Stanowisko: Kierownik Bloku operacyjnego, Wruk-Złotowska - specj. anestezjologii i intensywnej opieki, Marta Olender, Beata Demko, Wojciech Błażejczyk - Audytor Wewnętrzny 7 Szpitala Marynarki Wojennej w Gdańsku, Jolanta Jelińska, Krystyna Smoczyńska Centrum Zdrowia w Mikołowie sp. z o.o., Małgorzata Majchrzak, Katarzyna Giedrys Pielęgniarka anestezyjologiczna, Beata Korzeniewska, Katarzyna Kendzierska, Justyna Grabka, Pielęgniarka1285@wp.pl, Halina Maruszak, Monika Juchniewicz, Iwona Szambora, Barbara Zyśk, Barbara Lewandowska pielęgniarka operacyjna, Monika Łapińska, Oski40, Janina Misiak, Iwona Smotryś, Elżbieta Gelert - Dyrektor WSzZ Elbląg Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu, Małgorzata Konkol - Licencjat pielęgniarstwa Pielęgniarka Operacyjna Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach, Elżbieta Boguta, 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, Mirosława Bartoszevska, Agnieszka Skóra, Małgorzata Wilk-Czarnowska Położna, Aleksandra Nieżurawska Magister pielęgniarstwa Specjalista pielęgniarstwa operacyjnego, Agnieszka Koncewicz, Elżbieta Kutryb Magister Pielęgniarstwa Specjalista w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego, Iwona Rompa- Bonszkowska

Pielęgniarka, Alina Ząbek, Anna Worek mgr pielęgniarstwa Przełożona Pielęgniarek Szpital Dziecięcy –Toruń, Danuta Śliwińska, mapodol@op.pl, Anna Urbaniak, Barbara Wyroślak, Barbara Iwona NAWROT, Związek Zawodowy NSZZ "Solidarność" przy Ośrodku Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych, Związek Pracodawców Pomorza Zachodniego Lewiatan - Grzegorz Szulc Dyrektor Biura, Wojewódzki ośrodek Leczenia Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Gorzycach, Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w Krakowie - Ewa Piskorz, Wiceprezes Federacji Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” Teresa Dobrzańska-Pielichowska, Stowarzyszenie Szpitali Małopolski, Grzegorz Wrona Związek Województw RP w Zespole ds. Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Anna Dudek konsultant wojewódzki w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego, Szpital "Drewnica, Ewa Łągiewka, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie - Zarząd Główny, Maciej Błaszyk Naczelny Lekarz Szpitala - Szpital Kliniczny im. H. Święcickiego U.M. w Poznaniu, Agata Łukaszewska Pielęgniarka, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych - Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stalowej Woli, Komisja Krajowa NSZZ „Solidarność”, Samodzielny Publiczny Specjalistyczny szpital Zachodni im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim, Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży, Marek Maślanka Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, Naczelna Rada Lekarska, Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie, Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Pracodawcy RP, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Krzysztof Kusza Konsultant Krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, Marek Nowak Dyrektor Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. Dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu, Marek Jarema Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii, Danuta Ryglewicz, Konsultant Krajowy ds. Neurologii, Marian Zembala Konsultant Krajowy W dziedzinie Kardiochirurgii, Grażyna Melnik – Niedzielska Konsultant Krajowy otolaryngologii dziecięcej, Marian Klinger Konsultant Krajowy w dziedzinie nefrologii, Maria Kózka Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa, Jerzy Kowalczyk konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej, Lucyna Jędrzejewska Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego, Anna Koper Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Onkologicznego, Dyrektor 20 Wojskowego szpitala Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjnego SP ZOZ w Krynicy Zdroju, Zarząd Powiatu Gorlickiego oraz Wielkopolski Związek Szpitali Powiatowych.

Wymienione wyżej podmioty zgłosiły szereg uwag o różnorodnym charakterze. Zainteresowanie przedmiotowym projektem rozporządzenia wyraziły zarówno podmioty o zasięgu ogólnokrajowym jaki i regionalnym, czy też lokalnym, ponadto liczne osoby fizyczne, w tym przede wszystkim praktykujące pielęgniarki lub położne.

W pierwszej kolejności poddano analizie uwagi o zasadniczym znaczeniu dla ostatecznego kształtu projektowanego rozporządzenia. Grupa tych uwag dotyczyła w głównej mierze skutków finansowych i ekonomicznych przygotowanej regulacji.

Wśród podmiotów, które zgłosiły tego rodzaju zastrzeżenia należy wymienić w szczególności: Związek Powiatów Polskich, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych, Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej, Małopolski Związek Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupsku, Dyrektora Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego w Krakowie, Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Świeciu, Związek Pracodawców Pomorza Zachodniego Lewiatan, Stowarzyszenie Szpitali Małopolski w Suchej Beskidzkiej, Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim, Naczelną Radę Lekarską, Federację Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Pracodawcy RP, Dyrektora Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. Dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu, Dyrektora 20 Wojskowego szpitala Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjnego SP ZOZ w Krynicy Zdroju, Zarząd Powiatu Gorlickiego oraz Wielkopolski Związek Szpitali Powiatowych.

Należy podkreślić, że zdaniem ww. podmiotów proponowane rozwiązania w projektowanej regulacji w zdecydowany sposób odbiegały od realnych możliwości finansowo – organizacyjnych oraz nie uwzględniały aktualnej kondycji finansowej podmiotów leczniczych objętych proponowaną regulacją. Ich zdaniem istniała realna obawa, że w praktyce wiele podmiotów leczniczych nie będzie w stanie spełnić wymogów projektowanego rozporządzenia, nie tylko z uwagi na swoją sytuację finansową i ekonomiczną, ale i potencjalne problemy z kadrą pielęgniarsko – położniczą na rynku świadczeniodawców. Tym samym w ich ocenie, należy mieć świadomość, że wejście w życie nowych minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wywołałoby efekt wzrostu zatrudnienia w grupie zawodowej pielęgniarek w podmiotach leczniczych objętych

przedmiotową regulacją. Uwzględnienie tego rodzaju uwag stało się podstawą zmian projektowanego rozporządzenia.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (DZ. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt rozporządzenia został umieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. W trybie określonym tą ustawą nie zgłoszono zainteresowania pracami nad tym projektem.

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

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

Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego oraz ich związki, jednostki budżetowe, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i uczelnie publiczne (medyczne). W przedmiotowym projekcie przyjęto, iż właściwe będzie pozostawienie w decyzji kierownika podmiotu leczniczego określanie średnich czasów świadczeń pielęgniarских bezpośrednich. Powyższe rozwiązanie umożliwi adekwatny do potrzeb sposób liczenia minimalnych norm przy jednoczesnym zapewnieniu bezpieczeństwa zarówno pacjentów, jak i personelu. Projektowana regulacja nie będzie wymagała zatrudniania dodatkowej liczby pielęgniarek i położnych, a więc nie spowoduje dodatkowych wydatków z budżetu państwa oraz budżetu jednostek samorządu terytorialnego.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Zastosowanie w podmiotach leczniczych sposobu określania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych będzie stanowiło podstawę do prowadzenia przez te podmioty analiz i oceny w zakresie zabezpieczenia opieki pielęgniarской i jej jakości.

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

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

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

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

7. Wpływ na ochronę zdrowia społeczeństwa

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia będzie miało stabilizujący wpływ na ochronę zdrowia ludności.

8. Wpływ regulacji na środowisko

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