

**Raport dotyczący Rozporządzenia Ministra Zdrowia  
w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm  
zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach  
lecniczych niebędących przedsiębiorcami**

Warszawa, grudzień 2012

## **Spis treści**

Wprowadzenie .....	3
Stanowisko Związku Powiatów Polskich w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych .....	4
Pismo Prezesa Związku Powiatów Polskich do Prezesa Rady Ministrów .....	7
Lista podmiotów leczniczych i innych instytucji popierających stanowisko Związku Powiatów Polskich .....	9
Kluczowe, wybrane stanowiska dotyczące przedmiotowego projektu rozporządzenia .....	12
Symulacja dodatkowych kosztów, które poniosły by podmioty lecznicze w sytuacji wprowadzenia tego rozporządzenia w życie .....	22
Propozycje legislacyjne i uwagi merytoryczne płynące z podmiotów leczniczych i innych instytucji...	25

## **Wprowadzenie**

W związku z przekazaniem do konsultacji społecznych projektem Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, którego wprowadzenie w życie spowodowałoby bardzo negatywne konsekwencje dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, Związek Powiatów Polskich w dniu 12 listopada br. zajął stanowisko w przedmiotowej sprawie.

Jednocześnie Związek zwrócił się z prośbą do podmiotów leczniczych oraz ogólnopolskich i regionalnych organizacji zrzeszających te podmioty o analizę projektu rozporządzenia resortu zdrowia, opinię na jego temat oraz dokonanie analizy potencjalnych skutków wdrożenia Rozporządzenia w życie. Prośba o analizę dotyczyła skali oddziaływania zapisów Rozporządzenia na pojedyncze oddziały i całe szpitale.

Prośba ZPP spotkała się z bardzo dużym odzewem. W przeciągu kilku dni na apel ZPP odpowiedziały największe organizacje skupiające zarządzających szpitalami oraz 87 podmiotów leczniczych.

Bardzo dziękujemy wszystkim, którzy włączyli się w ten sposób w akcję przekonywania resortu zdrowia o potrzebie zmiany treści Rozporządzenia, szkodliwego dla całego systemu ochrony zdrowia, ale także dla samych pielęgniarek i położnych, gdyż w wyniku wprowadzenia proponowanych zapisów musiałyby się one liczyć z obniżeniem wynagrodzeń.

Gwoli prawdy. W listopadzie i grudniu br. otrzymaliśmy także kilka stanowisk okręgowych izb pielęgniarek i położnych. Dziękujemy za ich przesłanie, ale nie umieszczamy ich w raporcie, jedynie krótko streszczając ich treść. Wszystkie one pisane były bowiem według jednolitego szablonu (skoordynowana akcja): nie zgadzamy się ze stanowiskiem ZPP, podniesienie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych jest konieczne we wszystkich podmiotach leczniczych (bez względu na ich formę organizacyjno – prawną).

## **Stanowisko Związku Powiatów Polskich w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych**

### **STANOWISKO Związku Powiatów Polskich w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych**

Warszawa, 12 listopada 2012 r.

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).

Efektom 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 leczniczych. 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, oczekiwać będą podniesienia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Można też oczekiwać kłopotów kadrowych w tych szpitalach, bowiem pielęgniarki mając do wyboru łagodniejsze standardy pracy w pomiotach 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 SPZO-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 zanosi 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 Polsce?

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 pogrążyła 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.

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.

Prezes Zarządu  
Związku Powiatów Polskich

/-/ Marek Tramś

## **Pismo Prezesa Związku Powiatów Polskich do Prezesa Rady Ministrów**

Prezes Związku Powiatów Polskich zwrócił się także do Prezesa Rady Ministrów w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Pełną treść wystąpienia zamieszczamy poniżej.

Or.A.0715/292/12

Warszawa, 20 listopada 2012 roku

Szanowny Pan

**Donald Tusk**

Prezes Rady Ministrów

Szanowny Panie Premierze

Związek Powiatów Polskich wzywa do zwrócenia uwagi na opracowywany przez Ministra Zdrowia projekt rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Efektom wdrożenia proponowanej regulacji byłoby ograniczenie dostępności do świadczeń oraz obniżanie ich jakości, będące konsekwencją drastycznego pogorszenia się sytuacji ekonomicznej szpitali.

Niepotrzebne podniesienie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych spowoduje, że zwiększą się jednostkowe koszty świadczonych usług medycznych. W efekcie przy stałych przychodach szpitali (lub wzrastających w niewielkim stopniu), wiązać się to będzie ze zmniejszeniem liczby usług możliwych do zrealizowania przez szpitale i ograniczeniem dostępności do świadczeń.

W naszej ocenie resort zdrowia przedkładając projekt rozporządzenia nie zauważa obecnej sytuacji szpitali i wyzwania czekających je w najbliższych latach.

Proponowane minimalne normy personelu spowodują konieczność zwiększenia zatrudnienia pielęgniarek i położnych, na niektórych oddziałach szpitalnych od 10 do 30 proc. Stanie się tak w sytuacji, gdy już dziś w niektórych podmiotach leczniczych koszty płacy i pochodne od nich sięgają nawet do 80 procent kosztów ogółem.

Efektom wdrożenia proponowanej regulacji będzie zatem drastyczne pogorszenie się sytuacji ekonomicznej szpitali. Ostrożne szacunki wskazują, że finansowe skutki wydania rozporządzenia wyniosą w granicach 1 do 2 miliardów złotych rocznie, co stanowi od 4 do 8 proc. wartości kontraktów zawieranych przez szpitale z NFZ!

Wskazać należy, że już w tej chwili roczny przyrost przychodów NFZ z tytułu składki zdrowotnej nie pokrywa skutków wzrostu cen i usług, a także wzrastającego zapotrzebowania na świadczenia.

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 pogrzyżała w głębokim kryzysie polskie szpitale. Przypomnieć warto, iż dla niwelowania negatywnych skutków ustawy 203 konieczne było wyasygnowanie wielu miliardów złotych z budżetu państwa oraz z budżetów jednostek samorządów terytorialnych.

Nieprawdziwe jest zatem twierdzenie, zawarte w projekcie rozporządzenia, iż proponowane regulacje nie będą miały wpływu na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego. Zgoła odwrotnie. Bezpośrednią ofiarą pogarszania się sytuacji ekonomicznej SPZOZ będą podmioty tworzące, a więc ministerstwa, uczelnie medyczne i samorządy terytorialne. To właśnie podmioty tworzące przejmować będą zadłużenie likwidowanych lub przekształcanych SPZOZ. Będzie to zadłużenie wynikające nie z błędów w zarządzaniu szpitalem czy braku nadzoru nad jego działalnością, a z regulacji wprowadzanych bez uwzględnienia wszystkich możliwych konsekwencji.

Liczymy, że Pan Premier nie dopuści do wydania rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, nie uwzględniającego przedstawionych wyżej argumentów.

Łączę wyrazy szacunku

Prezes Zarządu  
Związku Powiatów Polskich

/-/ Marek Trams



## **Lista podmiotów leczniczych i innych instytucji popierających stanowisko Związku Powiatów Polskich**

W wyniku przeprowadzonych konsultacji głosu poparcia dla stanowiska przyjętego przez ZPP udzielili:

### **A. Korporacje zrzeszające podmioty lecznicze i inne organizacje:**

1. Polska Federacja Szpitali
2. Pracodawcy RP
3. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych
4. Okręgowa Rada Lekarska w Krakowie
5. Związek Pracodawców Konsorcjum Dolnośląskich Szpitali Powiatowych
6. Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Małopolski z siedzibą w Suchej Beskidzkiej
7. Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego
8. Grupa Nowy Szpital

### **B. Szpitale powiatowe:**

9. Bełżyce – SP ZOZ
10. Będzin – Powiatowy Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
11. Bielsk Podlaski – Szpital Powiatowy
12. Chodzież – Szpital Powiatowy
13. Dąbrowa Tarnowska – ZOZ
14. Garwolin – SP ZOZ
15. Golub-Dobrzyń – Szpital Powiatowy sp. z o.o.
16. Gorlice – Zarząd Powiatu
17. Grodzisk Mazowiecki – SP Specjalistyczny Szpital Zachodni im. Jana Pawła II
18. Grodzisk Wielkopolski – SP ZOZ
19. Grójec – Powiatowe Centrum Medyczne sp. z o.o.
20. Hajnówka – SP ZOZ
21. Janów Lubelski – SP ZOZ
22. Kartuzy – PCZ sp. z o.o. NZOZ im. dr Aleksandra Majkowskiego
23. Kolno – Szpital Ogólny
24. Koło – SP ZOZ
25. Końskie – ZOZ
26. Kościan – SP ZOZ
27. Krasnystaw – SP ZOZ
28. Krapkowice – KCZ sp. z o.o.
29. Krotoszyn – SP ZOZ
30. Leżajsk – SP ZOZ
31. Maków – SP ZOZ
32. Miechów – Szpital św. Anny
33. Mikołów – Centrum Zdrowia

34. Mława – SP ZOZ
35. Myszków – SP ZOZ
36. Nidzica – SP ZOZ
37. Nowy Targ – Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II
38. Opoczno – SP ZOZ Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego
39. Opole – SP ZOZ
40. Opole Lubelskie – SP ZOZ
41. Opole Lubelskie – Starostwo Powiatowe
42. Oświęcim - Szpital Powiatowy
43. Pisz – Starostwo Powiatowe
44. Płońsk – SP ZOZ im. Marszałka Józefa Piłsudskiego
45. Przasnysz – SP ZZOZ
46. Przysucha – SP ZOZ
47. Pułtusk – SP ZOZ
48. Radziejów – SP ZOZ
49. Sierpc – SP ZZOZ
50. Skarżysko-Kamienna – ZOZ
51. Sucha Beskidzka – ZOZ
52. Stalowa Wola – Powiatowy Szpital Specjalistyczny
53. Strzelce Opolskie – Szpital Powiatowy
54. Szamotuły – SP ZOZ
55. Środa Wielkopolska – Starostwo Powiatowe
56. Świdnica – SP ZOZ
57. Węgrów – Starostwo Powiatowe
58. Wieluń – SP ZOZ
59. Wodzisław Śląski - Powiatowy Publiczny ZOZ w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim
60. Wolsztyn – Starostwo Powiatowe
61. Wolsztyn – SP ZOZ
62. Żary – Szpital na Wyspie sp. z o.o.
63. Żyrardów – Starostwo Powiatowe

### **C. Szpitale miejskie**

64. Częstochowa – Miejski Szpital Zespolony
65. Gliwice – Szpital Miejski z Przychodnią SP ZOZ
66. Łódź - II Szpital Miejski im. dr Ludwika Rydygiera
67. Mysłowice – SP ZOZ Szpital nr 2
68. Pabianice – Pabianickie Centrum Medyczne sp. z o.o.
69. Piła – Szpital Specjalistyczny
70. Płock – Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej sp. z o.o.
71. Poznań – SP ZOZ Zakład Opiekuńczo Lecznicy i Rehabilitacji Medycznej
72. Poznań – Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia
73. Świętochłowice – ZOZ sp. z o.o.
74. Świnoujście – SP ZOZ Szpital Miejski im. Jana Garduły
75. Tarnów – Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklina

**D. Szpitale Wojewódzkie, Kliniki, Szpitale Uniwersyteckie i inne:**

76. Elbląg – Wojewódzki Szpital Zespolony
77. Gdańsk – Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza
78. Gdańsk – Pomorskie Centrum Traumatologii im. Mikołaja Kopernika
79. Gdynia – Szpital Morski im. PCK
80. Gorzyce – Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego I Zakład Opiekuńczo-Lecznicy
81. Katowice - Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny im. prof. Kornela Gibińskiego  
ŚUM w Katowicach
82. Konin – Wojewódzki Szpital Zespolony
83. Kraków – Uniwersytecki Szpital Dziecięcy
84. Leszno – Wojewódzki Szpital Zespolony
85. Łódź – Uniwersytecki Szpital Kliniczny
86. Opole – Opolskie Centrum Rehabilitacji
87. Otwock - Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Adama Grucy
88. Poznań – Szpital Kliniczny im. K. Jonschera UM
89. Rybnik – SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3
90. Słupsk – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka
91. Słupsk – Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Psychiatryczny ZOZ
92. Sopot – Wojewódzki Zespół Reumatologiczny im. dr Jadwigi Titz-Kosko
93. Starogard Gdański – Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana
94. Wejherowo – Szpital Specjalistyczny im. Floriana Ceynowy
95. Wysokie Mazowieckie – Szpital Ogólny

## **Kluczowe, wybrane stanowiska dotyczące przedmiotowego projektu rozporządzenia**

W niniejszej części prezentujemy wybrane stanowiska dotyczące projektu Rozporządzenia.

### **Stanowisko Pracodawców RP wobec projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami**

Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej

---

#### **Stanowisko Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej wobec projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami**

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.

#### **Aspekt ekonomiczny**

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.

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.



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.

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 zapłacić ew. braki kadrowe oraz oszacować wywołany niedoborem kwalifikowanego personelu wzrost wynagrodzeń.

#### **Aspekt merytoryczny**

Pracodawcy RP uważają, że nie ma uzasadnienia merytorycznego do wprowadzenia tak wysokiej etatyzacji 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 pomocniczego – opiekunów, sanitariuszy oraz pomocy pielęgniarских.

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).

**Aspekt równego traktowania podmiotów leczniczych**

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.

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.

Ze względu na wagę projektu, apelują o zorganizowanie konferencji uzgodnieniowej, która pozwoli wyjaśnić podniesione problemy.



**Stanowisko Związku Pracodawców Konsorcjum Dolnośląskich Szpitali Powiatowych w sprawie projektu rozporządzenia dot. norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami**

[www.szpitale-powiatowe.pl](http://www.szpitale-powiatowe.pl)



Wrocław, dnia 22 listopada 2012r.

**STANOWISKO  
Związku Pracodawców  
Konsorcjum Dolnośląskich Szpitali Powiatowych**

**w sprawie projektu rozporządzenia  
dot. norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych**

Związek Pracodawców Konsorcjum Dolnośląskich Szpitali Powiatowych popiera w pełni stanowisko Związku Powiatów Polskich i 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.

Wskazane w stanowisku zagrożenia, jakie mogłyby wyniknąć z wprowadzenia w życie ww. projektu rozporządzenia w naszej ocenie są bardzo realne. Ostrożne szacunki wzrostu kosztów (w naszym przypadku na poziomie przekraczającym 8%), nie uwzględniają elementu wzrostu kosztów finansowych powstałych na skutek dynamicznego wzrostu zadłużenia.


Zapisy projektu nie tylko nie będą w jakimkolwiek zakresie regulowały kwestii zatrudnienia, ale spowodują dalsze skomplikowanie sytuacji kadrowej w szpitalach, powodując chaos i niepokój, które same z siebie będą poważnym zagrożeniem dla możliwości realizacji zadań przez nasze jednostki.

PRZEWODNICZĄCY  
*Marek Romel*  
KONSORCJUM DOLNOŚLĄSKICH  
SZPITALI POWIATOWYCH




## Stanowisko Polskiej Federacji Szpitali

Member



hope  
European Hospital and  
Healthcare Federation

**Polska Federacja Szpitali**  
KRS 0000402294  
ul. Nowogrodzka 11, 5p.  
00-513 WARSZAWA  
+48 22 447-4300  
biuro@federacjaszpitali.pl  
www.federacjaszpitali.pl



Warszawa, 14.11.2012

Sz.P.  
Marek Tramś  
Prezes Zarządu Związku Powiatów Polskich

Szanowny Panie Prezesie,

Polska Federacja Szpitali zdecydowanie popiera stanowisko Związku Powiatów Polskich z dnia 12.11.2012 w sprawie propozycji podwyższenia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych, zawartym w projekcie Rozporządzenia Ministra Zdrowia, projekt z dnia 18.10.2012.

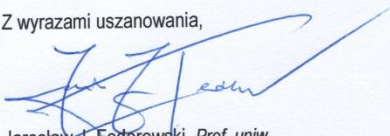
Jako największa organizacja pracodawców sektora szpitalnego w Polsce, uważamy, że wprowadzenie podwyższonych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych bez idącego za tym proporcjonalnego wzrostu finansowania usług świadczonych przez szpitale spowoduje istotne pogorszenie, a w konsekwencji nawet i katastrofę ekonomiczną szpitali.

Uważamy, że w obecnej trudnej sytuacji szpitali w naszym kraju, należy szukać rozwiązań, które odciążą personel pielęgniarski. Naszym zdaniem, zbyt wiele czynności w polskich szpitalach spoczywa na barkach personelu medycznego: pielęgniarek, położnych oraz także i lekarzy. Polska Federacja Szpitali rekomenduje znacznie szersze wykorzystanie personelu pomocniczego, takiego jak opiekunki medyczne, asystenci medyczni, sekretarki medyczne, sanitariusze, koderzy medyczni, czy też technicy medyczni. Postulujemy wzmoczone prace legislacyjne właśnie w tym kierunku, zamiast mnożenia wymagań w stosunku do liczby wyżej kwalifikowanego personelu medycznego.

Nasza Federacja, będąc członkiem Europejskiej Federacji Szpitali, obejmującej swoim zasięgiem około 80% łóżek szpitalnych w UE, pragnie podkreślić, że wymóg zatrudniania dużej ilości personelu medycznego musi iść w parze z odpowiednim finansowaniem. Jako przykład podajemy 1100-łóżkowy uniwersytecki szpital w Arrhus, w Danii, który wprowadzie zatrudnia 3700 pielęgniarek, to jednakże jego roczny budżet wynosi ponad 3 miliarda PLN! Takim budżetem nie dysponuje żaden szpital w Polsce, dość powiedzieć, że podobnej wielkości szpital uniwersytecki w naszym kraju dysponuje budżetem średnio 10-krotnie mniejszym.

Popierając stanowisko ZPP, niniejszym zwracamy się wraz z ZPP do Ministra Zdrowia o jak najszybsze dostosowanie wymagań do realnych możliwości naszych szpitali, niezależnie od ich modelu organizacyjnego, czy własnościowego.

Z wyrazami uszanowania,



Jarosław J. Fedorowski, *Prof. uniw.*  
Prezes Polskiej Federacji Szpitali  
Gubernator i członek Prezydium Europejskiej Federacji Szpitali



**Stanowisko Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych wobec projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami**



Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych

www.szpitale.org

81-229 Gdynia, ulica Mireckiego 11

**Stanowisko Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych wobec projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (wersja z dnia 18.10.2012)**

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 norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (zwanego dalej Rozporządzeniem).

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.

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.

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 pielęgniarce mając do wyboru łagodniejsze standardy pracy w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami, mniej chętnie zatrudnią się będą w innych placówkach.

OSSP niepokoi również możliwość braku odpowiedniej liczby personelu pielęgniarskiego potrzebnego do spełniania wyższych norm zatrudnienia. Ministerstwo Zdrowia powinno przeprowadzić analizę możliwości wejścia w życie tego rozporządzenia także pod tym kątem.

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.

prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia

Szpitali Prywatnych

dr Andrzej Sokolowski

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych

Ul. Mireckiego 11, 81-229 Gdynia

Regon 192294293 NIP 958-14-42-163

Adres do korespondencji: ul. Perkuna 24, 81-523 Gdynia

**Stanowisko Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych.**

**Stanowisko  
Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Krakowie  
z dnia 14.11.2012 r.**

**w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych**

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie po przeanalizowaniu projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, w całej rozciągłości zgadza się i popiera treści zawarte w Stanowisku Związku Powiatów Polskich z dnia 12 listopada 2012 r. a zwłaszcza:

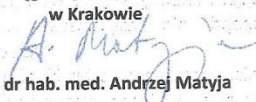
1. Projekt Rozporządzenia, w formie zaproponowanej przez resort zdrowia, w rzeczywistości nie wskazuje sposobu ustalania minimalnych norm zatrudniania, ale już je ustala.
2. Projekt zawiera niewłaściwe wskaźniki średniego czasu świadczeń pielęgniarek i położnych oraz obliczania czasu dyspozycyjnego, 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. 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. Można też oczekiwać kłopotów kadrowych w szpitalach, bowiem pielęgniarki mając do wyboru łagodniejsze standardy pracy w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami, mniej chętnie zatrudnią się będą w spółkach
5. 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 zanosi się na podwyżkę składek zdrowotnych, a przez to większych pieniędzy na leczenie, kolejki pacjentów pozostaną więc zmorą naszego systemu ochrony zdrowia
6. 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. Niepokojące docierają informacje ze środowiska pielęgniarskiego, że już w 2020 roku może w Polsce brakować nawet 60 tys. pielęgniarek.

Podsumowując Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie zdecydowanie negatywnie ocenia przedstawiony projekt.

Wiceprezes  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Krakowie

  
dr n.med. Jerzy Friediger

Prezes  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Krakowie

  
prof. dr hab. med. Andrzej Matyja

## Stanowisko Grupy Nowy Szpital



Grupa Nowy Szpital

Szczecin dn. 16 listopada 2012 r.

Grupa Nowy Szpital Sp. z o.o.  
ul. Mazowiecka 13b/6  
70-526 Szczecin

### Związek Powiatów Polskich

Szanowni Państwo,

W imieniu własnym oraz wszystkich Prezesów Nowych Szpitali oświadczam, że w pełni zgadzamy się ze stanowiskiem Związku Powiatów Polskich w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Aktualny stan zatrudnienia pozwala nam na zapewnienie Naszym Pacjentom opieki i pielęgnacji na wysokim poziomie, dbamy o jakość świadczonych usług poprzez zatrudnianie na stanowiskach pielęgniarek i położnych osób zaangażowanych o wysokich kwalifikacjach.

W obecnej sytuacji Ministerstwo Zdrowia powinno opracowywać projekty ułatwiające funkcjonowanie Szpitalom, które jak wszystkim wiadomo zmagają się z ciężką sytuacją finansową.

Z wyrazami szacunku

PREZES ZARZĄDU  
  
Mirosław Bielecki



**Stanowisko Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego im prof. Kornela Gibińskiego ŚUM w Katowicach**



Samodzielny Publiczny  
Centralny Szpital Kliniczny im. prof. Kornela Gibińskiego  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach



Katowice 15.11.2012 r.

DSP/MJ/60 /2012

Szanowny Pan

Dr hab.n.med. Maciej Kowalczyk  
Prezes  
Stowarzyszenia  
Dyrektorów Szpitali Klinicznych

Popieram stanowisko Związku Powiatów Polskich w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych.

Ustalone w SPCSK SUM normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych na podstawie obowiązujących dotychczas przepisów są wystarczające.

Jest oczywistym, że ewentualna konieczność zwiększenia zatrudnienia w oparciu o proponowane rozwiązania w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia, spowoduje pogorszenie sytuacji ekonomicznej Szpitala.

Popieram idee aby Pan Prezes przedstawił wspólne, negatywne stanowisko Dyrektorów Szpitali Klinicznych w sprawie wprowadzenia w życie proponowanego sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

z wyrazami szacunku  
Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny  
im. prof. Kornela Gibińskiego  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
**DYREKTOR**  
Andrzej Pizank

Szpital Promujący Zdrowie  
Z certyfikatami jakości:



Szpital Przyjazny Dziecku

40-752 Katowice ul. Medyków 14; tel. Centrala: 32 789 40 00, fax: 32 252 59 55  
www.csk.katowice.pl; e-mail: informacje@csk.katowice.pl  
NIP: 634-23-21-035; REGON: 000289087; Zarejestrowany w Sądzie Rejonowym Katowice Wschód  
w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy pod numerem: KRS 0000049855 oraz w rejestrze  
prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego Księga Rejestrowa Nr 000000018626-W-24

Stanowisko Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie



## Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie



ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków  
Tel. centrala: (12) 658-20-11, Faks: (12) 658-10-81  
www.SzpitalZdrowia.pl  
D-0710-6-20/12

Organ rejestrowy: Sąd rejonowy dla Krakowa-Śródmieścia  
XI Wydział Gospodarczy, KRS: 0000039390  
NIP: 679-25-25-795, REGON: 351375886  
Kraków, dnia 14 listopada 2012 roku

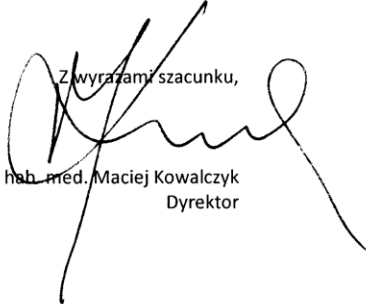
Szanowny Pan  
Marek Tramś  
Prezes Zarządu Związku Powiatów Polskich

Szanowny Panie Prezesie,

W imieniu Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie w całej rozciągłości popieram stanowisko związku Powiatów Polskich w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych. Zgadzam się, iż projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w tej sprawie nie jest oparty o rzetelne dane i proponuje rozwiązania, które mogą całkowicie zdeorganizować pracę wielu szpitali. Według naszych obliczeń przy zastosowaniu się do wyżej wymienionego Rozporządzenia będziemy zmuszeni do zwiększenia liczby pielęgniarek o 15 do 40%, w zależności od stopnia obłożenia. A pragnę podkreślić, że obecną liczbę pielęgniarek uważamy za całkowicie wystarczającą do prowadzenia naszej działalności. Proponowane normy zatrudnienia sprawią, iż na wielu oddziałach wystąpi efekt "wzajemnego przeszkadzania sobie w pracy". Jest to jednak tylko teoretyczna możliwość, gdyż zastosowanie się do wyżej wymienionych norm spowoduje natychmiastowy upadek szpitala.

Uprzejmie informuję, iż jako Prezes Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych zwrócę się do moich kolegów o wyrażenia własnej opinii, co - mam nadzieję - zaowocuje sformułowaniem wspólnego stanowiska.

Z wyrazami szacunku,

  
dr hab. med. Maciej Kowalczyk  
Dyrektor

## Symulacja dodatkowych kosztów, które poniosły by podmioty lecznicze w sytuacji wprowadzenia tego rozporządzenia w życie

Prezentujemy symulacje dodatkowych kosztów jakie poniosłyby przytaczane w tabeli podmioty lecznicze w przypadku wprowadzenia w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami

LP	Nazwa szpitala	Miejscowość	Liczba pielęgniarek i położnych do zatrudnienia – skala wzrostu	Suma wzrostu kosztów rocznie
<b>KORPORACJE – szacunek globalny</b> (wyliczenie dotyczące podmiotów nie będących przedsiębiorcami)				
	<b>Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych</b>		<b>od 10% do 30%</b>	
	<b>Grupa Nowy Szpital</b>			
	szpital ponad powiatowy		<b>30,91 (29,15%)</b>	<b>1.846.800</b>
	szpital powiatowy mały		<b>35,4 (39,6%)</b>	<b>1.227.900</b>
<b>SZPITALE POWIATOWE</b>				
	<b>SP ZOZ</b>	<b>Bełżyce</b>	<b>40</b>	
	<b>Powiatowy Zespół ZOZ</b>	<b>Będzin</b>	<b>42 (50%)</b>	<b>1.764.000</b>
	<b>Szpital Powiatowy</b>	<b>Bielsk Podlaski</b>	<b>30%</b>	
	<b>Szpital Powiatowy</b>	<b>Chodzież</b>	<b>12</b>	<b>887.000</b>
	<b>ZOZ</b>	<b>Dąbrowa Tarnowska</b>	<b>19,7</b>	<b>786.456</b>
	<b>SP ZOZ</b>	<b>Garwolin</b>	<b>4</b> (wyliczenie dla 1 oddziału)	
	<b>ZOZ</b>	<b>Gniezno</b>	<b>9,5 (3%)</b>	<b>439.648</b>
	<b>Szpital Powiatowy sp. z o.o.</b>	<b>Golub-Dobrzyń</b>	<b>17,8</b>	
	<b>SP ZOZ</b>	<b>Gorlice</b>	<b>60</b>	<b>2.500.000</b>
	<b>SP Specjalistyczny Szpital Zachodni im. Jana Pawła II</b>	<b>Grodzisk Mazowiecki</b>	<b>od 25% do 35%</b>	<b>od 2.000.000 do 3.000.000</b>
	<b>SP ZOZ</b>	<b>Grodzisk Wielkopolski</b>	<b>9</b>	<b>453.600</b>
	<b>Powiatowe Centrum Medyczne sp. z o.o.</b>	<b>Grójec</b>		<b>1.080.000</b>
	<b>SP ZOZ</b>	<b>Hajnówka</b>		<b>min. 1.200.000</b>
	<b>SP ZOZ</b>	<b>Janów Lubelski</b>	<b>13%</b>	
	<b>PCZ sp. z o.o. NZOZ im. dr Aleksandra Majkowskiego</b>	<b>Kartuzy</b>	<b>18</b>	<b>648.000</b>
	<b>Szpital Ogólny</b>	<b>Kolno</b>	<b>21,51</b>	
	<b>ZOZ</b>	<b>Końskie</b>	<b>20% - 50%</b>	

*Dział Monitoringu Legislacyjnego, Inicjatyw i Analiz Związku Powiatów Polskich*

SP ZOZ	Kościan	25 (18%) pielęgniarki, 4 (15%) położne	1.400.000
KCZ sp. z o.o.	Krapkowice	od 11,7 do 44,9(w zależności od sposobu liczenia)	
SP ZOZ	Krasnystaw	45,4	1.443.611
SP ZOZ	Krotoszyn		230.000
SP ZOZ	Leżajsk	59 (23%)	2.627.388
SP ZOZ	Maków	6-7	
Centrum Zdrowia	Mikołów	12	630.000
SP ZOZ	Mława		956.196
SP ZOZ	Myszków	21	840.000
SP ZOZ	Nidzica	15 (25%)	660.000
Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	Nowy Targ	od 1 do 5 na oddziale	> 2.000.000
SP ZOZ	Opole Lubelskie	33	1.400.000
Szpital Powiatowy	Oświęcim	27	2.361.600
SP ZZOZ	Przasnysz	46%	
SP ZOZ	Przysucha	33	1.707.726
SP ZOZ	Pułtusk	12-15%	
SP ZOZ	Radziejów		od 500.000 do 1.800.000
ZOZ	Skarżysko- Kamienna	65	
ZOZ	Sucha Beskidzka	40 (17%)	1.872.000
Powiatowy Szpital Specjalistyczny	Stalowa Wola	26	1.092.000
Szpital Powiatowy	Strzelce Opolskie	15,83	683.766
SP ZOZ	Szamotuły	14	1.000.000
Starostwo Powiatowe w imieniu SP ZOZ	Środa Wielkopolska	40	1.800.960
SP ZOZ	Świdnica	od 7 do 10	450.000
Starostwo Powiatowe w imieniu SP ZOZ	Węgrów	6,5 (10%)	300.000
SP ZOZ	Wieluń	50	1.500.000
Powiatowy Publiczny ZOZ w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim	Wodzisław Śląski	50	
SP ZOZ	Wolsztyn	37	1.554.000
Szpital na Wyspie sp. z o.o.	Żary	25	1.000.000
<b>MIASTA</b>			
Miejski Szpital Zespolony	Częstochowa	2%	
Szpital Miejski z Przychodnią SP ZOZ	Gliwice	20-25	912.000
II Szpital Miejski im. dr	Łódź	13%	465.000

<b>Ludwika Rydygiera</b>			
<b>SP ZOZ Szpital nr 2</b>	<b>Mysłowice</b>	<b>2,5</b>	<b>98.206</b>
<b>Szpital Specjalistyczny</b>	<b>Piła</b>	<b>20%</b>	<b>5.436.000</b>
<b>Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej sp. z o.o.</b>	<b>Płock</b>	<b>25%</b>	
<b>SP ZOZ Zakład Opiekuńczo Leczniczy i Rehabilitacji Medycznej</b>	<b>Poznań</b>	<b>17,5</b>	<b>744.000</b>
<b>Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia</b>	<b>Poznań</b>	<b>10%</b>	<b>3.978.614</b>
<b>ZOZ sp. z o.o.</b>	<b>Świętochłowice</b>	<b>40%</b>	
<b>WOJEWÓDZTWA</b>			
<b>Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku</b>	<b>Gdańsk</b>	<b>115</b>	
<b>Szpital Morski im. PCK</b>	<b>Gdynia</b>	<b>30%</b>	
<b>Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego I Zakład Opiekuńczo-Leczniczy</b>	<b>Gorzycy</b>	<b>100 (wzrost o ok. 150%)</b>	<b>ok. 4.400.000</b>
<b>Uniwersytecki Szpital Dziecięcy</b>	<b>Kraków</b>	<b>od 15% do 40% (uzależnione od stopnia obłożenia)</b>	
<b>Wojewódzki Szpital Zespolony</b>	<b>Leszno</b>	<b>32 (8,71%)</b>	
<b>Opolskie Centrum Rehabilitacji</b>	<b>Opole</b>	<b>6 (tylko 2 oddziały)</b>	<b>264.000</b>
<b>Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Adama Grucy</b>	<b>Otwock</b>	<b>od 20% do 40% (w zależności od oddziału i stopnia obłożenia)</b>	
<b>Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka</b>	<b>Słupsk</b>	<b>20</b>	<b>732.000</b>
<b>SP Specjalistyczny Psychiatryczny ZOZ</b>	<b>Słupsk</b>	<b>od 20% do 70% (w poszczególnych jednostkach Zakładu)</b>	<b>840.000</b>
<b>Wojewódzki Zespół Reumatologiczny im. dr Jadwigi Titz-Kosko</b>	<b>Sopot</b>	<b>13</b>	<b>596.400</b>
<b>Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Stanisława Kryzana</b>	<b>Starogard Gdański</b>	<b>165</b>	
<b>Szpital Specjalistyczny im. Floriana Ceynowy</b>	<b>Wejherowo</b>	<b>5 (wyliczenie dla 1 oddziału)</b>	
<b>Szpital Ogólny</b>	<b>Wysokie Mazowieckie</b>		<b>2.417.000</b>



## **Propozycje legislacyjne i uwagi merytoryczne płynące z podmiotów leczniczych i innych instytucji**

W niniejszej części ujęto propozycje legislacyjne i uwagi merytoryczne płynące z podmiotów leczniczych i innych instytucji jakie napłynęły do Związku Powiatów Polskich w odniesieniu do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

### **A. SZPITALA POWIATOWE I ICH ORGANY TWORZĄCE**

#### ZOZ w Dąbrowie Tarnowskie:

- Rozporządzenie powinno dotyczyć wszystkich szpitali, a nie tylko publicznych – jeśli nie dotyczy szpitali niepublicznych, czy to ma oznaczać, że tam pacjent nie musi mieć zabezpieczonej właściwej opieki? Standard jest opracowany przez MZ czyli normuje „merytorycznie uzasadnione wspólne kryterium właściwej opieki nad hospitalizowanym pacjentem”. Jakie jest więc uzasadnienie, że nie w każdym szpitalu? – nie może więc w tym przypadku chodzić więc o merytorycznie uzasadnioną konieczność zapewnienia odpowiedniej opieki pielęgniarskiej pacjentowi, po co więc wprowadzać normy?
- Wprowadzając obowiązujące normy zatrudnienia jakiejkolwiek grupy zawodowej, przede wszystkim należy wypracować równoległe minimalne ceny udzielania świadczeń i zobligować płatnika usług medycznych do ich przestrzegania. Tak nie jest, NFZ jako jedyny płatnik sam decyduje o wycenie danego zakresu świadczeń i jest to warunek nie do negocjacji. Jednocześnie płatnik również określa normy zatrudnienia w niektórych zakresach świadczeń, mimo iż do swych wymogów nie dostosowuje cen. Tak więc pozostaje kolejna instytucja do wskazania norm zatrudnienia bez odpowiedniego zabezpieczenia w cenie świadczenia.
- MZ wprowadził również inne przepisy dla ZOZ bez zabezpieczenia finansowego, m.in. ustawa o zdarzeniach medycznych, której konsekwencją jest wzrost składek ubezpieczeniowych od 350 tys. zł do 900 tys. zł w zależności od specyfiki danego zakładu.
- Podobnie ustawa o wyrobach medycznych, które obliguje ZOZ-y do serwisowania sprzętu i aparatury medycznej jedynie w certyfikowanych firmach spowodowała wzrost kosztów tych usług z kilkunastu do kilkuset tysięcy zł.
- Minister przygotowuje kolejne rozporządzenie dot. norm zatrudnienia lekarzy w oddziałach szpitalnych, gdzie dla przykładu w oddziale rehabilitacyjnym ma być normą zatrudnienie 3r.et lekarzy specjalistów rehabilitacji do 15 łóżek, a już przy 16 łóżkach kolejnych 3 lekarzy. Stawki na świadczenia rehabilitacyjne od lat na tym samym poziomie, generalnie brak lekarzy o tej specjalizacji może być powodem masowego likwidowania tych oddziałów. Znowu do norm nie jest przewidziane zabezpieczenie finansowe.
- Od 2011 roku nie są wypłacane przez NFZ zobowiązania za świadczenia wykonane ponad zakontraktowany limit, do tego dochodzi wzrost kosztów towarów i usług, przyczyniając się do coraz gorszej sytuacji finansowej zakładów a to w konsekwencji prowadzi do reedukacji zatrudnienia w tym również w najliczniejszej grupie jaką stanowią pielęgniarki i położne. Jak się ta sytuacja ma do kolejnego Rozp. MZ, narzucającego minimalne normy zatrudnienia?

- Od stycznia 2012 roku wzrosły koszty pracy (składka na ubezpieczenia rentowe) o 2% co w skali naszego zakładu daje wymierna kwotę za okres 9 miesięcy na poziomie 245.050 zł. Wzrósł również podatek VAT, nośniki energii, benzyny, itp. Ustawowo zwiększone zostało minimalne wynagrodzenie a kolejny wzrost jest przewidziany do stycznia 2013 roku. Natomiast poziom zakontraktowania świadczeń pozostał bez zmian w najlepszym przypadku, a generalnie został obniżony na 2013 rok, gdyż tym razem przyjęto za podstawę kontraktów wykonanie za I półrocze 2012 roku, oczywiście zasada działania tylko w jedną stronę, czyli niewykonana świadczenia do limitu były podstawą do obniżenia kontraktu na następny rok do poziomu wykonania a świadczenia wykonane ponad limit były podstawą utrzymania kontraktu z roku 2012, bez wzrostu wynikającego z rzeczywistego wykonania.
- ZOZ-y po zapowiedziach NFZ iż w 2012 roku również nie będą płacone Nadwykonania zostały zmuszone do dostosowania struktury zatrudnienia do wysokości kontraktów, ponosząc dotkliwe skutki finansowe związane z redukcją zatrudnienia a teraz będą zmuszane do kolejnego ponoszenia skutków zwiększenia zatrudnienia.

SP ZOZ w Hajnówce:

- Przedmiotowe regulacje sankcjonują nierówne traktowanie podmiotów prowadzących działalność leczniczą stawiając w uprzywilejowanej pozycji placówki funkcjonujące jako przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej. Ponadto generowanie w drodze arbitralnych decyzji władzy ustawodawczej dodatkowych kosztów funkcjonowania w placówkach niebędących przedsiębiorcami, w obliczu kryzysu systemu finansowania ochrony zdrowia, jest de facto zakamuflowaną formą kreowania warunków i okoliczności zmuszających samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej do wdrażania procesu przekształceń w spółki kapitałowe
- Wdrożenie przepisów projektu Rozporządzenia w obecnym kształcie, z uwagi na (...) konieczność zwiększenia stanu zatrudnienia personelu pielęgniarskiego przy jednoczesnych niedoborach na medycznym rynku pracy, pogłębi negatywne skutki wyjątkowo błędnej i nieprzemyślanej decyzji związanej z likwidacją średnich szkół zawodowych kształcących w zawodach pielęgniarki i położnej
- Wyjątkowo niedopracowanym rozwiązaniem jest określony w projekcie Rozporządzenia sposób określenia liczby pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki, nakazujący uwzględnienie średniej liczby pacjentów z ostatnich 12 miesięcy poprzedzających ustalenie minimalnej normy zatrudnienia. Pierwszorazowe ustalenie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych siłą rzeczy oparte musi być bądź to na szacunkowych i nieprecyzyjnych założeniach wyjściowych, bądź też wymagać będzie przeprowadzenia żmudnych i niezwykle czasochłonnej i pracochłonnej analiz, gdyż na dzień dzisiejszy placówki lecznicze nie prowadzą odrębnej sprawozdawczości statystycznej i nie gromadzą danych na temat hospitalizowanych pacjentów w formie umożliwiającej przeprowadzenie ich kategoryzacji i klasyfikacji zgodnie z wytycznymi określonymi w projekcie
- Konieczność corocznego ponawiania procedury ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wprowadza ryzyko zmienności i braku stabilności zatrudnienia personelu, gdyż duży wpływ na kategoryzację i klasyfikację pacjentów w danym roku, uwzględnianą przy ustalaniu normy, mogą mieć okresowe trendy w zakresie profilu realizowanych hospitalizacji

- Wdrażana przepisami projektu Rozporządzenia procedura ustalenia minimalnych norm zatrudnienia, a w szczególności jej częstotliwość i metodologia, pogłębia i tak już nadmierne zbiurokratyzowanie systemu ochrony zdrowia utrudniając codzienną praktykę funkcjonowania placówek medycznych

Szpital Ogólny w Kolnie:

- (...) w projekcie znajdują się zapisy, które nieprecyzyjnie określają czynniki, które należy uwzględnić przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia np. §8 pkt 1 i 2 (tzn. w jaki sposób uzależnić normę zatrudnienia od wielkości i rozległości terytorialnej oraz struktury demograficznej i narażeń środowiskowych charakterystycznych dla obszaru działania podmiotu leczniczego czy też od zakresu i rodzaju świadczeń zdrowotnych uwzględniając świadczenia zdrowotne udzielane w miejscu zamieszkania, nauki lub pobytu pacjenta?)

Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich:

- Zarówno rozporządzenie jak i zapisy ustawy o działalności leczniczej (art. 50 ust. 2) w różny sposób traktują podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami i podmioty lecznicze prowadzone w formie spółki kapitałowej. Rozporządzenie narzuca normy zatrudnienia tylko podmiotom leczniczym niebędącym przedsiębiorcami, mimo, że podmioty lecznicze prowadzone w formie spółki kapitałowej udzielają również świadczeń finansowanych ze środków NFZ. Należy zatem przypuszczać, że brak norm zatrudnienia w podmiotach leczniczych prowadzonych w formie spółki kapitałowej będzie skutkować obniżeniem jakości świadczonej opieki.
- Analizując normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych wg kategoryzacji powiatów, nasuwa się wniosek, że w oddziałach mających poniżej 20 łóżek, liczba etatów wg kategoryzacji będzie niedoszacowana, co nie pozwoli zabezpieczyć minimalnej obsady pielęgniarskiej zgodnie z harmonogramem czasu pracy. Wyliczenia nie uwzględniają zapisu §1 ust. 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 zmianie” co w efekcie doprowadzi do wzrostu zatrudnienia od 20% do ok. 50%.
- W rozporządzeniu nie uwzględniono czasu potrzebnego do wyliczenia norm zatrudnienia pielęgniarek w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych oraz w Izbach Przyjęć Pacjentów.
- Istotnym elementem w zaproponowanym sposobie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych jest uwzględnienie średniego czasu dyspozycyjnego. Z jednej strony podany jest jako stały (tj. 1485h w ciągu roku dla jednej pielęgniarki /położnej), z drugiej zaś strony jest on zmienny, zależy od wieku i stanu zdrowia zatrudnionego personelu, stanu zdrowia ich dzieci, itp. Biorąc więc pod uwagę, że personel pielęgniarski jest coraz starszy, brakuje młodych pielęgniarek może to być przyczyną obniżenia średniego czasu dyspozycyjnego w poszczególnych oddziałach, a tym samym skutkować wzrostem zatrudnienia pielęgniarek.

SP ZOZ w Kościanie:

- Projekt zakłada dość pracochłonna metodę, głównie dla personelu kierowniczego, czas poświęcony na wyliczanie norm znacznie przekroczy czas przeznaczony na funkcje administracyjne. Efekt finalny, i tak w znacznym stopniu oparty jest na daleko idących

hipotezach i założeniach. W realizacji projektu zakładamy bowiem liczbę Pacjentów na dany rok, zakładamy dla nich przypuszczalną kategorię, zakładamy czas wykonywania świadczeń pośrednich i bezpośrednich realizowanych przez Pielęgniarki i Położne. Założono również, dość wątpliwie średni czas dyspozycyjny w ciągu roku na liczbę 202 dni nie biorąc pod uwagę realnej normy czasu pracy.

- Wdrożenie metody do realizacji wymaga monitorowania kategorii Pacjentów przez okres roku. Zatem rozporządzenie powinno być poprzedzone okresem pilotażowym. Jest to warunek rzetelnego wykonania proponowanego rozporządzenia.
- Projekt nie uwzględnia wskaźnika dynamicznego wykorzystywania łóżek w lecznictwie zamkniętym, szczególnie w §4, gdzie zastosowanie proponowanych wskaźników powoduje nierealnie zawyżone zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską. Co więcej, wyliczenia według proponowanych w §4 wskaźników, w znacznym stopniu odbiegają od wartości rzeczywistych, uzyskanych w procesie wyliczeń proponowanych w rozporządzeniu. Jest to dowód na brak spójności w określaniu standaryzowanej normy.
- Fakt, że przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty prawem UE, nasuwa spore wątpliwości co do zasadności wdrażania rozporządzenia w standaryzowane wg norm Europejskich, reguły określające zasady wykonywania zawodu Pielęgniarki i Położnej w naszym kraju.

#### SP ZOZ w Kościanie:

- Projekt nie gwarantuje optymalnego zatrudnienia personelu pielęgniarskiego, nie daje możliwości racjonalnego gospodarowania tym personelem i nie uwzględnia możliwości finansowych placówki
- Szytywne obliczanie oparte o ilość łóżek, trudne do określenia kategorii samodzielności pacjentów może doprowadzić do nadmiaru pielęgniarek, a co za tym idzie wzrostu kosztów działalności operacyjnej
- Konieczne jest określenie minimalnych norm zatrudnienia personelu pielęgniarskiego w oparciu o dynamiczne wskaźniki hospitalizacji i rzeczywiste wykorzystanie łóżek szpitalnych, np. korekta o procent obłożenia, wielkość zakontraktowanych świadczeń, etc.
- Narzucenie nierealnych, oderwanych od rzeczywistości norm minimalnego zatrudnienia pielęgniarek narusza niezależność decyzyjną dyrektora, prezesa czy zarządu szpitala, który odpowiada za organizację leczenia, pielęgnacji i stan finansowy placówki
- Wzrost kosztów utrzymania personelu obniży i tak już skrajnie niski budżet przeznaczony na świadczenia diagnostyczno-lecznicze, pogarszając tym samym jakość usług medycznych.
- W kierowanym przez mnie szpitalu liczba personelu jest optymalna. Po przeliczeniu wg proponowanych algorytmów, w niektórych komórkach organizacyjnych doszłoby do nieuzasadnionego przerostu zatrudnienia, a w ślad za tym wzrostu kosztów działalności placówki.
- Przyjęcie proponowanego projektu będzie równoznaczne z dalszym, konsekwentnym procesem ekonomicznego niszczenia szpitali, w którym z uwagi na politykę restrykcyjną prowadzoną przez NFZ od dawna brakuje pieniędzy

Szpital św. Anny w Miechowie:

- Przedmiotowy projekt rozporządzenia stanowi kolejny przykład stałej tendencji zwiększenia ciężarów publicznych zakładów opieki zdrowotnej bez zapewnienia im właściwego poziomu finansowania.

Centrum Zdrowia w Mikołowie:

- Budowa wzoru służącego do wyliczenia ilości etatów pielęgniarskich w paragrafie 3 ust.3 zawiera niezrozumiałe dla nas założenia. Wielkość „*Td czyli średni czas dyspozycyjny pielęgniarki/położnej w ciągu roku wynoszący 202 dni w roku*” zgodnie z informacjami zawartymi w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia została wyliczona przy założeniu 240 dni roboczych w roku, podczas gdy w 2011 r. i 2012 r. jest 252 dni roboczych, w 2013 r. ma być 251 dni roboczych. Ponadto założono, iż każda pielęgniarka ma 5 dni zwolnienia lekarskiego w roku i kolejne 5 dni przeznacza na szkolenie podyplomowe. Także dla każdej pielęgniarki obniża się czas pracy o kolejne 2 dni opieki nad dzieckiem. Tak skonstruowany algorytm całkowicie wyklucza uwzględnienie rzeczywistych danych w podmiocie leczniczym i powoduje wzrost ilości etatów niezbędnych do zabezpieczenia całodobowego stanowiska. W naszej Spółce tylko z tego tytułu koszty funduszu płac wzrosłyby o ok. 600 tys. zł rocznie.
- Sztuczne zapisy zobowiązujące do zatrudnienia na każdej zmianie 2 pielęgniarek bez względu na potrzeby, wielkość kontraktu oraz dotychczasową organizację całkowicie wykluczają dobre i sprawdzone rozwiązania funkcjonujące obecnie w niektórych oddziałach wielu szpitali (pielęgniarka i opiekunki medyczne).
- Również konieczność zapewnienia ilości etatów pielęgniarskich w nowotworzonych oddziałach wg wzoru zapisanego w paragrafie 4.1 może uniemożliwić rozpoczęcie nowej działalności. Tak musiałoby się stać w przypadku oddziału geriatrycznego w naszym Szpitalu, gdyż utworzyliśmy 20 łóżkowy oddział zgodnie z wytycznymi, iż na każde 10 tys. mieszkańców powinny być 2 łóżka geriatryczne i z taką ofertą wystąpiliśmy do NFZ. Wartość kontraktu, którą zaproponował SOW NFZ na 2012 r. wyniosła 250 tys. zł, od III.2012 – 746 tys. zł. Wskaźnik wykorzystania łóżek – mimo nadwykonania kontraktu za 10 miesięcy 2012r. o 6% - wynosi 40%. Oddział funkcjonuje przy 1 pielęgniarce i opiekunce na zmianie, średnio jest 8 - 10 pacjentów na dobę i czeka na zapowiadane „zielone światło” dla geriatry.
- Zgodnie z projektem rozporządzenia powinno być w tym oddziale przez pierwszy rok działalności 14 etatów pielęgniarskich (roczny koszt pracy 742 tys. zł), ponadto wg wymogów NFZ - 1 etat fizjoterapeuty, ½ etatu psychologa klinicznego oraz lekarz geriatra. Łączny koszt pracy takiego zespołu z uwzględnieniem ordynatora i pielęgniarki oddziałowej w skali roku (bez lekarskich dyżurów medycznych w oddziale) wyniósłby ok. 967 tys. zł, czyli znacznie przekracza wartość umowy. Poza tym absolutnie nie ma już środków na pokrycie kosztów leczenia i utrzymania pacjentów (badania diagnostyczne, leki, wyżywienie, pranie, media). Na 2013 r. SOW NFZ zaproponował kwotę kontraktu dla tego oddziału w wysokości 684 tys. zł. Wydaje się, iż komentarz w tym zakresie jest zbędny.
- Wymagania dot. zatrudnienia personelu pielęgniarskiego na bloku operacyjnym nie uwzględniają specyfiki szpitala i ilości wykonywanych zabiegów operacyjnych. W naszym Szpitalu funkcjonuje tylko jeden oddział zabiegowy i ilość operacji dostosowana jest do wielkości kontraktu z NFZ. Konieczność zabezpieczenia zaleconej w projekcie obsady

pielęgniarskiej to zwiększenie zatrudnienia o ok. 12 etatów i kosztów pracy o ok. 630 tys. zł przy całkowitym braku pokrycia w przychodach.

- Niestety, do 20 listopada 2012 nie jesteśmy w stanie dokonać wyliczenia ilości personelu pielęgniarskiego, gdyż przypisanie pacjentów do określonych w projekcie rozporządzenia kategorii, to kolejny problem. Nie ma wskazówek, ile kryteriów musi spełniać pacjent, by go zakwalifikować do danej kategorii, więc wymagane będzie ustalenie wewnętrznych zasad.
- Tylko z tych kilku powyższych uwag wynika, iż projekt rozporządzenia jest bardzo niebezpieczny dla stabilności finansowej Spółki i jednocześnie całkowicie pozbawia kierownika podmiotu leczniczego możliwości zarządczych a ordynatorów zwalnia z odpowiedzialności za właściwą organizację funkcjonowania oddziału.

#### SP ZOZ w Nidzicy:

- Brak realnej możliwości zapewnienia takiej ilości dodatkowych etatów na obecnym rynku pracy, w przyszłości sytuacja będzie się jeszcze pogłębiać, z uwagi na odchodzenie dużej części personelu na świadczenia emerytalne, zaś ilość nowokształconych pielęgniarek i położnych również nie zaspokoi potrzeb kadrowych,
- Brak finansowych możliwości zatrudniania dodatkowych osób z uwagi na niskie finansowanie świadczeń (niski poziom finansowania, ale także zbyt niska ilość zakontraktowanych świadczeń)
- Brak uzasadnienia merytorycznego zatrudniania dodatkowych osób, w sytuacji niskiej liczby zakontraktowanych świadczeń – tj. brak realnego świadczenia pracy,
- Konsekwencją ww. powodów było wprowadzenia już kilka lat temu systemu pracy, w którym cała kadra kierownicza pracuje na odcinku, praktycznie wykonując swój zawód, dotyczy to wszystkich stanowisk w naszym zakładzie (lekarze, diagnosty laboratoryjni, farmaceuci, elektroradiolodzy, fizjoterapeuci itd.), zatem pracę tych osób także należy uwzględniać przy obliczaniu faktycznego obciążenia pracą i ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia.
- Ponadto uważamy, iż wprowadzenie zapisów projektu ww. rozporządzenia odbyłoby się wbrew zasadzie: samodzielnego zarządzania podmiotem leczniczym przez kierownika i wynikającej z niego odpowiedzialności za konsekwencje finansowe, a także racjonalności w wykorzystaniu potencjału stosowanie do istniejących potrzeb, ale i posiadanych możliwości.

#### SP ZOZ w Opolu:

- § 1 ust.2 nie precyzuje jakie stanowiska kadry kierowniczej pielęgniarskiej i położniczej nie należy wliczać do minimalnych norm zatrudnienia. Kierując się przepisami o konkursach na stanowiska kierownicze, należałoby uznać, że nie wlicza się stanowisk objętych postępowaniem konkursowym, czyli pielęgniarka oddziałowa, przełożona, naczelna.
- § 1 ust.3 usunąć zapis - „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”. Taki wymóg jest nieracjonalny w sytuacjach, gdy oddział liczy np. poniżej 20 łóżek lub ze względu na profil pacjentów (np. dermatologicznych).
- § 2.1 w projekcie przyjmuje się jednakowy średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich dla poszczególnych kategorii opieki pacjentów oddziałów o profilu zachowawczym i zabiegowym. Należy podkreślić że bardzo ważne jest prawidłowe

kwalfikowanie pacjentów do danej kategorii opieki. W celu uniknięcia zawyżania bądź zaniżania zakwalifikowania pacjenta do danej kategorii opieki niezbędne jest jednoznaczne określenie dokonywania kategoryzacji. „Pacjent winien być zakwalifikowany do najwyższej kategorii opieki ( III ) jeśli spełnia wszystkie kryteria opieki przewidziane dla III kategorii opieki”.

- § 5 uwzględnić zapis „przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia przyjmuje się nie mniej niż równoważnik 1,4 – 1,6 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii”. Wymóg 2,2 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii jest zdecydowanie zawyżony.
- § 4.1. usunąć cały zapis dot. wskaźników w przypadku restrukturyzacji lub reorganizacji oddziału. Natomiast w części dot. nowotworzonych oddziałów lub innych komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa obniżyć wskaźnik oceny zapotrzebowania na opiekę do 0,5.
- W projekcie należy uwzględnić udział opiekunów medycznych w wykonywaniu świadczeń bezpośrednich u pacjentów w II i III kat. opieki. Liczba etatów opiekunów medycznych powinna być uwzględniona w tych wyliczonych minimalnych normach zatrudnienia pielęgniarek w oddziałach o profilu zabiegowym i zachowawczym. Opiekun medyczny potrafi (posiada umiejętności i kompetencje):
  - rozpoznawać problemy opiekuńcze osoby chorej i niesamodzielnej,
  - pomagać osobie chorej i niesamodzielnej w utrzymaniu ciała w czystości,
  - wykonywać u osoby chorej i niesamodzielnej zabiegi higieniczne,
  - pomagać osobie chorej i niesamodzielnej w zaspokajaniu potrzeby odżywiania,
  - pomagać osobie chorej i niesamodzielnej w zaspokajaniu potrzeby wydalania,
  - pomagać osobie chorej i niesamodzielnej w utrzymaniu aktywności ruchowej,
  - asystować pielęgniarce podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych.
- § 3.1 pkt 4 uwzględnić średni czas wykonywania czynności pośrednich, o którym mowa w ust. 3 pkt 2; czas ten określa podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą biorąc pod uwagę organizację pracy w tym podmiocie, ale także „funkcjonowanie transportu wewnątrzszpitalnego, wyposażenie w sprzęt medyczny oraz zakres i sposób dokumentowania czynności pielęgnarskich (dostępne ułatwienia w postaci narzędzi informatycznych).

#### Starostwo Powiatowe w Piszcu:

- (...) Dodatkowo chciałbym przywołać argument ewidentnego braku na rynku pracy takiej liczby pielęgniarek i położnych, które miałyby uzupełnić obsadę szpitali w myśl rozporządzenia.
- Wprowadzenie rozporządzenia w pierwszej kolejności negatywnie dotknie małe szpitale (powiatowe położone poza aglomeracjami).
- Legislacja wokół norm zatrudnienia powinna skupić się na możliwości tworzenia efektywnej opieki nad pacjentem adekwatnej do środków jakimi dysponują podmioty działalności leczniczej oraz ograniczeń wynikających z prawa pracy a nie tworzeniu kolejnych bąbli, które nie przystają do realiów funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia.

#### SP ZOZ im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku:

- (...) W kwestii dotyczącej merytorycznych treści projektu Rozporządzenia w okresie konsultacji społecznych Szpital Płoński uważał (pisemna opinia na prośbę OIPiP), iż brak jest

jednoznacznej procedury pozwalającej na kwalifikowanie pacjentów do poszczególnych kategorii, a może mieć to związek z nierzetelną kwalifikacją pacjentów, co w konsekwencji spowoduje niepotrzebne zwiększenie zatrudnienia.

Starostwo Powiatowe w Żyrardowie:

- Starostwo Powiatowe w Żyrardowie wyraża stanowczy sprzeciw planom podwyższenia 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.
  1. Proponowane minimalne normy personelu pielęgniarskiego i położniczego spowodują konieczność zwiększenia zatrudnienia w/w personelu, doprowadzając do generowania dodatkowych kosztów i pozbawią kierowników podmiotów leczniczych możliwości zmiany liczby etatów pielęgniarek i położnych w zależności od specyfiki komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego.
  2. Zmienna liczba, zmieniający się stan zdrowia pacjentów może prowadzić do nadmiaru lub niedoboru personelu na oddziałach szpitalnych i konieczności ciągłych (np. co tygodniowych) zmian harmonogramów pracy pielęgniarek, nierzadko sporządzanych na okres rozliczeniowy 3 –miesięczny.
  3. Przydzielanie pielęgniarek do pracy w innych oddziałach szpitalnych, zgodnie z zapotrzebowaniem pacjentów na opiekę wynikającą z podziału na kategorie, spowoduje duży stres związany z niepewnością co do miejsca sprawowania opieki nad pacjentem na danym dyżurze, koniecznością poznania specyfiki pracy i procesów pielęgnowania wszystkich pacjentów w podmiocie leczniczym oraz wpłynie na brak poczucia bezpieczeństwa personelu i pacjentów oraz doprowadzi do szybkiego wypalenia zawodowego pielęgniarek. Ograniczy również możliwość realizacji procesu edukacji i przygotowania pacjentów do samoopieki.
  4. Wdrożenie do codziennej praktyki metody opartej na klasyfikacji pacjentów do planowania obsad pielęgniarskich wymaga wyposażenia stanowisk kierowniczej kadry pielęgniarskiej w komputery z oprogramowaniem pozwalającym na sprawne dokumentowanie oraz analizę danych o pacjentach. Istnieje również ryzyko przydziału pacjentów do wyższej kategorii opieki przez pielęgniarki sprawujące opiekę, przy braku możliwości kontroli ze strony kadry zarządzającej w podmiocie leczniczym.
  5. Standardy zatrudnienia powinny być ustalane z uwzględnieniem personelu pomocniczego, np. opiekunów medycznych i opierać się na przyporządkowaniu określonej liczby pacjentów jednej pielęgnowarce i opiekunce/opiekunowi (opiekunom) medycznym. Kategoryzacja pacjentów powinna być wskaźnikiem pomocniczym w ustalaniu w/w liczb.
- W oparciu o przedstawione argumenty można wnioskować, że efektem wprowadzenia zaproponowanych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych będzie drastyczne obniżenie jakości opieki nad pacjentami, niechęć pielęgniarek i położnych do podejmowania pracy w polskich podmiotach leczniczych w dobie wzrastającego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne starzejącego się społeczeństwa oraz znaczące podwyższenie kosztów prowadzenia działalności i destabilizacja sytuacji ekonomicznej podmiotu leczniczego.



- Przedstawiony projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami opinujemy negatywnie.

Pabianickie Centrum Medyczne sp. z o.o.:

- PCM sp. z o.o. (...) po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia i przeanalizowaniu go sprzeciwia się zawartym w nim propozycją
- Proponowane w Rozporządzeniu zmiany zostały wnikliwie przeanalizowane i efekty wdrożeniach takich przepisów dotyczących minimalnych norm zatrudnienia niosły by za sobą wzrost kosztów utrzymania naszej placówki.
- W treści Rozporządzenie zauważyliśmy kilka niejasności które mogłyby powodować dodatkowe komplikacje organizacji pracy. Nasze wnioski dotycząc przeliczeń minimalnych norm zatrudnienia w oddziale o profilu zachowawczym i zabiegowym:
  1. Po przeanalizowaniu wg proponowanych wytycznych minimalnych norm w tych oddziałach należałoby zwiększyć zatrudnienie średnio o 1,8 etatu.
  2. Norma ma być wyliczana wg proponowanego Rozporządzenia do 31 stycznia każdego roku w oparciu o dane z roku poprzedzającego na cały rok z góry co może, spowodować zawyżenie lub zaniżenie minimalnej normy zatrudnienia w danym roku ze względu na brak możliwości ingerowania i korekty kierownictwa w ustaloną normę uwzględniając aktualną sytuację danego oddziału.
  3. §1.2 może powodować niejasności co do zakresu obowiązków pielęgniarek oddziałowych, które czynnie biorą udział w opiece nad pacjentem.
  4. Tabele klasyfikacji są skonstruowane zbyt ogólnie, co może powodować rozbieżności w klasyfikacji pacjenta do danej kategorii ze względu na subiektywną opinię i możliwość zwiększenia w ten sposób minimalnej normy zatrudnienia na oddziale.
  5. Dyskusyjne jest doliczenie 2 min. w porze nocnej do czasu pielęgniarek i położnych z jednym pacjentem, w godzinach nocnych wykonuje się mniej czynności planowanych (zlecenia lekarskie, diagnostyka obrazowa i laboratoryjna).
  6. Zróżnicowanie przelicznika godzin pracy pielęgniarek położnych z jednym pacjentem może spowodować zwiększenie zatrudnienia na poszczególnych oddziałach, co będzie mieć wpływ na zmniejszenie zainteresowania pracą pielęgniarek i położnych na oddziałach z mniejszą normą zatrudnienia.
  7. Dyskusyjne jest też to, że obsada na zmianie nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki, czasami na oddziałach zabiegowych pozostaje kilku pacjentów co wynika z procedury postępowania oraz wysokością kontraktu z NFZ i są to pacjenci zaklasyfikowani w kategorii I, więc z niektórych sytuacja zwiększenie obsady jest bezzasadne.

Szpital Specjalistyczny w Pile:

- (...)przychylamy się całkowicie do stanowiska Związku Powiatów Polskich o szkodliwości tego projektu dla i tak wątpliwej sytuacji ekonomicznej szpitali.

Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej sp. z o.o.

- (...) Zwiększenie zatrudnienia wpłynie negatywnie na sytuację ekonomiczną podmiotu leczniczego.

- W zakresie kategoryzacji opieki uważamy za błędną trzystopniową klasyfikację pacjentów. Obecnie stosujemy 4 stopniową kategoryzację i w naszej opinii powinno być to zachowane.
- Przy zastosowaniu się do wytycznych rozporządzenia kierujący podmiotem leczniczym jest pozbawiony możliwości zmiany liczby etatów pielęgniarek/położnych w zależności od specyfiki organizacji placówki medycznej.
- Przedłożone wskaźniki średniego czasu świadczeń pielęgniarskich i obliczanie dyspozycyjności postrzegamy jako nieprecyzyjne i niezasadnie sztywne, wskaźnik ten będzie bowiem się zmieniał w zależności od średniej wieku personelu zatrudnionego na poszczególnych oddziałach.
- W grupie pomocniczej lub głównej nie ujęto grupy zawodowej fizjoterapeutów, istotnej w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych w zakresie stacjonarnej opieki fizjoterapeutycznej (w naszych strukturach znajduje się Oddział Ortopedii – 9 łóżek – z Pododdziałem Rehabilitacji Narządu Ruchu – 21 łóżek). Dla tej grupy powinien być zastosowany wskaźnik czasu bezpośredniego, co zmienia stosunek wskaźnika pośredniego do bezpośredniego.
- Reasumując, pozytywnie opiniujemy próbę usankcjonowania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Dostrzegamy jednak wiele mankamentów, które należy dopracować tak, aby normy te były realne z punktu widzenia ekonomii i elastyczności zatrudnienia.

#### SP ZOZ Zakład Opiekuńczo Leczniczy i Rehabilitacji Medycznej

- Wskazane w projekcie czasy czynności bezpośrednich nie uwzględniają oddziałów opiekuńczo – leczniczych, w których przebywają pacjenci z zakończonym procesem diagnostyki i intensywnego leczenia, wymagający jedynie jego kontynuacji i profesjonalnej opieki.
- Dostępność pielęgniarki (Td) wynosi nie 202 dni, a ok. 225 dni po odliczeniu urlopu.
- Załącznik nr 2 odnosi się do oddziałów psychiatrycznych. Jeżeli dla zakładu opiekuńczo – leczniczego o profilu psychiatrycznym (są to pacjenci, u których zakończono proces diagnostyki, wymagają oni jedynie kontynuacji ustalonego leczenia) obliczać normy tak jak dla oddziału psychiatrycznego, wówczas brakuje ok. 60% pielęgniarek.

#### SP ZZOZ w Przasnyszu:

- (...)Rozporządzenie nie wskazuje jak liczyć normy np. w szpitalnym oddziale ratunkowym. Niedoprecyzowany jest również § 1 ust. 3 mówiący o dwuosobowej obsadzie na zmianie. Jeśli zapis ten dotyczyłby również ośrodka leczenia uzależnień, gdzie udzielane są świadczenia stacjonarne, musielibyśmy zwiększyć zatrudnienie pielęgniarek w tej komórce o 100%.
- Naszym zdaniem w § 4 ust. 1 określono za wysokie wskaźniki do ustalania norm zatrudnienia w nowoutworzonych, restrukturyzowanych lub reorganizowanych oddziałach. Po przeliczeniu ich w stosunku do naszych oddziałów (bez SOR i ośrodka leczenia uzależnień) musielibyśmy zwiększyć zatrudnienie personelu pielęgniarskiego o 46%.

#### SP ZZOZ w Sierpcu:

- W celu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia i corocznej ich weryfikacji do 31 stycznia każdego roku w świetle ww. projektu kategoryzacja chorych musi być prowadzona w sposób ciągły. Jest to działanie czasochłonne i pracochłonne, które musi być prowadzone przez pielęgniarki. W tym czasie pielęgniarki powinny zajmować się wykonywaniem świadczeń

pielęgniarskich. Samo prowadzenie kategoryzacji chorych może skutkować zwiększeniem ilości zatrudnionych pielęgniarek.

- Ustalenie minimalnych norm zatrudnienia powinno odbywać się na podstawie określonych wskaźników tak, jak w oddziale o profilu anestezyjologicznym i intensywnej terapii i w bloku operacyjnym.
- Do minimalnych norm zatrudnienia powinno wliczać się pielęgniarską kadrę kierowniczą tj. pielęgniarki oddziałowe, które również wykonują świadczenia pielęgniarskie.
- Proponowany przez rozporządzenie stan bezsprzecznie wpłynie na wzrost kosztów utrzymania placówek.
- W sytuacji minimalnej ilości pacjentów lub ich braku w niektórych oddziałach należy dopuścić możliwość jednoosobowej obsady pielęgniarskiej na zmianę, druga pielęgniarka może dyżurować pod telefonem.
- Weryfikacja ilości pracujących na zmianie pielęgniarek powinna być uzależniona od obłożenia oddziału. Taki system pracy powinien być możliwy także podczas zmiany nocnej np. w bloku operacyjnym, kiedy sporadycznie wykonuje się zabiegi operacyjne (sytuacja typowa dla szpitali pierwszego poziomu referencyjnego). W oddziale anestezjologii i intensywnej terapii projekt rozporządzenia przewiduje zbyt dużą obsadę pielęgniarek (2,2 na stanowisko na dobę) bez względu na obłożenie. W propozycji rozporządzenia to niepotrzebny ze względów ekonomicznych zapis (szczególnie dla szpitali powiatowych).
- Również zbyt duża ilość czasu przeznaczona na realizację świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich w poszczególnych zaproponowanych kategoriach opieki skutkować będzie znacznym zwiększeniem ilości zatrudnionych pielęgniarek, co niebagatelnie zwiększy koszty utrzymania placówek.

Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu:

- Rozporządzenie MZ powinno dotyczyć wszystkich podmiotów świadczących usługi finansowe ze środków publicznych

Zarząd Powiatu Gorlickiego:

- Zarząd podkreśla, że projekt rozporządzenia w zaproponowanej formie:
  - nie wskazuje sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, ale odgórnie je narzuca podmiotom leczniczym niebędącym przedsiębiorcami. Wykracza więc poza upoważnienie ustawowe określone w art. 50 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, ograniczając samodzielność SP ZOZ oraz ingerując w zarządzanie placówkami,
  - skutkuje koniecznością zwiększenia zatrudnienia pielęgniarek i położnych, a w konsekwencji wzrostem kosztów wynagrodzeń,
  - wpływa na konkurencyjność oraz powoduje nierówne traktowanie podmiotów leczniczych – poprzez wprowadzenie podwyższonych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wyłącznie w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami,
  - powoduje zwiększenie kosztów jednostkowych świadczeń, a w efekcie zmniejszenie ilości możliwych do wykonania usług wpływając na dalsze ograniczenie dostępności do świadczeń,

- przyczyni się do drastycznego pogorszenia sytuacji finansowej podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami,
- spowoduje negatywne skutki dla podmiotów tworzących – ustawa o działalności leczniczej nakłada na nie obowiązek pokrycie ujemnego wyniku finansowego SP ZOZ, ewentualnie konieczność zmiany jego formy organizacyjno-prawnej bądź likwidację Zakładu.
- Dotychczasowy poziom finansowania leczenia szpitalnego skutkuje systematycznym niedofinansowaniem działalności medycznej placówek. Wśród niekorzystnych uwarunkowań funkcjonowania szpitali wymienić można:
  - przyjętą politykę kontaktowania świadczeń – relatywnie niższe kwoty na leczenie szpitalne, przy wzroście cen i usług oraz wymagań NFZ,
  - tendencję spadkową w finansowaniu szpitali powiatowych,
  - brak płatności za świadczenia zrealizowane ponad wysokość umowy z NFZ – koszty ich realizacji pokrywane są na poziomie ok. 30-40%.
- Niezależnie od powyższego placówki zmuszane są do dostosowywania się do systematycznie zwiększanych wymogów jakościowych powodujących m.in. konieczność zapewnienia specjalistycznej kadry medycznej, wymiany sprzętu i aparatury medycznej oraz modernizacji posiadanej bazy lokalowej. Równocześnie spełnienie przez zakłady wzrastających wymagań nie przekłada się na poziom finansowania świadczeń zdrowotnych.
- Wymienione uwarunkowania skutkują koniecznością podejmowania przez zakłady ciągłych procesów restrukturyzacyjnych. Działania te prowadzone od wielu lat w Gorlickim Szpitalu zaskutkowały uzyskaniem stabilności finansowej, ale odbyło się to kosztem wielu wyrzeczeń, w tym m.in. poprzez znaczącą redukcję zatrudnienia oraz brak istotniejszego podwyższenia wynagrodzeń pracowników.
- Z uwagi na powyższe Zarząd Powiatu utożsamia się z negatywną opinią wobec projektu rozporządzenia zawartą w stanowisku ZPP z dnia 12 listopada 2012r oraz apeluje do Pana Ministra o dostosowanie projektowanych regulacji do realnych możliwości podmiotów leczniczych.

#### SP ZOZ w Kole:

- Przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w oddziałach o profilu zabiegowym i zachowawczym - paragraf 2.1. brak pacjentów w IV kategorii ( pacjent nieprzytomny), a co za tym idzie branie pod uwagę czasu świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich z III kategorii nie zagwarantuje zatrudnienia odpowiedniej ilości personelu do pracy przy takich pacjentach (zbyt mała ilość czasu).
- Brak konkretnego zapisu w załączniku nr 1 - kryterium Higiena: Wymaga toalety całego ciała w łóżku (to właśnie pacjent w IV kategorii).
- Brak zapisu, że pacjent nieprzytomny nie sygnalizuje potrzeb (IV kategoria).
- Brak określenia ilości położnych niezbędnych do pracy w Izbie przyjęć ginekologiczno-położniczej.
- W paragrafie 2 pkt 6 podpunkt 3 - zbyt mała ilość czasu świadczeń bezpośrednich w III kategorii biorąc pod uwagę zapisy w poszczególnych kryteriach tej kategorii.
- W załączniku nr 4 w kryterium Higiena nieprawidłowy zapis: położna nie może zająć się toaletą całego ciała położnicy i pielęgnacją noworodka w tym samym czasie.

- W paragrafie 2 pkt 6 podpunkt 1 i 2 - konieczne jest rozdzielenie czasu świadczeń pielęgniarstwa bezpośrednich na położnicę i noworodka.
- W załączniku nr 5 w kryterium opieki Oddychanie kategoria II - noworodek z takimi dolegliwościami nie przebywa przy matce.
- W paragrafie 2 pkt 7 - konieczne jest rozgraniczenie wieku dzieci do ustalenia czasu świadczeń pielęgniarstwa bezpośrednich i pośrednich.
- Brak określenia ilości pielęgniarek w ogólnej izbie przyjęć.
- W uzasadnieniu do projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będącymi przedsiębiorcami zapisane jest: "Na określenie procentowej wartości średniego czasu świadczeń pielęgniarstwa pośrednich powinny mieć wpływ organizacja pracy w oddziale, liczba personelu oraz liczba personelu pomocniczego, tj. opiekun medyczny, opiekunka dziecięca lub rodzice w przypadku oddziałów pediatrycznych, transport wewnątrzszpitalny, system łączności wewnątrzszpitalnej, współpraca z pracownikami diagnostyczno-terapeutycznymi, wyposażenie podmiotu leczniczego w sprzęt, aparaturę medyczną w tym służącą do pielęgnacji chorych itp."
- Uważam, że na "procentową wartość średniego czasu świadczeń pielęgniarstwa pośrednich" absolutnie nie mogą mieć wpływu, np.:
  - a. rodzice w przypadku oddziałów pediatrycznych,
  - b. transport wewnątrzszpitalny,
  - c. system łączności wewnątrzszpitalnej,
  - d. współpraca z pracownikami diagnostyczno-terapeutycznymi.Czynniki te nie mają żadnego wpływu na wykonywanie zawodu pielęgniarki/położnej, a tym bardziej na określenie procentowej wartości średniego czasu świadczeń pielęgniarstwa pośrednich.

SP Specjalistyczny Szpital Zachodni im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim

Po analizie projektu Rozporządzenia stwierdzam, że proponowane w nim rozwiązania są niekorzystne dla Pracodawcy – Szpitala bowiem:

- 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,
- Propozycja narzuca (czas podany w minutach) czynności bezpośrednie w powiązaniu z kategorią pacjenta nie biorąc pod uwagę specyfiki i organizacji pracy w poszczególnych Oddziałach, Szpitalach
- Ustanowi dyktat pielęgniarek i położnych na rynku pracy (brak odpowiedniej liczby pielęgniarek)

## **B. SZPITALA MIEJSKIE**

### Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie:

- Rozporządzenie pozwoli na utrzymania dobrej jakości świadczeń, bezpieczeństwa pacjentów i bezpieczeństwa personelu.
- Jasno określi poziom zatrudnienia pielęgniarek i położnych w poszczególnych oddziałach szpitalnych.
- Niestety należy jednak również stwierdzić, że wiązać się to będzie ze wzrostem poziomu zatrudnienia pielęgniarek i położnych.
- Widzimy zasadność, przy określaniu minimalnych norm zatrudnienia oparcia się na standaryzacji pacjentów w poszczególnych oddziałach.
- Nasze zastrzeżenia budzi zapis § 1.3 „że obsada pielęgniarek lub położnych w oddziale...nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianę.
- Uważamy, że niektóre oddziały np. rehabilitacja ogólnoustrojowa nie wymagają 2 pielęgniarek na nocnej zmianie.

### SP ZOZ Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu:

- (...) w pełni podzielamy stanowisko ZPP
- (...) należy zwrócić uwagę, że stan pacjentów ulega zmianie co może powodować konieczność zwiększenia ilości personelu a co jak wiadomo będzie skutkowało zwiększeniem kosztów pracowniczych w jednostce.
- Ponadto należy zwrócić uwagę iż projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami par. 1 ust. 3 bardzo sztywno narzuca obsadę 2 pielęgniarek i położnych na zmianę, zatem gdyby z wyliczeń wynikało mniejsze zapotrzebowanie to i tak trzeba będzie zapewnić obsadę 2 pielęgniarek np. w oddziale okresowo brak pacjentów, mniejsza ilość pacjentów w okresie sobotnio – niedzielnym po wypisach w piątek (w oddziale pozostaje tylko 2 pacjentów), co znowu przyczyni się do zwiększenia kosztów. Rozporządzenie nie uwzględnia również zmian w obłożeniu pacjentów i organizacji pracy a także warunków pracy (wyposażenie, sprzęt, infrastruktura, zaplecze socjalne, etc.)
- Wynikiem wykreślenia zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską w oparciu o kategoryzację pacjentów jest rotacja personelu pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi przy uwzględnieniu kwalifikacji. W Rozporządzeniu nie znajdujemy żadnego zapisu w tym zakresie co w naszej ocenie jest bardzo istotne z uwagi na opór grupy pielęgniarek i położnych przed ww. rotacją, ogranicza to również kierującego opieką pielęgniarską w zabezpieczeniu opieki nad pacjentami przy uwzględnieniu kategoryzacji pacjentów.
- Reasumując Rozporządzenie w obecnej bardzo trudnej sytuacji w jakiej znajdują się szpitale publiczne daje narzędzie do eskalacji roszczeń i stanowi bezpośrednie generowanie dodatkowych kosztów pracy, które na dzień dzisiejszy stanowią największe obciążenie w wielu szpitalach. Wobec braku środków finansowych na realizację zapisów Rozporządzenia wejście w życie powyższego będzie tylko tzw. „martwym” zapisem.

Specjalistyczny Szpital im. E. Szczeklina w Tarnowie:

- Zasady dotyczące obowiązkowych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych winny dotyczyć wszystkich podmiotów na rynku usług medycznych korzystających ze środków publicznego płatnika, jakim jest NFZ.
- Proponowane rozwiązanie wpłynie negatywnie na koszty prowadzenia działalności, a co za tym idzie na sytuację finansową podmiotów leczniczych. Bezsprzecznie wpłynie na pogorszenie jakości usług w podmiotach, które norm nie będą musiały stosować.
- Ustawowo wprowadzone gwarancje równego dostępu do środków publicznych dla podmiotów publicznych i niepublicznych muszą iść w parze z równymi wymogami oraz standardami (w tym norm zatrudnienia) wobec obu grup podmiotów.

**C. SZPITALA WOJEWÓDZKIE, KLICZNIIE, UNIWERSYTECKIE I INNE**

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie:

- (...) obecną liczbę pielęgniarek uznajemy za całkowicie wystarczającą do prowadzenia naszej działalności
- Proponowany normy zatrudnienia sprawią, iż na wielu oddziałach wystąpi efekt „wzajemnego przeszkadzania sobie w pracy”. Jest to jednak tylko teoretyczna możliwość, gdyż zastosowanie się do wyżej wymienionych norm spowoduje natychmiastowy upadek szpitala.

Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie:

- 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.
- Modyfikacji powinny ulec załączniki do rozporządzenia w zakresie opisów kryteriów opieki w kategorii II i III. Bezsensowne 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 najprostsz tzn; pacjent samodzielny – I kategoria, pacjent częściowo samodzielny lub wymagający pomocy – II kategoria, pacjent niesamodzielny – III kategoria.
- Załącznik nr 3. Klasyfikacja do kategorii opieki rodzących siłami natury w zespole porodowym. Niezwykle rozbudowane opisy poszczególnych kryteriów w danych kategoriach, dodatkowo z podziałem na okresy porodu. Sam II i III okres porodu, wymaga zapewnienia rodzającym 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.
- 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 to III kategoria opieki. Należałoby zatem doprecyzować to w rozporządzeniu, czyli wskazać, czy wobec tych pacjentów zastosowanie ma zał.nr 1 czy 2.

- Rozporządzenie nie wskazuje ile kryteriów opieki w danej kategorii musi zaistnieć, aby zaklasyfikować pacjenta do danej kategorii.

Możliwe skutki wprowadzenia projektu rozporządzenia:

1. Konieczność zapewnienia na bloku operacyjnym 2 pielęgniarek( operacyjnej i asystującej) na jeden czynny stół operacyjny – nie uwzględniono zasad funkcjonowania bloków operacyjnych z wieloma salami operacyjnymi.
2. Konieczność zapewnienia 1 położnej na 1 rodzącą, wobec której zastosowano farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego. Uwaga jw.
3. W pracach zespołu nie brali udziału lekarze?
4. Wyniki wprowadzenia rozporządzenia mają służyć przede wszystkim pacjentom. Tylko pośrednio kadry zarządzającej personelem pielęgniarskim – a tak zapisano w rozporządzeniu.
5. W uzasadnieniu zapisano sposób dokonywania przeliczeń wskazując jako normę dwa dni opieki nad dzieckiem, pięć dni planowanego zwolnienia lekarskiego (sic!) i pięć dni na kształcenie ustawiczne. Takie założenia przy obecnej wycenie procedur leczniczych są urągające rzeczywistości i narażają podmioty lecznicze na jeszcze większe straty.
6. Należy zauważyć, iż rozporządzenie dotyczy tylko szpiz. Nie obejmuje swoją właściwością spółek prawa handlowego. Pogłębi to tylko nierówność podmiotów. Czy to właściwa droga (kij!) do zachęcenia do przekształceń?
7. Nie mogę zgodzić się z zapisem dwóch pielęgniarek na zmianie. Jest to ze wszech miar zasadne w obciążonych oddziałach chirurgicznych czy wewnętrznych. Ale okulistyka czy laryngologia, szczególnie tam gdzie obłożenie jest rzędu 10 pacjentów – przesądza to wysokość kontraktu z NFZ – taki zapis jest niezasadny.
8. Należy ściśle określić co ustawodawca rozumie pod pojęciem kadra kierownicza pielęgniarska i położnicza. Wyłączeniu w moim pojęciu powinny podlegać tylko naczelnie i przełożone pielęgniarek. Pielęgniarka i położna oddziałowe i pielęgniarki koordynujące tak jak ordynatorzy i kierownicy oddziałów wykonują i powinni wykonywać świadczenia zdrowotne. Nie wyrażam zgody na tworzenie kolejnych stanowisk urzędniczych!.

#### Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu

- Brak słowniczka np. czynny stół, brak jednoznacznych opisu czynności pielęgniarskich zaliczanych do świadczeń bezpośrednich i pośrednich. Pozostają opisy w literaturze, które mogą prowadzić do błędnych, subiektywnych interpretacji.
- 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.
- § 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, splataniu, dezorientacji co do własnej osoby, miejsca lub czasu.

- § 2 pkt 4. Zawyżone czasy 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.
- § 2 pkt 5. Brak opisu kategorii dla patologii ciąży. Jeżeli przyjmujemy załącznik nr 3 a w nim kategorii II i III dla patologii ciąży to 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.
- § 2 pkt 6. II kategoria ma większy czas niż w kategorii III dla tego samego obszaru
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- § 8. Nieczytelny sposób ustalenia minimalnej normy dla świadczeń ambulatoryjnych np. pkt 7 i 8.

#### Opolskie Centrum Rehabilitacji:

- (...)Średni czas świadczeń pielęgniarских na oddziałach rehabilitacyjnych różni się od czasu określonego dla kategorii I pacjentów w oddziałach zachowawczych i zabiegowych
- Projekt rozporządzenia nie daje podmiotowi wykonującemu świadczenia w zakresie rehabilitacja narządu ruchu możliwości określenia norm zatrudnienia w odniesieniu do faktycznych potrzeb w zakresie świadczeń pielęgniarских, tak jak to ma miejsce w przypadku podmiotu wykonującego świadczenia w zakresie leczenia uzależnień (§2 pkt 3 projektu rozporządzenia), przy czym profil pacjentów który przebywają na naszym oddziale jest taki sam jak opisany na str. 27 uzasadnienia do projektu *rozporządzenia* „ ... w podmiotach tych ... świadczenia pielęgniarские zredukowane są najczęściej do minimum (tj. wydawania leków niektórym pacjentom). W całodobowych oddziałach/ ośrodkach leczenia uzależnień pacjenci są samodzielni i nie wymagają świadczeń pielęgniarских bezpośrednich. Ponadto zatrudnienie personelu pielęgniarского 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 skuteczności” . W przypadku oddziału rehabilitacyjnego zwiększenie ilości personelu pielęgniarского może wpłynąć na ograniczenie zatrudnienia pracowników fizjoterapii, co również spowoduje pogorszenie skuteczności leczenia, dlatego też ilość zatrudnionego personelu pielęgniarского podobnie jak w oddziałach leczenia uzależnień powinna pozostać w decyzji kierownika podmiotu.
- Zatrudnienie w oddziałach rehabilitacyjnych szpitala wyliczone według dotychczasowych norm jest optymalne, w pełni zabezpiecza potrzeby organizacyjne oraz zapewnia bezpieczeństwo hospitalizowanych pacjentów.

#### Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Łodzi:

- (...) po zapoznaniu się ze stanowiskiem ZPP w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarerek i położnych w podmiotach leczniczych, w pełni popiera podnoszone kwestie i argumentacje.
- Istotnie, prawdziwym skutkiem wejścia w życie Rozporządzenia w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarerek i położnych, będzie ograniczenie dostępności do świadczeń i obniżenie jakości, będące konsekwencją drastycznego pogarszania się sytuacji ekonomicznej szpitali.

#### Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Janusza Korczaka

- (...) Uważamy, iż przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarerek i położnych w szpitalu należy dodatkowo uwzględnić:

1. liczbę i strukturę świadczeń bezpośrednich i czynności innych niż świadczenia bezpośrednie, wykonywanych przez pielęgniarki i położne w danej komórce organizacyjnej, zwanych „świadczeniami pośrednimi” z podziałem na oddziały zabiegowe i zachowawcze – narzucone wystandaryzowane w rozporządzeniu nie są obiektywne dla świadczeń w tych grupach oddziałów. O konieczności takiego wyodrębnienia mówi również Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie,
  2. średnie czasy wykonywania poszczególnych jednostkowych świadczeń bezpośrednich i pośrednich w danej komórce organizacyjnej powinny uwzględniać logistykę i strukturę organizacyjną oddziału,
  3. efektywny czas pracy pielęgniarek i położnych w danej komórce organizacyjnej powinien ujmować czas pracy w poradniach przy oddziałowych, salach zabiegowych mieszczących się w oddziałach, hospitalizacji jednodniowej np. oddziały chemioterapii itp,
  4. proponowane rozporządzenie nie uwzględnia pacjentów z brakiem świadomości a mających zachowane niektóre funkcje życiowe takie jak oddech czy krążenie patrz oddziały udarowe, wydaje się zasadne pytanie czy w oddziałach zabiegowych takich jak Otolaryngologia należy prowadzić kategoryzację opieki dla oddziałów zabiegowych i również kategoryzację opieki dla oddziałów pediatrycznych - gdyż codziennie w tych oddziałach hospitalizowane są również dzieci, czy natomiast w oddziałach pediatrycznych zasadne byłoby zróżnicowanie kategoryzacji małego pacjenta oraz dziecko „duże” powyżej 15 roku życia.
- Reasumując minimalne normy zatrudnienia, opracowane na podstawie kryteriów ujętych w rozporządzeniu , powinny ulegać zwiększeniu lub zmniejszeniu w zależności od specyfiki organizacyjnej oddziału, którą określa:
    1. Liczba łóżek i wskaźnik średniego wykorzystania łóżek w ciągu 12 miesięcy poprzedzających ustalenie norm,
    2. Profil komórki organizacyjnej i średni czas leczenia oraz specyficzna dla danej komórki organizacyjnej intensywność pracy,
    3. Wyposażenie zakładu w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną, środki transportu, łączności itp.,
    4. Wielkość i warunki lokalowe komórki organizacyjnej i zakładu oraz współpraca z pracownikami diagnostycznymi,
    5. Dodatkowe obowiązki związane z prowadzeniem poradni, gabinetów zabiegowych, szkoleń, staży itp.
  - Należy zdać sobie sprawę z tego, że normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych nigdy nie zostały określone przez ministra zdrowia, dlatego oczekiwane i słuszne jest wdrożenie rozporządzenia, regulującego tylko sposób ustalania minimalnych norm a nie ich określenia jak to ma miejsce w proponowanym rozporządzeniu, natomiast określenie minimalnych norm w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej powinno być oddane w kompetencję ich kierowników. Stanowisko ministra zdrowia, mówiące jednoznacznie że „ *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*”.
  - Zapis w takiej formie wydaje się nie do końca zasadny – w niektórych oddziałach zabiegowych w godzinach popołudniowych czy nocnych hospitalizowanych jest czasami

trzech lub czterech pacjentów dlaczego więc nie zostawić decyzji kierownikom placówek, co do sposobu wyliczenia norm zatrudnienia .

- W 2010 roku w naszym szpitalu podjęliśmy próbę wyliczenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w oparciu o 4 stopniową skalę kategoryzacji opieki uwzględniając oddziały zabiegowe i zachowawcze, oddziały pediatryczne, oraz oddział położniczy i neonatologiczny, w konsekwencji czego szpital musiał zatrudnić dodatkowy personel pielęgniarstwa.

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Psychiatryczny ZOZ w Słupsku:

- (...) zgłasza następujące uwagi do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych:
  1. rozporządzenia zobowiązuje nasz Zakład do zwiększenia zatrudnienia personelu pielęgniarstwa 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.

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 pielęgniarstwa.

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 nadzoru. W naszej ocenie nielogicznym jest, że czas świadczeń pielęgniarstwa 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 przewlekłe chorych ), pielęgniarki nie są więc obciążone pracą związaną ze znaczną rotacją pacjentów jak to zwykle ma miejsce w oddziałach o profilu zabiegowym i zachowawczym.

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.
- W podsumowaniu zwracamy się z prośbą ponowną o analizę skutków finansowych rozporządzenia dla budżetów oddziałów psychiatrycznych oraz ponowną analizę rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenia pielęgniarstwa w oddziałach psychiatrycznych, uwzględniając czynności wykonywane w przez personel pielęgniarstwa, zwłaszcza w porównaniu z oddziałami zabiegowymi, pediatrycznymi, położniczymi czy zachowawczymi.

Wojewódzki Zespół Reumatologiczny im. dr Jadwigi Titz-Kosko:

- (...) zapisy zawarte w projekcie MZ (...) w obecnym kształcie są bardzo niekorzystne (...)
- (...) Dostosowanie placówki do wymogów Rozporządzenia w tym względzie spowodowałoby, że obciążenie pracą zespołu pielęgniarstwa nie byłoby efektywne, gdyż dzieci podczas hospitalizacji bardzo dużo czasu spędzają na zabiegach pod opieką rehabilitantów oraz w szpitalnej szkole pod opieką zespołu nauczycielskiego. Wychowawcy szkolni wspomagają pracę zespołu pielęgniarstwa do godziny 17-tej.
- Jednocześnie informuję, że budżet szpitala nie jest w stanie udźwignąć wyliczonego w symulacji wzrostu obciążeń związanych z wynagrodzeniami dodatkowych etatów pielęgniarstwa.

Pomorskie Centrum Traumatologii im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku:

- Projekt rozporządzenia w żadnym miejscu nie uwzględnia IV kategorii pacjenta. Zaproponowana klasyfikacja pacjentów do kategorii opieki dla oddziałów zabiegowych i zachowawczych nie obejmuje pacjenta, wymagającego intensywnej opieki wcześniej kwalifikowanego jako pacjent IV kategorii (pacjent Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Udarowego czy Neurochirurgicznego), który w zakresie zaproponowanych wyznaczników opieki wymaga większego nakładu pielęgnacji niż pacjent zaliczany do III kategorii. Rozporządzenie nie dość precyzyjnie opisuje kategorię pacjenta.
- §4 pkt 1 – błędem jest zastosowanie tego samego przelicznika 0,7 zarówno w oddziałach zabiegowych, jak i zachowawczych, z powodu znaczącej różnicy w kategoriach pacjentów tam hospitalizowanych, a tym samym innego poziomu natężenia pracy personelu medycznego.
- §6 pkt 1 – należy zwiększyć minimalne normy zatrudnienia w ten sposób, że: „w bloku operacyjnym – wynoszą na 1 czynny stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 2 pielęgniarki albo położne operacyjne” lub „w bloku operacyjnym – wynoszą na 1 stół operacyjny (1 pacjent), co najmniej 1 pielęgniarka albo położna i 1 pielęgniarka albo położna asystująca zatrudniona na etacie pielęgniarki operacyjnej.”
- Określenie pielęgniarka albo położna asystująca pielęgniarkę albo położnej operacyjnej jest określeniem zbyt ogólnym, stwarzającym podstawy do przyjęcia, iż może być to każda

pielęgniarka operacyjna zatrudniona w szpitalu. Takie określenie stanowi zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów bloku operacyjnego, ponieważ tylko pielęgniarka operacyjna zatrudniona na Sali operacyjnej jest odpowiednio przeszkolona, m.in. z obsługi sprzętu niezbędnego do wykonania procedur medycznych. Żadna pielęgniarka lub położna asystująca pielęgniarsce lub położnej operacyjnej nie będzie w stanie zastąpić pielęgniarki operacyjnej w przypadku wyższej konieczności (złe samopoczucie, zastąpienie).

- §6 pkt 2 – proponowane brzmienie: „na stanowisku znieczulenia – wynoszą na 1 stanowisko, co najmniej 1 pielęgniarkę anestezjologiczną”. Odniesienie do „1 stanowiska” zamiast określenia „1 pacjenta” zdecydowanie lepiej odzwierciedla stan rzeczywisty.
- §6 pkt 3 – minimalne normy zatrudnienia w sali nadzoru poznieczuleniowego powinny rozróżniać sale wybudzeniowe, w których stosunek liczby pielęgniarek anestezjologicznych na każdej zmianie w stosunku do liczby stanowisk nadzoru poznieczuleniowego nie powinien być niższy niż 1:4, oraz sale pooperacyjne, w których wskazany stosunek nie powinien być niższy niż 1:8.
- W rozporządzeniu zaproponowano niekorzystny dla szpitali, pod względem finansowym, współczynnik obliczania minimalnych norm zatrudnienia w oddziałach, np. ginekologii z 13 na 16 etatów, a trakcie porodowym z salą cięć z 11,5 na 17,2 etatów.
- W opinii PCT, rozporządzenie w proponowanym kształcie może po raz kolejny stać się tzw. martwym prawem ze względu na brak spójności przepisów związanych z kontraktowaniem z NFZ a wymogami wprowadzonymi przedmiotowym aktem. W rezultacie, przyjęcie projektu w obecnym kształcie może spowodować zmniejszenie liczby kontaktów na świadczenia medyczne pomiędzy szpitalami a NFZ.

#### Szpital Kliniczny im. K. Jonschera UM w Poznaniu:

- Dyrekcja Szpitala Klinicznego im. K. Jonschera UM w Poznaniu popiera negatywne stanowisko dotyczące projektu rozporządzenia, praktycznie podwyższającego normy zatrudnienia pielęgniarek. Efektem tych działań będzie pogorszenie sytuacji finansowej szpitali i w praktyce przymusowe ich przekształcanie w spółki prawa handlowego. Należy również podkreślić, że na rynku pracy nie ma – zwłaszcza w dużych miastach – bezrobotnych pielęgniarek, które mogłyby być zatrudniane.

#### Szpital Specjalistyczny im. Floriana Ceynowy w Wejherowie:

- Zapis §1 pkt 3 w brzmieniu: „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” spowoduje konieczność zwiększenia zatrudnienia o 4 etaty. W naszej opinii warto zatem rozważyć zmianę zapisu Rozporządzenia dotyczącego obsad pielęgniarskich z: „oddział lub inna komórka organizacyjna” na rejon opieki np. pediatryczny
- Należy zaznaczyć, że w projekcie Rozporządzenia nie uwzględniono norm zatrudnienia dla personelu zatrudnionego w SOR, jak również nie uwzględniono stanowisk opiekunów medycznych, których zawód jest zawodem medycznym i ich praca powinna znacząco wpływać na wysokość czasu opieki całkowitej.
- Zwracamy również uwagę na fakt, iż w dobie postępującej informatyzacji szpitali nie ustalono rangi punktowej dla poszczególnych kategorii opieki, co powoduje, że przydzielenie pacjenta

do konkretnej kategorii odbywa się na drodze intuicji. Przypisanie punktów pozwoliłoby na pozbycie się wątpliwości co do zakwalifikowania do określonej kategorii.

- Szczególnie trudne wydaje się przyporządkowanie pacjentek do poszczególnych kategorii w zespole porodowym i oddziale położniczo-ginekologicznym w tym patologii ciąży. W naszym odczuciu, ze względu na różną specyfikę pacjentów, błędem wydaje się połączenie w jedną kategorię oddziału położniczo-ginekologicznego.
- Do rozważanie pozostaje również sytuacja pacjentów chorych krytycznie hospitalizowanych w takich obszarach jak Intensywny Nadzór Kardiologiczny i Intensywny Nadzór Neurologiczny, którzy w naszym odczuciu powinni być wyłączeni z opisanego w rozporządzeniu trybu kategoryzacji a traktowani odpowiednio jako pacjenci intensywnej terapii ze zweryfikowanym równoważnikiem np. 1,1 czy 1,5.

#### Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku

- Minimalne normy powinny dotyczyć wszystkich podmiotów finansowanych, w jakiegokolwiek części ze środków publicznych – czyli podmiotów leczniczych będącymi i niebędącymi przedsiębiorcami.
- Wynikający ze zmiany sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia, wzrost zatrudnienia jest zgodny z normami ogóloeupejskimi, jednakże np. zakładając, że obsada będzie się rozkładała w sposób następujący: 10 piel/dzień i 5/noc - nasuwa się pytanie czy szpitale i cały system są przygotowane organizacyjnie (abstrahując od kosztów) na taką ilość personelu (uprawnienia, całość działania stacjonarnej opieki psychiatrycznej).
- Zmiany będzie wymagała cała organizacja pracy pielęgniarskiej, funkcjonowanie oddziałów, wielkość pomieszczeń socjalnych itp.
- Niewątpliwie konieczny jest wzrost obsady w oddziałach psychiatrycznych, występują jeszcze sytuacje, gdzie na oddziałach składających się kilku kondygnacji pracuje 1 pielęgniarka/kondygnację.
- Obecny, stosunkowo niski, poziom zatrudnienia na pewno nie zapewnia maksymalnego bezpieczeństwa ani pacjentom ani pracującemu personelowi, nie daje możliwości zapewnienia, (w określonych sytuacjach), opieki 1 pielęgniarka -1 pacjent (np. pacjent z tendencjami suicydalnymi /po próbie samobójczej, pacjent z silnymi tendencjami do autoagresji, pacjenci z zaburzeniami odżywiania), czy odpowiedniej ilości personelu przy stosowaniu przymusu bezpośredniego (przyjmując 1 osoba do jednej kończyny i jedna do głowy, zgodnie uzasadnieniem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 roku w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania Dz.U.2012.740).
- Wprowadzenie Rozporządzenia w proponowanej formie, pociągnie za sobą duże koszty osobowe i konieczność zmian organizacyjnych w funkcjonowaniu szpitali czy oddziałów psychiatrycznych. Wzrost ilości personelu przekłada się bezpośrednio na wyższą jakość, mniejszą ilość zdarzeń medycznych, powikłań czy działań niepożądanych, podnosi poziom bezpieczeństwa pracowników.
- Przy obecnym poziomie finansowania, w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym, wydaje się niemożliwe spełnienie stawianych przez projekt wymogów.

Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego I Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Gorzycach:

- 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:
  - 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 decyzje 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),
- pielęgniarce, 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.
- Z uwagi na specyfikę podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całonocne z zakresu leczenia uzależnień, świadczenia pielęgniarskie zredukowane są najczęściej do minimum (tj. wydawania leków niektórym pacjentom). W całonocnych 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 położniczek 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 (reedukacja), 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).

- Propozycje zapobiegające zagrożeniom:
  - § 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.”
  - 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:”

#### Stowarzyszenie Szpitali Małopolski z siedzibą w Suchoj Beskidzkiej

- Rozporządzenie (...) jest dyskryminujące dla podmiotów leczniczych nie będącym przedsiębiorcą. Zasady dotyczące obowiązkowych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych winny dotyczyć wszystkich podmiotów na rynku usług medycznych korzystających ze środków publicznego płatnika, jakim jest NFZ. Tak wydanie Rozporządzenia MZ gdzie normy dotyczą tylko SPZOZ-ów prowadzi do jawnej dyskryminacji tych podmiotów, gdyż zaproponowane w Rozporządzeniu normy powodują konieczność zatrudnienia większej liczby pielęgniarek, co w efekcie spowoduje drastyczny wzrost kosztów tych podmiotów.
- Zaproponowane w projekcie Rozporządzenia MZ sposób ustalania minimalnych norm w stosunku do poprzedniego Rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych

norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zoz (Dz.U. nr 111, poz. 1314 z dn. 21 grudnia 1999) powoduje wzrost zatrudnienia pielęgniarek i położnych na wielu oddziałach.

Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego

- W imieniu Związku Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego popieram w całej rozciągłości STANOWISKO Związku Powiatów Polskich z dnia 12 listopada 2012 r. w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych.