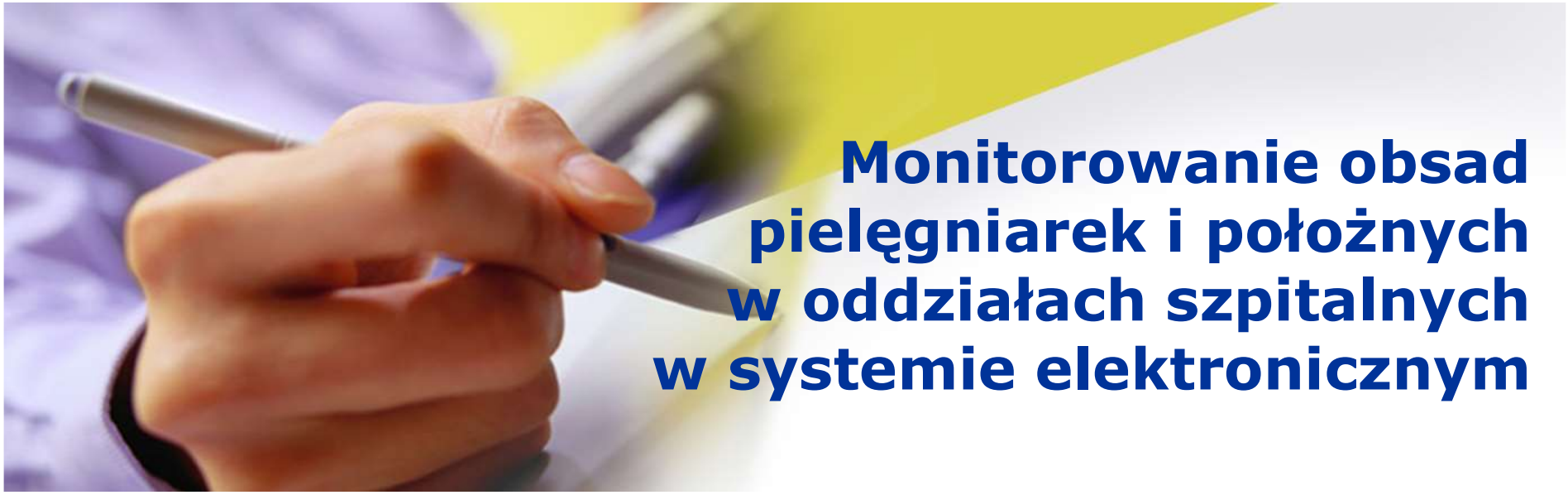
Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych



Monitorowanie obsad pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych w systemie elektronicznym

Sesja Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych
„Pielęgniarka i położna w dobie cyfryzacji"

22. Międzynarodowy Kongres Ogólnopolskiego Systemu Ochrony Zdrowia
„Innowacyjna Ochrona Zdrowia", 4 kwietnia 2017, Katowice

Rekomendacje norm zatrudnienia pielęgniarek/położnych w oddziałach szpitalnych

- **WYTYCZNE MZiOS Z DNIA 13 LIPCA 1987 R. W SPRAWIE DOCELOWYCH WSKAŹNIKÓW ZATRUDNIENIA PIELEGNIAREK/POŁOZNYCH W PLACÓWKACH SŁUZBY ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ – DLA POTRZEB PLANISTYCZNYCH**
- **ROZPORZADZENIE MZ Z DNIA 28 GRUDNIA 2012 R. W SPRAWIE SPOSOBU USTALANIA MINIMALNYCH NORM ZATRUDNIENIA PIELEGNIAREK I POŁOZNYCH W PODMITACH LECZNICZYCH NIEBĘDĄCYCH PRZEDSIĘBIORCAMI (DZ.U. 2012, POZ. 1545)**
- **NRPIP – KONFERENCJA „CZY I JAK USTALAĆ NORMY ZATRUDNIENIA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH ? WARSZAWA, 23-24 LUTY 2010**
- **Prof. HANNA LENARTOWICZ – „KADRA PIELĘGNIARSKA W LECZNICTWIE STACJONARNYM. Z BADAŃ NAD WYKORZYSTANIEM CZASU PRACY I KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH" - SYSTEM BELGIJSKI, LUBLIN 1987**
- **MIĘDZYNARODOWA RADA PIELEGNIAREK (ICN) – ODPOWIEDNIA OBSADA PIELĘGNIARSKA RATUJE ŻYCIE PACJENTÓW. WARSZAWA, 2006R.**
- **ICN- ZAWODOWA METODA**
- **PTP – STANOWISKO W SPRAWIE OBSAD PIELEGNIARSKICH W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ, WARSZAWA, 22 CZERWCA 2010**

Ustalanie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w szpitalach według systemu belgijskiego

Realizując zalecenia zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej dokonano obliczeń liczby etatów pielęgniarek i położnych w oddziałach z wyjątkiem bloków operacyjnych. Wyniki końcowe wykazały znacznie zawyżoną liczbę etatów w stosunku do obecnej liczby zatrudnionego personelu pielęgniarskiego. Nie odzwierciedlały rzeczywistych potrzeb zwiększenia etatów.

Postanowiono zastosować do obliczeń minimalnych norm zatrudnienia **„system belgijski”** według norm opisanych przez dr hab. Helenę Lenartowicz z Wydziału Pielęgniarstwa Colegium Medium UJ w Krakowie, ujętych w ramach programu PHARE P/9113/064/96.

Oparto na wzorze:

- **0,66 etatu pielęgniarskiego przypadającego na 1 łóżko x % wskaźnik wykorzystania łóżka x ilość łóżek (dotyczy danego oddziału)**

Tabela przedstawia liczbę pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę na dyżurze według wzoru belgijskiego

% obłożenie łóżek	Ogólna liczna etatów pielęgniarskich w oddziale	Liczba pielęgniarek na dyżurze 12 godzinnym	Liczba pacjentów przypadająca na 1 pielęgniarkę /dyżur
100%	26,40	5,72	7*
90%	23,76	5,14	7*
80%	21,12	4,57	7*
70%	18,48	4,00	7*
60%	15,84	3,43	7*
50%	13,20	2,86	7*

Analiza porównawcza stanu faktycznego zatrudnienia pielęgniarek/położnych w wybranych oddziałach szpitalnych woj. świętokrzyskiego a wyliczeniem wg. wzoru belgijskiego

L.p.	Nazwa oddziału	Średnia liczba łóżek	Średni %wskaźnik obłożenia łóżek	Ogólna liczba zatrudnionych piel/poł	Wyliczenie wg. wzoru belgijskiego	Różnica
1.	Wewnętrzny (27 oddziałów)	46	75	21	23	-2
2.	Chirurgia (16)	40	74	20	20	0
3.	Kardiologia (6)	38	86	22	21	+1
4.	Neurologia (4)	39	85	22	21	+1
5.	Poł/gin. (12)	40	55	19	14	+4
6.	**ZOL (5)**	**38**	**102**	**14**	**25**	**-11**

Zalety systemu belgijskiego

- logiczna, nieskomplikowana, szybka do wyliczenia metodologia, dobrze sprawdzająca się w oddziałach powyżej 20 łóżek i obłożeniu powyżej 50 procent,
- bezpieczne dla personelu i pacjenta, ponieważ jedna pielęgniarka/położna ma do opieki na dyżurze nie więcej niż 7 pacjentów.

Wady systemu belgijskiego

- nie do zastosowania w planowaniu obsad pielęgniarskich w oddziałach małych, poniżej 20 łóżek i ich obłożeniu poniżej 50 procent w oddziałach noworodkowych, pediatrycznych, onkologicznych, psychiatrycznych, intensywnego nadzoru, stacji dializ, SOR, izbie przyjęć, blokach operacyjnych i porodowych,
- nie uwzględnia pielęgniarskiej kadry kierowniczej i specjalistycznej (pielęgniarki zabiegowe, opatrunkowe),
- nie uwzględnia absencji (urlopowej, szkoleniowej, chorobowej).

Podsumowanie: Należy szukać metodologii, bądź zapisów ustawowych, które będą miały zastosowanie kompleksowego podejścia do planowania obsad pielęgniarskich zgodnie z oczekiwaniami środowiska i pacjentów.

Zawodowa metoda oceny, czyli formuła określająca liczbę pielęgniarek na każdej zmianie

Metoda ta:

- **umożliwia dopasowanie odpowiedniej liczby pielęgniarek do tygodniowego rozkładu pracy na oddziale,**
- **jest prosta w użyciu i stanowi świetną formułę wyjściową przed zastosowaniem bardziej wyszukanej metody.**
- **jest ona bezcenna w przypadku konieczności szybkiego wprowadzenia polityki kształtującej obsadę pielęgniarską, w tym również w godzinach pracy znajdujących się na pograniczu poszczególnych zmian.**

Przykład:

- na oddziale chirurgicznym 15-łóżkowym, postanowiono zatrudnić trzy pielęgniarki na pierwszą zmianę i trzy na drugą zmianę oraz dwie pielęgniarki na trzecią zmianę; 30 ostatnich minut pierwszej zmiany pokrywa się z pierwszymi 30 minutami drugiej zmiany oraz 15 ostatnich minut drugiej zmiany pokrywa się z pierwszymi 15 minutami trzeciej zmiany.

Rozkład każdej ze zmian oraz liczbę pielęgniarek pracujących na każdej zmianie można uzależnić od miejsca udzielania świadczeń.

Tygodniowy rozkład pracy na oddziale w systemie trzy zmianowym – zawodowa metoda oceny

Krok 1.

Ustal liczbę godzin pracy:

I zmiana 7:00-14:30	***= 7,5h x 3 pielęgniarki x 7 dni***	***=157,5 h***
II zmiana 14:00-21:30	***= 7,5h x 3 pielęgniarki x 7 dni***	***=157,5 h***
III zmiana 21:15-7:15	***= 10h x 2 pielęgniarki x 7 dni***	***=140 h***
Suma		***=455 h***

Powyższy rozkład pracy nie uwzględnia nieobecności w pracy pielęgniarek z powodu choroby ani urlopów wypoczynkowych, itp. Konieczne jest wprowadzenie odpowiedniej modyfikacji uwzględniającej nieobecności w pracy członków personelu. Wartość procentową 22% (tzw. rezerwa), którą uwzględniono w formule poniżej, uzyskano na podstawie wyników badań dotyczących nieobecności w pracy pielęgniarek przeprowadzonych w 300 oddziałach szpitalnych na terenie Wielkiej Brytanii.

Krok 2.

Dodać wartość 22% rezerwy

455 h x 1,22 (po dodaniu rezerwy) = 555,1 h / 37,5 h

(tygodniowy czas =14,8 pracy 1 pielęgniarki)

Należy przyjąć, że zastosowanie wskazanego wyżej tygodniowego rozkładu czasu pracy na małym oddziale chirurgicznym (I zmiana-3 pielęgniarki, II zmiana-3 pielęgniarki, III-2 pielęgniarki) wymaga zatrudnienia na pełny etat 15 pielęgniarek.

Tygodniowy rozkład pracy na oddziale w systemie dwu zmianowym – zawodowa metoda oceny

Krok 1.

*Ustal liczbę godzin pracy w oddziale wewnętrznym – średnia liczba łóżek 46- czyli 4,6 pielęgniarki na zmianie**, zgodnie ze Stanowiskiem 48 NRPiP (nie więcej niż 10 pacjentów /1 pielęgniarkę /na zmianę roboczą)***

I zmiana	***7:00-19:00 = 12 h x 4,6 pielęgniarki x 7 dni***	***=***	***386,4 h***
II zmiana	***19:00-7:00= 12 h x 4,6 pielęgniarki x 7 dni***	***=***	***386,4 h***
Suma		***=***	***772,8 h***

Krok 2.

Dodać wartość 22% rezerwy (wskaźnik 1,22)

772,8 x 1,22 (po dodaniu rezerwy) = 942,8 h : 37,5 h

(tygodniowy czas pracy) = 25 pielęgniarek

Zastosowanie wskazanego wyżej tygodniowego rozkładu czasu pracy na oddziale wewnętrznym 46 łóżkowym, przy 100% obłożeniu i założeniu obsady w liczbie jednej pielęgniarki, która ma do opieki 10 pacjentów na 12 godzinnym dyżurze (wskaźnik 4,6) po uwzględnieniu rezerwy, powinno być zatrudnionych 25 pielęgniarek.

W analogiczny sposób dokonano wyliczeń na wybranych oddziałach, jak również wyliczono obsadę uwzględniając faktyczną liczbę pacjentów (wskaźnik obłożenia łóżek- dane statystyczne) i porównano ze stanem aktualnego zatrudnienia w szpitalach woj. świętokrzyskiego oraz - z metodą systemu belgijskiego.

Analiza porównawcza stanu faktycznego zatrudnienia pielęgniarek/położnych w wybranych oddziałach szpitalnych woj. świętokrzyskiego a wyliczeniem wg metody zawodowej

L.p.	Nazwa oddziału	Średnia liczba łóżek	Metoda zawodowa	Średni % wskaźnik obłożenia łóżek	Metoda zawodowa	Faktyczne zatrudnienie	Wyliczenie wg. wzoru belgijskiego
1.	Wewnętrzny (27 oddziałów)	46	25	75	18	21	**23**
2.	Chirurgia (16)	40	22	74	16	20	**20**
3.	Kardiologia (6)	38	21	86	18	22	**21**
4.	Neurologia (4)	39	21	85	18	22	**21**
5.	Poł/gin. (12)	40	22	55	12	19	**14**
6.	**ZOL (5)**	**38**	**21**	**102**	**22**	**14**	**25**

Analiza porównawcza faktycznego zatrudnienia a obliczania zapotrzebowania na obsady pielęgniarskie w oddziałach szpitalnych według metody zawodowej i kategoryzacji. *Badaniem objęto blisko 100 szpitali w Polsce*

Lp.	Nazwa Oddziału	Liczba łóżek	Wyliczenie metodą zawodową (100% obłożenia)	Średni % wskaźnik obłożenia łóżek	Metoda zawodowa przy średnim % wskaźniku obłożenia	Faktyczne zatrudnienie	Wyliczenia wg kategoryzacji pacjenta	
							wskaźnik	Liczba pielęgniarek
1.	Oddziały zachowawcze	40	22	80	17	18	0,6	19
2.	Oddziały zabiegowe	36	18	64	12	17	0,6	14
3.	Oddziały zabiegowe wysoko specjalistyczne	25	15	65	12	16	0,7	12
4.	Oddziały psychiatryczne	56	31	82	31	26	0,6	28
5.	Oddziały pediatryczne	30	17	54	9	16	0,8	13
6.	Oddziały: położnictwo i ginekologia	40	20	63	13	21	0,6	16

Plusy zastosowania powyższej metody

- metoda szybka, prosta, tania;
- może być stosowana w każdej placówce zdrowia, niezależnie od liczby godzin świadczonej opieki zdrowotnej w ciągu doby;
- elastyczna w zastosowaniu;
- nie wymaga dużych zmian w rozkładzie pracy pozostałych świadczeniodawców;
- można przeprowadzić łatwą analizę dotyczącą oceny wpływu powyższej metody na jakość świadczonej opieki zdrowotnej i satysfakcję zawodową pracowników;
- stanowi świetną formułę wyjściową przed zastosowaniem bardziej wyszukanych metod i jest często wykorzystywana w celu sprawdzenia ich skuteczności;
- jest swego rodzaju zabezpieczeniem w systemie zarządzania personelem; podobne rezultaty osiągane przy zastosowaniu dwóch lub trzech metod (triangulacja) potwierdzają słuszność decyzji podejmowanych w kwestii doboru personelu.

Minusy zastosowania powyższej metody

- trudno wyjaśnić istnienie związku pomiędzy liczbą pielęgniarek a jakością świadczonej opieki zdrowotnej (przykładowo, skąd wiadomo, że liczba pielęgniarek równa 25,5 otrzymana jako wynik zastosowania powyższej formuły (Krok 2) jest wystarczająca do zagwarantowania właściwego standardu udzielanych świadczeń, umożliwia równy rozkład zadań personelu, przyczynia się do zwiększenia satysfakcji zawodowej pracowników i przeciwdziała rezygnacji z pracy pielęgniarek);
- jest mniej elastyczna w przypadku zmiennej liczby pacjentów lub zmieniającego stanu zdrowia pacjentów (wówczas pojawia się nadmiar lub niedobór personelu);
- nie biorąca pod uwagę woli swobodnego kształtowania obsady pielęgniarskiej;
- nie znajduje zastosowania w placówkach, gdzie czas trwania poszczególnych zmian odbiega w znacznym stopniu od obowiązujących standardów.

Porozumienie w sprawie „rozporządzenia koszykowego” – ustalenia z Ministrem Zembalą

Termin spotkania	Zakres prac	Ustalenia
2, 9, 14 i 21 lipca 2015 r.	**leczenie szpitalne**	1) Okres dostosowawczy dla wymagań kwalifikacyjnych i przeliczników etatowych – do dnia 31 grudnia 2017 r. 2) Zdefiniowanie w części normatywnej pielęgniarki w trakcie specjalizacji i pielęgniarki w trakcie kursu kwalifikacyjnego; 3) Poszczególne profile: – zabiegowe : 0,7 etatu na łóżko w tym 2 etaty: pielęgniarka specjalista, w trakcie, po kursie , w trakcie kursu – zachowawcze: 0,6 etatu na lóżko w tym 2 etaty: pielęgniarka specjalista, w trakcie, po kursie , w trakcie kursu; 1) Blok operacyjny –dwa etaty na każdy stół operacyjny- pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub w trakcie specjalizacji, lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego; 2) Sala porodowa – wyodrębnienie przy oddziale ginekologiczno-położniczym personelu położniczego dedykowanego sali porodowej; 3) Izba przyjęć – rezygnacja z możliwości łączenia dyżuru w odniesieniu do położnych;

Porozumienie w sprawie „rozporządzenia koszykowego” – ustalenia z Ministrem Zembalą

Termin spotkania	Zakres prac	Ustalenia
21, 28 lipca i 11 sierpnia 2015 r.	**opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień**	1) Wprowadzono okres dostosowawczy dla wymagań kwalifikacyjnych i równoważników etatowych – do dnia 31 grudnia 2019 r. 2) W części normatywnej usunięto definicję pielęgniarki z doświadczeniem oraz po kursie specjalistycznym; 3) W warunkach stacjonarnych psychiatrycznych -równoważnik co najmniej 0,5 etatu na łóżko wraz z określeniem wymagań kwalifikacyjnych dla personelu pielęgniarskiego. <u>Natomiast w przypadku:</u> a) oddziału psychiatrycznego dla chorych somatycznie/oddziału psychiatrycznego dla chorych na gruźlicę, b) oddziału psychogeriatrycznego, wprowadzono równoważnik co najmniej 0,6 etatu na łóżko, a) oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych u dzieci i dorosłych, wprowadzono równoważnik co najmniej 0,4 etatu na łóżko, d) hostelu dla osób z zaburzeniami psychicznymi - wprowadzono równoważnik co najmniej 0,3 etatu na łóżko, e) opiece domowej/rodzinnej – wprowadzono 4,5 etatu pielęgniarki na 30 pacjentów w tym pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego stanowiący 50% ogółu zatrudnionych pielęgniarek w opiece domowej.

Porozumienie w sprawie „rozporządzenia koszykowego” – ustalenia z Ministrem Zembalą

Termin spotkania	Zakres prac	Ustalenia
21, 28 lipca i 11 sierpnia 2015 r.	**opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień**	4) W warunkach stacjonarnych leczenia uzależnień - równoważnik co najmniej 0,4 etatu na łóżko. Natomiast w przypadku: a) oddziału /ośrodka leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji) oraz po substancjach psychoaktywnych - wprowadzono równoważnik co najmniej 0,6 etatu na łóżko, b) oddziału odwykowego o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dorosłych i dzieci – równoważnik co najmniej 0,5 etatu na łóżko; 5) W warunkach stacjonarnych w izbie przyjęć – wprowadzono zapis w brzmieniu: ,,pielęgniarki – wyodrębniona opieka pielęgniarska". 6) W warunkach dziennych psychiatrycznych –równoważnik co najmniej 4,5 etatu; 7) W warunkach dziennych leczenia uzależnień – równoważnik co najmniej 4,5 etatu; 8) W warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) – wprowadzono w: • Poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, • Poradni leczenia nerwic, • Poradni seksuologii i patologii współżycia, • Poradni psychologicznej/poradni psychologicznej dla dzieci, • Poradni dla osób z autyzmem dziecięcym – przepis określający, iż pielęgniarka udziela świadczeń w wymiarze nie mniejszym niż ½ czasu pracy poradni tygodniowo;

Porozumienie w sprawie „rozporządzenia koszykowego” – ustalenia z Ministrem Zembalą

Termin spotkania	Zakres prac	Ustalenia
21, 28 lipca i 11 sierpnia 2015 r.	**opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień**	9) W warunkach ambulatoryjnych leczenia uzależnień – wprowadzono w poradzie lekarskiej, realizowanej w: a) poradni leczenia uzależnień, b) poradni antynikotynowej, c) poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, d) poradni terapii uzależnień od alkoholu dla dzieci/poradni terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci, e) poradni terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci i dorosłych – przepis w brzmieniu: ,,pielęgniarka – zgodnie z harmonogramem czasu pracy poradni”; 10) W leczeniu szpitalnym – równoważnik co najmniej 0,5 etatu na łóżko; 11) W Centrum Zdrowia Psychicznego – w przypadku personelu pielęgniarskiego, wprowadzono równoważnik co najmniej 25 etatów. **Ostateczna propozycja zapisów rozporządzenia zaakceptowana przez reprezentantów środowiska pielęgniarek i położnych.**

Porozumienie w sprawie „rozporządzenia koszykowego” – ustalenia z Ministrem Zembalą

Termin spotkania	Zakres prac	Ustalenia
28 lipca 2015 r.	**programy zdrowotne**	Projekt został uzgodniony, bez konieczności wprowadzania zmian.
11 sierpnia 2015 r.	**rehabilitacja lecznicza**	Projekt został uzgodniony: 1) okres dostosowawczy dla wymagań kwalifikacyjnych i przeliczników etatowych – do dnia 31 grudnia 2018 r. 2) uwzględnienie 0,5 etatu przeliczeniowego na łóżko w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej i pulmonologicznej oraz 0,6 etatu przeliczeniowego na łóżko w zakresie rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej; **Ostateczna propozycja zapisów rozporządzenia zaakceptowana przez reprezentantów środowiska pielęgniarek i położnych.**
	leczenie stomatologiczne	Rozporządzenie uwzględniające propozycje środowiska pielęgniarek i położnych) zostało podpisane w dn. 19 sierpnia 2015 r.

Porozumienie w sprawie „rozporządzenia koszykowego” – ustalenia z Ministrem Zembalą

Termin spotkania	Zakres prac	Ustalenia
18 sierpnia 2015 r.	**podstawowa opieka zdrowotna**	Projekt został uzgodniony – bez zmian.
	lecznictwo uzdrowiskowe	1) okres dostosowawczy dla wymagań kwalifikacyjnych i przeliczników etatowych – 31 grudnia 2017, 2) w zakresie uzdrowiskowego leczenia szpitalnego dzieci i dorosłych, oraz uzdrowiskowej rehabilitacji w szpitalu uzdrowiskowym - 0,3 etatu na łóżko w tym 1 pielęgniarka specjalista, lub po kursie kwalifikacyjnym, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa tożsamej lub pokrewnej z kierunkiem leczniczym uzdrowiska, 3) w zakresie uzdrowiskowego leczenia sanatoryjnego dzieci i dorosłych, oraz uzdrowiskowej rehabilitacji w sanatorium uzdrowiskowym - równoważnik co najmniej 1 etatu na pierwsze rozpoczęte 50 łóżek, każde kolejne rozpoczęte łóżko – równoważnik co najmniej części wymiaru etatu proporcjonalnie do liczby łóżek w oddziale, 4) w zakresie uzdrowiskowego leczenia ambulatoryjnego – personel pielęgniarski zgodnie z harmonogramem czasu pracy świadczeniodawcy, 5) we wszystkich zakresach za wyjątkiem uzdrowiskowego leczenia ambulatoryjnego – całodobowa opieka pielęgniarska – dyżur pielęgniarski w oddziale albo zmiana pielęgniarska w miejscu udzielania świadczeń – 2 etaty przeliczeniowe.

Porozumienie w sprawie „rozporządzenia koszykowego” – ustalenia z Ministrem Zembalą

Termin spotkania	Zakres prac	Ustalenia
15 września 2015	**opieka długoterminowa**	1) Okres dostosowawczy dla wymagań kwalifikacyjnych i przeliczników etatowych – 31 grudnia 2017, 2) W warunkach stacjonarnych w zakładzie opiekuńczym dla osób dorosłych, dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia lub dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie – 0,5 etatu przeliczeniowego na 1 łóżko, 3) Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa: - wyposażenie nesesera analogicznie jak w podstawowej opiece zdrowotnej, - liczba świadczeniobiorców objętych opieką, przebywających pod różnymi adresami zamieszkania – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego – pielęgniarka nie może jednoczasowo opiekować się więcej niż 5 świadczeniobiorcami (obecnie jest 6 świadczeniobiorców), - liczba świadczeniobiorców objętych opieką, przebywających pod tym samym adresem zamieszkania (np. w domu pomocy społecznej) – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego – pielęgniarka nie może jednoczasowo opiekować się więcej niż 10 świadczeniobiorcami (obecnie jest 12 świadczeniobiorców), 4) Zmiany w zakresie przeliczników etatowych, możliwe będą do uwzględnienia pod warunkiem zachowania obecnego poziomu finansowania świadczeń, 5) Usunięcie z zakresu kwalifikacji pielęgniarki specjalistycznych kursów w zakresie opieki paliatywnej.

Porozumienie w sprawie „rozporządzenia koszykowego” – ustalenia z Ministrem Zembalą

Termin spotkania	Zakres prac	Ustalenia
15 września 2015 r.	**opieka paliatywna i hospicyjna**	1) Okres dostosowawczy dla wymagań kwalifikacyjnych i przeliczników etatowych – 31 grudnia 2017, 2) Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach: stacjonarnych – 1 etat na 1 łóżko, 3) Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych dla dorosłych: 1 etat przeliczeniowego na 12 świadczeniobiorców (obecnie jest 1 na 15 świadczeniobiorców), 4) Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych dla dzieci: 1 etat przeliczeniowego na 10 świadczeniobiorców (obecnie jest 1 na 12 świadczeniobiorców), 5) Zmiany w zakresie przeliczników etatowych, możliwe będą do uwzględnienia pod warunkiem zachowania obecnego poziomu finansowania świadczeń, 6) Usunięto z wymagań kwalifikacyjnych pielęgniarek kurs specjalistyczny w zakresie podstaw opieki paliatywnej.

Monitorowanie obsad pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych w systemie elektronicznym

- **Systematyczne monitorowanie aktualnej obsady kadry pielęgniarek i położnych w danym podmiocie leczniczym (jaka jest sytuacja w całym podmiocie);**
- **System elektroniczny wskazuje jaka jest obsada, czy zachowane są normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych**
- **Można sprawdzić w każdej chwili,**
- **Na koniec roku wyciągnąć średnią, system wskazuje, co można skorygować.**

Dziękuje za uwagę

www.nipip.pl