



**Stanowisko
Zgromadzenia Ogólnego
Śląskiego Związku Gmin i Powiatów
z dnia 1 marca 2019 r.**

w sprawie: **wskaźników zatrudnienia pielęgniarek i położnych**

Na podstawie art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, podmioty lecznicze zostały zobligowane do ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. W grudniu 2012 r. pojawił się akt wykonawczy w postaci rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, który pozwalał dyrektorom podmiotów leczniczych samodzielnie ustalać normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w oparciu określony przez dyrektora średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich dla pacjentów znajdujących się w I, II lub III kategorii opieki oraz średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich pośrednich wynoszący od 10% do 25% średniego dobowego czasu świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich. Zgodnie z treścią przywołanego powyżej rozporządzenia czasy te powinny wynosić dla kategorii I opieki pielęgniarskiej 38', dla kategorii II opieki pielęgniarskiej 95', natomiast dla kategorii III opieki pielęgniarskiej 159'.

W związku z faktem, że wiele szpitali przy obecnych stawkach NFZ za świadczenia zdrowotne nie było w stanie zbilansować swojej działalności, stosowały więc praktykę zaniżania czasów opieki bezpośredniej oraz kwalifikowania pacjentów do niższej kategorii opieki, co przekładało się na liczbę zatrudnionych pielęgniarek i położnych.

Konieczność przywrócenia realnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w szpitalach, wynika z jednej strony z niedoskonałości przywołanego powyżej rozporządzenia, z drugiej strony, z niewłaściwego finansowania podmiotów leczniczych.

Urealnienie norm zatrudnienia znalazło więc odzwierciedlenie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, w którym w przypadku leczenia dorosłych wprowadzono równoważnik co najmniej 0,6 etatu pielęgniarki na 1 łóżko w oddziałach zachowawczych i co najmniej 0,7 etatu pielęgniarki na 1 łóżko w oddziałach zabiegowych, w przypadku leczenia dzieci analogicznie 0,8 etatu i 0,9 etatu. Należy podkreślić, że przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji nie uwzględnia się liczby łóżek, dlatego wskaźnik obłożenia łóżek ma kolosalne znaczenie przy planowaniu zatrudnienia. W opinii Ministerstwa Zdrowia wskaźnik wykorzystania łóżek powinien wynosić w oddziałach dla dorosłych ok. 80%, w oddziałach dziecięcych ok. 75%. W ostateczności takie

podejście spowoduje, przy braku odpowiedniej ilości kadry pielęgniarek i położnych, zmniejszanie liczby łóżek w szpitalach (co już w kraju jest faktem), celem dostosowania się placówek do nałożonych na nie norm zatrudnienia. Zmniejszenie liczby niewykorzystanych łóżek, nawet w sytuacji gdy nie ma problemów z zatrudnieniem dodatkowej kadry, ograniczy tym samym koszty pracy związane z zatrudnianiem personelu zgodnie z normą, której nie przewidziano w wycenie świadczeń finansowanych przez NFZ.

Reasumując, poprzednia metodyka oceny obciążenia pracą poszczególnych pielęgniarek została przez Ministerstwo Zdrowia radykalnie zmieniona, na rzecz uproszczonego wskaźnika przeliczeniowego, tj. wymiar etatu na 1 łóżko szpitalne. Obecnie nie jest istotne czy na przykład na 30 łóżkowym oddziale większość pacjentów jest ciężkich i leżących, czy też wszyscy chodzący - obecnie obowiązuje wskaźnik etatowy na łóżko w oddziale, bez względu nawet na to czy jest to łóżko obłożone, czy nie. Ta metodyka wydaje się zbyt uproszczona, co przy niedoborach liczby pielęgniarek w szpitalach może doprowadzić do migracji pielęgniarek w poszukiwaniu relatywnie lżejszej pracy / oddziałów, co w konsekwencji grozi zamykaniem oddziałów bardziej obciążonych pracą.

Piotr Kuczera

Przewodniczący Obrad
Zgromadzenia Ogólnego