

# **NORMY ZATRUDNIENIA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH NA ODDZIAŁACH SZPITALNYCH**

**PROPOZYCJA SPOSOBU REGULACJI W POLSCE**

Wersja 1.0

**Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care (CEESTAHC)**

ul. Starowińska 17/3  
31-038 Kraków  
Tel.: +48 12 357 76 34  
Faks: +48 12 396 38 39  
<http://www.ceestahc.org>

Raport powstał we współpracy z:

**Business Centre Club**

Plac Żelaznej Bramy 10  
00-136 Warszawa  
Tel.: (22) 625 30 37, 825 96 04  
Faks: (22) 621 84 20  
<http://www.bcc.org.pl>

Autorzy:

Daria Szmurło

Kaja Kostrzewska

Monika Wojtarowicz

Agnieszka Widawska

Anna Kordecka

Robert Plisko

Krzysztof Łanda

Sposób cytowania:

Normy zatrudnienia pielęgniarek i położonych na oddziałach szpitalnych – propozycja sposobu regulacji w Polsce; CEESTAHC & BCC, Kraków, marzec 2013 r.

Powielanie tego dokumentu w całości, w częściach, jak również wykorzystywanie całości tekstu lub jego fragmentów wymaga podania źródła.

**Analiza została sfinansowana ze środków własnych stowarzyszenia CEESTAHC.**

## SPIS TREŚCI

<b>Wprowadzenie .....</b>	<b>4</b>
<b>Kluczowe informacje .....</b>	<b>6</b>
<b>1. Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską w Polsce.....</b>	<b>7</b>
1.1. Kadra.....	7
1.2. Czas pracy pielęgniarki/położnej .....	8
1.3. Relacja pacjent : pielęgniarka – ogólne oszacowania dla poszczególnych oddziałów .....	9
1.4. Relacja pacjent : pielęgniarka – oszacowania dla szpitali powiatowych .....	11
<b>2. Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych – legislacja polska .....</b>	<b>13</b>
2.1. Rozporządzenie z 28 grudnia 2013 roku .....	13
2.2. Krytyka ze strony środowiska .....	14
<b>3. Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych na oddziałach szpitalnych – regulacje w innych państwach.....</b>	<b>17</b>
<b>4. Liczba personelu gwarantująca bezpieczeństwo pacjentów wg opublikowanych doniesień naukowych .....</b>	<b>21</b>
<b>5. Propozycja regulacji minimalnych norm zatrudnienia w Polsce .....</b>	<b>24</b>
<b>6. Bibliografia.....</b>	<b>29</b>
<b>7. Aneks.....</b>	<b>31</b>

## WPROWADZENIE

Pielęgniarka/pielęgniarski i położna/położny to samodzielni pracownicy ochrony zdrowia, posiadający wymagane kwalifikacje potwierdzone odpowiednimi dokumentami, udzielający świadczeń zdrowotnych: pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia. Odpowiedni poziom obsady pielęgniarskiej wymagany jest w celu zagwarantowania dobrej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz zapewnienia bezpieczeństwa chorym. Niska obsada pielęgniarska skutkuje wzrostem długości pobytów w szpitalach, zwiększoną zachorowalnością i śmiertelnością pacjentów oraz częstszym występowaniem zdarzeń niepożądanych. Odpowiednia liczba personelu medycznego zmniejsza ryzyko wystąpienia błędów medycznych oraz zdarzeń niepożądanych, takich np. jak: pointerwencyjne zakażenia przewodu moczowego, krwawienia żołądkowo-jelitowe, wypadki czy zapalenia płuc.

W Polsce, jako w jednym z niewielu państw, kwestia liczby zatrudnianego personelu pielęgniarskiego regulowana jest ministerialnymi aktami prawnymi (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku). Wprowadzanie takich regulacji ma na celu zapewnienie dobrej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych, ale może także wynikać z decyzji o zwiększeniu zatrudnienia pielęgniarek/położnych w danym kraju (np. w Australii). Polskie rozporządzenie, które weszło w życie w styczniu 2013 roku, zastąpiło poprzednie regulacje w tym zakresie, jednak spotkało się z falą krytyki, zarówno ze strony pielęgniarek i położnych, jak też ze strony świadczeniodawców.

## CEL OPRACOWANIA

**Celem opracowania** było zaproponowanie regulacji w zakresie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, określających najmniejszą dopuszczalną liczbę pracowników niezbędną do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i oczekiwanej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Raport został opracowany przy uwzględnieniu zasad *evidence-based health care* (EBHC, opieka zdrowotna oparta na dowodach naukowych/racjonalnych podstawach) oraz praktyki w wybranych krajach na świecie.

Opracowanie rozpoczyna przedstawienie najważniejszych danych statystycznych dotyczących kadry pielęgniarskiej i położniczej w Polsce (**rozdział pierwszy**). W **drugim rozdziale** podsumowano obowiązujące od 1 stycznia 2013 roku rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku) oraz przedstawiono główne aspekty rozporządzenia krytykowane przez środowisko. **Rozdział trzeci** opisuje regulacje w zakresie zatrudnienia pielęgniarek i położnych w wybranych państwach na

świecie (Stany Zjednoczone, Australia). Kwestię zależności bezpieczeństwa pacjentów od liczby personelu pielęgniarskiego ocenianej w badaniach klinicznych poruszono w **rozdziale czwartym**. Ostatni **rozdział** merytoryczny, **piąty**, zawiera propozycję regulacji norm zatrudnienia w Polsce na podstawie doświadczeń innych państw i dostępnych dowodów naukowych (dostępnych badań o najwyższej wiarygodności, zgodnie z zasadą: *best available evidence*).

## KLUCZOWE INFORMACJE

- \* Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej posiada w Polsce 282 tys. pielęgniarek i 35 tys. położnych.
- \* Liczba pielęgniarek (pracowników medycznych) przypadająca na 10 tys. mieszkańców waha się od 39 w województwie wielkopolskim do 56 w województwie śląskim.
- \* Polska regulacja norm zatrudnienia pielęgniarek/położnych jest bardzo szczegółowa i skomplikowana, a przy tym zawiera wiele subiektywnych elementów. Budzi przy tym zdecydowany sprzeciw środowiska pielęgniarek.
- \* Regulacje norm zatrudnienia pielęgniarek/położnych w innych państwach określają w prosty sposób maksymalną liczbę pacjentów, jaka może przypadać na jedną pielęgniarkę/położną.
- \* Zaleca się, aby polskie regulacje w zakresie zatrudnienia pielęgniarek/położnych były opracowane w oparciu o doświadczenia innych systemów opieki zdrowotnej oraz dane mówiące o minimalnych zasobach kadrowych gwarantujących bezpieczeństwo pacjentów. Innymi słowy, zaleca się regulacje minimalnych norm zatrudnienia, ukierunkowane na zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów.
- \* Docelowe wartości stosunku pielęgniarka : pacjenci powinny być ustalone z podziałem na typy oddziałów szpitalnych cechujących się zbliżoną intensywnością opieki – przy czym „intensywność opieki” rozumie się jako minimalny nakład czasu, jaki pielęgniarka musi poświęcić na jednego pacjenta na danym oddziale.

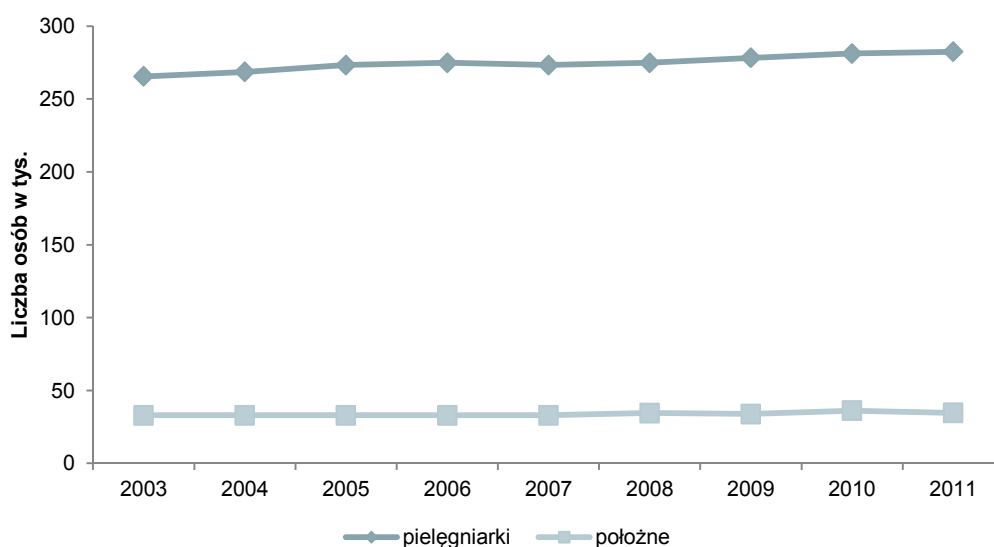
## 1. ZAPOTRZEBOWANIE NA OPIEKĘ PIELEŃNIARSKĄ W POLSCE

### 1.1. Kadra

Według danych z rejestrów prowadzonych przez izby lekarskie, pielęgniarek i położnych oraz izby aptekarskie i izby diagnostów laboratoryjnych, w 2011 roku w Polsce, **prawo wykonywania zawodu posiadało 282,4 tys. pielęgniarek i 34,6 tys. położnych**. Liczba osób uprawnionych do wykonywania zawodu wykazuje w ostatnim dziesięcioleciu niewielki trend wzrostowy (średni przyrost o ok. 2 tysiące osób rocznie, Wykres 1). [1]

#### Wykres 1.

Osoby uprawnione do wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej w latach 2003-2011

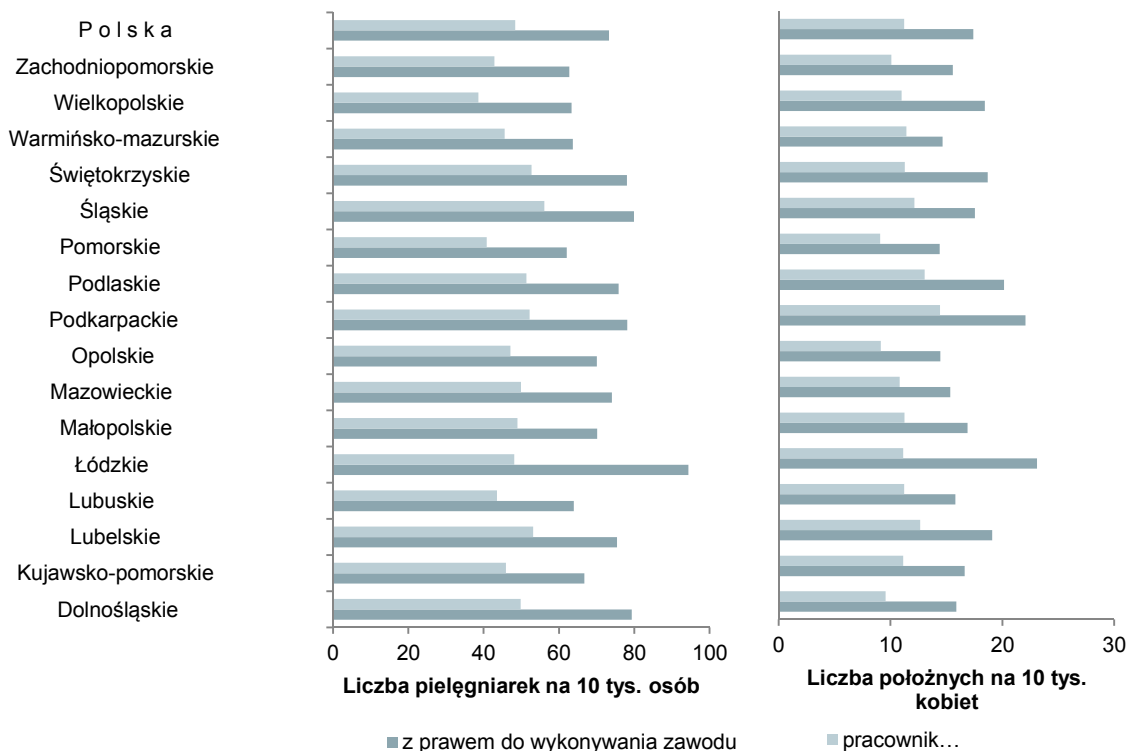


W 2011 roku rozmieszczenie przestrzenne kadry medycznej w Polsce było bardzo zróżnicowane. **Liczba pielęgniarek (pracowników medycznych) przypadająca na 10 tys. mieszkańców wahała się od 39 w województwie wielkopolskim do 56 w województwie śląskim**. Gdyby pracę w zawodzie pielęgniarki lub położnej wykonywałyby wszystkie osoby posiadające do tego uprawnienia, liczby te w województwie wielkopolskim wzrosłyby do 63, a w śląskim do 80.

Z kolei **liczba położnych (pracowników medycznych) przypadająca na 10 tys. kobiet w 2011 roku wynosiła od 9 w województwie pomorskim do 14 w województwie podkarpackim**,

a wzrosłyby do 14 w województwie pomorskim i 22 w województwie podkarpackim, gdyby uwzględnić wszystkie położne z prawem do wykonywania zawodu (Wykres 2). [1, 2]

**Wykres 2.**  
**Liczba pielęgniarek i położnych na 10 tys. mieszkańców wg województw**



## 1.2. Czas pracy pielęgniarki/położnej

Zgodnie z ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, **średni tygodniowy czas pracy jednej pielęgniarki/położnej to 38 godzin i 55 minut** [3]. Realnie czas ten jest dłuższy ze względu na pracę rozliczaną w ramach dyżurów i może wynosić powyżej 48h na tydzień. Przeciętną liczbę godzin pracy przypadającą na pielęgniarkę/położną w ciągu roku określono na podstawie danych z województwa Kujawsko-Pomorskiego za rok 2011 [4] (nie odnaleziono analogicznych raportów dla pozostałych województw). Zgodnie z przeprowadzoną analizą średnia liczba godzin pracy przypadająca na jedną zatrudnioną pielęgniarkę lub położną to ok. 1910 h/rok. Przy założeniu, że przeciętnie w roku kalendarzowym jest ok. 46 tygodni roboczych (ok. 6 tygodniu urlopu wypoczynkowego i zwolnień [5]), taka wartość oznacza, że **realny czas pracy pielęgniarki wynosi blisko 42 h na tydzień**. W analizie przyjęto upraszczająco, że 1 pielęgniarka/położna = 1 etat (zdecydowana większość pielęgniarek i położnych pracuje obecnie w wymiarze pełnego etatu).



Tabela 1.  
Średni czas pracy pielęgniarki/położnej

Pracownik	Średnia liczba godzin na rok
Pielęgniarki razem	1914
Położne	1910
Średnia ważona	1913

Na podstawie oszacowań liczby godzin pracy pielęgniarskiej można ocenić, że **do ciągłej realizacji świadczeń przez jedną osobę w czasie pełnej doby każdego dnia w roku potrzebne jest przeciętnie 4,6 etatów pielęgniarki/położnej** (bez uwzględniania czasu potrzebnego na zdanie dyżuru, w którym zmiany pielęgniarek pokrywają się).

### 1.3. Relacja pacjent : pielęgniarka – ogólne oszacowania dla poszczególnych oddziałów

Relacja liczby pielęgniarek i położnych do zapotrzebowania na opiekę medyczną w poszczególnych województwach została przedstawiona w kolejnej tabeli [1].

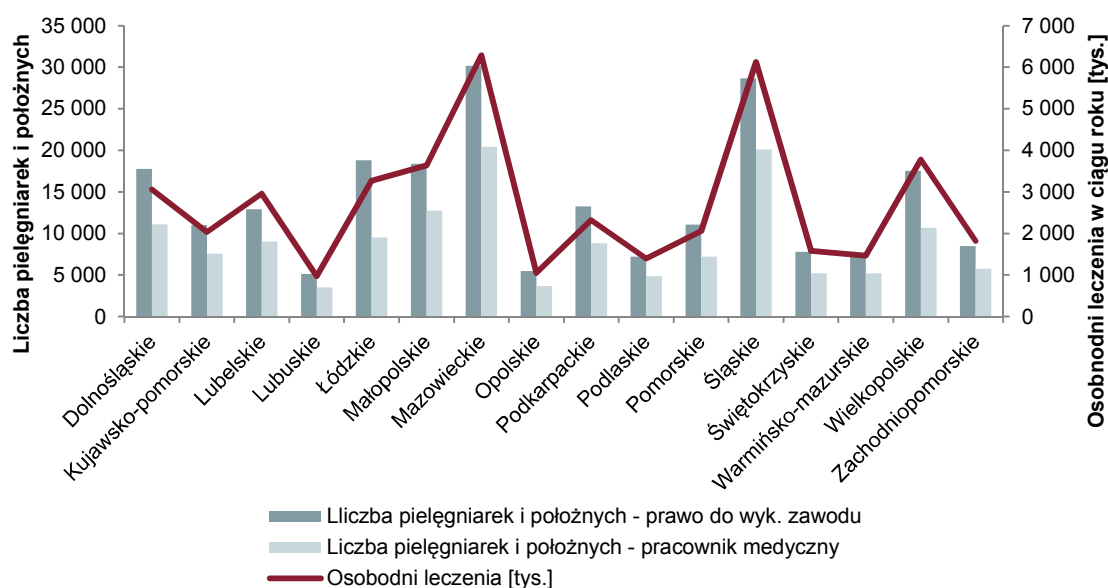
Tabela 2.  
Relacja liczby pielęgniarek i położnych do zapotrzebowania na opiekę medyczną w poszczególnych województwach

Województwo	Pielęgniarki i położne – praca na oddziałach szpitali ogólnych		Osobodni [tys.]	Pacjenci przeciętnie przebywający w szpitalu
	prawo do wykonywania zawodu <sup>a</sup>	pracownicy medyczni		
Dolnośląskie	25 544	15 982	3 063,6	8 393
Kujawsko-pomorskie	15 806	10 834	2 036,2	5 579
Lubelskie	18 510	12 955	2 960,4	8 111
Lubuskie	7 368	5 045	975,9	2 674
Łódzkie	26 967	13 681	3 266,5	8 949
Małopolskie	26 387	18 325	3 638,9	9 970
Mazowieckie	43 376	29 352	6 284,6	17 218
Opolskie	7 857	5 253	1 050,4	2 878
Podkarpackie	19 027	12 678	2 318,7	6 353
Podlaskie	10 345	6 972	1 393,0	3 816
Pomorskie	15 867	10 378	2 055,2	5 631
Śląskie	41 161	28 884	6 126,6	16 785
Świętokrzyskie	11 200	7 477	1 579,6	4 328

Województwo	Pielęgniarki i położne – praca na oddziałach szpitali ogólnych		Osobodni [tys.]	Pacjenci przeciętnie przebywający
Warmińsko-mazurskie	10 341	7 470	1 468,9	4 024
Wielkopolskie	25 152	15 306	3 776,7	10 347
Zachodniopomorskie	12 182	8 275	1 816,8	4 978
<b>POLSKA</b>	<b>317 090</b>	<b>208 867</b>	<b>43 812,1</b>	<b>120 033</b>

a) przyjęto, że odsetek osób z prawem do wykonywania zawodu, jakie mogłyby pracować w szpitalach ogólnych jest taki, jak odsetek osób pracujących w tych szpitalach wśród pracowników medycznych

**Wykres 3.**  
**Relacja liczby pielęgniarek i położnych do zapotrzebowania na opiekę medyczną w poszczególnych województwach**

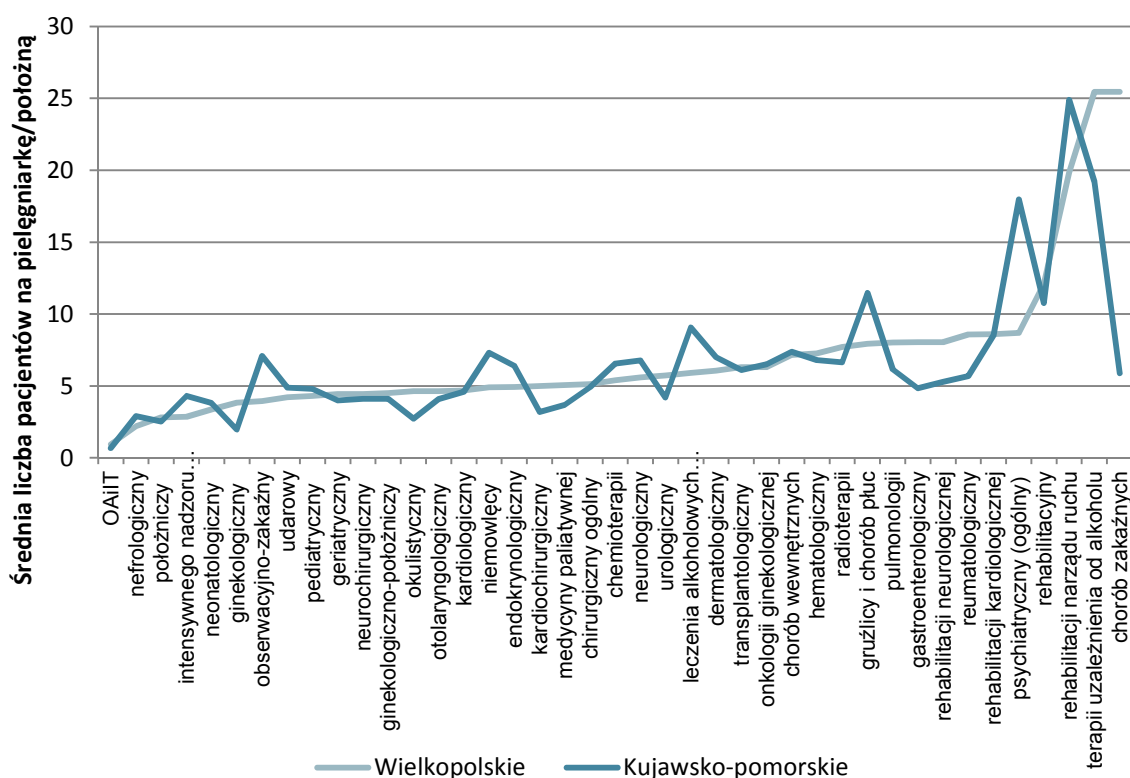


Dla dwóch województw: wielkopolskiego i kujawsko-pomorskiego odnaleziono raporty przedstawiające poziom zatrudnienia i obciążenia na poszczególnych oddziałach szpitalnych. Na podstawie danych z tych opracowań oszacowano przeciętne liczby pacjentów znajdujących się pod opieką jednej pielęgniarki. W analizie pominięto oddziały, na których prowadzona jest przede wszystkim działalność w trybie dziennym oraz bloki operacyjne, ponieważ dla tych jednostek nie było możliwe wiarygodne określenie liczby pacjentów przeciętnie wymagających opieki w ciągu dnia.

Współczynniki liczby pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę/położną wahają się znacznie pomiędzy oddziałami – **na oddziałach anestezyjologii i intensywnej terapii wskaźniki te wyznaczone zgodnie z przyjętymi założeniami są mniejsze niż 1 (ok. 0,7-0,9 pacjenta na pielęgniarkę), natomiast na oddziałach terapii uzależnień czy rehabilitacji ruchu na jedną pielęgniarkę/położną w trakcie jej pracy przypada powyżej 20 pacjentów.**

Współczynniki dla podstawowych oddziałów szpitalnych przedstawione zostały na wykresie poniżej, natomiast szczegółowe wartości parametrów dla wszystkich oddziałów, dla których dokonano obliczeń, przedstawiono w aneksie (Tabela 8).

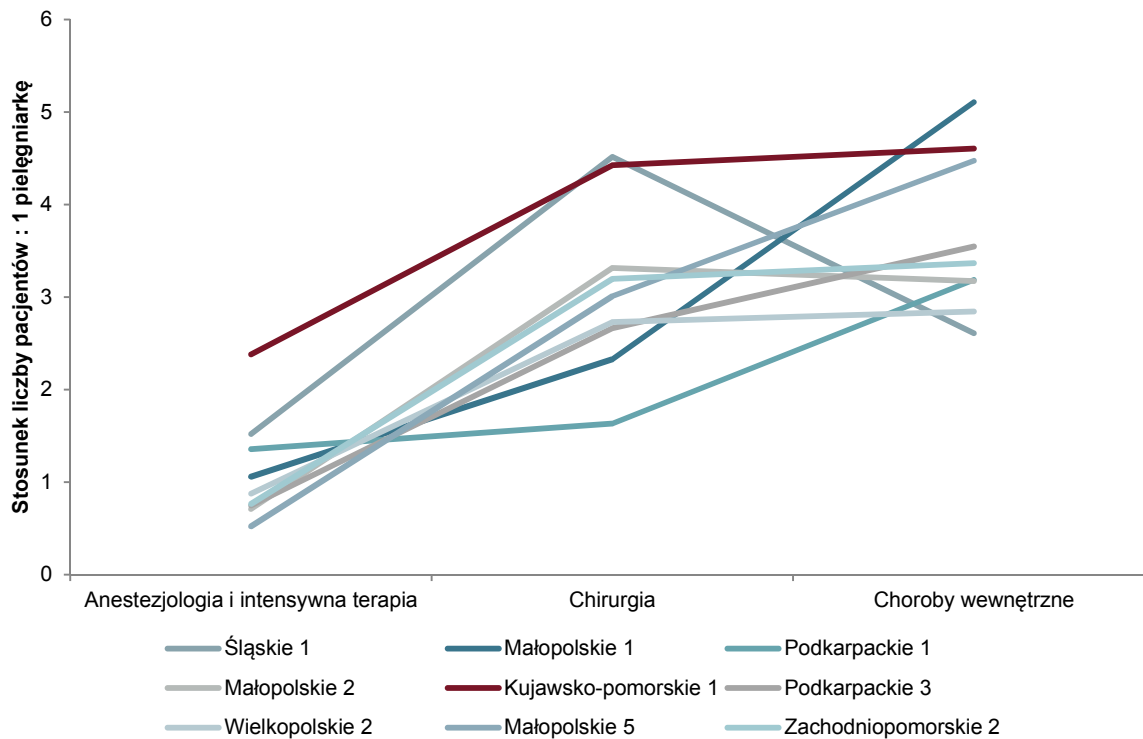
**Wykres 4.**  
Liczba pacjentów przypadających na pielęgniarkę/położną na poszczególnych oddziałach



#### 1.4. Relacja pacjent : pielęgniarka – oszacowania dla szpitali powiatowych

Statystyki dotyczące szpitali powiatowych opracowano na podstawie danych Polskiego Centrum Statystyki Medycznej (PCSM) [6]. Współczynniki liczby pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, na oddziale chirurgii i na oddziale chorób wewnętrznych przedstawiono na kolejnym wykresie (Wykres 5).

**Wykres 5.**  
 Liczba pacjentów przypadających na pielęgniarkę/położną na wybranych oddziałach szpitali powiatowych



## 2. NORMY ZATRUDNIENIA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH – LEGISLACJA POLSKA

### 2.1. Rozporządzenie z 28 grudnia 2013 roku

#### 2.1.1. Informacje podstawowe

Rozporządzenie Ministra zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami [7] zastąpiło poprzednio obowiązujące rozporządzenie z 21 grudnia 1999 r [8].

W rozporządzeniu uporządkowano czynniki dla określenia minimalnych norm zatrudnienia, a także wprowadzono na poziomie centralnego aktu prawnego metodę kategoryzacji opieki i pacjentów. **Dokument nie określa minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach zdrowotnych, a jedynie sposób ustalenia tych norm** w celu zapewnienia właściwego poziomu udzielanych świadczeń. Zdefiniowanie poziomu zatrudnienia obsady pielęgniarskiej i położniczej wystarczającego dla zapewnienia odpowiedniego poziomu realizacji świadczeń pozostaje w kompetencji kierowników zakładów opieki zdrowotnej. Rozporządzenie określa natomiast wzory, według których wyznaczone powinny być: średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich (bezpośrednich, pośrednich i czas całkowity) oraz średni czas dyspozycyjny pielęgniarki lub położnej w roku.

#### 2.1.2. Kryteria ustalania norm zatrudnienia

Zakres czynników, które należy uwzględnić przy ustalaniu norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych określony został następująco:

1. zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych;
2. liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku;
3. wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;
4. harmonogram czasu pracy;
5. średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich i średni czas dyspozycyjny;
6. właściwą kategorię opieki ustaloną dla pacjenta;
7. liczbę pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki;

8. stan zatrudnienia i organizacji pracy w jednostkach lub komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

Czynniki, takie jak liczba pacjentów obejmowanych opieką w danym roku z podziałem na kategorie opieki oraz średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich i średni czas dyspozycyjny są parametrami wykorzystywanymi bezpośrednio przy ustalaniu norm zatrudnienia, natomiast pozostałe czynniki, takie jak wyposażenie sprzętowe w podmiocie leczniczym są uwzględniane w sposób pośredni.

Ważnym elementem regulującym sposób ustalenia minimalnych norm zatrudnienia jest zapis, że do ustalania minimalnej normy nie wlicza się kadry pielęgniarskiej z wyłączeniem pielęgniarek i położnych oddziałowych, ich zastępców oraz pielęgniarek i położnych koordynujących pracę innych pielęgniarek i położnych oraz ich zastępców.

### **2.1.3. Porównanie z projektami rozporządzeń**

Podstawową różnicą pomiędzy obowiązującym Rozporządzeniem, a jego projektami jest fakt umieszczenia w zapisach projektów średniego czasu opieki pielęgniarskiej bezpośredniej, właściwego dla poszczególnych kategorii opieki (w minutach). W zależności od przypisanej pacjentowi kategorii opieki czas ten wynosił od 38 do 300 minut na dobę. Dodatkowo, w projekcie z 18 października czas opieki pośredniej określono na 25-50% czasu opieki bezpośredniej (w Rozporządzeniu i w projekcie z 2 grudnia jest to 10-25% czasu opieki bezpośredniej), a także określono średni czas dyspozycyjny w roku jako 202 dni kalendarzowe.

**Ważnym elementem, który różnicuje zapisy projektów i samego rozporządzenia jest ponadto wykreślenie we właściwym akcie prawnym zapisu o minimalnej obsadzie co najmniej 2 pielęgniarek lub położnych na zmianę.**

## **2.2. Krytyka ze strony środowiska**

### **2.2.1. Podmioty zatrudniające pielęgniarki/położne**

Krytyka podmiotów zatrudniających kadrę pielęgniarską dotyczyła przede wszystkim projektów Rozporządzenia. Regulacjom prawnym rozpatrywanym jesienią 2012 roku zarzucano nierealne oszacowanie czasu pracy pielęgniarek/położnych i wynikające z niego zawyżone normy zatrudnienia. Konieczność zatrudnienia dodatkowych pielęgniarek wynikać miałyby również z zapisów gwarantujących obsadę minimum 2 pielęgniarek/położnych na jedną zmianę, co według podmiotów zgłaszających uwagi do projektu jest niezasadne w przypadku małych oddziałów lub oddziałów dla lżej chorych pacjentów. Według świadczeniodawców zgłaszających uwagi do projektów

rozporządzenia oceniane zapisy mogą spowodować konieczność wzrostu liczby pielęgniarek zatrudnianych na oddziałach szpitalnych o 10-30%, a w szczególnych przypadkach regulacje mogą wymuszać nawet dwukrotny wzrost zatrudnienia kadry pielęgniarskiej. Tak istotna zmiana w poziomie pielęgniarek i położnych skutkować miałaby znacznymi obciążeniami dla budżetów świadczeniodawców. [9]

Szczegółowe zarzuty stawiane zapisom projektów rozporządzenia dotyczyły ponadto oszacowań czasu dyspozycyjnego w ciągu roku oraz oceny czasu pracy, jaki obsady pielęgniarskie poświęcają opiece pośredniej.

### 2.2.2. Pielęgniarki/położne

Krytyka środowiska pielęgniarek i położnych dotyczy z jednej strony konkretnych regulacji, a z drugiej – sposobu wdrożenia finalnego rozporządzenia.

Główne zapisy, które krytykowane są przez pielęgniarki i położne to:

- brak określonych w ramach projektu norm czasu opieki nad pacjentem – pozostawienie określenia tych norm w gestii kierowników oddziałów może prowadzić do ich zaniżenia i w konsekwencji, do zmniejszenia poziomu zatrudnienia,
- wykreślenie wprowadzonego w projekcie zapisu gwarantującego minimum 2 pielęgniarki na zmianę oraz minimum 2 pielęgniarki na jednego operowanego pacjenta w bloku operacyjnym, które miały gwarantować odpowiednie bezpieczeństwo i jakość pracy pielęgniarek,
- włączenie do ustalanych norm kadry kierowniczej (pielęgniarki i oddziałowe), co również prowadzić będzie do zaniżania minimalnych wskaźników zatrudnienia. [10–13]

Niezależnej krytyce poddawany jest równocześnie sposób wprowadzenia rozporządzenia. Bardzo poważne różnice w zapisach rozporządzenia i opiniowanych projektów, wprowadzone zostały bez konsultacji i z pominięciem rozwiązań wypracowanych przez Zespół do Spraw Opracowania Sposobu Ustalenia Norm Zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych w Zakładach Opieki Zdrowotnej, powołany przez Ministra Zdrowia w 2009 roku [14].

### 2.2.3. Aspekty techniczne

Sposoby ustalania minimalnych norm zatrudniania wprowadzone zapisami rozporządzenia są bardzo złożone, a ich obliczenie wymaga prowadzenia drobiazgowych statystyk. Zakres danych jakie należy uwzględnić przy wyznaczaniu norm zatrudnienia obejmuje między innymi roczną liczbę pacjentów pozostających pod opieką ośrodka z podziałem na kategorie opieki (bardzo złożona klasyfikacja, wymagająca oceny wielu czynników), a także średni czas dyspozycyjny personelu z uwzględnieniem

urlopów, zwolnień lekarskich i związanych z opieką nad dzieckiem oraz czasu przeznaczanego na szkolenia. Wydaje się, że **wymuszanie ogólnym rozporządzeniem uwzględniania w konstrukcji norm tak szczegółowych elementów to nadmierna regulacja (nadregulacja) sposobu zarządzania kadrami**. Zbytne skomplikowanie zasad obliczania norm zatrudnienia może – jak pokazuje przykład trudności z wdrożeniem rozporządzenia z 1999 roku – prowadzić do nierespektowania odpowiednich zapisów prawnych (tylko połowa ośrodków stosowała zasady ustalania norm określone w poprzednim rozporządzeniu) [15].

Z drugiej strony, pomimo uwzględniania szeregu szczegółowych czynników przy obliczaniu minimalnych norm zatrudnienia, **minimalny poziom zatrudnienia na poszczególnych oddziałach pozostaje kwestią jawnie arbitralną, na co wskazuje duże zróżnicowanie. O właściwym dla analizowanego oddziału czasie opieki nad pacjentami z poszczególnych kategorii opieki decyduje autonomicznie kierownik ośrodka**. Tym samym rozporządzenie nie pozwoli – choćby w najmniejszej mierze – na standaryzację norm zatrudnienia obsady pielęgniarskiej.

Złożenie skomplikowanego sposobu obliczeń z arbitralną oceną podstawowych zmiennych wykorzystywanych w tych obliczeniach prowadzi zatem do sytuacji, w której z jednej strony wymagane jest zbieranie szczegółowych danych o wielu parametrach, z drugiej natomiast te drobiazgowo analizy zestawiane są z czynnikami określanymi dowolnie przez kierowników oddziałów, przez co finalny efekt złożonych obliczeń jest całkowicie zależny od ocen własnych kadry zarządzającej.



### 3. MINIMALNE NORMY ZATRUDNIENIA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH NA ODDZIAŁACH SZPITALNYCH – REGULACJE W INNYCH PAŃSTWACH

W niektórych krajach, w ramach obowiązujących regulacji prawnych, określono liczbę minimalnej obsady personalnej gwarantującej, zarówno wysoką jakość, jak i bezpieczeństwo opieki pielęgniarskiej. Przeprowadzono niesystematyczny przegląd medycznych baz danych w celu określenia zasad normowania obsad pielęgniarskich na oddziałach szpitalnych na świecie. Zgromadzone informacje wskazują na zastosowanie następujących wskaźników:

- wskaźnik pielęgniarka – pacjent (ang. *Nurse to Patient Ratio*) – formuła określająca liczbę pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę, wskaźnik różni się w zależności od rodzaju oddziału oraz od rodzaju zmiany (poranna, popołudniowa, nocna);
- całkowite godziny opieki pielęgniarskiej przypadające na jednego pacjenta na dobę (ang. *Nursing Hours Per Patient Day*, NHPPD) – liczba całkowitych godzin opieki pielęgniarskiej przypadająca na jednego pacjenta na danym oddziale w ciągu doby;
- metoda proporcji personelu pielęgniarskiego (ang. *Staff/Skill Mix*) – uwzględnia zróżnicowanie kwalifikacji i doświadczenia personelu świadczącego opiekę pielęgniarską.

Idea pierwszego z omawianych wskaźników powstała w stanie Kalifornia w USA w 1992 roku w odpowiedzi na działania Kalifornijskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek (ang. *California Nurses Association*, CNA). Efektem zabiegów CNA (w latach 1999-2004) było wprowadzenie obowiązkowych minimalnych poziomów zatrudnienia dla kadry pielęgniarskiej. [16]

W Tabeli 3 zaprezentowano przyjęte w 2008 roku w stanie Kalifornia minimalne wskaźniki pielęgniarka-pacjent.

**Tabela 3.**  
Wskaźnik pielęgniarka-pacjent, Kalifornia (CNA, 2008) [16]

Rodzaj opieki	Wskaźnik pielęgniarka-pacjent
Intensywna opieka	1:2
Intensywna opieka noworodkowa	1:2
Sala operacyjna	1:1
Sala wybudzeniowa	1:2
Oddział porodowy	1:2
Opieka przed porodem	1:4

Rodzaj opieki	Wskaźnik pielęgniarka-pacjent
Oddział położniczy – system opieki matki nad dzieckiem (ang. room in)	1:4
Oddział położniczy – tylko kobiety	1:6
Oddział ratunkowy	1:4
Oddział chirurgii ogólnej	1:5
Oddział opieki specjalistycznej (inne dziedziny)	1:4
Oddział psychiatryczny	1:6
Oddział pediatriczny	1:4
Oddział opieki paliatywnej	1:3

Minimalny wskaźnik pielęgniarka-pacjent został również wprowadzony w Australii, w stanie Victoria na mocy dyrektywy *Australian Industrial Relations Commission* (2001 rok). Na skutek cięć finansowych, dokonanych w latach 90. XX wieku w Australii, wystąpił drastyczny spadek zatrudnienia pielęgniarek. Wprowadzone minimalne normy dotyczące opieki pielęgniarskiej stanowiły narzędzie mające na celu, z jednej strony zapobieżenie pogłębieniu się tego zjawiska, a z drugiej – zapewnienie pacjentom wystarczającą opieką i bezpieczeństwem. [16]

W tabeli poniżej przedstawiono stosowane w stanie Victoria wskaźniki służące wyznaczaniu minimalnej obsady pielęgniarskiej na oddziałach szpitalnych.

**Tabela 4.**  
Minimalna obsada pielęgniarska na oddziałach szpitalnych w stanie Victoria (Australia) [16]

Środowisko szpitalne	Minimalny wskaźnik pielęgniarka - pacjent		
	Zmiana poranna	Zmiana popołudniowa	Zmiana nocna
Oddział chirurgii ogólnej			
a) Szpital – poziom 1 <sup>a</sup>	1:4	1:4	1:8
b) Szpital – poziom 2	1:4	1:5	1:8
c) Szpital – poziom 3	1:5	1:6	1:10
d) Szpital – poziom 3a	1:6	1:6	1:10
e) Szpitale – poziom inny niż 1, 2, 3 i 3a	1:6	1:7	1:10
Oddział obserwacyjny	1:7	1:8	1:15
Oddział zakaźny	1:6	1:7	1:10
Oddział położniczy	1:5	1:6	1:8
Oddział porodowy	2 położne na 3 rodzące		
Oddział intensywnej opieki noworodkowej	1:2		
Oddział intensywnej opieki medycznej	1:2		
Oddział ratunkowy	1:3		
Oddział kardiologii	1:2	1:2	1:3

Środowisko szpitalne	Minimalny wskaźnik pielęgniarka - pacjent		
Oddział opieki paliatywnej	1:4	1:5	1:8
<b>Oddział rehabilitacyjny i opieki geriatrycznej:</b>			
a) Rehabilitacja kategoria 1	1:5	1:5	1:10
b) Rehabilitacja kategoria 2	1:5	1:7	1:10
c) Opieka geriatryczna	1:5	1:6	1:10
<b>Sala operacyjna</b>	3 pielęgniarki na salę operacyjną		
<b>Oddział anestezjologii i po zabiegowy</b>	1 pielęgniarka na 1 pacjenta poddanego postępowaniu anestezjologicznemu		

a) poziom szpitala oznacza jego wielkość (liczba łóżek) oraz lokalizację: poziom 1 oznacza duży szpital z jednostkami badawczo-rozwojowymi, poziom 3a – średniej wielkości szpital na poziomie hrabstwa (powiatu)

Co istotne, wskazane powyżej wskaźniki wyznaczają minimalny zakres obsady pielęgniarskiej i podlegają elastycznym zmianom. Dodatkowo, zalecanym jest, aby wskaźnik 1:4 stosować jako proporcję 5:20, co pozwala uwzględnić specyfikę pacjentów i różnice w aktywnościach, jakich wymaga opieka nad nimi. [16]

Inny rodzaj wyznaczania minimalnej opieki pielęgniarskiej na oddziałach szpitalnych – minimalna liczba godzin opieki pielęgniarskiej przypadająca na jednego pacjenta na dobę (NHPPD) został wprowadzony w roku 2010 w innym stanie Australii – Nowej Południowej Walii. [16] W Tabeli 5 zaprezentowano obowiązujący w Nowej Południowej Walii minimalny czas opieki pielęgniarskiej przypadającej na jednego pacjenta.

**Tabela 5.**  
Minimalny czas opieki pielęgniarskiej przypadającej na jednego pacjenta – Nowa Południowa Walia (Australia) [16]

Środowisko szpitalne	NHPPD <sup>a</sup>	Ekwiwalent wskaźnika pielęgniarka - pacjent		
		Zmiana poranna	Zmiana popołudniowa	Zmiana nocna
<b>Oddział chirurgii ogólnej</b>				
a) Czołowy szpital referencyjny	6	1:4	1:4	1:7
b) Główny szpital stołeczny lub główny szpital w dużym mieście	5,5	1:4	1:5	1:7
c) Szpital rejonowy	5	1:5	1:5	1:7
<b>Oddział opieki paliatywnej</b>	6	1:4	1:5	1:7
<b>Opieka psychiatryczna</b>				
a) W szpitalach ogólnych	6	1:4	1:4	1:7
b) W specjalistycznych szpitalach psychiatrycznych	5,5	1:4	1:5	1:7
<b>Rehabilitacja</b>				
a) Oddział neurochirurgii	6	1:4	1:4	1:7
b) Oddział rehabilitacji ogólnej	5	1:5	1:5	1:7

a) wskaźnik podany w godzinach

Metoda *Staff/Skill Mix*, uwzględniająca zróżnicowanie kwalifikacji i doświadczenia personelu świadczącego opiekę pielęgniarską została po raz pierwszy wprowadzona w Kanadzie, gdzie istnieją trzy regulowane prawnie grupy zawodowe pielęgniarek:

- pielęgniarki niedyplomowane (ang. *licensed practical nurses*, LPN),
- pielęgniarki dyplomowane (ang. *registered nurses*, RN) oraz
- dyplomowane pielęgniarki psychiatryczne (ang. *register psychiatric nurses*, RPN).

Standardy postępowania i zakres praktyki określane są przez organy terytorialne na drodze aktów prawnych. Zgodnie z zaleceniami *Canadian Nurses Advisory Committee* (CNAC) opublikowanymi w 2002 r. [17] koniecznym jest wprowadzenie zasad mających na celu optymalne wykorzystanie kadry pielęgniarskiej w celu maksymalizacji bezpieczeństwa opieki oraz dostępności świadczeń zdrowotnych. Metoda *Staff/Skill Mix* powinna opierać się na rozpoznaniu potrzeb populacji pacjentów pozostających pod opieką danego świadczeniodawcy i określeniu na tej podstawie wymaganych kwalifikacji personelu medycznego oraz odpowiednich proporcji zatrudnienia. Metoda nie pozwala na uniwersalne określenie idealnej kombinacji personelu medycznego, ponieważ proporcje te zależą od rodzaju placówki i świadczonych w niej usług oraz potrzeb zdrowotnych pacjentów.

Zainteresowanie wprowadzeniem norm obsady pielęgniarskiej na oddziałach szpitalnych, związane jest z wynikami doniesień naukowych potwierdzających istnienie **zależności pomiędzy niewłaściwym poziomem obsady kadrowej w placówkach** (niedobór personelu, niewystarczający poziom motywacji, niewystarczające umiejętności techniczne) a **niską jakością świadczonych usług, a tym samym bezpieczeństwa pacjentów**. [18] Uznaje się, że wysoka jakość świadczonej opieki pielęgniarskiej skutkuje skróceniem czasu pobytu pacjenta w szpitalu, spadkiem umieralności, zmniejszeniem kosztów i ilości niepożądanych zdarzeń, równocześnie powodując wzrost satysfakcji pacjenta z opieki, wzrost wskaźnika wyzdrowień, jakości życia i wiedzy pacjenta. [19]

#### **4. LICZBA PERSONELU GWARANTUJĄCA BEZPIECZEŃSTWO PACJENTÓW WG OPUBLIKOWANYCH DONIESIĘŃ NAUKOWYCH**

##### **Bezpieczeństwo**

Opublikowano wiele badań oceniających bezpośredni związek między odpowiednią obsadą pielęgniarską a stanem zdrowia pacjentów, zachorowalnością i śmiertelnością. W pracy z 1998 roku potwierdzono mniejszą liczbę błędów medycznych i odleżyn oraz większe zadowolenie pacjenta z zastosowanej terapii w przypadku większego zróżnicowania kwalifikacji i umiejętności posiadanych przez pielęgniarki [20]. W innym badaniu udowodniono, że większa liczba wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek wśród personelu medycznego zmniejsza liczbę błędów związanych z ordynacją i dystrybucją produktów leczniczych [21].

Niewłaściwy poziom zatrudnienia pielęgniarek zwiększa liczbę zgonów wśród pacjentów pozostających pod ich opieką. W amerykańskim badaniu z 2002 roku stwierdzono, że zwiększenie obciążenia pielęgniarki poprzez oddanie pod jej opiekę kolejnego pacjenta powoduje wzrost szansy zgonu o 7%. W takim samym stopniu wzrasta ryzyko nieudanej próby uratowania życia w przypadkach nagłych [22].

W systematycznym przeglądzie doniesień naukowych przeprowadzonym przez Cochrane Collaboration udowodniono, że zwiększenie wskaźnika personelu pielęgniarskiego wpływa na skrócenie czasu hospitalizacji i zmniejszenie występowania odleżyn. Pomimo ograniczonych informacji dotyczących wpływu zastępowania pielęgniarek przez niewykwalifikowanych asystentów, odnaleziono dowody naukowe na to, że specjalistyczne wsparcie, takie jak np. asystent dietetyczny, wpływa w istotny sposób na wyniki leczenia pacjentów. Ponadto wprowadzenie zespołów położnictwa może prowadzić do redukcji stosowania liczby procedur medycznych podczas porodu i w rezultacie skrócić czas pobytu w szpitalu bez narażania matki lub zmniejszania bezpieczeństwa okołoporodowego. [23]

W ustalaniu norm zatrudnienia pielęgniarek ważne jest rozważenie odpowiedniej liczby personelu pracującego w nocy. Jak wykazują badania, mniejsza liczba pielęgniarek pracujących w nocy prowadzi do wzrostu ryzyka pooperacyjnych komplikacji oddechowych, większej liczby upadków czy spadku zdolności pacjentów w radzeniu sobie z bólem. [18]

## Koszty

Występujące zdarzenia niepożądane to nie tylko problem dla pacjenta, ale przede wszystkim ogromne koszty dla systemu ochrony zdrowia [24]. Kanadyjskie Stowarzyszenie Pielęgniarek zebrało w 2005 roku doniesienia naukowe potwierdzające silny związek pomiędzy nieodpowiednią obsadą pielęgniarską a liczbą przypadków pogorszenia stanu zdrowia pacjentów na skutek niewłaściwej terapii [18]. Pogorszenie stanu zdrowia pacjenta przyczynia się do zwiększenia kosztów leczenia i opieki zdrowotnej. I tak na przykład nieodpowiednia obsada pielęgniarska w USA prowadziła do wzrostu liczby hospitalizacji z powodu odleżyn, co kosztowało dodatkowo od 5 do 75 tys. dolarów na jednego pacjenta. Inne dowody naukowe wskazują, że dodatkowe koszty związane z zatrudnieniem pielęgniarki nie przewyższają kosztów związanych z leczeniem zdarzeń niepożądanych. [24]

## Opłacalność

Badania kliniczne jednoznacznie wskazują na częstsze występowanie zdarzeń niepożądanych, powikłań czy zgonów w przypadku braków w obsadzie pielęgniarskiej/położnych. Prowadzi to bezpośrednio do wzrostu kosztów leczenia z powodu m.in. przedłużających się hospitalizacji. Z drugiej strony zwiększenie obsady pielęgniarskiej także wiąże się z koniecznością poniesienia dodatkowych kosztów. **Pojawia się zatem pytanie gdzie znajduje się granica w zwiększaniu zatrudnienia, przy której każdy kolejny etat generuje więcej kosztów niż korzyści.**

Oceny aspektu opłacalności norm zatrudnienia dokonano np. w USA, w jednym z badań oceniano efektywność kosztową utrzymywania zatrudnienia na poziomie 8 lub 4 pacjentów na pielęgniarkę na oddziałach chorób wewnętrznych i chirurgicznych. Na podstawie danych z dwóch szpitali oceniono, że większe zatrudnienie wiązało się z mniejszą śmiertelnością pacjentów i większymi kosztami. Na podstawie przeprowadzonej analizy ekonomicznej autorzy wywnioskowali, iż zwiększenie obsady pielęgniarskiej do poziomu nie więcej niż 4 pacjentów na pielęgniarkę na tych dwóch oddziałach jest względnie opłacalne, a relacja dodatkowych kosztów do korzyści pozostaje na poziomie zbliżonym do innych powszechnie akceptowanych interwencji. [25]

Nie odnaleziono informacji o prowadzeniu podobnych analiz ekonomicznych w Polsce – taka ocena pozwoliłaby w najlepszy możliwy sposób odpowiedzieć jakie są optymalne normy zatrudnienia na poszczególnych rodzajach oddziałów. Ocena technologii medycznych względem optymalnych norm zatrudnienia mogłaby zostać zlecona AOTM w ramach działalności dotyczącej technologii nielekowych. Również z uwagi na brak analiz ekonomicznych i finansowych przeprowadzonych w Polsce dla oddziałów szpitalnych poszczególnych rodzajów, w niniejszym opracowaniu przedstawiono propozycję określenia norm minimalnych.

## Warunki pracy

Nadliczbowe godziny pracy, czy też brak odpowiedniej długości przerw między dyżurami, wynikające z nadmiaru pracy, prowadzą do pogorszenia stanu zdrowia pielęgniarek, które z tego powodu częściej sięgają po zwolnienia lekarskie [18]. Amerykańskie badanie wykazało, iż każdy dodatkowy pacjent pozostający pod opieką pielęgniarki zwiększa szansę wyczerpania emocjonalnego pielęgniarki o 23%, a szansę zmniejszenia satysfakcji z pracy o 15% [22]. Ocena tych czynników wydaje się być szczególnie ważna w kontekście międzynarodowych badań przeprowadzonych w latach 2009-2010, według których aż 40% polskich pielęgniarek wskazało, że cierpi na wypalenie zawodowe a 44% – chciałoby opuścić dotychczasowe obecne miejsce pracy w ciągu roku [26].

## 5. PROPOZYCJA REGULACJI MINIMALNYCH NORM ZATRUDNIENIA W POLSCE

Na podstawie analizy danych z innych państw przedstawiono ramową propozycję określenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek/położnych na oddziałach szpitalnych. Do opracowania tekstowego dołączony został arkusz kalkulacyjny Excel, który może stanowić pomocnicze narzędzie negocjacyjne oraz wspomagające obliczenia konsekwencji podjętych decyzji czy zgłoszonych propozycji.

**Normy zatrudnienia określono, za wzorcowe przyjmując wskaźniki przyjęte w Stanie Victoria w Australii.** Spośród realizowanych w innych państwach zasad regulacji zatrudnienia pielęgniarek/położnych system w stanie Victoria w Australii funkcjonuje najdłużej, ponadto określone w nim normy wydają się najlepiej odpowiadać warunkom polskim. W przypadku oddziałów, dla których w stanie Victoria nie określono minimalnych norm zatrudnienia, w proponowanych rozwiązaniach posłankowano się regulacjami z Nowej Walii i z Kalifornii.

Zestawienie postulowanych norm dla poszczególnych typów oddziałów przedstawiono w tabeli poniżej (Tabela 6). **W przypadku braków zasobów kadrowych na rynku polskim, proponowane normy należy traktować jako wartości docelowe, które powinny być osiągnięte w określonym przez Ministra Zdrowia realistycznym czasie potrzebnym na kształcenie pracowników.**

Ustalenie norm, jakie mogą zostać zastosowane w polskim systemie ochrony zdrowia, wymaga znajomości dokładnych danych o zatrudnieniu pielęgniarek na poszczególnych oddziałach, co z kolei pozwoliłoby na ocenę wpływu konkretnych regulacji na cały system ochrony zdrowia. Intencją propozycji regulacji **minimalnego** poziomu zatrudnienia jest zapewnienie odpowiedniego poziomu opieki nad pacjentem, stąd w prezentowanym projekcie minimalne normy zatrudnienia opiera się na sprawdzonych i określonych w oparciu o analizy wyników klinicznych współczynnikach funkcjonujących w innych państwach. Przy konstruowaniu norm należy mieć na uwadze realne możliwości realizacji, zmienność sytuacji w czasie w zależności od wyceny świadczeń zdrowotnych oraz stabilność systemu ochrony zdrowia. Wprowadzone regulacje nie powinny wymuszać nagłych drastycznych zmian poziomu zatrudnienia (poza ewentualnymi pojedynczymi sytuacjami znacznego niedoboru/naddatku etatów).

W strukturze typów oddziałów uwzględniono dodatkowo 3 kategorie oddziałów specjalistycznych innych niż jednostki, dla których określono normy zatrudnienia w Australii i Kalifornii. Znaczna część oddziałów szpitalnych w Polsce nie mieści się w strukturze, dla której określone zostały wskaźniki



zatrudnienia w innych państwach, z tego powodu konieczne było wprowadzenie uzupełniających typów oddziałów. W ramowej propozycji zasad regulacji norm zatrudnienia zastosowano **techniczne rozwiązanie**, w ramach którego ustala się 3 różne poziomy dla współczynnika pielęgniarka–pacjent dla oddziałów specjalistycznych innych niż wyodrębnione w regulacjach australijskich lub kalifornijskich (podział ze względu na intensywność opieki). **Odpowiednią liczbę typów oddziałów specjalistycznych, poziom współczynnika pielęgniarka–pacjent oraz sposób przyporządkowania poszczególnych kategorii oddziałów (oddział chorób wewnętrznych, oddział diabetologiczny itp.) do ogólnych typów należy określić po konsultacjach i ew. negocjacjach z właściwymi organizacjami zawodowymi i specjalistycznymi.**

Proponowane przyporządkowanie poszczególnych kategorii oddziałów do ogólnych typów przedstawione zostało w tabeli poniżej (Tabela 7) oraz w aneksie (Tabela 9). W przypadku wyboru typu z zakresu oddziałów specjalistycznych niezdefiniowanych w regulacjach zagranicznych, sugerowane przyporządkowanie oparto na aktualnych oszacowaniach zasobów kadrowych na poszczególnych oddziałach (patrz Aneks - Tabela 8). Wydaje się, że właściwe **przyporządkowanie oddziałów do odpowiednich typów uwzględniać powinno przede wszystkim czynniki oceny obciążenia pracą w poszczególnych jednostkach**, wykorzystane w projekcie przyporządkowania współczynniki zatrudnienia w województwach kujawsko-pomorskim i wielkopolskim są jedynie bardzo ograniczonym wskaźnikiem tego obciążenia.

**Tabela 6.**  
**Średnie współczynniki relacji pielęgniarka–pacjent – propozycja minimalnych norm zatrudnienia w Polsce**

Typ oddziału	Wskaźnik pielęgniarka - pacjent
Oddział chirurgii ogólnej	1 : 7
Oddział zakaźny	1 : 7,5
Oddział położniczy	1 : 4
Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	1 : 2
Oddział ratunkowy	1 : 3
Oddział kardiologiczny	1 : 2,5
Oddział paliatywny	1 : 5
Oddział rehabilitacyjny	1 : 6,5
Oddział rehabilitacji neurologicznej lub kardiologicznej	1 : 4,5
Oddział geriatryczny	1 : 6,5
Oddział psychiatryczny	1 : 6
Oddział pediatriczny	1 : 4

Typ oddziału	Wskaźnik pielęgniarka - pacjent
Oddział specjalistyczny – typ 1	1 : 5
Oddział specjalistyczny – typ 2	1 : 6
Oddział specjalistyczny – typ 3	1 : 7

**Tabela 7.**  
**Kategorie oddziałów przyporządkowane do typów ogólnych – propozycja**

Typ oddziału	Oddział (kod resortowy)
Oddział chirurgii ogólnej	chirurgiczny ogólny (4500) chirurgiczny dla dzieci (4501) chirurgii endokrynologicznej (4508) chirurgii klatki piersiowej (4520) chirurgii naczyniowej (4530) chirurgii onkologicznej (4540) chirurgii plastycznej (4550) kardiochirurgiczny (4560) kardiochirurgiczny dla dzieci (4561) neurochirurgiczny (4570) neurochirurgiczny dla dzieci (4571) chirurgii urazowo - ortopedycznej (4580) chirurgii urazowo - ortopedycznej dla dzieci (4581) otolaryngologiczny dla dzieci (4611) chirurgii szczękowo - twarzowej (4630) transplantologiczny (4650) transplantacji szpiku (4658) transplantacji szpiku dla dzieci (4659)
Oddział zakaźny	gruźlicy i chorób płuc (4270) gruźlicy (4274) chorób zakaźnych (4340) chorób zakaźnych dla dzieci (4341) chorób tropikalnych (4346) obserwacyjno-zakaźny (4348) obserwacyjno-zakaźny dla dzieci (4349)
Oddział położniczy	ginekologiczno-położniczy (4450) patologii ciąży (4454) położniczy (4456) położniczy rooming - in (4458)
Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	anestezjologii i intensywnej terapii (4260) anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci (4261) intensywnej terapii (4264)
Oddział ratunkowy	Szpitalny oddział ratunkowy (3300)
Oddział kardiologiczny	kardiologiczny (4100) kardiologiczny dla dzieci (4101) intensywnego nadzoru kardiologicznego (4106) medycyny paliatywnej (4180)
Oddział paliatywny	medycyny paliatywnej (4180)
Oddział rehabilitacyjny	rehabilitacyjny (4300) rehabilitacyjny dla dzieci (4301) rehabilitacji narządu ruchu (4302)
Oddział rehabilitacji neurologicznej lub kardiologicznej	rehabilitacji neurologicznej (4306) rehabilitacji kardiologicznej (4308)
Oddział geriatryczny	geriatryczny (4060)

Typ oddziału	Oddział (kod resortowy)
Oddział psychiatryczny	psychiatryczny (ogólny) (4700) psychiatryczny dla dzieci (4701) leczenia zaburzeń nerwicowych (4704) Oddział/Ośrodek leczenia uzależnień (4740) Oddział/Ośrodek leczenia alk. zesp. abstynencyjnych (4742) Oddział/Ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu (4744)
Oddział pediatryczny	pediatryczny (4401) niemowlęcy (4403) neonatologiczny (4421)
Oddział specjalistyczny – typ 1	chorób wewnętrznych (4000) alergologiczny dla dzieci (4011) diabetologiczny dla dzieci (4021) endokrynologiczny dla dzieci (4031) gastroenterologiczny dla dzieci (4051) hepatologiczny (4056) hematologiczny dla dzieci (4071) angiologiczny (4120) nefrologiczny dla dzieci (4131) toksykologiczny (4150) dla przewlekłe chorych (4170) neurologiczny dla dzieci (4221) udarowy (4222) onkologiczny dla dzieci (4241) AIDS (4342) ginekologiczny (4452) okulistyczny (4600)
Oddział specjalistyczny – typ 2	chorób metabolicznych (4008) alergologiczny (4010) diabetologiczny (4020) endokrynologiczny (4030) gastroenterologiczny (4050) hematologiczny (4070) nefrologiczny (4130) onkologiczny (4240) chemioterapii (4242) onkologii ginekologicznej (4246) pulmonologii dla dzieci (4273) reumatologiczny dla dzieci (4281) otolaryngologiczny (4610) urologiczny (4640)
Oddział specjalistyczny – typ 3	dermatologiczny (4200) neurologiczny (4220) radioterapii (4244) pulmonologii (4272) reumatologiczny (4280) anestezjologii i intensywnej terapii (4260) anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci (4261) intensywnej terapii (4264)

**Normy zatrudnienia – inaczej niż w systemach przyjętych w Australii – określono jako przeciętną liczbę pacjentów przypadających na pielęgniarkę bez uwzględnienia podziału na zmiany.** System zmianowy w poszczególnych szpitalach może odbiegać od systemu zmianowego, dla którego określono normy w Australii, tj. zmiany porannej, popołudniowej i nocnej (na przykład często występujący podział doby na 12-godzinne zmiany nocną i dzienną). Ustalenie jednej normy określającej **przeciętną** liczbę pacjentów przypadających na pielęgniarkę w ciągu doby, pozwala na

zachowanie elastyczności w ustalaniu obsad pielęgniarskich – na przykład zmniejszenie liczby pielęgniarek dyżurujących w nocy na korzyść zwiększenia obsady w ciągu dnia.

Zaletą zaproponowanej metody jest jej względna **prostota**. Wytyczne zatrudnienia w oparciu o wskaźnik pacjent–pielęgniarka są łatwe w interpretacji, ugruntowane w doświadczeniach innych państw i można je w prosty sposób porównać z danymi z badań klinicznych. Metoda oceny relacji pacjent–pielęgniarka jest również podstawową opcją przy pomiarze obciążenia pracą obsady pielęgniarskiej [26]. Przy przyjęciu założenia, że wskazane współczynniki oznaczają wartości przeciętne w ciągu dnia i tygodnia, metoda ta pozwala również na względną elastyczność w określaniu składu obsady pielęgniarskiej na poszczególnych zmianach.

Podstawową wadą tej metody wydaje się być natomiast pominięcie przy ustalaniu norm zatrudnienia kwestii różnic w obciążaniu pracą, wynikających z różnego stopnia zależności (wymagania opieki) pacjentów pomiędzy oddziałami o tym samym typie. W poszczególnych ośrodkach poziom niesprawności pacjentów i wynikający z niego czas niezbędnej opieki są zróżnicowane. W ośrodkach wysokospecjalistycznych przyjmowani są najciężej chorzy i najbardziej zależni pacjenci, podczas gdy w placówkach o niższym poziomie referencyjności, pacjenci mogą potrzebować przeciętnie mniej czasu opieki bezpośredniej. Jeden wskaźnik dla relacji pacjent–pielęgniarka nie pozwala na uwzględnienie wskazanych zależności. **Rozwiązaniem mogą być warianty współczynników określone odrębnie dla oddziałów o różnym poziomie referencyjności** – taka metoda zastosowana została w regulacjach wprowadzonych w Australii w przypadku oddziałów chirurgii ogólnej.

Nieodłącznym elementem propozycji regulacji jest plik obliczeniowy, w którym można przeanalizować zapotrzebowanie na kadrę pielęgniarską przy zmianie współczynników pielęgniarka : pacjent oraz przy uwzględnieniu sposobu grupowania oddziałów szpitalnych wg typów o zbliżonej intensywności opieki medycznej.

## 6. BIBLIOGRAFIA

1. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.  
[http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo\\_zdrowie\\_i\\_ochrona\\_zdrowia\\_w\\_2011.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2011.pdf) (7.3.2013).
2. GUS - Główny Urząd Statystyczny - Ludność - bilans opracowany w oparciu o wyniki NSP 2011.  
[http://www.stat.gov.pl/gus/5840\\_13399\\_PLK\\_HTML.htm](http://www.stat.gov.pl/gus/5840_13399_PLK_HTML.htm) (7.3.2013).
3. Ministerstwo Zdrowia.  
<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m1&ms=904&ml=pl&mi=904&mx=0&mt=&my=9&ma=07863> (8.3.2013).
4. Działalność oddziałów w szpitalach ogólnych w roku 2011 - województwo Kujawsko-Pomorskie.  
[http://www.zdrowie.bydgoszcz.uw.gov.pl/pliki/statystyka/raporty/2011/MZ-29\\_2011.pdf](http://www.zdrowie.bydgoszcz.uw.gov.pl/pliki/statystyka/raporty/2011/MZ-29_2011.pdf).
5. Stanowisko Dyrektora Szpitala Zachodniego im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim w sprawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.
6. PCSM - Polskie Centrum Statystyki Medycznej. <http://www.pcsm.pl/portal/index.php> (15.3.2013).
7. Rozporządzenie Ministra zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Dziennik Ustaw z 2012 r. poz 1545.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej. Dziennik Ustaw z 1999 nr 111 poz. 1314.
9. Dział Monitoringu Legislacyjnego, Inicjatyw i Analiz Związku Powiatów Polskich. Raport dotyczący Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.
10. Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk. Pismo skierowane do Pana Bartosza Arłukowicza Ministra Zdrowia w sprawie nowelizacji Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545).  
[http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=47&n\\_id=4014](http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=47&n_id=4014) (15.3.2013).
11. Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia w sprawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2013 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.  
<http://www.nipip.pl/index.php/aktualnosci/notatki-ze-spotkan/1636-notatka-ze-spotkania-w-ministerstwie-zdrowia-w-sprawie-rozporzadzenia-ministra-zdrowia-z-dnia-28-grudnia-2012-roku-w-sprawie-sposobu-ustalania-minimalnych-norm-zatrudnienia-pielęgniarek-i-polożnych-w-podmiotach-leczniczych-niebedacych-przedsiębiorcami> (15.3.2013).
12. Bogumiła Kowalczyk-Sroka, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Pielęgniarstwa na terenie Województwa Świętokrzyskiego. Opinia Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Pielęgniarstwa.  
[http://www.sipip.kielce.pl/components/com\\_joomgallery/ftp\\_upload/biuletyn/biuletyn\\_1\\_2013.pdf](http://www.sipip.kielce.pl/components/com_joomgallery/ftp_upload/biuletyn/biuletyn_1_2013.pdf).
13. Grażyna Rogala-Pawelczyk, Prezes NRPIP. Pismo Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.
14. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lipca 2009 r. w sprawie powołania Zespołu do Spraw Opracowania Sposobu Ustalania Norm Zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych w Zakładach Opieki Zdrowotnej.  
<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m1&ms=904&ml=pl&mi=904&mx=0&mt=&my=9&ma=013446> (15.3.2013).

15. Analiza realizacji rozporządzenia o normach zatrudnienia pielęgniarek i położnych w kraju - informacje z Naczelnej Rady. *Biuletyn świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych*. 108(7):
16. Mandatory Nurse Staffing Levels - 03.12\_Mandatory\_nurse\_staffing\_levels\_v2\_FINAL.pdf. [http://www.rcn.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/439578/03.12\\_Mandatory\\_nurse\\_staffing\\_levels\\_v2\\_FINAL.pdf](http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0009/439578/03.12_Mandatory_nurse_staffing_levels_v2_FINAL.pdf) (8.3.2013).
17. Our Health, Our Future. Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses. Final report of the Canadian Nursing Advisory Committee. [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2002-cnac-cccsi-final/2002-cnac-cccsi-final-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2002-cnac-cccsi-final/2002-cnac-cccsi-final-eng.pdf) (8.3.2013).
18. Odpowiednia obsada pielęgniarska ratuje życie pacjentów. Informacje i zadania dla działania. (Safe staffing save lives ). [http://www.ptp.na1.pl/pliki/pdf/ICN\\_IND\\_2006.pdf](http://www.ptp.na1.pl/pliki/pdf/ICN_IND_2006.pdf) (8.3.2013).
19. McKenna HP. Nursing skill mix substitutions and quality of care: an exploration of assumptions from the research literature. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 21(3):452–459.
20. Blegen MA, Goode CJ, Reed L. Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing research*. 1998; 47(1):43–50.
21. Blegen MA, Vaughn T. A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing economic\$*. 1998; 16(4):196–203.
22. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2002; 288(16):1987–1993.
23. Butler M, Collins R, Drennan J, et al. Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes The Cochrane Collaboration, Michelle Butler (red). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK 2011.
24. Opinia PTP w sprawie Projektu Rozporządzenia - obsady pielęgniarskie 23 11 2012. [http://www.ptp.na1.pl/pliki/PTP\\_Stanowiska/30\\_Opinia\\_PTP\\_w\\_sprawie\\_Projektu\\_Rozporzadzenia\\_-\\_obsady\\_piellegniarskie\\_23\\_11\\_2012.pdf](http://www.ptp.na1.pl/pliki/PTP_Stanowiska/30_Opinia_PTP_w_sprawie_Projektu_Rozporzadzenia_-_obsady_piellegniarskie_23_11_2012.pdf) (14.3.2013).
25. Rothberg MB, Abraham I, Lindenauer PK, et al. Improving nurse-to-patient staffing ratios as a cost-effective safety intervention. *Medical care*. 2005; 43(8):785–791.
26. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ: British Medical Journal*. 2012; 344:
27. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia. <http://www.csioz.gov.pl/file.php?s=cD81OA==>.
28. Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Poznaniu. Zatrudnienie oraz działalność (dzienna i stacjonarna) oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie w 2011 - województwo wielkopolskie. [http://wczp.poznan.uw.gov.pl/sites/default/files/doc/B\\_Stacj%20i%20ambul.pdf](http://wczp.poznan.uw.gov.pl/sites/default/files/doc/B_Stacj%20i%20ambul.pdf).

## 7. ANEKS

### Proporcja pacjent : pielęgniarka lub położna – źródła danych

#### Raport zdrowie i ochrona zdrowia 2011

Opracowanie GUS jest wynikiem badań kondycji zdrowotnej ludności Polski, jak również infrastruktury i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, prowadzonych w ramach Polskiej Statystyki Publicznej [1]. W dokumencie raportowano liczby pielęgniarek i położnych uprawnionych do wykonywania zawodu, jak również pielęgniarki i położne faktycznie pracujące w ochronie zdrowia. W publikacji przedstawiono m. in. liczbę łóżek, liczbę leczonych (z podziałem na województwa oraz wg oddziałów szpitalnych), osobodni leczenia i liczby poszczególnych oddziałów.

#### Biuletyn statystyczny Ministerstw Zdrowia

Liczbę pielęgniarek i położnych pracujących w szpitalach ogólnych określono na podstawie danych z biuletynu statystycznego Ministerstwa Zdrowia [27]. Przyjęto upraszczająco, że odsetek pielęgniarek pracujących w szpitalach ogólnych jest jednakowy we wszystkich województwach.

#### Raporty podsumowujące – województwo Kujawsko-Pomorskie i województwo Wielkopolskie

Szczegółowe dane o liczbie pielęgniarek/położnych pracujących na poszczególnych oddziałach szpitali ogólnych oraz liczbie osób leczonych na tych oddziałach uzyskano z raportów podsumowujących pracę szpitali ogólnych w Województwach kujawsko-pomorskim i wielkopolskim [4, 28]. Nie odnaleziono analogicznych opracowań dla pozostałych województw.

**Tabela 8.**  
Współczynnik średni – liczba pacjentów przypadających na pielęgniarkę/położną - proporcja pacjent : pielęgniarka lub położna – szczegółowe wyniki dla oddziałów

Oddział	Kod resortowy	W*	K-P*	Oddział	Kod resortowy	W*	K-P*
chorób wewnętrznych	4000	7,15	7,38	rehabilitacji neurologicznej	4306	8,05	5,28
chorób metabolicznych	4008	6,39	nd	rehabilitacji kardiologicznej	4308	8,60	8,54
alergologiczny	4010	nd	3,29	chorób zakaźnych	4340	25,46	5,88
alergologiczny dla dzieci	4011	4,16	nd	chorób zakaźnych dla dzieci	4341	5,73	4,73
diabetologiczny	4020	7,48	nd	AIDS	4342	nd	8,27

Oddział	Kod resortowy	W*	K-P*	Oddział	Kod resortowy	W*	K-P*
diabetologiczny dla dzieci	4021	3,55	nd	chorób tropikalnych	4346	3,85	nd
endokrynologiczny	4030	4,92	6,41	obserwacyjno-zakaźny	4348	3,96	7,08
endokrynologiczny dla dzieci	4031	nd	5,47	obserwacyjno-zakaźny dla dzieci	4349	5,34	5,14
gastroenterologiczny	4050	8,04	4,84	pediatryczny	4401	4,30	4,80
gastroenterologiczny dla dzieci	4051	3,75	nd	niemowlęcy	4403	4,90	7,32
hepatologiczny	4056	nd	4,81	neonatologiczny	4421	3,36	3,82
geriatryczny	4060	4,43	3,99	ginekologiczno-położniczy	4450	4,50	4,11
hematologiczny	4070	7,27	6,80	ginekologiczny	4452	3,85	1,97
hematologiczny dla dzieci	4071	nd	3,82	patologii ciąży	4454	6,04	nd
kardiologiczny	4100	4,69	4,59	położniczy	4456	2,81	2,52
kardiologiczny dla dzieci	4101	5,06	3,70	położniczy rooming - in	4458	3,54	nd
intensywnego nadzoru kard.	4106	2,86	4,31	chirurgiczny ogólny	4500	5,12	4,91
angiologiczny	4120	nd	3,54	chirurgiczny dla dzieci	4501	4,26	3,12
nefrologiczny	4130	2,19	2,90	chirurgii endokrynologicznej	4508	nd	6,82
nefrologiczny dla dzieci	4131	5,90	6,98	chirurgii klatki piersiowej	4520	4,02	4,20
toksykologiczny	4150	3,52	nd	chirurgii naczyniowej	4530	5,32	5,02
dla przewlekłe chorych	4170	nd	2,78	chirurgii onkologicznej	4540	5,62	5,42
medycyny paliatywnej	4180	5,07	3,68	chirurgii plastycznej	4550	2,73	1,67
dermatologiczny	4200	6,07	6,99	kardiochirurgiczny	4560	4,99	3,19
neurologiczny	4220	5,60	6,77	kardiochirurgiczny dla dzieci	4561	1,94	nd
neurologiczny dla dzieci	4221	2,91	2,87	neurochirurgiczny	4570	4,44	4,10
udarowy	4222	4,21	4,89	neurochirurgiczny dla dzieci	4571	2,56	nd
onkologiczny	4240	6,98	0,95	chirurgii urazowo - ortopedycznej	4580	5,01	5,72
onkologiczny dla dzieci	4241	4,05	nd	chirurgii urazowo - ortopedycznej dla dzieci	4581	6,83	nd
chemioterapii	4242	5,40	6,56	okulistyczny	4600	4,64	2,72
radioterapii	4244	7,71	6,64	otolaryngologiczny	4610	4,65	4,08
onkologii ginek.	4246	6,31	6,51	otolaryngologiczny dla dzieci	4611	5,89	3,67
OAIT	4260	0,94	0,69	chirurgii szczękowo-twarzowej	4630	3,42	1,86



Oddział	Kod resortowy	W*	K-P*	Oddział	Kod resortowy	W*	K-P*
OAIIT dla dzieci	4261	0,92	0,86	urologiczny	4640	5,72	4,19
intensywnej terapii	4264	nd	0,49	transplantologiczny	4650	6,30	6,10
gruźlicy i chorób płuc	4270	7,94	11,46	transplantacji szpiku	4658	2,99	nd
pulmonologii	4272	8,01	6,15	transplantacji szpiku dla dzieci	4659	2,22	1,72
pulmonologii dla dzieci	4273	3,78	4,37	psychiatryczny (ogólny)	4700	8,69	17,98
gruźlicy	4274	17,63	nd	psychiatryczny dla dzieci	4701	7,58	nd
reumatologiczny	4280	8,57	5,68	leczenia zaburzeń nerwicowych	4704	nd	13,72
reumatologiczny dla dzieci	4281	4,32	nd	Oddział/Ośrodek leczenia uzależnień	4740	15,35	nd
rehabilitacyjny	4300	12,10	10,76	Oddział/Ośrodek leczenia alkoholowych zesp. abstynencyjnych	4742	5,90	9,06
rehabilitacyjny dla dzieci	4301	10,73	nd	Oddział/Ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu	4744	25,45	19,20
rehabilitacji narządu ruchu	4302	19,85	24,90				

\* K = województwo kujawsko-pomorskie, W = województwo wielkopolskie

**Tabela 9.**  
**Przyporządkowanie oddziały – typy oddziałów - propozycja**

Oddział (kod resortowy)	Typ oddziału	Oddział	Typ oddziału
chorób wewnętrznych (4000)	Inne o. specjalistyczne (typ 1)	rehabilitacji neurologicznej (4306)	Oddział rehabilitacji neurologicznej lub kardiologicznej
chorób metabolicznych (4008)	Inne o. specjalistyczne (typ 2)	rehabilitacji kardiologicznej (4308)	Oddział rehabilitacji neurologicznej lub kardiologicznej
alergologiczny (4010)	Inne o. specjalistyczne (typ 2)	chorób zakaźnych (4340)	Oddział zakaźny
alergologiczny dla dzieci (4011)	Inne o. specjalistyczne (typ 1)	chorób zakaźnych dla dzieci (4341)	Oddział zakaźny
diabetologiczny (4020)	Inne o. specjalistyczne (typ 2)	AIDS (4342)	Inne o. specjalistyczne (typ 1)
diabetologiczny dla dzieci (4021)	Inne o. specjalistyczne (typ 1)	chorób tropikalnych (4346)	Oddział zakaźny
endokrynologiczny (4030)	Inne o. specjalistyczne (typ 2)	obserwacyjno-zakaźny (4348)	Oddział zakaźny
endokrynologiczny dla dzieci (4031)	Inne o. specjalistyczne (typ 1)	obserwacyjno-zakaźny dla dzieci (4349)	Oddział zakaźny
gastroenterologiczny (4050)	Inne o. specjalistyczne (typ 2)	pediatryczny (4401)	Oddział pediatryczny
gastroenterologiczny dla dzieci (4051)	Inne o. specjalistyczne (typ 1)	niemowlęcy (4403)	Oddział pediatryczny
hepatologiczny (4056)	Inne o. specjalistyczne (typ 1)	neonatologiczny (4421)	Oddział pediatryczny
geriatryczny (4060)	Oddział geriatryczny	ginekologiczno-poloźniczy (4450)	Oddział poloźniczy
hematologiczny (4070)	Inne o. specjalistyczne (typ 2)	ginekologiczny (4452)	Inne o. specjalistyczne (typ 1)
hematologiczny dla dzieci (4071)	Inne o. specjalistyczne (typ 1)	patologii ciąży (4454)	Oddział poloźniczy

Oddział (kod resortowy)	Typ oddziału	Oddział	Typ oddziału
kardiologiczny (4100)	Oddział kardiologiczny	położniczy (4456)	Oddział położniczy
kardiologiczny dla dzieci (4101)	Oddział kardiologiczny	położniczy rooming – in (4458)	Oddział położniczy
intensywnego nadzoru kardiologicznego (4106)	Oddział kardiologiczny	chirurgiczny ogólny (4500)	Oddział chirurgii ogólnej
angiologiczny (4120)	Inne o. specjalistyczne (typ 1)	chirurgiczny dla dzieci (4501_)	Oddział chirurgii ogólnej
nefrologiczny (4130)	Inne o. specjalistyczne (typ 2)	chirurgii endokrynologicznej (4508)	Oddział chirurgii ogólnej
nefrologiczny dla dzieci (4131)	Inne o. specjalistyczne (typ 1)	chirurgii klatki piersiowej (4520)	Oddział chirurgii ogólnej
toksykologiczny (4150)	Inne o. specjalistyczne (typ 1)	chirurgii naczyniowej (4530)	Oddział chirurgii ogólnej
dla przewlekle chorych (4170)	Inne o. specjalistyczne (typ 1)	chirurgii onkologicznej (4540)	Oddział chirurgii ogólnej
medycyny paliatywnej (4180)	Oddział paliatywny	chirurgii plastycznej (4550)	Oddział chirurgii ogólnej
dermatologiczny (4200)	Inne o. specjalistyczne (typ 3)	kardiochirurgiczny (4560)	Oddział chirurgii ogólnej
neurologiczny (4220)	Inne o. specjalistyczne (typ 3)	kardiochirurgiczny dla dzieci (4561)	Oddział chirurgii ogólnej
neurologiczny dla dzieci (4221)	Inne o. specjalistyczne (typ 1)	neurochirurgiczny (4570)	Oddział chirurgii ogólnej
udarowy (4222)	Inne o. specjalistyczne (typ 1)	neurochirurgiczny dla dzieci (4571)	Oddział chirurgii ogólnej
onkologiczny (4240)	Inne o. specjalistyczne (typ 2)	chirurgii urazowo – ortopedycznej (4580)	Oddział chirurgii ogólnej
onkologiczny dla dzieci (4241)	Inne o. specjalistyczne (typ 1)	chirurgii urazowo - ortopedycznej dla dzieci (4581)	Oddział chirurgii ogólnej
chemioterapii (4242)	Inne o. specjalistyczne (typ 2)	okulistyczny (4600)	Inne o. specjalistyczne (typ 1)
radioterapii (4244)	Inne o. specjalistyczne (typ 3)	otolaryngologiczny (4610)	Inne o. specjalistyczne (typ 2)
onkologii ginekologicznej (4246)	Inne o. specjalistyczne (typ 2)	otolaryngologiczny dla dzieci (4611)	Oddział chirurgii ogólnej
OAIiT (4260)	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	chirurgii szczękowo – twarzowej (4630)	Oddział chirurgii ogólnej
OAIiT dla dzieci (4261)	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	urologiczny (4640)	Inne o. specjalistyczne (typ 2)
intensywnej terapii (4264)	Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	transplantologiczny (4650)	Oddział chirurgii ogólnej
gruźlicy i chorób płuc (4270)	Oddział zakaźny	transplantacji szpiku (4658)	Oddział chirurgii ogólnej
pulmonologii (4272)	Inne o. specjalistyczne (typ 3)	transplantacji szpiku dla dzieci (4659)	Oddział chirurgii ogólnej
pulmonologii dla dzieci (4273)	Inne o. specjalistyczne (typ 2)	psychiatryczny (ogólny) (4700)	Oddział psychiatryczny
gruźlicy (4274)	Oddział zakaźny	psychiatryczny dla dzieci (4701)	Oddział psychiatryczny
reumatologiczny (4280)	Inne o. specjalistyczne (typ 3)	leczenia zaburzeń nerwicowych (4704)	Oddział psychiatryczny
reumatologiczny dla dzieci (4281)	Inne o. specjalistyczne (typ 2)	Oddział/Ośrodek leczenia uzależnień (4740)	Oddział psychiatryczny
rehabilitacyjny (4300)	Oddział rehabilitacyjny	Oddział/Ośrodek leczenia alk. zesp. abstynencyjnych (4742)	Oddział psychiatryczny
rehabilitacyjny dla dzieci (4301)	Oddział rehabilitacyjny	Oddział/Ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu (4744)	Oddział psychiatryczny
rehabilitacji narządu ruchu (4302)	Oddział rehabilitacyjny		