

4. Suchecka J., Klepacz H., Małek A., *Analiza danych w ochronie zdrowia – wybrane metody badania efektywności kosztów*,
5. Tambour M., Zethraeus N., *Bootstrap Confidence Intervals For Cost – Effectiveness Ratios: Some Simulation Results*, *Health Economics* 1998, 7: 143 – 147;

## ZMIANY W STRUKTURZE ZATRUDNIENIA NA PRZYKŁADZIE WYBRANYCH PLACÓWEK SŁUŻBY ZDROWIA BYŁEGO WOJEWÓDZTWA CZĘSTOCHOWSKIEGO.

### ANALIZA STATYSTYCZNA

*Agnieszka Strzelecka*

*Politechnika Częstochowska, Polska*

#### 1. Wprowadzenie

Zwiększająca się z każdym rokiem liczba ciężkich wypadków komunikacyjnych, przemysłowych i bytowych oraz pogarszający się stan zdrowia naszego społeczeństwa sprawia, że nieustannie zwiększa się zapotrzebowanie na usługi służby zdrowia.

Postęp wiedzy medycznej stwarza coraz większe możliwości ratowania zdrowia i życia ludzkiego, dlatego też rozpoznanie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i dostosowanie do nich struktury organizacyjnej ochrony zdrowia ma szczególne znaczenie.

Niezwykle istotne jest tutaj osobiste podejście i zaangażowanie pracujących w niej kadr fachowców. Stąd też i zakres działań jakimi obarcza się pracowników służby zdrowia, wykracza daleko poza mury szpitalne i ambulatoryjne, obejmuje środowiska mieszkalne, środowiska pracy, uwarunkowania rodzinne i genetyczne, dotyka sfer społecznych i psychicznych. Rozległe zadania obciążają kadrę lekarską i pomocniczo - lekarską, a także pracowników współdziałających ze służbami medycznymi. Mimo stale rosnącej liczby pracowników zatrudnionych w resorcie zdrowia, niewspółmiernie szybko rozwija się zakres podejmowanych przez nich zadań i oczekiwań społeczeństwa. Wynika to nie tylko z bezwzględnego wzrostu ludności objętej pełnymi bezpłatnymi świadczeniami społecznej służby zdrowia, ale także z dokonujących się przeobrażeń w świadomości społeczeństwa. Nie bez znaczenia jest również proces starzenia się ludności, który powoduje dodatkowe potrzeby w zakresie profilaktyki, leczenia oraz rehabilitacji, a często już tylko opieki.

Należy zwrócić uwagę na poważne trudności kadrowe w dziedzinie opieki zdrowotnej nad ludnością. Przy ogólnie wysokich kwalifikacjach kadr lekarskich i stałym dążeniu do ich stałego podnoszenia następuje relatywne obniżanie poziomu kwalifikacji personelu pomocniczego tj. pielęgniarek, laborantek, które z uwagi na szczególnie niskie uposażenie i związany z tym niski prestiż zawodu stanowią grupę pracowniczą ulegającą stałej dekwalfikacji.

Zespoły opieki zdrowotnej dla ogółu ludności obejmują opieką ponad 80% ludności Polski. Sprawność działania opieki zdrowotnej zależy w dużej mierze od dostępności udzielanych świadczeń. Poprawa dostępności świadczeń może być m.in. zrealizowana poprzez osiągnięcie odpowiedniego stanu zatrudnienia. W związku z tym bardzo zajmujące byłoby poznanie rzeczywistego stanu zatrudnienia w służbie zdrowia w województwie częstochowskim w latach 1990 - 1995. Również interesujące jest porównanie zatrudnienia personelu medycznego na terenie Polski i województwa częstochowskiego.

## **2. Zatrudnienie personelu medycznego w województwie częstochowskim na tle kraju**

Realizacja celów polityki ochrony zdrowia uzależniona jest od kadr, które decydują o funkcjonowaniu służby zdrowia i są postrzegane przez społeczeństwo jako osoby gotowe w każdej chwili zapomnieć o sobie, by myśleć o innych i nieść im pomoc.

Z przeprowadzonej analizy kształtowania się w Polsce i w województwie częstochowskim liczby personelu medycznego i związanego z nim wskaźnika kadr medycznych na 10 tys. ludności oraz liczby ludności przypadającej na 1 osobę personelu wynika, że zarówno w województwie częstochowskim, jak i w Polsce w latach 1990-1995 wzrastała liczba lekarzy medycyny i farmaceutów, malała natomiast liczba felczerów. Analizując pozostałe grupy personelu medycznego można zaobserwować zamiany w tendencji kształtowania się liczby zatrudnionych. W Polsce zmiany te następowały na przełomie lat 1992-1993. W początkowych trzech latach liczba zatrudnionych malała, w trzech następnych rosła. W przypadku lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych województwa częstochowskiego można mówić o innym charakterze tego zjawiska. Liczba zatrudnionych na tym obszarze stomatologów w stosunku do poziomu roku 1990 wzrosła o 1.6% w roku 1991, spadła o 4.4% w roku następnym. W roku 1993 kształtowała się na poziomie z okresu poprzedniego. W latach 1994-1995 zanotowano jej wzrost. Jedynie kadra pielęgniarska w całym badanym okresie powiększała swoje rozmiary. Niewielki wzrost zanotowano wśród położnych w 1991 roku, ale już w roku następnym ich liczba kształtowała się na poziomie roku 1990. Od tego czasu, aż do 1995 roku, utrzymywała się tendencja spadkowa.

Wskaźnik zatrudnionego personelu medycznego na 10 tys. ludności w Polsce i w województwie częstochowskim zachowywał się podobnie do przedstawionego w liczbach bezwzględnych zatrudnienia personelu medycznego.

Udział kadry medycznej województwa częstochowskiego w opiece zdrowotnej kraju w badanym okresie kształtował się na poziomie 1.9%. W tym lekarzy medycyny, lekarzy dentyków, farmaceutów i pielęgniarek przekracza 1.5%, felczerów 4.2%, zaś położnych 2.3%.

Lekarze nie tylko sprawują opiekę nad chorymi. Są również zatrudniani na stanowiskach kierowniczych. W dużej mierze od nich, tzn. od posiadanych przez nich umiejętności sprawnego kierowania zespołami ludzkimi zależy efektywność

funkcjonowania zespołów opieki zdrowotnej. Proces kierowania zoz jest szczególnie złożony, bowiem od dyrektora i jego zastępców wymaga się podejmowania decyzji o charakterze ekonomicznym, znajomości podstaw psychologii motywacji i postaw pracowniczych.

#### 4. Personel wyższy i średni

Zawód lekarza w opinii społecznej jest postrzegany dwojako: z jednej strony bierze się pod uwagę użyteczność tego zawodu i wykształcenie wykonujących go osób, z drugiej zaś - wysokość uzyskiwanych wynagrodzeń, uciążliwość wykonywania zawodu wynikającą zarówno z warunków pracy, jak i możliwości podejmowania decyzji co do sposobu użycia wysoce deficytowych zasobów i związanej z tym odpowiedzialności. Stąd też zawód lekarza utrzymuje się w społecznej hierarchii zawodów na bardzo wysokich pozycjach przede wszystkim z punktu widzenia kryterium pożyteczności pracy dla innych i niezbędności społecznej, lecz pod względem korzyści materialnych zawód ten nie jest oceniany wysoko. Nie najlepsza finansowa sytuacja opieki medycznej odbija się nie tylko na coraz gorszym stanie zdrowotnym. Materialna strona rzutuje nie tylko na pracę lekarzy, ale również pozostałego personelu medycznego. Przejawia się to zmniejszeniem wielkości wkładu pracy, obniżeniem stopnia intelektualnego i emocjonalnego, obniżeniem jakości świadczonych usług.

Znaczna liczba lekarzy prowadzi prywatną praktykę lekarską, która jest ich głównym źródłem utrzymania. Praca w państwowej służbie zdrowia jest znacznie mniej płatna, ale stanowi wymóg, który musi spełniać lekarz by nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu. Pracę w przychodniach czy ośrodkach zdrowia wielu z nich traktuje jako źródło swych przyszłych klientów w prywatnych gabinetach bądź prywatnych spółdzielniach lekarskich. W państwowych placówkach lekarze praktykujący prywatnie na ogół podchodzą do pacjentów dość oschle, zaś w swych gabinetach wykazują zainteresowanie ich chorobą.

Drugą nie mniej ważną grupą personelu medycznego są pielęgniarki. Pracują one na różnych stanowiskach. Niektóre z nich posiadają wykształcenie wyższe. Jest to grupa stosunkowo młoda (54.6% ogółu osób mieści się w przedziale wieku 35-45 lat), lecz mimo to posiadająca duże doświadczenie (dla 45.3% osób staż pracy wynosi 16-25 lat). Kadra magisterska pielęgniarstwa zajmuje stanowiska związane głównie z pracą dydaktyczną w charakterze: nauczycieli liceów medycznych, medycznych studiów zawodowych, nauczycieli akademickich na wydziałach pielęgniarzkich (tab.1).

Wśród pielęgniarek z wyższym wykształceniem 39.9% nie posiada specjalizacji. Pozostała grupa specjalizuje się m. in. w medycynie społecznej, organizacji ochrony zdrowia, organizacji pomocy społecznej, oświacie zdrowotnej.

Tabela 1

**Struktura magistrów pielęgniarstwa w Polsce wg zajmowanych stanowisk (stan na koniec III kwartału 1992r.).**

Miejsce pracy	Liczba magistrów pielęgniarstwa	
	w liczb. bezwzgl.	w procentach
Pielęgniarki i położne	294	10.7
Naczelne pielęgniarki położ. zastępcz.	421	15.4
Nauczyciele szkół średnich. policeal.	1023	37.4
Asystenci	383	14.0
Inne stanowiska	606	22.1
Brak danych	11	0.4
Razem	1402	51.2

Źródło: Jadwiga Kopczyńska - Sikorska, Jolanta Nowak, Franciszka Firka - „Charakterystyka demograficzno-zawodowa wydziałów pielęgniarstwa akademii medycznych w Polsce”, *„Zdrowie publiczne”* nr 7, 1993 rok, s. 279-283.

W wyniku analizy sytuacji zawodowej kadry magistrów pielęgniarstwa z podsystemu MAGISTER, zawierającego dane dotyczące absolwentów wydziałów pielęgniarstwa, zatrudnionych w uspołecznionych jednostkach ochrony zdrowia i opieki społecznej i obejmujących 2738 osób stwierdzono, że istnieje korelacja dodatnia między stażem zawodowym a wiekiem i wynosi 0.8449.

Bardzo ważną rolę w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych i społecznych ludności odgrywają osoby, które poza placówkami służby zdrowia sprawują opiekę medyczną. Są to pielęgniarki środowiskowe. Udzielają one pomocy zarówno osobom, które same zgłaszają się po poradę, jak i tym, które wymagają opieki domowej. Pielęgniarki środowiskowe współdziałają przede wszystkim z lekarzem i pracownikiem socjalnym. Dostarczają informacji wymaganych dla określenia stanu zdrowia, ustalenia rozpoznania i wytyczenia sposobu postępowania medycznego w indywidualnych i zbiorowych świadczeniach zapobiegawczych i leczniczych. Opracowują na podstawie informacji uzyskanych od lekarza, z innych źródeł oraz własnych obserwacji i wniosków, częściową diagnozę, tj. rozpoznania pielęgniarstwa, a następnie zorganizowania środowiska w sposób odpowiadający potrzebie i sytuacji. Wykonują zlecone zabiegi profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne. Pielęgniarka środowiskowa jednak w największym stopniu i w najbardziej bezpośredni sposób, spośród członków zespołu, kontaktuje się z pacjentami i jego środowiskiem. Zatrudnienie pielęgniarek środowiskowych w województwie częstochowskim przedstawiono w tabeli 2.

*Zatrudnienie pielęgniarek środowiskowych w latach 1990 - 1995.*

Lata	Liczba etatów	Liczba równoważników etatowego zatrudnienia	Liczba ludności przypadająca na 1 równoważnik etatowy
1990	251	250.2	6.217
1991	261	262.9	5.930
1992	241	236.0	6.677
1993	281	280.0	5.617
1994	278	278.8	5.645
1995	280	279.6	5.640

Źródło: materiały Wojewódzkiego Zespołu Metodycznego Opieki Zdrowotnej w Czwie.

Praca pielęgniarki środowiskowej odznacza się dość dużą samodzielnością. Polega ona m. in. na organizowaniu własnego kontaktu z pacjentem i środowiskiem, oddziaływaniu na pracę zespołu oraz wypracowywaniu właściwych metod działania. Najbardziej jednak charakterystyczną cechą samodzielności jest wypełnianie zadań nie wchodzących w zakres pracy lekarza lub innego personelu, opartych na metodach opracowanych przez same pielęgniarki. Pielęgniarka środowiskowa scala pojedyncze procedury, wiąże opiekę indywidualną i środowiskową. Jej integrująca rola polega również na poszukiwaniu nowych związków i zależności między poszczególnymi funkcjami, które zostały podzielone w wyniku specjalizacji.

Pielęgniarka środowiskowa z uwagi na ważną rolę jaką spełnia powinna posiadać dużą wiedzę i umiejętności z zakresu pielęgniarstwa oraz określony zasób wiadomości z niektórych nauk podstawowych, jak np. socjologia, psychologia, pedagogika czy prakseologia. Zwierzchnikiem pośrednim wobec personelu pielęgniarstwa w szpitalu jest ordynator. Jednak pracą pielęgniarek kieruje pielęgniarka oddziałowa. Podlega ona pod względem funkcjonalnym przełożonej pielęgniarek, która organizuje i nadzoruje opiekę pielęgniarstwa oraz pracę średniego i niższego personelu zatrudnionego w danej jednostce organizacyjnej służby zdrowia. Rola pielęgniarki oddziałowej sprowadza się do koordynowania działań pielęgniarstwa. Jej odpowiedzialność jest jednak pozorna, a samodzielność pielęgniarek w działaniu i podejmowaniu decyzji ograniczona do roli instrumentalnej. Pielęgniarka musi w pełni podporządkowywać się decyzjom lekarza, który ma prawo ingerować w działalność i praktykę pielęgniarstwa, choć z istoty swej funkcji winna być jego współpartnerem. W związku z powyższym nie przywiązuje ona wagi do czynności pielęgnacyjnych - opiekuńczych, nie przejawia własnych inicjatyw, przyjmuje postawę pasywną i wyczekującą, koncentrując się głównie na czynnościach instrumentalno-technicznych. I tak też pielęgniarki są postrzegane przez pacjentów.

W systemie ochrony zdrowia istnieje poprawny, choć stosowany niezwykle rzadko, model współpracy między lekarzem a pielęgniarką. Pozwala on na podwyższenie jakości usług świadczonych chorym, zwłaszcza w zakresie pielęgnacji. W modelu tym pielęgniarki mają wpływ na jakość sprawowanej przez nie opieki pielęgniarstwa, większą samodzielność w działaniu, ponoszą odpowiedzialność za swoją pracę.

#### 4. Wyniki analizy i ich omówienie

Dane dotyczące liczby zatrudnionych w wybranych jednostkach organizacyjnych służby zdrowia zostały zaczerpnięte z dokumentacji Zespołu Opieki Zdrowotnej - nr 1, nr 2, nr 3, Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego, Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia oraz Wojewódzkiego Zespołu Metodycznego Opieki Zdrowotnej - w Częstochowie, a także Zespołu Opieki Zdrowotnej w Blachowni i Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kłobucku. W analizie statystycznej zastosowano mierniki dynamiki (indeksy jednopodstawowe i łańcuchowe), jak również mierniki współzależności cech.

##### 4.1. Zatrudnienie wybranego personelu medycznego w województwie częstochowskim.

Przeprowadzone badania i analizy świadczą, iż zatrudnienie w służbie zdrowia w województwie częstochowskim jest zgodne z założeniami całej infrastruktury organizacyjnej ochrony zdrowia w Polsce. Rotacje w zatrudnieniu są spowodowane przyjmowaniem przez poszczególne jednostki organizacyjne dzielnic, gmin, przychodni czy pojedynczych poradni, jak również oddawaniem ww. placówek innym jednostkom.

Badaniu została poddana liczba zatrudnionych w powyższych placówkach medycznych służby zdrowia na terenie województwa częstochowskiego w latach 1990-1995. (tab. 3)

*Tabela 3*

*Pracujący w wybranych jednostkach organizacyjnych służby zdrowia w województwie częstochowskim w latach 1990-1995 w porównaniu do roku 1990 (a) oraz roku poprzedniego (b)*

Lata	ZOZ 1		ZOZ 2		ZOZ 3		WSzS		WSzZ		ZOZ lachownia		ZOZ Kłobuck	
	A	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
1990	100	-	100	-	100	-	100	-	100	-	100	-	100	-
1991	102.8	02.8	96.8	96.8	81.7	81.7	55.5	255.5	95.5	95.5	00.1	100.1	97.0	97.0
1992	101.6	98.9	94.9	98.0	82.6	01.1	88.2	112.8	96.7	01.3	00.1	100.0	98.2	01.3
1993	100.1	98.5	94.9	99.6	77.2	93.5	69.9	128.3	93.4	96.5	00.4	100.3	91.5	93.2
1994	121.7	21.7	03.2	109.2	85.9	11.3	46.3	120.7	77.8	83.4	93.1	92.7	92.0	00.6
1995	122.2	00.3	97.1	94.1	87.3	01.7	60.3	103.1	75.5	97.0	92.5	99.4	91.9	99.9

Źródło: Obliczenia własne na podstawie sprawozdań Z-01

W badanym okresie w ZOZ nr 1, na skutek zmian w strukturze możemy zaobserwować dwa przedziały czasowe. Pierwszy, z wyraźną tendencją spadkową, charakterystyczny jest dla okresu 1991-1993, drugi, dla którego liczba zatrudnionych wzrastała, obejmuje dwa pozostałe lata. Podział ten został spowodowany włączeniem z dniem 1.01.1994 r. w strukturę placówki czterech przychodni rejonowych. Na przestrzeni sześciu lat 1990-1995 liczba osób zatrudnionych w ZOZ nr 1 zwiększała się przeciętnie

rocznie o 4.1%. Niewielki wzrost liczby pracujących, w porównaniu z rokiem 1990 (1990=100), widoczny jest w trzech początkowych latach: w 1991 wynosił 2.8%, w 1992 roku - 1.6%, zaś w 1993 roku - 0.1%. W dwóch następnych, a więc w 1994 i 1995 roku, kiedy jak już wspomniałam wcześniej, w ramach pilotażu przejęto przychodnie rejonowe, nastąpił znaczny wzrost liczby zatrudnionych w porównaniu do roku przyjętego za podstawę. W 1994 roku wynosił on 21.7%, w rok później już 22.2%. W porównaniu do roku poprzedniego w latach 1991-1993 każdego roku liczba pracujących była mniejsza, w 1994 roku gwałtownie wzrosła (wzrost o 21.7%), zaś w ostatnim roku badania obserwowany wzrost był niewielki i wynosił 0.3%.

W ZOZ nr 2 przeciętne roczne tempo zmian liczby zatrudnionych wykazywało tendencję spadkową i wynosiło 0.6%. Objęcie zakresem działania w 1994 roku dzielnicy Dźbów przyczyniło się do wzrostu liczby pracowników w porównaniu do roku 1990 o 3.2%, natomiast w porównaniu do roku 1993 o 9.2%. Rok 1994 był jedynym rokiem wzrostu zatrudnienia w tej placówce. Przyczyny tego stanu rzeczy należy upatrywać m.in. w przekazaniu do WSzS w 1991 roku onkologii, rok później okulistyki, zaś w roku 1995 Ośrodka Dializoterapii.

Charakterystyczną cechą dla ZOZ nr 3 była wyrównana tendencja rozwojowa liczby zatrudnionych. Jej wielkość zmieniała się co dwa lata, spadając z chwilą przekazywania kolejnych jednostek organizacyjnych. Od dwóch lat tj. od roku 1994 obserwujemy tendencję wzrostową, jednak w porównaniu z rokiem 1990 przez cały czas przyrost zatrudnionych w zoz-ie był ujemny. W porównaniu do roku poprzedniego, oprócz wymienionych lat tj. 1994 - wzrost pracujących o 11.3% oraz 1995 - wzrost o 1.7%, nastąpił przyrost zatrudnionych również w roku 1992 o 1.1%. Zwiększanie się liczby pracowników w danej jednostce było spowodowane włączeniem do struktury organizacyjnej zespołu trzech placówek medycznych.

WSzS jest placówką medyczną służby zdrowia pozostającą w budowie. Co rok jest otwierany bądź przejmowany od innych jednostek medycznych co najmniej jeden oddział szpitalny, W wyniku tych działań liczba personelu zatrudnionego w szpitalu wzrastała. Przeciętne roczne tempo wzrostu liczby pracujących wynosiło 35.7%.

Na skutek zmian w strukturze WSzZ liczba zatrudnionych wykazywała tendencję spadkową. Jedynie w roku 1991 w porównaniu do roku 1991 liczba pracowników wzrosła o 1.3%. Przeciętnie roczne tempo zmian liczby pracujących było malejące i wynosiło 5.1%.

Liczba zatrudnionych w ZOZ w Błachowni i w ZOZ w Kłobucku w całym badanym okresie kształtowała się na prawie nie zmienionym poziomie. Przeciętne roczne tempo zmian liczby zatrudnionych w ZOZ w Błachowni było malejące i wynosiło 1.5%. Przeciętnie rocznie pracujących w ZOZ w Kłobucku ubywało o 1.7%.

Z przeprowadzonych badań wynika, że największe zmiany w zatrudnieniu odnotowano w ZOZ nr 1, ZOZ nr 3 i WSzZ w Częstochowie. Duże przemieszczenia miały miejsce również w WSzS, ale placówki tej nie można porównywać z innymi, gdyż ma ona inną strukturę organizacyjną i pozostaje od 1989 roku w budowie. Najmniejszą rotację zanotowano w ZOZ w Błachowni i ZOZ w Kłobucku oraz ZOZ nr 2 w Częstochowie

Inną nie mniej ważną przyczyną przemieszczania się pracowników służby zdrowia jest ich uposażenie. Pracownicy medyczni, a przede wszystkim lekarze i pielęgniarki,

próbują różnymi sposobami zwiększyć swoje niskie dochody. Często podejmują pracę w kilku ośrodkach jednocześnie: w jednym na pełnym etacie, w drugim w niepełnym wymiarze czasu pracy bądź też biorą dodatkowe dyżury w szpitalu. Konsekwencje takiego działania ponoszą pacjenci. Jednym ze sposobów przeciwdziałania tej niekorzystnej sytuacji jest definitywne dopasowanie zarówno mechanizmu kształtowania ogólnego poziomu płac, czyli określenie środków wynagrodzenia, jak i systemu płac, obejmującego normy i przepisy, za pomocą których ustala się płace.

Interesujące są odpowiedzi na pytania: „jak średnio zmieniał się udział zatrudnienia wybranego personelu służby zdrowia w siedmiu badanych placówkach medycznych województwa częstochowskiego od 1990 do 1995 roku” oraz „jaka była zależność pomiędzy zatrudnieniem tego personelu w analizowanych placówkach i w całym województwie, a jaka pomiędzy województwem częstochowskim i krajem”.

W tym celu wyznaczono:

$$\bar{y}_t = 54.92 + 0.26 t$$

W latach 1990-1995 udział zatrudnienia wybranego personelu służby zdrowia w rozpatrywanych placówkach województwa częstochowskiego wzrastał średnio z roku na rok o 0.26%.

$$r_1 = 0.986$$

Zależność pomiędzy zatrudnieniem wybranego personelu medycznego w siedmiu prezentowanych placówkach i w województwie częstochowskim była bardzo wysoka, korelacja była dodatnia

$$r_2 = 0.593$$

Zależność pomiędzy zatrudnieniem wybranego personelu medycznego w województwie częstochowskim i w całym kraju była znaczna, korelacja była dodatnia.

We wszystkich rozpatrywanych placówkach medycznych służby zdrowia większość pracowników stanowiły kobiety. Ich odsetek kształtował się w całym badanym okresie na poziomie 84.6%, podczas gdy dla mężczyzn wynosił 15.4%. Zwłaszcza jest to widoczne wśród personelu średniego i personelu niższego.

Pod względem wykształcenia dominującą grupą były osoby z wykształceniem wyższym, policealnym i średnim zawodowym oraz podstawowym.

Zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów kształtuje się wg potrzeb społecznych. Np. do pracy w dzielnicy 1000-lecia, w Częstochowie, wysyła się znacznie więcej lekarzy pediatrów niż lekarzy posiadających inne specjalności. Jest to bowiem dzielnica młoda z dużą liczbą młodych małżeństw i małych dzieci. W dzielnicach zamieszkiwanych w większości przez ludzi w podeszłym wieku przeważają kardiologzy i lekarze ogólni.

We wszystkich rozpatrywanych placówkach medycznych najczęściej było lekarzy ze specjalizacją chorób wewnętrznych, pediatrii, położnictwa i ginekologii, chirurgii ogólnej, okulistyki, neurologii, otolaryngologii i anestezjologii. Najmniej natomiast posiadających specjalizację z onkologii, chemioterapii nowotworowej, nefrologii, neurochirurgii, higieny i epidemiologii, medycyny szkolnej i medycyny sportowej. Nie wszyscy lekarze, głównie ci zatrudnieni w szpitalach, pracują na stanowiskach zgodnie ze swoim wykształceniem, wielu z nich posiada kilka stopni specjalizacji.



#### 4.2. Zatrudnienie personelu służby zdrowia w woj. częstochowskim na tle innych województw

Województwo częstochowskie należy do tych obszarów Polski, które nie cierpią na brak kadry medycznej. Plasuje się ono dość wysoko zarówno biorąc pod uwagę bezwzględną liczbę kadry medycznej, jak i ich liczbę przypadającą na 10 tys. ludności. W pierwszym przypadku zajmuje 15 miejsce wśród 49 województw naszego kraju, w drugim natomiast znajduje się na miejscu 13.

Z dokonanych obliczeń wynika, iż w całym badanym okresie zarówno w porównaniu do roku 1990, jak i roku poprzedniego wzrastała we wszystkich województwach liczba lekarzy i farmaceutów. Jedynie w roku 1991 w porównaniu do roku podstawowego (1990=100) liczba farmaceutów w województwie częstochowskim pozostała na nie zmienionym poziomie. Lekarzy dentyistów przybyło w województwie częstochowskim w porównaniu do roku przyjętego za podstawę obliczeń i roku poprzedniego w pierwszym, przedostatnim i ostatnim okresie badania, w roku 1993 w porównaniu do roku 1992 ich liczba nie zmieniła się. W pozostałych województwach wzrost stomatologów odnotowano w porównaniu do roku poprzedniego w trzech ostatnich latach badania. We wszystkich województwach w całym rozpatrywanym okresie nastąpił spadek liczby felczerów. W województwie częstochowskim każdego roku wzrastała liczba pielęgniarek. W pozostałych województwach ich liczba wzrosła w porównaniu do roku 1990 jedynie w dwóch ostatnich latach badania, a w porównaniu do roku poprzedniego w trzech ostatnich latach. Personel średni w osobach położnych zwiększył swoją liczbę w województwie częstochowskim w roku 1991, rok później natomiast kształtował się na poziomie z roku 1990. W innych województwach w porównaniu do roku podstawowego (1990=100) wzrost liczby położnych odnotowano w 1994 i 1995 roku, a w porównaniu do roku poprzedniego w latach 1993-1995.

Przeciętne roczne tempo zmian liczby rozpatrywanego personelu służby zdrowia wykazywało tendencję wzrostową zarówno w województwie częstochowskim, jak i w pozostałych w przypadku lekarzy odpowiednio o 3.0% i 1.8%, farmaceutów o 4.7% i 5.2% oraz pielęgniarek o 2.3% i 0.3%. Z roku na rok wzrastała w województwie częstochowskim liczba lekarzy dentyistów przeciętnie o 0.3%, a położnych w pozostałych województwach o 0.4%. Liczba felczerów i położnych w województwie częstochowskim zmniejszała się przeciętnie rok rocznie odpowiednio o: 11.0% oraz 1.0%, w pozostałych województwach tendencję malejącą odnotowano wśród dentyistów - 0.5% oraz felczerów - 13.6%.

#### 5. Zakończenie i wnioski

Znalezienie optymalnych rozwiązań w zakresie zaspokajania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa zależy przede wszystkim od personelu medycznego czy paramedycznego, choć niezwykle ważną rolę odgrywają w tym procesie również specjaliści kształtujący jakościową stronę zaspokajania potrzeb społeczeństwa, organizatorzy systemu opieki zdrowotnej oraz ekonomiści.

Zmiany organizacyjne, tzn. zmiany w strukturze jednostek organizacyjnych służby zdrowia, decydują bezpośrednio o liczbie zatrudnionego w nich personelu, który wywiera, oprócz środowiska naturalnego, duży wpływ na zachorowalność na niektóre

choroby. Szczególną rolę odgrywają w tym procesie lekarze i personel średni oraz wyposażenie placówek medycznych w środki techniczne. Rozszerzenie pola działalności powoduje wzrost liczby zatrudnionych. Im mniejszy teren działania, tym mniej osób dana placówka przyjmuje do pracy.

Opierając się na przeprowadzonych badaniach można powiedzieć, że największe zmiany w zatrudnieniu w województwie częstochowskim na przestrzeni lat 1990-1995 miały miejsce w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym, najmniejsze natomiast w Zespole Opieki Zdrowotnej nr 2. Odmienna struktura organizacyjna i ciągła rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nie pozwala na porównanie go z pozostałymi jednostkami organizacyjnymi.

Zebrane dane pozwalają stwierdzić, iż wśród pracowników rozpatrywanych jednostek służby zdrowia, posiadających najczęściej wykształcenie wyższe, policealne i średnie zawodowe, większość stanowiły kobiety.

O poziomie obsługi medycznej obywateli z znacznym stopniem decyduje zarówno poziom kwalifikacji służb medycznych, jak i wysokość przeznaczonych na ten cel nakładów i środków obrotowych. Wielu lekarzy posiada więcej niż jedną specjalizację, niektórzy z nich pracują niezgodnie ze swoim wykształceniem. Przyczyną tego stanu rzeczy jest niski poziom wynagrodzenia i brak odpowiednich miejsc pracy. Należy więc podnieść uposażenie pracowników medycznych, gdyż często wynikiem ich samodzielnego poszukiwania większych zarobków jest praca na kilku stanowiskach. Konsekwencje tego zaś ponoszą pacjenci.

Wszystkie zawarte w pracy badania i analizy dotyczą publicznej służby zdrowia. Trudności w zebraniu wiarygodnego materiału uniemożliwiły ukazanie sieci prywatnej służby zdrowia na terenie województwa częstochowskiego.

## 6. Bibliografia

1. Borkowska-Kawalas T., Pączkowska M. - „Opinie o pracy lekarzy rejonowych i oczekiwania wobec lekarzy rodzinnych (wyniki badania ankietowego wśród mieszkańców dzielnicy Zabłocie w Żywcu)”, „*Antidotum - Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej*” nr 2, 1995r., s. 56-58;
2. Dąbrowska M. - „Organizacja opieki pielęgniarskiej w szpitalu”, „*Antidotum - Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej*” nr 1, 1995r., s. 62-72;
3. Frackiewicz L. - „Polityka ochrony zdrowia”, PWE, Warszawa 1983r.;
4. Koczyńska-Sikorska J., Firka F., Nowak J. - „Miejsce i rola pielęgniarki środowiskowej w Polsce w aspekcie jej nowych zadań w zespole lekarza rodzinnego”, „*Zdrowie Publiczne*” nr 2, Warszawa 1993r., s. 87-90;
5. Materiały ZOZ nr 1, ZOZ nr 2, ZOZ nr 3, WSzS, WSzZ - w Częstochowie, ZOZ w Blachowni, ZOZ w Kłobucku, Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Częstochowie, Wojewódzkiego Zespołu Metodycznego Opieki Zdrowotnej w Częstochowie, Częstochowa 1996r.;
6. Rocznik Statystyczny Województw - lata 1991-1996, Warszawa;
7. Suchecka J. - „Modelowanie sfery ochrony zdrowia. Problemy i metody.”, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1992r.;
8. Windak A., Tomasik T., Mierzecki A., Ostrowska-Iwaniuk M. - „Kształtowanie poddyplomowe w zakresie medycyny rodzinnej trybem rezydentur w Polsce i

- Holandii – studium porównawcze”, „*Zdrowie Publiczne*” nr 6, Kraków 1994r., s. 201-205;
9. Wdowiak L., Kaniewska-Szumaska J., Walkowska K. - „Zespół opieki zdrowotnej Część II. Zasoby i kadry zoz-ów”, „*Zdrowie Publiczne*” nr 1, 1990r., s. 24-29;
- 10 Praca zbiorowa pod redakcją Tyszko P. - „Organizacja ochrony zdrowia”, *Warszawska Akademia Medyczna, Warszawa 1978r.*

## REKLAMA MEDIALNA W POLSCE STAN OBECNY I PERSPEKTYWY ROZWOJU

Marek Szajt

*Politechnika Częstochowska, Polska*

### Rola reklamy medialnej

Jako jedno z gałęzi działań marketingowych przedsiębiorstwa możemy potraktować reklamę firmy w szeroko zakrojonym sensie. Zawierałaby się w niej zarówno wizualizacja firmy jak i promocja jej wyrobów, kształtowanie marki, itp. W obecnych czasach obok prasy radia i telewizji pojawiła się także reklama multimedialna której bezpośrednim nośnikiem jest internet.

Reklama medialna została doceniona dość szybko, i obecnie ma ona znaczny wpływ na politykę marketingową firmy. W Polsce obserwujemy ciągły wzrost zarówno liczby ofert różnych stacji telewizyjnych jak również wzrost wydatków na reklamę za ich pośrednictwem. Nie trudno zauważyć rozwoju telewizji gdy liczba telewizyjnych stacji nadawczych wzrosła w ciągu ostatnich lat blisko dwukrotnie – z 86 w roku 1990 do 157 w roku 1997, zaś stacji satelitarnych nadawczo-odbiorczych 40 krotnie z 5 do 214 w tym samym czasie<sup>1</sup>. Łatwo też można powiązać z tym wzrost przychodów tych stacji z tytułu wyemitowania na ich łamach różnego rodzaju spotów reklamowych. Telewizja, prasa i radio są też środkami informacji posiadającymi największą moc informacyjną – będąc zarazem instytucjami informacyjnymi o największym zaufaniu społeczeństwa. Pomaga to niejednokrotnie w sposób celowy sterować odbiorcą wizualnym, czy słuchowym ukierunkowując jego zainteresowania w obranym przez nadawcę celu. Znając tę ogromną potęgę mediów reklamodawcy w nich właśnie inwestują ogromne fundusze mając nadzieję - popartą ciągłymi badaniami - na zwrot kosztów i zysk z tytułu sprzedaży dobrze zareklamowanego produktu. Badanie oglądalności telewizji i preferencji zakupów wyrobów znanych (wcześniej zareklamowanych) przez klientów dostarczyć może niejednokrotnie cennych uwag dla producentów, pomagając im opracować strategię na okresy przyszłe.

<sup>1</sup> Dane: Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 1998, GUS 1998