

PODLASKI MONITOR PŁAC

Podlaskie Obserwatorium
Rynku Pracy i Prognoz Gospodarczych

BADANIE PŁAC W SEKTORZE MEDYCZNYM



WOJEWÓDZKI URZĄD PRACY W BIAŁYMSTOKU

Białystok
2014



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY





BADANIE PŁAC W SEKTORZE MEDYCZNYM



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Autorzy:

dr Joanna Jończyk

dr Ewa Glińska

dr Katarzyna Krot

Badanie ilościowe płac w sektorze:

Dorota Gilejko

Opracowanie raportu:

Idenea Consulting Sp. z o.o.,

ul. M.C. Skłodowskiej 3, lok. 63,

15-094 Białystok

ISBN: 978-83-62258-61-1

© Copyright by Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku

Białystok 2014

Badanie zostało przeprowadzone w ramach projektu:
„Podlaskie Obserwatorium Rynku Pracy i Prognoz Gospodarczych”

Skład, druk i oprawa:

druk-24h.com.pl
DRUKARNIA CYFROWA

Białystok, ul. Zwycięstwa 10

tel. 85 653-78-04

e-mail: biuro@partnerpoligrafia.pl

Badanie i publikacja współfinansowane ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

SPIS TREŚCI

Wstęp	5
Rozdział I	
Charakterystyka sektora opieki zdrowotnej w województwie podlaskim z perspektywy krajowej i międzynarodowej.....	7
1.1. Rodzaje podmiotów leczniczych i klasyfikacja świadczeń zdrowotnych.....	9
1.2. Diagnoza sytuacji demograficzno-epidemiologicznej województwa	20
1.3. Struktura udzielanych świadczeń zdrowotnych i ich finansowanie	32
1.4. Analiza zasobów materialnych i ludzkich.....	60
Rozdział II	
Istota i determinanty wynagradzania pracowników sfery ochrony zdrowia.....	83
2.1. Istota wynagrodzenia w ujęciu ekonomicznym i prawnym oraz komponenty pakietu wynagrodzeń.....	85
2.2. Determinanty kształtowania polityki wynagrodzeń w sektorze opieki zdrowotnej.....	92
2.3. Specyfika i zasady wynagradzania w sektorze opieki zdrowotnej	99
2.4. Wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia w województwie podlaskim i Polsce na tle krajów OECD.....	106
Rozdział III	
Analiza poziomu wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia w świetle badania „Podlaski Monitor Płac”	121
3.1. Opis produktu „Podlaski Monitor Płac”	123
3.2. Poziom płac w sektorze ochrony zdrowia.....	125
3.3. Czynniki wpływające na poziom płac pracowników służby zdrowia	127
WYKAZ TABEL I WYKRESÓW	146
Tabele.....	146
Wykresy	149

WSTĘP

Publikacja jest efektem realizacji prac w ramach produktu „Podlaski Monitor Płac”, w projekcie „Podlaskie Obserwatorium Rynku Pracy i Prognoz Gospodarczych” Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Białymstoku, współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (POKL: Poddziałanie 8.1.4 - Przewidywanie zmiany gospodarczej). Wykonawcą badania jest Idenea Consulting Sp. z o.o. w Białymstoku.

Głównym celem opracowania była analiza aktualnych płac występujących w sektorze medycznym województwa podlaskiego. Badanie ilościowe płac zostało przeprowadzone przez Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku w 2013r.

Publikacja zawiera analizę danych pozyskanych w wyniku przeprowadzonego badania oraz analizy porównawcze oparte na danych pochodzących z analizy *Desk Research*. Ważnym jej elementem jest charakterystyka sektora w województwie podlaskim oraz analiza czynników wpływających na płace w tym sektorze. Zgromadzone dane dotyczące naszego regionu zostały zaprezentowane na tle innych regionów kraju, co umożliwia dokonywanie własnych analiz porównawczych w obrębie treści będących przedmiotem zainteresowania publikacji. W końcowej części opracowania zawarto wnioski będące efektem przeprowadzonego procesu analitycznego.

Wyrażamy przekonanie, że zaprezentowane wyniki badania, udostępnione treści i materiały o charakterze porównawczym, będą stanowiły solidny materiał informacyjny dla podmiotów funkcjonujących w sektorze jak i podmiotów sfery regulacji.

Autorki

ROZDZIAŁ I

CHARAKTERYSTYKA SEKTORA OPIEKI ZDROWOTNEJ W WOJEWÓDZTWIE PODLASKIM Z PERSPEKTYWY KRAJOWEJ I MIĘDZYNARODOWEJ

1.1. Rodzaje podmiotów leczniczych i klasyfikacja świadczeń zdrowotnych

Obowiązująca od 1 lipca 2011 r. ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.) – zwana dalej ustawą, wprowadziła do systemu opieki zdrowotnej nową nomenklaturę, usuwając z przepisów funkcjonujące od 20 lat w polskim systemie prawnym pojęcie *zakład opieki zdrowotnej*, a wprowadzając w to miejsce kategorie takie, jak: *podmiot leczniczy* oraz *działalność lecznicza*.

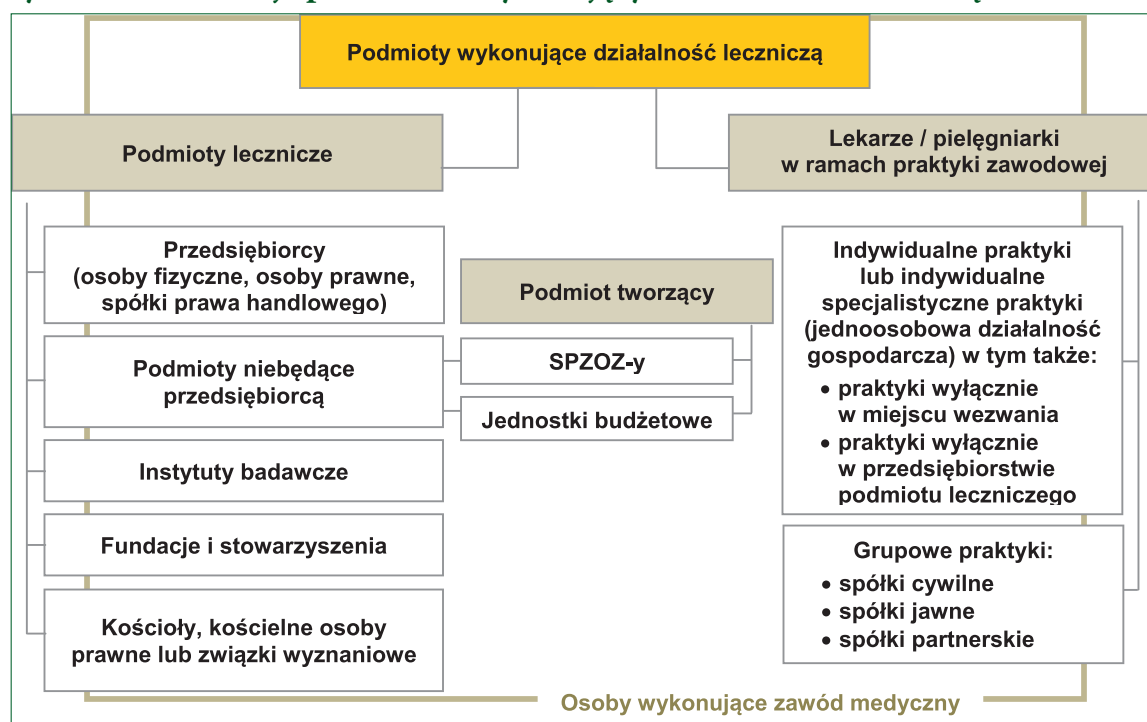
Z przyjętych regulacji wynika, że podmioty lecznicze mogą mieć różną formę prawną, w zależności od typu podmiotu, który podejmuje się udzielania świadczeń zdrowotnych. Samo pojęcie podmiotu leczniczego nie zostało jednak zdefiniowane wprost, a ustawodawca wskazał jedynie na rodzaje podmiotów uprawnionych do prowadzenia działalności leczniczej. Do katalogu **podmiotów leczniczych** zaliczono (art. 4 ust. 1 ustawy):

- przedsiębiorców w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 672, z późn. zm.) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej (m.in. osoby fizyczne, osoby prawne, spółki prawa handlowego);
 - podmioty niebędące przedsiębiorcą, tj. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ-y) i jednostki budżetowe, których podmiotem tworzącym jest minister, centralny organ administracji rządowej, wojewoda, jednostka samorządu terytorialnego albo uczelnia medyczna;
 - instytuty badawcze;
 - fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, a także jednostki organizacyjne tych stowarzyszeń posiadające osobowość prawną;
 - osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów dotyczących kościołów i związków wyznaniowych;
- w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Ustawa o działalności leczniczej włączyła wskazane powyżej podmioty lecznicze wraz z lekarzami (lekarzami dentystami) oraz pielęgniarkami (położnymi), wykonującymi zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, do wspólnej kategorii **podmiotów wykonujących działalność leczniczą** (art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy) – zob. rysunek 1.

Zdefiniowano także pojęcie **osoby wykonującej zawód medyczny**, wskazując, że jest to osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny (art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy).

Rysunek 1. Rodzaje podmiotów wykonujących działalność leczniczą



Źródło: Opracowanie własne na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Wykonywanie **zawodu lekarza** polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich, przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami. Natomiast wykonywanie **zawodu lekarza dentysty** polega na udzielaniu przedmiotowych świadczeń w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych¹. Lekarz specjalista (lekarz dentysta specjalista) to lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny zgodnie z roz-

¹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.), art. 2 ust. 1-2.

porządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2013 r. poz. 26).

Samodzielnymi zawodami medycznymi są zawody pielęgniar-ki i położnej. Wykonywanie **zawodu pielęgniar-ki** polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na: rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta, rozpoznawaniu jego problemów pielęgnacyjnych, planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem, samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych, realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, jak również edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia².

Wykonywanie **zawodu położnej** polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, określonych w art. 5 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniar-ki i położnej, w tym m.in. na: rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, prowadzeniu porodu fizjologicznego, przyjmowaniu porodów naturalnych, jak również sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem.

Podmioty lecznicze wykonują określony rodzaj działalności leczniczej w wyodrębnionych **przedsiębiorstwach** ujętych w jego strukturach, stanowiących jednostki lokalne w rozumieniu przepisów o statystyce publicznej i występujących w rejestrze REGON. Przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego klasyfikowane są według rodzaju świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom (zob. tabela 1).

² Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniar-ki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.), art. 4 ust. 1.

Tabela 1. Przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego według rodzaju udzielanych świadczeń

Lp.	Świadczenia zdrowotne	Przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego
1	stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne	• szpitale
2	stacjonarne i całodobowe świadczenia inne niż szpitalne	• zakłady opiekuńczo-lecznicze • zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze • zakłady rehabilitacji leczniczej • hospicja
3	świadczenia ambulatoryjne	• przychodnie • poradnie • ośrodki zdrowia • medyczne laboratoria diagnostyczne • zakłady diagnostyczne

Źródło: Opracowanie własne na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

W 2012 r. do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) prowadzonego przez Wojewodę Podlaskiego wpisanych było **720 podmiotów leczniczych** (stan na dzień 31 XII 2012), prowadzących działalność leczniczą na obszarze województwa podlaskiego w różnych formach organizacyjno-prawnych, w tym:

- 63 podmioty niebędące przedsiębiorcą (38 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i 25 jednostek budżetowych);
- 641 podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami, udzielającymi świadczeń zdrowotnych w ramach:
 - działalności gospodarczej prowadzonej przez osobę fizyczną – 356 podmiotów;
 - spółek cywilnych – 124;
 - spółek prawa handlowego – 161 (118 spółek osobowych oraz 43 spółki kapitałowe, w tym: 1 spółka z udziałem jednostki samorządu terytorialnego tj. Szpital Powiatowy w Zambrowie spółka z o.o.);
- 13 podmiotów prowadzonych przez fundacje, samorządy zawodowe, stowarzyszenia albo spółdzielnie oraz 3 podmioty prowadzone przez kościelne osoby prawne.

Tabela 2. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej województwa podlaskiego. Stan w dniu 31 XII 2012

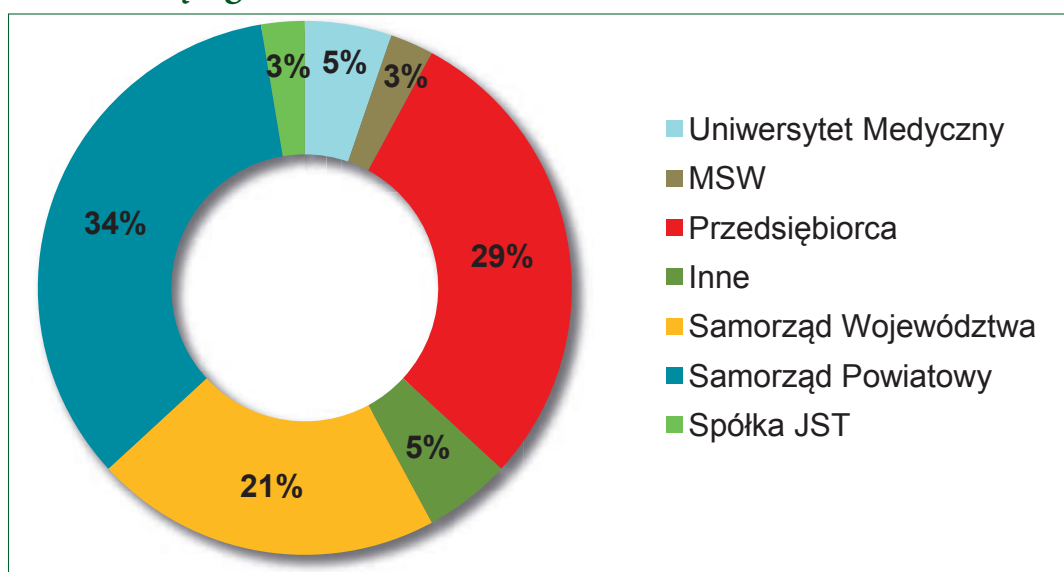
Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej		Podmiot tworzący
1	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku	Minister Spraw Wewnętrznych
2	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3	Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku	Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku	Województwo Podlaskie
5	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży	Województwo Podlaskie
6	Szpital Wojewódzki im. dr Ludwika Rydygiera w Suwałkach	Województwo Podlaskie
7	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. K. Dłuskiego z siedzibą w Białymstoku	Województwo Podlaskie
8	Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku	Województwo Podlaskie
9	Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Białymstoku	Województwo Podlaskie
10	Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy	Województwo Podlaskie
11	Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach	Województwo Podlaskie
12	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Rehabilitacji w Suwałkach	Województwo Podlaskie
13	Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży	Województwo Podlaskie
14	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie	Powiat Augustowski
15	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim	Powiat Bielski
16	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach	Powiat Białostocki
17	Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie	Powiat Grajewski
18	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	Powiat Hajnowski
19	Szpital Ogólny w Kolnie	Powiat Kolneński
20	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach	Powiat Moniecki
21	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach	Powiat Sejneński
22	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach	Powiat Siemiatycki

Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej		Podmiot tworzący
23	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej	Powiat Sokółski
24	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce	Powiat Sokółski
25	Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem	Powiat Wysokomazowiecki
26	Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku	Miasto Białystok
27	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. E. Jelskiego w Knyszynie	Gmina Knyszyn
28	Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Białymstoku	Minister Obrony Narodowej
29	Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Białymstoku	Minister Zdrowia
30	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku	Województwo Podlaskie
31	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łomży	Województwo Podlaskie
32	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach	Województwo Podlaskie
33	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Suwałkach	Województwo Podlaskie
34	Samodzielny Publiczny Zakład Opiekuńczo-Lecznicy dla Dzieci i Młodzieży z siedzibą w Baciach Średnich	Województwo Podlaskie
35	Podlaski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Białymstoku	Województwo Podlaskie
36	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Długoterminowej z siedzibą w Augustowie	Powiat Augustowski
37	Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Grajewie	Powiat Grajewski
38	Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Szczuczynie	Powiat Grajewski
39	Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Łomży	Powiat Łomżyński
40	Samodzielny Publiczny Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Krynkach	Powiat Sokółski
41	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lipsku	Gmina Lipsk
42	Samodzielny Publiczny Gminny Ośrodek Zdrowia w Puńsku	Gmina Puńsk

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w RPWDL oraz w *Ocenie Zabezpieczenia Opieki Zdrowotnej w Województwie Podlaskim w 2012 roku*, Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2013.

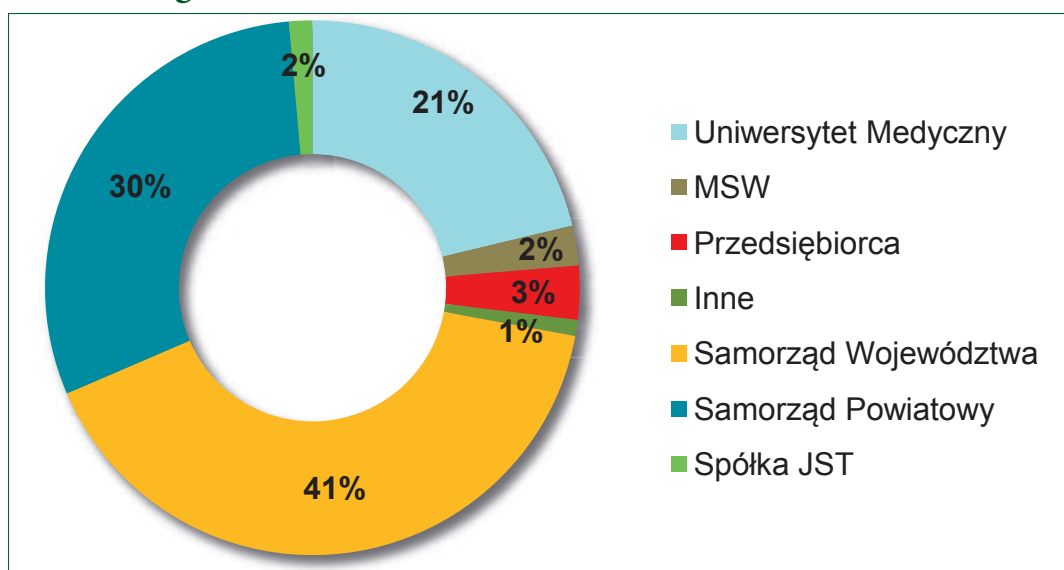
Na gruncie ustawy o działalności leczniczej szpital, zdefiniowany jest jako zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (art. 2 ust. 1 pkt 8 i 9 ustawy).

Wykres 1. Podział szpitali w województwie podlaskim wg podmiotu tworzącego/właściciela. Stan w dniu 31 XII 2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: *Diagnoza sytuacji demograficzno-epidemiologicznej w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2013.

Wykres 2. Podział łóżek w województwie podlaskim wg podmiotu tworzącego/właściciela. Stan w dniu 31 XII 2012



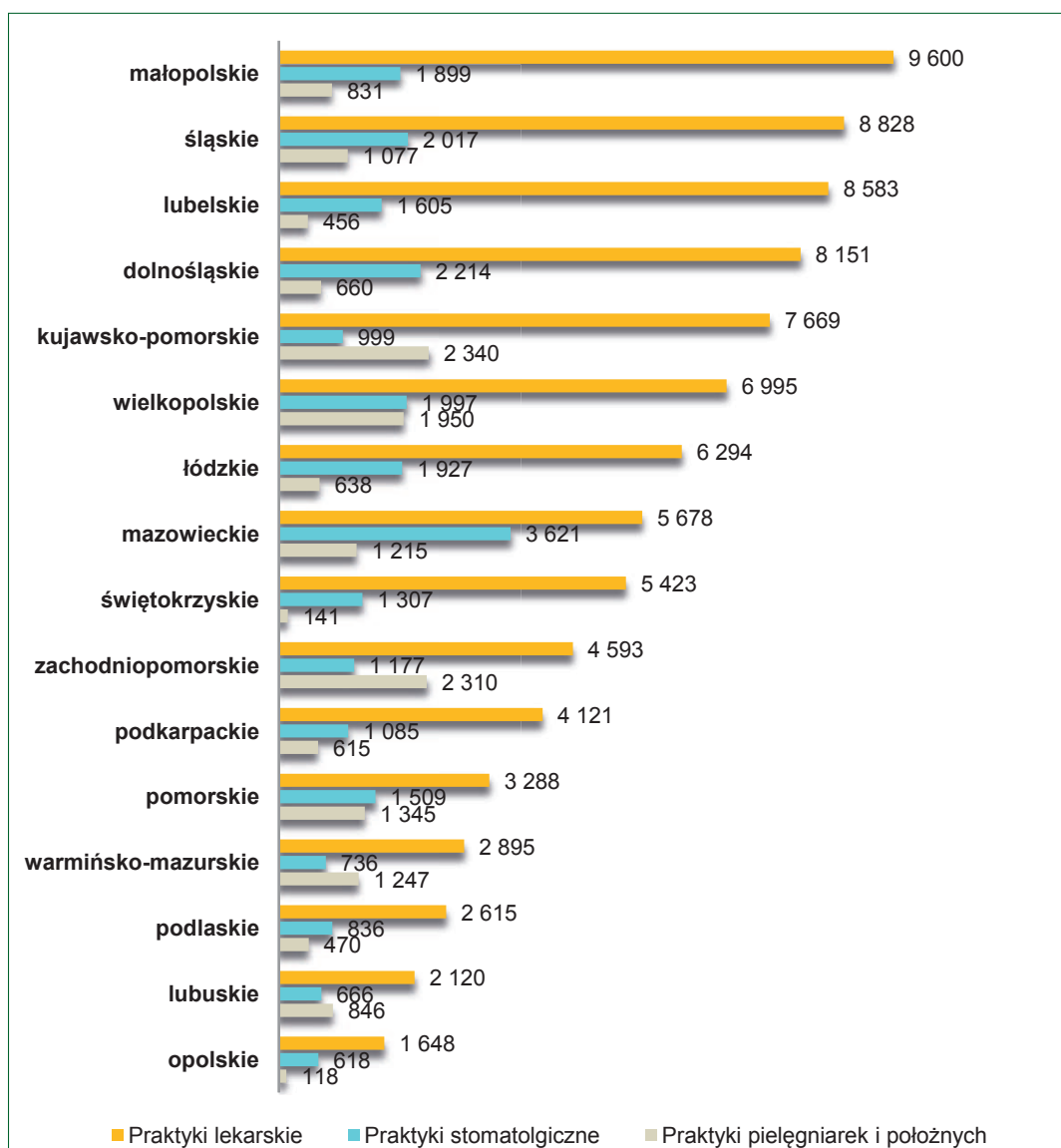
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: *Diagnoza sytuacji demograficzno-epidemiologicznej w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2013.

Większość szpitali w województwie podlaskim jest prowadzona w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego (tj. samorządu powiatowego – 34% szpitali, samorządu wojewódzkiego – 21%). W tej grupie szpitali znajduje się 71% ogólnej liczby łóżek. Około 29% szpitali na obszarze województwa jest prowadzonych przez przedsiębiorców.

Dostęp do ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych mieszkańcom Podlasia zapewniają oprócz podmiotów leczniczych również podmioty prowadzące działalność w formie praktyki zawodowej. W 2012 roku w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Okręgową Izbę Lekarską w Białymstoku wpisanych było ogółem **3539 praktyk lekarzy i lekarzy dentystów** (stan na dzień 31 XII 2012), wykonujących działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej (indywidualne praktyki lekarskie, indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie), bądź też spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska (odmienne dane prezentuje GUS – zob. wykres 3).

Z kolei z danych zawartych w RPWDL prowadzonym przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku, Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łomży oraz Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Suwałkach wynika, że w 2012 roku na obszarze województwa funkcjonowały **364 praktyki pielęgniarek i położnych**, w tym: 159 praktyk zostało wpisanych przez organ rejestrowy w Białymstoku, 137 – w Łomży, 68 – w Suwałkach (stan na dzień 31 XII 2012).

Wykres 3. Praktyki zarejestrowane w izbach lekarskich i pielęgniarskich w Polsce. Stan w dniu 31 XII 2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: *Zdrowie i ochrona zdrowia 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013.

Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, to jest na podejmowaniu działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub odrębnych przepisów regulujących zasady ich wykonywania (art. 3 ust. 1 i art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy). Równocześnie, działalność lecznicza może polegać na promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz promocją zdrowia (art. 3 ust. 2 ustawy). Ustawodawca wskazał przy tym jednoznacznie (art. 16 ustawy), że działalność

lecnicza – z wyłączeniem działalności podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej oraz działalności wykonywanej jako działalność pożytku publicznego lub działalność charytatywno-opiekuńcza – jest działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej.

Rodzajami działalności leczniczej są (art. 8 ustawy o działalności leczniczej):

- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne **szpitalne**,
- stacjonarne i całodobowe świadczenia **inne niż szpitalne**,
- **ambulatoryjne** świadczenia zdrowotne.

Świadczenie szpitalne to kompleksowe świadczenia zdrowotne, wykonywane całodobowo w szpitalu, polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin (art. 2 ust. 1 pkt 11 ustawy).

Stacjonarne i całodobowe **świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne** obejmują szereg świadczeń udzielanych pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach – w tym: świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, (art. 2 ust. 1 pkt 12 ustawy). Zgodnie z ustawą, świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne udzielane są w zakładach opiekuńczo-leczniczych, w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, w zakładach rehabilitacji leczniczej oraz w hospicjach (art. 12 ust. 1 ustawy). Ponadto obejmują one świadczenia polegające na sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów, oraz świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, które mogą być udzielane także wyłącznie w warunkach domowych (art. 9 ust. 2 ustawy).

Do **ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych** zalicza się świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, które są udzielane w przypadku, gdy pacjent nie wymaga leczenia w trybie stacjonarnym i całodobowym w od-

powiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu (art. 10 ustawy). Działalność lecznicza w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmuje swoim zakresem także wykonywanie badań diagnostycznych w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego (art. 11 ustawy).

Świadczenia ambulatoryjne udzielane są zazwyczaj w ambulatorium (przychodni, poradni, ośrodka zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych), a także w zakładzie badań diagnostycznych albo medycznym laboratorium diagnostycznym (art. 12 ust. 3 ustawy). Udzielanie tych świadczeń może odbywać się zarówno w pomieszczeniach przedsiębiorstwa, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania świadczeń ambulatoryjnych (mammobusy, cytobusy), lub w miejscu pobytu pacjenta (art. 10 ustawy).

1.2. Diagnoza sytuacji demograficzno-epidemiologicznej województwa

Profil demograficzno-społeczny

Województwo podlaskie jest jednym z najsłabiej zaludnionych województw w Polsce. W końcu 2012 r. liczba ludności Podlasia wynosiła 1 198 690 osób (tj. 3,1% ogółu ludności Polski), z czego 60,3% populacji stanowiła ludność miejska (723 303 osoby w 40 miastach na obszarze województwa), zaś 39,7% – ludność wiejska (475 387 osób). W stosunku do roku poprzedniego odnotowano ubytek ludności na terenach wiejskich o 0,3%. Podlaskie znalazło się tym samym na 14. miejscu w kraju pod względem liczby ludności, wyprzedzając jedynie województwa opolskie i lubuskie. Gęstość zaludnienia w województwie podlaskim jest najniższa w Polsce i wynosi 59 osób na 1 km² (średnia krajowa w 2012 r. – 123 osoby na 1 km²).

Tabela 3. Ludność województwa podlaskiego w latach 2008-2012 (stan w dniu 31 XII)

Ludność	2008	2009	2010	2011	2012
miasto	710 073	715 761	717 781	724 027	723 303
wieś	481 397	473 970	470 548	476 955	475 387
OGÓŁEM	1 191 470	1 189 731	1 188 329	1 200 982	1 198 690

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych [w:] *Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie podlaskim w 2010 r.*, Urząd Statystyczny, Białystok 2011, oraz danych GUS.

Pod względem administracyjnym województwo podlaskie dzieli się na 14 powiatów ziemskich, 3 miasta na prawach powiatu (Białystok, Łomża, Suwałki) oraz 118 gmin. Najwięcej osób zamieszkuje Białystok – 294 921 osób (tj. 2 888 osób na 1 km² w 2012 r.), powiat białostocki (144 388 osób) oraz sokólski (71 128 osób). Liczba mieszkańców Suwałk wynosi 69 404 osób, przy czym na 1 km² przypada 1 059 osób, natomiast Łomżę zamieszkuje 62 812 osób (1 923 na 1 km²). Najsłabiej zaludnione są powiaty: sejneński (20 963 osób), suwalski (36 024 osób) i kolneński (39 928 osób).

Struktura ludności według płci w województwie podlaskim od kilku lat nie ulega większym zmianom. W dalszym ciągu utrzymuje się nieznaczna przewaga liczebna kobiet nad mężczyznami. W 2012 r. kobiety stanowiły 51,2% ogółu mieszkańców Podlasia (613 849 osób), natomiast

mężczyźni – 48,8% (584 841 osób). Współczynnik feminizacji w województwie wynosi 105 kobiet na 100 mężczyzn (w Polsce – 107), zaś w podziale na miasta i wieś – odpowiednio 110 i 98.

Tabela 4. Ludność województwa podlaskiego według płci w latach 2008-2012 (stan w dniu 31 XII)

	OGÓŁEM	Mężczyźni	Kobiety
2008	1 191 470	580 313	611 157
2009	1 189 731	579 247	610 484
2010	1 188 329	578 687	609 642
2011	1 200 982	586 078	614 904
2012	1 198 690	584 841	613 849

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w *Rocznikach Statystycznych*, GUS, Warszawa 2009-2013.

W końcu 2012 r. na Podlasiu, podobnie jak w innych regionach kraju – po czterech kolejnych latach (2008-2011), w których stwierdzono dodatni przyrost rzeczywisty ludności (stanowiący sumę przyrostu naturalnego ludności oraz salda migracji wewnętrznych i zagranicznych) – liczba mieszkańców ponownie uległa zmniejszeniu (spadek o 0,2% w stosunku do 2011 r.).

Tabela 5. Przyrost naturalny w województwie podlaskim w latach 2008-2012 (na 1 tys. ludności)

	2008	2009	2010	2011	2012
Urodzenia żywe	9,99	10,22	10,0	9,28	9,30
Zgony	9,74	10,19	9,91	9,69	9,88
Przyrost naturalny	0,25	0,03	0,10	-0,41	-0,58

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w *Rocznikach Statystycznych*, GUS, Warszawa 2009-2013.

W 2012 r. w województwie podlaskim odnotowano 11 161 urodzeń żywych (2012 r.), co stanowiło o 0,1% więcej niż w 2011 r. i aż o 7,6% mniej niż w roku 2000. W tym samym czasie zmarło 11 856 osób, tj. o 1,8% więcej niż przed rokiem, w 46 przypadkach były to niemowlęta. Wśród zmarłych przeważali mężczyźni (54,4% omawianej populacji), zaś wiek środkowy osób zmarłych wynosił: 73 lata – dla mężczyzn i 82,6 lat – dla kobiet, 75,6 lat – dla mieszkańców miast i 80,2 dla mieszkańców wsi.

Najczęstszą przyczyną zgonów populacji Podlasia w 2011 r. były choroby układu krążenia, stanowiące 43,5% ogólnej liczby zgonów (w Polsce – 45,2%) oraz choroby nowotworowe – 24,5% (w Polsce – 25,6%). Umieralność w wyniku chorób układu krążenia jest wyższa wśród kobiet (51,0%) niż mężczyzn (36,9%), inaczej niż w przypadku chorób nowotworowych, które częściej były przyczyną zgonów mężczyzn (25,5%) niż kobiet (23,3%). Ponadto 7,0% wszystkich zgonów w województwie spowodowanych było przyczynami zewnętrznymi takimi, jak: wypadki komunikacyjne, urazy, zatrucia, samobójstwa czy zabójstwa.

W rezultacie powyższego w 2012 r. – analogicznie jak w roku poprzednim – odnotowano ujemny przyrost naturalny ludności województwa podlaskiego (różnica między liczbą urodzeń żywych i zgonów w danym okresie). W przeliczeniu na 1000 mieszkańców regionu ukształtował się on na poziomie minus 0,58, przy czym wskaźnik przyrostu naturalnego w miastach przyjął wartość dodatnią (1,14), zaś na terenach wiejskich ujemną (minus 3,19). W Polsce tendencja była odwrotna – ujemny wskaźnik przyrostu naturalnego występował w miastach (minus 0,39), natomiast na wsi był dodatni i wynosił 0,70 (wskaźnik ogólnokrajowy wynosił 0,04).

Niepokojącym zjawiskiem demograficznym jest sukcesywny wzrost wieku środkowego (tzw. mediany wieku) statystycznego mieszkańca Podlasia, który w końcu 2009 r. wynosił 37,7 lat, w roku 2010 – 38,1, w 2011 r. – 38,4, zaś w 2012 r. – 38,8 lat (w Polsce – 38,7 lat). Wskaźnik ten określa przeciętny wiek osób w danej zbiorowości, obrazując proces starzenia się społeczeństwa. W 2012 r. wiek środkowy kobiet w województwie wynosił 40,8 lat, i był znacznie wyższy niż u mężczyzn – 37,0 lat. Ponadto, ludność zamieszkała na terenach wiejskich Podlasia jest statystycznie starsza od mieszkańców miast – odpowiednio mediana wieku 39,2 lat i 38,6 lat. Jest to sytuacja odwrotna niż w skali kraju, gdzie wiek środkowy osób mieszkających w miastach wynosi – 39,9 lat, zaś na terenach wiejskich – 36,9 lat.

W rezultacie procesów demograficznych zachodzących w województwie odnotowuje się stały spadek populacji dzieci i młodzieży. W 2012 r. stosunek liczby osób w wieku poniżej 18 lat do ogólnej populacji mieszkańców województwa podlaskiego wynosił 18,2% (w 2008 – 19,7%, w 2009 – 19,2%, w 2010 – 18,8%, w 2011 – 18,6%). Tym samym postępuje spadek liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym, a w wiek produkcyjny wkraczają coraz mniej liczne roczniki osiemnastolatków.

Tabela 6. Ludność województwa podlaskiego według ekonomicznych grup ludności w latach 2008-2012 (stan w dniu 31 XII)

	OGÓŁEM	wiek przedprodukcyjny		wiek produkcyjny		wiek poprodukcyjny	
		w liczbach bezwzględnych	w proc.	w liczbach bezwzględnych	w proc.	w liczbach bezwzględnych	w proc.
2008	1 191 470	235 100	19,7	751 379	63,1	204 991	17,2
2009	1 189 731	228 714	19,2	754 096	63,4	206 921	17,4
2010	1 188 329	223 343	18,8	755 651	63,6	209 335	17,6
2011	1 200 982	223 301	18,6	764 749	63,7	212 932	17,7
2012	1 198 690	218 452	18,2	763 271	63,7	216 967	18,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w *Rocznikach Statystycznych*, GUS, Warszawa 2009-2013.

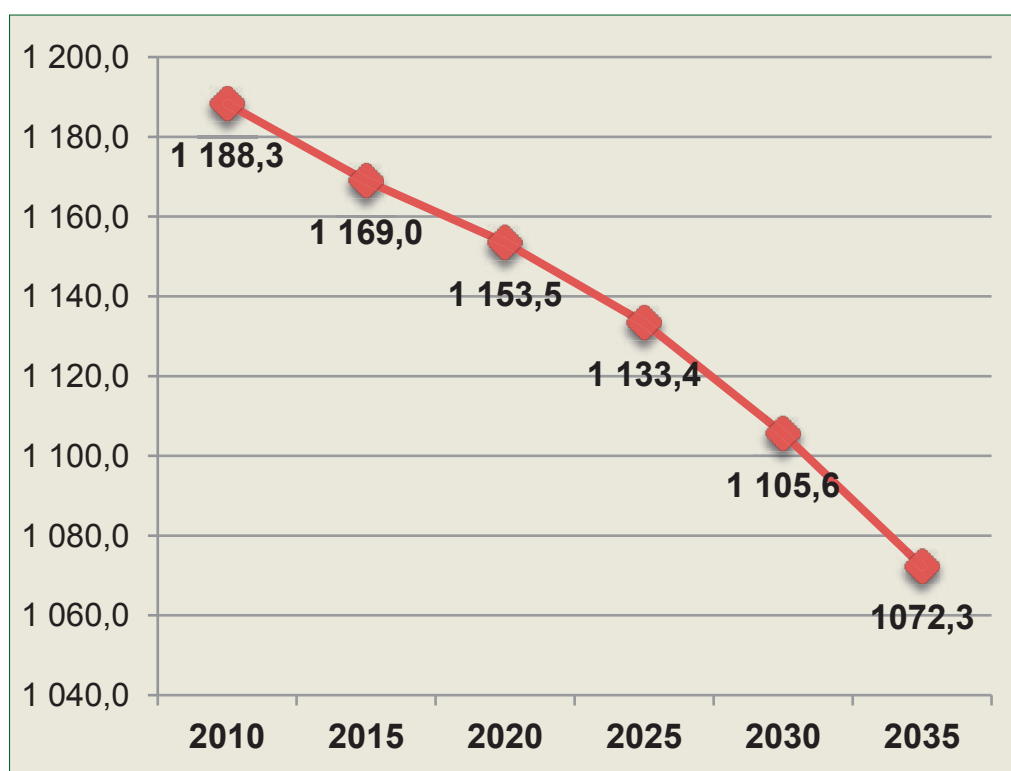
Zmiany można zauważyć również wśród mieszkańców Podlasia w wieku zdolności do pracy tj. w wieku produkcyjnym (kobiety w wieku 18-59 lat, mężczyźni – 18-64 lat). Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat (od 2000 roku) obserwowano wzrost odsetka ludności województwa w wieku produkcyjnym do ludności ogółem. Proces ten uległ jednak zahamowaniu i w latach 2011 i 2012 osoby w wieku produkcyjnym stanowiły 63,7% populacji województwa. Postępujące starzenie się zasobów siły roboczej obrazuje także stopniowe zwiększanie się udziału ludności w wieku niemobilnym (tj. mężczyźni w wieku 45-64 lata, kobiety w wieku 45-59 lat) w ogólnej populacji osób w wieku produkcyjnym. Dane za 2012 r. wskazują, że wskaźnik ten wynosił w województwie 37,3% (w 2009 – 36,7%, w 2010 – 36,9%, w 2011 – 37,2%). Odnotowuje się także systematyczny wzrost liczby osób w wieku emerytalnym (mężczyźni – 65 lat i więcej, kobiety – 60 lat i więcej). W końcu 2012 r. udział ludności w wieku poprodukcyjnym w liczbie ludności ogółem osiągnął poziom 18,1% i był wyższy w stosunku do roku 2008 o 0,9 pkt proc. Dalsze zwiększanie się udziału osób starszych w populacji województwa podlaskiego jest nieuchronne.

Relacje między poszczególnymi grupami wieku ludności stają się z roku na rok coraz bardziej niekorzystne w aspekcie demograficznym. Tak zwany współczynnik obciążenia demograficznego tj. liczba osób w wieku nieprodukcyjnym przypadająca na 100 osób w wieku produkcyjnym w województwie podlaskim w 2012 r. wynosił 57,0 (w Polsce – 56,6). W końcu 2000 r. współczynnik ten wynosił 73.

„Prognozy ludności na lata 2008-2035” Głównego Urzędu Statystycznego przewidują systematyczne zmniejszanie się populacji województwa podlaskiego, przy czym tempo spadku będzie coraz większe.

Zakłada się, że w 2020 r. liczba mieszkańców Podlasia osiągnie poziom 1153,5 tys. osób, natomiast w 2035 r. – 1072,3 tys. osób, co oznacza spadek o 10,55% w odniesieniu do stanu liczby ludności odnotowanego w 2012 r. Wyjątek stanowi powiat białostocki, gdzie przewiduje się wzrost liczby ludności o 4,65% do poziomu 151 104 mieszkańców w 2035 r., oraz miasto Suwałki, gdzie przewidywane są wahania ogólnej liczby mieszkańców (wzrost w latach 2020 i 2025, a następnie spadek w 2035 r.).

Wykres 4. Prognoza liczby ludności województwa podlaskiego (w tys.) do 2035 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w *Rocznikach Statystycznych*, GUS, Warszawa 2011.

W prognozowanym okresie liczba osób w wieku produkcyjnym będzie ulegać stopniowemu zmniejszaniu się z poziomu 756 tys. w 2010 r. do 603 tys. w 2035 r. Starzenie się społeczeństwa spowoduje też wyraźny spadek ludności w przedziale wiekowym 18-44 lata (ludność w wieku mobilnym).

Podsumowując, do 2035 r. przewiduje się pogłębianie niekorzystnych zmian demograficznych w regionie tj.:

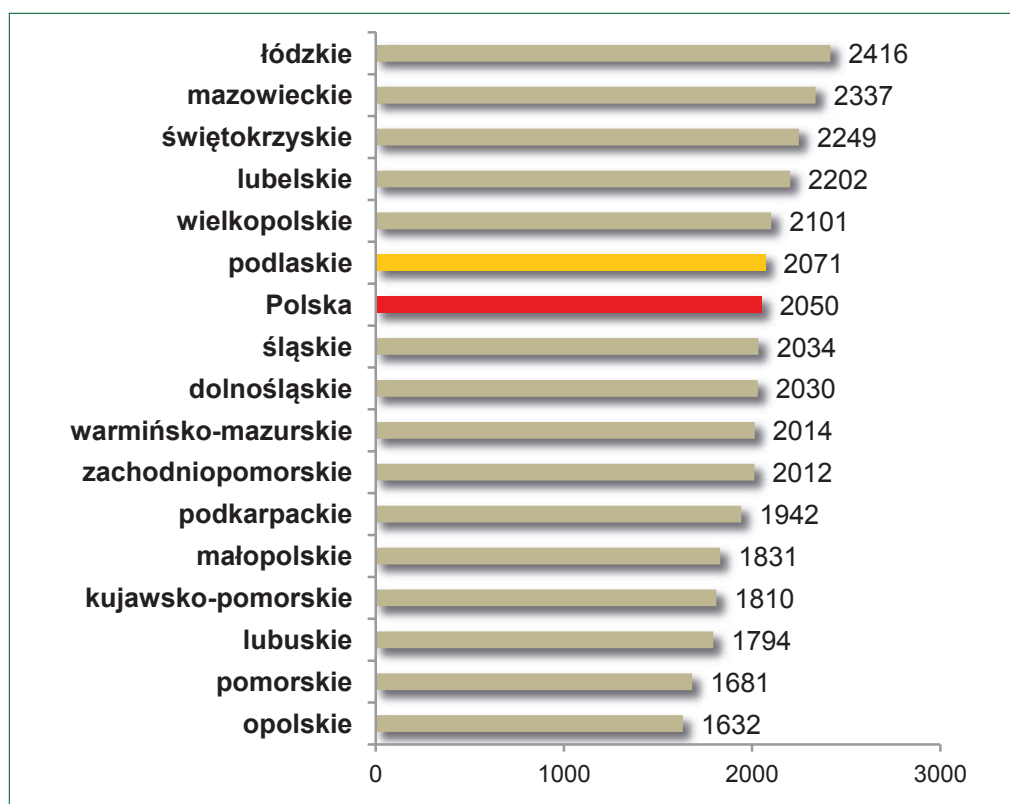
- starzenie się społeczeństwa,
- starzenie się zasobów siły roboczej,

- zmniejszanie się liczby i udziału osób w wieku produkcyjnym w ogólnej populacji ludności,
- wzrost współczynnika obciążenia demograficznego.

Z danych dotyczących sytuacji demograficzno-zdrowotnej województwa podlaskiego jednoznacznie wynika, że będzie następował dalszy dynamiczny wzrost liczby osób powyżej 65 roku życia. Uwarunkowania te wiążą się z koniecznością podjęcia odpowiednich działań w sferze ochrony zdrowia, w tym zwłaszcza w zakresie profilaktyki prozdrowotnej oraz promocji diagnostyki wczesnego wykrywania chorób. Należy zatem przyjąć, że starzenie się społeczeństwa będzie generowało wyższe koszty opieki zdrowotnej, w tym opieki nad ludźmi starszymi.

Sytuacja zdrowotna ludności

W województwie podlaskim na 10 tys. mieszkańców przypada 2 071 osób hospitalizowanych (2012 r.). Wskaźnik ten jest wyższy od średniej krajowej, która kształtuje się na poziomie 2050 pacjentów na 10 tys. ludności. Więcej pacjentów w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwach: łódzkim, mazowieckim, świętokrzyskim, lubelskim i wielkopolskim, najmniej w województwie opolskim.

Wykres 5. Liczba leczonych na 10 tys. ludności według województw. Stan w dniu 31 XII 2012

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych [w:] Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2012 r., GUS, Warszawa 2013.

Ze sprawozdań MZ-11 przekazanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej za lata 2008 i 2012 wynika, że w województwie podlaskim w 2012 r. odnotowano znaczący wzrost liczby osób, u których zdiagnozowano następujące schorzenia: choroby obwodowego układu nerwowego (169,2% przypadków więcej niż w 2008 r.), choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (144,2%), przewlekłe choroby układu trawiennego (133,2%), niedokrwistość (126,8%), choroby tarczycy (66,9%), nowotwory (50,9%), choroby układu krążenia (50,4%) – w tym: choroba nadciśnieniowa (70,1%), niedokrwienność serca (27,9%) i choroba naczyń mózgowych (16,1%), przewlekły nieżyt oskrzeli, dyshazę oskrzelową (29,2%) oraz cukrzycę (28,9%). Spadek zachorowań stwierdzono jedynie w przypadku przewlekłej choroby reumatycznej (spadek o 48,9%) i gruźlicy (30,5%).

Tabela 7. Schorzenia występujące u dorosłych mieszkańców województwa podlaskiego, będących pod opieką lekarza POZ (rodzinnego) w 2008 r. i 2012 r.

Rozpoznanie		Osoby, u których stwierdzono schorzenia (stan w dniu 31 XII)			
		2008		2012	
		OGÓŁEM	w tym po raz pierwszy w danym roku	OGÓŁEM	w tym po raz pierwszy w danym roku
Gruźlica		550	80	382	69
Nowotwory		7 039	1 378	10 625	2 486
Choroby tarczycy		14 264	1 367	23 803	3 750
Cukrzyca		29 570	3 305	38 115	3 714
– w tym: leczeni insuliną		6 936	816	8 514	740
Niedokrwistość		4 850	848	11 000	2 071
Choroby obwodowego układu nerwowego		21 272	2 898	57 262	9 833
Choroby układu krążenia		130 928	10 404	196 929	20 421
w tym:	przewlekła choroba reumatyczna	4 607	314	2 353	214
	choroba nadciśnieniowa	83 784	6 338	142 522	13 228
	choroba naczyń mózgowych	9 996	1 103	11 604	1 712
	niedokrwienność serca	30 356	2 435	38 840	3 697
	– w tym: przeżyty zawał serca	6 360	788	6 153	811
Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa		19 573	1 754	25 291	2 995
Przewlekłe choroby układu trawiennego		27 916	2 463	65 103	9 793
Choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej		38 421	2 835	93 813	15 712
Inne schorzenia wymagające opieki czynnej		14 400	1 713	13 980	1 865

Źródło: Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej w Województwie Podlaskim, Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2009, 2013.

W 2012 r. wśród dorosłych (19 r.ż. i powyżej) mieszkańców województwa podlaskiego dominowały następujące schorzenia:

- choroby układu krążenia (zdiagnozowane u 196 929 pacjentów), w tym choroba nadciśnieniowa (142 522 przypadków) i niedokrwienność serca (38 840 osób);
- choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (93 813 przypadków);
- przewlekłe choroby układu trawiennego (65 103 przypadków).

Tabela 8. Świadczenia udzielone osobom hospitalizowanym z powodu chorób układu krążenia w szpitalach województwa podlaskiego w 2011 r. i 2012 r.

Grupy wiekowe	2011			2012		
	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
0-14	340	261	601	350	260	610
15-19	380	207	587	354	206	551
20-34	483	398	881	774	610	1384
35-54	3 047	2 088	5 135	3 920	2 871	6 791
55-64	4 710	3 068	7 778	5 753	4 252	10 005
powyżej 65	11 047	14 708	25 755	13 152	17 472	30 624
Razem	20 007	20 730	40 737	24 294	25 671	49 965

Źródło: Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej w Województwie Podlaskim, Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2012, 2013.

W szpitalach województwa podlaskiego w 2012 r. w stosunku do roku poprzedniego wyraźnie wzrosła liczba osób hospitalizowanych z powodu chorób układu krążenia – o 18,5% (9 228 osób), z czego o 19,2% zwiększyła się liczba kobiet z tym schorzeniem, zaś mężczyzn 17,6%. Liczba zachorowań wzrasta wraz z wiekiem, przy czym większość hospitalizowanych pacjentów, u których zdiagnozowano choroby układu krążenia ukończyło 65 r.ż. W 2011 r. największy wzrost tego typu przypadków odnotowano wśród pacjentów w przedziale wiekowym 20-34 lata (w tym mężczyźni – wzrost hospitalizacji o 36,7%, kobiety – 34,8%).

Tabela 9. Struktura pacjentów hospitalizowanych według rodzaju choroby układu krążenia w szpitalach województwa podlaskiego w 2008 r. i 2012 r.

Nazwa schorzenia	2008		2012	
	w liczbach bezwzględnych	%	w liczbach bezwzględnych	%
Ostra choroba reumatyczna	13	0,03	32	0,06
Przewlekła choroba reumatyczna serca	424	0,96	321	0,64
Choroba nadciśnieniowa	5 473	12,38	8 339	16,69
Choroba niedokrwienności serca	10 818	24,47	9 241	18,49
Zespół płucno-sercowy i choroby krążenia płucnego	298	0,67	598	1,20
Inne choroby serca	16 873	38,17	21 193	42,42
Choroby naczyń mózgowych	4 934	11,16	4 580	9,17

Nazwa schorzenia	2008		2012	
	w liczbach bezwzględnych	%	w liczbach bezwzględnych	%
Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych	2 212	5,00	2 298	4,60
Inne i nieokreślone choroby układu krążenia	3 159	7,15	3 363	6,73

Źródło: Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej w Województwie Podlaskim, Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2009, 2013.

Nowotwory złośliwe stanowią drugą po chorobach układu krążenia przyczynę zgonów w województwie podlaskim. W 2012 r. najczęściej diagnozowanymi nowotworami złośliwymi wśród kobiet były: nowotwór sutka (6 944 zachorowań), nowotwór narządów płciowych (3 956), nowotwór odbytu (1 828) nowotwór płuc (1 013) oraz nowotwór żołądka (469). Wśród mężczyzn najczęstszy był nowotwór płuc (2 352), nowotwór jelita grubego (2 220), nowotwór stercza (1 209) oraz nowotwór żołądka (895).

Tabela 10. Świadczenia udzielone kobietom hospitalizowanym z powodu nowotworów złośliwych w województwie podlaskim w latach 2008-2012

Kobiety Grupy wiekowe	Nowotwór sutka					Nowotwór żeńskich narządów płciowych					Nowotwór płuca					Nowotwór żołądka					Nowotwór odbytu				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
0-19	23	9	0	1	0	5	80	8	130	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
20-34	275	173	276	265	131	75	154	69	38	25	2	6	2	1	1	1	1	2	2	26	80	34	52	73	0
35-44	1 436	1 032	1 318	1 559	1 004	371	607	218	401	245	23	46	26	4	11	5	72	17	8	0	119	218	198	183	43
45-54	4 100	4 475	3 170	3 128	2 177	1 401	1 930	1 308	1 445	987	376	385	279	172	181	120	89	69	29	74	524	517	418	657	508
55-64	3 625	3 438	3 535	3 328	2 344	1 211	1 932	1 426	1 694	1 426	720	714	567	670	496	76	117	95	250	242	810	804	592	855	465
65+	2 639	2 377	2 274	2 016	1 288	991	1 476	1 250	1 740	1 271	591	538	546	332	324	142	187	327	376	127	1 231	1 441	1 128	1 853	809
Razem	12 098	11 504	10 573	10 297	6 944	4 054	6 179	4 279	5 448	3 956	1 712	1 690	1 420	1 180	1 013	344	466	510	665	469	2 764	3 014	2 388	3 622	1 828

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych POW NFZ w Białymstoku.

Tabela 11. Świadczenia udzielone mężczyznom hospitalizowanym z powodu nowotworów złośliwych w województwie podlaskim w latach 2008-2012

Mężczyźni Grupy wiekowe	Nowotwór stercza					Nowotwór jelita grubego					Nowotwór płuca					Nowotwór żołądka				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
15-19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
20-34	0	0	1	0	0	3	7	1	213	30	5	18	19	3	12	2	50	34	2	1
35-44	0	1	1	15	9	248	99	114	148	41	95	31	70	89	23	49	194	74	122	40
45-54	48	86	49	20	50	878	693	406	687	423	574	740	392	253	222	225	378	304	264	170
55-64	343	418	306	249	321	1 640	888	1 070	1 236	783	1 520	1 509	953	873	983	359	710	551	551	382
65+	159	1 276	1 012	639	829	1 700	1 561	1 257	1 195	943	1 829	1 997	1 115	1 090	1 111	519	554	545	519	302
Razem	550	1 781	1 369	923	1 209	4 469	3 248	2 848	3 479	2 220	4 023	4 295	2 549	2 308	2 352	1 154	1 886	1 508	1 458	895

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych POW NFZ w Białymstoku.

Zarówno w województwie podlaskim, jak i w całym kraju zauważalny jest systematyczny wzrost odsetka zgonów spowodowanych nowotworami. Konieczne jest w związku z tym dalsze wzmocnienie potencjału województwa w zakresie diagnostyki i wczesnego wykrywania chorób nowotworowych.

Zgodnie z założeniami „Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013” do głównych chorób (określonych wskaźnikiem DALY³), na które będą zapadać mężczyźni do 2020 r. należą: choroba niedokrwienna serca (12,9%), choroba naczyń mózgowych (5,9%), nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzeli i płuc (5,0%). Natomiast najbardziej powszechnymi chorobami wśród kobiet będą: ciężka depresja jednobiegowa (9,8%), choroba niedokrwienna serca (8,5%), choroba naczyń mózgowych (6,8%), demencja oraz inne zwyrodnieniowe i wrodzone choroby układu nerwowego (5,2%), a także choroby kości i stawów (5,2%).

Postępujące starzenie się ludności Podlasia niesie za sobą ryzyko wystąpienia w dalszej perspektywie licznych przypadków schorzeń geriatrycznych oraz chorób przewlekłych (w tym: cukrzyca, choroby nowotworowe, choroby układu kostnego), a tym samym zwiększenie się odsetka osób potrzebujących specjalistycznej opieki medycznej. Ponadto, w związku z rosnącym w województwie zapotrzebowaniem na świadczenia opieki psychiatrycznej, konieczne będzie wzmocnienie opieki środowiskowej oraz zapewnienie szerszego dostępu do specjalistów w tej dziedzinie.

³ Wskaźnik DALY określa lata życia przeżyte w niepełnosprawności i czas stracony na skutek przedwczesnej śmierci. Wskaźnik ten jest stosowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO).

1.3. Struktura udzielanych świadczeń zdrowotnych i ich finansowanie

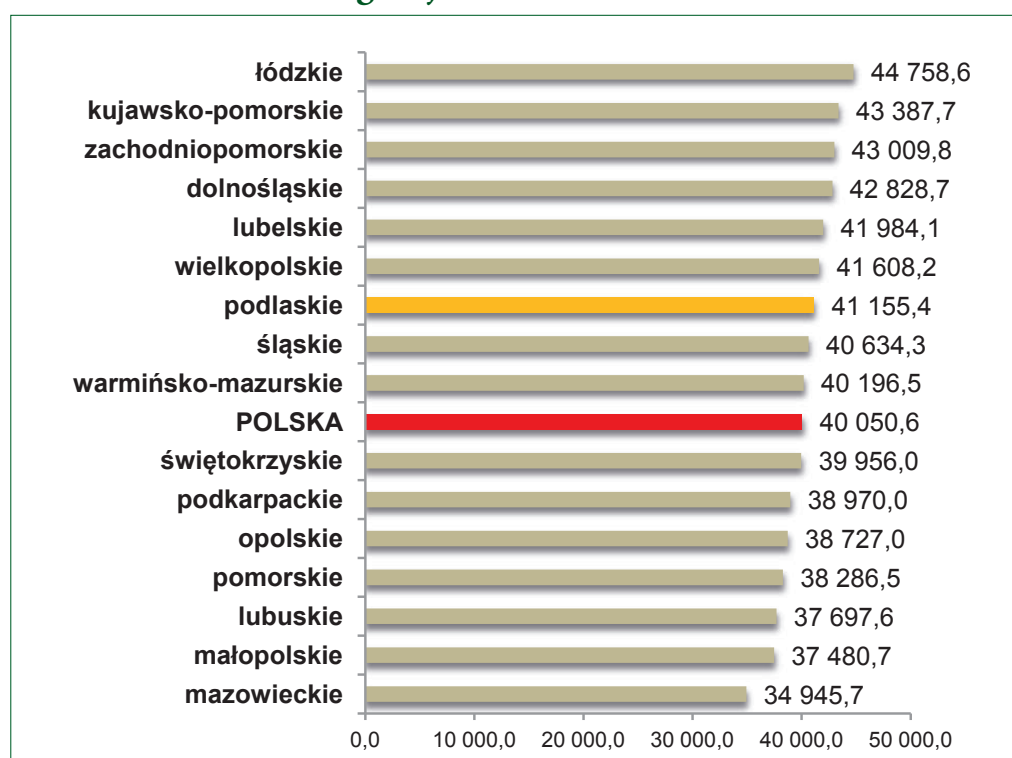
Podstawowa opieka zdrowotna

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) stanowi wyodrębniony segment systemu opieki zdrowotnej, zapewniający pacjentom dostęp do podstawowych świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym. Świadczenia POZ obejmują głównie profilaktykę, podstawowe badania diagnostyczne, opiekę terapeutyczną i rehabilitacyjną z zakresu ambulatoryjnej opieki ogólnej, rodzinnej i pediatrycznej. W świetle obowiązujących przepisów każdy ubezpieczony ma prawo wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ spośród tych, którzy mają podpisaną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Do obowiązków lekarza POZ należy przede wszystkim: porada lekarska, zlecenie wykonania pacjentowi badań diagnostycznych w związku z prowadzonym leczeniem, skierowanie pacjenta na zabiegi w gabinecie zabiegowym lub w domu, skierowanie pacjenta do lekarza specjalisty lub do szpitala, wypisywanie recept według zalecenia lekarza specjalisty, wystawienie zlecenia na określone wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi, jak również skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne w warunkach ambulatoryjnych i domowych.

Z danych GUS za 2012 r. wynika, że wskaźnik liczby porad lekarskich w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wynosił w województwie podlaskim 41 155,4 – przy średniej liczbie porad w Polsce 40 050,6.

Wykres 6. Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej na 10 tys. ludności według województw w 2012 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych [w:] *Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013.

Pielęgniarka POZ sprawuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad zadeklarowanymi do niej świadczeniobiorcami, uwzględniając w tym realizację zleceń na zabiegi i procedury medyczne, natomiast położna POZ – kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczą i ginekologiczną nad kobietą oraz opiekę neonatologiczną nad noworodkiem.

AmbulATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA

Ambulacyjną specjalistyczną opiekę zdrowotną w Polsce zapewniają świadczeniodawcy działający w formie praktyk zawodowych oraz w ramach przedsiębiorstw prowadzonych przez podmioty lecznicze. Podstawowym miernikiem określającym zakres świadczonej opieki ambulatoryjnej jest wskaźnik udzielonych porad lekarskich w danym roku w przeliczeniu na 1 mieszkańca. Wśród państw OECD w 2011 r. najwięcej porad lekarskich w ramach opieki ambulatoryjnej odnotowano w Korei Płd. i Japonii – ponad 13 porad na 1 mieszkańca. W Czechach i na Węgrzech liczba konsultacji lekarskich w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w 2011 r. osiągnęła poziom około 11 porad na 1 mieszkańca, przy czym

w obydwu krajach odnotowano spadek wartości tego wskaźnika, co łączy się z wprowadzeniem współpłacenia pacjentów za wizyty lekarskie. Polska w 2011 r. osiągnęła wskaźnik 6,8 porad na 1 mieszkańca (uwzględnieniu podlegały wyłącznie porady finansowane w ramach kontraktu z NFZ). Najmniej porad lekarskich udzielono pacjentom w Meksyku (2,7), Szwecji (3,0) i Chile (3,3).

W odniesieniu do danych dotyczących częstotliwości korzystania z opieki stomatologicznej najwyższy spośród krajów OECD wskaźnik porad lekarza dentysty w przeliczeniu na 1 mieszkańca odnotowano w Japonii (3,1 – 2010 r.). Wysoką wartość tego miernika osiągnęła również Holandia (2,3 – 2011 r.), Korea Płd. (2,0) i Czechy (1,9). W przypadku Polski stosunek liczby porad stomatologicznych do 1 mieszkańca w 2011 r. wynosił 0,9, przy czym badaniami nie objęto świadczeń udzielonych w ramach środków niepublicznych. W województwie podlaskim wskaźnik ten osiągnął wartość 0,8.

Tabela 12. Liczba porad specjalistycznych i stomatologicznych w ramach działalności podmiotów leczniczych oraz praktyk zawodowych w województwie podlaskim w latach 2011-2012

PORADY	2011		2012	
	w liczbach bezwzględnych	wskaźnik na 1 mieszkańca	w liczbach bezwzględnych	wskaźnik na 1 mieszkańca
specjalistyczne	2 883 236	2,4	2 985 048	2,5
stomatologiczne	1 020 482	0,8	953 551	0,8

Źródło: Opracowano na podstawie danych zawartych w sprawozdaniu MZ-12 o działalności i pracujących w ambulatoryjnej, specjalistycznej opiece zdrowotnej [w:] Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej w województwie podlaskim w 2012 roku, Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2013.

W końcu 2012 roku w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w Polsce funkcjonowało ogółem 19,4 tys. przychodni (o 133 przychodni więcej niż w roku poprzednim). Dane dotyczące liczby porad specjalistycznych oraz osób korzystających ze świadczeń poradni specjalistycznych w województwie podlaskim w latach 2011-2012 prezentuje poniższa tabela.

Tabela 13. Liczba porad specjalistycznych oraz osób korzystających ze świadczeń poradni specjalistycznych w województwie podlaskim w latach 2011-2012 (kontraktowanych przez POW NFZ w Białymstoku)

Poradnia specjalistyczna	2011			2012		
	Liczba porad		Liczba osób	Liczba porad		Liczba osób
	w liczbach bezwzględnych	w proc.		w liczbach bezwzględnych	w proc.	
Świadczenia ambulatoryjne specjalistyczne	2 656 436	100,0	1 137 802	2 876 928	100,0	1 234 571
w tym:						
Poradnia ginekologiczno-położnicza	298 291	11,2	99 669	340 346	11,8	110 137
Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej	220 125	8,3	88 311	229 455	8,0	92 359
Poradnia okulistyczna	209 530	7,9	123 514	224 193	7,8	129 729
Poradnia chirurgii ogólnej	177 800	6,7	70 245	192 578	6,7	74 887
Poradnia dermatologiczna	176 841	6,7	87 257	197 169	6,9	95 227
Poradnia neurologiczna	166 209	6,3	69 908	196 086	6,8	81 311
Poradnia otolaryngologiczna	139 925	5,3	76 057	137 751	4,8	75 935
Poradnia kardiologiczna	121 893	4,6	56 185	129 051	4,5	63 769
Poradnia zdrowia psychicznego	105 495	4,0	27 514	131 766	4,6	37 683
Poradnia endokrynologiczna	101 021	3,8	43 634	109 339	3,8	49 171
Poradnia diabetologiczna	89 385	3,4	28 965	95 060	3,3	32 339
Poradnia gruźlicy i chorób płuc	72 402	2,7	29 544	75 018	2,6	32 544
Poradnia alergologiczna	63 938	2,4	16 938	71 748	2,5	19 861
Poradnia urologiczna	57 250	2,2	26 340	69 674	2,4	33 400
Poradnia ginekologiczna	49 373	1,9	18 393	37 079	1,3	12 728
Poradnia alergologiczna dla dzieci	44 840	1,7	13 201	56 591	2,0	17 543
Poradnia reumatologiczna	38 212	1,4	14 811	53 711	1,9	19 609
Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci	33 731	1,3	15 241	38 217	1,3	18 664
Poradnia onkologiczna	31 480	1,2	12 916	31 109	1,1	12 494
Razem:	2 197 741	82,7	918 643	2 415 941	84,0	1 009 390

Z analizy danych Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących kolejek pacjentów oczekujących na usługi wynika, że najslabiej przedstawia się dostępność do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w zakresie ortopedii, neurologii, kardiologii, psychiatrii oraz świadczeń stacjonarnych udzielanych w ramach oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej.

nej i geriatrii. Ograniczona jest również dostępność do specjalistycznych świadczeń diagnostycznych z zastosowaniem rezonansu magnetycznego i tomografu komputerowego.

Spośród potrzeb zgłaszanych przez mieszkańców województwa podlaskiego w zakresie usług świadczonych przez lekarzy specjalistów, najczęściej wskazywane są świadczenia: kardiologiczne, neurologiczne, okulistyczne, ortopedyczne i stomatologiczne.

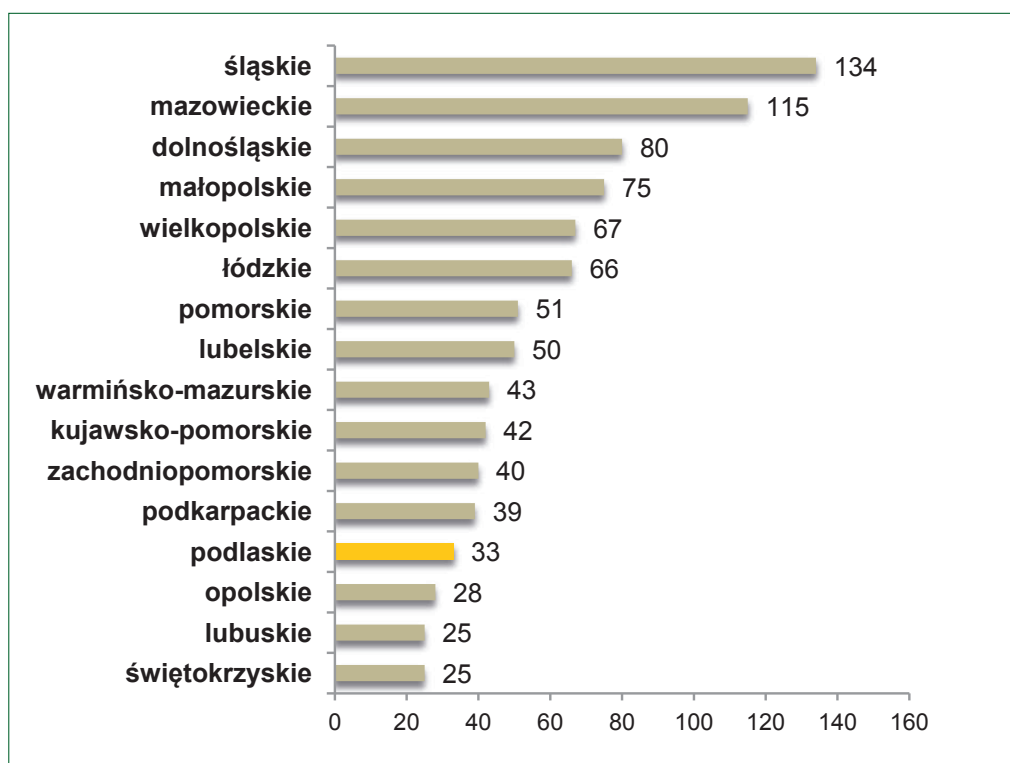
Stacjonarna opieka zdrowotna

Opiekę w zakresie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych na obszarze województwa podlaskiego zapewnia pacjentom 40 podmiotów leczniczych (dane za 2012 r.), w tym: 2 szpitale kliniczne, 3 szpitale wojewódzkie, 5 szpitali specjalistycznych, 13 szpitali powiatowych, 1 szpital miejski, 1 szpital gminny, 1 szpital Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, 2 całodobowe ośrodki leczenia psychiatrycznego i odwykowego oraz 12 innych podmiotów leczniczych prowadzących działalność stacjonarną.

W Polsce odnotowano w 2012 r. łącznie 913 szpitali ogólnych (bez szpitali dziennych⁴) dysponujących ponad 188,8 tys. łóżek, w których hospitalizowanych było około 7,9 mln pacjentów. Z danych GUS wynika, że pod względem liczby szpitali ogólnych województwo podlaskie zajmuje 13. miejsce w kraju.

⁴ Przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych udzielających wyłącznie świadczeń z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.

Wykres 7. Liczba szpitali ogólnych według województw. Stan w dniu 31 XII 2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych [w:] Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2012 r., GUS, Warszawa 2013.

W 2012 r. w Podlaskiem funkcjonowały 33 szpitale ogólne, które udzielały świadczeń zdrowotnych w ramach 250 oddziałów szpitalnych, dysponując łącznie 6792 łóżkami. Liczba łóżek szpitalnych w regionie stale spada. W stosunku do roku poprzedniego liczba łóżek zmniejszyła się o 0,3% (23 łóżka), zaś w stosunku do roku 2008 – o 0,5% (34 łóżka). Spadek liczby łóżek odnotowano przede wszystkim w podmiotach, dla których podmiotem tworzącym jest Samorząd Województwa, natomiast wzrost dotyczył szpitali prowadzonych przez prywatnych przedsiębiorców. Rozkład liczby łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych w województwie podlaskim w latach 2008-2012 prezentuje tabela 14.

Tabela 14. Liczba łóżek w poszczególnych oddziałach województwa podlaskiego w latach 2008-2012 (stan w dniu 31 XII)

Rodzaj oddziału	Liczba oddziałów					Liczba łóżek				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Oddział chorób wewnętrznych	20	21	21	21	22	878	918	902	873	927
Oddział alergologiczny	1	1	1	1	1	27	27	27	27	27
Oddział alergologiczny dla dzieci	1	0	-	-	-	12	0	-	-	-
Oddział diabetologiczny	1	1	1	1	0	46	46	46	23	0
Oddział endokrynologiczny	1	1	1	1	1	27	27	27	27	27
Oddział gastroenterologiczny	2	2	2	2	1	87	87	87	74	32
Oddział hepatologiczny	1	1	1	1	0	45	45	45	45	0
Oddział hematologiczny	1	1	1	1	2	27	27	27	27	27
Oddział kardiologiczny	5	4	4	4	4	206	170	164	164	171
Oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego	-	-	1	1	1	-	-	4	4	4
Oddział nefrologiczny	3	3	3	3	3	78	82	78	79	64
Oddział dla przewlekle chorych	3	3	-	-	-	60	40	-	-	-
Oddział medycyny paliatywnej	3	3	2	2	2	22	28	14	14	14
Oddział dermatologiczny	2	2	2	2	2	53	53	53	51	51
Oddział neurologiczny	5	5	6	5	5	269	269	269	220	212
Oddział neurologiczny dla dzieci	2	2	2	2	1	53	43	43	43	23
Oddział udarowy	-	-	-	1	1	-	-	-	32	24
Oddział onkologiczny	3	3	1	2	-	15	15	15	63	-
Oddział onkologii klinicznej	-	-	-	-	3	-	-	-	-	73
Oddział onkologii ginekologicznej	1	1	1	1	-	35	35	35	30	-
Oddział onkologiczny dla dzieci	1	1	1	1	1	24	24	24	24	24
Oddział chemioterapii	1	1	1	-	-	32	32	32	-	-

Rodzaj oddziału	Liczba oddziałów					Liczba łóżek				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Oddział radioterapii	1	1	2	2	2	66	66	66	41	41
Oddział ginekologii onkologicznej	-	-	-	-	1	-	-	-	-	30
Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	10	12	11	12	13	70	87	76	79	81
Oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci	1	1	2	2	2	12	12	16	16	16
Oddział intensywnej terapii	1	1	1	-	-	2	2	2	-	-
Oddział gruźlicy i chorób płuc	6	8	7	6	6	259	263	223	219	219
Oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci	1	1	1	1	1	34	34	34	34	34
Oddział pulmonologii	2	2	2	2	2	60	60	60	55	55
Oddział reumatologiczny	2	2	2	2	2	45	45	45	42	42
Oddział rehabilitacyjny	9	9	9	9	9	276	284	256	215	185
Oddział rehabilitacyjny dla dzieci	1	1	1	1	1	5	5	5	12	12
Oddział rehabilitacji kardiologicznej	0	1	-	-	1	0	20	-	-	50
Oddział rehabilitacji neurologicznej	-	-	1	4	5	-	-	20	73	103
Oddział chorób zakaźnych	3	3	3	3	3	72	72	73	69	91
Oddział AIDS	1	1	1	1	1	7	7	7	7	7
Oddział obserwacyjno-zakaźny	5	5	5	5	6	137	137	137	137	147
Oddział obserwacyjno-zakaźny dla dzieci	2	2	2	2	2	54	54	54	54	54
Oddział pediatriczny	20	20	20	20	19	519	519	507	482	488
Oddział neonatologii	-	-	-	12	11	-	-	-	196	184
Oddział ginekologiczno-położniczy	18	14	14	14	15	478	443	424	415	483
Oddział ginekologiczny	3	3	4	4	3	28	43	43	39	25
Oddział położniczy	1	1	1	1	-	48	48	48	38	-
Oddział położniczy rooming-in	2	3	3	3	2	8	36	36	38	34
Oddział chirurgiczny ogólny	19	18	18	18	18	637	623	607	583	583

Rodzaj oddziału	Liczba oddziałów					Liczba łóżek				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Oddział chirurgiczny dla dzieci	3	4	4	3	3	111	121	121	61	61
Oddział chirurgii klatki piersiowej	1	1	1	1	1	31	31	31	31	31
Oddział chirurgii naczyniowej	1	1	1	1	1	29	29	29	29	29
Oddział chirurgii onkologicznej	1	1	1	1	1	40	40	40	40	40
Oddział kardiochirurgiczny	1	1	1	1	1	35	35	35	35	35
Oddział chirurgii plastycznej	1	0	-	-	-	2	0	-	-	-
Oddział neurochirurgiczny	1	1	1	1	1	31	31	31	31	31
Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	12	11	11	11	11	298	300	296	290	290
Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci	1	1	1	1	1	25	25	25	25	25
Oddział okulistyczny	-	5	4	4	5	84	88	80	80	77
Oddział okulistyczny dla dzieci	1	1	1	1	1	20	20	20	20	20
Oddział otolaryngologiczny	4	4	4	4	4	90	90	90	77	77
Oddział otolaryngologiczny dla dzieci	1	1	1	2	2	25	25	25	27	27
Oddział chirurgii szczękowo-twarzowej	1	1	1	1	1	21	21	21	21	21
Oddział urologiczny	4	4	4	4	4	118	118	118	113	113
Oddziały psychiatryczne (ogólne)	11	11	11	10	10	576	576	576	531	471
Pozostałe oddziały psychiatryczne i leczenia uzależnień	16	17	15	17	19	537	547	477	677	729
Blok operacyjny	0	1	1	1	1	0	4	4	2	2
Szpitalny Oddział Ratunkowy	-	-	-	10	8	-	-	-	61	49
Razem:	225	231	225	250	250	6826	6929	6650	6 815	6 792

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Analiza działalności leczniczej w rodzaju stacjonarne i całodobowe – szpitalne świadczenia zdrowotne w województwie podlaskim w 2012 roku*, Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2013.

Tabela 15. Łóżka rzeczywiste według oddziałów w podmiotach leczniczych województwa podlaskiego w 2012 r.

Wyszczególnienie	Województwo podlaskie	
	w liczbach bezwzględnych	wskaźnik na 10 tys. ludności
Liczba łóżek – ogółem:	6 959	58,06
w tym:		
Chorób wewnętrznych	927	7,73
Psychiatryczne	856	7,14
Chirurgii ogólnej*	662	5,52
Ginekologiczno-położnicze	542	4,52
Pediatryczne**	488	2,84
Rehabilitacyjne	350	2,92
Leczenia uzależnień	344	2,87
Urazowo-ortopedyczne*	332	2,77
Gruźlicy i chorób płuc	308	2,57
Zakaźne	299	2,49
Neurologiczne	259	2,16
Kardiologiczne*	208	1,74
Neonatologiczne	184	1,54
Onkologiczne	168	1,40
Urologiczne*	127	1,06
Anestezjologii i intensywnej terapii*	106	0,88
Otolaryngologiczne	104	0,87
Okulistyczne	97	0,81
Gastroenterologiczne*	66	0,55
Nefrologiczne	64	0,53
Chirurgii onkologicznej*	57	0,48
Dermatologiczne	51	0,43
SOR	49	0,41
Reumatologiczne	42	0,35
Kardiochirurgiczne	35	0,29
Chirurgii klatki piersiowej	31	0,26
Neurochirurgiczne	31	0,26
Chirurgii naczyniowej	29	0,24
Alergologiczne	27	0,23
Endokrynologiczne	27	0,23
Hematologiczne	27	0,23
Geriatryczne*	25	0,21
Chirurgii szczękowo-twarzowej	21	0,18
Medycyny paliatywnej	14	0,12

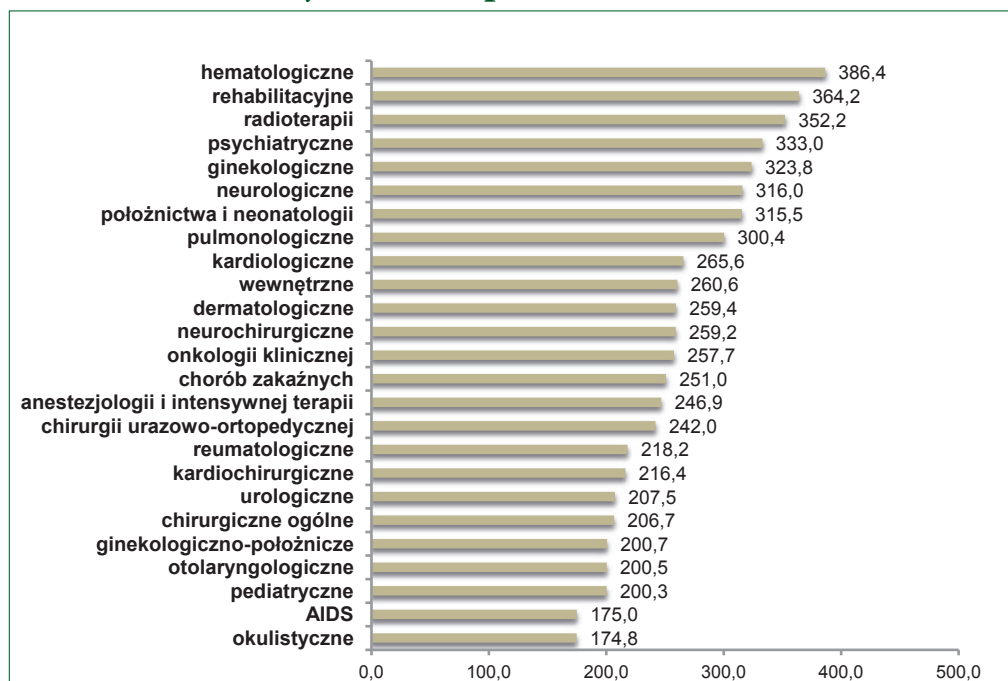
Wyszczególnienie	Województwo podlaskie	
	w liczbach bezwzględnych	wskaźnik na 10 tys. ludności
Blok operacyjny	2	0,02
Diabetologiczne	0	0,00

* do oddziału dodano łóżka z SP ZOZ MSW w Białymstoku; dane z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

** łóżka pediatryczne obliczono dla populacji do 18-go roku życia

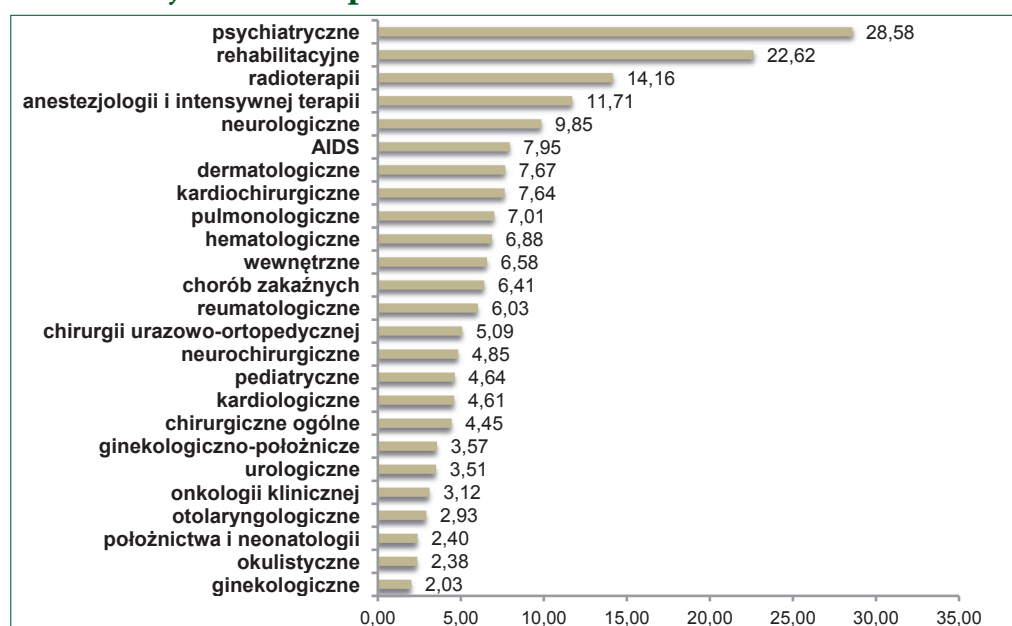
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych: MZ-29 – Sprawozdanie o działalności szpitala ogólnego, MZ-30 – Sprawozdanie podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie psychiatrycznej opieki stacjonarnej; dane z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą [w:] *Diagnoza sytuacji demograficzno-epidemiologicznej w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2013.

Wykres 8. Średnie wykorzystanie łóżka w dniach według wybranych oddziałów. Województwo podlaskie. Stan w dniu 31 XII 2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych w: *Analiza działalności leczniczej w rodzaju stacjonarnej i całodobowej – szpitalne świadczenia zdrowotne w województwie podlaskim w 2012 roku*, Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2013.

Wykres 9. Średni pobyt chorego w dniach według wybranych oddziałów. Województwo podlaskie. Stan w dniu 31 XII 2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych [w:] Analiza działalności leczniczej w rodzaju stacjonarne i całodobowe – szpitalne świadczenia zdrowotne w województwie podlaskim w 2012 roku, Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2013.

Z analizy danych dotyczących liczby łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych województwa podlaskiego wynika, że najwięcej łóżek występuje na oddziałach chorób wewnętrznych (927 łóżek w 2012 r.), oddziałach psychiatrycznych (856 łóżek) oraz oddziałach chirurgii ogólnej (662 łóżka). Najmniej łóżek w województwie znajduje się na oddziałach: medycyny paliatywnej (14 łóżek), chirurgii szczękowo-twarzowej (21 łóżek) i geriatrycznych (25 łóżek). Od 2012 r. nie odnotowuje się łóżek na oddziałach diabetologicznych w związku z ich likwidacją.

Jednym z podstawowych wskaźników działalności oddziałów szpitalnych jest średnie wykorzystanie łóżka oraz średni czas pobytu chorego na oddziale. Dane dotyczące podlaskich szpitali wskazują, że największe średnie wykorzystanie łóżka było na oddziałach hematologicznym i rehabilitacyjnym. Analizując średni czas pobytu chorego na oddziale szpitalnym, stwierdzić można, że najdłużej hospitalizowani są pacjenci oddziałów psychiatrycznych (średnio 28,58 dni), a najkrócej pacjenci oddziałów ginekologicznych (2,03 dnia).

Dane dotyczące rozmieszczenia podmiotów leczniczych w oparciu o liczbę ludności w poszczególnych powiatach województwa podlaskiego za 2012 r. pokazują, że najlepszy dostęp do świadczeń szpitalnych mają

mieszkańcy powiatu białostockiego i miasta Białystok, gdzie na jedno przedsiębiorstwo udzielające świadczeń tego rodzaju przypada 18,3 tys. osób. Największy problem z dostępem do świadczeń szpitalnych występuje w powiecie łomżyńskim i mieście Łomża – 115 tys. mieszkańców na jedno przedsiębiorstwo. Średni wskaźnik dostępności do świadczeń szpitalnych w województwie podlaskim wynosił 27,2 tys. na przedsiębiorstwo.

Tabela 16. Przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych na 1 tys. mieszkańców w powiatach województwa podlaskiego. Stan w dniu 31 XII 2012

Powiat	Przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych realizujące świadczenia zdrowotne					
	Stacjonarne i całodobowe szpitalne		Stacjonarne i całodobowe inne niż szpitalne		Ambulatoryjne	
	w liczbach bezwzględnych	wskaźnik na 1 tys. mieszkańców	w liczbach bezwzględnych	wskaźnik na 1 tys. mieszkańców	w liczbach bezwzględnych	wskaźnik na 1 tys. mieszkańców
Województwo podlaskie	44	27,2	36	33 297	698	1,7
w tym powiaty:						
Augustowski	2	29,9	2	29,9	26	2,3
Bielski	1	58,1	2	29,0	28	2,1
Grajewski	2	24,6	2	24,6	21	2,3
Hajnowski	1	46,0	1	46,0	12	3,8
Kolneński	1	39,9	2	20,0	11	3,6
Moniecki	2	21,2	2	21,2	10	4,2
Sejneński	1	21,0	1	21,0	6	3,5
Siemiatycki	1	47,4	4	11,8	14	3,4
Sokółski	2	35,6	3	23,7	34	2,1
Wysokomazowiecki	1	59,2	2	29,6	21	2,8
Zambrowski	2	22,5	0	0,0	25	1,8
Białostocki + m. Białystok	24	18,3	11	39,9	398	1,1
Łomżyński + m. Łomża	1	115,0	2	57,5	45	2,6
Suwański + m. Suwałki	3	35,1	2	52,7	47	2,2

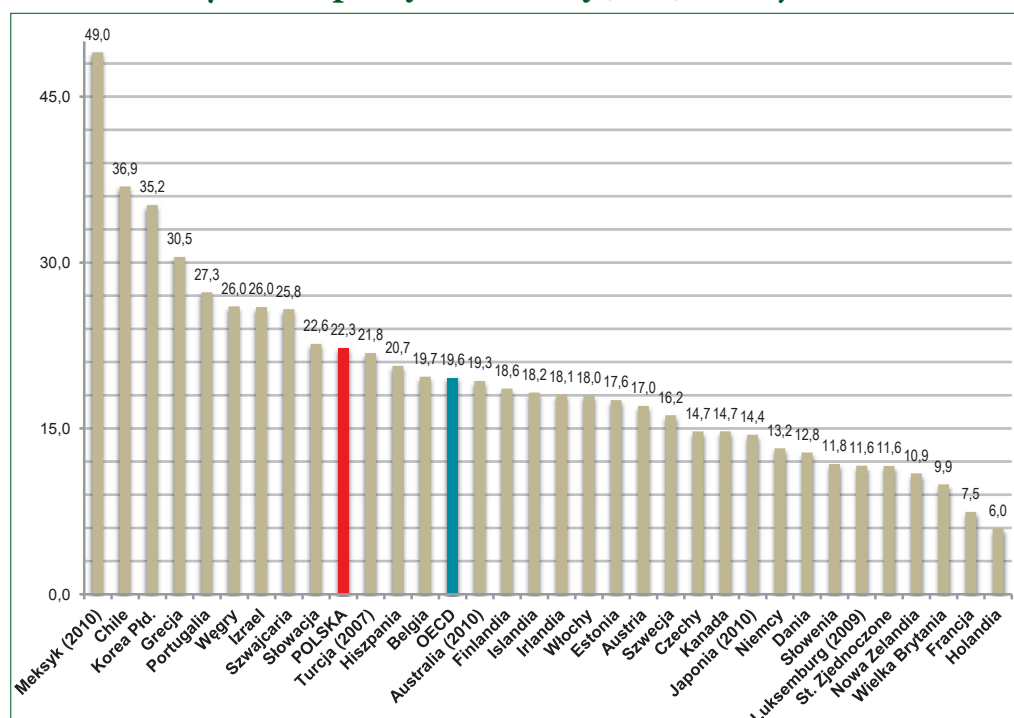
Źródło: Opracowanie własne na podstawie [w:] *Diagnoza sytuacji demograficzno-epidemiologicznej w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2013.

Finansowanie świadczeń zdrowotnych

Do końca lat 90. XX w. środki finansowe na opiekę zdrowotną w Polsce pochodziły z ogólnych wpływów podatkowych do budżetu państwa. W wyniku reformy systemu finansowania i funkcjonowania sektora ochrony zdrowia zrezygnowano z całościowego pokrywania wydatków na świadczenia zdrowotne z budżetu państwa, wprowadzając społeczną składkę na ubezpieczenie zdrowotne oraz tworząc regionalne instytucje ubezpieczeniowe tzw. kasy chorych. W 2004 r. na mocy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych utworzono w ich miejsce Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – państwową instytucję ubezpieczeniową, zarządzającą środkami pochodzącymi ze składek na szczeblu centralnym za pomocą oddziałów wojewódzkich.

Mimo zapewnienia pacjentom dostępu do świadczeń w ramach społecznego ubezpieczenia zdrowotnego, udział wydatków prywatnych (ang. *out-of-pocket payments*) w całkowitych wydatkach na opiekę zdrowotną jest w Polsce wyższy niż w większości państw członkowskich Unii Europejskiej (zob. wykres 10) i wynosi 22,3%, przy średniej dla krajów OECD – 19,6% (2011 r.). Zauważyć można jednak stopniowy spadek wartości tego wskaźnika w ciągu ostatniej dekady (z poziomu 30% w 2000 r. do 22,1% w 2010 r.).

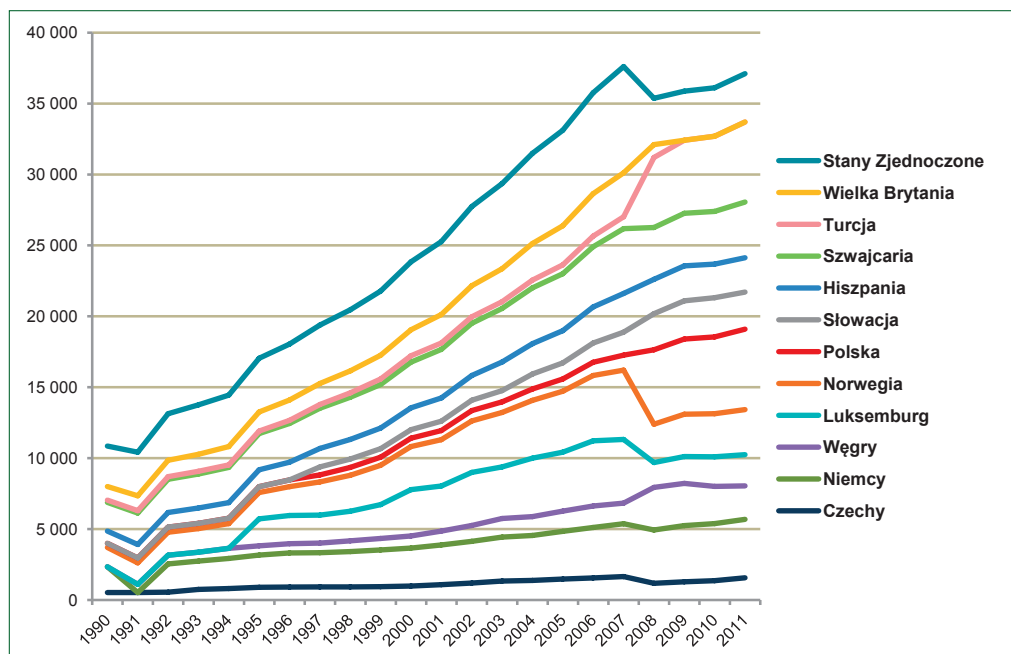
Wykres 10. Udział wydatków prywatnych (out-of-pocket) w wydatkach całkowitych na opiekę zdrowotną (w %) w krajach OECD w 2011 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OECD Health Statistics 2013.

Od momentu wdrożenia zmian w systemie opieki zdrowotnej w Polsce zaobserwowano niewielki wzrost procentowego udziału wydatków na ochronę zdrowia w stosunku do Produktu Krajowego Brutto (o 1,4 pkt proc. według danych OECD). W 2011 r. wydatki ogółem na ochronę zdrowia w Polsce stanowiły jedynie 6,9% PKB (o 2,4 pkt proc. poniżej średniej dla krajów OECD). Niższe wskaźniki odnotowano w Estonii (5,9% PKB), Turcji (6,1% PKB – 2008 r.), Meksyku (6,2% PKB – 2008 r.) oraz Luksemburgu (6,6%). Największe nakłady na opiekę zdrowotną ponoszą rocznie Stany Zjednoczone (17,7% PKB – 2011 r.), a w dalszej kolejności Holandia (11,9%), Francja (11,6%), Niemcy (11,3%) i Kanada (11,2%).

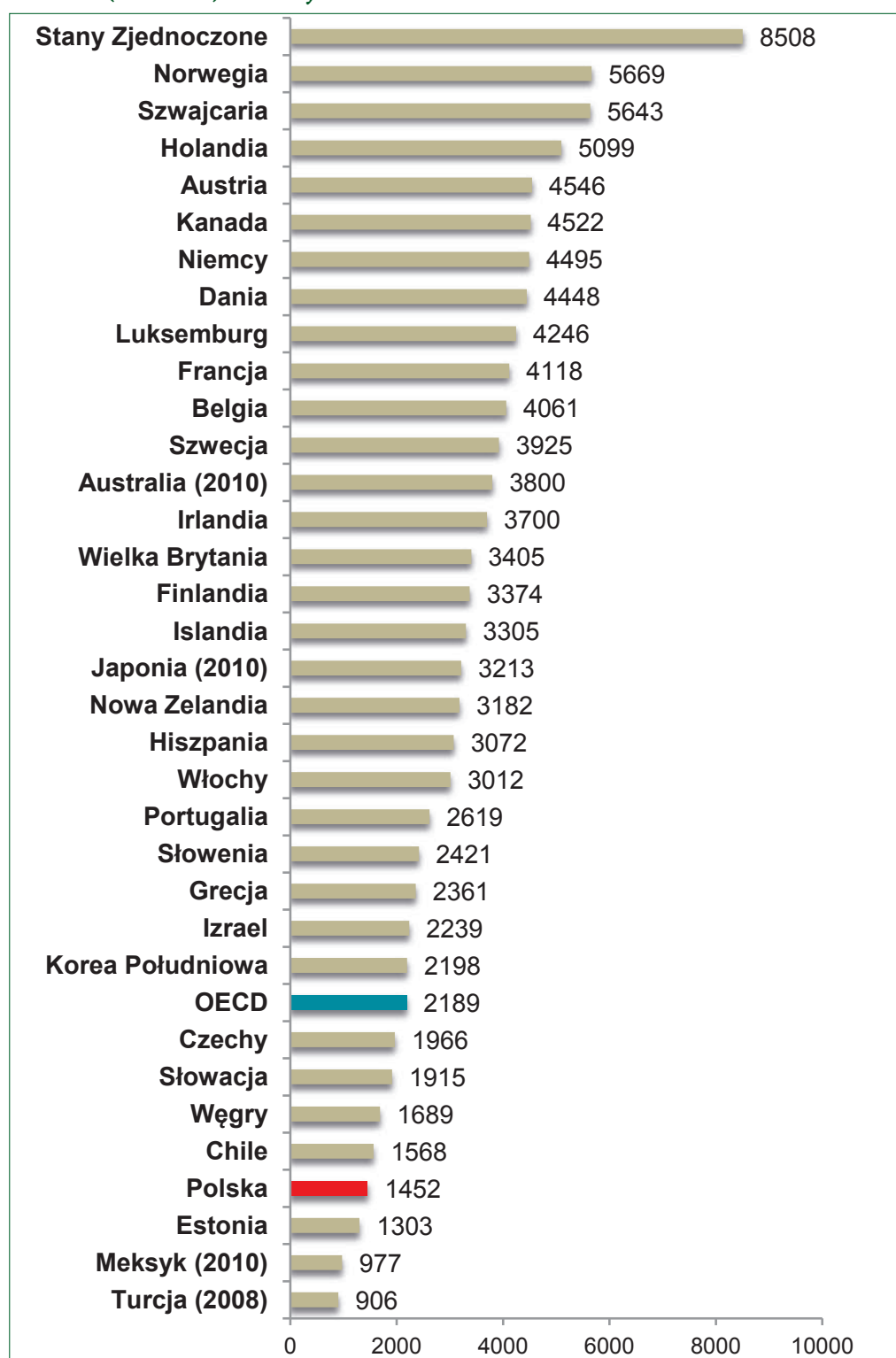
Wykres 11. Trendy w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia w przeliczeniu na 1 mieszkańca (w USD) w wybranych krajach (lata 1990-2011)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OECD Health Statistics 2013.

Analizując dane OECD z 2011 r. pod kątem poziomu wydatków państw na ochronę zdrowia według parytetu siły nabywczej (zob. wykres 12) – pierwsze miejsce zajmują Stany Zjednoczone, które wydają rocznie w tym celu 8 508 dolarów na 1 mieszkańca. Duże nakłady na opiekę zdrowotną odnotowuje się również w trzech krajach europejskich tj.: Norwegii (5 669 dolarów), Szwajcarii (5 643 dolarów) oraz Holandii (5 099 dolarów). W przypadku Polski roczne wydatki na opiekę zdrowotną wynoszą zaledwie 1 452 dolarów na mieszkańca. W grupie państw OECD na służbę zdrowia mniej niż Polska wydaje tylko Turcja (906 dolarów – 2008 r.), Meksyk (977 dolarów – 2010 r.) i Estonia (1 303 dolary). W okresie ostatnich 20 lat obserwuje się sukcesywny wzrost wartości tego wskaźnika dla Polski, co obrazuje wzrost wydatków na osobę w 2011 r. (wzrost o 1 164 dolary w odniesieniu do roku 1990 i zarazem wzrost o 869 dolarów w stosunku do roku 2000).

Wykres 12. Całkowite wydatki na zdrowie w przeliczeniu na 1 mieszkańca (w USD) w krajach OECD w 2011 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OECD Health Statistics 2013.

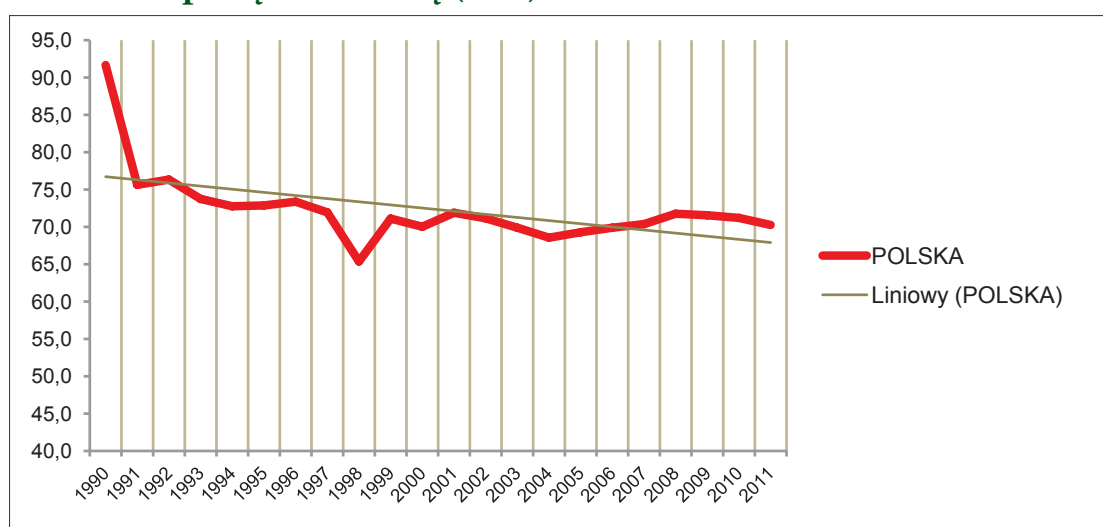
Relatywnie niski poziom wydatków na ochronę zdrowia w Polsce w przeliczeniu na osobę wynika w znacznej mierze z niskich preferen-

cji dla zdrowia w podziale produktu krajowego (tj. stosunkowo niskiego udziału wydatków na ochronę zdrowia w PKB). Analogiczna sytuacja występuje w kilku innych państwach Europy Wschodniej (Czechy, Łotwa, Litwa, Estonia), gdzie udział całkowitych wydatków na ochronę zdrowia wynosi 6-7% PKB.

W latach 2005-2011 najwyższy wskaźnik średniego rocznego tempa wzrostu wydatków ogółem na ochronę zdrowia w ujęciu realnym odnotowano w Korei Płd. (9,1%), Chile i na Słowacji (6,5%), najniższy – na Węgrzech (0,2%), w Grecji i Islandii, przy czym w Luksemburgu wystąpił spadek wydatków (o 0,6% średniorocznie). Polska była drugim (po Słowacji) krajem europejskim, w którym wydatki na opiekę zdrowotną w omawianym okresie wzrosły średnio o 6,1% rocznie⁵.

Do grupy państw, w których występuje największy (tj. powyżej 84%) udział sektora publicznego w wydatkach na ochronę zdrowia należą: Dania, Norwegia, Czechy i Luksemburg. Najniższy wskaźnik (poniżej 50%) odnotowano w Stanach Zjednoczonych, w Meksyku oraz w Chile. W Polsce wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w 2011 r. stanowiły 70,3% wydatków ogółem. W 1990 r. aż 91,7% wydatków na zdrowie pochodziło ze źródeł publicznych. Najniższą wartość tego wskaźnika dla Polski 65,4% odnotowano w 1998 r. Od 1999 r. utrzymuje się on na stałym poziomie (około 70%).

Wykres 13. Udział wydatków publicznych w wydatkach całkowitych na opiekę zdrowotną (w %) w Polsce w latach 1990-2011



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych OECD Health Statistics 2013.

⁵ Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2012 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013, s. 147-151.

Narodowy Rachunek Zdrowia jest zestawieniem wydatków na ochronę zdrowia według międzynarodowej klasyfikacji wydatków ICHA (*International Classification for Health Accounts*) opracowywanym w 2002 r. w Polsce, zgodnie ze wspólną metodologią OECD, Eurostat i WHO. Wydatki na ochronę zdrowia w tym rachunku prezentowane są według funkcji ochrony zdrowia i powiązanych z ochroną zdrowia, według dostawców dóbr i usług w ochronie zdrowia, a także według płatników usług zdrowotnych w podziale na wydatki publiczne (instytucje rządowe i samorządowe, NFZ, ZUS, KRUS) oraz wydatki sektora prywatnego i sektora „zagranica”.

Tabela 17. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w 2010 i 2011 r. według funkcji (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)

FUNKCJE OCHRONY ZDROWIA (łącznie z funkcjami powiązanymi z ochroną zdrowia)	Ogółem 2010		Ogółem 2011	PŁATNICY (2011)							
				Instytucje rządowe i samorządowe	w tym: Fundusze zabezpieczenia społecznego	Sektor prywatny	w tym:				Zagranica
							Prywatne ubezpie- czenia	Wydatki gospo- darstw domowych	Instytucje niekomer- cyjne	Przedsię- biorstwa	
Usługi lecznicze	51 558	A	53 968,1	44 152,5	43 310,0	9 815,6	436,7	6 880,2	241,6	2 257,2	-
		B	100,0	81,8	80,3	18,2	0,8	12,7	0,4	4,2	-
Usługi rehabilitacyjne	3 324	A	3 512,9	2 488,2	2 449,9	1 024,8	57,6	630,0	337,2	-	-
		B	100,0	70,8	69,7	29,2	1,6	17,9	9,6	-	-
Usługi długoterminowej opieki pielęgnacyjnej	5 619	A	6 275,2	5 928,2	3 144,5	347,0	-	48,5	298,5	-	-
		B	100,0	94,5	50,1	5,5	-	0,8	4,8	-	-
Usługi pomocnicze w ochronie zdrowia	4 035	A	4 448,4	3 542,2	3 464,6	906,1	12,0	471,6	171,8	250,8	-
		B	100,0	79,6	77,9	20,4	0,3	10,6	3,9	5,6	-
Produkty medyczne dla pacjentów ambulatoryjnych	24 428	A	25 769,8	10 097,5	9 473,2	15 672,3	211,2	15 367,1	94,0	-	-
		B	100,0	39,2	36,8	60,8	0,8	59,6	0,4	-	-
Leki i materiały nietrwałego użytku	22 407	A	23 586,5	9 299,1	8 849,2	14 287,5	115,2	14 105,0	67,2	-	-
		B	100,0	39,4	37,5	60,6	0,5	59,8	0,3	-	-
Sprzęt terapeutyczny i dobra trwałego użytku	2 022	A	2 183,3	798,4	624,0	1 384,9	96,0	1 262,1	26,8	-	-
		B	100,0	36,6	28,6	63,4	4,4	57,8	1,2	-	-
Wydatki na indywidualną opiekę zdrowotną	88 965	A	93 974,4	66 208,5	61 842,2	27 765,9	717,5	23 397,4	1 143,0	2 508,0	-
		B	100,0	70,5	65,8	29,5	0,8	24,9	1,2	2,7	-
Profilaktyka i zdrowie publiczne	1 906	A	2 086,9	1 411,2	408,4	675,7	-	-	135,7	540,0	-
		B	100,0	67,6	19,6	32,4	-	-	6,5	25,9	-
Administracja ochrony zdrowia i ubezpieczeń	1 263	A	1 612,0	1 603,9	780,3	8,0	8,0	-	-	-	-
		B	100,0	99,5	48,4	0,5	0,5	-	-	-	-

FUNKCJE OCHRONY ZDROWIA <i>(łącznie z funkcjami powiązanymi z ochroną zdrowia)</i>	Ogółem 2010		Ogółem 2011	PŁATNICY (2011)							
				Instytucje rządowe i samorzą- dowe	w tym:	Sektor prywatny	w tym:				Zagranica
					Fundusze zabezpiecze- nia społecz- nego		Prywatne ubezpie- czenia	Wydatki gospo- darstw domowych	Instytucje niekomer- cyjne	Przedsię- biorstwa	
Razem wydatki bieżące na ochronę zdrowia	92 134	A	97 673,3	69 223,7	63 030,9	28 449,6	725,5	23 397,4	1 278,7	3 048,0	
		B	100,0	70,9	64,5	29,1	0,7	24,0	1,3	3,1	-
Ogółem wydatki na ochronę zdrowia	98 845	A	104 996,6	73 790,4	63 031,1	30 706,9	725,5	23 397,4	1 278,7	5 305,3	499,3
		B	100,0	70,3	60,0	29,2	0,7	22,3	1,2	5,1	0,5
Funkcje powiązane z ochroną zdrowia	39 694	A	41 013,8	40 764,2	35 827,3	34,3	-	-	3,0	31,3	215,3
		B	100,0	99,4	87,4	0,1	-	-	0,0	0,1	0,5
w tym: Kształcenie i szkolenie persone- lu medycznego	1 845	A	1 916,4	1 916,4	-	-	-	-	-	-	-
		B	100,0	100,0	-	-	-	-	-	-	-

A – dane w mln zł, B – dane w proc.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Według danych publikowanych przez GUS w 2011 r. wydatki ogółem na ochronę zdrowia w Polsce wyniosły około 105 mld zł, co stanowiło – jak już wspomniano wcześniej – 6,9% PKB. Z kolei wydatki bieżące (publiczne i prywatne) na opiekę zdrowotną w 2011 r. wyniosły 97,7 mld zł (6,4% PKB). Łączna kwota nakładów publicznych na wydatki bieżące wyniosła 69,2 mld zł (4,5% PKB), przy czym udział bieżących wydatków publicznych zmniejszył się z 4,69% w 2010 r. na 4,53% w roku 2011. Należy odnotować wzrost odsetka wydatków z funduszy ubezpieczeń społecznych, które w 2011 r. stanowiły 4,12% PKB (ogółem 63 031 mln zł), natomiast rok wcześniej zaledwie 0,28% PKB (zob. tabela 18).

Tabela 18. Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2010-2011

Wyszczególnienie w mln zł		2010		2011	
		w mln zł	% PKB	w mln zł	% PKB
Wydatki ogółem		99 485	7,02	104 997	6,87
Wydatki publiczne razem		70 849	5,00	73 790	4,53
Wydatki publiczne bieżące		66 500	4,69	69 224	4,53
z tego:	budżetu państwa	1 880	0,13	1 973	0,13
	jednostek samorządu terytorialnego	3 547	0,25	4 220	0,28
	funduszy ubezpieczeń społecznych	61 074	0,28	63 031	4,12
Wydatki prywatne razem		28 115	1,98	30 707	2,01
Wydatki prywatne bieżące		26 274	1,85	28 450	1,86
z tego: bezpośrednio gospodarstw domowych		22 001	1,55	23 397	1,53

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W ramach wydatków publicznych 87,6% stanowiły wydatki ponoszone przez NFZ, natomiast w sektorze prywatnym największy strumień środków finansowych pochodził z gospodarstw domowych (82,2%). Wydatki poniesione w 2011 r. na indywidualną opiekę zdrowotną zostały sfinansowane w 70,5% przez płatników publicznych, a w 29,5% – przez sektor prywatny, w tym w 84,3% w ramach budżetów gospodarstw domowych.

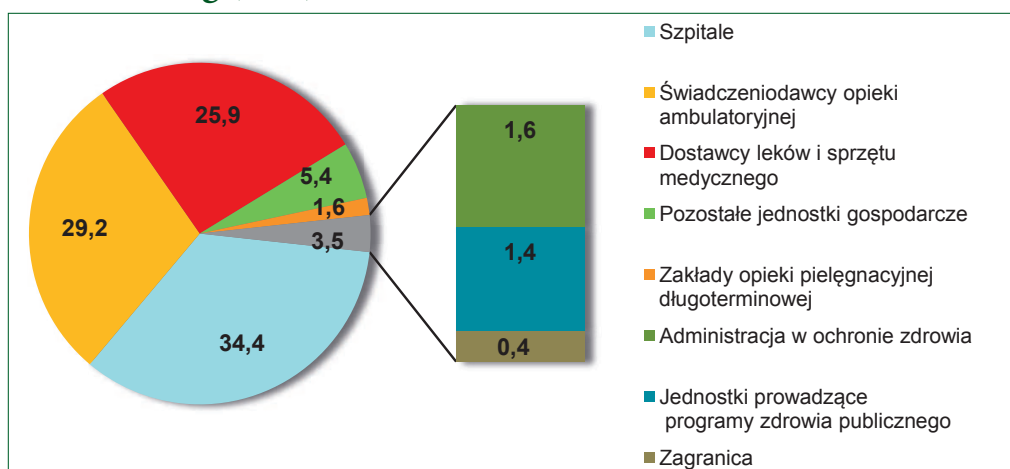
Środki prywatne wydatkowane na opiekę zdrowotną zostały przede wszystkim przeznaczone na: leki i materiały nietrwałego użytku (sfinansowane w 59,8% przez gospodarstwa domowe), produkty medyczne dla pacjentów ambulatoryjnych (59,6%) oraz sprzęt terapeutyczny i dobra trwałego użytku (57,8%). Jednocześnie płatnicy publiczni sfinansowali: 94,5% wydatków na usługi zdrowotne w ramach długoterminowej opieki

pielęgnacyjnej, 81,8% wydatków na usługi lecznicze, 79,6% – usługi pomocnicze w ochronie zdrowia oraz 70,8% – usługi rehabilitacyjne.

Środki finansowe na ochronę zdrowia, które napływają od poszczególnych płatników są przekazywane dostawcom dóbr i usług medycznych w ramach konkretnych funkcji ochrony zdrowia. Struktura dostawców usług w opiece zdrowotnej pozostaje niezmienna od wielu lat – największy udział w wydatkach mają szpitale i placówki leczenia ambulatoryjnego. W 2011 r. fundusze na ochronę zdrowia (prywatne i publiczne) w łącznej kwocie 97 673,3 mln zł zostały rozdysponowane w następujący sposób (zob. wykres 14):

- 34,4% środków (33 589,1 mln zł) przekazano szpitalom;
- 29,2% (28 527,1 mln zł) otrzymali świadczeniodawcy opieki ambulatoryjnej, z czego: 61,5% (17 556,1 mln zł) przychodnie oraz centra opieki ambulatoryjnej, 15,9% (4 523,6 mln zł) praktyki stomatologiczne, 4,8% (1 375,5 mln zł) praktyki lekarskie, a także 4,5% (1 289,0 mln zł) ośrodki diagnostyczne;
- 25,9% (25 328,2 mln zł) – sprzedawcy oraz inni dostawcy leków i sprzętu medycznego, w tym: 91,4% (23 144,8 mln zł) – apteki;
- 5,4% (5 255,0 mln zł) – pozostałe jednostki gospodarcze, w tym: gospodarstwa domowe – 4 539,8 mln zł, jednostki medycyny pracy – 671,2 mln zł;
- 1,6% (1 609,9 mln zł) – instytucje administracji w ochronie zdrowia;
- 1,6% (1 589,6 mln zł) – zakłady opieki pielęgnacyjnej długoterminowej;
- 1,4% (1 373,8 mln zł) – jednostki prowadzące programy zdrowia publicznego;
- 0,4% (400,5 mln zł) – wydatki zagraniczne na ochronę zdrowia.

Wykres 14. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg dostawców dóbr i usług (w %) w Polsce w 2011 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W 2011 r. około 95,7% nakładów przeznaczonych na szpitale stanowiły środki publiczne, natomiast środki pochodzące ze źródeł prywatnych – 4,3%. W przypadku opieki ambulatoryjnej 64,1% wydatków pokryto ze środków publicznych, a 35,9% ze środków prywatnych. W odniesieniu zaś do praktyk stomatologicznych proporcje te wynosiły odpowiednio – 14,3% i 85,7%.

W latach 2003-2011 odnotowywano w Polsce systematyczny wzrost wydatków ogółem na ochronę zdrowia. I tak – w 2011 r. wydatki publiczne były o 37 mld, a wydatki prywatne o 16 mld wyższe w porównaniu z 2003 r. Ponadto, wskaźnik średniorocznego tempa wzrostu w przypadku wydatków publicznych wynosił 8,9%, zaś w grupie wydatków prywatnych – 8,7%.

W Polsce ponad 83% wydatków na ochronę zdrowia ze środków publicznych stanowią wydatki w ramach systemu społecznych ubezpieczeń zdrowotnych. Około 91% publicznych wydatków na indywidualną opiekę zdrowotną pokrywa NFZ.

NFZ przeznacza prawie 95% ogółu wpływów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pozostała część wydatków dotyczy finansowania programów zdrowotnych oraz ratownictwa medycznego.

Tabela 19. Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ w latach 2011-2012

Wyszczególnienie	2011		2012	
	w tys. zł	w proc.	w tys. zł	w proc.
Polska – KOSZTY OGÓŁEM:	58 104 776	100,00	59 458 027	100,00
w tym:				
Lecznictwo szpitalne	27 552 057	47,42	29 437 145	49,51
Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)	7 334 749	12,62	7 554 498	12,71
Refundacja cen leków	8 831 868	15,20	6 863 071	11,54
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	4 437 172	7,64	5 046 361	8,49
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	2 015 192	3,47	2 158 551	3,63
Rehabilitacja lecznicza	1 829 839	3,15	1 997 102	3,36
Leczenie stomatologiczne	1 710 333	2,94	1 771 376	2,98
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	1 463 937	2,52	1 564 226	2,63
Opieka długoterminowa	947 029	1,63	1 020 811	1,72
Zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze	623 785	1,07	668 152	1,12
Lecznictwo uzdrowiskowe	560 888	0,97	584 440	0,98
Koszty programów zdrowotnych	146 749	0,25	151 845	0,26
Pomoc doraźna i transport sanitarny	36 158	0,06	43 680	0,07

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W 2012 r. w województwie podlaskim nastąpił wzrost poziomu kontaktowania usług zdrowotnych przez NFZ o 9,82% (147,719 tys. zł) w stosunku do roku poprzedniego. Zwiększono zwłaszcza nakłady na finansowanie ze środków publicznych następujących świadczeń:

- pomoc doraźna i transport sanitarny (wzrost o 25,69%),
- lecznictwo szpitalne – programy terapeutyczne (24,82%),
- opieka paliatywna i hospicyjna (20,25%),
- rehabilitacja lecznicza (20,20%),
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (20,09%).

Lecznictwo szpitalne w dalszym ciągu pochłania blisko połowę publicznych środków finansowych na ochronę zdrowia jakimi dysponuje województwo podlaskie (51,9% – 2011 r., 48,2% – 2012 r.).

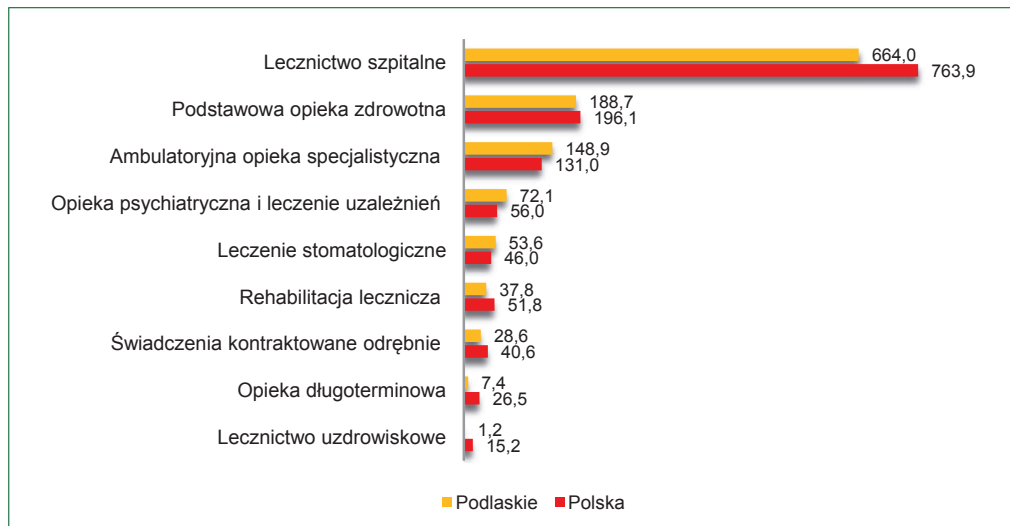
Tabela 20. Środki finansowe przeznaczone przez POW NFZ na kontraktowanie świadczeń zdrowotnych w województwie podlaskim w latach 2011-2012

Wyszczególnienie	2011		2012	
	w tys. zł	w proc.	w tys. zł	w proc.
Województwo podlaskie – KOSZTY OGÓŁEM:	1 504 515	100,00	1 652 234	100,00
w tym:				
Lecznictwo szpitalne – hospitalizacja	781 337*	51,93	795 903	48,17
POZ w tym nocna i świąteczna opieka zdrowotna	222 000	14,76	226 150	13,69
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	147 954	9,83	178 467	10,80
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	71 939	4,78	86 394	5,23
Ratownictwo medyczne	66 040	4,39	69 081	4,18
Leczenie stomatologiczne	59 043	3,92	64 268	3,89
Lecznictwo szpitalne PT (programy terapeutyczne)	49 657	3,30	61 982	3,75
Lecznictwo szpitalne chemioterapii	(50 095)*	x	50 912	3,08
Rehabilitacja lecznicza	37 650	2,50	45 257	2,74
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	32 990	2,19	34 314	2,08
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	21 596	1,44	22 829	1,38
Opieka paliatywna i hospicyjna	7 331	0,49	8 816	0,53
Profilaktyczne programy zdrowotne	4 506	0,30	5 034	0,30
Lecznictwo uzdrowiskowe	1 381	0,09	1 458	0,09
Pomoc doraźna i transport sanitarny	1 090	0,07	1 370	0,08

* W 2011 r. wartość środków przeznaczonych na kontraktowanie chemioterapii ujęta była łącznie wraz ze środkami przeznaczonymi na finansowanie leczenia szpitalnego – hospitalizacji (wartość umów dotyczących chemioterapii w ramach leczenia szpitalnego w 2011 r. wynosiła: 50 095 415,75 zł). Od 2012 r. chemioterapia występuje jako wyodrębniona pozycja planu finansowego.

Źródło: Opracowano na podstawie danych NFZ [w:] Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej w województwie podlaskim w 2012 r., Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2013, s. 6.

Wykres 15. Środki NFZ na kontraktowanie wybranych świadczeń zdrowotnych w 2012 r. na 1 mieszkańca (w zł) w Polsce i w województwie podlaskim



Źródło: Opracowano na podstawie danych NFZ i GUS.

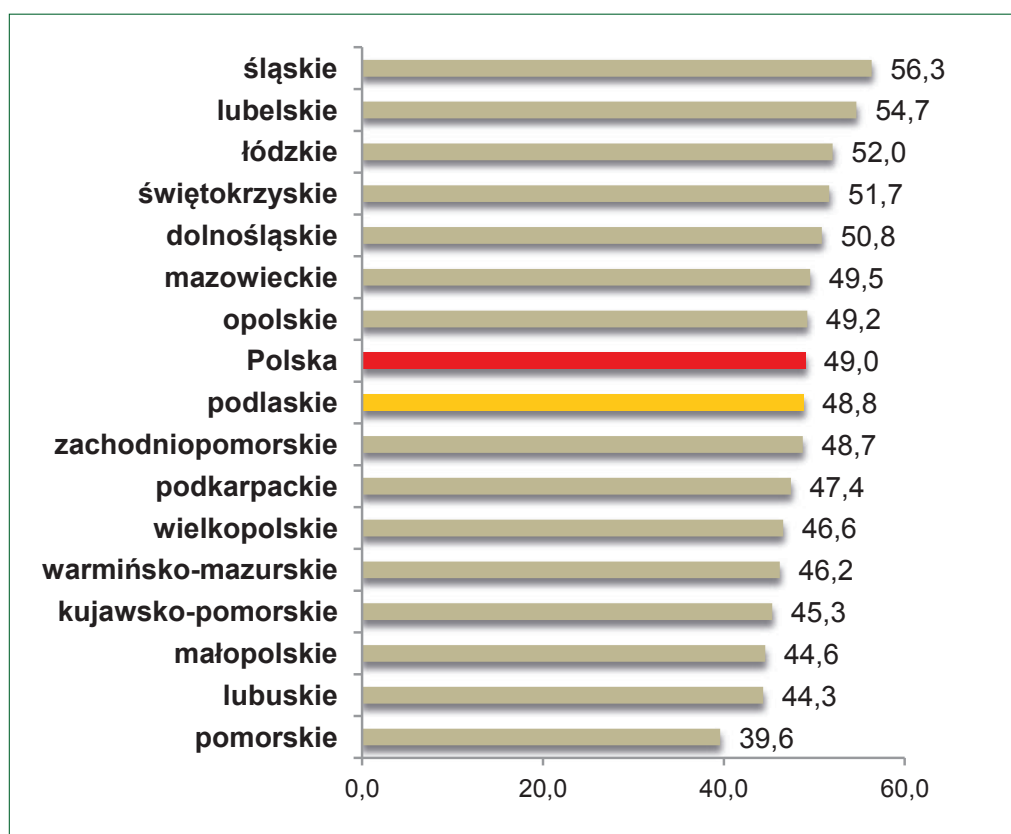
1.4. Analiza zasobów materialnych i ludzkich

Zasoby materialne

Głównym zasobem majątkowym sektora zdrowotnego są szpitale oraz ich wyposażenie. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że w 2012 roku w Polsce funkcjonowało 913 szpitali ogólnych, zapewniających pacjentom łącznie 188.820 łóżek.

Rozmieszczenie geograficzne szpitali na obszarze kraju jest bardzo zróżnicowane, co wynika przede wszystkim z uwarunkowań historycznych, lecz nie pokrywa się w pełni z potrzebami zdrowotnymi populacji. Stan ten obrazują dane dotyczące liczby łóżek szpitalnych w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców województwa.

Wykres 16. Liczba łóżek w szpitalach na 10 tys. ludności według województw. Stan w dniu 31 XII 2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w publikacji: *Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013

W 2008 r. w województwie podlaskim na jedno łóżko szpitalne przypadały 194 osoby, zaś w 2011 r. wskaźnik ten wynosił 211 osób na łóżko.

Najgorszy dostęp do świadczeń szpitalnych mają mieszkańcy regionu łomżyńskiego, gdzie na jedno łóżko w 2008 r. przypadały 232 osoby, a w 2011 r. – 236 osób. Najmniej problemów z dostępem do świadczeń szpitalnych ma ludność powiatu białostockiego i miasta Białystok, bowiem na jedno łóżko szpitalne przypadało tutaj odpowiednio – 164 osoby (2008 r.) i 187 osób (2011r.). W końcu 2012 r. podlaskie szpitale ogólne dysponowały ogółem 263 łózkami intensywnej opieki medycznej oraz 72 łózkami intensywnego nadzoru kardiologicznego, w tym 37 łózkami w oddziałach kardiologicznym i intensywnego nadzoru kardiologicznego. Ogółem w szpitalach było 128 inkubatorów, z czego 80 w oddziałach neonatologicznych.

Dla oddania pełnego obrazu infrastruktury opieki zdrowotnej w regionie niezbędna jest analiza danych dotyczących stanu wyposażenia placówek leczniczych w aparaturę medyczną, w tym zwłaszcza wysoko-specjalistyczny sprzęt niezbędny do diagnostyki schorzeń, tj. tomografy komputerowe oraz aparaty do obrazowania metodą rezonansu magnetycznego.

Dane z 2011 r. wskazują, że dostępność do **tomografów komputerowych** w poszczególnych krajach OECD była bardzo zróżnicowana. Najwięcej tomografów przypadało na 1 milion ludności Japonii (101,3) i Australii (44,4), natomiast najmniej tych urządzeń odnotowano w Meksyku (4,8 na 1 mln ludności) i na Węgrzech (7,3). Jednocześnie w 2011 r. najwięcej badań tomograficznych wykonano w Estonii (364,3 badania na 1 tys. mieszkańców), w Stanach Zjednoczonych (273,8) oraz w Luksemburgu (198,8). W Polsce na 1 tys. ludności przeprowadzono w tym czasie zaledwie 49 badań z zastosowaniem tego urządzenia. Najwyższy wskaźnik efektywności wykorzystania tomografu odnotowano w Estonii (przeprowadzono 24,4 tys. badań na 1 urządzenie), w Izraelu (14 tys.) i we Francji (4 tys.). Najmniej badań przy użyciu 1 tomografu wykonano w Korei Płd. (3,3 tys.), Polsce (3,7 tys.) i Danii (4 tys.).

Wśród krajów OECD występowały także dysproporcje w zakresie dostępności **aparatów do rezonansu magnetycznego**. Najwięcej tych urządzeń w przeliczeniu na 1 milion ludności odnotowano w Japonii (46,9 aparatów), we Włoszech (23,7) i Islandii (21,9). Polska znalazła się w grupie 13 państw, w których liczba aparatów do rezonansu magnetycznego na 1 milion mieszkańców nie przekraczała 10 – osiągając jeden z najniższych wskaźników (4,8). Najwięcej badań z wykorzystaniem aparatu do rezonansu magnetycznego przeprowadzono w Stanach Zjednoczonych (102,7 na 1 tys. ludności w 2010 r.), Turcji (97,4 – 2011 r.) oraz w Luksemburgu

(81,1 – 2011 r.). W Polsce w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców wykonano zaledwie 17,7 takich badań. Z kolei wysoki wskaźnik liczby wykonanych badań na 1 aparat do rezonansu magnetycznego był w Turcji (9,2 tys.), we Francji (9,0 tys.) i Izraelu (8,0 tys.)⁶.

Wyposażenie placówek leczniczych w wysokospecjalistyczny sprzęt i aparaturę medyczną w województwie podlaskim jest ograniczone (tabela 21). W 2011 r. na Podlasiu dostępne były zaledwie 4 tomografy komputerowe i 3 aparaty do rezonansu magnetycznego, co daje wynik odpowiednio – 3,3 i 2,5 na 1 milion mieszkańców województwa.

Zdecydowana większość wysokospecjalistycznej aparatury medycznej w województwie podlaskim znajduje się w dyspozycji podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami (SP ZOZ). Według danych z 2012 r. łączna liczba specjalistycznych urządzeń i aparatów medycznych wymienianych w sprawozdaniach Ministerstwa Zdrowia (MZ-12, MZ-29) dostępnych na Podlasiu wynosi 213 (tabela 22), w tym przeważają: echokardiografy (66 sztuk), aparaty RTG z torem wizyjnym (46) i analizatory biochemiczne wieloparametrowe (40).

W dalszym ciągu Podlaskie ma najniższy wskaźnik analizatorów biochemicznych i tomografów komputerowych w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców – odpowiednio 0,5 i 0,7. W województwie brakuje pozytonowego tomografu emisyjnego (PET-CT).

⁶ *Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2012 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013, s. 140-142.

Tabela 21. Specjalistyczna aparatura medyczna według województw w 2012 r.

Województwo	TYP SPRZĘTU MEDYCZNEGO															
	Analizator biochemiczny		Gammakamera		Litotrypter		Akcelerator liniowy		Aparat RTG z torem wizyjnym		Rezonans magnetyczny		Tomograf komputerowy		Tomograf pozytonowy PET-CT	
	Liczba aparatów	Wskaźnik na 100 tys.	Liczba aparatów	Wskaźnik na 100 tys.	Liczba aparatów	Wskaźnik na 100 tys.	Liczba aparatów	Wskaźnik na 100 tys.	Liczba aparatów	Wskaźnik na 100 tys.	Liczba aparatów	Wskaźnik na 100 tys.	Liczba aparatów	Wskaźnik na 100 tys.	Liczba aparatów	Wskaźnik na 100 tys.
POLSKA	1 166	1,0	119	0,0	185	0,5	120	0,3	1 453	3,7	202	0,5	574	1,4	19	0,0
Dolnośląskie	89	1,2	9	0,0	11	0,4	10	0,3	104	3,6	22	0,8	40	1,4	0	0,0
Kujawsko-pomorskie	69	1,3	10	0,1	9	0,4	8	0,4	74	3,5	11	0,5	30	1,4	2	0,1
Lubelskie	67	0,8	6	0,0	25	1,2	6	0,3	95	4,4	9	0,4	41	1,9	1	0,0
Lubuskie	30	1,5	4	0,0	5	0,5	3	0,3	49	4,8	6	0,6	11	1,1	0	0,0
Łódzkie	82	0,9	13	0,1	14	0,6	7	0,3	78	3,1	12	0,5	39	1,5	4	0,2
Małopolskie	113	0,9	8	0,0	12	0,4	12	0,4	143	4,3	15	0,4	54	1,6	1	0,0
Mazowieckie	175	1,3	26	0,1	19	0,4	14	0,3	216	4,1	31	0,6	93	1,8	3	0,1
Opolskie	20	0,6	4	0,0	8	0,8	2	0,2	25	2,5	2	0,2	12	1,2	0	0,0
Podkarpackie	64	1,2	3	0,0	8	0,4	5	0,2	59	2,8	13	0,6	32	1,5	0	0,0
Podlaskie	40	0,5	3	0,0	9	0,7	5	0,4	46	3,8	5	0,4	8	0,7	0	0,0
Pomorskie	61	1,0	5	0,0	13	0,6	7	0,3	93	4,1	17	0,7	31	1,4	1	0,0
Śląskie	159	1,4	11	0,1	22	0,5	18	0,4	208	4,5	31	0,7	75	1,6	4	0,1
Świętokrzyskie	36	1,2	3	0,0	6	0,5	4	0,3	36	2,8	8	0,6	22	1,7	1	0,1
Warmińsko-mazurskie	38	0,9	3	0,0	2	0,1	0	0,0	54	3,7	8	0,6	17	1,2	0	0,0
Wielkopolskie	72	0,5	6	0,0	17	0,5	10	0,3	98	2,8	7	0,2	46	1,3	2	0,1
Zachodniopomorskie	51	1,2	5	0,0	5	0,3	9	0,5	75	4,4	5	0,3	23	1,3	0	0,0

Źródło: Opracowano na podstawie danych [w:] *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013.

Tabela 22. Specjalistyczna aparatura medyczna w województwie podlaskim w latach 2009-2012

Nazwa urządzenia medycznego	Liczba aparatów			
	2009	2010	2011	2012
Echokardiograf (ultrasonograf kardiologiczny)	49	52	58	66
Aparat RTG z torem wizyjnym	44	44	46	46
Analizator biochemiczny wieloparametrowy	42	41	34	40
Aparat RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową	8	8	14	13
Urządzenie angiograficzne, zestaw do badań naczyniowych	9	12	12	12
Litotrypter	7	7	10	9
Tomograf komputerowy	4	6	4	7
Mammograf	9	8	7	6
Akcelerator liniowy	5	4	5	5
Rezonans magnetyczny	1	2	3	5
Gammakamera	3	3	3	3
Urządzenie magnetycznego rezonansu jądrowego	2	0	1	1
Pozytronowy tomograf (PET-CT)	0	0	0	0

Źródło: Opracowano na podstawie danych: MZ-12 – Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej, specjalistycznej opiece zdrowotnej; MZ-29 – Sprawozdanie o działalności szpitala ogólnego [w:] *Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2010-2013.

Kadra medyczna

Decydujący wpływ na jakość opieki zdrowotnej mają zasoby kadry medycznej. Istotnym elementem jest zarówno liczba pracowników medycznych uprawnionych do wykonywania zawodu, jak również liczba osób faktycznie pracujących w ochronie zdrowia. Do grupy zawodów medycznych zalicza się: lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarki, położne, farmaceutów i analityków medycznych, ratowników medycznych, fizjoterapeutów i rehabilitantów.

Wykonywanie zawodu przez personel medyczny odbywa się w ramach zatrudnienia na podstawie różnych form umowy o pracę albo samozatrudnienia poprzez prowadzenie indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej. W sektorze opieki zdrowotnej częstym zjawiskiem jest zatrudnienie jednocześnie u kilku pracodawców, co utrudnia pozyskanie wiarygodnych danych dotyczących liczby osób faktycznie pracujących w ochronie zdrowia.

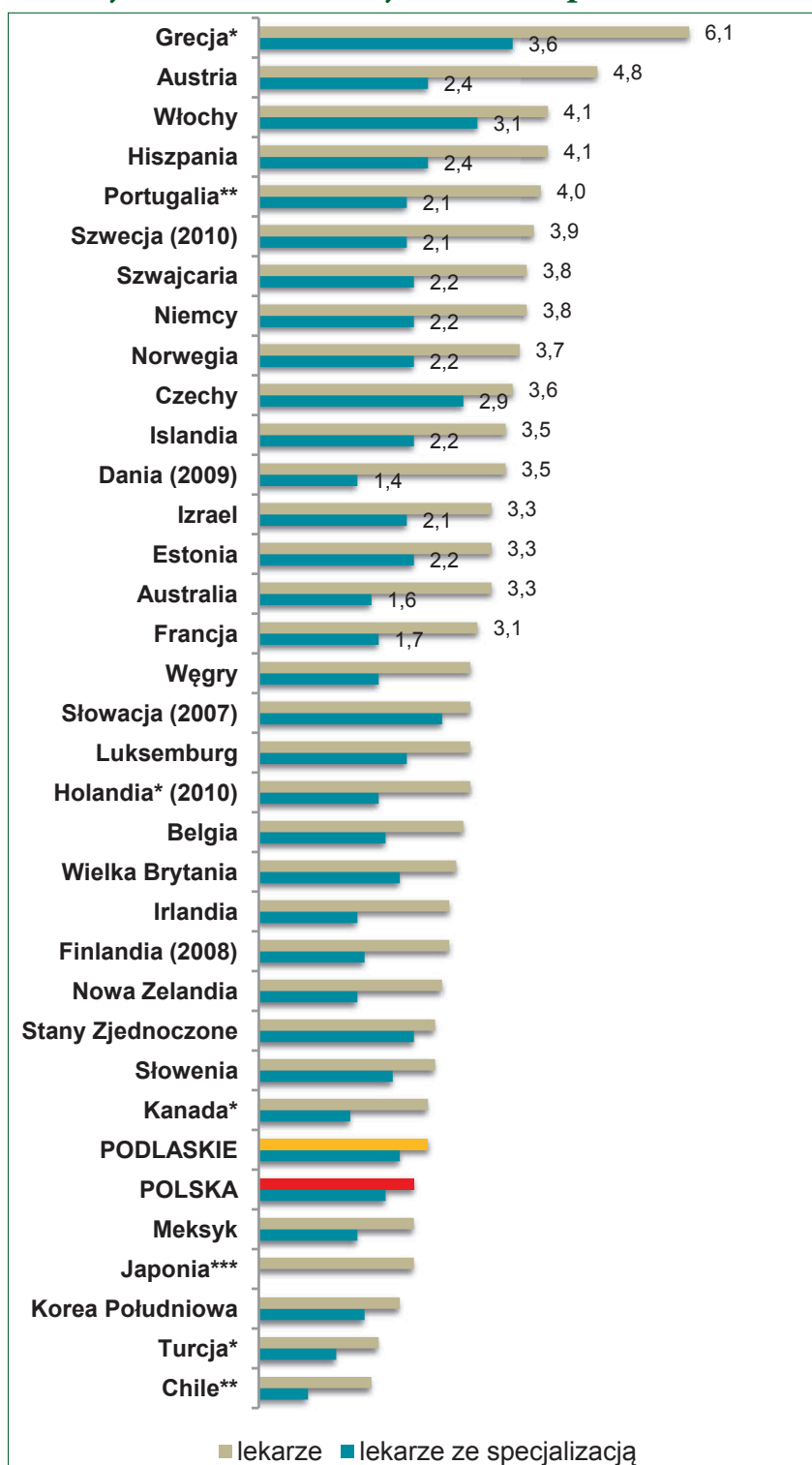
Należy również pamiętać, że liczba osób z prawem wykonywania zawodu jest z reguły wyższa niż rzeczywiste zasoby kadry medycznej, po-

nieważ do grupy tej zaliczane są także osoby, które posiadając prawo wykonywania zawodu medycznego wyjechały za granicę, zmieniły miejsce zamieszkania w kraju albo odeszły z zawodu.

Z analizy dostępnych danych dotyczących liczby lekarzy przypadających na 1 tys. ludności wynika, że wskaźnik ten w Polsce w 2011 r. wynosił 2,2 i był jednym z najniższych wśród krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD)⁷. Mniej korzystnie prezentował się jedynie stan kadry lekarskiej w Korei Południowej (2,0), w Turcji (1,7) oraz w Chile (1,6). Średnia dla krajów OECD wynosiła 3,1. Największą liczbą lekarzy w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców dysponowały państwa europejskie, tj. Grecja (6,1), Austria (4,8) Hiszpania i Włochy (po 4,1). Wskaźnik ten w przypadku województwa podlaskiego był wyższy od poziomu osiągniętego przez Polskę, a zarazem niższy od średniej OECD i wynosił 2,4. Rozkład danych w 34 państwach OECD prezentuje wykres 17.

⁷ Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. *Organization for Economic Co-operation and Development, OECD*) utworzona w 1960 r. organizacja międzynarodowa o profilu ekonomicznym, skupiająca 34 wysoko rozwinięte i demokratyczne państwa.

Wykres 17. Lekarze (w tym lekarze ze specjalizacją) na 1 tys. ludności w krajach OECD i w województwie podlaskim w 2011 r.

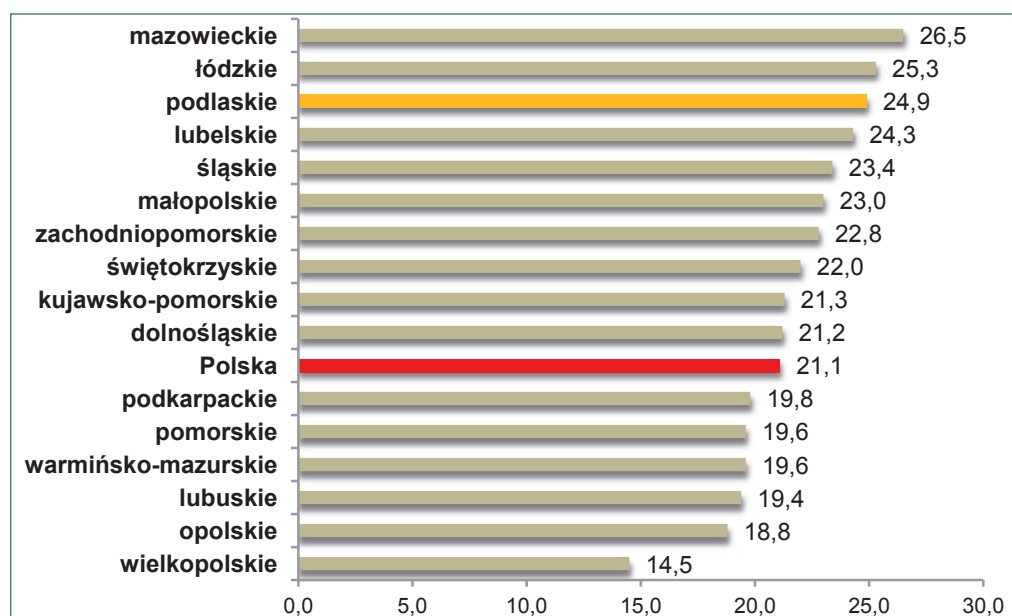


Źródło: Opracowano na podstawie danych [w:] *Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2012 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013

Oceniając zasoby kadry lekarskiej na Podlasiu należy zauważyć, że w 2012 r. województwo podlaskie znalazło się na 3. miejscu w Polsce pod względem liczby lekarzy (24,9) w przeliczeniu na 10 tys. ludności (zob. wykres 16). Wyższą wartość wskaźnika odnotowano jedynie w województwach mazowieckim (26,5) i łódzkim (25,3), zaś najniższy wskaźnik wystąpił w województwie wielkopolskim, gdzie na 10 tys. mieszkańców przypadało 14,5 lekarzy.

Istotnym aspektem opieki zdrowotnej jest zapewnienie pacjentom dostępu do lekarzy specjalistów. Z badań wynika, że w większości państw należących do OECD liczba lekarzy ze specjalizacją stanowi ponad 50% ogółu lekarzy, za wyjątkiem Australii (49,5%), Chile (45,6%), Finlandii (44,4%) oraz Irlandii (33,6%). W Polsce odsetek lekarzy specjalistów do lekarzy ogółem wyniósł 81,2% (2011 r.), a większy wskaźnik odnotowano jedynie w Stanach Zjednoczonych (87,9% – 2011 r.) i na Słowacji (85,5%). Jednocześnie wskaźnik liczby lekarzy ze specjalizacją w przeliczeniu na 1000 mieszkańców wyniósł w Polsce zaledwie 1,8, nie osiągając nawet poziomu średniej OECD – 1,9 (3,6 – Grecja, 3,1 – Włochy, 2,6 – Czechy, 0,7 – Chile).

Wykres 18. Liczba lekarzy na 10 tys. ludności według województw. Stan w dniu 31 XII 2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych [w:] *Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013.

W województwie podlaskim stosunek liczby lekarzy ze specjalizacją zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia do łącznej liczby lekarzy kształtował się na poziomie 83,2%, przekraczając średnią krajową o 2 pkt. proc. (stan w dniu 31 XII 2011 – dane CSIOZ). Przyjmując (przy rozbieżności dostępnych danych), że liczba lekarzy specjalistów w Podlaskiem wynosiła w 2011 r. 2 410 (dane CSIOZ) wskaźnik lekarzy specjalistów w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców wyniósłby 2. Szczegółowe dane za 2012 r. dotyczące lekarzy posiadających specjalizację, zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 23. Lekarze specjaliści zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia według województw i podstawowego miejsca zatrudnienia. Stan w dniu 31 XII 2012

Województwo	POLSKA	Mazowieckie	Śląskie	Małopolskie	Dolnośląskie	Łódzkie	Lubelskie	Wielkopolskie	Kujawsko - pomorskie	Podkarpackie	Pomorskie	Zachodniopomorskie	Warmińsko-mazurskie	Świętokrzyskie	Podlaskie	Lubuskie	Opolskie
Lekarze ogółem (w liczbach bezwzględnych)	67 687	10 728	8 913	5 802	4 887	4 876	4 269	4 032	3 681	3 581	3 468	3 037	2 385	2 384	2 375	1 747	1 522
Lekarze specjaliści (% ogółu lekarzy)	81,2	80,0	83,4	76,3	79,2	77,6	79,8	81,6	83,7	86,0	79,2	78,8	89,1	85,5	82,6	89,0	83,4
<i>w tym specjaliści w zakresie:</i>																	
Radiologii	2 518	419	340	187	208	141	174	149	138	119	168	121	72	91	110	56	25
Chorób wewnętrznych	10 143	1 603	1 557	954	795	849	455	569	537	494	573	394	299	355	287	177	245
Pediatrici	5 547	843	731	509	380	444	258	333	363	291	345	232	193	183	167	137	138
Chorób płuc	1 433	182	170	154	100	102	113	89	65	93	75	80	41	47	44	32	46
Psychiatrii	2 563	495	296	245	147	186	141	154	135	119	123	93	100	93	106	70	60
Dermatologii i wenerologii	1 625	240	214	115	103	132	102	89	95	102	62	90	62	59	70	51	39
Neurologii	2 696	470	409	213	165	175	197	142	143	181	124	97	90	89	68	70	63
Chirurgii	8 133	1 285	1 143	628	611	510	467	585	432	427	383	379	338	283	242	221	199
Położnictwa i ginekologii	4 584	685	599	348	325	323	281	317	234	267	201	254	174	155	167	140	114
Otolaryngologii	1 790	296	273	115	144	105	108	118	90	91	81	77	75	51	68	47	51
Okulistyki	2 440	399	356	174	208	179	153	107	134	115	135	127	87	72	61	72	61

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych [w:] *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013.

Tabela 24. Lekarze specjaliści w Polsce i w województwie podlaskim w 2012 r. według wybranych specjalizacji

Wyszczególnienie	Polska		Województwo podlaskie	
	A	B	A	B
Lekarze ze specjalizacją – ogółem:	67 687	54 230¹	2 375	1 953
w tym:				
Anestezjologii i intensywnej terapii	x	3 414	x	128
Radiologii	2 518	2 268	110	106
Chorób wewnętrznych	10 143	7 477	287	241
Pediatrici	5 547	3 228	167	144
Chorób płuc	1 433	1 384	44	47
Chorób zakaźnych	x	x	x	34
Psychiatrii ³	2 567	2 313	106	103
Dermatologii i wenerologii ³	1 625	948	70	52
Neurologii ³	2 696	2 396	68	71
Chirurgii ⁴ , w tym:	8 133	8 393	242	253
– Chirurgii klatki piersiowej	x	x	x	13
– Ortopedii i traumatologii	x	x	x	72
Położnictwa i ginekologii	4 584	3 936	167	161
Otolaryngologii ^{3,6}	1 790	1 328	68	65
Okulistyki	2 440	1 956	61	55
Urologii ³	x	x	x	28
Kardiologii ³	x	2 030	x	39
Onkologii ⁵	x	472	x	22
Hematologii	x	x	x	6
Medycyny rodzinnej	x	6 509	x	398

A – dane CSIOZ, B – dane ze sprawozdania MZ-89 (1 – Zatrudnieni według podstawowego miejsca pracy. 2 – Specjaliści w zakresie radiodiagnostyki, radioterapii onkologicznej i radiologii dziecięcej. 3 – Łącznie ze specjalistami dziecięcymi. 4 – Specjaliści w zakresie: chirurgii ogólnej, dziecięcej, klatki piersiowej, naczyniowej, onkologicznej, plastycznej, szczękowej, szczękowo-twarzowej, kardiochirurgii, neurochirurgii, ortopedii i traumatologii. 5 – Specjaliści w zakresie onkologii, onkologii i hematologii dziecięcej. 6 – Łącznie ze specjalistami z otorynolaryngologii).

Źródło: Opracowano na podstawie danych [w:] *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013; *Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2013.

W województwie podlaskim wśród lekarzy specjalistów dominują lekarze posiadający specjalizację z zakresu medycyny rodzinnej – 398 lekarzy (dane MZ-89 za 2012 r.), chorób wewnętrznych – 241 lekarzy (287 – według danych CSIOZ) oraz chirurgii – 253 lekarzy (242 – CSIOZ), w tym

72 ortopedów i traumatologów, a także 161 lekarzy specjalistów z zakresu położnictwa i ginekologii (167 – CSIOZ) oraz 144 pediatrów (167 – CSIOZ).

Dostępność do świadczeń udzielanych przez specjalistów jest na Podlasiu nierównomierna. Najwięcej lekarzy ze specjalizacją jest zatrudnionych w Białymstoku, zaś na pozostałym obszarze niejednokrotnie brak jest wystarczającej liczby specjalistów, a ponadto w niektórych dziedzinach medycyny ich ogólna liczba jest niewystarczająca. Konsultanci wojewódzcy sygnalizują zwłaszcza braki kadrowe w dziedzinach takich, jak m.in.: anestezjologia i intensywna terapia, angiologia, chirurgia naczyniowa, choroby wewnętrzne, choroby zakaźne, kardiologia, medycyna ratunkowa, neonatologia, neurologia, onkologia kliniczna, psychiatria, radiologia i diagnostyka obrazowa, reumatologia, transfuzjologia kliniczna.

W opinii konsultantów krajowych w większości dziedzin medycyny zachodzą obawy o powiększanie się deficytów specjalistów spowodowane takimi zjawiskami, jak:

- starzenie się kadry medycznej,
- niechęć lekarzy do robienia niektórych specjalizacji,
- migracje zagraniczne lekarzy specjalistów,
- wzrost zapotrzebowania na lekarzy wybranych specjalności w związku z postępem w medycynie oraz starzeniem się ludności.

Tabela 25. Personel medyczny w województwie podlaskim według zawodów medycznych. Stan w dniu 31 XII 2012

Wyszczególnienie	Województwo podlaskie	
	w liczbach bezwzględnych*	wskaźnik na 10 tys. ludności
Lekarze	3 290	27,45
Lekarze dentyści	606	5,06
Farmaceuci	73	0,61
Technicy farmaceutyczni	75	0,63
Diagności laboratoryjni	336	2,80
Technicy analityki medycznej	462	3,85
Pielęgniarki, w tym:	6 351	52,98
– mgr pielęgniarstwa	903	7,53
Położne, w tym:	821	6,85
– mgr położnictwa	97	0,81
Ratownicy medyczni, w tym:	533	4,45
– z wyższym wykształceniem	122	1,02

Wyszczególnienie	Województwo podlaskie	
	w liczbach bezwzględnych*	wskaźnik na 10 tys. ludności
Fizjoterapeuci	265	2,21
Technicy fizjoterapii	198	1,65
Technicy masażysty	39	0,33
Psycholodzy	134	1,12
Terapeuci zajęciowi, w tym:	69	0,58
– z wyższym wykształceniem	30	0,25
Dietetycy, w tym:	79	0,66
– z wyższym wykształceniem	46	0,38
Technicy elektroradiologii	324	2,70
Instruktorzy higieny	55	0,46
RAZEM:	13 710	114,37

* Zatrudnienie w osobach wg podstawowego miejsca zatrudnienia

Źródło: Opracowano na podstawie danych: MZ-88 o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą [w:] *Diagnoza sytuacji demograficzno-epidemiologicznej w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2013.

Miernikiem oceny zasobów kadrowych opieki stomatologicznej jest liczba lekarzy dentystów przypadająca na 1 tys. mieszkańców. Wśród krajów OECD wskaźnik ten osiągnął wysoką wartość w przypadku Estonii, Islandii, Luksemburga i Norwegii (po 0,9). Średnia OECD wyniosła 0,6. Natomiast Polska z wskaźnikiem 0,3 zajęła jedno z ostatnich miejsc.

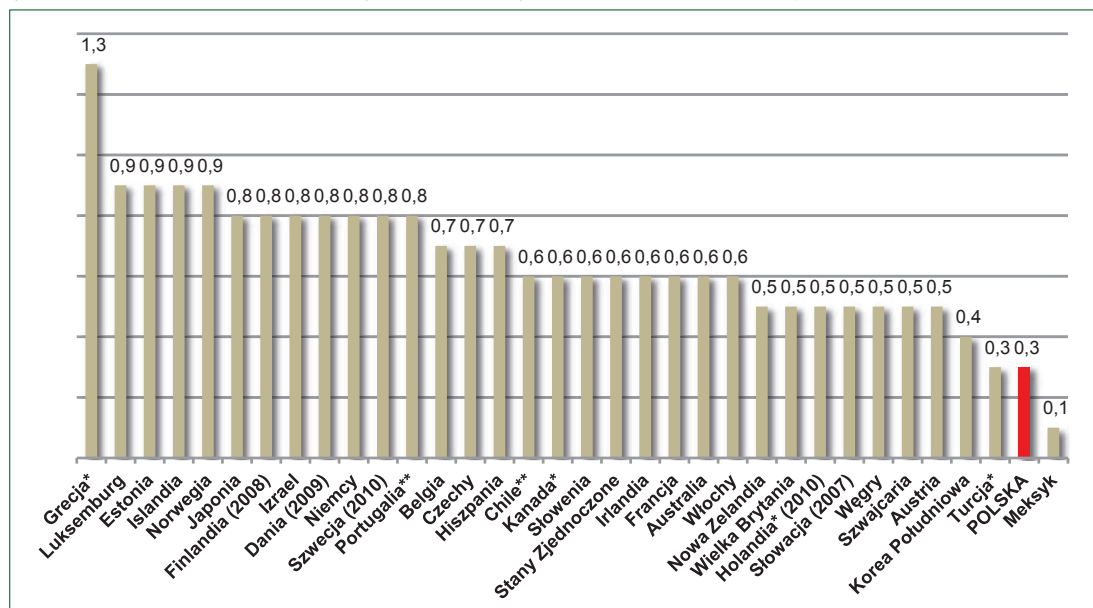
Tabela 26. Lekarze i lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu wg wieku, płci i województw. Stan w dniu 31 XII 2012

Województwo	Razem	W tym kobiety	poniżej 35		35-44		45-54		55-64		65 i więcej		Stażyści	Niewy- konujący zawodu
			K	M	K	M	K	M	K	M	K	M		
LEKARZE UPRAWNIENI DO WYKONYWANIA ZAWODU														
POLSKA	137 109	78 753	14 774	8 546	14 760	11 648	17 624	15 158	15 099	11 469	16 496	11 535	3 053	14 964
Mazowieckie	24 787	15 202	2 662	1 291	2 908	1 998	3 079	2 424	2 463	1 746	4 090	2 126	489	3 213
Śląskie	16 757	9 676	1 571	972	1 815	1 356	2 495	2 095	2 104	1 411	1 691	1 247	349	1 113
Małopolskie	11 848	6 857	1 458	886	1 191	993	1 462	1 151	1 286	894	1 460	1 067	330	596
Dolnośląskie	11 200	6 406	1 336	791	1 183	1 017	1 371	1 212	1 243	912	1 273	862	332	1 166
Łódzkie	10 801	6 135	1 243	711	1 081	929	1 353	1 131	1 267	1 003	1 191	892	274	1 659
Wielkopolskie	10 752	5 925	1 167	696	1 141	945	1 302	1 140	1 104	1 010	1 211	1 036	291	1 649
Pomorskie	8 431	5 046	1 005	565	1 055	713	992	854	781	611	1 213	642	216	1 368
Lubelskie	8 030	4 556	892	536	878	697	1 099	919	952	709	735	613	175	490
Kujawsko-pomorskie	6 118	3 308	742	437	614	564	736	731	595	549	621	529	147	512
Zachodniopomorskie	6 061	3 413	672	399	639	498	653	639	708	568	741	544	162	649
Podkarpackie	5 232	2 795	554	313	526	448	725	725	587	498	403	453	111	348
Podlaskie	4 944	3 030	593	297	544	386	706	510	559	368	628	353	0	1 095
Świętokrzyskie	3 622	2 023	280	215	394	290	529	440	455	322	365	332	48	342
Warmińsko-mazurskie	3 603	1 871	255	189	357	338	438	499	430	370	391	336	61	317
Opolskie	2 471	1 280	168	117	223	241	358	335	272	246	259	252	31	172
Lubuskie	2 452	1 230	176	131	211	235	326	353	293	252	224	251	37	275
LEKARZE DENTYŚCI UPRAWNIENI DO WYKONYWANIA ZAWODU														
POLSKA	38 848	30 040	6 271	2 466	6 213	2 328	6 240	1 750	4 962	1 125	6 354	1 139	949	6 002
Mazowieckie	6 898	5 522	1 148	386	1 278	414	1 009	266	677	164	1 410	146	157	1 170
Śląskie	4 328	3 174	612	314	680	360	641	216	547	124	694	140	86	467
Dolnośląskie	3 382	2 536	547	260	470	202	584	183	456	87	479	114	118	428

Województwo	Razem	W tym kobiety	poniżej 35		35-44		45-54		55-64		65 i więcej		Stażyści	Niewykonujący zawodu
			K	M	K	M	K	M	K	M	K	M		
Małopolskie	3 313	2 500	635	265	523	206	441	133	386	90	515	119	97	265
Wielkopolskie	3 307	2 488	543	226	488	183	444	145	491	150	522	115	119	682
Łódzkie	3 105	2 468	576	203	446	176	464	118	366	71	616	69	88	873
Pomorskie	2 546	2 050	426	146	381	118	416	92	308	57	519	83	70	536
Lubelskie	2 152	1 726	335	135	380	96	476	105	298	40	237	50	42	160
Zachodniopomorskie	1 985	1 543	354	129	299	122	333	82	246	60	311	49	75	264
Podkarpackie	1 658	1 200	246	119	253	104	272	112	212	62	217	61	37	215
Podlaskie	1 362	1 114	258	83	283	72	264	51	215	26	94	16	1	297
Kujawsko-pomorskie	1 309	1 006	146	48	176	72	243	73	218	58	223	52	13	188
Świętokrzyskie	1 014	801	137	47	163	64	169	39	158	29	174	34	9	125
Warmińsko-mazurskie	956	735	102	31	147	57	203	55	155	40	128	38	17	93
Lubuskie	817	646	126	37	131	41	155	40	120	34	114	19	7	165
Opolskie	716	531	80	37	115	41	126	40	109	33	101	34	13	74

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych [w:] *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2012.

Wykres 19. Lekarze dentyści na 1 tys. ludności w krajach OECD w 2011 r.

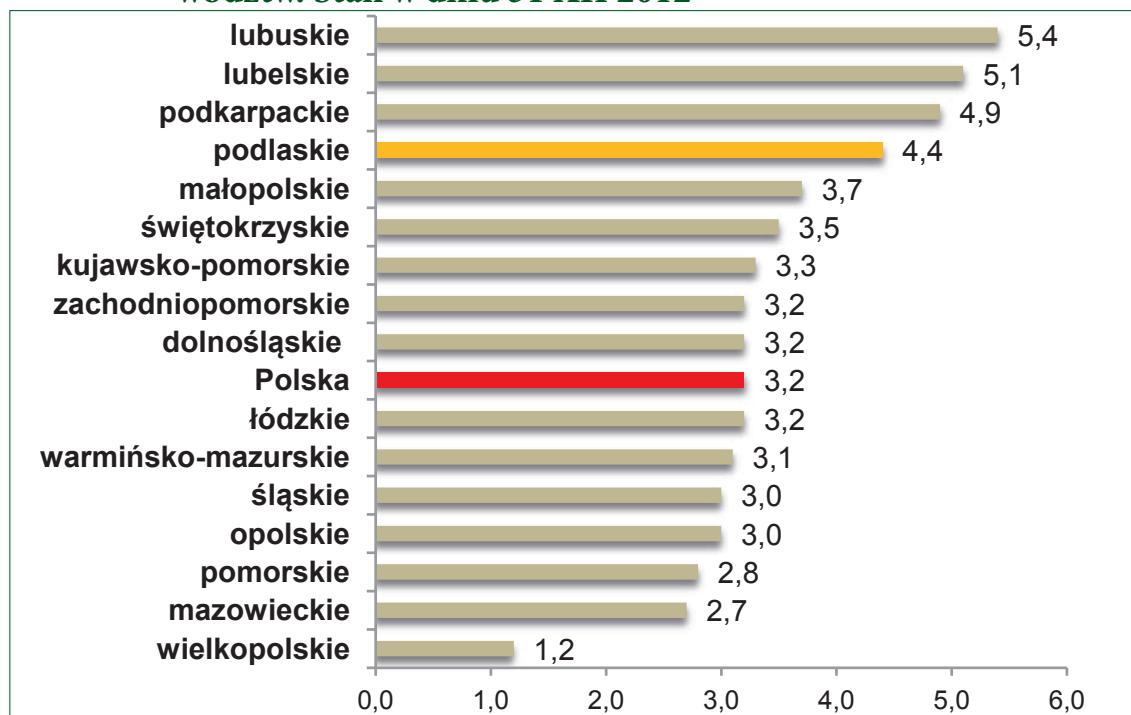


* Lekarze pracujący zawodowo ** Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w publikacji: *Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013.

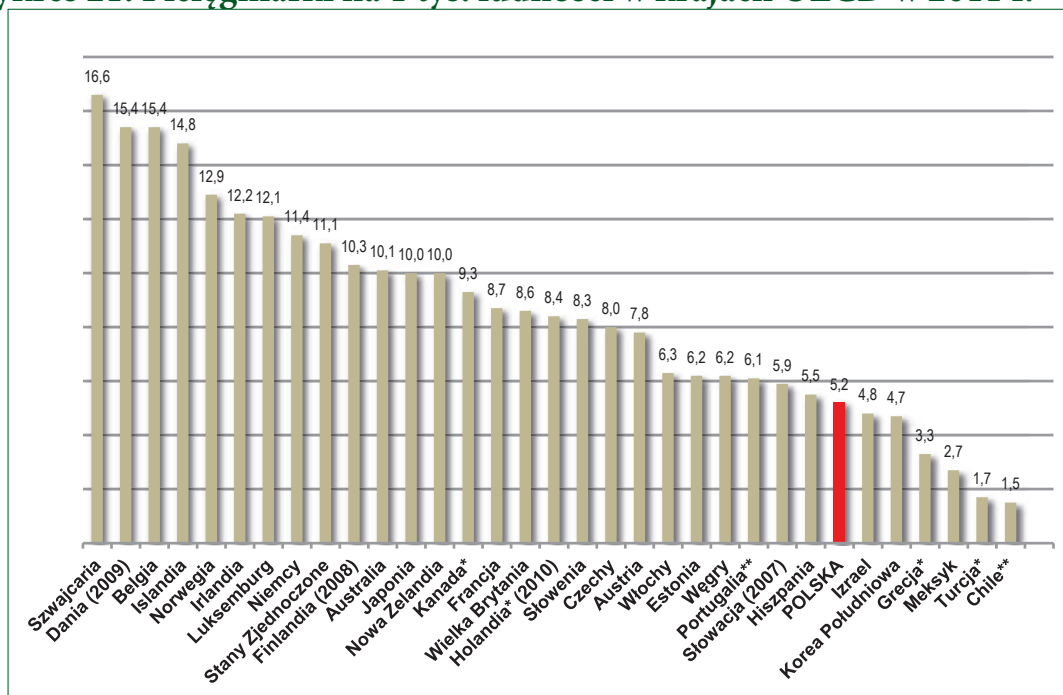
Z kolei liczba lekarzy dentystów udzielających świadczeń na obszarze województwa podlaskiego w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców daje wynik 4,4 (przy średniej krajowej 3,2). Większy wskaźnik osiągnęły jedynie województwa: lubuskie (5,4), lubelskie (5,1) oraz podkarpackie (4,9).

Wykres 20. Liczba lekarzy dentystów na 10 tys. ludności według województw. Stan w dniu 31 XII 2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w publikacji: *Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013.

Wykres 21. Pielęgniarki na 1 tys. ludności w krajach OECD w 2011 r.



* Pielęgniarki pracujące zawodowo

** Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w publikacji: *Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013.

Jak pokazują dane OECD za 2011 r., w porównaniu z innymi krajami Polska wypada niekorzystnie, jeśli chodzi o pielęgniarki pracujące bezpośrednio z pacjentem w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców (5,2), pozostając w tyle za państwami członkowskimi OECD z Europy Środkowo-Wschodniej (Słowacją, Węgrami, Estonią, Czechami oraz Słowenią). Najwyższy wskaźnik dostępności do opieki pielęgniarskiej występuje w Szwajcarii (16,6), Danii i Belgii (po 15,4).

Ogólna liczba pielęgniarek posiadających prawo wykonywania zawodu jest znacznie wyższa niż liczba pielęgniarek faktycznie pracujących zawodowo. Obejmuje ona także pielęgniarki, które posiadają formalne uprawnienia, lecz nie wykonują zawodu w miejscu zarejestrowania, ponieważ wyjechały za granicę, zmieniły miejsce zamieszkania w kraju bądź odeszły z zawodu, nie tracąc prawa do jego wykonywania.

Według danych CSIOZ w Polsce w 2012 r. prawo wykonywania zawodu posiadało 285 339 pielęgniarek (w tym 97,7% stanowiły kobiety), z czego zaledwie 3,2% (tj. 9 211) było zgłoszonych w izbach zawodowych w województwie podlaskim (98,6% – kobiety). Najwięcej pielęgniarek z prawem wykonywania zawodu odnotowano w województwach: mazowieckim (13,9% ogółu pielęgniarek w Polsce) i śląskim (13,1%). Jednocześnie najwyższy wskaźnik pielęgniarek z prawem wykonywania zawodu w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców wystąpił w województwie małopolskim – 23,3 (śląskie – 17,8, lubelskie – 16,4, mazowieckie – 13,6). Wskaźnik dla Podlasia wyniósł 6,3.

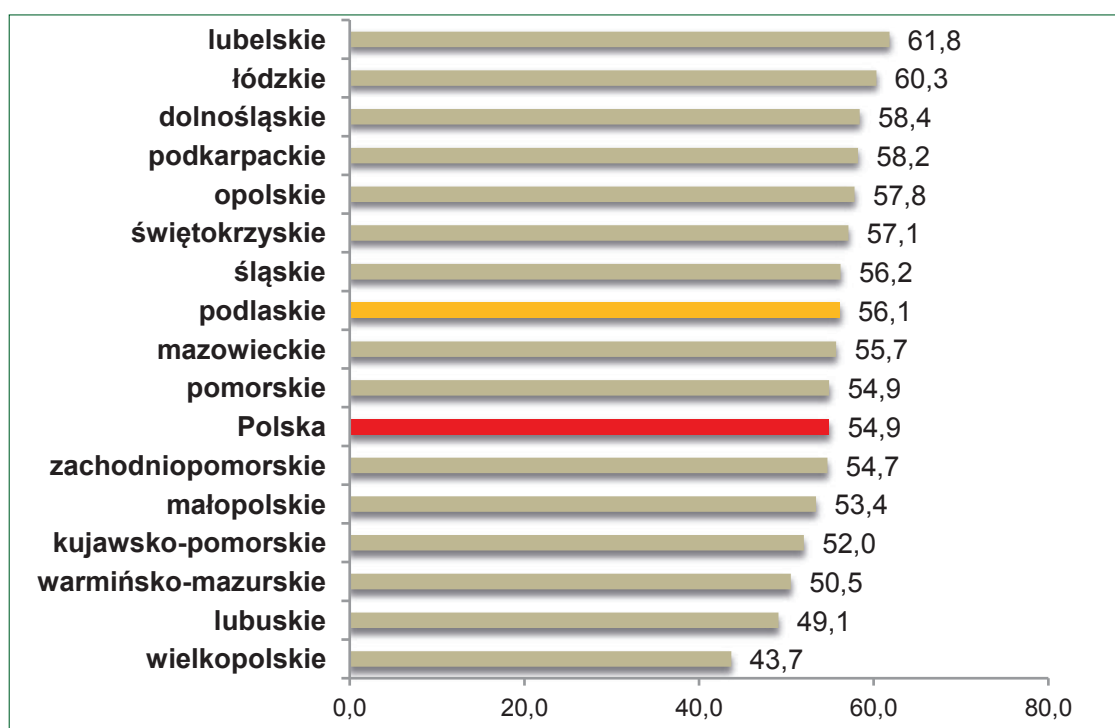
Tabela 27. Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu wg wieku, płci i województw. Stan w dniu 31 XII 2012

Województwo	Razem	w tym kobiety	poniżej 35		35-44		45-54		55-64		65 i więcej	
			K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
PIELĘGNIARKI UPRAWNIONE DO WYKONYWANIA ZAWODU												
POLSKA	285 339	278 831	22 954	x	83 057	x	94 255	1 110	63 135	335	15 430	60
Mazowieckie	39 705	38 969	3 482	282	11 465	276	12 765	136	8 914	38	2 343	4
Śląskie	37 253	36 884	2 156	88	11 936	159	12 484	88	8 910	30	1 398	4
Łódzkie	23 984	23 613	932	70	6 156	134	6 641	106	5 198	30	4 686	31
Małopolskie	23 843	23 428	2 762	130	7 676	177	7 525	77	4 702	28	763	3
Dolnośląskie	23 250	22 858	1 060	78	6 471	176	8 481	101	5 925	33	921	4
Wielkopolskie	22 090	21 473	1 773	140	6 414	286	6 928	139	5 180	50	1 178	2
Podkarpackie	16 869	16 570	2 146	104	5 289	88	5 528	84	3 177	19	430	4
Lubelskie	16 541	16 173	1 291	94	4 697	165	6 084	91	3 703	17	398	1
Pomorskie	14 359	14 123	954	52	5 491	119	4 568	43	2 594	19	516	3
Kujawsko-pomorskie	14 091	12 281	2 032	x	2 230	x	4 906	46	2 704	8	409	0
Zachodniopomorskie	10 870	10 688	620	38	3 106	67	3 866	55	2 648	22	448	0
Świętokrzyskie	10 072	9 897	1 006	59	2 686	63	3 255	39	2 518	13	432	1
Warmińsko-mazurskie	9 366	9 239	395	31	2 590	65	3 717	26	1 774	5	763	0
Podlaskie	9 211	9 078	817	32	2 244	74	3 170	22	2 470	5	377	0
Opolskie	7 245	7 043	1 085	70	2 466	83	2 166	33	1 222	13	104	3
Lubuskie	6 590	6 514	443	4	2 140	43	2 171	24	1 496	5	264	0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych [w:] *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2012.

Najwięcej pielęgniarek z prawem wykonywania zawodu występuje w przedziale wiekowym od 45 do 54 lat. W Polsce grupa ta stanowi 33,4% ogółu pielęgniarek, w województwie podlaskim – 34,7%.

**Wykres 22. Liczba pielęgniarek na 10 tys. ludności według województw.
Stan w dniu 31 XII 2012**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w publikacji: *Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013.

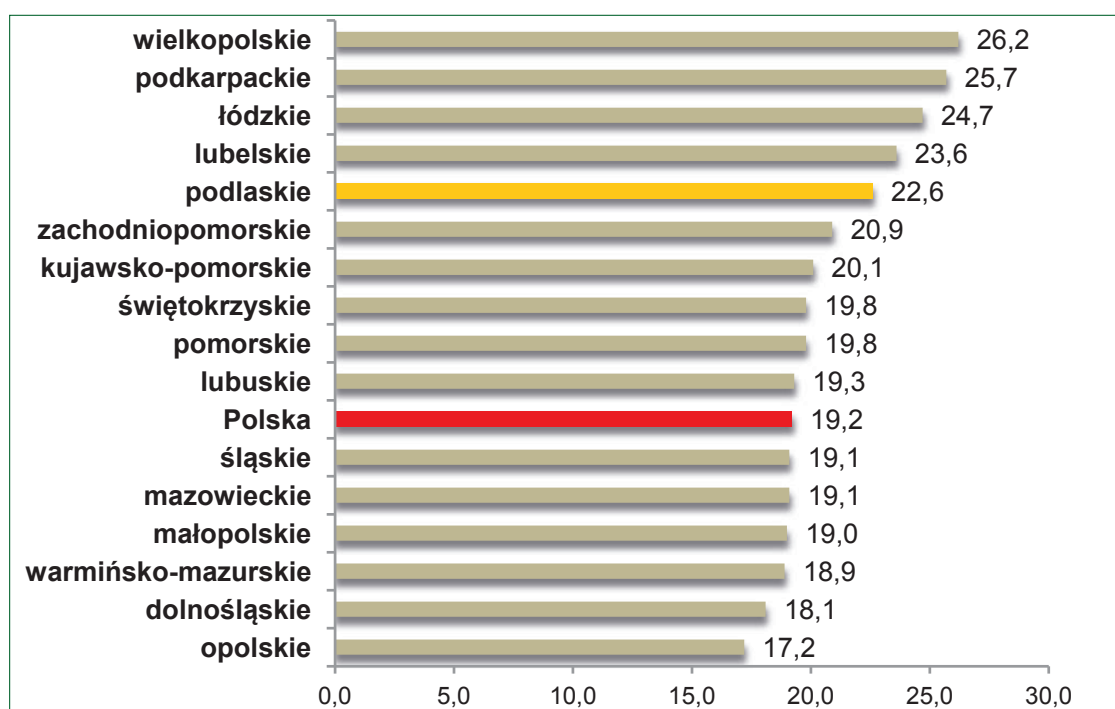
Z danych GUS za 2012 r. wynika, że w województwie podlaskim wskaźnik pielęgniarek czynnie wykonujących zawód w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wynosił 56,1, przy średniej krajowej 54,9. Pod względem dostępności do opieki pielęgniarskiej Podlaskie zajmuje 8. pozycję w kraju.

Tabela 28. Położne uprawnione do wykonywania zawodu według wieku, płci i województw. Stan w dniu 31 XII 2012

Województwo	Razem	w tym kobiety	poniżej 35		35-44		45-54		55-64		65 i więcej	
			K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
POŁOŻNE UPRAWNIONE DO WYKONYWANIA ZAWODU												
POLSKA	38 848	30 040	6 271	2 466	6 213	2 328	6 240	1 750	4 962	1 125	6 354	1 139
Mazowieckie	6 898	5 522	1 148	386	1 278	414	1 009	266	677	164	1 410	146
Śląskie	4 328	3 174	612	314	680	360	641	216	547	124	694	140
Dolnośląskie	3 382	2 536	547	260	470	202	584	183	456	87	479	114
Małopolskie	3 313	2 500	635	265	523	206	441	133	386	90	515	119
Wielkopolskie	3 307	2 488	543	226	488	183	444	145	491	150	522	115
Łódzkie	3 105	2 468	576	203	446	176	464	118	366	71	616	69
Pomorskie	2 546	2 050	426	146	381	118	416	92	308	57	519	83
Lubelskie	2 152	1 726	335	135	380	96	476	105	298	40	237	50
Zachodniopomorskie	1 985	1 543	354	129	299	122	333	82	246	60	311	49
Podkarpackie	1 658	1 200	246	119	253	104	272	112	212	62	217	61
Podlaskie	1 362	1 114	258	83	283	72	264	51	215	26	94	16
Kujawsko-pomorskie	1 309	1 006	146	48	176	72	243	73	218	58	223	52
Świętokrzyskie	1 014	801	137	47	163	64	169	39	158	29	174	34
Warmińsko-mazurskie	956	735	102	31	147	57	203	55	155	40	128	38
Lubuskie	817	646	126	37	131	41	155	40	120	34	114	19
Opolskie	716	531	80	37	115	41	126	40	109	33	101	34

Źródło: CSIOZ 2012

Wykres 23. Liczba położnych na 10 tys. kobiet w wieku produkcyjnym. Stan w dniu 31 XII 2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w publikacji: *Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013.

W 2012 r. w Polsce prawo wykonywania zawodu posiadało ogółem 38 848 położnych, w tym 6 898 w województwie mazowieckim. W Podlaskiem odnotowano 1 362 położne, co stanowi 3,5% ogólnej liczby położnych w kraju. Blisko 81,8% położnych z prawem wykonywania zawodu stanowiły kobiety, z czego najwięcej w przedziale wiekowym 35-44 lata.

W województwie podlaskim obserwuje się niewielki, lecz systematyczny wzrost liczby położnych uprawnionych do wykonywania zawodu w stosunku do lat ubiegłych: w 2010 r. było 1 228 położnych, zaś w 2011 r. – 1 240.

Wskaźnik liczby położnych czynnych zawodowo w przeliczeniu na 10 tys. kobiet w wieku produkcyjnym w województwie podlaskim wynosi 22,6. W skali kraju na 10 tys. kobiet przypadają 19,2 położne.

ROZDZIAŁ II

ISTOTA I DETERMINANTY WYNAGRADZANIA PRACOWNIKÓW SFERY OCHRONY ZDROWIA

2.1. Istota wynagrodzenia w ujęciu ekonomicznym i prawnym oraz komponenty pakietu wynagrodzeń

W literaturze przedmiotu, zarówno ekonomicznej, jak i prawniczej, występuje wiele podejść i definicji dotyczących wynagrodzeń. Często jest to spowodowane różnymi uwarunkowaniami wykonywania pracy, jak również charakterem umowy zawartej z pracodawcą. Za S. Borkowską można przyjąć **ekonomiczne rozumienie wynagrodzenia oznaczające łączny dochód z pracy, nazywany też wynagrodzeniem całkowitym**⁸. Obok określenia wynagrodzenia pojawia się również pojęcie płacy⁹, które w ujęciu ekonomicznym najczęściej traktowane jako cena za pracę siły roboczej będącą jednym z czynników produkcji. H. Steinmann i G. Schreyogg określają płacę jako zapłatę za wykonywaną pracę i udział pracownika w kolektywnym tworzeniu wartości. Płaca jest ceną za pracę, wykładnikiem statusu stanowiska i pracownika oraz wskaźnikiem rzadkości pracowników na rynku pracy¹⁰. Z kolei leksykon przedsiębiorcy definiuje wynagrodzenie za pracę jako obowiązkowe świadczenie pracodawcy za wykonaną przez pracownika pracę, które powinno być ustalane tak, by odpowiadało rodzajowi wykonywanej pracy, kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy¹¹. **W ujęciu prawnym** również brakuje jednolitego pojmowania istoty wynagrodzenia za pracę. Generalnie za wynagrodzenie uznaje się świadczenie wzajemne i ekwiwalentne, bez względu na rodzaj wykonywanej pracy. Z uwagi na brak jednoznaczności warto przywołać tu często prezentowane w literaturze określenie Sądu Najwyższego, który za **wynagrodzenie za pracę uznaje świadczenie konieczne o charakterze przysparzająco-majątkowym, które pracodawca obowiązany jest wypłacać okresowo pracownikowi w zamian za wykonaną pracę**¹².

W literaturze przedmiotu zwraca uwagę **systemowe podejście to wynagrodzeń**, przejawiające się holistycznym postrzeganiem złożoności zjawisk oraz traktowaniu badanych obiektów (systemów) oraz na ujaw-

⁸ S. Borkowska, *Strategie wynagrodzeń*, Oficyna Ekonomiczna Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2001, s.11-12.

⁹ Z punktu widzenia niniejszego opracowania pojęcia wynagrodzenia i płacy uznaje się za tożsame.

¹⁰ H. Steinmann, G. Schreyogg, *Zarządzanie*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 1998, s. 555.

¹¹ *Leksykon przedsiębiorcy*, INFOR, Warszawa 2002, s. 314-315.

¹² uchwała SN z 30 grudnia 1986r., III PZP 42/86.

nienie ich różnorodnych relacji oraz struktury. Według S. Borkowskiej pod pojęciem systemu wynagrodzeń należy rozumieć ogół rozwiązań instytucjonalnych oraz zasad i mechanizmów regulujących wynagrodzenia¹³. Z kolei M. Kabaj, definiując system wynagrodzeń, kładzie nacisk na aspekty techniczne dotyczące budowania pakietu wynagrodzeń (metody i narzędzia kształtowania płacy zasadniczej, wynagrodzeń za rezultaty wynagrodzeń pośrednich)¹⁴. Z kolei w opinii A. Pocztowskiego system wynagrodzeń to składniki i formy wynagrodzeń, zasady ustalania struktury i formy wynagrodzeń, procedury administracyjne w zakresie planowania, naliczania i monitorowania wynagrodzeń¹⁵. Analizując powyższe definicje zwracają uwagę dwa podstawowe elementy systemu wynagrodzeń :

- 1) **pakiet wynagrodzeń** (rodzaj i wysokość poszczególnych składników wynagrodzeń, proporcje między nimi, narzędzia i zasady konstruowaniu poszczególnych składników pakietu wynagrodzeń oraz sposób powiązania składników wynagrodzeń z nakładami i wynikami pracy);
- 2) **relacje poziomu wynagrodzeń między różnymi grupami pracowników**, zarówno na poziomie organizacji - wewnętrzna spójność, na poziomie otoczenia organizacji - zewnętrzna konkurencyjność wynagrodzeń).

Komponenty pakietu wynagrodzeń

Każdy pracownik otrzymuje wynagrodzenie składające się z wielu komponentów, które tworzą określony pakiet (portfel) wynagrodzeń. Przy czym sposób powiązania tego pakietu (kwoty i składników wynagrodzeń) z efektami i nakładami pracy określony jest przez formę wynagrodzeń. Każdy komponent płac pełni określoną funkcję: ekonomiczną dochodowo-kosztową (ekonomiczną), społeczną lub motywacyjną. Jednocześnie warto podkreślić, że powiązania wewnętrzne w ramach pakietów wynagrodzeń powinny być spójne oraz powinny odzwierciedlać hierarchię wewnątrz organizacji i znaczenie wykonywanej pracy w odniesieniu do realizacji strategii organizacyjnej. Nie mniej ważny jest fakt, aby poziom wynagrodzeń i składniki pakietu wynagrodzeń odpowiadały sytuacji na

¹³ S. Borkowska, *Strategie wynagrodzeń*, Oficyna Ekonomiczna Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2004, s. 15.

¹⁴ M. Kabaj, *Partycypacyjny System wynagrodzeń*, IPiSS, Warszawa 2003, s. 47- 48.

¹⁵ A. Pocztowski, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, PWE, Warszawa 2003, s. 303-384.

rynku pracy, tzn. konkurowały z wynagrodzeniami w innych organizacjach prowadzących podobną działalność.

Wyróżnia się wiele podziałów i typologii komponentów pakietu wynagrodzeń, które pomimo, że różnią się oznakowaniem i kryteriami podziału, to generalnie obejmują te same lub podobne elementy. W opinii S. Borkowskiej składniki wynagrodzenia całkowitego obejmują: płace stałe (płaca zasadnicza względnie stałe dodatki, płaca za czas nieprzepracowany, ryczałty), bodźce krótkoterminowe (nagrody, premie i inne płace rucho- me), bodźce długoterminowe (np. akcje) czy świadczenia dodatkowe (np. gratyfikacje)¹⁶ Według M.W. Kopertyńskiej w skład portfela wynagrodzeń wchodzi elementy mające związek z pracą i jej efektami (płaca zasadnicza, premie i nagrody), gwarantowane prawem (dodatkowe wynagrodzenie za pracę w porze nocnej, w godzinach nadliczbowych, wynagrodzenie za postój niezawiniony, odprawa emerytalno-rentowa), należne pracownikowi z określonego tytułu (np. dodatek stażowy, nagroda jubileuszowa) mające związek z warunkami środowiska pracy, pełnienia określonej funkcji i realizacją dodatkowych zadań (np. dodatkowe wynagrodzenie za pracę na drugiej zmianie, dodatek funkcyjny) oraz pozostałe (np. premie kierownik¹⁷ów)¹⁷.

W Polsce, zgodnie z klasyfikacją Głównego Urzędu Statystycznego, wśród wynagrodzeń pieniężnych wyróżnia się wiele komponentów, dokonując ich podziału ze względu na tytuł płatności i sposób liczenia na¹⁸:

- 1) **osobowe**, do których należą: wynagrodzenia zasadnicze w formie czasowej, akordowej, prowizyjnej i innej; dodatki za staż pracy oraz inne dodatki za szczególne właściwości pracy, szczególne kwalifikacje lub warunki pracy; premie i nagrody regulaminowe i uznaniowe; dodatki za pracę w godzinach nadliczbowych, wynagrodzenia dodatkowe za prace wykonywane w ramach obowiązującego wymiaru czasu pracy, lecz niewynikające z zakresu czynności; wynagrodzenia za czynności przewidziane do wykonania poza normalnymi godzinami pracy w zakładzie lub w innym miejscu wyznaczonym przez pracodawcę (np. dyżury, pełnienie pogotowia domowego); wyrównanie do wysokości

¹⁶ S. Borkowska, *Strategie wynagrodzeń*, Oficyna Ekonomiczna Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2004, s. 15.

¹⁷ W. M. Kopertyńska, *System płac przedsiębiorstwa*, Wyd. Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2000, s. 43-52.

¹⁸ http://www.stat.gov.pl/gus/definicje_PLK_HTML.htm?id=POJ-1080.htm, 20.02.2014.

minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalanego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę; wynagrodzenia za czas niewykonywania pracy, wypłacane ze środków pracodawców; nagrody jubileuszowe, odprawy rentowe i emerytalne, ekwiwalenty pieniężne za niewykorzystany urlop wypoczynkowy i inne; uposażenia posłów i senatorów wraz z uposażeniem dodatkowym; świadczenia o charakterze deputatowym (wartość świadczeń w części nieopłaconej przez pracownika) lub ich ekwiwalenty pieniężne; świadczenia odszkodowawcze;

- 2) **bezosobowe** obejmujące płatności z tytułu umów zlecenia i umów o dzieło; honoraria obejmujące wynagrodzenia z tytułu korzystania lub rozporządzania prawami autorskimi lub pokrewnymi.

Mając na względzie szeroki wachlarz **składników pakietu wynagrodzeń**, można wyróżnić cztery ich podstawowe grupy: **płaca podstawowa** (płaca zasadnicza, względnie stałe dodatki do płacy zasadniczej), **premie i nagrody**, **świadczenia dobrowolne** (w postaci różnego rodzaju usług, np. opieka nad dziećmi pracowników) oraz **przywileje** (np. samochód służbowy do użytku prywatnego).

Uznaje się, że najważniejszym składnikiem pakietu wynagrodzeń jest **płaca zasadnicza**, z tego też powodu szczegółową uwagę poświęcono temu właśnie składnikowi. Podstawowym zadaniem **płacy zasadniczej** jest minimalizacja ryzyka utraty części dochodu z pracy oraz zmniejszenie uznawalności w wynagradzaniu pracowników. Brak wynagrodzenia podstawowego, lub niski jego poziom, może powodować niezadowolenie pracowników i prowadzić do konfliktów. Z kolei odpowiedni jego poziom i możliwość uzyskania podwyżek są dla pracowników zachętą do podjęcia pracy i podnoszenia efektów¹⁹. Za podstawowe **determinanty wyznaczania poziomu płacy zasadniczej** uznaje się: kwalifikacje pracownika, jego doświadczenie, zakres odpowiedzialności na danym stanowisku, wymagany wysiłek, warunki pracy, wkład w osiągnięcie celów organizacji.

Płaca zasadnicza, jako podstawowy składnik wynagrodzenia całkowitego większości pracowników, stanowi podstawę do ustalania poziomu dodatkowego wynagrodzenia pieniężnego i świadczeń pracowniczych. W opinii S. Borkowskiej wysokość płacy zasadniczej jest determinowana przede

¹⁹ B. Gerhart, S. L. Rynes, *Compensation: Theory, evidence, and strategic implications*, Thousand Oaks: Sage Publications, s. 115-163;

wszystkim trudnością (jakością) pracy i wynika z przyjętych w danej organizacji kryteriów wyceny stanowiska pracy²⁰. Punktem wyjścia do ustalania odpowiedniego poziomu płacy zasadniczej jest analiza stanowisk pracy (*job analysis*) a jej rezultatem opis stanowisk (*job description*). Następnie w oparciu o opis stanowiska przeprowadza się wartościowanie stanowisk pracy (*job evaluation*), którego celem jest wycena stopnia trudności wykonywanych prac na stanowisku, co z kolei stanowi podstawę ustalania taryfikatora płacowego. Taryfikator jest podstawą tworzenia tabeli zaszeregowania płacowego zawierającego stawki wynagrodzeń przyporządkowane poszczególnym stanowiskom pracy. Przy czym stawki mogą być jednopoziomowe lub wielopoziomowe, tzw. widełki. W nowoczesnej gospodarce - opartej na wiedzy wskazuje się na nowe metody wartościowania oparte na kompetencjach (*competency-based pay*) obejmujące zarówno ocenę kompetencji zawodowych, jak i behawioralnych (cech osobowościowych wnoszonych przez pracownika do pełnionej roli)²¹.

Warto podkreślić, że wartościowanie pracy w oparciu o analizy trudności i złożoności pracy, pozwala zbudować hierarchię stanowisk w organizacji. Natomiast wartościowanie pracy oparte na kompetencjach określa ramy płacowe dla osób o odpowiednich profilach kompetencyjnych. Wiąże się to również z ideą zarządzania kapitałem ludzkim, który zmusza od samego początku do jego kompletnego wartościowania²². Warto pamiętać, że poziom wynagrodzenia podstawowego na określonym stanowisku powinien opierać się nie tylko na wartościowaniu pracy, ale również na wartości poszczególnych rodzajów prac w odpowiednim segmencie rynku pracy, tj. sytuacji panującej na rynku pracy. Siły rynkowe (popyt i podaż na pracę) odpowiednio kształtują poziom wynagrodzeń pracowników wykonujących deficytowe i nadwyżkowe zawody. W celu uzyskania informacji dotyczących zarobków w danej branży lub zawodzie, sporządza się raporty płacowe, które są efektem badania rynku wynagrodzeń²³. Potrzeba konstruowania konkurencyjnych systemów wynagrodzeń sprawia,

²⁰ Borkowska S., *Strategie wynagrodzeń*, Oficyna Ekonomiczna Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2004.

²¹ Sajkiewicz B., (2006), Wartościowanie pracy w gospodarce opartej na wiedzy, [w] Borkowska S. (red), *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Terazniejszość i przyszłość*, IPiSS, Warszawa., s. 183-185.

²² Strużyna J., Bratnicki M., Majowska M., Ingram T., *Rozwój zarządzania zasobami ludzkimi*, Wyd. AE w Katowicach, Katowice, 2008, s. 17.

²³ Zob. <http://www.wynagrodzenia.pl/>.

że raporty te stają się coraz bardziej popularne a ich potrzeba w aktualnych warunkach gospodarczych wydaje się być niekwestionowana.

Zróżnicowanie płac

Problemem niezwykle istotnym przy analizowaniu wynagrodzeń jest **zróżnicowanie płac** otrzymywanych przez pracowników. Szczególnie duże zainteresowanie tym zagadnieniem wykazywali klasyczni ekonomiści, których poglądy są aktualne również współcześnie. Jako prekursora stosowanych powszechnie **kryteriów różnicowania wynagrodzeń** można uznać A. Smitha²⁴. Autor wskazywał, że wynagrodzenia powinny zależeć od uciążliwości pracy, kwalifikacji mierzonych stopniem trudności opanowania prac lub latami kształcenia (złożoność), od tego czy dają stałe lub niestałe zatrudnienie (rynek pracy), czy cieszą się małym lub dużym zaufaniem (prestż społeczny) oraz czy zapewniają satysfakcję lub nie (ryzyko zawodowe). Inna z teorii zróżnicowania płac wskazuje, że powinny one zależeć od podaży i popytu pracowników na rynku pracy. Obecnie płace rynkowe są głównie odzwierciedleniem kondycji ekonomicznej gospodarki, rynku pracy oraz polityki makroekonomicznej²⁵.

W kontekście analizy wynagrodzeń pracowników zachodzi potrzeba przybliżenia pojęcia **przeciętnej płacy**. Płaca ta może być ona ustalona na różnych poziomach: kraju, poszczególnych sektorów, dużych grup zawodowych czy organizacji. Dynamikę wzrostu przeciętnej płacy w zestawieniu z innymi wartościami ekonomicznymi oblicza GUS. Najszerszy zakres zastosowania ma przeciętna płaca krajowa, którą bierze się pod uwagę przy²⁶:

- planowaniu wzrostu przeciętnej płacy krajowej na dany rok,
- kształtowaniu polityki podwyżek płac w organizacjach (głównie w sferze budżetowej),
- wyboru racjonalnego dla organizacji modelu wynagrodzenia (wyższy, niższy lub oscylujący wokół płacy przeciętnej w kraju),
- ustalaniu wysokości świadczeń socjalnych.

Z reguły przeciętną płacę oblicza się jako iloraz środków wypłacanych na wynagrodzenia (osobowy fundusz płac) i liczby zatrudnionych osób w przeliczeniu na pełne etaty. W Polsce wylicza się takie formy prze-

²⁴ Smith A., [1954], *Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów*, Warszawa, t. 2.

²⁵ Z. Sekuła, *Struktury wynagradzania pracowników*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011, s. 48.

²⁶ Ibidem, s. 49.

ciętnego wynagrodzenia, jak: **przeciętne wynagrodzenie miesięczne, przeciętne wynagrodzenie miesięczne w gospodarce narodowej oraz przeciętne wynagrodzenie miesięczne w sektorze przedsiębiorstw z zyskiem i bez zysku**. Przeciętne wynagrodzenie miesięczne przypadające na jednego zatrudnionego oblicza się na podstawie:

- wypłaconego wynagrodzenia osobowego bez wynagrodzeń osób wykonujących pracę nakładczą, uczniów i osób pracujących za granicą,
- wypłaty z tytułu udziału w zysku do podziału i nadwyżce bilansowej w spółdzielniach,
- dodatkowego wynagrodzenia rocznego dla pracowników jednostek sfery budżetowej,
- honorariów wypłaconych niektórym grupom pracowników za prace wynikające z umowy o pracę (np. dziennikarze, artyści).

Wydaje się, że przeciętna płaca to mało precyzyjny miernik, ponieważ na jej poziom wpływa duże zróżnicowanie wynagrodzeń między poszczególnymi stanowiskami. Uwzględnia się w niej niskie wynagrodzenia osób zatrudnionych na prostych stanowiskach oraz wysokie wynagrodzenia menadżerskie. Bardziej miarodajne jest przeciętna płaca ustalana oddzielnie dla poszczególnych grup stanowisk, takich jak robotnicze, szeregowo nierobotnicze i kierownicze średniego oraz wysokiego szczebla, a także wyliczanie przeciętnej płacy pracowników z wyłączeniem ścisłego kierownictwa²⁷. Z kolei w kontekście porównywania płac w różnych krajach należy podkreślić trudności wynikające z faktu, że statystyki krajowe opierają się głównie na przeciętnych płacach brutto w walutach krajowych. Jednakże od wielu lat trwają już w Unii Europejskiej prace nad ujednoliceniem statystyki płac w zakresie składników zaliczanych do wynagrodzenia oraz przeliczania jego wartości na euro. Przy czym na przeszkodzie stają między innymi duże wahania kursów walut²⁸.

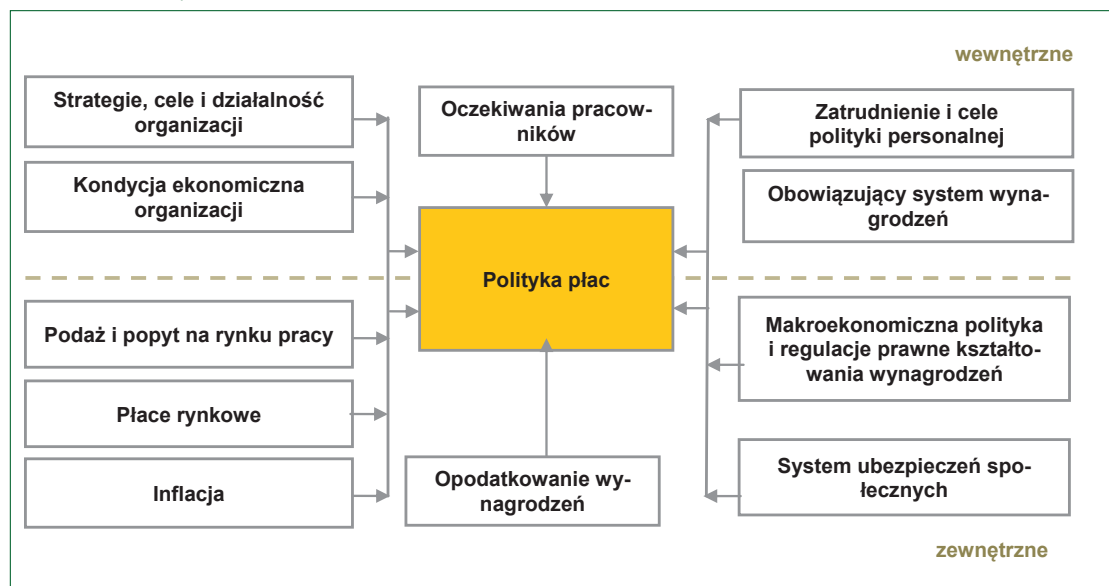
²⁷ Ibidem s. 50-51.

²⁸ *Measurement of Income from Employment I CLS/16/1998/ II Raport Sixteenth International Conference of Labour Statiscicions, Genewa 6–15 October 1998.*

2.2. Determinanty kształtowania polityki wynagrodzeń w sektorze opieki zdrowotnej

Przedstawione w poprzednim rozdziale teoretyczne ujęcie problematyki wynagrodzeń wymaga interpretacji z punktu widzenia czynników warunkujących politykę płacową. Generalnie polityka płac opiera się na założeniu o zróżnicowanym wkładzie poszczególnych pracowników, a więc odwołuje się do relatywności osiągnięć i/lub doświadczenia ludzi wykonujących ten sam rodzaj pracy lub posiadających te same umiejętności zawodowe. Stopień, w jakim uznaje się osiągnięcia i/lub doświadczenia jako czynnik różnicowania płac, jest ważną przesłanką polityki a tym samym podstawą projektowania i zarządzania wynagrodzeniami. Ma to również bezpośredni wpływ na stosunek do pracy i zachowania pracowników a przez to na wydajność i efektywność pracy. Na ustalenie składowych polityki płac (celów, zasad i instrumentów), wpływ mają uwarunkowania wewnętrzne i zewnętrzne (rysunek 2).

Rysunek 2. Podstawowe czynniki zewnętrzne i wewnętrzne mające wpływ na politykę płac



Źródło: Z. Sekuła, *Struktury wynagradzania pracowników*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011, s. 47.

Uwarunkowania wewnętrzne

Według Z. Sekuły do **uwarunkowań zewnętrznych** polityki płacowej należy zaliczyć²⁹:

- politykę społeczno-gospodarczą kraju i jego sytuację ekonomiczną,
- poziom inflacji,
- ingerencję państwa wspierającą lub utrudniającą rozwój działalności organizacji za pomocą różnych narzędzi, takich jak ceny, subwencje, cła, podatki, w tym opodatkowanie wynagrodzeń,
- system zabezpieczeń społecznych,
- podaż i popyt na rynku pracy,
- wysokość płac rynkowych.

Polityka płac, mimo dużej samodzielności przedsiębiorstw w gospodarce rynkowej, jest przedmiotem troski państwa ze względu na kształtowanie w sposób obligatoryjny lub postulatywny wzrostu wynagrodzeń. Obligatoryjność wzrostu wynagrodzeń w Polsce regulują ustawy budżetowe i stosowne rozporządzenia Rady Ministrów lub ministrów resortowych. Dotyczy ona pracowników sfery budżetowej, a w szczególności służb mundurowych, nauczycieli, ministerstw, urzędów wojewódzkich i tworzonych przez nie jednostek organizacyjnych (np. Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska), wojska, policji, straży miejskiej, straży granicznej, sądownictwa, szkół i uczelni państwowych, publicznej służby zdrowia, organów samorządu terytorialnego i działających na jego rzecz jednostek organizacyjnych, urzędów skarbowych, urzędów pracy oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Środki na wynagrodzenia, w tym podwyżki płac, są planowane w ustawach budżetowych dla organów i jednostek administracji rządowej oraz w ustawach samorządowych dla gmin i starostw powiatowych. W stosownych ustawach dotyczących wynagrodzenia pracowników urzędów i organów państwowych obowiązuje przeważnie wskaźnikowe określanie środków na wynagrodzenia w stosunku do bazowej przeciętnej płacy planowanej w ustawie budżetowej. W sferze budżetowej podwyżki przyznawane są pracownikom zwykle automatycznie w wysokości według wyliczonego w organizacji wskaźnika wzrostu środków na wynagrodzenia w roku planistycznym. Jeżeli organizacja potrafi wygospodarować dodatkowe środki, to mogą być przyznawane podwyżki motywacyjne doceniają-

²⁹ Z. Sekuła, *Struktury wynagradzania pracowników*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011, s. 49.

ce wzrost kompetencji, profesjonalizm, efektywność czy skuteczność pracy, poszerzanie zadań oraz awans na wyższe stanowisko.

W zakresie **polityki gospodarczej** największe znaczenie mają przede wszystkim: **dynamika produktu krajowego brutto, inflacja oraz poziom bezrobocia, jak również sposoby ich ograniczenia**. Dynamika produktu krajowego nie oddziałuje na politykę płac wprost, lecz pośrednio, ożywienie gospodarki może bowiem korzystnie wpływać na poziom produkcji i sprzedaż w większości organizacji, a w konsekwencji na dochód krajowy i możliwość wygospodarowania większych środków na wynagrodzenia. Polityka gospodarcza państwa może stwarzać sprzyjające warunki do rozwoju działalności wszystkich lub niektórych sfer i sektorów gospodarki oraz do poprawy wyników ekonomicznych. Inflacja, mająca odzwierciedlenie we wzroście cen artykułów konsumpcyjnych i usług, jest atutem raczej dla pracowników lub reprezentujących ich organizacji związkowych do wysuwania *żądań* dotyczących podwyżek płac dla ogółu pracowników. Bezrobocie zaś oznacza sposób dla pracodawców do ograniczania wzrostu wynagrodzeń i obniżania lub minimalizowania kosztów pracy.

Na politykę i system płac oprócz powyższych czynników o charakterze ekonomiczno-gospodarczym wpływają także wpływ **czynniki społeczno-kulturowe**. Czynniki te są ściśle związane z oddziaływaniem **czynnika ludzkiego i rozwoju technicznego** na wzrost gospodarczy w oparciu o koncepcje rozwoju kapitału ludzkiego. W związku z tym S. R. Domański, zajmujący się od wielu lat rolą kapitału ludzkiego w gospodarce, zwraca uwagę na zależności między jakością tego kapitału a poziomem wynagrodzeń, w tym podnosi problem opłacania kapitału ludzkiego, który we współczesnej gospodarce jest ważnym czynnikiem wzrostu³⁰. Rząd odpowiada za ilość i jakość tego kapitału oraz jego wykorzystanie w gospodarce, dlatego powinien stwarzać ku temu odpowiednie warunki. **Inwestowanie w kapitał ludzki to** nie tylko nakłady na rozwój różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego, ale także **odpowiednie opłacanie kadr o wysokich kwalifikacjach**. W sektorze prywatnym odpowiadają za to właściciele firm, natomiast w sferze budżetowej państwo jako zbiorowy pracodawca. Sfera budżetowa (szkolnictwo, ochrona zdrowia) odpowiada za jakość kapitału ludzkiego w całej gospodarce³¹. Czynniki kulturo-

³⁰ Domański S. R., Kapitał ludzki. Stan i perspektywy, [w:] Kapitał ludzki. Stan i perspektywy, Rada Strategii Społeczno-Gospodarczej przy Radzie Ministrów, Raport nr 27, Warszawa 1998, s. 82.

³¹ Ibidem.

we znajdują wyraz w zwyczajowych, zbiorowych zasadach postępowania, przybierając formę norm prawnych. Ponadto na efektywność działania organizacji, w tym jej politykę wynagradzania wpływa obowiązujące prawo (które może ułatwiać lub utrudniać działalność) oraz sytuacja na arenie politycznej.

W związku z powyższym pracodawcy w prowadzonej polityce płac muszą uwzględniać następujące czynniki:

- obligatoryjne składniki wynagrodzeń oraz minimalną ich wysokość (według kodeksu pracy),
- wymóg stosowania najniższego wynagrodzenia na poziomie minimalnej płacy krajowej,
- opodatkowanie wynagrodzeń.

Zdaniem Z. Sekuły na atrakcyjność otrzymywanych przez pracowników wynagrodzeń mają wpływ³²:

- 1) **Makroekonomiczna regulacja płacy minimalnej i godziwej.** Niska płac minimalna ogranicza potrzeby konsumpcyjne i bytowe najgorzej zarabiających osób. Stosowanie na takim poziomie płacy dla znacznego odsetka osób może prowadzić do rozdrażnienia, rozgoryczenia, obniżenia poczucia własnej wartości, postaw roszczeniowych, obwiniania rządu i pracodawców. Zmusza to do poszukiwania dodatkowych źródeł zatrudnienia, nie zawsze legalnych.
- 2) **Rynek dóbr konsumpcyjnych.** Obfitość produktów o umiarkowanych cenach zachęca obywateli do kupowania. Upowszechnia się konsumpcyjny styl życia. Rośnie zapotrzebowanie na pieniądze, by dążyć do coraz wyższego poziomu życia. Większość członków społeczeństwa zdobywa pieniądze poprzez pracę zawodową. Gdy wiele dóbr mieszczących się w katalogu potrzeb przeciętnej rodziny jest trudno dostępnych z powodu wysokich cen, pojawia się poczucie ich niewielkiej realności, które może zniechęcać do aktywnych postaw w pracy.
- 3) **Wartość pieniądza.** Silny i stabilny pieniądz motywuje pracowników do długookresowego planowania przedsięwzięć w gospodarstwach domowych (inwestycje w dzieci, nieruchomości itp.). Pracownik ma możliwość pomnażania swoich dochodów z pracy poprzez korzystne lokaty w bankach, papierach wartościowych

³² Sekuła Z., *Struktury.....*, op. cit. , s. 291-292.

i produktach ubezpieczeniowych. Dodatkowe źródła dochodów na podstawie wynagrodzeń pozwalają na wyższą konsumpcję bieżącą, realizowanie w szerszym zakresie przedsięwzięć inwestycyjnych oraz ochronę przed trudnymi zdarzeniami losowymi. Mocny pieniądz zwiększa wartość wynagrodzenia w czasie.

- 4) **Ochrona płacy realnej.** Miarą wynagrodzenia jest nie tylko jego wartość nominalna, ale przede wszystkim realna (*real pay*). Ciągły wzrost kosztów utrzymania następujący we współczesnych gospodarkach bez zmiany nominalnej wysokości wynagrodzenia obniża realną wartość płacy. Kształtowanie wynagrodzeń w oderwaniu od realiów rynku prowadzi do zakłóceń w realizacji dochodowej funkcji płacy. Dostosowanie płac do wzrostu kosztów utrzymania wymaga indeksacji płac, co trudno regulować arbitralnie w sferze produkcji materialnej. Podmioty gospodarcze nie w każdym okresie są w stanie wprowadzać niezbędne podwyżki płac. Jednakże - ze względu na jej ważność - kwestia indeksacji płac powinna być przedmiotem regulacji na poziomie organizacji.
- 5) **Pozapłacowe możliwości zdobywania dochodów.** Płaca jako źródło dochodu pracownika jest uzależniona od innych form zdobywania dochodów. Legalne źródła dochodów dotyczą dostępności świadczeń rodzinnych z pomocy społecznej, zasiłków dla bezrobotnych itp. Rozbudowane formy świadczeń przy niskiej płacy minimalnej sprawiają, że część pracowników unika legalnego zatrudnienia. Wysiłek związany z pracą jest mało opłacalny. Zdobywaniu pozapłacowych dochodów mogą też sprzyjać prawno-ekonomiczne uwarunkowania dotyczące organizowania działalności gospodarczej. Restrykcyjne prawo i opodatkowanie powoduje, że część osób zdobywa pieniądze w wyniku nielegalnej pracy lub nawet działalności przestępczej. Otoczenie makroekonomiczne determinuje potrzebę respektowania i przewidywania przez pracodawców skutków finansowych wynagradzania pracowników według obowiązujących regulacji prawnych.

Uwarunkowania wewnętrzne

Drugą grupą czynników wpływających na kształtowanie polityki wynagrodzeń są **uwarunkowania wewnętrzne**. Należą do nich przede wszystkim:

- rodzaj, wielkość i dynamika działalności mające postać konkretnych programów wynikających z ogólnych strategii organizacji,
- kondycja ekonomiczna i zdolność płatnicza firmy,
- cele polityki personalnej mające wpływ na wielkość i strukturę zatrudnienia,
- zmiany w wydajności, czasie i organizacji pracy.

Każda organizacja ma **specyficzne cele oraz własne uwarunkowania organizacyjne**, co odróżnia ją od innych firm na rynku, a dzięki kompetencjom personelu i splotowi zewnętrznych uwarunkowań może osiągać wysokie lub słabe wyniki ekonomiczne. Im bardziej stabilna działalność organizacji i jej wyniki, tym łatwiej rozwiązywać różnorodne problemy personalne i bardziej konsekwentni uwzględniając pożądane kierunki i sposoby zmian, kształtować polityk płac. Korzystne zmiany w polityce płac dla ogółu pracowników nosząc znamiona utrwalających się trendów są częściej akceptowane, jako że wykazują pewną logikę postępowania.

W dążeniu do realizacji celów polityki płac występują przeszkody, do których najczęściej należą: ograniczone środki finansowe; zmienność i potrzeba dostosowywania celów organizacji do potrzeb rynkowych, często w krótkich okresach; oczekiwania pracowników przewyższające możliwości pracodawcy; presja konkurentów na obniżenie cen oraz wysokie obciążenia podatkowe wynagrodzeń za pracę, powodujące uszczuplenie środków na płace pracowników. Złożoność celów i wynikających z nich programów działalności organizacji zależy od jej wielkości. W dużych korporacjach występuje większa różnorodność prac oraz sposobów wynagradzania i potrzeba wprowadzania zmian, a w konsekwencji większa złożoność polityki płac. Obowiązujący system wynagradzania stanowi podstawę wprowadzania i stosowania niezbędnych rozwiązań praktycznych. W rzeczywistości polityka płac może obejmować działania szersze albo inne niż wynikają z obowiązującego systemu wynagradzania i wpływać na jego modyfikację.

Dynamika zatrudnienia, struktura zawodowo-kwalifikacyjna pracowników i związane z tym cele polityki personalnej implikują zmiany w polityce płac. Planowanie wzrostu lub zmniejszenia zatrudnienia, zmiany struktury zawodowo-kwalifikacyjnej pracowników, stosowanie awansów, przemieszczeń, zwolnień i przyjęć pracowników generują określone potrzeby w zakresie wynagradzania³³. Z kolei **kondycja ekono-**

³³ Król H., Ludwiczynski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, PWN, Warszawa 2006, s.359-362.

miczno-finansowa organizacji wyznacza możliwość realizowania postulowanego wzrostu płac. Tymczasem potrzeby i oczekiwania pracowników mają naturę złożoną i zależą od wielu czynników, takich jak: możliwość zapewnienia bezpieczeństwa materialnego sobie i rodzinie, niezrealizowane dotychczas wartości i oczekiwania pracowników, lansowane modele konsumpcji, stosowane praktyki płacowe niezgodne z wewnętrznymi uregulowaniami, zmiany zadań i obowiązków pracowników w następstwie zmiany celów produkcyjnych, usługowych i personalnych. Ignorowanie potrzeb pracowników stanowi jeden z czynników ograniczających skuteczność polityki płac³⁴. Podnoszenie efektywności nie jest możliwe bez posiadania kompetentnych i dobrze motywowanych pracowników.

Złożoność i wielostronność uwarunkowań sprawiają, że w każdej organizacji i w każdym okresie inne znaczenie mogą mieć poszczególne czynniki składające się na uwarunkowania wewnętrzne i zewnętrzne, a możliwości ich spełnienia nie są łatwe. Wydaje się zatem za ważne i uzasadnione praktycznymi działaniami organizacji, wyróżnienie następujących **elementów polityki płac**:

- wyznaczanie celów polityki płac w okresach najodpowiedniejszych dla organizacji (zazwyczaj rocznych),
- ustalanie kierunków wydatkowania środków na płace powiązanych w sposób ścisły z przyjętymi celami oraz opracowanie i stosowanie właściwych instrumentów do ich realizacji,
- planowanie płac rozumiane jako ogół i struktura wydatków na płace i wysokość indywidualnych płac pracowników,
- dokonywanie pomiaru efektywności płac.

Ocena polityki płac wymaga ustalenia miar, metod i standardów procedur, tak, aby za ich pomocą można było prowadzić niezbędne symulacje rozwiązań płacowych oraz oceniać ich skutki w procesie zarządzania zasobami ludzkimi.

³⁴ Sajkiewicz A. (red.), *Zasoby ludzkie w firmie*, Poltext, Warszawa 1999, s. 281-283.

2.3. Specyfika i zasady wynagradzania w sektorze opieki zdrowotnej

Ponieważ wynagrodzenie stanowi ekwiwalent za pracę a jego struktura i wysokość powinny uwzględniać różnice w określonych zawodach celowe wydaje się zwrócenie uwagi na **specyficzny charakter pracy w sferze opieki zdrowotnej**. Wielu teoretyków ekonomii zdrowia podkreśla, osobliwość rynku ochrony zdrowia³⁵, wynikającą z różnic pomiędzy rynkiem zdrowia, a rynkami innych dóbr. Generalnie zdrowie jest swoistą wartością o szczególnym wymiarze etycznym, nie jest towarem, nie ma ceny – jest bezcenne. Zatem za **specyficzne cechy usług zdrowotnych** determinujące charakter pracy należy uznać w szczególności³⁶:

- **profesjonalizm szczególnego rodzaju**, co wiąże się z wysokim ryzykiem i niepewnością pacjenta. Praktycznie niemożliwa jest szybka ocena jej jakości, a przede wszystkim skuteczności. Profesjonalista udzielający świadczeń zdrowotnych dysponuje (na ogół) nieporównywalną wiedzą medyczną w stosunku do wiedzy medycznej pacjenta (asymetria informacji). Ponadto czynności medyczne może wykonywać tylko personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach (np.: zabiegu chirurgicznego – przeszczepu nie wykona każdy lekarz, nawet bardzo doświadczony, potrzebny jest do tego lekarz o odpowiednich kwalifikacjach);
- **ograniczona suwerenność pacjenta** przejawiająca się przede wszystkim w stanach nagłych i konieczności ratowania życia, gdy pacjent w ogóle sam nie podejmuje decyzji o korzystaniu ze świadczenia;
- **niepodzielność usług**, oznaczająca, iż są jednocześnie „wytwarzane” (udzielane) i „konsumowane” (otrzymywane), a lekarz oraz pozostały personel medyczny stanowi „część” usługi, przy której pacjent musi być zawsze obecny. Jest to tzw. osobista sprzedaż usługi;

³⁵ Arrow K. J., *Uncertainty and the welfare economic of medical care*, The American Economic Review, De-cember, 1963, vol. 53, nr 5, s.941-973; Culyer A.J., *The nature of commodity "health care" and its efficient allocation*, Oxford Economic Papers, 1971, 23, s. 189; Pauly M., *Is medical care different? Old question, new answer*, Journal of health Politics, Policy and Law, 1988, 13, s. 227-237.

³⁶ Jończyk, J. Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej. Wyd. Difin, Warszawa 2008.

- **niemożność jej magazynowania**, m. in. w celu późniejszej sprzedaży lub użytku. Przejawia się to w stałej gotowości na przyjęcie pacjenta, dyżurach szpitali lub oddziałów dyżurnych, dyżurach lekarzy pod telefonem, stałą gotowość jednostek ratownictwa medycznego.

W związku z powyższym w pracy personelu medycznego:

- normowanie i pomiar wyników pracy są trudniejsze,
- sama praca jest bardziej zróżnicowana i kompleksowa, większość z prac ma charakter działań „na cito”,
- czynności wymagają dużego stopnia koordynacji pomiędzy różnymi grupami specjalistów,
- praca wymaga wysokiego stopnia specjalizacji,
- członkowie organizacji są wysoce wyspecjalizowani i są bardziej lojalni wobec swoich grup zawodowych niż wobec organizacji.

Mając na względzie specyficzne cechy i warunki pracy personelu medycznego z całą stanowczością można stwierdzić, że kształtowanie wynagrodzeń wobec tej grupy stanowi wyjątkowo trudny i złożony problem. Podejmując wyzwanie dotyczące charakterystyki zasad wynagradzania w sektorze ochrony zdrowia warto przywołać kilka faktów dotyczących reformowania tego sektora mających związek z problematyką wynagrodzeń.

Zmiany w zasadach wynagradzania w sektorze ochrony zdrowia w Polsce zasadniczo zmieniły się po 1999 r. kiedy to służba zdrowia przestała funkcjonować jako państwowa sfera budżetowa. Przed tym okresem i po wprowadzeniu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej³⁷ pracownicy nie mieli żadnych problemów z wypłatami i podwyżkami wynagrodzeń, gdyż służba zdrowia otrzymywała środki z budżetu państwa, a skala podwyżek była na ogół zbieżna ze wskaźnikiem ustalonym dla państwowej sfery budżetowej. Jak podnosi Z. Czajka sytuacja była nawet lepsza niż w szkolnictwie³⁸. Do czasu wprowadzenia reformy w 1999 zasady wynagradzania dla wszystkich placówek publicznej służby zdrowia określał minister zdrowia i opieki społecznej w formie rozporządzeń. Po tym okresie resort zdrowia reguluje wynagrodzenia tylko w zakładach nieobjętych reformą, prowadzonych w dalszym ciągu w formie jednostki budżetowej lub zakładu budżetowego, dla których środki na wynagrodzenia są przewidziane w budżecie państwa. Rozporządzenia zawierały szczegółowe przepisy

³⁷ Dz. U. z 1991 r. , Nr 91, poz. 408

³⁸ Czajka Z., *Zarządzanie wynagrodzeniami w Polsce*, PWE, Warszawa, PWE, Warszawa, s. 130.

w postaci taryfikatora (tabeli zaszeregowania stanowisk), tabeli płac zasadniczych oraz zasad wypłacania pozostałych składników, na stanowiskach zarówno medycznych, jak i administracyjnych oraz obsługi. Ponieważ konieczne było, zgodnie z kodeksem pracy, posiadanie regulaminu wynagradzania lub układu zbiorowego określającego zasady opłacania pracowników, SPZOZ³⁹ przygotowywały najczęściej regulaminy, bo łatwiej je było wprowadzić. W pierwszym okresie po przekształceniach w samodzielne placówki treść regulaminów nie różniła się od treści rozporządzenia ministra zdrowia. Nie było bowiem ani środków finansowych na wprowadzenie zmian, ani potrzeby innego opłacania lekarzy i pielęgniarek poza podniesieniem poziomu płac. Również pracownicy komórek personalnych nie mieli odpowiedniej wiedzy jak przygotować nowe rozwiązania płacowe.

Z powyższego wynika, że możliwości samodzielnego kształtowania przez SPZOZ stawek płac nie zostały wykorzystane w początkowym okresie po 1991 r do ograniczenia nieprawidłowości z poprzedniego okresu z powodu braku środków. Stawki między kolejnymi stanowiskami w znacznym stopniu pokrywały się (np. młodszy asystent 1225-2450 zł, asystent 1330-2615 zł, starszy asystent 1435-2800). Przykładowo w **odniesieniu do lekarzy** na zróżnicowanie płac zasadniczych od początku lat 80 wpływały zasadniczo staż pracy, specjalizacja zawodowa oraz dodatki za stopnie i tytuły naukowe. Jednocześnie już w latach 80. podejmowano próby uzależnienia wynagrodzeń od efektów, np. wprowadzono wynagrodzenia za opcje związane z wolnym wyborem lekarza przez pacjentów, gdzie wysokość dodatkowego wynagrodzenia zależała od liczby przyjętych pacjentów. Stosowano też wówczas dodatki za wykonywanie ponadstandardowych badań diagnostycznych, jak również nagrody za indywidualne i zespołowe osiągnięcia oraz fundusz premiowy. Maksymalną wysokość funduszu premiowego (20%) oraz premii indywidualnych (35%) określał minister zdrowia, ale regulaminy premiowania opracowywały zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ). Jednocześnie nie stosowano mechanizmów uzależniających wysokości wynagrodzenia od oceny pracy lekarzy i pielęgniarki⁴⁰. W latach 90. XX w. podwyżki płac, podobnie jak poprzednio, wynikały ze zbiorowych regulacji, rekompensujących przede wszystkim wzrost kosztów utrzymania. Podobnie premie, ze względu na ich niewiel-

³⁹ SPZOZ powstał na mocy Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w 1991 r.

⁴⁰ Z. Czajka, Zarządzanie wynagrodzeniami w Polsce, PWE, Warszawa, PWE, Warszawa, s. 130-133.

kie kwoty były niezależne od oceny pracy. Analiza pierwszych lat reformy z 1999 r. wskazuje, że sytuacja nie uległa większym zmianom ze względu na powszechny niedostatek środków finansowych. Jednakże po 2000 r. zaszły zasadnicze zmiany w sposobach wynagradzania w publicznej sferze ochrony zdrowia, mimo powszechnego niedoboru środków. Przykładowo w wielu placówkach zaczęto wprowadzać system premiowania powiązany z oceną pracowników wyrażaną w punktach, z których połowa dotyczyła oceny jakości pracy, pozostałe zaś — odzwierciedlały liczbę leczonych chorych (do 15%), opiekę nad pacjentem (do 15%), umiejętność pracy w zespole (10%) oraz prowadzenie dokumentacji medycznej (10%). Wartość punktu uzależniono od możliwości finansowych placówki w danym okresie premiowym. Innym przykładem jest wprowadzenie w jednej z placówek 2004 r. systemu ocen opartego na stałej konkurencji między lekarzami i pielęgniarkami o utrzymanie najwyższej pozycji w rankingu. Przyśpieszenie pracownika do systemu w początkowym okresie jego wdrażania było dobrowolne. Pracowników podzielono na trzy grupy: wyróżniającą (ok. 25% członków zespołu), zasadniczą (45%) oraz wspomagającą (30%). W zależności od oceny rocznej najlepsi pracownicy awansują do wyższej grupy, zaś najslabiej oceniani przechodzą do niższej grupy. Najniżej oceniony w grupie wspomagającej otrzymuje zalecenia doskonalenia zawodowego lub poprawy efektywności pracy⁴¹.

Reforma ochrony zdrowia w 1999 r., nadała większości placówek samodzielność finansową i prawną przez co same placówki musiały zacząć dbać o przychody, m.in. przez zawieranie kontraktów (umów) na świadczenie usług medycznych. Same zaczęły pokrywać koszty funkcjonowania, w tym koszty wynagradzania oraz wszelkie inne zobowiązania. Już w pierwszym roku po wprowadzeniu reformy okazało się, że proponowane środki na świadczenie usług medycznych są znacznie niższe w porównaniu z 1998 r. i nie wystarczą na pokrycie bieżących wydatków związanych z ich działalnością. Zatem SPZOZ zaczęły się zadłużać. W następnych latach zadłużenie SPZOZ nie malało, lecz rosło, w 2002 r. wyniosło ponad 5,5 mld zł, a na początku 2004 r. przekroczyło 8 mld zł (Solecka, 2004). Według informacji Ministerstwa Zdrowia w końcu 2007 r. tylko ok. 40% SPZOZ nie miało zadłużenia i to głównie dzięki swoim organom założycielskim (samorządom), które starały się im pomóc, a nie dzięki procesom restrukturyzacji i racjonalizacji. Do wzrostu zadłużenia przyczyniły się liczne błędy

⁴¹ Ibidem.

z zarządzaniu placówkami, jak również fakt wykonywania większej liczby zabiegów w stosunku do zakontraktowanych przez NFZ. Niewiele zmieniło wprowadzenie "ustawy 203", którą rząd wprowadził w celu uspokojenia protestów i niepokojących nastrojów po stronie środowiska medycznego.

Kolejne zmiany w sektorze ochrony zdrowia wprowadziła w **2011 r. ustawa o działalności leczniczej**. Ustawa ta dokonała zasadniczych zmian w nomenklaturze i regulacji funkcjonowania podmiotów sektora opieki zdrowotnej, przy czym nie wprowadziła istotnych uregulowań dotyczących polityki płac, w tym wzrostu wynagrodzeń. Ustawa o działalności leczniczej reguluje jedynie podstawowe zasady wynagradzania pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, czyli SPZOZ-owi jednostek budżetowych. W przypadku pozostałych form prowadzenia działalności leczniczej, tj.: przedsiębiorców, fundacji i stowarzyszeń, których celem statutowym jest wykonywanie zadań zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej oraz kościołów należy stosować przepisy Kodeksu Pracy (art. 5 k.p.). Te same powszechnie obowiązujące regulacje płacowe znajdują również zastosowanie do instytutów badawczych. Stosowana do nich ustawa z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618 ze zm. dalej: *ustawa o instytutach badawczych*) nie reguluje bowiem kwestii wynagrodzeń, a w sprawach dotyczących stosunku pracy pracowników instytutu, nieuregulowanych jej przepisami, odsyła do Kodeksu Pracy (art. 65 ustawy o instytutach badawczych). Podstawowym dokumentem, określającym wysokość wynagrodzenia każdego pracownika, jest umowa o pracę, w treści której musi się znaleźć postanowienie dotyczące warunków płacy, określające w szczególności wynagrodzenie za pracę odpowiadające rodzajowi pracy, wraz ze wskazaniem jego składników (art. 29 § 1 pkt 3 k.p.). Najczęściej jest ono określone stałą stawką godzinową lub miesięczną, choć umowa może w tym zakresie odsyłać do poziomu wynagrodzenia pracownika za pracę, należy przy tym pamiętać, iż wysokość wynagrodzenia pracownika zatrudnionego w pełnym miesięcznym wymiarze czasu pracy nie może być niższa od minimalnego wynagrodzenia za pracę, które w 2013 r. wynosiło 1 600 zł (art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, Dz. U. Nr 200, poz. 1679 ze zm., dalej: **ustawa o minimalnym** wynagrodzeniu, w związku z § 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 5 października 2010 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2011 r., Dz. U. Nr 194, poz. 1288 oraz § 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 14 września 2012. r.

w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2013 r., Dz. U. Nr 0, poz. Dz. U. Nr 0, poz. 1026). Jedynie w pierwszym roku pracy zawodowej wysokość wynagrodzenia pracownika nie może być niższa niż 80% wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Należy pamiętać, że przy obliczaniu wysokości wynagrodzenia minimalnego uwzględnia się wszystkie jego składniki, z wyjątkiem:

- nagrody jubileuszowej,
- odprawy pieniężnej przysługującej pracownikowi w związku z przejściem na emeryturę lub rentę z tytułu niezdolności do pracy,
- wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych (art. 6 ust. 5 ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę).
- postanowień układu zbiorowego pracy lub regulaminu wynagradzania.

Jednocześnie każdy pracownik ma ponadto prawo do obligatoryjnych składników wynagrodzenia, których podstawę wypłacenia stanowią powszechnie obowiązujące przepisy prawa pracy. Należy do nich szereg świadczeń finansowych, których wypłata wiąże się z czasem pracy pracowników oraz z ich dodatkową aktywnością, np. nadgodzinami czy dyżurami, a będą to:

- wynagrodzenie i dodatek za pracę w godzinach nadliczbowych (art. 151¹ k. p.),
- dodatek za pracę w porze nocnej (art. 151² k. p.),
- wynagrodzenie za czas pełnionego dyżuru (art. 151⁵ § 3 k. p.),
- wynagrodzenie za dyżur medyczny (art. 95 ustawy o działalności leczniczej),
- wynagrodzenie za pracę na podstawie klauzuli *opt-out* (art. 96 ustawy o działalności leczniczej),
- wynagrodzenie za gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 98 ustawy o działalności leczniczej),
- dodatek za pracę zmianową (art. 99 ustawy o działalności leczniczej).

Jak już podnoszono ustawa o działalności leczniczej reguluje zasady wynagradzania jedynie pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, czyli SPZOZ-ów i jednostek budżetowych. Ustawa o działalności leczniczej przewiduje prawo pracowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) do trzech rodzajów świadczeń:

- dodatku za wysługę lat (art. 65 ustawy),

- nagrody jubileuszowej (art. 62 ustawy) oraz
- odprawy emerytalno-rentowej (art. 63 ustawy).

Jednakże nie wyczerpują one katalogu świadczeń finansowych, jakie otrzymują pracownicy SPZOZ-ów w zamian za wykonywaną pracę. Wśród nich z pewnością znajdują się:

- wynagrodzenie zasadnicze (określone stawką godzinową lub miesięczną),
- wynagrodzenie i dodatki za pracę w godzinach nadliczbowych,
- dodatek za pracę w nocy,
- wynagrodzenie za czas niezdolności do pracy wskutek choroby,
- wynagrodzenie za urlop wypoczynkowy,
- ekwiwalent za niewykorzystany urlop wypoczynkowy,
- odprawa z tytułu rozwiązania stosunku pracy z przyczyn niedotyczących pracownika (tzw. odprawa ekonomiczna),
- odprawa pośmiertna.

Z uwagi na ograniczoną objętość opracowania szczegółowy opis katalogu świadczeń finansowych pominięto.

W ustawie o działalności leczniczej odmiennie uregulowano **wynagradzania pracowników podmiotu leczniczego w formie jednostki budżetowej lub podmiotu leczniczego utworzonego przez ministra, centralny organ administracji rządowej, wojewodę albo jednostkę samorządu terytorialnego**. Bazę stanowi wynagrodzenie zasadnicze (art. 88 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej). Jest ono określone w odniesieniu do poszczególnych stanowisk pracy w stałej stawce miesięcznej (art. 88 ust. 1 pkt 2 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej). Szczegółowe regulacje w tym zakresie zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2011 r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników niektórych podmiotów leczniczych (Dz. U. Nr 159, poz. 954, dalej: *rozporządzenie o wynagrodzeniach w publicznych podmiotach leczniczych*), które określa m.in. kwoty wynagrodzenia zasadniczego i tabele zaszeregowania pracowników oraz warunki ustalania i wypłacania innych składników wynagrodzenia, kierując się kwalifikacjami zawodowymi tych pracowników oraz zakresem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez wyżej wymienione podmioty lecznicze.

2.4. Wynagrodzenia pracowników ochrony zdrowia w województwie podlaskim i Polsce na tle krajów OECD

Wynagrodzenia stanowiąc zapłatą za pracę podporządkowaną, świadczoną na rzecz pracodawcy są podstawowym źródłem dochodu większości gospodarstw domowych i w związku z tym stanowią ważny wskaźnik zamożności oraz czynnik warunkujący zaspokojenie potrzeb jednostek⁴². Jednocześnie płace uznawane są za jedną z najważniejszych determinant motywowania do pracy i podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Wysokość wynagrodzeń w danym kraju w sposób istotny wpływa na krajową konsumpcję, która z kolei stanowi ważny bodziec rozwoju gospodarczego, a jako komponent kosztu pracy, ma znaczenie dla konkurencyjności kraju na arenie międzynarodowej. Tak istotne znaczenie problematyki wynagrodzeń powoduje wzmożone zainteresowanie zarówno ze strony pracodawców, jak i pracobiorców.

W pierwszej kolejności należy jednak podkreślić, że istnieją pewne ograniczenia dotyczące analizy wynagrodzeń za pracę. Zasadniczą przeszkodą jest ograniczona dostępność odpowiednich danych. Większość danych przed stawianych przez GUS dotyczy tylko części pracujących, tj. bez podmiotów gospodarczych o liczbie pracujących do 9 osób, rolnictwa indywidualnego, osób zatrudnionych poza granicami kraju (z wyjątkiem liczby pracujących), zatrudnionych w organizacjach społecznych i politycznych, w związkach zawodowych i innych oraz zatrudnionych w działalności w zakresie obrony narodowej i bezpieczeństwa publicznego. Ponadto badanie płac prowadzone przez GUS nie obejmuje osób pracujących na podstawie umów cywilnoprawnych, tj. umowy zlecenia, umowy o dzieło, oraz samozatrudniających się. Należy mieć na uwadze, że prace w takich formach wykonuje coraz więcej osób, również w sektorze opieki zdrowotnej. Wiarygodność danych statystycznych może budzić zastrzeżenia ze względu na występowanie zjawiska szarej strefy. Pomimo istnienia wyżej wskazanych ograniczeń w analizie wynagrodzeń w niniejszym rozdziale podjęto próbę identyfikacji poziomu przeciętnych wynagrodzeń w sferze ochrony zdrowia w latach 2008, 2010 i 2012 w województwie podlaskim na tle Polski i krajów OECD. Jednocześnie należy podkreślić, że dane doty-

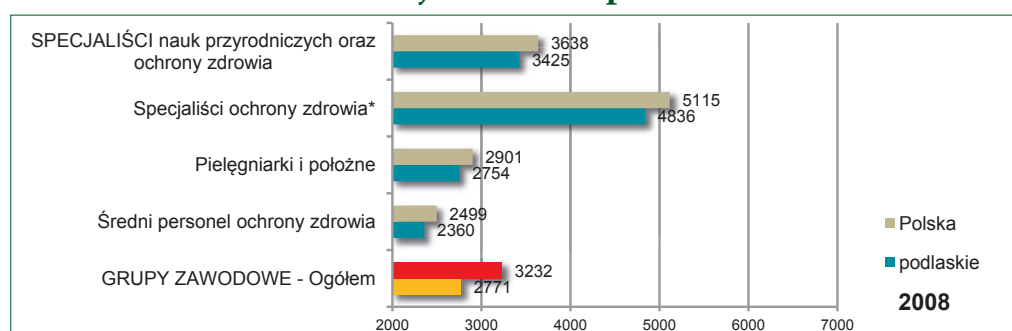
* Podstawowym źródłem danych, które wykorzystano do analizy poziomu wynagrodzeń w niniejszym rozdziale jest są materiały Głównego Urzędu Statystycznego (GUS). Z kolei do porównań międzynarodowych wykorzystano dane Eurostatu i OECD

⁴² Król H., Ludwiczynski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, PWN, Warszawa 2006, s. 359-362.

czące wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia są zbierane przez GUS co 2 lata, stąd taki dobór okresu do analizy. Poza tym w roku 2008 w stosunku do 2010 i 2012 zastosowano odmienne klasyfikacje, co dodatkowo ograniczyło i utrudniło jednoznaczne wnioskowanie.

Analizując dane za 2008 r. należy podkreślić, że w tym okresie, odmiennie od statystyk w 2010 i 2012 roku, w badaniach GUS nad poziomem wynagrodzeń w poszczególnych branżach, pracowników medycznych zaliczano do kategorii specjalistów nauk przyrodniczych i ochrony zdrowia lub średniego personelu ochrony zdrowia (wykres 24).

Wykres 24. Przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto w ochronie zdrowia w Polsce i w województwie podlaskim w 2008 r.



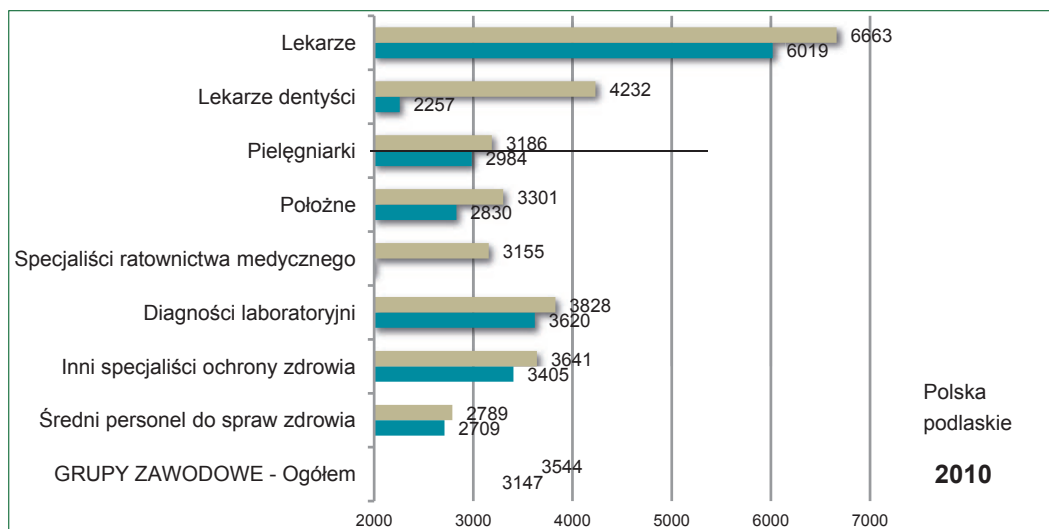
*z wyjątkiem pielęgniarek i położnych

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS i Urzędu Statystycznego w Białymstoku.

Z rozkładu danych wynika, że przeciętne wynagrodzenia w grupie specjalistów ochrony zdrowia w 2008 r. w Polsce kształtowały się na poziomie 5 115 zł (tj. 58,3% powyżej średniej krajowej), a w województwie podlaskim – 4 836 zł (powyżej 74,5% przeciętnego wynagrodzenia na Podlasiu). Płace pielęgniarek i położnych oscylowały w granicach przeciętnego wynagrodzenia dla wszystkich grup zawodowych, natomiast płace średniego personelu ochrony zdrowia kształtowały się znacznie poniżej średniej (o 22,7% – w Polsce, 14,8% – w województwie podlaskim).

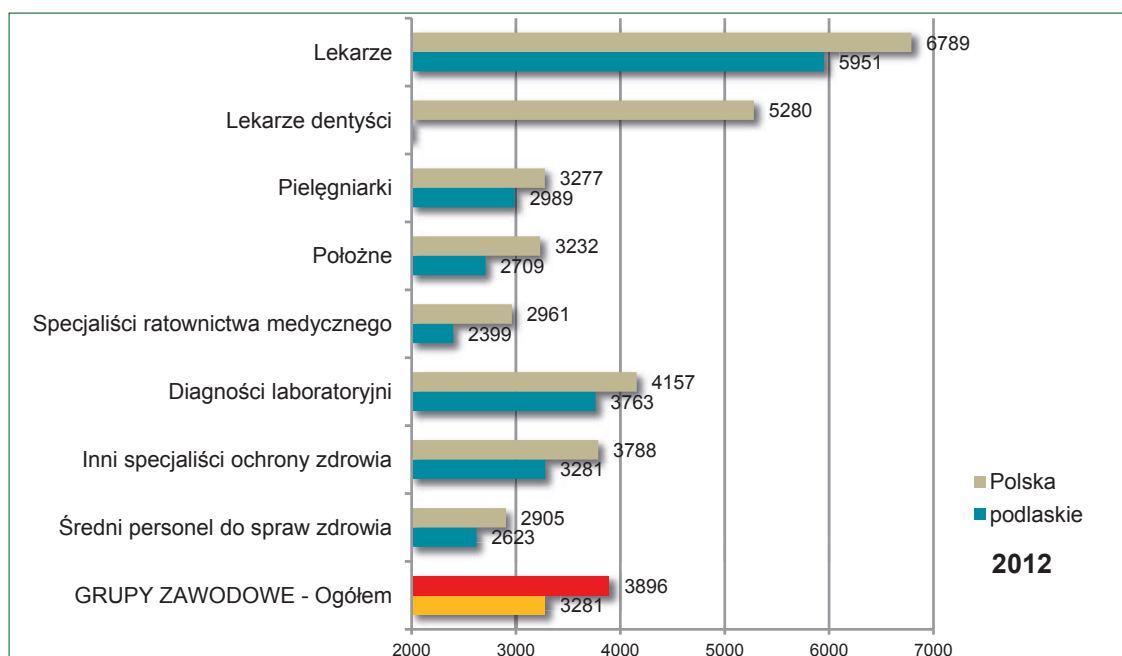
Dane dotyczące przeciętnych wynagrodzeń w poszczególnych zawodach medycznych w 2010 i 2012 r. w województwie podlaskim i Polsce prezentują wykresy 25 i 26.

Wykres 25. Przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto według wybranych zawodów medycznych w Polsce i w województwie podlaskim w 2010 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS i Urzędu Statystycznego w Białymstoku.

Wykres 26. Przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto według wybranych zawodów medycznych w Polsce i w województwie podlaskim w 2012 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS i Urzędu Statystycznego w Białymstoku

Jak wynika z powyższych wykresów kadra medyczna w Podlaskim w latach 2010 i 2012 otrzymywała niższe wynagrodzenie, niż pracownicy medyczni w Polsce. Lekarze w zarabiali średnio o 9-12% mniej, pielęgniar-

ki – 6-8%, położne – 14-16%, diagności laboratoryjni – 5-10%, a średni personel medyczny – 3-9%.

Kolejną interesującą kwestią są dane dotyczące dysproporcji w poziomie wynagrodzeń pracowników medycznych w sektorze publicznym i prywatnym (tabele 29-31). W 2008 r. specjaliści w ochronie zdrowia oraz pielęgniarki i położne zatrudnieni w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej otrzymywali przeciętnie wyższe pensje niż personel pracujący w placówkach prywatnych. W 2010 r. odnotowano z kolei wyższe stawki wynagrodzeń wśród pracowników sektora prywatnego niż publicznego – i tak: specjaliści w ochronie zdrowia zarabiali o blisko 15% więcej, przy czym lekarze aż o ponad 54% więcej. Z danych z 2012 r. wynika natomiast, że korzystniejsze warunki finansowe zapewniono kadrcze medycznej zatrudnionej w sektorze publicznym.

Tabela 29. Przeciętne wynagrodzenie brutto wg zawodów medycznych, sektorów własności oraz płci w województwie podlaskim w X 2008

2008	Ogółem						Sektor publiczny						Sektor prywatny					
Wyszczególnienie	ogółem		mężczyźni		kobiety		ogółem		mężczyźni		kobiety		ogółem		mężczyźni		kobiety	
	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.
OGÓŁEM (średnia dla wszystkich sektorów)	2 770,7	100,0	2 924,0	100,0	2 626,9	100,0	3 095,2	100,0	3 333,8	100,0	2 979,8	100,0	2 540,0	100,0	2 764,7	100,0	2 208,1	100,0
Specjaliści nauk przyrodniczych i ochrony zdrowia	3 425,3	123,6	4 714,0	161,2	3 240,9	123,4	3 538,8	114,3	4 831,1	144,9	3 344,5	112,2	2 606,2	102,6	3 418,2	123,6	2 530,5	114,6
w tym:																		
Specjaliści ochrony zdrowia*	4 836,3	174,6	5 235,5	179,1	4 676,2	178,0	5 079,9	164,1	5 390,4	161,7	4 943,6	165,9	2 786,1	109,7	2 131,0	77,1	2 882,3	130,5
Pielęgniarki i położne	2 753,8	99,4	2 240,8	76,6	2 756,7	104,9	2 828,8	91,4	2 240,8	67,2	2 832,6	95,1	2 165,2	85,2	.	.	2 165,2	98,1
Średni personel ochrony zdrowia	2 359,6	85,2	2 260,3	77,3	2 384,8	90,8	2 354,8	76,1	2 260,3	67,8	2 383,1	80,0	2 394,2	94,3	.	.	2 394,2	108,4

*z wyjątkiem pielęgniarek i położnych

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS i Urzędu Statystycznego w Białymstoku.

Tabela 30. Przeciętne wynagrodzenie brutto wg zawodów medycznych, sektorów własności oraz płci w województwie podlaskim w X 2010

2010	Ogółem						Sektor publiczny						Sektor prywatny					
Wyszczególnienie	ogółem		mężczyźni		kobiety		ogółem		mężczyźni		kobiety		ogółem		mężczyźni		kobiety	
	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.
OGÓŁEM (średnia dla wszystkich sektorów)	3 146,9	100,0	3 231,1	100,0	3 074,8	100,0	3 503,2	100,0	3 682,1	100,0	3 422,6	100,0	2 825,1	100,0	3 019,2	100,0	2 537,5	100,0
Specjaliści do spraw zdrowia	3 565,1	113,3	5 360,3	165,9	3 328,2	108,2	3 459,9	98,8	5 244,3	142,4	3 200,3	93,5	3 973,0	140,6	6 108,7	202,3	3 796,7	149,6
w tym:																		
Lekarze	6 018,6	191,3	6 573,9	203,5	5 641,7	183,5	5 525,6	157,7	6 124,0	166,3	5 032,9	147,0	8 643,0	305,9	13 630,0	451,4	7 740,6	305,1
Pielęgniarki	2 983,5	94,8	2 983,8	92,3	2 983,5	97,0	2 966,8	84,7	2 983,8	81,0	2 966,5	86,7	3 080,9	109,1	.	.	3 080,9	121,4
Położne	2 829,6	89,9	.	.	2 829,6	92,0	2 853,7	81,5	.	.	2 853,7	83,4	2 407,3	85,2	.	.	2 407,3	94,9
Specjaliści ratownictwa medycznego	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Lekarze dentyści	2 256,9	71,7	2 392,3	74,0	2 163,2	70,4	3 431,6	98,0	3 431,6	93,2	.	.	2 117,6	75,0	2 028,5	67,2	2 163,2	85,3
Diagności laboratoryjni	3 619,9	115,0	3 724,8	115,3	3 586,8	116,7	3 802,6	108,5	4 311,2	117,1	3 674,2	107,4	2 158,1	76,4	2 000,0	66,2	2 350,0	92,6
Inni specjaliści ochrony zdrowia	3 404,9	108,2	3 769,3	116,7	3 336,4	108,5	2 877,0	82,1	3 318,2	90,1	2 700,6	78,9	3 766,2	133,3	5 009,8	165,9	3 671,0	144,7
Średni personel do spraw zdrowia	2 709,2	86,1	3 154,0	97,6	2 575,1	83,8	2 885,5	82,4	3 269,6	88,8	2 736,8	80,0	2 426,5	85,9	2 820,9	93,4	2 354,0	92,8
w tym:																		
Technicy medyczni i farmaceutyczni	2 741,3	87,1	2 376,6	73,6	2 765,2	89,9	3 046,8	87,0	2 376,6	64,5	3 136,4	91,6	2 406,9	85,2	.	.	2 406,9	94,9
Dietetycy i żywieniowcy	2 866,8	91,1	.	.	2 866,8	93,2	3 421,5	97,7	.	.	3 421,5	100,0	2 530,0	89,6	.	.	2 530,0	99,7
Inny średni personel do spraw zdrowia	2 670,7	84,9	3 274,7	101,3	2 238,2	72,8	2 754,2	78,6	3 467,0	94,2	2 266,1	66,2	2 454,8	86,9	2 820,9	93,4	2 161,4	85,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS i Urzędu Statystycznego w Białymstoku.

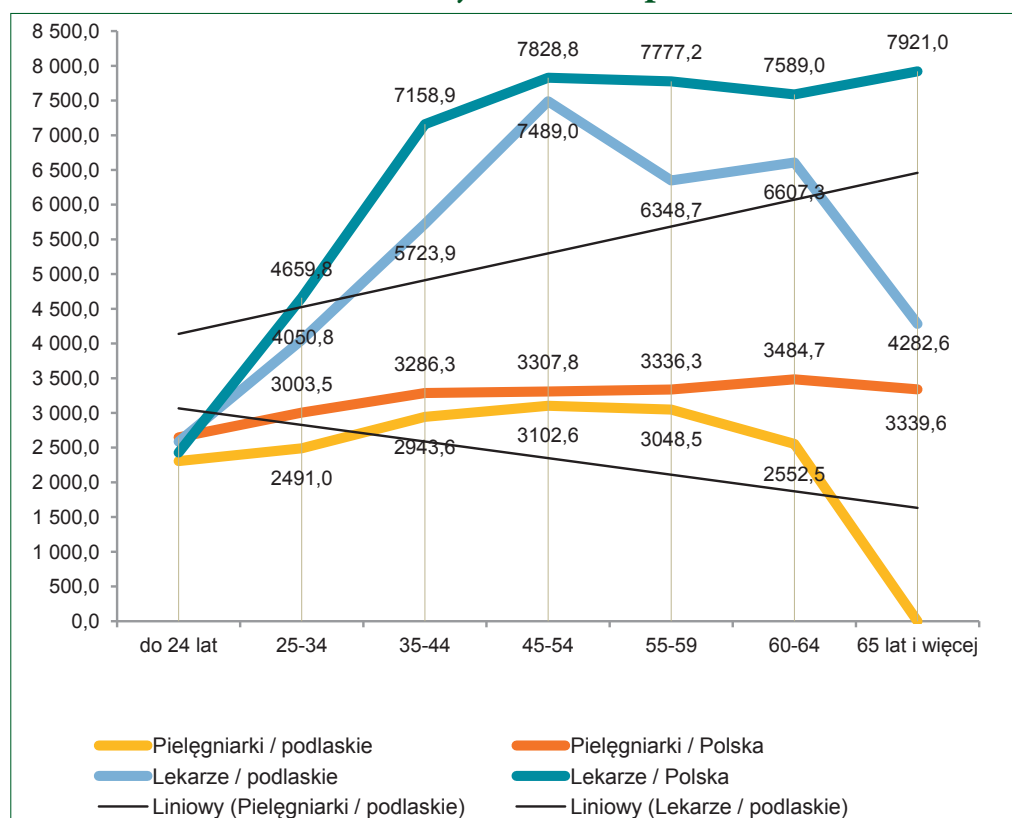
Tabela 31. Przeciętne wynagrodzenie brutto wg zawodów medycznych, sektorów własności oraz płci w województwie podlaskim w X 2012

2012	Ogółem						Sektor publiczny						Sektor prywatny					
Wyszczególnienie	ogółem		mężczyźni		kobiety		ogółem		mężczyźni		kobiety		ogółem		mężczyźni		kobiety	
	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.	w zł	proc.
OGÓŁEM (średnia dla wszystkich sektorów)	3 281,2	100,0	3 348,3	100,0	3 227,7	100,0	3 785,6	100,0	4 180,8	100,0	3 627,7	100,0	2 806,2	100,0	2 970,8	100,0	2 566,2	100,0
Specjaliści do spraw zdrowia	3 555,1	108,3	4 814,0	143,8	3 416,1	105,8	3 557,2	94,0	4 934,5	118,0	3 407,5	93,9	3 530,5	125,8	3 654,0	123,0	3 514,5	137,0
w tym:																		
Lekarze	5 950,6	181,4	5 710,2	170,5	6 077,5	188,3	5 954,4	157,3	5 710,2	136,6	6 088,0	167,8	5 782,7	206,1	.	.	5 782,7	225,3
Pielęgniarki	2 989,2	91,1	2 828,8	84,5	2 991,1	92,7	2 992,5	79,0	2 828,8	67,7	2 994,6	82,5	2 924,5	104,2	.	.	2 924,5	114,0
Położne	2 709,3	82,6	.	.	2 709,3	83,9	2 718,9	71,8	.	.	2 718,9	74,9	2 156,4	76,8	.	.	2 156,4	84,0
Specjaliści ratownictwa medycznego	2 398,8	73,1	2 398,8	71,6	.	.	2 398,8	63,4	2 398,8	57,4	.	.	.	.	.	.	.	.
Lekarze dentyści	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Diagności laboratoryjni	3 762,6	114,7	3 425,4	102,3	3 812,6	118,1	3 762,6	99,4	3 425,4	81,9	3 812,6	105,1	.	.	.	.	.	.
Inni specjaliści ochrony zdrowia	3 280,9	100,0	3 302,9	98,6	3 275,0	101,5	2 964,7	78,3	3 090,0	73,9	2 929,6	80,8	3 757,5	133,9	3 654,0	123,0	3 783,4	147,4
Średni personel do spraw zdrowia	2 623,1	79,9	3 136,3	93,7	2 485,8	77,0	2 649,6	70,0	3 158,0	75,5	2 495,1	68,8	2 503,3	89,2	2 931,8	98,7	2 449,5	95,4
w tym:																		
Technicy medyczni i farmaceutyczni	2 597,9	79,2	2 738,4	81,8	2 580,9	80,0	2 634,5	69,6	2 738,4	65,5	2 617,2	72,1	2 485,8	88,6	.	.	2 485,8	96,9
Dietetycy i żywieniowcy	2 913,6	88,8	.	.	2 913,6	90,3	2 500,0	66,0	.	.	2 500,0	68,9	3 870,0	137,9	.	.	3 870,0	150,8
Inny średni personel do spraw zdrowia	2 645,1	80,6	3 272,0	97,7	2 343,2	72,6	2 669,5	70,5	3 322,1	79,5	2 363,4	65,1	2 452,8	87,4	2 931,8	98,7	2 171,0	84,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS i Urzędu Statystycznego w Białymstoku.

Analizując poziom wynagrodzeń lekarzy w województwie podlaskim ze względu na wiek (wykres 27), można zaobserwować sukcesywny wzrost wysokości płac do ukończenia 54 r.ż., a następnie obniżenie o około 15%.

Wykres 27. Przeciętne wynagrodzenie brutto lekarzy i pielęgniarek według wieku w Polsce i w województwie podlaskim w 2012 r.

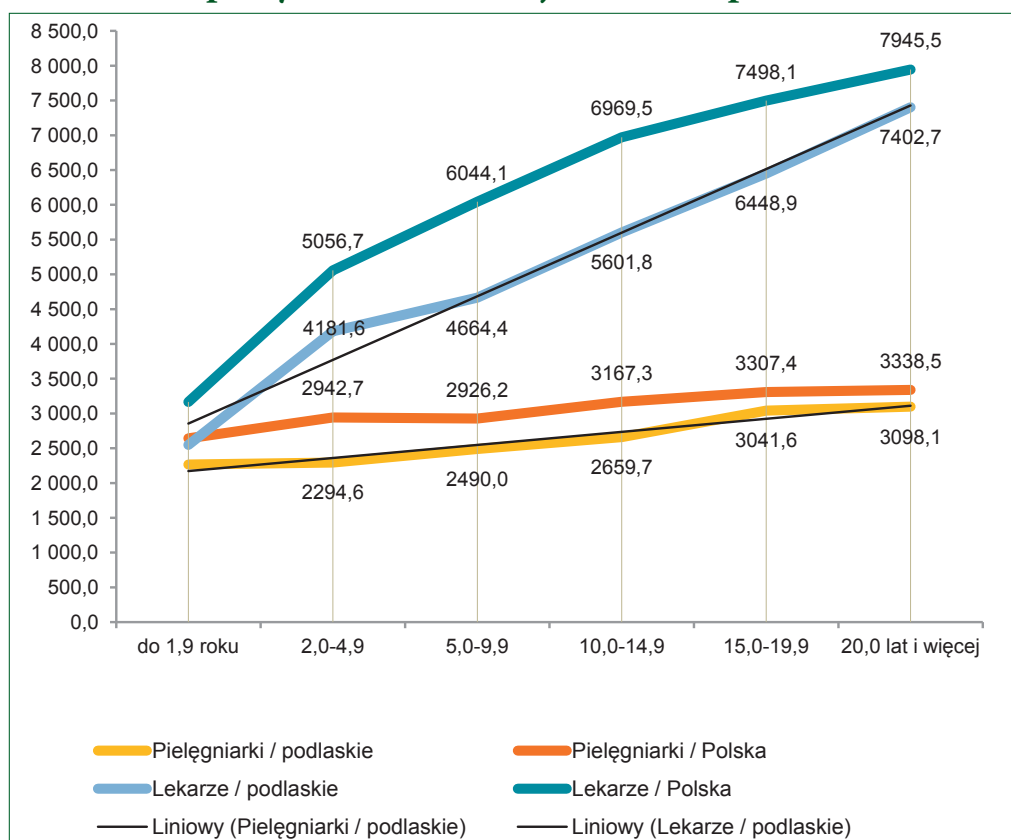


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS i Urzędu Statystycznego w Białymstoku.

Jak wynika z rozkładu danych przeciętne wynagrodzenie lekarzy powyżej 65 r.ż. jest nieznacznie wyższe od średniej pensji lekarzy w przedziale wiekowym 25-34 lata. W przypadku pielęgniarek nie zaobserwowano tu zależności statystycznej, przeciętne wynagrodzenie utrzymuje się na zbliżonym poziomie bez względu na wiek.

Interesującą kwestią w analizie wynagrodzeń jest porównanie przeciętnego wynagrodzenia brutto lekarzy i pielęgniarek według stażu pracy w Polsce i w województwie podlaskim w 2012 r. (wykres 28).

Wykres 28. Przeciętne wynagrodzenie brutto lekarzy i pielęgniarek według stażu pracy w Polsce i w województwie podlaskim w 2012 r.

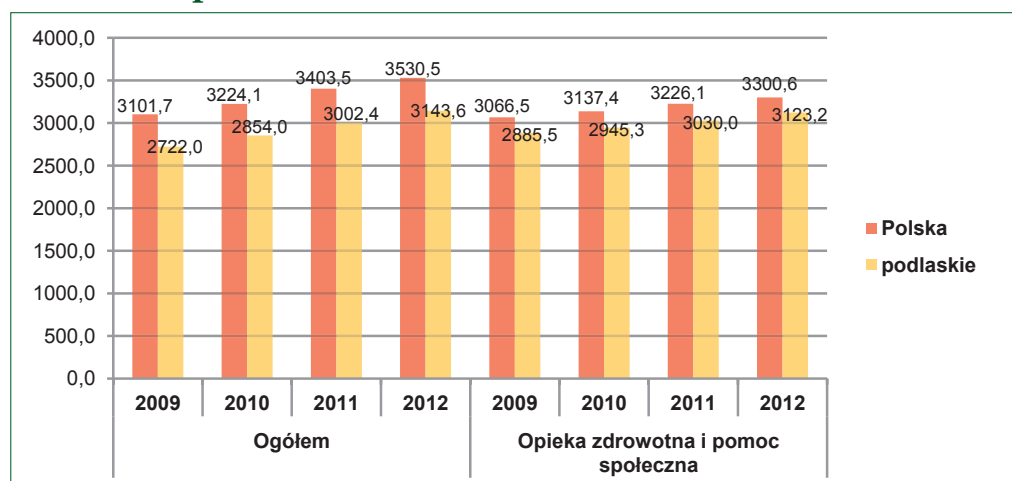


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS i Urzędu Statystycznego w Białymstoku.

Z prezentowanych danych wynika, że przeciętne wynagrodzenie lekarzy rośnie wprost proporcjonalnie do stażu pracy. Lekarze z co najmniej 20-letnim doświadczeniem zawodowym zarabiają o ponad 50% więcej niż ich koledzy ze stażem pracy do 5 lat. Lekarze w województwie podlaskim dostają niższe wynagrodzenie za pracę w porównaniu do lekarzy z takim samym stażem w Polsce. Różnica wynagrodzeń lekarzy przy stażu pracy w przedziale od 5 do 19 lat wynosi średnio 24%. W przypadku pielęgniarek pracujących w województwie podlaskim ich średnia pensja jest nieznacznie niższa od wynagrodzenia pielęgniarek z analogicznym stażem w Polsce. W przedziale od 2 do 19 lat różnica ta wynosi średnio 18%. Wynagrodzenia pielęgniarek z 20-letnim doświadczeniem w zawodzie są o 35% wyższe niż pielęgniarek z 5-letnim i niższym stażem pracy.

Inną kwestią poddaną analizie jest porównanie przeciętnych wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia i opieki społecznej w stosunku do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto ogółem w Polsce i województwie podlaskim (wykres 30).

Wykres 29. Przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto ogółem oraz w ochronie zdrowia i opiece społecznej w Polsce i w województwie podlaskim w latach 2009-2012

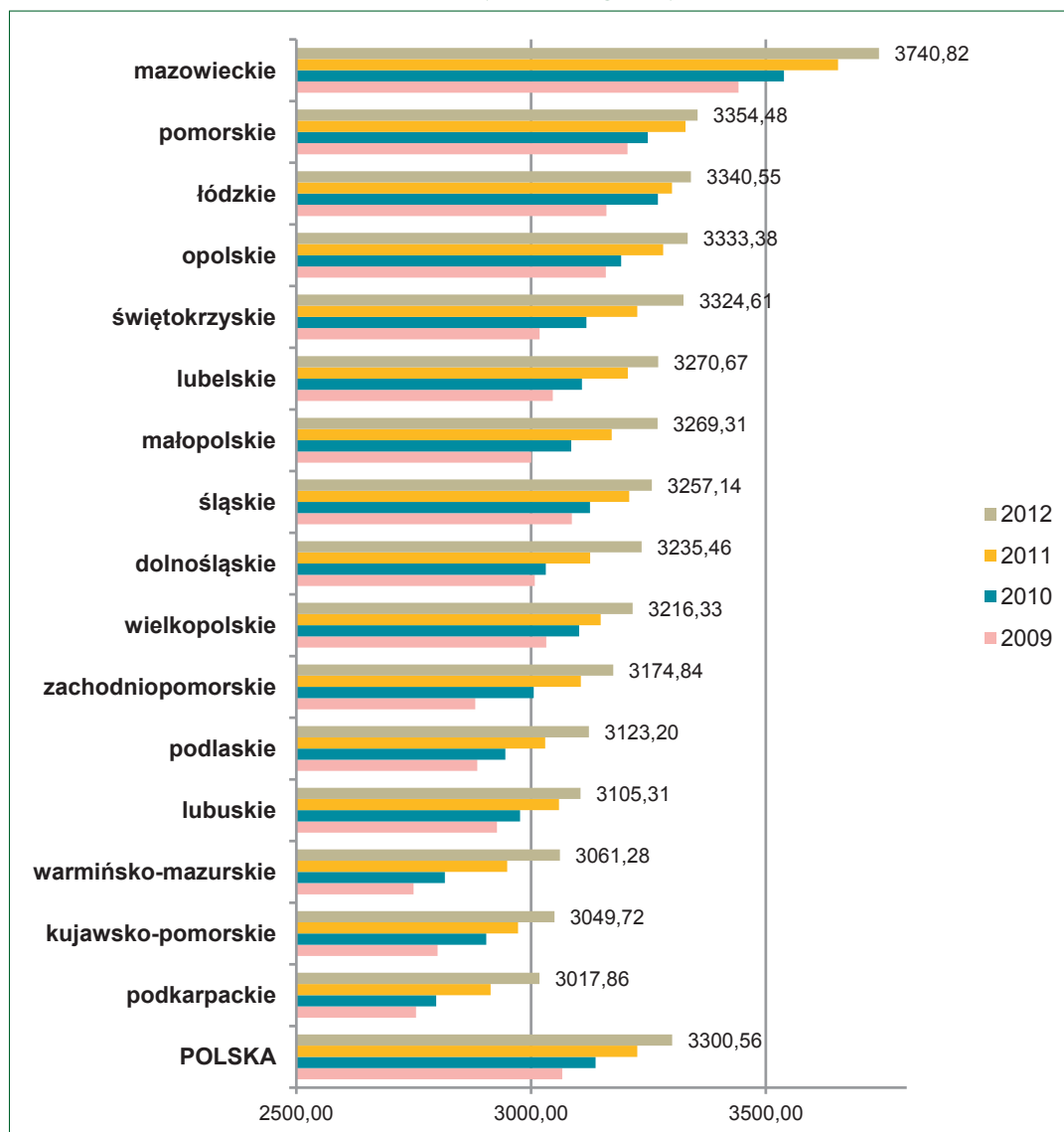


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Z rozkładu danych wynika, że przeciętne miesięczne wynagrodzenie pracowników sekcji opieka zdrowotna i pomoc społeczna w 2012 r. w województwie podlaskim wyniosło 3123,20 zł i jest niższe od przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w tym sektorze w Polsce, które wynosi 3300,6 zł). W porównaniu do przeciętnego wynagrodzenia ogółem w Polsce i w województwie podlaskim również zachodzi podobna zależność.

Szczegółowe dane dotyczące przeciętnego wynagrodzenia brutto w ochronie zdrowia i opiece społecznej według w poszczególnych województwa w latach 2009-2012 znajdują się na wykresie 30. Należy stwierdzić, że przeciętne wynagrodzenie brutto w ochronie zdrowia i opiece społecznej w danym okresie było najwyższe w województwie mazowieckim, a najniższe w podkarpackim. W 2012 r. średnia płaca w województwie podlaskim w tej kategorii wynosiła 3 123,20 zł, czyli o 5,7% mniej niż średnia krajowa. Jednocześnie należy zauważyć, że w latach 2009 - 2012 systematycznie wzrasta wysokość przeciętnego wynagrodzenia brutto w ochronie zdrowia i opiece społecznej według w poszczególnych województwa. W województwie podlaskim największy przyrost przeciętnego wynagrodzenia przypada na rok 2012.

Wykres 30. Przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto w ochronie zdrowia i opiece społecznej według województw w latach 2009-2012



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Warto również zaprezentować wysokość przeciętnego wynagrodzenia pracowników medycznych (sekcja Q – Opieka zdrowotna i pomoc społeczna) na tle pozostałych sekcji PKD w Polsce (Tabela 32). Jak wynika z rozkładu danych najwyższy poziom przeciętnych miesięcznych wynagrodzeń w województwie podlaskim w 2012 r. występował w rolnictwie, leśnictwie, łowiectwie i rybactwie (sekcja A) – 4726,51 zł, w działalności finansowej i ubezpieczeniowej (sekcja K) – 4548,50 zł, w sekcji O – Administracja publiczna i obrona narodowa; obowiązkowe zabezpieczenia społeczne – 4238,60 zł.

Tabela 32. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w 2012 r. w Polsce według branż (sekcje wg PKD 2007)

SEKCJE*	Ogółem	A	B+C +D+E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
POLSKA	3530,47	3941,11	3600,30	2951,68	2905,28	3166,17	2177,02	5900,26	5989,61	3719,01	4361,27	2462,33	4392,24	3750,45	3300,56	3121,20	2541,72
mazowieckie	4375,97	4170,19	4058,91	4067,28	3954,77	3697,81	2664,38	6842,04	7351,91	4534,68	5665,70	2930,83	5196,99	3908,26	3740,82	3777,15	2896,37
śląskie	3629,57	4101,70	4307,29	2891,11	2608,06	2813,67	1883,48	4320,08	4990,16	3445,91	3820,77	2184,18	4301,69	3614,34	3257,14	2812,57	2417,50
dolnośląskie	3503,59	4138,18	3958,09	3022,67	2688,96	2747,28	2167,57	5181,87	5594,88	3570,62	3675,28	2432,85	4329,47	3796,24	3235,46	3148,04	2386,90
pomorskie	3455,09	3958,67	3506,43	2775,79	2752,87	3578,78	2092,94	5310,60	5177,58	3734,93	3714,35	2470,45	4273,97	3801,69	3354,48	3073,62	2589,23
małopolskie	3260,87	3880,88	3395,55	2600,93	2542,27	2405,07	2018,94	5340,81	5140,03	3282,09	4024,76	2326,09	4256,75	3905,50	3269,31	3086,38	2434,12
wielkopolskie	3218,67	3486,24	3360,08	2645,27	2754,27	2719,73	2005,52	4266,25	5032,52	3765,47	3546,28	2378,06	4229,00	3718,57	3216,33	2977,39	2270,51
lubelskie	3203,67	4157,71	3396,50	2701,85	2304,32	2459,25	1903,57	4661,83	4485,79	3227,11	3100,99	2206,28	4131,29	3632,61	3270,67	2868,00	2395,25
łódzkie	3194,30	4034,26	3327,37	2525,99	2646,06	2528,02	2070,25	4604,89	4758,14	3378,52	3169,79	2259,10	4069,31	3648,50	3340,55	2952,09	2190,85
zachodniopomorskie	3179,33	3970,82	3088,96	2517,75	2429,25	2978,92	2193,32	5023,33	4490,82	3599,64	3196,40	2604,10	4177,00	3749,12	3174,84	2856,92	2407,06
opolskie	3172,23	3773,31	3192,34	2449,22	2588,05	2563,56	1823,45	3588,00	4161,50	3316,87	2880,93	2231,64	4181,62	3705,92	3333,38	2963,33	2259,91
podlaskie	3143,64	4726,51	2962,60	2895,10	2456,75	2366,26	2072,20	3837,36	4548,50	3327,06	2814,81	1922,72	4238,60	3756,14	3123,20	3043,54	2377,90
świętokrzyskie	3070,29	4748,70	3150,44	2568,43	2306,00	2243,23	1925,31	3340,34	4392,39	3261,29	2791,95	2088,02	3986,14	3735,62	3324,61	2906,96	2197,99
lubuskie	3034,01	4189,15	3124,71	2230,52	2295,94	2492,82	1849,62	4250,41	3847,65	3374,19	3257,12	2015,65	4160,23	3625,88	3105,31	2826,51	2313,49
kujawsko-pomorskie	3032,09	3561,86	3034,88	2556,41	2496,47	2325,68	1973,76	4128,81	4469,12	3445,10	3234,85	2130,69	3978,18	3649,49	3049,72	2931,24	2567,62
podkarpackie	3024,50	4151,12	3008,20	2370,96	2280,48	2212,38	1808,89	5666,96	4186,19	3248,33	3205,77	1765,57	4033,58	3750,69	3017,86	2645,83	2369,71
warmińsko-mazurskie	2996,24	3979,36	2895,05	2486,37	2215,91	2275,85	1990,23	3506,40	4162,61	3492,49	2855,73	2025,74	3981,40	3669,99	3061,28	2764,74	2363,60

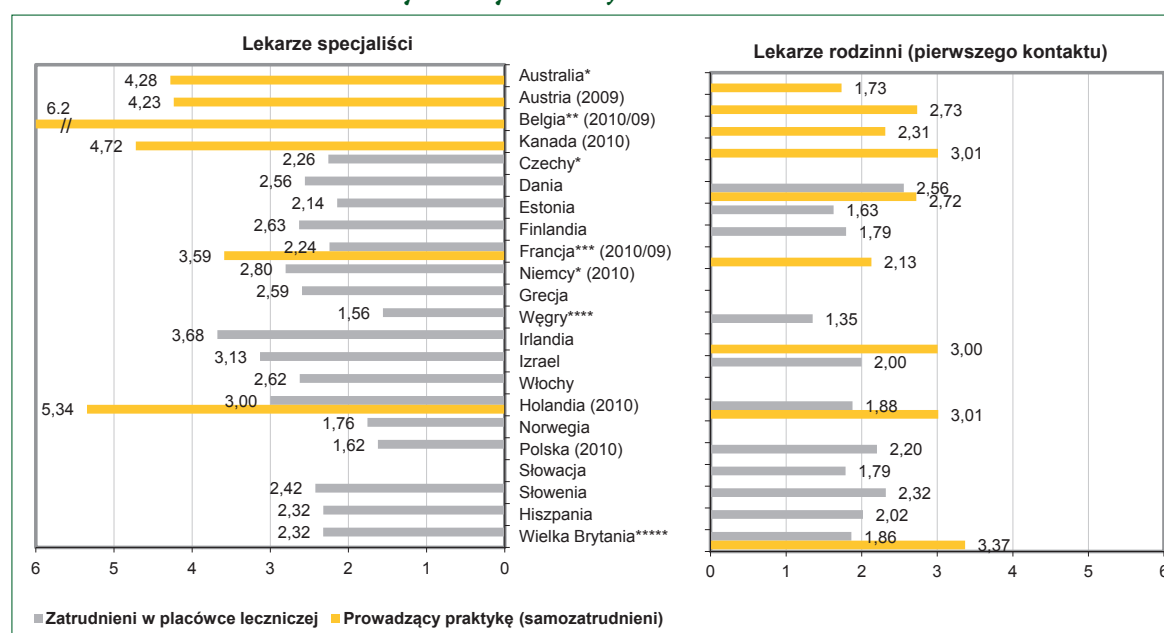
* Sekcje: A - Rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo, B+C+D+E - Przemysł, F - Budownictwo, G - Handel hurtowy i detaliczny; naprawa pojazdów samochodowych, włączając motocykle, H - Transport i gospodarka magazynowa, I - Działalność związana z zakwaterowaniem i usługami gastronomicznymi, J - Informacja i komunikacja, K - Działalność finansowa i ubezpieczeniowa, L - Działalność związana z obsługą rynku nieruchomości, M - Działalność profesjonalna, naukowa i techniczna, N - Działalność w zakresie usług administrowania i działalność wspierająca, O - Administracja publiczna i obrona narodowa; obowiązkowe zabezpieczenia społeczne, P - Edukacja, Q - Opieka zdrowotna i pomoc społeczna, R - Działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją, S - Pozostała działalność usługowa.

Wynagrodzenia lekarzy i pielęgniarek w krajach OECD

Badanie wysokości wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia warto zamknąć refleksją dotyczącą płac pracowników tego sektora w innych krajach. Przy czym należy pamiętać, że nie dysponujemy jeszcze ogólnodostępnymi, szczegółowymi danymi w tym zakresie. Dane dotyczące Polski w porównaniu z innymi krajami OECD obejmują rok 2010. Wysokość zarobków lekarzy w wartościach bezwzględnych w poszczególnych krajach różni się bardzo istotnie i zależna jest częściowo od stopnia zamożności danego kraju. Dlatego istotne jest porównywanie wysokości zarobków w stosunku do średniego wynagrodzenia w danym kraju lub produktu krajowego brutto przypadającego na jednego mieszkańca.

Na wykresie 31. przedstawiono wynagrodzenia lekarzy w stosunku do przeciętnej płacy w 2011 r. w wybranych krajach OECD. Dane z Polski dotyczą roku 2010.

Wykres 31. Wynagrodzenia lekarzy w stosunku do przeciętnej płacy w 2011 r. w wybranych krajach OECD



* Włącznie z lekarzami rezydentami (możliwe niedoszacowania). ** Włącznie z wydatkami praktyk (możliwe przeszacowania).

*** Wynagrodzenia samozatrudnionych to częściej płaca netto niż brutto (możliwe niedoszacowania).

**** Płace lekarzy w sektorze publicznym (możliwe niedoszacowania).

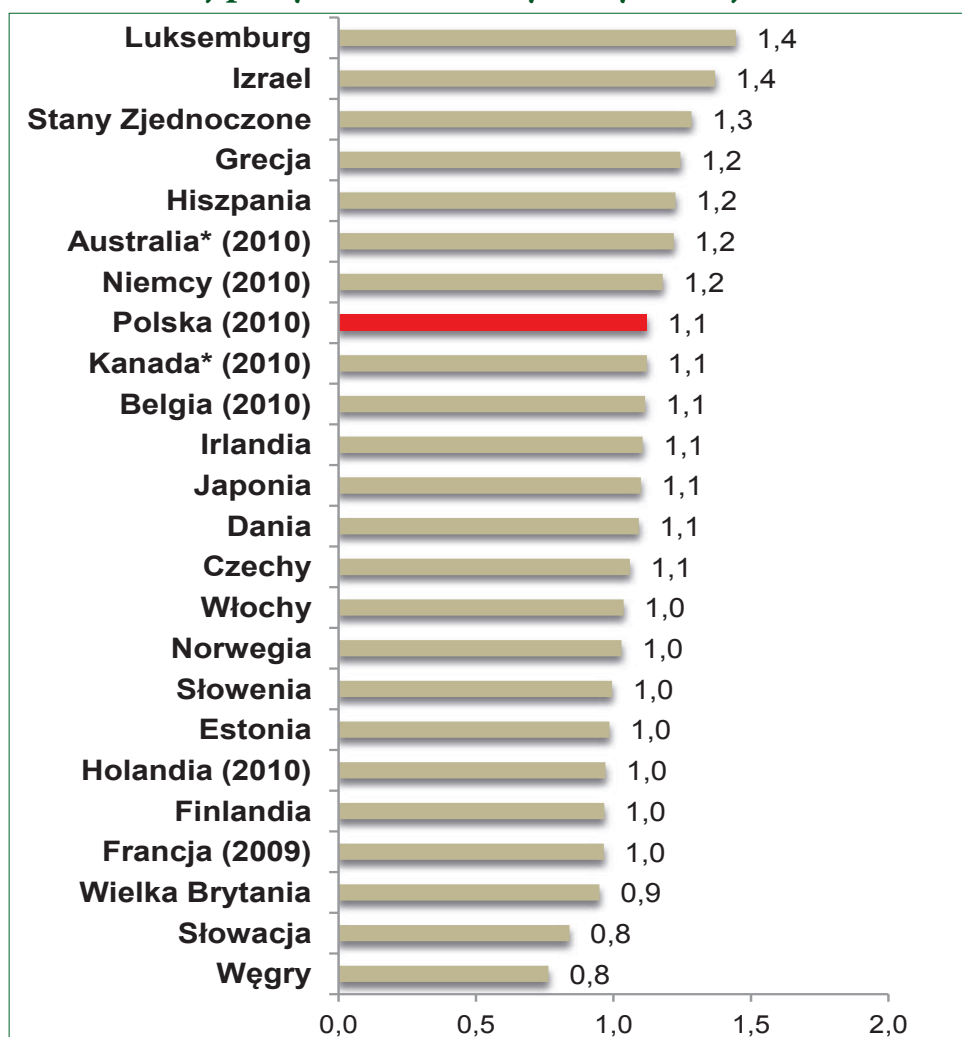
***** Włącznie ze specjalizującymi się (możliwe niedoszacowania).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: OECD Health Statistics 2013 [<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>].

Powyższe dane koncentrują się na dwóch kategoriach lekarzy, tj. lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy z właścicielem placówki medycznej oraz lekarzy pracujących na własny rachunek. W niektórych krajach podział ten nie jest wyraźny. Eksperti OECD wyróżniają również lekarzy pierwszego kontaktu (rodzinnych) i lekarzy ze specjalizacją w danej dziedzinie medycyny, których na potrzeby badań połączono w jedną grupę. Z rozkładu danych wynika, że wynagrodzenia wysoko wykwalifikowanych lekarzy (zarówno ogólnych i specjalistów) są znacznie wyższe niż przeciętne płace we wszystkich krajach OECD. Do krajów, w których wskaźnik wynagrodzeń lekarzy specjalistów w stosunku do przeciętnego wynagrodzenia osiągnął stosunkowo wysoką wartość (powyżej 5) należy Belgia (6,2 – w 2010 r.) i Holandia (5,34 – w 2010 r.). W Kanadzie, Australii oraz Austrii wynagrodzenia lekarzy specjalistów przekraczają co najmniej 4-krotnie poziom przeciętnego wynagrodzenia w tych krajach. Dane wskazują, że najniższe stawki wynagrodzeń specjalistów zatrudnionych na podstawie umowy w innym podmiocie występują na Węgrzech (1,56 – wskaźnik dotyczy wyłącznie lekarzy zatrudnionych w sektorze publicznym), w Polsce (1,62 – w 2010 r.) oraz Norwegii (1,76). Jednocześnie wyraźnie widać, że lekarze prowadzący własną działalność zarabiają znacznie więcej, niż osoby zatrudnione na umowy. Przykładowo w Wielkiej Brytanii lekarze rodzinni pracujący na własny rachunek w 2011 r. zarobili 3,4 krotności przeciętnego wynagrodzenia.

Informacje dotyczące wysokości wynagrodzeń w grupie pielęgniarek prezentuje wykres 33. Z rozkładu danych wynika, że w większości krajów wynagrodzenie pielęgniarek zatrudnionych w stacjonarnej opiece było przynajmniej nieco powyżej średniego wynagrodzenia wszystkich pracowników w 2011 roku. W Luksemburgu i Izraelu, dochody pielęgniarek były większe niż 40% przeciętnego wynagrodzenia. W Stanach Zjednoczonych, był większy niż 30% przeciętnego wynagrodzenia, podczas gdy w Grecji, Hiszpanii, Australii i Niemczech było o 20% wyższe. Jednak w innych krajach, w tym w Polsce, pensja pielęgniarki w szpitalu jest mniej więcej równa średniej płacy w gospodarce.

Wykres 32. Wynagrodzenia pielęgniarek w opiece stacjonarnej w relacji do średniej płacy w 2011 r. w wybranych krajach OECD



* Dane odnoszą się do pielęgniarek zarejestrowanych, z prawem wykonywania zawodu w USA, Australii i Kanadzie (możliwe przeszacowania).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: OECD Health Statistics 2013 [<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>].

Podsumowując przedstawione informacje o wynagrodzeniach w Polsce należy podkreślić, że dotyczą one pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. W obliczu dynamicznie popularyzujących się umów cywilnoprawnych i samozatrudnienia w pracach wykonywanych do tej pory w ramach stosunku pracy oraz stale obecnej szarej strefy informacji gromadzone przez GUS w coraz mniejszym stopniu prezentują obraz rynku pracy w ochronie zdrowia. Wszystkie te ograniczenia każą z rezerwą patrzeć na przedstawiane w raporcie informacje, przy czym w żaden sposób ich nie unieważniają, pozwalają zaobserwować określone tendencje dotyczące wynagrodzeń w sektorze opieki zdrowotnej.

ROZDZIAŁ III

ANALIZA POZIOMU WYNAGRODZEŃ PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWA W ŚWIECIE BADANIA „PODLASKI MONITOR PŁAC”

3.1. Opis produktu „Podlaski Monitor Płac”

Podlaski Monitor Płac to jeden z produktów Podlaskiego Obserwatorium Rynku Pracy i Prognoz Gospodarczych, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków EFS w ramach Działania 8.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Głównym celem działania Podlaskiego Obserwatorium Rynku Pracy i Prognoz Gospodarczych jest zapewnienie aktualnej, rzetelnej informacji dotyczącej uwarunkowań społeczno-gospodarczych w regionie oraz opracowanie prognozy aktualnych trendów rozwojowych zachodzących w gospodarce regionu, ze szczególnym uwzględnieniem rynku pracy.

Produkt „Podlaski Monitor Płac” polega na prowadzeniu przez Obserwatorium internetowej bazy danych zintegrowanej ze stroną internetową Obserwatorium. Baza danych stanowi platformą do wymiany informacji płacowych według zawodów. Pracodawcy – zachowując anonimowość – mogą się na niej rejestrować i zostawiać informacje o stawkach płac obowiązujących u nich z uwzględnieniem różnych form zatrudnienia.

Przedstawiciel Obserwatorium, konsultant, co pewien czas weryfikuje rzetelność wpisów. W zamian pracodawca ma dostęp do bazy płac i może generować dowolne statystyki. Na podstawie zebranych danych publikowany jest raport, który zawiera prognozy zmian wynagrodzeń. Raport w wersji broszurowej jest szeroko dystrybuowany wśród mieszkańców regionu.

Podlaski Monitor Płac odpowiada na potrzebę informacyjną w zakresie rynkowego poziomu płac w gospodarce województwa podlaskiego. Dynamicznie zmieniające się warunki gospodarowania sprawiają, że poziom płac ulega też szybkim zmianom. Wiele czynników wpływa na ten proces, najważniejsze to podaż i popyt na pracę w poszczególnych zawodach. Ale jest też wiele innych, jak siła organizacji poszczególnych grup społecznych, regulacje prawne, zmiany w innych regionach (krajach) z którymi nasza gospodarka jest ściśle powiązana, substytucyjność z innymi zawodami i łatwość przekwalifikowania się pracowników. Duże znaczenie ma kondycja podmiotów gospodarczych i ogólna koniunktura gospodarcza.

Kształtowanie się płac jest mechanizmem złożonym o charakterze dynamicznym, a układ przyczyn tych zmian jest wieloczynnikowy. Wiele podmiotów rynku pracy jest żywo zainteresowanych informacjami

o kształtowaniu się płac w województwie. Dowiodły tego przeprowadzone badania potrzeb informacyjnych rynku pracy.

Najważniejszą grupą odbiorców wyników Podlaskiego Monitora Płac będą przedsiębiorstwa. Informacja o poziomie płac pozwoli im na racjonalne kształtowanie polityki wynagrodzeń. Szczególnymi odbiorcami będą menedżerowie wyższego szczebla oraz menedżerowie zajmujący się zarządzaniem zasobami ludzkimi w przedsiębiorstwach. Drugą grupą odbiorców są Urzędy Pracy. Kolejną grupą odbiorców są mieszkańcy województwa podlaskiego. Informacja na temat wysokości wynagrodzeń może być dla nich pomocna w podejmowaniu bieżących decyzji związanych z zatrudnieniem.

Produkt „Podlaski Monitor Płac” polega na systematycznym gromadzeniu informacji o wysokości wynagrodzeń wypłacanych w przedsiębiorstwach i pozyskiwanych od przedsiębiorstw. Badania w ramach Podlaskiego Monitora Płac są prowadzone w trybie ciągłym; dane odnośnie poziomu płac są gromadzone systematycznie. Produkt w sensie portalu internetowego został wykonany przez wyspecjalizowaną firmę.

Zakres Podlaskiego Monitora Płac obejmuje poziom wynagrodzeń w najczęściej występujących zawodach w województwie. Ważnym aspektem jest dostosowanie zawodów dostępnych w bazie do rzeczywistych zawodów występujących w gospodarce województwa. Punktem wyjścia w tworzeniu bazy był wykaz zawodów najczęściej występujących w województwie podlaskim, który powstał w oparciu o dane dostępne w WUP oraz w klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy.

Dane dotyczące wynagrodzeń gromadzone w bazie obejmują: wysokość wynagrodzenia podstawowego brutto, wysokość dodatków i premii, a także wysokość dodatkowych gratyfikacji według typowych opcji do wyboru, z możliwością dodania własnych.

Źródłem danych są podmioty gospodarcze, które zdecydowały się na uczestnictwo w Podlaskim Monitorze Płac. Pierwsza rejestracja podmiotu gospodarczego odbywała się z pomocą lub przy weryfikacji konsultanta projektu. Każdy zarejestrowany podmiot ma stałą możliwość automatycznego wygenerowania analizy online wynagrodzeń według przyjętych założeń. Oprócz tego uczestniczy projektu otrzymują cykliczne raporty.

Publikacje w wersji drukowanej oraz w wersji elektronicznej są umieszczane na witrynie internetowej Obserwatorium.

3.2. Poziom płac w sektorze ochrony zdrowia

Średnie wynagrodzenie brutto w badanej próbie obejmującej 154 osoby zatrudnione w sektorze służby zdrowia w województwie podlaskim wynosiło 3460,01 zł brutto, przy czym mediana wynagrodzeń wynosiła 2627,50 zł brutto, a dominanta 2781,25 zł.

Średnia wynagrodzenia brutto wraz z dodatkami w analizowanej grupie była tylko o ok. 70 zł wyższa w stosunku do średniej pensji bez uwzględnienia dodatków.

Tabela 32. Średnia miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego brutto bez dodatków i z dodatkami w służbie zdrowia

Typ wynagrodzenia	Liczba przyp.	Dominanta (aproksymowana)	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Odch. std
Wynagrodzenie zasadnicze średnie brutto	154	2781,25 zł	3460,01 zł	2627,50 zł	350,00 zł	19000,00 zł	2925,50 zł
Wynagrodzenie zasadnicze średnie brutto z dodatkami	154	2774,19 zł	3530,31 zł	2675,00 zł	350,00 zł	19000,00 zł	2953,26 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Podlaski Monitor Płac.

Szczegółowa analiza struktury wynagradzania osób zatrudnionych w służbie zdrowia w województwie podlaskim wykazała także, że praktycznie pracujący w tym sektorze w naszym regionie nie otrzymują poza-płacowych form rekompensaty za swoją pracę. W sporadycznych przypadkach zdarzają się sytuacje, w których osoba zatrudniona w służbie zdrowia otrzymuje do dyspozycji służbowy telefon, lub pracodawca płaci za jej udział w szkoleniu podnoszącym określone kompetencje zawodowe.

Odnosząc średnią wynagrodzeń brutto w służbie zdrowie w województwie podlaskim do średniej płacy w tym regionie należy zauważyć, że zarobki w tej branży są nieco wyższe niż w innych sektorach. Średnia płaca w służbie zdrowia jest o ok. 150 zł wyższa niż przeciętne miesięczne wynagrodzenie w podlaskim. Jest jednak nadal niższa niż całkowita średnia wynagrodzeń w całym kraju, która – zgodnie z danymi GUS – w 2012 r. wynosiła 3744,38 zł.

Tabela 33. Średnia miesięcznego wynagrodzenia brutto w służbie zdrowie w województwie podlaskim na tle średniej płac w regionie i w Polsce

Wyszczególnienie	Przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto ogółem w 2012 roku	Przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto w relacji do średniej krajowej
Polska	3744,38 zł	100,0%
Podlaskie	3310,71 zł	88,4%
Podlaskie – służba zdrowia wg danych Podlaskiego Monitora Płac	3460,01 zł	92,4%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BDL GUS i Podlaskiego Monitora Płac.

3.3. Czynniki wpływające na poziom płac pracowników służby zdrowia

Wykształcenie

W badanej próbie zdecydowaną większość stanowiły osoby w wyższym wykształceniu 52,6%, przy czym kolejne 8,4% to osoby z wykształceniem licencjackim i wyższym niepełnym (łącznie odsetek 61%). Ponad 36% uczestników badania deklarowało wykształcenie średnie i 2,6% wykształcenie podstawowe. Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia rośnie średnie wynagrodzenie pracownika służby zdrowia. Osoby z wykształceniem podstawowym średnio zarabiają 1375,50 zł, podczas gdy osoby z wykształceniem wyższym 4402,51 zł.

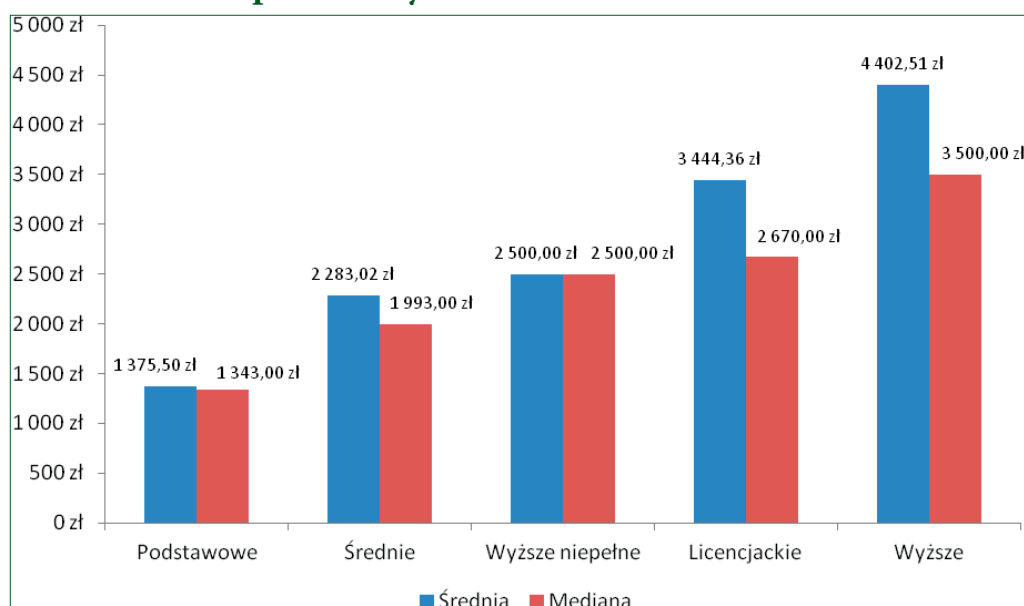
Tabela 34. Wynagrodzenie zasadnicze brutto według poziomu wykształcenia

Wykształcenie	Liczba przyp.	Procent przypadków	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Odch. std
Podstawowe	4	2,6	1 375,50 zł	1 343,00 zł	1 336,00 zł	1 480,00 zł	69,98 zł
Średnie	56	36,4	2 283,02 zł	1 993,00 zł	400,00 zł	9 000,00 zł	1 331,68 zł
Wyższe niepełne	2	1,3	2 500,00 zł	2 500,00 zł	1 000,00 zł	4 000,00 zł	2 121,32 zł
Licencjackie	11	7,1	3 444,36 zł	2 670,00 zł	1 418,00 zł	10 000,00 zł	2 308,24 zł
Wyższe	81	52,6	4 402,51 zł	3 500,00 zł	350,00 zł	19 000,00 zł	3 509,57 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Podlaski Monitor Płac.

Warto jednak zwrócić uwagę na duże różnice pomiędzy wartością średniej arytmetycznej i mediany wynagrodzenia zasadniczego brutto w przypadku osób z wykształceniem licencjackim i wyższym. Osoby z wykształceniem wyższym średnio otrzymują wynagrodzenie w wysokości 4402,51 zł, natomiast mediana ich zarobków wynosi 3500 zł, co oznacza, że połowa pracowników zarabia do 3500 zł. Wysoka średnia arytmetyczna wskazuje na występowanie kilku przypadków z wyjątkowo wysokimi zarobkami, co znajduje odzwierciedlenie w poziomie wartości maksimum (19000 zł).

Wykres 33. Średnia arytmetyczna i mediana wynagrodzenia zasadniczego brutto a poziom wykształcenia



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Podlaski Monitor Płac.

Do stwierdzenia statystycznie istotnych różnic pomiędzy średnimi wynagrodzeniami pracowników ochrony zdrowia wykorzystano test T-studenta. Okazało się, że średnie zarobków osób z wykształceniem wyższym, licencjackim i wyższym niepełnym nie różnią się istotnie między sobą. Istotne statystycznie różnice zachodzą natomiast pomiędzy wynagrodzeniami osób z wykształceniem podstawowym i średnim a wynagrodzeniem osób z wykształceniem wyższym.

Zależność pomiędzy wynagrodzeniem a poziomem wykształcenia została potwierdzona współczynnikiem Cramera = 0,37 i testem niezależności chi-kwadrat (poziom $p < 0,00001$).

Tabela 35. Klasyfikacja wynagrodzeń osób zatrudnionych w służbie zdrowia w podziale na poziom wykształcenia

Wykształcenie	KLASYFIKACJA WYNAGRODZENIA				Suma
	bardzo niskie	umiarkowanie niskie	umiarkowanie wysokie	bardzo wysokie	
Wyższe, licencjackie lub niepełne wyższe	14	16	25	39	94
Średnie	20	23	8	5	56
Podstawowe	4	0	0	0	4
SUMA	38	39	33	44	154

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Podlaski Monitor Płac.

Zawód

Miesięczne zasadnicze wynagrodzenia brutto w służbie zdrowia w województwie podlaskim – podobnie jak w całej Polsce – są zależne od wykonywanych zawodów. Zdecydowanie najlepiej zarabiają lekarze i lekarze dentyści. Średnia wynagrodzeń lekarzy dentyistów w podlaskim wynosi 5115,74 zł., a lekarzy – 4995,90 zł. Z kolei mediana wynagrodzeń lekarzy dentyistów sięga 4500 złotych, a lekarzy 4000 złotych (co wynika z dużych rozbieżności pomiędzy wysokością wynagrodzeń w tych kategoriach zawodowych). Nie ma istotnej statystycznie różnicy między zarobkami lekarzy a lekarzy dentyistów. Ich zarobki zaś istotnie różnią się od zarobków innych grup.

Pielęgniarki zarabiają średnio ok. 3000 złotych, z tym że rozpiętość ich wynagrodzeń jest bardzo znaczna – od 1000 do 10 000 złotych.

Kolejna grupa zawodowa w służbie zdrowia – jeśli chodzi o wysokość średniej wynagrodzeń – to diagnosty laboratoryjni, którzy przeciętnie zarabiają ok. 2900 złotych miesięcznie.

Technicy medyczni i farmaceutycznie zarabiają średnio miesięcznie po 2678 złotych.

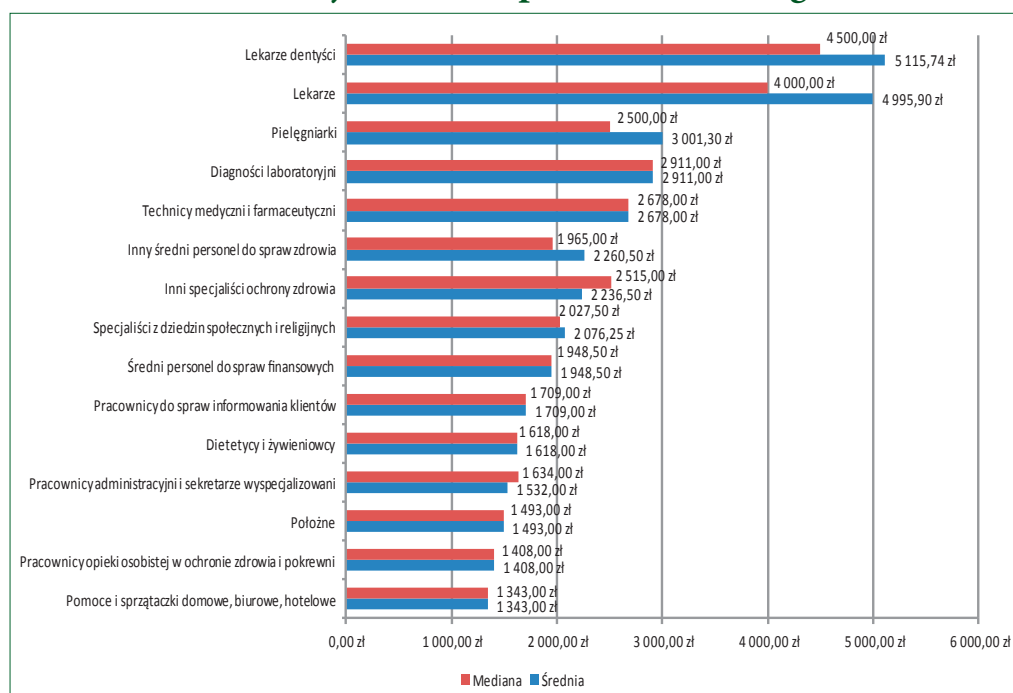
Nieco mniej niż przedstawiciele typowych zawodów medycznych zarabiają reprezentanci: średniego personelu ds. zdrowia (średnia płaca 2260,50 zł), inni specjaliści ds. ochrony zdrowia (średnia płaca 2236,50 zł), a także specjaliści z dziedzin społecznych i religijnych pracujących w ochronie zdrowia (średnia płaca 2076,25 zł), specjaliści ds. finansowych (średnia płaca 1948,5 zł), pracownicy ds. informowania klientów (średnia płaca 1709 zł), a także pracownicy administracyjni i sekretarze wyspecjalizowani (średnia płaca 1634 zł).

Kolejną grupę zawodową w branży ochrona zdrowia stanowią dietetycy i żywieniowcy. Średnia płaca w tej grupie wynosi 1618 złotych.

Z kolei personel medyczny najniższego szczebla reprezentowany przez położone i pracowników opieki osobistej w ochronie zdrowia zarabia średnio miesięcznie odpowiednio 1493 i 1408 złotych.

Najniższej z kolei zarabiają osoby zatrudnione na stanowiskach fizycznych – pomoce i sprzątaczk. Średnia ich miesięcznych wynagrodzeń brutto wynosi 1343 złote.

Wykres 34. Średnia i mediana miesięcznych wynagrodzeń brutto w służbie zdrowia w województwie podlaskim według zawodów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Przedstawione średnie wynagrodzeń w służbie zdrowia – pokazują, że podobnie jak w całej Polsce – istnieje ogromna rozpiętość zarobków w tej branży i związany z tym trwały podział na zarabiających relatywnie dużo (głównie lekarze i lekarze dentyści) i tych, którzy są na najniższym finansowym szczeblu (położone, personel pomocniczy, administracja).

Porównując średnie zarobki lekarzy w województwie podlaskim, które zostały zidentyfikowane w badaniu Podlaski Monitor Płac z danymi statystycznymi publikowanymi przez Ministerstwo Zdrowia, należy zauważyć, że zasadnicze miesięczne płace lekarzy posiadających I i II stopień specjalizacji są faktycznie wyższe niż te deklarowane w regionalnym badaniu wynagrodzeń. Należy także zauważyć, że średnia wynagrodzeń lekarzy w podlaskim jest wyraźnie niższa niż średnia płaca lekarzy w Polsce. Najlepiej zarabiają lekarze w województwie świętokrzyskim, dolnośląskim i pomorskim.

Tabela 36. Średnie wynagrodzenie z tytułu umów o pracę za marzec 2012 r. (wynagrodzenie brutto w zł)

Wyszczególnienie	Ordynator	Lekarz z II stopniem specjalizacji	Lekarz z I stopniem specjalizacji	Lekarz bez specjalizacji	Średnia wynagrodzenia lekarza bez płacy ordynatorów
POLSKA	10 681	7 502	6 500	5 176	6393
Województwa:					
dolnośląskie	10 615	7 982	6 848	5 616	6815
kujawsko-pomorskie	10 243	5 951	5 256	3 732	4980
lubelskie	10 078	7 637	6 159	4 824	6207
lubuskie	8 973	6 932	5 813	5 753	6166
łódzkie	9 614	7 420	7 018	4 966	6468
małopolskie	9 576	6 653	5 755	4 681	5696
mazowieckie	12 677	8 675	7 624	6 068	7456
opolskie	11 207	8 460	6 916	6 306	7227
podkarpackie	10 274	7 087	5 506	4 675	5756
podlaskie	10 825	6 732	5 935	4 674	5780
pomorskie	11 506	7 561	6 445	5 511	6506
śląskie	9 368	7 156	6 037	4 747	5980
świętokrzyskie	12 207	7 811	7 339	5 674	6941
warmińsko-mazurskie	11 575	6 966	5 776	4 660	5801
wielkopolskie	10 947	7 238	6 783	4 913	6311
zachodniopomorskie	10 377	7 686	5 461	6 065	6404

Źródło: <http://www.bankier.pl/wiadomosc/Ile-zarabia-sie-w-sluzbie-zdrowia-2960265.html> – na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.

Dla potrzeb dalszej analizy, zawody zidentyfikowane w sektorze ochrona zdrowia w województwie podlaskim podzielono na trzy grupy:

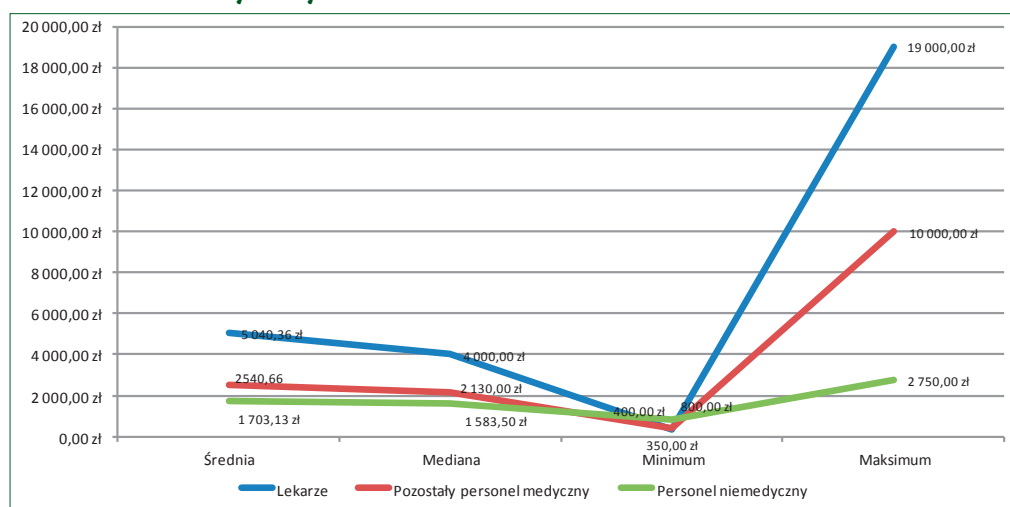
- lekarze (obejmujący kategorię zawodową lekarzy i lekarzy dentyстів),
- pozostały personel medyczny (obejmujący: położne, dietetyków i żywieniowców, innych specjalistów ochrony zdrowia, inny średni personel do spraw zdrowia, techników medycznych i farmaceutycznych, a także diagnostów laboratoryjnych i pielęgniarzy),
- personel niemedyczny (obejmujący: pomoce i sprzętaczki, pracowników opieki osobistej w ochronie zdrowia, pracowników administracyjnych i sekretarzy wyspecjalizowanych, pracowników do

spraw informowania klientów, średni personel do spraw finansowych, a także specjalistów z dziedzin społecznych i religijnych).

Najwyższą średnią wynagrodzeń odnotowuje się w grupie lekarze – wynosi ona 5040,36 złotych, mediana zaś dla tej grupy zawodów oscyluje wokół wartości 4000 złotych. Średnia miesięcznego wynagrodzenia w grupie obejmującej pozostały personel medyczny osiągnęła wartość 2540,66 zł (przy wartości mediany 2139,00 zł).

Najniższa średnia wynagrodzeń cechuje zawody przynależące do grupy personel niemedyczny. Sięga ona tutaj 1703,13 zł (wartość mediany wynosi 1583,50 zł). Największa rozbieżność w płacach występuje wśród lekarzy. Minimalna płaca w tej grupie wynosiła 350 zł, a maksymalna 19 000 zł. Najmniejsza rozpiętość w płacach występuje w grupie zawodów określonych mianem personel niemedyczny.

Wykres 35. Średnia i mediana wynagrodzeń miesięcznych brutto wg trzech grup zawodów: lekarze, pozostały personel medyczny, personel niemedyczny



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Pogrupowanie zawodów występujących w służbie zdrowia umożliwiło statystyczną klasyfikację poziomu miesięcznych wynagrodzeń brutto na cztery typy: wynagrodzenie bardzo wysokie, wynagrodzenia umiarkowanie wysokie, wynagrodzenie umiarkowanie niskie, a także wynagrodzenie bardzo niskie. Przyjęto następującą podstawę klasyfikacji zarobków:

- bardzo niskie – niższe od wartości kwartyła pierwszego, czyli niższe niż 1850 zł;

- umiarkowanie niskie – wyższe niż wartość kwartyła pierwszego (>1850 zł), ale niższe niż mediana, czyli < 2627,50 zł;
- umiarkowanie wysokie – wyższe niż mediana (< 2627,50 zł) i niższe niż wartość kwartyła trzeciego (>4000 zł);
- bardzo wysokie – wyższe niż wartość kwartyła trzeciego, czyli wyższe niż 4000 zł.

W oparciu o powyższe założenia dokonano zestawienia (tabela x).

Tabela 37. Klasyfikacja wynagrodzeń osób zatrudnionych w służbie zdrowia w podziale na kategorie zawodów

Zawód	KLASYFIKACJA WYNAGRODZENIA				Suma
	bardzo niskie	umiarkowanie niskie	umiarkowanie wysokie	bardzo wysokie	
Lekarze	8	5	13	36	62
Pozostały personel medyczny	21	28	19	8	76
Personel niemedyczny	9	6	1	0	16
SUMA	38	39	33	44	154

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Analiza statystyczna zależności pomiędzy wykonywanym zawodem a wysokością zarobków w służbie zdrowia jest umiarkowana (współczynnik Cramera = 0,43). Wynik testu niezależności chi-kwadrat wskazał także na umiarkowaną zależność pomiędzy poziomem wynagrodzeń a przynależnością do określonej kategorii zawodów związanych z ochroną zdrowia (poziom istotności $p < 0,00001$).

Dane zawarte w tabeli pokazują, że większość lekarzy osiąga zarobki wysokie lub bardzo wysokie. Pozostały personel medyczny ma zarobki bardzo niskie lub umiarkowanie niskie. Wynagrodzenie personelu niemedycznego (poza jednym przypadkiem) klasyfikuje się przede wszystkim do zarobków niskich (bardzo niskich lub umiarkowanie niskich).

Forma zatrudnienia

Forma zatrudnienia jest kolejnym ważnym czynnikiem warunkującym poziom wynagrodzeń pracowników. Wśród badanych osób dominującymi formami zatrudnienia były: umowa o pracę na czas nieokreślony i samozatrudnienie, łącznie obejmując prawie 82% ogółu badanych). Pozostałe formy zatrudnienia były zdecydowanie mniej popularne: kon-

trakt (7,1%), umowa o pracę na czas określony (3,9%) i umowa zlecenie (3,9%).

Tabela 38. Forma zatrudnienia

Forma zatrudnienia	Liczba przypadków	Procent przypadków
Umowa cywilno-prawna – Umowa zlecenie	6	3,9
Umowa cywilno-prawna na udzielanie świadczeń zdrowotnych	4	2,6
Umowa o pracę – Umowa na czas określony	6	3,9
Umowa o pracę – Umowa na czas nieokreślony	63	40,9
Kontrakt medyczny	7	4,5
Kontrakt	4	2,6
Umowa podkontraktowa	1	0,6
Samozatrudnienie	63	40,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Podlaski Monitor Płac.

Wyniki badania wskazują, że forma zatrudnienia silnie różnicuje wysokość wynagrodzeń pracowników jednostek leczniczych. Osoby zatrudnione na podstawie umowy zlecenia średnio zarabiają – 1058,33 zł i jest to 4,7 raza mniej niż osoby samodzielnie tworzące miejsca pracy, których przeciętne wynagrodzenie wynosi 4999,05 zł. Osoby zatrudnione w oparciu o najbardziej popularną formę zatrudnienia – umowę o pracę na czas nieokreślony – przeciętnie zarabiają 2507,65 zł. Warto podkreślić również, że przy tej formie zatrudnienia występują dość duże rozbieżności pomiędzy minimalnym (750 zł) i maksymalnym wynagrodzeniem (10000 zł). Jeszcze większy kontrast pomiędzy minimalnym i maksymalnym wynagrodzeniem można zauważyć wśród osób samozatrudnionych, co znajduje potwierdzenie w wartości mediany. Wskazuje ona bowiem, że połowa badanych osób otrzymuje wynagrodzenie do 4000 zł.

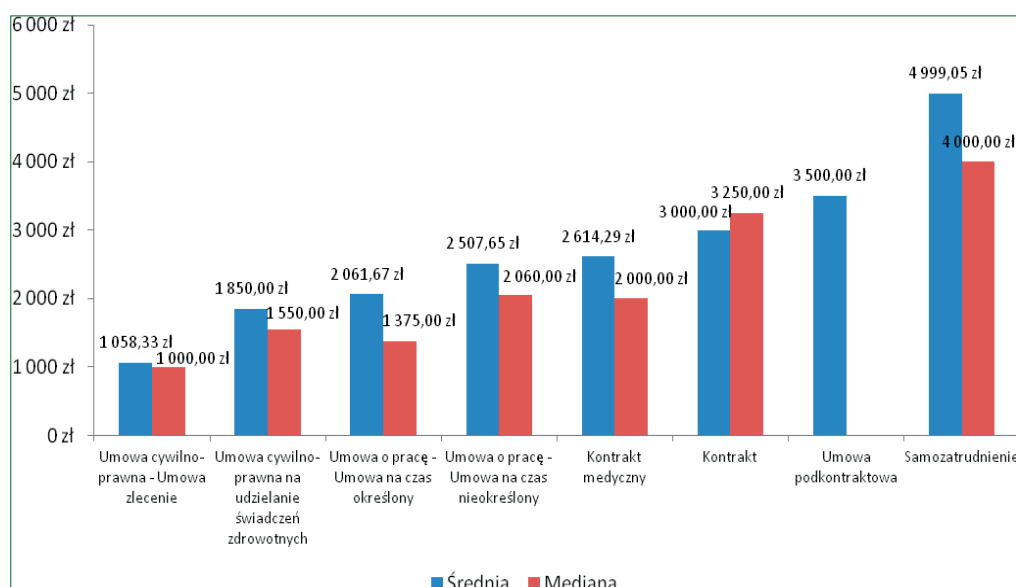
Tabela 39. Wynagrodzenie zasadnicze brutto według formy zatrudnienia

Forma zatrudnienia	Średnia arytmetyczna	Mediana	Minimum	Maksimum	Kwartył pierwszy	Kwartył trzeci	Odch. std
Umowa cywilno-prawna – Umowa zlecenie	1 058,33 zł	1 000,00 zł	400,00 zł	2 000,00 zł	450,00 zł	1 500,00 zł	691,68 zł
Umowa cywilno-prawna na udzielanie świadczeń zdrowotnych	1 850,00 zł	1 550,00 zł	600,00 zł	3 700,00 zł	600,00 zł	3 100,00 zł	1 524,25 zł

Forma zatrudnienia	Średnia arytmetyczna	Mediana	Minimum	Maksimum	Kwartył pierwszy	Kwartył trzeci	Odch. std
Umowa o pracę – Umowa na czas określony	2 061,67 zł	1 375,00 zł	800,00 zł	5 000,00 zł	900,00 zł	2 920,00 zł	1 650,22 zł
Umowa o pracę – Umowa na czas nieokreślony	2 507,65 zł	2 060,00 zł	750,00 zł	10 000,00 zł	1 700,00 zł	3 000,00 zł	1 347,58 zł
Kontrakt medyczny	2 614,29 zł	2 000,00 zł	500,00 zł	5 000,00 zł	800,00 zł	5 000,00 zł	2 002,02 zł
Kontrakt	3 000,00 zł	3 250,00 zł	1 000,00 zł	4 500,00 zł	1 750,00 zł	4 250,00 zł	1 581,14 zł
Umowa podkontraktowa	3 500,00 zł						
Samozatrudnienie	4 999,05 zł	4 000,00 zł	350,00 zł	19 000,00 zł	2 500,00 zł	6 000,00 zł	3 753,30 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Podlaski Monitor Płac.

Wykres 36. Średnia arytmetyczna i mediana wynagrodzenia zasadniczego brutto a forma zatrudnienia



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Podlaski Monitor Płac.

Ponownie do stwierdzenia statystycznie istotnych różnic pomiędzy średnimi wynagrodzeniami pracowników ochrony zdrowia wykorzystano test T-studenta. Okazało się, że średnie zarobków osób samodzielnie prowadzących działalność gospodarczą są istotnie statystycznie wyższe niż osób zatrudnionych na podstawie innych form (z wyjątkiem form kontraktowych).

Rodzaj przedsiębiorstwa

W badaniu jako potencjalny czynnik różnicujący poziom wynagrodzeń pracowników opieki zdrowotnej wykorzystano rodzaj przedsiębiorstwa. Prawie 56% badanych osób prowadziło działalność gospodarczą jako osoby fizyczne, natomiast 37,7% badanych to pracownicy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Pozostała niewielka część badanych (w sumie 6,4%) to przedstawiciele jednostek budżetowych, niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz spółek partnerskich.

Tabela 40. Wynagrodzenie zasadnicze brutto według formy zatrudnienia

Rodzaj przedsiębiorstwa	Liczba przypadków	Procent przypadków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej	58	37,7
jednostki budżetowe	4	2,6
jednostki samorządu gospodarczego i zawodowego	1	0,6
spółki partnerskie	1	0,6
osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą	86	55,8
niepubliczny zakład opieki zdrowotnej	4	2,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Podlaski Monitor Płac.

Najniższe wynagrodzenia otrzymują osoby zatrudnione w samodzielnych zakładach opieki zdrowotnej. Ich średnie wynagrodzenie brutto wynosi 2318,14 zł. Na przeciwległym krańcu znajdują się pracownicy niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, którzy średnio zarabiają 4500 zł, ale ich wynagrodzenie waha się od 2900 zł do 10000 zł. Dlatego w tym przypadku warto również zwrócić uwagę na medianę, która wskazuje, że połowa pracowników zarabia do 2900 zł.

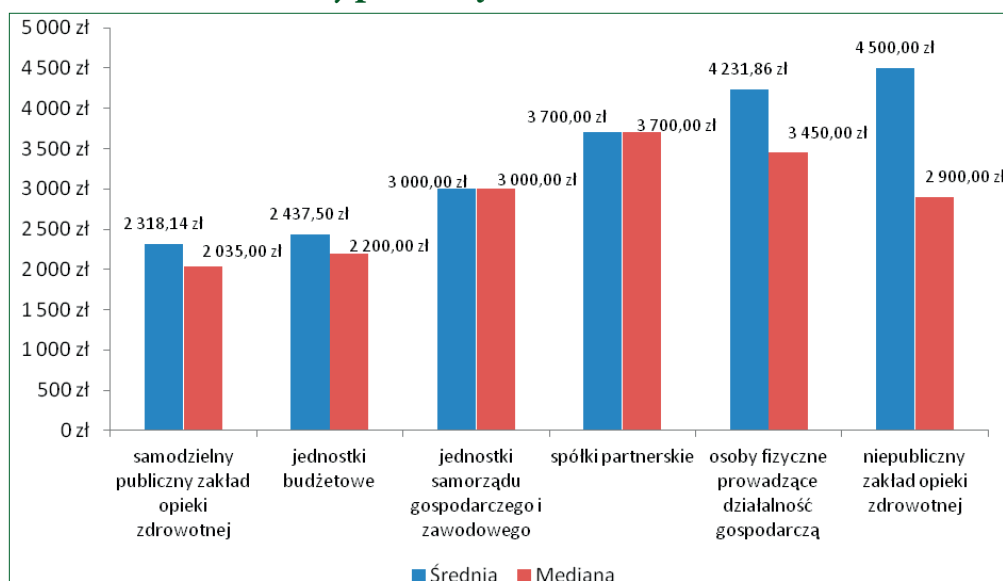
Dość silnie zróżnicowaną grupę pod względem wynagrodzenia stanowią również osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą. Średni poziom wynagrodzenia w tej grupie wynosi 4231,86 zł, ale mediana jest o 781 zł niższa, co oznacza, że połowa badanych osób prowadzących działalność gospodarczą zarabia do 3450 zł.

Tabela 41. Wynagrodzenie zasadnicze brutto według rodzaju przedsiębiorstwa

Rodzaj przedsiębiorstwa	Średnia arytmetyczna	Mediana	Minimum	Maksimum	Kwartył pierwszy	Kwartył trzeci	Odch. std
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej	2 318,14 zł	2 035,00 zł	400,00 zł	6 200,00 zł	1 500,00 zł	2 920,00 zł	1 250,47 zł
jednostki budżetowe	2 437,50 zł	2 200,00 zł	1 850,00 zł	3 500,00 zł	1 875,00 zł	3 000,00 zł	767,44 zł
jednostki samorządu gospodarczego i zawodowego	3 000,00 zł	3 000,00 zł	3 000,00 zł	3 000,00 zł	3 000,00 zł	3 000,00 zł	
spółki partnerskie	3 700,00 zł	3 700,00 zł	3 700,00 zł	3 700,00 zł	3 700,00 zł	3 700,00 zł	
osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą	4 231,86 zł	3 450,00 zł	350,00 zł	19 000,00 zł	2 000,00 zł	5 000,00 zł	3 501,16 zł
niepubliczny zakład opieki zdrowotnej	4 500,00 zł	2 900,00 zł	2 200,00 zł	10 000,00 zł	2 350,00 zł	6 650,00 zł	3 695,94 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Podlaski Monitor Płac.

Wykres 37. Średnia arytmetyczna i mediana wynagrodzenia zasadniczego brutto a rodzaj przedsiębiorstwa



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Podlaski Monitor Płac.

Ponownie do stwierdzenia statystycznie istotnych różnic pomiędzy średnimi wynagrodzeniami pracowników ochrony zdrowia wykorzystano test T-studenta. Średnie wynagrodzenie brutto osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą jest istotnie statystycznie wyższe niż osób zatrudnionych innych rodzajach przedsiębiorstw, zwłaszcza w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Wielkość przedsiębiorstwa

W badanej próbie 56,5% osób jest zatrudnionych w mikroprzedsiębiorstwach zatrudniających do 10 pracowników, 11% to pracownicy małych przedsiębiorstw (zatrudniających od 10 do 49 pracowników), 21,4% średnich (zatrudniających od 50 do 249 pracowników) i 11% dużych podmiotów (zatrudniających powyżej 249 pracowników).

Tabela 42. Wielkość przedsiębiorstw

Wielkość przedsiębiorstwa	Liczba przypadków	Procent przypadków
poniżej 10 pracowników	87	56,5
10-49 pracowników	17	11,0
50-249 pracowników	33	21,4
powyżej 249 pracowników	17	11,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Podlaski Monitor Płac.

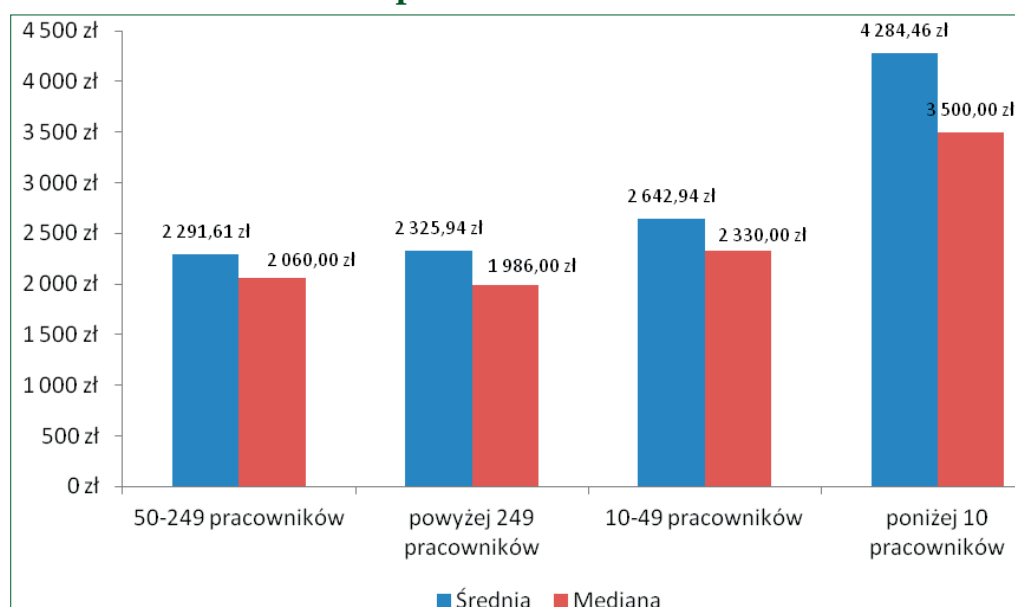
Z wyników badania nie można stwierdzić jednoznacznej zależności pomiędzy wielkością przedsiębiorstwa a wynagrodzeniem pracowników. Średnio najmniej zarabiają pracownicy średnich przedsiębiorstw 2291,61 zł, natomiast najwięcej pracownicy mikroprzedsiębiorstw 4284,46 zł, choć tutaj istnieje duża rozpiętość pomiędzy średnią arytmetyczną a medianą wynagrodzenia brutto. W najmniejszych przedsiębiorstwach połowa pracowników zarabia brutto do 3500 zł.

Tabela 43. Wynagrodzenie zasadnicze brutto według wielkości przedsiębiorstwa

Wielkość przedsiębiorstwa	Średnia arytmetyczna	Mediana	Minimum	Maksimum	Kwartył pierwszy	Kwartył trzeci	Odch. std
50-249 pracowników	2 291,61 zł	2 060,00 zł	400,00 zł	5 000,00 zł	1 500,00 zł	2 920,00 zł	1 228,56 zł
powyżej 249 pracowników	2 325,94 zł	1 986,00 zł	1 336,00 zł	4 962,00 zł	1 618,00 zł	2 911,00 zł	990,62 zł
10-49 pracowników	2 642,94 zł	2 330,00 zł	600,00 zł	10 000,00 zł	1 850,00 zł	2 500,00 zł	2 080,66 zł
poniżej 10 pracowników	4 284,46 zł	3 500,00 zł	350,00 zł	19 000,00 zł	2 000,00 zł	5 000,00 zł	3 475,48 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Podlaski Monitor Płac.

Wykres 38. Średnia arytmetyczna i mediana wynagrodzenia zasadniczego brutto a wielkość podmiotu



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Podlaski Monitor Płac.

Wykorzystując test T-studenta zostały stwierdzone statystycznie istotne różnice pomiędzy średnimi wynagrodzeniami pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych w różnych pod względem wielkości przedsiębiorstwach. Średnie wynagrodzenie zasadnicze brutto osób zatrudnionych mikroprzedsiębiorstwach zatrudniających poniżej 10 osób jest istotnie statystycznie wyższe niż w pozostałych przedsiębiorstwach.

Branża

Wśród badanych osób 43,5% reprezentowało placówki świadczące usługi zdrowotne, 35,1% praktyki lekarskie (w tym ogólne, specjalistyczne i dentystryczne) oraz 21,4% praktyki personelu medycznego poza lekarskim.

Tabela 44. Branże

Branża	Liczba przypadków	Procent przypadków
SZOS – działalność placówek świadczących usługi zdrowotne	67	43,5
SZOS – praktyka personelu medycznego poza lekarskim	33	21,4
SZOS – praktyka lekarska (ogólna, specjalistyczna, dentystryczna)	54	35,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Podlaski Monitor Płac.

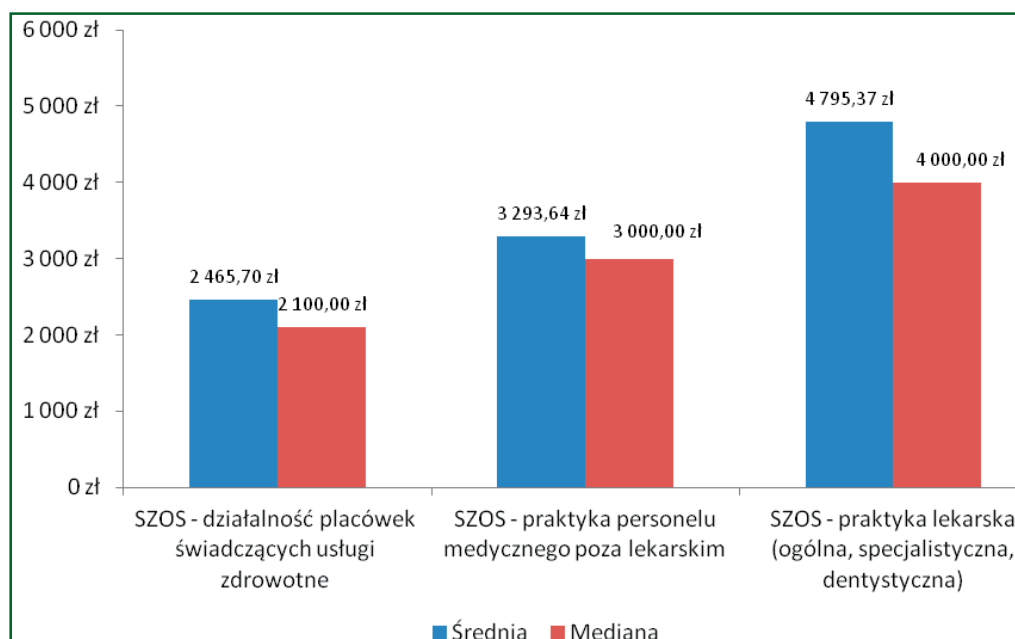
Najwyższe wynagrodzenie zasadnicze brutto średnio w wysokości 4795,37 zł otrzymują osoby zatrudnione w ramach praktyk lekarskich, choć tutaj wartość ta może być zawyżona przez nieliczne osoby osiągające ponadprzeciętne wysokie zarobki. Mediana dla tej kategorii podmiotów wynosi bowiem 4000 zł, czyli połowa pracowników zarabia do 4000 zł. O ponad 1500 zł mniej średnio zarabiają osoby zatrudnione w ramach praktyk personelu medycznego poza lekarskim i aż o prawie 2330 zł mniej osoby zatrudnione w placówkach świadczących usługi zdrowotne.

Tabela 45. Wynagrodzenie zasadnicze brutto według branż

Wielkość przedsiębiorstwa	Średnia arytmetyczna	Mediana	Minimum	Maksimum	Kwartyl pierwszy	Kwartyl trzeci	Odch. std
SZOS - działalność placówek świadczących usługi zdrowotne	2 465,70 zł	2 100,00 zł	400,00 zł	10 000,00 zł	1 550,00 zł	3 008,00 zł	1 507,47 zł
SZOS - praktyka personelu medycznego poza lekarskim	3 293,64 zł	3 000,00 zł	800,00 zł	10 000,00 zł	2 000,00 zł	3 700,00 zł	1 917,61 zł
SZOS - praktyka lekarska (ogólna, specjalistyczna, dentystyczna)	4 795,37 zł	4 000,00 zł	350,00 zł	19 000,00 zł	1 900,00 zł	6 000,00 zł	4 070,97 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Podlaski Monitor Płac.

Wykres 39. Średnia arytmetyczna i mediana wynagrodzenia zasadniczego brutto a branża



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Podlaski Monitor Płac.

Wykorzystując test T-studenta zostały stwierdzone statystycznie istotne różnice pomiędzy średnimi wynagrodzeniami pracowników ochrony zdrowia. Średnie wynagrodzenie zasadnicze brutto osób zatrudnionych

w ramach praktyki lekarskiej (ogólnej, specjalistycznej i dentystycznej) jest istotnie statystycznie wyższe niż w pozostałych grupach podmiotów.

Powyższa analiza wskazuje, że wpływ badanych czynników na poziom wynagrodzeń jest różny w odniesieniu do kategorii zawodowych: lekarzy, pozostałych pracowników medycznych i pracowników niemedycznych. W związku z tym podjęto próbę stworzenia modelu ekonometrycznego identyfikującego i analizującego te zależności. Do stworzenia tego modelu wybrane zostały następujące zmienne:

- poziom wykształcenia,
- wielkość przedsiębiorstwa,
- forma zatrudnienia,
- kategoria zawodowa jako zmienna grupująca.

W efekcie otrzymano trzy modele - dla każdej z kategorii zawodowych - które niestety miały parametry nieistotne statystycznie. Przyczyn takiego stanu rzeczy może być wiele, m.in. struktura próby badawczej, nieuwzględnione zmienne tj. staż pracy czy poziom specjalizacji personelu.

Mimo to udało się zauważyć pewne zależności, które w przyszłości wymagają weryfikacji i dokładniejszego przeanalizowania. Okazało się, że:

- poziom wykształcenia wpływa na poziom wynagrodzeń jedynie wśród pozostałych pracowników medycznych i pracowników niemedycznych, natomiast zmienna ta w ogóle nie ma znaczenia w przypadku lekarzy;
- wśród lekarzy zmienną różnicującą jest forma zatrudnienia
- wielkość przedsiębiorstwa wpływa na poziom wynagrodzeń głównie pozostałych pracowników medycznych, którzy zarabiają więcej w mikroprzedsiębiorstwach i małych przedsiębiorstwach niż w pozostałych przedsiębiorstwach

Wnioski wynikające z badania

1. Średnia miesięcznego wynagrodzenia brutto w sektorze zdrowia w województwie podlaskim wynosi 3460,01 zł i jest o ok. 150 zł wyższa niż średnia zarobków we wszystkich sektorach gospodarki w tym regionie.
2. Poziom wykształcenia wpływa na średnie wynagrodzenie w sektorze, ale dotyczy to pozostałych pracowników medycznych i pracowników niemedycznych.
3. Istnieją wyraźne rozbieżności w wynagrodzeniach uzyskiwanych przez reprezentantów różnych zawodów w sektorze ochrony zdrowia.

4. Średnie wynagrodzenie w sektorze służby zdrowia w województwie podlaskim jest zależne od zawodu. Najlepiej zarabiają lekarze, najslabiej zaś personel pozamedyczny, wykonujący prace fizyczne.
5. Większość lekarzy w podlaskim osiąga zarobki wysokie lub bardzo wysokie. Pozostały personel medyczny ma zarobki bardzo niskie lub umiarkowanie niskie. Wynagrodzenie personelu niemedycznego należy najczęściej do zarobków niskich (bardzo niskich lub umiarkowanie niskich).
6. Forma zatrudnienia silnie wpływa na wysokość wynagrodzeń pracowników jednostek leczniczych. Przeciętnie najwyższe wynagrodzenie osiągają osoby samodzielnie tworzące miejsca pracy.
7. Najlepiej opłacani są pracownicy niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, choć jest to grupa silnie zróżnicowana pod względem poziomu średniego wynagrodzenia.
8. Z wyników badania nie można stwierdzić jednoznacznej zależności pomiędzy wielkością przedsiębiorstwa a wynagrodzeniem pracowników. Średnio najmniej zarabiają pracownicy średnich przedsiębiorstw, natomiast najwięcej pracownicy mikroprzedsiębiorstw. Wielkość przedsiębiorstwa wpływa głównie na poziom wynagrodzeń pozostałych pracowników medycznych.

LITERATURA

1. Arrow K. J., *Uncertainty and the welfare economic of medical care*, The American Economic Review, December, 1963.
2. *Analiza działalności leczniczej w rodzaju stacjonarne i całodobowe – szpitalne świadczenia zdrowotne w województwie podlaskim w 2012 roku*, Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2013.
3. *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2012.
4. Borkowska S., *Strategie wynagrodzeń*, Oficyna Ekonomiczna Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2001.
5. Borkowska, *Strategie wynagrodzeń*, Oficyna Ekonomiczna Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2004.
6. Czajka Z. , *Zarządzanie wynagrodzeniami w Polsce*, PWE, Warszawa 2009.
7. Culyer A.J., *The nature of commodity “health care” and its efficient allocation*, Oxford Economic Papers, 1971.
8. *Diagnoza sytuacji demograficzno-epidemiologicznej w województwie podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2013.
9. Domański S. R. , *Kapitał ludzki. Stan i perspektywy*, [w:] *Kapitał ludzki. Stan i perspektywy*, Rada Strategii Społeczno-Gospodarczej przy Radzie Ministrów, Raport nr 27, Warszawa 1998, s. 82.
10. Gerhart B. , Rynes S. L. , *Compensation: Theory, evidence, and strategic implications*, Thousand Oaks 2003, Sage Publications.
11. Jończyk J. , *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej*, Wyd. Difin , Warszawa 2008.
12. Kabaj M., *Partycypacyjny System wynagrodzeń*, IPiSS, Warszawa 2003.
13. Kopertyńska M.W., *System płac przedsiębiorstwa*, Wyd. A E we Wrocławiu, Wrocław 2000.
14. Król H. , Ludwiczynski A.. , *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, PWN, Warszawa 2006.
15. *Leksykon przedsiębiorcy*, INFOR, Warszawa 2002.
16. *Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie podlaskim w 2010 r.*, Urząd Statystyczny, Białystok 2011
17. *Measurement of Income from Employment I CLS/16/1998/ II Raport Sixteenth International Conference of Labour Statiscicions*, Genewa 6–15 October 1998.

18. *Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej w Województwie Podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2012.
19. *Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej w Województwie Podlaskim*, Podlaski Urząd Wojewódzki, Białystok 2013.
20. Pauly M., *Is medical care different? Old question, new answer*, Journal of health Politics, Policy and Law, 1988.
21. Pocztowski A. , *Zarządzanie zasobami ludzkimi* , PWE, Warszawa 2003.
22. Sajkiewicz B., *Wartościowanie pracy w gospodarce opartej na wiedzy*, [w] Borkowska S.
23. (red), *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Teraźniejszość i przyszłość*, IPISS, Warszawa 2006.
24. Sajkiewicz A. (red.), *Zasoby ludzkie w firmie*, Poltext, Warszawa 1999.
25. Sekuła Z. , *Struktury wynagradzania pracowników*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011.
26. Smith A., *Badania nad naturą i przyczynami bogactwa narodów*, Warszawa 1954.
27. Steinmann H., Schreyogg G., *Zarządzanie*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 1998.
28. Strużyna J., Bratnicki M., Majowska M., Ingram T., *Rozwój zarządzania zasobami ludzkimi*, Wyd. AE w Katowicach, Katowice, 2008.
29. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. Nr 112 poz. 654 z 2011 r. z późn. zm.
30. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.
31. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z 2011 r. z późn. zm.
32. *Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013.
33. <http://www.wynagrodzenia.pl/.20.02.2014>
34. http://www.stat.gov.pl/gus/definicje_PLK_HTML.htm?id=POJ-1080.htm, 20.02.2014.

WYKAZ TABEL I WYKRESÓW

TABELE

Tabela 1.	Przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego według rodzaju udzielanych świadczeń	12
Tabela 2.	Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej województwa podlaskiego. Stan w dniu 31 XII 2012	13
Tabela 3.	Ludność województwa podlaskiego w latach 2008-2012 (stan w dniu 31 XII)	20
Tabela 4.	Ludność województwa podlaskiego według płci w latach 2008-2012 (stan w dniu 31 XII)	21
Tabela 5.	Przyrost naturalny w województwie podlaskim w latach 2008-2012 (na 1 tys. ludności)	21
Tabela 6.	Ludność województwa podlaskiego według ekonomicznych grup ludności w latach 2008-2012 (stan w dniu 31 XII)	23
Tabela 7.	Schorzenia występujące u dorosłych mieszkańców województwa podlaskiego, będących pod opieką lekarza POZ (rodzinnego) w 2008 r. i 2012 r.	27
Tabela 8.	Świadczenia udzielone osobom hospitalizowanym z powodu chorób układu krążenia w szpitalach województwa podlaskiego w 2011 r. i 2012 r.	28
Tabela 9.	Struktura pacjentów hospitalizowanych według rodzaju choroby układu krążenia w szpitalach województwa podlaskiego w 2008 r. i 2012 r.	28
Tabela 10.	Świadczenia udzielone kobietom hospitalizowanym z powodu nowotworów złośliwych w województwie podlaskim w latach 2008-2012	30
Tabela 11.	Świadczenia udzielone mężczyznom hospitalizowanym z powodu nowotworów złośliwych w województwie podlaskim w latach 2008-2012	30
Tabela 12.	Liczba porad specjalistycznych i stomatologicznych w ramach działalności podmiotów leczniczych oraz praktyk zawodowych w województwie podlaskim w latach 2011-2012	34
Tabela 13.	Liczba porad specjalistycznych oraz osób korzystających ze świadczeń poradni specjalistycznych w województwie podlaskim w latach 2011-2012 (kontraktowanych przez POW NFZ w Białymstoku)	35
Tabela 14.	Liczba łóżek w poszczególnych oddziałach województwa podlaskiego w latach 2008-2012 (stan w dniu 31 XII)	38
Tabela 15.	Łóżka rzeczywiste według oddziałów w podmiotach leczniczych województwa podlaskiego w 2012 r.	41
Tabela 16.	Przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych na 1 tys. mieszkańców w powiatach województwa podlaskiego. Stan w dniu 31 XII 2012	45

Tabela 17. Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w 2010 i 2011 r. według funkcji (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	52
Tabela 18. Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w latach 2010-2011	54
Tabela 19. Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ w latach 2011-2012.....	57
Tabela 20. Środki finansowe przeznaczone przez POW NFZ na kontraktowanie świadczeń zdrowotnych w województwie podlaskim w latach 2011-2012	58
Tabela 21. Specjalistyczna aparatura medyczna według województw w 2012 r.....	63
Tabela 22. Specjalistyczna aparatura medyczna w województwie podlaskim w latach 2009-2012	64
Tabela 23. Lekarze specjaliści zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia według województw i podstawowego miejsca zatrudnienia. Stan w dniu 31 XII 2012.....	69
Tabela 24. Lekarze specjaliści w Polsce i w województwie podlaskim w 2012 r. według wybranych specjalizacji	70
Tabela 25. Personel medyczny w województwie podlaskim według zawodów medycznych. Stan w dniu 31 XII 2012	71
Tabela 26. Lekarze i lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu wg wieku, płci i województw. Stan w dniu 31 XII 2012	73
Tabela 27. Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu wg wieku, płci i województw. Stan w dniu 31 XII 2012	78
Tabela 28. Położne uprawnione do wykonywania zawodu według wieku, płci i województw. Stan w dniu 31 XII 2012	80
Tabela 29. Przeciętne wynagrodzenie brutto wg zawodów medycznych, sektorów własności oraz płci w województwie podlaskim w X 2008	110
Tabela 30. Przeciętne wynagrodzenie brutto wg zawodów medycznych, sektorów własności oraz płci w województwie podlaskim w X 2010	111
Tabela 31. Przeciętne wynagrodzenie brutto wg zawodów medycznych, sektorów własności oraz płci w województwie podlaskim w X 2012	112
Tabela 32. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w 2012 r. w Polsce według branż (sekcje wg PKD 2007)	117
Tabela 32. Średnia miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego brutto bez dodatków i z dodatkami w służbie zdrowia.....	125
Tabela 33. Średnia miesięcznego wynagrodzenia brutto w służbie zdrowie w województwie podlaskim na tle średniej płac w regionie i w Polsce ...	126
Tabela 34. Wynagrodzenie zasadnicze brutto według poziomu wykształcenia	127
Tabela 35. Klasyfikacja wynagrodzeń osób zatrudnionych w służbie zdrowia w podziale na poziom wykształcenia	128
Tabela 36. Średnie wynagrodzenie z tytułu umów o pracę za marzec 2012 r. (wynagrodzenie brutto w zł)	131

Tabela 37. Klasyfikacja wynagrodzeń osób zatrudnionych w służbie zdrowia w podziale na kategorie zawodów.....	133
Tabela 38. Forma zatrudnienia	134
Tabela 39. Wynagrodzenie zasadnicze brutto według formy zatrudnienia	134
Tabela 40. Wynagrodzenie zasadnicze brutto według formy zatrudnienia	136
Tabela 41. Wynagrodzenie zasadnicze brutto według rodzaju przedsiębiorstwa	137
Tabela 42. Wielkość przedsiębiorstw	138
Tabela 43. Wynagrodzenie zasadnicze brutto według wielkości przedsiębiorstwa ...	139
Tabela 44. Branże	140
Tabela 45. Wynagrodzenie zasadnicze brutto według branż	141

WYKRESY

Wykres 1. Podział szpitali w województwie podlaskim wg podmiotu tworzącego/właściciela. Stan w dniu 31 XII 2012	15
Wykres 2. Podział łóżek w województwie podlaskim wg podmiotu tworzącego/właściciela. Stan w dniu 31 XII 2012.....	15
Wykres 3. Praktyki zarejestrowane w izbach lekarskich i pielęgniarskich w Polsce. Stan w dniu 31 XII 2012.....	17
Wykres 4. Prognoza liczby ludności województwa podlaskiego (w tys.) do 2035 r. .	24
Wykres 5. Liczba leczonych na 10 tys. ludności według województw. Stan w dniu 31 XII 2012	26
Wykres 6. Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej na 10 tys. ludności według województw w 2012 r.	33
Wykres 7. Liczba szpitali ogólnych według województw. Stan w dniu 31 XII 2012 ..	37
Wykres 8. Średnie wykorzystanie łóżka w dniach według wybranych oddziałów. Województwo podlaskie. Stan w dniu 31 XII 2012.....	42
Wykres 9. Średni pobyt chorego w dniach według wybranych oddziałów. Województwo podlaskie. Stan w dniu 31 XII 2012.....	43
Wykres 10. Udział wydatków prywatnych (out-of-pocket) w wydatkach całkowitych na opiekę zdrowotną (w %) w krajach OECD w 2011 r.....	47
Wykres 11. Trendy w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia w przeliczeniu na 1 mieszkańca (w USD) w wybranych krajach (lata 1990-2011)	48
Wykres 12. Całkowite wydatki na zdrowie w przeliczeniu na 1 mieszkańca (w USD) w krajach OECD w 2011 r.....	49
Wykres 13. Udział wydatków publicznych w wydatkach całkowitych na opiekę zdrowotną (w %) w Polsce w latach 1990-2011	50
Wykres 14. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia wg dostawców dóbr i usług (w %) w Polsce w 2011 r.....	56
Wykres 15. Środki NFZ na kontraktowanie wybranych świadczeń zdrowotnych w 2012 r. na 1 mieszkańca (w zł) w Polsce i w województwie podlaskim.	59
Wykres 16. Liczba łóżek w szpitalach na 10 tys. ludności według województw. Stan w dniu 31 XII 2012.....	60
Wykres 17. Lekarze (w tym lekarze ze specjalizacją) na 1 tys. ludności w krajach OECD i w województwie podlaskim w 2011 r.	66
Wykres 18. Liczba lekarzy na 10 tys. ludności według województw. Stan w dniu 31 XII 2012	67
Wykres 19. Lekarze dentyści na 1 tys. ludności w krajach OECD w 2011 r.....	75
Wykres 20. Liczba lekarzy dentystów na 10 tys. ludności według województw. Stan w dniu 31 XII 2012.....	76
Wykres 21. Pielęgniarki na 1 tys. ludności w krajach OECD w 2011 r.....	76

Wykres 22. Liczba pielęgniarek na 10 tys. ludności według województw. Stan w dniu 31 XII 2012	79
Wykres 23. Liczba położnych na 10 tys. kobiet w wieku produkcyjnym. Stan w dniu 31 XII 2012	81
Wykres 24. Przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto w ochronie zdrowia w Polsce i w województwie podlaskim w 2008 r.	107
Wykres 25. Przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto według wybranych zawodów medycznych w Polsce i w województwie podlaskim w 2010 r.	108
Wykres 26. Przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto według wybranych zawodów medycznych w Polsce i w województwie podlaskim w 2012 r.	108
Wykres 27. Przeciętne wynagrodzenie brutto lekarzy i pielęgniarek według wieku w Polsce i w województwie podlaskim w 2012 r.	113
Wykres 28. Przeciętne wynagrodzenie brutto lekarzy i pielęgniarek według stażu pracy w Polsce i w województwie podlaskim w 2012 r.	114
Wykres 29. Przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto ogółem oraz w ochronie zdrowia i opiece społecznej w Polsce i w województwie podlaskim w latach 2009-2012	115
Wykres 30. Przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto w ochronie zdrowia i opiece społecznej według województw w latach 2009-2012.	116
Wykres 31. Wynagrodzenia lekarzy w stosunku do przeciętnej płacy w 2011 r. w wybranych krajach OECD	118
Wykres 32. Wynagrodzenia pielęgniarek w opiece stacjonarnej w relacji do średniej płacy w 2011 r. w wybranych krajach OECD.	120
Wykres 33. Średnia arytmetyczna i mediana wynagrodzenia zasadniczego brutto a poziom wykształcenia	128
Wykres 34. Średnia i mediana miesięcznych wynagrodzeń brutto w służbie zdrowia w województwie podlaskim według zawodów	130
Wykres 35. Średnia i mediana wynagrodzeń miesięcznych brutto wg trzech grup zawodów: lekarze, pozostały personel medyczny, personel niemedyczny	132
Wykres 36. Średnia arytmetyczna i mediana wynagrodzenia zasadniczego brutto a forma zatrudnienia	135
Wykres 37. Średnia arytmetyczna i mediana wynagrodzenia zasadniczego brutto a rodzaj przedsiębiorstwa	138
Wykres 38. Średnia arytmetyczna i mediana wynagrodzenia zasadniczego brutto a wielkość podmiotu	139
Wykres 39. Średnia arytmetyczna i mediana wynagrodzenia zasadniczego brutto a branża	141