

Anna Mokrzycka

Oczekiwania świadczeniodawców jako potencjalnych pracodawców absolwentów kierunku: zdrowie publiczne. Grupa „małych” świadczeniodawców

W artykule zostaną zaprezentowane wyniki badania w grupie tzw. małych świadczeniodawców, jako potencjalnych pracodawców dla absolwentów kierunku: zdrowie publiczne, grupie, która została wyłączona z kategorii świadczeniodawców ze względu na odmienny „zestaw” udzielanych świadczeń, różnice organizacyjne z tym związane, rozbieżności w strukturze zatrudnienia (liczba personelu, inne wymogi specjalizacyjne), a co za tym idzie – założone odmiennie wymagania kierowane do potencjalnie zatrudnianych absolwentów kierunku: zdrowie publiczne. Zasadnicza część wyników badań przeprowadzonych w tej grupie dotyczy dwóch badań przeprowadzonych w formie wywiadów zogniskowanych, w których uczestniczyli przedstawiciele „małych” świadczeniodawców, zarówno publicznych, jak i niepublicznych. W odniesieniu do tej grupy nie przeprowadzono badania w formie kwestionariusza, ale wyniki badania w tej grupie fokusowej wyraźnie wskazują na jej specyfikę w stosunku do drugiej grupy świadczeniodawców. W kontekście zmian dotyczących struktury sektora zdrowotnego wydaje się w pełni uzasadnione zaprezentowanie ich przed przedstawieniem wyników dotyczących szpitali, gdyż rola tych podmiotów w opiece zdrowotnej, zgodnie z istniejącymi trendami, powinna stale wzrastać.

Na wstępie skrótowo zostało przedstawione samo badanie, w celu wskazania obszarów stwarzających pewne trudności; problemy definiowania zdrowia publicznego, wskazania obszaru „działania” tej dyscypliny, kłopoty z określeniem, kto to jest absolwent kierunku: zdrowie publiczne. Omówienie tych kwestii było konieczne ze względu na wnioski wynikające stąd dla dalszych badań ankietowych, w których nie jest możliwe uwzględnienie wielu wątpliwości osób ankietowanych, dotyczących przedmiotu badania ze względu na jego formę (kwestionariusz przedstawiony do indywidualnej oceny). W artykule przedstawiono następnie rezultaty badania, w formie prezentacji zestawu kompetencji najbar-

dziej pożądaných z punktu widzenia tej grupy i odpowiadającej temu zestawowi sylwetki najbardziej pożądanego przez tego pracodawcę absolwenta zdrowia publicznego. Wyniki te w dalszej części zostały skonfrontowane z proponowanymi przez grupę możliwymi stanowiskami pracy. Wszystkie przedstawione rezultaty opisane zostały w kontekście specyficznych wymagań grupy „małych” świadczeniodawców, w celu wyłonienia kompetencji odpowiednich dla potencjalnej ścieżki kariery w tej grupie pracodawców, przy jednoczesnej weryfikacji możliwości zatrudnienia przez tę grupę, odpowiednio do przedstawionych przez jej członków propozycji. Specyficzne oczekiwania grupy zostały skonfrontowane z charakterystyką działalności podmiotów należących do tej grupy. Wyniki badań oceniono także pod kątem negatywnej weryfikacji list kompetencji przez uczestników badania, przedstawiono najmniej pożądane umiejętności i kompetencje. Wszystkie opisane powyżej rezultaty dotyczące badania oczekiwań „małych” świadczeniodawców jako potencjalnych pracodawców dla absolwentów kierunku: zdrowie publiczne, zostały również skonfrontowane z wynikami badań przeprowadzonych w grupie „dużych” świadczeniodawców, która to grupa obejmowała wyłącznie szpitale; wskazano najistotniejsze różnice oczekiwań, wynikające ze specyfiki grupy.

Rezultaty badań, po wstępnym umiejscowieniu grupy świadczeniodawców w infrastrukturze zdrowia publicznego, przedstawiono, uwzględniając następujące kwestie:

1. Prezentacja grupy „małych” świadczeniodawców na tle sektora podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, w tym zagadnienia: a) kryterium roli pełnionej przez „małych” świadczeniodawców w systemie, jako wyróżniającego tę grupę spośród pozostałych świadczeniodawców – udzielanie świadczeń zdrowotnych w szerokim tego pojęcia znaczeniu (pojęcie misji danej kategorii podmiotów w zdrowiu publicznym, udzielanie pewnej kategorii świadczeń jako jednego z elementów określających specyfikę grupy), b) wnioski z przeprowadzonej analizy instytucji sfery zdrowia publicznego w Polsce w trakcie wstępnego procesu identyfikacji grupy podmiotów – świadczeniodawców: niejednolitość grupy, podział na jednostki „małe” i „duże”, c) wskazanie konkretnych jednostek, zgodnie ze stosowanymi definicjami dotyczącymi opisywanej grupy oraz oszacowanie tych podmiotów pod kątem ich możliwości zatrudniania i określenia wielkości opisywanej grupy, d) charakterystyka poszczególnych kategorii podmiotów wchodzących w skład grupy „małych” świadczeniodawców: placówki ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (różne rodzaje), praktyki lekarskie, praktyki lekarskie w miastach, hospicja, stacje i punkty krwiodawstwa, placówki pomocy doraźnej, zakłady opiekuńczo-lecznicze, leczniczo-wychowawcze i pielęgniacyjno-opiekuńcze.

2. Formalne wymogi kwalifikacyjne w sektorze opieki zdrowotnej: a) przegląd obowiązujących przepisów pod kątem prawnych wymogów stosowanych przy zatrudnieniu, stawianych absolwentom przez potencjalnych pracodawców – „małych” świadczeniodawców, b) przegląd regulacji pod kątem uprawnień

absolwentów zdrowia publicznego, wynikających bezpośrednio lub pośrednio z uregulowań dotyczących zatrudnienia (w kontekście sektora opieki zdrowotnej). Poszukiwanie legalnych warunków posiadania kompetencji w dziedzinie zdrowia publicznego w sytuacji zatrudnienia, na przykład, jako menedżer w jednostce opieki zdrowotnej, c) ustalenia dotyczące listy stanowisk, których pełnienie potencjalnie powinno być związane z posiadaniem formalnych kwalifikacji w zakresie zdrowia publicznego – czynnik odgrywający istotną rolę w sytuacji poszukiwania zatrudnienia na następujących rodzajach stanowisk pracy: stanowiska menedżerskie, w tym – między innymi: kierownik zakładu, zakładów opieki zdrowotnej, kierownik jednostki organizacyjnej zespołu zakładów, także stanowiska zastępców kierowników, kierowników zakładów i pracowni będących komórkami organizacyjnymi zakładu opieki zdrowotnej.

3. Przedstawienie wyników badania przeprowadzonego w formie wywiadu zogniskowanego w grupie. Wskazanie rezultatów w poszczególnych kategoriach kompetencji: a) ranking poszczególnych kategorii kompetencji, wraz z podanym uzasadnieniem – wyniki sporządzone na podstawie raportu z przeprowadzonego badania, b) wskazanie i opis obszaru kompetencji najbardziej poszukiwanych przez pracodawców, pełna lista umiejętności o najwyższej liczbie przyznanych punktów – wyniki jw., c) wskazanie dziesięciu kompetencji – jako rezultatu kolejnej selekcji dokonanej wspólnie przez grupę w trakcie badania – wyniki jw., d) prezentacja wyników badania pod kątem wyszczególnienia najczęściej proponowanych stanowisk – miejsc pracy.

4. Syntetyczne przedstawienie „małych” świadczeniodawców na rynku pracy w zdrowiu publicznym w kontekście możliwości zatrudnienia: a) wymagania pracodawców a możliwości potencjalnego zatrudnienia – analiza wyników badań pod kątem ilości oferowanych miejsc pracy w tej grupie, jako należącej do sektora pracodawców najbardziej zainteresowanych zatrudnieniem absolwenta zdrowia publicznego, b) wskazanie najistotniejszych oczekiwań w kontekście specyfiki danej grupy, wyróżnienie kompetencji charakterystycznych dla obszaru działalności tej grupy, c) sylwetka absolwenta najbardziej pożądanego przez „małych” świadczeniodawców, katalog kompetencji stwarzających potencjalnie największe szanse zatrudnienia z punktu widzenia tej grupy pracodawców.

5. Wnioski dotyczące specyficznych oczekiwań grupy „małych” świadczeniodawców w stosunku do absolwentów zdrowia publicznego: a) wnioski i prognozy zmian na rynku pracy w odniesieniu do tej grupy podmiotów w świetle konieczności zwiększania możliwości zatrudnienia dla absolwentów zdrowia publicznego, b) rekomendacje dotyczące programów nauczania i ewentualnych zmian w nich dokonywanych w przyszłości, propozycje zastosowania nowoczesnych metod nauczania, c) postulat edukacji potencjalnych pracodawców w dziedzinie znajomości problematyki zdrowia publicznego, konieczność „lobbingu” na rzecz tej dyscypliny, jako istotnego elementu wpływającego na zwiększenie możliwości zatrudnienia absolwentów.

Świadczeniodawcy w infrastrukturze zdrowia publicznego: analiza prawno-systemowa

Przeprowadzone badania oczekiwań świadczeniodawców jako potencjalnych pracodawców dla absolwentów zdrowia publicznego zostały poprzedzone poszukiwaniem odpowiedzi na pytanie, jaką grupę podmiotów stanowią oni w całej infrastrukturze zdrowia publicznego i w konsekwencji, jakie mogą być ich specyficzne oczekiwania dotyczące absolwentów zdrowia publicznego. Z tego punktu widzenia najistotniejsze wydaje się zidentyfikowanie kryterium wyróżniającego te podmioty spośród pozostałych grup w systemie. Kryterium to z pewnością zawiera się już w samej nazwie tej kategorii podmiotów, która określa ich aktywność – udzielanie świadczeń zdrowotnych. Jest ono jednak jeszcze zbyt szerokie, jeżeli na wstępie zakładamy, iż poszukujemy bardziej precyzyjnego pojęcia dotyczącego wyróżnionej z całości grupy świadczeniodawców podgrupy tzw. świadczeniodawców „małych”. Taki dychotomiczny podział wydawał się już na samym wstępie badań prowadzonych w ramach projektu całkowicie uzasadniony, ze względu na zakres aktywności prowadzonej przez te dwie kategorie podmiotów, a nie jej przedmiotowy charakter – w obu wypadkach, jak już wspomniano, jest to udzielanie świadczeń zdrowotnych, a jednak zarówno natura samych świadczeń, jak i czysto ilościowe kryterium są dla obu grup odmienne.

W celu umiejscowienia obu grup w infrastrukturze zdrowia publicznego należało więc zastosować kryterium roli pełnionej przez świadczeniodawców w systemie – w tym wypadku działalność polegającą na „produkcji” i udzielaniu świadczeń odnieść do pojęcia misji danej kategorii podmiotów w zdrowiu publicznym. Problem, który pojawia się w tym miejscu, dotyczy natomiast kłopotu wynikającego ze sposobu definiowania samego pojęcia zdrowia publicznego i konsekwentnego wytyczenia obszarów, w których prowadzone są działania wypełniające tę definicję. Aby uniknąć tej trudności i choćby częściowo rozwiązać kwestię umiejscowienia świadczeniodawców w infrastrukturze zdrowia publicznego, celowe wydaje się odwołanie do pojęcia znacznie lepiej zdefiniowanego i opisanego w literaturze przedmiotu, a mianowicie pojęcia systemu zdrowotnego¹. W odniesieniu do poruszanego zagadnienia – najistotniejsze jest ujęcie, w którym przedmiotem analizy jest określony system zarówno pod kątem jego ogólnej, jak i specyficznej w stosunku do pozostałych sytuacji, a szczególnie nacisk zostaje położony na skuteczną i efektywną realizację celów².

¹ Por. C. Włodarczyk, S. Poździejch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Kraków 2001, s. 13 i n., a także przywołane tamże: *The World health report 2000. Health Systems: Improving Performance*, WHO 2000, *Reorienting Health Services. Application of a System Approach*, Ch.O. Pannebnorg, A. van der Werff, G.B. Hirsch, K. Barnard (eds), New York-London 1984.

² Definicja C. Włodarczyka, tamże, s. 13.

Prezentacja grupy „małych” świadczeniodawców na tle sektora podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych

Przeprowadzona analiza instytucji sfery zdrowia publicznego w Polsce już w trakcie wstępnego procesu identyfikacji grupy podmiotów udzielających świadczeń wykazała, iż nie jest to grupa jednolita. Pierwszym krokiem w tym kierunku była inwentaryzacja rynku pracy w kontekście definiowania – określenia tej grupy na podstawie istniejącego uregulowania i zawartych tam definicji, tak podmiotowych, jak i przedmiotowych, następnie wskazanie konkretnych jednostek, zgodnie z powyższymi definicjami oraz oszacowanie grupy podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych pod kątem ich możliwości zatrudniania i określenia wielkości opisywanej grupy. Przyjęto w tym wypadku, że – zgodnie z nowym podejściem do pojęcia świadczenia zdrowotnego – grupa świadczeniodawców „obejmuje [...] ogół instytucji celowo powoływanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, które działają w różnych formach organizacyjnych. Udzielanie świadczeń zdrowotnych, ich produkcja, ma na celu wzmacnianie zdrowia, zapobieganie, diagnozowanie, leczenie i rehabilitację”³. Wśród wszystkich zidentyfikowanych potencjalnych pracodawców zainteresowanych zatrudnieniem absolwentów magisterskiego kierunku: zdrowie publiczne świadczeniodawcy stanowią jedną z największych wskazanych grup, która już tylko z tego względu – wielości podmiotów mieszczących się w zakresie tego pojęcia – dla absolwentów może stwarzać stosunkowo duży rynek pracy. Świadczeniodawcy na tle tradycyjnie postrzeganych instytucji należących do infrastruktury zdrowia publicznego stanowią jednakże, po wprowadzeniu reformy systemu zdrowotnego w Polsce, kategorię zdecydowanie zróżnicowaną wewnątrznie; jednym z kryteriów różnicujących jest tutaj chociażby różny status własnościowy, źródła finansowania (jednostki publiczne i niepubliczne), „wielkość” podmiotu udzielającego świadczeń, jego możliwości (małe gabinety i duże szpitale), rodzaj udzielanych świadczeń, wreszcie sposób ich zorganizowania, cele, a także stopień specjalizacji.

Tradycyjne podejście ograniczające zasadnicze elementy systemu zdrowotnego do trzech poziomów opieki, a więc do podstawowej opieki zdrowotnej, opieki specjalistycznej i wąsko specjalistycznej wydaje się niewystarczające w odniesieniu do świadczeniodawców⁴. Jakikolwiek kryterium nie zostałoby jednak przyjęte: kompetencyjne, funkcjonalne czy też organizacyjne, wydaje się uzasadnione zbadanie na wstępie legalnego „gruntu”, a więc analiza obowiązujących uregulowań. Zgodnie z opracowanym narzędziem do analizy świadczeniodawców jako potencjalnych pracodawców dla absolwentów zdrowia pu-

³ Tamże, s. 41. Autor podaje tam kryteria identyfikacji służby zdrowia: jako najczęściej stosowane kryterium instytucjonalne, ponadto kryterium wykorzystywanej wiedzy (zawody medyczne), por. także katalog zadań przypisywanych zdrowiu publicznemu według przywołanego C.W. Tyler, J. Herold, *Public Health and Population* [w:] *Public Health*, J.M. Last (ed.), New York 1993: 41–56.

⁴ Tamże, s. 41 i n.

blicznego w obszarze obowiązujących uregulowań, badaniu poddano następujące zagadnienia:

- 1) miejsce świadczeniodawców w reformowanym systemie (funkcje jakie w nim pełnią)⁵;
- 2) strukturę grupy świadczeniodawców (elementarne jednostki tworzące daną grupę podmiotów: np. szpitale, poz, zakłady opieki, inne jednostki)⁶;
- 3) liczbę (ilość) tych jednostek (na podstawie obowiązujących przepisów i zgodnie z uzyskanymi danymi);
- 4) wielkość el. sektora zdrowia z punktu widzenia chłonności absolwentów (zapotrzebowanie) – w tym próba oceny;
- 5) formalne wymogi kwalifikacyjne (legalne warunki zatrudnienia) w szczególności w odniesieniu do zatrudniania absolwentów przez świadczeniodawców, na podstawie analizy obowiązujących aktów prawnych;
- 6) scenariusz zmian dotyczących funkcjonowania świadczeniodawców w warunkach powstających po wprowadzeniu reformy w odniesieniu do możliwości zatrudniania przez nich absolwentów zdrowia publicznego (prognoza).

Pierwszy z wymienionych punktów został omówiony na wstępie, odpowiednio do podejścia prezentowanego przez C. Włodarczyka w przytoczanych *Systemach zdrowotnych*. Najistotniejsze w kontekście punktu drugiego jest wyróżnienie kolejnych dwóch grup świadczeniodawców:

- świadczeniodawcy działającego w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz
- świadczeniodawcy udzielającego świadczeń zdrowotnych na prywatnym rynku.

Ten dychotomiczny podział ma istotne znaczenie nie tylko z oczywistego powodu – odmienności źródeł finansowania, ale odzwierciedla też zróżnicowanie strukturalne tej grupy⁷.

⁵ Miejsce tej kategorii podmiotów na rynku świadczeń zdrowotnych, w tym także na rynku pracy związanym z ich udzielaniem, może być rozpatrywane na kilku płaszczyznach, w zależności od kryterium, które zostanie wzięte za podstawę do określenia zakresu czy też zasięgu tego miejsca. Podstawowym kryterium wyodrębnienia miejsca zajmowanego przez świadczeniodawców w systemie opieki zdrowotnej jest kryterium prawne, a więc sposób, w jaki przepisy sytuują tę grupę podmiotów spośród innych; jak określają, definiują zakres podmiotowy i przedmiotowy; kompetencje lub ich brak, mechanizmy finansowania prowadzonej przez nie działalności. Status prawny świadczeniodawców w polskim systemie prawnym jest regulowany przepisami wielu aktów prawnych.

⁶ Wśród nich, zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej (Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 roku – DzU Nr 91, poz. 408 z późn. zm.), znajdują się dwie zasadnicze kategorie zakładów opieki zdrowotnej: zakłady publiczne i niepubliczne. Obecnie w opiece zdrowotnej dominują nadal zakłady publiczne, ale stale rośnie liczba zakładów niepublicznych, wskutek postępującego procesu prywatyzacji w służbie zdrowia. Obok zakładów opieki zdrowotnej (publicznych i niepublicznych), w sektorze niepublicznym rozwija się także nowa forma udzielania świadczeń (a więc także nowy typ jednostki stanowiącej świadczeniodawcę) ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, tj. praktyki lekarskiej – indywidualnej, indywidualnej specjalistycznej i grupowej, których to podmioty działają również w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a więc zgodnie z finansowaniem ze środków publicznych.

⁷ Wśród świadczeniodawców nazwą „zakład” określano, aż do momentu wejścia w życie ustawy z 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej, wiele różnorodnych form organizacyjnych.

Formalne wymogi kwalifikacyjne w sektorze opieki zdrowotnej: przegląd obowiązujących przepisów pod kątem prawnych wymogów

Po przeprowadzeniu, zgodnie z powyższymi założeniami, analizy instytucji sfery zdrowia publicznego w Polsce i wskazaniu poszczególnych grup świadczeniodawców, kolejnym zagadnieniem istotnym dla zbadania „chłonności” absolwentów zdrowia publicznego przez te jednostki było poszukiwanie formalnych wymogów kwalifikacyjnych stawianych im przez potencjalnych praco-

„Nowa ustawa precyzuje, iż ilekroć w ustawie tej jest mowa o zakładzie leczniczym, rozumie się przez to zakład opieki zdrowotnej, w rozumieniu Ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej, a w przypadku zakładu społecznego służby zdrowia lub zakładu społecznej służby zdrowia – rozumie się przez to publiczny zakład opieki zdrowotnej w rozumieniu UZOZ. Zgodnie z tą ustawą, zakładem opieki zdrowotnej jest więc wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia (art. 1., ust. 1). Na liście wymienionych w Ustawie zakładów opieki zdrowotnej (art. 2., ust. 2 i 3) znalazły się zakłady, które stanowią odrębne jednostki organizacyjne, zakłady stanowiące część takich jednostek (ale z definicji wynika, że część ta musi być organizacyjnie wyodrębniona), zakłady będące jednostkami organizacyjnymi podległymi innej jednostce organizacyjnej oraz zespoły zakładów opieki zdrowotnej, składające się z innych ZOZ-ów, które to stanowią z kolei jednostki organizacyjne zespołu. Zakłady jako jednostki organizacyjnie wyodrębnione muszą spełniać określone wymogi. Tak wyodrębniona jednostka organizacyjna – zakład opieki zdrowotnej – jest pracodawcą w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy, odrębnym od swojego organu założycielskiego. Ten ostatni może być pracodawcą jedynie dla kierownika zakładu.

Wśród zakładów opieki zdrowotnej szczególną kategorią, także jako grupa pracodawców, są szpitale. Zakłady te zostały włączone, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 22.12.1998 w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych, do utworzonej w tym rozporządzeniu krajowej sieci szpitali, podzielonej na trzy poziomy referencyjne. Imienną listę szpitali zawiera wspomniane Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 22 grudnia 1998 roku w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych, opublikowane w DzU Nr 164, poz. 1193, natomiast listę pozostałych świadczeniodawców zawiera Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z 23 listopada 1998 roku w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejęcia uprawnień organu, który go utworzył, opublikowane w DzU Nr 145, poz. 941 z późn. zmianami. Takie wyszczególnienie i wyodrębnienie z kategorii świadczeniodawców szpitali wskazuje na ich specyficzną rolę pełnioną w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych i ma także znaczenie z punktu widzenia tego opracowania, gdyż – jako potencjalni pracodawcy – szpitale mogą absolwentom zdrowia publicznego oferować różnorodne rodzaje i formy zatrudnienia (począwszy od stanowisk zarządzających, kierowniczych i podległych poprzez promocję zdrowia) jako jednostki „duże”.

Publiczne zakłady opieki zdrowotnej tworzone są przez: ministra lub centralny organ administracji rządowej, przedsiębiorstwo państwowe Polskie Koleje Państwowe oraz jednostkę samorządu terytorialnego.

Zakłady niepubliczne tworzone są przez: Kościół lub związek wyznaniowy, pracodawcę, fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie, spółkę niemającą osobowości prawnej, a także inną krajową lub zagraniczną osobę prawną lub fizyczną.

Do prywatnej służby zdrowia należą, oprócz prywatnych gabinetów lekarskich prowadzonych jako własna działalność gospodarcza, przychodnie spółdzielni oraz zakłady utworzone przez spółki niemające osobowości prawnej, osoby fizyczne lub inne krajowe lub zagraniczne osoby prawne”.

dawców. Przegląd obowiązujących przepisów pod kątem prawnych wymogów stosowanych przy zatrudnieniu, a także w poszukiwaniu uprawnień absolwentów zdrowia publicznego wynikających bezpośrednio lub pośrednio z uregulowań dotyczących zatrudnienia w sektorze opieki zdrowotnej, miał na celu ustalenie, czy takie wymogi istnieją w odniesieniu do kompetencji w zakresie zdrowia publicznego w przepisach, jako warunki konieczne, a więc – czy funkcjonuje legalne kryterium posiadania tych kompetencji w sytuacji zatrudnienia, na przykład, jako menedżer w jednostce opieki zdrowotnej.

Niestety analiza obowiązujących w tym obszarze regulacji prawnych wykazała znikomą wręcz obecność wymogów tego typu w odniesieniu do kryteriów zatrudnienia⁸. W stosunku do istniejących wymogów formalnych dotyczących posiadania kwalifikacji w dziedzinie zdrowia publicznego można wysunąć zarzut niewystarczalności odpowiednich przepisów. Nie stawiają one bowiem tego wymagania w odniesieniu do stanowisk, na których byłoby to pożądane. Przepisy te są stosunkowo ogólne, a ich liczba bardzo niewielka. Poszukując warunków legalnych, określonych w obowiązujących przepisach oraz dotyczących zatrudnienia absolwentów zdrowia publicznego, należy uwzględnić szereg aktów prawnych z dziedziny ochrony zdrowia, zarówno tych w randze ustawy, jak i aktów innego rodzaju, wymogi takie potencjalnie definiujących.

Przegląd obowiązujących przepisów prawnych dotyczących warunków zatrudnienia pod kątem wymagania specjalności ze zdrowia publicznego prowadzi do stwierdzenia, że obszar stanowiący przedmiot badania obejmuje swoim zasięgiem wszystkie kwestie związane z obsadzaniem stanowisk kierowniczych w ochronie zdrowia, zarówno stanowisk w grupie świadczeniodawców świadczeń zdrowotnych (np. w zakładach opieki zdrowotnej), płatników (kasy chorych), w jednostkach wykonujących uprawnienia nadzoru w ochronie zdrowia (np. inspekcja sanitarna), ewentualnie na stanowiskach w innych jednostkach (np. edukacji i szkolnictwie)⁹.

⁸ Zestawienie aktów prawnych w tabeli – patrz Aneks. Akty te zawierają przepisy określające zakres kompetencji zarówno płatników, jak i świadczeniodawców, zakres ich odpowiedzialności, a także zakres świadczeń, za które świadczeniodawca otrzymuje wynagrodzenie. Tego rodzaju akty prawne odnoszą się bezpośrednio do kategorii świadczeniodawców udzielających świadczeń zdrowotnych (w pewnym sensie są aktami specyficznymi), ale obowiązują w tym obszarze szereg uregulowań prawnych, które dotyczą – na przykład – prowadzenia działalności gospodarczej w ogólności (a więc aktów dla interesującej nas kategorii podmiotów niespecyficznych), świadczeniodawców dotyczy to w szerokim stopniu. Przykładowo można wskazać najistotniejsze z nich: Kodeks cywilny, Kodeks spółek handlowych, Kodeks pracy.

⁹ Wśród obowiązujących przepisów prawnych należy więc wskazać: Ustawę o inspekcji sanitarnej z 14 marca 1985 roku, Ustawę o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 roku, Ustawę z 5 lipca 1996 o zawodach pielęgniarstwa i położnej, Ustawę z 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 grudnia 1992 roku w sprawie określenia kwalifikacji rzeczników ds. sanitarno-higienicznych, Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 17 grudnia 1998 roku w sprawie kształcenia poddyplomowego pielęgniarek i położnych, Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 19 grudnia 1998 roku w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 marca 1999 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych

W analizowanych aktach potencjalnie występujące wymogi odnoszące się do kwalifikacji absolwentów zdrowia publicznego można podzielić na:

- wymogi ustawowe (wymogi ustawowe *sensu stricto*, a więc zamieszczone w ustawie),
- inne wymogi (w praktyce to wymogi znajdujące się w przepisach prawnych wykonawczych).

Ustalenia dotyczące listy stanowisk, których pełnienie jest związane z posiadaniem formalnych kwalifikacji w zakresie zdrowia publicznego, doprowadziły do wniosku, że posiadanie kwalifikacji w zakresie zdrowia publicznego potencjalnie (i tylko potencjalnie – w takim stanie, jaki wynika z regulacji prawnych) powinno stanowić czynnik odgrywający istotną rolę w sytuacji poszukiwania zatrudnienia na następujących stanowiskach pracy:

- stanowiskach menedżerskich, w tym, między innymi:
- kierownika zakładu/zakładów, jednostki organizacyjnej/zespołu zakładów (a więc na stanowiskach menedżersko-administracyjnych w zakładach opieki zdrowotnej), także stanowiskach zastępców kierowników/kierowników zakładów i pracowni będących komórkami organizacyjnymi zakładu opieki zdrowotnej,
- stanowiska związane z inspekcją sanitarną:
- stanowiska w działach, oddziałach, sekcjach, pracowniach, oddziałach terenowych, a także samodzielne stanowiska pracy w stacjach sanitarno-epidemiologicznych,
- stanowiska nauczycielskie: stanowiska w szkolnictwie podstawowym, średnim i wyższym,
- inne, np. związane z ochroną zdrowia (w tym jego promocją), stanowiska związane z ubezpieczeniami zdrowotnymi.

Wedle obowiązujących przepisów, ustalenie listy stanowisk, z których pełnieniem związane jest posiadanie formalnych kwalifikacji w zakresie zdrowia publicznego (a więc potwierdzonych formalnie w dokumencie stwierdzającym ukończenie studiów wyższych na kierunku: zdrowie publiczne, to jest dyplomu ukończenia studiów magisterskich dziennych lub dyplomu ukończenia studiów podyplomowych, jak również dyplomu ukończenia studiów licencjackich) nie jest możliwe, poprzez bezpośrednie odwołanie się do pojęcia kwalifikacji z dziedziny zdrowia publicznego. Pojęcie to bowiem prawnie nie pojawia się tam wprost, poza regulacją dotyczącą inspekcji sanitarnej. Można więc stwierdzić, że formalny wymóg ukończenia tego rodzaju studiów, stanowiący warunek zatrudnienia na danym stanowisku, nie istnieje jako warunek bezpośredni. We wspomnianej Ustawie o inspekcji sanitarnej i w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 17 maja 2000 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określi-

zakładach opieki zdrowotnej, Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 czerwca 2000 roku w sprawie określenia zasad działalności stacji sanitarno-epidemiologicznych.

nego rodzaju, wymóg ten dotyczy ukończenia studiów podyplomowych o kierunku zarządzanie w służbie zdrowia (a więc również niebezpośrednio dziedziny zdrowia publicznego, chociaż można przyjąć, że o takie właśnie wykształcenie prawodawcy chodziło). Wymóg ten dotyczy stanowiska kierownika zakładu opieki zdrowotnej (zespołu zakładów opieki zdrowotnej) i jest warunkiem wymagany, łącznie z trzyletnim stażem pracy alternatywnie do sześcioletniego stażu pracy w zawodzie dla osób posiadających wykształcenie wyższe.

Wspomniana ustawa wprowadza więc jedyny wymagany w przepisach warunek zatrudnienia odnoszący się jednak do studiów podyplomowych, nie dotyczący absolwentów studiów dziennych. Można w tym miejscu sformułować wniosek, iż takie uwarunkowania legalne nie stanowią dla kwestii zatrudnienia absolwentów zdrowia publicznego dobrego „gruntu”, także w stosunku do kategorii świadczeniodawców, co więcej, jak wynika to z przeprowadzonych badań, jest to obok trudności z definiowaniem obszaru zdrowia publicznego, z określeniem obszaru potencjalnych kompetencji absolwenta tego kierunku i brakiem wiedzy na temat tej dyscypliny, jedna z najistotniejszych barier w zatrudnieniu.

Prześledzenie zmian (obecności lub nie) pojęcia absolwenta zdrowia publicznego na gruncie przepisów oraz dokonanie analizy porównawczej sytuacji legalnej absolwenta (uprawnień i kompetencji) w poszczególnych aktach prawnych prowadzi do wniosku, że nie można wskazać na istnienie bezpośredniego wymogu posiadania wykształcenia w dziedzinie zdrowia publicznego w stosunku do stanowisk menedżerskich. Zdrowie publiczne, jako określenie kwalifikacji zawodowych (wskazanie kierunku wymaganych studiów wyższych), nie występuje wprost jako wymóg stawiany pracodawcy w przepisach prawa, a więc obowiązujący analogicznie jak np. wymogi dotyczące wykonywania zawodów medycznych, określone w odpowiednich aktach prawnych, także w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 29 marca 1999 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Analizując akty prawne związane z regulacją systemu opieki zdrowotnej, statusem świadczeniodawców, płatników i organizatorów świadczeń zdrowotnych, nie można stwierdzić obecności legalnych odniesień do wykształcenia w zakresie zdrowia publicznego, poza wspomnianym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 17 maja 2000 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju, a więc wymogu dotyczącego ukończenia studiów podyplomowych o kierunku zarządzanie w służbie zdrowia, bez odwoływania się bezpośrednio do pojęcia absolwenta zdrowia publicznego. Jak już wspomniano, wydaje się konieczne bardziej szczegółowe i precyzyjne uregulowanie tej kwestii, w sposób podobny do przepisów dotyczących wykonywania zawodów medycznych. Stawianie tego rodzaju wymagań osobom ubiegającym się o pracę nie tylko na stanowiskach kierowniczych w zarządzaniu jednostkami należącymi do rynku opieki zdrowotnej, ale i osobom, które wybierają inne ścieżki kariery zawodowej (związane, na przykład, z promocją zdrowia), byłoby pozytywnym elementem kształ-

tującym wysoko profesjonalne środowisko „obsługujące” rynek świadczeń zdrowotnych właśnie w obszarach związanych ze zdrowiem publicznym.

Absolwent tego kierunku posiada w stosunku do absolwentów innych kierunków *stricte* ekonomicznych tę przewagę, że cechuje go znacznie lepsza znajomość specyfiki tego rynku, uwrażliwienie na szczególne potrzeby związane, w szerokim znaczeniu, z sektorem zdrowotnym. Posiada on bowiem nie tylko znajomość zasad ekonomiki w ogólności, ale potrafi ponadto umiejscowić te zasady w konkretnym, niedającym się porównać z innymi, rynku (czy raczej „środowisku”) świadczeń zdrowotnych. Kwalifikacje w zakresie zdrowia publicznego byłyby oczywiście przydatne, jeżeli niewymagane, w odniesieniu do osób pełniących inne role (np. edukatora). Profesjonalizm w tej dziedzinie w sferze dotyczącej promocji zdrowia wydaje się szczególnie pożądany. Podobnie w stosunku do osób pełniących funkcje związane z systemem ochrony zdrowia w administracji, zarówno krajowej, jak i lokalnej, w wielu sytuacjach stawianie wymogu posiadania w tej dziedzinie kwalifikacji mogłoby stanowić element wpływający na zapewnienie odpowiedniego poziomu profesjonalizmu wynikającego z tego rodzaju wykształcenia.

W konsekwencji przeprowadzonych analiz wśród świadczeniodawców rozpatrywanych jako potencjalni pracodawcy dla absolwentów kierunku: zdrowie publiczne zostały wyodrębnione następujące „podkategorie”:

- placówki ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (różne rodzaje),
- praktyki lekarskie,
- praktyki lekarskie w miastach,
- szpitale ogólne,
- oddziały dzienne,
- hospicja,
- zakłady psychiatryczne,
- zakłady przeciwgruźlicze,
- sanatoria rehabilitacyjne,
- placówki lecznictwa uzdrowiskowego,
- zakłady opiekuńczo-lecznicze, leczniczo-wychowawcze i pielęgnacyjno-opiekuńcze,
- stacje i punkty krwiodawstwa,
- placówki pomocy doraźnej,
- zakłady stacjonarnej opieki zdrowotnej, resortów obrony narodowej i spraw wewnętrznych oraz ich działalność,
- pozostałe zakłady opieki zdrowotnej resortów obrony narodowej i spraw wewnętrznych i ich działalność, także w zakresie pomocy społecznej,
- zakłady stacjonarne pomocy społecznej¹⁰.

¹⁰ Zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z 23 listopada 1998 roku w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejścia uprawnień organu, który go utworzył, DzU Nr 145, poz. 941 z późn. zmianami.

W grupie tzw. małych świadczeniodawców znajdują się podmioty zamieszczone w punktach 1, 2, 3 oraz 10¹¹ (zagadnienia związane z udzielaniem świadczeń w ramach pomocy społecznej poddano odrębnej analizie). Z grupy tej wykluczono, między innymi, szpitale – jako grupę o zdecydowanie innych cechach charakterystycznych; tę grupę podmiotów określono jako grupę tzw. „dużych” świadczeniodawców. Natomiast w rezultacie podjętej próby oceny wielkości (znaczenia) grupy „małych” świadczeniodawców z punktu widzenia chłonności absolwentów ustalono, iż w jej „obszarze” mogą poszukiwać pracy osoby, które będą zainteresowane ścieżką zatrudnienia zarówno w zarządzaniu w opiece zdrowotnej na „mniejszą” skalę, jak i w promocji zdrowia¹².

Przedstawienie wyników badania przeprowadzonego w formie wywiadu zogniskowanego w grupie „małych” świadczeniodawców – wnioski dotyczące badania ankietowego

Grupa „małych” świadczeniodawców była badana jako kolejna po grupie pierwszej pilotażowej, w której skład wchodziły jedynie osoby na stanowiskach kierowniczych w szpitalach, a więc dużych jednostkach opieki zdrowotnej. Była to grupa zróżnicowanych jednostek, wybrana celowo. Osoby poproszone o wzięcie udziału w przeprowadzanym badaniu zostały wstępnie wybrane spośród około 30 wstępnie wytypowanych osób na stanowiskach kierowniczych

¹¹ W Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 23 listopada 1998 roku w sprawie wykazu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz jednostek samorządu terytorialnego właściwych do przejęcia uprawnień organu, który je utworzył, wyszczególnione zostały inne jednostki świadczeniodawców – samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – w poszczególnych regionach. Liczba tych świadczeniodawców w poszczególnych województwach wynosi kolejno: dolnośląskie: 47, kujawsko-pomorskie: 16, lubelskie: 2, lubuskie: 8, łódzkie: 21, małopolskie: 25, mazowieckie: 47, opolskie: 8, podkarpackie: 14, podlaskie: 33, pomorskie: 12, śląskie: 50 świętokrzyskie: 6, warmińsko-mazurskie: 49, wielkopolskie: 25, zachodniopomorskie: 43. Wielkości dotyczące samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej różnią się więc od ilości szpitali ogółem w danych regionach, chociaż największe wartości dotyczą znów województwa śląskiego (57), potem warmińsko-mazurskiego (49), dolnośląskiego i mazowieckiego (po 47) oraz zachodniopomorskiego (43).

¹² Na przykład stanowiska kierownicze: w administracji i zarządzaniu jednostkami należącymi do grupy; przychodniami, poradniami, laboratoriami diagnostycznymi itd., ale także dietetycy, specjaliści w dziedzinie promocji zdrowia; zdrowego żywienia, stylu życia itp. Porównując tę grupę z innymi pracodawcami, trzeba podkreślić jej rozmiary (obejmuje ona różnorodne rodzaje podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych i oferuje różnego rodzaju stanowiska pracy), a także związane z postępującym procesem prywatyzacji, którego efektem może być powstanie na rynku świadczeń zdrowotnych nowych rodzajów świadczeniodawców – prywatnych klinik, centrów zdrowia i urody, różnego rodzaju gabinetów „produkujących” świadczenia zdrowotno-kosmetyczne, w których będą mogli poszukiwać pracy absolwenci zdrowia publicznego. Oczywiście mowa tutaj o obszarze świadczeń finansowanych głównie ze środków prywatnych, ale potencjalnie także ze środków pochodzących z różnego rodzaju ubezpieczeń dodatkowych.

w różnego rodzaju jednostkach udzielających świadczeń zdrowotnych (wykorzystano bazę danych posiadaną przez IZP: wykaz imienny świadczeniodawców).

Kryterium selekcyjnym w przypadku drugiej grupy świadczeniodawców było, podobnie jak w pierwszym przypadku, miejsce zatrudnienia – zajmowane w jednostkach opieki zdrowotnej stanowisko kierownicze, ze względu na możliwość podejmowania decyzji o zatrudnieniu przyszłych absolwentów kierunku: zdrowie publiczne.

Jako pytania wprowadzające postawiono, w tym wypadku następujące zagadnienia:

1) Czym dla Państwa jest zdrowie publiczne? Jakie jest Państwa rozumienie tego pojęcia?

2) Czy w związku z tym, co już Państwo powiedzieliście, widzielibyście przydatność absolwentów zdrowia Publicznego w Państwa instytucji?¹³

Takie rozpoczęcie badania miało kluczowe znaczenie dla wniosków dotyczących nie tylko przedmiotowego badania, ale i późniejszych analiz nadesłanych kwestionariuszy. Podsumowując wypowiedzi uczestników dotyczące pytania pierwszego, można stwierdzić, iż wypracowanie przez grupę definicji zdrowia publicznego w przypadku tej grupy nie było tak oczywiste, jak miało to miejsce w grupie pilotażowej¹⁴. Badani początkowo nie potrafili precyzyjnie określić, co rozumieją pod tym pojęciem i o jakie obszary wiedzy chodzi. Nasuwa się w tym miejscu wniosek, że skoro identyfikacja pojęcia dyscypliny zdrowia publicznego nie jest możliwa dla uczestników badania to konsekwent-

¹³ W tabeli zaprezentowano skład badanej grupy

Lp.	Nazwa instytucji/ organizacji	Stanowisko	Płeć	Wiek (jeśli to możliwe)
1	Samodzielny Publiczny ZOZ	Zastępca dyrektora	K	We wszystkich przypadkach osoby badane nie podały danych dotyczących wieku.
2	Dziecięcy Ośrodek Leczniczko-Rehabilitacyjny	Zastępca dyrektora	K	
3	Samodzielny Publiczny ZOZ	Zastępca dyrektora	M	
4	Oddział Terenowy Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa	Kierownik	K	
5	Niepubliczny ZOZ – Hospicjum	Kierownik	M	
6	Publiczny ZOZ	Kierownik	K	
7	Publiczny ZOZ	Kierownik	K	
8	Samodzielny Publiczny ZOZ	Zastępca dyrektora	M	

¹⁴ Zakres pojęcia w tym wypadku był zasadniczo tożsamy z aktywnością „menedżerską” – grupa pilotażowa składała się z celowo wybranych pracowników dużych szpitali zajmujących stanowiska kierownicze. Ponadto, uczestnicy grupy pilotażowej byli słuchaczami studiów podyplomowych w Instytucie Zdrowia Publicznego, a więc zdefiniowanie obszaru wchodzącego w zakres tego pojęcia nie stanowiło problemu.

nie trudno oczekiwać, aby mogli ono być świadomi jakimi potencjalnymi umiejętnościami i kompetencjami może się wykazać absolwent zdrowia publicznego i czy w ogóle jest to osoba pożądana jako potencjalny pracownik.

W dalszej części badania pod kierunkiem moderatora wypracowano wspólną definicję, kładącą nacisk na główne elementy określające obszar zdrowia publicznego: promocję zdrowia i zapobieganie chorobom, edukację zdrowotną społeczeństwa oraz organizację opieki zdrowotnej, podkreślono także znaczenie analizy epidemiologicznej, kwestie rozwoju człowieka od dziecka aż do śmierci, poprawę jakości i długości życia, znaczenie wpływu środowiska na życie człowieka. Uczestnicy wywiadu pozytywnie odnieśli się do rezultatu badania, podkreślili jego przydatność ze względu na umożliwienie im precyzyjnego określenia własnych oczekiwań dotyczących osób potencjalnie ubiegających się w ich instytucjach o zatrudnienie, co wyraźnie wskazuje na konieczność prowadzenia przez instytucje zajmujące się obszarem zdrowia publicznego działalności skierowanej na zewnątrz, pozwalającej na propagowanie i poszerzanie znajomości dyscypliny wśród osób pełniących różnorodne role w infrastrukturze zdrowia często bez świadomości tego faktu.

Pierwszymi rezultatami ćwiczenia grupowego było wskazanie następujących umiejętności: umiejętność kierowania pracą zespołu, szybkość reagowania, umiejętność oceny sytuacji oraz ryzyka, świadomość własnych możliwości i możliwości innych, odpowiednie zaplecze i zdolność radzenia sobie w sytuacjach awaryjnych. Natomiast pożądane, preferowane profesjonalne kompetencje absolwentów zdrowia publicznego jako pracowników instytucji lub organizacji wyłonione w efekcie spontanicznych wypowiedzi uczestników spotkania zostały określone następująco: zdolność pozyskiwania zasobów, podejmowanie ryzyka, umiejętność samodzielnego podejmowania decyzji, znajomość przepisów, polityki w dziedzinie zdrowia, możliwość wywierania wpływu (nacisku), profesjonalizm, poczucie odpowiedzialności. Po wstępnym badaniu grupa dokonała weryfikacji listy kompetencji, które zostały uszeregowane i zestawione zgodnie ze wskazaną ich istotnością, pojawiły się w tym miejscu nowe, dodane przez uczestników kompetencje, które także zostały włączone do wyników. Rezultaty przedstawiają się następująco.

Kompetencje dodane przez uczestników spotkania:

- umiejętność tworzenia grup nacisku,
- kompetencje związane z etyką zawodową: znajomość praw pacjentów,
- dobra organizacja czasu pracy (własnego i innych),
- dbałość o warunki pracy i płacy w zarządzanej jednostce,
- elastyczność.

Kompetencje wyróżnione (10 wyrankingowanych):

Na pierwszym miejscu znalazły się kompetencje z grup II i IV listy (kompetencje społeczne; indywidualne, interpersonalne i w grupie): organizacja własnej pracy i zdolność funkcjonowania w instytucji – II oraz umiejętności swoiste –

profesjonalne, związane z wykonywaniem określonej roli w instytucji (w tym badawcze) – IV), następnie równorzędnie III, VI i VII (funkcje przywódcze w instytucji – III, świadomość społeczno-polityczna i etyka – VI oraz kompetencje w zakresie zdrowia publicznego – VII).

Lista przedstawiona uczestnikom została ogólnie oceniona jako wyczerpująca, nie kwestionowano jej obszerności, natomiast zwracano uwagę na fakt, że zbyt krótki był czas przeznaczony na jej ocenę. Niektóre ze sformułowań były zdaniem uczestników zbyt zawile, stąd postulat uproszczenia i uogólnienia zastosowanych zwrotów. Większość uczestników stwierdziła, że nie jest potrzebna biegła znajomość języków obcych, potencjalny pracownik nie musi też współpracować ze środowiskiem naukowym, co na tle przeprowadzonych przez partnerów zagranicznych badań jest specyficzne w tym ostatnim przypadku, gdyż potrzeba konsultacji ze środowiskiem naukowym pojawiała się w trakcie prowadzonych w Sheffield grup fokusowych wielokrotnie. Podkreślono natomiast konieczność interdyscyplinarnego wykształcenia przyszłego menedżera jako organizatora pracy lekarzy, konieczność znajomości przepisów, zasad finansowania oraz polityki państwa w dziedzinie ochrony zdrowia. W stosunku do przyszłego kwestionariusza zwrócono uwagę na konieczność bezpośredniego kontaktu ankietera z potencjalnym pracodawcą oraz postawiono pytanie, do kogo powinna być kierowana taka ankieta, kto powinien ją przeprowadzać (przyszły pracownik spełniający określone wymagania mógłby stanowić zagrożenie dla pracodawcy jako zbyt kompetentny).

Przedstawienie profilu pracownika jako rezultat badania przeprowadzonego w grupie „małych” świadczeniodawców

W oparciu o załączoną ocenę listy oraz komentarze załączone w arkuszach obserwatorów potencjalny pracownik, który byłby wysoko oceniany przez osoby uczestniczące w wywiadzie, to sprawny i wszechstronnie wykształcony menedżer (lub osoba mogąca w przyszłości taką funkcję pełnić), charakteryzujący się poczuciem odpowiedzialności, profesjonalizmem, znajomością prawa i realiów polityki zdrowotnej oraz posiadający szeroką wiedzę z dziedziny zdrowia publicznego. Jako dziesięć podstawowych umiejętności, które z punktu widzenia instytucji macierzystych dla uczestników badania byłyby niezbędne, większość podkreślała szczególną przydatność umiejętności zdefiniowanych jako kompetencje zamieszczone w II kategorii, określone jako: kompetencje społeczne (interpersonalne i w grupie), organizacja własnej pracy i zdolność funkcjonowania w instytucji. Wśród tych kompetencji szczególnie często zwracano uwagę na gotowość podejmowania odpowiedzialności, silne poczucie zaangażowania, zdolność przekonywania i argumentacji, współpracy z otoczeniem, rozwiązywania konfliktów. Niestety nie wskazywano w tym wypadku jako najważniejszych kompetencji specyficznych, profesjonalnych dla zdrowia publicznego, a z dyskusji wynikało jasno, że ze względu na ogromne trudności sektora

kompetencje interpersonalne wymienione powyżej wydają się mieć znaczenie decydujące.

Wnioski końcowe dotyczące specyficznych oczekiwań grupy „małych” świadczeniodawców. Scenariusz możliwych zmian w obrębie omawianej grupy podmiotów

Po reformie systemu opieki zdrowotnej rozpoczęły się rozległe zmiany w tym sektorze obejmujące swym zakresem między innymi strukturę świadczeniodawców. Najistotniejsze wydają się w tej dziedzinie zmiany towarzyszące procesowi postępującej prywatyzacji jako niosące w konsekwencji także przemiany w strukturze zatrudnienia, związane z potrzebami nowo powstających i przekształcających się jednostek. Jednostki te w sytuacji obecnej nie stawiają przed osobami poszukującymi zatrudnienia konkretnych wymagań dotyczących specyficznych kwalifikacji, co nie znaczy, że nie będą takich wymogów stawiały w przyszłości. Proces ten powinien się nadal rozwijać w miarę postępującej prywatyzacji, podobnie powinno mu towarzyszyć dostosowywanie istniejących przepisów do nowej sytuacji, zwłaszcza w kontekście konieczności harmonizacji ich ze stanowiskiem Unii Europejskiej, ze standardami obowiązującymi jej członków.

Z pewnością rozszerzona zostanie paleta zawodów medycznych lub związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, a więc grupa podmiotów należących do świadczeniodawców. W miarę postępowania prywatyzacji, a co się z tym wiąże koniecznością sprostania przez świadczeniodawców wymogom charakterystycznym dla nowoczesnych metod, technik zarządzania, ilość oferowanych przez nich miejsc pracy powinna rosnąć do momentu pewnego nasycenia, zaspokojenia zapotrzebowania na tego rodzaju specjalistyczną kadrę menedżerską. Wydaje się głęboko uzasadnione wiązanie tych kwalifikacji menedżerskich z szeroko rozumianą wiedzą dotyczącą sektora świadczeń zdrowotnych, wykraczającą poza ogólnie pojmowane umiejętności w dziedzinie zarządzania, które uwzględniają specyfikę tego rynku, realia systemu ubezpieczeń zdrowotnych, szczególnie rodzaj potrzeb związanych ze zdrowiem i możliwości ich zaspokojenia. Oczywiście, w obecnej sytuacji stale rosnących problemów związanych z funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej może się wydawać, że taka prognoza to jedynie pobożne życzenia w obliczu niewydolności finansowej, w konsekwencji kłopotów z zapewnieniem dostępności świadczeń zdrowotnych, wreszcie z samą kwestią organizacji, a właściwie kolejnej restrukturyzacji systemu. Z drugiej strony nie wydaje się prawdopodobne rozwiązanie tych trudności bez udziału wielu podmiotów charakteryzujących się profesjonalizmem i zaangażowaniem, bez konieczności konfrontowania stanowisk i wypracowywania wspólnych rozwiązań – uwzględniających nie tylko efektywność, ale i profesjonalizm jako warunek *sine qua non* tej pierwszej.

W odniesieniu do prywatnych świadczeniodawców wspomniana wyżej świadomość społecznych potrzeb w tej dziedzinie, misji absolwenta zdrowia publicznego może się wydawać dyskusyjna w stosunku do stanowisk menedżerskich w tej grupie, natomiast nieco inaczej przedstawia się kwestia innych umiejętności, związanych na przykład z promocją zdrowia (wiedza dotycząca skutecznych metod propagowania zdrowego trybu życia, w tym konieczności przeprowadzania badań okresowych i profilaktyki). W tej dziedzinie mogą to być umiejętności pomagające w „sprzedaży” produktu – świadczenia zdrowotnego ukierunkowanego przede wszystkim na utrzymanie, zachowanie i poprawę zdrowia. Specjalista w dziedzinie promocji zdrowia może spełniać w tej sytuacji rolę polegającą na „reklamowaniu” produktu, zwłaszcza zamożniejszej części społeczeństwa, która, dbając o swój stan zdrowia, jest w stanie przeznaczać na ten cel znaczne środki.

W tej właśnie grupie najliczniejsi będą początkowo „mali” świadczeniodawcy, na powstawanie ogromnych specjalistycznych klinik trzeba będzie jeszcze poczekać, podobnie jak z kwestią odpowiednich ubezpieczeń prywatnych na szerszą skalę. Można jednak oczekiwać, iż w miarę rosnących zapotrzebowań na świadczenia nie objęte systemem powszechnego ubezpieczenia, część potencjalnych pacjentów będzie chciała dodatkowo się „doubezpieczyć”, zawierając umowy z ubezpieczycielami prywatnymi, którzy także dla absolwentów zdrowia publicznego mogą stanowić interesującego pracodawcę. W tym celu jednakże trzeba byłoby wiedzieć co dokładnie w ramach ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje, a co jest już poza koszykiem gwarantowanych świadczeń.

Innym problemem związanym z zatrudnieniem absolwentów zdrowia publicznego jest zasygnalizowana już wcześniej, a ujawniona właśnie w trakcie przeprowadzanych wywiadów zogniskowanych, kwestia wiedzy i świadomości potencjalnych pracodawców dotyczących umiejętności i kwalifikacji takiego absolwenta, przybliżonej chociażby znajomości programu nauczania oraz świadomości własnych wymagań i oczekiwań w stosunku do takiej osoby. Można przypuszczać, że w przyszłości na skutek oddziaływania środowiska związane go ze zdrowiem publicznym i propagowania wizerunku absolwenta tego kierunku oraz uświadamiania posiadanych przez niego kompetencji (jak i dostosowania programu kształcenia do wymogów rynku pracy w tej dziedzinie) szanse absolwentów zdrowia publicznego na zatrudnienie (i „otworzenie się” dla nich możliwości wyboru różnych ścieżek kariery) będą rosły w miarę tworzenia odpowiedniego „lobbingu”. Konieczne w tym obszarze wydaje się, jak zostało to już wspomniane wcześniej, wprowadzenie odpowiednich regulacji dotyczących wymogów formalnych – w przypadku przedmiotowej grupy np. określonej wiedzy z dziedziny promocji zdrowia, epidemiologii, oddziaływania środowiska na zdrowie człowieka etc. Wydaje się możliwe stworzenie odpowiednich legalnych warunków zatrudnienia w sposób podobny do regulacji odnoszących się do wykonywania zawodów medycznych.

Postulat legalnego sformalizowania wymogów zatrudnienia jednakże musi zostać uzupełniony o kwestię dostosowania programów nauczania do zmieniają-

cej się sytuacji na rynku pracy, nowych wymagań pracodawców, a także odpowiednio do obowiązujących już wkrótce standardów unijnych. Pomimo iż ochrona zdrowia w Polsce z pewnością utknęła w chudych latach, to być może właśnie dlatego tak uzasadniona wydaje się zasygnalizowana w wystąpieniu dr Krystyny Czarnieckiej „Wymóg czasów – nowe umiejętności”¹⁵ potrzeba sprostanania przez nową kadrę menedżerską nowym wyzwaniom: „Oprócz cech zawsze potrzebnych, takich jak: umiejętności zarządzania zasobami, poszanowanie majątku publicznego, dochodzi jeszcze umiejętność zarządzania zmianą, nowatorska racjonalizacja kosztów oraz nowoczesne metody zarządzania finansami, np. zarządzania długiem, sekurytyzacja, emisja obligacji”. Można w tym miejscu jedynie dodać, że kompetencje te powinny być także mocno poparte rzetelną wiedzą z dziedziny zdrowia publicznego, umiejętnościami specyficznymi dla obszaru, w którym mają zostać zastosowane, obszaru, gdzie „towarem” jest specyficzne dobro – nasze zdrowie.

¹⁵ Wystąpienie zaprezentowane na konferencji podsumowującej prace projektowe „Developing Partnership for Employment in Public Health Conference”, Kraków 2003.