Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Ministerstwo Zdrowia

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

Analiza potrzeb szkoleniowych pracowników sektora zdrowia

Raport końcowy



sierpień 2016

10 lat 2004-2014 Agrotec POLSKA

Autorzy raportu

Agnieszka Rudolf

Marta Cichowicz-Major

Wojciech Pieniążek

Sebastian Pałka

Cezary Przybył

Paweł Huras

Wsparcie eksperckie

prof. dr hab. Joanna Jasińska

prof. dr hab. Jacek Klich



Zamawiający

Ministerstwo Zdrowia

ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa



Wykonawca

AGROTEC POLSKA Sp. z o.o.

ul. Dzika 19/23 lok. 55

00-172 Warszawa

WYKAZ SKRÓTÓW

SKRÓT	WYTŁUMACZENIE
AOS	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
BHP	Bezpieczeństwo i higiena pracy
CATI	ang. *Computer Assisted Telephone Interview*, czyli wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny
CBOS	Centrum Badania Opinii Społecznej
CMJ	Centrum Monitorowania Jakości
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
EHCI	ang. *Euro Health Consumer Index*, Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia
FGI	ang. *Focus Group Interview*, czyli zogniskowany wywiad grupowy
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HCQI	ang. *Health Care Quality Indicators*, Wskaźniki Jakości Opieki Zdrowotnej
HTA	ang. *Health Technology Assessment*, Ocena Technologii Medycznych
ICT	ang. *Information and communication technologies*, Technologie informacyjno-komunikacyjne
ISO	gr. *ISOS – równy*; *ang. International Organization for Standardization,* Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna
JST	Jednostka samorządu terytorialnego
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIK	Najwyższa Izba Kontroli
OECD	ang. *Organization for Economic Co-operation and Development*, Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
OSR	Ocena skutków regulacji
OTM	Ocena Technologii Medycznych
PFRON	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
PKB	Produkt Krajowy Brutto
PO KL	Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007-2013
PO WER	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
PYLL	ang. *potenial years of life lost,* wskaźnik: potencjalne utracone lata życia
PZP	Prawo zamówień publicznych
RPWDL	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
SGH	Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
SPZOZ	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

UE	Unia Europejska
WFOŚ	Wojewódzki Fundusz Ochrony Środowiska
ZOZ	Zakład Opieki Zdrowotnej
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

STRESZCZENIE

Cel badania

Głównym celem badania pn. „Analiza potrzeb szkoleniowych pracowników sektora zdrowia" było określenie potrzeb szkoleniowych w zakresie zarządzania, ze szczególnym uwzględnieniem audytu i rozwoju umiejętności analitycznych, pracowników wykonujących czynności administracyjne w podmiotach leczniczych, jak również przedstawicieli płatników publicznych i podmiotów tworzących.

Analizą objęto następujące obszary:

- kontekst i czynniki zewnętrzne warunkujące potrzeby szkoleniowe pracowników ochrony zdrowia (wyzwania stojące przed sektorem zdrowia wynikające z jego kondycji oraz roli poszczególnych instytucji, a także wymagania kwalifikacyjne wobec personelu zarządzającego i administracyjnego ochrony zdrowia),
- popyt na podnoszenie kwalifikacji wśród potencjalnych odbiorców (pod względem preferowanej tematyki i formy),
- ofertę rynkową działań szkoleniowych skierowanych do sektora ochrony zdrowia (pod względem tematyki, formy oraz dostępności terytorialnej i finansowej),
- założenia programowe V Osi Priorytetowej PO WER (pod względem możliwości finansowania działań podnoszących kwalifikacje i rekomendowanych zapisów w dokumentacji konkursowej).

Zastosowana metodologia

W badaniu wykorzystano zarówno jakościowe, jak i ilościowe metody zbierania danych. **Analizą objęto dane zastane i dokumenty**, m.in.: dokumenty strategiczne, programowe i wdrożeniowe, wyniki innych badań, akty prawne oraz dane statystyczne dotyczące ochrony zdrowia w Polsce. Elementem analizy danych zastanych była **eksploracja „netnograficzna"** – analiza treści zasobów internetowych dotycząca oferty rynkowej szkoleń z zakresu zarządzania, audytu, administracji i rozwoju umiejętności analitycznych skierowanych do instytucji systemu ochrony zdrowia. Analizie tej poddano formę podnoszenia kwalifikacji (studia podyplomowe, kursy, szkolenia, inne), tematykę, podmiot realizujący (uczelnie, firmy szkoleniowe, inne), dostępność terytorialną, koszty, potencjalnych odbiorców (personel podmiotów leczniczych, płatników publicznych, podmiotów tworzących, inne).

Jedną z zasadniczych technik badawczych zastosowanych w ramach ewaluacji było **badanie kwestionariuszowe CATI** z potencjalnymi odbiorcami wsparcia szkoleniowego, tj.: przedstawicielami personelu administracyjnego i zarządzającego w podmiotach leczniczych, a także pracownikami na kierowniczych stanowiskach płatnika publicznego i podmiotów tworzących. W sumie zrealizowanych zostało 1036 wywiadów**.** Z przedstawicielami tych grup przeprowadzono również **zogniskowane wywiady grupowe** (tzw. FGI). Ponadto zrealizowano **studia przypadku 3 szpitali w Polsce** – oparte na analizie dokumentów oraz wywiadach pogłębionych. Dodatkowo przeprowadzono **wywiad pogłębiony** z przedstawicielami Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**.**

Na zakończenie badania odbył się **panel ekspertów**, podczas którego dyskusji poddano wyniki badania i propozycje rekomendacji.

Działania podejmowane w ostatnich latach i aktualne wyzwania stojące przed sektorem ochrony zdrowia

Analiza sytuacji sektora ochrony zdrowia pod względem dostępności świadczeń, jakości ochrony zdrowia, ekonomiki systemu oraz skuteczności prewencyjnej pokazuje, że sytuacja poprawia się w każdym z tych elementów, między innymi dzięki podejmowanym działaniom finansowanym z funduszy europejskich. Ukierunkowane były one m.in. na zwiększenie dostępności świadczeń (poprzez kształcenie specjalizacyjne lekarzy deficytowych specjalności), poprawę jakości ochrony zdrowia (poprzez szkolenia podnoszące jakość działania

służby zdrowia w relacji pacjent-ZOZ, podnoszące kwalifikacje pielęgniarek oraz wsparcie procesu akredytacji ZOZ), poprawę ekonomiki systemu (poprzez szkolenia dla pracowników ZOZ oraz NFZ mające na celu zwiększenie ekonomiczności kontraktowania oraz podniesienie kompetencji zarządczych) oraz zwiększenie skuteczności prewencji (liczne kampanie i programy zdrowotne).

Pomimo pozytywnych zmian sytuacja wciąż wymaga poprawy. Oprócz przyczyn systemowych związanych ze zbyt gęstą siatką szpitali, nadwyżką łóżek szpitalnych, niedoborem lekarzy specjalistów i pielęgniarek, niewystarczającym w skali jednej placówki poziomem kontraktacji NFZ, występują także deficyty w zakresie zarządzania strategicznego na poziomie poszczególnych typów instytucji systemu: podmiotów leczniczych, płatników publicznych i podmiotów tworzących.

Wymagania kwalifikacyjne wobec personelu zarządzającego i administracyjnego ochrony zdrowia oraz ocena posiadanych kwalifikacji

Kwalifikacje posiadane przez kadrę zarządzającą instytucjami ochrony zdrowia nie w pełni odpowiadają na wyzwania w zakresie zarządzania, jakie przed nią stoją. Spory odsetek kadry zarządzającej poprzestaje na wykształceniu medycznym, uzupełnianym poprzez kursy, szkolenia i inne doraźne formy podnoszenia kwalifikacji. Występuje proces zastępowania kadr zarządzających z wykształceniem medycznym kadrami z wykształceniem ekonomicznym i prawniczym, nadal jednak – bez względu na typ wykształcenia, deklarowana jest potrzeba uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania i administrowania ochroną zdrowia.

Potrzeba dalszego podnoszenia kwalifikacji w zakresie zarządzania podmiotami leczniczymi wynika przede wszystkim z tego, iż formalne wymagania kwalifikacyjne wobec osób piastujących stanowiska zarządcze nie są dostosowane do zadań stawianych przed nimi w poszczególnych procesach zarządzania. Wymagania wobec kandydatów na stanowiska zarządcze w podmiotach leczniczych, MZ, NFZ oraz podmiotach tworzących nie wykraczają poza konieczność posiadania wiedzy na temat aktów prawnych i regulacji dotyczących ochrony zdrowia oraz wykształcenia wyższego. Z kolei wobec personelu medycznego wymagane warunki i kwalifikacje odnoszą się wyłącznie do wykształcenia medycznego i odpowiedniego stażu pracy oraz uzyskanych specjalizacji.

Rynkowa oferta kształcenia ustawicznego dla pracowników ochrony zdrowia

Oferta kształcenia ustawicznego jest stosunkowo szeroka. Bardzo popularne są studia podyplomowe w zakresie zrządzania ochroną zdrowia i/lub zdrowia publicznego. Ich analiza wskazuje jednak na niedostateczny udział zajęć związanych ze stosowaniem narzędzi zarządzania i planowania strategicznego, ze szczególnym uwzględnieniem efektywności kosztowej. Podobnie jest w przypadku instytucji szkoleniowych, które dedykują ochronie zdrowia szereg szkoleń w krótkich formach dotyczących poszczególnych aspektów zarządzania. Ich analiza wskazuje, że również koncentrują się na uzupełnianiu wiedzy i umiejętności w zakresie realizowania bieżących zadań, a nie na kształceniu w zakresie planowania strategicznego.

Preferowana tematyka działań podnoszących kwalifikacje wśród potencjalnych odbiorców

Zainteresowanie podnoszeniem kwalifikacji i rozwoju kompetencji z zakresu zarządzania i administrowania w służbie zdrowia deklarują niemal wszyscy badani przedstawiciele płatnika publicznego, prawie 70% podmiotów leczniczych (przede wszystkim dyrektorzy szpitali, pielęgniarki oddziałowe i osoby zatrudnione na stanowisku ds. finansowych szpitali) oraz 57% podmiotów tworzących.

Przedstawiciele podmiotów leczniczych w pierwszej kolejności chcieliby uczestniczyć w szkoleniach o tematyce prawnej (szczególnie prawnej odpowiedzialności personelu medycznego, ubezpieczeń od zdarzeń medycznych, a także ogólnie - prawodawstwa z zakresu ochrony zdrowia). Na drugim miejscu znalazły się szkolenia z prowadzenia dokumentacji medycznej (zainteresowany jest nimi szczególnie personel medyczny na kierowniczych stanowiskach). Duże zainteresowanie zarówno tematyką prawną, jak też prowadzeniem dokumentacji medycznej wynika m.in. z coraz częstszych sytuacji występowania przez pacjenta lub jego rodzinę z roszczeniami wobec placówki lub lekarzy, a także z częstych zmian w przepisach i trudności z ich interpretacją.

Dyrektorzy szpitali preferują bardzo zróżnicowane tematy szkoleń, co wskazuje na potrzebę podnoszenia wiedzy i umiejętności w zakresie całościowego zarządzania strategicznego. Interesują ich zarówno kwestie prawne i prowadzenie dokumentacji medycznej, jak też zarządzanie finansami szpitala, zarządzanie informacją o pacjencie oraz bezpieczeństwem informacji w szpitalu, analiza wewnętrznych przyczyn nieprawidłowości, optymalizacja wykorzystania zasobów i zarządzanie jakością.

Pielęgniarki naczelne i oddziałowe są w największym stopniu zainteresowane podnoszeniem kwalifikacji i wiedzy w tych tematach, które są ważne z punktu widzenia prawidłowości i zapewnienia jakości funkcjonowania oddziału oraz zapewnienia bezpieczeństwa personelu medycznego. Duże zainteresowanie jest też podnoszeniem kompetencji miękkich, zarówno ukierunkowanych na poprawę pracy zespołu medycznego, jak też istotne na linii personel medyczny – pacjent i jego rodzina.

Dla osób zajmujących stanowiska ds. finansowych, tj. np. głównych księgowych, w największym stopniu trafne byłyby działania podnoszące kwalifikacje i praktyczną wiedzę w kwestiach bezpośrednio dotyczących ich obowiązków zawodowych, tj. rachunkowości, zarządzania finansami, budżetowania, kontraktowania świadczeń zdrowotnych i rozliczeń z NFZ.

Osoby odpowiedzialne w szpitalach za kwestie administracyjne i ekonomiczne przede wszystkim wskazują na kwestie prawne, a w dalszej kolejności na tematykę związaną z gospodarowaniem finansami szpitala. W kontekście efektywności finansowej tę grupę badanych interesuje też tematyka restrukturyzacji placówki oraz audytu i kontroli. Właśnie na potrzeby zarządzania finansowego oraz uczestniczenia w kontrolach i audytach ta grupa badanych chciałaby podnosić swoje umiejętności analityczne.

Ordynatorów w pierwszej kolejności interesowałaby tematyka prawna, a w dalszej kolejności kompetencje praktyczne (wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego ułatwiającego przepływ informacji w szpitalu i wypełnianie dokumentacji medycznej) oraz zarządcze (zarządzanie informacją o pacjencie, zarządzanie bezpieczeństwem informacji w szpitalu, podniesienie efektywności procedur medycznych).

Pracownicy pionów administracyjnych podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego są zainteresowani w podobnym stopniu różnorodną tematyką: prawną, prowadzeniem dokumentacji medycznej, kontraktowaniem świadczeń i realizacją kontraktu z NFZ, wdrożeniem systemu informatycznego dot. przepływu informacji. Pokazuje to, iż ich potrzeby szkoleniowe są ukierunkowane na aktualizację wiedzy niezbędnej do prawidłowego wykonywania podstawowych procesów zarządzania w świetle zmian prawnych i zmian przepisów księgowych.

Przedstawiciele płatników publicznych wskazują potrzebę szkoleń w zakresie komunikacji interpersonalnej, które to umiejętności są przydatne szczególnie podczas procesu negocjacyjnego przy kontraktacji świadczeń. Wskazują też na potrzebę podnoszenia umiejętności analitycznych przydatnych przy konstruowaniu koszyka świadczeń oraz kontraktowaniu usług zdrowotnych dla zwiększenia optymalizacji wykorzystania zasobów. Wybieraliby też szkolenia uwzględniające tematykę prawną (prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia, prawo cywilne, stosowanie przepisów *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*).

Przedstawiciele podmiotów tworzących w pierwszej kolejności preferowaliby szkolenia związane ogólnie z zarządzaniem ochroną zdrowia, kwestiami finansowymi oraz kwestiami prawnymi, a także prowadzeniem kontroli podmiotów leczniczych.

Preferowane formy działań podnoszących kwalifikacje

Pytani o najbardziej oczekiwane formy podnoszenia kwalifikacji, badani w pierwszej kolejności wskazują na krótkie formy – szkolenia i kursy, a także konferencje i seminaria, organizowane w godzinach pracy dla pracowników urzędów (płatnicy publiczni i podmioty tworzące), a dla przedstawicieli podmiotów medycznych

głównie w weekendy. Nacisk na szkoleniach powinien zostać położony na wykorzystanie technik warsztatowych i interaktywnych, pozwalających na wymianę doświadczeń, omówienie konkretnych przykładów.

Dość duży odsetek badanych jest także zainteresowanych studiami podyplomowymi, szczególnie przedstawiciele płatników publicznych, a w przypadku podmiotów leczniczych - pielęgniarki naczelne i oddziałowe oraz dyrektorzy ds. administracyjnych i ekonomicznych. W przypadku tej ostatniej grupy wydaje się to być optymalną formą podnoszenia kwalifikacji, zważywszy na bardzo szerokie zainteresowanie różnymi tematami szkoleń. Z tych samych powodów oferta studiów podyplomowych powinna być skierowana do dyrektorów szpitali (wielokierunkowe zarządzanie podmiotem), mimo że ta forma nie jest przez nich preferowana.

Bariery dla podnoszenia kwalifikacji

Wg badanych główną barierą dla podnoszenia kwalifikacji są niewystarczające środki finansowe. Bariera ta, biorąc pod uwagę kondycję finansową służby zdrowia, może być minimalizowana wyłącznie poprzez skierowanie oferty szkoleniowej współfinansowanej ze środków unijnych, w tym z Działania 5.2 PO WER. Na drugim miejscu wskazywano na brak czasu, co może być wyeliminowane poprzez skierowanie do potencjalnych uczestników działań szkoleniowych w krótkich formach i w terminach odpowiadających poszczególnym grupom. W przypadku personelu medycznego ograniczeniem jest specyfika pracy – konieczność obecności w szpitalu w różnych porach, co uniemożliwia uczestnictwo w szkoleniach w większych grupach i w dowolnych terminach. Odpowiedzią na ten problem może być oferta szkoleń cyklicznych, w różnych terminach. Barierą wewnętrzną jest też niska efektywność tzw. szkoleń kaskadowych w placówkach leczniczych, polegających głównie na przekazywaniu informacji na odprawach personelu lub „przy okazji". Bariera ta może być eliminowana poprzez kierowanie na szkolenia (szczególnie z kompetencji miękkich, wymagających ćwiczeń) wszystkich pracowników, których dana tematyka dotyczy.

Rekomendacje kierunkowe

Interwencje zaplanowane do wdrażania w ramach Działania 5.2. PO WER uzupełniają zdiagnozowaną lukę rynkową oraz zapotrzebowanie deklarowane przez badane grupy pracowników sektora zdrowia. Dotychczasowy rynek koncentrował się bowiem bardziej na zagadnieniach dotyczących ram prawnych i możliwości realizacji poszczególnych procesów, bez skupiania się na analizie efektywności i dochodzeniu do skutecznych rozwiązań oraz eliminowania zbędnych etapów i kosztów.

Zaleca się formułowanie tematyki szkoleń nawiązującej do konkretnych procesów zarządzania strategicznego, nie zaś wyłącznie do ogólnego kształtowania umiejętności analitycznych czy umiejętności przeprowadzania audytu wewnętrznego, np. szkolenie z zakresu analizy ekonomicznej z wykorzystaniem danych finansowych i danych z analizy rynku; szkolenie z zakresu optymalizacji zasobów materialnych podmiotów leczniczych z wykorzystaniem danych sprawozdawczości wewnętrznej i analizy rynku.

Wskazane jest również, aby beneficjenci kierowali odrębne szkolenia do poszczególnych typów instytucji ochrony zdrowia (tj. płatnicy publiczni, podmioty tworzące, podmioty lecznicze). Jednocześnie uczestników do grup szkoleniowych należy dobierać w jednym podmiocie spośród osób zajmujących różnego rodzaju stanowiska administracyjne lub zarządcze, ale które odpowiadają wspólnie za poszczególne procesy zarządzania. Dotyczy to na przykład tematyki audytu wewnętrznego – umiejętność generowania danych na jego potrzeby i wykorzystania wyników dominuje na każdym szczeblu zarządzania instytucjami ochrony zdrowia.

Rekomenduje się przeznaczenie jednego modułu w programach studiów podyplomowych planowanych w projektach składanych w ramach konkursu MZ na realizację szkolenia w zakresie „analizy danych w ochronie zdrowia" oraz jednego modułu poświęconego zajęciom dotyczącym „audytu wewnętrznego w podmiotach leczniczych".

Rekomendacje dotyczące tematyki szkoleń

Biorąc pod uwagę wyzwania stojące przed sektorem zdrowia, działania szkoleniowe skierowane do przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia powinny dotyczyć przed wszystkim takich tematów jak: efektywne konstruowanie koszyka świadczeń i analizy jego wpływu na zdrowie publiczne; ocena skutków regulacji – analiza zmian prawnych pod kątem kosztów publicznych i użyteczności poszczególnych zmian systemowych; metodyka Oceny Technologii Medycznych (szkolenie skierowane do konsultantów krajowych); tworzenie map potrzeb zdrowotnych; analiza kosztu jednostkowego programu zdrowotnego.

Szkolenia skierowane do pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia powinny koncentrować się natomiast na analizie regionalnego rynku usług zdrowotnych jako przesłanki do ich kontraktowania dla większej optymalizacji wykorzystania zasobów podmiotów leczniczych, a także prowadzeniu kontroli ordynacji lekarskich i realizacji kontraktu w celu minimalizowania liczby nieuzasadnionych świadczeń w warunkach szpitalnych (preferowanie pozaszpitalnych form leczenia). Szkolenia te powinny rozwijać umiejętność integracji danych z tzw. map potrzeb zdrowotnych, danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia i danych podmiotów leczniczych.

Działania skierowane do podmiotów leczniczych powinny odnosić się do poszczególnych procesów zarządzania zgodnie ze zdiagnozowanymi wyzwaniami sektora i obejmować m.in. tematykę: analiza sytuacji placówki i wdrażanie rozwiązań podnoszących efektywność ekonomiczną; umiejętności analityczne niezbędne do restrukturyzacji funkcjonalnej i organizacyjnej; zarządzanie zasobami ludzkimi w celu optymalizacji kosztów zatrudnienia i zwiększenia dostępności lekarzy specjalistów; wdrażanie zintegrowanego systemu informatycznego związanego z przepływem informacji w szpitalu; tworzenie centrów odpowiedzialności za koszty w placówce; wdrażanie zintegrowanego zarządzania materiałami medycznymi i lekami; realizacja kontraktów z płatnikami publicznymi w celu wyeliminowania ewentualnych sankcji finansowych. Powyższe tematy powinny być w głównej mierze skierowane do osób zarządzających placówkami leczniczymi – dyrektorów, kierowników ds. finansowych, administracyjnych, organizacyjnych, ds. kontraktowania i rozliczeń. Dla tych osób oraz dla kadry medycznej zajmującej kierownicze stanowiska (ordynatorzy, pielęgniarki naczelne i oddziałowe) rekomenduje się również szkolenia w zakresie audytu wewnętrznego, w zakresie kształtowania umiejętności generowania użytecznych danych na rzecz audytu wewnętrznego, czyli nie skierowane bezpośrednio do audytorów wewnętrznych, ale też innych pracowników.

Z kolei bezpośrednio do personelu medycznego zajmującego kierownicze stanowiska (ordynatorzy, pielęgniarki naczelne i oddziałowe) powinna być skierowana oferta szkoleniowa obejmująca kwestie prawne związane z odpowiedzialnością personelu medycznego, prawami i obowiązkami pacjenta, ubezpieczeniem od zdarzeń medycznych, a także prowadzenie dokumentacji medycznej (w tym kwestie zarządzania dokumentacją: prawidłowe udostępnianie – pacjentom, rodzinom, komisjom medycznym sądom; skuteczny nadzór nad tym procesem; ochrona danych osobowych pacjentów i zarządzanie bezpieczeństwem informacji w placówce etc.). Oferta skierowana do ordynatorów powinna ponadto dotyczyć tematów związanych z wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz podniesieniem efektywności procedur medycznych.

Całemu personelowi medycznemu (na wszystkich szczeblach, począwszy od pracowników rejestracji) powinny być oferowane szkolenia dotyczące komunikacji z pacjentem i rodziną, a także radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Szkolenia skierowane do podmiotów tworzących powinny, w świetle zdiagnozowanych wyzwań, dotyczyć m.in. restrukturyzacji zasobów w placówkach zdrowotnych ukierunkowanej na racjonalizację ich wykorzystania, w tym analizy ekonomiczne w kategoriach kosztu-użyteczności z uwzględnieniem potrzeb i popytu na usługi zdrowotne i posiadane zasoby; konstruowania programów zdrowotnych o zasięgu lokalnym/regionalnym; konstruowania planów inwestycji w podmioty lecznicze z uwzględnieniem zagrożeń epidemiologicznych oraz efektywnego wykorzystania zasobów; oceny efektywności zarządzania podmiotami leczniczymi.

SUMMARY

Aim of the study

The main aim of the study entitled "Analysis of training needs of healthcare employees" was to determine the training needs of employees performing administrative activities in healthcare facilities as well as representatives of payers and founding entities in scope of management, with special consideration of auditing and development of analytical skills.

The following areas were analysed:

- context and external factors conditioning the training needs of healthcare employees (challenges placed before the healthcare sector resulting from its condition and the roles of individual institutions as well as qualification-related requirements for managerial and administrative personnel of healthcare facilities),
- demand for improving qualifications among potential recipients (with regard to preferred subjects and forms),
- market offer of training courses oriented at the healthcare sector (with regard to subject matter, forms and territorial and financial availability),
- program assumptions of the 5th POWER priority axis (with regard to the possibility to finance activities aimed at improving qualifications as well as the recommended provisions of the competition documents).

Methodology

The study utilizes both qualitative and quantitative methods of data collection. **The analysis covers existing data and documents**, including: strategic, program and implementation-related documents, results of other studies, legal acts and statistical data concerning healthcare in Poland. One of the elements of analysing existing data was a **"netnographic" exploration** – the analysis of content of Internet resources concerning the market offer of training courses in scope of management, audit, administration and development of analytical skills oriented at healthcare institutions. The analysis covers the form of improving qualifications (postgraduate studies, courses, training sessions and others), the subject matter, entity providing the training (universities, learning providers and others), territorial availability, costs and potential recipients (healthcare entity personnel, payer, founding entities and others).

One of the fundamental research techniques used in scope of the evaluation was a **CATI questionnaire survey** among potential recipients of training support, i.e. representatives of administrative and management personnel in healthcare entities as well as persons holding managerial positions employed by the public payer and the founding entities. A total of 1,036 interviews were conducted. Furthermore, **focus group interviews** (FGIs) have been conducted with representatives of these groups. Additionally the author performed **case studies of 3 hospitals in Poland** on the basis of analysis of documents and in-depth interviews. **In-depth interviews** have also been conducted with representatives of the Agency for Health Technology Assessment and Tariff System.

To conclude the study a **panel of experts** has been convened, which discussed the results and suggested recommendations.

Actions undertaken in the last years and current challenges placed before the healthcare sector

Analysis of the situation of the healthcare sector with regard to the availability of benefits, healthcare quality, system economics and prevention efficiency shows that the condition of the sector is improving for all those elements. This may be attributed among others to financial activities in scope of European funding. The financial activities were oriented at, *inter alia*, increasing the availability of benefits (by means of specializing physicians

in less popular specializations), improving healthcare quality (by means of organizing training courses improving the quality of healthcare with regard to the relation between patients and health service institutions, improving qualifications of nurses and supporting the health service institution accreditation process), raising system economics (by means of organizing training courses for health service institutions and the National Health Fund aiming at improvement of cost-effectiveness of contracting and increase of managerial competences) as well as increasing the efficiency of prevention (numerous health-related campaigns and programs).

In spite of positive changes the situation still requires improvement. Aside from systemic causes related to an excessively dense network of hospitals, surplus of hospital beds, shortage of specialist physicians and nurses, National Health Fund contracting insufficient for individual facilities, there are also deficits in scope of strategic management on the level of individual types of system institutions: healthcare entities, payers and founding entities.

Qualifications required of healthcare management and administrative personnel and evaluation of possessed qualifications

Qualifications possessed by healthcare institution management personnel fail to fully satisfy all challenges in scope of management. A large percentage of management staff only has medical education which is supplemented by courses, training sessions and other *ad hoc* forms of improving qualifications. The process of substituting management staff educated in the field of medicine with personnel with economical and legal education is ongoing but still – irrespective of the type of education – employees declare the need to supplement their knowledge in scope of healthcare management and administration.

The need to improve qualifications related to managing healthcare entities results first and foremost from the fact that formal qualification-related requirements with regard to persons holding managerial positions are not adapted to the tasks placed before them in the course of individual managerial processes. Requirements regarding candidates for managerial positions in healthcare institutions, Ministry of Health and the National Health Fund as well as founding entities do not exceed the need to possess higher education and knowledge about legal acts and regulations concerning healthcare. In turn qualifications required of medical personnel exclusively concern medical education, adequate work experience and specializations.

Market offer of continuing education for healthcare employees

The continuing education offer is relatively wide. Postgraduate studies in scope of management of healthcare / public health institutions are especially popular. Analysis of such courses points to an insufficient presence of classes concerning use of management and strategic planning tools with particular focus on cost efficiency. It is similar in the case of training institutions for which the topic of healthcare warrants only short series of training sessions concerning individual aspects of management. Analysis of these sessions proves that they focus on supplementing knowledge and skills in scope of realization of ongoing tasks, omitting education in scope of strategic planning.

Preferred subject matter of qualification-increasing activities among potential recipients

Nearly all surveyed representatives of the public payer, 70% of representatives of healthcare entities (most of all hospital directors, ward nurses and persons employed on financial positions in hospitals) as well as 57% of representatives of founding entities declare interest in improving qualifications and developing competences in scope of management and administration in the healthcare sector.

Representatives of healthcare entities would above all want to participate in training in the field of law (in particular legal liability of medical personnel, medical insurance and legislation in scope of healthcare in general). The second most demanded type of training activities is that related to maintaining medical records (great interest in particular among medical personnel holding high-ranking positions). Significant interest in the fields of law and maintaining medical records results among others from a growing number of situations in which

patients or their families pursue claims against healthcare institutions and physicians as well as frequent changes in regulations and the difficulty to interpret them.

Hospital directors prefer especially varied training subjects, which demonstrates the need of expanding knowledge and skills in scope of comprehensive strategic management. They are interested in legal issues, the subject of maintaining medical records, managing hospital finances and patient information, hospital information security in general, analysis of internal reasons of irregularities, optimization of resource usage as well as quality management.

Head nurses and ward nurses are mostly interested in improving qualifications and expanding knowledge on the subjects important from the perspective of adequacy and quality of hospital ward functioning as well as safety of medical personnel. There is also significant interest in improving soft skills directed at raising the efficiency of activities performed by medical personnel as well as those playing a role in relations between medical personnel and patients and their families.

Persons in charge of finances, e.g. the main accountant, are primarily interested in activities improving qualifications and practical knowledge in the fields directly related to their professional obligations, i.e. accounting, finance management, budgeting, contracting health benefits and settlements with the National Health Fund.

Persons responsible for administrative and economic matters in hospitals indicate above all others legal issues and in a less significant degree also subjects related to managing hospital finances. In the context of financial efficiency this group of respondents is also interested in matters of restructuring institutions as well as auditing and control. This group would like to improve its analytical skills primarily for the purposes of financial management and participation in audits and inspections.

Heads of hospital wards are mostly interested in legal matters but they also seek improvement of practical (implementation of integrated IT systems simplifying the flow of information in hospitals, completing medical records) and managerial competences (managing patient information, information security in hospitals, increasing the efficiency of medical procedures).

Employees of administrative departments of primary healthcare facilities, outpatient specialist care and hospital treatment institutions are equally interested in legal matters, maintaining medical records, contracting benefits and realization of National Health Fund contracts as well as implementation of IT systems for simplification of the flow of information. This demonstrates that training needs are oriented at updating the knowledge necessary for adequate performance of basic managerial processes with regard to changes in legislation and accounting regulations.

Representatives of payers indicate the need to improve interpersonal skills useful in particular in scope of conducting negotiations related to benefit contracting. What is more, they also want to improve analytical skills useful to optimize resource utilization in the course of preparing the range of benefits and contracting health services. Another subject selected by this group is law (healthcare legislation, civil law, use of the provisions of the Therapeutic Activity Act of 2011).

Representatives of founding entities would prefer to participate in training sessions generally related to healthcare management, financial issues and legal matters as well as conducting inspections of healthcare entities.

Preferred forms of qualification improving activities

When asked about the preferable forms of improving their qualifications the respondents mostly indicated short-term activities – training sessions and courses as well as conferences and seminars organized during working hours (for employees of offices such as payers and founding entities) or on weekends (in the case of

representatives of healthcare entities). These training activities should be focused on discussing specific examples and utilization of working and interactive practices allowing for exchange of experiences.

A significant percentage of respondents are also interested in postgraduate studies. This concerns in particular representatives of payers. In the case of medical entities this pertains to head nurses and ward nurses as well as administrative and economic managers. In the case of the last enumerated group it seems to be the optimal form of improving qualifications considering the wide interest in diverse training subjects. For the same reason the offer of postgraduate studies should be directed at hospital directors (multidirectional entity management), in spite of the fact that this form is not preferred by that group of respondents.

Obstacles for improvement of qualifications

According to the respondents the main barrier hindering the improvement of qualifications are insufficient financial means. Taking into consideration the financial status of the healthcare sector, this obstacle may be minimized exclusively by means of providing a training offer co-funded by the European Union, including Activity 5.2 POWER. The second most often indicated barrier is lack of time. It may be eliminated by means of providing potential participants with short-term training activities organized on dates convenient for individual groups. In the case of medical personnel the specificity of work is a major limitation – the need to be present in a hospital on different times makes it impossible to participate in training sessions for larger groups on various dates. Organization of periodic training sessions on different dates may be a response to this issue. There also is an internal barrier, namely the low effectiveness of the so called cascade training model consisting mainly of provision of information during personnel briefings or when the opportunity occurs. This obstacle may be removed by means of directing all employees to whom a given subject matter pertains to training activities (in particular related to soft skills which require practice).

Directional recommendations

Interventions planned for implementation in scope of Activity 5.2 POWER supplement the diagnosed market gap and satisfy the need declared by the surveyed healthcare sector employees. To date the market focused primarily on matters concerning legal frameworks and possibilities of realization of individual processes without emphasizing the analysis of efficiency and aiming at achievement of effective solutions as well as elimination of redundant stages and costs.

It is recommended to formulate the subject matter of training activities referring to specific strategic management processes instead of general shaping of analytical or internal audit skills. The examples could be: training courses in scope of economic analysis with use of financial and market analysis data; training courses in scope of optimization of material resources of healthcare entities with use of internal reporting and market analysis data.

What is more, beneficiaries should provide separate training activities to individual types of healthcare institutions (i.e. payers, founding entities, medical entities). At the same time participants of training groups should be selected in scope of a single entity from among persons holding various administrative or managerial positions but jointly responsible for individual management processes. This concerns, for example, the subject of internal audit – the skill to generate data for its purposes and to utilize the results is a dominant ability used by employees of all ranks of healthcare institution management.

It is recommended that syllabuses of postgraduate studies planned in the projects submitted in scope of the Ministry of Health competition included a single module provided for the purposes of training related to “data analysis in the healthcare sector” and another for “internal audit in healthcare entities”.

Recommendations concerning the subject matter of training activities

Taking into account the challenges to be faced by the healthcare sector the training activities directed at representatives of the Ministry of Health should primarily concern subject such as: efficient preparation of the range of benefits and the analysis of its impact on public health; evaluation of the effects of regulations – analysis of legal changes with regard to public expenses and utility of individual systemic changes; methodology of Medical Technology Evaluation (training oriented at national consultants); preparation of health needs maps; analysis of the unit cost of healthcare programs.

Training activities directed at employees of the National Health Fund should focus on analysing the regional health service market as a prerequisite for contracting those services for the purpose of optimization of usage of resources by healthcare entities. Another focus area of such activities should be monitoring medical prescriptions and realization of the contract in order to minimize the number of ungrounded benefits in hospital conditions (non-hospital forms of treatment preferable). These training activities should help develop the ability to integrate data from the so called health need maps, Healthcare IT System Centres as well as from medical entities.

Activities directed at medical entities should refer to individual management processes in accordance with the challenges diagnosed for the sector and should include the subjects of: analysis of facility position and implementation of solutions aiming to increase economic efficiency; analytical skills necessary to functionally and organizationally restructure facilities; human resource management aiming at optimization of employment costs and increase of the availability of specialist physicians; implementation of integrated IT systems for the purposes of simplification of the flow of information in hospitals; creation of centres of responsibility for expenses in institutions; implementation of integrated medical material and drug management; realization of contracts with payers in order to eliminate possible financial sanctions. Training courses in scope of the aforementioned subjects should be provided mainly to persons managing medical entities – directors as well as financial, administrative, organizational, contracting and settlement managers. It is recommended that these persons as well as medical personnel holding managerial positions (heads of wards, head nurses and ward nurses) also took training sessions in scope of internal audits and generating useful data for the purposes of internal audits, i.e. activities not directly aimed at internal auditors, but also for other employees.

Medical personnel holding managerial positions (heads of wards, head nurses and ward nurses) should be offered training activities covering legal matters related to the liability borne by such personnel, patients' rights and obligations, medical insurance and maintaining medical records (including issues of record management: proper disclosure – to patients, families, medical committees and courts; effective supervision over this process; protection of personal data of patients and managing information security in the institution, etc.). Furthermore, the offer directed to heads of wards should concern matters related to implementation of new medical technologies and increasing the efficiency of medical procedures.

The entire medical personnel (of all ranks beginning with employees of hospital registration) should be offered training activities concerning communication with patients and their families as well as coping with tress and counteracting professional burnout.

In light of the diagnosed challenges training activities directed at founding entities should concern, among others, restructuring of resources in healthcare facilities oriented at rationalization of resource usage, including economic analysis in scope of the cost-efficiency relation with consideration of the needs and demand for healthcare services and possessed reserves; constructing healthcare programs with local/regional reach; preparing plans of investments in healthcare entities with consideration of epidemiological threats and efficient resource usage; evaluation of efficiency of healthcare entity management.

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW 3

STRESZCZENIE 5

SUMMARY 10

SPIS TREŚCI 15

1 WPROWADZENIE 16

2 KONCEPCJA I METODYKA BADANIA 18

3 WYNIKI BADANIA 21

3.1 Analiza kontekstu i czynników zewnętrznych warunkujących potrzeby szkoleniowe pracowników ochrony zdrowia 21

3.1.1 Analiza wyzwań stojących przed służbą zdrowia 21

3.1.2 Wymagania kwalifikacyjne wobec personelu zarządzającego i administracyjnego ochrony zdrowia oraz ocena posiadanych kwalifikacji 32

3.2 Analiza rynku kształcenia ustawicznego. Luka rynkowa w zakresie doskonalenia kwalifikacji zarządzania ochroną zdrowia 38

3.3 Analiza popytu na podnoszenie kwalifikacji wśród potencjalnych odbiorców 49

3.3.1 Preferowana tematyka 49

3.3.2 Preferowana forma podnoszenia kwalifikacji 67

3.3.3 Bariery dla podnoszenia kwalifikacji 73

3.3.4 Identyfikacja działań wzmacniających użyteczność podnoszenia kwalifikacji 75

3.3.5 Analiza polityki szkoleniowej prowadzonej w szpitalach i zapotrzebowanie na podnoszenie kwalifikacji kadry zarządzającej – na podstawie studiów przypadku 76

3.4 Analiza założeń programowych V osi priorytetowej PO WER i możliwości finansowania działań szkoleniowych ze środków publicznych (w tym z EFS) w ochronie zdrowia 82

4 WNIOSKI I REKOMENDACJE 87

4.1 Wskazanie optymalnych form wsparcia – wnioski i rekomendacje dla wdrażania V osi priorytetowej PO WER 87

4.2 Tabela rekomendacji 90

5 ZAŁĄCZNIKI 95

5.1 Syntetyczne odpowiedzi na pytania badawcze 95

5.2 Preferowana tematyka szkoleń 99

5.3 Spis tabel i rysunków 112

1 WPROWADZENIE

Głównym celem badania pn. „Analiza potrzeb szkoleniowych pracowników sektora zdrowia" było określenie **potrzeb szkoleniowych w zakresie zarządzania, ze szczególnym uwzględnieniem audytu i rozwoju umiejętności analitycznych, pracowników wykonujących czynności administracyjne w podmiotach leczniczych, jak również przedstawicieli płatników publicznych i podmiotów tworzących**.

Raport z niniejszej ewaluacji dostarcza aktualnych i kompleksowych informacji o potrzebach szkoleniowych pracowników sektora zdrowia ze wszystkich trzech ww. kategoriach podmiotów, w tym w przypadku podmiotów leczniczych – prezentuje dane w podziale na poszczególne grupy stanowisk:

- Personel administracyjny na stanowiskach kierowniczych:
  - Pracownik pionu administracyjnego w podmiotach leczniczych świadczących podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i leczenie szpitalne,
  - Osoba zatrudniona na stanowisku ds. finansowych (np. główny księgowy, dyrektor ds. finansowych) w szpitalu,
  - Dyrektor/ kierownik szpitala,
  - Dyrektor/kierownik ds. administracyjnych/ ekonomicznych szpitala,
- Personel medyczny na stanowiskach kierowniczych:
  - Ordynator oddziału szpitalnego lub inna osoba kierująca pracą oddziału szpitalnego,
  - Naczelna pielęgniarka,
  - Pielęgniarka oddziałowa.



Wyniki badania zostaną wykorzystane na potrzeby opracowania procedury wyboru projektów konkursowych w ramach naboru pn. *Szkolenie pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatników publicznych i podmiotów tworzących służące poprawie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju zdolności analitycznych i audytu wewnętrznego w jednostkach systemu ochrony zdrowia,* dofinansowanych z V osi priorytetowej Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (PO WER), a co za tym idzie powinny zostać wzięte pod uwagę przez wnioskodawców oraz beneficjentów Programu jako wskazówki do określenia optymalnych form wsparcia. Ponadto wyniki posłużą do określenia zasad innych, możliwych do ogłoszenia przez IP konkursów, a ramach których może zostać zaoferowane wsparcia z EFS wpisujące się w ten sam tym projektu i realizujących ten sam cel szczegółowy PO WER.

Analizą objęto następujące obszary:

- **Kontekst i czynniki zewnętrzne warunkujące potrzeby szkoleniowe pracowników ochrony zdrowia** – m.in. uwzględniono sytuację prawną i finansową jednostek ochrony zdrowia, analizę obowiązujących (i planowanych) zmian kompetencji i standardów zarządzania i administrowania jednostkami w systemie ochrony zdrowia. Celem tych analiz była identyfikacja zewnętrznych wobec placówek i pracowników problemów i wyzwań stojących przed systemem zarządzania i administrowania jednostkami leczniczymi w Polsce.

- **Popyt na podnoszenie kwalifikacji wśród potencjalnych odbiorców** – poprzez badanie potencjalnych uczestników działań szkoleniowych określono ich preferencje dotyczące tematyki, kierunku i formy wsparcia, a także potencjalne bariery w dostępie do szkoleń, ich przyczyny i możliwości eliminacji takich przeszkód – biorąc pod uwagę ograniczenia potencjalnych uczestników i sytuację placówek leczniczych i publicznych.
- **Oferta rynkowa działań szkoleniowych skierowanych do sektora ochrony zdrowia** – na podstawie analizy oferty szkoleniowej instytucji prowadzących kształcenie ustawiczne określono dostępność (w zakresie tematycznym i finansowym) różnych form kształcenia ustawicznego. Pozwoliło to na wskazanie luki podażowej różnych form kształcenia ustawicznego i sformułowanie oraz rekomendacji dotyczących komplementarności wsparcia w ramach PO WER z obecną ofertą rynkową.
- **Założenia programowe V osi priorytetowej PO WER** – analiza założeń dotyczących wsparcia systemu ochrony zdrowia w obszarze kształcenia ustawicznego w ramach PO WER pozwoliła określić ramy w jakich możliwe będzie finansowanie działań szkoleniowych ze środków publicznych (w tym z EFS) w ochronie zdrowia.

W wyniku powyższych analiz możliwe było sformułowanie **rekomendacji** w zakresie:

- **Trafności wsparcia** – tj. wskazania takich rozwiązań (tematyka i forma działań podnoszących kwalifikacje), które w największym stopniu będą odpowiadały potrzebom szkoleniowym występującym w sektorze ochrony zdrowia w odniesieniu do pracowników administracyjnych i zarządzających w podmiotach leczniczych, jak również przedstawicieli płatników publicznych i podmiotów tworzących;
- **Skuteczności wsparcia** – tj. zaproponowanie warunków udzielania wsparcia w zakresie szkoleniowym, których wdrożenie podniesie przydatność działań podnoszących kwalifikacje;
- **Komplementarności wsparcia** – tj. zaproponowanie takich rozwiązań w zakresie pożądanych tematów i form działań szkoleniowych, które będą komplementarne do dostępnej oferty na rynku;
- **Kompleksowości wsparcia** – tj. dostarczenie informacji, jakie powinny być warunki udzielania wsparcia, aby w skali pojedynczych placówek leczniczych maksymalizować jego efekty.

2 KONCEPCJA I METODYKA BADANIA

Koncepcja realizacji badania zakładała uzupełnianie się i weryfikację danych pozyskanych z różnych źródeł różnymi technikami. Istotna była również sekwencja realizacji poszczególnych metod.

W badaniu zastosowano następujące metody zbierania danych:



Analiza danych zastanych – analizą objęto m.in.:

- Dokumenty programowe PO WER, PO KL (w zakresie dotyczącym ochrony zdrowia),
- Regulamin ogłoszonego konkursu na realizację projektów pt. Szkolenia pracowników administracyjnych w ochronie zdrowia,
- Sprawozdania z realizacji Działania 2.3 PO KL *Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia*,
- Dotychczas zrealizowane na zlecenie Ministerstwa Zdrowia badania ewaluacyjne w obszarze tematycznym zamówienia (w celu pozyskania informacji o ocenie podejmowanych działań i aktualnych potrzebach sektora),
- Akty prawne w ochronie zdrowia regulujące kwestie związane z zarządzaniem i administracją podmiotami leczniczymi (w celu identyfikacji formalnych wymagań kwalifikacji personelu zarządczego i administracyjnego w sektorze zdrowia oraz określenia zestawienia kwalifikacji koniecznych w ochronie zdrowia oraz kwalifikacji fakultatywnych),
- Statystyki i opracowania dotyczące ochrony zdrowia w Polsce (analiza danych demograficznych i epidemiologicznych jako przesłanki wpływające na kierunek reorganizacji ochrony zdrowia w Polsce);

Analiza danych zastanych była istotna we wszystkich obszarach badawczych, ale w największym stopniu została wykorzystana w obszarze *Kontekst i czynniki zewnętrzne warunkujące potrzeby szkoleniowe pracowników ochrony zdrowia* oraz *Założenia programowe V osi priorytetowej PO WER.*

Wywiad pogłębiony (diada) – z przedstawicielami Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, które pozwoliły zebrać szczegółowe informacje dotyczące tematyki szkoleń związanych z oceną technologii medycznych;

Badanie kwestionariuszowe CATI – z potencjalnymi odbiorcami wsparcia szkoleniowego, tj.:

- przedstawicielami personelu administracyjnego i zarządzającego w podmiotach leczniczych świadczących podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i leczenie szpitalne (209 osób),
- osobami zatrudnionymi na stanowisku ds. finansowych w szpitalach, np. główny księgowy, dyrektor ds. finansowych (103 osoby),
- dyrektorami/kierownictwem szpitali (56 osób),
- dyrektorami ds. administracyjnych/ ekonomicznych szpitali (52 osoby),

- ordynatorami oddziałów szpitalnych lub innymi osobami kierującymi pracą oddziału szpitalnego (100 osób),
- naczelnymi pielęgniarkami (100 osób),
- pielęgniarkami oddziałowymi (200 osób),
- przedstawicielami płatników publicznych tj. dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz naczelników/kierowników w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia i oddziałów wojewódzkich oraz Ministerstwa Zdrowia (60 osób),
- przedstawicielami podmiotów tworzących, tj. dyrektorów, zastępców dyrektorów departamentów ds. zdrowia w urzędach marszałkowskich i miejskich, naczelników wydziałów ds. zdrowia w starostwach powiatowych i kierowników referatów ds. zdrowia w urzędach gminy (161 osób);

W sumie badaniem CATI objęto 1036 osób.

Eksploracja „netnograficzna” –analiza treści zasobów internetowych dotyczących rynkowej oferty szkoleniowej z zakresu zarządzania, audytu, administracji i rozwoju umiejętności analitycznych skierowanych do instytucji systemu ochrony zdrowia. Analiza została przeprowadzona w następujących krokach badawczych: 1) przegląd obecnej oferty rynkowej szkoleń/kursów/studiów w zakresie zarządzania ochroną zdrowia, 2) przegląd oferowanego zakresu tematycznego i liczby godzin przeznaczonych na poszczególne obszary badawcze, 3) przegląd oferty konkursowej, zrealizowanej w ramach Działania 2.3 PO KL w obszarze podnoszenia kompetencji zarządczych.

Monograficzne studia przypadku szpitali – oparte na analizie dokumentów oraz wywiadach pogłębionych, które posłużyły do zidentyfikowania, jakie rozwiązania należy stosować w skali jednej placówki, aby maksymalizować efekty ponoszenia kwalifikacji pracowników i jakość zarządzania szpitalem.

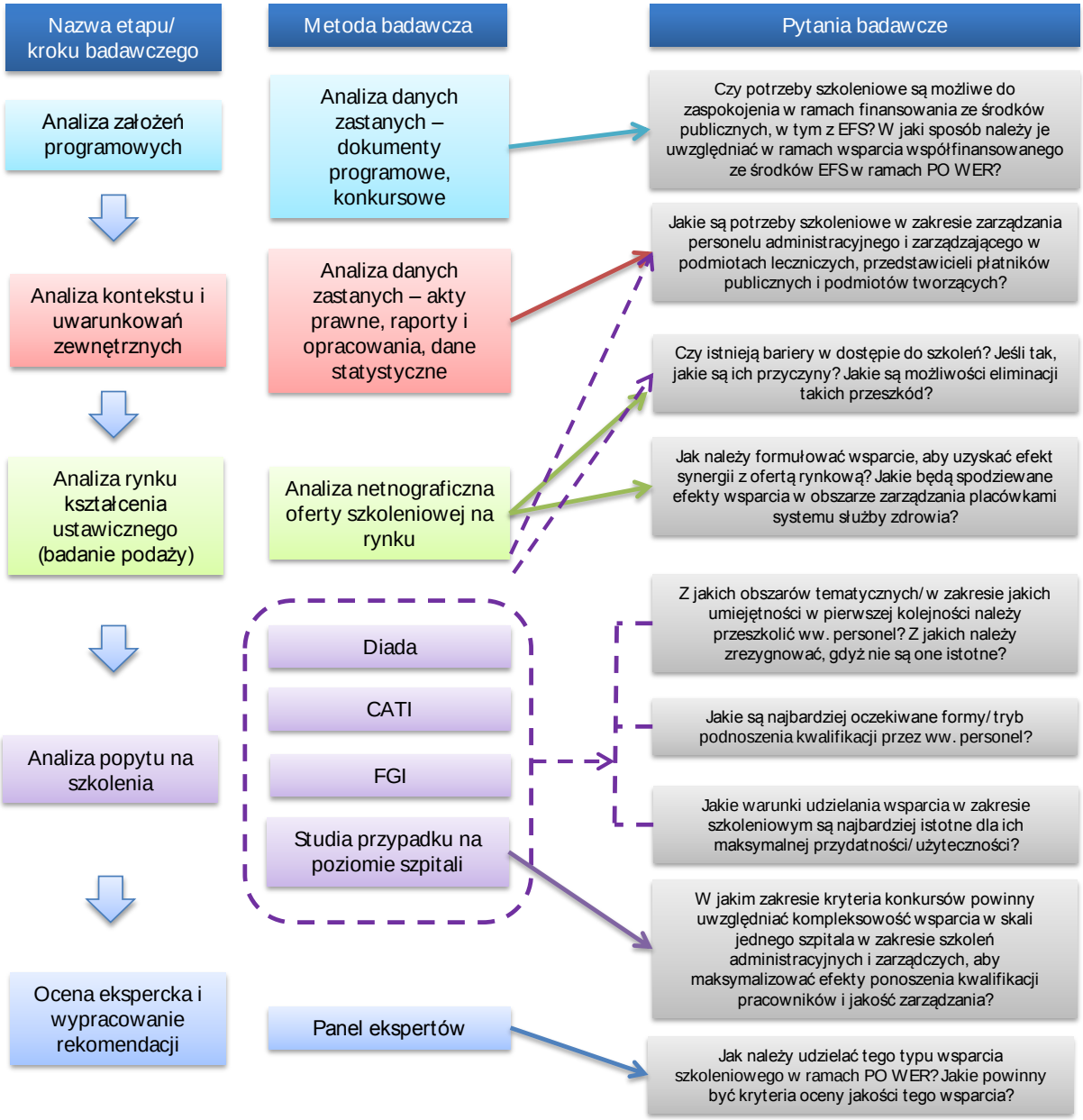
Zogniskowane wywiady grupowe z przedstawicielami:

- personelu administracyjnego i zarządzającego w podmiotach leczniczych;
- płatników publicznych (Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia i oddziałów wojewódzkich NFZ oraz Ministerstwa Zdrowia);
- przedstawicieli podmiotów tworzących (przedstawiciele komórek ds. zdrowia w urzędach marszałkowskich i miejskich, starostwach powiatowych, urzędach gmin).

Panel ekspertów posiadających wiedzę i doświadczenie z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia, podczas którego dyskusji poddano przede wszystkim propozycje rekomendacji.

Poniżej na schemacie przedstawiono sekwencję poszczególnych kroków badawczych oraz powiązanie metod zbierania danych i analizy z pytaniami badawczymi. Zogniskowane wywiady grupowe zostały zrealizowane po zakończeniu pozostałych badań terenowych, tak aby w efekcie przedyskutowania wyników tych badań z uczestnikami, móc wypracować ostateczną mapę potrzeb i wyzwań kwalifikacji personelu zarządczego i administracyjnego w służbie zdrowia. Z jednej strony zatem metoda miała charakter eksploracyjny (zbieranie danych do badania), a z drugiej analityczny (weryfikacja wniosków i sformułowanie pierwszych rekomendacji). Panel ekspertów zrealizowano na końcowym etapie zamówienia i wykorzystano na nim informacje ze wszystkich pozostałych metod.

Schemat 1 Schemat badania



Źródło: opracowanie własne

3 WYNIKI BADANIA

3.1 Analiza kontekstu i czynników zewnętrznych warunkujących potrzeby szkoleniowe pracowników ochrony zdrowia

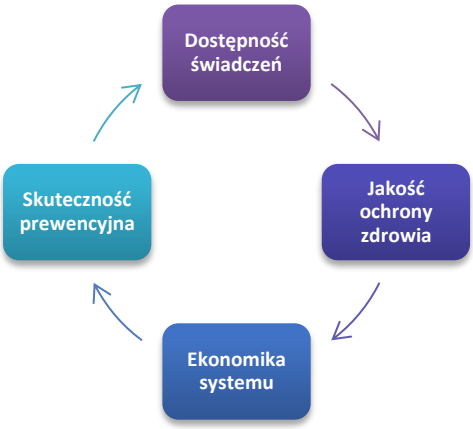
3.1.1 Analiza wyzwań stojących przed służbą zdrowia

Analiza wyzwań stojących przed ochroną zdrowia w Polsce to jedna z kwestii branych w niniejszym badaniu pod uwagę przy szacowaniu potrzeb podnoszenia kwalifikacji w zakresie zarządzania i administrowania w służbie zdrowia. Szerszy kontekst i czynniki zewnętrzne warunkują bowiem potrzeby szkoleniowe pracowników ochrony zdrowia. W niniejszym rozdziale przedstawiono zatem następujące kwestie:

- wyzwania i problemy stojące przed ochroną zdrowia w Polsce,
- rola i zakres zadań poszczególnych interesariuszy sektora zdrowia w Polsce,
- ocena zapotrzebowania na określone kompetencje poszczególnych interesariuszy, których pozyskanie przyczyniłoby się do zmniejszenia problemów sektora.

Wyzwania stojące przed ochroną zdrowia w Polsce można pogrupować – zgodnie z międzynarodowymi klasyfikacjami oceny sektora[1] – na cztery grupy: **dostępność świadczeń, jakość ochrony zdrowia, ekonomikę systemu** oraz **skuteczność prewencyjną**.

Dostępność świadczeń



Od kilku lat Polska w rankingu EHCI[2] znajduje się na najniższych pozycjach w Europie. **W roku 2014 Polska uplasowała się na jednym z ostatnich miejsc pod względem dostępności do dobrej jakości opieki zdrowotnej.** Za Polską znalazły się tylko Łotwa, Serbia, Czarnogóra, Rumunia oraz Bośnia i Hercegowina. Dostęp do POZ (Podstawowej Opieki Zdrowotnej) jest niemal powszechny, występują jednak duże problemy w dostępności AOS (Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej) i lecznictwa szpitalnego. Według danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia[3] średni czas oczekiwania na poradę lekarza specjalisty oscyluje między dwoma a trzema miesiącami, w zależności od specjalności medycznej, ale bywa on znacznie dłuższy w przypadku opieki kardiologicznej, ortopedycznej, okulistycznej (ponad 3 miesiące), natomiast relatywnie krótszy m.in. w dostępie do dermatologa, ginekologa i laryngologa. Jeśli chodzi o leczenie szpitalne, to większość pacjentów uzyskiwała świadczenie w stosunkowo krótkim czasie (do dwóch tygodni). Czas oczekiwania może być jednak bardzo długi, nawet w przypadkach wymagających interwencji chirurgicznych. Dotyczy to przede wszystkim procedur chirurgicznych, ortopedycznych, urologicznych, onkologicznych i okulistycznych[4]. Jednocześnie analizy epidemiologiczne wskazują na wzrastającą potrzebę zwiększenia dostępności tych specjalności ze względu na zagrożenia cywilizacyjne i starzenie się społeczeństwa[5].

[1] *Health Care Quality Indicators* (HCQI), Euro Health Consumer Health Consumers Index, US National Healthcare Quality Report

[2] Euro Health Consumer Index (EHCI) - Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia - ranking, w którym zgłoszone do niego państwa oceniane są pod kątem sześciu kategorii. Kryteria to: profilaktyka, prawa pacjenta, czas oczekiwania na leczenie, skuteczność leczenia, zakres i dostępność oferowanych usług oraz dostępność do środków farmaceutycznych.

[3] Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne.

[4] *Ibidem.*

[5] GUS. Prognoza ludności do roku 2035. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii, Ministerstwo Zdrowia.

Relatywnie niska dostępność świadczeń nie wynika z niedoborów infrastrukturalnych. Siatka szpitali w Polsce postrzegana jest przez specjalistów systemu ochrony zdrowia jako gęsta. Również liczba łóżek w szpitalach na 1 tys. ludności należy do najwyższych w Europie[6]. Gęstość sieci szpitali nie warunkowana geografią potrzeb zdrowotnych, niezwiązana z ruchami ludności rodzi problemy ekonomiczne placówek oraz nieefektywną kontraktację nie wykorzystującą zasobów wszystkich placówek. **Problemem jest jednak niedobór lekarzy specjalistów i niewystarczający w skali jednej placówki poziom kontraktacji NFZ**. Pomimo względnie wysokiej liczby specjalistów w niektórych województwach takich jak: mazowieckie, śląskie, małopolskie, dolnośląskie, łódzkie i wielkopolskie, występują dziedziny ze znikomą liczbą specjalistów lub dziedziny „zagrożone" z uwagi na wysoką medianę wieku lekarzy. W całym kraju, wśród dziedzin z potencjalnie zbyt małym zapleczem kadrowym są dziedziny priorytetowe takie jak: chirurgia onkologiczna, geriatria, ginekologia onkologiczna, hematologia, neurologia dziecięca, medycyna ratunkowa, onkologia i hematologia dziecięca, patomorfologia, psychiatria dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna, stomatologia dziecięca. Znaczny niedobór w zakresie lekarzy specjalistów zauważyć można również w dziedzinach zwykłych takich jak: intensywna terapia, gastroenterologia dziecięca, medycyna morska, neuropatologia, urologia dziecięca, medycyna lotnicza, immunologia kliniczna, farmakologia kliniczna, toksykologia kliniczna, genetyka kliniczna, kardiologia dziecięca, mikrobiologia lekarska, medycyna tropikalna, otorynolaryngologia dziecięca, seksuologia, medycyna sądowa oraz chirurgia plastyczna.

Należy tu nadmienić, iż w okresie programowania 2007-2013 prowadzono działania zaradcze w zakresie zwiększenia dostępności AOS w ramach projektu systemowego Działania 2.3. PO KL pn. „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności tj. onkologów, kardiologów i lekarzy medycyny pracy". Łącznie wsparto 3 060 lekarzy pełnego cyklu kursów specjalizacyjnych w tym: 987 onkologów, 1 595 kardiologów, 441 lekarzy medycyny pracy oraz 37 z kardiologii dziecięcej. Inne działania systemowe, poprawiające dostępność lekarzy specjalistów obejmowały wprowadzenie w 2014 roku modułowego kształcenia specjalistycznego, umożliwiającego szybsze pozyskiwanie specjalizacji.

Jakość ochrony zdrowia

Jakość ochrony zdrowia w Polsce można mierzyć poprzez opinie świadczeniobiorców, odsetek podmiotów leczniczych akredytowanych przy Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) oraz efekty zdrowotne.

Opinie świadczeniobiorców

Jak wynika z badania GUS *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych*[7] **z roku na rok przybywa osób uważających, że jakość systemu ochrony zdrowia ulega pogorszeniu**, choć z badań CBOS[8] wywnioskować można, że w społeczeństwie nadal dominuje pozytywny obraz jakości służby zdrowia. Dwie trzecie respondentów (65%) docenia kompetencje lekarzy. Trzy piąte respondentów uważa, że lekarze angażują się w swoją pracę – zależy im na tym, aby pomagać pacjentom – oraz, że w leczeniu wykorzystuje się nowoczesną aparaturę medyczną (po 58%). Ponad połowa ankietowanych pozytywnie ocenia jakość informacji na temat opieki lekarskiej (54%), nocną pomoc medyczną (54%), życzliwość i troskę w podejściu do pacjentów (54%) oraz warunki leczenia (52%). Dominująca grupa twierdzi ponadto, że w opiece zdrowotnej z powodzeniem wykorzystuje się nowoczesne rozwiązania, takie jak internet (46%), i że pomoc lekarską z łatwością uzyskuje się także poza miejscem zamieszkania (42%). Co drugi ankietowany krytycznie ocenia sprawność obsługi administracyjnej (51%), ma zastrzeżenia do nierównego, niesprawiedliwego traktowania pacjentów (51% ocen negatywnych), a także do lokalizacji zakładów opieki zdrowotnej oferujących usługi lekarzy specjalistów i badania diagnostyczne (53%). W latach 2007-2016 prowadzono projekty systemowe w ramach Działania 2.3. PO KL podnoszące jakość służby zdrowia w relacji pacjent-ZOZ, takie jak: „Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu

[6] Sytuacja finansowa szpitali w Polsce, Magellan, 2014.

[7] Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych; GUS 2013,2012.

[8] Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej AD 2014, CBOS.

ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę”[9], „Bezpieczny szpital – Bezpieczny pacjent”[10]. Działania te przyniosły efekty o znaczącej skali, niemniej jednak praca nad podniesieniem zadowolenia pacjentów z usług ochrony zdrowia pozostaje ciągle jednym z priorytetów.

Liczba szpitali akredytowanych

Według stanu na dzień 16 lipca 2016 roku liczba szpitali akredytowanych przy CMJ wyniosła 269, co stanowi nie więcej niż 25% wszystkich podmiotów. Należy jednak podkreślić, że odsetek ten wzrósł w porównaniu z 2014 rokiem o 80%. Akredytacja wymaga spełnienia standardów w zakresie jakości postępowania i bezpieczeństwa pacjentów. **Należy odnotować pozytywną tendencję rozszerzania skali szpitali prowadzących programy zarządzania jakością w ostatnich latach.** Jest to efekt wdrożenia projektów systemowych Działania 2.3 PO KL, takich jak: „Wsparcie procesu akredytacji ZOZ”, w ramach których prowadzone były działania ułatwiające przystosowanie szpitali do standardów akredytacyjnych. Certyfikat jakości postrzegany jest przez przedstawicieli podmiotów tworzących oraz podmiotów leczniczych jako instrument podnoszący konkurencyjność szpitala. Zalecane jest dalsze promowanie możliwości pozyskiwania wiedzy na temat możliwości sfinansowanie procesu akredytacji w ramach PO WER w bieżącym okresie programowania.

Odpowiednia liczba pielęgniarek

Dodatkową kwestią wpływającą na jakość opieki szpitalnej jest niedobór pielęgniarek. Analiza zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w kraju, wykazała, iż z uwagi na wysoki wiek prawie połowy z nich, istnieje konieczność szybkiego zwiększenia ogólnej liczby pielęgniarek i położnych, kładąc nacisk na „odmłodzenie” tej grupy zawodowej. Należy zauważyć, iż zbyt mała liczba pielęgniarek i położnych uczy się w poszczególnych dziedzinach kształcenia, gdyż jest to zaledwie ok. 10% ogólnej liczby pielęgniarek i położnych[11].

Można odnotować dużą skalę interwencji zaradczych, rozwiniętych w ramach Działania 2.3. PO KL w latach 2007-2016 ukierunkowanych na podniesienie efektów zdrowotnych, takich jak: „Rozwój kwalifikacji i umiejętności kadry pielęgniarskiej w kontekście zmian epidemiologicznych będących następstwem starzejącego się społeczeństwa”[12], „Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej”[13], „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”[14]. Rezultaty projektów przyczyniają się do podniesienia jakości ochrony zdrowia, niemniej jednak ich trwałość wymaga wsparcia ze strony procesów zarządczych w skali każdej placówki.

Efekty zdrowotne

Analizując efekty zdrowotne należy podkreślić niską skuteczność leczenia w wielu obszarach. Generalny wskaźnik „potencjalne utracone lata życia” (od ang. PYLL – *potenial years of life lost)* - jest miernikiem przedwczesnej umieralności (osoby poniżej 70. roku życia), wyrażającym wpływ zgonów i chorób na stan zdrowia populacji (szacowana liczba lat, które ludzie przeżyliby, gdyby nie zmarli przedwcześnie z powodu choroby lub urazu). W Polsce wskaźnik ten nadal jest na poziomie niższym niż średnia europejska. Szczególnie źle na tle europejskim prezentuje się wskaźnik PYLL w odniesieniu do mężczyzn (gorszy jest tylko na Węgrzech i w

[9] Łącznie przeszkolono 2629 lekarzy poniżej 35 roku życia, opracowano podręcznik, uruchomiono infolinię i platformę e-learningową www.mlodylekarz.pl.

[10] W ramach projektu przeszkolono 3 760 osób raz wypracowano propozycję zmian systemowych i rekomendacji w zakresie bezpieczeństwa opieki zdrowotnej.

[11] Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia, PricewaterhouseCoopers (PWC) 2016.

[12] Łącznie przeszkolono 12 876 pielęgniarzy i pielęgniarek, program szkoleniowy został włączony do oferty programowej kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych

[13] Skala projektu: 1 368 (z 1 600) lekarzy POZ, którzy ukończyli kurs doskonalący w ramach projektu, 2 176 (z 2 320) fizjoterapeutów, którzy ukończyli kurs doskonalący w ramach projektu, 4 064 (z 4 000) pielęgniarek POZ, które ukończyły kurs doskonalący w ramach projektu, 467 (z 450) opiekunów medycznych, którzy ukończyli kurs doskonalący w ramach projektu, 163 (z 200) terapeutów środowiskowych, którzy ukończyli kurs doskonalący w ramach projektu.

[14] Łącznie wsparto 40 813 pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia pomostowe.

Estonii).[15] Kolejny negatywnym efektem zdrowotnym jest nadal występujący w Polsce jeden z najwyższych wskaźników umieralności niemowląt. Zdecydowanie lepiej w skali świata prezentuje się skuteczność leczenia chorób układu krążenia. Już w 2009 roku współczynnik umieralności z powodu zawałów był niższy niż średnia dla krajów europejskich. Tendencja ta utrzymuje się do lat bieżących. Biorąc pod uwagę inne choroby cywilizacyjne nie można odnotować jednak powodów do zadowolenia. Wprawdzie wskaźniki przeżywalności chorych na nowotwory złośliwe w ostatnich latach nieco się poprawiły, lecz nadal są najniższe wśród krajów europejskich. Wskaźnik częstości występowania cukrzycy wśród dorosłych jest w Polsce istotnie wyższy niż w UE, a powikłania znaczne[16]. W 2009 r., w porównaniu z ogólną liczbą hospitalizacji w Polsce, odsetek pacjentów leczonych na oddziałach szpitalnych z powodu cukrzycy wyniósł 1,15% i był wyższy niż w 2005 r. (1,01%) i 2007 r. (1,04%).

Ekonomika systemu

Ekonomikę systemu ochrony zdrowia w Polsce można mierzyć relacją nakładów do efektów i kondycją ekonomiczną podmiotów leczniczych.

W ostatnich latach można odnotować wzrost nakładów publicznych na ochronę zdrowia, które w 2013 roku wyniosły 4,5% PKB[17]. Poziom ten nadal jest jednak poniżej średniej dla krajów OECD. Środki publiczne stanowią ponad dwie trzecie wydatków na ochronę zdrowia. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje niemal wszystkie szpitale i ma najwyższy (średnio 96%) wkład w strukturę przychodów szpitala.

W Polsce nie można odnotować wzrostu satysfakcji pacjentów ze świadczonych usług medycznych. Innym, negatywnym miernikiem efektywności ekonomicznej systemu jest fakt, iż potencjał usługowy zarówno publicznych, jak i prywatnych zakładów opieki zdrowotnej wykorzystany jest w granicach 67–70%.

Powszechnie uważa się, że wadą polskiego systemu ochrony zdrowia jest prawidłowość, że zbyt wiele procedur realizuje się w szpitalach zamiast w tańszych w utrzymaniu zakładach opieki ambulatoryjnej, co z kolei wskazuje jak dalekie od rachunku ekonomicznego są założenia całego systemu. Jak wynika z raportu PWC[18] tendencja ta rozszerza się. W 2014 roku odnotowano spadek wskaźnika *Proporcja wydatków na leczenie pozaszpitalne w stosunku do szpitalnych*. Sukcesywnie maleje także wskaźnik *Proporcja wydatków na leczenie jednodniowe w stosunku do wydatków na leczenie szpitalne*. **Za wzrostem nakładów nie idzie również efektywność leczenia.** Z roku na rok wzrasta wysokość nakładów niezbędna na przeżycie 1% chorych na raka piersi i raka jelita grubego w okresie 5 lat.

Na poziomie podmiotów leczniczych można zaobserwować stosunkowo niskie wykorzystanie zasobów ludzkich i infrastrukturalnych w stosunku do potencjału i możliwości ich użytkowania. Niemniej jednak należy podkreślić pozytywne tendencje w sektorze. Zauważa się z jednej strony spadek wykorzystania potencjału (spadek wskaźnika wykorzystania łóżek w dniach), z drugiej zaś wzrost efektywności (skuteczności) procesu leczniczego (skrócenie średniego okresu pobytu pacjentów w szpitalu). Intensyfikacja procesu leczniczego przyczyniła się do znaczącego wzrostu liczby leczonych pacjentów. Fakt ten w powiązaniu z informacją o spadku liczby lekarzy zatrudnionych w publicznej służbie zdrowia świadczy o wzroście produktywności pracowników medycznych i tym samym wzroście potencjału usługowego tego sektora[19].

Efektywność ekonomiczna sektora na poziomie podmiotu leczniczego nie jest satysfakcjonująca. W latach 2012-2015 należy odnotować wzrost zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ). Inne wskaźniki sytuacji ekonomicznej podmiotów leczniczych wskazują jednak na stabilizującą się sytuację SPZOZ. Dynamika zmiany poziomu zobowiązań SPZOZ w stosunku do dynamiki zmiany wydatków na

[15] Zarys systemu ochrony zdrowia, 2012.

[16] Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia, PWC 2016.

[17] Narodowa Służba Zdrowia - Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce na lata 2016–2018, Ministerstwo Zdrowia 2016.

[18] Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia, PWC 2016.

[19] Wiesław Janik, Wykorzystanie potencjału wykonawczego zakładów opieki zdrowotnej i finansowanie usług medycznych, w: Współczesne problemy zarządzania w ochronie zdrowia, red. R. Lewandowski, 2013.

świadczenia zdrowotne ogółem w wojewódzkim NFZ świadczy o spadku wielkości zadłużenia w relacji do nakładów NFZ[20]. Nadal jednak zasoby placówek nie są wykorzystywane w pełni. Część kosztów nie przyczynia się do powstania przychodów. Często staje się to przyczyną straty finansowej. Zjawisko to jest znane w publicznej służbie zdrowia od wielu lat. Mimo kilkukrotnego oddłużania publicznych szpitali, problemu tego jednak nie udało się rozwiązać.

W okresie programowania 2007-2013 przeprowadzono działania zaradcze, ukierunkowane na podniesienie efektywności ekonomicznej podmiotu leczniczego, poprzez realizacje ze środków PO KL takich projektów jak np.: „Szkolenia kadry zarządzającej szpitali, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia albo udzielające świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia tj. kadry zarządzającej NFZ”[21], „Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ”[22], „Akademia NFZ”[23]. Projekty te w znacznym stopniu wpłynęły za zwiększenie ekonomiczności kontraktowania oraz podniosły kompetencje zarządcze kadry podmiotów leczniczych. Ich rezultaty wymagają jednak rozszerzenia oraz utrwalenia poprzez kontynuację działań optymalizujących efektywność ekonomiczną ZOZ.

Prewencja

Mimo licznych kampanii i programów zdrowotnych realizowanych w ostatniej dekadzie, zachorowalność na choroby cywilizacyjne jest nadal wysoka. Jednocześnie frekwencja w badaniach przesiewowych i programach profilaktycznych pozostaje na relatywnie niskim poziomie. Pomimo szerokiej kampanii społecznej, odsetek kobiet uczestniczący w mammograficznych badaniach przesiewowych bądź w programie bezpłatnej cytologii w latach 2012-2014 daleki był od docelowych 70-80%. Przyczyny nie są w pełni jasne i zapewne złożone. Uznaje się jednak, że wpływ na frekwencję może mieć szeroko rozumiany system ochrony zdrowia – organizatorzy programu, lekarze POZ/rodzinni, ginekolodzy itp. Umiejętności projektowania, efektywnej wyceny oraz instytucjonalizacji programów zdrowotnych i innych form prewencji stanowią istotny komponent zarządzania ochroną zdrowia.

Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne.

Wokół wyzwań w zakresie zarządzania ochroną zdrowia koncentrują się cele strategiczne dokumentu *Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne*. Jest to dokument, który opisuje stan krajowego systemu ochrony zdrowia, pokazuje jego mocne i słabsze strony, a także wyzwania i szanse przed nim stojące. Przedstawia długofalową wizję rozwoju systemu ochrony zdrowia, a także cele strategiczne oraz narzędzia ich realizacji[24]. Celem głównym jest zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego

[20] Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia, PWC 2016.

[21] Podstawowe rezultaty projektu to: przeszkolenie 1 592 osób, w tym: 210 dysponentów środków publicznych, 1 382 świadczeniodawców (w tym: 556 dyrektorów ZOZ oraz 826 kierowników zespołów kodujących), 592 jednostek służby zdrowia, których przedstawiciele kadry zarządzającej ukończyli szkolenia z zakresu zarządzania, opracowanie podręcznika JPG.

[22] W ramach projektu w ramach projektu utworzono elektroniczną platformę wymiany doświadczeń, opracowano plan kont, opracowano metodologię rachunku kosztów, opracowano i opublikowano 8000 podręczników z zakresu metodologii rachunku kosztów, ponadto przeszkolono 6 052 pracowników ZOZ (w tym 4 114 pracowników kadry zarządzającej ZOZ) w zakresie rachunku kosztów bądź konsolidacji świadczeniodawców, 408 pracowników organów założycielskich.

[23] Utworzono platformę edukacyjno-szkoleniową, przeszkolono 5 355 przedstawicieli ZOZ podczas szkoleń stacjonarnych i e-learningowych w tematach objętych projektem (zasady kontraktowania świadczeń, zasady prawidłowego przygotowywania ofert, zasady raportowania i sprawozdawczości, zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, prawa pacjenta.

[24] http://www.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/fundusze-europejskie-dla-sektora-ochrony-zdrowia/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper/ (data dostępu: 16.07.2016).

na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce. Aby osiągnąć ten cel należy dążyć do osiągnięcia czterech poniższych celów:

1. Opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych, zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych.
2. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych do roku 2030 zmian demograficznych, w szczególności wzmocnienie działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi.
3. Wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej.
4. Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria).

W dokumencie uwzględniono, jako jedno z narzędzi – **Narzędzie 24** *Szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących*. Zakres narzędzia obejmuje m.in. szkolenia dla kadry zarządzającej i administracyjnej podnoszące efektywność systemu ze szczególnym uwzględnieniem kształtowania umiejętności analitycznych i audytu wewnętrznego. W uzasadnieniu realizacji Narzędzia 24 można odnaleźć odniesienia do konieczności adaptacji systemu do wyzwań epidemiologicznych i demograficznych przy zachowaniu efektywności ekonomicznej sektora. W dokumencie mowa także o konieczności wspierania przedsięwzięć edukacyjnych o tematyce antykorupcyjnej, adresowanych m.in. do osób zatrudnionych w pionach administracyjnych podmiotów leczniczych, w tym osób zajmujących się zamówieniami publicznymi

Sektor ochrony zdrowia – główni interesariusze

Analizując wyzwania stojące obecnie przed ochroną zdrowia w Polsce w kontekście przedmiotu niniejszego badania należy uwzględnić specyfikę sektora (pozarynkowy sektor działań, finansowany głównie ze środków publicznych, silnie uregulowany prawnie, oparty na powszechnych składkach na ubezpieczenie zdrowotne) i wynikającą z tej specyfiki strukturę ze względu na główne grupy interesariuszy zarządzania, których można podzielić na:

- Ministerstwo Zdrowia, które wytycza kierunki polityki zdrowotnej kraju oraz posiada uprawnienia kontrolne, a także działających przy nim konsultantów krajowych w poszczególnych specjalnościach medycznych,
- instytucję ubezpieczenia zdrowotnego pełniącą funkcję płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia),
- świadczeniodawców, ze szczególnym uwzględnieniem podmiotów leczniczych,
- podmioty tworzące – JST, uniwersytety.

<u>Ministerstwo Zdrowia</u>

Podstawowe zadania Ministerstwa Zdrowia w systemie ochrony zdrowia określa *ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

Ministerstwo Zdrowia ma wpływ na instytucjonalny i funkcjonalny kształt całego systemu ochrony zdrowia, posiadając inicjatywę ustawodawczą, pełniąc funkcje koordynacyjne w stosunku do programów zdrowotnych oraz opracowując wytyczne programów zapobiegania chorobom i promocji zdrowia, a także, wspólnie z podmiotami tworzącymi, odpowiada za ocenę dostępności do opieki zdrowotnej. Jest również odpowiedzialne za główne inwestycje krajowe, np. finansowanie sprzętu medycznego, badań naukowych oraz kształcenie kadr medycznych, a także za wyznaczanie i monitorowanie standardów ochrony zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia pełni więc zasadniczą rolę w kształtowaniu dostępności finansowej ochrony zdrowia, poprzez kształtowanie koszyka świadczeń gwarantowanych, wycenę świadczeń. Ma również zasadniczy wpływ na skuteczność polityki prewencyjnej.

Organem pomocniczym Ministerstwa Zdrowia w realizowaniu tej funkcji jest Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Jej zadania w tym zakresie związane są głównie z rekomendacjami dotyczącymi:

- kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego,
- określania lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego,
- usuwania danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych,
- opiniowania programów zdrowotnych.

Główną funkcją Agencji jest także wydawanie rekomendacji w zakresie objęcia refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych. Ponadto AOTMiT opracowuje, taryfikuje, weryfikuje, gromadzi i rozpowszechnia informacje o metodologii przeprowadzania oceny technologii medycznych oraz o technologiach medycznych opracowywanych w Rzeczypospolitej Polskiej i innych krajach.

Narodowy Fundusz Zdrowia

Zadania Narodowego Funduszu Zdrowia określa *ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

NFZ posiada ograniczone uprawnienia regulacyjne z uwagi na fakt, iż zasadniczo skupione są one w rękach Ministerstwa Zdrowia. Niemniej jednak ta instytucja systemu ma wpływ na ceny świadczeń i koszty funkcjonowania podmiotów leczniczych. NFZ negocjuje i podpisuje ze świadczeniodawcami umowy o udzielanie świadczeń (ustala ich wartość, ilość i strukturę), monitoruje wywiązywanie się z warunków tychże umów oraz odpowiada za ich rozliczanie. Jakość i dostępność świadczeń opieki zdrowotnej są do pewnego stopnia uzależnione od warunków wynegocjowanych w kontraktach z NFZ.

Ponadto NFZ sporządza, wdraża oraz finansuje programy zdrowotne (w tym realizuje programy zdrowotne zlecone i finansowane przez Ministra Zdrowia).

Narodowy Fundusz Zdrowia jest instytucją odpowiadającą za dostępność świadczeń zdrowotnych (ze względu na wysokość udzielanych świadczeń w skali lokalnej), wpływa na ekonomikę podmiotów leczniczych oraz jakość świadczonych usług.

Podmioty tworzące

Główne podmioty tworzące (jednostki samorządu terytorialnego) są odpowiedzialne za inwestycje oraz pełnią wobec podmiotów leczniczych szereg funkcji nadzorczych i kontrolnych. Samorządy terytorialne posiadają uprawnienia przekształcania podmiotów publicznych w niepubliczne. Jako że za bieżące finansowanie świadczeń zdrowotnych odpowiada NFZ, to w praktyce samorządy terytorialne mają nieznaczny wpływ na dochody świadczeniodawców i ich ogólną sytuację finansową. Jednocześnie, w przypadku gdy zadłużony szpital nie jest w stanie pokryć strat we własnym zakresie, organy założycielskie (najczęściej są to powiaty) zobowiązane są przejąć jego zobowiązania finansowe i mogą zainicjować procedurę przekształcenia SPZOZ w spółkę prawa handlowego lub go zlikwidować. Samorząd wojewódzki realizuje ponadto zadania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej w ramach programów polityki zdrowotnej.

Podmioty tworzące odpowiedzialne są za politykę prewencyjną, mają wpływ na ekonomiczną sytuację szpitali i efektywność ich działania.

Świadczeniodawcy – podmioty lecznicze

Zgodnie z *ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej*[25], świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze, jak również indywidualne i grupowe praktyki lekarskie. W podstawowej i specjalistycznej opiece ambulatoryjnej (POZ i AOS) dominują świadczeniodawcy niepubliczni oraz indywidualne praktyki.

Publiczne podmioty lecznicze mogą być tworzone przez władze na szczeblu gminnym, powiatowym, wojewódzkim lub centralnym (ministerialnym), a także przez publiczne uczelnie medyczne, prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Mogą one funkcjonować jako samodzielne zakłady (SPZOZ), jednostki budżetowe lub instytucje badawcze.

SPZOZ może uzyskiwać środki finansowe m.in.: z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na realizację programów zdrowotnych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne, w tym na niezbędne do ich wykonania wydatki inwestycyjne lub zakup specjalistycznych wyrobów medycznych, na realizację programów współfinansowanych ze środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej oraz z wydzielonej działalności gospodarczej, jeżeli statut zakładu przewiduje prowadzenie takiej działalności. Głównym źródłem utrzymania SPZOZ są środki przekazywane przez NFZ. Może on także otrzymywać dotacje budżetowe od podmiotu, który utworzył zakład na: realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych oraz promocję zdrowia; pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne oraz remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego.

Podmioty lecznicze są niezależne organizacyjnie od podmiotów tworzących i od płatnika publicznego. Niezależność operacyjna SPZOZ w nie jest jednak powiązana ze stosowną odpowiedzialnością finansową. Brak odpowiedzialności finansowej kierownictwa placówki sprzyja jej zadłużaniu się, nawet wówczas, gdy nie jest to konieczne.

Podmioty lecznicze prowadzą działania organizacyjne, finansowe oraz merytoryczne wpływające na dostępność, jakość i efektywność ekonomiczną ochrony zdrowia.

Potrzeby w zakresie podnoszenia kwalifikacji poszczególnych grup interesariuszy w kontekście wyzwań stojących przed ochroną zdrowia w Polsce

Biorąc pod uwagę kompetencje poszczególnych interesariuszy szczebli zarządzania ochroną zdrowia można dla każdego z nich wyszczególnić obszary, w których podniesienie kwalifikacji kadry zarządzającej mogłoby przyczynić się do poprawy sprawności systemu w poszczególnych kryteriach jego oceny.

[25] Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

Tabela 1 Rodzaj niezbędnych umiejętności w podziale na poszczególnych typów interesariuszy sektora zdrowia

Interesariusze systemu	Wyzwania stojące przed ochroną zdrowia w Polsce			
	Dostępność świadczeń	Jakość ochrony zdrowia	Efektywność/ ekonomika systemu	Skuteczność prewencyjna
Ministerstwo Zdrowia, konsultanci krajowi i wojewódzcy	• konstruowanie koszyka świadczeń w zakresie lecznictwa specjalistycznego i szpitalnego, • analiza wpływu koszyka świadczeń na dostępność leczenia.	• konstruowanie koszyka świadczeń w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych i Oceny Technologii Medycznych, • analiza wpływu koszyka świadczeń na zdrowie publiczne i poszczególne wskaźniki.	• ekonomiczna analiza Oceny Technologii Medycznych, w tym analizy kosztów i użyteczności (konsultanci krajowi i wojewódzcy), • ocena skutków regulacji – analiza zmian prawnych pod kątem kosztów publicznych i użyteczności poszczególnych zmian systemowych (pracownicy MZ).	• tworzenie map potrzeb zdrowotnych i w zakresie analizy kosztu jednostkowego programu zdrowotnego w zależności od efektu skali.
Narodowy Fundusz Zdrowia	• kontraktowanie usług lecznictwa szpitalnego i specjalistycznego zgodnie z kierunkami epidemiologicznymi w regionie.	• prowadzenie kontroli ordynacji lekarskich i realizacji kontraktu, tj. kontroli nieuzasadnionej realizacji świadczenia w warunkach szpitalnych, a nie ambulatoryjnych.	• kontraktowanie usług dla maksymalizowania wykorzystania zasobów, optymalizacji kontraktowania w skali województwa.	• promowanie i upowszechnianie programów profilaktycznych i zdrowotnych, szczególnie w zakresie procedowania programów zdrowotnych.
Podmioty tworzące	• analiza potrzeb i popytu na usługi zdrowotne w danej jednostce samorządu terytorialnego, • ocenianie skutków zlikwidowania/ połączenia podmiotów leczniczych, • prowadzenie analiz ekonomicznych w kategoriach kosztu-użyteczności.	• analiza zapotrzebowania na inwestycje infrastrukturalne w podległych placówkach zdrowotnych.	• analiza efektywności inwestycji infrastrukturalnych poprzez ocenę możliwości wykorzystania inwestycji w kontekście poziomu kontraktowania NFZ. • prowadzenie nadzoru nad działalnością podmiotu leczniczego i oceny efektywności zarządzania podmiotem leczniczym. • restrukturyzacja zasobów w podległych placówkach zdrowotnych ukierunkowaną na racjonalizację ich wykorzystania, np. łączenie jednostek klinicznych umożliwiające efektywniejsze wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej; wyeliminowanie powielania zakupów tych samych urządzeń i aparatury oraz rozproszenia aparatury poprzez udostępnienie oprzyrządowania oddziałów	• analiza kosztu jednostkowego, w zależności od efektu skali (liczby osób objętych działaniami profilaktycznymi) przy planowaniu programów zdrowotnych i profilaktycznych. • promowanie i upowszechnianie programów profilaktycznych i zdrowotnych, szczególnie w zakresie procedowania programów zdrowotnych.

Interesariusze systemu	Wyzwania stojące przed ochroną zdrowia w Polsce			
	Dostępność świadczeń	**Jakość ochrony zdrowia**	**Efektywność/ ekonomika systemu**	**Skuteczność prewencyjna**
			klinicznych oddziałom wykonującym świadczenia zdrowotne dla lokalnej populacji.	
Podmioty lecznicze	• wdrażanie nowych technologii medycznych umożliwiających sprawniejsze diagnozowanie jednostek chorobowych, co wiąże się ze skróceniem czasu oczekiwania na wyniki badań i czasu od momentu diagnozy do momentu podjęcia interwencji, • zmiany w strukturze zatrudnienia w kierunku zwiększenia dostępności lekarzy specjalistów. • wdrażanie zintegrowanego systemu informatycznego ułatwiającego i przyspieszającego przepływ informacji w szpitalu (np. zintegrowane zarządzanie lekami, sprzętem medycznym, centralizacja gospodarki materiałowej), • umiejętności analityczne niezbędne do restrukturyzacji funkcjonalnej – reorganizacji łóżek szpitalnych w celu dostosowania bazy łóżkowej do zgłaszanych potrzeb zdrowotnych i możliwości finansowania (monitorowanie wskaźników średniego okresu pobytu pacjentów, czasu oczekiwania na przyjęcie do oddziału lub kliniki, stopień wykorzystania łóżek),	• ustalanie priorytetowych i pozostałych zadań w poszczególnych zakresach prowadzonej działalności (medycznej, naukowej, dydaktycznej) i specjalnościach medycznych. • komunikacja z pacjentem i rodziną na szczeblu placówki (wszystkie ogniwa procesu począwszy od recepcji).	• racjonalizacja zarządzania zasobami ludzkimi poprzez prowadzenie stałej analizy stanowisk pracy, działalności poszczególnych części organizacyjnych podmiotu leczniczego w celu formułowania bieżących zaleceń dla pracowników przydzielania zadań przyczyniających się do optymalizacji kosztów zatrudnienia. • monitorowanie stanu wyposażenia placówki w sprzęt medyczny, co pozwala uniknąć zniechęcenia pracowników i pacjentów oraz wzrostu kosztów i strat, które wynikają np. ze złych jakościowo wyników badań diagnostycznych wymagających powtórzenia, a także przestojów, odwołań wykonania świadczeń wynikających z awarii sprzętów, • restrukturyzacja nieruchomości w celu racjonalizacji kosztów utrzymania i kosztów amortyzacji (np. wyeliminowanie zbędnej powierzchni użytkowej oraz zbędnego transportu), • tworzenie centrów odpowiedzialności za koszty w placówce w celu wzmocnienia nadzoru i likwidacji marnotrawienia zasobów, • wdrażanie zintegrowanego zarządzania materiałami medycznymi, medycznym sprzętem zużywalnym i lekami, • analizowanie wewnętrznych przyczyn nieprawidłowości w obszarze zarządzania podmiotem (analiza zasobów, stopień ich	• analiza efektywności wdrażania programu zdrowotnego, • promowanie i upowszechnianie programów profilaktycznych i zdrowotnych, szczególnie w zakresie procedowania programów zdrowotnych.

Interesariusze systemu	Wyzwania stojące przed ochroną zdrowia w Polsce			
	Dostępność świadczeń	**Jakość ochrony zdrowia**	**Efektywność/ ekonomika systemu**	**Skuteczność prewencyjna**
	• realizacja kontraktów z płatnikami publicznymi w celu wyeliminowania ewentualnych sankcji finansowych, włącznie z zerwaniem kontraktów; szczególna uwaga powinna zostać skupiona na tzw. świadczeniach ponad limitowych.		dostosowania do prowadzonej działalności, organizacja procesów pracy, wzajemne relacje między działalnością medyczną i naukową itp.). • analiza sytuacji ekonomicznej placówki i wdrażania rozwiązań podnoszących efektywność ekonomiczną, • restrukturyzacja organizacyjna, np. komasacji diagnostyki laboratoryjnej połączonej ze zmianą lokalizacji komórek diagnostycznych w celu obniżenia kosztów; alokacja archiwizowanych dokumentów w jednym „miejscu" w budynku szpitala, co umożliwi szybszy dostęp do informacji i adaptację zwolnionych pomieszczeń na inne cele.	

Źródło: opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu

3.1.2 Wymagania kwalifikacyjne wobec personelu zarządzającego i administracyjnego ochrony zdrowia oraz ocena posiadanych kwalifikacji

Analiza wymagań kwalifikacyjnych wobec personelu zarządzającego i administracyjnego ochrony zdrowia jest kolejnym elementem niezbędnym do określenia zapotrzebowania na kwalifikacje i tym samym określenia potrzeb szkoleniowych.

Kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi - wymagania

Wymogi, jakie miałaby spełniać kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi, nie są w Polsce unormowane szczegółowymi przepisami (co ma miejsce w przypadku personelu medycznego).

Wymagania zgodne z art. 46 ust. 2 *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*, zakładają, iż osoba zarządzająca placówką leczniczą spełnia niewielkie kryteria tj.: posiadanie wykształcenia wyższego, wiedzy i doświadczenia dających rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika (dyrektora), posiadanie co najmniej pięcioletniego stażu pracy na stanowisku kierowniczym albo ukończenie studiów podyplomowych na kierunku zarządzanie i co najmniej trzyletni staż pracy, brak prawomocnego skazania za przestępstwo popełnione umyślnie. Kierownik podmiotu leczniczego wybierany jest w ramach konkursu.

Analiza Biuletynu Informacji Publicznej[26] w zakresie wymagań stawianym kandydatom na stanowisko kierownicze wskazuje, iż zazwyczaj nie są stosowane dodatkowe kryteria. W nielicznych przypadkach (5 na 28) oczekiwano także znajomości języka angielskiego, doświadczenia w pracy w ochronie zdrowia. Sporadycznie (10 na 28) oczekiwano od kandydata (w ramach wymagań dodatkowych):

1) przedstawienia projektu planu finansowego podmiotu leczniczego,

2) przedstawienia koncepcji działalności podmiotu leczniczego,

3) znajomości zagadnień dotyczących działalności podmiotów leczniczych,

4) znajomości powszechnie obowiązujących przepisów prawa pracy,

5) znajomości zagadnień związanych z przepisami o finansach publicznych.

Niezbędne kwalifikacje osób kierujących podmiotem leczniczym określa raczej zakres ich obowiązków, wynikający z ustaw i rozporządzeń regulujących system ochrony zdrowia w Polsce.

Analiza procesów podmiotu leczniczego, regulowanych zapisami aktów prawnych pozwoliła na określenie niezbędnych kwalifikacji umożliwiających realizację następujących zadań:



<u>Główne procesy zarządzania:</u>

- kontraktowanie usług,
- zarządzanie zasobami ludzkimi,
- zarządzanie informacją o pacjencie,
- zarządzanie audytem wewnętrznym SZJ,
- nadzór nad niezgodnościami, działaniami korygującymi i zapobiegawczymi,
- nadzór nad dokumentami, przepisami prawnymi i zapisami.

[26] Łącznie przeanalizowano 28 archiwalnych i bieżących ogłoszeń o konkursach na kierowników podmiotów leczniczych w latach 2014-2016.

Nadzór nad procesami pomocniczymi:

- zaopatrzenie medyczne,
- zaopatrzenie i transport,
- zarządzanie budynkami,
- umowy zewnętrzne,
- gospodarka odpadami,
- BHP,
- dezynfekcja i sterylizacja,
- zakażenia szpitalne,
- higiena szpitalna.

Nadzór nad prawidłowością realizacji głównych procesów medycznych:

- przyjęcie pacjenta,
- diagnostyka,
- leczenie ambulatoryjne,
- hospitalizacja (leczenie szpitalne),
- rehabilitacja.

Koordynacja, kontrola, nadzór, współpraca:

Zakres obowiązków kierownika podmiotu leczniczego obejmuje przy tym odpowiedzialność za:

- koordynację działania wszystkich komórek organizacyjnych w zakresie zgodności z zadaniami statutowymi,
- organizację kontroli wykonywania zadań poprzez poszczególne komórki organizacyjne,
- współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
- realizację zadań zleconych przez podmiot tworzący,
- udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych określonych odrębnymi przepisami,
- bieżący nadzór nad wykonywaniem zadań statutowych.

Zakres wymaganej kompetencji osób zarządzających podmiotami leczniczymi jest więc bardzo szeroki. Specyfika działania podmiotów leczniczych w stosunku do przedsiębiorstw czy innych jednostek publicznych polega na działaniu w warunkach:

- specyficznej unifikacji wykorzystywanych składników rzeczowych
- pełnej unifikacji wielu procedur stosowanych obligatoryjnie w działaniu
- przestrzegania pełnej poufności wielu prowadzonych działań.

Zgodnie z zapisami Art. 49 *ustawy o podmiotach leczniczych*, do kadry zarządzającej – obok kierownika – zalicza się także: **ordynatora, naczelną pielęgniarkę lub przełożoną pielęgniarek oraz pielęgniarkę oddziałową**.

O wolne stanowiska mogą ubiegać się osoby posiadająca kwalifikacje i spełniające warunki stawiane tym stanowiskom[27]. Wymagane warunki i kwalifikacje odnoszą się wyłącznie do wykształcenia medycznego i odpowiedniego stażu pracy oraz uzyskanych specjalizacji.

Analiza zadań **ordynatora** wskazuje jednak na konieczność wyższych kwalifikacji dla prawidłowej realizacji zadań. Biorąc pod uwagę zakres jego obowiązków powinien on posiadać umiejętności obejmujące:

- zarządzanie personelem,
- zarządzanie jakością i bezpieczeństwem pacjentów,
- zarządzanie procesem leczniczym i końcowymi wynikami,
- budowę spójnej struktury organizacyjnej i wizerunku szpitala w środowisku zewnętrznym,
- monitorowanie rozwoju medycyny w zakresie wykonywanych świadczeń medycznych, śledzenie zmian prawnych,
- wdrażanych standardów leczenia, sposobów rozliczania świadczeń medycznych z płatnikiem publicznym,
- zarządzanie zasobami ludzkimi (personelem medycznym) i zasobami technicznymi (infrastrukturą, aparaturą medyczną) w celu realizacji skutecznego i efektywnego procesu leczniczego.

Podobnie też **naczelnej pielęgniarce** i **pielęgniarce oddziałowej** stawia się wymagania wykraczające poza umiejętności medyczne, takie jak:

- opracowanie planu zatrudnieniowego,
- zarządzanie i ocena bieżącej pracy personelu, opracowywanie i wdrożeniu programów zapewniających oczekiwaną jakość realizowanych świadczeń pielęgniarskich i sprawną organizację,
- systematyczne ocenianie jakości świadczeń podległego personelu i stosowanych metod opieki,
- tworzenie warunków i koordynowanie współdziałania pielęgniarek i położnych z innym personelem medycznym, organizowanie i prowadzenie okresowych narad z podległym personelem.

Analiza wymaganych kwalifikacji na stanowiska zarządcze w podmiotach leczniczych wskazuje na ryzyko niewystarczającego przygotowania kadr do sprostania wyzwaniom stojącym przed ochroną zdrowia w Polsce. Nadal większość kadry zarządzającej poprzestaje na wykształceniu medycznym i sporadycznych kursach podnoszących kwalifikacje zarządcze. Sytuacja ta rodzi potrzebę prowadzenia działań szkoleniowych i doradczych umożliwiających sprawną organizację systemu ochrony zdrowia.

Kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi – posiadane kwalifikacje

Z badań przeprowadzonych w 2013 roku na kadrze zarządzającej szpitalami w Polsce[28] wynika, iż blisko 2/3 ankietowanych dyrektorów stanowią osoby posiadające wykształcenie magisterskie o profilu medycznym. Kolejnymi najczęściej wskazywanymi są studia ekonomiczne (10% badanych) i prawne (6%). Zaledwie 14% ankietowanych nie ukończyło żadnych studiów podyplomowych – odsetek ten jest zbliżony wśród tych, którzy mają wykształcenie magisterskie medyczne (13%) i niemedyczne (15%). Zdecydowana większość dyrektorów z wykształceniem medycznym (66%) ukończyła co najmniej jedne studia podyplomowe z ekonomii i zarządzania w ochronie zdrowia, podczas gdy w grupie osób o wykształceniu niemedycznym odsetek ten wyniósł zaledwie 25%. Stosunkowo popularne kierunki to zdrowie publiczne oraz rachunkowość i finanse. Wybierały je częściej osoby o wykształceniu niemedycznym (odpowiednio 35% i 20% tej grupy) niż medycznym (9% i 16%). **Z przytaczanych badań wynika, iż zmniejsza się odsetek dyrektorów mających magisterskie wykształcenie medyczne (spadek o**

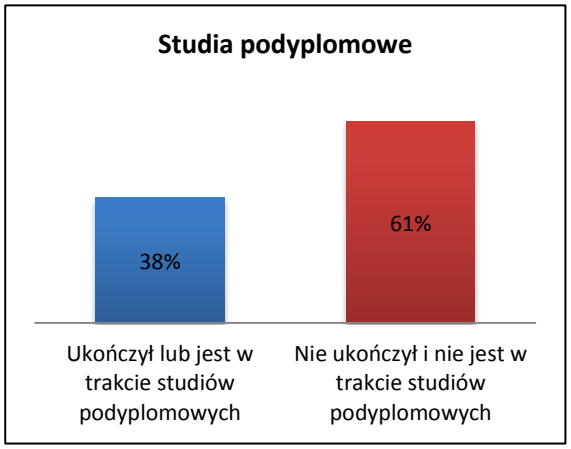
[27] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami [Dz.U. z 2011 r.Nr 151, poz. 896] oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 roku w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą [Dz.U. z 2012 r. poz. 182].

[28] Marcin Kautsh, Sylwia Sobierajska „Kto zarządza polskimi szpitalami", Łódź 2013.

10 punktów procentowych). Choć nadal wśród dyrektorów najwięcej jest lekarzy, to wzmiankowana zmiana jest wyraźna. Osoby o wykształceniu medycznym zdecydowanie są zastępowane przez te o wykształceniu niemedycznym niż na odwrót.

Podobne wyniki uzyskano w 2014 roku w ramach projektu zleconego przez MZ *Badanie jakości i adekwatności wsparcia edukacyjnego udzielonego pracownikom sektora ochrony zdrowia w ramach Poddziałania 2.3.4 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki*[29]. Dyrektorzy z wykształceniem medycznym realizują studia podyplomowe z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia, świadomi potrzeby rozszerzenia kwalifikacji i wiedzy ekonomicznej i zarządczej. Pozyskiwanie pozamedycznych kwalifikacji na stanowiskach kierowniczych postrzegane jest przez tę grupę jako warunek konieczny awansu poza bieżącym miejscem pracy i bieżącym stanowiskiem[30].

Rysunek 1 Struktura przedstawicieli kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi ze względu na studia podyplomowe w zakresie zarządzania służbą zdrowia



Źródło: wyniki badania CATI wśród kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi N=870

Tendencję tę potwierdzają wyniki badania ilościowego zrealizowanego wśród kadry zarządzającej na potrzeby niniejszego raportu. Większość personelu zarządzającego podmiotami leczniczymi (blisko 55%) posiada wykształcenie medyczne.

Badani przedstawiciele kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi na ogół nie ukończyli studiów podyplomowych w zakresie zarządzania służbą zdrowia, niemniej jednak tendencja ta występuje częściej wśród przedstawicieli kadry z wykształceniem niemedycznym.

Zdecydowana większość (prawie 2/3) personelu zarządzającego z wykształceniem medycznym deklaruje ukończenie bądź realizację studiów podyplomowych w tym zakresie (Rysunek 1).

Uczestnicy zogniskowanego wywiadu grupowego zrealizowanego wśród przedstawicieli podmiotów leczniczych podkreślali deficyty kwalifikacyjne w zakresie zarządzania kadrą medyczną, rachunkowości zarządczej, zarządzania ryzykiem.

Kadra zarządzająca płatników publicznych – wymagania

Należy odnotować brak systematycznych danych dotyczących kwalifikacji posiadanych przez przedstawicieli płatników publicznych.

Analiza „netnograficzna" Biuletynu Informacji Publicznej[31] wskazuje na fakt, iż o kwalifikacjach osób kandydujących na stanowisko Dyrektora **Narodowego Funduszu Zdrowia** decyduje *Zakładowy Układ Zbiorowy Pracy Dla Pracowników Zatrudnionych w Narodowym Funduszu Zdrowia*. Stanowi on, iż kandydat na to

[29] *Badanie jakości i adekwatności wsparcia edukacyjnego udzielonego pracownikom sektora ochrony zdrowia w ramach Poddziałania 2.3.4 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki*, EUConsult, 2014

[30] *Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określenia potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej*, IBC GROUP Central Europe Holding S.A, 2012

[31] Przeanalizowano 5 ogłoszeń na stanowisko Dyrektora Wojewódzkiego Oddziału NFZ z czerwca i lipca 2016 roku: lubelskie, dolnośląskie, podlaskie, świętokrzyskie, pomorskie.

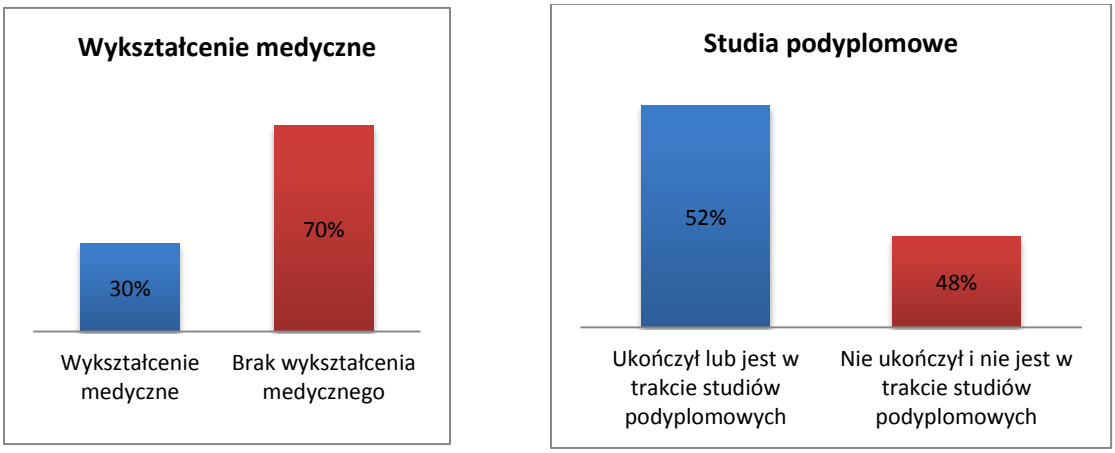
stanowisko musi mieć odpowiedni staż pracy, wykształcenie (pożądane studia podyplomowe i/lub wykształcenie medyczne) oraz doświadczenie w sektorze ochrony zdrowia.

Pracownicy **Ministerstwa Zdrowia** muszą posiadać gruntowną wiedzę na temat aktów prawnych i regulacji dotyczących ochrony zdrowia oraz wykształcenie wyższe. Preferowane jest doświadczenie w pracy w sektorze.

Kadra zarządzająca płatników publicznych – posiadane kwalifikacje

Spośród badanych przedstawicieli płatników publicznych prawie jedna trzecia (30%) ma wykształcenie medyczne (Rysunek 2). Odpowiadający odsetek wśród przedstawicieli podmiotów tworzących wyniósł 10%.

Rysunek 2 Struktura badanych przedstawicieli płatników publicznych ze względu na wykształcenie medyczne i studia podyplomowe z zakresu zarządzania i administrowania w służbie zdrowia



Źródło: Badanie CATI wśród płatników publicznych (n=60)

Mniej więcej połowa badanych przedstawicieli kadry zarządzającej (52%) w instytucjach płatników publicznych deklaruje ukończenie bądź realizację studiów podyplomowych w zakresie zarządzania ochroną zdrowia (Rysunek 2). **Przedstawiciele płatników publicznych – uczestnicy zogniskowanego wywiadu grupowego – deklarują zbyt niskie przygotowanie do prowadzenia czynności z zakresu Oceny Skutków Regulacji.** Potrzeba podnoszenia kwalifikacji w tym obszarze wydaje się być zasadna - także w świetle wniosków z raportu Fundacji Batorego z 2012 roku *Tworzenie i konsultowanie rządowych projektów ustaw*[32]. Zgodnie z wytycznymi Rządowego Centrum Legislacji, proponowane projekty ustaw powinny być zaopatrzone w oparte na danych statystycznych uzasadnienie potrzeby zmiany legislacji oraz prawidłowo oszacowane koszty i spodziewane zyski proponowanych zmian. Wysoka dynamika zmian w ochronie zdrowia oraz brak wymagań kwalifikacyjnych w tym zakresie wobec kandydatów na stanowiska kierownicze w instytucjach płatnika skłania do nadania priorytetu temu obszarowi w szkoleniach skierowanych do pracowników MZ.

Przedstawiciele podmiotów tworzących – wymagania

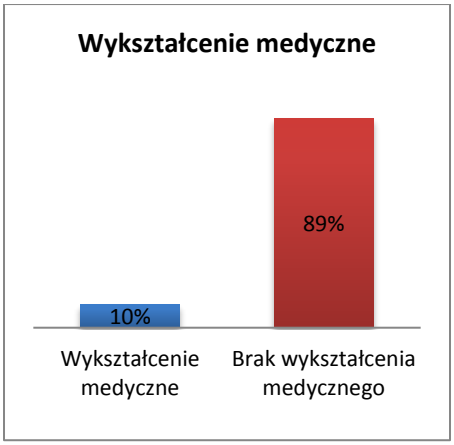
Podobnie jak w przypadku kadry zarządzającej płatników publicznych, również w przypadku podmiotów tworzących brak jest systematycznych danych dotyczących kwalifikacji posiadanych przez kadrę zarządzającą. Personelowi zarządzającemu ochroną zdrowia w podmiotach tworzących nie stawia się wymagań innych niż znajomość sektora ochrony zdrowia i obowiązujących w nim aktów prawnych. Oczywiście wymagane jest wykształcenie wyższe, nie precyzuje się jednak jego tematyki.

[32] *Tworzenie i konsultowanie rządowych projektów ustaw, aport z badania nad sposobem prowadzenia konsultacji publicznych i tworzenia dokumentów towarzyszących rządowym projektom ustaw w 2012 roku,* Fundacja im. Stefana Batorego, 2012.

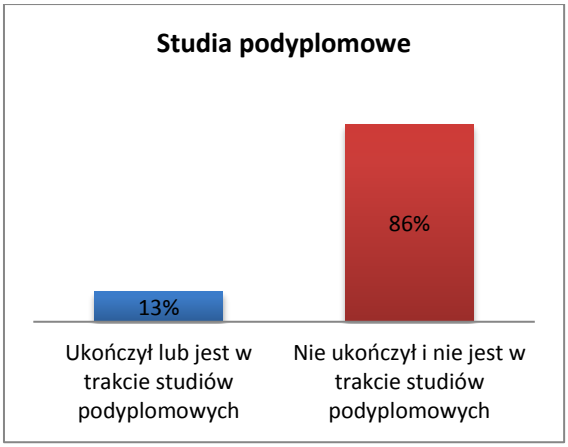
Przedstawiciele podmiotów tworzących – posiadane kwalifikacje

Wśród osób kierujących w podmiotach tworzących komórkami ds. zdrowia jedynie co dziesiąta osoba posiada wykształcenie medyczne. Spośród pracowników posiadających wykształcenie wyższe (posiada je 84% badanych) 13% ukończyło lub jest w trakcie studiów podyplomowych z zakresu zarządzania i administrowania w służbie zdrowia (Rysunek 3).

Rysunek 3 Struktura badanych przedstawicieli podmiotów tworzących ze względu na wykształcenie medyczne i studia podyplomowe z zakresu zarządzania i administrowania w służbie zdrowia



Źródło: Badanie CATI wśród przedstawicieli podmiotów tworzących (n=160); nie pokazano „odmowa odpowiedzi" n=1



Źródło: Badanie CATI wśród przedstawicieli podmiotów tworzących (n=134); nie pokazano „odmowa odpowiedzi" n=1

Zdaniem badanych przedstawicieli podmiotów tworzących - uczestników zogniskowanego wywiadu grupowego – w instytucjach tych występuje deficyt osób z wykształceniem medycznym, o ścisłej specjalizacji, umożliwiającej prowadzenie czynności kontrolnej wobec ordynacji lekarskich. Problemu tego nie można rozwiązać podczas planowanych szkoleń w ramach PO WER, które nie obejmują podnoszenia kwalifikacji medycznych, niemniej jednak można postulować podniesienie kwalifikacji tej grupy o alternatywne metody identyfikowania ryzyka niezgodności z kontraktem ordynacji lekarskich, np. matrycę ordynacji lekarskich i ich odchyleń.

Podsumowanie

Odpowiadając na pytanie badawcze: *Jakie są potrzeby szkoleniowe w zakresie zarządzania personelu administracyjnego i zarządzającego w podmiotach leczniczych, przedstawicieli płatników publicznych i podmiotów tworzących wynikające z wyzwań stojących przed systemem ochrony zdrowia* wskazano w powyższym rozdziale procesy zarządcze i administracyjne wymagające kształtowania umiejętności.

Analiza struktury podmiotów tworzących pod względem kwalifikacji niezbędnych do sprostania wyzwaniom stojącym przed ochroną zdrowia wskazuje na ryzyko niskiego przygotowania do ich realizacji. **Występuje prawdopodobieństwo, iż większość podmiotów tworzących, ze względu na bariery kompetencyjne, koncentruje się na realizacji bieżących zadań ustawowych w zakresie nadzoru i prowadzenia podmiotów leczniczych, a nie na planowaniu strategicznym.** W przypadku płatników publicznych można mówić o ryzyku niskiej adekwatności kwalifikacji do oceny ekonomicznych i społecznych skutków konstruowania koszyka świadczeń gwarantowanych. Potrzeba dalszego podnoszenia kwalifikacji w zakresie zarządzania podmiotami leczniczymi wynika przede wszystkim z niedostosowania wymagań kwalifikacyjnych wobec osób piastujących stanowiska zarządcze do wymagań stawianych przed nimi w poszczególnych procesach zarządzania. Potrzeby szkoleniowe tej grupy dotyczą zarówno procesów wpływających na dostępność leczenia, jak i procesów zarządzania jakością udzielanych świadczeń. Biorąc pod uwagę stan zadłużenia polskich szpitali, deficyty w tworzeniu rachunków kosztów konieczne jest również podniesienie kwalifikacji kadry z zakresu rachunkowości zarządczej. Wszystkie instytucje systemu ochrony zdrowia wymagają rozwinięcia umiejętności analitycznych w

zakresie projektowania i zarządzania programami zdrowotnymi, ze szczególnym uwzględnieniem podmiotów tworzących.

3.2 Analiza rynku kształcenia ustawicznego. Luka rynkowa w zakresie doskonalenia kwalifikacji zarządzania ochroną zdrowia

Określenie zapotrzebowania na działania szkoleniowe wskazane do sfinansowania w ramach PO WER nie jest możliwe bez analizy oferty podobnych działań oferowanych na rynku. Dlatego w niniejszym rozdziale przedstawiono analizę rynku kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania i administrowania w służbie zdrowia. Następnie przeanalizowano, jak często i w jakim zakresie grupy objęte niniejszym badaniem podnosiły swoje kwalifikacje w ostatnich latach. W efekcie możliwe było przedstawienie luki rynkowej w zakresie doskonalenia kwalifikacji zarządzania ochroną zdrowia i wypracowanie rekomendacji, w jaki sposób należy formułować wsparcie w ramach Działania 5.2 PO WER, aby uzyskać efekt synergii z ofertą rynkową.

Analiza oferty rynkowej w zakresie zarządzania ochroną zdrowia

Analiza oferty rynkowej w zakresie zarządzania ochroną zdrowia na różnych szczeblach systemu wskazuje na powszechność możliwości nabywania wiedzy i kwalifikacji w tym zakresie na studiach magisterskich. Każda uczelnia medyczna oraz wiele uczelni prywatnych oferuje kierunek studiów *zdrowie publiczne*, zawierający w sylabusach zagadnienia związane z zarządzaniem placówką medyczną oraz zadaniami instytucji na pozostałych poziomach systemu.

Oferta studiów podyplomowych w tym zakresie również jest bogata. Koszt studiów może jednak stanowić sporą barierę finansową, plasując się na rocznym poziomie od 5000 zł (uczelnie prywatne) do 7600 zł (SGH). Studia podyplomowe w zakresie zarządzania służbą zdrowia są zazwyczaj jednoroczne. Zakres merytoryczny studiów przygotowany jest na ogół na absolwenta kierunków medycznych bądź kierunków pozaekonomicznych. Obejmuje pełen przegląd prawny i regulacyjny, elementy zarządzania zasobami ludzkimi oraz analizę rachunku ekonomicznego i elementy rachunkowości zarządczej. Zakres studiów wyspecjalizowanych w nauczaniu zarządzania organizacjami ochrony zdrowia zawiera podstawy tworzenia i zarządzania programami zdrowotnymi, bez prezentacji metod kalkulacji kosztów jednostkowych ani oceny wpływu podejmowanych decyzji na statystyki zdrowia publicznego. Średni pakiet godzin poświęcanych na ogólne kwestie rachunkowości zarządczej wynosi od 5 do 7 godzin nauczania.

Zakres nauczania zarządzania zasobami ludzkimi zawiera podstawy analizy produktywności i wydajności pracy, bez technik warsztatowych zarządzania strukturami ludzkimi.

Zdaniem uczestników panelu ekspertów stan ten wynika przede wszystkim ze struktury popytu na studia podyplomowe. Ich uczestnikami są osoby reprezentujące różne instytucje systemu ochrony zdrowia, o różnym doświadczeniu i specyficznych potrzebach. Skłania to uczelnie do nauczania ogólnych zasad zarządzania, tak aby każdy uczestnik był choćby częściowo usatysfakcjonowany. **Fakty te prowadzą do postawienia tezy, że rozwijanie umiejętności analitycznych powinno odbywać się w miarę homogenicznych grupach uczestników, które zainteresowane są analizą tego samego procesu.**

Biorąc pod uwagę czas trwania studiów podyplomowych, trudno uznać je za ostateczny poziom kwalifikacji kadry zarządzającej instytucjami systemu ochrony zdrowia w obliczu zdiagnozowanych wyzwań. Konieczne jest wprowadzenie modułu nauczania w ramach studiów podyplomowych ukierunkowanego na kształtowanie umiejętności efektywnego rachunku ekonomicznego oraz efektywnego gospodarowania zasobami (podmioty lecznicze), ocenę społecznych i ekonomicznych efektów koszyka świadczeń (MZ), racjonalizację systemu kontraktacji (NFZ), efektywny nadzór, kontrola i zarządzanie podmiotami leczniczymi (podmioty tworzące).

Kształcenie ustawiczne prowadzone w formie szkoleń i kursów jest dość szeroko rozwinięte w kluczowych obszarach zarządzania ochroną zdrowia. W niemal każdym województwie można odnotować uczelnie oraz

instytucje szkoleniowe oferujące kursy dokształcające skierowane do pracowników sektora oraz osób spoza branży. Najczęściej są to kursy zamknięte, realizowane na zlecenie podmiotów tworzących bądź płatników publicznych. Instytucje te cyklicznie ogłaszają również nabór na szkolenia otwarte, skierowane do pracowników ochrony zdrowia z danego regionu lub województwa sąsiednich.

Tabela 2 Najważniejsze kierunki kształcenia ustawicznego w kluczowych obszarach zarządzania ochroną zdrowia

Obszar problemowy	Forma podnoszenia kwalifikacji	Jednostka organizująca	Przykładowe tytuły szkoleń/ kursów/ studiów	Dostępność finansowa
Zarządzanie i administrowanie w służbie zdrowia/ w podmiocie leczniczym	Studia podyplomowe	Szkoły wyższe	Zarządzanie w ochronie zdrowia (kierunek ogólny)	Odpłatne od 5000 do 7000 zł per capita
	Studia podyplomowe	Szkoły wyższe niepubliczne	Coaching w ochronie zdrowia	Odpłatne: 7 tys. zł
Kwestie finansowe w podmiocie leczniczym	Studia podyplomowe	Szkoły wyższe	Zarządzanie finansami placówek służby zdrowia Zarządzanie Ryzykiem w Podmiotach Leczniczych	Odpłatne od 3 do 5 tys. zł
	Szkolenia i kursy	Instytucje szkoleniowe	Kontrola zarządcza i nadzór w podmiotach leczniczych, zarządzanie ryzykiem, planowanie i sprawozdania finansowe Finansowe skutki nowelizacji ustawy o działalności leczniczej	Odpłatne – średnio 500 zł per capita
Prowadzenie dokumentacji medycznej i zarządzanie informacją o pacjencie	Studia podyplomowe	Szkoły wyższe niepubliczne	Administrowanie i organizacja w placówkach ochrony zdrowia (prowadzenie sekretariatu medycznego) Statystyk medyczny Organizacja pracy koderów w podmiotach leczniczych Sekretarka medyczna	Odpłatne od 2 do 5 tys. zł
	Studia podyplomowe	Szkoły wyższe	E-zdrowie Analityka medyczna Podyplomowe Studium Koderów i Klasyfikacji Medycznych Biostatystyka i analiza danych w ochronie zdrowia publicznego	Odpłatne od 5 do 7,5 tys. zł
	Kursy/ szkolenia	Instytucje szkoleniowe	Obsługa pacjenta od rejestracji do wypisu Organizacja pracy w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej Warsztaty doskonalące dla koderów i statystyków medycznych	Odpłatne od 200 do 500 zł

Obszar problemowy	Forma podnoszenia kwalifikacji	Jednostka organizująca	Przykładowe tytuły szkoleń/ kursów/ studiów	Dostępność finansowa
			Ochrona danych osobowych oraz nowe uprawnienia zawodowe pielęgniarki położnej	
Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych i realizacja umowy z NFZ	Kursy/ szkolenia	Instytucje szkoleniowe	Kontraktowanie świadczeń przez NFZ - zasady zawierania umów z NFZ Realizacja świadczeń na podstawie umowy z NFZ - pakiet kolejkowy	Odpłatne od 200 do 700 zł
	Szkolenia	NFZ	Szkolenie z zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych, szkolenia online realizowane w ramach projektu *Akademia NFZ*	Nieodpłatne
	Szkolenia dla pracowników ochrony zdrowia	Niepubliczne szkoły wyższe	Rozliczenia z NFZ oraz kontraktowanie świadczeń zdrowotnych	Odpłatne - około 750 zł
Kwestie prawne	Studia podyplomowe Kursy/ szkolenia	Publiczne szkoły wyższe	Prawo medyczne w ochronie zdrowia Zamówienia publiczne w ochronie zdrowia Zarządzanie spółką prawa handlowego ochrony zdrowia Prowadzenie działalności gospodarczej w opiece zdrowotnej	Odpłatne – od 750 zł
	Studia podyplomowe Kursy/ szkolenia	Niepubliczne szkoły wyższe	Prawo medyczne, prawa pacjenta i ubezpieczenia zdrowotne Zamówienia publiczne Organizacyjno-prawne aspekty zarządzania w ochronie zdrowia Udzielanie świadczeń zdrowotnych - prawo oraz dokumentacja medyczna	Odpłatne – od 1 tys. zł
	Kursy/ szkolenia	Instytucje szkoleniowe	Czas pracy w podmiotach leczniczych po zmianach w 2014 r. Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń - zmiany od 1 stycznia 2016 roku Prawa pacjenta i odpowiedzialność za błędy Usuwanie szkód wynikających z błędów i zdarzeń medycznych Zgoda na działanie medyczne	Odpłatne – brak danych o kwotach
Kontrola, audyt lub wdrożenie certyfikatów	Kursy/ szkolenia	Instytucje szkoleniowe	Jakość w ochronie zdrowia przygotowanie szpitala do akredytacji Zarządzanie jakością w placówce medycznej	Odpłatne od 500 do 900 zł

Obszar problemowy	Forma podnoszenia kwalifikacji	Jednostka organizująca	Przykładowe tytuły szkoleń/ kursów/ studiów	Dostępność finansowa
zarządzania jakością	Studia podyplomowe	Szkoły wyższe niepubliczne	Manager jakości w ochronie zdrowia	Odpłatne – brak danych o kwotach
	Szkolenia	Centrum Monitorowania Jakości	Szkolenia akredytacyjne	Odpłatne od 900 do 1,1 tys. zł
Umiejętności interpersonalne, komunikacyjne, tzw. kompetencje miękkie	Kursy/ szkolenia	Instytucje szkoleniowe	Skuteczna komunikacja z pacjentem Komunikacja interpersonalna a profesjonalna obsługa pacjenta	Odpłatne od 500 do 1 tys. zł
	Szkolenia	Okręgowa Izba Lekarska	Komunikacja interpersonalna oraz system funkcjonowania ochrony zdrowia	Nieodpłatne
	Kursy/ szkolenia	Szkoły wyższe niepubliczne	Radzenie sobie ze stresem oraz przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu Komunikacja interpersonalna i rozwiązywanie konfliktów (mediacje, negocjacje) w pielęgniarstwie Zarządzanie zasobami ludzkimi	Odpłatne od 200 do 700 zł
Marketing i public relations	Studia podyplomowe	Publiczne szkoły wyższe	Zarządzanie marketingiem medycznym Zarządzanie promocją zdrowia	Odpłatne: od 1 do 3 tys. zł
	Kursy/ szkolenia	Instytucje szkoleniowe	Public Relations w medycynie. Budowanie pozytywnego wizerunku, pozyskiwanie pacjentów Tajemnice marketingu usług medycznych	Odpłatne: od 1 do 4 tys. zł

Źródło: opracowanie własne, analiza stron internetowych

Analiza zakresu tematycznego kształcenia ustawicznego wskazuje na liczne możliwości podnoszenia kwalifikacji, przydatnych dla realizacji wyzwań sektora ochrony zdrowia.

Zwraca uwagę wysoka kompatybilność tematyczna oferowanych szkoleń z zakresem projektów systemowych i konkursowych realizowanych w ramach Działania 2.3. PO KL. Można stwierdzić, że ich zakres stanowi kontynuację kierunków podnoszenia kwalifikacji przedstawionych w zakresie tych interwencji. Świadczy to o dużej wartości normotwórczej projektów współfinansowanych w ramach EFS. Nie bez znaczenia pozostaje także fakt bezkosztowego dla instytucji kształcenia ustawicznego wypracowania standardów i zakresu szkoleń w ramach środków europejskich co pozwala na ustalenie relatywnych niższych kosztów jednostkowych.

Jak wynika jednak z analizy treści programów studiów podyplomowych i zakresu szkoleń w kluczowych obszarach zarządzania koncentrują się one na zasadach i kierunkach działania, dostarczają gotowych recept bądź wskazówek do ich tworzenia bez kształtowania umiejętności analitycznych. Na rynku występuje przy tym deficyt szkoleń dla audytorów wewnętrznych.

Ja się zgłaszałem i szukałem ofert na szkolenia dotyczące nadzoru nad badaniami klinicznymi dla pracowników Wydziału Promocji Zdrowia. Powiem szczerze, że ceny, które dostałem były po prostu zaporowe. Na jednego pracownika musiałbym wydać niemalże cały budżet szkoleniowy, jaki jest.

/ FGI – podmioty tworzące/

Należy podkreślić, iż niemal wszystkie obecne na rynku szkolenia i studia podnoszące kompetencje kadry zarządzającej są odpłatne dla uczestnika. Udział w nich warunkowany jest budżetem szkoleniowym jednostek, a w przypadku podmiotów leczniczych – budżetem przeznaczonym na doskonalenie zawodowe pracowników podmiotów leczniczych w podmiotach tworzących.

Koszty szkoleń zamkniętych wahają się od 100 do 7000 zł za jednego uczestnika z danej instytucji. Relatywnie tańsze – poniżej 100 zł na jednego pracownika są jednodniowe szkolenia zamknięte z zakresu obowiązujących przepisów prawnych i księgowych.

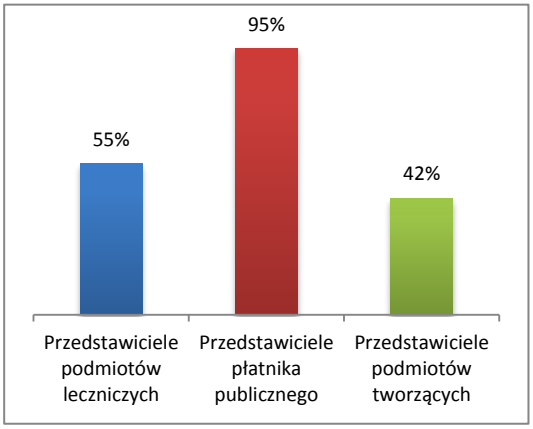
Koszty szkoleń oferowanych na rynku wzrastają wielokrotnie, gdy temat jest specjalistyczny i dotyczy konkretnego procesu zarządzania (np. nadzór nad prowadzeniem badań klinicznych). Koszty te przekraczają możliwości budżetowe instytucji ochrony zdrowia.

Podnoszenie kwalifikacji w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia – wyniki badania

Z przeprowadzonych badań wynika, że **znaczny odsetek kadry zarządzającej i personelu administracyjnego uczestniczył w ciągu ostatnich 3 lat w kursach, szkoleniach i innych formach podnoszenia kwalifikacji** w zakresie zarządzania/administrowania ochroną zdrowia.

Najczęściej uzupełniają swoje kwalifikacje osoby na kierowniczych stanowiskach w NFZ i Ministerstwie Zdrowia (przedstawiciele płatników publicznych) – 95% przedstawicieli kadry administracyjno-zarządczej, najrzadziej zaś (42%) przedstawiciele podmiotów tworzących (Rysunek 4). W badanych podmiotach leczniczych aż 77-80% przedstawicieli kadry zarządzającej szpitalami (dyrektorzy, pracownicy ds. finansowych, kierownicy ds. administracyjnych i ekonomicznych) deklaruje uczestniczenie w różnych formach podnoszenia kwalifikacji, relatywnie rzadziej uczestniczą w nich pracownicy administracyjni oraz ordynatorzy i pielęgniarki.

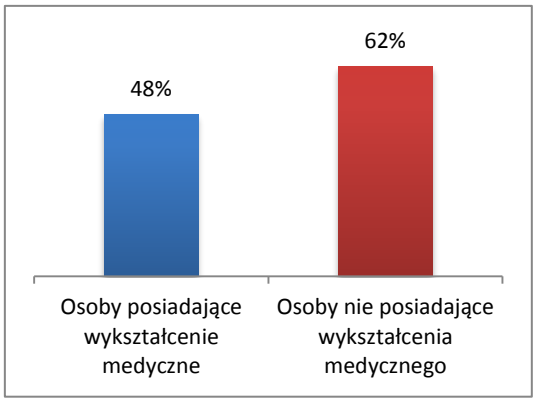
Rysunek 4 Uczestnictwo w szkoleniach lub innych formach podnoszenia kwalifikacji i kompetencji w ostatnich 3 latach, poza szkoleniami w zakresie BHP oraz specjalistycznymi szkoleniami medycznymi



Źródło. Badanie CATI wśród przedstawicieli podmiotów leczniczych (N=870), płatnika (n=60) i podmiotów tworzących (N=161).

W podmiotach leczniczych oraz podmiotach tworzących zdecydowanie częściej podnosili swoje kwalifikacje przedstawiciele kadry zarządczej z wykształceniem niemedycznym (Rysunek 5).

Rysunek 5 Odsetek przedstawicieli kadry zarządzającej, deklarujących uczestniczenie w szkoleniach, innych formach podnoszenia kwalifikacji w dziedzinie zarządzania ze względu na typ wykształcenia



Źródło: badanie CATI N= 1035

Biorąc pod uwagę wiek i staż pracy osób deklarujących uczestniczenie w ciągu ostatnich 3 lat w szkoleniach, innych formach podnoszenia kwalifikacji, można stwierdzić, iż zainteresowanie podnoszeniem kwalifikacji rozpoczyna się średnio po ukończeniu 30 roku życia i minimum 2 latach stażu pracy.

Najczęstsza tematyka szkoleń i innych form podnoszenia kwalifikacji, w których uczestniczyli badani przedstawiciele instytucji ochrony zdrowia dotyczyła następujących zagadnień (Rysunek 6):

- ogólne sprawy zarządzania i administrowania w służbie zdrowia/ w podmiocie leczniczym (36%),
- kwestie prawne (np. prawo zamówień publicznych, prawa pacjenta, prawna odpowiedzialność personelu medycznego (35%),
- kwestie finansowe w podmiocie leczniczym (30%),
- kontrola, audyt lub wdrożenie certyfikatów zarządzania jakością (30%),
- prowadzenie dokumentacji medycznej i zarządzanie informacją o pacjencie (29%),
- umiejętności interpersonalne, komunikacyjne, tzw. kompetencje miękkie (28%).

Rysunek 6 Deklarowana tematyka szkoleń, innych form podnoszenia kwalifikacji w zarządzaniu, w których badani uczestniczyli w ciągu ostatnich 3 lat



Źródło: Badanie CATI (n=570), pokazano odsetek wskazań; procenty nie sumują się do 100, ponieważ można było wskazać więcej niż jeden temat szkoleń, innych form podnoszenia kwalifikacji

Tematyka wybieranych form podnoszenia kwalifikacji silnie różnicuje się w zależności od typu podmiotu. **Przedstawiciele płatników publicznych zdecydowanie częściej niż inni wybierali szkolenia związane z umiejętnościami interpersonalnymi, tzw. komunikacją.** Umiejętności te są zwłaszcza niezbędne pracownikom NFZ podczas procesu negocjacyjnego prowadzonego podczas kontraktacji świadczeń.

Przedstawiciele podmiotów tworzących, podobnie jak przedstawiciele podmiotów leczniczych decydowali się na ogół na szkolenia związane ogólnie z zarządzaniem ochroną zdrowia, związane z kwestiami finansowymi oraz kwestiami prawnymi. Potwierdza to tezę, że podstawową potrzebą kadry zarządzającej tych instytucji jest aktualizacja wiedzy niezbędnej do prawidłowego wykonywania podstawowych procesów zarządzania w świetle zmian prawnych i zmian przepisów księgowych. W podmiotach leczniczych w kwestiach prawnych szkolili się głównie pracownicy medyczni, ale też dyrektorzy szpitali i dyrektorzy ds. administracyjnych i finansowych (Tabela 3). W kwestiach finansowych – przede wszystkim księgowi.

Tabela 3 Deklarowana tematyka szkoleń, innych form podnoszenia kwalifikacji w zarządzaniu, w których badani uczestniczyli w ciągu ostatnich 3 lat – kadra zarządzająca w podmiotach leczniczych

	Pracownik pionu administracyjnego	Osoba na stanowisku dyr. ds. finansowych	Dyrektor/ kierownik szpitala	Dyrektor/kierownik ds. adm./ ekon.	Ordynator oddziału szpitalnego	Naczelna pielęgniarka	Pielęgniarka oddziałowa
Zarządzanie i administrowanie w służbie zdrowia/ w podmiocie leczniczym	40%	17%	67%	38%	18%	59%	49%
Kwestie związane z oceną technologii medycznych (tzw. HTA)	11%	4%	7%	8%	12%	9%	13%
Kwestie finansowe w podmiocie leczniczym	24%	77%	37%	35%	10%	20%	21%
Prowadzenie dokumentacji medycznej i zarządzanie informacją o pacjencie	40%	2%	33%	23%	50%	48%	47%
Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych i realizacja umowy z NFZ	23%	7%	16%	10%	12%	20%	17%
Kwestie prawne	34%	9%	40%	40%	54%	46%	48%
Kontrola, audyt lub wdrożenie certyfikatów zarządzania jakością	21%	17%	40%	25%	34%	49%	33%
Umiejętności analityczne	13%	5%	9%	13%	2%	9%	17%
Umiejętności interpersonalne, komunikacyjne, tzw. kompetencje miękkie	23%	6%	26%	18%	18%	42%	33%
Marketing i public relations (poprawa wizerunku służby zdrowia)	16%	5%	5%	15%	4%	16%	10%
Żadne z powyższych	16%	9%	5%	13%	12%	4%	12%

Źródło: Badanie CATI (n=450), pokazano odsetek wskazań; procenty nie sumują się do 100, ponieważ można było wskazać więcej niż jeden temat szkoleń, innych form podnoszenia kwalifikacji

Naczelne pielęgniarki i pielęgniarki oddziałowe chętnie szkolą się też z ogólnych kwestii zarządzania ochroną zdrowia ze względu na nałożoną na nich główną rolę w procesie zarządzania jakością. W świetle wyzwań związanych z zarządzaniem strategicznym placówką nie dziwi też wysoki odsetek dyrektorów szpitali, którzy podnosili swoje kwalifikacje w tym zakresie. Częstym tematem szkoleń, nie tylko dla kadry medycznej, było prowadzenie dokumentacji medycznej i zarządzanie informacją o pacjencie. Wywiady pogłębione z przedstawicielami szpitali pokazują, że ze względu na ciągłe deficyty w tym zakresie oraz częste zmiany przepisów powinny być to szkolenia ciągłe/cykliczne. W badanych szpitalach częściowo te szkolenia były realizowane własnymi zasobami (np. przez pracownika działu organizacyjno-prawnego).

Biorąc pod uwagę zależność wybieranej tematyki szkoleń od faktu posiadania wykształcenia medycznego można stwierdzić, iż osoby nieposiadające wykształcenia medycznego wybierały zazwyczaj zagadnienia związane z kwestiami finansowymi (41%), podczas, gdy osoby z wykształceniem medycznym częściej wybierały pozostałą tematykę szkoleń. Wynik ten potwierdza tezę o potrzebie doskonalenia kwalifikacji przez kadrę zarządzającą w podmiotach leczniczych z wykształceniem medycznym i niedostatku wiedzy pozyskanej podczas ogólnych studiów podyplomowych.

Analiza kierunku podnoszenia kwalifikacji w ciągu ostatnich 3 lat ze względu na zajmowane stanowisko w podmiotach leczniczych wskazuje na następujące zależności. Kierownicy podmiotów częściej niż inni uczestniczą w szkoleniach oraz innych formach doskonalenia zawodowego z tematyki zarządzania i administrowania, podczas gdy ordynatorzy najczęściej korzystają ze szkoleń dotyczących kwestii finansowych i prawnych, oraz szkoleń dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej i zarządzania informacją o pacjencie. Warte podkreślenia jest, iż pielęgniarki pełniące funkcje kierownicze częściej niż ordynatorzy kształciły się w ciągu ostatnich 3 lat w kwestiach kontroli, audytu i systemu jakości ochrony zdrowia oraz w kwestii ogólnej wiedzy o zarządzaniu,

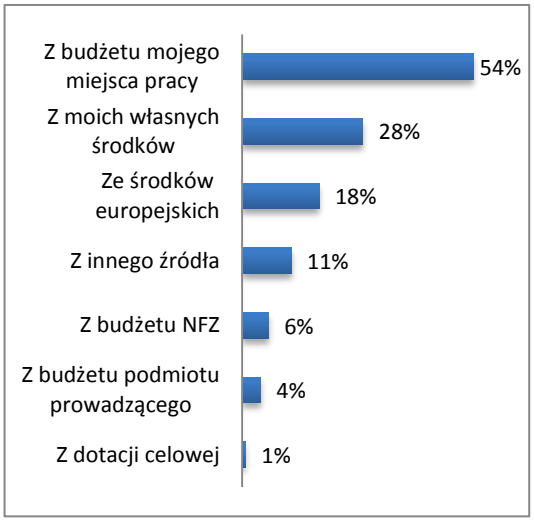
administrowaniu ochroną zdrowia. Zależność tę można wyjaśnić koncentracją zadań związanych z kontrolą jakości właśnie na tych stanowiskach.

Wiek i staż pracy w małym stopniu różnicują wybieraną tematykę szkoleń, innych form podnoszenia kwalifikacji. Można jedynie powiedzieć, że osoby powyżej 40 roku życia częściej niż osoby młodsze kształcą się w wielu różnych kwestiach. Częściej też wybierają ogólne zarządzanie i administrowanie ochroną zdrowia. Wynik ten potwierdza tezę o kierowaniu się przy wyborze tematyki szkoleń zagadnień związanych z codziennymi wyzwaniami związanymi z wykonywaniem zadań. Osoby powyżej 40 roku życia częściej niż inne pełnią stanowiska kierownicze, częściej więc wybierają szkolenia aktualizujące bieżącą wiedzę na temat zarządzania.

Wyniki badania wskazują na dominującą popularność szkoleń z zakresu bieżących, codziennych czynności administracyjnych i zarządczych. Respondenci najczęściej uczestniczyli w szkoleniach aktualizujących warunki prawne wdrażania codziennych zadań.

Wyniki badania przedstawione na Rysunku 7. potwierdzają fakt, że **głównym źródłem finansowania szkoleń, form podnoszenia kwalifikacji jest budżet miejsca pracy (54% wskazań).** Warty odnotowania jest odsetek (28%) osób, które deklarują, że udział w formach podnoszenia kwalifikacji finansowany był z własnych środków. Są to niemal wyłącznie przedstawiciele podmiotów leczniczych: ordynatorzy, naczelne pielęgniarki i pielęgniarki oddziałowe oraz co czwarty kierownik podmiotu leczniczego.

Rysunek 7 Źródła finansowania szkoleń, innych form podnoszenia kwalifikacji w ciągu ostatnich 3 lat



Źródło: Badanie CATI (N=454); nie pokazano odpowiedzi „nie pamiętam"

Wskazując odpowiedź „z innego źródła" respondenci doprecyzowywali, że uczestniczyli w szkoleniach organizowanych m.in. ze środków Powiatowego Urzędu Pracy, Urzędu Marszałkowskiego, Urzędu Wojewódzkiego, Krajowego Funduszu Szkoleniowego, a także izb pielęgniarskich i lekarskich.

Badani najczęściej decydowali się na krótkie formy szkoleń, nie trwające dłużej niż 1-2 dni (niezależnie od badanej grupy było to powyżej 80%; płatnicy publiczni 97%). Studia podyplomowe na ogół wybierali przedstawiciele podmiotów leczniczych (23%), w tym głównie: naczelne pielęgniarki, pielęgniarki oddziałowe oraz pracownicy administracyjni. Częściej niż inni tę formę podnoszenia kwalifikacji wybierały osoby w wieku 41-50 lat. Wynik ten świadczy o potrzebie integrowania wiedzy w związku z wzrastającymi wymaganiami związanymi z zarządzaniem systemem jakości w ochronie zdrowia.

Respondenci uczestniczyli we wskazanych przez siebie formach podnoszenia kwalifikacji zazwyczaj w szerszym gronie pracowników danej instytucji/placówki. Rzadziej niż co trzeci respondent deklaruje, że był jedyną osobą z miejsca pracy uczestniczącą w danym szkoleniu. Są to zazwyczaj osoby, które same płaciły za dane szkolenie (głównie pielęgniarki i pracownicy pionów administracyjnych) lub przedstawiciele podmiotu tworzącego.

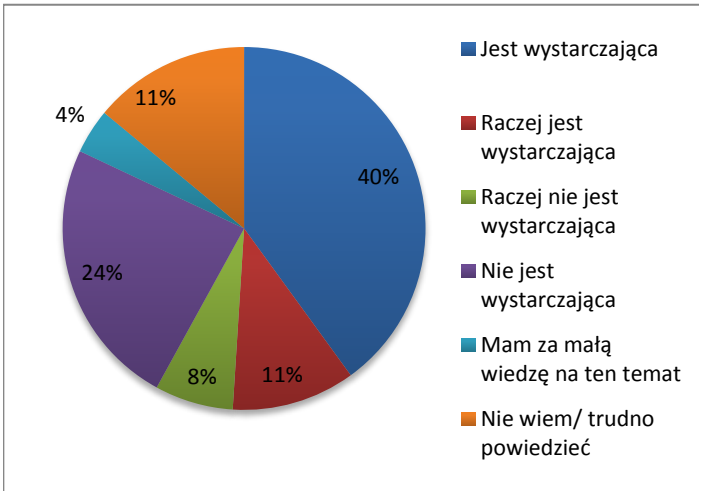
Zdecydowana większość badanych, którzy w ostatnich 3 latach podejmowali działania szkoleniowe (85%) twierdzi, że rezultaty szkoleń, innej formy podnoszenia kwalifikacji zostały rozpowszechnione w miejscu pracy respondenta, przede wszystkim w toku codziennej pracy, rozmów (64%) oraz podczas cyklu wewnętrznych spotkań (32%). Relatywnie najrzadziej przekazują nabytą wiedzę pracownicy podmiotów tworzących (53%), głównie ze względu na ścisłą specjalizację stanowisk pracy i prawdopodobne skupienie działań na bieżących kwestiach nadzoru, a nie na kwestiach strategicznych. Typ instytucji systemu silnie różnicuje formę przekazywania wiedzy. Przedstawiciele płatników publicznych częściej niż inni udostępniają materiały szkoleniowe innym pracownikom oraz wygłaszają referat, sprawozdanie z treści szkoleniowych. Pracownicy podmiotów leczniczych częściej niż inni preferują rozpowszechnianie zdobytej wiedzy podczas szkoleń wewnętrznych, głównie ze względu na tradycję odpraw i regularnych szkoleń wewnętrznych z wiedzy medycznej i pozamedycznej, co potwierdzili zarówno eksperci podczas panelu, jak też przedstawiciele szpitali objętych studiami przypadku.

Brakuje oferty kształcenia z zakresu zarządzania i planowania strategicznego: Na pewno potrzeba im [kadrze zarządzającej w sektorze zdrowia] szkoleń, ale to bardzo specyficznych. Z analizy, z umiejętności analizy. I wyciągania wniosków strategicznych na przyszłość. Ja wśród nich obserwuję deficyt tworzenia długofalowego planu. […] Oni od podstaw, od nauki, od studiów nie są nauczeni, że trzeba nawet w bardzo niepewnej sytuacji finansowej, bo sytuacja finansowa jest niepewna – […] bo cofną dotacje, bo zmniejszą kontrakt. Ale mimo wszystko do tego celu trzeba dążyć. I druga rzecz, której muszą się nauczyć […] to jest to żeby mieli zawsze plan B. Bo jeśli plan A nie wypali to trzeba zmierzać do planu B a może i C.

/FGI – podmioty lecznicze/

Badani określili nabyte umiejętności jako przydatne w dużym bądź średnim stopniu, bez względu na typ instytucji. Tematyka wybranych szkoleń została określona jako odpowiednia dla danego stanowiska pracy przez ponad 90% szkolących się badanych. Relatywnie bardziej krytyczni niż inni byli przedstawiciel pionu administracyjnego podmiotów leczniczych.

Rysunek 8 Ocena oferty rynkowej działań podnoszących kwalifikacje i kompetencje z zakresu zarządzania i administrowania służbą zdrowia oraz kompetencje pozamedyczne



Źródło: Badanie CATI (N=480)

Zdania na temat zakresu oferty rynkowej są natomiast podzielone. Mniej więcej połowa badanych (51%) uważa, że oferta rynkowa jest wystarczająca, przy 31% osób twierdzących, że jej zakres nie jest kompletny (Rysunek 8). Typ instytucji nie różnicuje częstości wskazań, można jednak stwierdzić, że bardziej krytyczni wobec dostępnej oferty rynkowej są przedstawiciele kadry zarządzającej podmiotów leczniczych, ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe oraz przedstawiciele uczelni, będących podmiotem tworzącym. Uczestnicy zogniskowanych wywiadów grupowych, reprezentujący wskazane wyżej kategorie podkreślali brak oferty kształcenia z zakresu zarządzania i planowania strategicznego.

Luka rynkowa w zakresie doskonalenia kwalifikacji zarządzania ochroną zdrowia

Analiza rynku kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania ochroną zdrowia wskazuje na duży potencjał wykonawczy rynku, pozytywny odbiór dotychczas prowadzonych działań wśród odbiorców kształcenia oraz silną wrażliwość na źródło finansowania oraz czas trwania szkolenia.

Jednocześnie odnotować należy ryzyko, iż dotychczas wypracowane produkty na rynku kształcenia ustawicznego nie rozwinęły programów, modułów szkoleniowych związanych z kształtowaniem umiejętności analitycznych czy planowania strategicznego.

Lukę tę zapełnić mogą właśnie planowane szkolenia w Działaniu 5.2 PO WER, kładące nacisk na kształtowanie umiejętności analitycznych niezbędnych przy planowaniu strategicznym oraz wypełniające deficyt szkoleń dla audytorów wewnętrznych. Na obecnym rynku usług kształcenia ustawicznego brakuje szkoleń odnoszących się do podnoszenia kompetencji w głównych, pomocniczych i zarządczych kompetencjach kadry z wyjątkiem procesu zarządzania jakością w aspekcie dokumentacji medycznej. Wydaje się, że katalizatorem takich kierunków kształcenia powinny być projekty konkursowe i projekty systemowe Działania 2.3. PO KL[33]. A jednak oprócz projektów adaptujących podmioty lecznicze do wyzwań związanych ze zmianami regulacji prawnych: *Akademia NFZ, Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ, Bezpieczny szpital-bezpieczny pacjent, Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez popularyzację wiedzy na temat technologii ICT* **nie rozwinięto produktów szkoleniowych, które mogłyby być rekomendowane do kontynuacji w ramach Działania 5.2 PO WER właśnie ze względu na brak komponentu umiejętności analitycznych, czy też szkoleń dedykowanych audytorom wewnętrznym**. Rozwijano głównie studia podyplomowe uczące ogólnie o procesach zarządzania, bez wprowadzania wiedzy o narzędziach zarządzania i kształtowania umiejętności ich wykorzystywania, ukierunkowane na różnego odbiorcę o różnych potrzebach w zakresie analizy konkretnych procesów. Należy też podkreślić, że najbardziej trwałe na rynku są szkolenia i kursy rozwinięte właśnie podczas realizacji projektów systemowych – nie konkursowych. Licznie występują szkolenia dotyczące zasad kontraktowania świadczeń, zarządzania jakością, prowadzenia dokumentacji medycznej, zarządzania finansami podmiotu leczniczego.

Konsekwencje projektów wdrożonych w ramach Działania 2.3 PO KL skłaniają do postawienia tezy, że kluczowym czynnikiem kształtowania rynku szkoleń i kursów dla kadry zarządzającej ochrony zdrowia jest doświadczenie instytucji (projektodawców) w realizowaniu współfinansowanych w ramach EFS szkoleń dedykowanych, odnoszących się do konkretnych zagadnień i procesów zarządzania.

Podsumowanie

Odpowiadając na pytanie badawcze: *Czy istnieją bariery w dostępie do szkoleń? Jeśli tak, jakie są ich przyczyny? Jakie są możliwości eliminacji takich przeszkód?,* należy wskazać, iż **główną barierą korzystania ze szkoleń czy kursów podnoszących kwalifikacje dostępnych na rynku jest ich koszt, który przekracza możliwości budżetowe instytucji systemu**. Oczywistą eliminacją tej przeszkody jest ich finansowanie w ramach środków PO WER oraz – w kolejnych latach – podniesienia wymagań kwalifikacji wobec kandydatów na stanowiska kierownicze w ochronie zdrowia. Zinstytucjonalizowanie podniesionych wymagań w postaci zapisów odpowiednich rozporządzeń przyczyni się do powstania na rynku kształcenia ustawicznego licznych produktów szkoleniowych, które – w przypadku dużej skali potencjalnych uczestników – będą oferować koszty jednostkowe akceptowalne w budżetach szkoleniowych instytucji ochrony zdrowia.

Kolejną zidentyfikowaną barierą w dostępie do szkoleń jest brak zestandaryzowanej oferty rynkowej odnoszącej się do procesów zarządzania innych niż kontraktowanie czy zarządzanie jakością. Można zamówić takie szkolenie, jednak traktowane ono będzie przez firmę szkoleniową, szkołę wyższą jako szkolenie niszowe o wysokich kosztach jednostkowych. Przeszkodę tę można wyeliminować poprzez profilowanie tematyki szkoleń w regulaminach konkursów realizowanych w ramach Działania 5.2 PO WER w celu zestandaryzowania produktów szkoleniowych odnoszących się do wyzwań wyspecyfikowanych w raporcie. Gotowy już produkt na rynku usług szkoleniowych będzie znacznie tańszy i bardziej dostępny dla jednostek, które nie będą uczestniczyć w Działaniu 5.2 PO WER, również po zakończeniu okresu programowania.

[33] Sprawozdanie końcowe z realizacji Działania 2.3. PO KL, 2016, projekt.

3.3 Analiza popytu na podnoszenie kwalifikacji wśród potencjalnych odbiorców

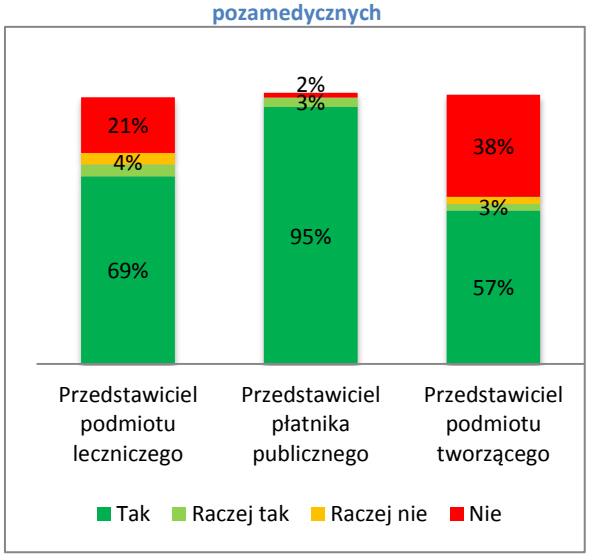
3.3.1 Preferowana tematyka

Zapotrzebowanie na podnoszenie kwalifikacji

Zainteresowanie podnoszeniem kwalifikacji i rozwoju kompetencji z zakresu zarządzania i administrowania w służbie zdrowia lub innych kompetencji pozamedycznych deklarują niemal wszyscy badani przedstawiciele płatników publicznych, prawie 70% podmiotów leczniczych oraz 57% podmiotów tworzących (Rysunek 9).

Poniżej szczegółowo przedstawiono zapotrzebowanie poszczególnych grup respondentów na szkolenia o danej tematyce.

Rysunek 9 Potrzeba podnoszenia kwalifikacji wśród kadry na kierowniczych stanowiskach w zakresie zarządzania i administrowania służbą zdrowia oraz innych kompetencji pozamedycznych



Źródło: badanie CATI; pokazano odsetek wskazań, n=1036

Przedstawiciele podmiotów leczniczych – preferowana tematyka szkoleń

<u>Pracownicy których stanowisk są najbardziej zainteresowani podnoszeniem kwalifikacji</u>

Najbardziej otwarci na podnoszenie kwalifikacji wśród przedstawicieli podmiotów leczniczych są dyrektorzy szpitali (86%) oraz pielęgniarki oddziałowe i osoby zatrudnione na stanowisku ds. finansowych szpitali (po 83%; Rysunek 10).

Rysunek 10 Potrzeba podnoszenia kwalifikacji wśród przedstawicieli podmiotów leczniczych w zakresie zarządzania i administrowania służbą zdrowia oraz innych kompetencji pozamedycznych

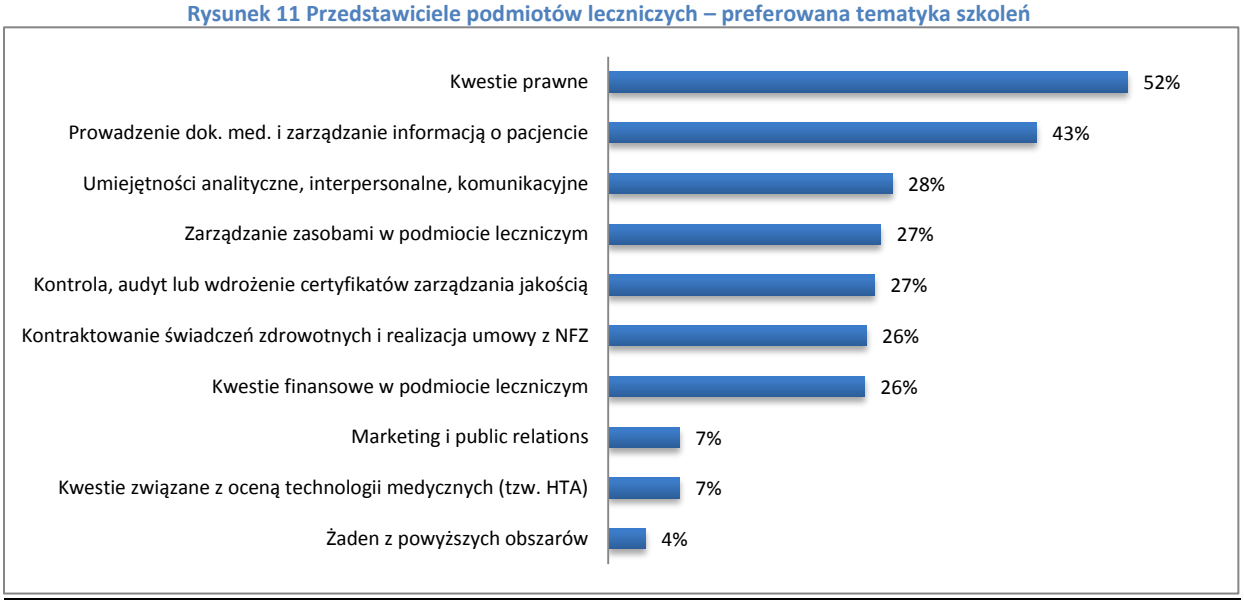


Źródło: badanie CATI wśród przedstawicieli podmiotów leczniczych; pokazano odsetek wskazań

W najmniejszym stopniu podnoszeniem kwalifikacji zarządczych, analitycznych i kompetencji miękkich są ordynatorzy oraz pracownicy pionu administracyjnego. W przypadku tej ostatniej grupy brak takiej potrzeby odczuwa co drugi pracownik POZ, prawie co trzeci AOS oraz prawie co czwarty pracownik pionu administracyjnego w szpitalu.

<u>Jaką tematyką zainteresowani są przedstawiciele podmiotów leczniczych?</u>

Rysunek 11 Przedstawiciele podmiotów leczniczych – preferowana tematyka szkoleń



Źródło: badanie CATI wśród przedstawicieli podmiotów leczniczych; pokazano odsetek wskazań spośród tych, którzy pozytywnie odpowiedzieli na pytanie o ogólną potrzebę podnoszenia kwalifikacji w zakresie zarządzania i administrowania służbą zdrowia oraz innych kompetencji pozamedycznych, n=617

1. **Kwestie prawne** (Rysunek 11, 12). **Przedstawiciele podmiotów leczniczych przede wszystkim widzą potrzebę podnoszenia swoich kwalifikacji w kwestiach prawnych, szczególnie prawnej odpowiedzialności personelu medycznego**[34] (87% tych, którzy wskazali na potrzebę szkolenia w kwestiach prawnych i 47% wszystkich z grupy podmiotów leczniczych, którzy zadeklarowali potrzebę podnoszenia kwalifikacji). Z wywiadów pogłębionych z przedstawicielami szpitali wynika, że choć takie szkolenia są prowadzone[35], to nadal zapotrzebowania na nie istnieje.

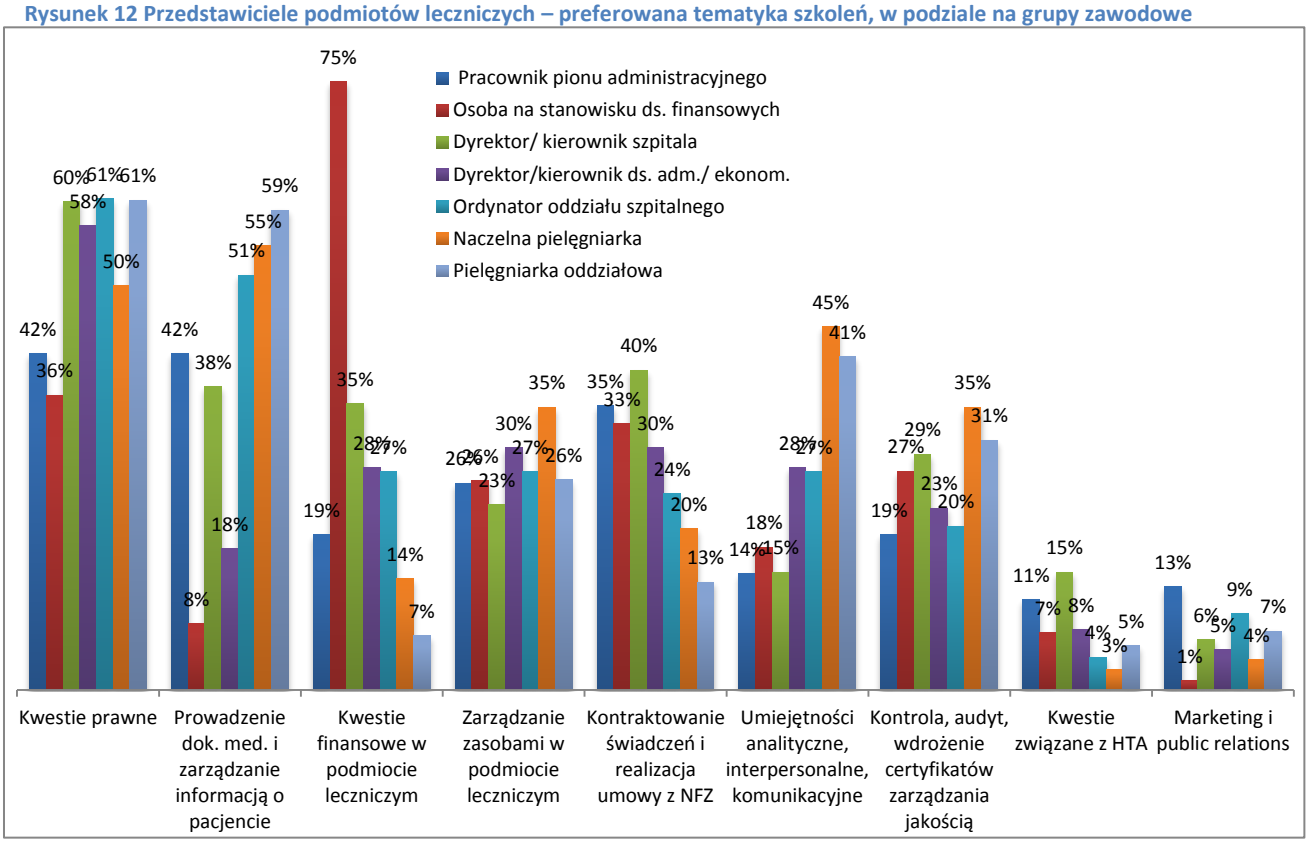
Potrzebę kształcenia w tym zakresie widzą przede wszystkim pracownicy medyczni na kierowniczych stanowiskach objęci badaniem, a także duża część pracowników pionów administracyjnych w placówkach zdrowotnych i dyrektorów szpitali, i tylko nieco w mniejszym stopniu osoby pracujące w szpitalach na kierowniczych stanowiskach ds. administracyjnych, ekonomicznych i finansowych (Rysunek 12). Na drugim miejscu pod względem zainteresowania jest tematyka prawodawstwa z zakresu ochrony zdrowia (46% pracowników podmiotów leczniczych, którzy chcą w ogóle podnosić swoje kwalifikacje) i stosowanie przepisów *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* (43%). Odpowiedzi rozkładają się mniej więcej równomiernie w poszczególnych grupach badanych.

Tematyką ubezpieczeń od zdarzeń medycznych są zainteresowani przede wszystkim pracownicy medyczni na stanowiskach kierowniczych (mniej więcej co druga osoba, która zadeklarowała potrzebę podnoszenia kwalifikacji) oraz osoby zatrudnione na stanowiskach ds. finansowych w szpitalach (co trzeci badany). Przede wszystkim również pracowników medycznych na stanowiskach kierowniczych (tj. ordynatorzy, pielęgniarki naczelne, pielęgniarki oddziałowe) interesują kwestie praw i obowiązków pacjenta (48-57%) oraz ogólnie prawo cywilne (38-44%).

[34] Tabele pokazujące szczegółowo rozkład odpowiedzi na pytania wśród przedstawicieli poszczególnych grup respondentów o preferowaną tematykę szkoleń przedstawiono w aneksie nr 5.2 Preferowana tematyka szkoleń.

[35] Szkolenia takie oferują między innymi ubezpieczyciele szpitali/ brokerzy, organizując je dla pracowników medycznych i kadry administracyjnej.

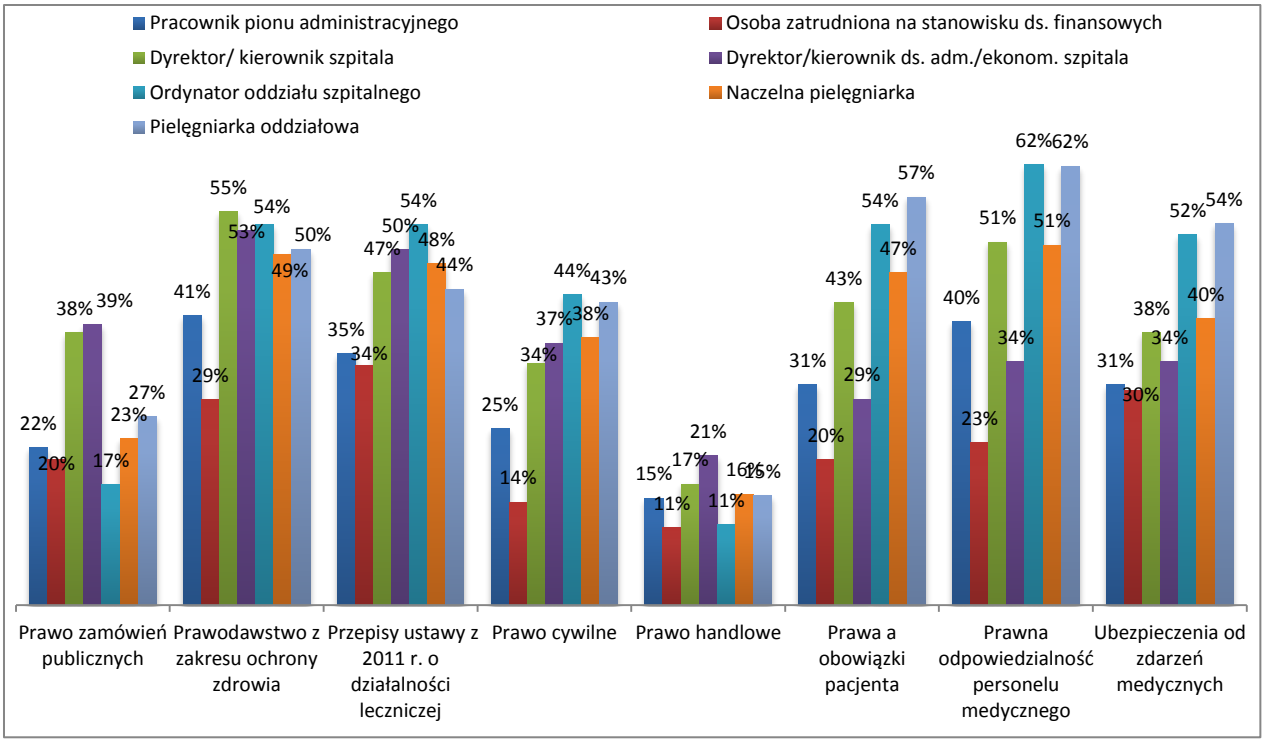
Rysunek 12 Przedstawiciele podmiotów leczniczych – preferowana tematyka szkoleń, w podziale na grupy zawodowe



Źródło: badanie CATI wśród przedstawicieli podmiotów leczniczych; pokazano odsetek wskazań spośród tych, którzy pozytywnie odpowiedzieli na pytanie o ogólną potrzebę podnoszenia kwalifikacji w zakresie zarządzania i administrowania służbą zdrowia oraz innych kompetencji pozamedycznych, n=617

Omawiając tematy szkoleń związane z tematyką prawną warto podkreślić, iż oczekiwaniem potencjalnych uczestników jest położenie nacisku na praktyczny wymiar takich szkoleń. W wywiadach pogłębionych podkreślali bowiem oni, że przeczytać akty prawne mogą samodzielnie, natomiast istotna jest praktyczna wykładnia tych przepisów, ich interpretacja i stosowanie w konkretnych przypadkach.

Rysunek 13 Zapotrzebowanie na szkolenia z kwestii prawnych – szczegółowa tematyka



Źródło: badanie CATI wśród przedstawicieli podmiotów leczniczych; pokazano odsetek wskazań spośród tych, którzy pozytywnie odpowiedzieli na pytanie o ogólną potrzebę podnoszenia kwalifikacji w zakresie zarządzania i administrowania służbą zdrowia oraz innych kompetencji pozamedycznych, n=617

W pytaniu otwartym o zapotrzebowani na tematykę szkoleń, respondenci odnieśli się również do coraz powszechniejszych sytuacji, gdy pacjent stawia placówce lub lekarzowi zarzuty w sprawie popełnienia błędów lekarskich. W tym kontekście część badanych wskazała na potrzebę szkoleń poświęconych orzecznictwu sądów w takich sprawach, a także postępowaniu w zakresie styczności z podmiotami prawnymi, firmami ubezpieczeniowymi, prokuraturą. Respondenci zgłosili również pomysł, aby z orzecznictwami zapoznać się można było w jednym miejscu w internecie. Zapotrzebowanie na takie informacje, zdaniem uczestników wywiadów pogłębionych, będzie w kolejnych latach coraz większe.

2. **Prowadzenie dokumentacji medycznej i zarządzania informacją o pacjencie. Prawie 43% badanych przedstawicieli placówek medycznych, którzy zadeklarowali potrzebę podnoszenia swoich kwalifikacji, chętnie wzięłoby udział w szkoleniach z prowadzenia dokumentacji medycznej i zarządzania informacją o pacjencie.** Z wywiadów pogłębionych z osobami zarządzającymi szpitalami wynika, że mimo szkoleń (głównie wewnętrznych) umiejętności wśród personelu medycznego są w zakresie wypełniania dokumentacji medycznej cały czas niewystarczające. Szczególnie widoczne jest to w coraz częstszych sytuacjach, kiedy pacjent lub jego rodzina wysuwają roszczenia wobec szpitala i prawidłowo wypełniana dokumentacja okazuje się wtedy szczególnie istotna. Potrzebę podnoszenia kompetencji w tym zakresie widzą przede wszystkim pracownicy medyczni na stanowiskach kierowniczych (odsetek tych, którzy chcą podnosić swoje kwalifikacje to w poszczególnych grupach: 59% pielęgniarek oddziałowych, 55% naczelnych i 51% ordynatorów), ale też 42% pracowników administracyjnych i 38% dyrektorów szpitali.

Zdaniem uczestników panelu ekspertów prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej jest wyzwaniem, z którym dotychczas nie poradziła sobie chyba żadna placówka lecznicza. Opinię tę potwierdzają wyniki raportu NIK „Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej" opublikowanego w maju 2016 roku[36]. Spośród 24 kontrolowanych świadczeniodawców (na terenie siedmiu województw), 21 podmiotów prowadziło

[36] Kontrola P/15/061 „Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej", Najwyższa Izba Kontroli.

dokumentację medyczną z naruszeniem wymagań określonych w przepisach. Kontrola 1730 indywidualnych dokumentacji medycznych wykazała uchybienia w 73,5% przypadków. Najwięcej nieprawidłowości odnotowano w dokumentacji prowadzonej w lecznictwie ambulatoryjnym, gdzie niemal we wszystkich badanych kartach pacjentów stwierdzono przypadki naruszenia przepisów dot. dokumentacji medycznej. W dokumentacji medycznej prowadzonej przez szpitale uchybienia stwierdzono w blisko połowie (47,5%) przypadków. Badane placówki miały też problemy z prawidłowym udostępnianiem dokumentacji medycznej, a także skutecznym nadzorem nad tym procesem oraz ochroną danych osobowych pacjentów.

Eksperci uczestniczący w panelu, poza trudnościami z właściwym prowadzeniem dokumentacji medycznej, zwracają na kwestię dodatkowo potęgującą ten problem a mianowicie ciągłe zmiany w przepisach dotyczących sektora zdrowia. Bycie „na bieżąco" z tymi przepisami jest niezmiernie trudne zważywszy na liczbę aktów prawnych dotyczących tego sektora.

Dodatkowo zapotrzebowanie na szkolenia w tym temacie wynika z obowiązku wprowadzenia do końca 2017 roku systemu informatycznego przeznaczonego do prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w postaci elektronicznej, co wyjaśnia jednocześnie deklaracje chęci uczestnictwa w szkoleniach z wdrożenia zintegrowanego systemu informatycznego ułatwiającego przepływ informacji w szpitalu (ta szczegółowa tematyka jest interesująca dla 54% pielęgniarek oddziałowych, 50% naczelnych i 45% ordynatorów, a także dla 34-35% pracowników pionów administracyjnych oraz dyrektorów szpitali).

W podobny sposób wśród badanych grup uwidacznia się zapotrzebowanie na tematykę szkoleń *zarządzanie informacją o pacjencie*. Nieco mniejsze jest zainteresowanie tematyką zarządzania bezpieczeństwem informacji w szpitalu.

3. **Umiejętności analityczne, interpersonalne, komunikacyjne, tzw. kompetencje miękkie**. **W zakresie umiejętności analitycznych, interpersonalnych, komunikacyjnych i tzw. kompetencji miękkich chciałoby się szkolić 28% respondentów.** Podnoszeniem umiejętności analitycznych opisanych jako wiedza na temat danych dostępnych w systemie ochrony zdrowia, umiejętność ich odnajdywania, analizy oraz wykorzystywania do podejmowania decyzji, byliby zainteresowani w szczególności ordynatorzy oraz osoby zajmujące stanowiska ds. administracyjnych i ekonomicznych szpitali, ale też pielęgniarki oddziałowe. Zdaniem uczestników panelu ekspertów to zainteresowanie dobrze odzwierciedla dwa wyzwania, jakie stoją przed placówkami zdrowia. **Po pierwsze wyzwania związane z efektywnym wykorzystaniem posiadanych zasobów, np. analiza efektywności pracy poszczególnych pracowników medycznych. Podniesienie efektywności wymaga dostępu do szeregu analiz oraz umiejętności wnioskowania i przekładania na decyzje. Po drugie – kwestia prawidłowej sprawozdawczości na potrzeby płatnika publicznego. Źle rozliczone świadczenia przekładają się na kary finansowe.**

> *Należałoby zastanowić się, w jaki sposób doprowadzić do podniesienia świadomości, głównie kierowników i ludzi zarządzających podmiotami leczniczymi, [w zakresie] opracowywania odpowiednich procedur, odpowiednich narzędzi, które mogłyby dać odpowiedź na pytanie, w jakim zakresie i jaki pracownik jest efektywny i jak bardzo. Oraz powiązać to z systemem okresowej oceny pracowników. [… Szpitale] z lekarzy generują największe przychody i największe straty.*
>
> /Panel ekspertów/

We wszystkich badanych grupach popularnością cieszyłyby się również szkolenia z zakresu komunikacji interpersonalnej (wewnątrz i na zewnątrz instytucji) oraz umiejętności kierowania zespołem. Umiejętności takie jak komunikowanie złych wiadomości, praca z trudnym pacjentem oraz praca w zespole, przydałyby się z kolei pracownikom medycznym. **W pytaniu otwartym kilkoro badanych wskazało też na potrzebę podniesienia efektywności własnej pracy poprzez udział w szkoleniu z zarządzania czasem.**

Jeden z dyrektorów szpitala zwrócił również uwagę na opisane w rozdziale 3.1.1 wyzwanie stojące przed zarządzającymi placówkami zdrowia, a mianowicie deficyt lekarzy specjalistów w Polsce. **W odniesieniu do tego problemu widzi potrzebę udziału w szkoleniu na temat tego, jak pozyskać lekarza.**

4. **Zarządzanie zasobami w podmiocie leczniczym.** Kolejną grupą tematyczną szkoleń jest zarządzanie zasobami w podmiocie leczniczym. Spośród licznych propozycji tematyki szczegółowej w tym zakresie respondenci wskazali przede wszystkim na tematy[37]:

- *Podniesienie efektywności procedur medycznych (np. wyeliminowanie powielania tych samych procedur medycznych przez kilka komórek organizacyjnych szpitala)* – przede wszystkim dyrektorzy szpitali oraz ordynatorzy oddziałów szpitalnych,
- *Restrukturyzacja zasobów osobowych* – głównie pracownicy medyczni, tj. ordynatorzy, pielęgniarki naczelne i oddziałowe, ale też dyrektorzy i kierownicy ds. administracyjnych/ ekonomicznych szpitala,
- *Organizacja i zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej (ogólnie)* – głównie pracownicy pionów administracyjnych w podmiotach leczniczych i dyrektorzy ds. administracyjnych/ ekonomicznych szpitali,
- *Restrukturyzacja organizacyjna szpitala (np. łączenie komórek organizacyjnych szpitala)* – przede wszystkim dyrektorzy ds. administracyjnych/ ekonomicznych szpitali oraz dyrektorzy szpitali, ale też pielęgniarki naczelne i oddziałowe,
- *Wdrożenie zintegrowanego zarządzania materiałami medycznymi, medycznym sprzętem zużywalnym i lekami* – przede wszystkim dyrektorzy szpitali oraz pielęgniarki oddziałowe,
- *Analiza sytuacji ekonomicznej szpitala (m.in. wskaźniki sprawności finansowej i zadłużenia)* – przede wszystkim osoby zatrudnione na stanowisku ds. finansowych, dyrektorzy ds. administracyjnych/ ekonomicznych szpitali i dyrektorzy szpitali,
- *Wdrażanie nowych technologii medycznych umożliwiających sprawniejsze diagnozowanie jednostek chorobowych* – głównie ordynatorzy oraz pielęgniarki oddziałowe,
- *Restrukturyzacja funkcjonalna (np. restrukturyzacja łóżek szpitalnych w celu dostosowania bazy łóżkowej do zgłaszanych potrzeb zdrowotnych i możliwości finansowania)* – przede wszystkim naczelne pielęgniarki, a w mniejszym stopniu ordynatorzy i dyrektorzy ds. administracyjnych i ekonomicznych szpitali,
- *Przeciwdziałanie zagrożeniom korupcyjnym* – przede wszystkim dyrektorzy szpitali,
- *Restrukturyzacja wykorzystania sprzętu i aparatury (np. prowadzenie spójnej polityki w zakresie efektywnego wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej, efektywne zakupy nowego sprzętu)* – głównie pielęgniarki oddziałowe,
- *Czytanie map potrzeb zdrowotnych i wyciąganie wniosków* – głównie ordynatorzy i dyrektorzy szpitali.

Większość wymienionych powyżej tematów ma związek z wyzwaniem, jakie stoi przed zdecydowaną większością placówek leczniczych w Polsce, czyli konieczność optymalizacji wykorzystania zasobów w celu podniesienia efektywności finansowej placówki. Zdaniem uczestników panelu ekspertów składa się na to wiele elementów: (1) wykorzystanie posiadanego sprzętu i aparatury medycznej, gospodarowanie materiałami medycznymi, medycznym sprzętem zużywalnym i lekami oraz (2) racjonalne planowanie zakupów, (3) wydajność pracy pracowników medycznych, (4) wydajność procedur medycznych. Celem szkoleń w tym zakresie powinno być wyposażenie uczestników w narzędzia strategicznego zarządzania placówką we wszystkich tych elementach. Warunkiem niezbędnym w tym powinno być jednak nabycie odpowiednich umiejętności analitycznych, aby prawidłowo diagnozować sytuację w placówce wykorzystując posiadane dane.

5. **Kontrola, audyt lub wdrożenie certyfikatów zarządzania jakością. Prawie 27% badanych przedstawicieli podmiotów leczniczych widzi potrzebę podnoszenia kwalifikacji w zakresie kontroli, audytu lub wdrożenia**

[37] Przedstawiono listę tematów szkoleń, które wskazała więcej niż połowa badanych, którzy wybrali grupę tematyczną szkoleń *Zarządzanie zasobami w podmiocie leczniczym*.

certyfikatów zarządzania jakością. W głównej mierze takimi szkoleniami byłyby zainteresowane naczelne pielęgniarki (35%) oraz pielęgniarki oddziałowe (31%), przede wszystkim w szczegółowych tematach: *Zarządzanie jakością w branży medycznej (wdrożenie certyfikatów zarządzania jakością)* oraz *Nadzór nad niezgodnościami, działaniami korygującymi i zapobiegawczymi*.

Dla 30% dyrektorów szpitali interesującym tematem szkoleń byłoby *Zarządzanie jakością* a dla 26% *Analiza wewnętrznych przyczyn nieprawidłowości organizowania i zarządzania podmiotem* (zakres i struktura zasobów, stopień ich dostosowania do prowadzonej działalności, alokacja zasobów w podmiocie, organizacja procesów pracy, wzajemne relacje między działalnością medyczną i naukową itp.). W odróżnieniu do szkoleń dla pielęgniarek, kwestie zarządzania jakością i kontroli na szkoleniach skierowanych do tej grupy odbiorców powinny być ujęte jako element zarządzania strategicznego.

Praktycznym wymiarem działań kontrolnych zainteresowani byli by osoby zatrudnione na stanowisku ds. finansowych (księgowi) oraz dyrektorzy ds. administracyjnych i ekonomicznych szpitala – 24% badanych z każdej grupy wskazał na tematykę szczegółową: *Prowadzenie audytu wewnętrznego (niezależne i obiektywne badanie systemów zarządzania i kontroli w jednostce)*. Dyrektorzy ds. administracyjnych i ekonomicznych szpitala dodatkowo byliby zainteresowani tym, w jaki sposób *współpracować z audytorem zewnętrznym* (24%).

6. **Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych i realizacja umowy z NFZ**. **Ponad 26% badanych przedstawicieli podmiotów leczniczych jest zainteresowanych podnoszeniem kwalifikacji z zakresu kontraktowania świadczeń zdrowotnych, realizacji i rozliczeń umowy z NFZ.** Szczególnie potrzebę taką widzą osoby zarządzające szpitalami oraz pracownicy ds. administracyjnych i finansowych, co wynika z ich codziennych obowiązków zawodowych.

7. **Kwestie finansowe w podmiocie leczniczym**. Na kolejnym miejscu pod względem zapotrzebowania na szkolenia znalazła się grupa tematów szkoleń związanych z kwestiami finansowymi w podmiocie leczniczym. Głównym odbiorcą tych szkoleń byłyby osoby zatrudnione na stanowisku ds. finansowych, np. główny księgowy (75% tych, którzy w ogóle widzą potrzebę podnoszenia kwalifikacji), szczególnie w zakresie szczegółowym *Zarządzanie finansami jednostki oraz Rachunkowość w zakładzie opieki zdrowotnej*. Na tę samą tematykę wskazali też dyrektorzy szpitali, dodając jeszcze trzeci temat *Ekonomika ochrony zdrowia*. Spośród dyrektorów zainteresowanych podnoszeniem kwalifikacji 35% byłoby zainteresowanych właśnie kwestiami finansowymi. W przypadku tej grupy potencjalnych uczestników działań szkoleniowych powinny być to szkolenia traktujące kwestie finansowania szpitali jako element zarządzania strategicznego, podczas gdy w przypadku osób zajmujących stanowiska ds. finansowych szkolenia powinny dotyczyć codziennego zarządzania finansami placówki, księgowaniem i rozliczaniem.

Pozostałe badane grupy są w znacznie mniejszym stopniu zainteresowane podnoszeniem kwalifikacji w kwestiach finansowych. Warto jednak zwrócić uwagę na dyrektorów i kierowników ds. administracyjnych i finansowych szpitali, z których 24% chętnie wzięłoby udział w szkoleniu z tematu *Budżetowanie w zakładzie opieki zdrowotnej*, co wynika z ich znaczenia dla strategicznego zarządzania budżetem szpitala. Z kolei wśród ordynatorów 27% zauważa u siebie potrzebę podnoszenia kwalifikacji w kwestiach finansowych, szczególnie w obszarze ekonomiki ochrony zdrowia.

Dodatkowo przedstawiciele placówek zdrowotnych deklarowali w pytaniu otwartym chęć uczestnictwa w szkoleniach z zakresu rozliczania podatków VAT, rozliczania z PFRON, a także związane z kodeksem pracy, zatrudnianiem i zwalnianiem pracowników oraz rozliczaniem z ZUS.

8. **Marketing i public relations**. Tylko 7% deklaruje chęć szkolenia w zakresie marketingu i public relations. Na tle pozostałych grup respondentów wyróżniają się pracownicy pionów administracyjnych - 13% z nich byłoby zainteresowanych marketingiem i sprzedażą usług zdrowotnych a co dziesiąty poprawą wizerunku służby zdrowia. Analiza w podziale na typy podmiotu leczniczego pokazuje, że dotyczy to przede wszystkim pracowników ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, co wynika z faktu, że świadczeniodawcy AOS to często podmioty prywatne, konkurujące na rynku.

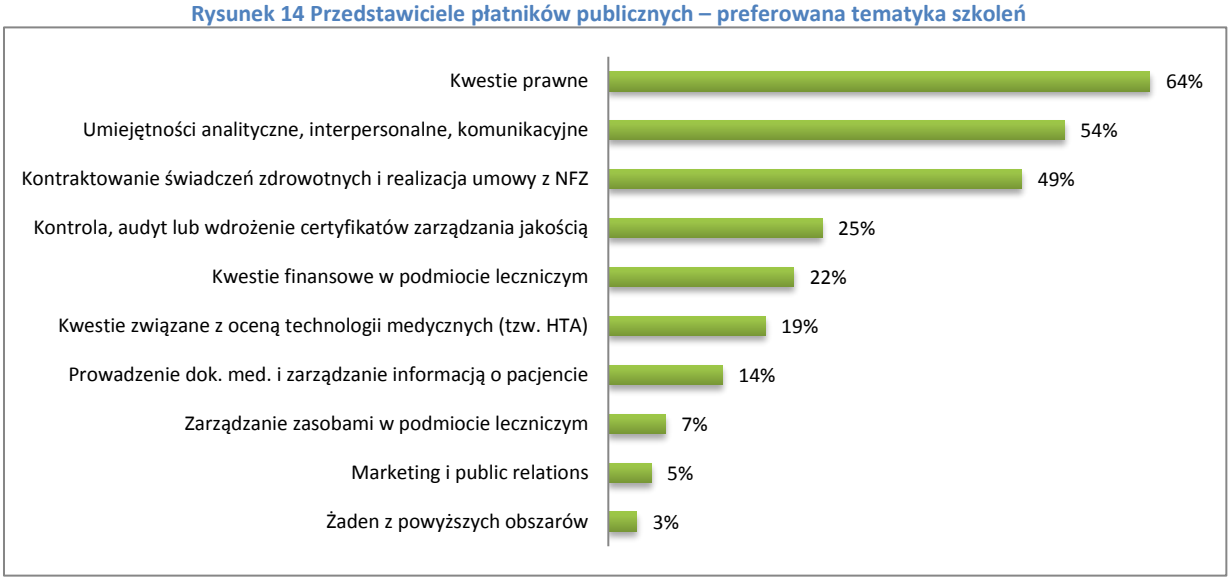
9. **Kwestie związane z oceną technologii medycznych (tzw. HTA).** Nieco ponad 7% badanych przedstawicieli podmiotów leczniczych byłoby zainteresowanych podnoszeniem wiedzy w zakresie kwestii związanych z oceną technologii medycznych (tzw. HTA), głównie dyrektorzy (15%) oraz pracownicy pionów administracyjnych (co dziesiąty, głównie z podstawowej opieki zdrowotnej). Niskie zainteresowanie tematyką wynika z marginalnego udziału badanych instytucji w opiniowaniu tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych, opracowywanego przez MZ.

Przedstawiciele płatnika publicznego – preferowana tematyka szkoleń

Badanie przeprowadzone wśród przedstawicieli płatników publicznych objęto kadrę zarządzającą w podmiotach: Centrala NFZ (5 osób), wszystkie Oddziały Wojewódzkie NFZ (50 osób) oraz Ministerstwie Zdrowia (5 osób). Wyniki dla tej grupy respondentów można uogólniać mimo niewielkiej liczebności próby. W przypadkach, kiedy częstości w odpowiedziach w kwestionariuszu były bardzo małe, poza podaniem procentów wskazywano również liczebności.

Jaką tematyką zainteresowani są przedstawiciele płatników publicznych?

Rysunek 14 Przedstawiciele płatników publicznych – preferowana tematyka szkoleń



Źródło: badanie CATI wśród przedstawicieli płatników publicznych; pokazano odsetek wskazań spośród tych, którzy pozytywnie odpowiedzieli na pytanie o ogólną potrzebę podnoszenia kwalifikacji w zakresie zarządzania i administrowania służbą zdrowia oraz innych kompetencji pozamedycznych, n=59

1. **Kwestie prawne**. Grupa najbardziej otwarta na podnoszenie kwalifikacji pozamedycznych, czyli przedstawiciele płatników publicznych, najbardziej preferowałaby szkolenia w zakresie kwestii prawnych (66%), szczególnie z prawodawstwa z obszaru ochrony zdrowia (65%), stosowania przepisów *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* (58%) oraz prawa cywilnego (53%, Rysunek 14). W mniejszym stopniu pracownicy ci widzą zapotrzebowanie na podnoszenie wiedzy w tematyce ściśle związanej z prawnymi aspektami pracy kadry medycznej, choć np. 44% wskazało, że chętnie wzięłoby udział w szkoleniu z praw i obowiązków pacjenta.

2. **Umiejętności analityczne, interpersonalne, komunikacyjne, tzw. kompetencje miękkie.** Na drugim miejscu pod względem potrzeb szkoleniowych znalazły się szkolenia tzw. miękkie oraz umiejętności analityczne. Na tę grupę tematyczną szkoleń wskazuje 54% tych, którzy w ogóle odczuwają potrzebę podnoszenia kwalifikacji. Spośród proponowanej tematyki przedstawiciele płatników publicznych w pierwszej kolejności byliby zainteresowani podnoszeniem umiejętności analitycznych (54%), ale generalnie niemal wszystkie szczegółowe tematy wydają im się intersujące: umiejętności kierowania zespołem (54%), komunikacja interpersonalna (51%), zarządzanie zasobami ludzkimi - poziom zaawansowany (47%) i podstawowy (46%), czy też techniki negocjacji (46%).

3. **Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych i realizacja umowy z NFZ**. Prawie połowa (49%) przedstawicieli płatników publicznych odczuwających potrzebę podnoszenia kwalifikacji chciałoby to zrobić w obszarze kontraktowania świadczeń zdrowotnych oraz realizacji i kontroli realizacji umowy zawartej z NFZ.

4. **Kontrola, audyt lub wdrożenie certyfikatów zarządzania jakością**. Co czwarty badanych przedstawiciel płatników publicznych widzi potrzebę podnoszenia swoich kwalifikacji w zakresie kontroli i audytu. W pierwszej kolejności chodzi o prowadzenie nadzoru nad niezgodnościami, działaniami korygującymi i zapobiegawczymi (23%) oraz współpracy z audytorem zewnętrznym (19%).

5. **Kwestie finansowe w podmiocie leczniczym**, Dla 22% przedstawicieli kadry kierowniczej płatników publicznych interesujące byłyby szkolenia w kwestiach finansowych, szczególnie w obszarze zarządzania finansami jednostki (19%) oraz ekonomiki ochrony zdrowia (18%).

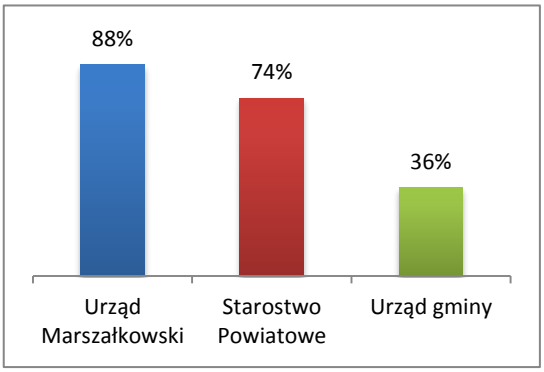
6. **Kwestie związane z oceną technologii medycznych (tzw. HTA)**. Na szóstym miejscu pod względem częstości wskazań znalazła się tematyka szkoleniowa związana z HTA. Byłoby nią zainteresowanych 19% badanych, w takim samym stopniu wprowadzeniem do wytycznych oceny technologii medycznych, jak też realizacją oceny tych technologii. Zdaniem ekspertów uczestniczących w panelu, kluczową umiejętnością w tym zakresie wśród pracowników płatnika publicznego (NFZ) powinna być umiejętność interpretowania danych z zakresu efektywności ekonomicznej na potrzeby kreowania polityki kontraktowania. Konieczna jest optymalizacja kontraktowania poprzez racjonalne wykorzystanie zasobów, gdyż obecnie, na co zwracają uwagę eksperci, następuje rozdrobnienie usług pomiędzy zbyt dużą liczbę podmiotów leczniczych.

7. **Prowadzenie dokumentacji medycznej i zarządzanie informacją o pacjencie**. W obszarze prowadzenia dokumentacji medycznej i zarządzania informacją o pacjencie swoje kompetencje chciałoby podnosić 14% przedstawicieli płatników publicznych. Przy czym w mniejszym stopniu chodziłoby o szkolenia praktyczne (na wypełnianie dokumentacji medycznej wskazało niecałe 9% respondentów), ale raczej kwestie zarządcze - wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego ułatwiającego przepływ informacji w szpitalu, zarządzanie bezpieczeństwem informacji w szpitalu (po 12%), czy też zarządzanie informacją o pacjencie (11%). Wiedza ta uważana jest za przydatną przez przedstawicieli NFZ w ocenie wiarygodności szpitala oraz w procesie negocjacji w ramach kontraktacji.

8. **Zarządzanie zasobami w podmiocie leczniczym**. Tematyka zarządzania zasobami w podmiocie leczniczym jest interesująca jedynie dla 4 przedstawicieli płatników publicznych (7%). Analizując szczegółowy zakres tematyki szkoleniowej widać, że zainteresowania krążą wokół oceny efektywności zarządzania zasobami placówek. Najwięcej wskazań dotyczyło: restrukturyzacji zasobów osobowych (np. efektywnego wykorzystania pracowników nie tylko w ramach jednej kliniki czy oddziału, ale także innych komórek organizacyjnych), organizacji i zarządzania placówkami opieki zdrowotnej (ogólnie), czytania map potrzeb zdrowotnych i wyciągania wniosków. Na kolejnym miejscu znalazła się tematyka przeciwdziałania zagrożeniom korupcyjnym.

9. **Marketing i public relations**. Na ostatnim miejscu znalazły się szkolenia z marketingu i public relations. Wskazały na nie jedynie 3 osoby, przy czym preferencje dotyczą tego, w jaki sposób poprawiać wizerunek służby zdrowia, a nie kwestii sprzedaży usług zdrowotnych. Nikłe zainteresowanie tą tematyką wynika z braku wpływu NFZ (szczególnie oddziałów wojewódzkich, których przedstawiciele przeważali w dobranej próbie) na budowanie tego wizerunku.

Rysunek 15 Potrzeba podnoszenia kwalifikacji w zakresie zarządzania i administrowania służbą zdrowia oraz innych kompetencji pozamedycznych – wg typów podmiotów tworzących



Źródło: badanie CATI wśród przedstawicieli podmiotów tworzących n=151; ze względu na małe liczebności nie pokazano uczelni medycznych n=5

Przedstawiciele podmiotów tworzących – preferowana tematyka szkoleń

Pracownicy których podmiotów są najbardziej zainteresowani podnoszeniem kwalifikacji?

Analizując zapotrzebowanie na podnoszenie kwalifikacji w zakresie zarządzania i administrowania służbą zdrowia oraz innych kompetencji pozamedycznych widać duże zróżnicowanie w podziale na typ instytucji. W największym stopniu taką potrzebę widzą przedstawiciele komórek ds. zdrowia w urzędach marszałkowskich (88%), a w najmniejszym urzędów gminy (36%, Rysunek 15).

Jaką tematyką zainteresowani są przedstawiciele podmiotów tworzących?

Rysunek 16 Przedstawiciele podmiotów tworzących – preferowana tematyka szkoleń



Źródło: badanie CATI wśród przedstawicieli podmiotów tworzących; pokazano odsetek wskazań spośród tych, którzy pozytywnie odpowiedzieli na pytanie o ogólną potrzebę podnoszenia kwalifikacji w zakresie zarządzania i administrowania służbą zdrowia oraz innych kompetencji pozamedycznych, n=96

1. **Kwestie prawne**. Podobnie jak w przypadku innych badanych grup, przedstawiciele komórek ds. zdrowia w podmiotach tworzących w pierwszej kolejności widzą potrzebę podnoszenia kwalifikacji w kwestiach prawnych (56%). Głównie chodzi o stosowanie *przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* (54%) oraz ogólnie prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia (52%). Mniej więcej co trzeci badany chętny do podnoszenia swoich kwalifikacji wziąłby udział w szkoleniu z praw i obowiązków pacjenta oraz prawa zamówień publicznych.

2. **Kontrola, audyt lub wdrożenie certyfikatów zarządzania jakością**. Kwestie prowadzenia kontroli i audytu oraz wdrażanie certyfikatów zarządzania jakością to druga pod względem częstości wskazań interesująca tematyka

szkoleniowa (32%). Analiza szczegółowych tematów pokazuje, że badanym chodzi głównie o wykonywanie bieżących zadań, związanych z funkcją nadzorczą i kontrolną wobec placówek zdrowotnych – najwięcej bowiem wskazań dotyczyło prowadzenia kontroli podmiotów leczniczych oraz pełnienia nadzoru nad niezgodnościami, działaniami korygującymi i zapobiegawczymi (około co trzeci badany). Warto uzupełnić te wyniki i komentarz uczestników wywiadu zogniskowanego z podmiotami tworzącymi, którzy wskazują, iż ważną wiedzą byłoby właściwe interpretowanie wyników kontroli i audytów w celu podejmowania decyzji o kierunkach restrukturyzacji organizacyjnej placówek zdrowotnych. Zarządzanie jakością w branży medycznej (wdrożenie certyfikatów zarządzania jakością) to temat, który preferuje jedynie 25% badanych i znalazł się na ostatnim miejscu w tej głównej grupie tematycznej szkoleń.

3. **Kwestie finansowe w podmiocie leczniczym**, Kwestie finansowe w podmiocie leczniczym są interesującym tematem szkoleń dla 27% przedstawicieli podmiotów tworzących, którzy w ogóle widzą potrzebę podnoszenia swoich kwalifikacji. Szczególnie pod względem zarządzania finansami jednostki (22%) oraz ekonomiki ochrony zdrowia (18%). Na kwestie budżetowania oraz rachunkowości w zakładzie opieki zdrowotnej wskazało po 15%. Zdaniem uczestników panelu ekspertów, duże zainteresowanie podnoszeniem tego typu wiedzy wynika z odpowiedzialności samorządów za efektywność zarządzania w placówkach zdrowotnych, gdyż to samorządy ponoszą skutki finansowe tego zarządzania.

4. **Umiejętności analityczne, interpersonalne, komunikacyjne, tzw. kompetencje miękkie.** Na czwartym miejscu znalazły się potrzeby podnoszenia umiejętności analitycznych oraz kompetencji tzw. miękkich (20%). Głównie respondenci są zainteresowani wiedzą na temat danych dostępnych w systemie ochrony zdrowia, umiejętnościami ich odnajdywania, analizy oraz wykorzystywania do podejmowania decyzji. W mniejszym stopniu chcieliby brać udział w szkoleniach z tzw. kompetencji miękkich, a jeśli już, to z technik negocjacji, podstaw zarządzania zasobami ludzkimi, umiejętności kierowania zespołem i współpracy w zespole.

5. **Programy ochrony zdrowia (przygotowanie i realizacja)**. Jednym z zadań realizowanych przez samorządy jest promocja zdrowia i profilaktyka zdrowotna w ramach programów polityki zdrowotnej. Na podniesienie kwalifikacji w tym obszarze wskazało 18% badanych. Przedstawiciele podmiotów tworzących uczestniczący w zogniskowanym wywiadzie grupowym wskazywali jednoznacznie, że ich kadry nie są odpowiednio przygotowane do tych zadań, szczególnie w zakresie kwestii finansowych: szacowania kosztów jednostkowych w takich programach (w oparciu o wyceny MZ i NFZ), merytorycznych: opracowywania ścieżki diagnostycznej i terapeutycznej uczestnika oraz monitoringowo-oceniających: ważne są kursy czy też szkolenia dotyczące monitorowania i ewaluacji programów. W tym zakresie posiłkują się wiedzą ekspertów zewnętrznych, niemniej ważne byłoby aby podnieść ich poziom wiedzy.

6. **Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych i realizacja umowy z NFZ**. Jako że nie wchodzi to w bezpośrednie kompetencje podmiotów tworzących, jedynie 14% badanych zgłasza potrzebę podnoszenia kompetencji w zakresie kontraktowania świadczeń zdrowotnych i realizacji umowy zawartej z NFZ.

7. **Zarządzanie zasobami w podmiocie leczniczym**. Tyle samo (14%) respondentów wskazało na grupę tematyczną *Zarządzanie zasobami w podmiocie leczniczym*. Głównie chodzi o szkolenia w zakresie organizacji i zarządzania placówkami opieki zdrowotnej ogólnie (14%), ale też czytania map potrzeb zdrowotnych i wyciąganie wniosków (11%), podnoszenia efektywności procedur medycznych (np. wyeliminowanie powielania tych samych procedur medycznych przez kilka komórek organizacyjnych szpitala) oraz *Wdrażanie nowych technologii medycznych umożliwiających sprawniejsze diagnozowanie jednostek chorobowych* (9%). Natomiast niemal zupełny brak zainteresowania był w przypadku tematów związanych z analizą sytuacji ekonomicznej szpitala (m.in. wskaźniki sprawności finansowej i zadłużenia) oraz zarządzaniem środowiskowym i wykorzystania energii odnawialnej. Zdaniem uczestników panelu ekspertów, wyniki badania CATI nie odzwierciedlają rzeczywistych potrzeb szkoleniowych w zakresie zarządzania wśród podmiotów tworzących, które byłyby odpowiedzią na stojące przed sektorem zdrowia wyzwania. Jako przykład podają np. kwestie tworzenia aliansu na rzecz wspólnych zakupów przez samorządy, którym podlega kilka placówek leczniczych.

8. **Prowadzenie dokumentacji medycznej i zarządzanie informacją o pacjencie**. Jedynie siedmiu przedstawicieli podmiotów tworzących (7%) widziałoby potrzebę szkoleń w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej i zarządzania informacją o pacjencie, przy czym wybierali oni głównie temat szczegółowy *Wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego ułatwiającego przepływ informacji w szpitalu*.

9. **Marketing i public relations**. Jeszcze mniej, bo tylko 6 osób (6%) chciałoby podnieść swoje kwalifikacje w prowadzeniu działań ukierunkowanych na poprawę wizerunku służby zdrowia. Marketingiem i sprzedażą usług zdrowotnych byłyby zainteresowanych jedynie 3 osoby. Tematyka ta nie jest interesująca dla przedstawicieli podmiotów tworzących, gdyż budowanie wizerunku sektora oraz kwestie działań komercyjnych wykraczają poza rolę tych podmiotów. Co prawda samorządom, mającym wpływ na „być czy nie być" placówek leczniczych na pewno zależy na pozytywnym odbiorze swoich działań w tym obszarze, to założyć można, że decyzje te zapadają na wyższych szczeblach w strukturze samorządu niż w komórce ds. zdrowia, której przedstawiciele byli objęci badaniem.

10. **Kwestie związane z oceną technologii medycznych (tzw. HTA)**. Na ostatnim miejscu znalazły się kwestie związane z oceną technologii medycznych – na tę tematykę wskazały 4 osoby. Niskie zainteresowanie wskazaną kwestią wynika z systemu kontraktacji i marginalnego znaczenia podmiotów tworzących w ustalaniu kosztów tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych.

Oczekiwane korzyści ze szkoleń

Korzyści osobiste. Badani, niezależnie od grupy, po udziale w działaniach szkoleniowych o tematyce wskazanej powyżej oczekują przede wszystkim wzbogacenia wiedzy i podniesienia jakości pracy własnej. W pytaniu otwartym o korzyści osobiste respondenci rozwijali te kwestie wskazując, iż szczególnie ważne jest dla nich **„bycie na bieżąco" z licznymi zmianami w przepisach, a także zmniejszenie ryzyka, że będą popełniać błędy w pracy** (co rodzi dodatkowy stres). Wszystkie te elementy zaowocują większą pewnością siebie, satysfakcją z pracy oraz łatwością i szybkością podejmowania decyzji.

Korzyści osobiste ze szkoleń?
- *Bycie na bieżąco z aktualnymi przepisami*
- *Satysfakcja z pracy*
- *Spokój, przekonanie, że dobrze się wykonuje obowiązki*
- *Większa pewność przy podejmowaniu decyzji*
- *Szybsze i trafniejsze podejmowanie decyzji*
- *Większe bezpieczeństwo w pracy*
- *Większe możliwości oddziaływania na funkcjonowanie szpitala*
- *Możliwość większego wpływu na dyrekcję celem uzyskania różnych dóbr/załatwienia spraw dla oddziału*

Respondenci badania CATI

Dla przedstawicieli płatników publicznych istotną korzyścią jest również możliwość podniesienia jakości współpracy z innymi – zwraca na to uwagę 19% badanych w tej grupie, podczas gdy w przypadku podmiotów leczniczych jest to 4%, a spośród przedstawicieli podmiotów tworzących ani jedna osoba nie wskazała na taką korzyść. Pojedyncze osoby wskazują na korzyści w postaci zwiększonych zarobków, poprawy swojej pozycji na rynku pracy, czy też zwiększenia stabilności zatrudnienia. Udział w szkoleniach nie przełoży się też raczej na awans.

Korzyści ze szkoleń dla instytucji?
- *Lepsza wydajność pracy*
- *Lepszy nadzór nad jednostkami*
- *Mniejsza liczba roszczeń, odszkodowań*
- *Dobre „wyjście" w kontrolach*
- *Podniesienie prestiżu szpitala*
- *Poprawa wizerunku*
- *Możliwość przekazywania wiedzy pozostałym członkom personelu*
- *Zdobycie większego kontraktu z NFZ, poszerzenie zakresu usług*

Respondenci badania CATI

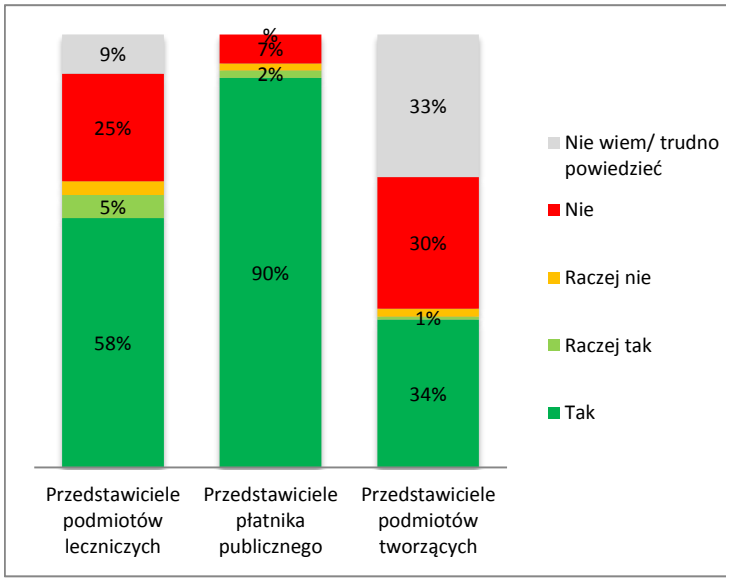
Korzyści dla podmiotu, w którym pracują. Podniesienie kompetencji w zakresie zarządzania i administrowania w służbie zdrowia lub innych kompetencji pozamedycznych, zdaniem badanych, przyniesie również liczne korzyści placówce, w której pracują. **Poza ogólną poprawą zarządzania, wskazują na korzyści finansowe wynikające z mniejszej ilości popełnianych błędów**

(mniejsza liczba roszczeń i odszkodowań), ale też dzięki nowym umiejętnościom **możliwości wynegocjowania wyższego kontraktu z NFZ.** Badani wskazują też na oczekiwaną **poprawę wydajności pracy i lepsze zarządzanie pracownikami**, a także możliwość przekazywania im nowej wiedzy. Pojawiają się również głosy, iż bardziej kompetentna kadra zarządzająca przekłada się na **większy prestiż placówki i poprawę wizerunku**.

Potrzeba podnoszenia kwalifikacji i kompetencji innych pracowników

Respondenci objęci badaniem zajmują w swoich placówkach i instytucjach kierownicze stanowiska. W badaniu ilościowym spytano, czy widzą potrzebę podnoszenia kwalifikacji i kompetencji ich bezpośrednich podwładnych, w zakresie zarządzania i administrowania w służbie zdrowia lub innych kompetencji pozamedycznych. Porównanie odpowiedzi o potrzebę podnoszenia własnych kwalifikacji badanych i ich podwładnych pokazuje, że **kadra zarządzająca widzi większą potrzebę własnego doskonalenia w kwestiach zarządzania i administrowania, niż szeregowych pracowników** (Rysunek 9 oraz 17).

Rysunek 17 Potrzeba podnoszenia kwalifikacji wśród podwładnych w zakresie zarządzania i administrowania służbą zdrowia oraz innych kompetencji pozamedycznych – opinie kadry zarządzającej

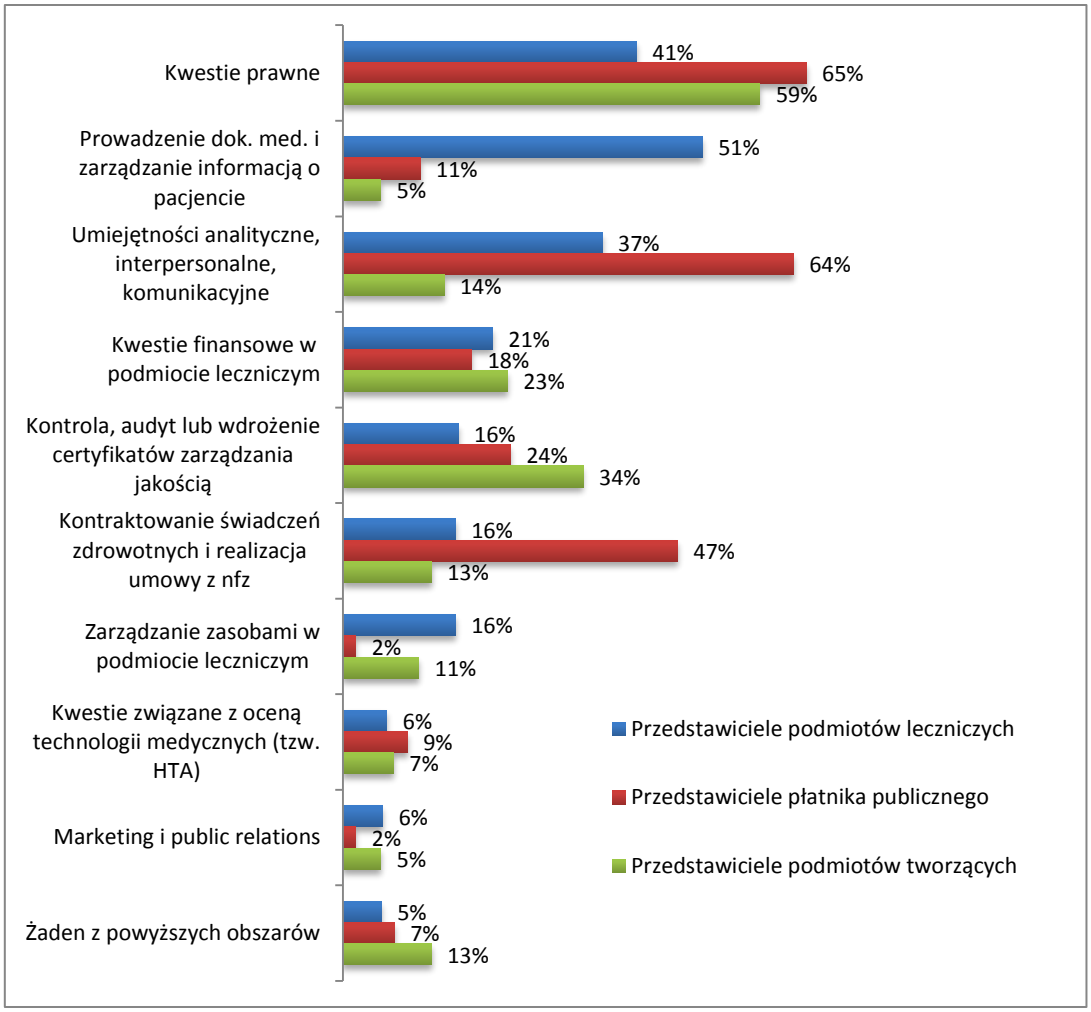


Źródło: badanie CATI wśród potencjalnych odbiorców wsparcia; pokazano odsetek wskazań

Najbardziej przekonani o potrzebie objęcia szkoleniami większej liczby pracowników są przedstawiciele płatników publicznych (aż 90% badanych w tej grupie dało odpowiedź twierdzącą). Mniej, ale nadal ponad połowa badanych przedstawicieli podmiotów leczniczych również podziela ten pogląd (63%). Wśród przedstawicieli podmiotów tworzących jest to jedynie nieco ponad co trzeci (35%). W tej ostatniej grupie wysoki jest też odsetek odpowiedzi trudno powiedzieć.

Analiza tematyki szkoleń, na które przełożeni chętnie wysłaliby swoich podwładnych pokazuje, że największe zapotrzebowanie jest na kwalifikacje związane z codziennym wykonywaniem zadań (Rysunek 18). **I tak, w podmiotach leczniczych byłoby to prowadzenie dokumentacji medycznej i zarządzanie informacją o pacjencie i bezpieczeństwem informacji w szpitalu** (na tę tematykę wskazuje ponad co drugi badany, który widzi potrzebę szkolenia podwładnych). Analizując szczegółową tematykę szkoleń związaną z zarządzaniem informacją o pacjencie widać też między innymi potrzebę szkoleń w zakresie wdrażania zintegrowanego systemu informatycznego ułatwiającego przepływ informacji w szpitalu. **W przypadku tej grupy badanych ważne okazują się też kwestie prawne, związane z odpowiedzialnością personelu medycznego oraz prawami i obowiązkami pacjenta (41%).** Tylko nieco mniejszą wagę ma zapotrzebowanie na uzupełnienie kompetencji miękkich (37%) – przede wszystkim umiejętności pracy w zespole, komunikacji interpersonalnej i komunikowania złych wiadomości. Umiejętności analityczne znalazły się na dalszym miejscu, ale i tak wskazuje na nie niemal co trzeci respondent.

Rysunek 18 Preferowana tematyka szkoleń w odniesieniu do podwładnych



Źródło: badanie CATI; pokazano odsetek wskazań spośród tych, którzy pozytywnie odpowiedzieli na pytanie o ogólną potrzebę podnoszenia kwalifikacji podwładnych, n=516

Wśród przedstawicieli płatników publicznych na pierwszym miejscu znalazły się kwestie prawne (65%; przede wszystkim prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia, prawo cywilne, stosowanie przepisów *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej*)**, a zaraz na drugim miejscu umiejętności analityczne i kompetencje miękkie** (64%; komunikacja interpersonalna, umiejętność pracy w zespole)**.** Dość często respondenci wskazywali też na kwestie związane z bieżącymi zadaniami płatników publicznych - kontraktowanie świadczeń zdrowotnych i rozliczenia z NFZ (47%). Zdaniem uczestników panelu ekspertów wysoka pozycja potrzeb szkoleniowych w zakresie umiejętności analitycznych wśród przedstawicieli płatników publicznych wynika z dużej ilości analiz wykonywanych na potrzeby podejmowania codziennych decyzji. Kadra zarządzająca chciałaby nie tylko otrzymywać wyniki takich analiz, ale też ich interpretację i zalecenia.

Kadra zarządzająca u płatnika chciałaby otrzymywać od swoich podwładnych dobre dokumenty, z rekomendacjami, żeby nie musieli myśleć i wczytywać się. […] A tak otrzymują tabelki, z których nie wiedzą, co wynika, muszą sami jak gdyby wykonywać tą robotę. [Chcieliby] gotowy dokument, który przeczytają z wnioskami i nie zastanawiać się nad tym.

/Panel ekspertów/

Natomiast kwestie prawne okazały się być zdecydowanie najważniejsze dla przedstawicieli podmiotów tworzących (59%), którzy swoich pracowników wysłaliby na szkolenia w zakresie stosowania przepisów *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*, prawa zamówień publicznych oraz z zakresu praw i obowiązków

pacjenta. **Na kolejnym miejscu znalazły się kwestie związane z kontrolą oraz finasowaniem podmiotów leczniczych** (odpowiednio 34% i 23%). Szkolenia z zakresu umiejętności analitycznych i kompetencji miękkich, wg przełożonych, wydają się zbędne szeregowym pracownikom – wskazało na nie jedynie 14% badanych.

Podsumowanie

W poniższej tabeli (Tabela 4) przedstawiono podsumowanie w zakresie preferowanych tematów szkoleń dla przedstawicieli poszczególnych grup zawodowych. Wskazano również tematy, które w najmniejszym stopniu są interesujące dla potencjalnych odbiorców.

Tabela 4 Preferowana tematyka szkoleń/nieistotna tematyka szkoleń – podsumowanie wg grup zawodowych

Grupa zawodowa	Preferowana tematyka szkoleń/ nieistotna tematyka szkoleń
Dyrektorzy i kierownicy szpitali	Różnorodność preferowanej przez dyrektorów szpitali tematyki szkoleniowej wskazuje na potrzebę podnoszenia wiedzy i umiejętności w zakresie zarządzania strategicznego z uwzględnieniem w pierwszej kolejności: • kwestii prawnych (prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia -ogólnie, prawna odpowiedzialność personelu medycznego, PZP, ubezpieczenia od zdarzeń medycznych), • zarządzania finansami szpitala, ekonomiki ochrony zdrowia, budżetowania i w tym kontekście kontraktowania świadczeń zdrowotnych z NFZ, • prowadzenia dokumentacji medycznej, zarządzania informacją o pacjencie oraz bezpieczeństwem informacji w szpitalu, a także wdrażania systemu informatycznego ułatwiającego przepływ informacji w szpitalu, • analizy wewnętrznych przyczyn nieprawidłowości w zarządzaniu szpitalem, podejmowaniu działań korygujących i zapobiegawczych, • optymalizacji wykorzystania zasobów w celu podniesienia efektywności finansowej placówki poprzez podniesienie efektywności wykorzystania posiadanego sprzętu i aparatury medycznej, gospodarowania materiałami medycznymi, medycznym sprzętem zużywalnym i lekami, racjonalne planowanie zakupów, analizę wydajności pracy pracowników medycznych, podniesienie efektywności procedur medycznych, • zarządzania jakością w branży medycznej (wdrożenie certyfikatów zarządzania jakością i akredytacji). Wg deklaracji dyrektorów szpitali, nieistotne dla nich są tematy szkoleń związane z oceną technologii medycznych oraz restrukturyzacją nieruchomości.
Pielęgniarki oddziałowe	Pielęgniarki oddziałowe są w największym stopniu zainteresowane podnoszeniem kwalifikacji i wiedzy w tych tematach, które są ważne z punktu widzenia prawidłowości i zapewnienia jakości funkcjonowania oddziału oraz zapewnienia bezpieczeństwa personelu medycznego. W pierwszej kolejności preferują tematy: • kwestie prawne (prawna odpowiedzialność personelu medycznego, prawa a obowiązki pacjenta, ubezpieczenia od zdarzeń medycznych, prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia), • prowadzenie dokumentacji medycznej, • zarządzanie informacją o pacjencie, wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego ułatwiającego przepływ informacji w szpitalu,

	• zarządzanie bezpieczeństwem informacji w szpitalu. Nieco mniejsze, ale również wysokie zainteresowanie dotyczy podnoszenia kwalifikacji miękkich, zarówno ukierunkowanych na poprawę pracy zespołu medycznego (zarządzanie zasobami ludzkimi - poziom podstawowy i zaawansowany, komunikacja interpersonalna, umiejętność pracy w zespole), jak też istotne na linii personel medyczny – pacjent i jego rodzina (umiejętność pracy z „trudnym" pacjentem, umiejętność komunikowania złych wiadomości, techniki negocjacji). Pielęgniarki oddziałowe nie są zainteresowane podnoszeniem kompetencji w zakresie zarządzania strategicznego (restrukturyzacja), kwestii finansowych (rachunkowość, zarządzanie finansami, kontraktowanie świadczeń), ani działaniami z zakresu promocji i marketingu.
Osoby na stanowisku ds. finansowych	Dla osób zajmujących stanowiska ds. finansowych, tj. np. głównym księgowym, w największym stopniu trafne byłyby działania podnoszące kwalifikacje i praktyczną wiedzę w kwestiach bezpośrednio dotyczących ich obowiązków zawodowych: • zarządzanie finansami, • rachunkowość / budżetowanie w zakładzie opieki zdrowotnej, • ekonomika ochrony zdrowia, • kontraktowanie świadczeń zdrowotnych i rozliczenia z NFZ. Osoby na stanowisku ds. finansowych nie są zainteresowane tematyką związaną z podejmowaniem strategicznych decyzji w podmiocie (wielokierunkowa restrukturyzacja). Nie czują również potrzeby podnoszenia umiejętności zarządzania zasobami ludzkimi, ani na poziomie podstawowym ani zaawansowanym.
Dyrektorzy i kierownicy ds. administracyjnych i ekonomicznych	Różnorodność tematyki, która interesuje dyrektorów i kierowników ds. administracyjnych i ekonomicznych świadczy, że ta grupa odbiorców jest bardzo zróżnicowana pod względem realizowanych zadań w placówkach zdrowotnych. Osoby odpowiedzialne w szpitalach za kwestie administracyjne i ekonomiczne przede wszystkim wskazują na kwestie prawne: • prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia • przepisy *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* • prawo zamówień publicznych • prawo cywilne • prawna odpowiedzialność personelu medycznego • ubezpieczenia od zdarzeń medycznych. Dopiero na dalszych miejscach znalazła się tematyka związana z gospodarowaniem finansami szpitala: • kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, realizacja i kontrola realizacji umowy zawartej z NFZ, • analiza sytuacji ekonomicznej szpitala (m.in. wskaźniki sprawności finansowej i zadłużenia).

	Również w kontekście efektywności finansowej tę grupę badanych interesuje tematyka restrukturyzacja placówki: • restrukturyzacja organizacyjna, zasobów osobowych, • organizacja i zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej (ogólnie), • ekonomika ochrony zdrowia. Dostrzegają również potrzebę podnoszenia wiedzy w obszarze audytu i kontroli: • współpraca z audytorem zewnętrznym, • prowadzenie audytu wewnętrznego (niezależne i obiektywne badanie systemów zarządzania i kontroli w jednostce). Właśnie na potrzeby zarządzania finansowego oraz uczestniczenia w kontrolach i audytach ta grupa badanych chciałaby podnosić swoje umiejętności analityczne (zdobywać wiedzę na temat danych dostępnych w systemie ochrony zdrowia, posiadać umiejętność ich odnajdywania, analizy oraz wykorzystywania do podejmowania decyzji). Jest to też grupa, która na tle innych pracowników administracyjnych częściej chciałaby podnosić swoje kompetencje miękkie, szczególnie z zakresu: • negocjacji (techniki negocjacji), • komunikacji interpersonalna (wewnątrz i na zewnątrz instytucji), • umiejętności kierowania zespołem, • umiejętności komunikowania złych wiadomości. Nieistotne dla dyrektorów i kierowników ds. administracyjnych i ekonomicznych są kwestie związane z oceną technologii medycznych oraz promocji, marketingu i budowania dobrego wizerunku służby zdrowia.
Naczelne pielęgniarki	Analizując częstość wskazań tematyki szczegółowej szkoleń przez naczelne pielęgniarki stwierdzić można, że są one zainteresowane przede wszystkim różnorodnymi kwestiami zarządczymi (ale w ujęciu praktycznym a nie strategicznym): • zarządzanie informacją o pacjencie, wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego ułatwiającego przepływ informacji w szpitalu • zarządzanie bezpieczeństwem informacji w szpitalu • zarządzanie informacją o pacjencie • prowadzenie dokumentacji medycznej W kwestiach prawnych najczęściej wskazywana jest tematyka: • prawna odpowiedzialność personelu medycznego, • prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia • przepisy *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* • prawa a obowiązki pacjenta • ubezpieczenia od zdarzeń medycznych Wysoki jest też odsetek zainteresowanych podnoszeniem kompetencji miękkich, zarówno ukierunkowanych na poprawę pracy zespołu medycznego (umiejętność kierowania zespołem, umiejętność pracy w zespole, komunikacja interpersonalna), jak też istotne na linii personel medyczny – pacjent i jego rodzina (umiejętność

	komunikowania złych wiadomości, umiejętność pracy z trudnym pacjentem, techniki negocjacji). Zupełnie nieistotna dla naczelnych pielęgniarek jest tematyka związana z finansowaniem jednostki oraz oceną technologii medycznych.
Ordynatorzy oddziałów szpitalnych	Ordynatorów w pierwszej kolejności interesowałaby tematyka prawna: • prawna odpowiedzialność personelu medycznego • prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia • przepisy *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* • prawa a obowiązki pacjenta • ubezpieczenia od zdarzeń medycznych W dalszej kolejności kompetencje zarządcze: • zarządzanie informacją o pacjencie • wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego ułatwiającego przepływ informacji w szpitalu • wypełnianie dokumentacji medycznej • zarządzanie bezpieczeństwem informacji w szpitalu • podniesienie efektywności procedur medycznych (np. wyeliminowanie powielania tych samych procedur medycznych przez kilka komórek organizacyjnych szpitala) Na trzecim miejscu znalazły się kompetencje miękkie: • umiejętność kierowania zespołem • umiejętność pracy z „trudnym" pacjentem Ordynatorzy nie odczuwają potrzeby podnoszenia kwalifikacji w kwestiach wykraczających poza funkcjonowanie ich oddziałów, np. budżetowanie i rachunkowość w zakładzie opieki zdrowotnej. Nieistotne są też dla nich tematy związane z prowadzeniem kontroli podmiotów leczniczych, czytaniem map potrzeb zdrowotnych i wyciąganie wniosków, a także wprowadzaniem do wytycznych oceny technologii medycznych.
Pracownicy pionu administracyjnego	Pracownicy pionu administracyjnego są zainteresowani w podobnym stopniu różnorodną tematyką: prawną, prowadzeniem dokumentacji medycznej, kontraktowaniem świadczeń zdrowotnych i realizacją kontraktu z NFZ, wdrożeniem zintegrowanego systemu informatycznego ułatwiającego przepływ informacji w placówce. Pokazuje to, iż ich potrzeby szkoleniowe są ukierunkowane na aktualizację wiedzy niezbędnej do prawidłowego wykonywania podstawowych procesów zarządzania w świetle zmian prawnych i zmian przepisów księgowych. Nieistotne dla pracowników pionu administracyjnego są kwestie niezwiązane z zakresem ich obowiązków (np. kwestie finansowe, budżetowania, analiza sytuacji ekonomicznej szpitala). Nie należy również kierować do tej grupy odbiorców szkoleń z zakresu zarządzania zasobami ludzkimi na poziomie zaawansowanym, a ewentualnie na poziomie podstawowym.

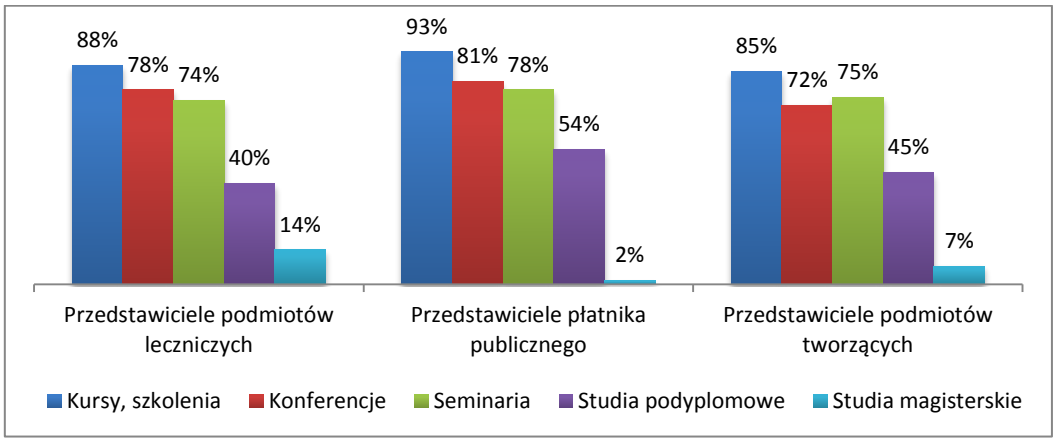
Przedstawiciele płatników publicznych	Przedstawiciele płatników publicznych na pierwszym miejscu wskazują potrzebę szkoleń w zakresie komunikacji interpersonalnej. Te umiejętności są przydatne szczególnie podczas procesu negocjacyjnego przy kontraktacji świadczeń. Wskazują też na potrzebę podnoszenia umiejętności analitycznych przydatnych przy konstruowaniu koszyka świadczeń gwarantowanych oraz kontraktowaniu usług zdrowotnych dla zwiększenia optymalizacji wykorzystania zasobów. Preferowaliby też szkolenia uwzględniające tematykę prawną (prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia, prawo cywilne, stosowanie przepisów *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*). Nieistotne dla przedstawicieli płatników publicznych są kwestie związane z bieżącym zarządzaniem placówkami medycznymi (optymalizacja wykorzystanie sprzętu i aparatury, zasobów osobowych, efektywności procedur medycznych, restrukturyzacji nieruchomości).
Przedstawiciele podmiotów tworzących	Przedstawiciele podmiotów tworzących w pierwszej kolejności preferowaliby szkolenia związane ogólnie z zarządzaniem ochroną zdrowia, związane z kwestiami finansowymi oraz kwestiami prawnymi, a także prowadzeniem kontroli podmiotów leczniczych. Analizując wskazania w badaniu CATI, nie należy kierować do tej grupy odbiorców szkoleń z zakresu zarządzania zasobami ludzkimi na poziomie zaawansowanym.

Źródło: opracowanie własne

3.3.2 Preferowana forma podnoszenia kwalifikacji

Potencjalni odbiorcy jako preferowane formy działań podnoszących kwalifikacje wskazują przede wszystkim na kursy, szkolenia, a także konferencje i seminaria (Rysunek 19). Studia podyplomowe podjąłby co drugi przedstawiciel płatnika publicznego oraz powyżej 40% przedstawicieli podmiotów leczniczych i tworzących. Nie ma natomiast zainteresowania studiami magisterskimi, co wynika z faktu, iż zdecydowana większość respondentów posiada wykształcenie wyższe (ponad 84%). Jedynie wśród podmiotów leczniczych, 14% badanych wykazało zainteresowanie studiami na poziomie magisterskim.

Rysunek 19 Preferowane formy podnoszenia kwalifikacji w zakresie zarządzania i administrowania służbą zdrowia oraz kompetencji pozamedycznych



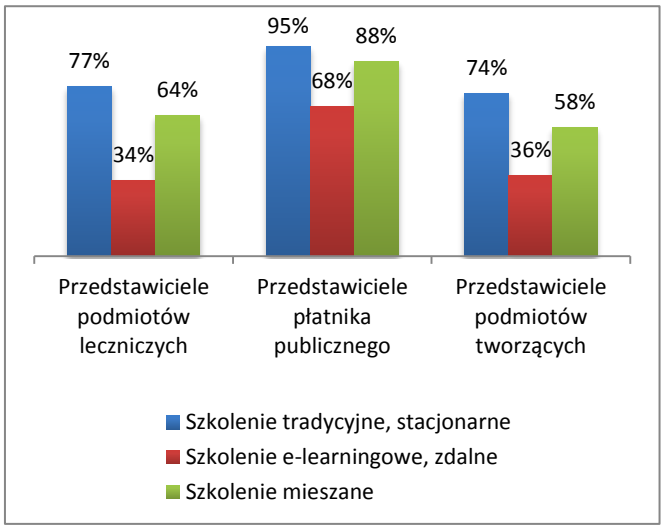
Źródło: badanie CATI wśród potencjalnych odbiorców wsparcia; pokazano odsetek wskazań

Analiza ta pokazuje, że potencjalni uczestnicy preferowaliby krótsze formy działań podnoszących kwalifikacje. Poza kursami i szkoleniami wysoki odsetek wskazań na seminaria i konferencje można wytłumaczyć tym, że jest to forma zajmująca najmniej czasu (przeważnie w dni powszednie, w odróżnieniu np. od studiów podyplomowych) i jednocześnie dostarczająca skondensowanej wiedzy. Istotny jest też czynnik finansowy, duża część konferencji i seminariów jest bezpłatna. Dodatkowo w przypadku przedstawicieli podmiotów leczniczych, jak wynika z wywiadów pogłębionych, duże zainteresowanie wynika z przyzwyczajenia do takich form, gdyż takie dominują w placówkach wśród szkoleń wewnętrznych.

W podmiotach leczniczych studiami podyplomowymi byłaby szczególnie zainteresowana kadra zarządzająca AOS i lecznictwa szpitalnego. Analizując preferencje co do form podnoszenia kwalifikacji wg stanowisk w placówkach leczniczych widać, że **studiami podyplomowymi zainteresowane są szczególnie naczelne pielęgniarki (ponad połowa), dyrektorzy ds. administracyjnych i ekonomicznych (43%) oraz pielęgniarki oddziałowe (42%).** Nie ma znaczących różnic w odpowiedziach co do studiów podyplomowych między osobami posiadającymi i nieposiadającymi wykształcenia medycznego.

W porównaniu z innymi grupami duży odsetek pielęgniarek oddziałowych chciałby też podjąć studia magisterskie (23%). W przypadku innych form podnoszenia kwalifikacji, tj. kursów, szkoleń, konferencji etc. nie ma znaczących różnic między grupami respondentów.

Rysunek 20 Preferowane sposoby realizacji szkolenia

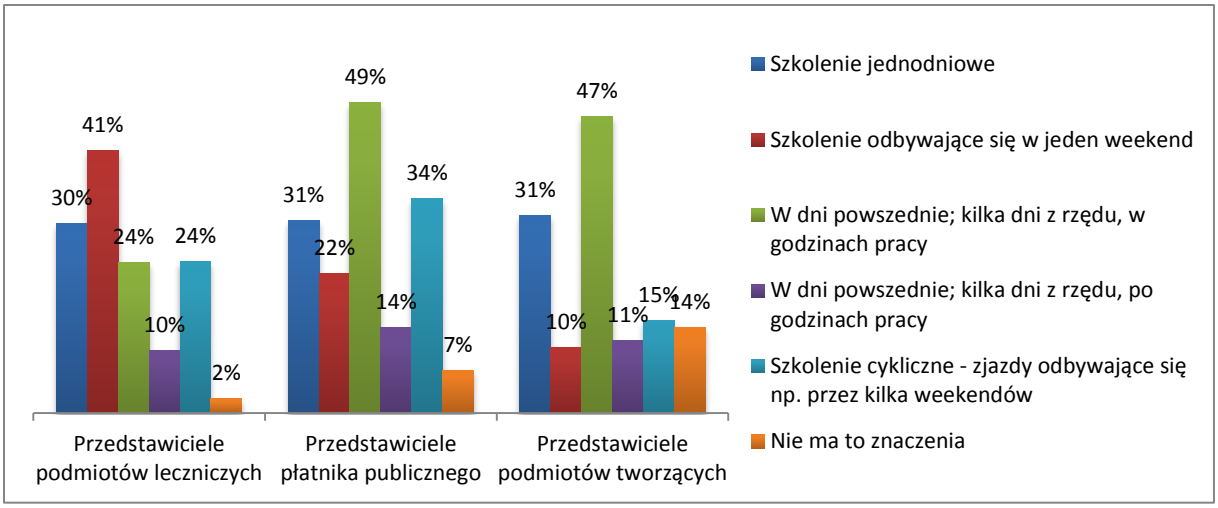


Źródło: badanie CATI wśród potencjalnych odbiorców wsparcia; pokazano odsetek wskazań

Respondenci okazują się być tradycjonalistami – preferują stacjonarny sposób realizacji szkoleń, z możliwością bezpośredniego kontaktu z prowadzącym (Rysunek 20). Jednak są również otwarci na szkolenia mieszane, tj. łączące tradycyjne metody nauki ze szkoleniem e-learningowym. Szczególnie przedstawiciele płatników publicznych (88%) są zainteresowani taką formą. Ta grupa badanych szczególnie wyróżnia się też swoim zainteresowaniem szkoleniem wyłącznie w formie zdalnej – 48% wskazało odpowiedź twierdzącą, a 20% „raczej tak". W świetle wypowiedzi badanych w trakcie wywiadów pogłębionych można postawić tezę, iż **szkolenia w zakresie kwestii tzw. twardych, np. interpretowania i stosowania przepisów prawnych, e-learning będzie formą adekwatną. Jednak w przypadku szkoleń z zakresu zarządzania strategicznego i o bardziej kompleksowej tematyce istotny jest kontakt z prowadzącym, możliwość omówienia konkretnych przykładów, a także kontakt i wymiana doświadczeń z innymi uczestnikami.**

Rozkład odpowiedzi na pytanie o preferowane terminy szkoleń dobrze pokazuje zróżnicowany charakter pracy respondentów (Rysunek 21). Przedstawiciele podmiotów leczniczych, przede wszystkim pielęgniarki naczelne i oddziałowe oraz ordynatorzy, czyli osoby pracujące w różnych godzinach i mający nienormowany czas pracy, wolą krótkie formy – przede wszystkim szkolenia weekendowe i jednodniowe. Pracownicy medyczni są też przyzwyczajeni do takich form, gdyż w dużym stopniu na nich opierają się szkolenia wewnętrzne w szpitalach – przede wszystkim medyczne. Jednocześnie pielęgniarki oddziałowe i naczelne, których duża część była zainteresowana studiami podyplomowymi i magisterskimi wskazuje na szkolenia cykliczne (kursy), tj. w formie zjazdów odbywających się np. przez kilka weekendów.

Rysunek 21 Preferowane terminy szkoleń



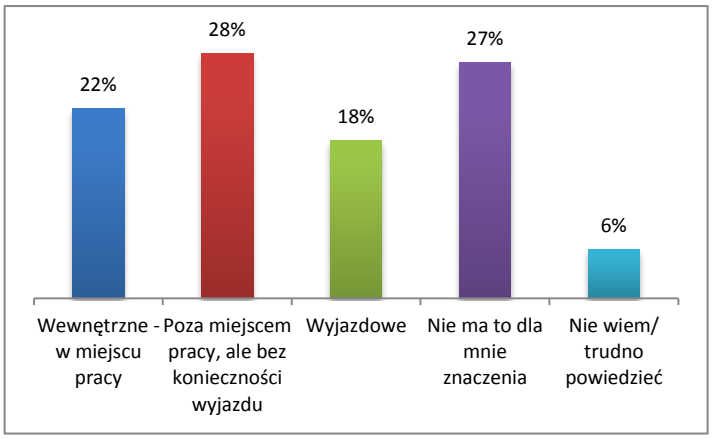
Źródło: badanie CATI wśród potencjalnych odbiorców wsparcia; pokazano odsetek wskazań, nie pokazano odpowiedzi „inny termin" oraz „trudno powiedzieć", n=617

Urzędnicy nie mieliby nic przeciwko oddelegowaniu ich na szkolenia w godzinach pracy, przy czym najchętniej kilkudniowe. Co trzeci badany przedstawiciel płatników publicznych wskazuje na szkolenia cykliczne, co wynika z faktu, iż 54% z nich deklaruje chęć podjęcia studiów podyplomowych.

Żadna z badanych grup raczej nie chciałaby poświęcać swojego czasu po godzinach pracy w dni powszednie. Jako preferowany termin wskazał na to jedynie do dziesiąty badany, niezależnie od grupy.

Respondenci preferują szkolenia poza miejscem pracy, ale bez konieczności wyjazdu (Rysunek 22). **Warto jednak zwrócić uwagę, iż wśród pracowników medycznych, szczególnie ordynatorów, większy jest odsetek zainteresowanych szkoleniami wewnętrznymi**. Te grupy zawodowe są przyzwyczajone do takiej formy podnoszenia kwalifikacji – analizowane w ramach studiów przypadków plany szkoleniowe obejmują głównie szkolenia wewnętrzne (głównie medyczne), przy czym w dużej części z przyczyn finansowych są to wykłady prowadzone przez osoby z tej samej placówki lub zaproszone na zasadzie „wzajemności" z innych szpitali.

Rysunek 22 Preferowana lokalizacja szkoleń



Źródło: badanie CATI wśród potencjalnych odbiorców wsparcia; pokazano odsetek wskazań

Odbiegające od średniej są wskazania dyrektorów i kierowników szpitali – preferują oni szkolenia zewnętrzne (54%, w tym 23% wyjazdowe), a także przedstawiciele podmiotów tworzących, których 41% najchętniej wzięłoby udział w szkoleniach poza miejscowością, w której mieszkają.

Widać też zróżnicowanie między badanymi grupami występuje między badanymi grupami przy pytaniu o preferowane formy nauki. Generalnie zwyciężają formy, w których stosowane są techniki interaktywne – warsztaty, zajęcia praktyczne, dyskusje (Tabela 5). Szczególnie ważna jest właśnie możliwość dyskusji i wymiany poglądów i doświadczeń uczestników. Jak podkreślali rozmówcy w ramach studiów przypadku – specyfika pracy

osób na kierowniczych stanowiskach wymaga kreatywności, podejmowania decyzji i borykania się z konkretnymi, specyficznymi problemami pojawiającymi się ich placówkach/ wydziałach. Dlatego mają szczególną potrzebę umożliwienia im omówienia tych kwestii z prowadzącym szkolenie oraz z innymi uczestnikami, podzielenia się doświadczeniami i „podejrzenia", jakie rozwiązania stosuje się w innym placówkach.

Rekomenduje się uwzględnienie w programach szkoleń dłuższego czasu na dyskusje, wymianę doświadczeń i analizę konkretnych przykładów, indywidualne konsultacje z prowadzącym.

Tabela 5 Preferowane formy nauki

	Techniki warsztatowe, zajęcia praktyczne	Dyskusja/wymiana poglądów i doświadczeń	Wykład	Samodzielna praca	Doradztwo (z trenerem, doradcą w miejscu pracy)	Wizyta studyjna w Polsce	Wizyty studyjne za granicą
Pracownik pionu administracyjnego	2,68	2,53	2,56	2,99	2,82	3,02	3,27
Osoba zatrudniona na stanowisku dyr. ds. finansowych	2,59	2,20	2,37	2,77	2,43	3,01	3,99
Dyrektor/ kierownik szpitala	2,10	1,79	2,35	2,79	2,46	2,54	2,72
Dyrektor/kierownik ds. adm./ ekonomicznych	2,10	2,03	2,48	3,08	2,64	2,20	2,93
Ordynator oddziału szpitalnego / osoba kierująca pracą oddziału	2,64	2,41	2,25	2,96	3,01	3,31	3,79
Naczelna pielęgniarka	2,29	2,01	2,34	2,60	2,38	1,94	2,39
Pielęgniarka oddziałowa	2,45	2,28	2,42	2,70	2,46	2,59	2,94
Przedstawiciel płatnika publicznego (NFZ/Ministerstwo Zdrowia)	1,83	1,71	2,51	2,71	2,07	2,02	2,59
Przedstawiciel podmiotu tworzącego - JST	2,77	2,45	2,72	3,06	3,14	3,04	3,53

1	2	3	4	5	6
1. W bardzo dużym stopniu	2. W dużym stopniu	3. W średnim stopniu	4. W małym stopniu	5. W bardzo małym stopniu	6. W ogóle brak zainteresowania

Źródło: badanie CATI wśród potencjalnych odbiorców wsparcia; pokazano średnie dla grup n>5

Rozmówcy podkreślali bowiem, że „zwyczajowe" 15 minut na zakończenie szkolenia przeznaczone na zadawanie pytań prowadzącym jest niewystarczające, a ponadto nie każdy uczestnik chciałby omawiać na forum całej grupy kwestie specyficzne w jego pracy. Jednocześnie wśród kadry zarządzającej nie ma przekonania do pracy indywidualnej z doradcą w miejscu pracy (tzw. coaching).

Zaleca się też prowadzenie odrębnych szkoleń dla grup jednorodnych pod względem typu instytucji, tj. płatnicy publiczni, podmioty tworzące, podmioty lecznicze dla zwiększenia możliwości pracy grupowej w kolejnych konkursach przewidzianych w ramach Osi priorytetowej V PO WER.

Warto zwrócić uwagę na zainteresowanie wizytami studyjnymi. Szczególnie są nimi zainteresowane pielęgniarki naczelne, przedstawiciele płatnika publicznego oraz dyrektorów i kierowników ds. administracyjnych i ekonomicznych szpitala. Przy czym pod uwagę brane są takie wizyty w polskich placówkach a nie zagranicznych. Ze względu na relatywnie wysokie koszty wizyt studyjnych nie zaleca się tej formy podnoszenia kwalifikacji. Warto jednak zapraszać w roli prelegentów przedstawicieli placówek prowadzących poszczególne procesy zarządzania wzorcowo bądź w wysoce efektywny sposób.

Potrzebne są:

- aktywne portale internetowe prowadzone przez kompetentne osoby.

- portale i fora internetowe, wymiana informacji między lekarzami, "burza mózgów", powinien powstać portal pod nadzorem Ministerstwa Zdrowia.

- fora dyskusyjne, które będą działać po szkoleniach, nie tylko podczas krótkich kursów, fora rozwiązujące wspólnie problemy, umożliwiające pomoc i dzielenie się informacjami o danych przypadkach.

Respondenci badania CATI

Jako inne, wskazywane w pytaniu otwartym, pożądane formy nauki, respondenci wskazywali na źródło, jakim jest internet. Poza udostępnianiu w nim artykułów i publikacji, pojawia się oczekiwanie, aby za pomocą tego medium zamieszczane były porady, komentarze ekspertów i umożliwiona była wymiana informacji, np. poprzez specjalistyczne portale. Badani chcieliby, aby było to długotrwałe, czyli funkcjonujące niezależnie od prowadzonych krótkotrwałych szkoleń.

Wśród osób na stanowiskach niemedycznych pojawiają się głosy, że chętnie otrzymywaliby materiały mailowo, z zaznaczeniem, że powinny to być materiały praktyczne, np. interpretacje, wykładnia prawna, informacje o zmianach i trendach w zarządzaniu na maila.

Spytano również potencjalnych odbiorców działań szkoleniowych, czy woleliby, aby grupa uczestników była jednolita, czy mieszana pod względem zajmowanych stanowisk (Tabela 6). Najbardziej otwarte na szkolenia, w których brałyby udział osoby zajmujące różne stanowiska, np. kierownicy i szeregowi pracownicy, są przedstawiciele podmiotów tworzących oraz pielęgniarki oddziałowe. W przypadku grup preferujących zdecydowanie jednolite grupy szkoleniowe nie musi oznaczać to braku otwartości na podwładnych, ale wynika raczej ze specyfiki ich pracy. Zespoły ds. administracyjnych, ekonomicznych i finansowych w placówkach zdrowotnych często są mało liczne – tymi kwestiami zajmują się czasem 1-2 osoby[38].

Otwartość na udział w grupach niejednorodnych jest szczególnie korzystna dla wdrażania działań szkoleniowych z zakresu audytu wewnętrznego, w którego proces zaangażowane są zazwyczaj liczne komórki organizacyjne. Dlatego warto w ramach szkoleń dedykowanych dla danego typu podmiotów, aby grupę docelową stanowili pracownicy zajmujący różne stanowiska, ale uczestniczący w danym procesie zarządzania.

[38] Uzasadnieniem dla tej tezy są problemy pojawiające się podczas realizacji badania ilościowego. Tylko część placówek (szpitale wojewódzkie, większe szpitale powiatowe) ma rozbudowane struktury organizacyjne (w których można odnaleźć oddzielnych dyrektorów ds. administracyjnych i ekonomicznych, dyrektorów ds. finansowych). W mniejszych placówkach jest 1-2 osoby zarządzające, które odpowiadają jednocześnie za sprawy finansowe, administracyjne i ogólne zarządzanie.

Tabela 6 Preferencje w zakresie szkoleń dla jednolitej grupy uczestników (np. tylko dla osób pracujących na podobnych stanowiskach), lub szkoleń dla grupy mieszanej (dla osób zajmujących różne stanowiska, np. kierowników i szeregowych pracowników)

	Pracownik pionu administracyjnego	Osoba na stanowisku dyr. ds. finansowych	Dyrektor/ kierownik szpitala	Dyrektor/kierownik ds. adm./ ekon.	Ordynator oddziału szpitalnego	Naczelna pielęgniarka	Pielęgniarka oddziałowa	Przedstawiciel płatnika publicznego (NFZ/MZ)	Przedstawiciel podmiotu tworzącego - JST
Szkolenie dla jednolitej grupy uczestników	34%	49%	56%	63%	36%	49%	30%	32%	24%
Szkolenie dla mieszanej grupy uczestników	31%	16%	17%	28%	24%	23%	44%	29%	45%
Nie ma to dla mnie znaczenia	30%	24%	23%	8%	24%	23%	19%	24%	23%
Nie wiem/ trudno powiedzieć	5%	11%	4%	3%	15%	6%	8%	15%	7%

Źródło: badanie CATI wśród potencjalnych odbiorców wsparcia; pokazano odsetek wskazań, n=1036

Uczestnicy panelu ekspertów wskazali na jeszcze jeden wątek w kontekście omawiania organizowania szkoleń dla grup mieszanych, a mianowicie uczestnictwo w jednym szkoleniu przedstawicieli różnych podmiotów – leczniczych, tworzących i płatników publicznych. Eksperci wskazywali bowiem na problem bardzo zróżnicowanych perspektyw poszczególnych podmiotów, zróżnicowany zakres odpowiedzialności, co przy braku odpowiedniej współpracy i wymiany poglądów i doświadczeń utrudnia efektywne zarządzanie placówkami leczniczymi i całym sektorem zdrowia. Jako przykład dobrego rozwiązania jeden z ekspertów wskazał studia podyplomowe, w których biorą udział osoby reprezentujące różne podmioty i chwalące sobie możliwość wymiany poglądów.

Jak zauważa jednak inny ekspert, taka formuła sprawdza się w przypadku studiów podyplomowych. W odniesieniu do krótszych form, szkoleń, konferencji i seminariów pośrednim rozwiązaniem może być zapraszanie do prowadzenia szkoleń osób reprezentujących różne te środowiska.

Na studiach podyplomowych […] są studenci reprezentujący niepubliczne, publiczne placówki zdrowia, płatnika i również podmiot tworzący. I z takich rozmów korytarzowych wynika, że te osoby bardzo sobie cenią to, że mogą tutaj wchodzić w interakcje, wymieniać poglądy czy przedstawiać swoje stanowiska.

Są niesamowicie ciekawe dyskusje, te spory, które odbywają się między uczestnikami. […] Natomiast to jest model, który sprawdza się na studiach. Natomiast wydaje mi się, że na konferencjach i seminariach tutaj wiedza musi być syntetyczna i ukierunkowana bezpośrednio na typ uczestników.

/Panel ekspertów/

Podsumowanie

Odpowiadając na pytanie badawcze: *Jakie są najbardziej oczekiwane formy/tryb podnoszenia kwalifikacji* **w pierwszej kolejności należy wskazać krótkie formy – szkolenia i kursy, a także konferencje i seminaria, organizowane w godzinach pracy dla pracowników urzędów, a dla przedstawicieli podmiotów medycznych głównie w weekendy**. Nacisk na szkoleniach powinien zostać położony na wykorzystanie technik warsztatowych i interaktywnych, pozwalających na wymianę doświadczeń, omówienie konkretnych przykładów.

Preferencja krótkich form nie oznacza jednak wskazania do rezygnacji z formuły studiów podyplomowych. Wskazuje na nie dość duży odsetek badanych. W przypadku podmiotów leczniczych są to głównie pielęgniarki naczelne i oddziałowe, a także dyrektorzy ds. administracyjnych i ekonomicznych. W przypadku tej ostatniej grupy wydaje się zasadne skierowanie do nich kompleksowej oferty właśnie w postaci studiów podyplomowych, zważywszy na bardzo szerokie zainteresowania tematami szkoleń.

Warto rozważyć, szczególnie w przypadku przedstawicieli płatników publicznych, wprowadzenie e-learningu jako elementu szkolenia tradycyjnego.

Ze względu na deklarowaną dużą otwartość co do uczestniczenia w szkoleniach w grupach niejednorodnych oraz wspomnianą wyżej potrzebę dzielenia się doświadczeniami, warto preferować szkolenia, w których wykładowcami będą przedstawiciele różnych podmiotów sektora zdrowia.

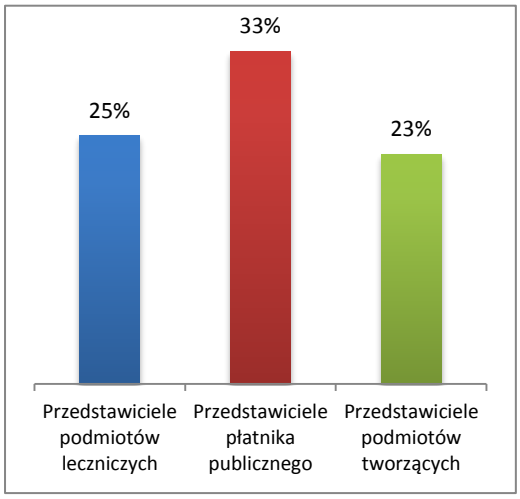
3.3.3 Bariery dla podnoszenia kwalifikacji

Niezależnie od grupy badawczej ponad 60% respondentów wskazywało, iż ma wystarczającą możliwość uczestniczenia w szkoleniach z zakresu zarządzania i administrowania służbą zdrowia oraz kompetencji pozamedycznych, które byłyby adekwatne do potrzeb związanych z ich pracą zawodową. Co czwarty przedstawiciel podmiotu leczniczego wskazał, że te możliwości są niewystarczające, a także co trzeci przedstawicieli płatników publicznych i 23% podmiotów tworzących (Rysunek 23). W podmiotach leczniczych bariery odczuwają głównie ordynatorzy, dyrektorzy ds. administracyjnych i ekonomicznych oraz księgowi.

Niezależnie od typu podmiotu, główną barierą są kwestie finansowe, co w znacznym stopniu ogranicza możliwość udziału pracowników w płatnych szkoleniach zewnętrznych. Na drugim miejscu jako barierę respondenci wskazali brak czasu. Inne ograniczenia, takie jak brak szkoleń z danej dziedziny i brak informacji o szkoleniach nie były identyfikowane jako znaczący problem, co potwierdza tezę o szerokich możliwościach podnoszenia kwalifikacji, przydatnych dla realizacji wyzwań sektora ochrony zdrowia.

Wyróżniają się przedstawiciele płatników publicznych, którzy częściej niż inne badane grupy wskazują na barierę w postaci braku informacji o szkoleniach (30%, podczas gdy w podmiotach tworzących jest to 16% a leczniczych 6%).

Rysunek 23 Odsetek respondentów uważających, że nie mają wystarczającej możliwości uczestniczenia w szkoleniach z zakresu zarządzania i administrowania służbą zdrowia



Źródło: badanie CATI wśród potencjalnych odbiorców wsparcia; pokazano odsetek wskazań, n=1036

W podmiotach leczniczych uczestnictwu w działaniach szkoleniowych całych zespołów nie sprzyja specyfika organizacji pracy – w przypadku pracowników medycznych w szpitalach zawsze ktoś musi być obecny na oddziale (lekarze, pielęgniarki), dlatego optymalne w odniesieniu do tych osób byłyby szkolenia powtarzające się – w różnych terminach, co umożliwia wzięcie udziału przez większość pracowników.

Na podstawie przeprowadzonych studiów przypadku szpitali, w badanych podmiotach funkcjonuje forma tzw. szkoleń „kaskadowych", zazwyczaj jest to jednak system mało sformalizowany. Tak jest szczególnie w przypadku pracowników (działy prawne, księgowe, organizacyjne, ds. technicznych etc.), tj. wiedza ze staży, szkoleń, wykładów, konferencji jest przekazywana na bieżąco, podczas codziennej pracy. Zdaniem pracowników administracyjnych taka formuła jest wystarczająca, gdyż w przypadku kwestii administracyjnych, organizacyjnych i prawnych chodzi o przekazanie konkretnych, „twardych" informacji (interpretacja przepisów, wytycznych), co ma sens wyłącznie w konkretnych sytuacjach w pracy (kiedy jest potrzeba zastosowania danego przepisu). O ile w przypadku pozyskania wiedzy teoretycznej w trakcie szkolenia taka formuła może być

rzeczywiście skuteczna, to w przypadku umiejętności praktycznych może okazać się niewystarczająca. Zwracają na to uwagę przedstawiciele badanych szpitali, gdzie wymiana wiedzy odbywa się regularnie wśród personelu medycznego – codziennie przy okazji odpraw, a także np. co miesiąc przy okazji spotkań całych zespołów.

Zagrożenie dla efektywności takiej formuły „szkoleń kaskadowych" wynika z:

- **wybiórczości przekazanej wiedzy** – uczestnik zazwyczaj opowiada o tym, co go osobiście zainteresowało, co sprawa, że przekazuje niewielką część informacji;
- **ograniczonego czasu na przekazanie wiedzy** – najczęściej przedmiotem spotkań personelu są również inne kwestie związane z działaniem szpitala, zatem przekazanie wiedzy ze szkolenia jest jednym z kilku elementów omawianych na spotkaniu;
- **braku możliwości przekazania informacji praktycznych i przećwiczenia ich** – niezmiernie istotną rzeczą (pożądaną przez uczestników szkoleń) jest możliwość uczestniczenia w zajęciach praktycznych, warsztatach. Wiedzy z takich zajęć nie da się przekazać podczas spotkania personelu. Nie praktykuje się oddzielnych szkoleń kaskadowych z elementami ćwiczeń;
- **ograniczonych możliwości korzystania z materiałów ze szkoleń** – zdaniem przedstawicieli badanych szpitali, materiały ze szkoleń są dostępne – uczestnik wydarzenia przynosi je do swojej jednostki/ oddziału i wg relacji rozmówców „można sobie je przeglądać podczas pracy". Materiały w wersji elektronicznej są też umieszczane np. w intranecie. Barierą jest jednak to, że w trakcie pracy pracownicy mają ograniczony czas na dodatkowe zajęcia, jak przeglądanie materiałów szkoleniowych/ konferencyjnych, a korzystanie z intranetu jest możliwe jedynie poprzez służbowe komputery.

Barierą dla realizacji skutecznej polityki podnoszenia kwalifikacji wśród pracowników placówek medycznych jest brak informacji zwrotnej o użyteczności szkoleń i wykorzystaniu wiedzy w pracy zawodowej. Dotyczy to zarówno szkoleń zewnętrznych, jak i organizowanych na terenie szpitali. Problem wydaje się być trudny do rozwiązania – przy obecnym i tak dużym obłożeniu obowiązkami zawodowymi pracowników służby zdrowia obowiązek wypełnienia dodatkowych „papierów" spotkałby się z dużą niechęcią. Z drugiej strony przedstawiciele kadry zarządzającej dostrzegają te barierę, a jeden z dyrektorów szpitala starającego się o akredytację powiedział, że na ten element zwrócili również uwagę zewnętrzni audytorzy. Warto więc – dla oceny jakości szkoleń planowanych do realizacji w ramach PO WER – wprowadzić na etapie wniosków o dofinansowanie – ocenę funkcjonalności tematycznych modułów szkoleniowych, rekomendowanych w ramach niniejszego badania.

Brakuje nie tylko **informacji zwrotnej o użyteczności szkoleń**, ale również podstawowych sprawozdań z realizacji rocznych planów szkoleń. Zazwyczaj, jeśli prowadzone są statystyki i sprawozdawczość w tym zakresie to dane te powstają na potrzeby działów kadr i rzadko trafiają w ręce osób zarządzających i podejmujących decyzje strategiczne.

Podsumowanie

Odpowiadając na pytanie badawcze: *Czy istnieją bariery w dostępie do szkoleń? Jeśli tak, jakie są ich przyczyny? Jakie są możliwości eliminacji takich przeszkód?* należy wskazać:

- **bariery finansowe** – które biorąc pod uwagę kondycję finansową służby zdrowia mogą być rozwiązane wyłącznie poprzez skierowanie oferty szkoleniowej współfinansowanej ze środków unijnych, dlatego możliwość otrzymania przez instytucje szkoleniowe dofinansowania z Działania 5.2 PO WER trafia idealnie w te potrzeby;
- **brak czasu** – co może być wyeliminowane poprzez skierowanie do potencjalnych uczestników działań szkoleniowych w krótkich formach i w terminach odpowiadających poszczególnym grupom;

- **specyfikę pracy personelu medycznego uniemożliwiającej uczestnictwo w szkoleniach w większych grupach i w dowolnych terminach** – odpowiedzią na ten problem może być oferta szkoleń cyklicznych, w różnych terminach, co umożliwia wzięcie udziału przez większość pracowników.
- **niską użyteczność tzw. szkoleń „kaskadowych"** w przypadku niektórych obszarów / tematów – co może być wyeliminowanie poprzez kierowanie na szkolenia (szczególnie z kompetencji miękkich, wymagających ćwiczeń) wszystkich pracowników, którzy mają taką potrzebę;
- **brak informacji zwrotnej o użyteczności szkoleń** – co może być wyeliminowane wyłącznie poprzez podjęcie działań na poziomie poszczególnych podmiotów.

3.3.4 Identyfikacja działań wzmacniających użyteczność podnoszenia kwalifikacji

Ograniczone środki finansowe na podnoszenie kwalifikacji personelu zmuszają kadry kierownicze do poszukiwania innych rozwiązań. Przede wszystkim, jak deklarowali rozmówcy w trakcie wywiadów pogłębionych w szpitalach, **szuka się szkoleń bezpłatnych lub tanich, ale o wysokiej jakości** (badani deklarują, iż najchętniej korzystają z oferty sprawdzonych podmiotów szkoleniowych).

Kolejnym rozwiązaniem jest kierowanie na szkolenia płatne mniejszej liczby pracowników, którzy mają potem za zadanie przekazać pozostałym informacje ze szkoleń. W szkoleniach takich biorą udział przede wszystkim osoby na kierowniczych stanowiskach, ale, na co zwrócił uwagę jeden z rozmówców, innym kryterium jest u nich też to, aby taka osoba była komunikatywna i umiała później skutecznie przekazać wiedzę innym pracownikom. Zdaniem ewaluatora nie rozwiązuje to jednak problemu mało skutecznej formuły przekazywania sobie wiedzy przez pracowników w trakcie krótkich spotkań.

Analiza rocznych planów szkoleniowych w szpitalach objętych studiami przypadku pokazuje, że w głównej mierze są to szkolenia wewnętrzne prowadzone przez pracowników. Dotyczy to przede wszystkim tematyki medycznej, ale nie tylko. Na przykład pracownicy z działów administracyjnych i prawnych prowadzą szkolenia dla personelu medycznego z zakresu wypełniania dokumentacji medycznej, prawodawstwa, czy też systemów informatycznych. Ponadto poszukuje się możliwości bezpłatnego zaproszenia do prowadzenia szkoleń osób z zewnątrz, np. izb pielęgniarskich i lekarskich, opiekuna z ZUS, przedstawiciela podmiotu tworzącego.

Czynnikiem sprzyjającym jest podejście personelu do podnoszenia kwalifikacji – specyfiką pracy w służbie zdrowia jest konieczność ciągłego podnoszenia kwalifikacji, poznawania nowinek w medycynie, nowych technologii, leków, procedur medycznych. Występuje otwartość na podnoszenie kwalifikacji nie tylko medycznych, co przekłada się nie tylko na chęć udziału w szkoleniach, ale też na aktywne poszukiwanie informacji o nich.

Użyteczności działań podnoszących kwalifikacje sprzyja opracowywanie rocznych planów szkoleń. Z wywiadów pogłębionych przeprowadzonych w wybranych szpitalach wynika, że plany powstają na podstawie zapotrzebowania zgłaszanego przez grupy pracowników, np. pielęgniarki z jednego oddziału/kliniki i że odzwierciedlają rzeczywiście potrzeby osób na wszystkich szczeblach w hierarchii. Plany szkoleń zbierane są np. w wydziale kadr i są akceptowane przez dyrektora placówki lub zastępcę. W szczególności dotyczy to szkoleń płatnych.

Analiza planów szkoleniowych oraz to, że działania szkoleniowe, wg deklaracji rozmówców, są również podejmowane ad hoc pokazuje, że **reaguje się na bieżące potrzeby pracowników i placówki**. Przedstawiciele działów administracyjno-prawnych podkreślali, iż z ich punktu widzenia ważne jest, aby mogli zdobywać nową wiedzę na szkoleniach w sytuacji, gdy mają miejsce znaczące zmiany przepisów, a że te zdarzają się często i nieoczekiwanie, nie zawsze jest możliwość uwzględnienia stosownych szkoleń w planie szkoleniowym. Plany szkoleń dostosuje się też do wyzwań stojących przed całą placówką. Przykładem może być ubieganie się o akredytację, co zazwyczaj wiąże się z koniecznością podnoszenia kwalifikacji pracowników w zakresie identyfikowania i usprawniania procesów w placówce.

Kwestią techniczną, niemniej istotną z punktu widzenia możliwości prowadzenia działań szkoleniowych jest odpowiednie wyposażenie placówek medycznych w sale konferencyjne lub inne pomieszczenia, w których można prowadzić spotkania, wykłady i szkolenia. Daje to możliwość organizowania licznych wewnętrznych działań szkoleniowych o różnych porach, co jest ważne ze względu np. na nienormowane godziny pracy personelu medycznego.

3.3.5 Analiza polityki szkoleniowej prowadzonej w szpitalach i zapotrzebowanie na podnoszenie kwalifikacji kadry zarządzającej – na podstawie studiów przypadku

CHARAKTERYSTYKA SZPITALI OBJĘTYCH STUDIUM PRZYPADKU

Badaniem objęto 3 szpitale, zróżnicowane pod względem:

- podmiotu tworzącego – szpital powiatowy, wojewódzki, akademicki,
- lokalizacji - wybrano województwo mazowieckie charakteryzujące się przeciętną w skali kraju dostępnością szpitali i personelu na 10 000 mieszkańców przy relatywnie niskiej zachorowalności na choroby cywilizacyjne i dużym wskaźniku obciążenia demograficznego oraz województwo łódzkie charakteryzujące się wysoką zachorowalnością na choroby cywilizacyjne przy wysokiej w skali kraju dostępności szpitali i personelu na 10 000 mieszkańców.

Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim

Budowa szpitala rozpoczęła się w 1989 roku, a pierwszych pacjentów przyjęto w roku 2003. Organem prowadzącym jest Powiat Grodziski. W szpitalu działa 10 Oddziałów oraz SOR. Placówka oferuje także ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, podstawową opiekę zdrowotną, leczenie psychiatryczne i uzależnień, rehabilitację leczniczą i leczenie stomatologiczne.

Szpital posiada Certyfikat Akredytacyjny CMJ po raz pierwszy przyznany w 2007 roku, a ostatnio w 2012 roku, a także certyfikaty: System zarządzania jakością PN-EN ISO 9001 2009, System zarządzania środowiskowego PN-EN ISO 14001 2005 oraz System Zarządzania BHP PN-N 18001 2004, a także Certyfikat „Szpital bez bólu" od 2010 roku, w 2015 roku przedłużony do 2018 roku.

W 2015 roku szpital zajął 3. miejsce w województwie mazowieckim w rankingu Bezpieczny Szpital. Organizatorem Rankingu jest CMJ.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu

Szpital prowadzi swoją działalność od 1965 roku. Organem tworzącym jest samorząd województwa. Posiada certyfikaty ISO 9001: 2008 System Zarządzania Jakością (ważny do czerwca 2016 – w szpitalu aktualnie prowadzony jest audyt w celu przedłużenia certyfikatu), PN-N 18001 2004 System Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy (ważny do 2017 r.) oraz PN-EN ISO 14001 2005 System zarządzania środowiskowego (ważny do 2017 r.). Szpital jest w trakcie ubiegania się o akredytację.

Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus w Warszawie

Organem założycielskim Szpitala jest Warszawski Uniwersytet Medyczny. Szpital został wybudowany w 1901 r. Oddziały i kliniki rozproszone są w kilkunastu budynkach, w większości starych i wymagających modernizacji. Szpital hospitalizuje rocznie średnio 45 tysięcy pacjentów.

Szpital jest w trakcie wdrażania PN-EN ISO 9001:2000 - System zarządzania jakością. Certyfikaty Systemu Zarządzania Jakością mają dwa zakłady w szpitalu – Radiologii i Immunologii Klinicznej.

METODOLOGIA

Podczas badania każdego szpitala przeanalizowano dane i dokumenty, takie jak historia szpitala, statuty, struktura szpitala i zakres świadczonych usług, wartości kontraktów z NFZ, stan zatrudnienia, posiadane certyfikaty i akredytacje, plany szkoleń, główne inwestycje podejmowane w szpitalach w ostatnich latach i wszelkie inne informacje dostępne na stronach internetowych szpitali i udostępnione przez pracowników. Przeprowadzono również wywiady pogłębione z kadrą zarządzającą szpitalami, kierownikami działów administracyjnych (kadry, finanse, zarządzanie infrastrukturą, działy organizacyjno-prawne etc.), a także przedstawicielami kadry medycznej (naczelne pielęgniarki, kierownik Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych, kierownik Działu Usług Medycznych).

POLITYKA SZKOLENIOWA

We wszystkich trzech badanych szpitalach prowadzone są liczne działania szkoleniowe skierowane zarówno do pracowników medycznych, jak też kadry administracyjnej i zarządzającej. Ze względu na charakter prowadzonej działalności oraz przewagę w zatrudnieniu personelu tzw. białego, głównie są to szkolenia o tematyce medycznej, niemniej każdy dział w szpitalu podejmuje działania podnoszące kwalifikacje zgodne z zakresem zadań pracowników. Można nawet mówić o kulturze podnoszenia kwalifikacji wśród pracowników służby zdrowia, co wynika ze specyfiki pracy w służbie zdrowia – konieczności ciągłego podnoszenia kwalifikacji, poznawania nowinek w medycynie, nowych technologii, leków, procedur medycznych, i przekłada się też otwartością na szkolenia pozamedyczne.

Potrzeba podnoszenia kwalifikacji wynika przede wszystkim z bieżących wyzwań:

- **częste zmiany przepisów** – co wymaga podnoszenia kwalifikacji pracowników działów prawnych, finansowych (rozliczenia z urzędem skarbowym i NFZ), kadrowych (rozliczenia z ZUS, stosowanie przepisów prawa pracy),
- **waga prawidłowo prowadzonej dokumentacji medycznej** – m.in. jako efekt coraz częstszych roszczeń medycznych (o dokumentację wnioskują coraz częściej sądy i komisje medyczne). Szkolenia w tym zakresie prowadzone są zarówno przez firmy zewnętrzne (np. sprzedające moduły informatyczne związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej), jak też pracowników szpitali (przedstawiciele sekcji informatycznych lub analiz).
- **coraz częstsze przypadki wysuwania roszczeń pacjentów i rodzin wobec lekarzy i szpitala** – co wiąże się z zapotrzebowaniem na szkolenia z zakresu przepisów prawnych. Przykładowe tematy szkoleń: *Standardy wykonywania zawodu lekarza/pielęgniarki i położnej w oparciu o przepisy prawa i regulację Kodeksu Etyki Zawodowej Lekarza/ Pielęgniarki i Położnej, Odpowiedzialność zawodowa personelu medycznego, Mediacja i ugoda w procesach „medycznych" – jako alternatywne drogi rozwiązywania spraw dotyczących roszczeń medycznych, Uzyskiwanie zgody pacjenta, Ochrona dóbr osobistych personelu medycznego, Zasady udostępniania dokumentacji medycznej – prawa i obowiązki członków personelu medycznego*. Szkolenia w tym zakresie często oferowane są przez brokerów ubezpieczeniowych szpitali, ale też prowadzone są szkolenia wewnętrzne (przez przedstawicieli sekcji prawnych szpitala).
- **wdrażania nowych systemów lub nowych funkcji systemów informatycznych** – co wymaga przeszkolenia zarówno pracowników medycznych, jak i niemedycznych. Przykłady szkoleń: *Prezentacja systemu skanowania dokumentów z alokacją do informatycznego systemu medycznego*.
- **możliwość pozyskania funduszy unijnych na inwestycje** – stąd kierowanie pracowników na szkolenia z pisania wniosków, aplikowania, zarządzania projektami; zazwyczaj organizowane przez instytucje wdrażające programy unijne.

- **zawieranie korzystnych umów z NFZ i skuteczne rozliczanie** – co wiąże się z zapotrzebowaniem na szkolenia kontraktowe, które pozwalają na lepsze zawieranie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. W szkoleniach takich brali udział pracownicy działów kontraktowania, dofinansowane ze środków UE.
- **coraz większe obciążenie pracą personelu medycznego, przy jednoczesnym deficycie pracowników i coraz częściej pojawiających się sytuacjach konfliktowych z pacjentem i jego rodziną** – co wiąże się z zapotrzebowaniem na szkolenia w zakresie komunikacji interpersonalnej i radzenia sobie ze stresem, a także umiejętności pracy z „trudnym" pacjentem i jego rodziną. Takie szkolenia były podejmowane przez pracowników szpitali, ale były to działania sporadyczne, niewystarczające, i w których pomijana była ważna grupa – pracowników rejestracji szpitalnej i w przychodniach, którzy są „pierwszym ogniwem" kontaktu z pacjentem. Z informacji pozyskanych w szpitalach wynika, że w takich szkoleniach biorą udział przede wszystkim pielęgniarki.

Inicjowanie działań szkoleniowych często jest wynikiem wdrażania systemów jakości zarządzania szpitalem i pozyskiwania akredytacji, co zazwyczaj wiąże się z koniecznością podnoszenia kwalifikacji pracowników w zakresie identyfikowania i usprawniania procesów w placówce. Poza szkoleniami o tematyce prawnej, z prowadzenia dokumentacji medycznej (patrz powyżej), wybrani pracownicy szpitali uczestniczyli w działaniach ściśle powiązanych z procesem pozyskania akredytacji i certyfikatów: szkolenia związane z zintegrowanym systemem zarządzania, szkolenia dla wewnętrznych audytorów (uprawnienia do pełnienia funkcji Audytora Wewnętrznego systemu zarządzania jakością w placówkach medycznych).

W badanych szpitalach funkcjonują roczne plany szkoleń. Praktyką jest, że zapotrzebowanie na szkolenia zbierane jest pośród pracowników poszczególnych działów, oddziałów i klinik, od osób ze wszystkich szczebli. Analizuje się również dostępną ofertę rynkową (która zazwyczaj dociera do pracowników drogą mailową lub pocztą). W planach szkoleń, poza tematyką, określa się termin szkolenia oraz planowaną liczbę uczestników. Plany szkoleń są gromadzone w komórce odpowiadającej za szkolenia (np. dział kadr, dział marketingu i promocji zdrowia) i są akceptowane przez dyrektora szpitala, szczególnie te wskazane jako płatne.

Zdecydowana większość szkoleń to szkolenia wewnętrzne bezpłatne, co wynika przede wszystkim z ograniczeń budżetowych placówek. Dotyczy to zarówno szkoleń medycznych (tutaj szpitale korzystają z własnego personelu jako wykładowców lub zapraszają osoby z innych placówek, na zasadzie wzajemnej wymiany usług), jak też niemedycznych (szkolenia prowadzą pracownicy komórek administracyjnych, prawnych, kadrowych).

Organizując szkolenia zewnętrzne również szpitale kierują się zasadą efektywności ekonomicznej – poszukuje się szkoleń bezpłatnych lub poszukuje się wykładowców z zewnątrz, którzy przeprowadziliby szkolenie/ seminarium na terenie szpitala. Dlatego szpitale chętnie korzystają ze szkoleń oferowanych przez brokerów ubezpieczeniowych. Dla pracowników z działu kadr w szpitalu w Warszawie szkolenie poprowadził też opiekun z ZUS.

W szpitalu w Grodzisku Mazowieckim lista tematów i terminów szkoleń wewnętrznych zamieszczona jest na stronie internetowej szpitala w zakładce *Szkolenia*. Rocznie organizuje się kilkanaście szkoleń, większość o tematyce medycznej, choć w 2013 roku na 17 szkoleń pięć dotyczyło kwestii pozamedycznych, np. prawnych, a jeden z wykładów miał tytuł *E-learning w służbie lekarzom*. W szkoleniach uczestniczą pracownicy szpitala, choć są to spotkania otwarte i może przyjść na nie każdy zainteresowany. Mają przede wszystkim formę wykładów.

Poza krótkimi formami, takimi jak szkolenia, wykłady i konferencje, pracownicy szpitali podnoszą kwalifikacje zawodowe poprzez studia podyplomowe i dłuższe kursy. Czasem są one dofinansowywane lub finansowane przez szpital. Przykładem może być szpital w Zgierzu, który finansuje 50% kosztów studiów podyplomowych fizyka zatrudnionego w oddziale Medycyny Nuklearnej i Endokrynologii (jedyny taki oddział w województwie łódzkim, jeden z czterech w Polsce). Sfinansowano tam również kursy (kolejne stopnie) dla księgowych, co, jak wskazuje dyrektor szpitala: *zrobiliśmy to z czysto praktycznych powodów. Jak tu przyszedłem (…) to w księgowości pracowały w większości osoby absolutnie bez żadnego przygotowania zawodowego, nie miały żadnych*

kwalifikacji. (…) W efekcie nabycia tych kwalifikacji potem te osoby miały drogę do awansu, mogły awansować w strukturze.

W szpitalach nie ma pełnej i łatwo dostępnej informacji o prowadzonych szkoleniach, albowiem poza szkoleniami zamieszczonymi w planach szkoleń organizowane są szkolenia ad hoc, w zależności od potrzeb lub pracownicy kierowani są na szkolenia zewnętrzne, również odpowiadające na bieżące potrzeby (np. zamiany przepisów prawnych). Jeden ze szpitali w planach szkoleniowych gromadzi informacje jedynie o szkoleniach wewnętrznych. Co prawda informacje o wszystkich szkoleniach są gromadzone w komórkach odpowiedzialnych za zbieranie i analizę planów szkoleń, zatem teoretycznie możliwe jest pozyskanie pełnej informacji o tym, jakie szkolenia się odbyły i kto w nich uczestniczył. Jednakże są to dane rozproszone, często dostępne jedynie na papierze i nie są poddawane systematycznej analizie. Jedynie w jednym szpitalu przygotowuje się roczne sprawozdania z realizacji planów szkoleniowych.

Zdaniem rozmówców, personel szpitala - zarówno medyczny, jak też administracyjny przekazuje sobie wiedzę pozyskaną na szkoleniach (tzw. szkolenia kaskadowe). Nie jest to jednak system sformalizowany i odbywa się na zasadzie spotkań personelu. Na przykład w szpitalu w Warszawie i Zgierzu w trakcie cotygodniowych odpraw lekarzy i pielęgniarek jest wyznaczony czas na relacje uczestników konferencji, staży, szkoleń, jeśli takie miały miejsce w ostatnim tygodniu. W przypadku personelu administracyjnego najczęściej przekazywanie wiedzy ze szkoleń odbywa się w trakcie bieżącej pracy lub spotkań nieformalnych. Podyktowane jest to tym, że zespoły ds. administracyjnych w szpitalach nie są tak liczne jak zespoły medyczne, co ułatwia przekazywanie wiedzy niejako „przy okazji". Często też, szczególnie przy szkoleniach poświęconych zagadnieniom prawnym, nowa wiedza przydaje się w konkretnych problemowych sytuacjach, np. w jaki sposób interpretować zapisy.

Pozytywne jest to, że przekazywanie wiedzy ze szkoleń w ogóle ma miejsce i, jak deklarują rozmówcy, pracownicy niezależnie od stanowiska są bardzo otwarci na dzielenie się wiedzą i doświadczeniami. Słabą stroną takiego systemu jest jego niska efektywność przy nabywaniu praktycznego doświadczenia – uczestnik, nawet jeśli brał udział w szkoleniu z elementami warsztatowymi, jest w stanie jedynie o tym opowiedzieć, ale już nie przećwiczyć z pozostałymi pracownikami. Spotkania i relacje ze szkoleń, konferencji i wykładów sprawdzi się w przypadku kwestii administracyjnych, organizacyjnych i prawnych, gdzie najczęściej chodzi o przekazanie konkretnych, „twardych" informacji (interpretacja przepisów, wytycznych). Natomiast już przy szkoleniach z kompetencji miękkich, zarządczych, analitycznych, jak przyznają sami rozmówcy, taki sposób się nie sprawdzi. Jedynym rozwiązaniem jest skierowanie na szkolenia wszystkich tych pracowników, dla których dane szkolenie będzie użyteczne. Dodatkowo bowiem, na co zwraca uwagę jeden z rozmówców, aby szkolenia kaskadowe były skuteczne, należałoby w pierwszej kolejności nauczyć uczestnika jak prowadzić szkolenia, uczyć, przekazywać wiedzę. Samo kryterium doboru uczestnika, jakie stosuje naczelna pielęgniarka w jednym ze szpitali, a mianowicie wytypowanie na szkolenie osoby wybitnie komunikatywnej, która będzie potrafiła zrelacjonować w ciekawy sposób informacje z kursu, nie jest wystarczający.

CO JEST BARIERĄ DLA PODNOSZENIA KWALIFIKACJI

Rozmówcy w trakcie wywiadów wskazali na trzy główne bariery dla uczestnictwa w działaniach podnoszących kwalifikacje: niewystarczające środki finansowe, zbytnie obciążenie innymi obowiązkami oraz konieczność znalezienia zastępstwa w miejscu pracy, szczególnie w przypadku personelu medycznego – zawsze na oddziale musi być obecna odpowiednia liczba lekarzy i pielęgniarek. Jak opisała to jedna z rozmówczyń – nie ma barier w dostępnie do szkoleń pod warunkiem, że będą bezpłatne, żeby nie wymagały wielu zastępstw oraz żeby nie były organizowane w okresie urlopowym.

Rozmówcy nie wskazywali na problem braku na rynku szkoleń o odpowiedniej tematyce. Sporadycznie wskazywali jedynie na problem z odpowiednią jakością szkoleń lub poziomem szkolenia. Pracownicy uczestniczący w szkoleniach zewnętrznych z przepisów prawnych negatywnie oceniali te, gdzie brakowało elementów warsztatowych i praktycznych, czyli omówienia konkretnych przykładów, orzeczeń i interpretacji

przepisów, a wykładowca ograniczał się do ich przeczytania i krótkiego komentarza. Również wskazywano na problem z niedostateczną znajomością przez osobę prowadzącą specyfiki sektora zdrowia, przez co nie była ona w stanie pomóc uczestnikom w przeanalizowaniu i rozwiązaniu konkretnych problemów. Problemem, na który zwracano uwagę w wywiadach był też poziom szkolenia nieadekwatny do poziomu wiedzy uczestnika. Wynikało to głównie z niedostatecznej informacji, jaki jest poziom szkolenia i kto jest jego odbiorcą – czy osoba posiadająca jedynie podstawową wiedzę w danym temacie, czy też osoba zaawansowana. Jako przykład kierownik działu prawnego podał szkolenie z prawa zamówień publicznych, które, jak okazało się w trakcie, było raczej skierowane do szeregowych pracowników z niewielkim doświadczeniem. Z dużym prawdopodobieństwem założyć można, że szkolenia podnoszące kompetencje zawodowe osób na kierowniczych stanowiskach powinny być na zaawansowanym poziomie.

Barierą dla podnoszenia kwalifikacji jest brak informacji zwrotnej, czy dane szkolenie było użyteczne dla uczestników. Brak informacji zwrotnej na temat szkoleń wewnętrznych nie pozwala w wystarczającym stopniu na wprowadzanie usprawnień do ich organizacji, sposobu prowadzenia i na przykład typowania uczestników spośród personelu. W przypadku szkoleń zewnętrznych wybierając ofertę pracownicy muszą bazować jedynie na swojej pamięci, czy dana firma szkoleniowa lub dany prowadzący spełnili ich oczekiwania przy poprzednich szkoleniach. I, co najważniejsze, ani w przypadku szkoleń wewnętrznych ani zewnętrznych nie bada się, na ile nabyta podczas nich wiedza przydała się uczestnikom w pracy zawodowej. Na problem ten zwracają uwagę niemal wszyscy rozmówcy. Dyrektor szpitala w Zgierzu powiedział, że na ten problem wskazali nawet audytorzy zewnętrzni, którzy prowadzili audyt na potrzeby przedłużenia certyfikatu ISO.

Żaden z rozmówców nie potrafił wskazać rozwiązania tego problemu. Ich zdaniem, wprowadzanie jakichkolwiek ankiet, formularzy spotka się z bardzo dużym oporem ze strony personelu, szczególnie medycznego, który i tak jest obciążony wypełnieniem dokumentacji i zbyt rozbudowaną „papierologią".

WYZWANIA STOJĄCE PRZED SZPITALAMI I WYNIKAJĄCE Z TEGO ZAPOTRZEBOWANIE NA DZIAŁANIA SZKOLENIOWE

Kadra zarządzająca badanych szpitali widzi szereg wyzwań, jakie stoją przed zarządzanymi przez nich placówkami oraz przed poszczególnymi komórkami w szpitalach. Wskazuje też na potrzebę podnoszenia kwalifikacji pracowników w tych obszarach, które pomogłyby sprostać tym wyzwaniom. Główne wyzwania to:

- Akredytacja – ubieganie się o akredytację przekłada się na podejmowanie działań w zakresie weryfikacji i usprawnienia (między innymi poprzez szkolenia) procesów w szpitalu, w poszczególnych oddziałach i szpitalu jako całości. Konieczne jest m.in. powołanie w szpitalu różnych zespołów odpowiedzialnych za te procesy, np. antybiotykoterapii, zakażeń.
- Wdrażanie polityki polityka bezpieczeństwa informatycznego – w przypadku szpitala w Zgierzu jest to wymóg narzucony przez podmiot tworzący, co wymagało powołania pełnomocnika ds. bezpieczeństwa systemów, bezpieczeństwa informacji, danych osobowych. Przedstawiciele szpitala brali udział w szkoleniach z tej tematyki organizowanych przez urząd marszałkowski.
- Wdrożenie certyfikatu ISO 9001: 2008 System Zarządzania Jakością – uwagi z prowadzonych audytów wymagają weryfikacji procesów i sposobów działania szpitala, co przełoży się na konieczność działań podnoszących kwalifikacje – w formie szkoleń wewnętrznych.
- Obsługa nowych modułów systemu informatycznego lub wdrożenie nowego systemu – tak aby całość dokumentacji medycznej była zinformatyzowana. Pozwoli to między innymi na wyliczenia kosztów procedur w podziale na pacjenta (ile dana procedura kosztuje i ile kosztuje leczenie jednego pacjenta). Wiązać się to będzie ze szkoleniem stanowiskowym osób, które będą się tym bezpośrednio zajmować.

- Ewidencja sprzętu i baza informacji o ich eksploatacji – baza taka funkcjonuje w szpitalu w Zgierzu i gromadzone są tam raporty techniczne tj. dane świadczące o tym, że aparat jest sprawny i dopuszczony do bezpiecznego użytkowania w szpitalu, informacje o dacie zakupu sprzętu medycznego, dacie zakończenia gwarancji, przeglądów etc., ale do tej bazy ma dostęp jedynie personel techniczny. Ważne jest, aby również personel „biały" miał do tego dostęp, aby móc z wyprzedzeniem planować np. zakup nowej aparatury (trzeba brać pod uwagę czasochłonność zamówień publicznych) i planować odpowiednio kolejki na badania, zgłaszać przez system awarie. Obecnie robi się to „na papierze". Dyrektor ds. technicznych i infrastruktury przewiduje jednak duży opór ze strony lekarzy i pielęgniarek, aby brać na siebie nowe obowiązki i szkolić się w kwestiach technicznych.

- Efektywne zarządzanie ludźmi – osoby zajmujące kierownicze stanowiska medyczne i administracyjne/ finansowe są bardzo dobrze przygotowani merytorycznie do realizacji zadań, niemniej brakuje im kompetencji w zakresie komunikacji, zarządzania personelem etc.

- Wprowadzenie energii odnawialnej a także zainteresowanie obniżeniem kosztów energii np. zamiana oświetlenia zewnętrznego na oświetlenie ledowe – w szpitalu w Zgierzu przydałyby się konsultacje z doradcą, który przeanalizowałby sytuację w szpitalu i możliwe kierunki zmian/ inwestycji, które przyniosłyby oszczędność w zużyciu energii. Zdaniem dyrektora ds. technicznych i infrastruktury wprowadzenie energii odnawialnej nie oznacza automatycznych oszczędności, często pozyskanie środków na inwestycje jest możliwe z UE lub w WFOŚ, więc na pierwszy rzut oka się to opłaca, ale po czasie okazuje się, że koszty utrzymania infrastruktury są tak wysokie, że efektywność kosztowa jest ujemna. Stąd warto byłoby skorzystać z usług doradcy, który by to wyliczył.

- Realizacja działań inwestycyjnych – Średni wiek budynku szpitala samorządowego to 42 lata, szpitali klinicznych i instytutów – 48 lat[39]. W związku z tym konieczne są i będą w kolejnych latach inwestycje w budynki i sprzęt. To z kolei oznacza zapotrzebowanie na szkolenia w zakresie prawa budowlanego oraz zamówień publicznych w ochronie zdrowia.

- Zarządzanie ryzykiem w ochronie zdrowia – potrzeba szkoleń w zakresie zarządzania ryzykiem wynika z opublikowanego w kwietniu 2016 nowego wydania ISO 9001:2015 System zarządzania jakością, która w porównaniu z poprzednią wersją z 2008 roku wprowadza wiele znaczących zmian i nowych wymagań. Zmianą jest wprowadzenie podejścia procesowego opartego na ryzyku. Zorientowanie działalności na ryzyko stanowi jeden z trudniejszych do interpretacji elementów nowej normy, gdyż ISO 9001:2015 nie precyzuje dokładnie, jak ma wyglądać sposób wdrożenia zarządzania ryzykiem. Określa natomiast ogólne wymagania, które należy spełnić. Zarządzanie ryzykiem jest narzędziem służącym nie tylko do identyfikacji zagrożeń i szans, ale przede wszystkim do bardziej świadomego podejmowania decyzji medycznych i biznesowych.

Przedstawiciele szpitali zgłosili również zapotrzebowanie na szereg szkoleń w związku z codzienną realizacją zadań:

- Potrzeba szkoleń w sferze dostępu do informacji, ochrony danych osobowych, przetwarzania danych – jako odpowiedź na bieżące zadania.

- Potrzeba szkoleń dla pracowników medycznych z wypełniania dokumentacji medycznej – zapotrzebowanie na takie szkolenia jest ciągłe ze względu na częste zmiany w tym obszarze.

- Potrzeba szkoleń z uzyskiwania zgód pacjenta oraz podejmowania czynności w sytuacjach niejasnych, np. gdy pacjent jest nieletni, ubezwłasnowolniony, nieprzytomny lub przytomny, ale nierozumiejący

[39] *Sytuacja finansowa szpitali w Polsce 2015*, raport Magellan S.A.

informacji - zapotrzebowanie na takie szkolenia wynika z trudności w interpretowaniu przepisów w tym obszarze i niewystarczających umiejętności ich stosowania w praktyce.

- Potrzeba szkoleń z ochrony danych osobowych i przetwarzania danych – kwestie te są w przypadku zdrowia skomplikowane, gdyż z jednej strony obowiązuje ustawa o dostępie do informacji publicznej, a z drugiej tajemnica lekarska.
- Potrzeba szkoleń z komunikacji z pacjentem i radzenia sobie ze stresem – szczególnie ważne w przypadku osób „pierwszego kontaktu z pacjentem", tj. pań rejestratorek.
- Potrzeba szkoleń umiejętności analitycznych - ze sporządzania analiz, przetwarzania danych, wyciągania wniosków, budowania analiz, nie czysta statystyka, ale też wnioskowanie.
- Reagowanie w sytuacji zagrożenia atakiem terrorystycznym – zapotrzebowanie na takie szkolenie zgłosił szpital w Warszawie.

3.4 Analiza założeń programowych V osi priorytetowej PO WER i możliwości finansowania działań szkoleniowych ze środków publicznych (w tym z EFS) w ochronie zdrowia

Typ projektu pn. *Szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatników publicznych i podmiotów tworzących, służące poprawie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju zdolności analitycznych i audytu wewnętrznego w jednostkach systemu ochrony zdrowia*, realizowany jest w ramach Działania 5.2 PO WER *Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych*.

Przedmiotem konkursu ogłoszonego w dniu 15 lipca 2016 r. są projekty, które przewidują szkolenia pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących, służące poprawie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju zdolność analitycznych i audytu wewnętrznego w jednostkach systemu ochrony zdrowia. O dofinansowanie realizacji projektów mogą się ubiegać podmioty, prowadzące działalność szkoleniową w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia, w tym uczelnie, które w ciągu 2 lat poprzedzających złożenie wniosku o dofinansowanie projektu przeszkoliły co najmniej 200 osób - pracowników podmiotów leczniczych - w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia.

Podkreślona w ramach nazwy typu operacji kwestia rozwoju **zdolności analitycznych** odnosi się do następujących zagadnień[40]:

- interpretowanie danych pochodzących z dokumentów, opracowań i raportów,
- stosowanie procedur prowadzenia badań i zbierania danych odpowiadających badanym problemom,
- prezentowanie w optymalny sposób danych i wniosków z przeprowadzonej analizy,
- rozróżnianie informacji istotnych od nieistotnych,
- dokonywanie systematycznych porównań różnych aspektów analizowanych i interpretowanych danych,
- stosowanie odpowiednich narzędzi i technologii w celu rozwiązania problemu/zadania.

Przedstawiona wyżej w niniejszym raporcie analiza rynku kształcenia ustawicznego wskazuje na wysoką wartość dodaną przewidywanego zakresu szkolenia. Dotychczasowy rynek koncentrował się bowiem bardziej na zagadnieniach tematycznych dotyczących ram prawnych i możliwości realizacji poszczególnych procesów, bez skupiania się na analizie efektywności dochodzenia do skutecznych rozwiązań oraz eliminowania zbędnych etapów. Jak wynika z doświadczeń w realizacji Działania 2.3 PO KL wypracowane w ramach PO WER tematy i

[40] Na podstawie zapisów dokumentacji konkursu nr PO WER 05.02.00-IP.05-00-007/16.

metodyki szkoleniowe mogą stać się po zakończeniu okresu programowani zestandaryzowaną ofertą rynkową o względnie większej dostępności finansowej dla instytucji systemu ochrony zdrowia.

W świetle przedstawionych wyzwań stojących przed ochroną zdrowia oraz w świetle analizy poszczególnych elementów procesu zarządzania w poszczególnych instytucjach systemu wydaje się jednak, że cel przeprowadzonego działania może nie zostać osiągnięty w pożądanym stopniu bez doprecyzowania i ograniczania tematyki szkoleń do konkretnych procesów zarządzania, procesów pomocniczych i procesów głównych. Trudno bowiem wyobrazić sobie nauczanie umiejętności analitycznych realizowanych „na sucho", bądź na przykładach różnych procesów bez poprowadzenia wątku od generowania i integrowania danych do zaprojektowania trafnego i efektywnego rozwiązania.

Kolejną przesłanką do tworzenia konkursów dedykowanych, ale za to efektywnych i skutecznych dla poszczególnych instytucji systemu ochrony zdrowia jest wyraźna preferencja badanych dotycząca krótkich form wsparcia. Przyjęcie formuły kształtowania umiejętności dotyczących codziennych zadań kadry zarządzającej i personelu administracyjnego poprzez budowanie tzw. przypadków sprzyjać będzie zwiększeniu zainteresowania przedstawicieli instytucji systemu.

Zgodnie z praktyką rozpowszechniania wiedzy, opartą wśród badanych przedstawicieli instytucji systemu głównie na „on the job training" lub szkoleniach wewnętrznych zalecane jest raczej projektowanie konkursów dotyczących poszczególnych konkretnych procesów zarządzania i kontroli w podziale na podmioty lecznicze, podmioty tworzące i płatników publicznych, a nie zamawianie szkoleń z zakresu kształtowania ogólnych umiejętności analitycznych.

Propozycjami tematyki konkursu z zakresu kształtowania umiejętności analitycznych, skierowanego do Ministerstwa Zdrowia są np.:

1. *Konstruowanie programów zdrowotnych o zasięgu krajowym. Wycena kosztu jednostkowego i analiza ryzyka niskiej skuteczności programu;*
2. *Kształtowanie koszyka świadczeń gwarantowanych w świetle wyzwań epidemiologicznych i prognozy budżetu ochrony zdrowia. Ocena Technologii Medycznych z uwzględnieniem analizy kosztów-użyteczności. Jak skonstruować koszyk świadczeń gwarantowanych skłaniający świadczeniodawców do wyboru optymalnych rozwiązań? (szkolenie z udziałem konsultantów krajowych i wojewódzkich);*
3. *Ocena skutków regulacji (OSR). Jak prawidłowo mierzyć spodziewane koszty i efekty regulacji w ochronie zdrowia? (szkolenie z udziałem Rządowego Centrum Legislacji).*

Pracownicy MZ mają dostęp do szkoleń ogólnych oferowanych administracji rządowej, niemniej jednak wskazane jest prowadzenie szkoleń ukierunkowanych na sektor ochrony zdrowia i jego specyficzne warunki kosztowe.

Badania przedstawiciele AOTMiT rekomendują ponadto uwzględnienie w ramach wsparcia z EFS szkoleń z zakresu metodyk Oceny Technologii Medycznych skierowanego do konsultantów krajowych. Za rekomendacja tą stoi doświadczenie rozbieżności opinii Agencji i konsultantów medycznych dotyczących zasadności wprowadzenia określonych technologii, procedur leczenia i leków do koszyka świadczeń gwarantowanych. Zdaniem badanych przedstawicieli AOTMiT, szkolenie z zakresu prawidłowej metodyki oceny technologii medycznych pozwoli na uzyskanie wspólnego pola dyskusji w kwestii zasadności poszczególnych procedur pomiędzy dwoma opiniodawcami i zmniejszy chaos decyzyjny na szczeblu Ministerstwa Zdrowia.

Szkolenia skierowane do NFZ powinny koncentrować się na analizie regionalnego rynku usług zdrowotnych jako przesłanki do ich kontraktowania dla większej optymalizacji wykorzystania zasobów podmiotów leczniczych w województwie oraz preferowania pozaszpitalnych form leczenia. Szkolenie powinno wykorzystywać umiejętność integracji danych z tzw. map potrzeb zdrowotnych, danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia i danych podmiotów leczniczych.

Działania skierowane do podmiotów leczniczych zdecydowanie powinny odnosić się do poszczególnych procesów zarządzania oraz procesów głównych i pomocniczych. Przykładowa tematyka konkursów skierowana do podmiotów leczniczych obejmuje następujące zagadnienia:

1. *Sytuacja ekonomiczna szpitala. Jak dojść do optymalnego zarządzania finansami szpitala w świetle sytuacji rynkowej i planowanej zmiany systemowej? (szkolenie dla kadry zarządzającej uwzgledniające poprawną rachunkowość zarządczą);*
2. *Jak ustalić priorytetowe zadania i kierunki rozwoju szpitala? Potencjał różnych kierunków działalności: programy zdrowotne, działalność naukowa, itp. Analiza lokalnego rynku usług zdrowotnych w świetle planowanych zmian systemowych;*
3. *Restrukturyzacja organizacyjna dla zwiększenia efektywności podmiotu leczniczego (z uwzględnieniem analizy zakresu i struktury zasobów, stopnia ich dostosowania do prowadzonej działalności, alokacji zasobów w podmiocie, organizacji procesów pracy, wzajemnych relacji między działalnością medyczną i naukową itp.). Szkolenie przewidziane dla kadry zarządzającej, naczelnych pielęgniarek, ordynatorów;*
4. *Restrukturyzacja łózek szpitalnych w stosunku do zgłaszanych potrzeb zdrowotnych i możliwości finansowania. Szkolenie dla kadry zarządzającej i kierowników oddziałów;*
5. *Wdrażanie nowych technologii medycznych umożliwiających sprawniejsze diagnozowanie jednostek chorobowych, co wiąże się ze skróceniem czasu oczekiwania na wyniki i czasu od momentu diagnozy do momentu podjęcia interwencji. Szkolenie dla kadry zarządzającej, kierowników oddziałów, naczelnych pielęgniarek i pielęgniarek oddziałowych;*
6. *Jak tworzyć centrum odpowiedzialności za koszty w podmiocie leczniczym? Szkolenie dla kadry zrządzającej i personelu administracyjnego.*

Szkolenia skierowane do podmiotów tworzących powinny – w świetle zdiagnozowanych wyzwań dotyczyć np. następujących zagadnień:

1. *Restrukturyzacja zasobów, podlegających podmiotowi tworzącemu. Jak tworzyć centra kosztów w skali lokalnej/regionalnej?;*
2. *Konstruowanie programów zdrowotnych o zasięgu lokalnym/regionalnym. Wycena kosztu jednostkowego i analiza ryzyka niskiej skuteczności programu;*
3. *Plan inwestycji w podmioty lecznicze a zagrożenia epidemiologiczne i perspektywa wykorzystania inwestycji. Analiza kosztów – użyteczności.*

Kolejnym preferowanym kierunkiem szkoleń jest kształtowanie umiejętności kadry zarządzającej i personelu administracyjnego w zakresie audytu wewnętrznego. Zgodnie z zapisami regulaminu konkursu pojęcie to odnosi się do ogółu działań obejmujących niezależne i obiektywne badanie systemów zarządzania i kontroli w jednostce, w wyniku których identyfikowane są funkcjonalne bariery i nieprawidłowości, zarówno w obszarze przepływu dokumentów, podejmowania decyzji, jak i rozliczeń finansowych i w efekcie końcowym dostarcza kierownikowi jednostki obiektywną i niezależną ocenę adekwatności efektywności i skuteczności ww. systemów zarzadzania i kontroli. W podmiotach leczniczych funkcję te pełni audytor wewnętrzny.

Samo pojęcie audytu wewnętrznego odnosi się do podejścia procesowego. Audyt wewnętrzny powinien więc odnosić się nie tyle do ogólnych struktur zarządzania i kontroli, ile do systemu zarządzania i kontroli procesów głównych, pomocniczych oraz procesów nadzoru i kontroli. Audytor wewnętrzny powinien otrzymywać użyteczne dane i produkty analiz sporządzonych przez pracowników pionów sprawozdawczych.

Zaleca się programowanie konkursów nakierowanych na umiejętności audytu wewnętrznego poszczególnych procesów zarządzania podmiotów leczniczych. Szkolenia te powinny być prowadzone na grupach mieszanych, z uwzględnieniem przedstawicieli wszystkich szczebli danego procesu, optymalnie w skali jednego podmiotu

leczniczego. Rekomenduje się nie tyle prowadzenie szkoleń skierowanych do audytorów wewnętrznych, ile szkoleń kształcących umiejętności prowadzenia audytu wewnętrznego i generowania danych na rzecz audytu wewnętrznego.

Przykładowa tematyka konkursów dedykowanych audytowi wewnętrznemu podmiotów leczniczych może obejmować:

1. *Skuteczne kontraktowanie. Audyt procesów negocjacji z płatnikiem publicznym;*
2. *Audyt procesu nadzoru nad niezgodnościami, działaniami korygującymi i zapobiegawczymi. Skuteczne ustawienie procesu;*
3. *Audyt procesu zaopatrzenia medycznego;*
4. *Audyt procesu unikania niepożądanych zdarzeń medycznych;*
5. *Audyt procesów antykorupcyjnych.*

Tematyka konkursów powinna stanowić w przyszłych konkursach kryterium dostępu.

Kryterium premiujące wybór projektów w ramach konkursów dedykowanych poszczególnym procesom zarówno w ramach modułu kształtowania umiejętności analitycznych jak i w ramach modułu umiejętności prowadzenia audytu wewnętrznego i generowania danych na potrzeby audytu może być np. *liczba podmiotów leczniczych objętych wsparciem z zastosowania podejścia heterogenicznego/ mieszanego*. Ocenie powinna podlegać zakładana wysokość wskaźnika *Liczba osób objętych wsparciem w ramach jednego podmiotu* oraz – dla zoptymalizowania wsparcia – wysokość wskaźnika *Liczba podmiotów objętych wsparciem*.

Zastosowane w regulaminie konkursu kryteria oceny merytorycznej w niewystarczającym stopniu selekcjonują wysoką jakość modułu szkoleniowego dotyczącego kształtowania umiejętności analitycznych.

Kryteria oceny jakości wsparcia szkoleniowego powinny odnosić się do zakresu przedmiotowego projektu, liczby poruszanych problemów, procesów zarządzania, liczby godzin warsztatowych przeznaczonych na kształtowanie umiejętności analitycznych, liczby i rodzaju narzędzi analitycznych uwzględnionych w szkoleniu.

Jak wynika z wywiadów grupowych z przedstawicielami podmiotów tworzących i podmiotów leczniczych oraz z panelu ekspertów, akademickie, teoretyczne podejście do nauczania zarządzania, bez dedykowania treści zajęć konkretnemu procesowi i konkretnej instytucji sprzyja przekazywaniu treści ogólnych, bez technik warsztatowych i interesujących studiów przypadku.

Rekomenduje się więc beneficjentom stosowanie technik warsztatowych i komasację zadań szkoleniowych w ciągu kilkudniowego szkolenia – formy preferowanej przez respondentów i gwarantującej szerszą skalę wsparcia. Jak wynika z doświadczeń Działania 2.3 PO KL najbardziej trwałe i relatywnie dostępne finansowo po zakończeniu okresu programowania są szkolenia oparte na tematyce projektów systemowych (o wyraźnie sprecyzowanym problemie), bazujące na doświadczeniach nabytych podczas szkoleń realizowanych w ramach EFS. **Dla budowania tego efektu warto raczej wspierać instytucje szkoleniowe, które mogłyby w oparciu o doświadczenia i metodyki wypracowane podczas PO WER opracować zestandaryzowany produkt szkoleniowy, w pożądanych przez respondentów krótkich formach, możliwy do rozpowszechniania po zakończeniu okresu programowania.**

Innym kierunkiem wsparcia powinno być, zdaniem uczestników panelu ekspertów, zamawianie modułów kształtowania umiejętności analitycznych „analiza danych w zarządzaniu" oraz modułu „prowadzenie audytu wewnętrznego w podmiocie leczniczym" w ramach prowadzonych studiów podyplomowych. W związku z różnorodnością doświadczeń i funkcji słuchaczy tych studiów konieczne jest profilowanie tych modułów pod konkretne grupy docelowe. Na przykład „analiza danych w instytucjach płatnika". Rozwiązaniem alternatywnym do rozważenia w przyszłości może być również zamawianie takich modułów kształcenia w ramach studiów podyplomowych dotyczących zarzadzania w ochronie zdrowia dofinansowane ze środków z EFS.

Podsumowanie

Odpowiadając na pytanie badawcze: *Czy potrzeby szkoleniowe są możliwe do zaspokojenia w ramach finansowania ze środków publicznych, w tym z EFS? W jaki sposób należy je uwzględniać w ramach wsparcia współfinansowanego ze środków EFS w ramach PO WER?*, należy uznać, że zdefiniowane w ramach analiz potrzeby szkoleniowe mogą zostać zaspokojone ze środków Działania 5.2 PO WER biorąc pod uwagę możliwy rodzaj wsparcia i założoną alokację. Wysokość alokacji pod względem średnich kosztów jednostkowych szkoleń na rynku pozwala na realizację działań podnoszących kwalifikacje dedykowanych poszczególnym procesom zarządzania. Dla uniknięcia powielania schematów szkoleniowych, koncentrujących się bądź na aktualizacji wiedzy dotyczącej wymogów prawnych bądź na kontynuacji tematów projektów systemowych Działania 2.3 PO KL rekomenduje się dedykowanie konkursów konkretnym tematom, skierowanym do konkretnych grup odbiorców (pracowników instytucji ochrony zdrowia). Tematy te powinny być spójne z zakresem tematycznym analizy wyzwań zarządzania ochroną zdrowia. Proponowane w raporcie obszary tematyczne wpisują się w cel Działania 5.2. PO WER, wymagają ukształtowania w odbiorcach umiejętności analitycznych w oparciu o techniki warsztatowe i analizę przykładów. Szkolenia skierowane do audytorów wewnętrznych również powinny koncentrować się na konkretnych procesach zarządzania i uwzględniać innych uczestników procesu audytu, ze szczególnym uwzględnieniem pracowników pionów sprawozdawczych. **Rekomenduje się projektowanie konkursów skierowanych do poszczególnych typów instytucji (płatnicy publiczni, podmioty tworzące, podmioty lecznicze) z uwzględnieniem mieszanego składu grup ze względu na zajmowane stanowiska.**

Odpowiadając na pytanie badawcze: *Jak należy udzielać tego typu wsparcia szkoleniowego w ramach PO WER? Jakie powinny być kryteria oceny jakości tego wsparcia?* **podstawową rekomendacją jest uwzględnienie konkursów nie tyle skierowanych na przeprowadzenie ogólnych szkoleń w zakresie umiejętności analitycznych czy też zarządzania, ile konkursów dedykowanych konkretnym procesom w konkretnych typach instytucji ochrony zdrowia. Ważne jest także dla zwiększenia efektywności szkolenia w skali podmiotu, kierującego pracowników do projektu, aby uczestniczyli w nim pracownicy reprezentujący różne stanowiska pracy w ramach danego procesu**. Kryteria wyboru projektów powinny być rozstrzygane na etapie wniosku o dofinansowanie projektu poprzez analizę następujących kwestii: zakresu działań projektowych, liczby godzin warsztatowych, liczby analizowanych problemów, liczby i rodzaju upowszechnionych narzędzi analitycznych, zakresu danych objętych proponowanymi narzędziami analitycznymi dla każdego wskazanego problemu, liczby pracowników jednego podmiotu objętych wsparciem, liczby podmiotów objętych wsparciem.

Dla uniknięcia schematycznego, akademickiego podejścia do „uniwersalnych" umiejętności analitycznych w zarządzaniu zaleca się beneficjentom **stosowanie technik warsztatowych i komasację zadań szkoleniowych w ciągu kilkudniowego szkolenia – formy preferowanej przez respondentów i gwarantującej szerszą skalę wsparcia.**

Rekomenduje się też zamówienie w ramach Działania 5.2 PO WER modułu "analiza danych w ochronie zdrowia" w ramach prowadzonych przez uczelnie studiów podyplomowych oraz modułu „audyt wewnętrzny w placówkach leczniczych". Kryteria wyboru projektów powinny odnosić się do liczby godzin przeznaczonych na realizację modułu, liczby i rodzaju upowszechnianych narzędzi analitycznych, zakresu danych poddawanych analizie podczas zajęć.

4 WNIOSKI I REKOMENDACJE

4.1 Wskazanie optymalnych form wsparcia – wnioski i rekomendacje dla wdrażania V osi priorytetowej PO WER

Analiza wyzwań w obszarze zarządzania ochroną zdrowia wskazuje na konieczność usprawnienia instytucji systemu w zakresie podniesienia dostępności, jakości i efektywności jego funkcjonowania.

Podniesienie efektywności systemu wymaga podjęcia skuteczniejszych działań zarządczych na szczeblu płatnika publicznego w zakresie konstruowania koszyka świadczeń gwarantowanych z większym zrozumieniem zasad Oceny Technologii Medycznych w kontekście wyzwań epidemiologicznych i prognozy budżetu ochrony zdrowia w skali kraju (Ministerstwo Zdrowia) oraz kontraktowania usług zdrowotnych na szczeblu regionalnym dla zwiększenia optymalizacji wykorzystania zasobów (Narodowy Fundusz Zdrowia). Deficytowym obszarem na tym szczeblu zarządzania systemem pozostaje także projektowanie programów zdrowotnych ze szczególnym uwzględnieniem kosztu jednostkowego oraz efektywnych metod zapewnienia skuteczności programów.

Na szczeblu podmiotów tworzących konieczna staje się optymalizacja inwestycji oraz usprawnienie procesów kontroli i nadzoru nad podmiotami leczniczymi i restrukturyzacja zasobów w skali lokalnej. Podmioty tworzące również stają przed palącym problemem konstruowania i wdrażania prawidłowo skalkulowanych i skutecznych programów zdrowotnych.

Najwięcej wyzwań w zakresie zarządzania odnotowano na poziomie podmiotów leczniczych, ze szczególnym uwzględnieniem szpitali. Stoi przed nimi konieczność restrukturyzacji organizacyjnej, opracowania procedur nowych technologii medycznych[41] umożliwiających sprawniejsze diagnozowanie jednostek chorobowych, wdrożenia zintegrowanego systemu informatycznego ułatwiającego i przyspieszającego przepływ informacji w szpitalu (zintegrowane zarządzanie lekami, sprzętem medycznym, centralizacji gospodarki materiałowej, restrukturyzacji funkcjonalnej, ubiegania się o akredytację CMJ, skuteczniejszego wdrażania programów zdrowotnych. Wyzwania te spotykają się ze zróżnicowanym zainteresowaniem przedstawicieli tej grupy, niemniej jednak włączenie przedmiotowych zagadnień do szkoleń dedykowanych poszczególnym procesom zarządzania nie powinno natrafić na bariery popytowe. Warunkiem powodzenia jest stosowanie zasady grup mieszanych ze względu na zajmowane stanowisko.

Analiza kwalifikacji kadry zarządzającej oraz administracyjnej wskazuje na ryzyko niedostatecznego przygotowania systemu zdrowia do sprostania zdiagnozowanym wyzwaniom na jego poszczególnych szczeblach. Pomimo sukcesywnego zwiększania udziału osób z wykształceniem ekonomicznym i prawniczym wśród kadry zarządzającej, nadal jej większość posiada wykształcenie medyczne uzupełnione kursami lub studiami podyplomowymi w zakresie zdrowia publicznego, bądź – w przypadku płatników publicznych i podmiotów tworzących posiada inne wykształcenie kierunkowe. Sylabusy studiów magisterskich i podyplomowych w zakresie zarządzania instytucjami ochrony zdrowia w niewystarczającym stopniu przekazują wiedzę operacyjną z zakresu procesów restrukturyzacyjnych, zarządzania procesami i analizy ekonomicznej.

Biorąc pod uwagę czas trwania studiów podyplomowych, trudno uznać je za ostateczny poziom kwalifikacji kadry zarządzającej instytucjami systemu ochrony zdrowia w obliczu zdiagnozowanych wyzwań. Konieczne jest kształcenie ustawiczne ukierunkowane na nauczanie umiejętności efektywnego rachunku ekonomicznego oraz efektywnego gospodarowania zasobami (podmioty lecznicze), ocenę społecznych i ekonomicznych efektów koszyka świadczeń (Ministerstwo Zdrowia), racjonalizację systemu kontraktacji (NFZ), efektywny nadzór, kontrola i zarządzanie podmiotami leczniczymi (podmioty tworzące).

[41] To zagadnienie spotyka się z większym zainteresowaniem ordynatorów.

Liczne oferty szkoleń i kursów podnoszących kwalifikacje zarządcze kadr ochrony zdrowia koncentrują się na wyjaśnianiu, interpretacji kwestii finansowych i prawnych, przedstawianiu zasad tworzenia prawidłowych procesów zarządczych bez kształtowania praktycznych umiejętności zarządzania organizacją ochrony zdrowia z wykorzystaniem analizy układów odniesienia – danych statystycznych, map potrzeb zdrowotnych, analizy rynku usług medycznych.

Można więc sformułować tezę, że dostępny system kształcenia ustawicznego opiera się na podnoszeniu kwalifikacji kadr ochrony zdrowia w zakresie bieżącego procedowania zadań, bez rozwijania umiejętności zarządzania i planowania strategicznego.

Świadczy o tym popularność szkoleń z zakresu zarządzania dokumentacją medyczną, wdrażania systemów jakości, interpretacji przepisów prawnych i rachunkowych, umiejętności komunikacyjnych.

Projekty planowane do realizacji w ramach Działania 5.2 PO WER w pełni uzupełniają zdiagnozowaną lukę rynkową.

Analiza potrzeb szkoleniowych potencjalnych uczestników planowanych działań i spodziewanego popytu na preferowane w ramach Działania 5.2 PO WER kształtowanie umiejętności analitycznych i audytu wewnętrznego nie wskazuje na ryzyko niskiego zainteresowania tematyką szkoleń. Większość badanych przedstawicieli kadry zarządzającej i personelu administracyjnego podmiotów leczniczych i płatników publicznych deklaruje chęć dalszego podnoszenia kwalifikacji w obszarze zarządzania ochroną zdrowia. Relatywnie mniej zainteresowani dalszymi szkoleniami są przedstawiciele podmiotów tworzących, których zakres obowiązków nie dotyczy kwestii zarządzania strategicznego. Zainteresowanie podnoszeniem kwalifikacji w zakresie umiejętności analitycznych deklaruje mniej więcej co czwarty przedstawiciel podmiotu leczniczego (24%), ponad połowa przedstawicieli płatników publicznych (55%) oraz co piąty przedstawiciel podmiotów tworzących. Jednocześnie częściej niż co trzeci badany respondent (34%) chętnie widziałby swoich podwładnych na szkoleniach o tej tematyce.

Przedstawione w raporcie wyniki analizy potrzeb szkoleniowych wskazują jednak, że potrzeba dokształcania w zakresie zarządzania strategicznego, którego nieodłącznym elementem są umiejętności analityczne i umiejętność przeprowadzenia audytu wewnętrznego dominuje na każdym szczeblu zarządzania instytucjami ochrony zdrowia.

Rekomenduje się zaprojektowanie konkursów, w których tematyka kształtowania umiejętności analitycznych i umiejętności prowadzenia audytu wewnętrznego włączona byłaby do dedykowanych tematów z zakresu zarzadzania strategicznego. Istnieje bowiem ryzyko, iż uczestnikami organizowanych szkoleń w większym stopniu będą pracownicy szeregowi, których zakres obowiązków obejmuje analizę tylko jednego wycinka procesu zarządczego. W takim wypadku cel szczegółowy Działania 5.2 PO WER w zakresie podniesienia efektywności systemu poprzez rozwinięcie kompetencji zarządzania strategicznego nie zostanie osiągnięty.

Wątpliwa jest także trafność organizowania konkursów, skierowanych do kadry zarządczej i pracowników administracyjnych w zakresie niesprecyzowanych umiejętności analitycznych. Analiza preferencji badanych przedstawicieli instytucji systemu ochrony zdrowia wskazuje na przywiązywanie dużej wagi do praktycznych form kształcenia ustawicznego, dyskusji, grupowego rozwiązywania problemów. Trudno wyobrazić sobie takie właściwości „szkolnego" kształcenia z zakresu technik analizy danych i stosowania uniwersalnych narzędzi zarządczych.

Biorąc pod uwagę ryzyko przyporządkowania przez kadrę zarządzającą umiejętności analitycznych do niższego personelu administracyjnego oraz ryzyko niskiej atrakcyjności kształcenia z zakresu umiejętności analitycznych bez odwołania do codziennych obowiązków kadry zarządzającej, zaleca się projektowanie konkursów na szkolenia dedykowane poszczególnym wyzwaniom zarządzania ochroną zdrowia.

Konkursy te powinny dotyczyć poszczególnych konkretnych procesów zarządzania i kontroli w podziale na podmioty lecznicze, podmioty tworzące i płatników publicznych, a nie zamawiania szkoleń z zakresu

kształtowania ogólnych umiejętności analitycznych. W przypadku niskiej zaplanowanej częstotliwości konkursów Działania 5.2 PO WER możliwe jest dedykowanie dwóch, trzech tematyk w ramach jednego konkursu.

Za rekomendacją tą stoi również preferencja badanych dotyczących pożądanych form wsparcia. Przedstawiciele kadry zarządzającej instytucji ochrony zdrowia oraz pracownicy administracyjni preferują krótkie, kilkudniowe formy kształcenia ustawicznego. W takich formach zdecydowanie bardziej korzystne jest szkolenie ograniczone do jednego złożonego problemu, w którym można nabyć umiejętności analityczne niż uczenie powszechnie stosowanych technik i narzędzi analitycznych.

Zgodnie z preferencją badanych przedstawicieli instytucji systemu ochrony zdrowia w danym, konkretnym szkoleniu powinny uczestniczyć osoby, pełniące różne funkcje w danym procesie. Uczestnicy zogniskowanych wywiadów grupowych sugerowali konstruowanie obszarów tematycznych w formacie modułowym, tzn. dzielenia szkoleń poświęconych konkretnym procesom na etapy. W każdym z etapów mógłby w założeniu uczestniczyć inny pracownik danej instytucji, w zależności od potrzeb na danym stanowisku pracy. Podmioty mogłyby wówczas kierować swoich pracowników odpowiednio do poszczególnych modułów.

Zastosowanie kryterium merytorycznego odnoszącego się nie tylko do liczby osób objętych wsparciem, ale również do liczby osób objętych wsparciem w ramach jednego podmiotu pozwoliłoby na maksymalizowanie korzyści kształcenia ustawicznego w tym zakresie. Zastosowanie tej zasady jest szczególnie istotne w nauczaniu skutecznego przeprowadzania audytu wewnętrznego, w którym powinny brać udział wszystkie komórki organizacyjne danego procesu.

Inna kwestią pozostaje realizacja Działania 5.2 PO WER poprzez zamawianie modułu szkolenia „analiza danych w ochronie zdrowia" i modułu „audyt wewnętrzny w podmiotach leczniczych" w ramach studiów podyplomowych w obszarze zarządzania ochrona zdrowia. Ze względu na popularność tych kierunków zamówienie modułu szkoleniowego w ramach oddzielnego, dedykowanego konkursu wydaje się korzystne. Może bowiem przyczynić się do stałego włączenia do sylabusa kierunku związanego z zarządzaniem w ochronie zdrowia podstawowych umiejętności zarządzania strategicznego i uzupełnić zdiagnozowany w toku analiz deficyt kształcenia podyplomowego.

Kryteria wyboru projektów dotyczących wsparcia szkoleniowego powinny odnosić się do zakresu programu szkolenia, liczby poruszanych problemów, procesów zarządzania, liczby godzin warsztatowych przeznaczonych na kształtowanie umiejętności analitycznych, liczby i rodzaju narzędzi analitycznych uwzględnionych w szkoleniu.

4.2 Tabela rekomendacji

Nr	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin realizacji	Klasa rekomendacji
1.	Badani przedstawiciele instytucji ochrony zdrowia chętniej skierowaliby na szkolenia z zakresu umiejętności analitycznych swoich podwładnych niż kadrę zarządzającą. Istnieje zatem ryzyko, iż uczestnikami organizowanych szkoleń w większym stopniu będą pracownicy szeregowi, których zakres obowiązków obejmuje analizę tylko jednego wycinka procesu zarządczego, i którzy nie podejmują decyzji strategicznych. W takim wypadku cel Działania 5.2. w zakresie podniesienia efektywności systemu poprzez rozwinięcie kompetencji zarządzania strategicznego nie zostanie osiągnięty. Strona w raporcie: 92	Zaleca się formułowanie tematyki szkoleń nawiązującej do konkretnych procesów zarządzania strategicznego, nie zaś wyłącznie do kształtowania umiejętności analitycznych czy umiejętności przeprowadzania audytu wewnętrznego, np. szkolenie z zakresu analizy ekonomicznej z wykorzystaniem danych finansowych i danych z analizy rynku; szkolenie z zakresu optymalizacji zasobów materialnych podmiotów leczniczych z wykorzystaniem danych sprawozdawczości wewnętrznej i analizy rynku.	beneficjenci Działania 5.2 PO WER	Uwzględnienie rekomendacji przez beneficjentów w toku tworzenia i wdrażania projektów.	31.12.2016 r.	programowa - operacyjna
2.	Badani przedstawiciele instytucji ochrony zdrowia preferują krótkie formy szkoleń, oparte o techniki warsztatowe i dyskusję. Strona w raporcie: 74	Zaleca się prowadzenie szkoleń dedykowanych poszczególnym typom instytucji ochrony zdrowia (grupy jednorodne pod względem typu instytucji, tj. płatnicy publiczni, podmioty tworzące, podmioty lecznicze) dla zwiększenia możliwości pracy grupowej.	beneficjenci Działania 5.2 PO WER	Uwzględnienie rekomendacji przez beneficjentów w toku tworzenia i wdrażania projektów.	31.12.2016 r.	programowa - operacyjna
3.	Respondenci akceptują, a nawet preferują grupy szkoleniowe niejednorodne pod względem stanowisk zajmowanych w danej	W ramach szkoleń dedykowanych dla danego typu podmiotów (tj. płatnicy publiczni, podmioty tworzące, podmioty lecznicze),	beneficjenci Działania 5.2 PO WER	Uwzględnienie rekomendacji przez beneficjentów w toku	31.12.2016 r.	programowa - operacyjna

	strukturze organizacyjnej. Preferencja ta jest szczególnie korzystna dla wdrażania działań szkoleniowych z zakresu audytu wewnętrznego, w którego proces zaangażowane są zazwyczaj liczne komórki organizacyjne. Strona w raporcie: 75	grupę docelową powinni stanowić pracownicy zajmujący różne stanowiska, ale uczestniczący w danym procesie zarządzania.		tworzenia i wdrażania projektów.		
4.	Mimo, że nie jest to najbardziej preferowana forma podnoszenia kwalifikacji, i tak blisko połowa badanych deklaruje chęć podnoszenia kwalifikacji w ramach studiów podyplomowych. Jak wynika z analizy wymogów kwalifikacyjnych dla osób zajmujących stanowiska kierownicze, studia podyplomowe będą coraz popularniejszą formą podnoszenia kwalifikacji przez pretendentów do zajmowania stanowisk kierowniczych w podmiotach leczniczych i w instytucjach płatników publicznych. Korzystnym rozwiązaniem byłoby zamówienie modułu kształcenia umiejętności analitycznych i w zakresie przeprowadzania audytów wewnętrznych na popularnych kierunkach zarządzania ochroną zdrowia. Strona w raporcie: 91	Zaleca się przeznaczenie jednego planowanego modułu w programach studiów podyplomowych planowanych projektach składanych w ramach konkursu MZ na realizację szkolenia w zakresie „analizy danych w ochronie zdrowia” oraz jednego modułu poświęconego zajęciom dotyczącym audytu wewnętrznego w podmiotach leczniczych	beneficjenci Działania 5.2 PO WER – uczelnie prowadzące studia podyplomowe w obszarze zarządzania w ochronie zdrowia	Uwzględnienie rekomendacji przez beneficjentów w toku tworzenia i wdrażania projektów.	31.12.2016 r.	programowa - operacyjna

5.	Potrzeby szkoleniowe przedstawicieli podmiotów leczniczych są zróżnicowane w zależności od zajmowanego stanowiska. Wynika to z różnego zakresu zadań i odpowiedzialności oraz nabytych wcześniej kwalifikacji. Strona w raporcie: 66	Zaleca się kierowanie szkoleń sprofilowanych odpowiednio do zajmowanego stanowiska, przy czym ich tematyka w przypadku poszczególnych grup zawodowych powinna dotyczyć: <u>Dyrektorzy i kierownicy szpitali</u> (CEL: podniesienie wiedzy i umiejętności w zakresie zarządzania strategicznego): • analiza sytuacji placówki i wdrażanie rozwiązań podnoszących efektywność ekonomiczną • umiejętności analityczne niezbędne do restrukturyzacji funkcjonalnej i organizacyjnej • zarządzanie zasobami ludzkimi w celu optymalizacji kosztów zatrudnienia i zwiększenia dostępności lekarzy specjalistów • wdrażanie zintegrowanego systemu informatycznego związanego z przepływem informacji w szpitalu • tworzenie centrów odpowiedzialności za koszty w placówce • wdrażanie zintegrowanego zarządzania materiałami medycznymi i lekami • realizacja kontraktów z płatnikami w celu wyeliminowania ewentualnych sankcji finansowych • zarządzanie jakością w branży medycznej <u>Dyrektorzy i kierownicy ds. administracyjnych i ekonomicznych</u> (CEL: dostarczenie wiedzy i umiejętności praktycznych wspierających podejmowanie decyzji strategicznych w szpitalu): • kwestie prawne (prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia, pzp, prawo cywilne, prawna odpowiedzialność personelu medycznego, ubezpieczenia od zdarzeń medycznych) • gospodarowanie finansami szpitala (m.in. kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, realizacja umowy z NFZ) • restrukturyzacja placówki (organizacyjna i zasobów osobowych, organizacja i zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej, ekonomika ochrony zdrowia) • audyt i kontrola (współpraca z audytorem zewnętrznym, prowadzenie audytu wewnętrznego)	beneficjenci Działania 5.2 PO WER	Uwzględnienie rekomendacji przez beneficjentów w toku tworzenia i wdrażania projektów.	31.12.2016 r.	programowa - operacyjna

		• umiejętności analityczne (analiza sytuacji ekonomicznej szpitala, m.in. wskaźniki sprawności finansowej i zadłużenia) Pracownicy pionu administracyjnego (CEL: aktualizacja wiedzy niezbędnej do prawidłowego wykonywania podstawowych procesów zarządzania): • kwestie prawne • kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, realizacja umowy z NFZ • wdrażanie zintegrowanego systemu informatycznego związanego z przepływem informacji w placówce • prowadzenie dokumentacji medycznej Osoby na stanowisku ds. finansowych, np. główni księgowi (CEL: dostarczenie praktycznej wiedzy w kwestiach bezpośrednio dotyczących obowiązków zawodowych): • zarządzanie finansami • rachunkowość / budżetowanie w ZOZ • ekonomika ochrony zdrowia • kontraktowanie świadczeń i rozliczenia z NFZ Pielęgniarki naczelne i oddziałowe (CEL: dostarczenie praktycznej wiedzy ważnej z punktu widzenia prawidłowości i jakości funkcjonowania oddziału oraz zapewnienia bezpieczeństwa personelu medycznego): • kwestie prawne (prawna odpowiedzialność personelu medycznego, prawa a obowiązki pacjenta, ubezpieczenia od zdarzeń medycznych, prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia) • prowadzenie dokumentacji medycznej • zarządzanie informacją o pacjencie, wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego ułatwiającego przepływ informacji w szpitalu • zarządzanie bezpieczeństwem informacji w szpitalu				

		• poprawa pracy zespołu medycznego (zarządzanie zasobami ludzkimi, komunikacja interpersonalna, umiejętność pracy w zespole) • kompetencje miękkie istotne na linii personel medyczny – pacjent i jego rodzina (umiejętność pracy z „trudnym" pacjentem, umiejętność komunikowania złych wiadomości, techniki negocjacji) Ordynatorzy oddziałów szpitalnych (CEL: j.w. oraz dostarczenie wiedzy zarządczej w zakresie poprawy efektywności funkcjonowania oddziału): • te same tematy co w odniesieniu do pielęgniarek • podniesienie efektywności procedur medycznych • wdrażanie nowych technologii medycznych.				

5 ZAŁĄCZNIKI

5.1 Syntetyczne odpowiedzi na pytania badawcze

	Pytanie badawcze	Odpowiedź
1.	**Jakie są potrzeby szkoleniowe w zakresie zarządzania personelu administracyjnego i zarządzającego w podmiotach leczniczych, przedstawicieli płatników publicznych i podmiotów tworzących? Z czego one wynikają?**	Analiza struktury podmiotów tworzących pod względem kwalifikacji niezbędnych do sprostania wyzwaniom stojącym przed ochroną zdrowia wskazuje na ryzyko niskiego przygotowania do ich realizacji. Występuje prawdopodobieństwo, iż większość podmiotów tworzących, ze względu na bariery kompetencyjne, koncentruje się na realizacji bieżących zadań ustawowych w zakresie nadzoru i prowadzenia podmiotów leczniczych a nie na planowaniu strategicznym. W przypadku płatników publicznych można mówić o ryzyku niskiej adekwatności kwalifikacji do oceny ekonomicznych i społecznych skutków konstruowania koszyka świadczeń gwarantowanych. Potrzeba dalszego podnoszenia kwalifikacji w zakresie zarządzania podmiotami leczniczymi wynika przede wszystkim z niedostosowania wymagań kwalifikacyjnych wobec osób piastujących stanowiska zarządcze do wymagań stawianych przed nimi w poszczególnych procesach zarządzania. Potrzeby szkoleniowe tej grupy dotyczą zarówno procesów wpływających na dostępność leczenia jak i procesów zarządzania jakością udzielanych świadczeń. Biorąc pod uwagę stan zadłużenia polskich szpitali, deficyty w tworzeniu rachunków kosztów konieczne jest również podniesienie kwalifikacji kadry z zakresu rachunkowości zarządczej. Wszystkie instytucje systemu ochrony zdrowia wymagają rozwinięcia umiejętności analitycznych w zakresie projektowania i zarządzania programami zdrowotnymi, ze szczególnym uwzględnieniem podmiotów tworzących. Należy jednak podkreślić, iż priorytetowa potrzebą szkoleniową kadry zarządzającej i administracyjnej we wszystkich badanych instytucjach jest potrzeba aktualizacji wiedzy prawnej dotyczących warunków prowadzenia codziennych czynności zarządczych. W przypadku naczelnych pielęgniarek i pielęgniarek oddziałowych ważna potrzeba jest także uzupełnienie kwalifikacji o kompetencje zarządzania jakością.
2.	**Czy potrzeby szkoleniowe są możliwe do zaspokojenia w ramach finansowania ze środków publicznych, w tym z EFS? W jaki sposób należy je uwzględniać w ramach wsparcia współfinansowanego ze środków EFS w ramach PO WER?**	Zdefiniowane w ramach analiz potrzeby szkoleniowe powinny być zaspokojone ze środków Działania 5.2 PO WER ze względu na brak adekwatnej oferty rynkowej i edukacyjnej. Dla uniknięcia powielania schematów szkoleniowych, koncentrujących się bądź na aktualizacji wiedzy dotyczącej wymogów szkoleniowych bądź na kontynuacji tematów projektów systemowych Działania 2.3 PO KL rekomenduje się dedykowanie konkursów konkretnym tematom, skierowanym do konkretnych grup odbiorców (pracowników instytucji ochrony zdrowia). Tematy te powinny być spójne z zakresem tematycznym analizy wyzwań zarządzania ochroną zdrowia. Proponowane w raporcie obszary tematyczne wpisują się w cel Działania 5.2 PO WER, wymagają ukształtowania w odbiorcach umiejętności analitycznych w oparciu o techniki warsztatowe i case study. Szkolenia skierowane do audytorów wewnętrznych również powinny koncentrować się na konkretnych procesach zarządzania i uwzględniać innych uczestników procesu audytu, ze szczególnym uwzględnieniem pracowników pionów sprawozdawczych. Rekomenduje się projektowanie konkursów skierowanych do poszczególnych typów instytucji (płatnicy publiczni, podmioty tworzące, podmioty lecznicze) z uwzględnieniem mieszanego składu grup ze względu na zajmowane stanowiska.
3.	**Z jakich obszarów tematycznych/w zakresie jakich umiejętności w pierwszej kolejności należy przeszkolić ww. personel? Z jakich należy zrezygnować, gdyż nie są one istotne?**	W raporcie przedstawiono listę kilkunastu obszarów tematycznych właściwych dla poszczególnych typów instytucji systemu, które będą budzić zainteresowanie potencjalnych uczestników i odpowiedzą jednocześnie na wyzwania stojące przed sektorem. Na poziomie płatników publicznych kształtowanie umiejętności analitycznych powinno towarzyszyć szkoleniom z zakresu wykorzystywania informacji publicznych i integrowania ich z rekomendacjami AOTMiT i konsultantów krajowych przy konstruowaniu koszyka świadczeń oraz szkolenia z zakresu metodyki przeprowadzania procesu oceny skutków

		regulacji. Pracownicy NFZ powinni podnieść swoje kwalifikacje z zakresu kontraktowania usług w sposób optymalny wykorzystujący zasoby regionalne z uwzględnieniem analizy danych epidemiologicznych i prognostycznych. Podmioty tworzące powinny w pierwszej kolejności szkolić się z zarządzania zasobem leczniczym na swoim terenie (analiza danych lokalnych i regionalnych), skutecznego nadzoru (analiza danych finansowych podmiotów leczniczych) oraz optymalizowania polityki inwestycyjnej (analiza potrzeb, umiejętności analityczne niezbędne do oceny sytuacji w negocjacjach z wojewodą). Największe potrzeby szkoleniowe zidentyfikowano w segmencie podmiotów leczniczych. Główne obszary tematyczne obejmują tworzenie centrów odpowiedzialności kosztów, analizy ekonomicznej, zintegrowanego zarządzania lekami, sprzętem medycznym, centralizacji gospodarki materiałowej, optymalizacji zasobów materialnych, zarządzania organizacją szpitala, Wszystkie te obszary tematyczne wymagają umiejętności analizowania informacji i zarządzania systemem generowania danych sprawozdawczych. Nieistotna dla potencjalnych uczestników szkoleń jest tematyka niezwiązana bezpośrednio z wykonywanymi przez nich zadaniami.
4.	**Jakie są najbardziej oczekiwane formy/tryb podnoszenia kwalifikacji przez ww. personel?**	W pierwszej kolejności preferowane są krótkie formy – szkolenia i kursy, a także konferencje i seminaria, organizowane w godzinach pracy dla pracowników urzędów, a dla przedstawicieli podmiotów medycznych głównie w weekendy. Nacisk na szkoleniach powinien zostać położony na wykorzystanie technik warsztatowych i interaktywnych, pozwalających na wymianę doświadczeń, omówienie konkretnych przykładów. Studia podyplomowe powinny być skierowane do pielęgniarek naczelnych i oddziałowych, dyrektorów ds. administracyjnych i ekonomicznych oraz dyrektorów szpitali. Warto, szczególnie w przypadku przedstawicieli płatników publicznych, wprowadzenie e-learningu jako elementu szkolenia tradycyjnego. Ze względu na deklarowaną dużą otwartość co do uczestniczenia w szkoleniach w grupach niejednorodnych oraz wspomnianą wyżej potrzebę dzielenia się doświadczeniami, warto preferować szkolenia, w których wykładowcami będą przedstawiciele różnych podmiotów sektora zdrowia.
5.	**Jakie warunki udzielania wsparcia w zakresie szkoleniowym są najbardziej istotne dla ich maksymalnej przydatności/użyteczności?**	Podstawową rekomendacją jest uwzględnienie we wsparciu oferowanym z EFS (w ramach PO WER) konkursów nie tyle skierowanych na przeprowadzenie ogólnych szkoleń w zakresie umiejętności analitycznych czy też zarządzania, ile konkursów dedykowanych konkretnym procesom w konkretnych typach instytucji ochrony zdrowia. Ważne jest także dla zwiększenia efektywności szkolenia w skali podmiotu, kierującego pracowników do projektu, aby uczestniczyli w nim pracownicy reprezentujący różne stanowiska pracy w ramach danego procesu.
6.	**Jak należy udzielać tego typu wsparcia szkoleniowego w ramach PO WER? Jakie powinny być kryteria oceny jakości tego wsparcia?**	Kryteria wyboru projektów powinny odnosić się do zakresu przedmiotowego projektu, liczby poruszanych problemów, procesów zarządzania, liczby godzin warsztatowych przeznaczonych na kształtowanie umiejętności analitycznych, liczby i rodzaju narzędzi analitycznych uwzględnionych w szkoleniu. Dla uniknięcia schematycznego, akademickiego podejścia do „uniwersalnych" umiejętności analitycznych w zarządzaniu zaleca się beneficjentom stosowanie technik warsztatowych i komasację zadań szkoleniowych w ciągu kilkudniowego szkolenia – formy preferowanej przez respondentów i gwarantującej szerszą skalę wsparcia. Rekomenduje się też zamówienie w ramach Działania 5.2 PO WER modułu "analiza danych w ochronie zdrowia" w ramach prowadzonych przez uczelnie studiów podyplomowych oraz modułu „audyt wewnętrzny w placówkach leczniczych". Kryteria wyboru projektów powinny odnosić się do liczby godzin przeznaczonych na realizację modułu, liczby i rodzaju upowszechnianych narzędzi analitycznych, zakresu danych poddawanych analizie podczas zajęć.
7.	**Czy istnieją bariery w dostępie do szkoleń? Jeśli tak, jakie są ich przyczyny? Jakie są możliwości**	Wg badanych główną barierą dla podnoszenia kwalifikacji są niewystarczające środki finansowe, Bariera ta, biorąc pod uwagę kondycję finansową służby zdrowia, może być minimalizowana wyłącznie poprzez skierowanie oferty szkoleniowej współfinansowanej ze środków unijnych, w tym z Działania 5.2 PO WER. Na drugim miejscu wskazywano na brak

	eliminacji takich przeszkód?	czasu, co może być wyeliminowane poprzez skierowanie do potencjalnych uczestników działań szkoleniowych w krótkich formach i w terminach odpowiadających poszczególnym grupom. W przypadku personelu medycznego ograniczeniem jest specyfika pracy – konieczność obecności w szpitalu w różnych porach, co uniemożliwia uczestnictwo w szkoleniach w większych grupach i w dowolnych terminach. Odpowiedzią na ten problem może być oferta szkoleń cyklicznych, w różnych terminach. Barierą wewnętrzną jest też niska efektywność tzw. szkoleń kaskadowych w placówkach leczniczych, polegających głównie na przekazywaniu informacji na odprawach personelu lub „przy okazji". Bariera ta może być eliminowana poprzez kierowanie na szkolenia (szczególnie z kompetencji miękkich, wymagających ćwiczeń) wszystkich pracowników, których dana tematyka dotyczy. Kolejną zidentyfikowaną barierą w dostępie do szkoleń jest brak zestandaryzowanej oferty rynkowej odnoszącej się do procesów zarządzania innych niż kontraktowanie czy zarządzanie jakością. Można zamówić takie szkolenie, jednak traktowane ono będzie przez firmę szkoleniową, szkołę wyższą jako szkolenie niszowe o wysokich kosztach jednostkowych. Przeszkodę tę można wyeliminować poprzez profilowanie tematyki szkoleń w regulaminach konkursu Działania 5.2 PO WER dla zestandaryzowania produktów szkoleniowych odnoszących się do wyzwań wyspecyfikowanych w raporcie. Gotowy już produkt na rynku usług szkoleniowych będzie znacznie tańszy i bardziej dostępny dla jednostek, które nie będą uczestniczyć w Działaniu 5.2 PO WER, również po zakończeniu okresu programowania.
8.	**Jak należy formułować wsparcie, aby uzyskać efekt synergii z ofertą rynkową? Jakie będą spodziewane efekty wsparcia w obszarze zarządzania placówkami systemu służby zdrowia?**	Należy podkreślić specyficzną priorytetyzację tematyki szkoleń w sektorze ochrony zdrowia. W pierwszej kolejności występuje potrzeba aktualizacji wiedzy dotyczącej przepisów, nowych procesów zarządzania, wymaganych w danej jednostce. Podniesienie kompetencji w zakresie umiejętności analitycznych, planowania strategicznego na danym stanowisku jest potrzebą drugorzędną. Warto więc tak formułować tematykę konkursową, aby oprócz kształtowania umiejętności niezbędnych w zarządzaniu strategicznym kompleksowo odnosić się do kluczowych procesów zarządzania w danym typie instytucji systemu ochrony zdrowia z uwzględnieniem aktualnych przepisów prawnych. Jak wynika z badań, formułowanie zakresu konkursów dedykowanych konkretnym procesom i konkretnym instytucjom uzupełnia ofertę rynkową w pożądanym kierunku. Ta bowiem koncentruje się na przekazywaniu ogólnej wiedzy o zarządzaniu, bądź wiedzy wypracowanej w Działaniu 2.3 PO KL, odnoszącej się do akredytacji procesu zarządzania jakością, powiązanej z tym procesem metodyki prowadzenia dokumentacji medycznej, prawidłowego kontraktowania świadczeń. Można zaryzykować stwierdzenie, że dedykowana w Działaniu 5.2 PO WER tematyka konkursów i model opracowywania szkoleń i kursów skierowanych do konkretnej grupy odbiorców, odnoszący się do konkretnego procesu, może trwale rozszerzyć ofertę kształcenia ustawicznego na rynku również po zakończeniu okresu programowania. Doświadczenia Działania 2.3 PO KL potwierdzają tezę o prawdopodobnym długotrwałym efekcie wsparcia w zakresie restrukturyzacji rynku szkoleń. Doświadczenia Działania 2.3 PO KL wskazują również na niewielką skuteczność studiów podyplomowych w kształtowaniu umiejętności analitycznych. Oferta wyższych uczelni w ramach projektów konkursowych była akademicka, skoncentrowana na przekazywaniu wiedzy o zarządzaniu, a nie kształtowaniu umiejętności posługiwania się narzędziami zarządzania. Wydaje się, że optymalnym rozwiązaniem byłoby połączenie wiedzy naukowej uczelni i doświadczenia firm szkoleniowych, poprzez takie formułowanie warunków wsparcia, które wymagałoby od firm szkoleniowych pozyskania ekspertów uniwersyteckich przy zachowaniu warsztatowych, a nie akademickich form przekazywania wiedzy. Innym rozwiązaniem wartym rozwagi jest zamówienie w ramach Działania 5.2 PO WER modułu kształcenia w prowadzonych przez uczelnie studiów podyplomowych, odnoszącego się do kształtowania umiejętności analitycznych w poszczególnych procesach zarządzania oraz modułu kształcenia audytorów wewnętrznych.

9.	**W jakim zakresie kryteria konkursów powinny uwzględniać kompleksowość wsparcia w skali jednego szpitala w zakresie szkoleń administracyjnych i zarządczych, aby maksymalizować efekty ponoszenia kwalifikacji pracowników i jakość zarządzania?**	Kadra zarządzająca oczekuje raczej umiejętności analitycznych od swoich pracowników niż od siebie samej. Preferencja ta niesie ryzyko nieosiągnięcia celu Działania 5.2 PO WER, jakim jest podniesienie efektywności zarządzania, z powodu fragmentaryzacji pracy analitycznej i braku nabycia tych kompetencji przez osoby koordynujące i zarządzające. Wskazane jest, aby beneficjenci kierowali odrębne szkolenia do poszczególnych typów instytucji ochrony zdrowia (tj. płatnicy, podmioty tworzące, podmioty lecznicze). Jednocześnie uczestników do grup szkoleniowych należy dobierać w jednym podmiocie spośród osób zajmujących różnego rodzaju stanowiska administracyjne lub zarządcze, ale które odpowiadają wspólnie za poszczególne procesy zarządzania. Dotyczy to na przykład tematyki audytu wewnętrznego – umiejętność generowania danych na jego potrzeby i wykorzystania wyników dominuje na każdym szczeblu zarządzania instytucjami ochrony zdrowia. Przedstawiciele kadry zarządzającej instytucji ochrony zdrowia oraz pracownicy administracyjni preferują krótkie, kilkudniowe formy kształcenia ustawicznego. W takich formach zdecydowanie bardziej korzystne jest szkolenie ograniczone do jednego złożonego problemu, w którym można nabyć umiejętności analityczne niż uczenie powszechnie stosowanych technik i narzędzi analitycznych. Rozważyć też należy konstruowanie szkoleń w formacie modułowym, tzn. dzielenia szkoleń poświęconych konkretnym procesom na etapy. W każdym z etapów mógłby w założeniu uczestniczyć inny pracownik danej instytucji, w zależności od potrzeb na danym stanowisku pracy. Podmioty mogłyby wówczas kierować swoich pracowników odpowiednio do poszczególnych modułów.

5.2 Preferowana tematyka szkoleń

Preferowana tematyka szkoleń – przedstawiciele podmiotów leczniczych, płatnika publicznego, podmiotów tworzących

Tematyka	Przedstawiciele podmiotów leczniczych		Przedstawiciele płatnika publicznego		Przedstawiciele podmiotów tworzących		OGÓŁEM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A. ZARZĄDZANIE ZASOBAMI W PODMIOCIE LECZNICZYM	168	27,2%	4	6,8%	13	13,5%	**185**	**24,1%**
A1. Organizacja i zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej (ogólnie)	113	19,1%	3	5,3%	11	13,9%	127	17,6%
A2. Czytanie map potrzeb zdrowotnych i wyciąganie wniosków	87	14,7%	3	5,3%	9	11,4%	99	13,7%
A3. Analiza sytuacji ekonomicznej szpitala (m.in. wskaźniki sprawności finansowej i zadłużenia)	101	17,1%	1	1,8%	2	2,5%	104	14,4%
A4. Restrukturyzacja organizacyjna szpitala (np. Łączenie komórek organizacyjnych szpitala)	108	18,3%	2	3,5%	5	6,3%	115	15,9%
A5. Restrukturyzacja funkcjonalna (np. restrukturyzacja łóżek szpitalnych w celu dostosowania bazy łóżkowej do zgłaszanych potrzeb zdrowotnych i możliwości finansowania)	93	15,7%	2	3,5%	5	6,3%	100	13,8%
A6. Restrukturyzacja wykorzystania sprzętu i aparatury (np. prowadzenie spójnej polityki w zakresie efektywnego wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej, efektywne zakupy nowego sprzętu)	90	15,2%	1	1,8%	5	6,3%	96	13,3%
A7. Restrukturyzacja zasobów osobowych (np. efektywne wykorzystanie pracowników nie tylko w ramach jednej kliniki czy oddziału, ale także dla innych komórek organizacyjnych)	127	21,5%	4	7,0%	4	5,1%	135	18,7%
A8. Podniesienie efektywności procedur medycznych (np. wyeliminowanie powielania tych samych procedur medycznych przez kilka komórek organizacyjnych szpitala)	132	22,3%	2	3,5%	8	10,1%	142	19,6%
A9. Wdrażanie nowych technologii medycznych umożliwiających sprawniejsze diagnozowanie jednostek chorobowych	101	17,1%	1	1,8%	7	8,9%	109	15,1%
A10. Wdrożenie zintegrowanego zarządzania materiałami medycznymi, medycznym sprzętem zużywalnym i lekami	108	18,3%	2	3,5%	4	5,1%	114	15,8%
A11. Restrukturyzacja nieruchomości (np. racjonalizacja kosztów utrzymania i kosztów amortyzacji, zwiększenie wykorzystania powierzchni użytkowej szpitala, eliminacja zbędnego transportu między budynkami szpitala, jeśli szpital funkcjonuje w kilku budynkach)	38	6,4%	0	,0%	4	5,1%	42	5,8%

Tematyka	Przedstawiciele podmiotów leczniczych		Przedstawiciele płatnika publicznego		Przedstawiciele podmiotów tworzących		OGÓŁEM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A12. Zarządzanie usługami outsourcingowymi	60	10,2%	2	3,5%	4	5,1%	66	9,1%
A13. Zarządzanie środowiskowe (stworzenie odpowiednich warunków do funkcjonowania organizacji tak, by zminimalizować negatywne czynniki oddziałujące na środowisko naturalne)	54	9,1%	1	1,8%	3	3,8%	58	8,0%
A14. Wprowadzenie energii odnawialnej	44	7,4%	0	,0%	3	3,8%	47	6,5%
A15. Przeciwdziałanie zagrożeniom korupcyjnym (wdrożenie rozwiązań, które mają na celu zwiększenie zaufania do funkcjonowania organizacji w zakresie rzetelności i bezstronności podejmowanych przez nią decyzji, zarówno w odniesieniu do jej klientów, jak i do decyzji dotyczących sposobu wykorzystywania środków oddanych do dyspozycji jej organizacji)	91	15,4%	3	5,3%	3	3,8%	97	13,4%
B. KWESTIE ZWIĄZANE Z OCENĄ TECHNOLOGII MEDYCZNYCH (TZW. HTA)	44	7,1%	11	18,6%	4	4,2%	**57**	**7,4%**
B1. Wprowadzenie do wytycznych oceny technologii medycznych (HTA)	31	5,2%	11	19,3%	4	5,1%	44	6,1%
B1. Realizacja oceny technologii medycznych	30	5,1%	11	19,3%	4	5,1%	43	5,9%
C. KWESTIE FINANSOWE W PODMIOCIE LECZNICZYM	158	25,6%	13	22,0%	26	27,1%	**196**	**25,6%**
C1. Ekonomika ochrony zdrowia	113	19,1%	10	17,5%	14	17,7%	136	18,8%
C2. Budżetowanie w zakładzie opieki zdrowotnej	113	19,1%	6	10,5%	12	15,2%	130	18,0%
C3. Zarządzanie finansami jednostki	133	22,5%	11	19,3%	17	21,5%	160	22,1%
C4. Rachunkowość w zakładzie opieki zdrowotnej	97	16,4%	2	3,5%	12	15,2%	111	15,4%
D. PROWADZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I ZARZĄDZANIE INFORMACJĄ O PACJENCIE	264	42,8%	8	13,6%	7	7,3%	**279**	**36,4%**
D1. Wypełnianie dokumentacji medycznej	232	39,3%	5	8,8%	2	2,5%	239	33,1%
D2. Wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego ułatwiającego przepływ informacji w szpitalu	222	37,6%	7	12,3%	4	5,1%	233	32,2%
D3. Zarządzanie informacją o pacjencie	223	37,7%	6	10,5%	0	,0%	229	31,7%
D4. Zarządzanie bezpieczeństwem informacji w szpitalu	201	34,0%	7	12,3%	1	1,3%	209	28,9%
E. KONTRAKTOWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I REALIZACJA UMOWY Z NFZ	159	25,8%	29	49,2%	13	13,5%	**199**	**25,9%**

Tematyka	Przedstawiciele podmiotów leczniczych		Przedstawiciele płatnika publicznego		Przedstawiciele podmiotów tworzących		OGÓŁEM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
E1. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych	143	24,2%	26	45,6%	10	12,7%	177	24,5%
E2. Realizacja i kontrola realizacji umowy zawartej z NFZ, przestrzeganie precyzyjnej realizacji kontraktów	119	20,1%	24	42,1%	9	11,4%	150	20,7%
E3. Rozliczenia z NFZ	124	21,0%	22	38,6%	8	10,1%	152	21,0%
F. KWESTIE PRAWNE	320	51,9%	38	64,4%	54	56,3%	**411**	**53,6%**
F1. Prawo zamówień publicznych	148	25,0%	18	31,6%	25	31,6%	190	26,3%
F2. Prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia	273	46,2%	37	64,9%	41	51,9%	350	48,4%
F3. Stosowanie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej	256	43,3%	33	57,9%	43	54,4%	331	45,8%
F4. Prawo cywilne	199	33,7%	30	52,6%	21	26,6%	249	34,4%
F5. Prawo handlowe	87	14,7%	12	21,1%	15	19,0%	114	15,8%
F6. Prawa a obowiązki pacjenta	250	42,3%	25	43,9%	27	34,2%	301	41,6%
F7. Prawna odpowiedzialność personelu medycznego	284	48,1%	21	36,8%	24	30,4%	328	45,4%
F8. Ubezpieczenia od zdarzeń medycznych	246	41,6%	15	26,3%	18	22,8%	278	38,5%
G. KONTROLA, AUDYT LUB WDROŻENIE CERTYFIKATÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ	164	26,6%	15	25,4%	31	32,3%	**208**	**27,1%**
G1. Zarządzanie jakością w branży medycznej (wdrożenie certyfikatów zarządzania jakością)	137	23,2%	9	15,8%	20	25,3%	164	22,7%
G2. Prowadzenie kontroli podmiotów leczniczych	103	17,4%	9	15,8%	28	35,4%	138	19,1%
G3. Współpraca z audytorem zewnętrznym	131	22,2%	11	19,3%	21	26,6%	161	22,3%
G4. Prowadzenie audytu wewnętrznego (niezależne i obiektywne badanie systemów zarządzania i kontroli w jednostce)	139	23,5%	8	14,0%	22	27,8%	168	23,2%
G5. Analiza wewnętrznych przyczyn nieprawidłowości organizowania i zarządzania podmiotem (zakres i struktura zasobów, stopień ich dostosowania do prowadzonej działalności, alokacja zasobów w podmiocie, organizacja procesów pracy, wzajemne relacje między działalnością medyczną i naukową itp.)	133	22,5%	10	17,5%	22	27,8%	163	22,5%

Tematyka	Przedstawiciele podmiotów leczniczych		Przedstawiciele płatnika publicznego		Przedstawiciele podmiotów tworzących		OGÓŁEM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
G6. Nadzór nad niezgodnościami, działaniami korygującymi i zapobiegawczymi	143	24,2%	13	22,8%	24	30,4%	178	24,6%
H. UMIEJĘTNOŚCI ANALITYCZNE, INTERPERSONALNE, KOMUNIKACYJNE, TZW. KOMPETENCJE MIĘKKIE	175	28,4%	32	54,2%	19	19,8%	**225**	**29,3%**
H1. Umiejętności analityczne (wiedza na temat danych dostępnych w systemie ochrony zdrowia, umiejętność ich odnajdywania, analizy oraz wykorzystywania do podejmowania decyzji)	147	24,9%	31	54,4%	17	21,5%	194	26,8%
H2. Negocjacje (techniki negocjacji)	145	24,5%	26	45,6%	14	17,7%	184	25,4%
H3. Podstawy zarządzania zasobami ludzkim	140	23,7%	26	45,6%	13	16,5%	178	24,6%
H4. Zarządzanie zasobami ludzkimi - poziom zaawansowany	118	20,0%	27	47,4%	11	13,9%	155	21,4%
H5. Komunikacja interpersonalna (wewnątrz i na zewnątrz instytucji)	160	27,1%	29	50,9%	10	12,7%	198	27,4%
H6. Umiejętność kierowania zespołem	158	26,7%	31	54,4%	13	16,5%	201	27,8%
H7. Umiejętność komunikowania złych wiadomości	156	26,4%	25	43,9%	12	15,2%	192	26,6%
H8. Umiejętność pracy w zespole	155	26,2%	25	43,9%	13	16,5%	192	26,6%
H9. Umiejętność pracy z trudnym pacjentem	144	24,4%	21	36,8%	7	8,9%	171	23,7%
I. MARKETING I PUBLIC RELATIONS	44	7,1%	3	5,1%	6	6,3%	**53**	**6,9%**
I1. Marketing i sprzedaż usług zdrowotnych	32	5,4%	0	,0%	3	3,8%	35	4,8%
I2. Public relations, poprawa wizerunku służby zdrowia	41	6,9%	3	5,3%	6	7,6%	50	6,9%
OGÓŁEM (DLA OBSZARÓW A-I)[42]	**617**	**100,0%**	**59**	**100,0%**	**96**	**100,0%**	**767**	**100,0%**
Ogółem (dla tematów szczegółowych A1-I2)[43]	591	100,0%	57	100,0%	79	100,0%	723	100,0%

[42] 4,8% badanych (n=37) wskazało, że w żadnym z proponowanych obszarów nie widzi potrzeby podnoszenia kwalifikacji i kompetencji.

[43] W analizie uwzględniono tylko tych, którzy wskazali jakikolwiek temat szczegółowy w ramach obszaru A-I, w którym chcieliby podnosić swoje kwalifikacje i kompetencje (7 badanych nie wskazało żadnego ze wskazanych w kwestionariuszu tematów).

Preferowana tematyka szkoleń – przedstawiciele podmiotów leczniczych w podziale na typy pracowników w podmiotach leczniczych

Tematyka	Pracownik pionu administracyjnego		Osoba zatrudniona na stanowisku ds. finansowych		Dyrektor/ kierownik szpitala		Dyrektor ds. adm./ekonom. szpitala		Ordynator oddziału szpitalnego		Naczelna pielęgniarka		Pielęgniarka oddziałowa	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A. ZARZĄDZANIE ZASOBAMI W PODMIOCIE LECZNICZYM	**32**	**25,6%**	**22**	**25,9%**	**11**	**22,9%**	**12**	**30,0%**	**20**	**27,0%**	**28**	**35,0%**	**43**	**26,1%**
A1. Organizacja i zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej (ogólnie)	24	21,2%	15	18,1%	7	14,9%	9	23,7%	10	14,1%	21	27,3%	27	16,7%
A2. Czytanie map potrzeb zdrowotnych i wyciąganie wniosków	14	12,4%	10	12,0%	7	14,9%	5	13,2%	14	19,7%	16	20,8%	21	13,0%
A3. Analiza sytuacji ekonomicznej szpitala (m.in. wskaźniki sprawności finansowej i zadłużenia)	13	11,5%	19	22,9%	8	17,0%	10	26,3%	12	16,9%	12	15,6%	27	16,7%
A4. Restrukturyzacja organizacyjna szpitala (np. Łączenie komórek organizacyjnych szpitala)	11	9,7%	14	16,9%	9	19,1%	10	26,3%	14	19,7%	21	27,3%	29	17,9%
A5. Restrukturyzacja funkcjonalna (np. restrukturyzacja łóżek szpitalnych w celu dostosowania bazy łóżkowej do zgłaszanych potrzeb zdrowotnych i możliwości finansowania)	10	8,8%	11	13,3%	6	12,8%	8	21,1%	14	19,7%	22	28,6%	22	13,6%
A6. Restrukturyzacja wykorzystania sprzętu i aparatury (np. prowadzenie spójnej polityki w zakresie efektywnego wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej, efektywne zakupy nowego sprzętu)	10	8,8%	13	15,7%	5	10,6%	5	13,2%	14	19,7%	14	18,2%	29	17,9%
A7. Restrukturyzacja zasobów osobowych (np. efektywne wykorzystanie pracowników nie tylko w ramach jednej kliniki czy oddziału, ale także dla innych komórek organizacyjnych)	17	15,0%	15	18,1%	8	17,0%	10	26,3%	18	25,4%	23	29,9%	36	22,2%
A8. Podniesienie efektywności procedur medycznych (np. wyeliminowanie powielania tych samych procedur medycznych przez kilka komórek organizacyjnych szpitala)	21	18,6%	16	19,3%	11	23,4%	8	21,1%	20	28,2%	22	28,6%	34	21,0%
A9. Wdrażanie nowych technologii medycznych umożliwiających sprawniejsze diagnozowanie jednostek chorobowych	15	13,3%	12	14,5%	6	12,8%	8	21,1%	14	19,7%	18	23,4%	28	17,3%

Tematyka	Pracownik pionu administracyjnego		Osoba zatrudniona na stanowisku ds. finansowych		Dyrektor/ kierownik szpitala		Dyrektor ds. adm./ekonom. szpitala		Ordynator oddziału szpitalnego		Naczelna pielęgniarka		Pielęgniarka oddziałowa	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A10. Wdrożenie zintegrowanego zarządzania materiałami medycznymi, medycznym sprzętem zużywalnym i lekami	16	14,2%	13	15,7%	10	21,3%	7	18,4%	11	15,5%	18	23,4%	33	20,4%
A11. Restrukturyzacja nieruchomości (np. racjonalizacja kosztów utrzymania i kosztów amortyzacji, zwiększenie wykorzystania powierzchni użytkowej szpitala, eliminacja zbędnego transportu między budynkami szpitala, jeśli szpital funkcjonuje w kilku budynkach)	8	7,1%	10	12,0%	3	6,4%	2	5,3%	3	4,2%	3	3,9%	9	5,6%
A12. Zarządzanie usługami outsourcingowymi	10	8,8%	12	14,5%	5	10,6%	3	7,9%	6	8,5%	17	22,1%	7	4,3%
A13. Zarządzanie środowiskowe (stworzenie odpowiednich warunków do funkcjonowania organizacji tak, by zminimalizować negatywne czynniki oddziałujące na środowisko naturalne)	10	8,8%	9	10,8%	5	10,6%	3	7,9%	5	7,0%	9	11,7%	13	8,0%
A14. Wprowadzenie energii odnawialnej	11	9,7%	8	9,6%	4	8,5%	4	10,5%	6	8,5%	7	9,1%	4	2,5%
A15. Przeciwdziałanie zagrożeniom korupcyjnym (wdrożenie rozwiązań, które mają na celu zwiększenie zaufania do funkcjonowania organizacji w zakresie rzetelności i bezstronności podejmowanych przez nią decyzji, zarówno w odniesieniu do jej klientów, jak i do decyzji dotyczących sposobu wykorzystywania środków oddanych do dyspozycji jej organizacji)	13	11,5%	11	13,3%	10	21,3%	6	15,8%	11	15,5%	17	22,1%	23	14,2%
B. KWESTIE ZWIĄZANE Z OCENĄ TECHNOLOGII MEDYCZNYCH (TZW. HTA)	**14**	**11,2%**	**6**	**7,1%**	**7**	**14,6%**	**3**	**7,5%**	**3**	**4,1%**	**2**	**2,5%**	**9**	**5,5%**
B1. Wprowadzenie do wytycznych oceny technologii medycznych (HTA)	10	8,8%	3	3,6%	5	10,6%	2	5,3%	3	4,2%	1	1,3%	7	4,3%
B1. Realizacja oceny technologii medycznych	10	8,8%	4	4,8%	4	8,5%	1	2,6%	3	4,2%	1	1,3%	7	4,3%
C. KWESTIE FINANSOWE W PODMIOCIE LECZNICZYM	**24**	**19,2%**	**64**	**75,3%**	**17**	**35,4%**	**11**	**27,5%**	**20**	**27,0%**	**11**	**13,8%**	**11**	**6,7%**
C1. Ekonomika ochrony zdrowia	13	11,5%	49	59,0%	14	29,8%	9	23,7%	15	21,1%	6	7,8%	7	4,3%
C2. Budżetowanie w zakładzie opieki zdrowotnej	12	10,6%	50	60,2%	13	27,7%	8	21,1%	12	16,9%	10	13,0%	8	4,9%
C3. Zarządzanie finansami jednostki	22	19,5%	58	69,9%	16	34,0%	7	18,4%	13	18,3%	6	7,8%	11	6,8%

Tematyka	Pracownik pionu administracyjnego		Osoba zatrudniona na stanowisku ds. finansowych		Dyrektor/ kierownik szpitala		Dyrektor ds. adm./ekonom. szpitala		Ordynator oddziału szpitalnego		Naczelna pielęgniarka		Pielęgniarka oddziałowa	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
C4. Rachunkowość w zakładzie opieki zdrowotnej	14	12,4%	55	66,3%	8	17,0%	5	13,2%	8	11,3%	3	3,9%	4	2,5%
D. PROWADZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I ZARZĄDZANIE INFORMACJĄ O PACJENCIE	**52**	**41,6%**	**7**	**8,2%**	**18**	**37,5%**	**7**	**17,5%**	**38**	**51,4%**	**44**	**55,0%**	**98**	**59,4%**
D1. Wypełnianie dokumentacji medycznej	42	37,2%	6	7,2%	15	31,9%	4	10,5%	30	42,3%	39	50,6%	96	59,3%
D2. Wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego ułatwiającego przepływ informacji w szpitalu	40	35,4%	3	3,6%	16	34,0%	6	15,8%	32	45,1%	38	49,4%	87	53,7%
D3. Zarządzanie informacją o pacjencie	40	35,4%	3	3,6%	15	31,9%	4	10,5%	33	46,5%	40	51,9%	88	54,3%
D4. Zarządzanie bezpieczeństwem informacji w szpitalu	34	30,1%	6	7,2%	15	31,9%	6	15,8%	26	36,6%	38	49,4%	76	46,9%
E. KONTRAKTOWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I REALIZACJA UMOWY Z NFZ	**44**	**35,2%**	**28**	**32,9%**	**19**	**39,6%**	**12**	**30,0%**	**18**	**24,3%**	**16**	**20,0%**	**22**	**13,3%**
E1. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych	41	36,3%	24	28,9%	18	38,3%	11	28,9%	16	22,5%	15	19,5%	18	11,1%
E2. Realizacja i kontrola realizacji umowy zawartej z NFZ, przestrzeganie precyzyjnej realizacji kontraktów	36	31,9%	21	25,3%	16	34,0%	10	26,3%	12	16,9%	13	16,9%	11	6,8%
E3. Rozliczenia z NFZ	36	31,9%	23	27,7%	18	38,3%	9	23,7%	15	21,1%	11	14,3%	12	7,4%
F. KWESTIE PRAWNE	**52**	**41,6%**	**31**	**36,5%**	**29**	**60,4%**	**23**	**57,5%**	**45**	**60,8%**	**40**	**50,0%**	**100**	**60,6%**
F1. Prawo zamówień publicznych	25	22,1%	17	20,5%	18	38,3%	15	39,5%	12	16,9%	18	23,4%	43	26,5%
F2. Prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia	46	40,7%	24	28,9%	26	55,3%	20	52,6%	38	53,5%	38	49,4%	81	50,0%
F3. Stosowanie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej	40	35,4%	28	33,7%	22	46,8%	19	50,0%	38	53,5%	37	48,1%	72	44,4%
F4. Prawo cywilne	28	24,8%	12	14,5%	16	34,0%	14	36,8%	31	43,7%	29	37,7%	69	42,6%
F5. Prawo handlowe	17	15,0%	9	10,8%	8	17,0%	8	21,1%	8	11,3%	12	15,6%	25	15,4%
F6. Prawa a obowiązki pacjenta	35	31,0%	17	20,5%	20	42,6%	11	28,9%	38	53,5%	36	46,8%	93	57,4%
F7. Prawna odpowiedzialność personelu medycznego	45	39,8%	19	22,9%	24	51,1%	13	34,2%	44	62,0%	39	50,6%	100	61,7%
F8. Ubezpieczenia od zdarzeń medycznych	35	31,0%	25	30,1%	18	38,3%	13	34,2%	37	52,1%	31	40,3%	87	53,7%

Tematyka	Pracownik pionu administracyjnego		Osoba zatrudniona na stanowisku ds. finansowych		Dyrektor/ kierownik szpitala		Dyrektor ds. adm./ekonom. szpitala		Ordynator oddziału szpitalnego		Naczelna pielęgniarka		Pielęgniarka oddziałowa	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
G. KONTROLA, AUDYT LUB WDROŻENIE CERTYFIKATÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ	**24**	**19,2%**	**23**	**27,1%**	**14**	**29,2%**	**9**	**22,5%**	**15**	**20,3%**	**28**	**35,0%**	**51**	**30,9%**
G1. Zarządzanie jakością w branży medycznej (wdrożenie certyfikatów zarządzania jakością)	21	18,6%	13	15,7%	14	29,8%	8	21,1%	12	16,9%	26	33,8%	43	26,5%
G2. Prowadzenie kontroli podmiotów leczniczych	20	17,7%	15	18,1%	9	19,1%	6	15,8%	9	12,7%	17	22,1%	27	16,7%
G3. Współpraca z audytorem zewnętrznym	22	19,5%	16	19,3%	10	21,3%	9	23,7%	12	16,9%	21	27,3%	41	25,3%
G4. Prowadzenie audytu wewnętrznego (niezależne i obiektywne badanie systemów zarządzania i kontroli w jednostce)	22	19,5%	20	24,1%	10	21,3%	9	23,7%	13	18,3%	23	29,9%	42	25,9%
G5. Analiza wewnętrznych przyczyn nieprawidłowości organizowania i zarządzania podmiotem (zakres i struktura zasobów, stopień ich dostosowania do prowadzonej działalności, alokacja zasobów w podmiocie, organizacja procesów pracy, wzajemne relacje między działalnością medyczną i naukową itp.)	21	18,6%	19	22,9%	12	25,5%	6	15,8%	12	16,9%	23	29,9%	40	24,7%
G6. Nadzór nad niezgodnościami, działaniami korygującymi i zapobiegawczymi	21	18,6%	19	22,9%	12	25,5%	7	18,4%	13	18,3%	26	33,8%	45	27,8%
H. UMIEJĘTNOŚCI ANALITYCZNE, INTERPERSONALNE, KOMUNIKACYJNE, TZW. KOMPETENCJE MIĘKKIE	**18**	**14,4%**	**15**	**17,6%**	**7**	**14,6%**	**11**	**27,5%**	**20**	**27,0%**	**36**	**45,0%**	**68**	**41,2%**
H1. Umiejętności analityczne (wiedza na temat danych dostępnych w systemie ochrony zdrowia, umiejętność ich odnajdywania, analizy oraz wykorzystywania do podejmowania decyzji)	10	8,8%	14	16,9%	5	10,6%	9	23,7%	19	26,8%	30	39,0%	60	37,0%
H2. Negocjacje (techniki negocjacji)	12	10,6%	10	12,0%	7	14,9%	9	23,7%	15	21,1%	33	42,9%	59	36,4%
H3. Podstawy zarządzania zasobami ludzkim	13	11,5%	8	9,6%	6	12,8%	8	21,1%	18	25,4%	25	32,5%	62	38,3%
H4. Zarządzanie zasobami ludzkimi - poziom zaawansowany	11	9,7%	8	9,6%	7	14,9%	5	13,2%	9	12,7%	25	32,5%	53	32,7%
H5. Komunikacja interpersonalna (wewnątrz i na zewnątrz instytucji)	16	14,2%	12	14,5%	7	14,9%	9	23,7%	19	26,8%	31	40,3%	66	40,7%
H6. Umiejętność kierowania zespołem	12	10,6%	11	13,3%	7	14,9%	9	23,7%	20	28,2%	32	41,6%	67	41,4%

Tematyka	Pracownik pionu administracyjnego		Osoba zatrudniona na stanowisku ds. finansowych		Dyrektor/ kierownik szpitala		Dyrektor ds. adm./ekonom. szpitala		Ordynator oddziału szpitalnego		Naczelna pielęgniarka		Pielęgniarka oddziałowa	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
H7. Umiejętność komunikowania złych wiadomości	15	13,3%	11	13,3%	5	10,6%	9	23,7%	18	25,4%	35	45,5%	63	38,9%
H8. Umiejętność pracy w zespole	15	13,3%	10	12,0%	6	12,8%	8	21,1%	18	25,4%	32	41,6%	66	40,7%
H9. Umiejętność pracy z trudnym pacjentem	13	11,5%	5	6,0%	3	6,4%	5	13,2%	20	28,2%	31	40,3%	67	41,4%
I. MARKETING I PUBLIC RELATIONS	**16**	**12,8%**	**1**	**1,2%**	**3**	**6,3%**	**2**	**5,0%**	**7**	**9,5%**	**3**	**3,8%**	**12**	**7,3%**
I1. Marketing i sprzedaż usług zdrowotnych	12	10,6%	1	1,2%	3	6,4%	2	5,3%	2	2,8%	2	2,6%	10	6,2%
I2. Public relations, poprawa wizerunku służby zdrowia	15	13,3%	1	1,2%	3	6,4%	2	5,3%	6	8,5%	3	3,9%	11	6,8%
OGÓŁEM (DLA OBSZARÓW A-I)	**125**	**100,0%**	**85**	**100,0%**	**48**	**100,0%**	**40**	**100,0%**	**74**	**100,0%**	**80**	**100,0%**	**165**	**100,0%**
Ogółem (dla tematów szczegółowych A1-I2)	113	100,0%	83	100,0%	47	100,0%	38	100,0%	71	100,0%	77	100,0%	162	100,0%

Preferowana tematyka szkoleń – przedstawiciele podmiotów leczniczych w podziale na podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, leczenie szpitalne

Tematyka	Podstawowa opieka zdrowotna		Ambulatoryjna opieka specjalistyczna		Leczenie szpitalne	
	N	%	N	%	N	%
A. ZARZĄDZANIE ZASOBAMI W PODMIOCIE LECZNICZYM	**13**	**22,8%**	**15**	**25,9%**	**4**	**40,0%**
A1. Organizacja i zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej (ogólnie)	10	18,5%	13	26,0%	1	11,1%
A2. Czytanie map potrzeb zdrowotnych i wyciąganie wniosków	7	13,0%	6	12,0%	1	11,1%
A3. Analiza sytuacji ekonomicznej szpitala (m.in. wskaźniki sprawności finansowej i zadłużenia)	6	11,1%	6	12,0%	1	11,1%
A4. Restrukturyzacja organizacyjna szpitala (np. Łączenie komórek organizacyjnych szpitala)	5	9,3%	6	12,0%	0	0,0%
A5. Restrukturyzacja funkcjonalna (np. restrukturyzacja łóżek szpitalnych w celu dostosowania bazy łóżkowej do zgłaszanych potrzeb zdrowotnych i możliwości finansowania)	5	9,3%	5	10,0%	0	0,0%
A6. Restrukturyzacja wykorzystania sprzętu i aparatury (np. prowadzenie spójnej polityki w zakresie efektywnego wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej, efektywne zakupy nowego sprzętu)	4	7,4%	6	12,0%	0	0,0%
A7. Restrukturyzacja zasobów osobowych (np. efektywne wykorzystanie pracowników nie tylko w ramach jednej kliniki czy oddziału, ale także dla innych komórek organizacyjnych)	7	13,0%	8	16,0%	2	22,2%
A8. Podniesienie efektywności procedur medycznych (np. wyeliminowanie powielania tych samych procedur medycznych przez kilka komórek organizacyjnych szpitala)	10	18,5%	10	20,0%	1	11,1%
A9. Wdrażanie nowych technologii medycznych umożliwiających sprawniejsze diagnozowanie jednostek chorobowych	8	14,8%	7	14,0%	0	,0%
A10. Wdrożenie zintegrowanego zarządzania materiałami medycznymi, medycznym sprzętem zużywalnym i lekami	6	11,1%	10	20,0%	0	,0%
A11. Restrukturyzacja nieruchomości (np. racjonalizacja kosztów utrzymania i kosztów amortyzacji, zwiększenie wykorzystania powierzchni użytkowej szpitala, eliminacja zbędnego transportu między budynkami szpitala, jeśli szpital funkcjonuje w kilku budynkac	4	7,4%	3	6,0%	1	11,1%
A12. Zarządzanie usługami outsourcingowymi	3	5,6%	5	10,0%	2	22,2%
A13. Zarządzanie środowiskowe (stworzenie odpowiednich warunków do funkcjonowania organizacji tak, by zminimalizować negatywne czynniki oddziałujące na środowisko naturalne)	5	9,3%	4	8,0%	1	11,1%
A14. Wprowadzenie energii odnawialnej	7	13,0%	4	8,0%	0	,0%

A15. Przeciwdziałanie zagrożeniom korupcyjnym (wdrożenie rozwiązań, które mają na celu zwiększenie zaufania do funkcjonowania organizacji w zakresie rzetelności i bezstronności podejmowanych przez nią decyzji, zarówno w odniesieniu do jej klientów, jak i d	7	13,0%	4	8,0%	2	22,2%
B. KWESTIE ZWIĄZANE Z OCENĄ TECHNOLOGII MEDYCZNYCH (TZW. HTA)	**8**	**14,0%**	**6**	**10,3%**	**0**	**0,0%**
B1. Wprowadzenie do wytycznych oceny technologii medycznych (HTA)	7	13,0%	3	6,0%	0	0,0%
B1. Realizacja oceny technologii medycznych	6	11,1%	4	8,0%	0	0,0%
C. KWESTIE FINANSOWE W PODMIOCIE LECZNICZYM	**14**	**24,6%**	**9**	**15,5%**	**1**	**10,0%**
C1. Ekonomika ochrony zdrowia	8	14,8%	4	8,0%	1	11,1%
C2. Budżetowanie w zakładzie opieki zdrowotnej	6	11,1%	5	10,0%	1	11,1%
C3. Zarządzanie finansami jednostki	14	25,9%	7	14,0%	1	11,1%
C4. Rachunkowość w zakładzie opieki zdrowotnej	9	16,7%	4	8,0%	1	11,1%
D. PROWADZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I ZARZĄDZANIE INFORMACJĄ O PACJENCIE	**25**	**43,9%**	**25**	**43,1%**	**2**	**20,0%**
D1. Wypełnianie dokumentacji medycznej	19	35,2%	21	42,0%	2	22,2%
D2. Wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego ułatwiającego przepływ informacji w szpitalu	22	40,7%	16	32,0%	2	22,2%
D3. Zarządzanie informacją o pacjencie	19	35,2%	21	42,0%	0	,0%
D4. Zarządzanie bezpieczeństwem informacji w szpitalu	18	33,3%	15	30,0%	1	11,1%
E. KONTRAKTOWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I REALIZACJA UMOWY Z NFZ	**21**	**36,8%**	**21**	**36,2%**	**2**	**20,0%**
E1. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych	18	33,3%	21	42,0%	2	22,2%
E2. Realizacja i kontrola realizacji umowy zawartej z NFZ, przestrzeganie precyzyjnej realizacji kontraktów	14	25,9%	20	40,0%	2	22,2%
E3. Rozliczenia z NFZ	16	29,6%	18	36,0%	2	22,2%
F. KWESTIE PRAWNE	**27**	**47,4%**	**22**	**37,9%**	**3**	**30,0%**
F1. Prawo zamówień publicznych	14	25,9%	9	18,0%	2	22,2%
F2. Prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia	24	44,4%	20	40,0%	2	22,2%
F3. Stosowanie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej	20	37,0%	17	34,0%	3	33,3%
F4. Prawo cywilne	14	25,9%	11	22,0%	3	33,3%

F5. Prawo handlowe	9	16,7%	7	14,0%	1	11,1%
F6. Prawa a obowiązki pacjenta	16	29,6%	17	34,0%	2	22,2%
F7. Prawna odpowiedzialność personelu medycznego	22	40,7%	20	40,0%	3	33,3%
F8. Ubezpieczenia od zdarzeń medycznych	18	33,3%	15	30,0%	2	22,2%
G. KONTROLA, AUDYT LUB WDROŻENIE CERTYFIKATÓW ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ	**13**	**22,8%**	**9**	**15,5%**	**2**	**20,0%**
G1. Zarządzanie jakością w branży medycznej (wdrożenie certyfikatów zarządzania jakością)	12	22,2%	8	16,0%	1	11,1%
G2. Prowadzenie kontroli podmiotów leczniczych	12	22,2%	6	12,0%	2	22,2%
G3. Współpraca z audytorem zewnętrznym	12	22,2%	8	16,0%	2	22,2%
G4. Prowadzenie audytu wewnętrznego (niezależne i obiektywne badanie systemów zarządzania i kontroli w jednostce)	12	22,2%	9	18,0%	1	11,1%
G5. Analiza wewnętrznych przyczyn nieprawidłowości organizowania i zarządzania podmiotem (zakres i struktura zasobów, stopień ich dostosowania do prowadzonej działalności, alokacja zasobów w podmiocie, organizacja procesów pracy, wzajemne relacje między dz	11	20,4%	8	16,0%	2	22,2%
G6. Nadzór nad niezgodnościami, działaniami korygującymi i zapobiegawczymi	11	20,4%	8	16,0%	2	22,2%
H. UMIEJĘTNOŚCI ANALITYCZNE, INTERPERSONALNE, KOMUNIKACYJNE, TZW. KOMPETENCJE MIĘKKIE	**9**	**15,8%**	**7**	**12,1%**	**2**	**20,0%**
H1. Umiejętności analityczne (wiedza na temat danych dostępnych w systemie ochrony zdrowia, umiejętność ich odnajdywania, analizy oraz wykorzystywania do podejmowania decyzji)	4	7,4%	5	10,0%	1	11,1%
H2. Negocjacje (techniki negocjacji)	5	9,3%	5	10,0%	2	22,2%
H3. Podstawy zarządzania zasobami ludzkim	7	13,0%	4	8,0%	2	22,2%
H4. Zarządzanie zasobami ludzkimi - poziom zaawansowany	5	9,3%	4	8,0%	2	22,2%
H5. Komunikacja interpersonalna (wewnątrz i na zewnątrz instytucji)	7	13,0%	7	14,0%	2	22,2%
H6. Umiejętność kierowania zespołem	5	9,3%	5	10,0%	2	22,2%
H7. Umiejętność komunikowania złych wiadomości	7	13,0%	6	12,0%	2	22,2%
H8. Umiejętność pracy w zespole	8	14,8%	5	10,0%	2	22,2%
H9. Umiejętność pracy z trudnym pacjentem	7	13,0%	6	12,0%	0	,0%
I. MARKETING I PUBLIC RELATIONS	**6**	**10,5%**	**9**	**15,5%**	**1**	**10,0%**
I1. Marketing i sprzedaż usług zdrowotnych	4	7,4%	8	16,0%	0	,0%

I2. Public relations, poprawa wizerunku służby zdrowia	5	9,3%	9	18,0%	1	11,1%
OGÓŁEM (DLA OBSZARÓW A-I)	**57**	**100,0%**	**58**	**100,0%**	**10**	**100,0%**
Ogółem (dla tematów szczegółowych A1-I2)	54	100,0%	50	100,0%	9	100,0%

5.3 Spis tabel i rysunków

TABELE

Tabela 1 Rodzaj niezbędnych umiejętności w podziale na poszczególnych typów interesariuszy sektora zdrowia 29

Tabela 2 Najważniejsze kierunki kształcenia ustawicznego w kluczowych obszarach zarządzania ochroną zdrowia 39

Tabela 3 Deklarowana tematyka szkoleń, innych form podnoszenia kwalifikacji w zarządzaniu, w których badani uczestniczyli w ciągu ostatnich 3 lat – kadra zarządzająca w podmiotach leczniczych 45

Tabela 4 Preferowana tematyka szkoleń/nieistotna tematyka szkoleń – podsumowanie wg grup zawodowych 63

Tabela 5 Preferowane formy nauki 70

Tabela 6 Preferencje w zakresie szkoleń dla jednolitej grupy uczestników (np. tylko dla osób pracujących na podobnych stanowiskach), lub szkoleń dla grupy mieszanej (dla osób zajmujących różne stanowiska, np. kierowników i szeregowych pracowników) 72

RYSUNKI

Rysunek 1 Struktura przedstawicieli kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi ze względu na studia podyplomowe w zakresie zarządzania służbą zdrowia 35

Rysunek 2 Struktura badanych przedstawicieli płatników publicznych ze względu na wykształcenie medyczne i studia podyplomowe z zakresu zarządzania i administrowania w służbie zdrowia 36

Rysunek 3 Struktura badanych przedstawicieli podmiotów tworzących ze względu na wykształcenie medyczne i studia podyplomowe z zakresu zarządzania i administrowania w służbie zdrowia 37

Rysunek 4 Uczestnictwo w szkoleniach lub innych formach podnoszenia kwalifikacji i kompetencji w ostatnich 3 latach, poza szkoleniami w zakresie BHP oraz specjalistycznymi szkoleniami medycznymi 42

Rysunek 5 Odsetek przedstawicieli kadry zarządzającej, deklarujących uczestniczenie w szkoleniach, innych formach podnoszenia kwalifikacji w dziedzinie zarządzania ze względu na typ wykształcenia 43

Rysunek 6 Deklarowana tematyka szkoleń, innych form podnoszenia kwalifikacji w zarządzaniu, w których badani uczestniczyli w ciągu ostatnich 3 lat 44

Rysunek 7 Źródła finansowania szkoleń, innych form podnoszenia kwalifikacji w ciągu ostatnich 3 lat 46

Rysunek 8 Ocena oferty rynkowej działań podnoszących kwalifikacje i kompetencje z zakresu zarządzania i administrowania służbą zdrowia oraz kompetencje pozamedyczne 47

Rysunek 9 Potrzeba podnoszenia kwalifikacji wśród kadry na kierowniczych stanowiskach w zakresie zarządzania i administrowania służbą zdrowia oraz innych kompetencji pozamedycznych 49

Rysunek 10 Potrzeba podnoszenia kwalifikacji wśród przedstawicieli podmiotów leczniczych w zakresie zarządzania i administrowania służbą zdrowia oraz innych kompetencji pozamedycznych 49

Rysunek 11 Przedstawiciele podmiotów leczniczych – preferowana tematyka szkoleń 50

Rysunek 12 Przedstawiciele podmiotów leczniczych – preferowana tematyka szkoleń, w podziale na grupy zawodowe 51

Rysunek 13 Zapotrzebowanie na szkolenia z kwestii prawnych – szczegółowa tematyka 52

Rysunek 14 Przedstawiciele płatników publicznych – preferowana tematyka szkoleń 56

Rysunek 15 Potrzeba podnoszenia kwalifikacji w zakresie zarządzania i administrowania służbą zdrowia oraz innych kompetencji pozamedycznych – wg typów podmiotów tworzących 58

Rysunek 16 Przedstawiciele podmiotów tworzących – preferowana tematyka szkoleń 58

Rysunek 17 Potrzeba podnoszenia kwalifikacji wśród podwładnych w zakresie zarządzania i administrowania służbą zdrowia oraz innych kompetencji pozamedycznych – opinie kadry zarządzającej 61

Rysunek 18 Preferowana tematyka szkoleń w odniesieniu do podwładnych 62

Rysunek 19 Preferowane formy podnoszenia kwalifikacji w zakresie zarządzania i administrowania służbą zdrowia oraz kompetencji pozamedycznych 67

Rysunek 20 Preferowane sposoby realizacji szkolenia 68

Rysunek 21 Preferowane terminy szkoleń 69

Rysunek 22 Preferowana lokalizacja szkoleń 69

Rysunek 23 Odsetek respondentów uważających, że nie mają wystarczającej możliwości uczestniczenia w szkoleniach z zakresu zarządzania i administrowania służbą zdrowia 73


10 Agrotec
lat 2004-2014
POLSKA