



Raport końcowy:
Analiza potrzeb szkoleniowych
pracowników sektora zdrowia - etap II

Raport opracowany przez:
IBC GROUP Central Europe Holding S.A.

Warszawa 2020



Spis treści

1. Streszczenie	3
1.1. Streszczenie	3
1.2. Summary	5
2. Słownik i wykaz skrótów	7
2.1. Słownik: objaśnienie terminologii	7
2.2. Wykaz skrótów	8
3. Wprowadzenie	10
3.1. Opis metodologii badania	13
3.1.1. Analiza danych zastanych	13
3.1.2. Badania ilościowe	15
3.1.3. Badania jakościowe	24
4. Szczegółowe wnioski	25
4.1. Szczegółowe wnioski w obszarze analizy Działania 5.2 PO WER	25
4.1.1. Wprowadzenie	25
4.2. Szczegółowe wnioski w obszarze analizy Działania 5.4 PO WER	75
4.2.1. Wprowadzenie	75
4.3. Baza finansowo organizacyjna programów szkoleniowych	124
5. Główne wnioski	133
6. Tabela wniosków i rekomendacji	147
7. Spis tabel i rysunków	157
8. Bibliografia	158
9. Aneks	160



1. Streszczenie

1.1. Streszczenie

Badanie *Analiza potrzeb szkoleniowych pracowników sektora zdrowia (etap II)* zostało zrealizowane na zlecenie Ministerstwa Zdrowia w okresie sierpień–grudzień 2020 roku. Celem głównym badania była ocena jakości wiedzy i umiejętności nabytych dzięki udziałowi w projektach realizowanych w ramach Działania Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 (PO WER) oraz poznanie aktualnych potrzeb szkoleniowych pracowników medycznych i niemedycznych sektora ochrony zdrowia.

W trakcie badania wykorzystano szereg jakościowych i ilościowych metod badawczych. Dokonano także analizy wybranych opracowań i źródeł naukowych dotyczących rozpatrywanej tematyki. Na etapie ilościowym przeprowadzono cztery badania ankietowe, w trakcie których pozyskano opinie beneficjentów Działów 5.2 oraz 5.4 PO WER - uczestniczących w projektach przedstawicieli zawodów medycznych i pracowników administracyjnych, a także pracowników ochrony zdrowia, którzy nie zostali dotychczas objęci wsparciem PO WER.

Informacje o przebiegu i efektach projektów szkoleniowych pozyskiwano także w trakcie wywiadów i dyskusji grupowych z koordynatorami projektów, jak też bezpośrednimi uczestnikami szkoleń. Podsumowaniem badań terenowych był panel ekspercki, który zgromadził przedstawicieli administracji reprezentujących beneficjentów pozakonkursowych.

Na podstawie zgromadzonych danych należy uznać, że zaoferowane w ramach Działów 5.2 i 5.4 programy szkoleniowe generalnie spełniają oczekiwania pracowników medycznych i administracyjnych. Z całą pewnością odpowiadają one na wymóg aktualizacji wiedzy eksperckiej oraz potrzebę stałego podnoszenia kompetencji w poszczególnych grupach zawodowych branży medycznej. Z samego tego faktu wynika konstatacja, że zasoby kierowane na doszkalanie i edukację personelu są niezbędne. Nie można także zapominać o wyraźnie ujawnionej potrzebie szkolenia nowych pokoleń specjalistów. Jest to kwestia istotna ze względu na wzrastającą średnią wieku personelu.

Warto zauważyć, że choć rynek jest nasycony ofertą szkoleń komercyjnych, to często są one niedostępne dla pracowników ze względu na ich cenę. Dlatego ogromna nadzieja pokładana jest w kontynuacji wsparcia i organizowania szkoleń dofinansowywanych ze środków PO WER.



Obszarami głównego zainteresowania kadry administracyjnej są szkolenia dotyczące zarządzania, ale obejmujące specyfikę i praktykę pracy w sektorze medycznym. Potrzeby szkoleniowe pracowników medycznych koncentrują się wokół tematów ściśle specjalistycznych związanych z zakresem ich obowiązków. W trakcie badania wykazano także, że niezagospodarowanym obszarem, który należałoby objąć większym wsparciem, są szkolenia z umiejętności interpersonalnych i psychologicznych aspektów w pracy w sytuacjach napięcia, presji czasu lub niedoborów kadrowych.

Należy jednocześnie pamiętać, że potrzeby szkoleniowe stale się zmieniają, co wymaga dopasowywania programów nauczania do ewoluującego popytu i potrzeb kompetencyjnych. Dlatego do efektywnego zarządzania procesem podnoszenia kwalifikacji obu wskazanych wcześniej grup pracowników kluczowe jest właściwe rozpoznanie i zdiagnozowanie potrzeb i deficytów kompetencyjnych, które powstają na skutek oddziaływania czynników zewnętrznych i procesów wewnętrznych w placówkach medycznych wynikających z fluktuacji kadry czy zmieniających się potrzeb i oczekiwań pracowników.

Wyzwaniem jest realizacja szkoleń w warunkach pandemii COVID-19. Brak możliwości prowadzenia tradycyjnych, stacjonarnych szkoleń wymusił szybkie wdrożenie zdalnych metod nauczania. Z pewnością nie jest to rozwiązanie, które powinno całkowicie zastępować formy stacjonarne, ale może być cennym wsparciem w ramach szkoleń modułowych, w ramach których część programu przekazywana jest w formie on-line, a pozostała część w formie umożliwiającej bezpośredni kontakt między prowadzącymi a uczestnikami. Połączeniu metod nauczania zdalnego oraz form stacjonarnych będzie sprzyjało niwelowanie jednej z głównych barier w dostępie do szkoleń, jaką jest deficyt czasu pracowników.

Na wartościową ofertę szkoleniową składają się dopasowany do potrzeb program, przygotowani do pracy wykładowcy, ale też forma nauczania, która pozwala wykorzystać ich potencjał. Kryzys epidemiczny wpłynął negatywnie na dostęp do wiedzy, ograniczając możliwości prowadzenia szkoleń i kursów. Jednocześnie skatalizował procesy, które były już obserwowane w branży szkoleniowej od wielu lat. Cyfryzacja i coraz szersze wykorzystanie kanałów on-line przy właściwym zastosowaniu mogą znacząco poszerzyć dostęp do wiedzy zarówno pracowników medycznych, jak i administracyjnych. Jednak, jak wykazały badania, kluczowe jest dopasowanie metodyki nauczania do przekazywanej wiedzy i potrzeb samych uczestników.



1.2. Summary

The analysis of training needs of the health sector employees (stage 2) was commissioned by the Ministry of Health to be performed between August–December 2020. The main objective of the study was to assess the quality of knowledge and skills acquired through participation in projects implemented under the Operational Program Knowledge Education Development 2014–2020 (PO KED) and to learn about the current training needs of medical and non-medical workers in the health sector.

A number of qualitative and quantitative research methods were used during the study. Selected studies and scientific sources concerning the analysed subject matter were also analysed. At the quantitative stage, four questionnaire surveys were conducted, during which the opinions of beneficiaries of Measure 5.2 and 5.4 OP KED were obtained. Among them were representatives of medical professions and administrative employees participating in the projects, as well as health care workers who have not been covered by the support of the OP KED so far.

Information on the course and effects of the implemented training projects was also obtained during interviews and group discussions with project coordinators as well as direct training participants. The field research was summed up by an expert panel that gathered representatives of the administration representing non-competitive beneficiaries.

On the basis of the collected data, it should be considered that the training programs offered under Measure 5.2 and 5.4 generally meet the expectations of medical and administrative staff. They certainly respond to the urgent need to update expert knowledge. The need for constant improvement of competences in individual professional groups of the medical industry is considered to be of great importance. This fact alone shows that the resources devoted to training and education of medical staff are necessary. One should also not forget about the clearly revealed need to train new generations of specialists. This is an important issue due to the increasing average age of the staff.

It is worth noting that although the market is saturated with commercial training offers, they are often unavailable to employees due to their price. Therefore, great hope is placed on the continuation of support and organization of training co-financed from the OP KED funds.

The areas of main interest of the administrative staff are educational activities dedicated to competences in management, but covering the specificity and practice of working in the medical sector. The training needs of medical workers focus on specialized knowledge

related to the scope of duties of a given employee. The study also showed that there is an undeveloped area that should be covered with more support. It is training in interpersonal skills and psychological aspects of work in situations of tension, time pressure or staff shortages.

At the same time, it should be remembered that training needs are constantly changing, which requires adapting the curricula to the evolving demand and competency needs. Therefore, for the effective management of the process of improving the qualifications of both previously indicated groups of employees, it is crucial to properly identify and diagnose the needs and competency deficits that arise as a result of the impact of external factors and internal processes in medical facilities. These result from staff fluctuation or changing needs and expectations of employees.

The challenge is to implement training in the conditions of the COVID-19 pandemic. The inability to conduct traditional classroom training forced the rapid implementation of remote teaching methods. Certainly, this is not a solution that should completely replace stationary forms, but it can be a valuable support as part of modular training, in which part of the program is provided on-line, and the rest allows a direct contact between the teachers and participants. The combination of distance learning methods and stationary forms will help to eliminate one of the main barriers to access to training, which is the shortage of employees' time.

A valuable training offer would consist of a program tailored to the needs, a team of lecturers prepared for work and most importantly a form of teaching that allows to use their potential to the fullest. The epidemic crisis had a negative impact on the access to knowledge, limiting the possibility of conducting trainings and courses. At the same time, it catalysed processes that had already been observed in the training industry for many years. Digitization and the increasing use of on-line channels, when properly applied, can significantly expand access to knowledge for both medical and administrative workers. However, as research has shown, the key is to adjust the teaching methodology to the knowledge transferred and the needs of the participants themselves.



2. Słownik i wykaz skrótów

2.1. Słownik: objaśnienie terminologii

- **Analiza danych zastanych (analiza *desk research*):** to metoda wtórnej analizy danych (m.in. dokumentów, wytworzonych już danych i informacji oraz raportów i innych publikacji zawierających wyniki już zrealizowanych badań, ekspertyz, analiz, itp.).
- **CAWI (Computer Assisted Web Interview):** to wspomagany komputerowo wywiad przy pomocy strony www – metoda zbierania informacji w ilościowych badaniach rynku i opinii publicznej, w której respondent jest proszony o wypełnienie ankiety w formie elektronicznej. Osoba badana w systemie CAWI, samodzielnie lub w asyście ankietera, odczytuje z ekranu treść pytań i udziela odpowiedzi, które rejestrowane są na docelowym serwerze. Oprogramowanie komputerowe obsługujące ankietę internetową dba o zachowanie właściwej kolejności pytań przesyłanych respondentowi, weryfikuje poprawność logiczną wprowadzanych odpowiedzi.
- **CATI (Computer Assisted Telephone Interview):** technika badawcza, za pomocą której wywiad z respondentem prowadzony jest przez telefon. W wywiadach telefonicznych CATI ankieter odczytuje pytania, korzystając z elektronicznego kwestionariusza, na którym również notuje uzyskane odpowiedzi.
- **CASI (od ang. Computer-Assisted Self Interviewing):** komputerowa ankietą wypełniana samodzielnie przez respondenta w obecności ankietera. Jest to technika badań ilościowych zbliżona do systemu CAPI. Respondent, zaopatrzony w link do specjalistycznego programu, samodzielnie odczytuje z ekranu treść kolejnych pytań kwestionariuszowych i własnoręcznie wprowadza swoje odpowiedzi. Podobnie jak w przypadku systemu CAPI program nadzoruje, by wypełnianie ankiety było prawidłowe, wyświetla na ekranie niezbędne instrukcje i weryfikuje jakość oraz logikę wprowadzanych odpowiedzi.
- **CAPI (od ang. Computer Aided Personal Interview):** metoda polegająca na realizacji ankiety przy pomocy laptopa, smartfona lub tabletu przez ankietera kontaktującego się bezpośrednio z badanymi.



- **Telefoniczne pogłębione wywiady indywidualne TDI (Telephone Depth Interview):** stanowią jedną z bardziej popularnych metod badań jakościowych, polegającą na szczegółowej, wnikliwej rozmowie z informatorem/respondentem, której celem jest dotarcie do precyzyjnych informacji oraz poszerzenie wiedzy związanej z tematem badania; w trakcie prowadzonego telefonicznie (opcjonalnie za pośrednictwem komunikatorów internetowych, np. Zoom, Google Meets, Microsoft Teams, Skype, Webex, itp.) wywiadu indywidualnego podejmowane są pytania badawcze o charakterze eksploracyjnym, próby wyjaśniania/zrozumienia zjawisk, motywacji, postaw, zachowań.
- **Zogniskowany wywiad grupowy FGI prowadzony on-line (e-Focus Group Interview):** to technika polegająca na zebraniu grupy badanych osób i zainicjowaniu ich dyskusji. Wywiady są realizowane za pośrednictwem komunikatorów internetowych, np. Zoom, Google Meets, Microsoft Teams, Skype, Webex, itp. Technika ta jest często stosowana w badaniach społecznych. Metoda zogniskowanych wywiadów grupowych (tzw. grupy fokusowe) ma formę ustrukturyzowanej dyskusji prowadzonej przez moderatora, którym jest zazwyczaj badacz podający tematy do omówienia. Umożliwia zebranie w jednym miejscu reprezentantów różnych grup społecznych w celu wzajemnej dyskusji i konfrontacji opinii.
- **Ważenie (z ang. weighting):** to procedura obliczeniowa, której celem głównym jest skorygowanie próby badanej w taki sposób, aby w możliwie jak największym stopniu była reprezentatywna dla populacji, z której została pobrana.

2.2. Wykaz skrótów

ACLS	Advanced Cardiovascular Life Support (Zaawansowane Czynności Resuscytacyjne)
BI	Business Intelligence (Analityka biznesowa)
BLS	Basic Life Support (Podstawowe zabiegi resuscytacyjne)
CASI	Computer-Assisted Self Interviewing (Komputerowa ankieta wypełniana samodzielnie przez respondenta w obecności ankietera)
CATI	Computer Assisted Telephone Interview (Wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny)
CAWI	Computer Assisted Web Interview (Wspomagany komputerowo wywiad przy pomocy strony www)
ChNM	Choroby nerwowo-mięśniowe



EBM	Evidence-based medicine (Medycyna oparta na dowodach)
EDM	Elektroniczna dokumentacja medyczna
e-FGI	e-Focus Group Interview (Zogniskowany wywiad grupowy on-line)
EFRR	Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
EKG	Elektrokardiografia
ERP	Enterprise Resources Planning
FGI	Focus Group Interview (Zogniskowany wywiad grupowy)
FS	Fundusz Spójności
HB-HTA	Health Technology Assessment – HTA
HIS	Hospital Information System
HTA	Health Technology Assesment (Ocena technologii medycznych)
ITLS	International Trauma Life Support (Ratownictwo przedszpitalne w urazach)
LPR	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe
MBA	Master of Business Administration
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIZP-PZH	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny
PALS	Pediatric Advanced Life Support (Zaawansowane czynności resuscytacyjne u dzieci)
PO KL	Program Operacyjny Kapitał Ludzki
PO WER	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój
POChP	Przewlekła obturacyjna choroba płuc
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
RIS	Rejestr Instytucji Szkoleniowych
SJT	Situational Judgment Test (Sytuacyjne testy warunków skrajnych)
SzOOP	Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych
TDI	Telephone Depth Interview (Telefoniczny pogłębiony wywiad indywidualny)
UP	Umowy Partnerstwa



3. Wprowadzenie

Na stan zdrowia ludności Polski i wynikające z niego zapotrzebowanie na specjalistów z określonymi kwalifikacjami wpływa bogate spektrum czynników, w tym czynniki związane z przemianami demograficznymi, epidemiologicznymi, socjoekonomicznymi oraz środowiskowymi^{1,2}. Bardzo ważne są postępujące zmiany w niemal wszystkich dziedzinach życia oraz ich wpływ na zapotrzebowanie na różnych specjalistów. **Rozwój kompetencji pracowników systemu ochrony zdrowia stanowi ważny czynnik podnoszący efektywność jego funkcjonowania.** Potwierdzają to m.in. wyniki badań ewaluacyjnych dotyczących działań w sektorze ochrony zdrowia prowadzonych w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007–2013 (PO KL)³. Wskazują one, że wsparcie ze środków europejskich dotyczące szkoleń w obszarze zdrowia pozytywnie wpływa na jakość świadczenia usług, ich dostępność oraz wzrost kompetencji kadry systemu⁴.

W celu zagwarantowania prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia niezwykle istotna jest stała poprawa wiedzy i podnoszenie kwalifikacji pracowników administracyjnych podmiotów leczniczych oraz kadry zarządzającej w sektorze ochrony zdrowia poprzez szkolenia w zakresie szeroko pojmowanego zarządzania podmiotami leczniczymi⁵. Istotnym jest także podnoszenie wiedzy przez inne podmioty zaangażowane w działalność podmiotów leczniczych, tj. pracowników płatnika - NFZ oraz pracowników organów tworzących podmiotów leczniczych (jednostek samorządu terytorialnego, uczelni medycznych, ministerstw, centralnych organów administracji rządowej i urzędów wojewódzkich). Wsparcie działań w zakresie poprawy kompetencji przedmiotowych grup zawodowych jest ważnym elementem procesu zwiększania dostępności do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług opieki zdrowotnej. Ponadto jest ono niezbędne z uwagi na wymóg dostosowania

¹ B. Wojtyński, P. Goryński (red.), Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP-PZH, Warszawa, 2016.

² P. Goryński, D. Cianciara, Sytuacja demograficzna i zdrowotna ludności Polski, Postępy Nauk Medycznych, 5/2016, s. 298-307.

³ „Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określania potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej.”

⁴ Raport z badania ewaluacyjnego pn. „Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określania potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej.”

⁵ T. Wojtaszek, Analiza potrzeb szkoleniowych podmiotów świadczących usługi medyczne na terenie województwa wielkopolskiego, praca doktorska, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Poznań 2016.



działalności podmiotów leczniczych do zmieniających się warunków demograficznych i epidemiologicznych.

Celem głównym badania ewaluacyjnego była ocena jakości wiedzy i umiejętności nabytych dzięki udziałowi w projektach realizowanych w ramach Działania Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 (PO WER) oraz poznanie aktualnych potrzeb szkoleniowych pracowników medycznych i niemedycznych sektora ochrony zdrowia. Cel ten został osiągnięty poprzez realizację następujących czterech celów szczegółowych:

- a) ocenę użyteczności oraz adekwatności wiedzy i umiejętności nabytych dzięki udziałowi w projektach PO WER przez przedstawicieli zawodów medycznych w stosunku do ich aktualnych potrzeb (kryterium adekwatności i użyteczności);
- b) ocenę użyteczności oraz adekwatności wiedzy i umiejętności nabytych dzięki udziałowi w projektach PO WER przez pracowników administracyjnych sektora ochrony zdrowia zawodów medycznych w stosunku do ich aktualnych potrzeb (kryterium adekwatności i użyteczności);
- c) analizę nowych potrzeb szkoleniowych pracowników sektora ochrony zdrowia oraz tych, w ramach których wsparcie było niewystarczające (kryterium adekwatności);
- d) identyfikację najbardziej skutecznych i adekwatnych form wsparcia oraz metod przekazywania wiedzy pracownikom sektora ochrony zdrowia w ramach PO WER w kontekście zaprogramowania przyszłego wsparcia z EFS+ (kryterium adekwatności i skuteczności).

Działania dotyczące kształcenia podyplomowego **kadr medycznych** w perspektywie finansowej 2014–2020 są wdrażane jedynie z poziomu centralnego – w ramach PO WER. Projekty te realizowane są w ramach Działania 5.4 PO WER pn. *Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych*.

Do marca 2020 roku ramach Działania 5.4 PO WER przeprowadzonych zostało 7 naborów (w tym jeden pozakonkursowy), w ramach których zawarto 82 umowy o dofinansowanie o wartości 331 mln zł (w tym wkład z EFS w wysokości 279 mln zł). W projektach z Działania 5.4 PO WER wzięło udział 52 132 uczestników.

Wsparciu w formie doskonalenia zawodowego **pracowników administracyjnych** sektora zdrowia poświęcone zostało Działanie 5.2 PO WER pn. *Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych*.



Do 20 marca 2020 roku w ramach Działania 5.2 PO WER przeprowadzone zostały 2 nabory dotyczące szkoleń dla pracowników administracji ochrony zdrowia, w ramach których zawarto 32 umowy o dofinansowanie o wartości 46,6 mln zł (w tym wkład z EFS w wysokości ponad 39,3 mln zł). W projektach tych wzięło dotychczas udział 12 873 uczestników.

Podsumowując, w ramach ww. Działań PO WER w zakresie szkolenia kadr wzięło udział 54484 przedstawicieli kadr medycznych i niemedycznych zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia.

Wyniki zgromadzone w trakcie tego, jak też wcześniejszych badań ewaluacyjnych dotyczących działań w sektorze ochrony zdrowia,⁶ wskazują, że wsparcie ze środków europejskich dotyczące szkoleń w obszarze zdrowia pozytywnie wpływa na jakość świadczenia usług, ich dostępność oraz wzrost kompetencji kadry systemu. Analizując te dane, należy pamiętać, że potrzeby szkoleniowe stale się zmieniają, co wymaga dopasowywania programów nauczania do ewoluującego popytu i potrzeb kompetencyjnych. Dlatego, aby efektywnie zarządzać procesem podnoszenia kwalifikacji obu wskazanych wcześniej grup pracowników, kluczowe jest właściwe rozpoznanie i zdiagnozowanie potrzeb i deficytów kompetencyjnych, które powstają na skutek oddziaływania czynników zewnętrznych i procesów wewnętrznych wynikających z fluktuacji kadry czy zmieniających się potrzeb i oczekiwań pracowników.

Diagnoza obszarów kompetencyjnych wymagających interwencji pozwala nie tylko skupić uwagę na polach priorytetowych, ale także dopasować metodykę działań szkoleniowych, tak by była ona efektywna i skuteczna. Dostosowanie metod i kierunków działania do rzeczywistych potrzeb szkoleniowych wpisuje się w filozofię zarządzania opartego na dowodach (ang. *evidence-based management*), która pozwala niwelować ryzyko podjęcia koszt- i czasochłonnych interwencji o małej skuteczności.

Złożoność analizowanej tematyki, wynikająca między innymi z wielu czynników wpływających na potrzeby kompetencyjne, określiła zastosowaną strategię badawczą. Plan zrealizowanego badania oparto na trzech wzajemnie się uzupełniających podejściach naukowo-badawczych: analizie danych zastanych, analizie jakościowej i analizie ilościowej.

⁶ Raport z badania ewaluacyjnego pn. „Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określania potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej.”



3.1. Opis metodologii badania

W trakcie badania wykorzystano szereg jakościowych i ilościowych metod badawczych. Dokonano także analizy istniejących materiałów i opracowań, a także danych raportowanych w ramach konkursów i w trakcie realizacji projektów prowadzonych w ramach Działań 5.2 oraz 5.4 PO WER.

Wartym podkreślenia jest fakt, że wyniki opracowano na podstawie informacji pozyskanych od osób mających odmienne spojrzenia na realizowane projekty i reprezentujących różne perspektywy. Dzięki temu uzyskano szeroki ogląd nie tylko przebiegu projektów, ale także występujących w trakcie ich realizacji wyzwań i zaproponowano działania umożliwiające usprawnienia w ramach analogicznych przyszłych interwencji.

3.1.1. Analiza danych zastanych

W trakcie badania została zastosowana analiza danych zastanych (desk-research), która umożliwiła poznanie szerokiego kontekstu społecznego i systemowego wdrażanych działań rozwojowych.

Analizie szczegółowej poddano przede wszystkim regulaminy ogłoszonych konkursów w zakresie Działania 5.2 i 5.4 PO WER, których przedmiotem były działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych oraz podnoszenie kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych. Warto podkreślić, że oba działania dedykowane były odmiennym grupom docelowym, w przypadku Działania 5.2 byli to pracownicy administracyjni zarządzający podmiotami leczniczymi, pracownicy płatnika (NFZ) i podmiotów tworzących, zaś w przypadku Działania 5.4 grupę docelową stanowiły osoby wykonujące zawody medyczne: pielęgniarki i położne, ratownicy medyczni, dyspozytorzy medyczni, piloci Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, fizjoterapeuci, terapeuci środowiskowi, opiekunowie medyczni, diagnosty laboratoryjni, psychologowie (a także w przypadku psychoterapii dzieci i młodzieży tytuły zawodowe równorzędne w zakresie pedagogiki, resocjalizacji; w przypadku terapii środowiskowej dzieci i młodzieży – osoby z kwalifikacjami w dziedzinie nauk społecznych, medycznych i nauk o zdrowiu).

Analizie poddano łącznie 9 regulaminów konkursów (pełna lista zawarta została w Załączniku).

Ogółem na sfinansowanie projektów przewidzianych do realizacji w ramach wszystkich ogłoszonych konkursów przeznaczono kwotę 245.960.000,00 zł.

Zgodnie ze szczegółowym Opiszem Osi Priorytetowych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020⁷ na wszystkie projekty realizowane w ramach Działów 5.2 i 5.4 przeznaczono alokację w wysokości 319.422.757,00 EUR (w przybliżeniu 1.431.013.951,00 zł – wg kursu EUR/PLN służącego przeliczaniu kwoty pomocy publicznej na dzień składania wniosku o dofinansowanie, wg stanu na 12/2020), co stanowi w przybliżeniu 17,19% wartości alokacji dla obu działań.

W ramach ww. konkursów przyjęto do finansowania następującą liczbę projektów:

- Działanie 5.2:
 - w roku 2016 – 18 projektów
 - w roku 2018 – 14 projektów
- Działanie 5.4:
 - w roku 2015 – 26 projektów
 - w roku 2016 – 30 projektów
 - w roku 2018 – 20 projektów
 - w roku 2019 – 6 projektów.

Łącznie dla obu działań podpisano umowy o realizację 114 projektów, w których łącznie wzięło udział 54.484 uczestników (11.136 osób w działaniu 5.2 i 43.348 osób w działaniu 5.4). Wartości umów zawartych z beneficjentami wskazano w poniższej tabeli.

Tabela 1. Wartości umów zawartych z beneficjentami

Lp.	Nr konkursu	Kwota alokacji (na podst. regulaminu konkursu)	Wartość projektów (wkład UE)
1.	POWR.05.02.00-IP.05-00-007/16	25.000.000,00 zł	19.828.894,18 zł
2.	POWR.05.02.00-IP.05-00-013/18	20.000.000,00 zł	19.515.997,79 zł
	POWR.05.04.00-IP.05-00-001/15	pozakonkursowy	83.430.902,82 zł
3.	POWR.05.04.00-IP.05-00-002/15	30.000.000,00 zł	56.095.854,01 zł
4.	POWR.05.04.00-IP.05-00-003/16	40.000.000,00 zł	13.300.960,32 zł
5.	POWR.05.04.00-IP.05-00-004/16	10.000.000,00 zł	13.568.303,91 zł

⁷ Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020, wersja 20, Warszawa, 23.11.2020 r., <https://www.power.gov.pl/strony/o-programie/dokumenty/szczegolowy-opis-osi-priorytetowych-programu-operacyjnego-wiedza-edukacja-rozwoj-2014-2020/>.



6.	POWR.05.04.00-IP.05-00-005/17	960.000,00 zł	brak danych
7.	POWR.05.04.00-IP.05-00-006/18	80.000.000,00 zł	74.537.087,77 zł
8.	POWR.05.04.00-IP.05-00-007/18	10.000.000,00 zł	8.745.636,30 zł
9.	POWR.05.04.00-IP.05-00-008/19	30.000.000,00 zł	29.357.002,28 zł

3.1.2. Badania ilościowe

Celem efektywnego dotarcia do respondentów w warunkach pandemii COVID-19, realizując badania ilościowe, oparto się na metodach badawczych umożliwiającym pozyskiwanie informacji bez konieczności bezpośredniego kontaktu między ankieterami a respondentami. W trakcie badania ewaluacyjnego przeprowadzono cztery odrębne badania ilościowe:

- badanie CAWI z przedstawicielami pracowników medycznych, którzy wzięli udział w szkoleniach w ramach Działania 5.4 PO WER oraz z przedstawicielami pracowników administracji ochrony zdrowia, którzy wzięli udział w szkoleniach w ramach Działania 5.2 PO WER,
- badanie CATI z przedstawicielami pracowników medycznych, którzy byli beneficjentami Działania 5.4 POWER,
- badanie CATI z przedstawicielami pracowników administracji ochrony zdrowia, którzy byli beneficjentami Działania 5.2 PO WER,
- badanie CASI z przedstawicielami zawodów medycznych oraz pracownikami administracji ochrony zdrowia, którzy nie zostali dotychczas objęci wsparciem PO WER.

3.1.2.1. Badanie beneficjentów Działań 5.2 oraz 5.4 PO WER

Zrealizowano łącznie 114 ankiet z beneficjentami Działań: 5.2 (n=32) oraz 5.4 (n=84). W poniższej tabeli przedstawiono charakterystykę dla wiodących beneficjentów.

Tabela 2. Charakterystyka wiodących beneficjentów

Nazwa beneficjenta	Liczebność
Klaster Innowacyjna Medycyna	1
Agencja Usług Oświatowych "Omnibus" Sp. z o.o.	2
Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi	1
Asseco Data Systems S.A.	2
BMK Kucza i Wspólnicy Spółka Jawna	1



Centrum Edukacji "Ekspert" Małgorzata Piotrowska	1
Centrum Edukacyjne Future Gałązka Alicja	1
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	1
Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie	1
Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.	1
Centrum Rehabilitacyjno-Szkoleniowe Kinezio Sylwia Paszkiewicz-Zielińska	1
Dolnośląska Agencja Rozwoju Regionalnego S.A.	2
Gdański Uniwersytet Medyczny	2
Grupa Olsztyńska Szkoła Biznesu S.C. Bożena Ziomek i Adam Ziomek	1
Instytut Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka	2
Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu	1
Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki	1
Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie	1
J&P Moritz Consulting Group Jacek Poproch	1
JK Group Sp. z o.o.	1
Klinika FFX Grażyna Maria Nowak	1
Krajowa Izba Fizjoterapeutów	1
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II	2
Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych - Pracodawców	1
Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o.	1
Medycyna Praktyczna - Szkolenia S.C.	2
MM Poland Maszyny Standardy Sp. z o.o.	1
Multiserwis, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Prev-Med Szendzina Robert	1
Na-Ratunek Przemysław Kaczmarek	1
Naczelna Izba Lekarska	2
NZOZ "Centrum Promocji i Ochrony Zdrowia" Sławomir Kadłuczka	1
NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej W. Fabian Sp. J.	1
Ochrona Medyczna.PI Sp. z o.o.	1
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie	1



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Słupsku	1
Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych	1
Pallmed Sp. z o.o.	1
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach	1
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Płocku	1
Piotr Wyrwa Centrum Szkoleń Ratowniczych	1
Polskie Centrum Edukacji i Analiz Ordo Sp. z o.o.	3
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	3
Porozumienie Łódzkie-Łódzki Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia	1
Powiślańska Szkoła Wyższa	1
Pracodawcy Zdrowia	2
Prometriq Akademia Zarządzania Sp. z o.o.	2
Przychodnia Lekarska Orlik Sp. z o.o.	1
Q Zurich Sp. z o.o.	1
Rafał Leśniak "Małopolskie Centrum Edukacji"	1
Region Środkowo-Wschodni NSZZ "Solidarność"	4
Rescuepro S.C.	2
Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie	1
Sense Consulting Sp. z o.o.	1
Śląski Park Technologii Medycznych Kardio-Med Silesia Sp. z o.o.	1
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	1
Śląskie Centrum Chorób Serca	1
Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi	1
SPZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie	1
Stowarzyszenie im. Sue Ryder	1
Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej	1
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie	1
Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego SPZOZ	1



Tomasz Wroński Szkolenia	1
Top School S.C. Rafał Trąbka, Jarosław Szumiński	2
Uczelnia Łazarskiego	1
Uczelnia Techniczno-Handlowa im. Heleny Chodkowskiej	1
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	1
Uniwersytet Jagielloński - Collegium Medicum	3
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	3
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	2
Uniwersytet Medyczny w Łodzi	1
Uniwersytet Medyczny w Lublinie	2
Uniwersytet Mikołaja Kopernika	1
Usg Trener Sp. z o.o.	1
Warszawski Uniwersytet Medyczny	1
Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach	2
Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu	1
Wyższa Szkoła Bankowa w Toruniu	3
Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie	1
Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy	1
Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania z siedzibą w Rzeszowie	1
Wyższa Szkoła Inżynierii i Zdrowia w Warszawie	2
Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie	1
Zakład Doskonalenia Zawodowego	1
Zakład Doskonalenia Zawodowego w Kielcach	1
Ogółem	114

Źródło: badanie CAWI z beneficjentami Działania 5.2 oraz 5.4 (N=114)

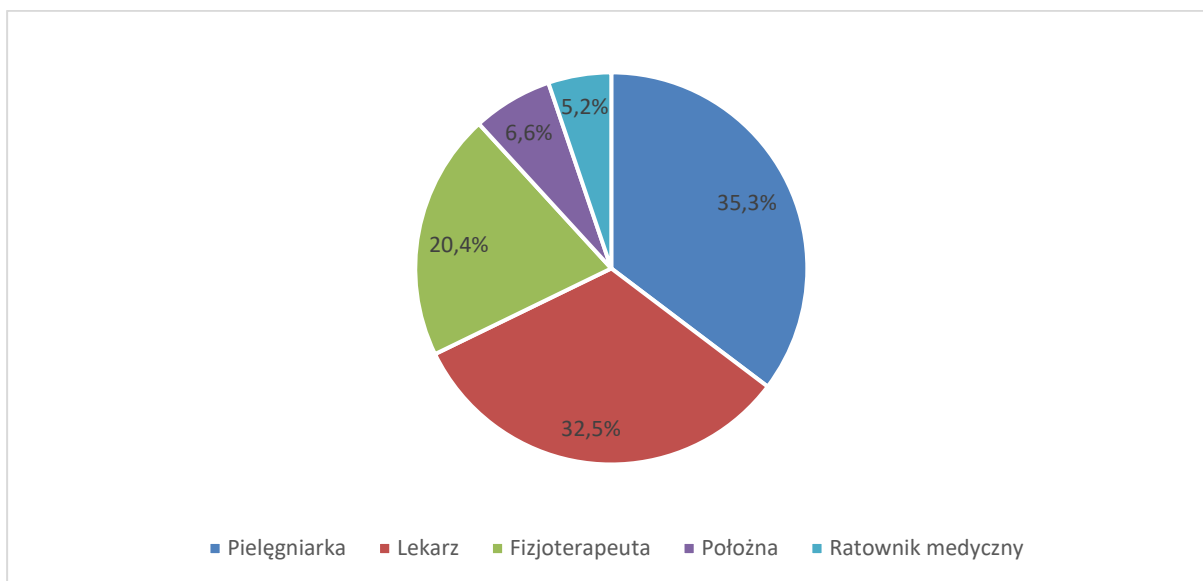
3.1.2.2. Badanie pracowników medycznych, którzy byli beneficjentami Działania 5.4 PO WER

W badaniu wzięło udział 1050 pracowników medycznych, którzy uczestniczyli w projektach w ramach Działania 5.4. Odsetek kobiet wyniósł 81,8%, co nie stanowi istotnego statystycznie

zróźnicowania względem populacji pracowników medycznych, którzy uczestniczyli w projektach PO WER (81,0%). Najwięcej badanych pochodzi z województw: mazowieckiego oraz wielkopolskiego. Szczegółowe wyniki przedstawiono w tabeli w załączniku 1.

W przebadanej grupie dominowali pielęgniarki i lekarze. Zespół fizjoterapeutów stanowił 20,4% przebadanej próby (por. rysunek 2). Położne to 6,6% grupy, natomiast ratownicy medyczni – 5,2%.

Rysunek 1. Rozkład zajmowanych stanowisk



Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników medycznych (N=1050)

Najczęściej występującymi projektami, w których przebadani uczestnicy wzięli udział, były:

- *Rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju,*
- *Podnosimy kwalifikacje pielęgniarek i położnych,*
- *Nowe kwalifikacje w pielęgniarstwie i położnictwie.*

Dokładne informacje na temat pozostałych szkoleń przedstawiono w załączniku 1.

Analiza przeprowadzona w G*Power 3.0⁸ potwierdziła szacowaną wielkość frakcji na poziomie 0,5, próg popełnienia błędu I rodzaju na poziomie $\alpha=0,05$ oraz moc testu na

⁸ Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.

poziomie 95%. Otrzymany wynik pozwala na wyciąganie wniosków na podstawie wyników przeprowadzonego badania.

3.1.2.1. Badanie pracowników administracji ochrony zdrowia, którzy byli beneficjentami Działania 5.2 PO WER

Przebadano łącznie 530 pracowników administracyjnych, którzy wzięli udział w szkoleniach realizowanych w ramach Działania 5.2 PO WER. Większy odsetek stanowiły kobiety (86,2%), udział kobiet nie różni się istotnie statystycznie względem populacji uczestników pracowników administracyjnych, gdzie odsetek kobiet wyniósł 84,4%. Największy odsetek stanowili badani z województwa lubelskiego, mazowieckiego, dolnośląskiego oraz wielkopolskiego. Nie obserwowano różnic względem populacji uczestników szkoleń prowadzonych w ramach Działania 5.2. Szczegółowe wyniki przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 3. Województwo zamieszkania badanych

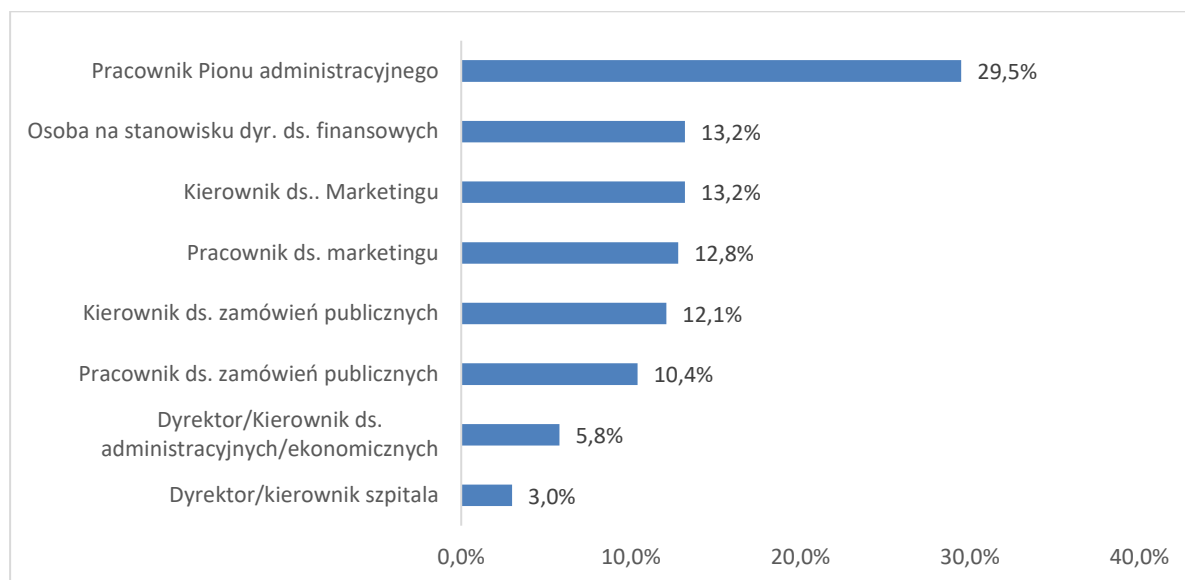
Województwo	Liczebność	Częstość
Dolnośląskie	65	12,3
Kujawsko-Pomorskie	36	6,8
Łódzkie	23	4,3
Lubelskie	75	14,3
Lubuskie	7	1,3
Małopolskie	24	4,5
Mazowieckie	77	14,6
Opolskie	6	1,1
Podkarpackie	15	2,8
Podlaskie	16	3,0
Pomorskie	41	7,7
Śląskie	41	7,7
Świętokrzyskie	3	0,6
Warmińsko-Mazurskie	24	4,5
Wielkopolskie	62	11,7
Zachodniopomorskie	15	2,8
Ogółem	530	100,0

Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników administracji ochrony zdrowia (N=530)



Największy procent stanowili pracownicy pionu administracyjnego (29,4%), dyrektorzy/ kierownicy szpitala to 3% przebadanej próby (por. rysunek 2).

Rysunek 2. Rozkład zajmowanych stanowisk



Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników administracji ochrony zdrowia (N=530)

W tabeli 4. przedstawiono podsumowanie projektów, w których uczestniczyli badani. Największą popularnością cieszyły się: Rozwój kompetencji analitycznych pracowników drogą do doskonałości placówek medycznych, Kompetencje dla rozwoju sektora ochrony zdrowia oraz Kompetentni pracownicy systemu ochrony zdrowia.

Tabela 4. Charakterystyka projektów, w których wzięli udział badani pracownicy

Projekty	Liczebność	Częstość
Rozwój kompetencji analitycznych pracowników drogą do doskonałości placówek medycznych	50	9,4
Kompetencje dla rozwoju sektora ochrony zdrowia	45	8,5
Kompetentni pracownicy systemu ochrony zdrowia	44	8,3
ADS Academy – rozwój kompetencji pracowników systemu ochrony zdrowia	39	7,4
Podniesienie kompetencji administracyjnych pracowników ochrony zdrowia	32	6,0
Podniesienie kompetencji zawodowych pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotów leczniczych	31	5,8
Intensywny kurs menedżerski dla pracowników ochrony zdrowia	27	5,1
Scientia nobilitat - podnoszenie kwalifikacji pracowników administracyjnych i zarządzających systemu ochrony zdrowia	27	5,1
Zdrowa administracja podstawą skuteczności podmiotów leczniczych	27	5,1



medi-PROGRES - kompetencje nowoczesnych kadr systemu ochrony zdrowia	19	3,6
ADS Academy - rozwój kompetencji pracowników systemu ochrony zdrowia (II edycja)	19	3,6
Wysoko wykwalifikowane kadry systemu ochrony zdrowia	18	3,4
Profesjonalne kadry administracyjne w ochronie zdrowia	17	3,2
Rozwój kompetencji kadry administracyjnej i zarządzającej dla poprawy jakości w ochronie zdrowia (PRO-QUO HEALTH)	17	3,2
Szkolenie pracowników administracyjnych i zarządzających szpitali w zakresie efektywnego zarządzania aparaturą medyczną gwarantującego wysoką jakość usług oraz efektywność ekonomiczną placówki medycznej	15	2,8
Nowoczesna kadra w branży medycznej	14	2,6
Poprawa jakości świadczenia usług w jednostkach służby zdrowia	14	2,6
Profesjonalne szkolenia kadr kluczem do wzrostu efektywności działania jednostek systemu ochrony zdrowia	14	2,6
Program rozwoju kadr w ochronie zdrowia kluczem do wzrostu jakości usług medycznych	14	2,6
Studia podyplomowe Zarządzanie i kontrola w podmiotach leczniczych	12	2,3
Kompetencje w ochronie zdrowia	7	1,3
Studia podyplomowe dla pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi	7	1,3
Zdrowe zarządzanie	7	1,3
Interdyscyplinarnie efektywnie skutecznie: szkolenia podnoszące kompetencje pracowników organów tworzących i osób zarządzających podmiotami leczniczymi	3	0,6
Procuratio - rozwój osób wykonujących czynności administracyjne i zarządcze w systemie ochrony zdrowia	3	0,6
WSliZ dla zdrowia	3	0,6
Efektywna placówka medyczna program szkoleń dla pracowników administracyjnych i zarządzających dla poprawy jakości w ochronie zdrowia	2	0,4
Profesjoniści w służbie zdrowia	2	0,4
Wysoko wykwalifikowane kadry systemu ochrony zdrowia II	1	0,2
Ogółem	530	100,0

Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników administracji ochrony zdrowia (N=530)

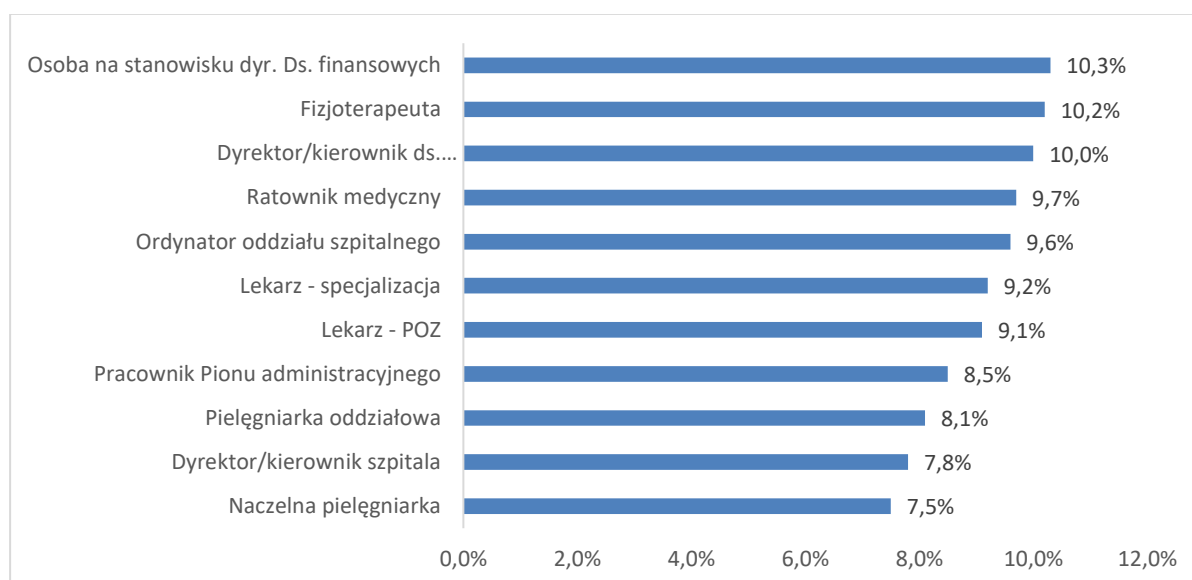


G*Power 3.0⁹ potwierdziły szacowaną wielkość frakcji na poziomie 0,5, próg popełnienia błędu I rodzaju na poziomie $\alpha=0,01$ oraz moc testu na poziomie 90%. Otrzymany wynik pozwala na wyciąganie wniosków na podstawie wyników przeprowadzonego badania.

3.1.2.2. Badanie przedstawicieli zawodów medycznych oraz pracowników administracji ochrony zdrowia, którzy nie zostali dotychczas objęci wsparciem PO WER

W badaniu uczestniczyło 1051 pracowników administracyjnych i medycznych, którzy nie brali udziału w projektach PO WER w ramach Działów 5.2 oraz 5.4. Nie obserwowano różnic między liczbą badanych kobiet (50,3%) i mężczyzn (49,7%). Odnotowano nieznaczną przewagę pracowników administracyjnych (53,7%) nad pracownikami medycznymi (46,3%). Dokładną charakterystykę zajmowanych stanowisk przedstawiono poniżej.

Rysunek 3. Rozkład zajmowanych stanowisk



Źródło: badanie CASI z przedstawicielami zawodów medycznych oraz pracownikami administracji ochrony zdrowia, którzy nie zostali dotychczas objęci wsparciem PO WER (N=1051)

Zgodnie z założeniami zrealizowano 914 ankiet z pracownikami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, 50 ankiet z lecznictwem szpitalnym oraz 87 z podstawową opieką zdrowotną.

⁹ Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.



Analiza przeprowadzona w G*Power 3.0¹⁰ potwierdziła szacowaną wielkość frakcji na poziomie 0,5, próg popełnienia błędu I rodzaju na poziomie $\alpha=0,01$ oraz moc testu na poziomie 95%. Otrzymany wynik pozwala na wyciąganie wniosków na podstawie wyników przeprowadzonego badania.

3.1.3. Badania jakościowe

Drugim istotnym komponentem badania były badania jakościowe, które miały na celu uzyskanie pogłębionych informacji o przebiegu analizowanych projektów. Badania jakościowe są stosowane, gdy celem badania jest dotarcie do pogłębionych motywacji, spostrzeżeń i refleksji respondentów. W przypadku niniejszego projektu badawczego przeprowadzone wywiady indywidualne i grupowe umożliwiły pogłębione poznanie przebiegu i oddziaływania analizowanych interwencji.

Podobnie jak w przypadku badań ilościowych informacje pozyskiwano w sposób umożliwiający rozmowę z wybranymi ekspertami bez konieczności bezpośredniego kontaktu między członkami zespołu badawczego a respondentami. W trakcie badań przeprowadzono 20 pogłębionych wywiadów telefonicznych (TDI) z koordynatorami projektów (lub wskazanymi przez nich osobami), z czego:

- 5 koordynatorami projektów realizowanych w ramach Działania 5.2: Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych,
- 15 koordynatorami projektów realizowanych w ramach Działania 5.4: Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych.

Informacje uzyskane w trakcie rozmów z osobami zaangażowanymi w realizację projektów uzupełniono o wiedzę i obserwacje, którymi podzielili się w trakcie dwóch wywiadów grupowych przedstawiciele zawodów medycznych oraz pracownicy pionów administracyjnych podmiotów leczniczych/tworzących/płatnika. Przeprowadzono dwie odrębne grupy fokusowe on-line (e-FGI), których uczestnikami byli:

- przedstawiciele zawodów medycznych (6 osób),
- pracownicy administracyjni podmiotów leczniczych (6 osób).

¹⁰ Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.



Podsumowaniem zrealizowanych prac był panel ekspercki on-line z przedstawicielami administracji publicznej reprezentującymi beneficjentów pozakonkursowych. W panelu, który odbył się w formie on-line 12 listopada 2020 r., wzięło udział 7 osób. Panelistami byli przedstawiciele: Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej, Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie i Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

4. Szczegółowe wnioski

4.1. Szczegółowe wnioski w obszarze analizy Działania 5.2 PO WER

4.1.1. Wprowadzenie

Przedmiotem analizy przedstawionej w niniejszym podrozdziale są rezultaty projektów zrealizowanych w ramach działania 5.2 PO WER: *Działania jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych*. W ramach tego działania zrealizowano dwa konkursy:

1. POWR.05.02.00-IP.05-00-007/16 – Szkolenie pracowników administracyjnych w ochronie zdrowia
2. POWR.05.02.00-IP.05-00-013/18 – Szkolenia dla osób wykonujących czynności administracyjne w systemie ochrony zdrowia.

Wymienione konkursy skupiały się na podnoszeniu kompetencji organizacyjnych i zarządczych w systemie ochrony zdrowia w obszarach:

- szkoleń pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi, jak również przedstawicieli płatnika i podmiotów tworzących, służących poprawie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju zdolności analitycznych i audytu wewnętrznego w jednostkach systemu ochrony zdrowia,
- szkoleń dedykowanych pracownikom pionów administracyjno-technicznych i finansowych podmiotów leczniczych z zakresu HB-HTA,
- szkoleń z zakresu metodologii, monitorowania i zarządzania badaniami klinicznymi,
- szkoleń z zakresu zarządzania finansowego, operacyjnego oraz zarządzania personelem podmiotów leczniczych, a także wykorzystywania map potrzeb zdrowotnych,



- szkoleń zwiększających kompetencje pracowników urzędów wojewódzkich, JST oraz stacji sanitarno-epidemiologicznych związanych z realizacją zadań z zakresu zdrowia publicznego (w szczególności w zakresie identyfikacji i przeciwdziałania zagrożeniom epidemiologicznym),
- studiów MBA dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi świadczącymi usługi medyczne.

W zakresie Działania 5.2 wsparciem szkoleniowym objęto łącznie 12873 osoby, działanie realizowało 32 beneficjentów na terenie całego kraju (uczestnicy szkoleń zamieszkiwali we wszystkich 16 województwach). Otrzymane do analizy dane nie zawierają szczegółowego opisu stanowisk pracy zajmowanych przez uczestników szkoleń.

Pracownicy administracji sektora ochrony zdrowia mają oczywiście specyficzne potrzeby wynikające z pracy na styku obu tych sfer – ochrony zdrowia i administrowania. Część z nich zauważa, że w pewien sposób są traktowani jako gorsi pracownicy, dla których nie ma szkoleń. Symptomatycznym przykładem tego stanu rzeczy była reakcja respondenta, który przekonywał moderatora, że jako pracownik administracji po stronie płatnika nie będzie miał nic wartościowego do przekazania z perspektywy celów badania potrzeb szkoleniowych w sektorze ochrony zdrowia. Po przekazaniu pełnej informacji tej osobie, że właśnie jej opinia jest istotna z perspektywy Ministerstwa Zdrowia, nastąpiło spore zaskoczenie. W myśl przekonania tej osoby potrzeby administracji ochrony zdrowia są obecnie wręcz priorytetowe, ponieważ to na niej spoczywa odpowiedzialność za organizowanie ciągłości pracy w sytuacji niedoboru kadr medycznych oraz pandemii COVID-19.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytanie ewaluacyjne:

- W jakim stopniu oraz w jakim zakresie wiedza i umiejętności nabyte dzięki udziałowi w projektach PO WER przez pracowników administracyjnych ochrony zdrowia są adekwatne w stosunku do aktualnych potrzeb szkoleniowych uczestników?

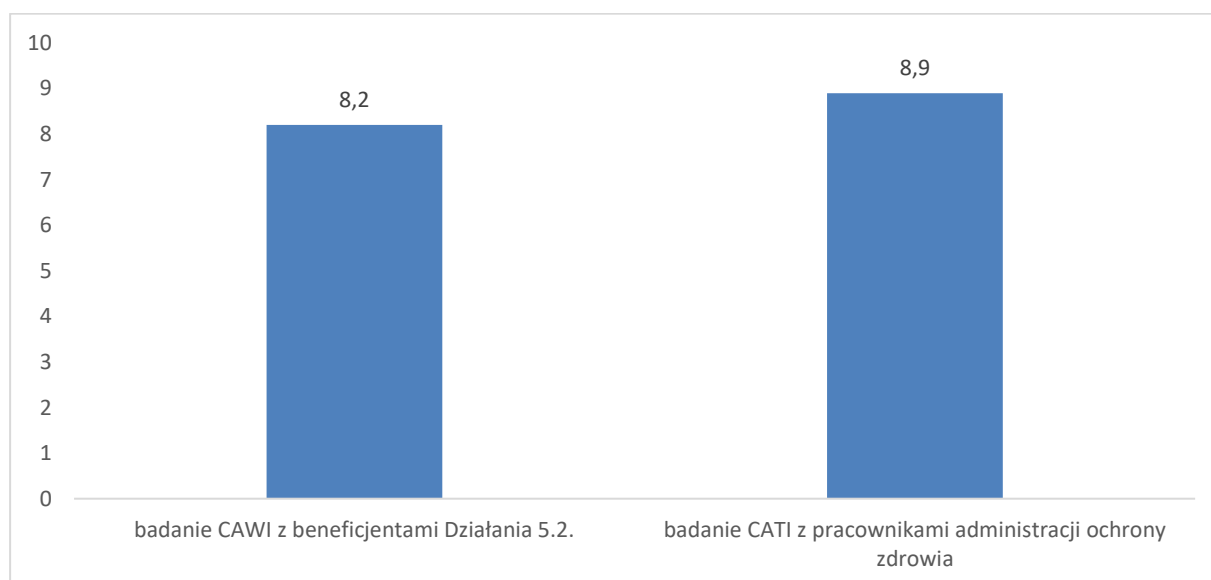
Obszarami głównego zainteresowania kadry administracyjnej są szkolenia dotyczące zarządzania, ale obejmujące specyfikę i praktykę pracy w sektorze medycznym. Każda osoba angażująca się w pracę związaną z zarządzaniem placówkami ochrony zdrowia posiada wiedzę dotyczącą prawnych, organizacyjnych i ekonomicznych zasad organizacji i funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce. Co więcej, praca w kadrze zarządzającej placówkami medycznymi wiąże się z koniecznością sprawnego funkcjonowania w



warunkach stresu i presji. Dlatego tak ważne jest, aby kursy obejmujące wymienione wyżej obszary nie były zbyt generyczne –powinny być sprofilowane pod potrzeby pracowników służby zdrowia. Dodatkową wartością jest opieranie procesu dydaktycznego o przykłady z praktyki zawodowej i bazowanie na tzw. *case studies*.

Rezultaty badania CAWI z beneficjentami Działania 5.2 pokazały, że wysoko została oceniona adekwatność wiedzy i umiejętności zdobytych przez przedstawicieli pracowników administracji ochrony zdrowia (średnia wyniosła 8,2)¹¹. Oceny te były zbieżne z wynikiem otrzymanym w grupie pracowników administracyjnych ochrony zdrowia (badanie CATI, w którym uzyskano średnią na poziomie 8,9). Pozyskany wynik zobrazowano poniżej.

Rysunek 4. Ocena adekwatności wiedzy i umiejętności zdobytych w trakcie szkoleń

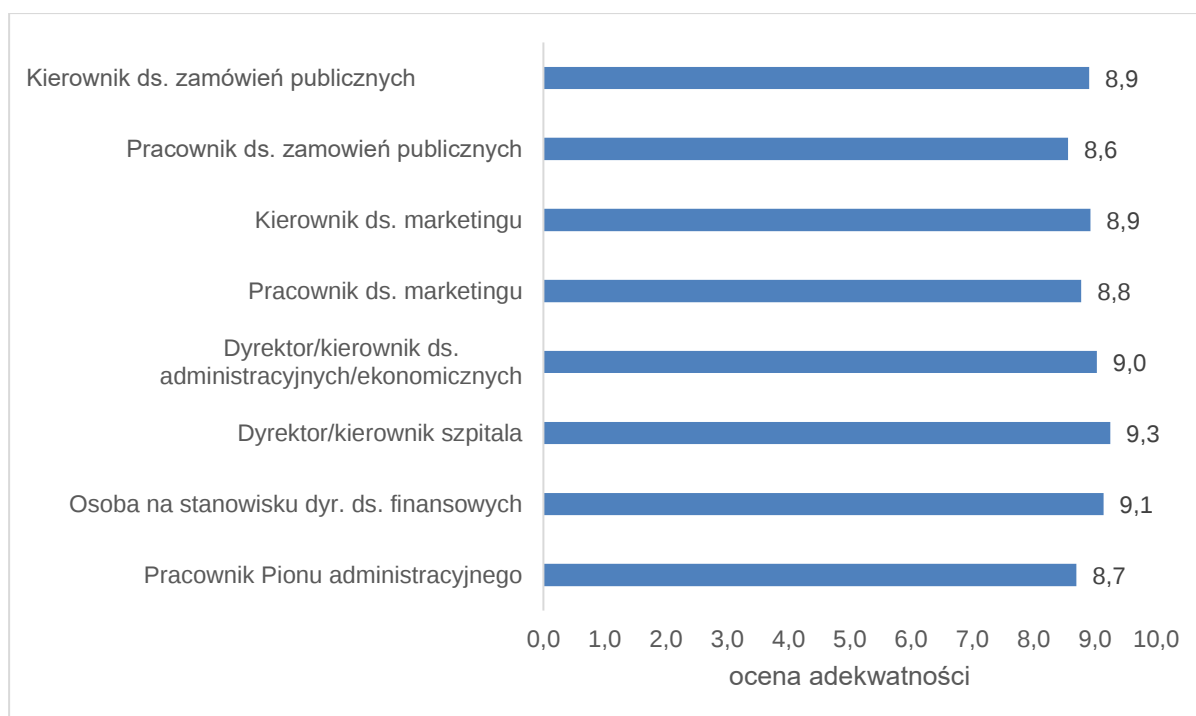


Źródło: badanie CAWI z beneficjentami Działania 5.2 (N=32) oraz badanie CATI z przedstawicielami pracowników administracji ochrony zdrowia (N=530)

W przypadku badania CATI z pracownikami administracji ochrony zdrowia nie obserwowano również istotnych różnic po dokonaniu podziału badanych wedle zajmowanego stanowiska (por. rysunek 5).

Rysunek 5. Ocena adekwatności wiedzy i umiejętności zdobytych w trakcie szkoleń w zależności od zajmowanego stanowiska

¹¹ Średnia ocen przyznawana była na skali od 0 do 10 – im wyższy wynik, tym jako bardziej adekwatne oceniane były wiedza i umiejętności zdobyte w trakcie szkoleń.



Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników administracji ochrony zdrowia (N=530)

Uczestnicy badań jakościowych zwracali jednocześnie uwagę na fakt, że w części szkoleń zagadnienia związane z pracą w administracji prezentowane są na poziomie dość ogólnym. To powoduje, że odpowiadają one na zróżnicowane potrzeby informacyjne osób na różnych stanowiskach i o różnym poziomie doświadczenia, choć jednocześnie czasami brakuje w nich specjalistycznej wiedzy związanej ze specyfiką branży medycznej, np. w kontekście zarządzania czy specyficznych obowiązków poszczególnych stanowisk. Jednak najważniejszym aspektem działań edukacyjnych w sektorze administracji medycznej jest fakt, że działania szkoleniowe są dostosowywane do aktualnej sytuacji w Polsce – przepisów prawa, obowiązujących zasad działania. Przykładem takich szczegółowych kursów, odnoszących się do zmieniającej się sytuacji prawnej, są między innymi szkolenia z zakresu RODO.

Koordynatorzy projektów (beneficjenci Działania 5.2) wskazują na fakt, że pracownicy administracyjni mają już wiedzę, którą zgromadzili w trakcie studiów (w tym podyplomowych), ale jest ona przekazywana przez pracowników naukowych i wykładowców, którzy nie są praktykami. Nie posiadają oni zaplecza w branży medycznej, przekazując studentom wiedzę na temat np. zarządzania. Stąd tak ważne są te dodatkowe szkolenia przeprowadzane w ramach projektów PO WER. Kursy stanowią uzupełnienie dotychczasowej wiedzy o praktykę sektorową.



Miarą postępu uczestników szkoleń są wyniki różnorodnych testów końcowych organizowanych w ramach kursów. Koordynatorzy podkreślali, że na podstawie pomiarów wiedzy można zauważyć jej zdecydowany przyrost po szkoleniach w porównaniu do sytuacji sprzed uczestnictwa. Podobnie oceniani są uczestnicy studiów podyplomowych, którzy cyklicznie podchodzą do egzaminów. Pozwala to na dokładną weryfikację postępów ich pracy w szerszej perspektywie czasowej oraz w ujęciu jednostkowym (możliwy jest pomiar postępów poszczególnych osób).

„W jednym z raportów po zakończonym projekcie została przedstawiona opinia pracodawców na temat pracowników po skończonych studiach [podyplomowych – red.]. Ocena umiejętności pracowników przez pracodawców [wskazywała, że są to umiejętności – red.] wysokie i bardzo wysokie, ogólnie wyższe [niż te – red.], które pochodzą z indywidualnych ocen własnych kompetencji pracowników. Pracodawcy też oceniają wyżej i znacznie wyżej.”

Beneficjent 2, PO WER 5.2

Generalnie rzecz biorąc, programy szkoleń jako oferta praktyczna spełniają oczekiwania pracowników administracyjnych i pracodawców z podmiotów leczniczych. Na uwagę zasługuje podkreślana przez respondentów potrzeba aktualizacji wiedzy eksperckiej, ale prezentowanej z perspektywy uwypuklania aspektów praktycznych, która została zaspokojona.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy formy udzielania wsparcia w ramach kształcenia podyplomowego/dokształcania zawodowego były dopasowane do potrzeb uczestników projektów, a jeśli tak, to w jakim zakresie zachodziło to dopasowanie? Czy i w jakim stopniu zastosowane w projektach sposoby/metody przekazywania wiedzy były odpowiednie do oczekiwań uczestników projektów i w jakim zakresie?
- Co można poprawić w realizacji projektów, aby w większym stopniu spełniały oczekiwania pracowników administracyjnych ochrony zdrowia?

- **Czy formy udzielania wsparcia w ramach kształcenia podyplomowego/dokształcania zawodowego były dopasowane do potrzeb uczestników projektów, a jeśli tak, to w jakim zakresie zachodziło to dopasowanie? Czy i w jakim stopniu zastosowane w projektach**

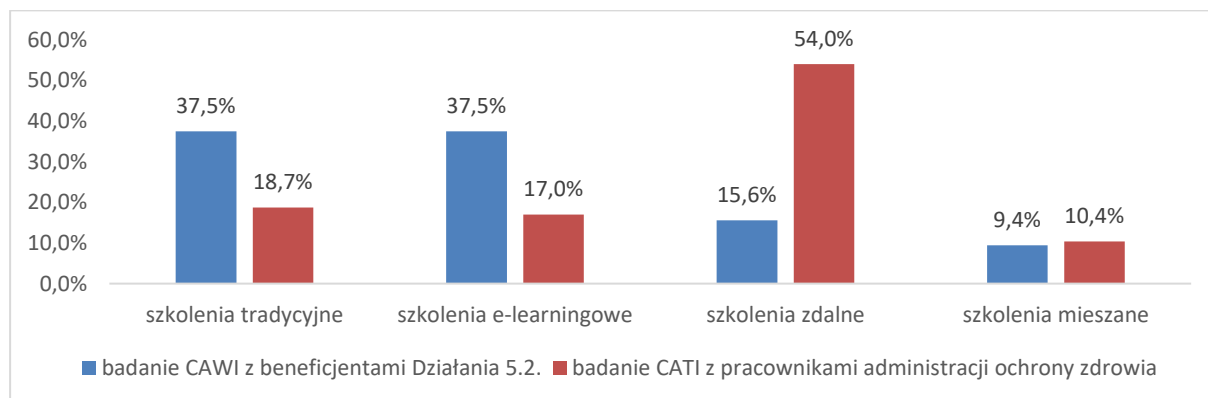


sposoby/metody przekazywania wiedzy były odpowiednie do oczekiwań uczestników projektów i w jakim zakresie?

Wyniki badania CATI z pracownikami administracyjnymi wskazały, że blisko 86% z nich jest zdania, że formy udzielania wsparcia są dopasowane do ich potrzeb. Te same badania uwidoczniły także, że pracownicy administracji bardzo wysoko oceniają sposoby przekazywania wiedzy w trakcie szkoleń (średnia wyniosła 8,6¹²).

Do analizy preferowanych sposobów/metod szkolenia użyto wyników badań CAWI z beneficjentami Działania 5.2 oraz badania CATI z pracownikami administracyjnymi ochrony zdrowia. Badania CAWI przeprowadzone w grupie beneficjentów Działania 5.2 pokazały, że najbardziej skuteczną metodą przekazywania wiedzy są szkolenia tradycyjne (37,5%) oraz e-learningowe (37,5%). Szkolenia zdalne w tej grupie wskazało 15,6% beneficjentów, natomiast szkolenia mieszane – 9,4%. Odmiennego zdania są uczestnicy szkoleń – rezultaty badania CATI z przedstawicielami administracji pokazały, że najczęściej wskazywano szkolenia zdalne (54,0%), natomiast pozostałe odpowiednio: stacjonarne (18,7%), e-learningowe (17,0%), mieszane (10,4%). Otrzymane wyniki zobrazowano poniżej.

Rysunek 6. Najbardziej skuteczne metody przekazywania wiedzy



Źródło: badanie CAWI z beneficjentami Działania 5.2 (N=32) oraz badanie CATI z przedstawicielami pracowników administracji ochrony zdrowia (N=530)

Co ciekawe, nieco inny obraz rysował się podczas rozmów w ramach grup fokusowych z uczestnikami szkoleń, gdyż sygnalizowano duże zainteresowanie bezpośrednimi szkoleniami. Krótkie szkolenia opierające się o rozwiązywanie tzw. case-ów były dużo bardziej entuzjastycznie przyjmowane niż szkolenia teoretyczne. Stąd rekomenduje się utrzymanie wymogów konkursowych wobec wykonawców, aby dostarczali krótkich form

¹² Oceny przyznawane były na skali od 0 do 10, gdzie wraz ze wzrostem oceny badani oceniali sposoby przekazywania wiedzy jako bardziej odpowiednie.



szkoleniowych nastawionych na rozwiązywanie konkretnych problemów praktycznych obecnych w sektorze ochrony zdrowia. Rekomendacja dotyczy również tego, aby w przyszłości były one propagowane wśród uczestników w większym stopniu niż przekazywanie suchej wiedzy „książkowej”. Ciekawym i korzystnym, z punktu widzenia uczestników szkoleń, zjawiskiem było także nawiązywanie kontaktów z wykładowcami i prowadzącymi, co daje możliwość późniejszej współpracy i pogłębiania wiedzy na poziomie już konkretnych problemów z dziedziny zarządzania czy administracji, nawet po zakończeniu oficjalnych działań edukacyjnych.

- **Co można poprawić w realizacji projektów, aby w większym stopniu spełniały oczekiwania pracowników administracyjnych ochrony zdrowia?**

Wśród aspektów, które można poprawić, wskazano jedynie chęć otrzymywania większej liczby materiałów szkoleniowych. Uzyskane wyniki nie zależały od zajmowanego stanowiska. Pracownicy administracyjni mierzą się z wyzwaniem ciągłej potrzeby dostosowywania się i pozyskiwania wiedzy o wciąż zmieniających się przepisach prawa. Tych zmian jest na tyle dużo i następują w takim tempie, że wydaje się istotne, aby każdy pracownik administracji miał dostęp do kompendium wiedzy na temat najbardziej aktualnych praktyk i zasad w zakresie przepisów dot. systemu zdrowia. Takie merytoryczne wsparcie może przyjąć np. formę opracowań tekstowych lub szkoleń w formie on-line (z uwagi na aktualną sytuację epidemiologiczną), webinarów, interaktywnego banku wiedzy i tym podobnych rozwiązań.

W przypadku kadry zarządzającej, w grupie pracowników administracyjnych, zwracano uwagę na to, aby szkolenia prowadzone były przez sprawdzone i znane w środowisku osoby. Takie kursy cieszyły się największym powodzeniem. Dodatkowo sprawdziła się forma prowadzenia wsparcia w podziale na małe grupy uczestników i opierająca się głównie na praktyce, a nie na teorii. W przypadku pracowników administracyjnych nie ma jednak możliwości, aby całkowicie wyeliminować szkolenia czysto teoretyczne – chociażby ze względu na zmieniające się na bieżąco przepisy prawne. Ważne jednak, aby łączyć tę „twardą” wiedzę z kompetencjami „miękkimi” z zakresu zarządzania.

„Staramy się, żeby to nie była tylko technika podawcza. Absolutnie. Zajęcia z zarządzania strategicznego są mocno oparte na dyskusji. Jeżeli mamy szkolenia, które są bardziej twarde, związane z pewnymi regułami, no to siłą rzeczy oczywiście jest to trochę bardziej podawcza forma. Musimy przekazać pewną wiedzę uczestnikowi. Więc dużo zależy od samego charakteru szkolenia. Jeżeli szkolenie dotyczy, na przykład, nowego aktu prawnego, to na bazie pewnych przykładów przedstawiamy zapisy prawne i



dyktujemy i interpretujemy je. Natomiast inne szkolenie w większym stopniu oparte jest na doświadczeniach uczestników i dyskusji o nich.”

Beneficjent 3, PO WER 5.2

Podsumowując, należy ocenić, że oferowane szkolenia dla kadry administracyjnej były dopasowane do potrzeb uczestników projektów, a dotyczyło ono w głównej mierze treści prezentowanych zajęć (oczekiwanie treści wysokiej jakości, konfrontowania wiedzy teoretycznej z umiejętnościami praktycznymi), jak również poziomu jakości i kompetencji wykładowców (angażowanie osób znanych w środowisku zarządzania systemem ochrony zdrowia, o udowodnionej pozycji jako trenerów na rynku szkoleniowym).

W kontekście zastosowanych metod i sposobów przekazywania wiedzy na uwagę zasługuje równowaga preferencji w zakresie szkoleń tradycyjnych ze szkoleniami e-learningowymi, chociaż w większości były one realizowane w warunkach przed pandemią COVID-19. Biorąc pod uwagę szybki rozwój narzędzi do komunikowania się na odległość, które pojawiły się w czasie pandemii COVID-19, wydaje się, że rekomendacją dla przyszłych projektów powinno być jednak skupienie się w większym zakresie na realizacji szkoleń zdalnych z wykorzystaniem narzędzi komunikowania na odległość.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Które szkolenia cieszyły się największym zainteresowaniem uczestników projektów szkoleniowych skierowanych do pracowników ochrony zdrowia w ramach działania 5.2 PO WER?
- Jakie występowały bariery w udziale w szkoleniach? Jak można je pokonać?

- **Które szkolenia cieszyły się największym zainteresowaniem uczestników projektów szkoleniowych skierowanych do pracowników ochrony zdrowia w ramach działania 5.2 PO WER?**

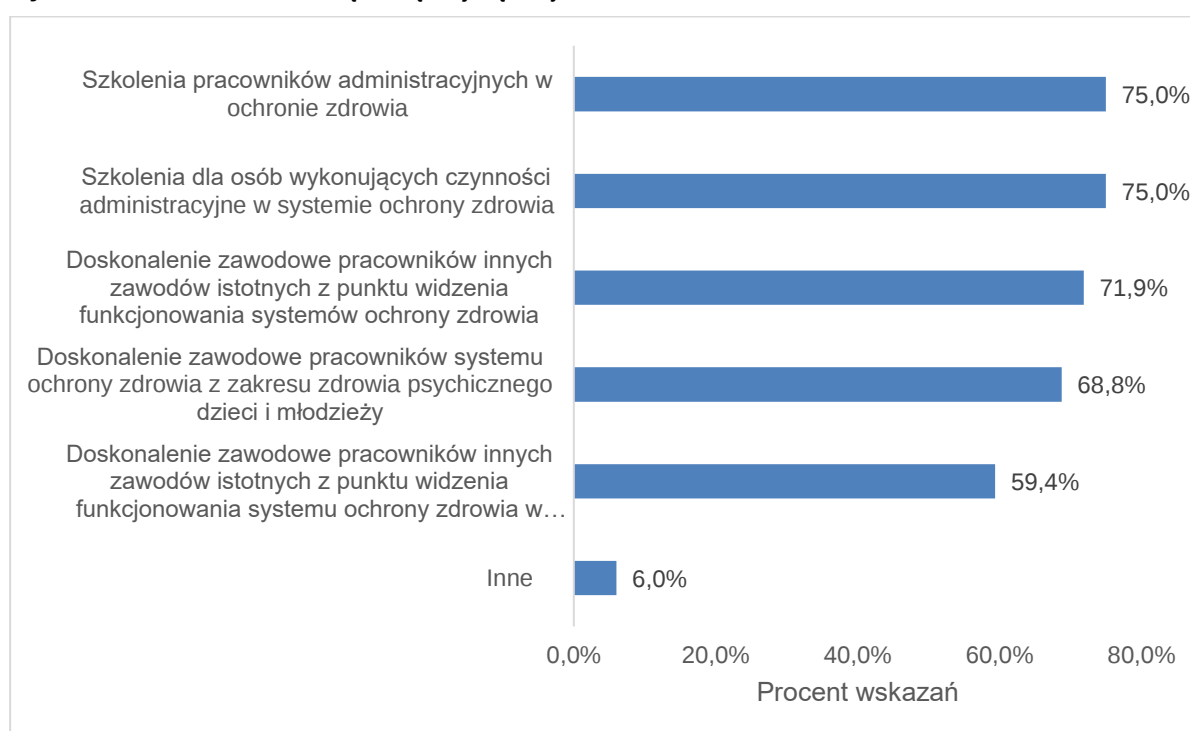
Na podstawie analizy desk-research stwierdzono, że w projektach realizowanych w ramach konkursu POWR.05.02.00-IP.05-00-007/16 „Szkolenie pracowników administracyjnych i zarządzających podmiotami leczniczymi (...)” wzięło udział 11.154 osób, w projektach realizowanych w ramach konkursu POWR.05.02.00-IP.05-00-00-013/18 "Szkolenia dla osób wykonujących czynności administracyjne w systemie ochrony zdrowia" wzięło udział 1719



osób. Wyniki badania desk-research potwierdzają więc wyniki badania CAWI świadczące o dużym zainteresowaniu uczestników szkoleniami w ramach Działania 5.2.

W trakcie badania CAWI z beneficjentami Działania 5.2 zaobserwowano, że zdecydowanie najczęściej wskazywano szkolenia pracowników administracyjnych w ochronie zdrowia (75,0%) oraz szkolenia dla osób wykonujących czynności administracyjne w systemie ochrony zdrowia (75,0%) w porównaniu do innych wskazań. Dokładne dane przedstawiono poniżej.

Rysunek 7. Szkolenia cieszące się największym zainteresowaniem uczestników



Źródło: badanie CAWI z beneficjentami Działania 5.2 (N=32)

- **Jakie występowały bariery w udziale w szkoleniach? Jak można je pokonać?**

Informacji o barierach utrudniających udział w szkoleniach dostarczyły bezpośrednie rozmowy z beneficjentami. W trakcie wywiadów sygnalizowano, że pracownicy administracyjni często borykają się z trudnością związaną ze zdobyciem urlopu na czas szkolenia – czasami wynika to z braku dni urlopowych do wykorzystania, a czasami z braku zgody przełożonych na urlop w danym terminie. Uczestnicy szkoleń nie są chętni do wykorzystywania swoich dni ustawowo wolnych od pracy w celu realizacji zadań związanych z kursami. Ważne jest budowanie świadomości wśród pracodawców na temat potrzeby i wagi rozwijania kompetencji pracowników. W przypadku rozumienia przez pracodawców



wartości rozwijania kompetencji, ale niewyrażania zgody na szkolenie pracowników z powodów praktycznych (trudności z ułożeniem grafiku) rekomendować można szkolenie w miejscu pracy poprzez tutoring. Kolejną ważną barierą jest sama lokalizacja szkoleń. Beneficjenci wskazywali, że kursy odbywały się w różnych miastach i zdarzało się, że uczestnicy pokonywali bardzo duże odległości, żeby na nie dotrzeć. Problem ten w sytuacji zagrożenia epidemicznego został w pewien sposób rozwiązany poprzez konieczność przeniesienia działań edukacyjnych z bezpośrednich kontaktów w rzeczywistość wirtualną. Rekomenduje się wykorzystywanie szkoleniowych form zdalnych również po zaprzestaniu pandemii COVID-19.

W trakcie badania przedstawiciele beneficjentów sygnalizowali, że barierą w rekrutacji osób na wysokich stanowiskach jest niechęć do uczestniczenia w szkoleniach razem z podwładnymi. Dlatego rekomendować należy dedykowanie tej grupie uczestników szkoleń zamkniętych, które pozwolą dopasować program do ich potrzeb, a jednocześnie będą stanowiły pewną nobilitację. Popularyzacja technik edukacji zdalnej jest tutaj istotnym ułatwieniem. Oferowanie certyfikacji czy też szkolenia organizowane przez renomowane firmy i w dobrych warunkach lokalowych/organizacyjnych są kolejną potencjalną metodą zachęty w tej grupie.

Dalsze bariery udziału w szkoleniach, chociaż są one rozpatrywane z perspektywy organizatorów, stanowią popularyzacja i związana z nią rekrutacja na szkolenia. Zgodnie z pojawiającymi się wypowiedziami respondentów nie można ich promować w ramach kosztów bezpośrednich. Wskazują oni, że na propagowanie szkoleń nie ponosi się żadnych nakładów, niechętnie uwzględnia się te procesy w kosztach pośrednich. Stąd rekrutacja często odbywa się tzw. „pocztą pantoflową”, mailingami, w formie kontaktów bezpośrednich lub przez strony internetowe.

Zgodnie z „Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach EFRR, EFS oraz FS na lata 2014–2020”¹³ koszt rekrutacji uczestników projektu EFS co do zasady należy uznać za koszt pośredni. Niemniej dopuszcza się możliwość rozliczenia kosztów rekrutacji w kosztach bezpośrednich projektu w przypadku podjęcia przez beneficjenta aktywnych

¹³ Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020, 27.10.2020, <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/wytyczne-w-zakresie-kwalifikowalnosci-wydatkow-w-ramach-europejskiego-funduszu-rozwoju-regionalnego-europejskiego-funduszu-spoecznego-oraz-funduszu-spojnosci-na-lata-2014-2020/>.



działań merytorycznych, niezbędnych dla pozyskania uczestników¹⁴. Podejście takie zasadne będzie w przypadkach, gdy:

- projekt dotyczy grupy docelowej, do której dotarcie jest utrudnione i wymaga działań bezpośrednich
- rekrutacja do projektu wymaga merytorycznej weryfikacji wiedzy i umiejętności uczestników celem zakwalifikowania ich do odpowiedniej formy wsparcia czy na właściwy poziom zaawansowania szkolenia
- rekrutacja wymaga merytorycznej oceny dokumentów składanych przez uczestnika/przeprowadzenia wstępnej weryfikacji podmiotu, który ma przystąpić do projektu, np. składanych formularzy w przypadku weryfikacji statusu MŚP, pomocy publicznej, pomocy de minimis/weryfikacji istniejącej w danym podmiocie diagnozy potrzeb rozwojowych.

Aktywne działania można rozumieć szeroko, tj. zarówno jako pozyskiwanie uczestników, jak i weryfikowanie ich kwalifikowalności lub predyspozycji do udziału w projekcie. Wszelkie inne czynności niewymagające aktywnych działań rekrutacyjnych po stronie beneficjenta, np. działania prowadzone na rzecz własnych pracowników/członków, działania informacyjno-promocyjne skierowane do szerokiej grupy odbiorców (np. audycje radiowe lub TV) nie mogą być uznane za rekrutację, która mogłaby zostać ujęta w kosztach bezpośrednich. Beneficjent na etapie aplikowania o środki dofinansowania projektu powinien uzasadnić we wniosku o dofinansowanie kwalifikowalność poszczególnych kosztów rekrutacji w kosztach bezpośrednich projektu, co w dalszej kolejności jest poddawane ocenie eksperckiej w zakresie budżetu projektu.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jakie są potrzeby dotyczące metod i form szkolenia pracowników administracyjnych ochrony zdrowia? Z czego one wynikają?
- Czy należy zróżnicować sposób/narzędzia przekazywania wiedzy w zależności od wykonywanego/zajmowanego stanowiska/wykonywanych zadań, a jeżeli tak – to dlaczego i jak to zrobić?

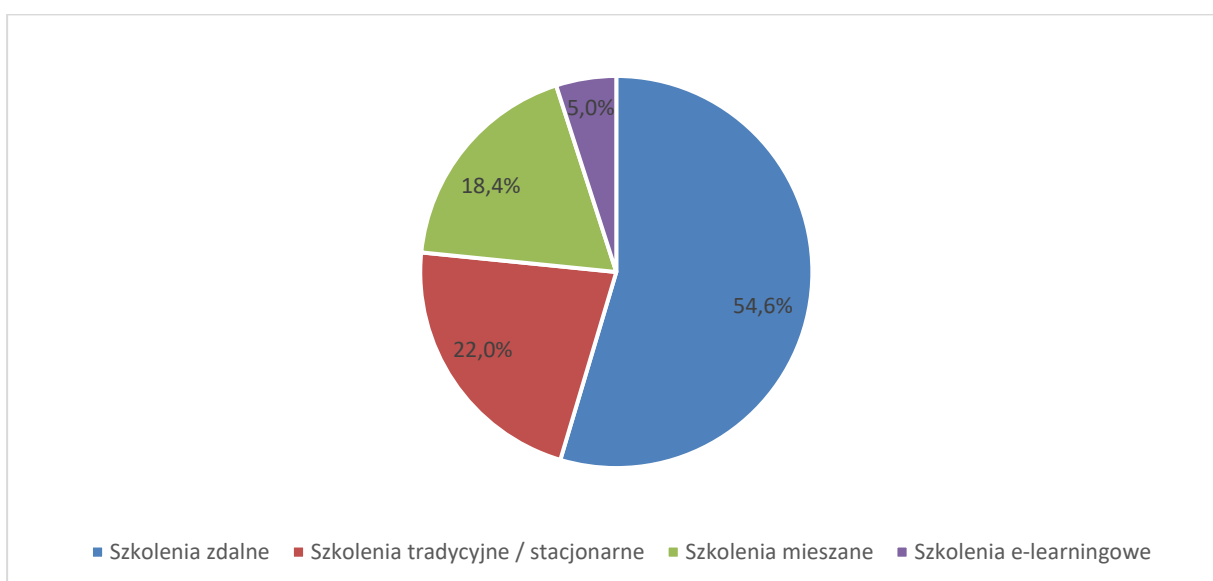
¹⁴ J. Komża, EFS: Koszty rekrutacji w kosztach bezpośrednich, Dziennik Warto Wiedzieć, <http://wartowiedziec.pl/rozwoj-i-fundusze/44713-efs-koszty-rekrutacji-w-kosztach-bezposrednich>.



- **Jakie są potrzeby dotyczące metod i form szkolenia pracowników administracyjnych ochrony zdrowia? Z czego one wynikają?**

Wyniki badania CASI z pracownikami administracyjnymi, którzy nie brali udziału w szkoleniach w ramach Działania 5.2, pokazały, że niezależnie od zawodu 1,2% jest zdania, że w aktualnej ofercie szkoleniowej brakuje jakichś form wsparcia. Ponadto wyniki badania CASI ujawniły, że najbardziej preferowanymi formami wsparcia są przede wszystkim szkolenia zdalne (54,6%). Szczegółowe dane przedstawiono poniżej.

Rysunek 8. Preferowane formy wsparcia



Źródło: badanie CASI z pracownikami administracji ochrony zdrowia, którzy nie zostali dotychczas objęci wsparciem PO WER (N=564)

W wypowiedziach respondentów pojawiały się wątki dotyczące tego, aby zdalną formę szkoleń rozwinąć na kształt platformy internetowej – dostępnej dla pracowników administracyjnych z danego regionu. Inną propozycja to stworzenie portalu - bazy wiedzy, który jednocześnie będzie posiadał pewne interaktywne funkcje, takie jak na przykład forum wymiany wiedzy i doświadczeń dla użytkowników. Byłoby to miejsce, w którym będą oni mogli wymieniać się informacjami i wzajemnie udzielać odpowiedzi na pojawiające się pytania.

Wartym rozpatrzenia pomysłem jest udostępnienie pracownikom administracyjnym stałego punktu konsultacyjnego, do którego mieliby dostęp w ramach dofinansowywanego projektu. Chodzi o zdalną formę kontaktu z doradcą - wysłanie maila lub podjęcie innej drogi komunikacji on-line po to, aby rozwiązać zaistniałe na bieżąco wątpliwości dotyczące kwestii

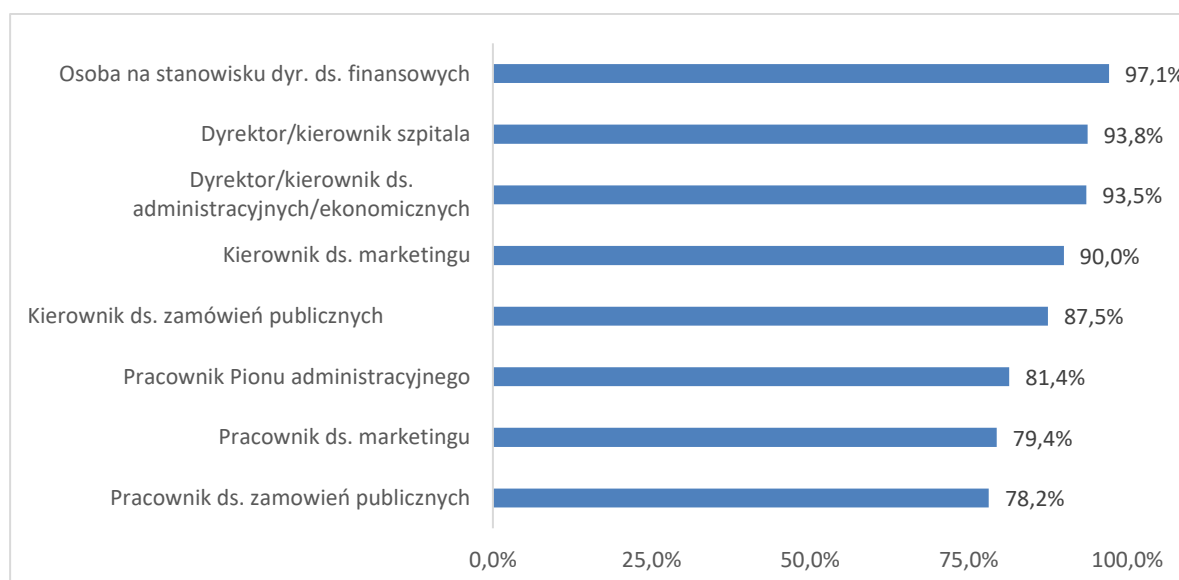


administracyjnych. Jest to koncepcja zakładająca istnienie grupy ekspertów/doradców służących pomocą placówkom medycznym na zasadzie „wentyla bezpieczeństwa” w sytuacjach problemowych i trudnych do rozwikłania. Czyli z jednej strony użytkownicy szkoleń mieliby wsparcie merytoryczne i okazję do nauki, ale także – jako pracownicy administracyjni – mogliby mieć dodatkowo dostęp do konsultacji w czasie rzeczywistym ze specjalistami, np. z zakresu odszkodowań, zarządzania, etc.

- **Czy należy zróżnicować sposób/narzędzia przekazywania wiedzy w zależności od wykonywanego/zajmowanego stanowiska/wykonywanych zadań, a jeżeli tak – to dlaczego i jak to zrobić?**

Zdaniem pracowników administracji ochrony zdrowia (badanie CATI) ocena dopasowania do potrzeb form udzielanego wsparcia zależy istotnie od zawodu. Najwyższe dopasowanie do potrzeb uzyskano w grupie osób na stanowisku: dyrektor ds. finansowych, dyrektor/kierownik szpitala oraz dyrektor/kierownik ds. administracyjnych. Istotnie niższy poziom dopasowania form szkolenia do potrzeb obserwowano wśród pracowników pionu administracyjnego, pracowników ds. marketingu oraz pracowników ds. zamówień publicznych. Dokładne wyniki przedstawiono poniżej.

Rysunek 9. Dopasowanie form szkolenia do potrzeb pracowników administracji ochrony zdrowia



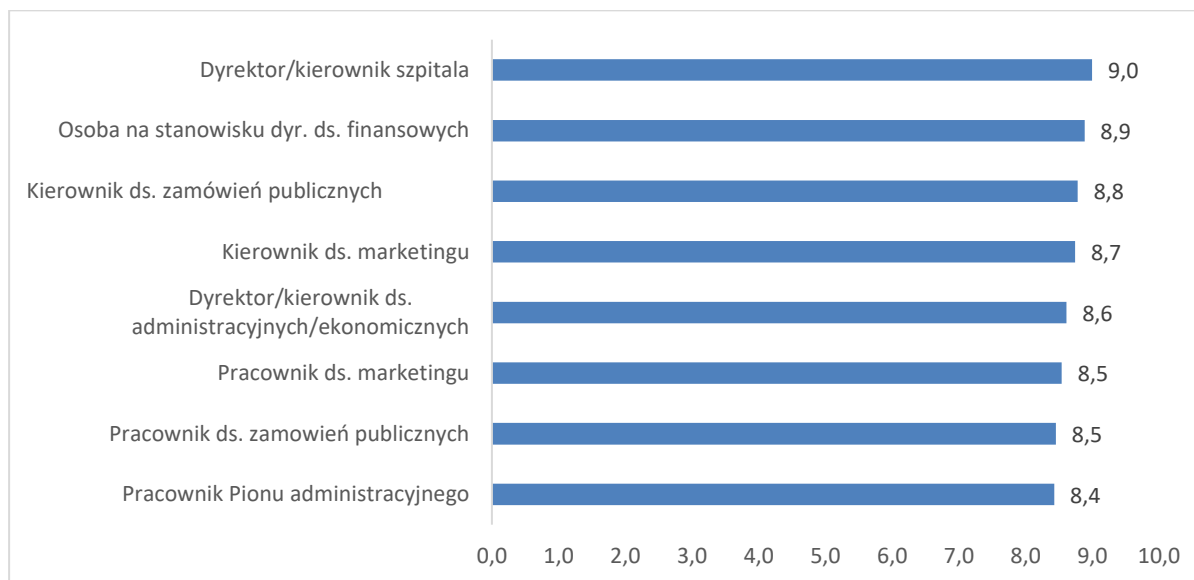
Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników administracji ochrony zdrowia (N=530)

Istotnych różnic nie obserwowano, natomiast gdy analizowano sposób dopasowania metod szkoleniowych do oczekiwań uczestników, dało się zauważyć, że niezależnie od zawodu



uczestnicy szkoleń wysoko oceniali poziom, w jakim metody/sposoby szkoleniowe spełniają ich oczekiwania. Dokładne wyniki zobrazowano poniżej.

Rysunek 10. Dopasowanie metod szkolenia do oczekiwań pracowników administracji ochrony zdrowia



Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników administracji ochrony zdrowia (N=530)

Podsumowując, potrzeby dotyczące metod i form szkolenia są odmienne w zależności od grupy osób uczestniczących. Pracownicy są zainteresowani skorzystaniem ze wspólnej, ogólnodostępnej platformy wymiany kompetencji, tak aby można było czerpać z wiedzy eksperckiej w dowolnym czasie, zaś osoby zarządzające preferują rozwiązania zindywidualizowane, dedykowane tylko kadrze menedżerskiej. Można w tym aspekcie rozważyć utworzenie dwóch platform szkoleniowych lub jednej – skierowanej do różnych dedykowanych grup odbiorców.

Z przeprowadzonego badania wynika więc potrzeba różnicowania sposobu przekazywania wiedzy lub narzędzi służących temu przekazywaniu, tak aby treści menedżerskie dostępne były dla kadry zarządzającej, zaś treści o charakterze operacyjnym dedykowane były pracownikom podmiotów leczniczych.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy istnieją nowe niezidentyfikowane wcześniej potrzeby szkoleniowe pracowników administracyjnych ochrony zdrowia, a jeżeli tak – to jakie i w jaki sposób należy odpowiedzieć na te potrzeby?



- Czy istnieją potrzeby szkoleniowe, w ramach których wsparcie było niewystarczające? Jeżeli tak, to jakie i jakie szkolenia należy przewidzieć?

- **Czy istnieją potrzeby szkoleniowe, w ramach których wsparcie było niewystarczające? Jeżeli tak, to jakie i jakie szkolenia należy przewidzieć?**

Na wstępie należy zaznaczyć, że w trakcie rozmów z pracownikami podkreślano duże znaczenie prawidłowego diagnozowania potrzeb szkoleniowych przed zaplanowaniem wsparcia. Beneficjenci zgodnie wskazywali na bardzo istotną rolę wcześniejszego badania szczegółowych potrzeb edukacyjnych uczestników szkoleń (tematów, metod czy dodatkowych lektur). Większość instytucji organizujących szkolenia w jakimś stopniu wdraża takie rozwiązania (np. tworzy ankiety potrzeb i satysfakcji).

Wyniki badania CATI z przedstawicielami zawodów administracyjnych ochrony zdrowia, którzy wzięli udział w szkoleniach w ramach Działania 5.2 PO WER, pokazały, że zdaniem 83,6% badanych w pewnych obszarach brakuje szkoleń lub form podnoszenia kwalifikacji zawodowej. Interesującym może być fakt, że w grupie pracowników administracji, którzy nie brali udziału w szkoleniach organizowanych w ramach Działania 5.2 (badanie CASI), większość jest zdania, że nie brakuje szkoleń w aktualnej ofercie (74,1%). Zdaniem pracowników administracyjnych (wyniki badania CATI) najbardziej potrzebne są szkolenia dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej (89,4%), kwestii finansowania w podmiocie medycznym (79,0%) oraz zarządzania i administrowania w służbie zdrowia (74,0%). Szczegółowe wyniki przedstawiono poniżej.

Rysunek 11. Obszary tematyczne szkoleń, których brakuje



Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników administracji ochrony zdrowia (N=443)

- **Czy istnieją nowe niezidentyfikowane wcześniej potrzeby szkoleniowe pracowników administracyjnych ochrony zdrowia, a jeżeli tak – to jakie i w jaki sposób należy odpowiedzieć na te potrzeby?**

W trakcie wywiadów z beneficjentami wskazano także, że niezagospodarowanym obszarem, który należałoby objąć większym wsparciem w przyszłości, są szkolenia „miękkie” z zakresu umiejętności interpersonalnych, a także psychologicznych aspektów pracy w sytuacjach napięcia, presji czasu lub niedoborów kadrowych. Kompetencje miękkie i przygotowanie psychologiczne są niezbędne do dobrego zarządzania sytuacjami kryzysowymi, co ujawniło się ze wzmożoną siłą w trudnym czasie pandemii. Można się nawet pokusić o stwierdzenie, że samo wsparcie psychologiczne kadry administracyjnej w systemie ochrony zdrowia w takich sytuacjach jest dobrym pomysłem na usprawnienie procesów i zwiększenie wydajności pracy (panel ekspercki).

Poza szkoleniami z umiejętności komunikacyjnych, radzenia sobie ze stresem i pracy w warunkach kryzysowych ważne jest także wsparcie umiejętności strategicznego myślenia



poprzez organizację szkoleń z zakresu zarządzania strategicznego w dynamicznie zmieniających się warunkach pracy.

Odpowiadając na pytanie badawcze, należy stwierdzić, że istnieją obszary szkoleniowe cieszące się wyjątkowo dużym zainteresowaniem respondentów, w których wsparcie niestety było niewystarczające. Należą do nich: prowadzenie dokumentacji medycznej, zarządzanie informacją (np. ochrona danych osobowych, digitalizacja baz danych) i kwestie finansowe. W interpretacji eksperckiej można uznać, że oczekiwania te dotyczą aspektów związanych z jakością dokumentacji medycznej (kwestia ochrony danych osobowych), dokumentacją prowadzoną wyłącznie w formie elektronicznej, jak również spraw związanych z codziennym zarządzaniem finansami podmiotów leczniczych, np. zamknięcie roku podatkowego, ewidencja kosztów w kontekście częstych nowelizacji przepisów w tym zakresie. Zdiagnozowano także nowe potrzeby szkoleniowe, które koncentrują się w obszarze rozwijania kompetencji miękkich: umiejętności interpersonalnych, psychologicznych aspektów pracy w sytuacjach napięcia, presji czasu lub niedoborów kadrowych.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytanie ewaluacyjne:

- Wśród przedstawicieli których stanowisk zapotrzebowanie na dofinansowanie kształcenia podyplomowego/doskonalenia zawodowego jest największe i dlaczego?

W trakcie rozmów z pracownikami administracyjnymi podkreślano, że nie ma wśród kadry administracyjnej ludzi, którzy nie potrzebują szkoleń. Począwszy od rejestratorek, którym brakuje wiedzy na temat obsługi klienta, psychologii i radzenia sobie z trudnym pacjentem, aż po kadrę zarządzającą szpitalem. Osoby na wszystkich stanowiskach i reprezentujące wszystkie zawody zatrudnione w administracji wymagają dodatkowej edukacji, szczególnie na etapie wdrażania się w pracę, a potem w związku ze zmieniającymi się przepisami.

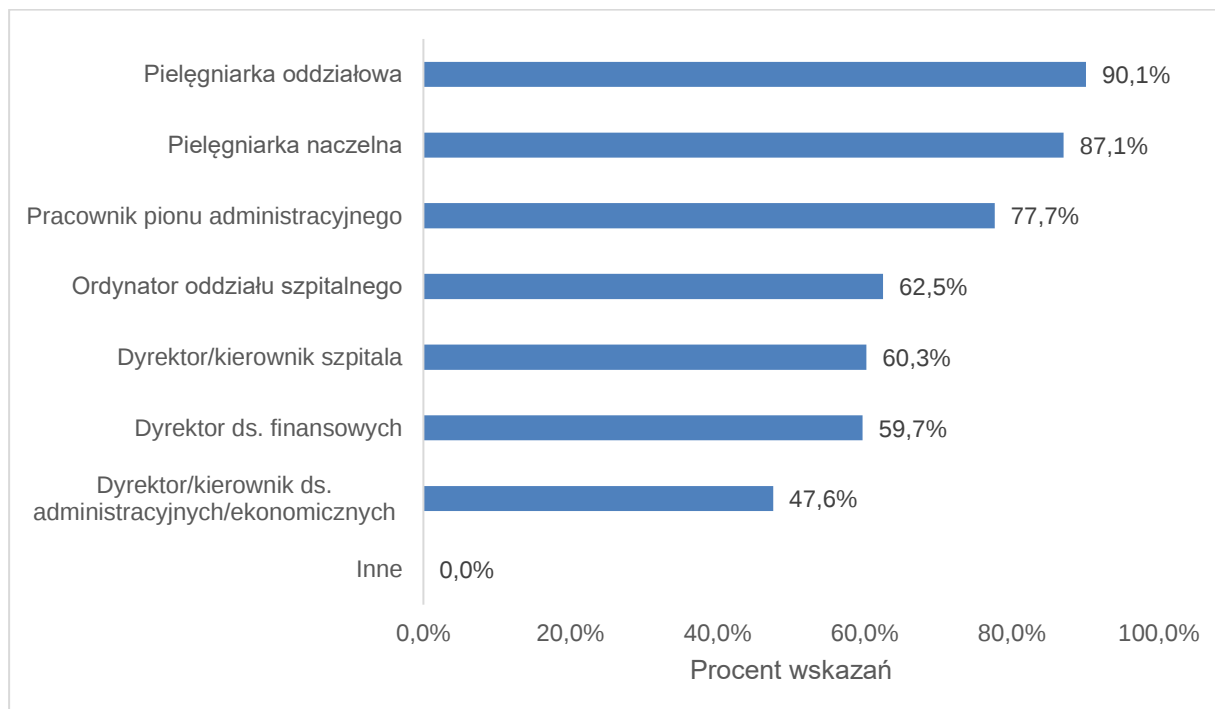
„Jeżeli są to projekty unijne, ponieważ tym się zajmuje administracja, to musi poznać bardzo wiele przepisów, które warunkują tworzenie umów i innych działań związanych z projektami unijnymi. Ogromny temat, ogromny zakres. Kolejny temat to kadry. Weszły nowe rozporządzenia, nowe wymogi. Weszły rozporządzenia dotyczące dokumentacji medycznej. Sekretarki, rejestratorki, wchodzi e-dokumentacja. Ogromny temat, ogromny zakres. Każdy dział, każdy pracownik administracyjny ma swój zakres i tak ogromny, że drugi pracownik mało na ten temat wie. W każdym tym temacie szkolenia są bardzo potrzebne. Nie mówiąc o zamówieniach publicznych, nie mówiąc o archiwizacji czy rozliczeniach i prowadzeniu kosztów w szpitalu.”



FGI (Grupa fokusowa) pracownicy administracyjni

Jednocześnie wyniki badania CATI pokazały, że blisko 74,5% badanych uważa, że istnieją grupy, które posiadają większe zapotrzebowanie na dofinansowanie kształcenia. Wśród zawodów, które wykazują największe zapotrzebowanie na dofinansowanie, wskazano pielęgniarki oddziałowe i naczelne (por. rysunek 12).

Rysunek 12. Grupy, którym, zdaniem badanych, należy się większe dofinansowanie



Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników administracji ochrony zdrowia (N=395)

Powyższe informacje warto także uzupełnić o opinie pozyskane podczas bezpośrednich rozmów z pracownikami. W ich trakcie wskazywano na istotną potrzebę wsparcia kadry managerskiej, a także pracowników związanych z finansami i budżetowaniem. Te stanowiska zostały przez respondentów wskazane jako wymagające największych nakładów finansowych w kontekście doksztalcania zawodowego. Wynika to z ich kluczowych ról w procesie zarządzania placówkami medycznymi, zwłaszcza dużej odpowiedzialności, jaką niesie za sobą zakres ich obowiązków. To właśnie w tych obszarach ewentualne niedobory wiedzy praktycznej i teoretycznej mogą stanowić największe konsekwencje dla sprawnego funkcjonowania całych instytucji. Respondenci zwracali także uwagę, że potrzebują szkoleń z obsługi narzędzi cyfrowych i oprogramowania. Część kadry administracyjnej jest w wieku, w którym praca z komputerem nie jest tak intuicyjna jak dla młodszych pokoleń. Te osoby nie miały styczności z wiedzą informatyczną i obsługą komputera na poziomie swojej



edukacji szkolnej czy studenckiej. Problemy pojawiają się przy używaniu takich rozwiązań, jak niektóre z bardziej skomplikowanych funkcji programów Excel i Word czy też tworzeniu internetowych kont pacjenta.

„Ten Word i Excel jest bardzo dobrym rozwiązaniem, dlatego że mamy ciągle zmieniające się Office. W tym Office ciągle się coś zmienia. Akurat jestem z tego pokolenia, w którym uczyliśmy się tego sami. Nie było tego jeszcze w szkole. Worda i Excela nauczyłam się sama albo od kogoś. Na przykład tabele przestawne, które są teraz bardzo potrzebne w decyzjach. Zamiast kogoś prosić, to można byłoby po kolei się uczyć, nawet on-line. Jeżeli by było dobrze przedstawione, kadr po kadrze, co i jak zrobić, to jak najbardziej. Również zakładanie wszelkiej dokumentacji elektronicznej.”

FGI (Grupa fokusowa) pracownicy administracyjni

Przeprowadzone badanie udowodniło istotne potrzeby szkoleniowe, natomiast nie odpowiedziało wprost na pytanie o potrzebę ich dofinansowania. Respondenci nie różnicowali zapotrzebowania na szkolenia finansowane samodzielnie od szkoleń refinansowanych czy dofinansowanych. Ten punkt widzenia pozyskanych danych pozwala stwierdzić, że grupą zawodową o największej potrzebie szkoleń dofinansowanych są pielęgniarki oddziałowe. Przyczyną, dla której właśnie pielęgniarki najchętniej korzystałyby z takiej formy podnoszenia kompetencji, są ich relatywnie niskie (choć wyższe niż w minionych latach) wynagrodzenia, co przekłada się na brak możliwości samodzielnego finansowania tych szkoleń. Wykonane badanie CASI pokazało, że w ciągu ostatniego roku udział w innych szkoleniach niż realizowanych w ramach Działów 5.2 zadeklarowało 11,7% pracowników administracyjnych. Wśród pracowników administracji największym zainteresowaniem cieszyły się szkolenia dotyczące finansów w branży medycznej, HTA oraz funkcjonowania systemu zdrowia. Uczestnictwo w szkoleniach finansowane było głównie z własnych środków (niezależnie od zajmowanego stanowiska). Jednocześnie badani wyrażają zdecydowaną chęć udziału w szkoleniach organizowanych dla pracowników sektora zdrowia.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytanie ewaluacyjne:

- Czy należy zróżnicować zakres tematyczny wsparcia w zależności od zajmowanego stanowiska/wykonywanych zadań, a jeżeli tak – to dlaczego i w jaki sposób?



Wyniki badań jakościowych wskazują, że pracownicy sektora ochrony zdrowia, którzy zajmują się administracją, mają bardzo specyficzne potrzeby – dość często są nastawieni na pozyskiwanie informacji, które będą brały pod uwagę specyfikę ich miejsc pracy - czyli chcą analizować problemy i zagadnienia związane z daną instytucją, placówką, w której są zatrudnieni. Pracownicy administracyjni są zainteresowani tworzeniem małych grup, które będą brać udział w szkoleniach dostosowanych do ich potrzeb informacyjnych. Dlatego tak ważne jest, aby autorzy programów szkoleń mogli poznać problemy i wyzwania, przed którymi stoją konkretne placówki.

„Natomiast, jeśli chodzi o pracowników administracji. To tutaj jakby... Co się rzucało w oczy? Przede wszystkim, oni jakby chcieli tych szkoleń pod specyfikę ich instytucji, specyfikę ich placówek. Czyli, na przykład, woleli zebrać grupę czy dziesięć osób od siebie i poprosić, żeby przygotować... Jakby, jak jest ta tematyka związana z „zarządzaniem”, ale tak żeby ta osoba przygotowująca te zajęcia, jakby znała wcześniej trochę specyfikę ich placówki i przygotowała to pod ich konkretne oczekiwania. Ale powiem, że to, co my realizowaliśmy na temat, to na pewno było trafione. I powiem, że teraz, mimo Covid-u, mamy projekt i ludzie dzwonią, bo są szkolenia na dalszy okres i są zainteresowani przyjazdem, tak? Nawet z[innej części – red.] Polski.”

Beneficjent 1, PO WER 5.2

Odpowiadając na pytanie badawcze, należy uznać, że różnicowanie zakresu tematycznego szkolenia w zależności od zajmowanego stanowiska jest konieczne. Deklarowane przez respondentów oczekiwania wobec szkoleń opierają się nie tylko o specyfikę placówek, ale też zajmowanych w nich stanowisk. Dlatego należy przyjąć, że takie zróżnicowanie, adresowane dla konkretnej osoby, nie tylko doprowadzi do realizacji celu szkolenia (zrealizuje indywidualne podniesienie kompetencji), ale też, dzięki wykorzystaniu treści specyficznych dla podmiotu leczniczego (np. jego specjalizacji, specyfiki), pozwoli na lepsze ich zrozumienie przez uczestników szkolenia.

Grupa pracowników administracji ochrony zdrowia jest wewnętrznie zróżnicowana, ponieważ w jej skład wchodzi zarówno przedstawiciele podmiotów leczniczych, jak również płatnika i podmiotów tworzących. Ponadto reprezentowane są w tej grupie zróżnicowane stanowiska pracy – dyrektorzy, księgowi, prawnicy, audytorzy, kadrowi, a nawet informatycy. Do tej pory często realizowano szkolenia dla kadry administracyjnej, trzymając się kryterium homogeniczności stanowiskowej, ale podejście to w pewien sposób wyczerpało się w przekonaniu badanych koordynatorów projektu interdyscyplinarnego, co potwierdzają ewaluatorzy. Naturalnie, wiele potrzeb szkoleniowych (zwłaszcza *stricte* narzędziowych, jak



obsługa oprogramowania komputerowego czy zmiany przepisów prawa) można zaspokajać, organizując szkolenia dla jednolitych grup, ale wartość innowacyjną wnosi na ten moment podejście interdyscyplinarne, zwłaszcza dedykowane rozwiązywaniu problemów konkretnych instytucji. Zgadza się to z sugestiami, które zostały przekazane przez koordynatorów interdyscyplinarnego projektu.

„Bardzo często jest tak, że przy jednostkach szkolą się pojedyncze osoby. Że to jest tak, że wręcz my z Polski, mając do czynienia z tym tematem finansowo, mamy wręcz, mamy te nazwiska, które się powielają po raz kolejny. Czyli gdzieś w różnych konfiguracjach je spotykamy. I często dyskusje, czasem są to główni księgowi, czasem traktorzy, czasem jacyś pracownicy liniowi. Potem okazuje się, że jest taki jeden, powiedzmy, Don Kichot w jednostce, który rzeczywiście ma inicjatywę, żeby zmieniać coś, wdrażać coś nowego. I rozbija się trochę o mur, taki braku gdzieś tam partnerstwa czy zespołu roboczego.”

Beneficjent 3, PO WER 5.2

Przykładowo, w trakcie szkoleń dla zespołów składających się z kilku osób zatrudnionych w jednej instytucji na 3–5 różnych stanowiskach, można pracować nad konkretnymi zagadnieniami w zakresie rozwiązywania konkretnych problemów. Zaś te ostatnie w ochronie zdrowia często mają charakter interdyscyplinarny – prawno-administracyjny, finansowo-zarządczy czy też organizacyjno-informatyczny. Poniższa tabela w sposób systematyczny nakłada na siebie 2 wymiary różnicowania szkoleń dla kadry administracyjnej – kategorie uczestników szkoleń oraz kontekst organizacji szkolenia.

Tabela 5. Typologia szkoleń dla kadry administracyjnej

Uczestnicy	Interdyscyplinarni	Homogeniczni
Kontekst		
Naturalny miejsce pracy	Rekomendowane jako najbardziej innowacyjne podejście nastawione na konkretne programy naprawcze danej instytucji	Nierekomendowane z uwagi na trudności organizacyjne (np. za mało uczestników z danego działu) oraz brak wartości dodanej (brak sieciowania, poznawania innych organizacji)
Laboratoryjny sala szkoleniowa	Rekomendowane jako innowacyjne podejście, w ramach którego małe zespoły doskonalą się, aby następnie wdrażać zmianę w miejscu pracy	Rekomendowane jako pewien standard. Zwłaszcza, gdy służą sieciowaniu osób na podobnych stanowiskach oraz wymianie dobrych praktyk pomiędzy nimi. Są to zwykle szkolenia narzędziowe



bądź związane ze zmieniającymi się przepisami prawa

Łączenie pracowników POZ/AOS/Szpitali z pracownikami podmiotów tworzących i płatnika ma sporą wartość sieciującą i służącą wymianie dobrych praktyk (np. zarządzanie obiegiem informacji, controlling finansowy, compliance w ochronie zdrowia). Podczas podobnych szkoleń *stricte* narzędziowych udział pracowników innych instytucji ma tylko wartość dodaną. Jednak innego rodzaju szkoleniami mogą być te sprofilowane pod wdrażanie rozwiązań konkretnych interdyscyplinarnie pojętych problemów (tzw. praca na case'ach). Tu mono-instytucyjność stanowi podstawę tworzenia wartości dla danej instytucji, której oferowane jest wsparcie „szyte na miarę” jej potrzeb.

Te ostatnie zostały w niniejszej ewaluacji przeanalizowane. Dominują wśród nich takie tematy jak: prowadzenie dokumentacji medycznej i zarządzanie informacją o pacjencie (89% badanych), kwestie finansowe w podmiocie leczniczym (78% badanych) oraz zarządzanie i administrowanie w służbie zdrowia (75%). Najmniejszy nacisk kładziono na umiejętności analityczne (48%), kwestie prawne (51%) oraz marketing i public relations, w tym poprawę wizerunku sektora zdrowia (55%). Naturalnie preferencje te różnią się od siebie w poszczególnych grupach zawodowych administracji, co obrazuje poniższa tabela.

Tabela 6. Preferencje poszczególnych grup pracowników administracji ochrony zdrowia wz. preferowanych tematów szkoleń

	Dyrektorzy szpitali	Dyrektorzy finansowi	Dyrektorzy administracji	Kierownicy marketingu	Pracownicy marketingu	Kierownicy zamówień	Pracownicy zamówień	Pracownicy pionu administracyjnego
Prowadzenie dokumentacji medycznej i zarządzanie informacją o pacjencie	87%	93%	85%	85%	91%	87%	91%	91%
Kwestie finansowe w podmiocie leczniczym	73%	78%	67%	80%	87%	80%	81%	78%
Zarządzanie i administrowanie w służbie zdrowia/w podmiocie leczniczym	80%	71%	74%	75%	69%	80%	74%	74%
Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych i realizacja umowy z NFZ	60%	69%	59%	73%	78%	72%	68%	74%
Umiejętności interpersonalne, komunikacyjne, tzw. kompetencje miękkie	47%	64%	56%	61%	56%	54%	68%	65%



Kontrola, audyt lub wdrożenie certyfikatów zarządzania jakością	73%	55%	56%	66%	53%	54%	55%	56%
Marketing i public relations	53%	51%	63%	66%	51%	54%	49%	55%
Kwestie prawne	40%	58%	44%	54%	53%	50%	51%	60%
Umiejętności analityczne	47%	49%	56%	56%	44%	43%	45%	47%

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

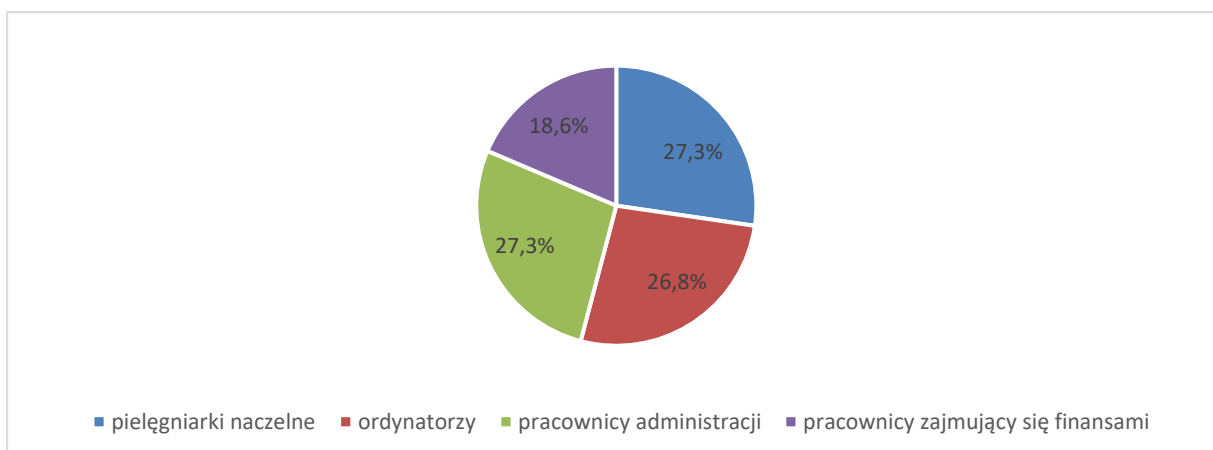
- Czy są stanowiska pracy w podmiotach leczniczych, które należy wesprzeć w większym stopniu w obszarze nabywania kompetencji, a jeżeli tak – to z jakich przyczyn wynika ich zwiększone zapotrzebowanie i jakich kompetencji/wiedzy powinny dotyczyć szkolenia/inne formy kształcenia/doskonalenia zawodowego?
- Jakie to powinny być formy/metody/narzędzia szkolenia?

- **Czy są stanowiska pracy w podmiotach leczniczych, które należy wesprzeć w większym stopniu w obszarze nabywania kompetencji, a jeżeli tak – to z jakich przyczyn wynika ich zwiększone zapotrzebowanie i jakich kompetencji/wiedzy powinny dotyczyć szkolenia/inne formy kształcenia/doskonalenia zawodowego?**

Wyniki przeprowadzonego badania CATI w grupie pracowników administracji w sektorze ochrony zdrowia pokazały, że 84,6% badanych jest zdania, że istnieją zawody, które należy wesprzeć w szczególny sposób. Wśród grup, którym należy się szczególne wsparcie, wymieniano: pielęgniarki naczelne (27,3%), ordynatorów (26,8%), pracowników administracji (27,3%) oraz pracowników zajmujących się finansami (18,6%). Otrzymane wyniki zobrazowano poniżej.



Rysunek 13. Zawody, które należy wesprzeć w szczególny sposób



Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników administracji ochrony zdrowia (N=530)

Jako główny powód potrzeby szkoleń wskazywano: różnice w poziomie wiedzy między poszczególnymi pracownikami ochrony zdrowia oraz niewielką liczbę szkoleń w tej grupie zawodowej.

W przypadku osób związanych zawodowo z dziedziną administracji, zdaniem części respondentów, największymi potrzebami szkoleniowymi i informacyjnymi charakteryzują się kierownicy placówek – kadra zarządcza. To ich rolę i potrzeby podkreślano w wywiadach – potrzeby związane ze szkoleniami z zakresu zarządzania strategicznego, zarządzania zasobami ludzkimi. Podobnie, grupą, która powinna być silnie wspierana, są osoby odpowiedzialne za rozliczenia finansowe (płace, zakupy), planowanie budżetu oraz rozliczające świadczenie z NFZ.

- **Jakie to powinny być formy/metody/narzędzia szkolenia?**

Oczywiście istnieje także potrzeba modyfikowania zakresu szkoleń zależnie od stanowiska/zakresu obowiązków uczestników. Dwie główne kategorie pracowników administracji medycznej, jakie były wymieniane w wywiadach, to kadra zarządzająca oraz osoby odpowiedzialne za finanse i budżet. Te dwie grupy podawano jako przykład w kontekście największych potrzeb informacyjnych i jako głównych kandydatów do szkoleń w przyszłości. Respondenci (organizatorzy szkoleń) wskazywali, że bardzo często w tych grupach diagnozuje się głębokie luki wiedzy i szkolenia potrafią wyraźnie poprawić sytuację w tym zakresie w placówkach objętych wsparciem.

„Bardzo potrzebne szkolenie jest również z rozliczenia z NFZ. W większości są wykonywane przez pracowników administracji. Gdyby zrobić przeszkolenie z tego tematu



i przygotować pracowników. Na pewno bardzo chętnie by skorzystali, bo to jest ogromny temat i właściwie mogłoby to być szkolenie przez kilka dni, żeby właśnie omówić, jak powinny wyglądać rozliczenia medyczne, w poszczególnych dziedzinach.”

FGI (Grupa fokusowa) pracownicy administracyjni

W trakcie wywiadu grupowego zwracano także uwagę na potrzeby związane ze szkoleniami:

- z zakresu etyki zawodowej dla osób rozporządzających danymi, archiwizujących duże ilości dokumentów z wrażliwymi danymi,
- z obsługi, dokumentacji i finansów w zakresie projektów unijnych (finansowanie z kosztów pośrednich projektu),
- z zakresu zarządzania zasobami ludzkimi i HR,
- z zakresu kontroli zarządczej,
- z analizy ryzyka.

„Natomiast wracając do analizy ryzyka, myślę, że warto byłoby w ogóle przeszkolić pracowników z kontroli zarządczej, ponieważ analiza ryzyka jest elementem kontroli zarządczej. Teraz może się wyciszył temat, ale jakiś czas temu, to był bardzo temat wielka niewiadoma: kontrola zarządcza i co z tym robić.”

FGI (Grupa fokusowa) pracownicy administracyjni

Odpowiedź na postawione pytanie badawcze jest spójna z poprzednimi pytaniami dotyczącymi zakresu tematycznego oczekiwanych szkoleń. Istnieją więc w podmiotach leczniczych stanowiska pracy, które w większym stopniu niż inne, zdaniem badanych, są zainteresowane podnoszeniem kompetencji. Osoby na tych stanowiskach to: pielęgniarki funkcyjne (oddziałowe, naczelne), lekarze funkcyjni (ordynatorzy, kierownicy oddziałów), pracownicy administracji, w szczególności zajmujący się finansami. Zwiększone zapotrzebowanie na te kompetencje wynika najprawdopodobniej z wyzwań zarządczych, jakie stoją przed tymi osobami w kontekście odpowiedzialności za procesy, jak również ze zmienności regulacji prawnych dotyczących zakresu ich kompetencji. Rekomenduje się w związku z tym szkolenia realizowane w cyklicznym trybie e-learningowym przewidującym zmienność przepisów prawnych i łatwość dostępu do niezbędnej bazy przepisów.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:



- W jakim stopniu wiedza i umiejętności nabyte dzięki udziałowi w projektach PO WER przez pracowników administracyjnych ochrony zdrowia są wg nich przydatne w ich codziennej pracy/rozwoju zawodowym?
- W jaki sposób zdobyte umiejętności są w praktyce wykorzystywane?
- W jakim zakresie wsparcie z PO WER spełniło potrzeby dotyczące podnoszenia kompetencji zawodowych przez pracowników podmiotów tworzących i płatnika?

- **W jakim stopniu wiedza i umiejętności nabyte dzięki udziałowi w projektach PO WER przez pracowników administracyjnych ochrony zdrowia są wg nich przydatne w ich codziennej pracy/rozwoju zawodowym?**

Do odpowiedzi na powyższe pytanie wykorzystano informacje płynące z badania CATI przeprowadzonego w grupie pracowników administracji i rozmów prowadzonych z przedstawicielami tej grupy. Otrzymane wyniki badania CATI pokazały, że pracownicy administracyjni, którzy brali udział w szkoleniach prowadzonych w ramach Działów 5.2, bardzo wysoko oceniają przydatność zdobytej wiedzy w codziennej pracy zawodowej – średnia wyniosła 9,0¹⁵.

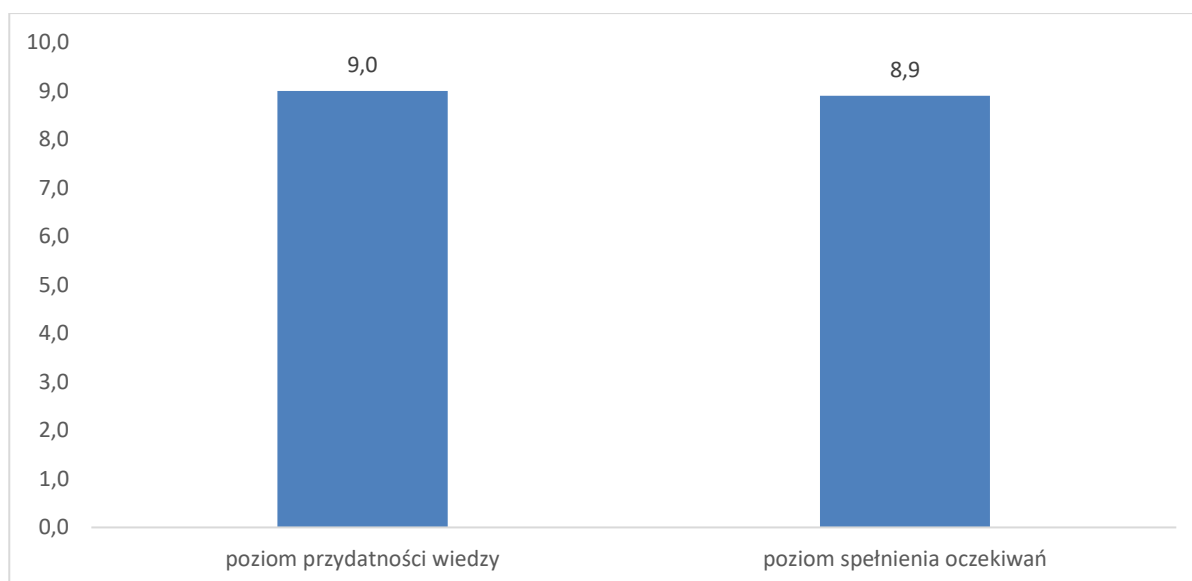
- **W jaki sposób zdobyte umiejętności są w praktyce wykorzystywane? W jakim zakresie wsparcie z PO WER spełniło potrzeby dotyczące podnoszenia kompetencji zawodowych przez pracowników podmiotów tworzących i płatnika?**

Wysoko oceniony został poziom, w jakim szkolenia spełniły oczekiwania badanych (średnia wyniosła 8,9)¹⁶. Otrzymany wynik zobrazowano poniżej.

Rysunek 14. Ocena przydatności zdobytej wiedzy oraz poziom, w jakim szkolenia spełniają oczekiwania uczestników

¹⁵ Ocena zawierała się w przedziale od 0 do 10 – im wyższy wynik, tym wyżej oceniano przydatność zdobytej wiedzy.

¹⁶ Ocena zawierała się w przedziale od 0 do 10 – im wyższy wynik, tym szkolenia bardziej spełniały oczekiwania badanych.



Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników administracji ochrony zdrowia (N=530)

Szczególnym zainteresowaniem, a także ogromną przydatnością w codziennej pracy cieszą się szkolenia z zakresu finansowego. Kwestie dotyczące przepływu środków, a także dokumentacji z tym związanej są bardzo ważne i poszerzanie wiedzy w tym zakresie wpływa pozytywnie na efektywność i skuteczność pracy kadry administracyjnej placówek medycznych. Ponadto, jako szczególnie przydatne, wskazuje się szkolenia z zakresu zarządzania personelem, a także rozliczania świadczeń. Wiedza pozyskana w trakcie wymienionych szkoleń jest niezbędna do realizacji codziennych zadań zawodowych. Warto zauważyć, że tego rodzaju szkolenia nie tyle ułatwiają pracę, ale w zasadzie są niezbędne, zwłaszcza w kontekście stosunkowo częstych zmian legislacyjnych regulujących sposób funkcjonowania instytucji.

Potrzeba szybkiej implantacji wiedzy do codziennej pracy pociąga za sobą także oczekiwania co do praktycznego charakteru kursów. Niektórzy respondenci, prowadzono z nimi bezpośrednie rozmowy, zwracali uwagę na to, że szkolenia finansowane ze środków publicznych cieszą się złą renomą, gdyż są zbyt schematyczne. Przekazywane w ich ramach informacje powielają się od lat, nie są aktualizowane i dostosowane tematycznie do branży medycznej i specyfiki poszczególnych placówek oraz zawodów w pionie administracji. W trakcie dyskusji z pracownikami administracyjnymi zwracano także uwagę na fakt, że tematyka kursów często zapożyczona jest ze środowiska naukowego, gdzie wyraźnie widać, że materiały są przygotowywane dla studentów, a potem wykorzystywane dodatkowo na szkoleniach. Takie podejście oceniane jest bardzo krytycznie – osoby pracujące w administracji uważają, że często wiedza jest mało przydatna, a „studenckie” testy i zadania



nie są zbyt zachęcające. Nastawienie na praktykę, o którym wspomiano powyżej, jest rekomendowanym rozwiązaniem.

„Natomiast ogólnie mówiąc o szkoleniach, to większość osób, jak słyszy szkolenie unijne, to nie chce w nim uczestniczyć. Są to często szkolenia, które są powielane od lat. Szkolenia, które nie zawierają aktualnych informacji. W większości są to wywody naukowe, które są opracowane dla studentów, niepotrzebne nam jako pracownikom.”

FGI (Grupa fokusowa) pracownicy administracyjni

Szkolenia powinny być bardziej zróżnicowane tematycznie i zaktualizowane. Bardzo mocno podkreślano, aby w przyszłej perspektywie finansowej szkolenia administracyjne kierowane stricte dla branży medycznej nadal uwzględniały jej specyfikę i poszczególne stanowiska administracyjne. Z pewnością sprawdza się tu e-learning, sieciowanie stanowiskowe (księgowi z różnych miast, dyrektorzy z różnych miast, itd.) oraz nastawienie na praktykę, które może być realizowane w ramach tutoringu (szkolenie w miejscu i w czasie pracy).

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jak należy prowadzić działania w obszarze kształcenia podyplomowego/doskonalenia zawodowego pracowników administracyjnych ochrony zdrowia w ramach programów operacyjnych współfinansowanych z EFS+ w latach 2021–2027?
- Co należy zmienić w stosunku do sposobu udzielania interwencji w latach 2014–2020?

- **Jak należy prowadzić działania w obszarze kształcenia podyplomowego/doskonalenia zawodowego pracowników administracyjnych ochrony zdrowia w ramach programów operacyjnych współfinansowanych z EFS+ w latach 2021–2027?**

Odpowiadając na powyższe pytanie, należy podkreślić, że do odmiennych wniosków prowadzą wyniki badania ilościowego przeprowadzonego z beneficjentami działań i pogłębione rozmowy z nimi. Wyniki badania CAWI pokazały, że wszyscy beneficjenci Działania 5.2 są zdania, że należy prowadzić podobne działania w stosunku do sposobu udzielania interwencji w latach 2014–2020. Natomiast wywiady, z których wnioski przedstawiono poniżej, ujawniły elementy wymagające modyfikacji. Tę rozbieżność można tłumaczyć faktem, że odpowiedź udzielona w ankiecie ma charakter ogólnej deklaracji



wyrażającej aprobatę dla kontynuacji działań wspierających rozwój zawodowy i kompetencyjny pracowników. Wywiady pogłębione pozwoliły na wyrażenie opinii i ocen oraz selekcję tych elementów, których modyfikację należy rozważyć.

Niektórzy z respondentów (w przeciwieństwie do tych, którzy preferowali homogeniczne grupy) podkreślali m.in. wagę postawienia na interdyscyplinarność szkoleń i tworzenia grup heterogenicznych zawodowo, lecz homogenicznych ze względu na miejsce pracy. Ich zdaniem należy odejść od zamykania uczestników we własnych „bańkach” zawodowych, dlatego w przypadku szkoleń prowadzonych on-line tak ważna jest formuła warsztatowa, która wiąże się z przydzielaniem osób z różnych środowisk do jednej grupy, a także modyfikowania grup w trakcie trwania szkolenia, aby niejako wymusić networking i wymianę doświadczeń nie tylko w ramach jednej placówki, ale przede wszystkim na większą skalę. Dlatego, tak jak w przypadku szkoleń na żywo, ciekawym podejściem jest praca w ramach jednej organizacji/placówki zdrowia, tak w przypadku szkoleń on-line interesujące i nowatorskie jest otwieranie uczestników na współpracę i wymianę wiedzy pomiędzy różnymi środowiskami (tj. placówkami medycznymi z różnych rejonów Polski). Taka komunikacja służy przede wszystkim przekazywaniu dobrych praktyk, wskazywaniu nowych rozwiązań bieżących problemów, czy po prostu urozmaiceniu pracy zdalnej w ramach szkoleń.

- **Co należy zmienić w stosunku do sposobu udzielania interwencji w latach 2014–2020?**

Interdyscyplinarne szkolenia na żywo mogą i powinny być uzupełnieniem oferty szkoleń indywidualnych w grupach monozawodowych. Wnoszą one wartość dodaną w postaci wypracowywania standardów współpracy w ramach danych placówek. Pokazują, jak zespół powinien działać, aby zoptymalizować pewne procesy i wzajemnie nie wchodzić sobie w drogę. Wskazują na obszary zaniedbane, które wymagają wsparcia ze strony reszty zespołu. Tego rodzaju szkolenia powinny być mocno praktyczne i interaktywne, np. opierać się na schematach zaczerpniętych z gier terenowych – wspólny cel, problem do rozwiązania, konieczność współpracy, itd.

„Bo nam się ta interdyscyplinarność sprawdza. Zaczęliśmy od interdyscyplinarności na poziomie pojedynczej placówki. Natomiast to, co wychodzi nam, to rzeczywiście, że ludzie szukają. To jest to, co Pan powiedział, networkingu kontaktu. Więc na pewno trzeba to wzmacniać. Myślę, że tak jak powiedziałam obszary finansowe to te, gdzie widzimy, że zgłasza się dużo pracowników, również spoza działów typowo finansowych.”

Beneficjent 3, PO WER 5.2



W wywiadach pojawiły się głosy świadczące o tym, że są pewne problemy na etapie rekrutacji uczestników do szkoleń. Zwykle chętnych jest wystarczająca liczba, jednak problem polega na tym, że te szkolenia nie są obowiązkowe. Osoby zgłaszające się nie ponoszą żadnych konsekwencji związanych z rezygnacją (nawet w ostatniej chwili) lub w ogóle niepojawieniem się na kursie. Powoduje to, że firmy szkolące muszą sobie radzić z problemem, rekrutując nadmiarową liczbę uczestników – wiedząc z doświadczenia i zakładając, że nie ma pewności, ile osób faktycznie pojawi się na spotkaniach. To zjawisko, jeśli nie byłoby zwiększonej puli miejsc, prowadziło do braku realizacji wskaźników w projekcie. Przy zastosowanej praktyce zaradczej wskaźniki są realizowane często ponad normę, ale jednocześnie niestety przekłada się to na problemy budżetowe.

„Natomiast cały problem pojawia się taki, że ktoś po prostu zapisuje się i nie uprzedza o tym, że zrezygnuje albo zapisuje się, a potem na przykład, nie wiem, nie dostaje urlopu albo tam z jakiegoś powodu nie przychodzi i zajmuje to miejsce. Z tym musimy, żeby mieć komplet, to znaczy, żeby nie było tak, że nie uzyskamy pewnych wskaźników. My przyjmujemy na listy więcej osób niż jest miejsc nominalnie. Co oczywiście prowadzi do tego, że niekiedy te osoby, no jest po prostu potem więcej miejsc i więcej osób, bo wszyscy przychodzą.”

Beneficjent 4, PO WER 5.2

Bardzo ważne jest także, aby studia podyplomowe i kursy prowadziły właściwie dobrane do tego osoby/eksperti. Uczestnicy działań edukacyjnych oczekują wiedzy praktycznej, popartej doświadczeniem. Jednak ze względu na brak pełnej kontroli nad procesem rekrutacji trenerów pojawiają się też edukatorzy niewystarczająco przygotowani lub niespełniający pewnych oczekiwań. Ich nieudolną pracę trzeba później usprawiedliwiać wobec uczestników szkoleń lub w inny sposób rekompensować. Czasami cele i założenia szkoleń nie są w pełni osiągnięte. Stąd pojawia się rekomendacja, aby proces rekrutacji kadry szkoleniowej zmodyfikować w przyszłości w taki sposób, który pozwoliłby na odsianie jednostek nieodpowiednich do wykonywania tej pracy.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytanie ewaluacyjne:

- Czy potrzeby szkoleniowe są możliwe do zaspokojenia w ramach finansowania ze środków publicznych, w tym z EFS (EFS+), czy też należy je uzupełnić działaniami finansowanymi z innych źródeł (jakich)?



Obecne na rynku szkoleniowym firmy i instytucje oferujące szkolenia dla kadry administracyjnej podmiotów leczniczych nie prowadzą analiz potrzeb, same oferują szkolenia, które ich zdaniem powinny cieszyć się zainteresowaniem. Tak dzieje się w przypadku pojawienia się nowej regulacji prawnej, nowego sposobu rozliczania świadczeń medycznych, reorganizacji systemu ochrony zdrowia. W sytuacji wdrażania ustawy o działalności leczniczej, o systemie jakości w ochronie zdrowia, rozporządzenia RODO czy wprowadzania pakietu onkologicznego oferty prywatnych instytucji szkoleniowych w głównej mierze dotyczyły tej tematyki. W przypadku braku takich okazji oferta jest bardziej uniwersalna i dotyczy zamknięcia roku podatkowego (oferta dla kadr finansowo-księgowych), zarządzania czasem, asertywności oraz prowadzenia dokumentacji medycznej. Propozycje te opierają się o znaną w ekonomii regułę J.B. Say'a, zgodnie z którą podaż kreuje swój własny popyt. Tak więc firmy szkoleniowe, same oferując określony rodzaj szkoleń, budowały ofertę całego rynku. Badania potrzeb szkoleniowych, jak również zapotrzebowania na określone kompetencje prowadzone są najczęściej (co wynika z ich kosztowności) przez instytucje naukowe lub są realizowane jako projekty zamawiane. Z badania „Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyce w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce”¹⁷ wynika potrzeba szkoleń pracowników finansowo-księgowych z zakresu kwestii rozliczeniowych, prawno-organizacyjnych oraz zarządzania. Warto jednak zwrócić uwagę na kontekst tego badania, mianowicie, że było ono realizowane w czasach istotnego deficytu podobnych szkoleń w warunkach komercyjnych i w momencie ważnych zmian organizacyjno-prawnych w systemie ochrony zdrowia. W obecnej analizie wyniki te powinny być więc brane pod uwagę jedynie kontekstowo.

Dla prawidłowego funkcjonowania systemu zdrowia istotne jest stałe podnoszenie wiedzy m.in. w zakresie przepisów prawa finansowego, zasad funkcjonowania ochrony zdrowia i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, zasad sprawozdawczości dotyczącej ww. świadczeń dla NFZ. Ważne jest także doskonalenie umiejętności z zakresu porozumiewania się z pacjentem, rodziną chorego oraz współpracownikami.

Z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, zasadnym jest także stałe podnoszenie kompetencji administracyjnych konsultantów krajowych i wojewódzkich w zakresie przeprowadzania oceny technologii medycznych (ang. HTA, Health Technology Assessment).

¹⁷ Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyce w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce, Badanie ewaluacyjne zrealizowane na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, IBC Group Central Europe Holding S.A., Warszawa, 2011.



Obowiązkowe w ramach działania 5.2 były szkolenia związane z:

- a) rozwojem zdolności analitycznych oraz audytu wewnętrznego pracowników sektora ochrony zdrowia,
- b) działaniami antykorupcyjnymi (postępowanie antykorupcyjne, przejawy działań nieetycznych, metody zwalczania korupcji, utrwalenie pozytywnych wzorców zachowań w przypadku wystąpienia zjawisk niepożądanych) adresowanymi m.in. do osób zatrudnionych w pionach administracyjnych podmiotów leczniczych oraz lekarzy i managerów ochrony zdrowia, w tym osób zajmujących się zamówieniami publicznymi,
- c) oceną technologii medycznych (HTA – Health Technology Assessment) – w ramach szkolenia konsultantów w ochronie zdrowia,
- d) funkcjonowaniem pionów administracyjno-technicznych i finansowych podmiotów leczniczych z zakresu HB - HTA (Hospital Based Health Technology Assessment),
- e) metodologią, monitorowaniem i zarządzaniem badaniami klinicznymi,
- f) zarządzaniem finansowym, operacyjnym oraz zarządzaniem personelem podmiotów leczniczych oraz wykorzystywaniem map potrzeb zdrowotnych,
- g) zwiększaniem kompetencji pracowników urzędów wojewódzkich, jednostek samorządu terytorialnego oraz stacji sanitarno-epidemiologicznych związanych z realizacją zadań z zakresu zdrowia publicznego (w szczególności w zakresie identyfikacji i przeciwdziałania zagrożeniom epidemiologicznym),
- h) ofertą studiów MBA dla kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi świadczącymi usługi medyczne.

Uwzględnivszy wymieniony powyżej – bardzo szeroki – katalog tematyczny, odpowiadając jednocześnie na pytanie badawcze, można stwierdzić, że potrzeby szkoleniowe są możliwe do zaspokojenia z wykorzystaniem środków publicznych. Można je uzupełniać z innych źródeł (np. komercyjnych) w szczególności w obszarach takich, jak tworzenie systemów informacyjnych podmiotu leczniczego (w tym zarządzanie dokumentacją medyczną, ochrona danych osobowych w działalności leczniczej). Analiza produktowa, jak również analiza danych dotyczących liczby osób objętych wsparciem świadczą o tym, że potrzeby te mogą być zaspokojone.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:



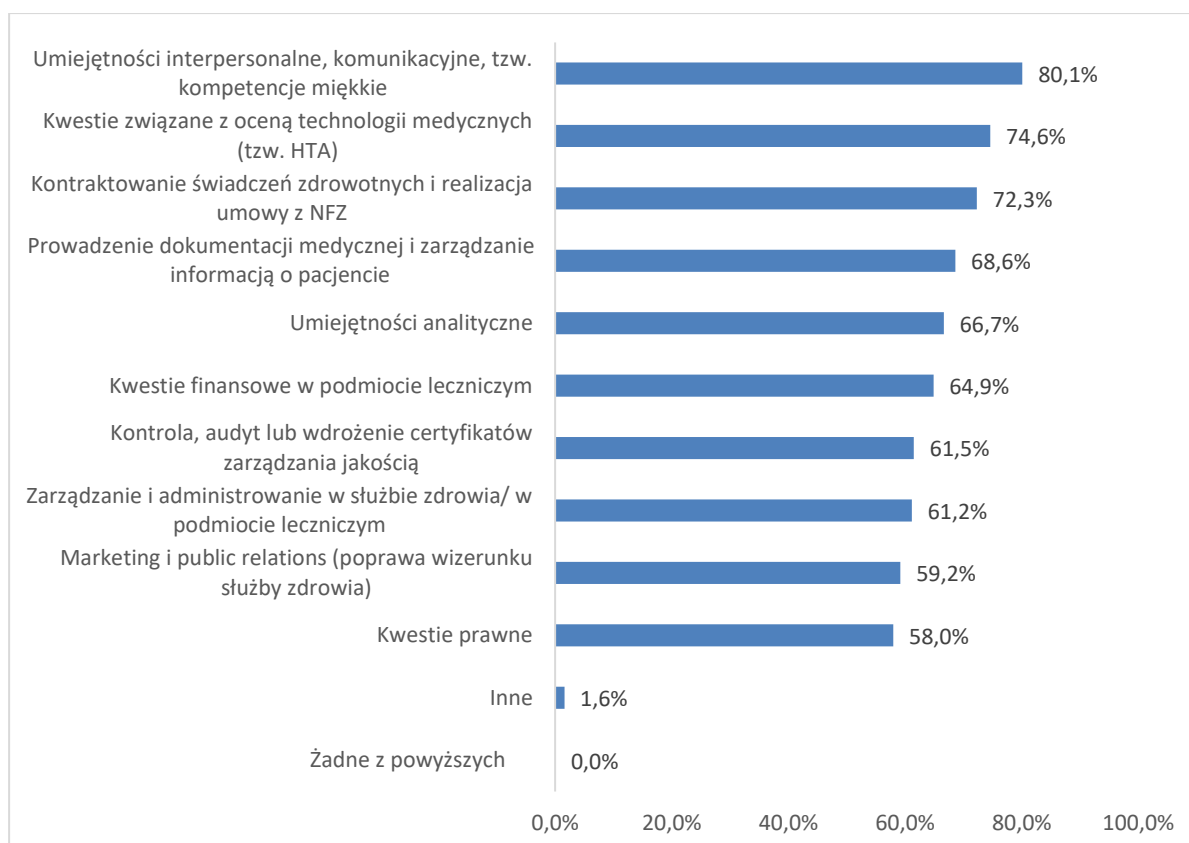
- Które ze stosowanych w projektach PO WER form wsparcia oraz metod przekazywania wiedzy pracownikom administracyjnym należy uznać za najbardziej skuteczne w kontekście zaprogramowania przyszłego wsparcia z EFS+ i na jakiej podstawie?
- Jakie nowe metody/formy/narzędzia szkoleń można zastosować w przyszłości?
- Jakie formy/metody/narzędzia szkoleń sprawdziły się w szkoleniach dla innych grup zawodowych i mogą być wykorzystane dla kadr medycznych?

- **Które ze stosowanych w projektach PO WER form wsparcia oraz metod przekazywania wiedzy pracownikom administracyjnym należy uznać za najbardziej skuteczne w kontekście zaprogramowania przyszłego wsparcia z EFS+ i na jakiej podstawie?**

Przeanalizowane zostały wyniki badania CATI z pracownikami administracyjnymi. Bardzo wysoko oceniono poziom, w jakim metody i formy udostępniania wiedzy na szkoleniach były przekazywane uczestnikom (średnia wyniosła 9,0¹⁸). Dodatkowo badanie CASI pokazało, że w grupie pracowników administracyjnych obszarami tematycznymi, z których szkoleniami wykazali zainteresowanie, były: umiejętności interpersonalne, komunikacyjne, zagadnienia związane z oceną technologii HTA oraz kontraktowanie świadczeń zdrowotnych i realizacji umów NFZ (por. rysunek 15). Szczegółowe zainteresowanie poszczególnymi obszarami tematycznymi przedstawiono poniżej.

Rysunek 15. Obszary tematyczne, którymi są zainteresowani pracownicy administracyjni

¹⁸ Ocena zawierała się w przedziale od 0 do 10 – im wyższy wynik, tym wyżej oceniano jakość przekazywanej wiedzy i stosowanych form wsparcia.



Źródło: badanie CASI z przedstawicielami zawodów medycznych oraz pracownikami administracji ochrony zdrowia, którzy nie zostali dotychczas objęci wsparciem PO WER (N=564)

- **Jakie nowe metody/formy/narzędzia szkoleń można zastosować w przyszłości? Jakie formy/metody/narzędzia szkoleń sprawdziły się w szkoleniach dla innych grup zawodowych i mogą być wykorzystane dla kadr medycznych?**

Bardzo dobrym pomysłem jest wprowadzanie szkoleń hybrydowych – a zatem łączących elementy rozgrywające się on-line/zdalnie z częścią praktyczną, która odbywa się na żywo. Jest to sposób na oszczędzenie pewnych zasobów – zarówno po stronie uczestników, jak i organizatorów, które przeznaczane były do tej pory na organizację szkoleń teoretycznych na żywo. Jest to także sposób na ułatwienie organizacji i logistyki związanej z udziałem w szkoleniach. Wzorując się na dobrych praktykach, należy planować szkolenia zdalne/on-line w formie serii krótszych wykładów/prezentacji – raczej nie stawiać na kilkugodzinne formy.

Z całą pewnością można promować i upowszechniać szersze zastosowanie w trakcie szkoleń gier strategicznych. To symulacje realnych problemów do rozwiązania w warunkach służbowych, które obejmują konieczność wymiany informacji oraz podejmowania trudnych decyzji przez różne grupy specjalistów w ramach kadry administracyjnej. Tego rodzaju szkolenia służą podkreśleniu roli funkcjonowania w zgranym, rozumiejącym się i



współpracującym zespole. Wpływają na poprawienie komunikacji pomiędzy uczestnikami, a także niwelują dotychczasowe uprzedzenie czy dystans, które mogły wpływać na jakość współpracy pomiędzy kolegami/koleżankami w danej placówce.

„Bardzo zainteresowała nas, jeżeli chodzi o zarząd, jak również kierowników oddziałów, brali udział z naszego szpitala, zarząd, kierownicy jako lekarze oraz pielęgniarki oddziałowe i koordynatorzy oddziału, jak również kadra zarządzająca administracji, czyli kadry, księgowość, dział kontraktowania, to podobała nam się bardzo gra decyzyjna, którą nam zaproponowano i powiem szczerze, że wszyscy później dyskutowali na temat tej gry, jak również podejmowanych decyzji i dlaczego na przykład dana grupa podjęła akurat tę decyzję. Jeżeli chodzi o gry decyzyjne, naprawdę jesteśmy pod wrażeniem jako szpital dla dzieci.”

FGI (Grupa fokusowa) pracownicy administracyjni

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- W jakim stopniu potrzeby w zakresie kształcenia podyplomowego/dokształcania zawodowego kadr administracyjnych sektora ochrony zdrowia są zaspokajane przez podmioty szkoleniowe na zasadach komercyjnych, a w jakim – poprzez projekty dofinansowane ze środków publicznych (z UE oraz budżetu państwa/budżetów JST)?
- Czy te proporcje w zakresie podaży szkoleń i innych form podnoszenia kompetencji umożliwiają pracownikom sektora ochrony zdrowia powszechny dostęp do specjalistycznej wiedzy?

- **W jakim stopniu potrzeby w zakresie kształcenia podyplomowego/dokształcania zawodowego kadr administracyjnych sektora ochrony zdrowia są zaspokajane przez podmioty szkoleniowe na zasadach komercyjnych, a w jakim – poprzez projekty dofinansowane ze środków publicznych (z UE oraz budżetu państwa / budżetów JST)?**

Oferta szkoleń komercyjnych adresowanych dla pracowników administracyjnych podmiotów leczniczych jest bogata, obejmuje ponad 400 firm zrzeszonych w Polskiej Izbie Firm Szkoleniowych, a wg danych HRstandard.pl ilość firm oferujących szkolenia wynosi ponad 2500, uzupełnia ją ponad 10.000 niezależnych trenerów (np. pracowników sektora szkolnictwa wyższego). Działalność szkoleniowo-edukacyjna nie jest działalnością rejestrowaną, można opierać się w analizach statystycznych jedynie o wysycenie



wykorzystania kodu PDK 85.59.B – Pozaszkolne formy edukacji. Ponadto nie istnieją publiczne dane, na podstawie których można stwierdzić, jakie firmy faktycznie prowadzą działalność i które z nich oferują swoje usługi dla sektora zdrowia. Dodatkowo zestawienie to uzupełniają publiczne i prywatne uczelnie, które proponują różnego rodzaju studia podyplomowe w dziedzinach cieszących się zainteresowaniem pracowników administracyjnych podmiotów leczniczych (brak jednolitych danych na temat takiej oferty).

Przeprowadzone badanie eksperckie (desktop, analiza dostępnych zasobów Internetu, analiza źródłowa) świadczą o istnieniu szerokiej oferty dotyczącej zarówno kwestii finansowo-księgowych, psychologicznych, jak i związanych z zarządzaniem instytucjami opieki zdrowotnej i społecznej. Analiza CAWI przeprowadzona wśród pracowników administracyjnych i zarządzających dowodzi jednak, że pomimo tak ogromnej dostępności do oferty szkoleniowej na rynku komercyjnym, zgłaszane są takie mankamenty szkoleń jak:

- a) niedostosowanie treści do potrzeb podmiotu leczniczego (np. poruszanie zagadnień w oparciu o przykłady innych instytucji gospodarczych),
- b) brak specyficznych ofert dotyczących ochrony zdrowia (np. szkolenia z zakresu RODO nieobejmujące kwestii relacji z pacjentami),
- c) budowanie oferty szkoleń finansowanych bez wzięcia pod uwagę specyfiki rachunku kosztów podmiotów leczniczych (np. korzystanie z analiz opartych o rachunek kosztów działań czy rachunek kosztów docelowych, niestosowane szeroko w ochronie zdrowia; pomijanie rachunku kosztów pełnych – stosowanego w podmiotach leczniczych),
- d) angażowanie trenerów, którzy nie mają doświadczenia w szkoleniach pracowników podmiotów leczniczych (np. brak znajomości terminologii medycznej lub związanej z ochroną zdrowia, brak doświadczenia w zakresie wyników i przebiegu kontroli podmiotów leczniczych).

Podobne obiekcje zgłaszano także w trakcie bezpośrednich rozmów z uczestnikami szkoleń, podczas których deklarowano większe zainteresowanie ministerialnymi szkoleniami finansowanymi ze środków publicznych. Pracownicy administracyjni byli generalnie mniej zadowoleni ze szkoleń komercyjnych, w ramach których organizowane są wykłady i warsztaty prowadzone często przez osoby nieznające specyfiki branży medycznej. Ich pomoc dotyczy często tematów zbyt ogólnych lub niedostosowanych do potrzeb kadr administracyjnych placówek medycznych.



Powyższe uwagi prowadzą do wniosku, że oferta komercyjna adresowana do pracowników administracyjnych podmiotów leczniczych – mimo że bardzo szeroka – nie stanowi oparcia dla osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Zainteresowaniem cieszą się te firmy, które znane są z profesjonalnego przygotowania oferty dedykowanej ochronie zdrowia i zatrudniania kompetentnych trenerów. Jak dowodzi badanie, oferta ta jest jednak niewystarczająca.

- **Czy te proporcje w zakresie podaży szkoleń i innych form podnoszenia kompetencji umożliwiają pracownikom sektora ochrony zdrowia powszechny dostęp do specjalistycznej wiedzy?**

Biorąc pod uwagę powyżej przytoczone fakty, należy stwierdzić, że potrzeby szkoleniowe pracowników administracyjnych sektora ochrony zdrowia w niewielkim zakresie są zaspokajane przez rynek komercyjny. W znacznie większym stopniu – dzięki postawieniu wysokich wymagań merytorycznych w konkursie – oferta szkoleń finansowanych ze środków publicznych jest bardziej adekwatna i lepiej spełnia wymagania i potrzeby pracowników administracyjnych. Podaż szkoleń na rynku komercyjnym w ogólnym ujęciu zapewnia możliwość spełnienia oczekiwań i potrzeb, jednak w kontekście jakości tych szkoleń (satysfakcji pracowników z uzyskanej wiedzy) już potrzeby te nie są w pełni spełnione.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Z jakich obszarów tematycznych/w zakresie jakich umiejętności w pierwszej kolejności należy szkolić/dokształcać pracowników administracyjnych ochrony zdrowia?
- Z jakich form wsparcia należy zrezygnować, gdyż nie są one istotne?

- **Z jakich obszarów tematycznych/w zakresie jakich umiejętności w pierwszej kolejności należy szkolić/dokształcać pracowników administracyjnych ochrony zdrowia?**

W kontekście istniejących już i zwiększających się niedoborów kadry administracyjnej podmiotów leczniczych (co obserwuje się i na co zwracają uwagę respondenci, w szczególności w kontekście osób zaangażowanych w zarządzanie kadrami, rozliczenia finansowe, zarządzanie inwestycjami, systemy informatyczne, zarządzanie bezpieczeństwem epidemiologicznym i w warunkach kryzysowych) obecna kadra ma przed sobą ogromne wyzwanie, co przekłada się na zwiększone potrzeby szkoleniowe. Obszary te



definiowane są właśnie przez potrzeby, jakie wiążą się z koniecznością zatrudnienia określonych osób na stanowiskach w szpitalach, przychodniach, w których oczekuje się specjalistycznych kompetencji dedykowanych pracownikom sektora ochrony zdrowia, nie zawsze zbieżnych z kompetencjami osób, które uzyskały je poza tym sektorem (np. w zakresie zarządzania kadrami). Obserwowane w tym zakresie niedobory kadrowe często prowadzą do przeciążenia obowiązkami obecnych pracowników, potrzeby wielozadaniowości czy – coraz częściej – przekazywania zadań o mniejszym ciężarze gatunkowym osobom niedoświadczonym. Kadra administracyjna jest zobowiązana, pomimo trudności organizacyjnych, a także finansowych (warto zauważyć, że ustawowe regulacje wynagrodzeń w ochronie zdrowia nigdy nie obejmowały pracowników administracji, tak więc istnieje duża różnica w średniej wysokości wynagrodzenia pracownika administracji w porównaniu z pielęgniarką, położną czy lekarzem), do tego, aby, nie zważając na trudności, sprawnie zarządzać procesami, które występują w placówkach medycznych, w tym także tych dotyczących sfery medycznej. Wskutek przeprowadzonego badania dostrzeżono, że dużym wyzwaniem są kwestie sprawnej komunikacji personelu w sytuacjach napięcia i niedoborów.

„Po pierwsze, moim zdaniem trzeba bardzo mocno inwestować w kompetencje kadry administracyjnej. Tak żeby mogła być przygotowana na to przyjęcie jak największej ilości zadań realizowanych dzisiaj... Być może niepotrzebnie przez personel medyczny, a także do tego, żeby dobrze projektować proces. Tak, żeby on nie był redundantny. Tak, żeby nie powiełał, żeby rzeczywiście rzadkie zasoby medyczne angażować w sposób nie większy niż to konieczne i łącznie do zadań, które generują wartość daną dla końcowego użytkownika, czyli dla pacjenta.”

Beneficjent 3, PO WER 5.2

Niedostateczna liczba pracowników administracji, ograniczony dostęp do specjalistycznych usług i sprzętu prowadzą często do konfliktów zarówno wewnątrz zespołów, jak i w ewentualnym kontakcie z pacjentami. Rekomendowane w wyniku przeprowadzonego badania szkolenia obejmują m.in. zakresy:

- zarządzania konfliktem,
- mediacji,
- zarządzania operacyjnego (w perspektywie do 12 miesięcy),
- zarządzania strategicznego podmiotem leczniczym (w perspektywie powyżej 12 miesięcy, w tym ze szczególnym uwzględnieniem planowania wystąpienia zjawisk

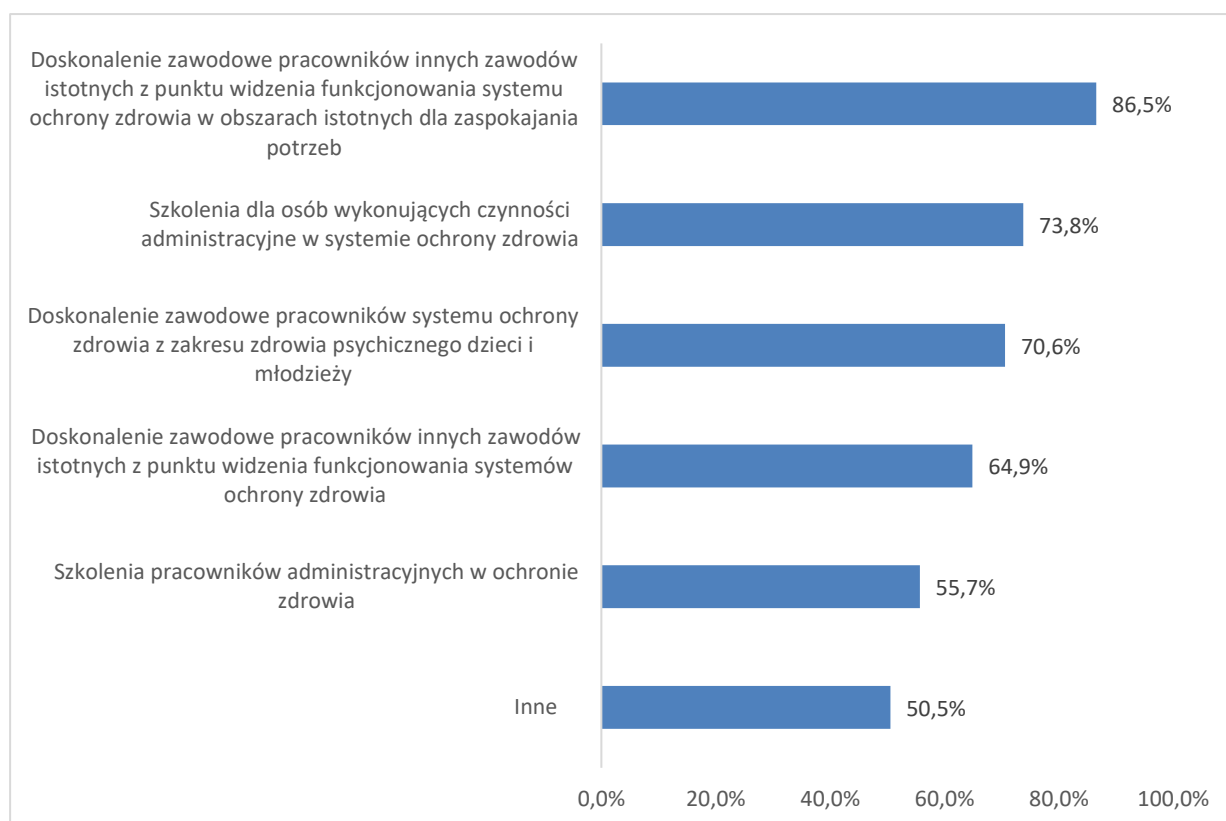


epidemicznych, zarządzania w warunkach kryzysu, współpracy pomiędzy różnymi ośrodkami decyzyjnymi w regionie),

- zarządzania finansowego, w tym poprawy efektywności w zakresie ewidencjonowania kosztów,
- szerszego wykorzystywania w bieżącym zarządzaniu podmiotami leczniczymi narzędzi z dziedziny „business intelligence (BI)”, tzn. zautomatyzowanych systemów wspierających bieżące podejmowanie decyzji zarządczych opartych o dane aktualne, a nie historyczne.

Szkoleniami, które cieszyłyby się zainteresowaniem grupy pracowników administracyjnych, było doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarach istotnych dla zaspokajania potrzeb. Szczegółowe wyniki przedstawiono poniżej.

Rysunek 16. Szkolenia, którymi są zainteresowani pracownicy administracyjni



Źródło: badanie CASI z przedstawicielami zawodów medycznych oraz pracownikami administracji ochrony zdrowia, którzy nie zostali dotychczas objęci wsparciem PO WER (N=564)

- **Z jakich form wsparcia należy zrezygnować, gdyż nie są one istotne?**



Przedstawione wyżej obszary stanowią rekomendację w zakresie priorytetów szkoleniowych kadry administracyjnej podmiotów leczniczych. Do szkoleń, z których należy zrezygnować lub których zakres należy ograniczać, należą szkolenia o charakterze wiedzy ogólnej, nieprzypisanej specyficznie do działalności szpitali i współpracy pracowników w zespołach zadaniowych w sektorze ochrony zdrowia, tj. ogólne aspekty zarządzania, ogólne aspekty komunikacji interpersonalnej, poprawa ogólnych kompetencji cyfrowych, w tym w zakresie obsługi urządzeń biurowych i ogólnodostępnych systemów informatycznych.

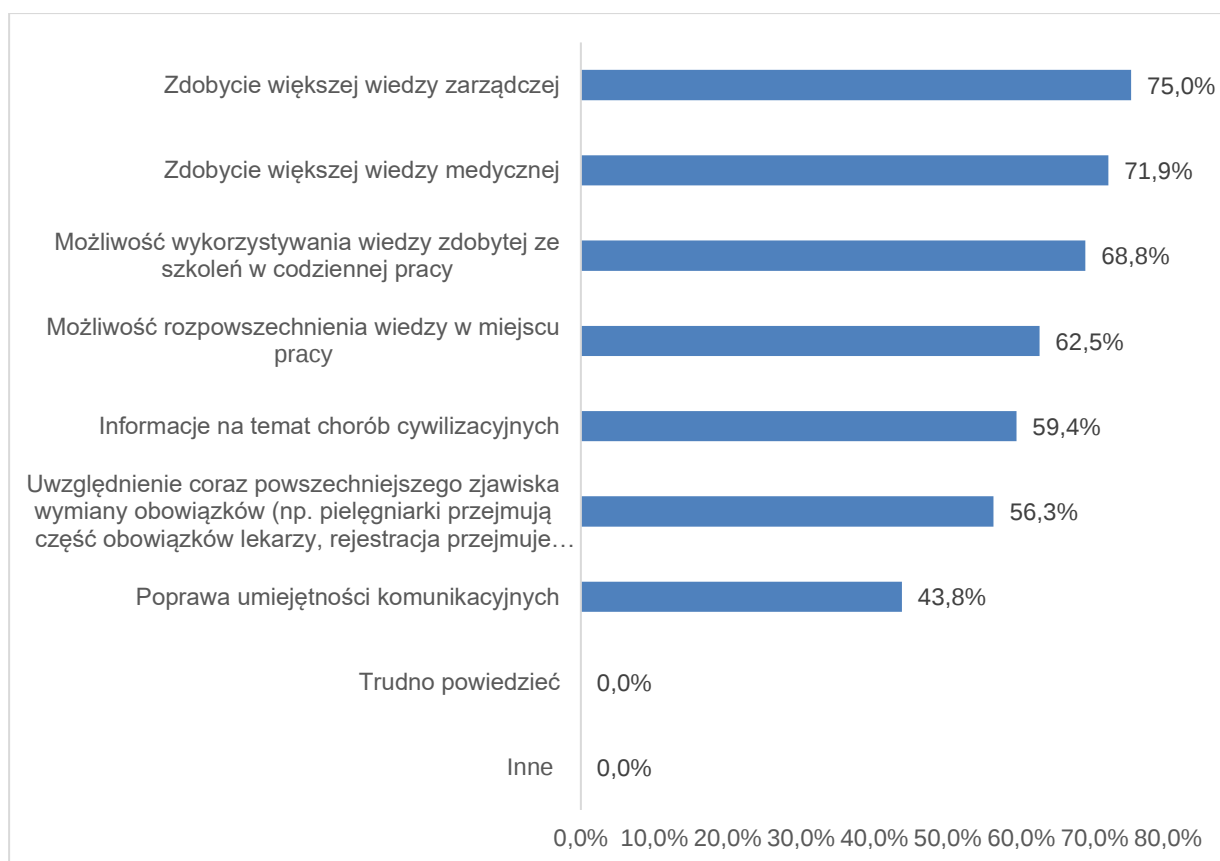
W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jakie czynniki są najbardziej istotne dla zapewnienia maksymalnej przydatności/użyteczności szkoleń skierowanych do pracowników sektora ochrony zdrowia?
- Jak należy udzielać przedmiotowego wsparcia szkoleniowego w ramach PO WER?
- Jakie powinny być kryteria oceny jakości tego wsparcia?

- **Jakie czynniki są najbardziej istotne dla zapewnienia maksymalnej przydatności/użyteczności szkoleń skierowanych do pracowników sektora ochrony zdrowia?**

Beneficjenci Działania 5.2 za czynniki, które istotnie zwiększają użyteczność szkoleń, uznali: zdobycie wiedzy zarządczej (75,0%), zdobycie większej wiedzy medycznej (71,9%) oraz możliwość wykorzystania wiedzy w codziennej pracy (68,8%). Szczegółowe wyniki przedstawiono na poniższym rysunku.

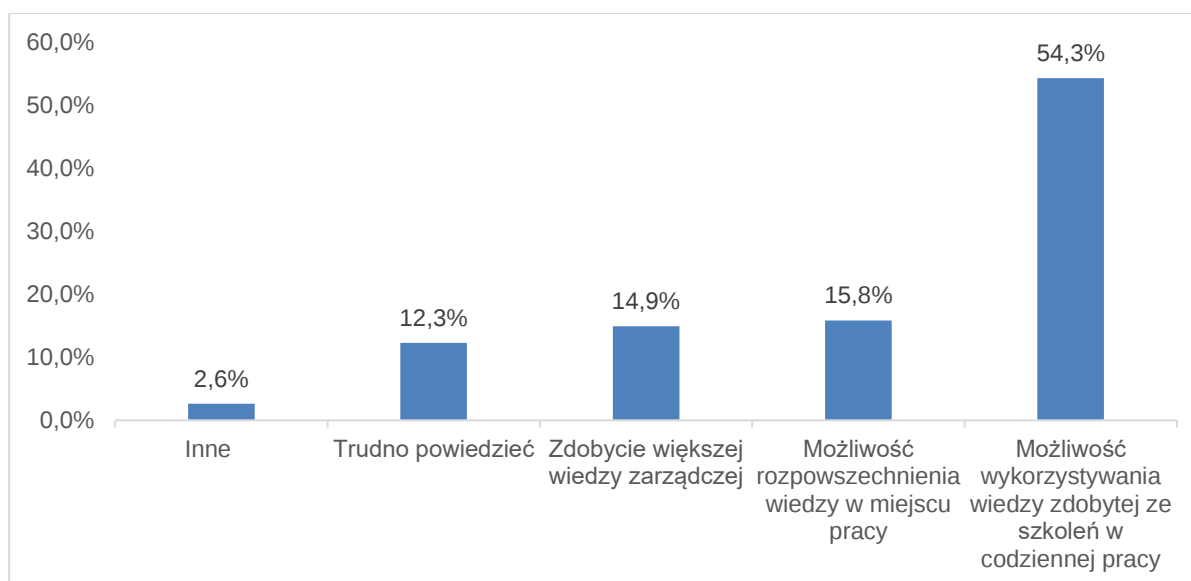
Rysunek 17. Czynniki zwiększające użyteczność szkoleń



Źródło: badanie CAWI z beneficjentami Działania 5.2 (N=32)

Pracownicy administracji medycznej, którzy wzięli udział w szkoleniach PO WER (badanie CATI), jako czynnik zwiększający przydatność szkoleń wskazywali głównie możliwość wykorzystania zdobytej wiedzy w codziennej pracy (54,3%). Pozostałe czynniki wybierane były przez mniej niż 20% respondentów (por. rysunek poniżej). Wskazany rozkład preferencji koresponduje z wcześniej przytaczanymi opiniami dotyczącymi oczekiwanych cech szkolenia. Kolejny raz zwraca bowiem uwagę fakt, że kluczowe dla oceny szkolenia są jego praktyczność i możliwość bezpośredniego wykorzystania zdobytej wiedzy w codziennej pracy.

Rysunek 18. Czynniki zwiększające użyteczność szkoleń



Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników administracji ochrony zdrowia (N=530)

Wśród czynników istotnych dla zapewnienia maksymalnej użyteczności szkoleń skierowanych dla kadry administracyjnej placówek medycznych można wyróżnić:

- organizację szkoleń hybrydowych (łączyących elementy warsztatowe/praktyczne z nauką zdalną),
- tworzenie szkoleń z obsługi narzędzi cyfrowych i oprogramowania dedykowanych pracy w sektorze ochrony zdrowia (np. systemy finansowo-księgowe obsługujące szczególnie rodzaj wykorzystywanego modelu rachunku kosztów), system HIS (Hospital Information System), system ERP (Enterprise Resources Planning), systemy BI (Business Intelligence), systemy obrazowania diagnostycznego, systemy wsparcia zaplecza logistycznego (m.in. zamówienia publiczne – w tym grupowe i zintegrowane, zarządzanie majątkiem trwałym, zarządzanie oprogramowaniem, itp.),
- tworzenie zarówno szkoleń dedykowanych dla poszczególnych funkcji administracyjnych w zakresie wiedzy najbardziej przydatnej na danym stanowisku (np. dla kadry zarządczej, pracowników zajmujących się budżetem i sprawozdaniami finansowymi), jak i szkoleń dla szerszych grup obejmujących kwestie współpracy w zespole w ramach jednej placówki, czyli dwutorowe podejście w działaniach edukacyjnych w tym sektorze,
- zwrócenie uwagi na kwalifikacje kadry szkoleniowej – stworzenie wytycznych weryfikujących dobór wykładowców pod względem doświadczenia w pracy w sektorze ochrony zdrowia lub jednostkach sektorów obsługujących (np. kancelariach prawnych, firmach księgowych zajmujących się obsługą/doradztwem sektorowi zdrowia, etc.), umiejętności prezentacyjnych, a także cech „miękkich”, takich jak



charyzma czy umiejętność zaangażowania uczestników, w szczególności zatrudnianie trenerów z doświadczeniem w zarządzaniu podmiotami leczniczymi będących ekspertami na rynku szkoleniowym w branży ochrony zdrowia,

- programowanie szkoleń opartych o moduły możliwe do zrealizowania w czasie wolnym od pracy lub w czasie przeznaczonym przez pracodawcę na podnoszenie kompetencji,
 - certyfikacja uczestników, którzy ukończą szkolenia, poprzez rekomendowanie realizowania szkoleń przez podmioty wpisane do Rejestru Instytucji Szkoleniowych (RIS) w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy; celem takiej standaryzacji może być umożliwienie ciągłej poprawy jakości szkoleń i dążenie do profesjonalizacji rynku szkoleniowego w sektorze ochrony zdrowia,
 - wprowadzenie mechanizmów weryfikujących spełnienie obowiązku uczestnictwa w szkoleniach, na które dana osoba wcześniej się zgłosiła – np. konieczności zwrotu nakładów poniesionych na organizację szkolenia w przypadku nieuzasadnionej rezygnacji z udziału bez odpowiedniego wyprzedzenia; rozwiązanie to pozwoliłoby na szersze możliwości zaoferowania szkolenia osobom, które nie zostały zakwalifikowane na etapie rekrutacji, a których obecność spełnia kryteria rekrutacji do projektu,
 - organizowanie szkoleń z zakresu umiejętności miękkich (tj. komunikacja z pacjentem, współpraca w zespole zadaniowym, budowanie relacji intergrupowych w środowisku pracowników ochrony zdrowia, zarządzanie czasem pracy w warunkach stresu zadaniowego, zarządzanie konfliktem w miejscu pracy w podmiocie leczniczym i in.).
- **Jak należy udzielać przedmiotowego wsparcia szkoleniowego w ramach PO WER? Jakie powinny być kryteria oceny jakości tego wsparcia?**

Jeśli chodzi o kryteria oceny wsparcia – respondenci zgodnie deklarowali, że ewaluacja powinna opierać się na badaniach satysfakcji uczestników, pozyskaniu ich opinii i oceny zarówno dotyczących merytoryki spotkań, jak i metodologii przekazywania wiedzy. Wśród kryteriów powinny znaleźć się między innymi czynniki takie jak:

- dobór formy szkolenia,
- skuteczność przekazywania informacji,
- długość szkolenia,
- zaangażowanie prowadzącego,
- przydatność przekazywanych informacji,
- kompleksowość przekazywanej wiedzy,



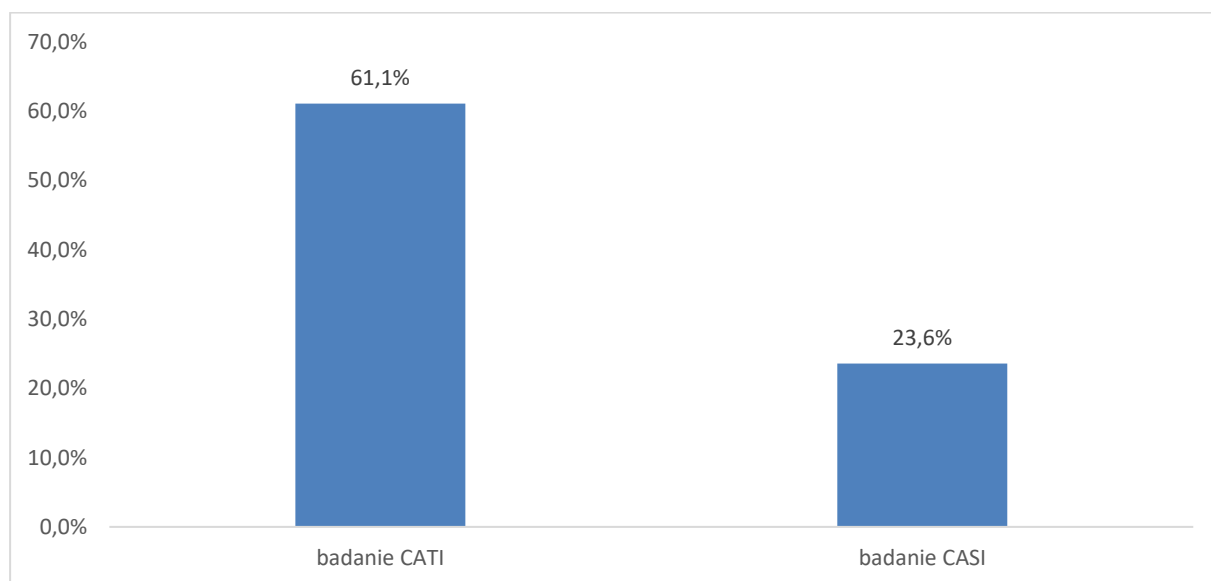
- kwestie organizacyjne/logistyczne – miejsce spotkania, organizacja spotkania,
- przełożenie wiedzy ze szkolenia na praktykę codziennej pracy.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytanie ewaluacyjne:

- Czy istnieją bariery w dostępie do doksztalcania zawodowego pracowników administracyjnych ochrony zdrowia? Jeśli tak, jakie to są bariery i jakie są ich przyczyny? Jakie są możliwości eliminacji takich przeszkód?

Wyniki badania CATI z pracownikami administracyjnymi pokazały, że 61,1% badanych zauważa bariery w dostępie do szkoleń. Jako główny powód problemów wskazywano epidemię COVID-19 oraz niewielką liczbę szkoleń on-line. W przypadku badania CASI obserwowano istotnie statystycznie niższy procent badanych, którzy zauważali bariery utrudniające udział w szkoleniach (23,6%), co zobrazowano poniżej.

Rysunek 19. Bariery w dostępie do szkoleń



Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników administracji ochrony zdrowia (N=530) oraz badanie CASI z pracownikami administracji ochrony zdrowia, którzy nie zostali dotychczas objęci wsparciem PO WER (N=564)

Pracownicy administracji, którzy nie brali udziału w szkoleniach w ramach Działania 5.2 (badanie CASI), wskazywali podobne powody występowania barier. W oparciu o wyniki analizy DR oraz wywiady z pracownikami administracji za główne przeszkody należy uznać te, które opisano w tabeli poniżej.



kwestie finansowe	koszt szkoleń komercyjnych, studiów, ale także konieczność ponoszenia kosztów związanych z logistyką – transportem na miejsce szkolenia
dostępność dopasowanych szkoleń	niedosyt szkoleń (lub brak) dedykowanych dla poszczególnych placówek lub skupionych na specyfice danego zawodu w administracji w służbie zdrowia; często szkolenia nie uwzględniały specyfiki branży w wystarczającym stopniu
dyspozycyjność czasowa	pracownicy administracyjni nierzadko nie są w stanie sobie pozwolić na udział w szkoleniu ze względu na znaczną ilość bieżących obowiązków zawodowych

Do barier towarzyszących zaliczono utrudniony z przyczyn finansowych i/lub organizacyjnych dostęp do dedykowanych szkoleń na rynku komercyjnym (w większości przypadków szkolenia specjalistyczne są kosztowne), brak kompetentnej kadry szkoleniowej lub brak ofert dotyczących specyfiki podmiotu leczniczego (np. szkolenia z zamknięcia roku finansowego dotyczące spółek lub podmiotów gospodarczych nieuwzględniające specyfiki podmiotów leczniczych).

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytanie ewaluacyjne:

- W jaki sposób formułować należy kryteria wyboru projektów, aby maksymalizować efekty ponoszenia kwalifikacji przedstawicieli zawodów medycznych, a także poprawić jakość zarządzania w podmiotach leczniczych przez ich pracowników administracyjnych?

System ochrony zdrowia opiera się na pracownikach medycznych i ich wysokich kompetencjach fachowych. Równocześnie nie może istnieć nowoczesny podmiot leczniczy, który nie doceniałby rangi profesjonalnej i kompetentnej kadry administracyjnej. Pod koniec XX i na początku XXI wieku w literaturze przedmiotu dominował pogląd, zgodnie z którym kadra administracyjna pełni funkcję wyłącznie usługową w stosunku do pozostałych funkcji instytucji¹⁹, a więc nie jest racjonalne utrzymywanie większej niż minimalna obsada zespołu administracyjnego. W dobie zwiększania się oczekiwań ze strony płatnika (najpierw kas chorych, później Narodowego Funduszu Zdrowia) potrzeby stałego dokonywania zmian w strukturze prawno-organizacyjnej, doskonalenia procesów, wdrażania polityki projakościowej

¹⁹ A. Czermiński, M. Grzybowski, K. Ficoń, Podstawy organizacji i zarządzania, Wyd. Wyższej Szkoły Administracji i Biznesu w Gdyni, Gdynia 1999.



w ochronie zdrowia, profesjonalizacji takich dziedzin jak zamówienia publiczne, zarządzanie infrastrukturą, zarządzanie wiedzą (w tym w zakresie zasobów, oprogramowania, kompetencji pracowników), bardzo ważne stało się traktowanie administracji jako pracowników kluczowych dla funkcjonowania podmiotu leczniczego. Kulminacją takiego podejścia było wejście w życie ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej, a konkretnie interpretacja przepisu art. 93, który dzieli pracowników podmiotu leczniczego na pracowników działalności podstawowej (nienazwanych), technicznych, obsługi i gospodarczych. Dla obu tych grup przewidziano odmienny wymiar czasu pracy. W wielu podmiotach leczniczych, w myśl tych przepisów, administrację włączono do działalności podstawowej, uznając, że nie są to pracownicy obsługi. W świetle tych rozważań przyjmuje się, że administracja stanowi w podmiocie leczniczym istotną grupę pracowników, której kompetencje są, w podobny sposób do pracowników medycznych, kluczowe dla zapewnienia prawidłowego funkcjonowania tego podmiotu.

W przypadku wniosków o dofinansowanie projektów, których celem jest podnoszenie kompetencji kadr medycznych i administracyjnych w podmiotach leczniczych, zwraca się przede wszystkim uwagę na ich użyteczność, tak więc w przypadku definiowania kryteriów wyboru takich projektów należy opierać się głównie na użyteczności kompetencji. Na szczególną uwagę zasługuje metoda Situational Judgment Test (SJT), popularnie określana mianem „testu kompetencyjnego”. Stanowi ona optymalny kompromis między trafnością i efektywnością pomiaru. Jej atutem jest ponadto szeroki zakres stosowalności – od selekcji zawodowej, poprzez audyt kompetencyjny, aż po identyfikację potrzeb szkoleniowych i ocenę efektywności zastosowanych oddziaływań rozwojowych²⁰. W metodzie SJT zadaniem osoby badanej jest udzielenie odpowiedzi na pytania hipotetyczne (zwane także sytuacyjnymi). Każde z pytań zawartych w teście opisuje sytuację, która może wystąpić na danym stanowisku pracy oraz prezentuje kilka (zazwyczaj od trzech do pięciu) opcji odpowiedzi do wyboru. Przedstawiają one różne strategie działania – alternatywne sposoby postępowania w sytuacji opisanej w pytaniu. Zadaniem badanego jest wybór opcji odpowiedzi, którą uważa za optymalny lub najbardziej efektywny sposób postępowania w danej sytuacji. Alternatywnie badany może być proszony o wskazanie opcji, która najlepiej oddaje to, co on skłonny byłby zrobić w danej sytuacji. Wybór optymalnej strategii oraz wybór preferowanego sposobu działania to dwa różne formaty odpowiedzi. W poprawnie skonstruowanym teście wszystkie pytania mają jeden format odpowiedzi.

²⁰ P. Smółka, Ocena kompetencji przy wykorzystaniu metody Situational Judgment Test, Wskaźniki i Stawki, Wyd. Infor, 2019.



Przygotowanie kryteriów wyboru projektów może więc opierać się o spełnienie lub niespełnienie wcześniej zidentyfikowanych (np. za pomocą ww. metody) potrzeb szkoleniowych osób na określonych stanowiskach. W przypadku podejścia holistycznego (systemowego), zamiast indywidualnego, można rozważać dochodzenie do kryteriów w ocenie eksperckiej, odpowiadającej na pytanie o relację potrzeb szkoleniowych zidentyfikowanych (postulowanych) do oferowanych. Wymagałoby to zobowiązania oferenta do wcześniejszego przeprowadzenia analizy potrzeb edukacyjnych wśród grupy potencjalnych uczestników projektu (np. badanie CAWI, badanie FGI lub inne), a następnie budowanie oferty szkoleniowej w odpowiedzi na te właśnie potrzeby. Ocena spełnienia kryterium adekwatności proponowanego zakresu szkoleń do uzyskanych we wcześniejszych badaniach wyników dokonywana byłaby przez ekspertów oceniających projekty w ramach kryteriów merytorycznych – punktowych. Ocena ta powinna być dokonywana w ramach analizy adekwatności doboru grupy docelowej do właściwego celu szczegółowego PO WER oraz jakości diagnozy i specyfiki tej grupy, w tym w ramach opisu potrzeb oraz oczekiwań uczestników projektu w kontekście wsparcia, które ma być udzielone w ramach projektu.

Odpowiadając na zadane pytanie badawcze, należy stwierdzić, że w przeprowadzonym badaniu desktop ujawniono metody, które mogą stać się podstawą dla budowania kryteriów oceny w projektach, jednak ze względu na ich zróżnicowanie w zakresie możliwości zastosowania rekomenduje się jednak podejście eksperckie – dokonywane przez ekspertów oceniających projekty i ocenę relacji kompetencji postulowanych (zidentyfikowanych w wyniku wcześniej przeprowadzonej analizy rzeczywistych potrzeb grupy docelowej) do kompetencji oferowanych. W tym ujęciu kryterium wyboru projektu z punktu widzenia jego użyteczności będzie mogło zostać ocenione specyficznie do programu, projektu i oferowanego wsparcia.

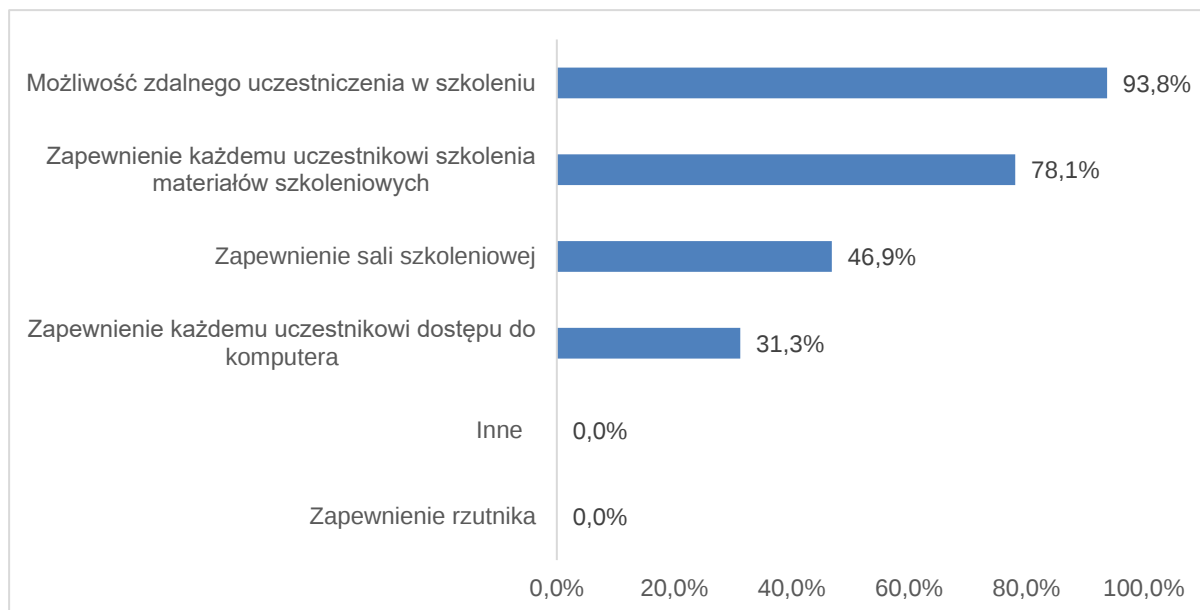
W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytanie ewaluacyjne:

- Jakie są oczekiwania w zakresie specjalistycznego wyposażenia niezbędnego do skutecznego prowadzenia szkoleń?

W badaniu CAWI z beneficjentami Działania 5.2 uzyskano informacje, że wśród najczęściej wymienianych oczekiwań związanych ze szkoleniami są: możliwość zdalnego uczestniczenia w szkoleniu (93,8%) oraz zapewnienie każdemu uczestnikowi materiałów szkoleniowych (78,1%). Dokładne wyniki przedstawiono poniżej.



Rysunek 20. Oczekiwania w zakresie specjalistycznego wyposażenia szkoleń



Źródło: badanie CAWI z beneficjentami Działania 5.2 (N=32)

W trakcie wywiadów koordynatorzy projektów wskazali ponadto, że jedną z barier w skutecznym prowadzeniu szkoleń, nie bezpośrednio związaną z wyposażeniem, ale jednak istotną, są problemy związane z administrowaniem danych i dokumentacją uczestników. Przepisy dotyczące postępowania w tym zakresie są bardzo rozbudowane, informacji osobowych należy gromadzić bardzo dużo, często w formie papierowej. Dlatego rozwiązaniem byłoby wprowadzenie cyfrowej platformy do rejestracji uczestników, gdzie każdy zainteresowany szkoleniami mógłby sam wprowadzić dotyczące jego osoby dane. Jest to także sposób na zredukowanie kosztów samych szkoleń: organizatorzy nie musieliby poświęcać cennego czasu na czynności stricte administracyjne – środki przeznaczone na tę pracę można by wykorzystać w inny, bardziej efektywny sposób. Dlatego rekomenduje się pewne zautomatyzowanie procesów formalnych i przerzucenie odpowiedzialności za udostępnienie i zgromadzenie danych na samych zainteresowanych szkoleniami oraz odpowiednie oprogramowanie dedykowane temu celowi.

Sytuacja jest tym bardziej niekorzystna, o czym wspominają animatorzy szkoleń, że nie istnieje możliwość, aby w ramach kosztów bezpośrednich przeznaczyć środki na organizację naboru, co oznacza, że nie ma możliwości, aby w celach administracyjnych i formalnych zatrudnić dodatkową osobę, na którą te obowiązki zostałyby scedowane. Jest to szczególnie ważne przy organizacji bardzo dużych szkoleń, ich realizatorzy nie chcą być wtedy pozostawieni bez wsparcia finansowego na takie cele.



„Może zamiast dedykowanych środków niech instytucja pośrednicząca w to miejsce utworzy swoją bazę, niech się każdy uczestnik loguje. Wówczas w projekcie mielibyśmy od razu rekrutację i dokumentację, gotowe listy by mi wpadały i nie musiałabym monitorować danych. One byłyby już w systemie, zostały w administracji pośredniczącej. Zobaczcie, ile prostszy byłby proces rekrutacji i monitorowania danych uczestników.”

Beneficjent 3, PO WER 5.2

Odpowiadając na zadane pytanie badawcze, należy bez wątpienia stwierdzić, że podobnie jak w poprzednio analizowanych przypadkach dotyczących m.in. barier, z jakimi spotykają się zainteresowani, istotnym problemem było uczestnictwo w szkoleniach zdalnych bez konieczności osobistego udziału. Tym samym, w kontekście specjalistycznego wyposażenia niezbędnego do ich realizowania, należy stworzyć platformę komunikacyjną do prowadzenia wysokiej jakości szkoleń na odległość (nie rekomenduje się platform wyłącznie przekazujących dźwięk i obraz, ale umożliwiających prezentację wykładu, przekazywanie plików, filmów i innych treści, w tym organizowanie zdalnych seminariów czy warsztatów). Aby realizowanie takiego szkolenia mogło być efektywne, wymagane są wysokiej jakości urządzenia nagrywające dźwięk i obraz, dzięki temu prezentowany uczestnikom materiał szkoleniowy będzie posiadał dodatkowe walory.

Z punktu widzenia uczestnika wymagania udziału w takim szkoleniu dotyczą dostępności szybkiego łącza internetowego oraz urządzeń komputerowych wejścia i wyjścia (mikrofon, kamera). W przypadku zajęć o charakterze warsztatowym rekomenduje się zobowiązanie do uruchamiania kamer i uczestniczenia w nich w trybie synchronicznym.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy w związku z epidemią koronawirusa (COVID-19) należy przewidzieć jakiegokolwiek specjalistyczne szkolenia/zmiany w dotychczasowych projektach szkoleniowych PO WER skierowanych do pracowników administracyjnych sektora ochrony zdrowia?
- Jakie kompetencje pracowników ochrony zdrowia należy wzmocnić w związku z wystąpieniem tej epidemii i potencjalnym jej powrotem w przyszłości?

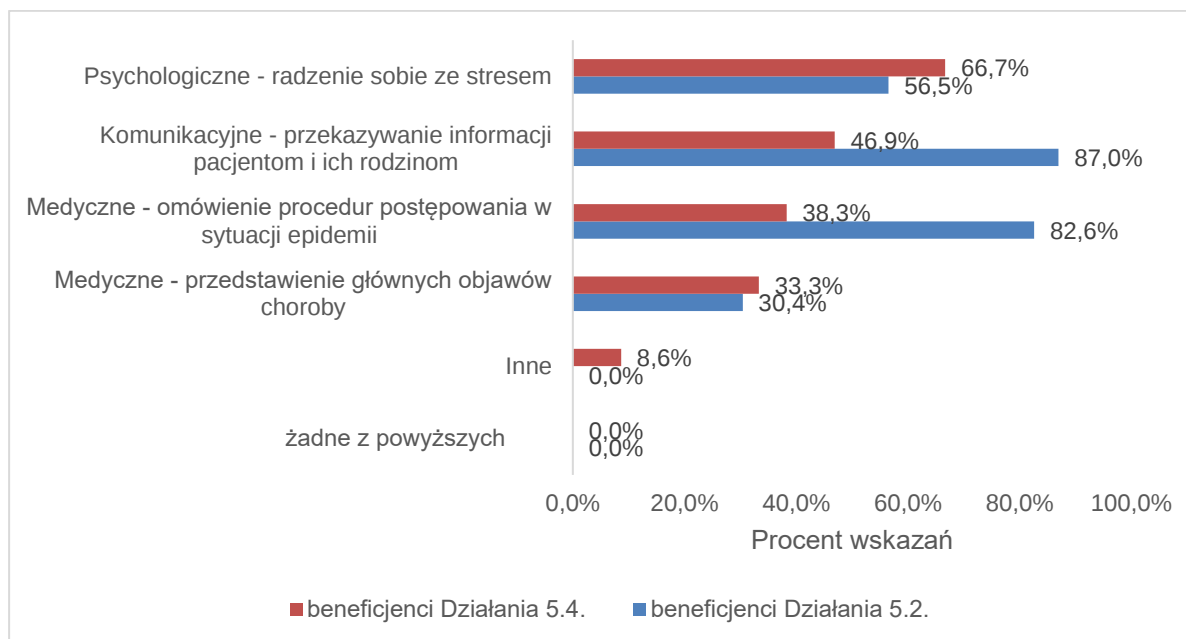
- **Czy w związku z epidemią koronawirusa (COVID-19) należy przewidzieć jakiegokolwiek specjalistyczne szkolenia/zmiany w dotychczasowych projektach**



szkoleniowych PO WER skierowanych do pracowników administracyjnych sektora ochrony zdrowia?

Wyniki badania CAWI z beneficjentami działania 5.2 pokazują, że blisko 71,9% jest zdania, że w związku z epidemią koronawirusa konieczne jest wprowadzenie specjalistycznych szkoleń. W przypadku badania CAWI z beneficjentami Działania 5.4 procent ten był znacznie wyższy (98,8%).

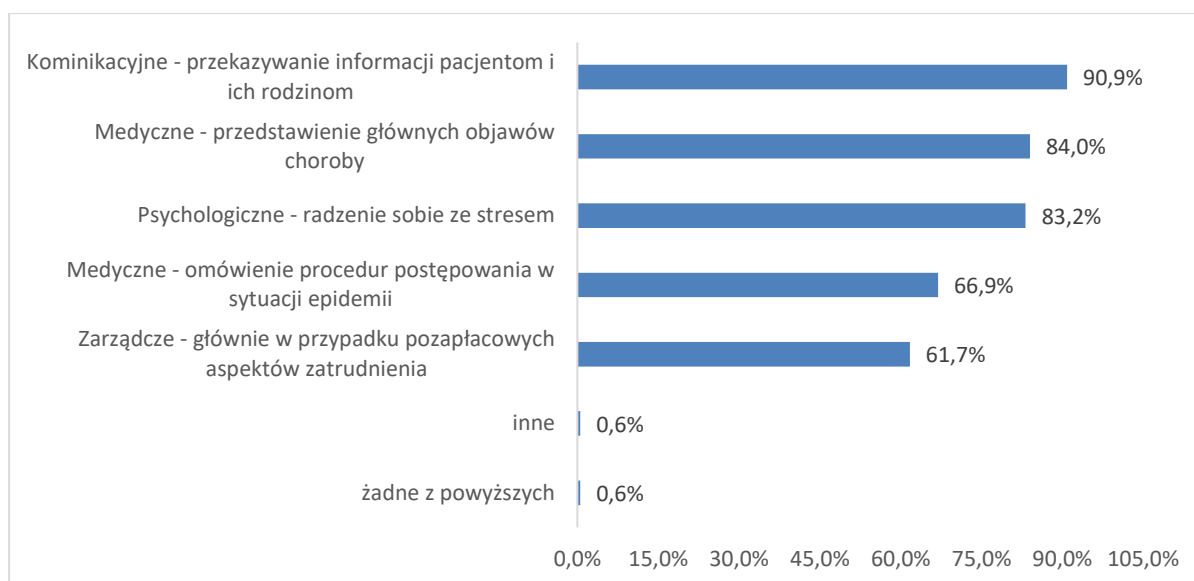
Rysunek 21. Kompetencje, jakie należy wzmacniać w związku z wystąpieniem epidemii



Źródło: badanie CAWI z beneficjentami Działania 5.2 (N=32) oraz badanie CAWI z beneficjentami Działania 5.4 (N=82)

Wyniki badania CATI z przedstawicielami pracowników administracji pokazały zbliżony wynik do badania CAWI beneficjentów Działania 5.2 – około 68,5% badanych jest zdania, że z racji wystąpienia epidemii za konieczne uznaje się wprowadzenie dodatkowych szkoleń. Wśród tych, które warto byłoby uruchomić, wymieniano szkolenia komunikacyjne (90,9%) oraz medyczne (84,0%); szczegółowe wyniki przedstawiono poniżej.

Rysunek 22. Kompetencje, jakie należy wzmacniać w związku z wystąpieniem epidemii



Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników administracji ochrony zdrowia (N=530)

- **Jakie kompetencje pracowników ochrony zdrowia należy wzmocnić w związku z wystąpieniem tej epidemii i potencjalnym jej powrotem w przyszłości?**

Rekomendowane jest podjęcie tematu szkoleń w tych obszarach kompetencyjnych, które w sytuacji pandemii COVID-19 wymagają szczególnego wzmocnienia. Kontekst pandemii i nowych zagrożeń każe położyć znacznie większy nacisk na szkolenia z tzw. obszaru zarządzania kryzysowego. Muszą one obejmować kwestie komunikacji, reagowania na sytuacje stresowe, asertywności, decyzyjności w tzw. sytuacjach „podbramkowych”. Ważne są także szkolenia psychologiczne dotyczące problemu zarządzania emocjami oraz wzmacniania odporności mentalnej na pracę w warunkach napięcia. Szczególnie ważna, w kontekście objęcia wsparciem, jest tutaj kadra kierownicza, na której leży największa odpowiedzialność za zarządzanie placówkami oraz podejmowanie właściwych decyzji, kiedy występuje konieczność reagowania na sytuacje kryzysowe.

4.2. Szczegółowe wnioski w obszarze analizy Działania 5.4 PO WER

4.2.1. Wprowadzenie

Skoncentrowanie działań ukierunkowanych na przygotowanie pracowników systemu ochrony zdrowia do zachodzących trendów demograficznych i epidemiologicznych wymaga zaprojektowania wsparcia dla osób wykonujących zawody medyczne, których umiejętności i kwalifikacje mają istotne znaczenie z punktu widzenia przyjętej logiki interwencji EFS dla ochrony zdrowia, a więc przeciwdziałaniu negatywnym trendom demograficznym i chorobom będącymi istotnymi przyczynami dezaktywizacji zawodowej. Potrzeba wsparcia doskonalenia



zawodowego pracowników zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia wynika z konieczności zapewnienia wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej z pełnym zakresem wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych, pozwalających na podejmowanie szybkich, specjalistycznych działań leczniczych w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia i życia, zgodnie z obowiązującymi standardami oraz pozwalających na prowadzenie długoterminowej opieki medycznej i rehabilitacyjnej. Jest to szczególnie ważne z uwagi na aktualną sytuację demograficzną oraz fakt, że wskutek stałego rozwoju cywilizacyjnego oraz postępującego uprzemysłowienia i urbanizacji gwałtownie wzrasta liczba czynników powodujących bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia ludzkiego.

Przedmiotem analizy w niniejszym podrozdziale były projekty zrealizowane w ramach działania 5.4 PO WER: *Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych*. W ramach działania zrealizowano 7 konkursów:

1. POWR.05.04.00-IP.05-00-002/15 – Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
2. POWR.05.04.00-IP.05-00-003/16 – Kształcenie podyplomowe lekarzy
3. POWR.05.04.00-IP.05-00-004/16 - Doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia
4. POWR.05.04.00-IP.05-00-005/17 - Szkolenia dla kadr medycznych w ramach Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce
5. POWR.05.04.00-IP.05-00-006/18 - Kształcenie podyplomowe lekarzy – rozwój kształcenia praktycznego z wykorzystaniem technik symulacji medycznej
6. POWR.05.04.00-IP.05-00-007/18 - Doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarach istotnych dla zaspokojenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych
7. POWR.05.04.00-IP.05-00-008/19 - Doskonalenie zawodowe pracowników systemu ochrony zdrowia z zakresu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

Programy podnoszenia kompetencji podejmowane w ramach działania 5.4 w analizowanych przypadkach dotyczyły następujących obszarów:

- kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi - realizacja kursów specjalistycznych i kwalifikacyjnych: Ordynowanie leków i wypisywanie recept; Wywiad i badanie fizykalne; Wykonanie i interpretacja zapisu EKG; Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w systemowym leczeniu nowotworów; Rehabilitacja osób z przewlekłymi



- zaburzeniami psychicznymi; Wykonanie badania spirometrycznego; Pielęgniarstwo onkologiczne; Pielęgniarstwo psychiatryczne; Pielęgniarstwo geriatryczne,
- kształcenia podyplomowego lekarzy, realizowanego w innych formach niż specjalizacje, w obszarach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy współpracujących z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej: w zakresie chorób związanych z układem krążenia, chorobami nowotworowymi, chorobami i zaburzeniami psychicznymi, chorobami układu kostno-stawowo-mięśniowego oraz chorób układu oddechowego,
 - doskonalenia zawodowego pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia (ratownicy medyczni, dyspozytorzy medyczni, piloci LPR, fizjoterapeuci, terapeuci środowiskowi, opiekunowie medyczni, diagnosty laboratoryjni) w obszarach istotnych dla zaspokojenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych,
 - szkolenia kadr medycznych w ramach Programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce z uwzględnieniem celów, jakimi są: przeprowadzenie szkoleń dla personelu medycznego z zakresu procedur diagnozowania i leczenia niepłodności oraz prowadzenia kompleksowej diagnostyki niepłodności,
 - kształcenia podyplomowego lekarzy w ramach kształcenia praktycznego z wykorzystaniem technik symulacji medycznej opartych o EBM, związanych z rozwojem umiejętności medycznych w zakresie chorób układu krążenia (w tym kardiologii prenatalnej, dziecięcej kardiologii interwencyjnej), chorób nowotworowych (w tym leczenia bólu), chorób i zaburzeń psychicznych, chorób układu kostno-stawowo-mięśniowego, chorób układu oddechowego, umiejętności chirurgicznych,
 - doskonalenie zawodowe pracowników systemu ochrony zdrowia (psychologów, pedagogów, absolwentów kierunku resocjalizacja, lekarzy, pielęgniarek) z zakresu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, w szczególności: psychologii klinicznej, psychoterapii dzieci i młodzieży, terapii środowiskowej dzieci i młodzieży, kursów lub szkoleń z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży dla lekarzy o specjalnościach: pediatria, psychiatria, psychiatria dzieci i młodzieży, medycyna rodzinna, kardiologia dziecięca, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, urologia dziecięca, medycyna paliatywna.

W analizowanym zakresie działania te skupiały się wokół podnoszenia kompetencji zawodowych o charakterze profesjonalnym, nie wiązały się ze zwiększeniem liczby profesjonalistów medycznych na rynku ochrony zdrowia (zwiększenie liczby pielęgniarek,



lekarzy, osób o odpowiednich specjalnościach medycznych), były skierowane na rozwój kompetencji już istniejących zasobów rynku pracy.

W ramach Działania 5.4 wsparciem szkoleniowym objęto 52.132 osoby, które zostały przeszkolone przez 82 beneficjentów. Uczestnicy pochodzili ze wszystkich 16 województw. Spośród uczestników wyodrębniono następujące grupy zawodowe:

- Instruktor praktycznej nauki zawodu: 8 osób
- Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej: 36 osób
- Nauczyciel kształcenia ogólnego: 12 osób
- Nauczyciel kształcenia zawodowego: 83 osoby
- Nauczyciel wychowania przedszkolnego: 10 osób
- Pracownik instytucji rynku pracy: 8 osób
- Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia: 50200 osób
- Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej: 13 osób
- Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego: 154 osoby
- Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej: 16 osób
- Pracownik poradni psychologicznej: 29 osób
- Pracownik inny niż ww.: 1343 osoby
- Brak zdefiniowania wykonywanej pracy: 220 osób.

Na podstawie przeprowadzonej kwerendy nie otrzymano danych do stwierdzenia, jaką grupę uczestników szkolenia stanowili lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne lub przedstawiciele innych zawodów medycznych.

Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 ze zm., dalej: u.z.l.): „Lekarz ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego, w szczególności w różnych formach kształcenia podyplomowego”. Szczegółowe sposoby realizacji ww. obowiązku uregulowano w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. Nr 231, poz. 2326 ze zm.), w myśl którego lekarz ma obowiązek uzyskać w 48-miesięcznym okresie rozliczeniowym 200 punktów edukacyjnych (§ 5 rozporządzenia).

Podobne zapisy zawiera Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej, gdzie w cz. II ust. 1 zapisano: „Obowiązkiem pielęgniarki/położnej jest ciągle podnoszenie kwalifikacji zawodowych”. Podział 6 ustawy z dnia 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tj. Dz.U.2020.562 ze zm.) stanowi o zasadach podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez



pielęgniarki i położne, określając ramy dotyczące zasad prowadzenia szkoleń i uznawania ich w procesie świadczenia usług pielęgniarskich.

Obowiązek stałego doskonalenia zawodowego znaleźć można także w Kodeksie Etyki Zawodowej Fizjoterapeutów („Fizjoterapeuta ma obowiązek stałego doskonalenia zawodowego, aby zapewnić udzielanie świadczeń zgodnych z aktualnym poziomem wiedzy”), ustawie z dnia 25.09.2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (tj. Dz.U.2019.952 ze zm.), a także w odniesieniu do diagnostów w Kodeksie Etyki Zawodowej Diagnosty Laboratoryjnego (§14), ustawie z dnia 27.07.2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (tj. Dz.U.2020.2061).

Żaden akt prawny nie zawiera wykazu zawodów medycznych. Przepisy prawa nie określają również, co należy rozumieć pod pojęciem „zawodu medycznego”. Wydaje się, że termin ten oznacza te zawody, które związane są z działaniami medycznymi, w tym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych mających na celu ochronę zdrowia pacjenta, zachowanie, ratowanie, przywracanie i poprawę zdrowia. Za zawody medyczne uznaje się: lekarza i lekarza dentystę, felczera, pielęgniarkę i położną, farmaceutę, technika farmaceutycznego, diagnostę laboratoryjnego, ratownika medycznego, fizjoterapeutę, perfuzjonistę.

Za zawody okołomedyczne uznaje się te profesje, które mają zastosowanie w ochronie zdrowia, ale bezpośrednio nie opierają się na efektach uczenia się przypisanych do nauk medycznych. Są nimi m.in. (katalog otwarty): specjalista terapii uzależnień, specjalista (lub asystent) zdrowia publicznego, dietetyk, inżynier (lub technik) medyczny, technik dentystyczny, ortoptysta, audioprotetyk, optyk, instruktor oświaty zdrowotnej. Należy jednak zwrócić uwagę, że ww. katalog pozostaje otwarty, bowiem nie istnieje żadna podstawa prawna dla enumeratywnego wyliczenia, które zawody są medyczne, a które okołomedyczne.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytanie ewaluacyjne:

- W jakim stopniu oraz w jakim zakresie wiedza i umiejętności nabyte dzięki udziałowi w projektach PO WER przez przedstawicieli zawodów medycznych są adekwatne w stosunku do aktualnych potrzeb szkoleniowych uczestników?

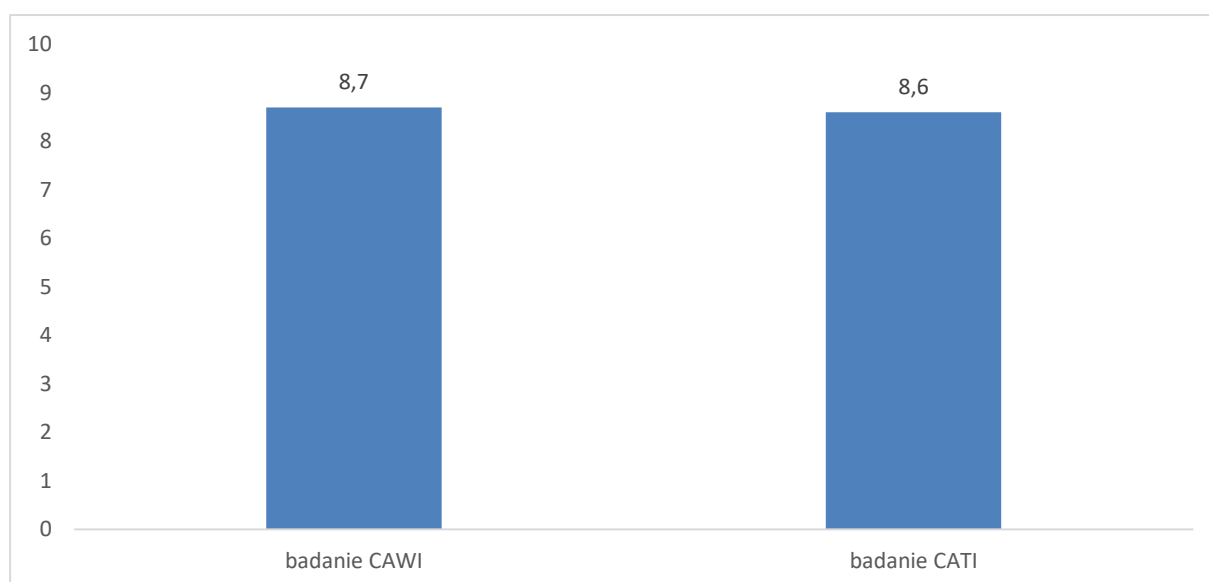
Wiedza w branży medycznej bardzo szybko się dezaktualizuje. Dlatego potrzeba ciągłego podnoszenia kompetencji różnych grup zawodowych w tym sektorze jest bardzo duża. Już z samego tego faktu wynika konstatacja, że zasoby kierowane na doszkalanie i edukację personelu są niezbędne.



Odpowiadając na powyższe pytanie, uwzględniono wyniki badania CAWI z beneficjentami działania 5.4 oraz wyniki badania CATI z pracownikami medycznymi, a także bezpośrednie rozmowy z przedstawicielami beneficjentów i pracownikami medycznymi.

Rezultaty badania CAWI z beneficjentami pokazały, że wysoko została oceniona adekwatność wiedzy i umiejętności zdobytych przez przedstawicieli zawodów medycznych (średnia wyniosła 8,7)²¹. Ocena adekwatności wiedzy i umiejętności była wysoka również w przypadku badania CATI z przedstawicielami medycznymi (średnia wyniosła 8,6). Graficznie uzyskany wynik przedstawiono poniżej.

Rysunek 23. Ocena adekwatności wiedzy i umiejętności zdobytych w trakcie szkoleń

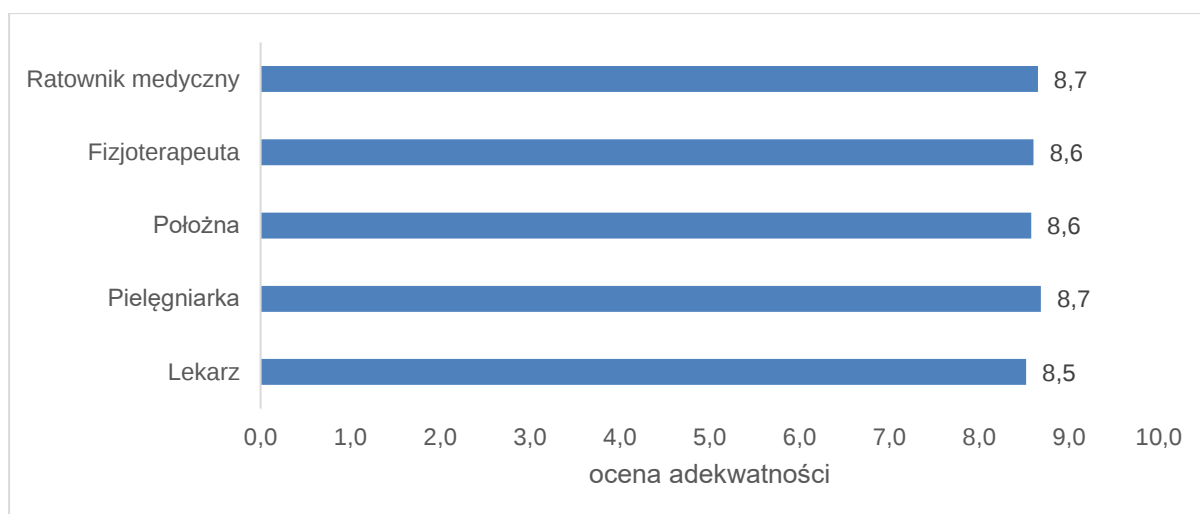


Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników medycznych (N=1050) oraz badanie CAWI z beneficjentami Działania 5.4 (N=82)

Nie obserwowano istotnych statystycznie różnic między poszczególnymi stanowiskami pracy, co zobrazowano poniżej.

Rysunek 24. Ocena adekwatności wiedzy i umiejętności zdobytych w trakcie szkoleń w zależności od zajmowanego stanowiska

²¹ Średnia ocen przyznawana była na skali od 0 do 10 – im wyższy wynik, tym jako bardziej adekwatne oceniane były wiedza i umiejętności zdobyte w trakcie szkoleń.



Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników medycznych (N=1050)

W wypowiedziach respondentów ogromny nacisk kładziony jest na potrzebę szkolenia nowych pokoleń specjalistów. Zdaniem wypowiadających się badanych jest to kwestia istotna ze względu na wzrastającą średnią wieku personelu medycznego – zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy formy udzielania wsparcia w ramach kształcenia podyplomowego/dokształcania zawodowego były dopasowane do potrzeb uczestników projektów, a jeśli tak, to w jakim zakresie zachodziło to dopasowanie?
- Czy i w jakim stopniu zastosowane w projektach sposoby/metody przekazywania wiedzy były odpowiednie do oczekiwań uczestników projektów i w jakim zakresie? Co można poprawić w realizacji projektów, aby w większym stopniu spełniały oczekiwania kadr medycznych?

- **Czy formy udzielania wsparcia w ramach kształcenia podyplomowego/dokształcania zawodowego były dopasowane do potrzeb uczestników projektów, a jeśli tak, to w jakim zakresie zachodziło to dopasowanie?**

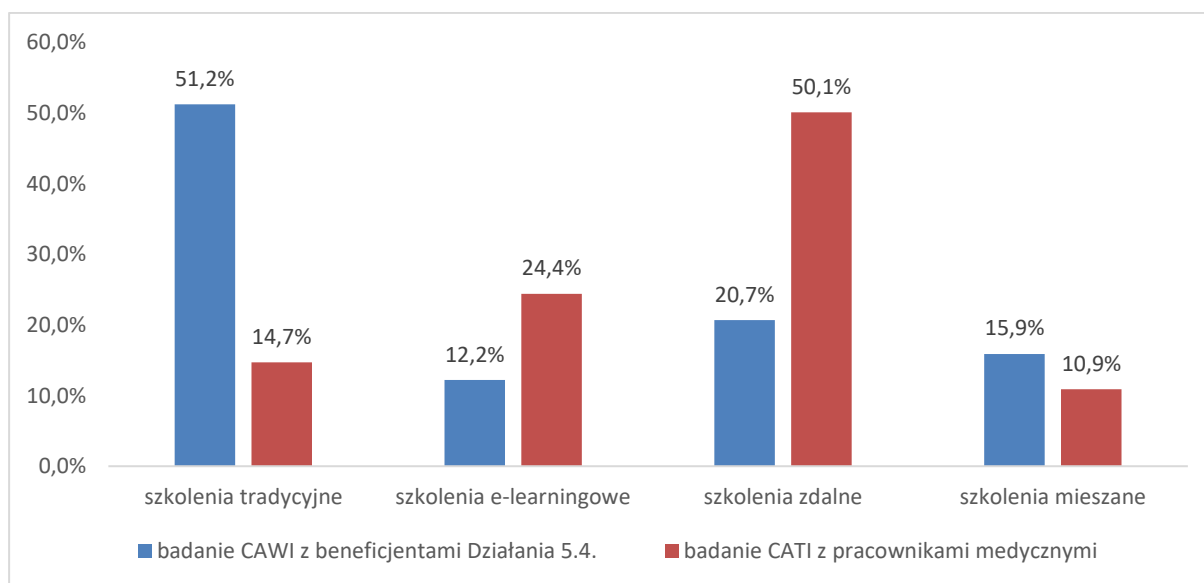
Pracownicy medyczni, którzy brali udział w szkoleniach, wysoko oceniali dopasowanie form wsparcia do potrzeb (88,5%), bardzo wysoko oceniono również to, w jakim stopniu zastosowane metody przekazywania wiedzy spełniały oczekiwania badanych – średnia



wyniosła 8,8²². Wśród propozycji zmian, które zwiększyłyby poziom spełnienia oczekiwań, wskazano większe zwrócenie uwagi na szkolenia psychologiczne oraz więcej materiałów szkoleniowych²³. Uzyskane wyniki nie zależały istotnie statystycznie od wykonywanego zawodu.

Wyniki badania CAWI prowadzonego wśród beneficjentów Działania 5.4 ujawniły, że za najbardziej skuteczną formę przekazywania wiedzy uznano przede wszystkim szkolenia tradycyjne (51,2%), pozostałe formy wskazywano zdecydowanie rzadziej (e-learningowe: 12,2%, zdalne: 20,7%, mieszane: 15,9%). W przypadku badania CATI z pracownikami medycznymi otrzymano inne wyniki – za najskuteczniejszą metodę uznano szkolenia zdalne (50,1%), kolejne wskazywane były znacznie rzadziej (tradycyjne: 14,7%, e-learningowe: 24,4%, mieszane: 10,9%). Graficznie otrzymane wyniki zobrazowano poniżej.

Rysunek 25. Ocena adekwatności wiedzy i umiejętności zdobytych w trakcie szkoleń w zależności od zajmowanego stanowiska



Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników medycznych (N=1050) oraz badanie CAWI z beneficjentami Działania 5.4 (N=82)

Powyższe informacje mają także potwierdzenie w wypowiedziach pracowników medycznych, z którymi prowadzono wywiady. Wykazują one, że zdalne formy edukacji są znacznie mniej popularne niż szkolenia na żywo – najchętniej kilkudniowe, stacjonarne lub wyjazdowe. Z uwagi na aktualnie panującą sytuację epidemiologiczną wielu medyków odracza

²² Ocena wskaźnika zawiera się w zakresie od 0 do 10 – im wyższy wynik, tym wyżej oceniano spełnianie oczekiwań przez szkolenia.

²³ Wyniki badania CATI w grupie pracowników medycznych.



uczestnictwo w szkoleniach właśnie ze względu na chęć podjęcia współpracy w zakresie zdobywania nowych kompetencji w warunkach bardziej do tego sprzyjających. Popularność szkoleń zdalnych, przeprowadzanych on-line jest daleko mniejsza.

Na zadowolenie użytkowników wpływa także jakość prowadzonych wykładów i zajęć, a więc sama osoba prowadzącego. Ten aspekt podkreślali także organizatorzy. Dobry szkoleniowiec – praktyk, podchodzący do swojej profesji z pasją, to połowa sukcesu.

„Było dokładnie przedstawione to, co było wypunktowane, to, co plan szkoleń zakładał, bo jeszcze sobie przypomniał na drugim szkoleniu, na którym byłam też jako wolny słuchacz, bo akurat mogłam uczestniczyć jako wolny słuchacz. Nie dostałam certyfikatu, ale też mi to bardzo dużo dało, też to było szkolenie z tematyki rozmazów i też akurat Pani wykładowca, diagnosta już z Warszawy prowadząca, no świetnie to przedstawiła, no i do tej pory tak, że mam z nią kontakt.”

FGI (Grupa fokusowa) przedstawiciele zawodów medycznych

- **Czy i w jakim stopniu zastosowane w projektach sposoby/metody przekazywania wiedzy były odpowiednie do oczekiwań uczestników projektów i w jakim zakresie? Co można poprawić w realizacji projektów, aby w większym stopniu spełniały oczekiwania kadr medycznych?**

Głosy większości respondentów, którzy brali udział w szkoleniach, świadczą o tym, że zarówno oferta merytoryczna, jak i metodologia kursów była dla nich w pełni satysfakcjonująca. Przez metodologię należy rozumieć sposób, w jaki zajęcia były prowadzone - a zatem chodzi o techniki i metody przekazywania wiedzy. Należy w tym miejscu podkreślić, że kursy odbywały się jeszcze przed drugą falą epidemii, co wiązało się z tym, że były one organizowane na żywo, z dużym naciskiem na warstwę praktyczną. Warto tutaj zwrócić także uwagę na ambiwalencję preferencji i rozdzźwięk między przedstawicielami beneficjentów a pracownikami. Można przyjąć, że różnica tych opinii wynika z innego kontekstu, w którym są obie grupy. Przedstawiciele beneficjentów koncentrują się na merytorycznej wartości szkolenia i preferują te formy, które umożliwiają bezpośredni kontakt między trenerami a słuchaczami.

Szkolenia warsztatowe i praktyczne najlepiej odpowiadały na potrzeby uczestników. Wskazywano, że poza bardzo bogatą i owocną merytoryką takich spotkań, wytwarza się także szczególna atmosfera sprzyjająca wspólnej nauce i wymianie doświadczeń. Nie bez znaczenia są także specjalnie przygotowane warunki – rekwizyty służące do ćwiczeń



różnych kompetencji oraz zaplecze, które umożliwia doskonalenie umiejętności praktycznych w niedostępny do tej pory sposób. Organizowano przestrzeń, w której odbywały się symulacje pracy z „prawdziwym” pacjentem – stawiano na cenne umiejętności praktyczne.

Dla pracowników wartość merytoryczna kursu jest także istotna, ale medycy, określając swoje preferencje, muszą brać także pod uwagę realia codziennej pracy. Innymi słowy, przedkładają te formy, które minimalizują dodatkowe obciążenia związane z udziałem w kursie. Szkolenia zdalne mają także zdaniem respondentów swoje zalety – pozwalają na doszkalanie się w wolnych chwilach w pracy i poza nią. Nie wymagają dużych nakładów czasu i starań związanych z logistyką i kwestiami organizacyjnymi. Respondenci biorący udział w grupach fokusowych zwrócili uwagę, że aby ulepszyć zdalną formę kursów, należałoby je skrócić i stworzyć tzw. „pigułki wiedzy”, czyli szkolenia składające się z objaśnienia pojedynczych zagadnień w bardziej przystępnej czasowo formie. Długie, np. 8-godzinne wykłady on-line uważane są za marnotrawstwo czasu i zasobów. Kursanci nie są w stanie skupić się na materiale pozbawionym elementów praktycznych przez tak długi czas.

„Jeżeli nawet mamy ten kontakt z wykładowcami, no to mimo wszystko, po prostu wiadomo, że pięć godzin codziennie, prawda, no to jest dużo, to jest dużo i tak jak mówię, no na pewno dla człowieka, który pracuje na co dzień, prawda, ileś tam, paręnaście godzin nieraz i są takie dni, no to wtedy faktycznie jest to odczuwalne.”

FGI (Grupa fokusowa) przedstawiciele zawodów medycznych

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytanie ewaluacyjne:

- Które szkolenia cieszyły się największym zainteresowaniem uczestników projektów z Działania 5.4 PO WER? Jakie występowały bariery w udziale w szkoleniach? Jak można je pokonać?

- **Które szkolenia cieszyły się największym zainteresowaniem uczestników projektów z Działania 5.4 PO WER?**

W przypadku badania CAWI z beneficjentami Działania 5.4 uzyskano informacje, że największym zainteresowaniem cieszyło się szkolenie podyplomowe lekarzy – rozwój kształcenia praktycznego z wykorzystaniem technik symulacji medycznej (86,6%) oraz rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju (80,5%; por. rysunek 26).



Rysunek 26. Szkolenia cieszące się największym zainteresowaniem uczestników



Źródło: badanie CAWI z beneficjentami Działania 5.4 (N=82)

• **Jakie występowały bariery w udziale w szkoleniach? Jak można je pokonać?**

Kluczową barierą w dostępie do szkoleń ustaloną w trakcie badania jest mała dyspozycyjność pracowników medycznych. Przełożeni niechętnie wysyłają swoich podwładnych na dodatkowe szkolenia, ponieważ brakuje rąk do pracy. Podobnie, problem dyspozycyjności lekarzy i specjalistów przekładał się na dostępność wykwalifikowanej kadry szkoleniowej, co podkreślali realizatorzy. Przedstawiciele beneficjentów wskazywali, że było to dla nich znaczące wyzwanie i musieli podejmować wiele prób, okupionych dużym wysiłkiem, aby zgromadzić kadrę do przeprowadzania kursów. Niejednokrotnie negocjacje opierały się na kwestiach finansowych i konieczności podnoszenia stawek dla edukatorów, tak aby uatrakcyjnić ofertę i „ściągnąć” odpowiednich specjalistów do uczestniczenia w projektach.

„Proszę sobie wyobrazić sytuację, gdzie na oddziale jest na przykład trzech rezydentów (...). Taki szef oddziału, no niechętnie podpisuje wszelkiego rodzaju szkolenia dodatkowe, poza tym, co musi.”

Beneficjent 13, PO WER 5.4



„Podstawowa bariera w przypadku pielęgniarek to jest brak czasu. Panie pielęgniarki pracują na dwóch etatach na przykład, na trzech, różnie. (...) Autentycznie nie są w stanie zaplanować dobrze swojego prywatnego życia, a co dopiero jeszcze takiego pobocznego zawodowego, zawodowego w formie kształcenia.”

Beneficjent 14, PO WER 5.4

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

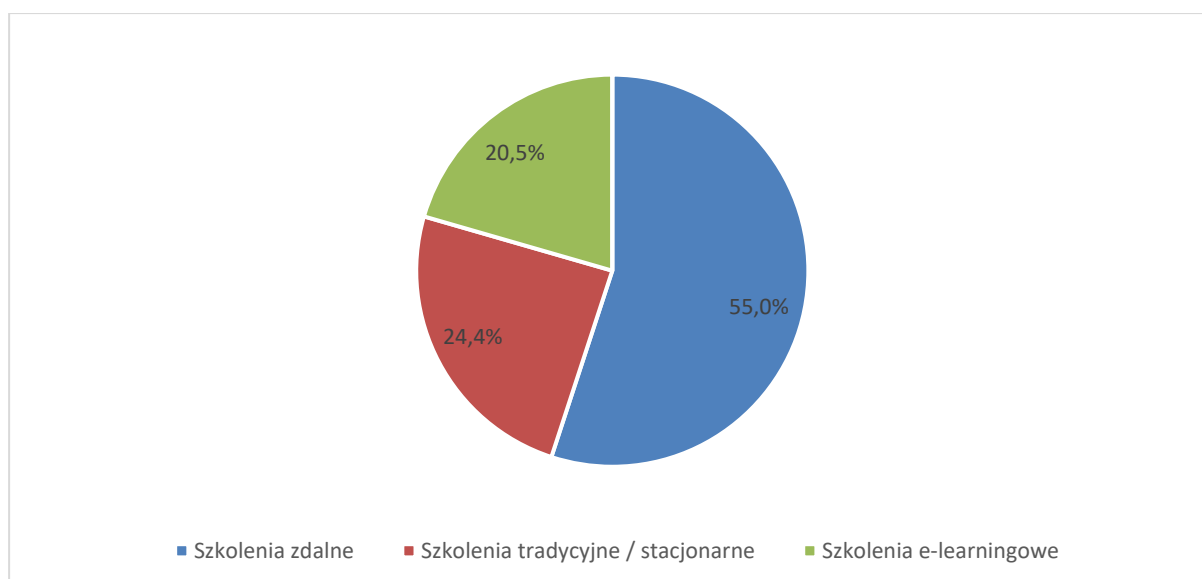
- Jakie są potrzeby dotyczące metod i form szkolenia przedstawicieli zawodów medycznych? Z czego one wynikają?
- Czy należy zróżnicować sposób/narzędzia przekazywania wiedzy w zależności od wykonywanego zawodu medycznego/okołomedycznego, a jeżeli tak – to dlaczego i jak to zrobić?

- **Jakie są potrzeby dotyczące metod i form szkolenia przedstawicieli zawodów medycznych? Z czego one wynikają?**

Pracownicy, z którymi prowadzono rozmowy, wskazywali na fakt, że najpopularniejsze są szkolenia praktyczne i warsztatowe – angażujące grupę do pracy z symulatorami w warunkach imitujących sytuacje codziennej praktyki. Jest to niestety obszar, który został znacząco ograniczony z powodu pandemii COVID-19 ze względu na brak możliwości spotykania się w większych grupach przez osoby zainteresowane udziałem w kursach. Wśród organizatorów szkoleń pojawiają się nadal próby inicjowania krótkich szkoleń praktycznych, w małych grupach, ale należą one do rzadkości..

Odmienne wnioski płyną z badania ilościowego pracowników, którzy nie byli objęci wsparciem w ramach PO WER. Wyniki badania CASI z pracownikami medycznymi, którzy nie brali udziału w szkoleniach w ramach Działania 5.4, pokazały, że niezależnie od zawodu 2,7% jest zdania, że w aktualnej ofercie szkoleniowej brakuje jakichś form wsparcia. Wyniki badania CASI ujawniły, że najbardziej preferowanymi są przede wszystkim szkolenia zdalne (55,0%). Szczegółowe dane przedstawiono poniżej.

Rysunek 27. Preferowane formy wsparcia



Źródło: badanie CASI z pracownikami medycznymi, którzy nie zostali dotychczas objęci wsparciem PO WER (N=487)

To zróżnicowanie ocen wynika z faktu, że beneficjenci i faktyczni uczestnicy kursu odnosili się do realnych zajęć – mogli zatem autentycznie ocenić zalety bezpośredniego kontaktu z prowadzącym. Odpowiedzi osób nieobjętych wsparciem były podyktowane głównie myśleniem o hipotetycznym kursie w kontekście codziennych obowiązków zawodowych.

Ten wątek jest istotny i był akcentowany także w trakcie rozmów z beneficjentami. Należy zaznaczyć, że praktyką, która powinna być wyeliminowana w kontekście szkoleń kadry medycznej, jest organizowanie wsparcia merytorycznego czy ćwiczeń praktycznych w dni wolne od pracy. Niestety, jak wskazywano w wywiadach, przełożeni w placówkach medycznych często nie chcą godzić się na takie warunki organizacji szkoleń i odmawiają urlopów lub nie pozwalają swoim podwładnym na skorzystanie z działań edukacyjnych organizowanych w tygodniu, w godzinach pracy. Respondenci wskazywali także, że szkolenia powinny być organizowane w kilku seriach, ale w krótszym wymiarze czasu. Często kadra medyczna musi godzić aktywność zawodową z dodatkowym czasem przeznaczanym na edukację po godzinach pracy. Jest to bardzo obciążające i powoduje, że „wydajność” zajęć jest mniejsza. W takich sytuacjach uczestnicy mniej zapamiętują, czują się obciążeni psychicznie koniecznością przebywania na kursach do późnych godzin.

„Natomiast, no tak, jak mówię, co do tej organizacji, przynajmniej tych teoretycznych, to fajnie by było, gdyby na przykład te zajęcia odbywały się w mniejszej ilości godzin, kilka razy w tygodniu. Na przykład może być cały miesiąc i to będzie cały miesiąc po godzinie dziennie czy dwie godziny dziennie. Natomiast nie pięć, bo to faktycznie, no to jest



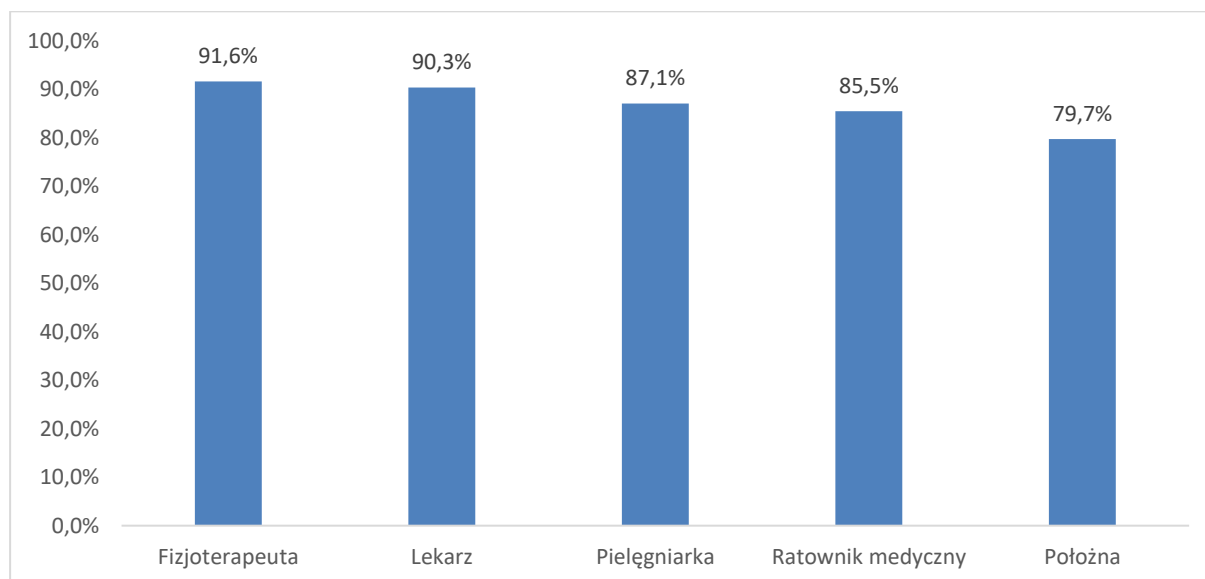
odczuwalne, że faktycznie widać ewidentnie, że takie zmęczenie grupowe się pojawia i po prostu po zakończeniu tych zajęć: o jak dobrze przez miesiąc będzie spokój.”

FGI (Grupa fokusowa) przedstawiciele zawodów medycznych

- **Czy należy zróżnicować sposób/narzędzia przekazywania wiedzy w zależności od wykonywanego zawodu medycznego/okołomedycznego, a jeżeli tak – to dlaczego i jak to zrobić?**

Wyniki badania CATI z pracownikami medycznymi pokazały, że większość badanych (66,8%) uważa, że nie należy różnicować zakresu tematycznego wsparcia w zależności od wykonywanego zawodu medycznego/okołomedycznego. Jednocześnie, zdaniem pracowników medycznych (badanie CATI), ocena dopasowania do potrzeb form udzielanego wsparcia zależy istotnie od zawodu. Okazało się, że najwyższe dopasowanie do potrzeb uzyskano w grupie fizjoterapeutów i lekarzy, a istotnie niższe w grupie ratowników medycznych oraz położnych. Dokładne wyniki przedstawiono poniżej.

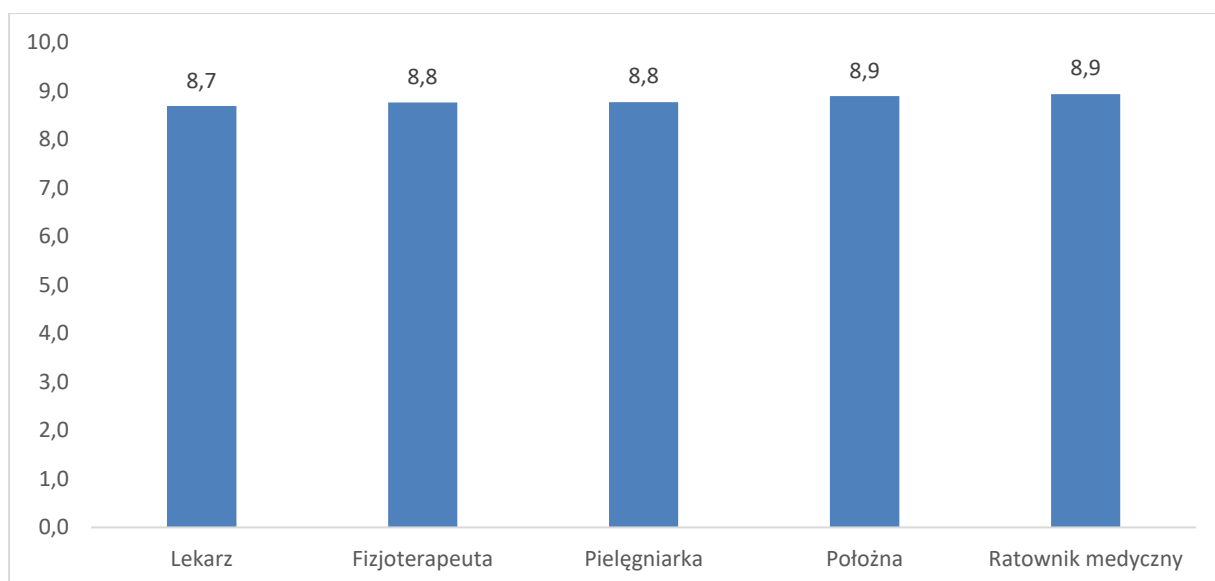
Rysunek 28. Dopasowanie form szkolenia do potrzeb pracowników medycznych



Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników medycznych (N=1050)

Istotnych różnic nie obserwowano natomiast, gdy analizowano sposób dopasowania metod szkoleniowych do oczekiwań uczestników. Zauważono, że niezależnie od zawodu uczestnicy szkoleń wysoko oceniali poziom, w jakim metody/sposoby szkoleniowe spełniają ich oczekiwania. Dokładne wyniki zobrazowano poniżej.

Rysunek 29. Dopasowanie metod szkolenia do oczekiwań pracowników medycznych



Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników medycznych (N=1050)

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy istnieją nowe niezidentyfikowane wcześniej potrzeby szkoleniowe kadr medycznych, a jeżeli tak – to jakie i w jaki sposób należy odpowiedzieć na te potrzeby?
- Czy istnieją potrzeby szkoleniowe, w ramach których wsparcie było niewystarczające? Jeżeli tak, to jakie i jakie szkolenia należy przewidzieć?

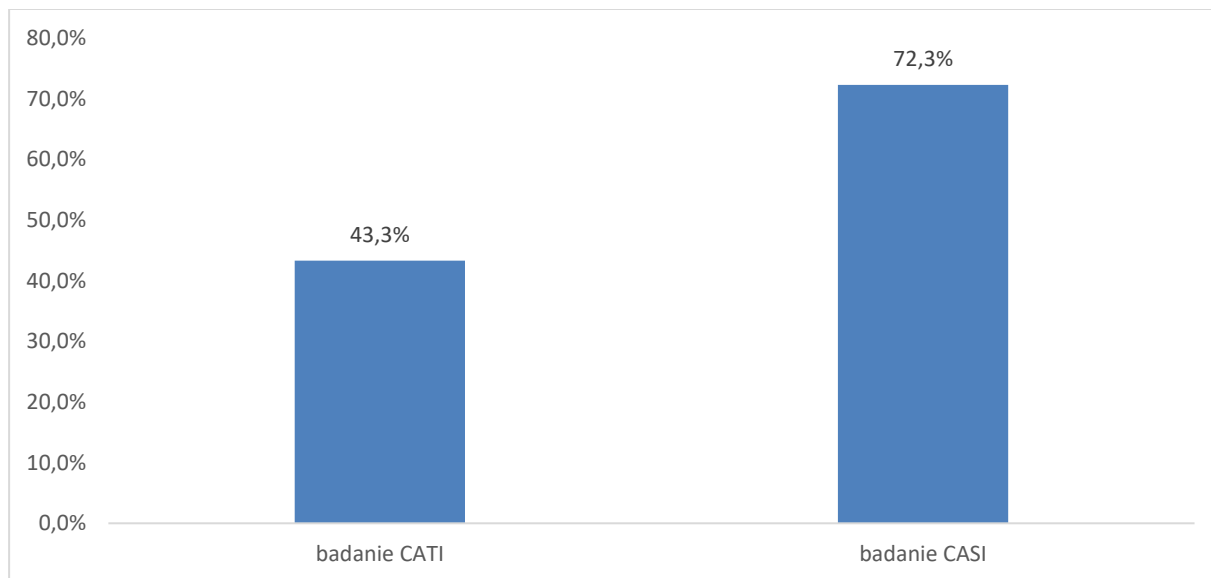
- **Czy istnieją nowe niezidentyfikowane wcześniej potrzeby szkoleniowe kadr medycznych, a jeżeli tak – to jakie i w jaki sposób należy odpowiedzieć na te potrzeby?**

W tej części przeanalizowano wyniki badań CATI z przedstawicielami zawodów medycznych, którzy brali udział w projektach PO WER, badania CASI z pracownikami, którzy nie brali udziału we wskazanych projektach oraz pozyskane podczas bezpośrednich rozmów opinie przedstawicieli beneficjentów. Wyniki badania CATI pokazały, że zdaniem 43,3% badanych brakuje szkoleń lub form podnoszenia kwalifikacji zawodowej. Interesującym może być fakt, że w grupie pracowników medycznych (badanie CASI), którzy nie brali udziału w szkoleniach organizowanych w ramach Działania 5.4, większość jest zdania, że nie brakuje szkoleń w aktualnej ofercie (72,3%). Wyniki zobrazowano poniżej. Różnica w tych opiniach może być skutkiem tego, że grupa medyków nieobjętych wsparciem ma mniejszą wiedzę o ofercie szkoleniowej lub ich znajomość dostępnych kursów i szkoleń jest bardziej



powierzchnowa. Osoby, które faktycznie zetknęły się ze szkoleniami, miały okazję skonfrontować swoje oczekiwania z realiami zarówno w zakresie poruszanych tematów, jak też jakości dostępnych kursów.

Rysunek 30. Brak szkoleń lub pewnych form podnoszenia kwalifikacji



Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników medycznych (N=1050) oraz badanie CASI z przedstawicielami zawodów medycznych, którzy nie zostali dotychczas objęci wsparciem PO WER (N=487)

Zdaniem pracowników medycznych (wyniki badania CATI) do obszarów tematycznych, które nie są w pełni zaspokojone, należą szkolenia dotyczące doskonalenia zawodowego pracowników systemu ochrony zdrowia z zakresu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (92,5%) oraz kształcenie podyplomowe lekarzy (75,2%). Szczegółowe wyniki przedstawiono poniżej.

Rysunek 31. Obszary tematyczne szkoleń, których brakuje



Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników medycznych (N=455)

Temat niezaspokojonych potrzeb był także omawiany podczas dyskusji z medykami. W trakcie tych spotkań możliwe było doprecyzowanie potrzeb. W rozmowach podkreślano, że obszarem, który wymaga szczególnego wsparcia, jest także diagnostyka i kwalifikacje związane z poprawnym i rzetelnym interpretowaniem wyników badań, co umożliwia ograniczenie dodatkowych zleceń. Dlatego rekomenduje się poświęcenie szczególnej uwagi temu zagadnieniu i przeznaczenie dodatkowego wsparcia finansowego na szkolenia z tego zakresu dla lekarzy różnych specjalności.

„Jeżeli chodzi o lekarzy, no to oni przede wszystkim mają problem z interpretacją wyników badań, takich trudnych badań, jak badanie EKG, jak spirometria, jak czasami no, nawet jeżeli mają tam wyniki badań laboratoryjnych, to czasami trudno im to tak zinterpretować i po prostu zlecają na przykład więcej niż potrzeba albo nie zlecają tego, co potrzeba.”



Beneficjent 15, PO WER 5.4

W odpowiedziach respondentów często pojawiały się kwestie związane z nieprzygotowaniem kadr medycznych do pracy z dziećmi. Istnieje powszechne przekonanie, że wielu specjalistów boi się leczenia małych pacjentów ze względu na to, że pewne schorzenia rzadziej są spotykane w tej grupie wiekowej i lekarze nie posiadają takiej praktyki ani doświadczeń, jakie mają w pracy z pacjentem dorosłym. Niektóre z objawów są specyficzne dla dzieci, występują w inny sposób niż u osób dojrzałych. Rekomenduje się, aby w przyszłej perspektywie finansowej położyć szczególny nacisk na dwie całkowicie odrębne, ale związane z najmłodszą grupą pacjentów potrzeby: ratownictwo dziecięce i psychiatrię dziecięcą.

„Powszechnie przyjęto na całym świecie, że personel medycznych dzieci się boi. Ale boi się z dwóch względów: dlatego że rzadziej ma do czynienia z takim pacjentem, myślę, że to jest jeden z aspektów, a drugi aspekt jest taki, że dziecko nas zaskakuje i większość objawów u dzieci przebiega w podobny sposób, jednostek chorobowych oczywiście, i trzeba naprawdę mieć doświadczenie z tymi dziećmi, żeby sobie umieć potem poradzić, a trzecia sprawa, że my prowadzimy mało szkoleń z tym związanych i to jakby się ze sobą nakłada, że skoro mało wyjeżdżamy do dzieci, np. w ratownictwie medycznym, mało - no bo w stosunku do wyjazdów do osób dorosłych, dorosłych pacjentów, ten wskaźnik jest dużo niższy - to tym samym z jednej strony powinniśmy częściej przypominać sobie postępowanie w sytuacji zagrożenia życia u dzieci, skoro rzadziej do tych dzieci jeżdżymy. Żebyśmy byli lepiej przygotowani.”

Beneficjent 7, PO WER 5.4

- **Czy istnieją potrzeby szkoleniowe, w ramach których wsparcie było niewystarczające? Jeżeli tak, to jakie i jakie szkolenia należy przewidzieć?**

Warto w tym miejscu podkreślić, że realizowane w ramach Działania 5.4 projekty miały na celu podnoszenie kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych. Zgodnie z brzmieniem opisu Działania 5.4 w Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych PO WER 2014–2020²⁴ dopuszczone w zakresie tego działania typy projektów przewidywały:

- kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi,

²⁴ Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020, wersja 20, 23.11.2020.



- kształcenie specjalizacyjne lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju,
- kształcenie podyplomowe lekarzy realizowane w innych formach niż specjalizacje w obszarach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy współpracujących z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej,
- doskonalenie zawodowe pracowników innych zawodów istotnych z punktu widzenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w obszarach istotnych dla zaspokojenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych.

Powyższy katalog uniemożliwia realizowanie w ramach Działania 5.4 szkoleń z zakresu prowadzenia dokumentacji medycznej, zarządzania placówkami opieki zdrowotnej czy finansowania świadczeń medycznych. Tym samym uwaga respondentów badania CAWI nie mogła zostać spełniona w omawianym Działaniu 5.4. Analiza rynku szkoleniowego dla sektora ochrony zdrowia wskazuje na istnienie oferty komercyjnej, dostępnej dla osób wykonujących zawody medyczne, zainteresowanych podnoszeniem kompetencji w tym zakresie. Niestety nie stanowi ona przedmiotu niniejszej analizy.

Respondenci wskazywali, że występuje ogromna potrzeba wprowadzenia szkoleń z umiejętności „miękkich” związanych z praktyką obsługi pacjentów – szczególnie specyficznej i coraz większej grupy pacjentów w podeszłym wieku. Problemy dotyczą między innymi kwestii takich jak:

- Jak mówić do pacjenta, aby go nie urazić?
- Jak dać mu poczucie bezpieczeństwa w czasie kontaktu z pracownikami i instytucjami opieki medycznej?
- Jak odpowiadać na reakcje lękowe/związane ze stresem w tej grupie pacjentów?
- Jak komunikować się w asertywny sposób, nie wywołując w pacjentach negatywnych emocji?

Rekomenduje się, aby na podobne wątpliwości pracowników ochrony zdrowia i lekarzy odpowiadali specjaliści, którzy będą mogli przedstawić metody komunikacji i odpowiednich zachowań interpersonalnych w praktyce podczas szkoleń.

„Brakuje takich trochę miękkich kompetencji związanych z prowadzeniem rozmowy, np. z pacjentami z nadmierną masą ciała czy uzależnionymi od tytoniu. Więc tutaj wydaje mi się, że taka część dotycząca, jak rozmawiać z pacjentem na takim poziomie empatii i zrozumienia, żeby być pomocnym, a nie tylko być takim, wie Pani, poradnikiem - w



sensie, że ktoś mówi: Proszę rzucić palenie. To zasadniczo każdy wie. Albo proszę schudnąć - zasadniczo każdy wie, ale nie wie, jak to zrobić. No i tego trochę brakuje, wydaje mi się, lekarzom.”

Beneficjent 3, PO WER 5.4

Szkolenia z wyżej opisanego zakresu, w przeciwieństwie do szkoleń stricte medycznych, mogą być organizowane dla szerszych grup odbiorców, nie muszą być one dedykowane konkretnym zawodom, specjalistom.

„Myślę, że można by wymienić kilka podstawowych, kilka szkoleń, ale dosłownie kilka, które można zorganizować dla wielu grup. Ja myślę, tutaj kwestia na przykład komunikacji interpersonalnej, zasad tej komunikacji w zespole czy też zasad komunikacji pomiędzy zespołem a światem zewnętrznym. Bo tu pewne mechanizmy są takie same. Ja myślę, że sposób, w jaki się rozumie potrzeby pacjenta przez panią sekretarkę, rejestratorkę, lekarza czy pielęgniarkę, te problemy są takie same. Więc sposób komunikacji, nie mówię o treści przekazywanej informacji, tylko o sposobie, to na pewno wymaga, to mogłoby być robione w postaci takich ogólnych szkoleń.”

Beneficjent 13, PO WER 5.4

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Wśród przedstawicieli których zawodów medycznych zapotrzebowanie na dofinansowanie kształcenia podyplomowego/doskonalenia zawodowego jest największe i dlaczego?
- Czy należy zróżnicować zakres tematyczny wsparcia w zależności od wykonywanego zawodu medycznego/okołomedycznego, a jeżeli tak – to dlaczego i w jaki sposób?

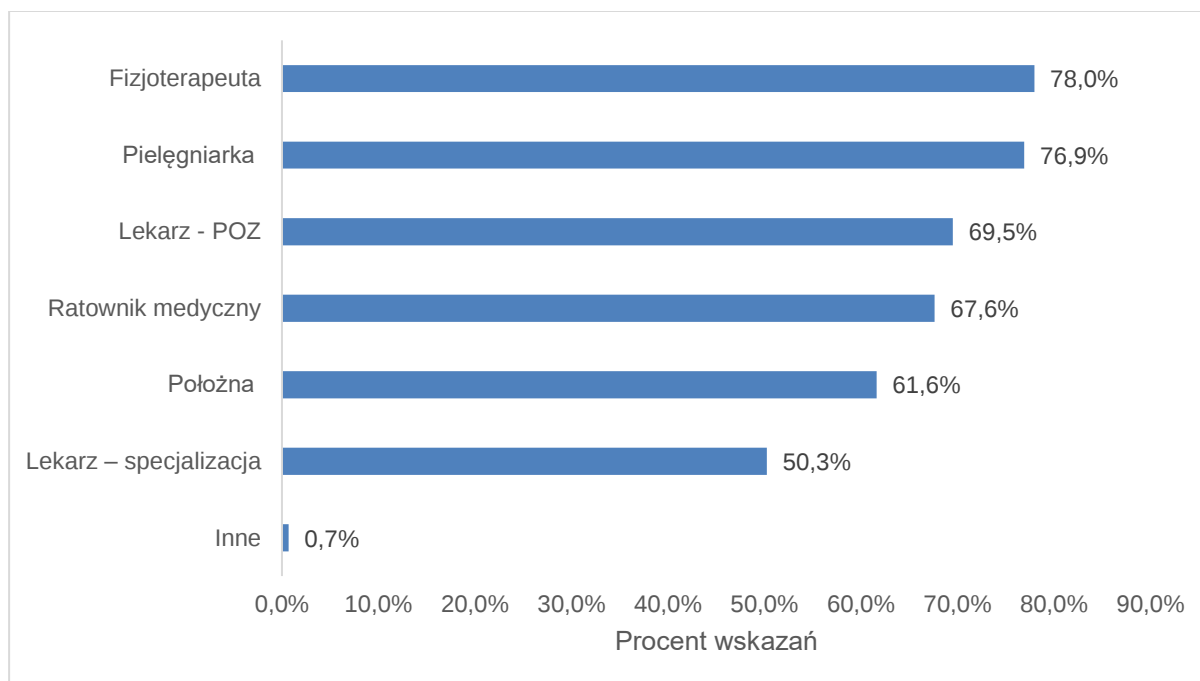
- **Wśród przedstawicieli których zawodów medycznych zapotrzebowanie na dofinansowanie kształcenia podyplomowego/doskonalenia zawodowego jest największe i dlaczego?**

Nie da się jednoznacznie wyróżnić grup, które tego wsparcia potrzebują najbardziej. Zgodnie z deklaracjami respondentów biorących udział w indywidualnych i grupowych wywiadach wszystkie zespoły potrzebują stałego doskonalenia umiejętności zawodowych. Niemniej w trakcie rozmów z medykami wskazywano, że to np. diagnosty laboratoryjni oraz ratownicy medyczni są bardzo zaangażowaną i zainteresowaną szkoleniami grupą, bardzo chętną do uczestniczenia w nich. Jednocześnie wyniki badania CATI pokazały, że blisko 55,3%



badanych uważa, że jednak istnieją zawody, które wykazują większe zapotrzebowanie na dofinansowanie kształcenia. Wśród nich wskazano fizjoterapeutów oraz pielęgniarki (por. poniższy rysunek).

Rysunek 32. Grupy, którym, zdaniem badanych, należy się większe dofinansowanie



Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników medycznych (N=581)

- **Czy należy zróżnicować zakres tematyczny wsparcia w zależności od wykonywanego zawodu medycznego/okołomedycznego, a jeżeli tak – to dlaczego i w jaki sposób?**

Respondenci byli podzieleni zarówno na zwolenników szkoleń w grupach jednorodnych, jak i mieszanych ze względu na specjalizację biorących w nich udział lekarzy. Dla jednych szkolenia interdyscyplinarne w ramach placówki to okazja do zacieśnienia współpracy i zintegrowania zespołu, a także wymiany wiedzy pomiędzy specjalizacjami. Dla drugich jest to marnotrawstwo czasu ze względu na brak możliwości przekazania specjalistycznej wiedzy. Pojawiły się głosy, że tylko szkolenia miękkie, psychologiczne mogą być prowadzone w grupach zróżnicowanych zawodowo. Większość odpowiadających nie ma jednak wątpliwości, że bardzo wartościowe jest to, gdy na kursach następuje wymiana doświadczeń pomiędzy specjalistami z dłuższym stażem a osobami bardzo młodymi, rozpoczynającymi swoją karierę. Co więcej, zdaniem badanych, należy różnicować zakres tematyczny wsparcia w taki sposób, by lekarze mogli zapoznać się z wiedzą spoza swojej



specjalizacji, ale dotyczącą kwestii, z którymi mogą się w ramach codziennej praktyki zetknąć.

„Np. też ja miałam taki sygnał, dokładnie z naszego projektu, ale tutaj u nas wśród lekarzy onkologów. Lekarze onkolodzy by chcieli mieć takie kursy, np. z kardiologii, no bo przecież często ci pacjenci nowotworowi też są obarczeni różnymi schorzeniami, np. to jest problem dla nich, że oni się znają super na onkologii, ale np. dużo mniej się znają na np. na kardiologii i że to też jest taki... żeby specjaliści uczyli specjalistów, tak?”

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy są zawody/stanowiska pracy w podmiotach leczniczych, które należy wesprzeć w większym stopniu w obszarze nabywania kompetencji, a jeżeli tak – to z jakich przyczyn wynika ich zwiększone zapotrzebowanie i jakich kompetencji/wiedzy powinny dotyczyć szkolenia/inne formy kształcenia/doskonalenia zawodowego?
- Jakie to powinny być formy/metody/narzędzia szkolenia?

- **Czy są zawody/stanowiska pracy w podmiotach leczniczych, które należy wesprzeć w większym stopniu w obszarze nabywania kompetencji, a jeżeli tak – to z jakich przyczyn wynika ich zwiększone zapotrzebowanie i jakich kompetencji/wiedzy powinny dotyczyć szkolenia/inne formy kształcenia/doskonalenia zawodowego?**

Z dofinansowanego wsparcia szkoleniowego w największym stopniu chcą korzystać pracownicy średniego szczebla – położne, pielęgniarki, ratownicy medyczni czy diagnosty. Respondenci wskazują, że to właśnie w te grupy zawodowe powinno się inwestować. W trakcie rozmów pracownicy wyrazili opinie, że kadra wyższego szczebla jest przygotowana pod względem materialnym nawet do samodzielnego finansowania szkoleń komercyjnych lub płatnych studiów podyplomowych.

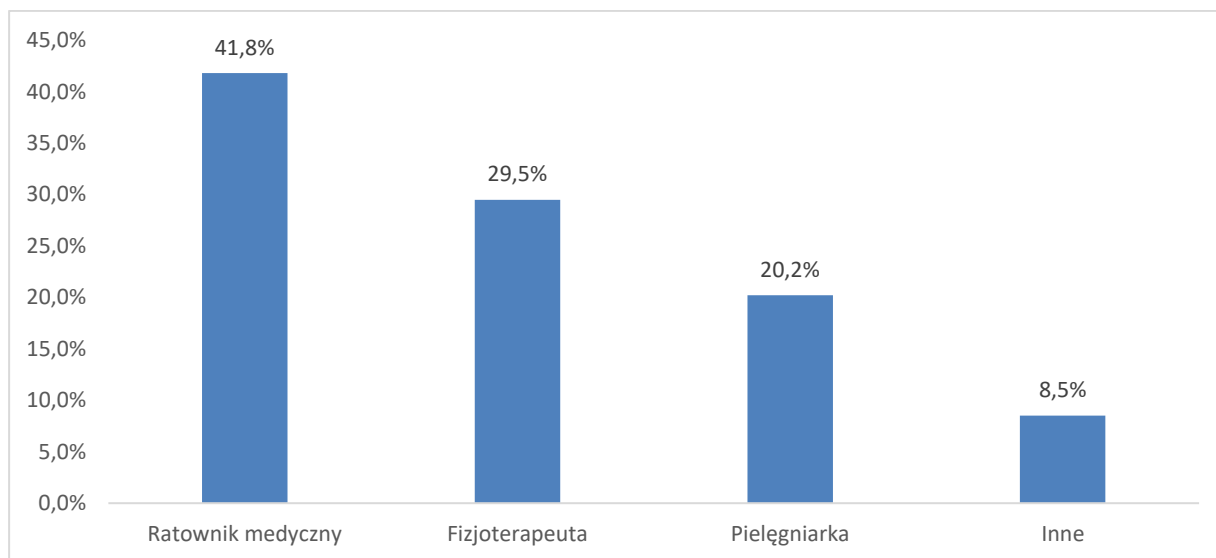
Koordynatorzy projektów szkoleniowych podkreślali oczywiście, że przedstawiciele wszystkich zawodów medycznych wymagają wsparcia i że powinno być ono dopasowane do ich potrzeb. Jednak jako ewaluatorzy – kierując się wynikami badań ilościowych oraz znajomością uwarunkowań – proponujemy priorytetyzację.

W myśl wyników przeprowadzonego badania CAWI na grupie pracowników medycznych należy zauważyć, że według opinii ponad 70% z nich istnieją zawody medyczne, które



należy wesprzeć w szczególny sposób. Potwierdzają to wyniki badań jakościowych, gdzie dostrzegano aktualną sytuację epidemiczną jako kluczowy kontekst sprawiający, że praca „na froncie walki z wirusem” wymaga odpowiednich kompetencji związanych z zarządzaniem kryzysowym. Wedle opinii ankietowanych wśród grup, którym należy się szczególne wsparcie, wymieniono: ratowników medycznych (41,8%), fizjoterapeutów (29,5%) oraz pielęgniarki (20,2%). W istotny sposób łączy się to z powyższym stanowiskiem formułowanym w toku wywiadów pogłębionych, ponieważ ratownicy oraz pielęgniarki pracują właśnie na tej pierwszej linii walki z COVID-19. Respondenci badania CAWI motywowali jednak swoje opinie różnicami w poziomie wiedzy oraz niewielką liczbą szkoleń dla tych grup zawodowych (zob. wykres poniżej).

Rysunek 33. Zawody medyczne, których przedstawiciele w szczególny sposób wymagają wsparcia



Źródło: badanie CAWI z beneficjentami Działania 5.4 (N=82)

Jednak istotny wydaje się tu również czynnik finansowy, wedle którego zarobki ratowników medycznych oraz fizjoterapeutów nie należały do najwyższych w ochronie zdrowia²⁵. W ich wypadku szkolenia można traktować raczej jako „pozapłacowe benefity”, które w drobny sposób rekompensują braki finansowe.

- **Jakie to powinny być formy/metody/narzędzia szkolenia?**

Zawodowe zróżnicowanie potrzeb szkoleniowych kadr medycznych oczywiście występuje. Jednak formy, metody i narzędzia są wtórne i nie stanowią zmiennej różnicującej. W tym

²⁵ <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/MZ-ile-srednio-zarabia-lekarz-piellegniarka-osoby-wykonujace-inne-zawody-medyczne,196614,1.html>



wypadku zmiennymi różnicującymi są **możliwości finansowe** poszczególnych grup zawodów medycznych – im bardziej ograniczone zasoby, tym większe potrzeby wsparcia bezpłatnymi szkoleniami, oraz **poziom kompetencji cyfrowych**. Skuteczne wdrożenie działania telemedycyny w ochronie zdrowia powinno iść w parze z zadbaniem o to, aby reprezentanci zawodów medycznych, którzy są w wieku senioralnym, mieli zapewnione wsparcie szkoleniowe.

Natomiast dyskusja na temat form, metod i narzędzi wsparcia dla poszczególnych grup może zostać podsumowana za pomocą naczelnego kontekstu społeczno-organizacyjnego w sektorze ochrony zdrowia, jakim naturalnie jest **praca w warunkach niedoborów kadrowych** oraz niedoborów czasowych w indywidualnych grafikach poszczególnych lekarzy, którzy są bardzo często wieloletowcami.

„Sam Pan wie jak pracują lekarze w Polsce tak? No mają z tych godzin, które swoich takich medycznych bardzo dużo. Przychodził i... Teraz tak, w tygodniu nie mogę zrobić szkolenia, no bo oni pracują. Oni gdzieś zaczynają życie, gdzieś po osiemnastej. Jeżeli my robimy takie krótkie spotkania jakieś informacyjne, to nie wcześniej, dziewiętnasta nawet. Bo oni dopiero wtedy zjeżdżają z pracy. Czyli weekend... codziennie. Mogę zrobić tylko szkolenie w weekend. A weekend jest moim dniem wolnym. Odpoczywam i żeby mnie przekonać do tego, że warto na to szkolenie jechać w weekend i dzień wolny poświęcić. To ja naprawdę, muszę zaoferować coś naprawdę dobrego.”

Beneficjent 12, PO WER 5.4

Na pierwszy plan – zarówno w sytuacji pandemii, jak i przed nią oraz po niej – wysuwa się zapewnienie ciągłości i gotowości do pracy jednostek szpitalnych. Mając na uwadze ten – podkreślany przez rozmówców w toku wywiadów pogłębionych – kontekst, ewaluatorzy skonstruowali typ idealny szkoleń dedykowanych pracownikom systemu ochrony zdrowia na przykładzie lekarzy.

Tabela 7. Typ idealny szkolenia adresowanego do lekarzy

AKTUALIZUJĄCE	Każdy kwartał przynosi nowe doniesienia ze świata nauki, nowe ustalenia oraz nową wiedzę medyczną. Lekarze oczekują tego, że będą mogli tę wiedzę aktualizować.
RZETELNE	Aktualizacja wiedzy powinna pochodzić z pewnego źródła – od uznanych autorytetów w branży, dlatego że tylko rzetelna wiedza teoretyczna może być podstawą rzetelnej praktyki medycznej.



PRAKTYCZNE	Medycyna jest przede wszystkim praktyką. Zatem nastawienie na przekaz bazujący na autentycznych sytuacjach, wdrażaniu konkretnych rozwiązań oraz wskazywaniu implementacji wiedzy jest celowy.
WYJAZDOWE	Z uwagi na niedobory kadrowe w ochronie zdrowia lekarze pracują na wielu etatach i ich decyzja co do tego, czy wziąć udział w szkoleniu, czy też nie, to jest decyzja wykraczająca poza czas pracy i wchodząca bardzo mocno w ich czas wolny. Zatem wszelkie szkolenia wyjazdowe w atrakcyjne lokalizacje powinny cieszyć się powodzeniem wśród lekarzy, gdyż są one propozycją połączenia „przyjemnego z pożytecznym”, nauki z odpoczynkiem i pracy z czasem wolnym.
INTEGRACYJNE	Aspekt społeczno-integracyjny jest w kontekście szkoleń wyjazdowych bardzo istotny, ponieważ jeśli oczekiwaną przez lekarzy funkcją szkoleń ma być łączenie pracy z odpoczynkiem, to wspólne spędzanie czasu, gry terenowe czy wieczory integracyjne są czymś jak najbardziej oczekiwanym.

Przykład pochodzi z grupy zawodowej lekarzy, gdyż takie rozwiązania podpowiadali nam badani, rozmawiając o prowadzonych przez siebie projektach. Jednak otrzymane wnioski można rozszerzyć na pozostałe zawody, pamiętając o tym, że ich gotowość do ponoszenia kosztów może być niższa i tematyka merytoryczna oczywiście odmienna. Istnieją však pewne zręby wspólnych potrzeb w zakresie form, metod i narzędzi pracy, co potwierdziły badania CAWI wśród reprezentantów zawodów medycznych. Na pierwszy plan wysuwała się potrzeba radzenia sobie ze stresem (88% wskazań). O około 10 punktów procentowych mniej miała druga potrzeba, czyli procedury postępowania w sytuacjach epidemicznych (78%). Komunikacja z pacjentem (53%) oraz wiedza stricte medyczna (28%) wskazywane były zdecydowanie rzadziej.

Tabela 8. Preferencje tematyczne wz. wsparcia szkoleniowego pośród różnych grup zawodów medycznych

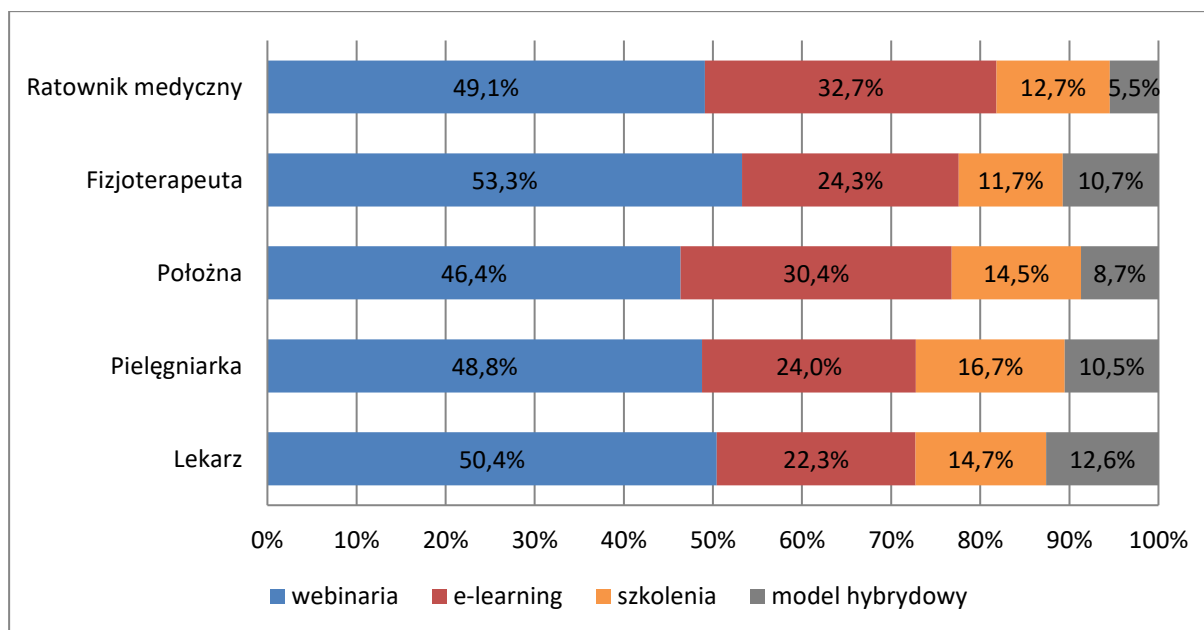
Preferencje tematyczne	Lekarze	Pielęgniarki	Położne	Fizjo-terapeuci	Ratownicy medyczni
Radzenie sobie ze stresem	87%	89%	89%	87%	89%
Omawianie procedur postępowania w epidemii	78%	80%	75%	84%	75%
Przekazywanie informacji pacjentom i ich rodzinom	51%	50%	52%	51%	64%
Wiedza wz. głównych objawów chorób	30%	23%	25%	29%	33%



Pojawiające się tu różnice międzyzawodowe odnotowano głównie w przypadku komunikacji z pacjentem, która jako potrzeba szkoleniowa dostrzegana była przez 64% ratowników medycznych i ok. 50% pozostałych badanych. Te 14 punktów procentowych różnicy należy interpretować jako fakt dysproporcji zaspokojenia tej potrzeby szkoleniowej w grupie ratowników medycznych.

W przypadku preferowanych form wsparcia szkoleniowego około 50% badanych wskazywało na webinaria, co tłumaczyć można pewnym przyzwyczajeniem, które zrodził czas kwarantanny marcowej i listopadowej w roku 2020. Następnie odnotowano inną zdaną formę rozwijania wiedzy – e-learning, a więc nagromadzenie materiałów szkoleniowych na platformach internetowych. Co ciekawe, standardowe szkolenia cieszyły się większym zainteresowaniem niż model hybrydowy (łączący szkolenia z e-learningiem i webinariami). Podkreślić należy ogólnie zgodną hierarchizację tych form szkolenia w poszczególnych grupach zawodowych, co obrazuje poniższy wykres.

Rysunek 34. Preferencje przedstawicieli poszczególnych grup zawodowych w zakresie form szkolenia



W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

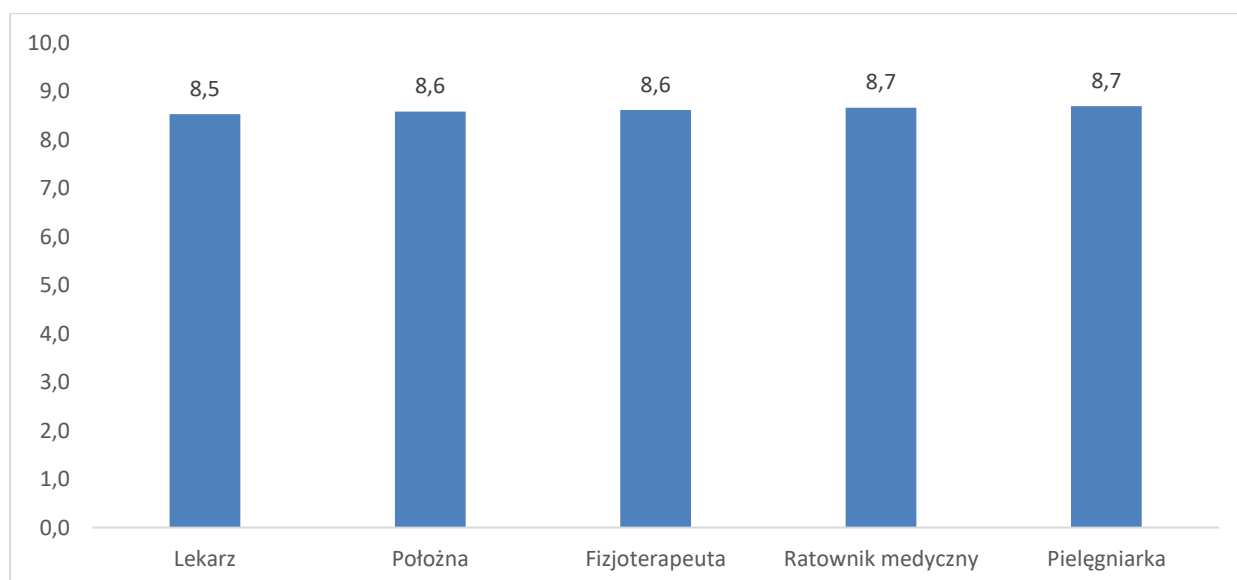


- W jakim stopniu wiedza i umiejętności nabyte dzięki udziałowi w projektach PO WER przez przedstawicieli zawodów medycznych są wg nich przydatne w ich codziennej pracy/rozwoju zawodowym?
- W jaki sposób zdobyte umiejętności są w praktyce wykorzystywane? W jakim zakresie wsparcie z PO WER spełniło potrzeby dotyczące podnoszenia kompetencji zawodowych przez pracowników podmiotów tworzących i płatnika?

- **W jakim stopniu wiedza i umiejętności nabyte dzięki udziałowi w projektach PO WER przez przedstawicieli zawodów medycznych są wg nich przydatne w ich codziennej pracy/rozwoju zawodowym?**

Do analizy wykorzystano badanie CATI przeprowadzone w grupie pracowników medycznych. Otrzymane wyniki pokazały, że przebadani pracownicy medyczni, którzy brali udział w szkoleniach prowadzonych w ramach Działań 5.4, bardzo wysoko oceniają przydatność zdobytej wiedzy w codziennej pracy zawodowej – średnia wyniosła 8,7²⁶. Wyniki w podziale wedle zajmowanego stanowiska ujawniły, że lekarze istotnie niżej oceniają przydatność wiedzy szkoleniowej w porównaniu do ratowników medycznych i pielęgniarek. Graficznie wyniki zobrazowano poniżej.

Rysunek 35. Ocena przydatności wiedzy



²⁶ Ocena zawierała się w przedziale od 0 do 10 – im wyższy wynik, tym wyżej oceniano przydatność zdobytej wiedzy.

Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników medycznych (N=581)

Respondenci, z którymi prowadzono bezpośrednie rozmowy, zgodnie deklarowali, że szkolenia organizowane w ramach projektu są przydatne dla wszystkich objętych wsparciem grup zawodowych. Potrzeba stałego podnoszenia kompetencji w sektorze pracowników medycznych jest bardzo duża.

- **W jaki sposób zdobyte umiejętności są w praktyce wykorzystywane? W jakim zakresie wsparcie z PO WER spełniło potrzeby dotyczące podnoszenia kompetencji zawodowych przez pracowników podmiotów tworzących i płatnika?**

Szkolenia umożliwiają porządkowanie wiedzy wykorzystywanej w trakcie codziennej pracy, ale także nabywanie nowej (np. o nowatorskich sposobach wykonywania zabiegów albo procedurach laboratoryjnych). Obie korzyści płynące ze szkoleń są ważne zarówno dla młodszych, jak i starszych pokoleń lekarzy. Badani podkreślali fakt rosnącej średniej wieku wśród lekarzy specjalistów²⁷. Nawiązując do starzenia się tej grupy zawodowej, można stwierdzić, że pozostaje ona często aktywna do późnych lat. W badaniach jakościowych stwierdzono, że leczący powinni jak najdłużej wykonywać swoje obowiązki, ponieważ są potrzebni z perspektywy rynku pracy, zawód lekarza wymieniany jest w grupie zawodów deficytowych²⁸. Zrodziło to istotne komplikacje w sytuacji pandemii COVID-19, gdy telemedycyna stała się nie tylko szansą, ale i koniecznością. Rozmówcy, z którymi prowadziliśmy wywiady pogłębione, wskazywali na to, że braki w zakresie kompetencji cyfrowych można odnotować nie tylko wśród pacjentów w wieku senioralnym, ale dotyczą one w niemal równym stopniu lekarzy-seniorów.

Szkolenia umożliwiają nabywanie nowej wiedzy, ale też weryfikację i aktualizację już posiadanej. Należy wspomnieć, że bardzo cennym źródłem informacji dla zainteresowanych jest „networking” i wymiana doświadczeń. Dzięki udziałowi w szkoleniach następowała wielopokoleniowa wymiana doświadczeń – starsi koledzy przekazywali młodszym wiedzę, której nie sposób uzyskać w czasie studiów. Dotyczy to zarówno lekarzy, pielęgniarów,

²⁷ Zob. Niedzielski Adam. Kadra medyczna z punktu widzenia praktyka. Mity i fakty. Narodowy Fundusz Zdrowia.

zob. https://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultstronaopisowa/349/42/1/kadra_medyczna_-_prezentacja.pdf

²⁸ zob. <http://barometrzwodow.pl/>



ratowników medycznych, jak też pracowników laboratoriów. Jest to „wartość dodana” - wiedza, która jest niedostępna w formalnej edukacji i podręcznikach specjalistycznych.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jak należy prowadzić działania w obszarze kształcenia podyplomowego/doskonalenia zawodowego pracowników w ramach programów operacyjnych współfinansowanych z EFS+ w latach 2021–2027?
- Co należy zmienić w stosunku do sposobu udzielania interwencji w latach 2014–2020?

- **Jak należy prowadzić działania w obszarze kształcenia podyplomowego/doskonalenia zawodowego pracowników w ramach programów operacyjnych współfinansowanych z EFS+ w latach 2021–2027?**

Wyniki badania CAWI pokazały, że większość beneficjentów Działania 5.4 (91,5%) uważa, że należy prowadzić podobne działania w stosunku do sposobu udzielania interwencji w latach 2014–2020. Potwierdzono te obserwacje także w czasie rozmów z beneficjentami. Choć w trakcie dyskusji wskazywano szereg propozycji mogących usprawnić przebieg projektów szkoleniowych, to nie podważano stosowanego obecnie ogólnego modelu wsparcia kadr medycznych. Bardzo często podkreślanym aspektem przygotowywania szkoleń, który powinien być zdecydowanie brany pod uwagę podczas tworzenia kolejnych edycji wsparcia, jest diagnozowanie potrzeb osób biorących udział w szkoleniach. Ta diagnoza, poza kwestią zbadania preferencji szkoleniowych, powinna być szerzej zakrojona i obejmować także ocenę dotychczasowego przygotowania danej osoby do pełnienia obowiązków zawodowych. Umożliwi to dostosowanie poziomu szkoleń do możliwości/umiejętności ich końcowych odbiorców.

- **Co należy zmienić w stosunku do sposobu udzielania interwencji w latach 2014–2020?**

Ciekawym wątkiem, który pojawił się w wywiadach, jest połączenie szkoleń indywidualnych – prowadzonych dla chętnych, ze szkoleniami obowiązkowymi dla zatrudnionych w danej instytucji. Miałoby to polegać na delegowaniu przez jednostkę medyczną swoich pracowników, którzy byliby zobligowani do podniesienia kwalifikacji w danym obszarze w czasie szkoleń. To rozwiązanie należałoby łączyć z tworzeniem wsparcia dostosowanego do potrzeb danej placówki. Ma być to odpowiedź na istotny problem, jakim jest rotacja kadr i



odchodzenie z zawodu osób, które osiągnęły wiek emerytalny. W takiej sytuacji ważne jest, aby przygotować kolejne pokolenia specjalistów do objęcia ich funkcji i obowiązków.

Kolejnym obszarem potencjalnych zmian, wartym promocji po zakończeniu pandemii COVID-19, jest położenie nacisku na wymianę kompetencji i kwalifikacji pomiędzy europejskimi czy też nawet światowymi instytucjami. Jeden z respondentów użył określenia „Erasmus dla kadry medycznej”. Takie wyjazdowe programy szkoleniowe mogą służyć uniknięciu stosowania rutynowego podejścia do leczenia i pacjentów w polskich placówkach. Współpraca pomiędzy międzynarodowymi ośrodkami zdrowia pozwoliłaby na aktualizowanie tej wiedzy i wprowadzanie innowacyjnych rozwiązań na większą skalę.

„Ja myślę, że bardzo ważna by była szersza wymiana, możliwość skorzystania z dorobku ze szkolenia w innym ośrodku. Tak jak są programy erasmusowskie, na przykład, dla studentów (...). Że powinny być dla lekarzy, dla pielęgniarek, powinny być takie. One są w jakimś tam niedużym stopniu, one są tam przez organizacje europejskie czy światowe towarzystwa, ale to bardziej polega na tym, że jeden profesor zna drugiego profesora i mówi: Ty, słuchaj, mam łebskiego chłopaka, może by do ciebie przyjechał, zobaczył. A to powinno w ramach Unii być bardziej chyba sformalizowane.”

Beneficjent 13, PO WER 5.4

Ciekawym i wartym wprowadzenia pomysłem wydają się być tzw. szkolenia hybrydowe polegające na połączeniu metod nauczania zdalnego oraz form stacjonarnych. Są one szczególnie istotne w przypadku zawodów medycznych ze względów na problemy z dyspozycyjnością/dostępnością pracowników wynikające z obciążenia pracą oraz generalnie trybu pracy – dyżurów, wyczerpujących, wielogodzinnych praktyk.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytanie ewaluacyjne:

- Czy potrzeby szkoleniowe są możliwe do zaspokojenia w ramach finansowania ze środków publicznych, w tym z EFS (EFS+), czy też należy je uzupełnić działaniami finansowanymi z innych źródeł (jakich)?

Wyniki badania z pracownikami medycznymi pokazały, że wysoko oceniano wsparcie w zakresie kształcenia podyplomowego (średnia wyniosła 8,3²⁹). Proponowane w ramach

²⁹ Ocena zawierała się w przedziale od 0 do 10 – im wyższy wynik, tym wyżej oceniano wsparcie w zakresie kształcenia podyplomowego.



Działania 5.4 szkolenia adresowane do kadry medycznej realizowane były w bardzo szerokim zakresie i obejmowały liczne, różniące się między sobą zagadnienia tematyczne. Ze względu na różnorodną – w ramach struktury pracowników medycznych – grupę odbiorców: lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych, fizjoterapeutów, pilotów LPR, psychologów i innych pracowników wymagania dotyczące szkoleń miały bardzo obszerny charakter.

Skupiały się wokół następujących głównych grup szkoleń:

- a) kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne pielęgniarek i położnych (m.in. dotyczące ordynowania leków i wystawiania recept – w związku z wejściem w życie nowych uprawnień wynikających z ustawy o wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej, dającej prawo do takich czynności; prowadzenia wywiadu i badania fizykalnego – w związku z wprowadzeniem wymogu ukończenia takiego kursu przed przystąpieniem do specjalizacji pielęgniarskiej; wykonania i interpretacji zapisu EKG; opieki nad pacjentami onkologicznymi, rehabilitacji w zaburzeniach psychicznych, wykonania badania spirometrycznego, pielęgniarstwa onkologicznego, pielęgniarstwa psychiatrycznego, pielęgniarstwa geriatrycznego),
- b) szkolenia podnoszące kompetencje lekarzy w zakresie: kardiologii i angiologii, onkologii, psychiatrii, chorób układu kostno-stawowo-mięśniowego, układu oddechowego, z zakresu procedur diagnozowania i leczenia niepłodności, zagadnień związanych z rozwojem umiejętności medycznych w zakresie chorób układu krążenia (w tym kardiologii prenatalnej, dziecięcej kardiologii interwencyjnej) lub/i chorób nowotworowych (w tym leczenia bólu) lub/i chorób i zaburzeń psychicznych, lub/i chorób układu kostno-stawowo-mięśniowego, lub/i chorób układu oddechowego, lub/i umiejętności chirurgicznych – z wykorzystaniem technik symulacji medycznej,
- c) szkolenia dla ratowników medycznych, dyspozytorów medycznych, pilotów LPR, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych, opiekunów medycznych, terapeutów środowiskowych w zakresie pięciu głównych grup schorzeń będących najczęstszą przyczyną dezaktywizacji zawodowej, tj. chorób nowotworowych, chorób układu oddechowego, chorób układu krążenia, chorób układu kostno-stawowo-mięśniowego oraz zaburzeń psychicznych, w zakresie właściwym dla konkretnej grupy zawodowej objętej wsparciem, adekwatnie do opisu narzędzia 37 w Policy paper,
- d) szkolenia kadr medycznych i pomocy społecznej w zakresie psychologii klinicznej, psychoterapii dzieci i młodzieży, psychiatrii dzieci i młodzieży.



Oferta szkoleń obejmowała tylko tematykę związaną z wykonywaniem zawodu medycznego, nie zwrócono uwagi na możliwość przeszkolenia pracowników medycznych w obszarach dotyczących organizacji, finansowania w ochronie zdrowia, radzenia sobie ze stresem, asertywności i innych o ogólnym charakterze. Działo się tak nawet pomimo wcześniej istniejących opracowań literaturowych świadczących o przeprowadzeniu badań empirycznych, dowodzących potrzeby podnoszenia kompetencji okołomedycznych i zarządczych przez personel medyczny szpitali³⁰.

Odpowiadając na postawione pytanie badawcze, w kontekście potrzeb pracowników medycznych nie można mówić o ich pełnym zaspokojeniu w obszarze szkoleń i podnoszeniu przez nich kompetencji wyłącznie ze środków publicznych. Wymagane jest w tym zakresie angażowanie dodatkowo środków zewnętrznych (np. szkoleń komercyjnych) i oferowanie szkoleń o ogólnym charakterze, także grupie zawodowej związanej z udzielaniem świadczeń medycznych.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Które ze stosowanych w projektach PO WER form wsparcia oraz metod przekazywania wiedzy pracownikom medycznym należy uznać za najbardziej skuteczne w kontekście zaprogramowania przyszłego wsparcia z EFS+ i na jakiej podstawie?
- Jakie nowe metody/formy/narzędzia szkoleń można zastosować w przyszłości? Jakie formy/metody/narzędzia szkoleń sprawdziły się w szkoleniach dla innych grup zawodowych i mogą być wykorzystane dla kadr medycznych?

- **Które ze stosowanych w projektach PO WER form wsparcia oraz metod przekazywania wiedzy pracownikom medycznym należy uznać za najbardziej skuteczne w kontekście zaprogramowania przyszłego wsparcia z EFS+ i na jakiej podstawie?**

Przeanalizowane zostały wyniki badania CATI z pracownikami medycznymi. Bardzo wysoko oceniono poziom, w jakim metody i formy udostępniania wiedzy na szkoleniach były

³⁰ M. Kęsy, Z. Nęcki (red.), Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2013.



przekazywane uczestnikom (pozytywnie formy udzielanego wsparcia oceniło 89% badanych, natomiast średnia dla oceny metod wyniosła 8,8³¹).

W przypadku pracowników medycznych najważniejsze są zajęcia warsztatowe. Jest to niestety w obecnej sytuacji epidemiologicznej trudne do zorganizowania, ale daje się zauważyć wśród zainteresowanych niechęć do przejścia w tryb zdalny skupiony głównie na przekazywaniu wiedzy teoretycznej. Pojawiają się tendencje do wstrzymywania się z udziałem w szkoleniach właśnie w celu „przeczekania” pandemii i w nadziei na możliwość późniejszego dołączenia do organizowanych form wyjazdowych/warsztatowych, czyli takich, które będą się skupiały na przekazywaniu wiedzy praktycznej.

Należy kłaść nacisk na to, aby wykładowcy, osoby szkolące byli także praktykami, najlepiej znanymi w środowisku i posiadającymi udokumentowane sukcesy w swoich specjalizacjach. Takie autorytety przyciągają chętnych medyków do udziału w szkoleniach. Powinny być to zatem osoby mające co najmniej udokumentowane doświadczenie w pracy lub współpracy z instytucją ochrony zdrowia.

Formy zdalne mają swoje zalety, lecz w trakcie rozmów sygnalizowano, że bardzo pożądane są szkolenia wyjazdowe, kilkudniowe. Pozwalają one skupić się w całości na analizowanych problemach i zagadnieniach. Pracownicy medyczni są wtedy odcięci od swoich obowiązków zawodowych, a także tych związanych z rodziną i życiem codziennym. Często tworzą się grupy interdyscyplinarne lub złożone z praktyków z różnych lokalizacji, co pozwala na networking oraz wymianę doświadczeń. Mocno podkreślana jest potrzeba inwestowania w młode kadry – specjalistów, którzy zaczynają swoją karierę zawodową. Ma być to odpowiedź na coraz większe wyzwanie, jakim staje się rosnący średni wiek pracowników medycznych. Stąd tak ważna jest wymiana międzypokoleniowa, a także wspieranie młodych medyków w podnoszeniu kompetencji. Dla studentów i stażystów możliwość dodatkowej edukacji w ramach własnej specjalizacji, bez ponoszenia dużych nakładów finansowych, może być zachętą do pozostania w kraju i prowadzenia tutaj swojej praktyki.

„Powinniśmy się skupiać na doedukowaniu szczególnie tych osób, które są właśnie na początku swojej kariery zawodowej, znaczy i lekarzy rezydentów, i też stażystów, ale też warto właśnie rozwijać ich, w kontekście takim kontaktu z doświadczonymi lekarzami. I my też właśnie w taki sposób prowadzimy zajęcia, że tworzymy takie grupy mieszane, w których są profesorowie z dwudziesto-, trzydziestoletnim doświadczeniem i młodzi

³¹ Ocena zawierała się w przedziale od 0 do 10 – im wyższy wynik, tym wyżej oceniano jakość przekazywanej wiedzy i stosowanych form wsparcia.



lekarze, no i tutaj dzięki temu mamy taką wartość dodaną w projekcie, że następuje również jakaś taka wymiana, trochę taka wymiana międzypokoleniowa doświadczeń.”

Beneficjent 9, PO WER 5.4

- **Jakie nowe metody/formy/narzędzia szkoleń można zastosować w przyszłości? Jakie formy/metody/narzędzia szkoleń sprawdziły się w szkoleniach dla innych grup zawodowych i mogą być wykorzystane dla kadr medycznych?**

Metodą, a ściślej rozwiązaniem organizacyjnym, które należy promować, są wskazywane już wcześniej szkolenia hybrydowe. Niwelują one główne bariery w dostępie do szkoleń dla pracowników medycznych, jakimi są brak czasu oraz problemy z dyspozycyjnością/dostępnością pracowników, wynikające z obłożenia obowiązkami oraz trybem pracy – dyżurów, wyczerpujących, wielogodzinnych praktyk. Z tego względu rekomenduje się wprowadzanie zagadnień teoretycznych w formie zdalnej (on-line), a części zadaniowych i praktycznych na żywo. Dobrym pomysłem wydaje się być włączenie w taki tryb edukacji tzw. wizyt studyjnych (także zagranicznych), gdzie zainteresowani mogliby poznać bezpośrednio rozwiązania stosowane w najlepiej funkcjonujących placówkach: wzorce, praktyki i działania niedostępne dotąd na rynku polskim. Jest to okazja do przeniesienia pewnych umiejętności czy wiedzy na grunt lokalny i stosowania ich w odniesieniu do potrzeb lokalnej społeczności pacjentów.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- W jaki stopniu potrzeby w zakresie kształcenia podyplomowego/dokształcania zawodowego kadr medycznych są zaspokajane przez podmioty szkoleniowe na zasadach komercyjnych, a w jakim – poprzez projekty dofinansowane ze środków publicznych (z UE oraz budżetu państwa/budżetów JST)?
- Czy te proporcje w zakresie podaży szkoleń i innych form podnoszenia kompetencji umożliwiają pracownikom sektora ochrony zdrowia powszechny dostęp do specjalistycznej wiedzy?

- **W jaki stopniu potrzeby w zakresie kształcenia podyplomowego/dokształcania zawodowego kadr medycznych są zaspokajane przez podmioty szkoleniowe na zasadach komercyjnych, a w jakim – poprzez projekty dofinansowane ze**



środków publicznych (z UE oraz budżetu państwa/budżetów JST)? Czy te proporcje w zakresie podaży szkoleń i innych form podnoszenia kompetencji umożliwiają pracownikom sektora ochrony zdrowia powszechny dostęp do specjalistycznej wiedzy?

Uczestnicy badania deklarują, że rynek jest nasycony ofertą szkoleń komercyjnych, ale często jest ona niedostępna dla przeciętnego pracownika sektora zdrowia ze względu na ich cenę. Dlatego ogromna nadzieja pokładana jest w kontynuacji wsparcia i organizowania szkoleń dofinansowywanych ze środków europejskich w przyszłości.

„Życzylibyśmy sobie, żeby te projekty zaspokajały w całości te potrzeby nasze do szkoleń, no ale niestety, trudno powiedzieć, żeby tak było w całości. Myślę, że ten rynek komercyjny jest, w dużym stopniu wypełnia te potrzeby. No tylko, że to po prostu musi być finanse, to musi być, no jest finansowane z naszych przede wszystkim środków. A jeżeli już porównać, no to można tak powiedzieć, jak chodzi o ratowników medycznych, no to wtedy biorąc ten okres rozliczeniowy pięciu lat, no to to jest sześćdziesiąt do czterdziestu procent, wsparcie właśnie z tego projektu w sześćdziesięciu procentach, a czterdzieści procent wypełnia rynek komercyjny, za który osobiście musimy finansować te szkolenia.”

FGI_5.4

W badaniu desk-research przeprowadzono analizę ogólnopolskiego badania opinii lekarzy i lekarzy dentystów dotyczącego opinii lekarzy na temat rozwoju zawodowego³².

Zdecydowana większość badanych wskazała podnoszenie kompetencji zawodowych za kluczowe w wykonywaniu zawodu. Za najważniejsze formy uznano zdobywanie tytułów specjalisty (89,8%), uzyskiwanie certyfikatów umiejętności w wąskich specjalnościach (80%), korzystanie z innych form kształcenia i aktywności naukowej, za które można uzyskać „punkty edukacyjne” (67,6%). Równocześnie oceniono zaufanie do poszczególnych instytucji szkoleniowych. Najwyższym zaufaniem respondentów cieszyły się towarzystwa naukowe (49,9%), uczelnie medyczne (52,1%), samorząd zawodowy (53,3%) oraz producenci leków i wyrobów medycznych (57,4%). Komercyjne podmioty prowadzące działalność w zakresie edukacji zostały wskazane jedynie w 15,2% przypadków. Istotne w tym kontekście znaczenie ma fakt, że większość tych firm nie dysponuje możliwością nadawania za prowadzone przez siebie szkolenia „punktów edukacyjnych”, dlatego są nieatrakcyjne dla lekarzy.

³² Raport „Ocena potrzeb szkoleniowych oraz wiedzy lekarzy i lekarzy dentystów w zakresie kompetencji miękkich oraz organizacji systemu ochrony zdrowia”, NIL – Ośrodek Studiów i Analiz, <https://nil.org.pl/dzialalnosc/osrodki/osrodek-studiow-analiz-i-informacji/raporty-z-badan-osai>.



Dla pracowników medycznych ważnym ograniczeniem w korzystaniu z komercyjnej oferty szkoleniowej są także następujące czynniki³³:

- a) ograniczona liczba miejsc specjalizacyjnych (90% badanych lekarzy i 96% badanych dentystów),
- b) kwestie finansowe i wysokie koszty szkoleń podnoszących kompetencje medyczne (66-80% lekarzy i 57-61% dentystów),
- c) brak czasu na podnoszenie kwalifikacji, wynikający z dużego obciążenia pracą zawodową,
- d) niezadowalający poziom edukacji (66%),
- e) zbyt długi czas trwania szkoleń (51%).

Odpowiadając na pytanie badawcze, można stwierdzić, że potrzeby szkoleniowe kadr medycznych w zakresie oferty medycznej (podnoszącej kompetencje zawodowe) są w dużym stopniu zapewniane na rynku komercyjnym, chociaż wiąże się to z negatywnymi uwagami dotyczącymi kompetencji kadr szkolących, kosztów szkoleń i warunków ich odbywania. Z oczywistych względów szkolenia specjalizacyjne muszą mieć charakter szkoleń finansowanych ze środków publicznych, takie szkolenia są niemożliwe do prowadzenia w całości w oparciu o rynek komercyjny. Zidentyfikowano istotne ograniczenie, jakim jest możliwość uzyskania „punktów edukacyjnych”, bez których szkolenie nie jest atrakcyjne dla uczestników. Aby mieć taką możliwość, organizator szkolenia musi posiadać stosowne uprawnienia od właściwej okręgowej izby lekarskiej. Szkolenia finansowane ze środków publicznych, pozbawione negatywnych walorów podkreślanych w badaniach, tj. wysokie koszty, brak punktów edukacyjnych, prowadzenie szkoleń przez niewiarygodne podmioty i wykładowców o niskiej jakości, zdecydowanie bardziej spełniają potrzeby szkoleniowe kadr medycznych.

Ze względu na wysokie koszty szkoleń specjalistycznych oferowanych na rynku komercyjnym (np. szkolenia z wykorzystaniem technik symulacji medycznej, medycyny robotowej) szkolenia te nie umożliwiają personelowi medycznemu powszechnego dostępu do specjalistycznej wiedzy.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

³³ Raport „Problemy i bariery związane z kształceniem podyplomowym”, NIL Ośrodek Studiów i Analiz, <https://nil.org.pl/dzialalnosc/osrodki/osrodek-studiow-analiz-i-informacji/raporty-z-badan-osai>.

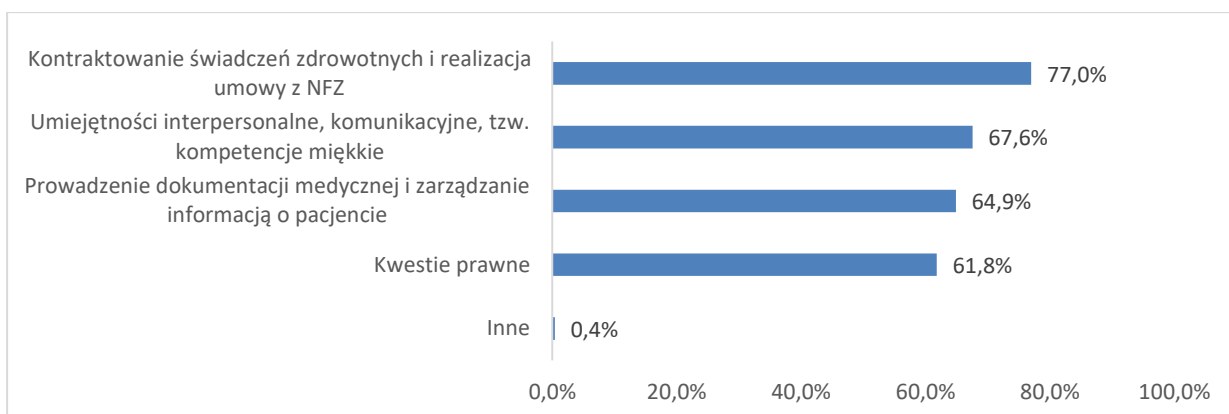


- Z jakich obszarów tematycznych/w zakresie jakich umiejętności w pierwszej kolejności należy szkolić/dokształcać przedstawicieli zawodów medycznych?
- Z jakich form wsparcia należy zrezygnować, gdyż nie są one istotne?

- **Z jakich obszarów tematycznych/w zakresie jakich umiejętności w pierwszej kolejności należy szkolić/dokształcać przedstawicieli zawodów medycznych?**

Badanie CASI pokazało, że w grupie pracowników medycznych obszarami tematycznymi, z których szkoleniami byłoby szczególnie zainteresowani, są: kontraktowanie świadczeń zdrowotnych oraz umiejętności komunikacyjne i interpersonalne (por. rysunek poniżej).

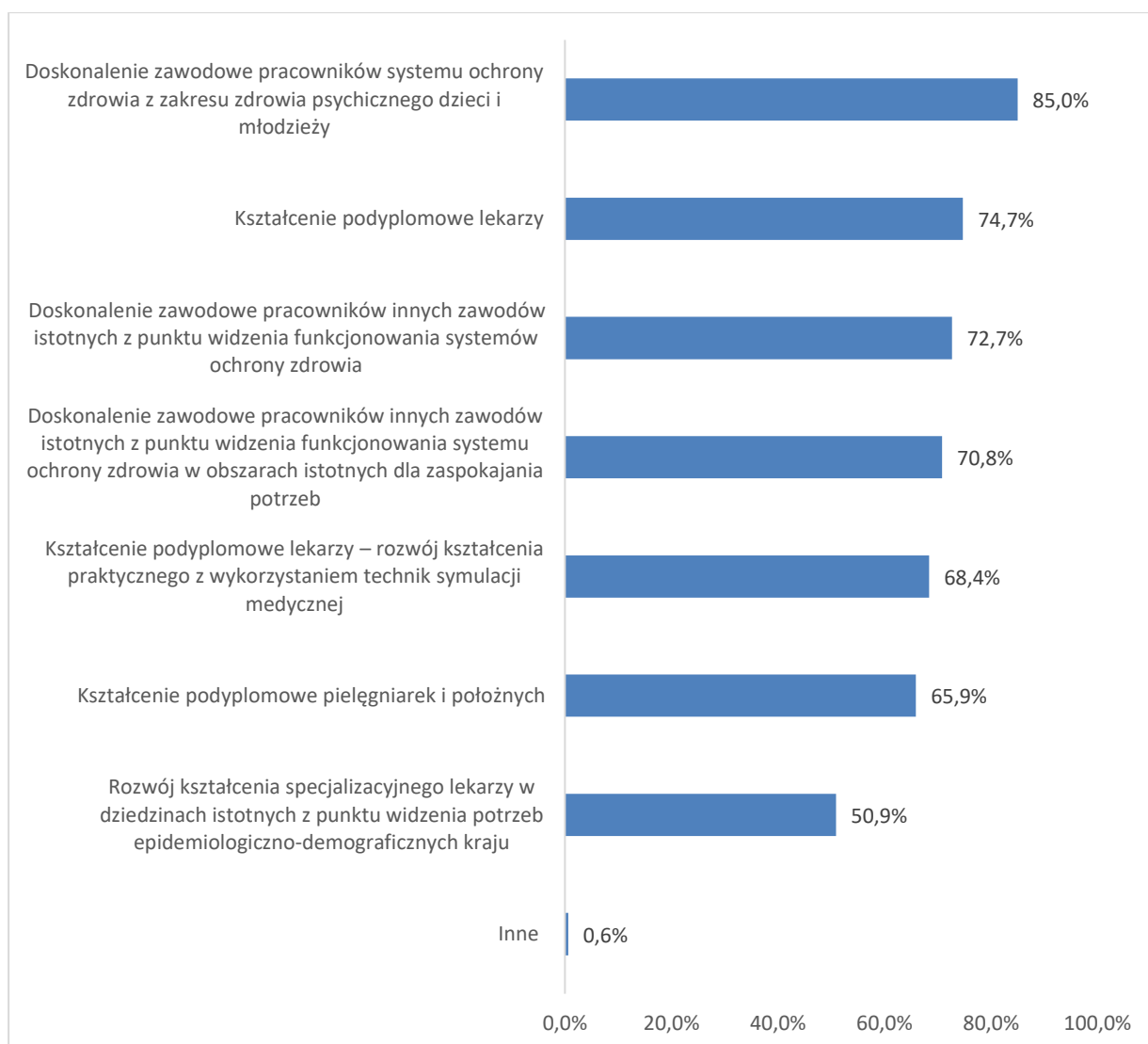
Rysunek 36. Obszary tematyczne, którymi są zainteresowani pracownicy medyczni



Źródło: badanie CASI z przedstawicielami zawodów medycznych, którzy nie zostali dotychczas objęci wsparciem PO WER (N=487)

Szkoleniami, które cieszyłyby się zainteresowaniem grupy pracowników medycznych było doskonalenie zawodowe pracowników systemu ochrony zdrowia z zakresu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz kształcenie podyplomowe lekarzy. Dokładne wyniki przedstawiono poniżej.

Rysunek 37. Szkolenia, którymi są zainteresowani pracownicy medyczni



Źródło: badanie CASI z przedstawicielami zawodów medycznych, którzy nie zostali dotychczas objęci wsparciem PO WER (N=487)

Wskazywano jednocześnie, że szkolenia nie mogą być tak długie jak do tej pory. Potrzebne jest przeformułowanie kształtu szkoleń w taki sposób, aby pozwalały one przyswajać wiedzę „porcjami” w częstszych seriach.

Badanie CAWI dowodzi słuszności skierowania w przyszłej perspektywie finansowej środków na podnoszenie kompetencji zawodowych kadr medycznych także w obszarach pozamedycznych. Oczekiwania przedstawicieli środowiska medycznego świadczą o zainteresowaniu podnoszeniem kwalifikacji w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia (w tym zarządzania finansami, zarządzania ryzykiem). Analiza literaturowa potwierdza ten



trend³⁴. Badania naukowe prowadzone wśród kadr medycznych dowodzą, że także z punktu widzenia organizacji zasadne jest podnoszenie kompetencji menedżerskich (takich jak organizowanie, zarządzanie czasem, zarządzanie zespołem – w tym zespołem terapeutycznym, zarządzanie procesem – w tym procesem świadczenia usługi medycznej) kadr profesjonalistów na pośrednich stanowiskach w szpitalach (lekarzy, pielęgniarek, położnych)³⁵.

Biorąc pod uwagę także obowiązujący w chwili prowadzenia analizy stan epidemii, warto dostrzec kompetencje w zakresie zarządzania ryzykiem epidemiologicznym, zarządzania kryzysowego czy nawet reagowania na stres i wypalenie zawodowe.

W tym zakresie te obszary – na podstawie konfrontacji danych literaturowych z badaniem empirycznym – wydają się racjonalne w kontekście zapotrzebowania deklarowanego przez kadrę pracowników medycznych.

- **Z jakich form wsparcia należy zrezygnować, gdyż nie są one istotne?**

Zapotrzebowanie na kursy i działania edukacyjne jest bardzo duże. Trudno mówić o dominującym trendzie, na który powinien być położony największy nacisk. Często deklarowano potrzebę stworzenia szkoleń z umiejętności „miękkich”, związanych z obsługą pacjenta (w tym pacjenta o szczególnych potrzebach) czy odpornością na stres. Nie oznacza to jednak, że inne obszary są mniej istotne. Z tego też względu trudno jest wskazać jednoznacznie takie tematy szkoleń, z których należy zrezygnować. Niemniej, biorąc pod uwagę całość zgromadzonych informacji, można postawić tezę, że w pierwszej kolejności należy zrezygnować ze szkoleń o ogólnym charakterze nieposiadających dużego waloru implementacyjnego. Szkolenia takie mają najmniejszą wartość dla uczestników.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Jakie czynniki są najbardziej istotne dla zapewnienia maksymalnej przydatności/użyteczności szkoleń skierowanych do pracowników sektora ochrony zdrowia?

³⁴ M. Kęsy, Kształtowanie kompetencji menedżerskich personelu medycznego w szpitalach, Wyd. UJ, Kraków 2013.

³⁵ Z. Nęcki, M. Kęsy, Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem, Wyd. UJ, Kraków 2013.

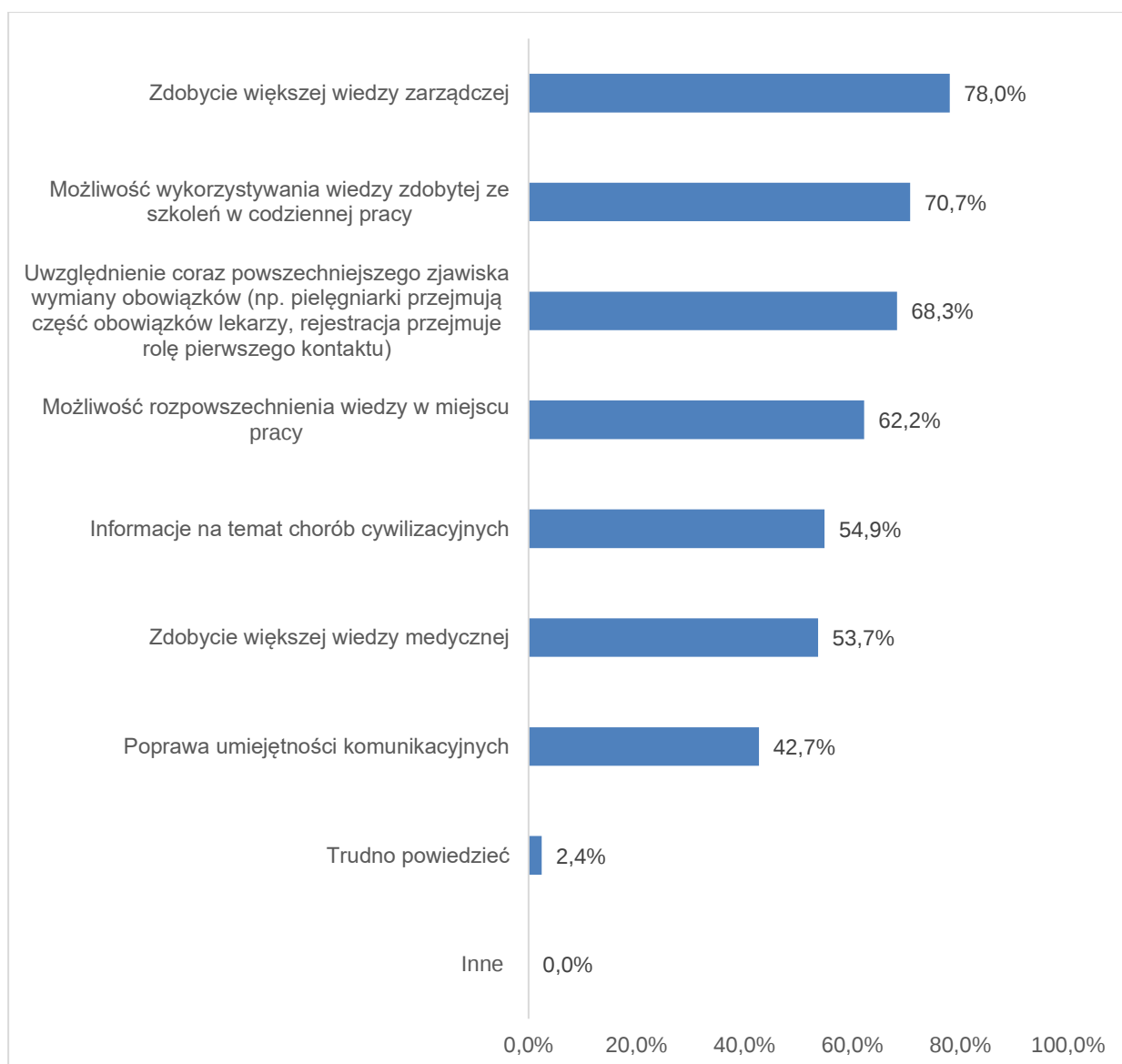


- Jak należy udzielać przedmiotowego wsparcia szkoleniowego w ramach PO WER? Jakie powinny być kryteria oceny jakości tego wsparcia?

- **Jakie czynniki są najbardziej istotne dla zapewnienia maksymalnej przydatności/użyteczności szkoleń skierowanych do pracowników sektora ochrony zdrowia?**

Beneficjenci Działania 5.4 (badanie CAWI) za czynniki, które istotnie zwiększają użyteczność szkoleń, uznali zdobycie wiedzy zarządczej (78,0%) oraz możliwość wykorzystania wiedzy w codziennej pracy (70,7%). Szczegółowe wyniki przedstawiono na poniższym rysunku.

Rysunek 38. Czynniki zwiększające użyteczność szkoleń



Źródło: badanie CAWI z beneficjentami Działania 5.4 (N=82)

Wśród czynników istotnych dla zapewnienia maksymalnej użyteczności szkoleń skierowanych dla kadry medycznej placówek medycznych można wyróżnić:

- położenie nacisku na umiejętności praktyczne i formułę warsztatową szkoleń,
- organizowanie szkoleń dla wszystkich specjalizacji oraz typów stanowisk – w sektorze medycznym kadra wymaga podnoszenia swych kwalifikacji na bieżąco i jej potrzeby szkoleniowe w tym zakresie są bardzo szerokie, a nakłady finansowe na udział w szkoleniach komercyjnych niewielkie,
- postawienie nacisku na wymianę międzypokoleniową,
- ekstensywne szkolenia dla młodej kadry medycznej, wchodzącej na rynek pracy,



- organizację szkoleń hybrydowych (łączyjących elementy warsztatowe/praktyczne z nauką zdalną),
 - zwrócenie uwagi na kwalifikacje kadry szkoleniowej – stworzenie wytycznych weryfikujących dobór wykładowców pod względem zaangażowania w proces edukacyjny, doświadczenia, umiejętności prezentacyjnych, a także cech „miękkich”, takich jak charyzma czy umiejętność zaangażowania uczestników,
 - tworzenie krótszych szkoleń, które przeprowadzane byłyby w częstszych seriach,
 - certyfikacja uczestników, którzy ukończą szkolenia,
 - wprowadzenie mechanizmów weryfikujących spełnienie obowiązku uczestnictwa w szkoleniach, na które dana osoba wcześniej się zgłosiła – np. kar finansowych za rezygnację z udziału bez odpowiedniego wyprzedzenia, tak aby ograniczyć marnotrawienie zasobów w ramach projektu,
 - organizowanie szkoleń z umiejętności miękkich (obsługa pacjenta, kwestie psychologiczne, umiejętności pracy pod presją, itp.)
- **Jak należy udzielać przedmiotowego wsparcia szkoleniowego w ramach PO WER? Jakie powinny być kryteria oceny jakości tego wsparcia?**

W zakresie kryteriów oceny wsparcia respondenci zgodnie deklarowali, że ewaluacja powinna opierać się na badaniach satysfakcji uczestników, pozyskaniu ich opinii i oceny zarówno dotyczących merytoryki spotkań, jak i metodologii przekazywania wiedzy. Wśród kryteriów powinny znaleźć się między innymi czynniki takie jak:

- dobór formy szkolenia,
- skuteczność przekazywania informacji,
- długość szkolenia,
- zaangażowanie prowadzącego,
- przydatność przekazywanych informacji,
- kompleksowość przekazywanej wiedzy,
- kwestie organizacyjne/logistyczne – miejsce spotkania, organizacja spotkania,
- przełożenie wiedzy ze szkolenia na praktykę codziennej pracy.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

- Czy istnieją bariery w dostępie do kształcenia podyplomowego kadr medycznych/dokształcania zawodowego? Jeśli tak, jakie to są bariery i jakie są ich przyczyny?

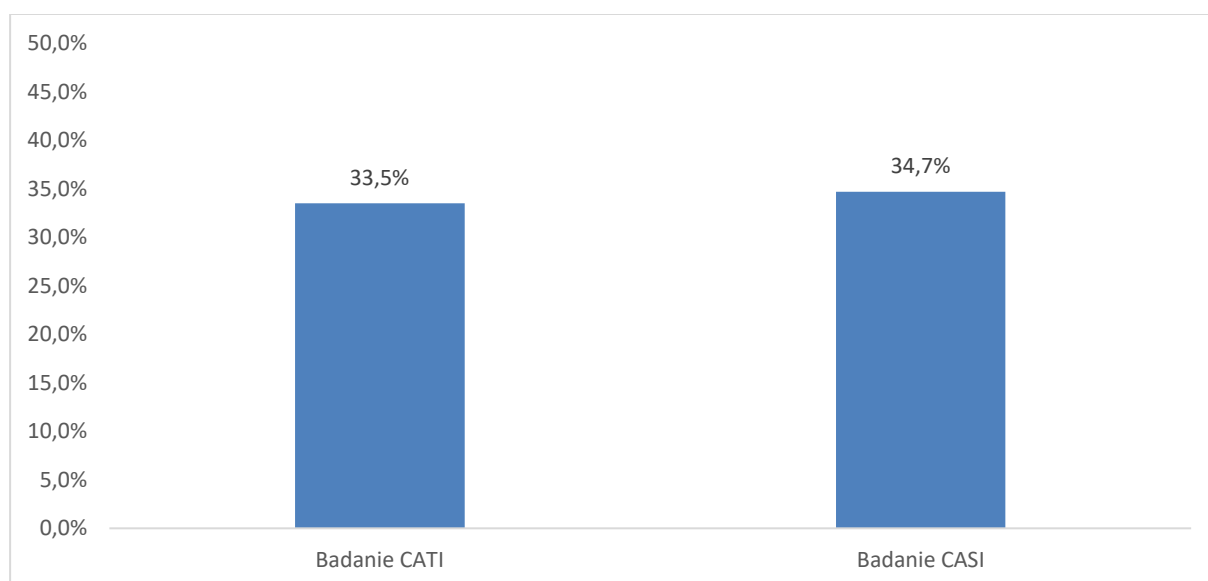


- Jakie są możliwości eliminacji takich przeszkód?

- **Czy istnieją bariery w dostępie do kształcenia podyplomowego kadr medycznych/dokształcania zawodowego? Jeśli tak, jakie to są bariery i jakie są ich przyczyny?**

Przeanalizowano wyniki badań CATI z przedstawicielami pracowników medycznych, którzy brali udział w szkoleniach, oraz badania CASI z pracownikami medycznymi, którzy nie brali udziału w szkoleniach PO WER. Wyniki badania CATI z pracownikami medycznymi pokazały, że 33,5% badanych zauważa bariery w dostępie do szkoleń. Jako główny powód problemów wskazywano pandemię COVID-19 oraz niewielką liczbę szkoleń on-line. W przypadku badania CASI nie obserwowano istotnych statystycznie różnic (34,7%). Pracownicy medyczni, którzy nie brali udziału w szkoleniach w ramach Działania 5.4 wskazywali podobne powody występowania barier. Wyniki zobrazowani poniżej.

Rysunek 39. Bariery w dostępie do szkoleń



Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników medycznych (N=1050) oraz badanie CASI z przedstawicielami zawodów medycznych, którzy nie zostali dotychczas objęci wsparciem PO WER (N=487)

Uczestnicy badania, z którymi przeprowadzono rozmowy bezpośrednie, zwracali także uwagę na niewystarczające zasoby finansowe pracowników medycznych. Często nie mogą oni sobie pozwolić na szkolenie, którego koszt wynosi nawet 200 - 300 złotych. Tyczy się to przede wszystkim pielęgniarek, laborantów czy ratowników medycznych. Osoby



reprezentujące te grupy zawodowe są bardzo zmotywowane do podnoszenia kwalifikacji, jednak poza trudnościami finansowanymi borykają się one także z brakiem dostępności odpowiednich szkoleń.

Jednocześnie jednak pracownicy medyczni przyznali, że nie wszyscy są zainteresowani podnoszeniem swoich kwalifikacji. Zdaniem części respondentów, pomimo ekstensywnej edukacji, niektórzy lekarze nie są wystarczająco zmotywowani do rozwijania kompetencji w swoich specjalizacjach i po kilku latach edukacji i praktyk nie posiadają wystarczająco aktualnej wiedzy. Problem ten, w opinii badanych, dotyczy przede wszystkim lekarzy pracujących w POZ-ach. Braki merytoryczne związane są m.in. z nieznaną listą najnowszych leków refundowanych czy też nowych sposobów terapii. Dla opisaną wyżej grupy szkolenia dofinansowane w ramach projektów są okazją, aby nadrobić braki dotyczące dezaktualizowania się wiedzy medycznej. Uczestnictwo w ciekawym, dobrze przygotowanym szkoleniu to środek służący zainspirowaniu mniej zaangażowanych pracowników zarówno do podnoszenia swoich kwalifikacji w przyszłości, jak i zmiany podejścia do pracy zawodowej.

„W każdym razie trzeba powiedzieć przede wszystkim jedną rzecz, że w medycynie niesłuchanie szybko dezaktualizuje się wiedza. I można, ktoś kiedyś stwierdził, że mniej więcej po dziesięciu latach braku dostępu do nowej, do nowych osiągnięć, do nowej literatury wiedza się dezaktualizuje w ponad osiemdziesięciu procentach. Czyli lekarz, który przez dziesięć lat po studiach nie sięgnął do jakiegoś czasopisma naukowego, nie jeździł na wjazdy, nie czytał doniesień naukowych, nie wie nic.”

Beneficjent 13, PO WER 5.4

- **Jakie są możliwości eliminacji takich przeszkód?**

Wśród respondentów pojawiły się także opinie dotyczące umożliwienia kursantom brania udziału w większej liczbie szkoleń. Jeżeli dana osoba ma wewnętrzną motywację do rozwoju zawodowego, to nie powinno się tego blokować na poziomie formalnym. Obecnie w ramach jednego projektu dany lekarz może skorzystać tylko z jednego szkolenia. Wydaje się, że ważne jest, aby inwestować w osoby najbardziej zmotywowane i chętne do nauki, dlatego zdaniem części respondentów takie rozwiązanie (umożliwiające uczestnictwo w kilku szkoleniach) byłoby bardziej korzystne.

„Czas to jest deficyt taki, no mamy nawet takie informacje od naszych kursantów, że chętnie by wzięli udział w kolejnym szkoleniu naszym. Natomiast nie mogą tego zrobić,



bo zgodnie z rekomendacjami ministerstwa zdrowia dana osoba może wziąć tylko raz udział w naszym projekcie, więc nad tym tak mocno ubolewam, tak, przyznam szczerze i to jest coś czego nam brakuje jako organizacji, ale też brakuje, no, tego kursantom. A mamy też taką sytuację, że część kursów jest jednodniowa, część kursów jest trzydniowa, no i przyznam szczerze, że kursanci przy tych kursach jednodniowych, no gdzieś tam uważają, że powinny one być rozciągnięte w czasie, a z drugiej strony, mamy też pewne problemy z rekrutacją, lekarze, szczególnie teraz w okresie pandemii, po prostu nie mogą sobie pozwolić na to, aby opuścić swoje rodzime ośrodki i przyjechać do nas na dwa, trzy dni, to jest taki deficyt, na który wszyscy cierpimy i to ma wielowymiarowy wymiar na projekt.”

Beneficjent 9, PO WER 5.4

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytanie ewaluacyjne:

- W jaki sposób formułować należy kryteria wyboru projektów, aby maksymalizować efekty ponoszenia kwalifikacji przedstawicieli zawodów medycznych, a także poprawić jakość zarządzania w podmiotach leczniczych przez ich pracowników administracyjnych?

Zasady wyboru projektów w ramach PO WER są definiowane przez Komitet Monitorujący PO WER, opierają się na poniższym zestawie kryteriów:

- a) formalnych
- b) merytorycznych
- c) horyzontalnych
- d) dostępu
- e) premiujących
- f) strategicznych
- g) warunkujących.

W przypadku kryteriów wstępnych (formalnych) ich spełnienie w całości przed dopuszczeniem do analizy merytorycznej wydaje się bezdyskusyjne i tym samym niekwestionowane. W przypadku kryteriów merytorycznych na uwagę zasługuje możliwość rozbieżności w interpretowaniu zapisów wniosków o dofinansowanie w zależności od oceny eksperckiej. Ocena ta ma charakter ściśle subiektywny, polega na silniejszym lub słabszym zwróceniu uwagi na określony zapis wniosku, a także odniesienie tych zapisów do znanych ekspertowi dokumentów konkursowych i obszaru, w jakim konkurs jest rozstrzygany. Rozbieżności w ekspertyzie są więc możliwe, tym samym powinna ona zostać maksymalnie



uproszczona do budowania czytelnych kryteriów (o charakterze wyboru „tak”/„nie”), w których pozostawia się jak najmniej miejsca dla interpretacji i rozbieżności w ocenie. Źródłem dobrych praktyk w tym zakresie może być formułowanie kryteriów dostępu, w których ocenie podlega spełnienie (lub nie) konkretnych warunków, postawionych w formie pytań do eksperta. W podobny sposób zdefiniowanie kryteriów horyzontalnych (w skali punktowej) jest trafną formą niepozostawiającą wiele miejsca do interpretacji.

Wydaje się, że w ocenie projektów i budowaniu kryteriów tej oceny najwięcej trudności sprawiają – zarówno IP, jak i ekspertom, a także samym wnioskodawcom – kryteria merytoryczne, które powinny zostać uproszczone.

W kontekście tych zaleceń wydaje się, że aby uzyskać efekt synergii w zakresie oceny spełnienia kryteriów oferty i tym samym w rezultacie doprowadzić do maksymalizacji efektu podnoszenia kompetencji zawodowych kadr medycznych, należałoby zamiast obszernych opisów spełnienia (a raczej wykazania niespełnienia) określonych elementów oceny w ramach kryteriów merytorycznych, zastąpić tę część oceny pytaniami, np.: „Czy adekwatnie dokonano doboru grupy docelowej do właściwego celu szczegółowego PO WER?” „tak”/„nie”, ewentualnie z krótkim komentarzem eksperta).

Istniejące kryteria oceny – w opinii ekspertów niniejszego opracowania – są wystarczające do właściwego wyboru ofert szkoleniowych, ale wobec bardzo dużego pola interpretacji stanowią przyczynek do tego, że dobre projekty zostały ocenione gorzej, a słabsze lepiej tylko ze względu na zastosowany opis merytoryczny lub/i ewentualne rozbieżności w ocenie kilku powołanych oceniających.

Odpowiadając na postawione pytanie badawcze, zarówno w kontekście potrzeby podnoszenia kompetencji zawodowych kadr medycznych, jak również kompetencji administracyjnych personelu podmiotów leczniczych, kryteria oceny powinny być jak najbardziej czytelne, bez pozostawiania dużego pola do ich interpretacji. Należy przebudować zestaw kryteriów merytorycznych, nie zmieniając ich zakresu tematycznego, zobowiązując oceniających do odpowiedzi ścisłych i schematycznych – tym samym dających się porównywać między sobą i nie wydłużających w czasie procesu oceniania wniosków o dofinansowanie.

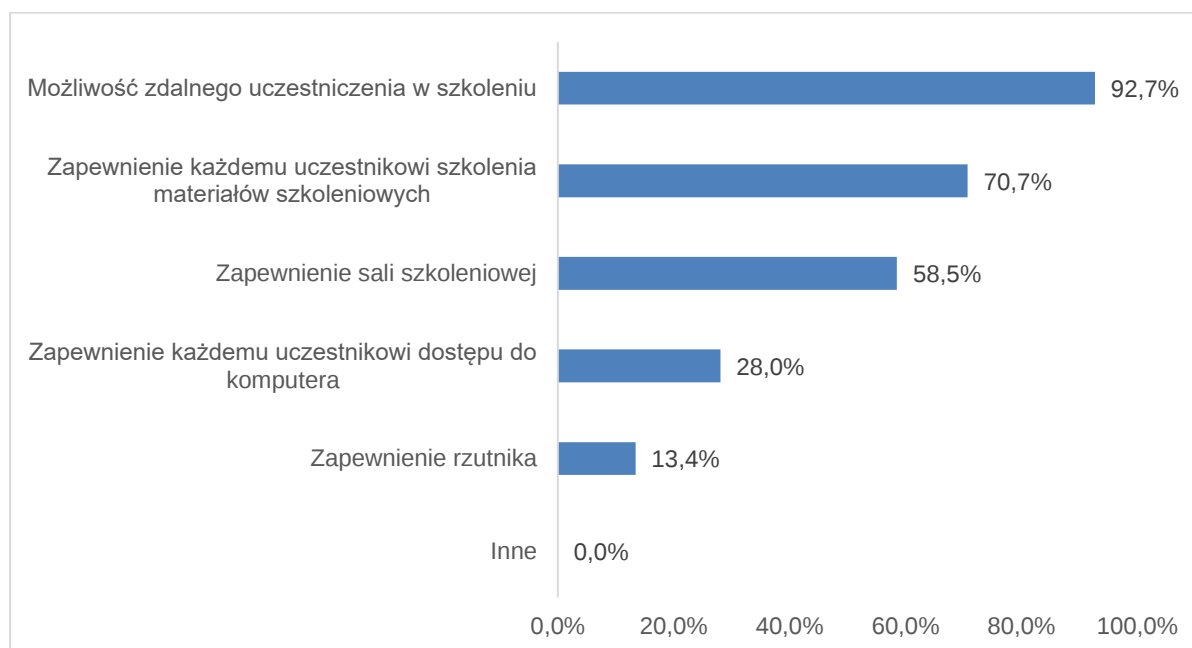
W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytanie ewaluacyjne:

- Jakie są oczekiwania w zakresie specjalistycznego wyposażenia niezbędnego do skutecznego prowadzenia szkoleń?



W badaniu CAWI z beneficjentami Działania 5.4 okazało się, że wśród najczęściej wymienianych oczekiwań związanych ze szkoleniami są: możliwość zdalnego uczestniczenia w szkoleniu (92,7%) oraz zapewnienie każdemu uczestnikowi materiałów szkoleniowych (70,7%). Dokładne wyniki przedstawiono poniżej.

Rysunek 40. Oczekiwania w zakresie specjalistycznego wyposażenia szkoleń



Źródło: badanie CAWI z beneficjentami Działania 5.4 (N=82)

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:

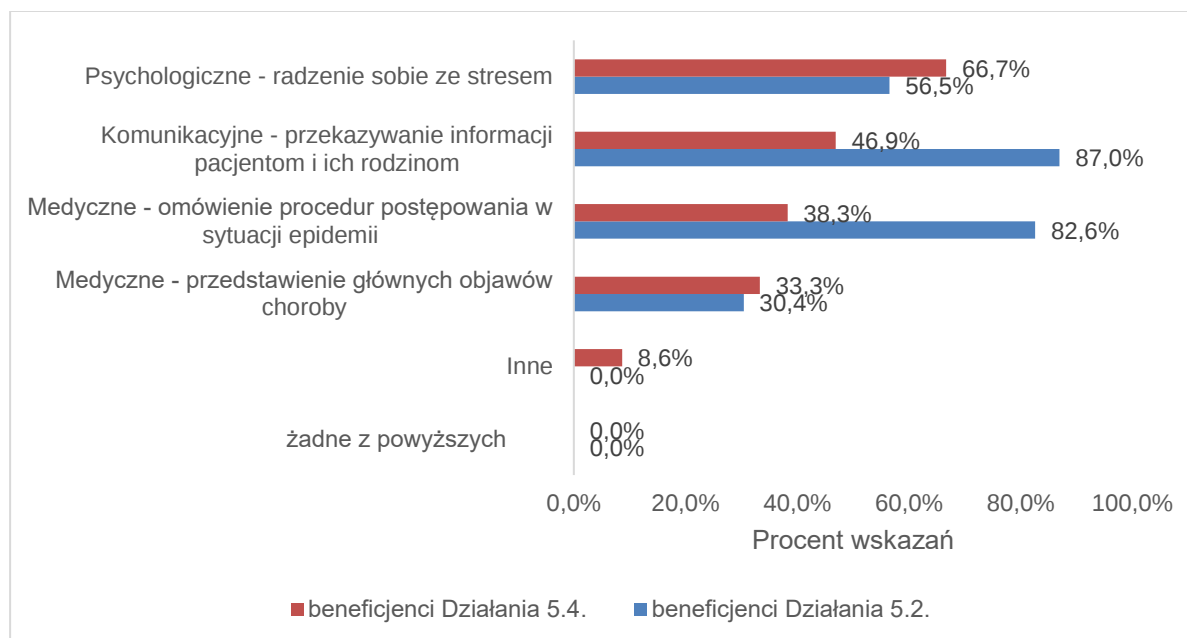
- Czy w związku z epidemią koronawirusa (COVID-19) należy przewidzieć jakiekolwiek specjalistyczne szkolenia/zmiany w dotychczasowych projektach szkoleniowych PO WER skierowanych do personelu medycznego?
- Jakie kompetencje kadr medycznych należy wzmocnić w związku z wystąpieniem tej epidemii i potencjalnym jej powrotem w przyszłości?

- **Czy w związku z epidemią koronawirusa (COVID-19) należy przewidzieć jakiekolwiek specjalistyczne szkolenia/zmiany w dotychczasowych projektach szkoleniowych PO WER skierowanych do personelu medycznego?**

W tej części przeanalizowano wyniki badania CAWI z beneficjentami Działania 5.4 oraz wyniki badania CATI z pracownikami medycznymi. Wyniki badania CAWI z beneficjentami

działania 5.4 pokazują, że blisko 98,8% jest zdania, że w związku z epidemią koronawirusa konieczne jest wprowadzenie specjalistycznych szkoleń. W przypadku badania CAWI z beneficjentami Działania 5.2 procent ten był znacznie niższy (71,4%).

Rysunek 41. Kompetencje, jakie należy wzmacniać w związku z wystąpieniem epidemii



Źródło: badanie CAWI z beneficjentami Działania 5.2 (N=32) oraz badanie CAWI z beneficjentami Działania 5.4 (N=82)

W przypadku badania CATI z pracownikami medycznymi otrzymano istotnie statystycznie niższy procent zgłoszonego zapotrzebowania na dodatkowe szkolenia (67,6%) w związku z wystąpieniem pandemii COVID-19 (w porównaniu do wyników otrzymanych w grupie beneficjentów Działania 5.2).

Rysunek 42. Kompetencje, jakie należy wzmacniać w związku z wystąpieniem epidemii



Źródło: badanie CATI z przedstawicielami pracowników medycznych (N=1050)

Kluczową kwestią podnoszoną w wywiadach w kontekście pandemii COVID-19 nie była sama merytoryka przekazywanej wiedzy i jej zakres tematyczny, ale przede wszystkim formuła szkoleń, która powinna zostać zmodyfikowana w sposób taki, aby w jak największym stopniu uatrakcyjnić szkolenia on-line. Chodzi tu o wykorzystywanie interaktywnych komponentów, materiałów audio i video – tworzenie platform, które w możliwie najbardziej kompleksowy i rzetelny sposób będą przedstawiać omawiane zagadnienia, jednocześnie pozwalając na wygenerowanie jak największego zaangażowania wśród odbiorców.

„W sytuacji, kiedy, nie wiem, na kursie jest dziesięć osób i te dziesięć osób przez trzy dni ma tam swoich opiekunów i może go dopytać o wszystko, może dotknąć i jest na bloku, czasami się myje, to pewnych rzeczy można wyjaśnić więcej. Natomiast w sytuacji, kiedy takiej możliwości nie ma, powinno się te kursy bardzo podzielić na takie elementy, które by mogły zainteresować i dać odpowiedzi na wiele pytań, które ci młodzi ludzie szkolący się mają. Czyli pozwolić na modyfikację programów szkoleniowych, bo one były dotychczas oparte na uczestnictwie indywidualnym, a one przez najbliższy rok będą oparte na szkoleniu zdalnym, więc musi się ten program zmienić.”

Beneficjent 13, PO WER 5.4

Placówki medyczne potrzebują także wsparcia merytorycznego od strony prawnej - częsta zmiana regulacji prawnych wymaga poprawnej interpretacji. Niejednokrotnie wykładnia przepisów nie jest zrozumiała i istnieją bariery we wprowadzeniu nowych zasad w życie. Dlatego rekomenduje się stworzenie krótkich kursów z zakresu interpretacji zapisów prawa.



„Zwłaszcza teraz, gdzie w ciągu od początku września do połowy września mieliśmy 3 razy zmianę strategii walki z epidemią i naprawdę, proszę mi wierzyć, że nikt nie wie, jak to ma funkcjonować. No teraz jest trochę lepiej, ale to nie dlatego, że ministerstwo nam wydaje tyle rekomendacji, tylko dlatego, że my tutaj zrzeszeni w (...) mamy swoich prawników, którzy interpretują te przepisy i wydają proste, jasne komunikaty, o co chodzi.”

TDI Beneficjent 5.4_11

- **Jakie kompetencje kadr medycznych należy wzmocnić w związku z wystąpieniem tej epidemii i potencjalnym jej powrotem w przyszłości?**

Ważnym obszarem kompetencji kadry medycznej, który należy szczególnie wspierać w dobie COVID-19, są umiejętności komunikacyjne, umiejętności radzenia sobie ze stresem, a także kwestie związane z decyzyjnością oraz procedurami. Chodzi o szkolenie kadry medycznej w kierunku stosowania się do aktualnych wytycznych epidemiologicznych, nawet jeśli wpływa to na komfort pracy. Co więcej, na rynku jest duża potrzeba wyszkolenia starszych stażem reprezentantów kadry medycznej w obsłudze urządzeń i technologii cyfrowych – z racji epidemii pojawiły się nowe metody kontaktu z pacjentami. Teleporady czy konsultacje on-line nie są dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia powszedniością. Należy zwrócić uwagę na fakt, że w analizowanej grupie odbiorców szkoleń jest wiele osób w wieku 60+. Dla nich dostosowanie się do nowych realiów pracy zdalnej z pacjentem nie jest intuicyjne i proste. Dlatego pojawia się rekomendacja, aby w czasie pandemii zostały wprowadzone kursy dotyczące tego, w jaki sposób skutecznie obsługiwać pacjentów bez kontaktu na żywo, jak posługiwać się przeznaczoną do tego technologią, jak rozmawiać z pacjentami, którzy fizycznie nie są obecni, jak usprawnić zdalną diagnostykę, żeby najskuteczniej odpowiadać na potrzeby chorych.

4.3. Baza finansowo organizacyjna programów szkoleniowych

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytanie ewaluacyjne:

- Jaka jest wielkość luki finansowej w przypadku wsparcia dotyczącego kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego pracowników sektora ochrony zdrowia?

Metoda „luki w finansowaniu” ma na celu określenie wartości skorygowanych kosztów kwalifikowalnych, stanowiących podstawę ustalenia poziomu dofinansowania. Z jednej strony



gwarantuje to, że projekt będzie miał wystarczające zasoby finansowe na jego realizację, a z drugiej – pozwala uniknąć przyznania nienależnych korzyści odbiorcy pomocy. Udział dotacji w strukturze finansowania projektu uzależniony jest od poziomu „luki finansowej” i odpowiednio obniżany w zależności od jej poziomu. Innymi słowy, im wyższe dochody (przychody minus koszty) generuje projekt, tym niższą winien uzyskać dotację. Należy mieć na uwadze, że tylko część projektów dotacyjnych wymaga kalkulacji „luki”. W celu obliczenia „luki w finansowaniu” należy odnieść się do przepływów pieniężnych, uwzględniając następujące kategorie zdyskontowanych przepływów pieniężnych:

- nakłady inwestycyjne projektu,
- przychody projektu (niestanowiące dotacji czy innych form wsparcia),
- koszty operacyjne projektu (bez amortyzacji),
- wartość rezydualną (jeżeli przychody są wyższe niż koszty operacyjne).

W przypadku analizowanych projektów brak było możliwości dotarcia do tak szczegółowych danych stanowiących dane finansowe beneficjentów. Oparto się więc w odpowiedzi głównie na analizie desk-research i danych literaturowych.

Projekty POWER analizowane w niniejszym badaniu co do zasady nie były nastawione na generowanie zysków finansowych, a raczej na podnoszenie kompetencji określonych grup zawodowych w ochronie zdrowia. Koszty kwalifikowane przyjęte we wnioskach o dofinansowanie dotyczyły merytorycznych działań, które zostały zaakceptowane na etapie oceny eksperckiej i nie stanowiły przychodu beneficjenta.

W badaniu CAWI zapytano respondentów co do oczekiwanego korzystania z innych szkoleń niż te przewidziane zakresem projektu, w odpowiedzi zwrócono uwagę na potrzebę szkoleń m.in. z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia. Szkolenia te są dostępne na rynku komercyjnym, ale być może nie cieszą się zainteresowaniem ze względu na okoliczności, które nie podlegały badaniu. Literatura przedmiotu wskazuje w tym miejscu takie czynniki jak: jakość szkoleń, kompetencje wykładowców czy adaptowalność wiedzy fachowej do rzeczywistych potrzeb podmiotów leczniczych (wiele szkoleń z zakresu kompetencji ogólnych nie dotyczy bezpośrednio specyfiki ochrony zdrowia).

Korzystając z zasady, że „luka finansowa” jest relacją (odwrotnie proporcjonalną) dochodów z projektów do wartości dofinansowania, można uznać, że wobec braku bezpośrednich dochodów ze szkoleń luka finansowa nie występuje. Tym samym, biorąc pod uwagę planowanie przyszłych wydatków systemowych na szkolenia kadr w ochronie zdrowia, celowe wydaje się - na podstawie analizy eksperckiej i danych literaturowych - utrzymanie



obecnego poziomu finansowania. Jego zwiększenie uwarunkowane może być ewentualnym poszerzeniem zakresu tematycznego lub liczebnością grupy docelowej uczestników projektów. Organizatorzy studiów podyplomowych dla kadry administracyjnej ochrony zdrowia podkreślali:

„Na pewno możemy mówić o luce finansowej, natomiast mam tutaj takie badania, ale to są badania CBOS-u, z których my korzystaliśmy, tutaj mamy taką informację że 47% badanych ma problemy z dostępnością i jakością świadczeń medycznych, wynikają ze zbyt małych nakładów na służbę zdrowia, a według 28% respondentów problemy te wiążą się ze złym wykorzystywaniem funduszy przeznaczonych na ten cel, co odpowiadałby no trochę na to pytanie, że według takich badań CBOS-u jest taka luka finansowa.”

TDI Beneficjent 5.2_2

Inni badani z kolei zauważali, że w ochronie zdrowia zawsze były pieniądze na szkolenia i rozwijanie umiejętności, ale jednak pojawienie się PO KL oraz PO WER sprawiło, że są one dostarczane przez bardziej profesjonalne podmioty. Zwracali na to uwagę badani oraz eksperci, gdy zdali sobie sprawę z tego, co syntetycznie zebrała uczestniczka panelu:

„Tam był ten catering też zorganizowany. Materiały szkoleniowe, tak zwana niebieska książka do Excela, z której ja korzystam do dziś. Być może ona może nie jest jeszcze... już tak bardzo aktualna, ale... Notatki, wszystkie materiały, które, na których pracowaliśmy w Excelu. Czyli już typowo na dyskach i ja je mam do teraz. Czasami, jak mam jakiś problem, to zaglądam, jak myśm tam rozwiązywali problem. Gdzie mogę, gdzie mogę sięgnąć. Także myślę sobie, że...no tak, okay. Ja jestem bardzo zadowolona.”

Panel ekspercki

Luka finansowa została więc w pewien sposób zagospodarowana, ponieważ szkolenia te dosłownie zostały dofinansowane i to w newralgicznych aspektach, co omówiono w poniższej tabeli.

Tabela 9. Kluczowe elementy likwidowania luki finansowej wz. szkoleń dofinansowanych w PO WER

Element	Opis
Materiały szkoleniowe	Przekazywane materiały po szkoleniu (w dowolnej formie) to spora wartość utrwalająca. Własne notatki są oczywiście ważnym aspektem, ale jednak przekazanie profesjonalnych materiałów szkoleniowych stanowi najtrwalszy element wynoszony ze szkolenia.



Warunki szkoleniowe	Zaczęto organizować szkolenia w profesjonalnych salach przystosowanych do tego celu – w hotelach, z noclegami oraz często atrakcyjnych lokalizacjach w centrach miast czy też zupełnie poza nimi.
Catering	Zapewnienie cateringu sprawiło, że uczestnicy mogli planować swój udział w szkoleniach niezależnie od planów dnia uczestników, którzy mogli bezpośrednio po pracy (bez przerw obiadowych) brać udział w szkoleniach.

Jednak w przypadku wielu projektów szkoleniowych luka finansowa nie zostaje w pełni zaspokojona, ponieważ potrzeb szkoleniowych w dalszym ciągu jest wiele. Obrazowym przykładem jest opisana przez rozmówców sytuacja, kiedy to po ukończeniu projektu dofinansowanego został on skomercjalizowany i bardzo szybko się wyprzedał.

„W momencie, kiedy skończył się projekt, a w zasadzie taki sam program, z taką samą prawie że nazwą, włączyłam go w trybie komercyjnym i ten program się sprzedaje, on sprzedał się od razu. Teraz znowu są dwie grupy, pełne grupy, to znaczy, że A — jest potrzeba rozwoju, tak jak Pani powiedziała, B — jest potrzeba tego, żeby, nie wiem, czy ci ludzie sami płacą za studia, czy płacą im przełożeni, ale mimo że muszą sami za nie zapłacić, powiedzmy, to na nie przychodzą, czyli na pewno taka luka jest.”

TDI Beneficjent 5.4_3

W tym kontekście można przywołać zdanie eksperta szkolącego pielęgniarki i położne, w myśl którego należy wykorzystywać bezprecedensową od pokoleń sytuację pandemii COVID-19 w celach edukacyjnych.

„I tym bardziej powinniśmy w tym momencie wchodzić na placówki szkoleniowe, kształcić się, bo to, czego się teraz nauczymy w czasie pandemii, to się nie nauczymy w czasie, kiedy nie ma pandemii. [To są – red.] bardzo duże szanse edukacyjne.”

Słowa te rozumieć należy jako głębokie przekonanie o tym, że nauka w praktyce, pod okiem osób wykwalifikowanych (np. tutorów, koordynatorów, itp.), zwłaszcza w trudnej czy ekstremalnie trudnej sytuacji epidemicznej jest bezcenna i chcąc przekuć wady na zalety oraz zagrożenia na szanse, należałoby w trybie priorytetowym z sytuacji pandemii korzystać.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytanie ewaluacyjne:



- Czy istnieje potrzeba rozszerzenia katalogu podmiotów uprawnionych (typów beneficjentów oraz odbiorców wsparcia) do otrzymania dofinansowania w obszarze poprawy umiejętności zarządczych i administracyjnych w systemie ochrony zdrowia?

Katalog podmiotów uprawnionych do otrzymania dofinansowania w ramach projektów stanowiących przedmiot analizy jest następujący dla poszczególnych konkursów:

Numer umowy	Opis
POWR.05.02.00-IP.05-00-007/16	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
POWR.05.02.00-IP.05-00-013/18	uczelnia wyższa kształcąca na kierunku lekarskim lub lekarsko-dentystycznym lub pielęgniarstwo, lub/i położnictwo, lub zdrowie publiczne, lub/i ekonomia, lub/i zarządzanie i nie posiada negatywnej oceny PKA na ww. kierunkach oraz nie jest w stanie likwidacji w chwili składania wniosku o dofinansowanie lub podmiot prowadzący działalność szkoleniową, który w ostatnich 3 latach kalendarzowych poprzedzających rok złożenia wniosku o dofinansowanie projektu przeszkolił co najmniej 100 osób – pracowników podmiotów leczniczych lub pracowników organów założycielskich - w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia lub zdrowia publicznego

Katalog podmiotów uprawnionych do otrzymania dofinansowania w ramach projektów stanowiących przedmiot analizy jest następujący dla poszczególnych konkursów:

Numer umowy	Opis
POWR.05.04.00-IP.05-00-002/15 -	uczelnia, szkoła prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz podmioty lecznicze; inne podmioty po uzyskaniu wpisu do właściwego rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe, zwanego dalej „rejestrem”, będącego rejestrem działalności regulowanej
POWR.05.04.00-IP.05-00-003/16 -	podmiot uprawniony do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego lub szkolenia w zakresie uzyskiwania umiejętności z zakresu wązszych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych; inny podmiot uprawniony do kształcenia podyplomowego na podstawie odrębnych przepisów, w szczególności: medyczna szkoła wyższa, szkoła prowadząca



	działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, medyczna jednostka badawczo-rozwojowa; inny podmiot po uzyskaniu wpisu w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów
POWR.05.04.00-IP.05-00-004/16	podmiot posiadający udokumentowane doświadczenie, tj. przeprowadził co najmniej 10 szkoleń w tematyce adekwatnej do konkursu w ciągu ostatnich 3 lat w co najmniej 3 różnych podmiotach oraz posiada co najmniej 5 pozytywnych rekomendacji w zakresie szkoleń planowanych w projekcie
POWR.05.04.00-IP.05-00-005/17	uczelnia, szkoła prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz podmioty lecznicze; inne podmioty po uzyskaniu wpisu do właściwego rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe, będącego rejestrem działalności regulowanej; podmioty uprawnione do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego lub szkolenia w zakresie uzyskiwania umiejętności z zakresu wązszych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych; inne podmioty uprawnione do kształcenia podyplomowego na podstawie odrębnych przepisów, w szczególności: medyczne szkoły wyższe, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, medyczne jednostki badawczo-rozwojowe; inne podmioty po uzyskaniu wpisu w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów
POWR.05.04.00-IP.05-00-006/18	podmioty uprawnione do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego lub szkolenia w zakresie uzyskiwania umiejętności z zakresu wązszych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych; inne podmioty niż wymienione w art. 19 ust 1. pkt.1 ww. ustawy uprawnione do kształcenia podyplomowego na podstawie odrębnych przepisów, w szczególności: uczelnie medyczne, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, instytuty badawcze działające w systemie ochrony zdrowia; inne podmioty niż wymienione w art. 19 ust 1. pkt 1 i 2 ww. ustawy po uzyskaniu wpisu w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów
POWR.05.04.00-IP.05-00-007/18	uczelnia wyższa kształcąca na kierunku lekarskim lub lekarsko–dentystycznym, lub/i pielęgniarstwo, lub/i położnictwo, lub/i zdrowie publiczne, lub/i fizjoterapia, lub/i diagnostyka laboratoryjna i nie posiada negatywnej oceny PKA na ww. kierunkach; podmiot prowadzący działalność szkoleniową, który w ciągu ostatnich 3 lat kalendarzowych poprzedzających rok złożenia wniosku o dofinansowanie projektu przeszkolił co najmniej



	100 osób – pracowników sektora ochrony zdrowia tożsamyh z planowaną grupą docelową w projekcie
POWR.05.04.00-IP.05-00-008/19	podmiot leczniczy lub uczelnia medyczna, lub konsorcjum/partnerstwo podmiotów, których liderem jest podmiot leczniczy lub uczelnia medyczna, spełniających wspólnie następujące kryteria: będącą jednostką szkolącą, o której mowa w ustawie z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. poz. 599, z 2018 r. poz. 1544 i 1669 oraz z 2019 r. poz. 60); posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w prowadzeniu działalności leczniczej w rodzaju świadczenia stacjonarne oraz ambulatoryjne lub środowiskowe/domowe w zakresie opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w ramach umowy z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; posiada co najmniej roczne doświadczenie w prowadzeniu specjalizacji mających zastosowanie w ochronie zdrowia lub szkoleń z zakresu psychoterapii

Szczegółowa analiza rodzajów podmiotów uprawnionych do ubiegania się o dofinansowanie w ramach ww. projektów prowadzi do wniosku, że w przypadku każdego z nich dobór ten był celowy. W zdefiniowaniu grupy beneficjentów kierowano się przede wszystkim jakością dotychczas prowadzonych szkoleń, a także doświadczeniem w zakresie ich organizowania. Główny nacisk położono na angażowanie uczelni medycznych, a także podmiotów leczniczych i instytucji związanych z kształceniem podyplomowym lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek, położnych, które uzyskały stosowny wpis do rejestru działalności regulowanej. Tym samym uniemożliwiono prowadzenie szkoleń przez podmioty niedoświadczone lub o niskich kompetencjach fachowych.

W badaniach literaturowych pojawia się argument rezygnacji z wymogu doświadczenia w realizowaniu szkoleń w ramach projektów UE, w tym także co do zasady - doświadczenia w zakresie realizowania określonej liczby szkoleń jako kryterium wyboru beneficjenta (P. Sendrowski, *Czy kryterium oceny ofert może odwoływać się do doświadczenia wykonawcy przy realizacji projektów współfinansowanych ze środków UE, Prawo Zamówień Publicznych*, 06/2013). Nie ulega wątpliwości, że liczne kontrole prowadzone głównie przez instytucje pośredniczące (dysponujące środkami unijnymi) oraz Urząd Zamówień Publicznych wskazują, iż odwoływanie się do realizacji wymaganych zadań przy wykorzystaniu środków zewnętrznych może stanowić naruszenie polegające na zawężaniu potencjalnego kręgu wykonawców. W jednej z prowadzonych kontroli (UZP/DKUE/KN/44/11)



Urząd Zamówień Publicznych podkreślił, że o ile warunek dotyczący doświadczenia odnoszący się do realizacji zadań w zakresie projektów współfinansowanych ze środków UE nie jest proporcjonalny i narusza przepisy Ustawy, to jednocześnie Urząd Zamówień Publicznych stwierdził, że zamawiający mógł opisać warunek w zakresie dysponowania przez wykonawcę osobą posiadającą doświadczenie w czynnościach związanych z pozamerytoryczną częścią usługi.

Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju (pismo z dnia 11 kwietnia 2013 roku, DZF-IV-82202-170-IK/13) stwierdza, że warunki udziału/kryteria oceny ofert w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego powinny m.in. dotyczyć doświadczenia podmiotu w realizacji usług, które poświadczaloby, że w przypadku wyłonienia tego podmiotu jako wykonawcy, usługa ta zrealizowana byłaby zgodnie z przyjętymi powszechnie standardami i przede wszystkim oczekiwaniami zamawiającego. W tym zakresie można wymagać od wykonawcy, aby wykazał się doświadczeniem w realizacji podobnych zamówień (np. wielkość usługi, stopień jej złożoności, wykonywanych przez podmiot funkcji przy realizacji usługi). Natomiast stawianie wykonawcy, w ocenie Ministerstwa, wymogu doświadczenia w projektach/usługach współfinansowanych ze środków UE nie wiąże się de facto z warunkami niezbędnymi do realizacji zamówienia. Postulat ten odnosi się bowiem wyłącznie do źródła finansowania zamówienia, nie zaś doświadczenia (m.in. potencjału, wiedzy i kompetencji) niezbędnego do zrealizowania danego zamówienia.

Biorąc pod uwagę powyższe wątpliwości, a także analizę regulaminów konkursów należy uznać, że wszystkie ww. regulaminy spełniały wymagania, na które zwracają uwagę zarówno UZP, jak i MliR. Wymóg doświadczenia powinien być bowiem spełniony przez wnioskodawców niezależnie od źródła finansowania szkolenia, jakie wykonał.

Ważąc argumenty jakościowe i interesy potencjalnych wykonawców oraz dbając o wysokie kompetencje wykładowców, należy przyjąć, że ustalone kryteria są wystarczające.

Odpowiadając zatem na pytanie badawcze, można stwierdzić, że badanie nie udowodniło potrzeby poszerzania katalogu podmiotów uprawnionych (typów beneficjentów oraz odbiorców wsparcia) do otrzymania dofinansowania w obszarze poprawy umiejętności zarządczych i administracyjnych w systemie ochrony zdrowia.

W tym podrozdziale udzielono odpowiedzi na poniższe pytania ewaluacyjne:



- Jak należy formułować wsparcie ze środków publicznych w zakresie kształcenia podyplomowego/dokształcania zawodowego pracowników sektora ochrony zdrowia, aby uzyskać efekt synergii z komercyjną ofertą szkoleniową w tym zakresie?
- Jakie będą spodziewane efekty wsparcia w obszarze zarządzania placówkami systemu służby zdrowia?

Analiza danych źródłowych ofert szkoleniowych dostępnych na rynku komercyjnym jest szeroka, wiele z nich nie zawiera składnika ceny, zaś inne są wyposażone w koszt udziału. Niestety nie można przeprowadzić szczegółowej analizy kosztów szkoleń z punktu widzenia ich efektu skali (liczby uczestników), ewentualnych zysków organizatorów szkoleń (w kontekście luki finansowej), kosztów stałych i zmiennych takich szkoleń. Brak jest bowiem standardowego programu szkoleń (nawet w zakresie jednego - wydawałoby się podobnego - obszaru, np. asertywność), standardowego wykazu kompetencji oczekiwanych od trenerów czy możliwości oceny użyteczności szkoleń komercyjnych dla systemu ochrony zdrowia. Spojrzenie na szkolenia komercyjne w kontekście potrzeb sektora ochrony zdrowia nie może być traktowane jako prosta relacja: potrzeba - oferta, bowiem znaczna część z nich jest dedykowana niezależnie od potrzeb, bez przeprowadzenia ich analizy, wreszcie bez dokonania dopasowania treści dydaktycznych do konkretnego podmiotu leczniczego (w ramach jego specyfiki).

W odniesieniu do uzyskania efektu synergii szkoleń komercyjnych i szkoleń finansowanych ze środków europejskich należy zwracać uwagę na to, że szkolenia finansowane ze środków UE co do zasady są lepiej adresowane do potrzeb sektora ochrony zdrowia, zwykle wynika to z przeprowadzonej analizy potrzeb (na etapie przygotowania wniosku o dofinansowanie), jak też oceny eksperckiej, zarówno w zakresie merytorycznym, jak i budżetowo-finansowym. Ponadto szkolenia te - zgodnie z wcześniejszymi komentarzami - są realizowane przez podmioty edukacyjne o uznanej pozycji na rynku usług szkoleniowych i doświadczonych w zakresie podnoszenia kompetencji kadr medycznych. Tak więc rynkowi komercyjnemu należy przekazać szkolenia o charakterze ogólnym, podnoszące kompetencje ogólne, zaś szkolenia specjalistyczne pozostawić do finansowania w ramach programów europejskich.

Hipotetyczny podział zakresów szkoleń oferowanych w ramach finansowanych projektów i na zasadach komercyjnych prezentuje się następująco:

Grupa pracowników	Oferta komercyjna	Oferta dofinansowana
-------------------	-------------------	----------------------



Pracownicy administracji	Niededykowane szkolenia narzędziowe (np. w zakresie obsługi powszechnie dostępnych programów komputerowych, podstaw prawa i księgowości)	Dedykowane wsparcie wdrożeniowe i szkolenia, które ze względu na zakres specjalizacji są niedostępne na rynku lub bardzo drogie
Pracownicy medyczni	Najnowsza wiedza medyczna (kongresy, konferencje) – choć należy podkreślić, że wydarzenia te mają w istocie często marketingowy i sprzedażowy charakter	Wsparcie w doborze technologii i leków – oferta dofinansowana umożliwi dostęp do obiektywnych informacji (będzie pozbawiona komponentu sprzedażowego, jak to ma miejsce podczas szkoleń produktowych oferowanych przez firmy)

5. Główne wnioski

Pytanie	5.2	5.4
W jakim stopniu oraz w jakim zakresie wiedza i umiejętności nabyte dzięki udziałowi w projektach PO WER przez przedstawicieli zawodów medycznych/ pracowników administracyjnych ochrony zdrowia są adekwatne w stosunku do aktualnych potrzeb szkoleniowych uczestników?	Generalnie rzecz biorąc, programy szkoleń jako oferta praktyczna spełniają oczekiwania pracowników administracyjnych i pracodawców z podmiotów leczniczych. Pracownicy wysoko oceniają adekwatność wiedzy i umiejętności zdobytych podczas szkoleń w stosunku do ich potrzeb. Na uwagę zasługuje podkreślana przez respondentów potrzeba aktualizacji wiedzy eksperckiej, ale prezentowanej z perspektywy uwypuklania	Wiedza w branży medycznej bardzo szybko się dezaktualizuje, dlatego potrzeba ciągłego podnoszenia kompetencji w różnych grupach zawodowych jest bardzo duża. Tym istotniejszy jest wniosek, że pracownicy medyczni wysoko oceniają adekwatność nabywanej wiedzy i umiejętności do ich potrzeb zawodowych.



	aspektów praktycznych, która została zaspokojona.	
Czy formy udzielania wsparcia w ramach kształcenia podyplomowego/dokształcania zawodowego były dopasowane do potrzeb uczestników projektów, a jeśli tak, to w jakim zakresie zachodziło to dopasowanie? Czy i w jakim stopniu zastosowane w projektach sposoby/metody przekazywania wiedzy były odpowiednie do oczekiwań uczestników projektów i w jakim zakresie? Co można poprawić w realizacji projektów, aby w większym stopniu spełniały oczekiwania kadr medycznych/pracowników administracyjnych ochrony zdrowia?	Oferowane szkolenia dla kadry administracyjnej były dopasowane do potrzeb uczestników projektów. W kontekście zastosowanych metod i sposobów przekazywania wiedzy na uwagę zasługuje równowaga preferencji w zakresie szkoleń tradycyjnych ze szkoleniami e-learningowymi.	Szkolenia, w których brali udział pracownicy medyczni, były dopasowane do ich potrzeb. Głosy większości respondentów – uczestników szkoleń świadczą o tym, że zarówno oferta merytoryczna, jak i sposób prowadzenia kursów były dla nich satysfakcjonujące i odpowiednie. Elementem wymagającym rewizji i być może poprawy jest takie rozłożenie kursów w czasie, by w możliwie małym stopniu ingerowały one w codzienne obowiązki medyków.
Które szkolenia cieszyły się największym zainteresowaniem uczestników projektów z Działania 5.4 PO WER oraz projektów szkoleniowych skierowanych do pracowników ochrony zdrowia w ramach działania 5.2 PO WER? Jakie występowały bariery w udziale w szkoleniach? Jak można je pokonać?	Szkoleniami cieszącymi się największym zainteresowaniem były szkolenia pracowników administracyjnych w ochronie zdrowia oraz szkolenia dla osób wykonujących czynności administracyjne w systemie ochrony zdrowia. Wśród istotnych barier zidentyfikowano brak możliwości uzyskania urlopu w celu udziału w szkoleniach stacjonarnych, jak również utrudnione działania promocyjne w związku z	Szkoleniami cieszącymi się największym zainteresowaniem były szkolenia: rozwój kształcenia praktycznego z wykorzystaniem technik symulacji medycznej oraz rozwój kształcenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju. Kluczową barierą w dostępie do szkoleń, ustaloną w trakcie badania, jest mała dyspozycyjność pracowników medycznych.



	podjmowanymi szkoleniami.	Zwraca uwagę fakt, że przełożeni niechętnie wysyłają pracowników na szkolenia, ponieważ brakuje im kadr do zabezpieczenia codziennych zadań.
Jakie są potrzeby dotyczące metod i form szkolenia przedstawicieli zawodów medycznych/pracowników administracyjnych ochrony zdrowia? Z czego one wynikają? Czy należy zróżnicować sposób/narzędzia przekazywania wiedzy w zależności od wykonywanego zawodu medycznego/okołomedycznego/zajmowanego stanowiska/wykonywanych zadań – w przypadku pracowników administracyjnych ochrony zdrowia, a jeżeli tak – to dlaczego i jak to zrobić?	Z przeprowadzonego badania wynika potrzeba różnicowania sposobu przekazywania wiedzy lub narzędzi służących temu przekazywaniu, tak aby treści menedżerskie dostępne były dla kadry zarządzającej, zaś treści o charakterze operacyjnym dedykowane były pracownikom podmiotów leczniczych. Kadra zarządzająca oczekuje szkoleń strategicznych – prowadzonych w możliwie zindywidualizowanej formie. Pracownicy niższego szczebla potrzebują szkoleń z zakresu znacznie bardziej operacyjnego – dla nich kluczowa jest wiedza, jak np. w praktyce wdrażać konkretne przepisy.	Najpopularniejsze są szkolenia praktyczne i warsztatowe – angażujące grupę do pracy z symulatorami, w warunkach imitujących sytuacje codziennej pracy z pacjentami. Należy zaznaczyć, że praktyką, która powinna być wyeliminowana w kontekście szkoleń kadry medycznej, jest organizowanie wsparcia merytorycznego czy ćwiczeń praktycznych w dni wolne od pracy. Szkolenia powinny być organizowane w kilku seriach, ale w krótszym wymiarze czasu.
Czy istnieją nowe niezidentyfikowane wcześniej potrzeby szkoleniowe kadr medycznych/pracowników administracyjnych ochrony zdrowia, a jeżeli tak – to jakie i w jaki sposób należy odpowiedzieć na te potrzeby? Czy istnieją potrzeby szkoleniowe, w ramach których wsparcie było	Istnieją obszary szkoleniowe, w których wsparcie było niewystarczające: prowadzenie dokumentacji medycznej, zarządzanie informacją i kwestie finansowe. Zdiagnozowano	Zdaniem pracowników medycznych najbardziej brakuje szkoleń dotyczących doskonalenia zawodowego pracowników systemu ochrony zdrowia z zakresu zdrowia psychicznego dzieci i



niewystarczające? Jeżeli tak, to jakie i jakie szkolenia należy przewidzieć?	także nowe potrzeby szkoleniowe, które koncentrują się w obszarze rozwijania kompetencji miękkich: umiejętności interpersonalnych, psychologicznych aspektów w pracy w sytuacjach napięcia, presji czasu lub niedoborów kadrowych.	młodzieży oraz kształcenia podyplomowego lekarzy. Wyraźnie ujawnia się także potrzeba wprowadzenia szkoleń z umiejętności „miękkich” związanych z praktyką obsługi pacjentów – szczególnie specyficznej i coraz większej grupy pacjentów w podeszłym wieku.
Wśród przedstawicieli których zawodów medycznych/stanowisk (w przypadku pracowników administracyjnych ochrony zdrowia) zapotrzebowanie na dofinansowanie kształcenia podyplomowego/doskonalenia zawodowego jest największe i dlaczego?	Grupą zawodową o największej potrzebie szkoleń dofinansowanych są pielęgniarki oddziałowe. Przyczyną, dla której pielęgniarki najchętniej korzystałyby z takiej formy podnoszenia kompetencji, są relatywnie niskie (choć wyższe niż w minionych latach) wynagrodzenia, co przekłada się na brak możliwości samodzielnego finansowania tych szkoleń.	Wszystkie zespoły pracowników medycznych potrzebują stałego doskonalenia umiejętności zawodowych. Niemniej w trakcie badania jako grupy wyróżniające się pod względem zapotrzebowania na szkolenia wskazano: fizjoterapeutów, pielęgniarki, diagnostów laboratoryjnych oraz ratowników medycznych. Wskazany rozkład potrzeb ma swoje źródło w przekonaniu, że ze względu na dochody i obciążenie pracą przedstawiciele wskazanych zawodów najprawdopodobniej nie skorzystają z komercyjnej oferty szkoleniowej.
Czy należy zróżnicować zakres tematyczny wsparcia w zależności od wykonywanego zawodu medycznego/okołomedycznego – w przypadku kształcenia podyplomowego pracowników	Różnicowanie zakresu tematycznego od zajmowanego stanowiska jest konieczne. Deklarowane przez respondentów oczekiwania wobec szkoleń	Zdaniem badanych należy różnicować zakres tematyczny wsparcia w taki sposób, by lekarze mogli zapoznać się z wiedzą spoza swojej specjalizacji,



medycznych oraz zajmowanego stanowiska/wykonywanych zadań – w przypadku pracowników administracyjnych sektora ochrony zdrowia, a jeżeli tak – to dlaczego i w jaki sposób?	opierają się nie tylko o specyfikę placówek, ale też zajmowanych stanowisk.	ale dotyczącą kwestii, z którymi mogą się w ramach swojej praktyki zetknąć.
Czy są zawody/stanowiska pracy w podmiotach leczniczych, które należy wesprzeć w większym stopniu w obszarze nabywania kompetencji, a jeżeli tak – to z jakich przyczyn wynika ich zwiększone zapotrzebowanie i jakich kompetencji/wiedzy powinny dotyczyć szkolenia/inne formy kształcenia/doskonalenia zawodowego? Jakże to powinny być formy/metody/narzędzia szkolenia?	Stanowiskami, które należy wesprzeć w większym stopniu w obszarze nabywania kompetencji, są pielęgniarki funkcyjne (oddziałowe, naczelne), lekarze funkcyjni (ordynatorzy, kierownicy oddziałów), pracownicy administracji, w szczególności zajmujący się finansami. Zwiększone zapotrzebowanie na te kompetencje wynika najprawdopodobniej z wyzwań zarządczych, jakie stoją przed tymi osobami w kontekście odpowiedzialności za procesy, jak również ze zmienności regulacji prawnych dotyczących zakresu ich kompetencji.	Z dofinansowanego wsparcia szkoleniowego w największym stopniu chcą korzystać pracownicy średniego szczebla – położne, pielęgniarki, ratownicy medyczni czy diagnosty. To właśnie w te grupy zawodowe powinno się inwestować w największym stopniu. Kadra wyższego szczebla także musi stale podnosić swoje kompetencje, ale jest przygotowana materialnie nawet do samodzielnego finansowania szkoleń komercyjnych lub płatnych studiów podyplomowych. W przypadku preferowanych form wsparcia szkoleniowego około połowa badanych wskazywała webinaria. Wybór ten tłumaczyć można przyzwyczajeniem, które zrodził czas kwarantanny marcowej i listopadowej w roku 2020. Kolejną pod względem preferencji formą jest e-learning, a więc wykorzystanie materiałów



		szkoleniowych na platformach internetowych.
W jakim stopniu wiedza i umiejętności nabyte dzięki udziałowi w projektach PO WER przez przedstawicieli zawodów medycznych/pracowników administracyjnych ochrony zdrowia są wg nich przydatne w ich codziennej pracy/rozwoju zawodowym? W jaki sposób zdobyte umiejętności są w praktyce wykorzystywane? W jakim zakresie wsparcie z PO WER spełniło potrzeby dotyczące podnoszenia kompetencji zawodowych przez pracowników podmiotów tworzących i płatnika?	Wiedza i umiejętności nabyte dzięki udziałowi w projektach PO WER są przydatne i pomagają w codziennej pracy. Jednocześnie należy zasygnalizować, że szkolenia powinny być bardziej zróżnicowane tematycznie i zaktualizowane. Bardzo mocno podkreślano, aby w przyszłej perspektywie finansowej szkolenia administracyjne kierowane stricte dla branży medycznej nadal uwzględniały jej specyfikę i poszczególne stanowiska administracyjne.	Otrzymane wyniki wskazują, że pracownicy medyczni, którzy brali udział w szkoleniach prowadzonych w ramach Działów 5.4, bardzo wysoko oceniają przydatność zdobytej wiedzy w codziennej pracy zawodowej. Szkolenia umożliwiają porządkowanie wiedzy wykorzystywanej w trakcie codziennej pracy, ale także nabywanie nowej (np. o nowatorskich sposobach wykonywania zabiegów albo procedurach laboratoryjnych).
Jak należy prowadzić działania w obszarze kształcenia podyplomowego/ doskonalenia zawodowego pracowników administracyjnych ochrony zdrowia w ramach programów operacyjnych współfinansowanych z EFS+ w latach 2021–2027? Co należy zmienić w stosunku do sposobu udzielania interwencji w latach 2014–2020?	Należy zwrócić uwagę na interdyscyplinarność szkoleń i tworzenia grup heterogenicznych zawodowo, lecz homogenicznych ze względu na miejsce pracy. Należy odejść od zamykania uczestników we własnych „bańkach” zawodowych. Oczekiwanym kierunkiem (także w przypadku szkoleń on-line) jest popularyzacja formuły warsztatowej, która wiąże się z przydzielaniem osób z różnych środowisk do jednej grupy.	Na podstawie wyników badania należy rekomendować prowadzenie działań podobnie w stosunku do sposobu udzielania interwencji w latach 2014–2020. Choć w trakcie dyskusji wskazywano szereg propozycji mogących usprawnić przebieg projektów szkoleniowych, to nie podważano stosowanego obecnie ogólnego modelu wsparcia kadr medycznych. Wśród proponowanych zmian wskazać należy m.in.



		poszerzenie puli szkoleń hybrydowych i położenie nacisku na wymianę kompetencji i kwalifikacji pomiędzy europejskimi, czy też nawet światowymi instytucjami.
Czy potrzeby szkoleniowe są możliwe do zaspokojenia w ramach finansowania ze środków publicznych, w tym z EFS (EFS+), czy też należy je uzupełnić działaniami finansowanymi z innych źródeł (jakich)?	Potrzeby szkoleniowe są możliwe do zaspokojenia z wykorzystaniem środków publicznych. Można je uzupełniać z innych źródeł (np. komercyjnych), w szczególności w obszarze: tworzenie systemów informacyjnych podmiotu leczniczego. Analiza produktowa, jak również analiza danych dotyczących liczby osób objętych wsparciem świadczą o tym, że potrzeby te mogą być zaspokojone.	Odpowiadając na postawione pytanie badawcze, w kontekście potrzeb pracowników medycznych, nie można mówić o pełnym zaspokojeniu potrzeb pracowników medycznych w obszarze szkoleń i podnoszenia przez nich kompetencji wyłącznie ze środków publicznych. Wymagane jest w tym zakresie angażowanie dodatkowo środków zewnętrznych (np. szkoleń komercyjnych) i oferowanie szkoleń o ogólnym charakterze także grupie zawodowej związanej z udzielaniem świadczeń medycznych.
Które ze stosowanych w projektach PO WER form wsparcia oraz metod przekazywania wiedzy pracownikom sektora ochrony zdrowia (pracownikom medycznym/pracownikom administracyjnym) należy uznać za najbardziej skuteczne w kontekście zaprogramowania przyszłego wsparcia z EFS+ i na jakiej	Obszarami tematycznymi, które uznano za najbardziej wartościowe dla pracowników administracji są: umiejętności interpersonalne, umiejętności komunikacyjne, zagadnienia związane z oceną technologii HTA oraz kontraktowanie świadczeń	Bardzo wysoko oceniono poziom, w jakim metody i formy udostępniania wiedzy na szkoleniach były przekazywane uczestnikom. W przypadku pracowników medycznych najważniejsze jest, w ich opinii, prowadzenie zajęć w formie warsztatowej, a także to, by



podstawie? Jakie nowe metody/formy/narzędzia szkoleń można zastosować w przyszłości? Jakie formy/metody/narzędzia szkoleń sprawdziły się w szkoleniach dla innych grup zawodowych i mogą być wykorzystane dla kadr medycznych?	zdrowotnych i realizacji umów. Wśród form szkoleń, które należy promować i upowszechniać, są gry strategiczne symulujące realne problemy, z jakimi spotykają się pracownicy.	wykładowcy, osoby szkolące byli praktykami posiadającymi udokumentowane sukcesy w swoich specjalizacjach. Takie autorytety przyciągają chętnych medyków do udziału w szkoleniach.
W jaki stopniu potrzeby w zakresie kształcenia podyplomowego/dokształcania zawodowego kadr medycznych/administracyjnych sektora ochrony zdrowia są zaspokajane przez podmioty szkoleniowe na zasadach komercyjnych, a w jakim – poprzez projekty dofinansowane ze środków publicznych (z UE oraz budżetu państwa/budżetów JST)? Czy te proporcje w zakresie podaży szkoleń i innych form podnoszenia kompetencji umożliwiają pracownikom sektora ochrony zdrowia powszechny dostęp do specjalistycznej wiedzy?	Oferta komercyjna adresowana do pracowników administracyjnych podmiotów leczniczych – mimo że bardzo szeroka – nie stanowi oparcia dla osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Tym samym, odpowiadając na postawione pytanie badawcze, należy stwierdzić, że potrzeby szkoleniowe pracowników administracyjnych sektora ochrony zdrowia w niewielkim zakresie są zaspokajane przez rynek komercyjny. W znacznie większym stopniu – dzięki postawieniu wysokich wymagań merytorycznych w konkursie – oferta szkoleń finansowanych ze środków publicznych jest bardziej adekwatna i lepiej spełnia wymagania i potrzeby pracowników administracyjnych.	Potrzeby szkoleniowe kadr medycznych w zakresie oferty medycznej (podnoszącej kompetencje zawodowe) są w dużym stopniu zapewniane na rynku komercyjnym, chociaż wiąże się to z negatywnymi uwagami dotyczącymi kompetencji kadr szkolących, kosztów szkoleń i warunków ich odbywania. Z oczywistych względów szkolenia specjalizacyjne muszą być finansowane ze środków publicznych, takie szkolenia są niemożliwe do prowadzenia w całości w oparciu o rynek komercyjny. Zidentyfikowano istotne ograniczenie, jakim jest możliwość uzyskania „punktów edukacyjnych”, bez tego warunku szkolenie nie jest atrakcyjne dla uczestników.
Jaka jest wielkość luki finansowej w przypadku wsparcia dotyczącego	Korzystając z zasady, że „luka finansowa” jest relacją	Korzystając z zasady, że „luka finansowa” jest relacją



kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego pracowników sektora ochrony zdrowia?	(odwrotnie proporcjonalną) dochodów z projektów do wartości dofinansowania, można uznać, że wobec braku bezpośrednich dochodów ze szkoleń luka finansowa nie występuje. Tym samym, biorąc pod uwagę planowanie przyszłych wydatków systemowych na szkolenia kadr w ochronie zdrowia, celowe wydaje się - na podstawie analizy eksperckiej i danych literaturowych - utrzymanie obecnego poziomu finansowania. Jego zwiększenie uwarunkowane może być ewentualnym poszerzeniem zakresu tematycznego lub liczebnością grupy docelowej uczestników projektów.	(odwrotnie proporcjonalną) dochodów z projektów do wartości dofinansowania, można uznać, że wobec braku bezpośrednich dochodów ze szkoleń luka finansowa nie występuje. Tym samym, biorąc pod uwagę planowanie przyszłych wydatków systemowych na szkolenia kadr w ochronie zdrowia, celowe wydaje się - na podstawie analizy eksperckiej i danych literaturowych - utrzymanie obecnego poziomu finansowania. Jego zwiększenie uwarunkowane może być ewentualnym poszerzeniem zakresu tematycznego lub liczebnością grupy docelowej uczestników projektów.
Czy istnieje potrzeba rozszerzenia katalogu podmiotów uprawnionych (typów beneficjentów oraz odbiorców wsparcia) do otrzymania dofinansowania w obszarze poprawy umiejętności zarządczych i administracyjnych w systemie ochrony zdrowia?	Badanie nie udowodniło potrzeby poszerzenia katalogu podmiotów uprawnionych (typów beneficjentów oraz odbiorców wsparcia) do otrzymania dofinansowania w obszarze poprawy umiejętności zarządczych i administracyjnych w systemie ochrony zdrowia.	Badanie nie udowodniło potrzeby poszerzenia katalogu podmiotów uprawnionych (typów beneficjentów oraz odbiorców wsparcia) do otrzymania dofinansowania w obszarze poprawy umiejętności zarządczych i administracyjnych w systemie ochrony zdrowia.
Z jakich obszarów tematycznych/w zakresie jakich umiejętności w pierwszej kolejności należy	Niedostateczna liczba pracowników administracji, ograniczony dostęp do	Obszarami tematycznymi, z których szkoleniami byłoby szczególnie zainteresowani,



szkolić/dokształcać przedstawicieli zawodów medycznych/pracowników administracyjnych ochrony zdrowia? Z jakich form wsparcia należy zrezygnować, gdyż nie są one istotne?	specjalistycznych usług i sprzętu prowadzą często do konfliktów zarówno wewnątrz zespołów, jak i w ewentualnym kontakcie z pacjentami. Rekomendowane w wyniku przeprowadzonego badania szkolenia obejmują m.in. zakresy: zarządzania konfliktem, mediacji, zarządzania operacyjnego (w perspektywie do 12 miesięcy), zarządzania strategicznego podmiotem leczniczym (w perspektywie powyżej 12 miesięcy, w tym ze szczególnym uwzględnieniem planowania wystąpienia zjawisk epidemicznych, zarządzania w warunkach kryzysu, współpracy pomiędzy różnymi ośrodkami decyzyjnymi w regionie). Do szkoleń, z których pozostaje zrezygnować lub których zakres powinno się ograniczać, należą szkolenia o charakterze wiedzy ogólnej, nieprzypisanej specyficznie do działalności szpitali i współpracy pracowników w zespołach zadaniowych w sektorze ochrony zdrowia, tj. ogólne aspekty zarządzania, ogólne aspekty komunikacji interpersonalnej, poprawa	są: kontraktowanie świadczeń zdrowotnych oraz umiejętności komunikacyjne i interpersonalne. Przedstawiciele środowiska medycznego chcą też podnosić swoje kwalifikacje w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia (w tym zarządzania finansami, zarządzania ryzykiem). Biorąc pod uwagę całość zgromadzonych informacji, można postawić tezę, że w pierwszej kolejności należy zrezygnować ze szkoleń o ogólnym charakterze, niemających dużego waloru implementacyjnego. Szkolenia takie mają najmniejszą wartość dla uczestników.
--	---	---



	ogólnych kompetencji cyfrowych, w tym w zakresie obsługi urządzeń biurowych i ogólnodostępnych systemów informatycznych.	
Jakie czynniki są najbardziej istotne dla zapewnienia maksymalnej przydatności/użyteczności szkoleń skierowanych do pracowników sektora ochrony zdrowia? Jak należy udzielać przedmiotowego wsparcia szkoleniowego w ramach PO WER? Jakie powinny być kryteria oceny jakości tego wsparcia?	Beneficjenci za czynniki, które istotnie zwiększają użyteczność szkoleń, uznali: zdobycie wiedzy zarządczej, zdobycie większej wiedzy medycznej oraz możliwość wykorzystania wiedzy w codziennych obowiązkach. Kluczowymi dla oceny szkolenia są jego praktyczność i możliwość bezpośredniego wykorzystania zdobytej wiedzy w codziennej pracy.	Beneficjenci za czynniki, które istotnie zwiększają użyteczność szkoleń, uznali zdobycie wiedzy zarządczej oraz możliwość wykorzystania wiedzy w codziennej pracy. W zakresie kryteriów oceny wsparcia respondenci zgodnie deklarowali, że ewaluacja powinna opierać się na badaniach satysfakcji uczestników, pozyskaniu ich opinii i oceny zarówno dotyczących merytoryki spotkań, jak i metodologii przekazywania wiedzy.
Czy istnieją bariery w dostępie do kształcenia podyplomowego kadr medycznych/dokształcania zawodowego pracowników administracyjnych ochrony zdrowia? Jeśli tak, jakie to są bariery i jakie są ich przyczyny? Jakie są możliwości eliminacji takich przeszkód?	Tak, istnieją bariery. Wśród najistotniejszych należy wskazać: bariery finansowe, dostępność dopasowanych szkoleń, dyspozycyjność czasową. Do barier towarzyszących zaliczono utrudniony z przyczyn finansowych i/lub organizacyjnych dostęp do dedykowanych szkoleń na rynku komercyjnym, brak kompetentnej kadry szkoleniowej lub ofert dotyczących specyfiki podmiotu leczniczego.	Tak, istnieją bariery. Wśród najistotniejszych należy wskazać: bariery finansowe, dostępność szkoleń i brak czasu. Jednocześnie zaproponowano, by zwiększyć limit udziału w projekcie dla konkretnych osób, co pozwoliłoby wykorzystać możliwości szkoleń przez te osoby, które mają więcej czasu i motywację do nauki.



Jak należy formułować wsparcie ze środków publicznych w zakresie kształcenia podyplomowego/dokształcania zawodowego pracowników sektora ochrony zdrowia, aby uzyskać efekt synergii z komercyjną ofertą szkoleniową w tym zakresie? Jakie będą spodziewane efekty wsparcia w obszarze zarządzania placówkami systemu służby zdrowia?	W odniesieniu do uzyskania efektu synergii szkoleń komercyjnych i szkoleń finansowanych ze środków europejskich należy zwracać uwagę na to, że szkolenia finansowane ze środków UE co do zasady są lepiej adresowane do potrzeb sektora ochrony zdrowia, zwykle wynika to z przeprowadzonej analizy potrzeb (na etapie przygotowania wniosku o dofinansowanie), jak też oceny eksperckiej, zarówno w zakresie merytorycznym jak i budżetowo-finansowym. Ponadto szkolenia te - zgodnie z wcześniejszymi komentarzami - są realizowane przez podmioty edukacyjne o uznanej pozycji na rynku usług szkoleniowych i doświadczonych w zakresie podnoszenia kompetencji pracowników administracji. Tak więc rynkowi komercyjnemu należy przekazać szkolenia o charakterze ogólnym, podnoszące kompetencje ogólne, zaś szkolenia specjalistyczne pozostawić do finansowania w ramach programów europejskich.	W odniesieniu do uzyskania efektu synergii szkoleń komercyjnych i szkoleń finansowanych ze środków europejskich należy zwracać uwagę na to, że szkolenia finansowane ze środków UE co do zasady są lepiej adresowane do potrzeb sektora ochrony zdrowia, zwykle wynika to z przeprowadzonej analizy potrzeb (na etapie przygotowania wniosku o dofinansowanie), jak też oceny eksperckiej, zarówno w zakresie merytorycznym jak i budżetowo-finansowym. Ponadto szkolenia te - zgodnie z wcześniejszymi komentarzami - są realizowane przez podmioty edukacyjne o uznanej pozycji na rynku usług szkoleniowych i doświadczonych w zakresie podnoszenia kompetencji kadr medycznych. Tak więc rynkowi komercyjnemu należy przekazać szkolenia o charakterze ogólnym, podnoszące kompetencje ogólne, zaś szkolenia specjalistyczne pozostawić do finansowania w ramach programów europejskich.
W jaki sposób formułować należy kryteria wyboru projektów, aby	Odpowiadając na zadane pytanie badawcze, należy	Odpowiadając na postawione pytanie



maksymalizować efekty ponoszenia kwalifikacji przedstawicieli zawodów medycznych, a także poprawić jakość zarządzania w podmiotach leczniczych przez ich pracowników administracyjnych?	stwierdzić, że w przeprowadzonym badaniu desktop ujawniono metody, które mogą stać się podstawą dla budowania kryteriów oceny w projektach, jednak ze względu na ich zróżnicowanie w zakresie możliwości zastosowania rekomenduje się jednak podejście eksperckie – dokonywane przez ekspertów oceniających projekty i ocenę relacji kompetencji postulowanych (zidentyfikowanych w wyniku wcześniej przeprowadzonej analizy rzeczywistych potrzeb grupy docelowej) do kompetencji oferowanych. W tym ujęciu kryterium wyboru projektu z punktu widzenia jego użyteczności będzie mogło zostać ocenione adekwatnie do programu, projektu i oferowanego wsparcia.	badawcze, zarówno w kontekście potrzeby podnoszenia kompetencji zawodowych kadr medycznych, jak również kompetencji administracyjnych personelu podmiotów leczniczych, kryteria oceny powinny być jak najbardziej czytelne, bez pozostawiania dużego pola do ich interpretacji. Należy przebudować zestaw kryteriów merytorycznych, nie zmieniając ich zakresu tematycznego, zobowiązując oceniających do odpowiedzi ścisłych i schematycznych – tym samym dających się porównywać między sobą i nie wydłużających w czasie procesu oceniania wniosków o dofinansowanie.
Jakie są oczekiwania w zakresie specjalistycznego wyposażenia niezbędnego do skutecznego prowadzenia szkoleń?	Oczekiwania w tym zakresie dotyczą stworzenia platformy komunikacyjnej do prowadzenia wysokiej jakości szkoleń na odległość (nie rekomenduje się platform wyłącznie przekazujących dźwięk i obraz, ale umożliwiających prezentację wykładu, przekazywanie plików,	Wśród najczęściej wymienianych oczekiwań związanych ze szkoleniami są: możliwość zdalnego uczestniczenia w szkoleniu oraz zapewnienie każdemu uczestnikowi materiałów szkoleniowych. Dużą wartość niesie za sobą możliwość skorzystania z centrów symulacyjnych.



	filmów i innych treści, w tym organizowanie zdalnych seminariów czy warsztatów). Jednocześnie rekomenduje się zautomatyzowanie procesów związanych z gromadzeniem danych uczestników szkolenia.	Wskazywano, że tego rodzaju przestrzenie dają możliwość skonfrontowania się z warunkami pracy i przypadkami zbliżonymi do tych spotykanych w trakcie praktyki zawodowej.
Czy w związku z epidemią koronawirusa (COVID-19) należy przewidzieć jakiegokolwiek specjalistyczne szkolenia/zmiany w dotychczasowych projektach szkoleniowych PO WER skierowanych do personelu medycznego/pracowników administracyjnych sektora ochrony zdrowia? Jakie kompetencje kadr medycznych i pracowników ochrony zdrowia należy wzmocnić w związku z wystąpieniem tej epidemii i potencjalnym jej powrotem w przyszłości?	Tak, w związku z pandemią COVID-19 należy przewidzieć dodatkowe szkolenia. Rekomendowane jest zwłaszcza oferowanie szkoleń z kompetencji wymagających szczególnego wzmocnienia w obszarze: zarządzania kryzysowego, komunikacji, reagowania na sytuacje stresowe, asertywności, decyzyjności. Ważne są także szkolenia psychologiczne dotyczące problemu zarządzania emocjami oraz wzmacniania odporności mentalnej na pracę w warunkach napięcia.	W związku z epidemią koronawirusa konieczne jest wprowadzenie specjalistycznych szkoleń. Ważnym obszarem kompetencji kadry medycznej, który należy szczególnie wspierać w dobie COVID-19, są umiejętności komunikacyjne, umiejętności radzenia sobie ze stresem, a także kwestie związane z decyzyjnością oraz procedurami.

6. Tabela wniosków i rekomendacji

Lp.	Treść wniosku	Treść rekomendacji	Sposób wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny	Termin wdrożenia
1	W obu grupach pracowników (administracyjnych i medycznych) obserwowana jest duża potrzeba rozwoju zarówno kompetencji merytorycznych, jak też kompetencji miękkich. Strona w raporcie: 32, 40, 46, 47, 67, 93, 113, 116	Rekomenduje się poszerzanie oferty programów szkoleniowych umożliwiających rozwój w obu obszarach kompetencyjnych.	Zaleca się wdrażanie programów mających na celu rozwój lub aktualizację wiedzy merytorycznej, jak również programów budujących lub poszerzających kompetencje miękkie.	Ministerstwo Zdrowia	Strategiczna	Zdrowie	Do: - drugi rok realizacji <i>Perspektywy 2021–27</i>

2	Charakter obowiązków wykonywanych przez pracowników medycznych i administracyjnych wymaga systematycznego rozwijania kompetencji. Strona w raporcie: 31, 94, 102	Rekomenduje się wpieranie rozwiązań umożliwiających systematyczne podnoszenie kompetencji przez pracowników administracyjnych i medycznych.	Zaleca się zapewnianie dostępu do nieodpłatnych szkoleń obu grupom pracowników: kadrom medycznym i wsparcia administracyjnego w ilości i częstotliwości umożliwiającej cykliczne uzupełnienie wiedzy i podnoszenie kompetencji w kluczowych obszarach wpływających na jakość pracy.	Ministerstwo Zdrowia	Strategiczna	Zdrowie	Do: - drugi rok realizacji Perspektywy 2021–27
---	--	--	--	----------------------	--------------	---------	---

3	Zwraca uwagę brak wsparcia dla osób zajmujących kluczowe stanowiska zarządcze. Osoby te ze względu na specyfikę pełnionych obowiązków mają duże potrzeby rozwoju kompetencji managerskich w specyficznym kontekście nadzorowania jednostek opieki zdrowotnej. Strona w raporcie: 42, 48, 75	Rekomenduje się wsparcie kompetencyjne osób zarządzających instytucjami i zespołami systemu ochrony zdrowia.	Zaleca się rozwój oferty szkoleniowej dedykowanej pracownikom zarządzającym zespołami i/ lub jednostkami. Szkolenia managerskie powinny być kierowane do osób, których awans jest planowany, jak też do pracowników piastujących już funkcje kierownicze i mających sprecyzowaną wiedzę co do wyzwań związanych z	Ministerstwo Zdrowia	Strategiczna	Zdrowie	Do: - drugi rok realizacji Perspektywy 2021–27
---	---	---	--	---------------------------------	---------------------	----------------	--

			pełnioną przez siebie funkcją.				
4	Istotnym źródłem obserwowanych deficytów kompetencyjnych jest brak systematycznego wsparcia szkoleniowego dopasowanego do możliwości czasowych pracowników medycznych. Strona w raporcie: 87, 98	Rekomenduje się wspieranie rozwiązań umożliwiających uczestnictwo w szkoleniach przy ograniczaniu zbędnych wydatków czasowych związanych np. z dojazdem.	Zaleca się rozwój oferty szkoleniowej wykorzystującej nowoczesne kanały komunikacyjne – (szkoleń on-line, seminariów realizowanych przy wsparciu technologii webcast) umożliwiających przekazywanie informacji objętych szkoleniem w sposób	Ministerstwo Zdrowia	Programowa operacyjna	Zdrowie	Do: - drugi rok realizacji <i>Perspektywy 2021–27</i>



			pozwalający na łączenie nauki z codziennymi obowiązkami.				
5	Pracownicy administracyjni mierzą się z wyzwaniem ciągłej potrzeby pozyskiwania wiedzy o zmieniających się przepisach prawa. Istotnym źródłem obserwowanych deficytów kompetencyjnych pracowników administracyjnych jest brak systematycznego wsparcia szkoleniowego	Rekomenduje się wspieranie rozwiązań umożliwiających szybką organizację i przeprowadzanie szkoleń w taki sposób, by ograniczać działania związane z zabezpieczeniem logistycznym szkolenia (np. hoteli, dojazdów, itd.), a umożliwić szybkie przekazanie ważnych informacji zainteresowanym kadrom.	Zaleca się rozwój oferty szkoleniowej z wykorzystaniem także nowoczesnych metod przekazu – w tym telekonferencji/ webinariów (seminariów realizowanych przy wsparciu technologii webcast) umożliwiających szybkie przekazywanie wiedzy	Ministerstwo Zdrowia	Programowa operacyjna	Zdrowie	Do: - <i>drugi rok realizacji Perspektywy 2021–27</i>

	dopasowanego do zakresu i tempa wdrażanych zmian prawnych i proceduralnych. Strona w raporcie: 28, 31, 46, 55		pracownikom administracyjnym.				
6	Czynnikiem kształtującym potrzeby szkoleniowe pracowników administracji jest, poza kontekstem prawnym, specyfika placówek, w których są zatrudnieni.	Rekomenduje się planowanie szkoleń w sposób umożliwiający uwzględnienie potrzeb i specyfiki konkretnej placówki.	Zaleca się organizację szkoleń dedykowanych pracownikom administracji na mniejszą skalę z udziałem pracowników konkretnej placówki. Program szkolenia powinien uwzględniać	Ministerstwo Zdrowia	Programowa operacyjna	Zdrowie	Do: - <i>drugi rok realizacji Perspektywy 2021–27</i>



	Strona w raporcie: 44		specyfikę pracy danej jednostki i wyzwania, z jakimi spotykają się pracownicy placówki.				
7	Czynnikiem pogłębiającym poziom deficytów kompetencyjnych pracowników jest obserwowana rotacja kadr. Rotacja skutkuje systematycznym odpływem osób mających wiedzę i doświadczenie. Strona w raporcie: 41, 103, 104	Rekomenduje się opracowanie mechanizmów wdrażania nowych pracowników w sposób umożliwiający ich możliwie szybką adaptację do nowych obowiązków.	Zaleca się uzupełnienie oferty o szkolenia rozwijające kompetencje związane z wdrażaniem nowych pracowników. Właściwie zaplanowana procedura wdrożenia nowo zatrudnionej osoby umożliwia skrócenie czasu potrzebnego dla nabycia	Ministerstwo Zdrowia	Programowa operacyjna	Zdrowie	Do: - drugi rok realizacji Perspektywy 2021–27



			niezbędnej wiedzy i osiągnięcia docelowej efektywności.				
8	Główną motywacją uczestniczenia w szkoleniach jest chęć nabycia możliwie praktycznej wiedzy, łatwo przekładanej na codzienne obowiązki. Strona w raporcie: 29, 31, 32, 51, 54, 65, 83, 84, 86, 115	Rekomenduje się utrzymanie wymogów konkursowych wobec wykonawców, aby dostarczali krótkich form szkoleniowych nastawionych na rozwiązywanie konkretnych dylematów praktycznych obecnych w sektorze ochrony zdrowia.	Zaleca się oferowanie szkoleń opierających się o rozwiązywanie tzw. case-ów.	Ministerstwo Zdrowia	Programowa strategiczna	Zdrowie	Do: - drugi rok realizacji <i>Perspektywy 2021–27</i>

9	Ważnym elementem wpływającym na odbiór szkoleń zdalnych jest ciekawa, przyciągająca uwagę forma – buduje ona atrakcyjność kursu, ale także sprzyja koncentracji i podtrzymaniu uwagi uczestników. Strona w raporcie: 84, 108, 123	Podczas zajęć zdalnych, teoretycznych rekomendowane jest aktywizowanie uczestników poprzez interaktywne elementy, takie jak testy lub inne formy sprawdzania wiedzy – bardzo ciekawym rozwiązaniem w tym zakresie są grupowe gry on-line.	Zaleca się uwzględnienie w programach kursów zdalnych dodatkowych aktywizujących słuchaczy metod.	Ministerstwo Zdrowia	Programowa operacyjna	Zdrowie	Do: - drugi rok realizacji Perspektywy 2021–27
10	Barierą w rekrutacji osób na wysokich stanowiskach jest niechęć do	Rekomenduje się dedykowanie tej grupie uczestników szkoleń zamkniętych, które pozwoliłyby dopasować	Zaleca się planowanie odrębnych szkoleń dedykowanych	Ministerstwo Zdrowia	Programowa operacyjna	Zdrowie	Do: - drugi rok realizacji



uczestniczenia w szkoleniach razem z podwładnymi. Strona w raporcie: 34	program do ich potrzeb, a jednocześnie stanowiłyby dla nich nobilitację.	kadrom managerskim.				<i>Perspektywy 2021–27</i>
--	--	---------------------	--	--	--	--------------------------------

7. Spis tabel i rysunków

Rysunek 1. Rozkład zajmowanych stanowisk.....	19
Rysunek 2. Rozkład zajmowanych stanowisk.....	21
Rysunek 3. Rozkład zajmowanych stanowisk.....	23
Rysunek 4. Ocena adekwatności wiedzy i umiejętności zdobytych w trakcie szkoleń.....	27
Rysunek 5. Ocena adekwatności wiedzy i umiejętności zdobytych w trakcie szkoleń w zależności od zajmowanego stanowiska	27
Rysunek 6. Najbardziej skuteczne metody przekazywania wiedzy	30
Rysunek 7. Szkolenia cieszące się największym zainteresowaniem uczestników	33
Rysunek 8. Preferowane formy wsparcia	36
Rysunek 9. Dopasowanie form szkolenia do potrzeb pracowników administracji ochrony zdrowia.....	37
Rysunek 10. Dopasowanie metod szkolenia do oczekiwań pracowników administracji ochrony zdrowia.....	38
Rysunek 11. Obszary tematyczne szkoleń, których brakuje	39
Rysunek 12. Grupy, którym, zdaniem badanych, należy się większe dofinansowanie	42
Rysunek 13. Zawody, które należy wesprzeć w szczególny sposób.....	48
Rysunek 14. Ocena przydatności zdobytej wiedzy oraz poziom, w jakim szkolenia spełniają oczekiwania uczestników	50
Rysunek 15. Obszary tematyczne, którymi są zainteresowani pracownicy administracyjni...57	
Rysunek 16. Szkolenia, którymi są zainteresowani pracownicy administracyjni.....	63
Rysunek 17. Czynniki zwiększające użyteczność szkoleń.....	64
Rysunek 18. Czynniki zwiększające użyteczność szkoleń.....	65
Rysunek 19. Bariery w dostępie do szkoleń	68
Rysunek 20. Oczekiwania w zakresie specjalistycznego wyposażenia szkoleń.....	72
Rysunek 21. Kompetencje, jakie należy wzmacniać w związku z wystąpieniem epidemii.....	74
Rysunek 22. Kompetencje, jakie należy wzmacniać w związku z wystąpieniem epidemii.....	74
Rysunek 23. Ocena adekwatności wiedzy i umiejętności zdobytych w trakcie szkoleń.....	80
Rysunek 24. Ocena adekwatności wiedzy i umiejętności zdobytych w trakcie szkoleń w zależności od zajmowanego stanowiska	80
Rysunek 25. Ocena adekwatności wiedzy i umiejętności zdobytych w trakcie szkoleń w zależności od zajmowanego stanowiska	82
Rysunek 26. Szkolenia cieszące się największym zainteresowaniem uczestników	85
Rysunek 27. Preferowane formy wsparcia.....	86
Rysunek 28. Dopasowanie form szkolenia do potrzeb pracowników medycznych.....	88
Rysunek 29. Dopasowanie metod szkolenia do oczekiwań pracowników medycznych	88
Rysunek 30. Brak szkoleń lub pewnych form podnoszenia kwalifikacji.....	90
Rysunek 31. Obszary tematyczne szkoleń, których brakuje	90
Rysunek 32. Grupy, którym, zdaniem badanych, należy się większe dofinansowanie	95
Rysunek 33. Zawody medyczne, których przedstawiciele w szczególny sposób wymagają wsparcia.....	97
Rysunek 34. Preferencje przedstawicieli poszczególnych grup zawodowych w zakresie form szkolenia	100



Rysunek 35. Ocena przydatności wiedzy	101
Rysunek 36. Obszary tematyczne, którymi są zainteresowani pracownicy medyczni	111
Rysunek 37. Szkolenia, którymi są zainteresowani pracownicy medyczni	111
Rysunek 38. Czynniki zwiększające użyteczność szkoleń	114
Rysunek 39. Bariery w dostępie do szkoleń	117
Rysunek 40. Oczekiwania w zakresie specjalistycznego wyposażenia szkoleń	121
Rysunek 41. Kompetencje, jakie należy wzmacniać w związku z wystąpieniem epidemii	122
Rysunek 42. Kompetencje, jakie należy wzmacniać w związku z wystąpieniem epidemii	122
 Tabela 1. Wartości umów zawartych z beneficjentami	14
Tabela 2. Charakterystyka wiodących beneficjentów	15
Tabela 3. Województwo zamieszkania badanych	20
Tabela 4. Charakterystyka projektów, w których wzięli udział badani pracownicy	21
Tabela 5. Typologia szkoleń dla kadry administracyjnej	45
Tabela 6. Preferencje poszczególnych grup pracowników administracji ochrony zdrowia wz. preferowanych tematów szkoleń.	46
Tabela 7. Typ idealny szkolenia adresowanego do lekarzy	98
Tabela 8. Preferencje tematyczne wz. wsparcia szkoleniowego pośród różnych grup zawodów medycznych	99

8. Bibliografia

- Czermiński, M. Grzybowski, K. Ficoń, Podstawy organizacji i zarządzania, Wyd. Wyższej Szkoły Administracji i Biznesu w Gdyni, Gdynia 1999.
- Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyce w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce, Badanie ewaluacyjne zrealizowane na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, IBC Group Central Europe Holding S.A., Warszawa, 2011.
- Wojtyniak, P. Goryński (red.), Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP-PZH, Warszawa, 2016.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods, 39.
- M. Kęsy, Kształtowanie kompetencji menedżerskich personelu medycznego w szpitalach, Wyd. UJ, Kraków 2013.



- M. Kęsy, Z. Nęcki (red.), Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2013.
- Niedzielski Adam. Kadra medyczna z punktu widzenia praktyka. Mity i fakty. Narodowy Fundusz Zdrowia.
- Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określania potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej.
- P. Goryński, D. Cianciara, Sytuacja demograficzna i zdrowotna ludności Polski, Postępy Nauk Medycznych, 5/2016, s. 298-307.
- P. Smółka, Ocena kompetencji przy wykorzystaniu metody Situational Judgment Test, Wskaźniki i Stawki, Wyd. Infor, 2019.
- Raport „Ocena potrzeb szkoleniowych oraz wiedzy lekarzy i lekarzy dentystów w zakresie kompetencji miękkich oraz organizacji systemu ochrony zdrowia”, NIL – Ośrodek Studiów i Analiz.
- Raport „Problemy i bariery związane z kształceniem podyplomowym”, NIL Ośrodek Studiów i Analiz.
- Raport z badania ewaluacyjnego pn. „Ocena wpływu działań edukacyjnych realizowanych w ramach Działania 2.3 PO KL na system ochrony zdrowia w Polsce wraz z próbą określania potencjalnych obszarów wsparcia w przyszłej perspektywie finansowej”.
- Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020, wersja 20, Warszawa, 2020.
- T. Wojtaszek, Analiza potrzeb szkoleniowych podmiotów świadczących usługi medyczne na terenie województwa wielkopolskiego, praca doktorska, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Poznań 2016.
- Wytyczne zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014–2020, 27.10.2020J. Komża.



- Z. Nęcki, M. Kęsy, Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem, Wyd. UJ, Kraków 2013.

9. Aneks

Załączony w postaci odrębnego pliku: APS_Aneks_Materiały z badania