
Raport z II edycji badań

Branża opieka zdrowotna i pomoc społeczna

Branżowy
Bilans Kapitału Ludzkiego

**Branżowy Bilans
Kapitału Ludzkiego
Branża opieka zdrowotna
i pomoc społeczna**

Raport z II edycji badań

Branżowy Bilans Kapitału Ludzkiego – branża opieka zdrowotna i pomoc społeczna
Raport podsumowujący II edycję badań realizowanych w latach 2022–2023.

Autorzy raportu:

dr Izabela Grabowska
Konrad Kuźma
Zofia Polańska
Joanna Abramowicz
Jarosław Kozera

Współpraca merytoryczna:

dr hab. Barbara Worek, prof. UJ, Centrum Ewaluacji i Analiz Polityk Publicznych,
Uniwersytet Jagielloński

Koordinacja i współpraca merytoryczna (PARP):

Joanna Orłowska
Robert Zakrzewski
Rafał Pląsek

Wykonawca:

EGO – Evaluation For Government Organizations S.C i Centrum Badań Marketingowych
INDICATOR Sp. z o.o.

**Raport przygotowany we współpracy z Sektorową Radą ds. Kompetencji – Opieka
Zdrowotna i Pomoc Społeczna**

© Copyright by Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, 2023

ISBN: 978-83-7633-528-5

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego

Skład, łamanie, korekta i druk: Pracownia C&C Sp. z o.o.

Warszawa 2023

Spis treści

Wprowadzenie	6
1. Główne wnioski	7
1.1. Trendy oddziałujące na branżę i wyzwania	7
1.2. Scenariusze rozwoju	8
1.3. Aktualna sytuacja kadrowa w branży	9
1.4. Kompetencje kadr sektora	11
1.5. Ocena i rozwój pracowników	13
2. Informacje o badaniu	15
2.1. Cele badawcze	15
2.2. Wykorzystane metody badawcze i etapy badania	16
3. Stan obecny i przyszłość branży	18
3.1. Branża opieki zdrowotnej i pomocy społecznej – podstawowe informacje	18
3.2. Trendy oddziałujące na branżę	21
3.2.1. Dostępność i jakość usług społecznych i zdrowotnych	22
3.3. Długookresowe trendy kształtujące dostępność i jakość usług	26
3.4. Wyzwania stojące przed branżą	31
3.4.1. Wyzwania i wspólne dla obu systemów	32
3.4.2. Wyzwania specyficzne dla pomocy społecznej	38
3.4.3. Wyzwania specyficzne dla ochrony zdrowia	43
3.5. Podsumowanie	47
4. Scenariusze rozwoju	49
5. Zatrudnienie	65
5.1. Sektor opieki zdrowotnej: stan zatrudnienia	65
5.2. Sektor opieki zdrowotnej: odpowiedzi na kryzys kadrowy	71
5.3. Sektor opieki zdrowotnej: zadowolenie z warunków pracy	77
5.4. Sektor pomocy społecznej: Stan i struktura zatrudnienia	79
5.5. Sektor pomocy społecznej: zadowolenie z warunków pracy	83
6. Kompetencje kadr sektora	87
6.1. Sektor opieki zdrowotnej: kompetencje kluczowe kadry medycznej	88
6.2. Sektor opieki zdrowotnej: zdobywanie i rozwijanie kompetencji kluczowych	91
6.3. Sektor pomocy społecznej: kompetencje kluczowe	96
6.4. Sektor pomocy społecznej: kompetencje o rosnącym znaczeniu	101
6.5. Sektor pomocy społecznej: kompetencje przyszłości	103
6.6. Sektor pomocy społecznej: rozwijanie kompetencji	105

7. Ocena, rozwój i motywowanie pracowników	108
8. Bilans kompetencji	120
8.1. Główne wnioski z bilansu kompetencji	121
8.2. Szczegółowe opisy bilansu kompetencji	122
9. Rekomendacje	194
9.1. Rekomendacje w zakresie pomocy społecznej	194
9.2. Rekomendacje w zakresie opieki zdrowotnej	200
9.3. Rekomendacje wspólne dla pomocy społecznej i opieki zdrowotnej	204
Spis tabel, wykresów, rysunków	206

Szanowni Państwo,

oddajemy w Państwa ręce raport z wynikami drugiej edycji Branżowego Bilansu Kapitału Ludzkiego w branży opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Badania te, prowadzone we współpracy z Sektorową Radą ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna, mają na celu zwiększenie wiedzy na temat stanu i kierunków rozwoju kadr w branży oraz związanego z nim zapotrzebowania na kompetencje, a także określenie determinujących go wyzwań mających swe źródło m.in. w przemianach społecznych i gospodarczych, a coraz częściej także technologicznych.

Raport obejmuje wyniki badań ilościowych prowadzonych wśród pracodawców sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz pracowników zatrudnionych na kluczowych stanowiskach w firmach z tej branży. Jednym z głównych celów badania było opracowanie bilansu kompetencji, czyli oceny kluczowych kompetencji na poszczególnych stanowiskach z perspektywy pracodawców i pracowników. Zestawienie tych ocen powinno pomóc w określeniu podaży pracowników o odpowiednich kompetencjach, zapotrzebowania na nich ze strony pracodawców oraz sformułować rekomendacje, adresatami których są instytucje kształcenia, podmioty rynku pracy oraz sami pracodawcy.

Wyniki badań jakościowych oraz badanie foresightowe przeprowadzone wśród ekspertów branżowych umożliwiły ponadto rozpoznanie trendów i wyzwań oraz pozwoliły na przygotowanie czterech scenariuszy rozwoju branży.

Wierzymy, że prezentowane wyniki okażą się interesujące oraz użyteczne zarówno dla decydentów, osób zarządzających instytucjami i firmami, obecnych oraz przyszłych pracowników sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, jak również wszystkich osób zainteresowanych tematyką kompetencji w branży.

Jednocześnie serdecznie dziękujemy przedstawicielom Sektorowej Rady ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna za ogromne wsparcie podczas całego procesu badawczego, a także wszystkim przedstawicielom instytucji i firm z branży oraz Ekspertom, którzy zgodzili się wziąć udział w Branżowym Bilansie Kapitału Ludzkiego.

Zespół badawczy

Wprowadzenie

Niniejszy raport przedstawia wyniki II edycji badania Branżowy Bilans Kapitału Ludzkiego w branży opieka zdrowotna i pomoc społeczna. Głównym celem badania było pozyskanie wiedzy na temat obecnego i przyszłego zapotrzebowania na kompetencje, w szczególności w odniesieniu do pojawiających się trendów i wyzwań.

Badaniem objęto dwa sektory – opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, które świadczą różne usługi, reprezentują je różne typy podmiotów i instytucji, mają odrębne regulacje prawne oraz inne systemy kształcenia kadr. Jednak, jak pokazują wyniki badania, wyzwania, jakie stoją zarówno przed opieką zdrowotną, jak i pomocą społeczną, są podobne.

W badaniu uczestniczyli eksperci, przedstawiciele środowisk edukacyjnych, organizacji branżowych, pracodawców i kadry zarządzającej wszystkich typów podmiotów reprezentujących branżę, pracownicy zajmujący kluczowe stanowiska oraz pracownicy odpowiedzialni za procesy rozwojowe i rekrutacyjne. Ważnym partnerem, a jednocześnie odbiorcą badania, jest Sektorowa Rada ds. Kompetencji, której przedstawiciele także uczestniczyli w jego realizacji.

1. Główne wnioski

Branża opieki zdrowotnej i pomocy społecznej to dwa sektory odpowiadające za dostarczanie mieszkańcom Polski **usług zdrowotnych oraz różnego rodzaju usług społecznych**. W obu sektorach z punktu widzenia potrzeb pacjenta/osoby wspieranej najważniejsza jest dostępność oraz jakość usług społecznych i zdrowotnych.

1.1. Trendy oddziałujące na branżę i wyzwania

Wpływ trendów społecznych na sektor usług publicznych

W raporcie skupiono się na wpływie czterech szerszych trendów społecznych na sektor usług publicznych. Starzenie się populacji prowadzi do wzrostu liczby osób z ograniczeniami, które wymagają szczególnego wsparcia. Wzrasta również liczba osób w kryzysach psychicznych, które potrzebują fachowego wsparcia. Zwiększająca się liczba migrantów stanowi kolejne wyzwanie dla sektora, gdyż wymagają oni elastyczności i dostosowywania do ich potrzeb oferowanych usług. Ponadto zmienna sytuacja gospodarcza ma bezpośredni wpływ na kondycję finansową sektora usług publicznych.

Odpowiednia reakcja na wymienione trendy jest uzależniona od kilku kluczowych czynników:

- regulacji i reform systemowych, stanowiących ramy, w których branża funkcjonuje i które mogą pomóc w adaptacji do nowych wyzwań; dostępności wykwalifikowanej, zmotywowanej i gotowej na zmiany kadry, która jest kluczowa dla realizacji celów i zadań sektora;
- stabilnych źródeł finansowania stanowiących podstawę dla długoterminowego planowania i rozwoju;
- rozwiniętych środowisk lokalnych, które mogą tworzyć warunki do efektywnego współdziałania.

Wyzwania dla branży oraz dla każdego z sektorów

Zarówno dla sektora pomocy społecznej, jak i ochrony zdrowia, kluczowe jest rozwijanie wsparcia środowiskowego i deinstytucjonalizacji usług, w tym m.in. współpracy między instytucjami, specjalistami i przedstawicielami społeczności lokalnych. Szczególne znaczenie powinna mieć koordynacja lokalnych zasobów wsparcia zarówno tych formalnych, jak i nieformalnych. Coraz ważniejsza staje się również rola nowych technologii cyfrowych w udzielaniu wsparcia.

Pomoc społeczna i opieka zdrowotna mają jednak swoją specyfikę i wymagają innych podejść. W sektorze pomocy społecznej niezbędne jest wprowadzenie nowych metod pracy z różnymi grupami, które wymagają indywidualnego wsparcia. Kluczowa jest tutaj także definicja nowych ról zawodowych. W przypadku sektora opieki zdrowotnej konieczne jest zwiększenie roli profilaktyki i edukacji zdrowotnej. Istotna jest również reorganizacja modelu świadczenia usług w celu poprawy efektywności (koordynacja opieki, wzmocnienie opieki ambulatoryjnej, odejście od nadmiernej hospitalizacji).

Warto zwrócić uwagę na różnice w percepcji potrzeby zmian. Potrzebę zmian w perspektywie długoterminowej dla obu sektorów w większym stopniu dostrzegają eksperci biorący udział w badaniu jakościowym niż pracodawcy objęci badaniem ilościowym, co prawdopodobnie wiąże się z koncentracją tych ostatnich na bieżącej działalności.

1.2. Scenariusze rozwoju

W badaniu opracowano cztery scenariusze rozwoju dla branży: dwa dla stabilnej sytuacji społeczno-gospodarczej i dwa dla sytuacji kryzysowej. Eksperci w wersji pesymistycznej jako bardziej prawdopodobne warianty przyszłości wybrali dwa scenariusze – straconej szansy oraz niewydolności systemu:

- mimo sprzyjających warunków zewnętrznych, w pierwszym scenariuszu – **straconej szansy** – dochodzi do stagnacji w branży. Wdrażane zmiany są jedynie częściowe, co prowadzi do terytorialnego zróżnicowania jakości i dostępności usług, przy czym gorsza sytuacja jest na terenach wiejskich. Mieszkańcy mogą jednak otrzymać pomoc w pilnych sytuacjach pomimo kolejek;
- w drugim scenariuszu – **niewydolności systemu** – w bardzo niekorzystnych warunkach dochodzi do zapaści systemu. W czasach szczególnego kryzysu (na przykład w przypadku

dużej liczby uchodźców) system staje się przeciążony i niewydolny w niektórych obszarach, np. konkretnych usług, lokalizacji czy podmiotów. Nawet w bardziej stabilnych okresach występują długie kolejki w całym systemie. Mimo że formalnie zakres usług w sektorze publicznym się nie zmienia, istnieją wyraźne różnice w funkcjonowaniu różnych obszarów – niektóre działają lepiej, inne jedynie w minimalnym zakresie. W wyniku tego pogarsza się sytuacja zdrowotna i jakość życia mieszkańców;

- zdaniem ekspertów mniej prawdopodobne są scenariusze o charakterze optymistycznym. W scenariuszu **Stabilny rozwój**, przy sprzyjających warunkach zewnętrznych przeprowadzone zostaną kluczowe reformy, co pozwoli poprawić jakość i dostępność usług w systemie publicznym. Z kolei scenariusz **Adaptacji do trudnych czasów** zakłada dostosowanie branży do niekorzystnych realiów społeczno-gospodarczych. Następuje przemyślane ograniczenie koszyka usług w systemie publicznym. Równocześnie wprowadzane są zmiany, które poprawiają dostępność i jakość usług pozostających w systemie publicznym. Branża rozwija także zdolność do zarządzania kryzysowego. Podstawowym warunkiem uniknięcia realizacji negatywnych scenariuszy jest wypracowanie zgodnego stanowiska, wspólnej wizji zmian, na którą zgodzi się większość interesariuszy oraz środowisk politycznych, a następnie ich konsekwentne wdrożenie w całym systemie.

1.3. Aktualna sytuacja kadrowa w branży

W sektorze pomocy społecznej obserwuje się trudną sytuację kadrową. W 2021 roku odnotowano spadek zatrudnienia o około 4% w porównaniu z rokiem poprzednim¹. Główną przyczyną tego spadku jest ograniczony napływ nowych pracowników do systemu, co wiąże się z niewielką liczbą kandydatów zainteresowanych pracą w tym sektorze. Eksperti biorący udział w badaniach jakościowych jako główne czynniki przyczyniające się do tej sytuacji wskazują na negatywny wizerunek pomocy społecznej i jej pracowników oraz mało atrakcyjne warunki pracy, zwłaszcza w kontekście wynagrodzenia. W celu przeciwdziałania negatywnym tendencjom kadrowym w sektorze konieczne jest podjęcie działań mających na celu zmianę wizerunku oraz poprawę warunków pracy.

Pracownicy sektora pomocy społecznej wykazują stosunkowo wysokie zadowolenie z pracy. Duża część ankietowanych (51%) jest raczej zadowolona, a 46% zdecydowanie jest

¹ Sprawozdanie MRIPS-06 za 2021 r.

zadowolonych z wykonywanej pracy. Pozytywna ocena dotyczy różnych aspektów pracy takich jak: poczucie sensu wykonywanych obowiązków, możliwość wykonywania pracy, którą się lubi, kompetencje współpracowników, dobra atmosfera w miejscu pracy oraz wykorzystanie posiadanych umiejętności. Niemniej, istnieją również pewne wyzwania dla pracowników. Zadowolenie związane z wynagrodzeniem jest stosunkowo niższe w porównaniu z innymi aspektami (77%), podobnie sytuacja wystąpiła w przypadku możliwości awansu (79%). Około 40% pracowników sektora wskazuje na zbyt duże obciążenie pracą, które zakłóca równowagę między życiem zawodowym a prywatnym oraz negatywnie wpływa na ich zdrowie.

W celu zapobiegania wypaleniu zawodowemu pracowników sektora pomocy społecznej istnieje potrzeba udzielania im wsparcia. Ekspertki zwracają uwagę na konieczność rozszerzenia superwizji, rozwinięcia systemów mentoringowych oraz wspieranie działań skierowanych na budowanie platform wymiany doświadczeń między pracownikami. Ważne jest także uporządkowanie katalogu ról zawodowych, wprowadzenie ścieżek rozwoju zawodowego dla pracowników pomocy społecznej oraz opracowanie planów rozwojowych. Niezbędne jest również podjęcie działań mających na celu zmniejszenie obciążenia pracą, które zakłóca równowagę między życiem zawodowym a prywatnym, oraz uwzględnienie zdrowia i dobrostanu pracowników jako istotnych aspektów zarządzania kadrą w sektorze pomocy społecznej.

W sektorze opieki zdrowotnej występuje trudna sytuacja kadrowa, przede wszystkim brakuje podstawowej kadry medycznej, takiej jak lekarze i pielęgniarki. Polska znajduje się wśród krajów UE o najniższych wskaźnikach liczby lekarzy i pielęgniarek przypadających na 1 tysiąc mieszkańców. Jedną z odpowiedzi na ten problem jest szersze zaangażowanie zagranicznych pracowników medycznych. Istotnym rozwiązaniem ułatwiającym adaptację cudzoziemców jest możliwość okresowej pracy pod nadzorem. Jednakże przeciążenie i braki kadrowe w niektórych placówkach mogą utrudnić zapewnienie odpowiednich „opiekunów” dla nowoprzybytych pracowników z zagranicy.

Aby poradzić sobie z niedoborem wykwalifikowanej kadry medycznej, konieczne jest także przeprowadzenie reorganizacji modelu pracy w sektorze opieki zdrowotnej. Jednym z rozwiązań jest przekazanie wybranych zadań medycznych i administracyjnych innym pracownikom, aby odciążyć lekarzy i pielęgniarki. Ponadto konieczna jest reorganizacja całego systemu w kierunku profilaktyki, wczesnego diagnozowania i leczenia chorób, co pochłania

mniejsze zasoby, w tym także siłę roboczą. Istotne jest wzmocnienie opieki na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) poprzez rozszerzenie zespołu o różne zawody takie jak dietetyk, edukator zdrowotny, fizjoterapeuta i asystent osoby starszej.

Badanie ilościowe przeprowadzone wśród pracodawców sektora opieki zdrowotnej wykazało, że pracodawcy nie przewidują zmian w poziomie zatrudnienia. Istnieją jednak różnice między typami placówek – szpitale przewidują większy wzrost zatrudnienia niż podstawowa opieka zdrowotna (POZ) i ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS). Eksperti wiążą to z relatywnie lepszą kondycją finansową szpitali. W celu poprawy sytuacji kadrowej w branży niezbędne jest zwiększenie zasobów finansowych dostępnych dla podmiotów leczniczych, zwłaszcza poprzez zwiększenie kontraktów i wyceny świadczeń (przede wszystkim w ramach opieki ambulatoryjnej).

Pracownicy sektora opieki zdrowotnej wykazują duże zadowolenie z warunków pracy. Ogólnie są oni zadowoleni z wykonywanej pracy, a także z różnych jej aspektów takich jak: wynagrodzenie, relacje z przełożonymi i współpracownikami, możliwości awansu oraz możliwość harmonizacji pracy z życiem prywatnym. Niektórzy pracownicy jednakże zgłaszają trudności z godzeniem pracy z życiem rodzinnym i towarzyskim, a także z obowiązkami domowymi. Niektórzy uważają również, że praca ma negatywny wpływ na ich zdrowie.

1.4. Kompetencje kadr sektora

Umiejętność indywidualnej pracy z klientem oraz ze środowiskiem lokalnym jest **kluczową kompetencją w sektorze pomocy społecznej**. Pracownicy muszą być w stanie nawiązywać właściwe relacje z klientami oraz dostosowywać swoje działania do konkretnych potrzeb i lokalnych uwarunkowań. W efektywnym świadczeniu pomocy społecznej niezwykle istotne jest posiadanie kompetencji społecznych takich jak: empatia, komunikacja interpersonalna i umiejętność budowania relacji. Niezbędne są także umiejętności efektywnego zarządzania zasobami, czasem i finansami.

W sektorze pomocy społecznej obserwuje się rosnące znaczenie pewnych kompetencji. Pracownicy muszą być motywowani do ciągłego rozwoju i podnoszenia swoich kompetencji, aby sprostać rosnącym wyzwaniom i potrzebom klientów. Kompetencje bezpośrednio pracy z klientem takie jak umiejętność słuchania, prowadzenia wywiadu, diagnozowania i planowania interwencji są bardzo ważne do skutecznego wsparcia i pomocy. Należy

podkreślić, iż umiejętność pracy ze społecznościami lokalnymi staje się coraz bardziej istotna, ponieważ wiele problemów społecznych wymaga interwencji na poziomie społeczności. Dodatkowo, umiejętności zarządcze takie jak zarządzanie zespołem, planowanie i monitorowanie działań są kluczowe dla efektywnego funkcjonowania placówek i programów pomocy społecznej.

W kontekście przyszłości sektora pomocy społecznej wskazuje się na pewne kompetencje, które nabierają coraz większego znaczenia. Elastyczność w reagowaniu na zmiany i bieżące zapotrzebowanie społeczne jest kluczowym aspektem, ponieważ sektor musi dostosowywać się do nowych wyzwań i potrzeb społecznych. Wiedza z zakresu rozwoju biologicznego i psychicznego człowieka, zwłaszcza w kontekście starzenia się, jest istotna ze względu na rosnącą populację osób starszych i tym samym potrzeb związanych z opieką nad nimi. Warto również podkreślić, że wiedza z zakresu seksualności człowieka w kontekście potrzeb seksualnych i problemów związanych z ich zaspokajaniem staje się coraz ważniejsza, aby pracownicy byli w stanie odpowiednio radzić sobie z tymi kwestiami. Kompetencje IT są również kluczowe w obecnej erze cyfrowej, umożliwiając skuteczne zarządzanie danymi i wykorzystanie technologii do poprawy efektywności usług.

Rozwój kompetencji w sektorze pomocy społecznej jest procesem ciągłym, obejmującym różne etapy. Pierwszym etapem jest system przygotowania do zawodu, w którym pracownicy zdobywają podstawowe kompetencje i wiedzę. Następnie, w trakcie wykonywanej pracy, pracownicy kontynuują rozwijanie swoich kompetencji poprzez doksztalcanie się, szkolenia i udział w programach rozwoju zawodowego. W tym procesie ważne jest również zdobywanie kompetencji w działaniu takich jak umiejętność efektywnej współpracy z innymi pracownikami i instytucjami. Istotne jest również usprawnienie systemu praktyk i staży, aby zapewnić praktyczne doświadczenie i możliwość zdobywania kompetencji w rzeczywistym środowisku pracy. Ponadto, tworzenie ścieżek specjalizacyjnych, dostosowanych do różnych profili klientów pomocy społecznej, oraz rozwijanie nowych kompetencji zarządczych, są ważnymi krokami w poprawie jakości kształcenia i efektywności sektora pomocy społecznej.

Kompetencje kluczowe w sektorze opieki zdrowotnej obejmują umiejętności niezbędne do utrzymania wysokiej jakości pracy. Wyróżnia się kompetencje związane z ciągłą aktualizacją wiedzy i rozwijaniem merytorycznych umiejętności związanych z wykonywaniem obowiązków, skuteczną współpracą z pacjentem, pracą w interdyscyplinarnych zespołach

oraz umiejętnościami cyfrowymi. Te kompetencje są istotne dla pożądanego kształtu systemu opieki zdrowotnej, dlatego można je określić jako kompetencje o rosnącym znaczeniu.

Kompetencje miękkie, takie jak umiejętność współpracy z pacjentem i pracą w zespołach interdyscyplinarnych, są coraz bardziej uwzględniane w programach studiów. Wyzwaniem jest jednak praktyczne wykorzystanie tych kompetencji w miejscu pracy. Kultura pracy w niektórych podmiotach leczniczych często nie sprzyja ich efektywnemu wykorzystaniu.

Rozwijanie kompetencji cyfrowych wśród kadr medycznych, ogranicza brak regulacji związanych ze standaryzacją usług cyfrowych. Hamuje to rozwój tych usług oraz adekwatnych do nich form kształcenia.

Pomimo ustawowego obowiązku, zdaniem ekspertów, wielu pracowników systemu ochrony zdrowia nie rozwija swoich kompetencji merytorycznych w wystarczającym stopniu. Systemowym rozwiązaniem dla tego problemu byłoby wprowadzenie takich zmian jak standaryzacja procedur i płatność za wyniki/efekty leczenia. Silna presja na doskonalenie zawodowe pojawiłaby się wtedy na poziomie samych podmiotów leczniczych.

1.5. Ocena i rozwój pracowników

Ocena kompetencji pracowników

Pracodawcy w sektorze pomocy społecznej i opieki zdrowotnej wysoko oceniają umiejętności swoich pracowników. Ponad połowa pracodawców jednakże nie przeprowadza systematycznej oceny pracowników, a ponad 60% nie wie, jakie umiejętności są potrzebne ich zespołom. Eksperci zalecają uzupełnienie programów kształcenia o praktyczne umiejętności i kompetencje miękkie, aby przyciągnąć nowych pracowników, szczególnie w sektorze pomocy społecznej, oraz zapobiegać wypaleniu zawodowemu.

Formy uczenia się pracowników

Pracownicy sektora uczestniczą głównie w obowiązkowych formach kształcenia. W zakresie kształcenia pozaformalnego najczęściej korzystają oni ze szkoleń BHP i Ppoż, niemniej 42% pracowników nie uczestniczyło w żadnej formie kształcenia pozaformalnego w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W miejscu pracy około połowa pracowników korzysta z różnych form kształcenia nieformalnego takich jak instruktaże, obserwacja pracy innych pracowników

czy wykonywanie zadań przy wsparciu przełożonych lub współpracowników. Podobne wyniki dotyczą form kształcenia nieformalnego poza miejscem pracy. Samodzielne uczenie się z książek, czasopism i materiałów drukowanych wykorzystuje nieco ponad połowa respondentów z obu sektorów. Średnio podmioty oferują nieco ponad 3 formy kształcenia dla swoich pracowników². Średnia ta jest nieco wyższa w przypadku sektora opieki zdrowotnej (~3,3 aktywności) niż w sektorze pomocy społecznej (~2,9 aktywności). Pomimo dostępności form rozwoju pracownicy korzystają z nich relatywnie rzadko.

² Mediana dla form kształcenia dla firm wynosi 2.

2. Informacje o badaniu

2.1. Cele badawcze

W II edycji badania koncentrowano się na zwiększeniu wiedzy o potrzebach kompetencyjno-zawodowych w sektorze opieki zdrowotnej i pomocy społecznej poprzez weryfikację i aktualizację danych pozyskanych w I etapie badania (w tym także tych dotyczących kluczowych stanowisk). Podjęte zostały takie działania jak:

- weryfikacja i aktualizacja kompetencji, których znaczenie będzie rosło/malało w ramach wskazanych kluczowych stanowisk (w tym identyfikacja tzw. „*hot skills*” – kompetencji, których znaczenie szybko rośnie obecnie lub wkrótce będzie rosło);
- weryfikacja i aktualizacja wyzwań, przed jakimi stoi sektor (ze szczególnym uwzględnieniem zmian społecznych, gospodarczych, prawnych, wpływu sytuacji geopolitycznej) i ocena ich wpływu na rozwój kadr w sektorze;
- weryfikacja i aktualizacja kierunków i scenariuszy rozwoju sektora w perspektywie 3 lat z określeniem konsekwencji ich zaistnienia;
- weryfikacja kompetencji pracowników na kluczowych stanowiskach;
- aktualizacja informacji na temat podnoszenia kompetencji kadr w toku edukacji formalnej, pozaformalnej i nieformalnej (aktywność pracodawców, instytucji otoczenia biznesu – w tym instytucji reprezentujących sektor, aktywność własna pracowników).

2.2. Wykorzystane metody badawcze i etapy badania

Badanie jakościowe

W badaniu wykorzystano różnorodne metody badań jakościowych, co obrazuje poniższa tabela.

Tabela 1. Zestawienie metod badań jakościowych

Metoda badawcza	Liczba respondentów	Typ respondentów
Wywiady indywidualne (IDI)	20	Przedstawiciele pracodawców i/lub organizacji branżowych, eksperci branżowi, przedstawiciele uczelni wyższych lub podmiotów prowadzących edukację kadr, podmiotów prowadzących kursy i szkolenia.
3 panele eksperckie	26	Przedstawiciele pracodawców i/lub organizacji branżowych, eksperci branżowi.
3 panele podsumowujące	27	Członkowie Sektorowej Rady ds. Kompetencji, przedstawiciele pracodawców i/lub organizacji branżowych, eksperci branżowi.
Badanie delfickie	41	Przedstawiciele pracodawców i/lub organizacji branżowych, eksperci branżowi.
4 warsztaty grupowe dotyczące scenariuszy rozwoju i rekomendacji z badania	20	Przedstawiciele pracodawców i/lub organizacji branżowych, eksperci branżowi.
Krótkie wywiady indywidualne z pracownikami	370	Pracownicy sektora pomocy społecznej i opieki zdrowotnej.

Źródło: Opracowanie własne. Badania jakościowe przeprowadzono w terminie od 1 lipca do 15 listopada 2022. r.

Badania ilościowe

Badanie ilościowe w II edycji (badanie zrealizowano w terminie 16.01–17.02.2023 r.) zostało przeprowadzone metodą CAPI (zestandaryzowane wywiady bezpośrednie z użyciem laptopa).

- W badaniu uczestniczyli pracodawcy i pracownicy sektora zdefiniowanego poprzez następujące kody PKD: Dział 86 – opieka zdrowotna; Dział 87 – pomoc społeczna z zakwaterowaniem; Dział 88 – pomoc społeczna bez zakwaterowania.
- Operat pracodawców stanowiła baza firm BISNODE.

- W przypadku pracodawców zastosowany został sposób losowania warstwowo-nieproporcjonalny, tj. taki, w którym można założyć nadreprezentację elementów o określonych cechach. W przypadku tego sektora zastosowano nadreprezentację największych firm. Jako warstwy traktowano w tym przypadku następujące parametry: dział PKD, makroregion statystyczny oraz wielkość firmy.
- W grupie pracodawców wywiady były realizowane z osobami dysponującymi najbardziej obszerną wiedzą na temat polityki personalnej firmy, w tym w szczególności działań rekrutacyjnych, oceny kompetencji pracowników oraz luk kompetencyjnych występujących obecnie oraz przewidywanych w przyszłości. Łącznie przeprowadzono 802 wywiady.

W grupie pracowników wywiady były realizowane z osobami zatrudnionymi na jednym z 21 kluczowych stanowisk w następującym podziale – 13 stanowisk w opiece zdrowotnej oraz 8 stanowisk w pomocy społecznej. Stanowiska zostały zdefiniowane na podstawie wyników badania jakościowego w I edycji³ oraz ustaleń z zamawiającym. Łącznie przeprowadzono 1078 wywiadów.

W przypadku badania pracowników zdecydowano się na zastosowanie tzw. reprezentatywności typologicznej. Oznacza to, że każdy typ pracownika/kluczowe stanowisko (zgodny z profilami kompetencyjnymi) jest w próbie reprezentowany na minimalnej próbie 30 zrealizowanych wywiadów – wyjątkiem jest superwizor, w całej Polsce jest ich tylko 65 oraz diagnosta laboratoryjny.

W badaniu **pracowników** ze względu na zastosowany dobór respondentów zakładano, że w jednej placówce zostanie zrealizowanych od zera do trzech wywiadów z pracownikami (w zależności od występowania tych stanowisk w badanych firmach). Ze względu na brak znajomości struktury operatu dla pracowników branży nie jest możliwe wnioskowanie o populacji generalnej pracowników, a jedynie o grupie objętej badaniem.

³ W II edycji dokonano weryfikacji ustaleń z I edycji, w wyniku czego dodano nowe stanowisko: Diagnosta laboratoryjny.

3. Stan obecny i przyszłość branży

3.1. Branża opieki zdrowotnej i pomocy społecznej – podstawowe informacje

Branża opieki zdrowotnej i pomocy społecznej to dwa sektory odpowiadające za dostarczanie mieszkańcom usług zdrowotnych oraz różnego rodzaju usług społecznych (np. dla osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, rodzin w kryzysie)⁴.

Oba sektory w zasadniczej części mają charakter publiczny: finansowane są z podatków i obowiązkowych składek ubezpieczeniowych oraz zarządzane są przez instytucje publiczne. W opiece zdrowotnej kluczowa rola w tym zakresie przypada instytucjom centralnym tj. Ministerstwu Zdrowia oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia⁵. System pomocy społecznej jest dużo bardziej zdecentralizowany. Obok Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, za kształt polityki społecznej odpowiadają także samorządy lokalne na poziomie województw, powiatów i gmin.

Podmioty lecznicze, które bezpośrednio udzielają świadczeń zdrowotnych, można podzielić na trzy główne segmenty. Są to:

- Podstawowa opieka zdrowotna (POZ);
- Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS);
- Opieka szpitalna.

Według danych GUS w 2021 r. w Polsce było 899 szpitali ogólnych. Natomiast w opiece ambulatoryjnej (POZ i AOS łącznie) funkcjonowało 21, 9 tys. przychodni oraz 3,8 tys. praktyk lekarskich świadczących usługi w ramach środków publicznych⁶.

⁴ Należy dodać, że istotną częścią zadań pomocy społecznej jest także pomoc materialna, przede wszystkim w postaci świadczeń pieniężnych. Jednak w tym raporcie, zastanawiając się nad kierunkami zmian i potrzebami kadrowymi sektora, skoncentrowano się przede wszystkim na jego części usługowej.

⁵ NFZ dysponuje środkami z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i jest jedynym nabywcą świadczeń w ramach tego systemu.

⁶ <https://bdl.stat.gov.pl/>.

System pomocy społecznej funkcjonuje poprzez następujące jednostki organizacyjne⁷ (dane za 2023 r.):

- regionalne ośrodki polityki społecznej (16 jednostek);
- powiatowe centra pomocy rodzinie (ok. 380 jednostek);
- ośrodki pomocy społecznej (po jednym ośrodku w każdej gminie, 2,5 tys. jednostek);
- centra usług społecznych (w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U. poz. 1818) (ok. 50 jednostek);
- domy pomocy społecznej (827 jednostek);
- placówki specjalistycznego poradnictwa (ok. 290 jednostek);
- ośrodki wsparcia (ok. 2470 jednostek);
- ośrodki interwencji kryzysowej (ok. 170 jednostek).

W obu sektorach realizatorami usług publicznych często są podmioty prywatne i organizacje pozarządowe⁸ (finansowania usług nie należy łączyć ze strukturą własnościową podmiotów działających w branży).

Równocześnie trzeba odnotować, że obok sektora publicznego, rozwija się rynek usług prywatnych opłacanych z prywatnych środków (w tym z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych). Jest to odpowiedź na problemy z dostępnością usług publicznych. W opiece zdrowotnej dotyczy to zwłaszcza świadczeń z zakresu specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, w pomocy społecznej – usług opiekuńczych (np. dla osób starszych).

W 2020 r. łączne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce wyniosły wg OECD 6,5% PKB (w tym 4,7% to wydatki publiczne, 1,8% prywatne)⁹. Wzrosły one nieco w porównaniu z poprzednim

⁷ Na podstawie: <https://www.gov.pl/web/rodzina/instytucje-pomocy-spoecznej> (dostęp 13.05.2023) oraz <https://cusy.pl/baza-cus/> (dostęp: 26.05.2023).

⁸ W opiece zdrowotnej większe znaczenie mają podmioty prywatne, a w pomocy społecznej organizacje pozarządowe.

⁹ OECD, European Union, *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.

rokiem¹⁰, jednak nadal pozostają na jednym z najniższych poziomów w UE. Podobnie wygląda kwestia wydatków przypadających na jednego mieszkańca¹¹.

W ramach pomocy społecznej organizowanej i świadczonej przez jednostki samorządu terytorialnego (zadania własne i zlecone), a także realizowanej przez powiatowe centra pomocy rodzinie (zadania własne oraz z zakresu administracji rządowej) na środowiskową pomoc społeczną (świadczenia pieniężne i niepieniężne) wydano w 2021 roku łącznie 3,5 mld zł, co stanowi ok. 0,13% PKB (o 58,0 mln zł mniej niż w 2020 r.)¹². Poziom tych wydatków w Polsce w przeliczeniu na jednego mieszkańca jest jednym z najniższych w UE.

W Polsce w 2020 r. na 1 tysięcy mieszkańców przypadało 3,3 lekarza oraz 5,1 pielęgniarki¹³. Są to jedne z niższych wartości w UE¹⁴. Dodatkowym problemem są różnice regionalne w dostępności pracowników medycznych, ich brak jest szczególnie dotkliwy na obszarach wiejskich. Martwić może również struktura wiekowa kadr medycznych, na przykład ponad połowa pielęgniarek i położnych przekroczyła już wiek 50 lat¹⁵.

W przypadku pomocy społecznej zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593, z późn. zm.) liczba pracowników socjalnych musi być proporcjonalna albo do liczby ludności gminy – w stosunku jeden na 2 tys. mieszkańców – albo do liczby rodzin objętych wsparciem – jeden pracownik nie może mieć ich więcej niż 50. Jednocześnie zgodnie z art. 110 ustawy ust 12 w ośrodku pomocy społecznej ma być zatrudnionych nie mniej niż trzech pracowników socjalnych w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dodatkowo kierownik.

¹⁰ W 2019 łączne wydatki na ochronę zdrowia w Polsce wynosiły 6,2 % PKB. Za wyższy poziom wydatków w 2020 r. odpowiadał przede wszystkim wzrost wydatków publicznych o 0,4 % (z poziomu 4,3% PKB w 2019 r). OECD, European Union, *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.

¹¹ *Ibidem*. Średni poziom wszystkich wydatków na zdrowie w krajach UE wynosi 10,9 % PKB, w tym wydatków publicznych 8,9%, przy czym w Polsce i Łotwie poziom wydatków publicznych jest najniższy. W Polsce w przeliczeniu na osobę wydatki na ochronę zdrowia wynoszą 1591 euro, przy średniej europejskiej 3159 euro i czołówce krajów europejskich wydającej około 4000 euro na osobę.

¹² GUS, *Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2021 r.*, Warszawa 2022, s. 16.

¹³ *Ibidem*. OECD, European Union, *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*.

¹⁴ Szacunki krajowe są nieco wyższe, jest to 3,4 lekarza i 6,2 pielęgniarki na 1 tys. mieszkańców. Nie zmienia to zasadności wniosku o niskiej dostępności kadry medycznej na tle innych krajów UE. Ministerstwo Zdrowia, *Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 do 31 grudnia 2026*, Warszawa 2021.

¹⁵ OECD, European Union, European Observatory on Health Systems and Policies (2021) *State of Health in the EU. Poland. Country Health Profile 2021*.

W sektorze pomocy społecznej w 2021 r. zatrudnionych było 132 910 osób w porównaniu do 138 066 osób w 2020 r. Zatem w ciągu roku nastąpił spadek zatrudnienia o ok. 4%. Najwięcej pracowników zatrudniały ośrodki pomocy społecznej oraz domy pomocy społecznej, gdzie spadek zatrudnienia był największy¹⁶.

Warto zaznaczyć, że logiki działania obu sektorów różnią się od siebie. Działania systemu ochrony zdrowia zawsze miały bardziej powszechny charakter (skierowane są do wszystkich mieszkańców). W pomocy społecznej natomiast przez długi okres funkcjonowała logika wybiórcza (wsparcie udzielane było osobom znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej, zwykle związanej niskim dochodem). Wraz z rozwojem usług społecznych system ewoluuje ku logice powszechnego dostępu, zakładającej, że każdy mieszkaniec na różnych etapach życia potrzebuje pewnych usług społecznych.

Można jednak wyróżnić obszary – miejsca styku obu systemów, gdzie koordynacja ich działań ma kluczowe znaczenie dla dobrostanu pacjentów/osób wspieranych. Dotyczy to zwłaszcza różnych form opieki długoterminowej dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na stan zdrowia czy niepełnoprawność. Ważnymi polami wspólnego działania jest także profilaktyka zdrowotna oraz wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi czy w kryzysach psychicznych.

3.2. Trendy oddziałujące na branżę

W obu sektorach z punktu widzenia potrzeb pacjenta/osoby wspieranej kluczowa jest dostępność usług społecznych i zdrowotnych (w rozumieniu intensywności i skali dostarczania) oraz ich jakość. Z tego powodu dalsza analiza w tym rozdziale koncentruje się na tych dwóch aspektach, które wyznaczają sprawność działań obu sektorów. Największy wpływ na dostępność oraz jakość usług społecznych i zdrowotnych mają **długookresowe trendy społeczne, gospodarcze, demograficzne** o zewnętrznym charakterze. Zadaniem obu sektorów jest dostosowanie się do konsekwencji, jakie te trendy ze sobą niosą. Działania

¹⁶ Spadek zatrudnienia obok ośrodków pomocy społecznej i domów pomocy społecznej dotyczył także powiatowych centrów pomocy rodzinie, regionalnych ośrodków pomocy społecznej i placówek specjalistycznego poradnictwa. Wzrost zatrudnienia został zanotowany w ośrodkach wsparcia i ośrodkach interwencji kryzysowej. Sprawozdanie MRiPS-06 za 2021 r. dostępne na <https://www.gov.pl/web/rodzina/statystyka-za-2021> (dostęp 18.03.2023).

podejmowane w ramach obu sektorów mogą pomóc w dostosowywaniu się do nowej sytuacji wywołanej trendami, a nawet do pewnego stopnia je kształtować, jak ma to miejsce w przypadku wpływu opieki zdrowotnej na śmiertelność z powodu określonych chorób czy na dalsze oczekiwanie trwania życia. Punktem wyjścia do analiz w tej części raportu jest syntetyczny opis obecnej sytuacji w obu sektorach pod kątem dostępności i jakości usług.

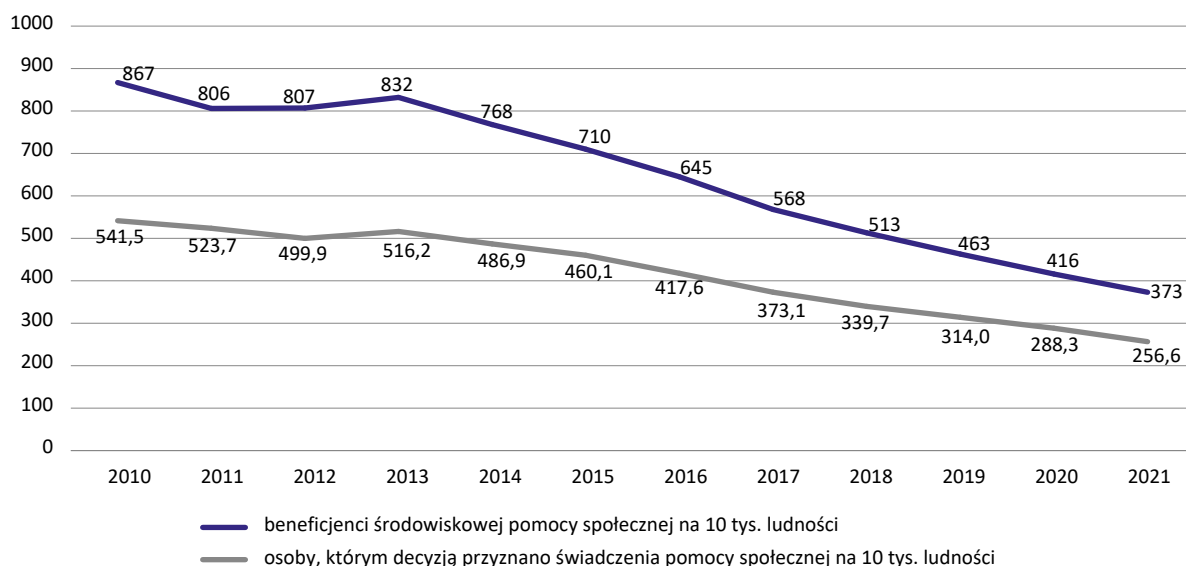
3.2.1. Dostępność i jakość usług społecznych i zdrowotnych

Analizując stan obecny i zasięg korzystania ze wsparcia, należy wskazać, że w przypadku sektora pomocy społecznej od 2010 r. spada liczba osób i rodzin objętych pomocą społeczną. Obrazuje to wykres 1, na którym przedstawiono liczbę osób, którym decyzją administracyjną przyznano świadczenia z pomocy społecznej na 10 tys. ludności¹⁷ oraz liczbę środowiskowej pomocy społecznej na 10 tys. ludności¹⁸.

¹⁷ Świadczenia mają charakter zarówno pieniężny, jak i niepieniężny. **Do świadczeń pieniężnych zalicza się:** zasiłek stały, zasiłek okresowy, zasiłek celowy i specjalny zasiłek celowy, zasiłek i pożyczka na ekonomiczne usamodzielnienie, pomoc na usamodzielnianie oraz na kontynuowanie nauki, świadczenie pieniężne na utrzymanie i pokrycie wydatków związanych z nauką języka polskiego dla cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, wynagrodzenie należne opiekunowi z tytułu sprawowania opieki przyznane przez sąd.

Do świadczeń niepieniężnych zalicza się: pracę socjalną, bilet kredytowy, składki na ubezpieczenie zdrowotne, składki na ubezpieczenie społeczne, pomoc rzeczowa, w tym na ekonomiczne usamodzielnienie, sprawienie pogrzebu, poradnictwo specjalistyczne, interwencję kryzysową, schronienie, posiłek, niezbędne ubranie, usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy, specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia, mieszkania chronione, pobyt w domu pomocy społecznej.

¹⁸ Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej to wszyscy członkowie gospodarstw domowych (nie tylko tych, którym przyznano świadczenia poprzez decyzję administracyjną), które w roku badania otrzymały przynajmniej raz jakąkolwiek pomoc świadczoną przez ośrodki pomocy społecznej oraz osoby bezdomne korzystające z pomocy gminy. Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej to szersza kategoria, która obejmuje nie tylko wnioskującego, ale i jego rodzinę (jeśli korzysta z udzielonej pomocy). Co więcej, nie każda pomoc ośrodka pomocy społecznej jest przyznawana decyzją.

Wykres 1. Zasięg korzystania z pomocy społecznej w Polsce w latach 2010–2021

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, Bank Danych Lokalnych.

Na wykresie 1 widać, że skala spadku jest bardzo wyraźna. Wynika ona głównie z faktu, że wraz z relatywnie poprawiającą się sytuacją materialną ludności, część osób otrzymujących wsparcie w ramach systemu pomocy społecznej przekracza wyznaczony próg dochodowy (który zmienia się w stosunkowo niewielkim stopniu) i traci tym samym uprawnienia do świadczeń uzależnionych od dochodu. Dynamika korzystania z różnego typu świadczeń zarówno o charakterze niepieniężnym, jak i pieniężnym jest zróżnicowana, jednak skala korzystania ze świadczeń ogółem zarówno pieniężnych, jak i niepieniężnych ulega zmniejszeniu¹⁹.

W przypadku opieki zdrowotnej dane wskazują na duże trudności systemu w zapewnieniu odpowiedniej dostępności usług. Jest to szczególnie widoczne w zakresie świadczeń specjalistycznych, na które trzeba długo czekać. W 2019 r. średni czas oczekiwania na świadczenia specjalistyczne (konsultacje, diagnostykę, leczenie) wyniósł 3,8 miesiąca,

¹⁹ Dane te obrazują jedynie skalę korzystania z pomocy społecznej, która może być kształtowana przez różne czynniki takie jak np. dostępność usług świadczonych w ramach systemu pomocy społecznej, ale także znajomość zakresu wsparcia przez potencjalnych odbiorców czy chęć skorzystania z niej. Na motywację do korzystania ze wsparcia pomocy społecznej wpływa także wizerunek pomocy społecznej i towarzysząca mu stygmatyzująca ocena społeczna osób korzystających z pomocy społecznej.

przy czym najdłuższe kolejki były do endokrynologów i ortopedów (około 11 miesięcy)²⁰. Trudności te wynikają przede wszystkim z ograniczeń finansowych NFZ, który nie ma środków na odpowiednie zwiększenie kontraktów na świadczenia²¹ oraz z braku kadr, szczególnie na obszarach wiejskich i w wybranych regionach kraju²². W anegdotyczny sposób potwierdził to jeden z uczestników wywiadów pogłębionych, lekarz prowadzący POZ na terenie wiejskim, w województwie lubelskim. Właśnie brak chętnych lekarzy do pracy był dla niego największym zmartwieniem:

„*Myśmy zostali, ze współnikiem, mamy dwie przychodnie i zostaliśmy we dwóch sami jako lekarze (...) Jak byłem na urlopie, to jedna przychodnia jest zamykana. Bo nikt nie da rady pracować w dwóch naraz.*

Bo na wieś ludzie nie chcą iść do pracy. Starzy lekarze, którzy tam byli, zostają, a młodzi lekarze nie chcą, bo bezpieczniej się czują w mieście, kiedy mają 15 specjalistów do pomocy, blisko jest szpital, pogotowie jest za 4–5 min. Wolą pracować w bezpieczniejszych warunkach, a nie takich połowych. (Pracodawca, POZ)

Nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej oprócz wymiaru terytorialnego mają także wymiar socjoekonomiczny. Osoby zamożniejsze kupują brakujące świadczenia na rynku usług prywatnych, zaś osoby mniej zamożne nie są w stanie tego zrobić. Różnice te znajdują odbicie

²⁰ OECD, European Union, European Observatory on Health Systems and Policies (2021) *State of Health in the EU. Poland. Country Health Profile 2021*. Można też dodać, że Fundacja Watch Health Care na podstawie przeprowadzonego przez siebie badania, średni czas oczekiwania w listopadzie 2022 r. na świadczenie zdrowotne (poradę, badanie, zabieg, operację) oszacowała na 3,6 miesiąca, do lekarza specjalisty na 4,1 mies., a na badania diagnostyczne 2,5 mies. Były to wyniki gorsze niż uzyskane we wrześniu 2021 r. Badanie przeprowadzono na losowo wybranej próbie 1500 placówek, do których następnie dzwoniono, by umówić wizytę. Watch Health Care, Barometr WHC, Polacy w kolejkach, stan na listopad 2022, <https://drive.google.com/file/d/15KaD7e8VMogPWTIGrSBPxwthRPGSvjUD/view>.

²¹ Precyzyjniej rzecz ujmując, NFZ może zwiększać finansowanie jedynie w ograniczonym zakresie. Dzięki większemu finansowaniu w 2019 r. znacząco poprawiono dostępność zabiegów usunięcia zaćmy, endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego, a także świadczeń diagnostyki obrazowej. Równocześnie jednak pogorszyła się dostępność ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W stosunku do 2018 r. wzrosła o 15% ogólna liczba oczekujących (w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień o 32%), a czas oczekiwania wydłużył się dla 59% z tych świadczeń. NIK, *Raport: Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2019 roku, Informacja o wynikach kontroli*, Warszawa 2020.

²² Różnice w dostępności kadry medycznej pomiędzy regionami sięgają od poziomu 2,5 lekarza oraz 5,4 pielęgniarki na 1 tys. mieszkańców w województwie lubuskim do 5,7 lekarza i 9,0 pielęgniarki w woj. mazowieckim. Ministerstwo Zdrowia, *Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 do 31 grudnia 2026*, Warszawa 2021.

w stanie zdrowia mieszkańców. Podczas gdy dobry stan zdrowia deklaruje tylko 48% osób z dolnego kwintyla dochodowego, ten sam wskaźnik dla górnego kwintyla wynosi 74%²³.

Drugim wymiarem oceny usług społecznych i zdrowotnych jest ich jakość. W tym kontekście trzeba zauważyć, że zarówno w pomocy społecznej, jak i opiece zdrowotnej brakuje rozwiązań wspierających i egzekwujących odpowiednią jakość usług. W obu sektorach brak tego typu rozwiązań jest postrzegany jako problem, choć w obu pojawiają się propozycje rozwiązań i pierwsze próby, fragmentarycznego ich wdrożenia.

W przypadku pomocy społecznej podstawowym przejawem potrzeby podnoszenia jakości pracy i niwelowania różnic regionalnych w zakresie jakości wsparcia są inicjatywy standaryzacyjne w obszarze usług społecznych. W ostatnich dwóch dekadach powstało ich wiele, a największą z nich był projekt „Tworzenie i rozwijanie standardów usług pomocy i integracji społecznej” (2013–2014)²⁴. Jednak wciąż nie mają one charakteru systemowego, nie są wdrażane lub ich wdrażanie ma ograniczony zasięg.

Również w opiece zdrowotnej jednym z ważniejszych postulatów jest standaryzacja procedur. Eksperci biorący udział w wywiadach podkreślali, że poza nielicznymi wąskimi dziedzinami (takimi jak kardiologia inwazyjna, onkologia dziecięca) nie ma w Polsce opracowanych ścieżek postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla określonych jednostek chorobowych. Prowadzi to, zdaniem ekspertów biorących udział w badaniach jakościowych, do sytuacji, w której pacjenci z tą samą diagnozą leczeni są w sposób odmienny, w zależności od tego, do jakiego lekarza i jakiego ośrodka trafią. W wielu przypadkach odbywa się to w sposób nieoptymalny, niezgodny z aktualnym stanem wiedzy²⁵. Stąd jedna z ekspertek biorąca udział w badaniu zauważyła, że w Polsce dużą rolę w leczeniu odgrywa przypadek:

²³ OECD, European Union, European Observatory on Health Systems and Policies (2021) *State of Health in the EU. Poland. Country Health Profile 2021* Dolny kwintyl dochodowy to 20% osób o najniższym dochodzie, analogicznie górny to 20% o najwyższym dochodzie.

²⁴ W ramach tego projektu powstały m.in. Standardy Pracy Socjalnej, Standardy usług pomocy społecznej w tym standardy interwencji kryzysowej, usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania, poradnictwa specjalistycznego, w tym poradnictwa specjalistycznego dla osób z niepełnosprawnościami, członków rodzin osób z niepełnosprawnościami oraz osób wspierających osoby z niepełnosprawnościami, Modele realizacji usług o określonym standardzie w gminie, powiecie i mieście na prawach powiatu.

²⁵ Przynajmniej częściowo związane jest to z szybkim przyrostem wiedzy w każdej dziedzinie medycyny, za którym lekarze nie mają możliwości samodzielnie nadążyć. Stąd też standardy powinny opracowywać, a potem aktualizować osobne ciała np. towarzystwa naukowe we współpracy z konsultantami medycznymi.

” Są ośrodki, w których 30% pacjentów jest objęta leczeniem trombolitycznym (...),
“ a są takie ośrodki, gdzie 2–3%... No to jak nie są objęci, to nie przeżywają. Nazwijmy rzeczy po imieniu. Jak się ma pecha i się dostanie udaru mózgu w regionie, gdzie nie leczą, to...ja ciągle to powtarzam, że impakt szczęścia to jest to, o co się wszyscy powinniśmy modlić, a nie o zdrowie, najpierw o szczęście. Jak się ma szczęście, to ma się i zdrowie. (Ekspertka branżowa)

Innym istotnym mechanizmem promującym jakość usług byłoby wprowadzenie płatności za wyniki leczenia (nie za samo wykonanie świadczenia, jak to ma miejsce obecnie). Jest to postulat często podnoszony w sektorze opieki zdrowotnej i znalazł on także odzwierciedlenie w opiniach ekspertów zebranych w badaniu. Można również dodać, że NFZ poczynił pierwsze kroki w zakresie wprowadzenia płatności za wyniki (m.in. w obszarze leczenia chorych po zawale w ramach opieki koordynowanej KOS-zawał). Nie są to jednak jeszcze rozwiązania powszechne.

3.3. Długookresowe trendy kształtujące dostępność i jakość usług

W przyszłości jakość i dostępność usług zdrowotnych i społecznych kształtowana będzie przez wymienione poniżej procesy.

Starzenie się populacji

Wzrost liczby i udziału osób starszych w populacji ulegnie intensyfikacji w ciągu najbliższych 20 lat. Szybkie tempo tego procesu doprowadzi do znacznego zwiększenia zbiorowości osób starszych (zwykle powyżej 65 roku życia)²⁶, w tym sędziwych (powyżej 80 roku życia)²⁷, a to z kolei jest głównym czynnikiem wzrostu liczby osób z ograniczeniami przy wykonywaniu

²⁶ Liczba osób w wieku 65 lat i więcej zwiększy się z około 7,1 mln w 2021 r. do około 11,1 mln w 2050 r., tj. o około 54% (prognoza GUS).

²⁷ Liczba osób w wieku 80 lat i więcej zwiększy się z około 1,6 mln do 3.5 mln w 2050 r., czyli ok dwukrotnie (prognoza GUS).

podstawowych czynności życiowych²⁸. Implikuje to zwiększone zapotrzebowanie na usługi zdrowotne oraz profesjonalne usługi opiekuńcze (gdy obowiązkom opiekuńczym nie będą mogły sprostać rodziny). Problem ten jest dostrzegany także przez część pracodawców. W przeprowadzonym badaniu ilościowym 44% pracodawców z sektora pomocy społecznej i 38% z ochrony zdrowia wskazuje, że starzenie się populacji będzie mieć znaczący wpływ na funkcjonowanie ich instytucji w perspektywie najbliższych 5 lat.

Wzrost liczby osób w kryzysach psychicznych wymagających wsparcia

Ogólnopolskie dane wskazują, że u ok. 26,5% dorosłych mieszkańców Polski, czyli u ponad 8 mln osób wystąpiło w ciągu życia co najmniej jedno zaburzenie²⁹. 16,07% dorosłych Polaków doświadczyło w swoim życiu minimum jednego zaburzenia nerwicowego i pokrewnego. Wciąż jednak skala korzystania ze wsparcia nie jest duża – tylko 16% osób z zaburzeniami korzystało z pomocy psychiatrycznej lub psychologicznej. Zaburzenia rozwoju psychicznego dotyczą ponad 400 tys. najmłodszych dzieci (do 6 r.ż.), doświadczenia zaburzeń ma za sobą co 8. dziecko w wieku 7–17 lat³⁰.

²⁸ Liczba osób z poważnymi ograniczeniami przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych zwiększy się z blisko 3,8 mln do ponad 4,7 mln w 2040 r. (czyli o 26%), zaś liczba osób deklarujących ograniczenia, ale o mniej poważnym charakterze zwiększy się z ok. 6,5 mln do 7,2 mln (o 11%). Dla kobiet liczby te wzrosną odpowiednio: z ponad 2 mln do prawie 2,7 mln (o 29%) oraz z blisko 3,8 mln do ponad 4 mln (o 8%), zaś dla mężczyzn: z prawie 1,7 mln do ponad 2 mln (o 23%) oraz z 2,8 mln do ponad 3,1 mln (o 16%) – na podstawie: Abramowska-Kmon, A., Antczak, R. (2022). Liczba i struktura osób o różnych stopniach ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu, [w:] Raport z prac wykonanych przez Partnerów Ekonomicznych w ramach Zadania 1 – Analiza faktyczna sytuacji osób z niepełnosprawnościami, MRIPS, Warszawa. Wyniki te wskazują, że liczba osób z trudnościami w codziennym funkcjonowaniu wzrośnie na skutek zaawansowania procesu starzenia się ludności i znacznego wzrostu populacji w starszym wieku. Osoby te będą potrzebować wsparcia, a część z tego zapotrzebowania powinna zostać zaspokojona w ramach pomocy społecznej.

²⁹ Na podstawie danych projektu: „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOP II)” (dostępne na: <https://ezop.edu.pl/>, dostęp: 26.05.2023). Do katalogu zaburzeń zaliczono: lęk uogólniony, lęk napadowy (napady lęku/paniki), w tym zaburzenie z napadami lęku, agorafobia, fobia społeczna, fobie swoiste, lęk separacyjny, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, neurastenia, zaburzenie stresowe, pourazowe, epizody depresji (łagodny, umiarkowany, ciężki), dystymia, epizody manii (hipomania, mania), zaburzenie zachowania, zaburzenie opozycyjno-buntownicze, okresowe zaburzenie eksplozywne, zaburzenie z napadami objadania się, zaburzenie związane z używaniem alkoholu, w tym uzależnienie od alkoholu, zaburzenie związane z używaniem SPA, w tym uzależnienie od SPA, regularne używanie tytoniu, w tym uzależnienie od nikotyny, zagrożenie patologicznym hazardem, myśli samobójcze, przeżycia bliskie psychotycznym).

³⁰ jw.

Także eksperci w wywiadach jakościowych podkreślali znaczenie wzrostu liczby osób w kryzysach psychicznych. Ilustruje to cytat:

„ Jest bardzo dynamicznie rosnący problem osób w kryzysach psychicznych, ale równocześnie mamy deficyt psychiatrów, psychologów, szczególnie ze specjalnością dziecięcą i młodzieżową. Szczególne nasilenie tych problemów mamy po okresie pandemii, nadużywanie elektroniki, zamknięcie w domach, próby samobójcze, lęk przed powrotem do szkoły, wyobcowanie.
(Pracodawca, ośrodek interwencji kryzysowej)

Zwiększenie się liczby migrantów

Jest wiele przyczyn migracji, najczęściej mają one charakter ekonomiczny i polityczny (także związany z prowadzeniem działań wojennych na terytorium danego państwa). Przykładem tego zjawiska jest napływ przymusowych migrantów z Ukrainy w 2022 r. do Polski w wyniku napaści Rosji na Ukrainę. Skalę presji na system usług publicznych z powodu migracji obrazują następujące dane: w Polsce obecnie zarejestrowanych jest 991 329 Ukraińców³¹, którym nadano status cudzoziemca na podstawie specjalnej ustawy³² (dane z 27 lutego 2023 r.). Osoby te w większym lub mniejszym stopniu potrzebują wsparcia systemu pomocy społecznej (przynajmniej w pierwszym okresie po przybyciu do Polski) oraz ochrony zdrowia³³. Potwierdzeniem znaczenia tego trendu dla funkcjonowania pomocy społecznej są wyniki badania ilościowego: 20% pracodawców wskazało, że obecnie duży wpływ na pracę ich instytucji ma zwiększająca się liczba migrantów, a kolejne 35% oceniło ten wpływ jako umiarkowany. Znaczenie tego trendu dla funkcjonowania jednostek było zróżnicowane w skali kraju – największy wpływ odnotowały instytucje doświadczające największego napływu migrantów. W sektorze opieki zdrowotnej 47% badanych pracodawców zadeklarowało,

³¹ Dostępne na: Szczegółowe statystyki dot. osób zarejestrowanych w rejestrze obywateli Ukrainy i członków ich rodzin, którym nadano status cudzoziemca na podstawie specustawy. Stan na 27.02.2023 r. Otwarte Dane (6.03.2023).

³² Ustawa z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa została opublikowana w Dzienniku Ustaw. Tekst ustawy: Dziennik Ustaw rok 2022 poz. 583.

³³ Przy czym w przypadku opieki zdrowotnej należy stwierdzić, że jak do tej pory system nie został nadmiernie przeciążony przez zapotrzebowanie na dodatkowe usługi. Potwierdzają to zarówno wywiady jakościowe, jak i wyniki badania ilościowego wśród pracodawców. Jedynie 12% z nich odnotowało istotny napływ/wzrost pacjentów z Ukrainy. Trzeba jednak też zauważyć, że dotychczasowy profil uchodźców z Ukrainy można określić jako korzystny. Są to stosunkowo młode osoby/kobiety z dziećmi, w dobrej kondycji zdrowotnej, zaradne i przyzwyczajone do samodzielności. Wraz z trwaniem konfliktu może trafiać do Polski więcej osób starszych, schorowanych, w gorszej sytuacji materialnej, wymagających większego wsparcia.

że ich placówki odnotowują większą liczbę pacjentów z Ukrainy, przy czym dla 12% stanowiło to problem utrudniający ich funkcjonowanie.

Podsumowując, w przyszłości z całą pewnością nastąpi istotny wzrost zapotrzebowania na usługi ze względu na postępujące starzenie się ludności oraz wzrost występowania zaburzeń i chorób psychicznych. Dodatkowo zapotrzebowanie może się zwiększyć ze względu na migracje, w tym napływ uchodźców wojennych lub migrantów z powodu kryzysu klimatycznego (choć natężenie tego zjawiska jest trudne do przewidzenia).

Nie ulega też wątpliwości, że skuteczna odpowiedź na zwiększone potrzeby będzie bardzo trudna dla obu systemów. Wymaga to m.in. zwiększenia nakładów finansowych, poprawy efektywności obu systemów, ale też zmiany sposobów i metod pracy w kierunku tworzenia lokalnych systemów wsparcia, opartych na ścisłej współpracy lokalnych aktorów instytucjonalnych (tj. instytucji pomocy społecznej, ochrony zdrowia, organizacji pozarządowych, innych kluczowych podmiotów na danym obszarze) oraz nieinstytucjonalnych (tj. rodzin i przedstawicieli danej społeczności).

Opisane powyżej trendy wywierają na oba systemy presję związaną z potrzebą rozwijania dostępności i jakości usług społecznych i zdrowotnych. Na ile to się uda, zależy od kilku czynników, których katalog określono na podstawie zebranego w ramach badania materiału. Są nimi:

1. Zmiany systemowe: branża wymaga reform, które poprawiłyby jej zdolność do efektywnego świadczenia usług dostosowanych do potrzeb pacjenta/odbiorcy. Wiąże się to z potrzebą uregulowania nowych rozwiązań (często już funkcjonujących fragmentarycznie lub w formie projektowej, np. model pracy asystentów różnych grup ludności, modele koordynacji działań pomocy społecznej i opieki zdrowotnej w opiece długoterminowej, co było wskazywane przez ekspertów w badaniach jakościowych) oraz wsparcia wdrożeniowego dla podmiotów świadczących usługi w obu systemach (m.in. w zakresie interpretacji przepisów, demonstracji modelowych rozwiązań, szkoleń i oczywiście odpowiedniego finansowania).
2. Dostępność wykwalifikowanej, zmotywowanej do wdrażania zmian kadry, w tym kadry zarządzającej³⁴. Zdaniem ekspertów biorących udział w wywiadach jakościowych dotyczących pomocy społecznej kluczowa dla wdrożenia zmian jest kadra przeszkolona

³⁴ Kwestie kadr w ramach systemu pomocy społecznej i ochrony zdrowia zostały szczegółowo omówione w kolejnych rozdziałach raportu.

w ramach ścieżek specjalizacyjnych, rozumiejąca potrzebne zmiany i zmotywowana do ich wdrażania, umiejąca wyznaczać plany pracy i je realizować (także w ramach wyznaczonych standardów). Respondenci podkreślali konieczność pokonania obecnych niedoborów kadrowych, ale także potrzebę zaspokojenia zapotrzebowania kadrowego związanego z wdrażaniem sytemu usług, szczególnie w rolach zawodowych związanych z bezpośrednim świadczeniem usług (np. asystenci różnych grup ludności, opiekunowie, itp.). Drugim ważnym elementem w tym obszarze są kompetencje pracowników.

Respondenci wskazywali na potrzebę specjalizacji pracowników (w ramach różnych ról zawodowych) do realizacji konkretnych usług/zadań lub specjalizacji w ramach wsparcia konkretnych grup osób. Nabierają znaczenia także kompetencje związane z działaniami na rzecz społeczności lokalnych w ramach centrów usług społecznych (diagnoza, organizowanie, integracja).

Ważnym czynnikiem zmiany tym obszarze są odpowiednio przygotowane kadry zarządzające, kreujące lokalne polityki społeczne, rozumiejące istotę zmian w polityce społecznej i zdrowotnej, umiejące zarządzać zmianą i rozwijać pracowników. Respondenci wyraźnie wskazali, że kadra zarządzająca w części ośrodków jest nieprzychylna wszelkim zmianom i nastawiona jest na zachowanie status *quo*. Wzbudzenie motywacji do zmian kadry zarządzającej, podnoszenie jej kompetencji i świadomości znaczenia zachodzących zmian wymieniane są przez ekspertów badań jakościowych jako jedne z kluczowych czynników warunkujących wdrożenie zmian w systemie.

3. Dostępność stabilnych źródeł finansowania. W przypadku pomocy społecznej respondenci w wywiadach jakościowych i badaniu delfickim wskazywali na potrzebę tworzenia trwałych ram finansowania niezależnych od finansowania projektowego. W opiece zdrowotnej problemem jest przede wszystkim wycena świadczeń kontraktowanych przez NFZ. Eksperti (w tym pracodawcy) wskazują, że wyceny wielu świadczeń są za niskie w stosunku do rzeczywistych kosztów ich udzielania, co skutkuje zadłużeniem podmiotów leczniczych i/lub ograniczeniami dostępności gorzej opłacanych usług³⁵.
4. Rozwinięte środowiska lokalne – gdzie istnieje kultura współpracy pomiędzy różnymi aktorami publicznymi (głównie samorządowymi), pozarządowymi i prywatnymi, prowadzi się dialog z mieszkańcami i ich reprezentantami. Zdaniem większości ekspertów biorących

³⁵ Na tą kwestię zwraca także uwagę NIK w swoim raporcie z wyników kontroli pt. *Wycena świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2021 r. NIK wskazuje również na to, jak trudnym i żmudnym zadaniem jest taryfikacja świadczeń zdrowotnych oraz że zależy m.in. od jakości danych raportowanych przez podmioty lecznicze do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, z czym często jest problem.*

udział w wywiadach jakościowych obecnie sytuacja jest bardzo zróżnicowana terytorialnie – istnieją gminy, w których dialog z mieszkańcami jest prowadzony stale, a społeczności lokalne są partnerem samorządu w działaniach, ale w przypadku większości istnieje duże pole do poprawy działań w tym zakresie. Rozwinięte społeczności lokalne stwarzają możliwość rozwoju wsparcia środowiskowego.

W ramach II edycji badań podjęto także próbę weryfikacji, czy system pomocy społecznej będzie w stanie dostosować się do długookresowych trendów, czy wskazane powyżej czynniki warunkujące możliwość dostosowania się systemu pomocy społecznej do trendów faktycznie zaistniały. W tym celu eksperci z sektora pomocy społecznej uczestniczący w badaniu delfickim ocenili, czy możliwe jest sprostanie presji związanej z dostarczeniem wsparcia publicznego osobom potrzebującym w przyszłości pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Prawdopodobieństwo, że uda się sprostać tej presji w przyszłości, zostało ocenione przez ekspertów jako średnie (5,9 w 10-stopniowej skali) w perspektywie 10 lat.

Za kluczowe działania uznano rozwój współpracy środowiskowej i lokalnych systemów wsparcia, poprawę rozpoznawania skali potrzeb oraz zapewnienie wystarczającej liczby wykwalifikowanych pracowników i odpowiedniego finansowania. Natomiast zdecydowana większość pracodawców biorących udział w badaniu ilościowym bardzo pozytywnie oceniła przygotowanie swoich instytucji do tej zwiększonej presji i związanych z nią zmian. Ocena możliwości sprostania presji związanej z dostarczaniem wsparcia dokonana przez ekspertów jest znacznie mniej optymistyczna niż w przypadku pracodawców i może wiązać się z faktem, że eksperci w większym stopniu dostrzegają długookresowe konsekwencje procesów społecznych kształtujących zapotrzebowanie na wsparcie w przyszłości w porównaniu z pracodawcami, którzy koncentrują się na perspektywie bieżącej.

3.4. Wyzwania stojące przed branżą

W celu zaspokojenia aktualnych i przyszłych potrzeb mieszkańców będących wynikiem zmiany sytuacji wywołanej długookresowymi trendami branża pomocy społecznej i opieki zdrowotnej musi w dużej mierze zmienić sposób funkcjonowania. Dalej opisano wyzwania związane z tymi zmianami, najpierw wspólne dla obu sektorów, następnie specyficzne dla każdego z nich.

3.4.1. Wyzwania wspólne dla obu systemów

Rozwój wsparcia środowiskowego i deinstytucjonalizacja usług społecznych i zdrowotnych

Rosnąca liczba osób starszych, z niepełnosprawnościami i o gorszym stanie zdrowia generuje potrzebę wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i wymaga poszukiwania systemowych rozwiązań pozwalających tym osobom na pozostawanie w ich środowiskach lokalnych tak długo, jak to tylko jest możliwe. Zdaniem wielu uczestników badania jakościowego odpowiedzią na to zapotrzebowanie jest dostarczanie usług społecznych i części zdrowotnych w środowisku lokalnym osoby wspieranej bez zmiany jej miejsca pobytu. Szczególnie duże zapotrzebowanie dotyczy usług pielęgniarских, fizjoterapeutycznych, opiekuńczych i asystenckich.

Zdaniem osób biorących udział w badaniu, tworzenie rozwiązań w postaci środowiskowych usług społecznych i zdrowotnych jest istotą procesu deinstytucjonalizacji, która rozumiana jest jako „...proces przechodzenia od organizowania wsparcia opartego na rozwiązaniach zakładowych do organizowania wsparcia w sposób środowiskowy, z wykorzystaniem zasobów lokalnych społeczności, a zwłaszcza infrastruktury usług społecznych i zdrowotnych” (definicja za M. Rymszą, opracowaną w ramach prac Uniwersyteckiego Obserwatorium Deinstytucjonalizacji Praktyk Pomocowych, 2022³⁶). Według większości rozmówców, szansą na systemową zmianę w tym kierunku zarówno dla usług społecznych, jak zdrowotnych są centra usług społecznych (CUS). Możliwość ich tworzenia została przewidziana w Ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U. 2019 poz. 1818). To swojego rodzaju zmiana paradygmatu wsparcia w systemie pomocy społecznej – od skupiania na grupie osób wykluczonych, których wsparcie uzależnione jest często od dochodów, do świadczenia usług o charakterze powszechnym o spersonalizowanym charakterze. Ustawa zakłada, że ośrodki pomocy społecznej mogą (fakultatywnie) przekształcić się w centra usług społecznych. W chwili obecnej część ośrodków pomocy społecznej w formie pilotażu przekształca swoje instytucje w centra usług społecznych, dotyczy to około 50 ośrodków³⁷. Ich zadaniem jest dostarczanie mieszkańcom usług społecznych niezależnie od poziomu dochodu, wzmacnianie więzi społecznych, integrowanie i rozwijanie wspólnot lokalnych. Ważnym elementem działania centrów jest możliwość realizowania pewnych usług o charakterze zdrowotnym związanych z profilaktyką

³⁶ M. Raćław, Deinstytucjonalizacja pieczy zastępczej – niebezpieczeństwo uproszczeń, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2022, s. 2.

³⁷ Aktualna baza CUS dostępna jest a stronie: <https://cusy.pl/baza-cus/>

zdrowotną, opieką medyczną czy fizjoterapią. Warto zaznaczyć, że w wywiadach prowadzonych w ramach II edycji badania kwestia reorganizacji systemu w kierunku usług społecznych świadczonych w ramach centrów usług społecznych była kluczowym elementem, zdecydowanie częściej obecnym w wypowiedziach respondentów niż w I edycji. Niektórzy respondenci (eksperti branżowi) wskazywali także, że centra usług społecznych umożliwią w szerszej skali działania profilaktyczne o społecznym i zdrowotnym charakterze, zapobiegające trudnej sytuacji życiowej, świadczone na rzecz wszystkich mieszkańców danego obszaru.

Potrzebę wdrożenia deinstytucjonalizacji w Polsce dobrze ilustruje poniższy cytat:

” Wielu dyrektorów domów pomocy społecznej jasno podkreśla, że znaczna część pensjonariuszy nie musiałaby mieszkać w domach pomocy społecznej do końca swoich dni, gdyby to środowisko było przygotowane na wsparcie tych osób w takim codziennym funkcjonowaniu.... (Pracodawca, Centrum Usług Społecznych)

36% pracodawców biorących udział w badaniu ilościowym postrzega tworzenie systemu środowiskowych usług społecznych jako istotne wyzwanie stojące przed systemem pomocy społecznej, co potwierdza znaczenie tego procesu w zmianach dokonujących się w systemie.

Eksperti badania delfickiego ocenili jako średnio prawdopodobne (5,75 w 10-stopniowej skali), aby wszystkie ośrodki pomocy społecznej w perspektywie 10 lat przekształciły się w centra usług społecznych, co może spowodować różnicowanie się dostępności wsparcia na poziomie lokalnym. Jako warunki realizacji tej tezy wskazano dostępność środków finansowych, rozpowszechnienie dobrych praktyk w zakresie tworzenia centrów usług społecznych, a także zwiększenie motywacji kadr do wdrożenia tej zmiany.

Rozwijanie współpracy środowiskowej

Umiejętność rzeczywistej współpracy w różnych wymiarach to zdaniem uczestników wywiadów jakościowych najważniejszy element wdrażania środowiskowego systemu usług społecznych i zdrowotnych. Jeden z ekspertów akademickich, biorący udział w wywiadach jakościowych wskazał, że z ostatnio prowadzonego przez niego badania wynika, że poziom współpracy w systemie pomocy społecznej i opiece zdrowotnej czy pomiędzy systemem a innymi lokalnymi instytucjami, ma dość powierzchowny i deklaracyjny charakter. Funkcjonuje co najwyżej prosty przepływ informacji, który w większości przypadków nie

przekłada się na wspólne czy skoordynowane działania. Zdaniem ekspertów biorących udział w badaniu delfickim należy podjąć działania nad poprawą zakresu i jakości współpracy np. poprzez wdrażanie już opracowanych i zweryfikowanych modeli współpracy, a więc poprzez dostarczanie narzędzi i kompetencji do wdrażania działań kooperacyjnych na różnych poziomach: w ramach systemu pomocy społecznej i ochrony zdrowia, pomiędzy tymi systemami a innymi specjalistami, instytucjami czy społecznością lokalną. Ważnym elementem tych działań jest także zwiększenie świadomości korzyści płynących ze współpracy, która daje możliwości rozszerzenia zakresu świadczonych usług i bardziej precyzyjnego wsparcia klientów.

Potrzebę wzmacniania współpracy dobrze ilustruje poniższa wypowiedź jednego z ekspertów biorących udział w wywiadach jakościowych:

„ (...) Okazało się, że mają świadomość konieczności tej współpracy, ale poziom tej współpracy jest niski. Uczyliśmy te zespoły tej współpracy, stworzone zostały te modele. Dopiero okazało się, że po testowaniu, wprowadzeniu, zbudowaniu tych zespołów te osoby zaczęły ze sobą współpracować. Jest deficyt w tym, jeśli chodzi o kompetencje. Jest świadomość i budzi się świadomość, że współpraca przyspiesza, ułatwia, poprawia jakość tej współpracy, zapobiega powtarzaniu pewnych czynności przez różne instytucje. (Ekspert edukacyjny)

Dla 18% pracodawców biorących udział w badaniu ilościowym rozwijanie współpracy środowiskowej ma duży wpływ na działania ich jednostek, a dla 37% umiarkowany. Natomiast 29% pracodawców postrzega współpracę ze środowiskiem lokalnym i wykorzystanie potencjału środowiska w procesie świadczenia usług jako wyzwanie dla ich jednostek, co potwierdza występowanie deficytów w tym obszarze.

Znaczenie tego kierunku działania potwierdzili także eksperci w badaniu delfickim, którzy uznali za wysoko prawdopodobne (średnia 7,3 w 10-stopniowej skali), że rozwój współpracy instytucji, specjalistów i członków społeczności lokalnych doprowadzi do powstania kompleksowych systemów wsparcia osób posiadających ograniczenia w funkcjonowaniu w ciągu 10 najbliższych lat.

Koordinacja lokalnego potencjału pomocowego, w tym systemu pomocy społecznej i ochrony zdrowia

Zdaniem respondentów badań jakościowych koordynacja powinna dotyczyć nie tylko sektora pomocy społecznej i ochrony zdrowia, ale powinna zostać rozszerzona także na sektor kultury, działań organizacji pozarządowych czy podmiotów ekonomii społecznej. Obecnie można zidentyfikować projekty wypracowujące modele współpracy międzysektorowej realizowane na różnych poziomach, które jednak często napotykają na problemy wdrożeniowe. Problemem tych projektów jest ich punktowy i ograniczony czasowo charakter. Uczestnicy paneli eksperckich zgodnie stwierdzili, że nie ma jednego uniwersalnego modelu koordynacji sektorów pomocy społecznej i ochrony zdrowia. Jest wiele dobrych praktyk, także zagranicznych, które jednak wymagają każdorazowo dostosowań. Wyraźnie podkreślono, że kluczowym elementem modelu koordynacji powinna być osoba wspierana i jej potrzeby, które powinny być punktem wyjścia do tworzenia systemowych rozwiązań.

Poszukując sposobów na wdrożenie tego podejścia w praktyce, uczestnicy panelu wskazali na sekwencję działań/kroków, tworzących ścieżkę wsparcia pacjenta/osoby wspieranej. Są to:

- określenie segmentów pacjentów/osób wspieranych, posiadających katalog zbliżonych potrzeb, które mogą być zaspokojone w ramach koordynacji obu sektorów;
- określenie katalogu usług/działań potrzebnych danej grupie osób wspieranych/pacjentów;
- określenie, na ile zapotrzebowanie na te usługi można zrealizować w środowisku lokalnym w ramach szerokiej koordynacji działań różnych podmiotów: zdrowotnych, pomocy społecznej, pozarządowych, kulturalnych, etc.;
- stworzenie na tej podstawie schematów organizacyjnych, wskazujących, jak te skoordynowane działania powinny wyglądać, określenie podziału obowiązków i zadań dla podmiotów uczestniczących w tak rozumianym lokalnym systemie wsparcia.

Na ten kierunek działania wskazują poniższe cytaty:

„Jemu (pacjentowi/osobie wspieranej) jest wszystko jedno. Mieszkańcom i każdemu z nas jest wszystko jedno, czy to jest z pakietu usług społecznych, czy zdrowotnych. On ma potrzebę w danej chwili pewną usługę zrealizować. I rzeczywiście koordynacja w obu systemach jest ukłonem w kierunku nas wszystkich, nas wszystkich mieszkańców Polski, bo to człowiek jest tu najważniejszy.” (Ekspert)

„*„Uważam zdecydowanie, że koordynacja pracy obu systemów jest potrzebna, bo przede wszystkim wspólnym mianownikiem i w jednym i w drugim systemie jest człowiek. I tutaj doskonale byłaby, żeby te dwa światy się lepiej zobaczyły i lepiej też zrozumiały, co w dużej mierze się może przełożyć na poprawę jakości świadczonych przez nas usług. (Ekspert)*

Aż 38% pracodawców biorących udział w badaniu ilościowych postrzega koordynację działań systemu pomocy społecznej i opieki zdrowotnej jako wyzwanie stojące przed oboma sektorami.

Eksperci w badaniu delfickim uznali za średnio prawdopodobne (5,5 w 10-stopniowej skali), aby w perspektywie 10 lat nastąpiła pełna koordynacja działań systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej w odpowiedzi na rosnącą liczbę osób wymagających wsparcia ze względu na wiek czy niepełnosprawność. Przy czym eksperci z sektora opieki zdrowotnej byli bardziej pesymistyczni od ekspertów z zakresu pomocy społecznej (średnia ocen odpowiednio: 4,7 wobec 6,25). Za kluczowe warunki realizacji tej tezy eksperci z obu sektorów wskazywali rozwiązania systemowe obligujące do podejmowania działań w tym zakresie i stabilne źródła finansowania.

Wykorzystanie nowych technologii cyfrowych w udzielaniu wsparcia

Cyfryzacja stwarza szansę na poprawę jakości i dostępności usług zdrowotnych i społecznych. Korzyści płynące z zastosowania nowych technologii można podzielić na trzy zasadnicze rodzaje:

1. Usprawnienie obiegu informacji między instytucjami czy też pomiędzy instytucją a odbiorcą pomocy poprzez wykorzystanie systemów informatycznych.
2. Wprowadzenie opieki zdalnej, co może zwiększyć dostępność usług, ale też ich jakość np. przy zastosowaniu narzędzi do ciągłego, zdalnego monitorowania stanu pacjenta/odbiorcy wsparcia.
3. Wykorzystanie danych (w tym dużych zbiorów danych) gromadzonych w systemie do poprawy procesów zarządczych oraz świadczenia usług (m.in. dzięki zastosowaniu sztucznej inteligencji, tj. algorytmów uczących się).

Do tej pory najbardziej upowszechnione są rozwiązania pierwszego typu i to przede wszystkim w opiece zdrowotnej. Działa tu systemowa platforma (tzw. P1), która udostępnia narzędzia e-zdrowia takie jak: e-skierowanie, e-zwolnienie, e-recepta. Wprowadzono także internetowe konto pacjenta, na którym powinny być zamieszczane informacje o przebiegu leczenia (z wywiadów wynika, że nie wszyscy lekarze w pełni wywiązują się z tego zadania).

Pozostałe rodzaje rozwiązań są wprowadzane, ale nie na poziomie systemowym, a raczej w wyniku inicjatyw poszczególnych podmiotów czy też środowisk. Przy czym rozwiązania z zakresu opieki zdalnej powstają w obu sektorach, natomiast wykorzystanie sztucznej inteligencji do analizy danych jest domeną opieki zdrowotnej.

Warto też dodać, że w kontekście cyfryzacji, część ekspertów z obszaru zdrowia zwróciła uwagę, że może stać się ona polem, na którym w przyszłości uwidoczni się i utrwali nierówność w dostępie do opieki zdrowotnej. Osoby z większych miast i/lub zamożniejsze będą mogły korzystać z opieki lepszej niż dzisiaj, bo umiejętnie wspartej cyfrowo (efektywne modele opieki wykorzystujące zdalne rozwiązania do monitorowania stanu pacjenta, wspomaganie usług analizą danych przez sztuczną inteligencję). Osoby z mniejszych ośrodków i/lub mniej zamożne będą miały gorszą opiekę, ponieważ do ich dyspozycji będą usługi cyfrowe w wersji „ubogiej” (infolinie, teleporady), których dodatkowym „zadaniem” będzie maskowanie braków w dostępie do opieki świadczonej w sposób konwencjonalny (np. ze względu na braki kadrowe):

„*Ja się zgadzam, że opieka świadczona zdalnie, jeżeli jest odpowiednie oprzyrządowanie, może być bardzo wysokiej jakości. Natomiast nic nie wskazuje na to, żeby tak miało stać się w Polsce i to doświadczenie pandemii to nie było doświadczenie wprowadzenia jakiegś nowoczesnej telemedycyny. Bo do tego trzeba być przygotowanym, to nie może być wprowadzone na zasadzie po prostu dajemy wam substytut, coś co można nazwać produktem świadczeniopodobnym (...) I tego rodzaju produkty będą skierowane przede wszystkim do osób o niższych kompetencjach, jeszcze bardziej pogłębiając nierówności w zdrowiu i do tych wszystkich, którzy są właśnie wykluczeni komunikacyjnie i nie mają dostępu do dużych ośrodków. Natomiast w dużych ośrodkach jest duża szansa, że ta medycyna i opieka medyczna będzie lepsza niż jest teraz. Dlatego że duże ośrodki załapią się na całą modernizację.* (Ekspertka branżowa)

Żeby temu przeciwdziałać, konieczne jest wprowadzenie standardu usług cyfrowych, przede wszystkim opieki zdalnej świadczonej w ramach skoordynowanych działań pomocy społecznej i opieki zdrowotnej, czego dziś nie mamy. Następnie powinien być wykonany duży wysiłek na poziomie całego systemu, żeby upowszechnić te rozwiązania (za czym musi iść odpowiednie wsparcie finansowe i szkoleniowe oraz w zakresie organizacji i utrzymania infrastruktury informatycznej).

Wykorzystanie nowych technologii w procesie świadczenia usług czy usprawnienia obiegu informacji, wdrożenie nowych narzędzi wspierających usługi zdalne czy wdrożenie profesjonalnych systemów informatycznych wspierających zarządzanie jednostkami pomocy społecznej jest postrzegane jako istotne wyzwanie przez około 33–36% pracodawców biorących udział w daniu ilościowym.

Natomiast w sektorze opieki około 30% badanych pracodawców przewiduje, że postępująca cyfryzacja będzie miała istotny wpływ (bardzo duży lub raczej duży) na funkcjonowanie ich placówek w ciągu najbliższych 5 lat. Dotyczy to zarówno wprowadzania opieki zdalnej (27% wskazań), jak i wykorzystania analizy danych do poprawy procesów leczniczych i zarządczych w placówce (30% wskazań).

3.4.2. Wyzwania specyficzne dla pomocy społecznej

Wypracowanie i wdrożenie nowych metod pracy z różnymi grupami wymagającymi zindywidualizowanego i spersonalizowanego (upodmiotowiającego) wsparcia

Wsparcie tego typu powinno, zdaniem respondentów badań jakościowych, być efektem dialogu między specjalistami a osobą wspieraną i jej rodziną. Zwracano w tym kontekście uwagę na konieczność sporządzania **dobrej diagnozy**, która powinna odbywać się na trzech poziomach: indywidualnej osoby, rodzaju grupy/grup, do której należy (np. osoby starsze, osoby z niepełnosprawnością, itp.) oraz społeczności lokalnej, w której dana osoba funkcjonuje. Podkreślano konieczność zmiany i uelastycznienia zakresu świadczonego wsparcia, które powinno być wynikiem dialogu pomiędzy osobą wspieraną, jej rodziną a instytucją wspierającą. Wprowadzenie rozwiązań sprzyjających indywidualizacji i personalizacji wsparcia postrzegane jest jako istotne wyzwanie stojące przed systemem pomocy społecznej przez 37% pracodawców.

W ramach wywiadów jakościowych wskazano grupy wymagające zindywidualizowanego i spersonalizowanego wsparcia. Są to:

- **osoby starsze:** potrzebujące usług społecznych (głównie asystenckich, opiekuńczych) wspierających w codziennym funkcjonowaniu (w szczególności w okresie wieku sędziwego – 80/85 lat i więcej), ale także usług integracyjnych, aktywizacyjnych (poprzez kulturę, rekreację, wolontariat, itp.) odpowiadających na problem samotności;

- **osoby z niepełnosprawnościami:** potrzebujące spójnego systemu wsparcia na różnych polach: edukacji, aktywności na rynku pracy, uczestnictwa w kulturze, rekreacji, integracji społecznej, itp. Wsparcie świadczone dla tej grupy osób powinno być elementem wdrażania Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych w Polsce. Respondenci w większości podkreślali, że osoby z niepełnosprawnościami to bardzo zróżnicowana grupa pod względem zapotrzebowania na wsparcie. Co więcej, wsparciem powinna być objęta także rodzina osoby z niepełnosprawnością poprzez tzw. usługi wytchnieniowe udzielane w zależności od potrzeb;
- **osoby w kryzysie bezdomności:** osoby te koncentrują się głównie w dużych miastach, gdzie istnieją placówki interwencyjne świadczące wsparcie. Istnieją dobre praktyki i modele wsparcia (np. *Housing First*³⁸), które powinny być upowszechniane. Zdaniem rozmówców, w wielu ośrodkach problemy tej grupy osób są marginalizowane;
- **osoby głęboko wykluczone o dziedzicznych mechanizmach wyuczonej bezradności:** osoby potrzebujące wielowymiarowego i skoordynowanego wsparcia, żyjące w rodzinach borykających się z różnymi uzależnieniami;
- **osoby doświadczające przemocy domowej,** w tym w rodzinach wysoko funkcjonujących: przemoc jest zjawiskiem, z którym pomoc społeczna boryka się od lat. Powstało wiele metod pracy i procedur (np. Niebieskiej Karty) w tym obszarze zarówno skierowanych do osób stosujących przemoc, jak i jej doświadczających. Istotna zmiana w tym obszarze to, zdaniem rozmówców, przekształcenia głównego profilu osoby stosującej przemoc. Coraz częściej osobą stosującą przemoc jest osoba wysoko funkcjonująca, tj. o wysokim poziomie wykształcenia i zarobków. Zdaniem rozmówców badań jakościowych, zjawisko to w największym natężeniu występuje w dużych miastach;
- **osoby w kryzysie psychicznym** (grupa o rosnącym znaczeniu, a zarazem o najmniejszym katalogu dostępnych narzędzi i metod wsparcia). Dotyczy to wszystkich grup wiekowych. Problem ten uległ nasileniu w wyniku pandemii;
- **osoby uzależnione od nowych form (np. od elektroniki: telefonów, internetu).** Grupa ta wymaga kompleksowych działań ze strony pomocy społecznej, realizowanych w ramach nowych metod.

³⁸ Zakłada zapewnienie jednostce samodzielnego mieszkania jako warunku otwierającego terapię, swoistego fundamentu, na którym opierają się dalsze działania specjalistyczne o charakterze zindywidualizowanym. Program może stanowić część krajowych polityk społecznych lub strategii rozwiązywania problemów bezdomności.

Różnicowanie profilu klienta pomocy społecznej dostrzegane jest przez pracodawców w badaniu ilościowym jako zjawisko mające duży (15%) lub umiarkowany wpływ (40%) na działalność ich jednostek. Generalnie postrzeganie zadań/działań stojących przed pomocą społeczną będących często konsekwencją zmian wywołanych przez długookresowe trendy skupia się na perspektywie bieżącej „tu i teraz” i jest związane z obecnymi ograniczeniami działania pomocy społecznej (np. finansowymi, kadrowymi, organizacyjnymi).

Wprowadzenie nowych ról zawodowych i specjalizacji

Różnicowanie się potrzeb wsparcia różnych grup ludności generuje potrzebę zwiększenia liczby pracowników pełniących wyspecjalizowane role zawodowe. Do najczęściej wskazywanych nowych ról zawodowych/specjalizacji należą:

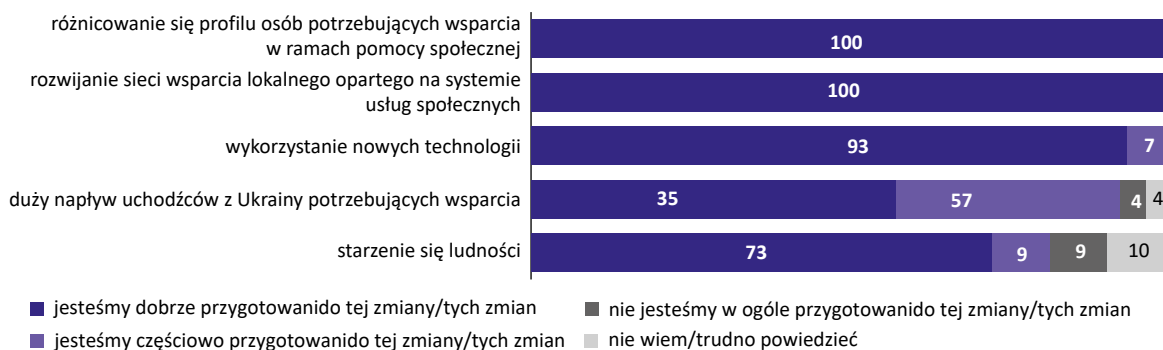
- **pracownik pierwszego kontaktu:** do jego zadań powinna należeć wstępna diagnoza potrzeb klienta i pokierowanie do odpowiedniego specjalisty/instytucji, która udzieli wsparcia, często w sytuacji kryzysowej. Rola ta wymaga znajomości zasobów lokalnych (publicznych, pozarządowych czy prywatnych) i zakłada także towarzyszenie osobie w procesie wsparcia, ale nie wchodzenie w role specjalistów;
- **nowe role związane z wdrażaniem CUS: organizator społeczności lokalnych, koordynator indywidualnych planów usług społecznych.** Rolą organizatora społeczności lokalnych jest podejmowanie działań na rzecz integracji i wspierania rozwoju wspólnoty samorządowej z wykorzystaniem potencjału tej wspólnoty, w tym organizowanie działań samopomocowych, wolontaryjnych i sąsiedzkich, stanowiących uzupełnienie usług społecznych. Natomiast koordynator indywidualnych planów usług społecznych to osoba zarządzająca zasobami w celu efektywnej ich dystrybucji w postaci usług społecznych;
- **asystenci różnych grup ludności:** pod nazwą tą kryje się wiele ról zawodowych, np. asystent osób z niepełnosprawnością (a nawet z konkretnym rodzajem niepełnosprawności), asystent osoby starszej, asystent osoby w kryzysie psychicznym. Rola ta wymaga znajomości potrzeb osób w danej grupie i odpowiedniego dostosowania do nich wsparcia. Można zidentyfikować modele czy standardy pracy dla tych ról, nie mają jednak one systemowego charakteru.

Wprowadzanie nowych ról zawodowych postrzegane jest 1/3 pracodawców biorących udział w badaniu ilościowym jako wyzwanie wymagające zaangażowania wykwalifikowanych kadr, zmian organizacyjnych i dostępnego finansowania. Potrzebę specjalizacji ilustruje cytat z badań jakościowych:

„...multispecjalizacja, która nie sprzyja pogłębionej pracy – w jednej osobie jest się asystentem, pracownikiem socjalnym, specjalistą od uzależnienia, profilaktykiem, koordynatorem społeczności i to powoduje, że potem ten człowiek nie jest w stanie tak naprawdę do końca wszystkiego przypilnować, więc żeby rozwinąć usługi czy specjalizacje, bo to jest dla mnie absolutnie konieczne, to by wymagało zwiększenia liczby kadr i doprowadzenia do takiej sytuacji, że mamy specjalistów dla poszczególnych problemów ... (Pracodawca, powiatowe centrum pomocy rodzinie)

Pracodawcy niezmiernie pozytywnie oceniają przygotowanie swoich jednostek do wyzwań i związanych z tym zmian. W przypadku różnicowania się profilu osób potrzebujących wsparcia czy rozwijania wsparcia środowiskowego wszyscy ankietowani pracodawcy wskazali, że ich jednostki są w pełni przygotowane na te zmiany, nieco mniejszy odsetek zanotowano w przypadku wykorzystania nowych technologii cyfrowych (93%). Stosunkowo najslabiej oceniane jest przygotowanie do napływu uchodźców z Ukrainy potrzebujących wsparcia – 57% pracodawców deklaruje pełne przygotowanie, 35% częściowe, a 4% wskazuje na brak przygotowania. W przypadku starzenia się ludności odsetek wskazań na brak przygotowania sięgnął 9%.

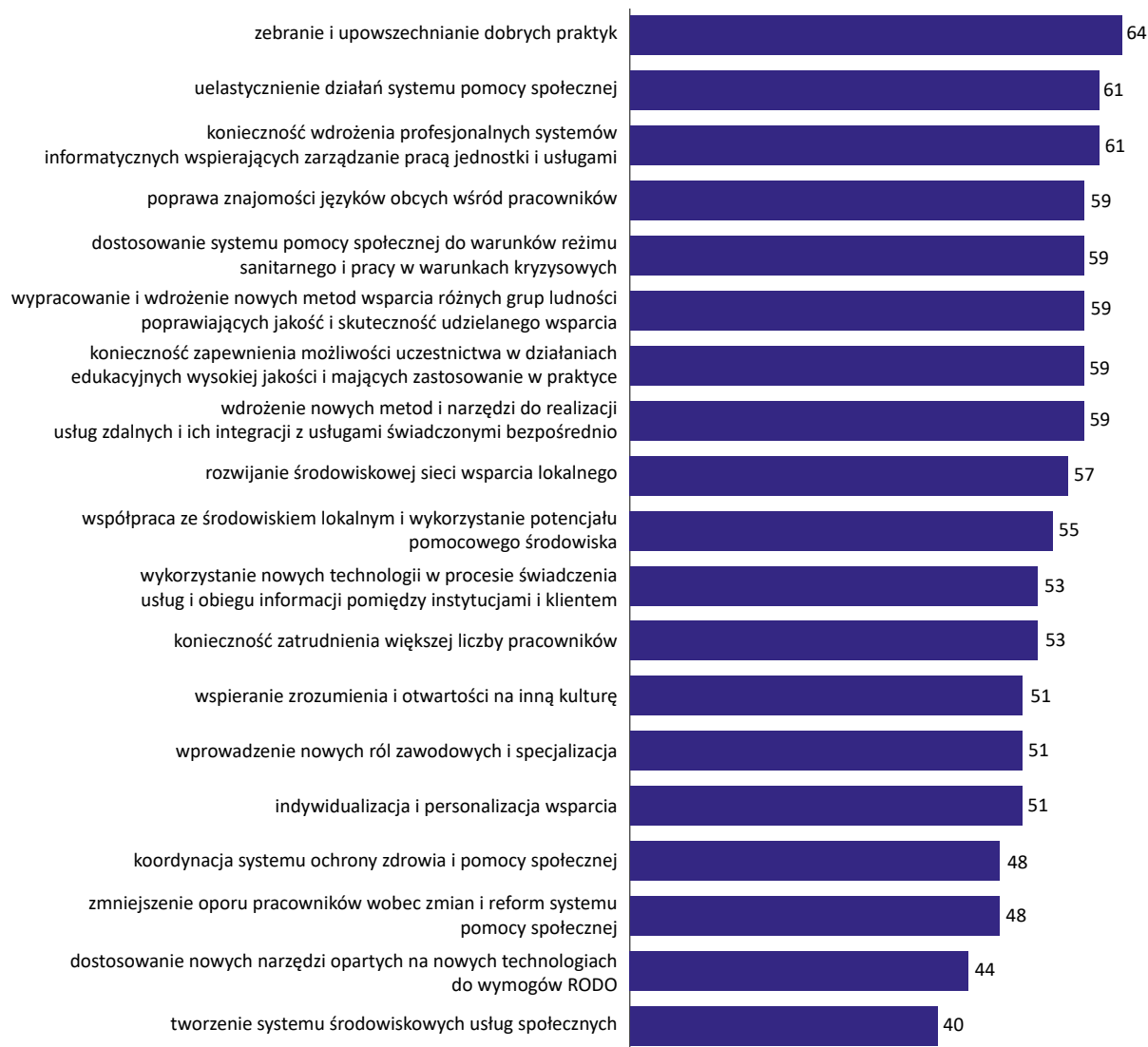
Wykres 2. Ocena stopnia przygotowania jednostek pomocy społecznej na nadchodzące zmiany (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor pomocy społecznej (n od 37 do 104 w zależności od kategorii).

Uzupełnieniem analizy wyzwań związanych z pożądanymi zmianami jest wskazanie, czy w systemie pomocy społecznej planowane są działania w tych obszarach. Większość pracodawców deklaruje, że planuje podjąć działania opisane ramach powyżej wskazanych kierunków.

Wykres 3. Działania rozważane przez pracodawców do wprowadzenia w ich jednostkach pomocy społecznej w ciągu kolejnych 12 miesięcy (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor pomocy społecznej (n od 68 do 95 w zależności od kategorii).

Katalog planowanych działań jest szeroki – dotyczy zarówno wspierania kadry i jej rozwoju poprzez wdrażanie nowych metod pracy, jak i rozwoju podejścia środowiskowego.

Największy odsetek pracodawców wskazuje, że planuje zebranie i upowszechnienie dobrych praktyk (64%), elastyczne i nieszablonowe działania (61%), a także działania zmierzające do wdrożenia profesjonalnych systemów informatycznych wspierających zarządzanie jednostką (61%). Ważnym elementem działań jest także wdrożenie nowych

metod i narzędzi pracy, w tym pracy zdalnej (ok. 61%). Istotnym wątkiem dalszych badań byłoby uszczegółowienie katalogu konkretnych aktywności, które zostały podjęte przez pracodawców i ich instytucje wskazujących na konkretną grupę działań.

3.4.3. Wyzwania specyficzne dla ochrony zdrowia

Reorganizacja procesów diagnostyczno-terapeutycznych

Istotnym problemem sektora ochrony zdrowia jest fakt, że podstawowe procesy nie są zorganizowane optymalnie z punktu widzenia efektywnego gospodarowania zasobami oraz zdolności do zaspokajania potrzeb zdrowotnych pacjentów. Głównym tego przejawem jest tzw. fragmentaryzacja opieki. Należy ją rozumieć jako brak całościowej, kompleksowej opieki nad pacjentem, który ze względu na swoje potrzeby zdrowotne wymaga spójnych działań wielu specjalistów.

W ostatnich latach w odpowiedzi na wskazany problem prowadzone są prace nad różnego rodzaju programami opieki koordynowanej³⁹. Najbardziej zaawansowany z nich – program KOS-zawał ma potwierdzoną dużą skuteczność zdrowotną, jednak nie jest jeszcze upowszechniony na pełną skalę⁴⁰. Obecnie, tj. od października 2022 r., trwa próba upowszechnienia opieki koordynowanej na poziomie POZ, dopiero po pewnym czasie będzie możliwa ocena, na ile to się udało (każdy POZ może wejść do programu, ale jest to dobrowolne)⁴¹.

³⁹ Opieka koordynowana rozumiana jest w badaniu jako taki model świadczenia usług, w którym integrowana jest praca wielu specjalistów, potrzebne usługi są planowane, a procesem leczenia zarządzają profesjonaliści: koordynator leczenia, asystent (koordynator) opieki. Bardzo ważne jest również to, że stan zdrowia pacjenta oraz realizacja zaleceń lekarza są monitorowane także poza wizytami (może to się odbywać zdalnie albo w formie bezpośrednich kontaktów, także z przypisanym do pacjenta opiekunem).

⁴⁰ KOS-zawał redukuje łączne ryzyko zgonu z powodu ponownego zawału i udaru mózgu o około 30%. Spośród 140 ośrodków kardiologicznych, umowy uczestnictwa w programie KOS-zawał podpisane ma ok. 100 szpitali. (stan na marzec 2023 na podstawie wypowiedzi prof. dr hab. n. med. Piotr Jankowski, kardiologa z warszawskiej Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii CMKP, <https://politykazdrowotna.com/artukul/program-kos-zawal-wymaga/969414> (dostęp: 26.06.2023))

⁴¹ Wiceminister zdrowia Waldemar Kraska podczas posiedzenia Komisji Zdrowia Sejmu RP poinformował, że na dzień 5 stycznia 2023 r., umowy z NFZ na tzw. opiekę koordynowaną podpisało 441 świadczeniodawców z obszaru POZ (z około 5,5 tys., czyli 8%). Z całą pewnością będzie to proces stopniowy. Prof. Agnieszka Mastalerz-Migas, pełnomocnik ministra zdrowia ds. wdrożenia opieki koordynowanej w POZ i konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej, liczy, że do końca 2023 r. do programu przystąpi przynajmniej 20–30% placówek POZ. <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Prof-Mastalerz-Migas-o-trzech-miesiacach-opieki-koordynowanej-w-POZ-wyzwaniem-wspolpraca-specjalistow,241001,14.html> (dostęp: 26.06.2023)

W przeprowadzonym badaniu ilościowym 30 % pracodawców sektora opieki zdrowotnej zadeklarowało, że wprowadzenie opieki koordynowanej będzie miało duży lub bardzo duży wpływ na działalność ich placówek w perspektywie najbliższych 5 lat. Przy czym w największym stopniu dotyczyło to pracodawców reprezentujących segment AOS (45%), w mniejszym pracodawców POZ (29%) oraz szpitali (24%).

Eksperti zwracali również uwagę, że jednym z wymiarów fragmentaryzacji jest nieodpowiednia współpraca pomiędzy segmentami POZ, AOS i szpitali. Przy czym najważniejszym problemem jest tu fakt, że zdecydowanie zbyt dużo świadczeń realizowanych jest w ramach opieki stacjonarnej (czyli w szpitalach). Obniża to ich dostępność, a także efektywność kosztową (a w konsekwencji wydolność całego systemu). Z tego powodu duża część usług powinna zostać przeniesiona do opieki ambulatoryjnej (AOS i POZ), jednak przy zachowaniu współpracy ze szpitalami:

” System powinien się dzielić na opiekę otwartą, która działa we współpracy ze sobą.
” Dzisiaj mamy oderwany od siebie POZ i AOS, a one powinny być zintegrowane. Drugi poziom to lecnictwo szpitalne, a ono powinno być ambulatoryjne, bo tak wyglądają współczesne szpitale, z zapleczem łóżkowym dla pacjentów, którzy tej hospitalizacji potrzebują, przede wszystkim ze względu na zabieg. Medycyna współczesna pozwala opiekować się pacjentem w trybie ambulatoryjnym, jeżeli nie wymagają procedury zabiegowej. (Ekspertka branżowa)

Opisana zmiana wymaga wielu kroków. Trzeba m.in. określić referencyjność (czyli procedury, jakie będą wykonywane na każdym ze szczebli opieki), zapewnić wymianę informacji między specjalistami, udostępnić diagnostykę szpitalną dla pacjentów leczonych w POZ i AOS⁴².

Warto tu dodać, że opiekę koordynowaną na poziomie POZ należy odczytywać także jako działanie w tym kierunku (tj. organizacji efektywnej opieki na jak najniższym szczeblu)⁴³. W tym schemacie lekarze rodzinni zaczną prowadzić stabilne przypadki przewlekłe chorych na takie choroby cywilizacyjne jak cukrzyca, nadciśnienie, astma, niedoczynność tarczycy czy obturacyjna choroba płuc. Równocześnie będą mogli oni kupować konsultacje u specjalistów

⁴² W opinii ekspertów na poziomie POZ i AOS brakuje bazy diagnostycznej, zasoby szpitali, zwłaszcza powiatowych, powinny zapełnić tę lukę.

⁴³ A także jako reakcję na niską dostępność lekarzy AOS w sektorze publicznym.

i zlecać szerszy pakiet badań diagnostycznych (co zostało uwzględnione w budżecie programu opieki koordynowanej)⁴⁴.

Rozwój profilaktyki i edukacji zdrowotnej

Zdaniem ekspertów biorących udział w badaniu, w systemie opieki zdrowotnej niedostatecznie rozwinięta jest profilaktyka. Podobnie jak w pierwszej edycji badania, tak i w tej, często podnosili oni konieczność rozwoju działań zmniejszających zachorowalność. W profilaktyce eksperci upatrują jedną z głównych szans na odciążenie systemu opieki zdrowotnej i ucieczkę od jego możliwej niewydolności np. w związku ze starzeniem się społeczeństwa:

„ Musimy zrobić wszystko, żeby zdjąć presję na system ochrony zdrowia. Presję
„ zdejmujemy, zmniejszając zachorowalność, czyli profilaktyka. Determinacja musi być
ogromna, bo fala starzenia się nas zmiecie... (Ekspertka branżowa)

Potrzeba rozwijania kompetencji zdrowotnych (*health literacy*) wśród mieszkańców

Edukacja zdrowotna powinna obejmować wiedzę o zdrowiu człowieka i o tym, jak o nie dbać (np. poprzez sport i regularne badanie się), ale też, jak poruszać się po systemie opieki zdrowotnej: kiedy z problemem można poradzić sobie samemu, a kiedy iść do lekarza albo zwrócić się do innego specjalisty np. farmaceuty:

„ To jest edukacja pacjentów i to tak od dziecka, bo u nas jest tradycja chodzenia
„ ze wszystkim do lekarza... To, że kogoś boli gardło, to nie powinien latać od razu
do lekarza. Powinien umieć sobie poradzić sam. Później, jeśli nie jest w stanie,
to powinien skorzystać z opieki farmaceuty, pielęgniarki i lekarza na końcu.

Mamy takie sytuacje, że pacjent ma drobne dolegliwości i zgłasza się na SOR, który
nie do tego służy (...) Dzisiaj pacjent naprawdę może się pogubić, gdzie ma iść.
A jakby odpytać, to większość nie wie, gdzie trzeba skierowanie, gdzie nie trzeba.
(Pracodawca, POZ)

⁴⁴ Choć w środowisku trwają dyskusje, czy przewidziane stawki będą wystarczające, zwłaszcza do opłacenia lekarzy specjalistów i czy, zwłaszcza na terenach wiejskich, uda się znaleźć odpowiednich specjalistów do współpracy.

Edukacja zdrowotna powinna być prowadzona przez całe życie obywatela. Powinno być na nią zdecydowanie więcej miejsca w samym systemie opieki zdrowotnej (co częściowo się dzieje w ramach opieki koordynowanej, która ma wyraźny komponent edukacyjny), ale też musi być w większym stopniu uwzględniana w programach nauczania na każdym stopniu kształcenia (stąd potrzeba koordynacji działań między sektorem zdrowia a sektorem edukacji). Jedynie 18% pracodawców biorących udział w badaniu ilościowym uważa za ważne wyzwanie rozwoju działań profilaktycznych w placówce, którą prowadzą (np. poprzez wprowadzenie nowego stanowiska edukatora zdrowotnego, poświęcenie większej ilości czasu przez lekarzy i pielęgniarki na edukację zdrowotną). Częściej wskazywali na nie przedstawiciele szpitali (34%) niż AOS (23%) i POZ (15%).

W kontekście rozwoju profilaktyki i edukacji zdrowotnej trzeba przywołać niepojęte zjawisko, jakim jest kryzys zaufania pomiędzy pacjentami a kadrą medyczną (oraz szerzej – stojącym za nią autorytetem nauki i wiedzy medycznej). Eksperci z niepokojem odnotowali rosnący sceptycyzm coraz większej grupy pacjentów wobec konwencjonalnej medycyny. Najłatwiej tą tendencję zilustrować na przykładzie ograniczonej skuteczności szczepień przeciwko Covid-19, które pomimo powszechnej dostępności przyjęła w pełni tylko ponad połowa uprawnionych do tego osób⁴⁵. Co więcej, według ekspertów doświadczenie z pandemią pogłębia te nastroje i są one teraz bardziej widoczne. Manifestują się m.in. w postaci zwiększonej niechęci do szczepień jako takich, przekonaniu o szkodliwości zdrowotnej testów na obecność koronawirusa czy też w „leczeniu się” suplementami diety lub różnymi środkami i zabiegami z zakresu medycyny niekonwencjonalnej:

„ Po pandemii odradza się taki problem, który wydawało się, został rozwiązany modernizacją... czyli powrót do medycyny alternatywnej, która nie jest rozumiana tylko jako wypicie dodatkowo herbatki ziołowej, kiedy jestem przeziębiony... tylko pojawienie się takiego ruchu, który de facto jest antymedyczny... który mówi medycyna konwencjonalna jest czymś złym, niepożądanym i szkodzącym. I to już daleko wyszło poza ruchy antyszczepionkowe. (Ekspertka branżowa)

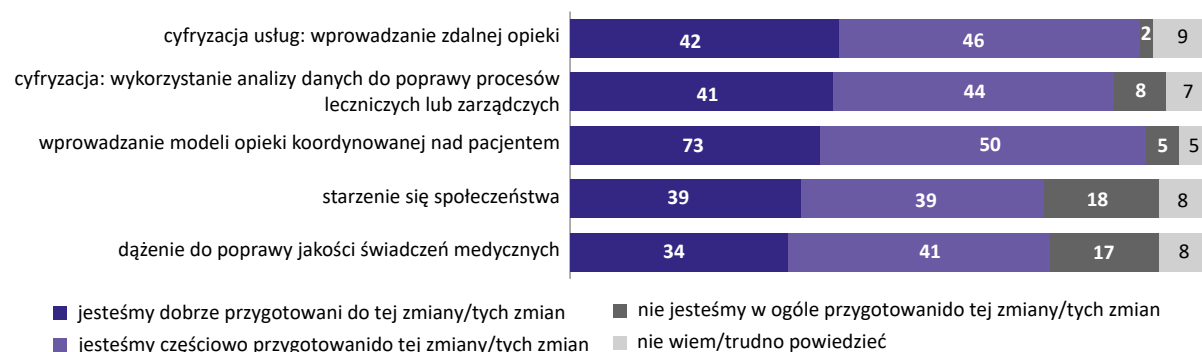
Według części ekspertów, pandemia to też okres, w którym opisane nastroje zaczęły tracić jedynie wymiar indywidualny, a przybrały też postać zorganizowanych ruchów. Może

⁴⁵ Zgodnie ze stanem na 29.03.2023 r. liczba osób w pełni zaszczepionych wynosi 22,6 mln, co stanowi nie więcej niż 60% uprawnionych do szczepienia. <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/raport-szczepien-przeciwko-covid-19> (26.06.2023)

to w przyszłości pogłębiać problem zaufania i ograniczać skuteczność różnego rodzaju działań/polityk z zakresu zdrowia publicznego w naszym kraju.

Na zakończenie rozważań o kierunkach zmian w sektorze opieki zdrowotnej warto zauważyć, że w zależności od kwestii, o jaką pytano w badaniu ilościowym, około 35–40% pracodawców twierdzi, że ich placówki są dobrze przygotowane na nadchodzące zmiany. Pozostali deklarują przygotowanie tylko częściowe lub też w ogóle brak przygotowania (wyrażna mniejszość od 2% do 17%). Oczywiście jest to pewna ogólna ocena, wskazuje jednak na potrzebę rozwijania zdolności do wdrożenia zmian wśród wielu placówek.

Wykres 4. Ocena stopnia przygotowania podmiotów leczniczych na nadchodzące zmiany (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL branża opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor opieki zdrowotnej (n = 564).

3.5. Podsumowanie

Sektory pomocy społecznej i opieki zdrowotnej stoją w obliczu dużych wyzwań, które stworzone są zarówno przez czynniki zewnętrzne dotyczące szerszych procesów społecznych, jak i czynniki wewnętrzne związane z funkcjonowaniem obu sektorów. Rośnie liczba osób starszych i w kryzysach psychicznych wymagających wsparcia, nasilić się mogą ruchy migracyjne. Spowoduje to wzrost liczby osób wymagających pomocy. Równocześnie mieszkańcy oczekują poprawy jakości usług społecznych i zdrowotnych. Zarówno presja ilościowa, jak i oczekiwania wobec jakości usług wymuszają pewne zmiany dostosowawcze w obu sektorach. Obecnie można już je częściowo zaobserwować. Rośnie znaczenie wsparcia środowiskowego, usług społecznych i zdrowotnych świadczonych w środowiskach lokalnych. Wiąże się to z potrzebą efektywnej współpracy pomiędzy różnymi podmiotami udzielającymi

wsparcia, które działają w środowiskach lokalnych. Na znaczeniu zyskiwać będą rozwiązania bazujące na wykorzystaniu technologii cyfrowych w udzielaniu wsparcia. Warto zaznaczyć, że potrzebę zmian w perspektywie długoterminowej w większym stopniu dostrzegają eksperci niż pracodawcy, którzy oceniają możliwość wprowadzenia zmian w sektorze przez pryzmat bieżącej sytuacji.

4. Scenariusze rozwoju

Do zbudowania możliwych scenariuszy rozwoju branży wykorzystano technikę osi scenariuszowych. Zakłada ona określenie listy zjawisk mających wpływ na przyszły kształt branży oraz wyodrębnienie z nich dwóch kluczowych czynników zmiany (zarazem najbardziej znaczących i najmniej przewidywalnych). Następnie, wybrane czynniki służą do zakreszenia osi współrzędnych, w której cztery pola wpisywane są osobne scenariusze rozwoju⁴⁶.

Praca nad scenariuszami przebiegała przede wszystkim w ramach osobnych warsztatów z ekspertami z branży (przeprowadzono ich łącznie pięć, po dwa dla każdego sektora i jeden wspólny). Dodatkowo wykorzystano materiał z wywiadów pogłębionych, a także badania delfickiego. Służył on przede wszystkim do opracowania głównych założeń dyskutowanych i rozwijanych w ramach warsztatów scenariuszowych. W toku prac wyodrębniono dwa kluczowe czynniki, które zadecydują, w jaki sposób branża będzie funkcjonowała w przyszłości (tj. jaka będzie jej zdolność do zapewnienia odpowiednich usług mieszkańcom). Są to:

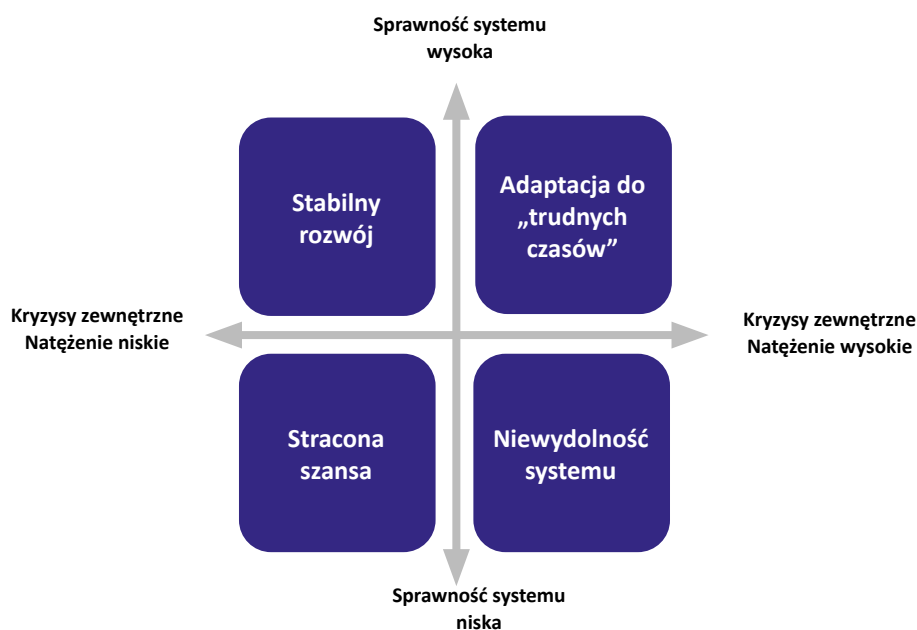
- **Nawarstwiający się kryzysy zewnętrzne**, które przełożą się na sytuację społeczno-gospodarczą w kraju. Te zewnętrzne czynniki wobec branży będą miały dla niej kluczowe znaczenie – z jednej strony zdecydują o stopniu zapotrzebowania na usługi społeczne i zdrowotne, z drugiej określą możliwości finansowania usług publicznych. Z całą pewnością postępujący proces starzenia się ludności znacząco zwiększy zapotrzebowanie na usługi. Mogą jednak na to nałożyć się dodatkowe potrzeby wywołane napływem uchodźców wojennych lub osób migrujących z powodu kryzysu klimatycznego (czego skala jest trudna obecnie do przewidzenia). Po kryzysie covidowym należy wziąć także pod uwagę ryzyko kolejnych pandemii. Równocześnie z tymi zjawiskami łączy się wiele negatywnych konsekwencji gospodarczych. Mniejsza aktywność ekonomiczna obywateli (czy to w skutek starzenia się, czy np. w związku z kolejną pandemią) przekłada się na mniejsze środki z podatków i składek ubezpieczeniowych. Kryzys klimatyczny i przeciągająca się wojna zapewne też będą miały swoje reperkusje gospodarcze (tak jak widzimy to obecnie w postaci wzrostu cen energii i inflacji, co znacząco zwiększa koszty, także w zakresie świadczenia usług publicznych).

⁴⁶ Klooster, SA, Asselt, M.B. (2006). *Practising the scenario-axes technique*, "Futures", No. 38.

Sprawność systemu: efektywna organizacja pracy i wykorzystanie zasobów (w szczególności w odniesieniu do kadr i ich kompetencji) oraz zdolność systemu do zmiany/adaptacji do zmieniających się warunków i potrzeb odbiorców wsparcia.

Powyższe czynniki posłużyły do wyznaczenia osi współrzędnych, w których cztery pola wpisane zostały cztery osobne scenariusze (każdy uwzględniający inne natężenie poszczególnych czynników). Przedstawia to poniższy rysunek.

Rysunek 1. Oś współrzędnych wyznaczające scenariusze rozwoju



Źródło: opracowanie własne.

Scenariusz I: Stabilny rozwój

Niskie natężenie kryzysów zewnętrznych tworzących umiarkowaną presję na system pomocy społecznej i ochrony zdrowia przy wysokiej sprawności systemu.

Kontekst

Systemy pomocy społecznej i ochrony zdrowia są dobrze zorganizowane i zarządzane (zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym), pracują efektywnie. Mają także zdolność do adaptacji do zmieniających się warunków oraz potrzeb społecznych i zdrowotnych mieszkańców.

Rośnie liczba osób starszych oraz osób znajdujących się w kryzysach psychicznych (w różnych grupach wiekowych) potrzebujących wielowymiarowego wsparcia, jednak nie towarzyszą temu inne wstrząsy zewnętrzne takie jak np. zwiększone napływy migracyjne. Gospodarka znajduje się na ścieżce wzrostu, rośnie też budżet przeznaczony na opiekę zdrowotną i pomoc społeczną.

Charakterystyka

- Rozwinięto sieć centrów usług społecznych koordynujących wsparcie świadczone w ramach pomocy społecznej, ochrony zdrowia, kultury, edukacji, itp.
- System pomocy społecznej ma charakter uspołeczniony, gdzie znaczna część działań jest zakontraktowana na wieloletnie kontrakty z podmiotami społecznymi. Mamy zatem do czynienia z połączeniem zakontraktowanych usług sfinansowanych przez samorząd z inicjatywami na poziomie lokalnym.
- W systemie opieki zdrowotnej dokonano przebudowy procesu świadczenia usług: ograniczono hospitalizację na rzecz opieki ambulatoryjnej, na powszechną skalę wdrożono modele opieki koordynowanej.
- Udało się podnieść jakość wsparcia dzięki wdrożeniu na powszechną skalę standardów usług społecznych oraz standardów diagnostyczno-leczniczych, a w opiece zdrowotnej dodatkowo – mechanizmu płatności za efekty leczenia.
- Rozwinięto profilaktykę zdrowotną, a także edukację zdrowotną przy współpracy z sektorami pomocy społecznej i edukacji.
- Branża przeszła udaną cyfryzację: wdrożono efektywne modele opieki zdalnej, sztuczna inteligencja wykorzystywana jest do optymalizacji procesów świadczenia usług i procesów zarządczych.
- Tworzone są zachęty do wdrażania i testowania innowacyjnych metod wsparcia różnych grup ludności.
- Wprowadzono elastyczne (niezhierarchizowane) zarządzanie w jednostkach pomocy społecznej. W systemie opieki zdrowotnej doszło do demokratyzacji relacji pomiędzy różnymi zawodami medycznymi i poprawy współpracy w ramach zespołów terapeutycznych.

Sytuacja mieszkańców/stan zaspokojenia potrzeb

- Udało się znacząco poprawić jakość usług społecznych oraz zdrowotnych.
- Znacząco ograniczono nierówności w dostępie do opieki społecznej i usług społecznych. Stan zaspokojenia potrzeb w niewielkim stopniu zależy od miejsca zamieszkania i statusu socjoekonomicznego.

- Poprawił się dobrostan mieszkańców: długość życia w zdrowiu, zadowolenie z życia i miejsca zamieszkania.
- Mieszkańcy mogą liczyć na szeroki wachlarz skoordynowanych i dostosowanych do potrzeb usług społecznych i zdrowotnych.
- Usługi społeczne i zdrowotne świadczone są przede wszystkim w środowisku życia mieszkańców, ograniczony jest zakres hospitalizacji oraz opieki w placówkach stacjonarnych (takich jak domy pomocy społecznej).

Zakres wsparcia

- Rozwinięto szeroki wachlarz usług środowiskowych realizowanych przez różne współpracujące ze sobą podmioty.
- Wysoka dostępność i jakość usług, które są ewaluowane i ulepszone.
- Wsparcie wykorzystuje nowe technologie, rozwija się sieć teleopieki.
- Wypracowano ścieżki wsparcia różnych grup osób/pacjentów w ramach skoordynowanego wsparcia społecznego i zdrowotnego, stopniowo zwiększany jest zakres ich wdrożenia.
- Rozwinięto sieć wolontariatu, różnych grup samopomocowych i usług sąsiedzkich.
- Wsparcie udzielane w ramach pomocy społecznej ma bardziej powszechny, a nie selektywny charakter.

Zasoby

- Wzrosło finansowanie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, w sposób który jest adekwatny do rosnących potrzeb w związku z rosnącą liczbą osób starszych oraz w kryzysach psychicznych.
- W sektorze opieki zdrowotnej udało się opanować kryzys kadrowy. Stało się to przede wszystkim dzięki rozwojowi kształcenia i skutecznej integracji medyków z zagranicy. Nie bez znaczenia był także rozwój zawodów pomocniczych i poszerzanie kompetencji poszczególnych zawodów medycznych.
- Nastąpiła poprawa warunków pracy w systemie pomocy społecznej, poprawił się wizerunek pomocy społecznej, wprowadzono niehierarchizowany system zarządzania – zmiany te spowodowały większy napływ pracowników do systemu. Pozwoliło to na zwiększenie zakresu indywidualizacji wsparcia świadczonego na rzecz klientów.
- Rozwinięto sieć wymiany doświadczeń między różnymi rolami zawodowymi w pomocy społecznej.

- Rozwinięto systemy wsparcia pracowników pomocy społecznej w pracy poprzez superwizję (dostępną dla wszystkich zawodów pomocowych), systemy mentoringowe.
- Jednostki pomocy społecznej współpracują z podmiotami edukacyjnymi, poprawiono jakość systemu praktyk i staży.
- Wypracowano ścieżki rozwoju zawodowego w pomocy społecznej uwzględniające zwiększenie zakresu decyzyjności pracowników w zależności od posiadanych kompetencji.
- Rozwinęły się nowe role zawodowe nastawione na różne potrzeby (asystenci różnych grup ludności, terapeuta środowiskowy, asystent zdrowienia, mediator, animator współpracy).
- Pracownicy branży posiadają i stale rozwijają kompetencje potrzebne w nowoczesnym systemie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej:
 - kompetencje współpracy w zespołach łączących przedstawicieli różnych zawodów,
 - kompetencje współpracy i komunikacji z pacjentami/odbiorcami usług,
 - kompetencje cyfrowe (zwłaszcza w zakresie opieki zdalnej, wykorzystania danych gromadzonych w systemie do poprawy jakości opieki),
 - kompetencje związane ze stałym doskonaleniem swoich umiejętności zawodowych,
 - kompetencje pracy ze środowiskiem lokalnym,
 - zarządzanie usługami i zasobami wsparcia na poziomie lokalnym.

Opisany scenariusz jest możliwy do zrealizowania dzięki wprowadzeniu odpowiednich rozwiązań systemowych (powszechnie obowiązujący standard usług cyfrowych, mechanizmy promujące jakość – standaryzacja procedur, płatność za wyniki) oraz powszechnie dostępnej oferty szkoleniowej.

Scenariusz może służyć jako wizja docelowa zmian. Realizacja scenariusza uzależniona jest od skutecznego wdrożenia reform poprawiających jakość i dostępność usług publicznych. Potrzebne zmiany są już dawno zdiagnozowane, często budzą jednak kontrowersje różnych interesariuszy (np. wybranych grup pracowników), brakuje też politycznej konsekwencji oraz zdolności organizacyjnych, by je wdrożyć.

Kluczowe warunki realizacji scenariusza:

- Wypracowanie konsensusu – wspólnej wizji zmian, na którą jest w stanie się zgodzić większość interesariuszy, a także środowisk politycznych.
- Konsekwentne przywództwo i rozwój zdolności zarządczych na poziomie centralnym.

- Rozwój zdolności wdrożeniowych systemu poprzez prowadzenie pilotaży nowych rozwiązań oraz zapewnienie szerokiego wsparcia poszczególnym podmiotom w zakresie wdrażania zmian.
- Zmiana sposobu zarządzania w jednostkach pomocy społecznej i podmiotach leczniczych, skupiająca się na poszukiwaniu możliwości współpracy z podmiotami zewnętrznymi, które także oferują wsparcie różnym grupom ludności. Ważna w tym kontekście jest poprawa znajomości lokalnych zasobów poprzez systematyczną diagnozę zasobów i potrzeb środowisk lokalnych. Takie działania usprawnią powstawanie lokalnych systemów wsparcia, które będą wykorzystywać potencjał podmiotów działających na ich terenie. Zmianę w tym kierunku przyspieszy powstawanie centrów usług społecznych w coraz większej liczbie gmin, które pełnić będą rolę koordynatora i facylitatora lokalnej współpracy.
- Wdrażanie do codziennej praktyki nowych ról zawodowych, które wspierają realizację środowiskowych usług społecznych (np. asystenci różnych grup ludności, terapeuta środowiskowy, asystent zdrowienia, mediator, animator współpracy).
- Poprawa warunków pracy zarówno w obszarze finansowym, jak i związanych z rozwijaniem kompetencji i wsparciem w wykonywaniu zadań. Działania te zwiększą atrakcyjność zawodów pomocowych, co przyczynić się do napływu nowych pracowników.

Scenariusz II: Adaptacja do „trudnych czasów”

Silne natężenie kryzysów zewnętrznych tworzących presję na system pomocy społecznej i ochrony zdrowia przy wysokiej sprawności systemu.

Kontekst

Zapotrzebowanie na wsparcie świadczone w ramach systemu pomocy społecznej i ochrony zdrowia (głównie w postaci usług świadczonych w środowiskach lokalnych) bardzo wzrośnie. Po coraz większą pomoc będzie się zgłaszać coraz więcej osób starszych, osób w kryzysach psychicznych (w różnych grupach wiekowych), a także cudzoziemców (w tym uchodźców) napływających do naszego kraju. Równocześnie ze względu na kryzys gospodarczy i inflację, środki przeznaczone na pomoc społeczną i ochronę zdrowia nie rosną w sposób adekwatny do zwiększonych potrzeb. Spowodowało to konieczność poszukiwania przez system innych możliwości rozwoju świadczonego wsparcia, rozpoczęto stopniowe rozwijanie współpracy różnych podmiotów działających lokalnie, które udzielają wsparcia mieszkańcom.

Systemy pomocy społecznej i ochrony zdrowia są dobrze zorganizowane i zarządzane, mają też zdolność do systemowej zmiany: reformy oraz adaptacji do zmieniających się warunków. Problem niedoborów kadr wciąż istnieje, jednak nie pogłębia się, nastąpiła poprawa warunków pracy, co spowodowało większy napływ nowych pracowników do obu sektorów, szczególnie w systemie pomocy społecznej. Stopniowo pojawiają się w systemach niezbędne kompetencje poprawiające skuteczność działania systemu.

Charakterystyka

- W branży budowana jest odporność (*resilience*) na nieprzewidziane kryzysy.
- Wprowadzono elastyczne (niezhierarchizowane) zarządzanie w jednostkach pomocy społecznej pozwalające na elastyczną reakcję na sytuacje kryzysowe.
- Stworzono trwałe relacje zewnętrzne jednostek pomocy społecznej w postaci sieci porozumień i partnerstw tworzących lokalne systemy wsparcia.
- Rozwinięto sieć wolontariatu, różnych grup samopomocowych i usług sąsiedzkich.
- Wsparcie udzielane w ramach pomocy społecznej ma bardziej powszechny, a nie selektywny charakter.
- W systemie opieki zdrowotnej udało się wdrożyć reformy poprawiające skuteczność i efektywność wsparcia (ograniczono hospitalizacje, wprowadzono modele opieki koordynowanej i mechanizmy podnoszące jakość świadczeń).
- Rozwinięto profilaktykę zdrowotną, a także edukację zdrowotną przy współpracy z sektorem pomocy społecznej i edukacji.
- Branża przeszła udaną cyfryzację: wdrożono efektywne modele opieki zdalnej, sztuczna inteligencja wykorzystywana jest do optymalizacji procesów świadczenia usług i procesów zarządczych.
- Doszło jednak do ograniczenia zakresu świadczeń dostępnych w ramach powszechnego systemu ubezpieczeniowego. Poza koszykiem świadczeń gwarantowanych znalazło się wiele usług, a za część z nich wprowadzono też współpłatność.

Sytuacja mieszkańców/stan zaspokojenia potrzeb

- Mieszkańcy mają równy dostęp do publicznej opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, mogą liczyć na jej wysoką jakość, jednak jej zakres jest ograniczony.
- W związku z tym mieszkańcy kupują usługi zdrowotne, których nie zapewnia system publiczny, na rynku prywatnym. Część mieszkańców, ze względu na ograniczone środki, nie może tego robić w takim zakresie, jakby to wynikało z ich potrzeb zdrowotnych.

- Duża część usług społecznych realizowana jest w ramach rodziny przy udziale społeczności lokalnych i organizacji pozarządowych. Działania te są uzupełniane przez wsparcie realizowane przez pomoc społeczną.
- Wzrasta ryzyko pogłębienia się nierówności zdrowotnych wśród mieszkańców. Są one jednak ograniczane przez powszechny rozwój bezpłatnej profilaktyki i edukacji zdrowotnej.
- Również samorządy wspierane przez organizacje społeczeństwa obywatelskiego biorą na siebie ciężar organizacji brakujących usług zdrowotnych. Co jest w dużym stopniu możliwe dzięki wykorzystaniu technologii cyfrowych. Dzięki temu sytuacja zdrowotna najmniej uprzywilejowanych mieszkańców jest lepsza, dotyczy to jednak przede wszystkim społeczności o dużym kapitale społecznym, zdolnych do skutecznej samoorganizacji.

Zakres wsparcia

- Osiągnięto wysoką jakość i dostępność usług społecznych świadczonych w środowiskach lokalnych.
- Oferta różnych instytucji oferujących wsparcie lokalne jest skoordynowana i wzajemnie się uzupełnia.
- Wypracowano ścieżki wsparcia różnych grup osób/pacjentów ramach skoordynowanego wsparcia społecznego i zdrowotnego, stopniowo zwiększany jest zakres ich wdrożenia.
- Rozwijają i upowszechniają się metody wsparcia środowiskowego różnych grup.
- Zakres usług dostępnych w ramach publicznej opieki zdrowotnej i pomocy społecznej został ograniczony.

Zasoby

- W systemie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej nie ma wystarczających zasobów finansowych, by sprostać w pełni wzrostowi zapotrzebowania na usługi. Spowodowało to konieczność poszukiwaniu innych możliwości rozwoju oferty usług związanych z wykorzystaniem potencjału współpracy różnych podmiotów świadczących wsparcie na poziomie lokalnym.
- Istotnym problemem są braki kadrowe. Wprawdzie podejmowane są działania skutecznie podnoszące liczbę pracowników sektora ochrony zdrowia i pomocy społecznej, jednak nie jest to wystarczające w obliczu rosnącego popytu na usługi.

- Braki kadrowe są stopniowo uzupełniane dzięki poprawie warunków pracy, poprawie wizerunku pomocy społecznej i elastycznemu zarządzaniu jednostkami. Pozwoliło to na zwiększenie zakresu indywidualizacji wsparcia świadczonego na rzecz klientów.
- W jednostkach pomocy społecznej podejmowane są działania sprzyjające kształceniu i rozwojowi kadr: upowszechniono superwizję oraz systemy monitoringowe.
- Rozwinięto współpracę z podmiotami kształcącymi kadry i usprawniono system praktyk i staży.
- Wypracowano ścieżki rozwoju zawodowego uwzględniające zwiększenie zakresu decyzyjności pracowników w zależności od posiadanych kompetencji.
- Rozwinęły się nowe role zawodowe nastawione na różne potrzeby (asystenci różnych grup ludności, terapeuta środowiskowy, asystent zdrowienia, mediator, animator współpracy).
- Nastąpiła zmiana postrzegania pracowników pomocy społecznej: od specjalistów od deficytów do specjalistów od potencjału.
- Pracownicy posiadają kompetencje pozwalające na podążanie za postępem wiedzy w branży poprzez wykorzystanie technologii cyfrowych do świadczenia usług, a także pozwalające na skuteczną współpracę i komunikację z innymi profesjonalistami oraz pacjentami/odbiorcami usług. Mają też zdolność do poszukiwania nowych rozwiązań w zakresie świadczenia usług oraz podejmowania nieszablonowych decyzji. Dzięki znajomości odpowiednich procedur i odpowiedniemu wsparciu psychologicznemu potrafią działać w warunkach kryzysowych.

Realizacja tego scenariusza pozwoli na wejście systemu na ścieżkę zmian, które zostaną przyspieszone natężeniem kryzysów zewnętrznych wymagających niestandardowych metod i elastycznych działań. To, czy powyższy scenariusz wystąpi, zależy od skali natężenia kryzysów zewnętrznych, a także od zdolności systemu do wprowadzenia reform (podobnie jak w scenariuszu pierwszym).

Kluczowe warunki realizacji scenariusza:

- Wypracowanie odpowiedniej formuły ograniczenia zakresu/koszyka usług dostępnych w ramach sektora publicznego, tak by zminimalizować konsekwencje zdrowotne i społeczne tego kroku.
- Uzyskanie społecznej i politycznej akceptacji dla tego rodzaju zmiany.
- Zapewnienie równego dostępu do usług, które pozostaną w koszyku usług sektora publicznego.

- Rozwinięcie zdolności systemu do szybkiego reagowania na sytuacje kryzysowe.
- Otwartość systemu na nowe rozwiązania wprowadzane oddolnie przez różne podmioty i osoby zarówno z branży, jak i z poza niej, działające w środowisku lokalnym.

Scenariusz III: Stracona Szansa

Niskie natężenie kryzysów zewnętrznych tworzącą umiarkowaną presję na system pomocy społecznej i ochrony zdrowia przy niskiej sprawności systemu.

Kontekst

System pomocy społecznej i ochrony zdrowia nie działa efektywnie. Pomimo prób, nie przeszedł gruntownych reform – cechują go podobne problemy co obecnie, być może można mówić o ich pogłębieniu. Nie obserwuje się gwałtownych kryzysów zewnętrznych (np. nasilenia się ruchów migracyjnych), ale presja na system z powodu starzenia się czy wzrostu liczby osób w kryzysach psychicznych występuje, jednak jest rozłożona w czasie.

Charakterystyka

- Scenariusz zastojowy: ze względu na brak kryzysów zewnętrznych oraz niską sprawność nie ma impulsów do zmian i poprawy jakości w jednostkach, pomimo faktu, że wyzwania społeczne na danym obszarze powiatu/gminy wciąż istnieją (np. w postaci wyzwań związanych ze starzeniem się czy wzrostem liczby osób w kryzysach psychicznych, ale zmiany są rozłożone w czasie). Brak gwałtownych kryzysów zewnętrznych natomiast obniża mobilizację systemu i jego jednostek do zmian.
- Brak długofalowej wizji zmian w jednostkach i w systemie.
- Realizacja minimum działań wyznaczonych przepisami prawnymi.
- Brak impulsów do poszukiwania nowych rozwiązań w obszarze wsparcia różnych grup ludności.
- Utrwalanie starych wzorców działania jednostek pomocy społecznej, które nie przystają do nowej sytuacji społecznej, w tym w szczególności brak współpracy i koordynacji działań z instytucjami z innych sektorów (ochrony zdrowia, kultury, edukacji, itp.) działającymi na poziomie lokalnym.
- W systemie opieki zdrowotnej podejmowane są próby reform, wprowadzania usprawnień, mają jednak one tylko fragmentaryczny zasięg (obejmują ograniczony zakres świadczeń, ograniczoną liczbę podmiotów lub dotyczą jedynie wybranych bolączek systemu).

- Nie doszło do istotnego rozwoju i koordynacji działań profilaktycznych i edukacji zdrowotnej.
- Wdrożenie zmian (np. wykorzystanie technologii cyfrowych) w dużej mierze zależy od inicjatywy poszczególnych podmiotów leczniczych. W sektorze można mówić o podmiotach „różnej prędkości”, liderach zmian i podmiotach opornych wobec zmiany, pozostających w stagnacji.

Sytuacja mieszkańców/stan zaspokojenia potrzeb

- Występują istotne problemy w zakresie dostępności usług zdrowotnych i społecznych, manifestujące się przede wszystkim w postaci długich kolejek. Jednak w dalszym ciągu udaje się je ograniczać, przede wszystkim do świadczeń specjalistycznych i przypadków mniej pilnych. Prowadzi to do dalszego rozwoju sektora usług prywatnych. W przypadku pomocy społecznej ciężar wsparcia zostaje przerzucony na rodzinę i organizacje pozarządowe, ale wsparcie to w małym stopniu jest skoordynowane ze wsparciem publicznym z systemu pomocy społecznej.
- Jakość usług zależy w dużej mierze od działań podjętych na poziomie podmiotów leczniczych czy jednostek pomocy społecznej. Stąd np. pacjenci z tą samą jednostką chorobową mogą spotkać się z leczeniem bardzo różnej jakości. Na poziomie systemowym nie ma mechanizmów wspierających wysoką jakość usług.
- Pogłębiają się nierówności zdrowotne i społeczne ze względu na status socjoekonomiczny i miejsce zamieszkania (opieka zdrowotna i pomoc społeczna w dużych ośrodkach jest wyższej jakości i bardziej dostępna zarówno ta publiczna, jak i prywatna).

Zakres wsparcia

- Niska jakość i średnia dostępność usług.
- Duże zróżnicowanie jakości i dostępności usług na poziomie lokalnym (gminnym i powiatowym) – lepsza jakość i dostępność usług w dużych ośrodkach miejskich, niższa na terenach wiejskich z dala od dużych miast.
- Zakres usług nie zmienił się, nie rozwinęła się sieć środowiskowych usług lokalnych.
- Usługi zdrowotne i społecznej w zakresie opieki długoterminowej nie są skoordynowane.
- Na zróżnicowane potrzeby różnych grup mieszkańców odpowiada oferta złożona głównie z usług opiekuńczych i niewielkiego zakresu usług asystenckich.
- Utrudniony dostęp do wsparci psychologicznego, terapeutycznego i do lekarza psychiatry (szczególnie dziecięcego) finansowanych ze środków publicznych, co pogłębia i tak rosnące problemy psychiczne mieszkańców.

Zasoby

- Wzrosło finansowanie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Nie przeprowadzono jednak reform poprawiających efektywność usług. W związku z tym zdolność do odpowiedzi na potrzeby mieszkańców jest ograniczona.
- Nie podjęto spójnych i konsekwentnych działań zmierzających do ograniczenia (skutków) braków kadrowych.
- Rozwój kadr jest ograniczony, brak zachęt dla pracowników do podejmowania działań podnoszących ich kompetencje.
- Niska decyzyjność i sprawczość pracowników, którzy nie wykorzystują w pracy posiadanej wiedzy i umiejętności.
- Brak systemów mentoringowych, system praktyk i staży jest nieefektywny.
- Superwizją objęci są tylko pracownicy socjalni, a skala tego wsparcia jest niewielka.
- Niski poziom współpracy sektora pomocy społecznej i ochrony zdrowia z innymi instytucjami oraz sektorem nieformalnym na poziomie lokalnym skutkuje niewykorzystaniem potencjału pomocowego i jego niską efektywnością.

Realizacja tego scenariusza może mieć długotrwały charakter i wywołać zastój w systemie. Scenariusz jest rewersem najbardziej optymalnego scenariusza pierwszego. **Wystąpi, jeśli warunki zewnętrzne pozostaną w przyszłości stabilne, jednak reformy systemu, pomimo sprzyjających okoliczności, nie zostaną podjęte.** W systemie nie będzie prowadzona spójna polityka kadrowa, stąd kompetencje kadr np. w zakresie umiejętności cyfrowych, rozwoju umiejętności zawodowych czy komunikacji z odbiorcą usług są bardzo zróżnicowane, zależą od indywidualnych predyspozycji oraz sposobu funkcjonowania poszczególnych placówek (ich kultury pracy, wymagań pracodawcy itp.).

Scenariusz IV: Niewydolność systemu

Silne natężenie kryzysów zewnętrznych tworzących presję na system pomocy społecznej i ochrony zdrowia przy niskiej sprawności systemu.

Kontekst

Zapotrzebowanie na wsparcie świadczone w ramach systemu pomocy społecznej i ochrony zdrowia (głównie w postaci usług świadczonych w środowiskach lokalnych) bardzo wzrośnie. Po coraz większą pomoc będzie się zgłaszać coraz więcej osób starszych, w kryzysach psychicznych, a także cudzoziemców (w tym uchodźców) napływających do naszego kraju.

Równocześnie ze względu na kryzys gospodarczy i inflację, środki przeznaczone na pomoc społeczną i ochronę zdrowia nie rosną w sposób adekwatny do zwiększonych potrzeb. Sam system pomocy społecznej i ochrony zdrowia, pomimo prób, nie przeszedł gruntownych reform, cechując go podobne problemy co obecnie, które nawet się pogłębiają.

Charakterystyka

- System nieodporny na zewnętrzną presję – w okresie nasilenia kryzysów chaos w działaniu, długi okres dostosowania do zmian.
- Niewielka zdolność do zarządzania kryzysowego: szybkiego wypracowywania rozwiązań i wdrażania ich na poziomie całego systemu.
- O niewielkie zasoby konkurują w ramach branży węższe kategorie zawodowe reprezentujące wybrane specjalności/dziedziny wsparcia (np. kardiolodzy vs. lekarze rodzinni). Od ich zorganizowania i zdolności dotarcia do decydentów zależy, które dziedziny będą lepiej funkcjonować, a którym grozi zapaść.
- Funkcja wspierania osób potrzebujących jest przerzucona na rodziny, organizacje pozarządowe i wolontariuszy.
- Brak współpracy (lub jej ograniczony zakres) z sektorem nieformalnym (grupy nieformalne, lokalni liderzy, organizacje pozarządowe, wolontariusze, itp.).
- Zbyt sformalizowana struktura jednostek pomocy społecznej i ich działań (przeregulowanie) powodująca nieelastyczność w sytuacji presji czy kryzysu.
- Zmiany systemowe w systemie pomocy społecznej i opieki zdrowotnej podejmowane są w małym zakresie, bez wpływu na ogólny sposób funkcjonowania systemu, brak impulsów do pogłębionych zmian.
- Wdrożenie zmian (np. wykorzystanie technologii cyfrowych) w dużej mierze zależy od inicjatywy poszczególnych podmiotów leczniczych.
- Nawet jeśli kryzys wymusi na jednostce określone działania, to po jego zakończeniu lub osłabnięciu jednostka wraca do poprzedniego sposobu działania – system nie ma charakteru uczącego się.
- Dominuje selektywna logika działania – skupienie się na wąsko zdefiniowanych grupach.
- Koordynacja pomiędzy sektorem pomocy społecznej, ochrony zdrowia, edukacji czy kultury ma niewielki zakres i ograniczona jest do pojedynczych lokalnych inicjatyw. Nie doszło do istotnego rozwoju i koordynacji działań profilaktycznych i edukacji zdrowotnej.

Sytuacja mieszkańców/stan zaspokojenia potrzeb

- W sytuacjach natężenia kryzysu (kolejnej pandemii, napływu dużej liczby uchodźców potrzebujących wsparcia) dochodzi do przeciążenia systemu i zawieszenia jego funkcjonowania w jakimś zakresie np. w odniesieniu do wybranych usług w wybranych lokalizacjach czy podmiotach. Mieszkańcy nie mogą wtedy uzyskać pomocy nawet w pilnych przypadkach.
- Również w bardziej spokojnych okresach występują duże kolejki, jakość świadczeń nie jest monitorowana.
- Pogarsza się stan zdrowia (co widać w statystykach długości życia i długości życia w zdrowiu) i sytuacja społeczna mieszkańców.
- Mieszkańcy tracą zaufanie do systemu usług publicznych – społecznych i zdrowotnych. Osoby, które na to stać, zapewniają sobie kompleksowe wsparcie na rynku usług prywatnych (w tym w zakresie usług bardzo kosztownych takich jak np. leczenie szpitalne albo opieka długoterminowa). Drastycznie pogłębiają się nierówności zdrowotne i społeczne pomiędzy mieszkańcami.

Zakres wsparcia

- Niska jakość usług społecznych udzielana ograniczonej grupie osób.
- Duże zróżnicowanie jakości i zakresu wsparcia między ośrodkami pomocy społecznej i podmiotami leczniczymi, co przekłada się na nierówności w dostępie do usług.
- Choć formalnie zakres usług w systemie publicznym się nie zmienił, wyraźnie występują obszary, które lepiej funkcjonują i takie, które działają jedynie szczątkowo. Nie jest to wynik planowej polityki, lecz lobbingu poszczególnych środowisk zawodowych.
- Nie rozwinęła się sieć środowiskowych usług lokalnych.
- Usługi zdrowotne i społecznej w zakresie opieki długoterminowej nie są skoordynowane.
- Na zróżnicowane potrzeby różnych grup mieszkańców odpowiada oferta złożona głównie z usług opiekuńczych i niewielkiego zakresu usług asystenckich.
- Utrudniony dostęp do wsparcia psychologicznego, terapeutycznego i do lekarza psychiatry (szczególnie dziecięcego) finansowanych ze środków publicznych, co pogłębia i tak rosnące problemy psychiczne mieszkańców.

Zasoby

- W systemie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej nie ma wystarczających zasobów finansowych, by w pełni sprostać drastycznemu wzrostowi zapotrzebowania na usługi.

- Ograniczony zakres współpracy systemu pomocy społecznej i ochrony zdrowia z instytucjami (publicznymi i pozarządowymi) oraz innymi podmiotami lokalnymi (grupy nieformalne, lokalni liderzy) powoduje nieoptymalne wykorzystanie zasobów będących w dyspozycji tych podmiotów.
- Struktura zarządzania w obu sektorach jest bardzo zhierarchizowana, skupiona na kontroli, nie pozwala się na samodzielność pracowników i ogranicza ich kreatywność.
- Pracownicy nie wykorzystują w praktyce wielu nabytych kompetencji.
- Pogłębia się niedobór kadr. Odpływ kadr potęgują sytuacje kryzysowe, na które ani podmioty ani pracownicy systemu nie są przygotowani. Duże przeciążenie obowiązkami, stres, poczucie bezsilności powodują wypalenie zawodowe i rezygnacje z pracy w systemie publicznym.
- Rozproszony system rozwoju kompetencji pracowników, często niepowiązany z wykonywanymi zadaniami.
- System praktyki staży jest nieefektywny i nie przygotowuje do zawodu.
- Brak systemów mentoringowych, system praktyk i staży jest nieefektywny.
- Superwizją objęci są tylko pracownicy socjalni, a skala tego wsparcia jest niewielka.

Opisany scenariusz wystąpi, jeśli w sytuacji dużego natężenia kryzysów zewnętrznych nie nastąpią spójne działania dostosowujące branżę do funkcjonowania w trudnych warunkach społeczno-ekonomicznych, tak jak to ma miejsce w scenariuszu **adaptacja do trudnych czasów**.

Podsumowanie

Eksperci biorący udział w warsztatach i wywiadach pogłębionych poproszeni o określenie najbardziej prawdopodobnej wersji przyszłości pozostawali pesymistami, wybierając scenariusze **straconej szansy** lub **niewydolności systemu**. Wynika to z przekonania o małej zdolności systemu do przeprowadzenia całościowych reform, radykalnie zmieniających zasady funkcjonowania branży. To z kolei wiąże się przede wszystkim z uwarunkowaniami politycznymi, w których logika cyklu wyborczego ogranicza zdolność prowadzenia długofalowych i trudnych zmian. Przeszkodą jest również ograniczanie się do fragmentarycznych zmian (np. nieobowiązkowych, obejmujących tylko wybrane podmioty) lub też projektowe wprowadzanie nowych rozwiązań, które istnieją tak długo, jak możliwe jest zapewnienie dla nich finansowania zewnętrznego (głównie ze środków UE), potem zanikają.

Także wśród ekspertów biorących udział w badaniu delfickim przeważał pesymizm. Prawdopodobieństwo wystąpienia niewydolności sytemu w perspektywie 10 lat uznali oni za umiarkowanie duże⁴⁷ (średnia ocen przy 10-stopniowej skali⁴⁸ wyniosła 6,0, co wskazuje na umiarkowane szanse, ale mediana wskazań wyniosła 7, co w badaniu interpretowane jest już jako wysokie prawdopodobieństwo). Zakładają oni również, że nie nastąpi znacząca poprawa jakości usług w systemie publicznym (średnia ocen wyniosła 3,5) oraz spodziewają się istotnego wzrostu nierówności w dostępie do sektora publicznego i dalszej prywatyzacji usług (średnia ocen 7,3 dla perspektywy 10-letniej).

Równocześnie, w perspektywie 10-letniej, eksperci uznali za umiarkowanie lub wysoko prawdopodobne wprowadzenie pewnych zmian, które są częścią przygotowania na wyzwania przyszłości (samodzielnie nie będą jednak przesądzały o całokształcie funkcjonowania branży). Za takie zmiany można uznać:

- Rozwinięcie zdolności do reagowania na nieprzewidywane sytuacje kryzysowe (średnia ocen 6,8, co w badaniu interpretowane jest jako umiarkowanie-wysokie szanse wprowadzenia).
- Rozwój kompleksowych systemów wsparcia dla osób posiadających ograniczenia w funkcjonowaniu dzięki współpracy instytucji, specjalistów i członków społeczności lokalnych (średnia ocen 7,8, wysokie szanse wprowadzenia).
- Zdolność systemu pomocy społecznej do dostarczenia pełnego wsparcia rosnącej liczbie osób potrzebujących pomocy w codziennym funkcjonowaniu (średnia ocen 6,3, umiarkowane szanse wprowadzenia).
- Zdolność systemu pomocy społecznej do zapewnienia wsparcia w funkcjonowaniu osobom w kryzysach psychicznych (średnia ocen 6,3, umiarkowane szanse wprowadzenia).

⁴⁷ Trzeba przy tym zaznaczyć, że eksperci w badaniu delfickim nie oceniali prawdopodobieństwa wystąpienia poszczególnych scenariuszy, które powstały na późniejszym etapie badania.

⁴⁸ Zero oznacza, że wydarzenie nie nastąpi, a dziesięć, że nastąpi na pewno.

5. Zatrudnienie

5.1. Sektor opieki zdrowotnej: stan zatrudnienia

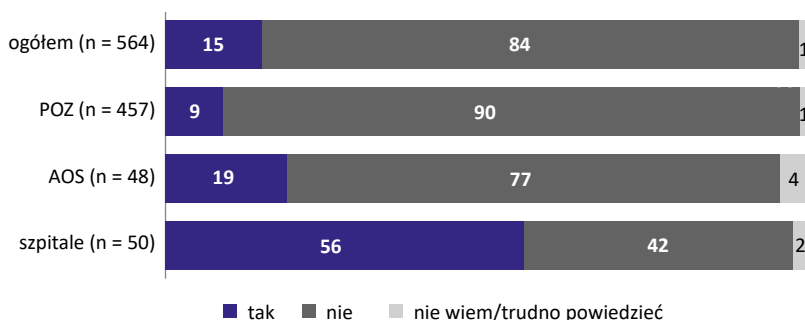
Według deklaracji pracodawców w badanych podmiotach leczniczych na przestrzeni ostatniego roku doszło do spadku zatrudnienia o około 2%. Zebrane dane nie pozwalają jednak jednoznacznie przesądzić, czy pracodawcy w swoich deklaracjach uwzględniali także osoby, które prowadzą własną działalność gospodarczą i świadczą usługi na podstawie kontraktu (co jest popularne zwłaszcza wśród lekarzy i ratowników medycznych). Odnotowany spadek zatrudnienia może odnosić się do liczby osób posiadających umowy cywilnoprawne, być może jest on równoważony przez wzrost liczby tzw. kontraktów B2B (*business to business*).

Tabela 2. Zatrudnienie w podmiotach leczniczych

Typ jednostki	Liczba zatrudnionych		Saldo (stan ze stycznia 2023 r. – stan ze stycznia 2022 r.)
	Styczeń 2022	Styczeń 2023	
Wszystkie jednostki	23621	23188	↓ – 433 (-1,8%)
POZ	8952	8822	↓ – 130 (-1,5%)
AOS	1676	1659	↓ – 17 (-1,0%)
Szpitala	12815	12535	↓ – 280 (-2,2%)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor opieki zdrowotnej (n = 564).

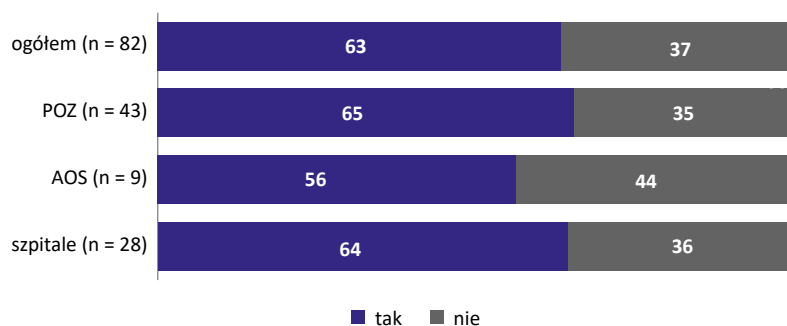
W ciągu roku przed przeprowadzeniem badania tylko 15% pracodawców poszukiwało pracowników. Sytuacja jest jednak bardzo zróżnicowana w zależności od typu placówki: pracowników poszukiwała około 1/10 wszystkich POZ, około 1/5 AOS oraz ponad połowa szpitali (są to dane spójne z wynikami I edycji badania).

Wykres 5. Poszukiwanie pracowników w ciągu w ostatnich 12 miesięcy (%)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor opieki zdrowotnej (n = 564). UWAGA: odpowiedzi w kategoriach nie sumują się do liczby wywiadów ogółem – 9 podmiotów (NZOZ, placówka paramedyczna, gabinet stomatologiczny, wojewódzki ośrodek medycyny pracy oraz uzdrowisko) nie zostały umieszczone na wykresie z uwagi na bardzo małe liczebności.

Ekspert komentujący wyniki badania byli zdziwieni tak niskim odsetkiem placówek poszukujących pracowników (głównie dotyczy POZ i AOS). Jednym z wyjaśnień tego zjawiska jest swoista rezygnacja pracodawców z aktywnego poszukiwania pracowników. Pracodawcy, zwłaszcza w mniejszych ośrodkach i z mniejszych podmiotów od dawna mierzą się z brakami kadrowymi i mogą nie wierzyć w skuteczność swoich poszukiwań. Innym wyjaśnieniem może być słaba kondycja finansowa podmiotów leczniczych i brak pieniędzy na zatrudnienie nowych pracowników, przy równoczesnym dużym obciążeniu obowiązkami kadry, która już pracuje (na co również wskazywali eksperci).

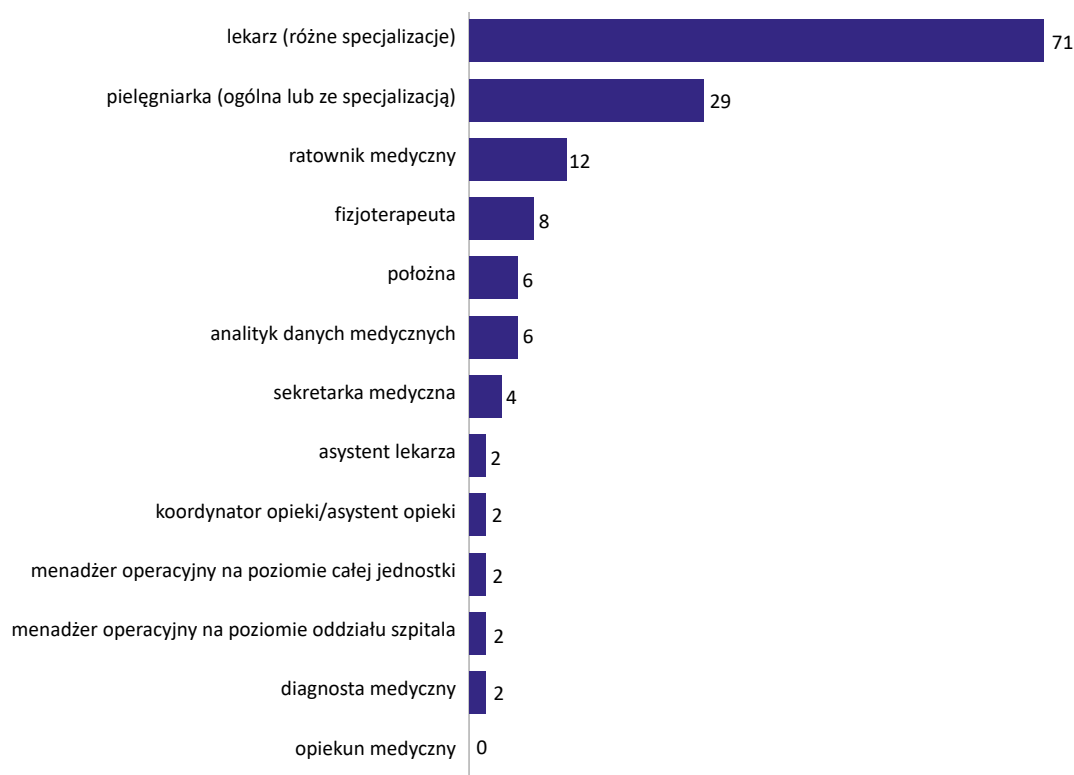
Większość podmiotów (63%) poszukujących pracowników miało problem z ich znalezieniem. Najtrudniej było znaleźć pracowników do pracy w placówkach POZ oraz w szpitalach.

Wykres 6. Problemy ze znalezieniem pracowników w ciągu w ostatnich 12 miesiącach (%)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor opieki zdrowotnej (n = 82)⁴⁹. Dwa podmioty nienależące do wyróżnionych kategorii zostały wyłączone z analizy. Z uwagi na małą liczebność AOS, należy z ostrożnością podchodzić do wyniku dla tej kategorii jednostek.

Te trudności wynikały przede wszystkim z małego zainteresowania ofertą pracy lub też braku zadowolenia potencjalnych kandydatów z warunków zatrudnienia. Pracodawcom zdecydowanie najtrudniej było znaleźć pracowników podstawowej kadry medycznej: lekarzy, a następnie pielęgniarek, w dalszej kolejności ratowników medycznych, fizjoterapeutów, położnych (to również jest spójne z wynikami badania I edycji).

⁴⁹ Na to pytanie odpowiadali tylko ci pracodawcy, którzy zadeklarowali, że w ciągu ostatniego roku przed badaniem poszukiwali pracowników.

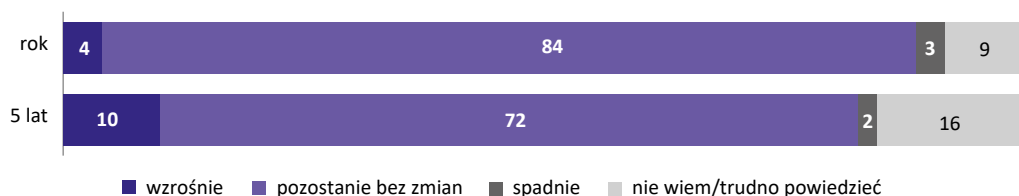
Wykres 7. Stanowiska, na które najtrudniej było znaleźć pracowników (%)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor opieki zdrowotnej (n = 52)⁵⁰

Zdecydowana większość pracodawców przewiduje, że zatrudnienie w ich placówkach nie zmieni się w ciągu następnego roku ani kolejnych pięciu lat. Stosunkowo niewielu spodziewa się wzrostu zatrudnienia (w perspektywie roku było to 4%, a pięciu lat – 10% pracodawców), a jeszcze mniej spadku (2–3%).

⁵⁰ Na to pytanie odpowiadali tylko ci pracodawcy, którzy zadeklarowali, że w ciągu ostatniego roku przed badaniem poszukiwali pracowników i zarazem mieli trudności z ich znalezieniem.

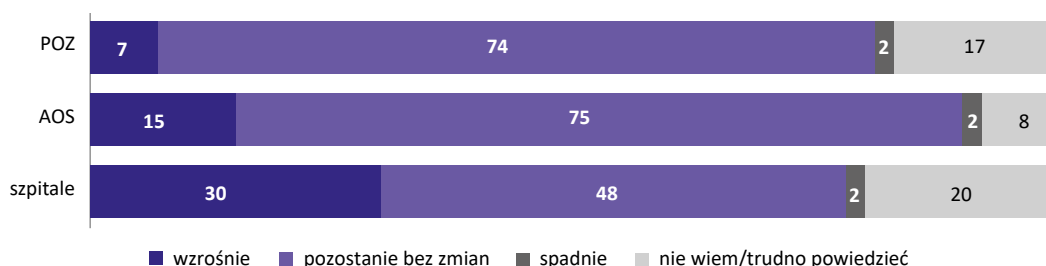
Wykres 8. Przewidywana zmiana poziomu zatrudnienia w ciągu najbliższych 12 miesięcy i pięciu lat (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor opieki zdrowotnej (n = 564).

Także i w tym przypadku uwidaczniają się różnice pomiędzy poszczególnymi typami placówek. W perspektywie najbliższych 5 lat 30% pracodawców reprezentujących szpitale przewiduje wzrost zatrudnienia. Jest to znacznie więcej niż w przypadku POZ (7%) i AOS (15%). Eksperti poproszeni o skomentowanie tego wyniku, zauważyli, że jest to powiązane z większym finansowaniem, jakie trafia do szpitali, które mają środki na zatrudnianie pracowników w odróżnieniu od opieki ambulatoryjnej (która w pożądanym modelu organizacji usług w sektorze powinna być dużo bardziej dowartościowana).

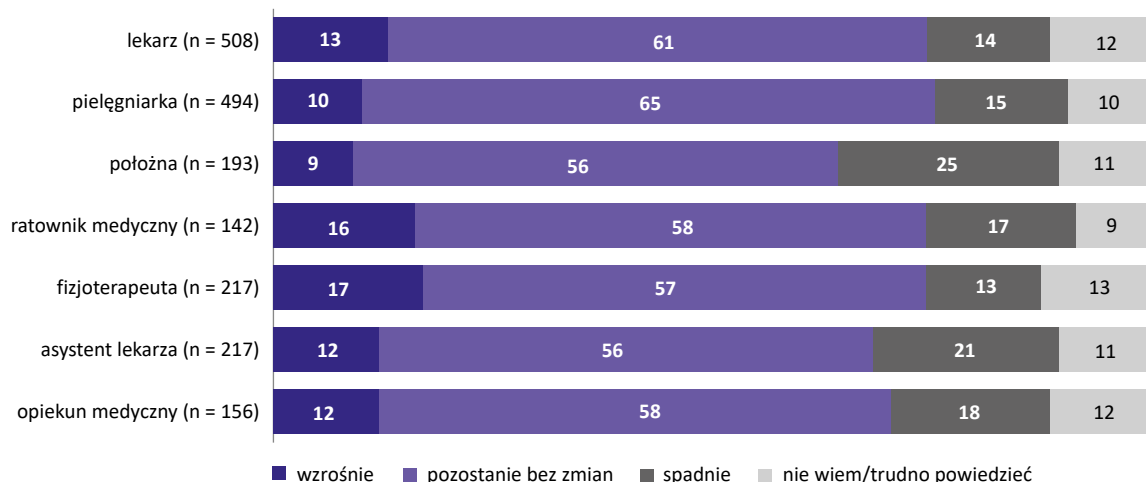
Wykres 9. Przewidywana zmiana poziomu zatrudnienia w ciągu najbliższych pięciu lat z uwzględnieniem typu placówki (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor opieki zdrowotnej (n = 564).

Pracodawcy zostali dodatkowo poproszeni o prognozę stanu zatrudnienia dla poszczególnych stanowisk. Również i w tym przypadku zdecydowana większość pracodawców zakłada, że w perspektywie 5 lat poziom zatrudnienia pracowników tworzących kadrę medyczną w ich placówkach pozostanie bez zmian. Warto zwrócić uwagę jednak, że w odniesieniu do każdego zawodu medycznego (poza fizjoterapeutą), grupa pracodawców przewidująca spadek jest większa od tej, która zakłada wzrost zatrudnienia.

Wykres 10. Przewidywana zmiana poziomu zatrudnienia w ciągu najbliższych pięciu lat ze względu na stanowisko pracy (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor opieki zdrowotnej, liczebności podane na wykresie. Pracodawcy odnosili się tylko do tych stanowisk na których już obecnie zatrudniają pracowników.

Na ten wynik wpłynęły przede wszystkim deklaracje pracodawców reprezentujących POZ. W przypadku AOS i szpitali, w odniesieniu do każdego zawodu medycznego, więcej pracodawców przewiduje wzrost zatrudnienia niż spadek (przy nieodmiennie największej grupie prognozującej brak zmian).

Podsumowując powyższe dane, można stwierdzić, że same działania pracodawców nie doprowadzą w najbliższym czasie do ograniczenia braku kadr w sektorze opieki zdrowotnej. Zdecydowana większość pracodawców nie poszukuje obecnie pracowników. Większość nie prognozuje też zwiększenia zatrudnienia pracowników medycznych w ciągu najbliższych 5 lat, przy czym zauważalna grupa zakłada, że ich liczba może nawet się zmniejszyć w stosunku do stanu obecnego (dotyczy to szczególnie POZ). Z badania jakościowego wynika, że podstawową barierą, z jaką mierzą się w tym zakresie pracodawcy, jest brak środków finansowych (zwłaszcza w mniejszych podmiotach). Jest to przeszkodą, nie tylko jeśli chodzi o zwiększenie podstawowej kadry medycznej, lecz także kadry pomocniczej (opiekunów medycznych, rejestratorek, sekretarek medycznych, koordynatorów opieki), co miałyby kluczowe znaczenie dla optymalizacji pracy najbardziej wykwalifikowanych pracowników tj. lekarzy i pielęgniarek:

” Często w małych podmiotach, na przykład pielęgniarki rejestrują pacjentów, bo kontrakt jest na tyle mały, że mnie nie stać, żeby zatrudnić więcej ludzi. Więc tym sposobem sam muszę robić wszystko. Gdyby pielęgniarki nie musiały rejestrować, tylko stać by mnie było na rejestratorów, to pielęgniarki mogłyby robić więcej rzeczy, które robię ja. I wtedy ja, jako lekarz, (...), zajęłbym się tym, co mogę robić tylko ja. (Pracodawca, POZ)

Prawdopodobnie, żeby poprawić sytuację kadrową, potrzebne są skuteczne, centralne działania na rzecz zwiększenia podaży zasobów pracy (liczby dostępnych na rynku pracy kadr medycznych) oraz z drugiej strony na rzecz zwiększenia zasobów finansowych w dyspozycji podmiotów leczniczych (poprzez zwiększenie kontraktów oraz wyceny świadczeń zwłaszcza w ramach opieki ambulatoryjnej).

5.2. Sektor opieki zdrowotnej: odpowiedzi na kryzys kadrowy

Działania podejmowane w sektorze opieki zdrowotnej w obliczu wyzwania, jakim są braki kadry medycznej, można podzielić na dwa zasadnicze typy: pierwsze z nich zmierzają do zwiększenia podaży zasobów pracy kadr medycznych, drugie zaś obliczone są na adaptację do niedoborów kadrowych poprzez reorganizację zasad/modelu pracy.

Zwiększanie podaży pracy

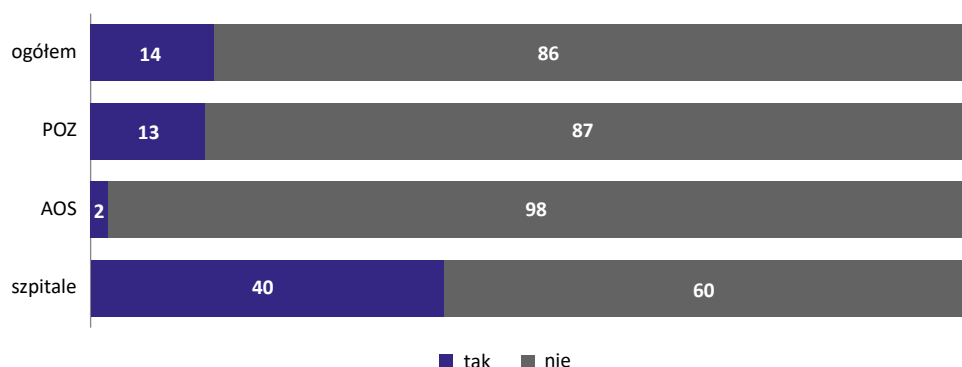
Mowa tu zwłaszcza o zwiększeniu kształcenia na kierunkach medycznych oraz o szerszym włączaniu medyków z zagranicy do pracy w polskim systemie. W odniesieniu do kształcenia trzeba zauważyć, że Ministerstwo Zdrowia w ostatnim czasie znacznie zwiększyło nabory na studia medyczne, przede wszystkim poprzez uruchamianie kierunków lekarskich na uczelniach, które do tej pory takiego kształcenia nie prowadziły. O ile sama konieczność zwiększenia kształcenia nie budzi kontrowersji w środowisku, o tyle część osób ma zastrzeżenia do jego jakości. Pojawiają się głosy, że część nowych uczelni ma trudności ze skompletowaniem kadry o odpowiednich kwalifikacjach, na części uruchomiono też kształcenie pomimo negatywnej opinii Komisji Akredytacyjnej (przy warunkowej zgodzie MZ). Problemem jest też fakt, że wraz ze skokowym wzrostem liczby studentów nie rośnie liczba miejsc stażowych oraz rezydentur.

W przypadku cudzoziemców, od 2020 r. można mówić o znacznym poluzowaniu reguł dostępu do polskiego rynku pracy w obszarze opieki zdrowotnej. Od tego czasu w ramach tzw. Szybkiej ścieżki dano medykom z zagranicy prawo do ograniczonego wykonywania zawodu bez konieczności nostryfikacji. Nie trzeba też już zdawać egzaminów potwierdzających znajomość języka polskiego (wystarczy samo oświadczenie). Prawo to przyznawane jest na 5 lat, ogranicza się tylko do zakresu czynności ustalonego przez pracodawcę oraz umożliwia zatrudnienie tylko w jednym podmiocie leczniczym. Nakłada również obowiązek pracy pod nadzorem przez rok dla lekarzy i pielęgniarek oraz przez cały pięcioletni okres dla ratowników medycznych. Po wybuchu wojny w Ukrainie wprowadzono kolejne uproszczenia dla medyków z tego kraju, m.in. mogą oni podejmować pracę w dowolnym podmiocie leczniczym, lekarzom specjalistom skrócono okres pracy pod nadzorem do 3 miesięcy oraz – co chyba najważniejsze – uznano ich status lekarza specjalisty⁵¹.

Warto tu dodać, że w wypowiedziach ekspertów odnoszących się do tych zmian, widać napięcie pomiędzy potrzebą szerokiego otwarcia rynku pracy ze względu na braki kadrowe a koniecznością weryfikacji/wyrównywania kompetencji medyków z zagranicy po to, aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentom. Część ekspertów obawia się, że uproszczona procedura, która pozwala na pracę bez uprzedniej weryfikacji kompetencji, zagraża bezpieczeństwu pacjentów.

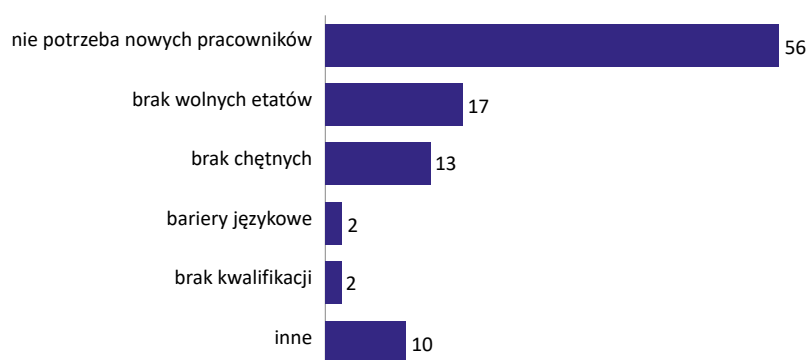
Wyniki przeprowadzonego badania ilościowego pokazują, że jak do tej pory medycy z Ukrainy najczęściej znajdują pracę w szpitalach. Kadre medyczną z Ukrainy zatrudnia 40% badanych szpitali, 13% POZ i jedynie 2% AOS.

⁵¹ Do tej pory lekarz, który otrzymał prawo wykonywania zawodu w systemie uproszczonym, miał status lekarza bez specjalizacji. Jego specjalizacja mogła zostać uznano dopiero po uzyskaniu pełnego prawa do wykonywania zawodu. Na podstawie informacji na stronie rządowej: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/praca-dla-personelu-med-z-ukrainy> (dostęp: 26.06.2023)

Wykres 11. Zatrudnienie personelu medycznego z Ukrainy w podmiotach leczniczych (%)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor opieki zdrowotnej (n = 564).

W grupie podmiotów, które nie zatrudniają kadry medycznej z Ukrainy, zdecydowana większość deklaruje, że nie zatrudnia takich osób, ponieważ nie potrzebuje nowych pracowników lub nie ma wolnych etatów (co jest zgodne ze wcześniej prezentowanymi danymi nt. ogólnej stabilności stanu zatrudnienia w sektorze). Jedynie około 17% podmiotów wskazało, że nie zatrudnia pracowników z Ukrainy ze względu na brak chętnych lub nieodpowiednie kompetencje językowe i zawodowe kandydatów.

Wykres 12. Przyczyny niezatrudniania kadry medycznej z Ukrainy przez podmioty lecznicze (%)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor opieki zdrowotnej (n = 484, tj. pracodawcy nie zatrudniający kadry medycznej z Ukrainy).

Eksperti w trakcie wywiadów zwracali uwagę, że istotną przeszkodą do zatrudniania medyków z zagranicy może być nie tylko bariera językowa, ale także praktyczna trudność organizacji pracy pod nadzorem. Część placówek ze względu na braki kadrowe i ich przeciążenie obowiązkami może nie być w stanie zapewnić „opiekunów” dla nowego

pracownika. Tym samym, kluczowy dla uproszczonej ścieżki mechanizm adaptacji (i zarazem wyrównywania kompetencji) pracowników z zagranicy może nie zostać uruchomiony w takim zakresie, na jaki liczył ustawodawca.

W tym kontekście, ale też z myślą o przyszłości, w której pracownicy z zagranicy będą coraz bardziej niezbędni, eksperci postulowali wprowadzenie systemowych rozwiązań wspomagających adaptację cudzoziemskiej kadry medycznej. Wsparcie to powinno obejmować naukę języka polskiego, zajęcia zapoznające ze specyfiką pracy w polskim systemie, a także dostosowane do potrzeb cudzoziemców kursy pozwalające wyrównać braki kompetencyjne. Instytucjami, które mają kompetencje, by się tym zająć, są izby zawodowe (naczelne i okręgowe izby lekarskie, izby pielęgniarek i położnych itd.), a także Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP). Obecnie takich systemowych rozwiązań nie ma. Wdrażanie pracowników z zagranicy odbywa się oddolnie, jedynie w oparciu o starania ich samych oraz kadry z podmiotów leczniczych, w których zdecydowano się cudzoziemców zatrudnić.

Reorganizacja modelu pracy

Osobnym sposobem radzenia sobie z niedoborem najlepiej wykwalifikowanych pracowników jest przekazywanie części uprawnień innym zawodom medycznym. Ma to pozwolić lekarzom i pielęgniarce skupić się na czynnościach, do których tylko oni mają kwalifikacje. Działania te z jednej strony prowadzą do pojawienia się nowych zawodów medycznych, taka była geneza powstania swego czasu zawodu ratownika medycznego i opiekuna medycznego, a ostatnio asystenta chirurga⁵².

Z drugiej strony, prowadzą do poszerzania uprawnień poszczególnych zawodów. W ten sposób pielęgniarki i położne zyskały prawo do wydawania recept, a także do udzielania porad (w ramach kontynuacji leczenia wybranych pacjentów). Podobnie w 2021 r. poszerzono kwalifikacje opiekunów medycznych (o pobieranie krwi, żywienie dojelitowe przez PEG, pielęgnację rurki tracheotomijnej, oznaczanie stężenia glukozy we krwi, prowadzenie

⁵² Niektórzy pracodawcy biorący udział w wywiadach byli sceptyczni wobec utworzenia zawodu asystenta chirurga. Uważali, że znaczenie tego kroku zmniejsza fakt, że jest to ścieżka dostępna jedynie dla pielęgniarek i ratowników medycznych (co w ostatecznym rozrachunku będzie zmniejszać liczbę osób wykonujących te deficytowe zawody). Jeden z rozmówców wskazywał także, że rola asystenta chirurga jest zbliżona do roli pielęgniarki instrumentariuszki, co ogranicza sens wprowadzenia tego zawodu (tym bardziej, że pielęgniarka instrumentariuszka jest dużo bardziej wszechstronnym pracownikiem, może być po prostu zatrudniana także jako pielęgniarka).

dobowej zbiórki moczu i bilansu płynów)⁵³. Zgodnie z intencją ustawodawcy ma to odciążyć pielęgniarki, ale też zwiększyć rolę opiekunów medycznych w opiece długoterminowej, w tym tej prowadzonej w domu pacjenta. Przekazywanie zadań dotyczy także czynności administracyjnych. Służyć ma temu umożliwienie lekarzom od 2019 r. nadania uprawnień asystentom medycznym/lekarza do wystawiania w ich imieniu e-zwolnień, e-recept i e-skierowań⁵⁴.

Z badania ilościowego przeprowadzonego z pracodawcami wynika, że asystentów lekarza zatrudnia 39%, a opiekunów medycznych 28% badanych placówek medycznych. W obu przypadkach szczególnie często są to szpitale (około 80%).

Tabela 3. Odsetek placówek medycznych zatrudniających asystentów lekarzy i opiekunów medycznych (%)

	POZ (n = 457)	AOS (n = 48)	Szpitala (n = 50)	Ogółem (n = 564)
Asystent lekarza	31	65	86	39
Opiekun medyczny	21	31	80	28

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor opieki zdrowotnej, liczebności podane w tabeli.

Około 16% badanych pracodawców widzi też konieczność zatrudnienia (dodatkowych) przedstawicieli zawodów pomocniczych, takich jak asystenci lekarza i opiekunowie medyczni. W największym stopniu dotyczy to szpitali (30% wskazań), następnie AOS (21%) oraz na końcu placówek POZ (14%). Powyższe dane są sygnałem, że proces przekazywania zadań postępuje w podmiotach leczniczych, zapewne jednak daleki jest od ukończenia. Ekspertki w trakcie wywiadów zwracali uwagę, że pielęgniarki rzadko korzystają ze swoich dodatkowych uprawnień, a w wielu podmiotach personel medyczny jest mocno obciążony zadaniami administracyjnymi. Potwierdzają to wyniki kontroli NIK z 2021 r. W 91% skontrolowanych podmiotów obowiązki administracyjne powierzano także personelowi medycznemu, zwłaszcza pielęgniarkom. W żadnym z podmiotów nie korzystano z możliwości

⁵³ Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji i Nauki z dnia 28 maja 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego (Dz.U. 2021 poz. 1087).

⁵⁴ Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz.U. 2019 poz. 1590).

zlecania pielęgniarkom i położnym samodzielnej kontynuacji leczenia pacjentów (w większości przypadków wynikało to z braku wymaganych kwalifikacji wśród pielęgniarek i położnych)⁵⁵.

Eksperti wskazywali także na konieczność reorganizacji pracy całego systemu w kierunku profilaktyki, diagnozowania i leczenia chorób na wczesnym etapie, co pochłania mniej zasobów (także zasobów pracy). W tym kontekście, po raz kolejny podkreślano konieczność wzmocnienia opieki na poziomie POZ. Powinna ona być sukcesywnie rozbudowana nie tylko w zakresie wczesnego wykrywania i prowadzenia wybranych chorób cywilizacyjnych, lecz także w obszarze edukacji zdrowotnej, dietetyki, fizjoterapii oraz wsparcia asystenckiego dla osób starszych. Łączy się to z koniecznością umocowania kolejnych zawodów w systemie, w tym zwłaszcza w zespole POZ (dietetyk, edukator zdrowotny, asystent osoby starszej) i przekierowania odpowiednich środków pozwalających sfinansować świadczenia, których udzielają.

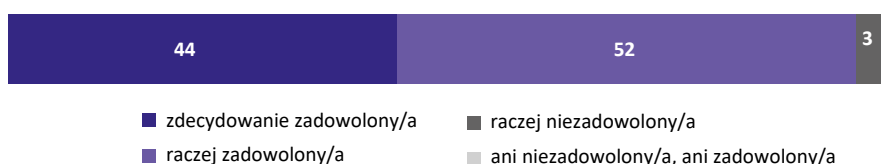
Trzeba podkreślić, że w opinii ekspertów biorących udział w badaniu jakościowym, ograniczanie dysproporcji terytorialnych w zakresie dostępności kadr medycznych wymaga osobnych instrumentów, właściwie obecnie nie stosowanych w Polsce, takich jak znaczne dodatki finansowe za pracę z dala od dużych ośrodków i różnego rodzaju benefity, zwłaszcza w postaci mieszkań dla lekarzy. Możliwe też, że będą potrzebne nowe modele organizacji usług na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia. To przedstawiciele innych zawodów tj. pielęgniarki i asystenci lekarza będą tam personelem medycznym pierwszego kontaktu. Wiąże się to z koniecznością delegowania im większych uprawnień, a także wsparcia ich możliwością szerokiej konsultacji on-line z lekarzami specjalistami. Dodatkowym uzupełnieniem tego schematu musi być szybki dostęp do transportu medycznego (w tym lotniczego), który w razie potrzeby przewiezie pacjentów do dużego miasta.

⁵⁵ NIK, *Raport: Organizacja pracy i zakres obowiązków administracyjnych personelu medycznego w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej*, Informacja o wynikach kontroli, Warszawa 2021.

5.3. Sektor opieki zdrowotnej: zadowolenie z warunków pracy

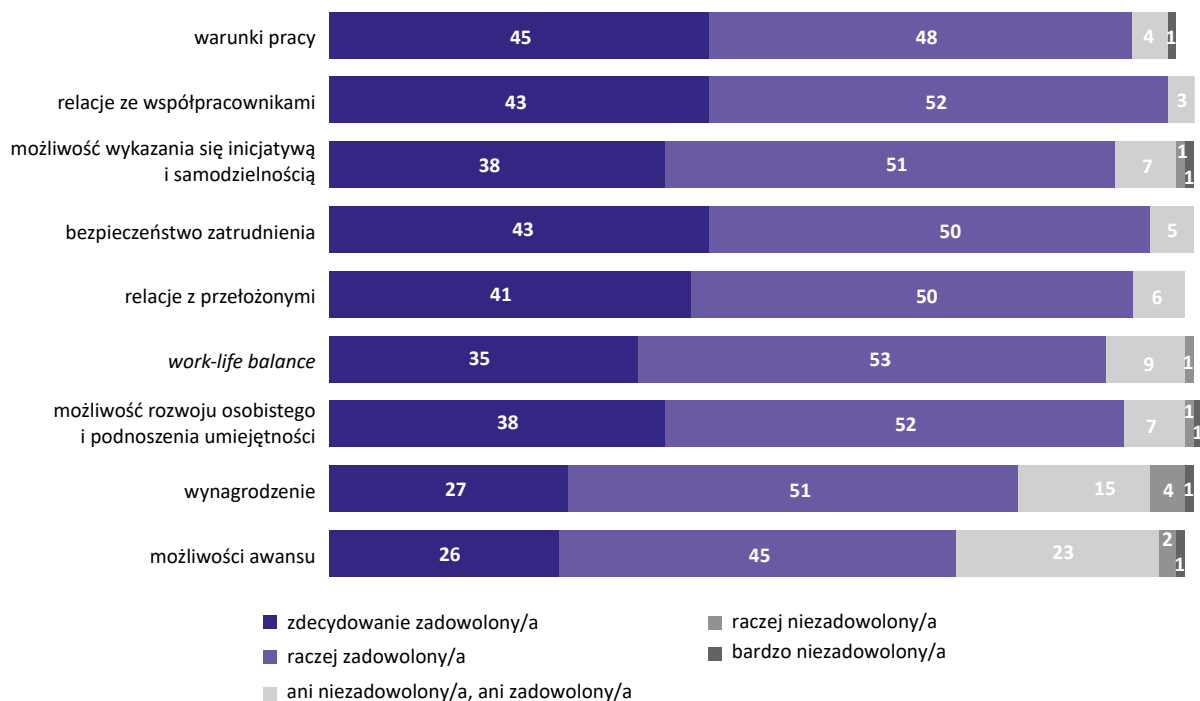
Podobnie jak w I edycji, tak i w tej, badanie ilościowe przeprowadzone wśród pracowników na kluczowych stanowiskach sektora opieki zdrowotnej wskazuje duże ogólne zadowolenie z wykonywanej pracy (jedynie kilku badanych w całej próbie zadeklarowało brak zadowolenia).

Wykres 13. Ogólne zadowolenie z wykonywanej pracy (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracownicy, II edycja 2023, sektor opieki zdrowotnej (n = 723).

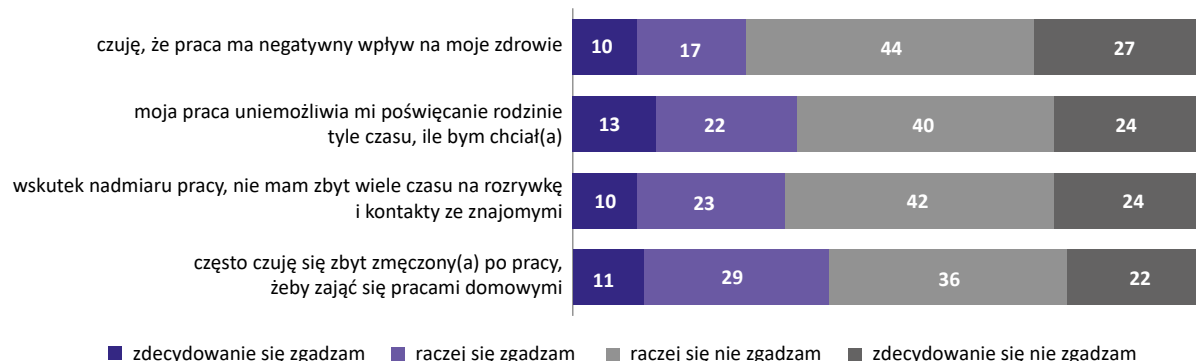
Zdecydowana większość badanych pracowników jest także zadowolona z warunków pracy zarówno ogólnie, jak i z takich wymiarów jak wynagrodzenie, relacje z przełożonymi i współpracownikami, możliwość awansu czy też możliwość godzenia pracy z życiem prywatnym. Tylko niewielki odsetek badanych deklaruwał niezadowolenie (najwięcej – 5% w przypadku wynagrodzenia). Poziom zadowolenia jest zbliżony pomiędzy reprezentantami różnych zawodów medycznych.

Wykres 14. Zadowolenie z wybranych wymiarów wykonywanej pracy (%)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracownicy, II edycja 2023, sektor opieki zdrowotnej (n = 723). Z uwagi na zaokrąglenia, wartości nie sumują się do 100.

Trzeba zauważyć, że te wyniki przynajmniej w części są rozbieżne z wnioskami płynącymi z badania jakościowego. Eksperti, zwłaszcza w pierwszej edycji badania, zwracali uwagę, że warunki pracy dla wielu pracowników są trudne. Jednym z ważniejszych czynników, który o tym decyduje, jest znaczne przeciążenie obowiązkami.

Kolejne odpowiedzi na szczegółowe pytania dotyczące obciążenia pracą pokazują, że może być ono za duże dla istotnej części pracowników. Około 1/3 pracowników ma trudności z godzeniem pracy z życiem rodzinnym i towarzyskim, a także z obowiązkami domowymi. Około 1/4 uważa, że praca ma negatywny wpływ na ich zdrowie.

Wykres 15. Obciążenie pracą – ocena pracowników (%)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracownicy, II edycja 2023, sektor opieki zdrowotnej (n = 723).

Zdecydowana większość badanych pracowników nie zamierza zmieniać obecnego miejsca pracy w ciągu najbliższych 12 miesięcy (jedynie 5 % deklaruje taki zamiar), niewielu też poszukuje dodatkowej pracy (6% badanych). Nie ma przy tym istotnych różnic pomiędzy reprezentantami poszczególnych zawodów medycznych. Co do zasady badani pracownicy nie myślą również o zmianie branży (odnotowano tylko dwa takie wskazania).

5.4. Sektor pomocy społecznej: Stan i struktura zatrudnienia

W systemie pomocy społecznej w 2021 r. zatrudnionych było 132 910 osób. W porównaniu z 2020 r. nastąpił spadek o ok.4%⁵⁶. Najwięcej pracowników zatrudniały ośrodki pomocy społecznej oraz domy pomocy społecznej, gdzie spadek zatrudnienia był największy⁵⁷. Także w badanej próbie pracodawców zaobserwowano spadek zatrudnienia, który dotyczył głównie ośrodków pomocy społecznej i domów pomocy społecznej (Tabela 4).

⁵⁶ Sprawozdanie MRiPS-06 za 2021 r.

⁵⁷ Spadek zatrudnienia obok ośrodków pomocy społecznej i domów pomocy społecznej dotyczył także powiatowych centrów pomocy rodzinie, regionalnych ośrodków pomocy społecznej i placówek specjalistycznego poradnictwa. Wzrost zatrudnienia został zanotowany w ośrodkach wsparcia i ośrodkach interwencji kryzysowej.

Tabela 4. Zatrudnienie w badanych jednostkach pomocy społecznej

Typ jednostki	Liczba zatrudnionych		Saldo (stan ze stycznia 2023 r. – stan ze stycznia 2022 r.)
	Styczeń 2022	Styczeń 2023	
Wszystkie jednostki	7838	7692	↓ – 146
Ośrodki pomocy społecznej	2472	2400	↓ – 72
Domy pomocy społecznej	3972	3917	↓ – 55

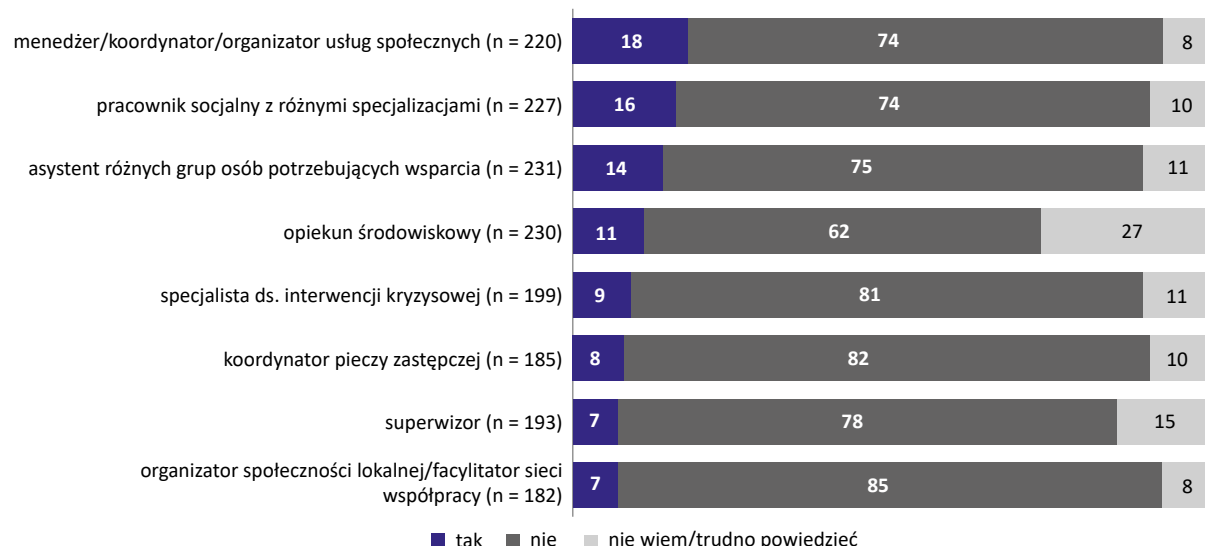
Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor pomocy społecznej (n = 238).

W badanej próbie największą część stanowiły podmioty zatrudniające od 10 do 49 osób (56,7%). Podmioty małe (od 2 do 9 osób) stanowiły 20,6%, a podmioty największe (50 pracowników i więcej) – 22,7%.

Zdecydowana większość pracodawców nie poszukiwała nowych pracowników (87%) w ciągu ostatniego roku. 53% pracodawców, wśród tych którzy zatrudnili nowe osoby, przyjęła do pracy nie więcej niż 3 osoby. Poszukiwano głównie opiekunów oraz asystentów różnych grup ludności. Pracodawcy poszukujący pracowników w ciągu ostatnich 12 miesięcy wskazywali na trudności w tym obszarze związane głównie z małym zainteresowaniem ofertą pracy oraz z tym, że kandydatom spełniającym warunki nie odpowiadały warunki pracy. Wyniki te potwierdzają ustalenia I edycji badania oraz wyniki badań jakościowych w II edycji, które pokazały, że napływ nowych pracowników do systemu jest ograniczony.

Pracodawcy w zdecydowanej większości nie przewidują zmian poziomu zatrudnienia w swoich jednostkach zarówno w ciągu kolejnego roku (87% wskazań), jak i kolejnych 5 lat (74% wskazań). W perspektywie roku stosunkowo najwięcej pracodawców wskazywało na plany zatrudnienia koordynatorów usług społecznych (18%), pracowników socjalnych (16%) oraz asystentów (14%), choć wciąż wskazania dotyczą niewielkiej grupy pracodawców.

Wykres 16. Plany w zakresie zatrudnienia nowych pracowników w ciągu kolejnych 12 miesięcy wg ról zawodowych (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor pomocy społecznej, liczebności podane przy stanowiskach.

W perspektywie 5 lat natomiast pracodawcy prognozują stosunkowo największy wzrost zatrudnienia opiekunów (16%) i pracowników socjalnych (12%).

Wykres 17. Zmiany zapotrzebowania na pracowników w jednostkach pomocy społecznej w ciągu pięciu lat (%)

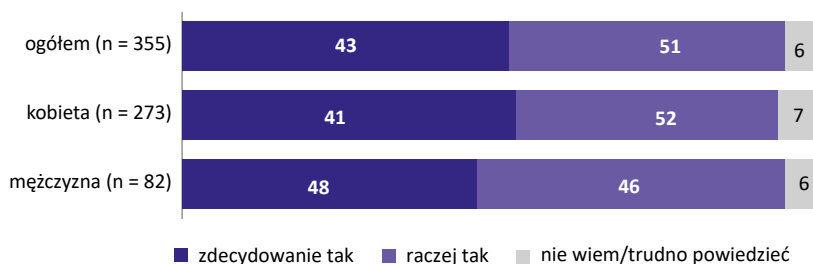


Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor pomocy społecznej, liczebności podane przy stanowiskach.

Przyczyn przewidywania niewielkich zmian w zakresie zatrudnienia w pomocy społecznej przez pracodawców może być wiele, np. wskazywany w wywiadach jakościowych brak środków na dodatkowe etaty w wielu instytucjach czy problemy ze znalezieniem nowych pracowników. Jednak, co zaskakujące, pracodawcy nie przewidują także zmian zapotrzebowania na pracowników (niezależnie od stanowisk) w ciągu kolejnych pięciu lat (od 87% do 95% zależnie od stanowiska), a także nie przewidują, aby w ciągu kolejnych 5 lat pojawić się miały w ich instytucjach nowe stanowiska pracy. Może to świadczyć o tym, że pracodawcy nie dostrzegają presji związanej ze zwiększającą się liczbą osób potrzebujących wsparcia w dłuższej perspektywie lub nie wierzą w możliwość sprostania tej presji, biorąc pod uwagę bieżące realia funkcjonowania systemu.

Na dużą stabilność zatrudnienia wskazują także pracownicy w badaniu ilościowym, którzy w zdecydowanej większości (93%) planują kontynuację zatrudnienia w obecnym miejscu pracy. Nie zanotowano istotnego zróżnicowania w tym aspekcie według stanowisk czy płci. Ponadto, pracownicy nie poszukują nowej pracy. Co więcej, nie zanotowano wskazań na wykonywanie dodatkowej pracy, innej niż ta w systemie pomocy społecznej. Wyniki te są zbieżne z wynikami I edycji badania.

Wykres 18. Plany w zakresie kontynuowania zatrudnienia w obecnym miejscu pracy przez minimum 12 miesięcy z perspektywy pracownika (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor pomocy społecznej, liczebności podane na wykresie. Odpowiedzi mogą nie sumować się do 100% ze względu na zaokrąglanie wartości zgodnie z regułami matematycznymi.

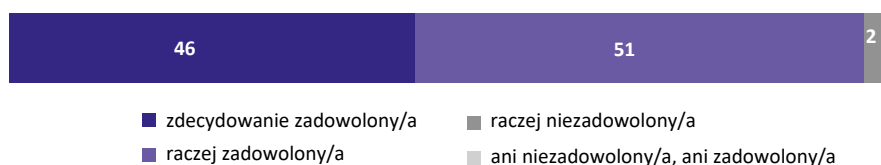
Podane wyniki nie pokrywają się wprost z ustaleniami z wywiadów jakościowych i paneli eksperckich, w ramach których problem niedoboru kadr wyraźnie wybrzmiał w kontekście wyzwań stojących przed pomocą społeczną. W wywiadach jakościowych wskazywano bowiem zarówno na obecne niedobory pracowników, będące wynikiem głównie ograniczonego napływu do systemu nowych osób, jak i na potencjalne niedobory w przyszłości związane

z zapotrzebowaniem na pracowników świadczących bezpośrednio usługi społeczne (np. asystenci, opiekunowie, itp.). Respondenci powodów takiej sytuacji upatrują w kilku elementach: niskich wynagrodzeniach i złych warunkach pracy, niskim prestiżu zawodu i złym wizerunku pomocy społecznej w mediach, przy równocześnie ciężkiej, odpowiedzialnej i stresującej pracy. Wskazywano także na konieczność urealnienia wymagań formalnych w stosunku do różnych ról zawodowych, które ograniczają krąg potencjalnych kandydatów. Odnosząc się do wyników ilościowych, należy stwierdzić, że stabilność zatrudnienia w pomocy społecznej jest duża, a plany zatrudnienia nowych pracowników dotyczą jedynie niewielkiej części jednostek, co jest z jednej strony może być skutkiem ograniczonych zasobów (finansowych, kadrowych, itp.), z drugiej zaś, przyjmowania przez pracodawców głównie bieżącej perspektywy funkcjonowania ich instytucji i niedostrzegania szerszego wpływu zmian społeczno-gospodarczych na sytuację w pomocy społecznej. Potwierdził się natomiast wniosek dotyczący problemów z napływem nowych pracowników do systemu.

5.5. Sektor pomocy społecznej: zadowolenie z warunków pracy

Ważnym czynnikiem mającym potencjalny wpływ na poziom zatrudnienia w pomocy społecznej są warunki pracy mierzone poziomem zadowolenia pracowników zatrudnionych na kluczowych stanowiskach. Ankietowani pracownicy pomocy społecznej są raczej zadowoleni z pracy (51%) lub zdecydowanie zadowoleni (46%).

Wykres 19. Poziom zadowolenia z wykonywanej pracy (%)

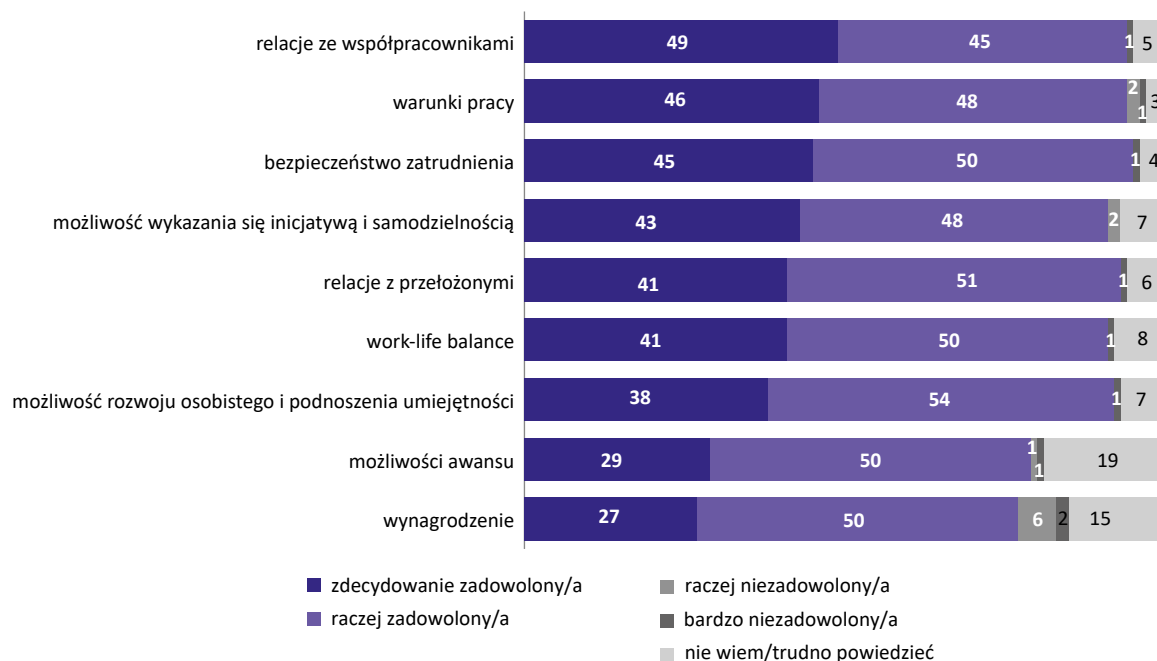


Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracownicy, II edycja 2023, sektor pomocy społecznej (n = 355).

Zadowolenie z różnych wymiarów pracy jest także bardzo wysokie. Stosunkowo najniższe zadowolenie zanotowano odnośnie wynagrodzenia (choć wciąż 77% osób jest zadowolonych

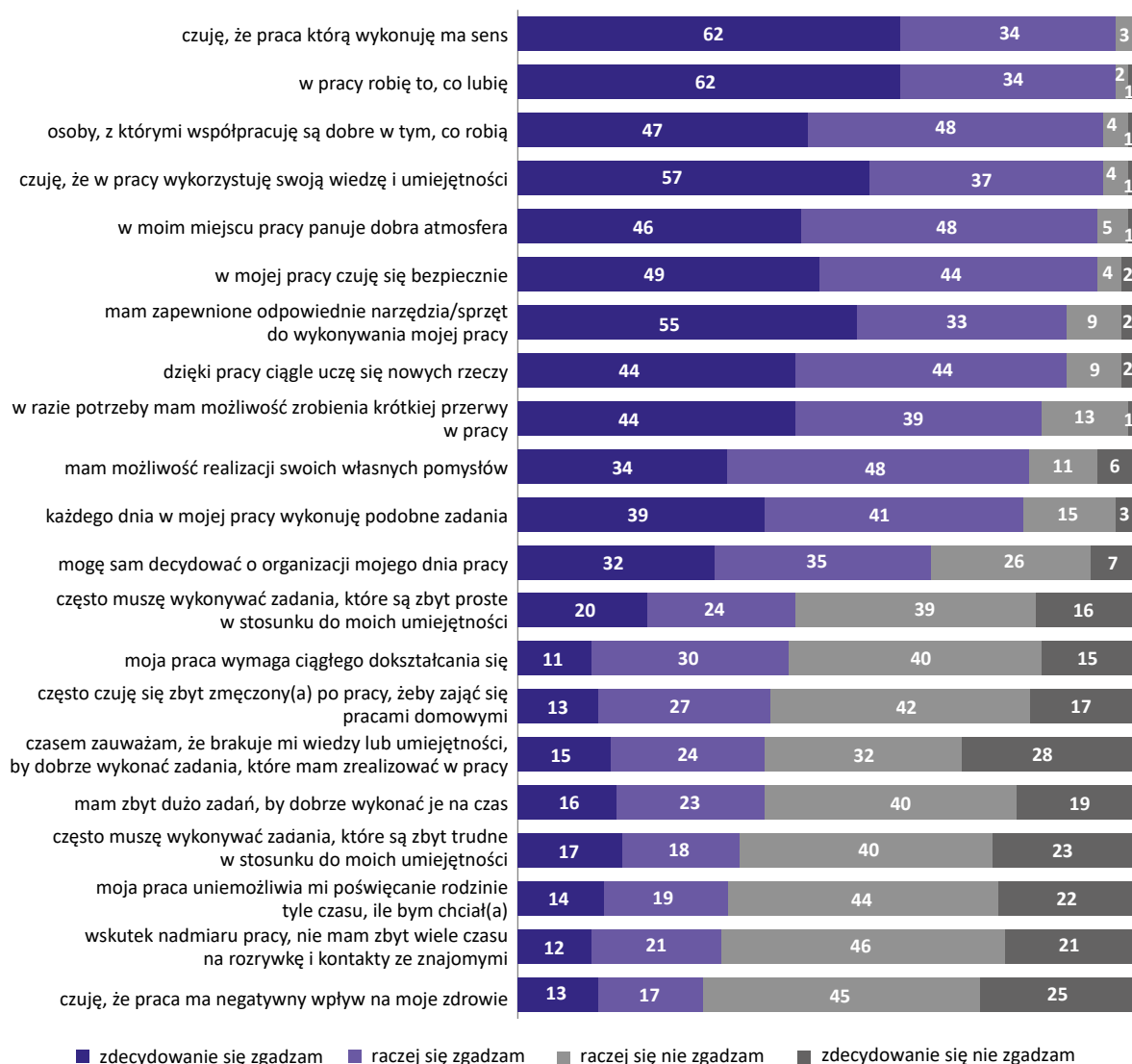
z tego aspektu warunków pracy) oraz możliwości awansu (79% zadowolonych pracowników). W przypadku pozostałych wymiarów pracy zadowolenie sięga powyżej 90%.

Wykres 20. Zadowolenie z różnych wymiarów pracy (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracownicy, II edycja 2023, sektor pomocy społecznej (n = 355).

Z pogłębionej oceny różnych aspektów wykonywanej pracy dokonanej przez pracowników wyłania się obraz analogiczny do I edycji badania. Ankietowani pracownicy niezmiernie pozytywnie ocenili poczucie sensu w pracy, wykonywanie pracy, którą lubią, kompetencje współpracowników, dobrą atmosferę czy wykorzystywanie posiadanych umiejętności w miejscu pracy. Równocześnie około 30–40% ankietowanych wskazuje na zbyt duże obciążenie pracą (w zależności od typu ocenianego stwierdzenia), zakłócające równowagę między obowiązkami zawodowymi i rodzinnymi czy prywatnymi, co odbija się na zdrowiu części ankietowanych. Ponadto grupa ta wskazuje także na konieczność wykonywania zadań wykraczających poza ich kompetencje czy umiejętności. Problem obciążenia pracą może być coraz większy w obliczu utrzymujących się braków kadrowych przy równoczesnym zwiększeniu zapotrzebowania na wsparcie świadczone przez system pomocy społecznej. Może to być czynnik zniechęcający do pracy w tym systemie w przyszłości.

Wykres 21. Ocena różnych aspektów wykonywanej pracy (%)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracownicy, II edycja 2023, sektor pomocy społecznej (n = 355). Odpowiedzi mogą nie sumować się do 100% ze względu na zaokrąglanie wartości zgodnie z regułami matematycznymi.

Nieco odmienny obraz warunków pracy w jednostkach pomocy społecznej można odnaleźć w opiniach ekspertów. W wywiadach jakościowych i podczas paneli eksperci wskazywali w tym obszarze na potrzebę podniesienia wynagrodzenia, stworzenia możliwości rozwoju zawodowego poprzez specjalizację lub zmianę pełnionej roli zawodowej, umożliwienia wdrażania nowych metod pracy (nabytych w trakcie procesu kształcenia/doksztalcania) w praktyce, wytyczenia jasnych ścieżek awansu zawodowego (także w kontekście specjalizacji

w wykonywaniu konkretnych zadań), przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu poprzez stworzenie systemu superwizji (nie tylko dla pracowników socjalnych, ale wszystkich ról zawodowych związanych z bezpośrednią pracą z klientami).

Z jednej strony mamy do czynienia z pozytywną oceną warunków pracy przez pracowników systemu, z drugiej strony jednak napływ nowych pracowników jest ograniczony, między innymi z tego powodu, że kandydatom nie odpowiadają warunki pracy, co było wskazywane zarówno w badaniu ilościowym z pracodawcami, jak i jakościowym z ekspertami, co w efekcie prowadzi do braków kadrowych. Poprawa warunków pracy jest zatem warunkiem kluczowym do zwiększenia napływu nowych pracowników do systemu.

6. Kompetencje kadr sektora

Zebrany materiał badawczy pozwolił wyróżnić w obu analizowanych systemach – pomocy społecznej i opieki zdrowotnej:

- kompetencje kluczowe – ważne dla funkcjonowania systemów;
- kompetencje o rosnącym znaczeniu, które są już obecne w systemach, a których znaczenie już rośnie lub wkrótce będzie rosnać (tzw. *hot skills*);
- kompetencje przyszłości, a więc te, które obecnie nie występują lub występują w niewielkim stopniu w małej liczbie jednostek, a których znaczenie będzie istotne w przyszłości. Kompetencje te są odpowiedzią na wyzwania stojące przed systemem i ich posiadanie przez pracowników ma duży potencjał poprawy reakcji systemu na nowe wyzwania.

Ze względu na specyfikę obu systemów opis sposobów rozwijania kompetencji został sporządzony według innego schematu. W przypadku ochrony zdrowia opis dotyczy sposobów zdobywania wybranych kompetencji pozamedycznych, które można nazwać przekrojowymi i wspólnymi dla wszystkich zawodów medycznych. Przy czym w mniejszym stopniu niż w pomocy społecznej, poruszono kwestie związane z funkcjonowaniem formalnego systemu kształcenia, który ukierunkowany jest przede wszystkim na rozwijanie kompetencji medycznych. W przypadku pomocy społecznej poruszono kwestie formalnego systemu edukacji, który może kształcić wszystkie opisywane w raporcie kompetencje, szczególną uwagę poświęcono przenikaniu się teorii i praktyki oraz wsparciu pracowników w trakcie wykonywania pracy.

6.1. Sektor opieki zdrowotnej: kompetencje kluczowe kadry medycznej

Na kadrę medyczną składają się przedstawiciele kilku zawodów, przy czym większość z nich dzieli się na osobne specjalizacje⁵⁸, z których każda powiązana jest z długą listą specjalistycznych kompetencji. W tej sytuacji, kierując się wskazówkami Sektorowej Rady ds. Kompetencji, w badaniu zdecydowano się skupić na tzw. kompetencjach kluczowych. Stanowią one zbiór ogólnych i przekrojowych kompetencji, którymi powinien dysponować każdy z medyków. Skupiają się one na czterech głównych wymiarach. Są to:

Profesjonalizm, czyli kompetencje potrzebne do utrzymania wysokiej jakości merytorycznej wykonywanej pracy;

- kompetencje potrzebne do dobrej współpracy z pacjentem;
- kompetencje z zakresu pracy w interdyscyplinarnych zespołach;
- kompetencje cyfrowe.

Tabela 5 zawiera szczegółowy wykaz kompetencji kluczowych.

⁵⁸ W przypadku lekarzy jest ich ponad czterdzieści.

Tabela 5. Kompetencje kluczowe kadry medycznej

Wymiar	Kompetencje kluczowe
Kompetencje związane z zapewnieniem odpowiedniej jakości merytorycznej świadczonych usług	• Umiejętność aktualizowania wiedzy medycznej, w tym o wytycznych towarzystw naukowych i standardach diagnostyczno-terapeutycznych; • Umiejętność posługiwania się w praktyce wytycznymi towarzystw naukowych i standardami diagnostyczno-terapeutycznymi; • Umiejętność integrowania informacji z różnych dziedzin po to, by całościowo zrozumieć potrzeby zdrowotne pacjenta; • Umiejętność identyfikowania ryzyka popełnienia błędu i wystąpienia zdarzeń niepożądanych; • Umiejętność wdrażania podstawowych zasad bezpieczeństwa; • Umiejętność radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.
Kompetencje potrzebne do dobrej współpracy z pacjentem	• Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów; • Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały; • Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta; • Umiejętność/gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu; • Umiejętność uwzględniania i wrażliwość na potrzeby pacjentów różnorodnych kulturowo (ze względu na pochodzenie etniczne ale także status socjoekonomiczny); • Asertywność, umiejętność odrzucania nieuzasadnionych, niemających potwierdzenia w dowodach naukowych żądań pacjentów.
Kompetencje z zakresu pracy w interdyscyplinarnych zespołach	• Umiejętność stosowania zasad skutecznej komunikacji medycznej w zespole; • Rozumienie zakresu kompetencji poszczególnych członków zespołu; • Umiejętność przekazywania i przyjmowania wiedzy od innych członków zespołu; • Umiejętność włączania przedstawicieli innych zawodów do prowadzenia diagnozy i leczenia pacjenta; Umiejętność formułowania oceny pracy zespołu i otwartość na opinię innych członków zespołu; • Umiejętność pracy w zespołach wielokulturowych.
Kompetencje cyfrowe	• Umiejętność prowadzenia wywiadu przez telefon lub online/prowadzenia diagnostyki różnicowej bez kontaktu fizycznego z pacjentem; • Umiejętność korzystania z narzędzi do zdalnego monitorowania stanu pacjentów; • Umiejętności korzystania wewnętrznych baz danych (gromadzonych przez placówkę) i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem; • Umiejętność interpretacji i wykorzystania wyników analizy dużych zbiorów danych (bez opiekuna medycznego); • Umiejętność korzystania z dostępnych rozwiązań e-zdrowia (narzędzi platformy P-1).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie konsultacji z przedstawicielami Sektorowej Rady ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna, oraz wywiadów pogłębionych z ekspertami branżowymi.

Wymieniony zestaw kompetencji został wykorzystany do przeprowadzenia bilansu kompetencji wszystkich pracowników wchodzących w skład kadry medycznej, bez względu na wykonywany zawód. W drugiej edycji BBKL postanowiono, że spośród diagnozowanych kompetencji wyodrębnione zostaną także takie, które można nazwać kompetencjami o rosnącym znaczeniu już obecnie lub w najbliższym czasie oraz kompetencje przyszłości tj. takie, których obecnie nie ma w sektorze, lecz będą ważne w przyszłości.

W przypadku sektora opieki zdrowotnej trudno jest wyodrębnić kompetencje o rosnącym znaczeniu. Jest tak, ponieważ już sam koncept kompetencji kluczowych odsyła do takiego kształtu systemu opieki zdrowotnej, który można by określić jako pożądany i do jakiego aspirujemy (kompetencje kluczowe są więc zarazem kompetencjami o rosnącym znaczeniu):

- Kompetencje z obszaru profesjonalizm (zapewniania wysokiej jakości wykonywanej pracy) powiązane są z działaniami ukierunkowanymi na podniesienie jakości usług medycznych (standaryzacja procedur, mierzenie wyników, eliminowanie błędów medycznych);
- Obszar współpracy z pacjentem to spojrzenie na kwestię jakości od strony pacjenta i docenienie, że bez dobrej relacji z pacjentem niemożliwe jest skuteczne leczenie;
- Stan kompetencji cyfrowych w dużej mierze zdecyduje o tym, czy uda się wykorzystać szanse, jakie dla opieki zdrowotnej niesie cyfryzacja;
- Kompetencje współpracy w zespołach interdyscyplinarnych powiązane są z koordynacją opieki. Są ważne także w zakresie uzupełniania się kadry medycznej, przejmowania pewnych czynności od lekarzy i pielęgniarek.

W dużej mierze potwierdzają to wypowiedzi ekspertów, którzy poproszeni o wskazanie kompetencji o rosnącym znaczeniu wymieniali kompetencje ze wszystkich obszarów. Były to przede wszystkim:

- kompetencje z zakresu dobrej współpracy z pacjentem (wszystkie, bez wyróżnienia, którejś szczególnie);
- kompetencje z zakresu współpracy w interdyscyplinarnych zespołach (bez wskazania najważniejszej);
- kompetencje cyfrowe (zwłaszcza w zakresie prowadzenia wywiadu przez telefon/online oraz korzystanie z narzędzi do zdalnego monitorowania pacjentów);
- umiejętność posługiwania się wytycznymi i standardami leczenia.

W odniesieniu do wybranych zawodów zebrano także dodatkowe wskazania wykraczające poza zakres opisanych powyżej kompetencji kluczowych: w przypadku ratownika medycznego była

to samodzielność, gotowość do podejmowania decyzji bez lekarza, w przypadku pielęgniarki – umiejętność wypisywania recept. Są to kompetencje, które łączą się z kompetencjami z obszaru dobrej współpracy w zespołach interdyscyplinarnych i umożliwiają przekazywanie sobie zadań pomiędzy personelem medycznym (i odciążenie lekarzy).

Eksperci nie wskazali wprost kompetencji przyszłości. Niektórzy z nich zwracali jednak uwagę, że kadrze medycznej brakuje umiejętności prowadzenia wywiadu medycznego w sposób zdalny, co powiązane jest w dużej mierze z brakiem standardu prowadzenia takiego świadczenia. Paradoksalnie zatem, choć teleporada jest już świadczeniem powszechnym w systemie opieki zdrowotnej, to umiejętność jej prowadzenia można uznać za kompetencję przyszłości (to standard, którego jeszcze nie ma, określa zakres kompetencji potrzebnych do przeprowadzenia tej usługi).

6.2. Sektor opieki zdrowotnej: zdobywanie i rozwijanie kompetencji kluczowych

Kompetencje miękkie

Są to kompetencje z dwóch wymiarów: dobrej współpracy z pacjentem oraz współpracy w zespołach interdyscyplinarnych złożonych z przedstawicieli różnych zawodów medycznych. Wnioski dla tych obszarów są wspólne, dlatego zostały przedstawione razem.

Eksperci wskazywali, że są to kompetencje w coraz większym zakresie uwzględniane w programach studiów. W kształceniu przedklinicznym coraz powszechniejsze są zajęcia w grupach złożonych ze studentów różnych kierunków, część z nich ma charakter warsztatowy, część prowadzona jest w warunkach symulacji medycznej. W podobnej formie prowadzone są zajęcia, w których studenci mogą uczyć się zasad komunikowania z pacjentem na temat potrzeb pacjenta (np. poprzez przywoływanie swoich doświadczeń i odczuć w tej roli).

Problemem jednak jest etap kształcenia klinicznego (tj. tego, które odbywa się zazwyczaj w szpitalach) oraz późniejsza praktyka z właściwego miejsca pracy. Eksperci zauważali, że kultura pracy panująca w wielu podmiotach leczniczych sprawia, że te kompetencje nie są wykorzystywane w praktyce, stąd też fakt nabycia ich na studiach traci znaczenie. Wzorce z miejsca pracy przeważają i powodują, że kompetencje nabyte na uczelni nie są wykorzystywane.

W tym świetle najważniejsze jest doszkalanie w zakresie kompetencji miękkich pracodawców i osób na stanowiskach kierowniczych w podmiotach leczniczych. Chodzi tu także o rozwijanie świadomości znaczenia tych kompetencji dla efektywności procesu leczniczego oraz umiejętności odpowiedniej organizacji pracy zespołu i promowania określonych postaw pracowników. Takie szkolenia są ciągle rzadkością. Choć trzeba zaznaczyć, że w badaniu przywoływano ich przykłady (program studiów MBA dla kadry zarządczej oraz cykl szkoleń dla pielęgniarek oddziałowych organizowanych przez jedną z okręgowych izb pielęgniarek). Eksperti nie mieli jednak wątpliwości, że jest to skala niewystarczająca.

Sami pracodawcy dość dobrze oceniają kompetencje miękkie swoich pracowników. Zdecydowana większość uważa, że posiadają oni kompetencje efektywnego komunikowania się z pacjentem i włączania przedstawicieli innych zawodów do prowadzenia diagnozy i leczenia pacjentów. Gorzej wypada ocena umiejętności współpracy w zespołach interdyscyplinarnych – około połowa pracodawców uważa, że pracownicy posiadają ją tylko częściowo i muszą ją doskonalić, a kolejne 8%, że nie posiadają takiej umiejętności w ogóle.

Wykres 22. Ocena stopnia posiadania przez pracowników wybranych kompetencji kluczowych – kompetencje miękkie (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor opieki zdrowotnej (n = 166). Odpowiedź „częściowo posiadają” oznacza, że nadal muszą się doskonalić; pełna odpowiedź brzmiała: pracownicy naszej instytucji posiadają część wymaganych umiejętności, ale potrzebne jest ich uzupełnienie, rozwinięcie.

Kompetencje cyfrowe

Według ekspertów nie mamy jeszcze w Polsce odpowiednich form kształcenia kompetencji cyfrowych (chodzi tu przede wszystkim o kompetencje w zakresie prowadzenia opieki zdalnej i wykorzystania danych do poprawy procesów leczniczych). Nie są one dostępne na etapie studiów. Tu część ekspertów m.in. biorących udział w panelu i w wywiadach pogłębionych wskazywała na fakt, że nie ma zajęć o tym charakterze w programach nauczania. Część

jednak była zdania, że powinny być one kształcone przede wszystkim w sposób praktyczny, na etapie edukacji klinicznej w szpitalu lub gabinecie lekarza rodzinnego. Przy czym w drugim przypadku istotną barierą jest jeszcze niski stan przyswojenia technologii cyfrowych przez podmioty lecznicze.

Zdaniem ekspertów brakuje odpowiednich szkoleń dla kadry już pracującej. Wprawdzie firmy dostarczające rozwiązania cyfrowe zazwyczaj zapewniają także szkolenia, nie jest to jednak oferta zadawalająca. Nie zawsze kadra medyczna ma też motywację i czas, żeby z niej korzystać. Z przeprowadzonych wywiadów wynika jednak, że paradoksalnie najpoważniejszym problemem jest nie aktualny stan kształcenia, a brak regulacji związanych ze standaryzacją usług cyfrowych, przede wszystkim tych związanych z opieką zdalną. Jest to bardzo poważna przeszkoda utrudniająca rozwój opieki zdalnej, a pośrednio rozwój kształcenia w tym zakresie. W tym kontekście nie dziwi opinia ekspertów, o niskich – co do zasady – kompetencjach cyfrowych kadry medycznej. Znamienny jest tu przykład wywiadu medycznego prowadzonego przez telefon lub internet. Wbrew pozorom jest to trudna umiejętność, ponieważ do zwykłych trudności komunikacyjnych związanych z przekładaniem języka potocznego na medyczny dochodzi jeszcze brak kontaktu fizycznego z pacjentem. Wywiad zdalny wymaga pewnych schematów zadawania pytań, które są zgodne z zasadami prowadzenia diagnostyki różnicowej (czyli postępowania mającego doprowadzić do powiązania danego objawu klinicznego z jednostką chorobową). Tego w Polsce nie narzuca żaden standard ani też nie kształci się w tym zakresie medyków.

Z opinią ekspertów kontrastuje w tym zakresie opinia pracodawców. Wyniki badania ilościowego pokazują, że zdecydowana większość pracodawców jest zdania, że ich personel posiada niezbędne kompetencje cyfrowe, w tym kompetencje potrzebne do prowadzenia zdalnego wywiadu medycznego oraz zdalnego monitoringu stanu pacjenta.

Wykres 23. Ocena stopnia posiadania przez pracowników wybranych kompetencji kluczowych, wymiar – kompetencje cyfrowe (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor opieki zdrowotnej (n = 166). Odpowiedź „częściowo posiadają” oznacza, że nadal muszą się doksztalać; pełna odpowiedź brzmiała: pracownicy naszej instytucji posiadają część wymaganych umiejętności, ale potrzebne jest ich uzupełnienie, rozwinięcie.

Profesjonalizm, merytoryczna jakość

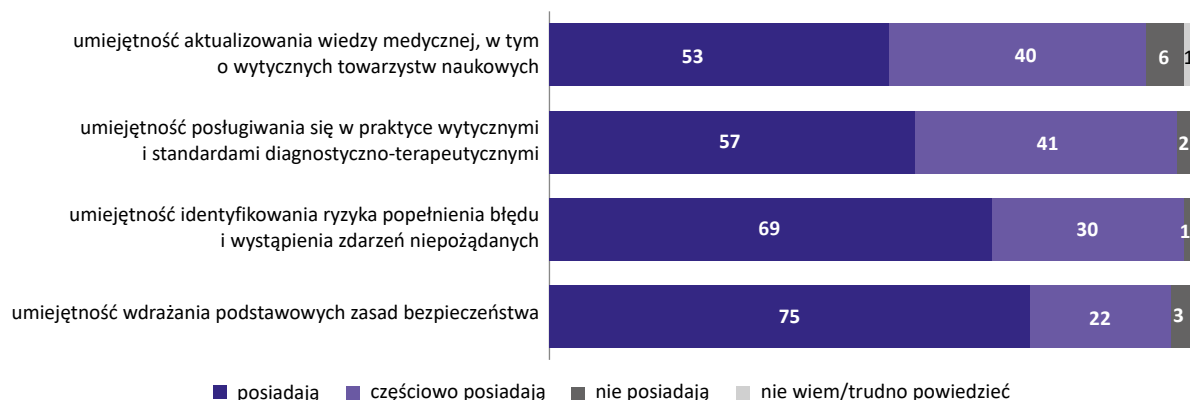
Zawody medyczne mają ustawowy obowiązek podnoszenia kwalifikacji. Nie jest on jednak w żaden sposób egzekwowany, w związku z tym jest to w dużej mierze indywidualna sprawa danego medyka, czy się doksztala i rozwija zawodowo. Eksperci zauważali, że zbyt wielu medyków nie doksztala się w wystarczającym stopniu. Stąd też pojawiają się postulaty wprowadzenia ogólnie mechanizmów motywujących czy też narzucających konieczność rozwoju.

Z przeprowadzonych wywiadów wynika, że w środowisku pielęgniarek trwa dyskusja nad wprowadzeniem wzorowanego na Włoszech systemu tzw. licencji. Jest to rozwiązanie, w którym co roku (lub w innym ustalonym okresie) każda pielęgniarka musiałaby zdobyć pewną pulę punktów poprzez uczestnictwo w szkoleniach, konferencjach, publikując artykuły, albo kończąc różnego rodzaju dodatkowe formy kształcenia. Punkty te warunkowałyby prawo do dalszego wykonywania zawodu. Jako dobrą praktykę przywoływano również mechanizmy, które funkcjonują w środowisku urologów, w którym istnieje nieformalna presja, by zdobywać i odnawiać co 5 lat europejski certyfikat chirurga urologa. Eksperci wskazywali także, że Ministerstwo Zdrowia przymierza się, by ustawowo wprowadzić certyfikacje pewnych wązszych umiejętności w ramach specjalizacji lekarskich. Nadawać certyfikaty i okresowo je weryfikować miałyby instytuty badawcze i centra naukowe. Trudno

na razie przesądzać, czy takie regulacje faktycznie zostaną przyjęte. Można powiedzieć, że są to fragmentaryczne rozwiązania. Eksperti zauważali, że omawiany tu problem zniknąłby wraz wprowadzeniem takich potrzebnych zmian w systemie jak standaryzacja procedur i płatność za wyniki/efekty leczenia. Silna presja na doskonalenie zawodowe pojawiłaby się wtedy na poziomie samych podmiotów leczniczych (w tym kontekście certyfikacja i systemy punktowe byłyby ważnymi, ale pomocniczymi mechanizmami).

Pracodawcy biorący udział w badaniu ilościowym co do zasady oceniali pozytywnie stan kompetencji swoich pracowników w obszarze utrzymania wysokiej jakości wykonywanej pracy. Choć trzeba też odnotować znaczący odsetek, który wskazał częściowe posiadanie potrzebnych kompetencji przez pracowników. Zwłaszcza w odniesieniu do umiejętności aktualizowania wiedzy oraz stosowania zaleceń z wytycznych i standardów diagnostyczno-terapeutycznych w praktyce.

Wykres 24. Ocena stopnia posiadania przez pracowników wybranych kompetencji kluczowych, wymiar – profesjonalizm (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor opieki zdrowotnej (n = 166). Odpowiedź „częściowo posiadają” oznacza, że nadal muszą się doksztalać; pełna odpowiedź brzmiała: pracownicy naszej instytucji posiadają część wymaganych umiejętności, ale potrzebne jest ich uzupełnienie, rozwinięcie.

6.3. Sektor pomocy społecznej: kompetencje kluczowe

Zebrane w ramach wywiadów jakościowych i paneli eksperckich dane pozwoliły na wyróżnienie kilku kategorii kluczowych kompetencji, które zostały przez respondentów podzielone na kilka kategorii (Tabela 6). Są to:

- kompetencje z zakresu indywidualnej pracy z klientem,
- kompetencje potrzebne do pracy ze środowiskiem lokalnym,
- kompetencje społeczne,
- kompetencje zarządcze,
- kompetencje współpracy.

Tabela 6. Kompetencje kluczowe kadry pomocy społecznej

Wymiar	Kompetencje kluczowe
Kompetencje z zakresu indywidualnej pracy z klientem	• Kompetencje interpersonalne, intrapsychiczne⁵⁹ i komunikacyjne, aktywnego słuchania, motywowania, dostosowania komunikatu do odbiorcy pozwalające na budowanie z osobą wspieraną pozytywnej relacji, dającej jej poczucie bezpieczeństwa; • Diagnoza potrzeb i zasobów klienta z użyciem metod i narzędzi dostosowanych do możliwości i potrzeb klienta; • Zarządzanie przypadkiem z zachowaniem zasad empowermentu (upodmiotowienia klienta); • Kompetencje do pracy z grupami potrzebującymi szczególnego wsparcia (np. osoby starsze, z niepełnosprawnościami, w kryzysie psychicznym) – specjalizacja w ramach określonej grupy klientów lub określonych problemów wymagająca znajomości potrzeb danej grupy, problemów i procesów, które doświadczają; • Umiejętność jasnego pisania pism, które będą zrozumiałe przez klientów, będą zachęcały do kontaktu i nie budziły lęku; • Znajomość języków obcych – zapotrzebowanie na tę kompetencję ujawniły się w związku z napływem uchodźców z Ukrainy. Nie chodzi o to, aby każdy pracownik posiadał znajomość biegłą języków państw przygranicznych, ale w danej jednostce pomocy społecznej jako całości jest ona bardzo przydatna, nie tylko pod kątem świadczenia pomocy uchodźcom, ale np. nawiązania współpracy przygranicznej.

⁵⁹ Kompetencje intrapsychiczne zaliczane są do tzw. kompetencji osobistych. Są to np. zdolność szybkiego podejmowania trafnych decyzji, zdolność do sprawnego działania, zwłaszcza w sytuacjach kryzysowych, umiejętności poszukiwania nowych sposobów radzenia sobie, radzenie sobie w sytuacjach stresowych, zdolność działania w zgodzie z własnym systemem wartości, itp.

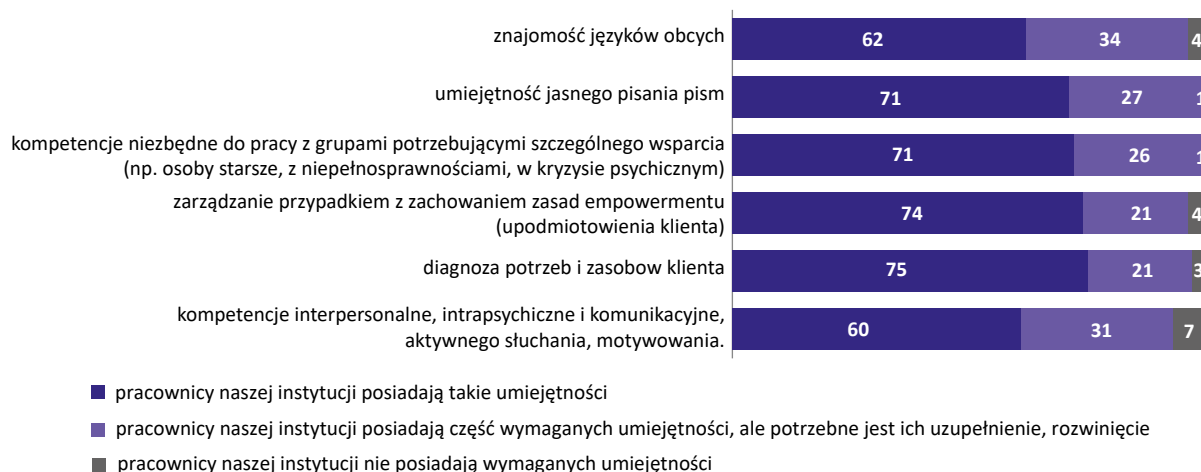
Wymiar	Kompetencje kluczowe
Kompetencje potrzebne do pracy ze środowiskiem lokalnym	• Znajomość potencjału środowiska lokalnego i instytucji działających na jego terenie pod kątem możliwości udzielania wsparcia osobom go potrzebującym; • Diagnoza potrzeb i zasobów społeczności lokalnych; • Aktywizowanie i integrowanie społeczności lokalnych; • Zarządzanie zasobami wsparcia na poziomie lokalnym.
Kompetencje społeczne	• Empatia, zaangażowanie, poczucie misji oraz poczucie etyki zawodowej; • Odporność na stres oraz zarządzanie emocjami; • Zarządzanie czasem i zadaniami do wykonania oraz samodzielność; • Tolerancja i otwartość na odmienności, w tym kulturowe; • Motywacja do podnoszenia kompetencji zawodowych i rozwoju.
Kompetencje zarządcze	• Zarządzanie zmianą; • Motywowanie i rozwój pracowników; • Umiejętność wyznaczania, realizowania i monitorowania realizacji celów; • Zarządzanie dostępnymi zasobami; • Facylitacja i koordynacja współpracy różnych podmiotów/instytucji (sieciowanie instytucji).
Kompetencje współpracy	• Pomiędzy instytucjami; • Pomiędzy specjalistami wywodzącymi się z różnych środowisk na poziomie lokalnym.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie konsultacji z przedstawicielami Sektorowej Rady ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna, oraz wywiadów pogłębionych z ekspertami branżowymi.

Kompetencje z zakresu indywidualnej pracy z klientem

W tej grupie kompetencji znajdują się te umożliwiające skuteczne i efektywne wsparcie danego klienta, od zrozumienia jego potrzeb, aż do stworzenia i zrealizowania planu wsparcia. Kompetencje te dotyczą niemalże wszystkich ról zawodowych, ze szczególnym naciskiem na pracownika socjalnego, specjalistę ds. interwencji kryzysowej, asystenta różnych grup ludności czy opiekuna środowiskowego.

Pracodawcy w większości wskazują, że ich pracownicy posiadają kompetencje pracy indywidualnej z klientem – od 60% do 75% wskazań. Istotna część deklaruje potrzebę dalszego rozwijania tych kompetencji – od 21% do 34%. Kompetencje interpersonalne, intrapsychiczne, aktywnego słuchania, komunikowania, motywowania (31%) oraz znajomość języków obcych (34%) są najczęściej wskazywane jako te, które trzeba dalej rozwijać oraz te, których w jednostkach nie ma (odpowiednio 7% i 4%).

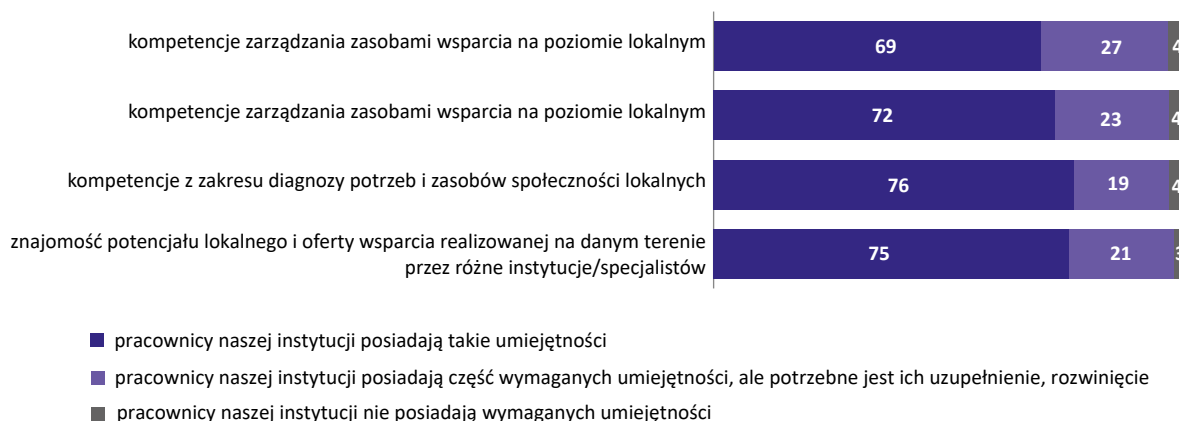
Wykres 25. Kompetencje indywidualnej pracy z klientem w opinii pracodawców (%)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor pomocy społecznej (n = 140).

Kompetencje potrzebne do pracy ze środowiskiem lokalnym

Formalnie kompetencje potrzebne do pracy ze środowiskiem lokalnym powinni posiadać pracownicy systemu już obecnie. Zdaniem ekspertów biorących udział w badaniach jakościowych, jedynie niewielka liczba pracowników je posiada. W praktyce posiadają je osoby wykorzystujące w pracy metody aktywizowania społeczności lokalnych. Kompetencje te są niezbędne do budowania lokalnych systemów wsparcia, których nieodłączną częścią jest społeczność lokalna i jej potencjał. Kompetencje te mają szczególne znaczenie dla menedżera/koordynatora usług społecznych oraz organizatora społeczności lokalnych.

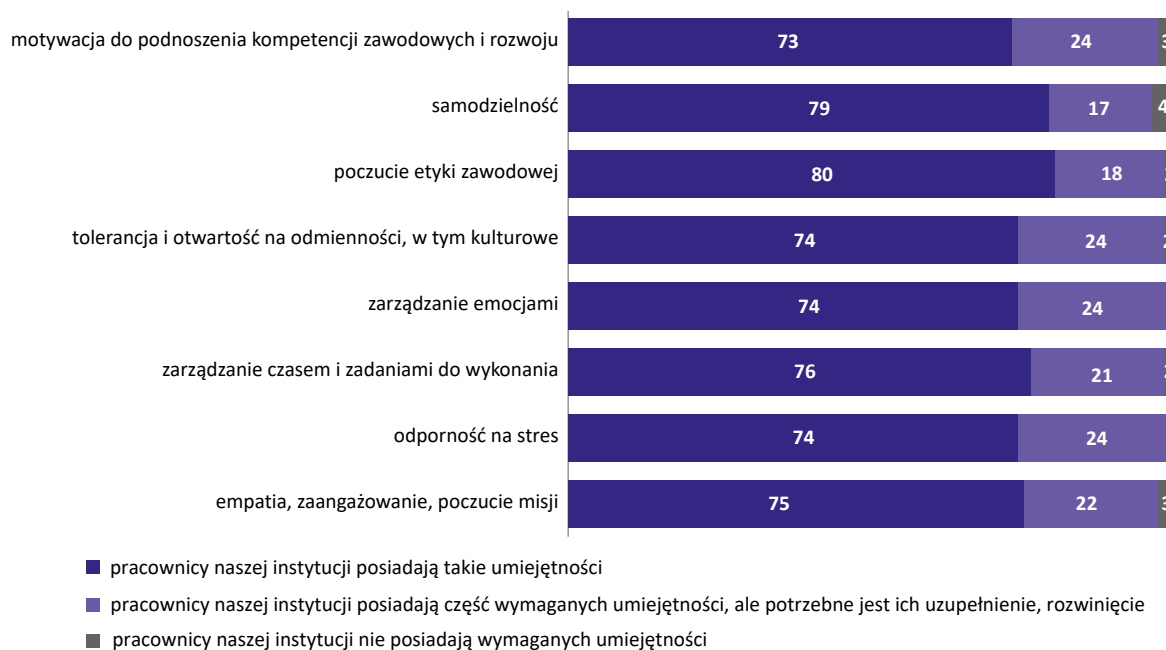
Pracodawcy deklarują, że ich pracownicy w większości posiadają wystarczające kompetencje pracy ze środowiskiem lokalnym (od 69% do 75%). Na tym tle wyróżnia się kompetencja zarządzania zasobami wsparcia na poziomie lokalnym, dla której 27% pracodawców widzi pole do dalszego rozwoju. W przypadku pracowników biorących udział w badaniu jakościowym dużą potrzebę rozwoju umiejętności związanych z pracą w środowiskach lokalnych wskazują koordynatorzy usług społecznych (stosunkowo nowa profesja), w mniejszym zaś organizatorzy społeczności lokalnych (profesja obecna w systemie od dłuższego czasu, ale której znaczenie rośnie w obliczu powstawania centrów usług społecznych).

Wykres 26. Kompetencje pracy ze środowiskiem lokalnym w opinii pracodawców (%)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor pomocy społecznej (n = 140).

Kompetencje społeczne

Kompetencje społeczne były w większości wymagane w systemie pomocy społecznej od dłuższego czasu. Ich znacznie wzrosło w obliczu konieczności dostosowania systemu do działania w warunkach pandemii oraz w obliczu napływu dużej liczby migrantów z Ukrainy do Polski w 2022 r. Mają one duże znaczenie dla wszystkich wyróżnionych w badaniu kluczowych ról zawodowych. Pracodawcy deklarują, że ich pracownicy posiadają kompetencje społeczne— od 73% (motywacja do podnoszenia kompetencji i rozwoju) do 80% (poczucie etyki zawodowej). Od 17% do 24% pracodawców w zależności od kompetencji widzi pole do dalszego rozwoju tych kompetencji u swoich pracowników.

Wykres 27. Kompetencje społeczne w opinii pracodawców (%)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor pomocy społecznej (n = 140).

Kompetencje zarządcze

Kluczową kompetencją w procesie przekształcania ośrodków pomocy społecznej w centra usług społecznych są kompetencje zarządcze kadry kierowniczej. Rozszerzeniu ulega rola kadry kierowniczej, a to wymaga nowego rodzaju kompetencji. Ekspertki wskazywali, że chodzi tu o pewien rodzaj kompetencji zarządzania niedyrektywnego, przejawiający się w umiejętności wspierania, facylitowania i koordynowania współpracy różnych jednostek, specjalistów, zarządzania dostępnymi zasobami wsparcia na poziomie lokalnym.

Pracodawcy deklarują wysoki poziom kompetencji zarządczych w swoich instytucjach (od 72% do 81%). Potrzebę rozwoju tych kompetencji deklaruje od 18% do 23% pracodawców. Wśród pracowników biorących udział w badaniu ilościowym na potrzebę rozwoju kompetencji zarządczych wskazują koordynatorzy usług społecznych. Potrzeby te dotyczą głównie kwestii związanych z zarządzaniem zasobami wsparcia na poziomie lokalnym.

Wykres 28. Kompetencje zarządcze w opinii pracodawców (%)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor pomocy społecznej (n = 140).

Kompetencja współpracy – pomiędzy instytucjami, specjalistami wywodzącymi się z różnych środowisk na poziomie lokalnym

Zdaniem ekspertów biorących udział w badaniach jakościowych, świadomość i kompetencje w zakresie współpracy są kluczowym elementem wdrażania procesu deinstytucjonalizacji i tworzenia centrów usług społecznych (podejście środowiskowe). Kompetencja ta ma znaczenie dla wszystkich wyróżnionych w badaniu ról zawodowych. 76% pracodawców deklaruje, że ich pracownicy posiadają tę kompetencję, co piąty natomiast widzi potrzebę jej dalszego rozwoju. Na potrzebę rozwoju w tym obszarze wskazują głównie koordynatorzy usług społecznych w ramach badania ilościowego, dla których kompetencja ta ma największe znaczenie.

6.4. Sektor pomocy społecznej: kompetencje o rosnącym znaczeniu

Uczestnicy wywiadów jakościowych i paneli eksperckich wskazali na katalog kompetencji, których znaczenie już obecnie rośnie lub będzie rosło w przyszłości. Wiążą się one

w dużej mierze z powstawaniem centrów usług społecznych i wdrażaniem procesu deinstytucjonalizacji. Do katalogu tych kompetencji zaliczono:⁶⁰

- Motywacja (wewnętrzna) do ciągłego rozwoju i podnoszenia kompetencji: zdaniem respondentów dynamiczne zmiany otoczenia społeczno-gospodarczego, w tym występowanie trudno przewidywalnych zdarzeń sprawiają, że na znaczeniu zyskuje kompetencja związana z motywacją do rozwoju i podnoszenia kompetencji w reakcji na zachodzące zmiany w zapotrzebowaniu na wsparcie. 73% pracodawców deklaruje, że ich pracownicy posiadają tę kompetencję, a co piąty deklaruje, że należy je dalej rozwijać.
- Kompetencje bezpośredniej pracy z klientem.
- Kompetencje pracy ze społecznościami lokalnymi.
- Kompetencje zarządcze.
- Kompetencje współpracy.
- Zarządzanie czasem: związane z dużą ilością zadań i dużą liczbą klientów. Wymaga to priorytetyzowania zadań i odpowiedniego zaplanowania ich w czasie. Kompetencja ta ma znaczenie dla wszystkich wyróżnionych w badaniu ról zawodowych. 76% pracodawców deklaruje, że ich pracownicy posiadają tę kompetencję, a co piąty deklaruje, że należy je dalej rozwijać.
- Odporność na presję i stres: wiąże się zarówno z pracą z osobami w różnego typu kryzysach, doświadczających różnego typu tragedii życiowych, jak i z nagromadzeniem dużej liczby zadań, szczególnie w okresach nasilenia różnego typu kryzysów zewnętrznych. Kompetencja ta dotyczy wszystkich wyróżnionych w badaniu ról zawodowych. 74% pracodawców deklaruje, że ich pracownicy posiadają tę kompetencję, a co czwarty deklaruje, że należy ją dalej rozwijać.

⁶⁰ Część z wymienionych kompetencji została oznaczona przez respondentów także jako kompetencje kluczowe. Dotyczy to następujących kompetencji: bezpośredniej pracy z klientem, pracy ze społecznościami lokalnymi, zarządczych i współpracy. Szerszy komentarz dotyczący tych kompetencji zamieszczono w ramach opisu kompetencji kluczowych.

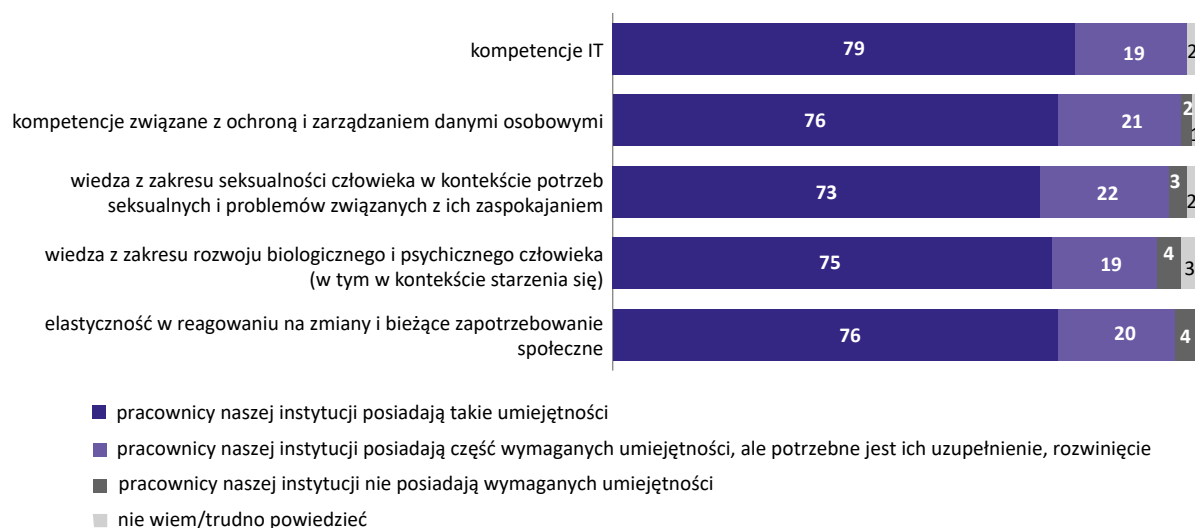
6.5. Sektor pomocy społecznej: kompetencje przyszłości

Eksperti w trakcie wywiadów indywidualnych i paneli wskazywali na pewne kategorie kompetencji przyszłości. Należy zaznaczyć, że wskazanie takich kompetencji sprawiło respondentom duży problem. Do tej kategorii kompetencji zaliczono:

- **Elastyczność w reagowaniu na zmiany i bieżące zapotrzebowanie społeczne:** poszukiwanie niestandardowych rozwiązań, otwartość na nowe sposoby i metody pracy, otwartość na współpracę z innymi specjalistami i instytucjami. Kompetencja będzie mieć szczególne znaczenie dla pracowników socjalnych, asystentów, specjalistów ds. interwencji kryzysowej, menadżerów usług społecznych, organizatorów społeczności lokalnych oraz koordynatorów pieczy zastępczej.
- **Wiedza z zakresu rozwoju biologicznego i psychicznego człowieka (w tym w kontekście starzenia się):** rozumienie procesu i zmian zachodzących w człowieku (psychicznych, biologicznych, itp.) oraz zmian potrzeb w przebiegu życia. W szczególności kompetencja ta będzie dotyczyć pracowników socjalnych, asystentów, opiekunów i specjalistów ds. interwencji kryzysowej.
- **Wiedza z zakresu seksualności człowieka w kontekście potrzeb seksualnych i problemów związanych z ich zaspokajaniem (jak rozmawiać, gdzie kierować):** to kompetencja zgłaszana przez przedstawicieli jednostek interwencyjnych, którzy wskazywali na wzrost liczby klientów, którzy mają problemy w tym obszarze i szukają wsparcia. Kompetencja ta będzie mieć znaczenie dla pracowników socjalnych, asystentów, opiekunów i specjalistów ds. interwencji kryzysowej.
- **Kompetencje IT:** respondenci wskazywali, że w przyszłości pojawią się zapewne nowe programy IT, funkcjonalności, które będą usprawniać pracę systemu pomocy społecznej i będą mogły być wykorzystane w procesie świadczenia usług jako uzupełnienie bezpośredniego kontaktu (np. teleopieka). Kompetencja ta dotyczyć będzie wszystkich wyróżnionych w badaniu ról zawodowych.
- **Kompetencje związane z ochroną i zarządzaniem danymi osobowymi:** respondenci wskazywali, że w przypadku tej kompetencji nie chodzi o znajomość uregulowań prawnych, ale o świadomość pracy z danymi wrażliwymi na co dzień, umiejętność zarządzania nimi, a także świadomość zagrożeń wynikających z niewłaściwego zarządzania danymi osobowymi. Kompetencja ta będzie mieć znaczenie dla wszystkich wyróżnionych w badaniu ról zawodowych.

Deklaracje pracodawców odnośnie do posiadanych przez pracowników kompetencji przyszłości także wskazują na ich odpowiedni poziom. Od 73% do 79% pracodawców potwierdza, że kompetencje te są obecne w wystarczającym stopniu w ich jednostkach, co piąty pracodawca zaś wskazuje na potrzebę ich rozwoju. Należy jednak zauważyć, że ocena poziomu posiadania przez pracownika kompetencji (nie tylko przyszłości, ale też kluczowych i tych o rosnącym znaczeniu) dokonywana jest przez pracodawcę najczęściej poprzez rozmowę z pracownikiem, bardzo rzadko natomiast stosowane są obiektywne narzędzia weryfikacji kompetencji (w tym testy)⁶¹. Może to skutkować różnym rozumieniem przez pracodawców zakresu kompetencji w odniesieniu do wiedzy i potrzebnych umiejętności oraz odpowiednich możliwych poziomów ich zaawansowania u pracowników. Efektem takiej sytuacji mogą być stosunkowo duże odsetki pracodawców wskazujących w badaniu ilościowym na posiadanie przez ich pracowników określonych kompetencji. W przypadku kompetencji przyszłości można przypuszczać na podstawie odpowiedzi pracodawców, że kompetencje te w systemie istnieją, ale nie mają charakteru powszechnego i oczywistego, szczególnie na wyższych poziomach zaawansowania.

Wykres 29. Kompetencje przyszłości w opinii pracodawców (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023, sektor pomocy społecznej (n = 140).

⁶¹ Zgodnie z wynikami badania ilościowego z pracodawcami. Szerzej te kwestie opisane są w kolejnej części raportu.

6.6. Sektor pomocy społecznej: rozwijanie kompetencji

Odwołując się do systemu zdobywania i rozwijania kompetencji w sektorze pomocy społecznej, wnioski płynące z badania można pogrupować w trzy kategorie:

- kształcenie przygotowujące do zawodu,
- przenikanie się teorii i praktyki w procesie nauczania,
- rozwijanie kompetencji podczas pracy zawodowej.

Kształcenie przygotowujące do zawodu

Kluczowym elementem w obszarze kształcenia przygotowującego do zawodu w opinii ekspertów wywiadów jakościowych była kwestia ścieżek specjalizacyjnych. Wskazywano na potrzebę ich tworzenia na poziomie studiów licencjackich, magisterskich i podyplomowych. Ścieżki powinny kierunkować przygotowanie przyszłych pracowników do wspierania konkretnych grup osób lub realizowania konkretnych zadań. Wskazywano także na potrzebę tworzenia ścieżek edukacyjnych przygotowujących do pracy w centrach usług społecznych. Za ważne uznano także możliwość zmiany specjalizacji poprzez dodatkowy proces doksztalcania się w trakcie pracy. Warto natomiast podkreślić, że część ekspertów edukacyjnych przestrzegała przed przeregulowaniem systemu w odniesieniu do specjalizacji. Ich zdaniem obecny formalny system, w którym istnieją stopnie specjalizacji w zawodzie pracownika socjalnego, nie wypełnia zapotrzebowania na ścieżki specjalizacyjne rozumiane jako kompetencje w kierunku wsparcia danej grupy osób lub wspierania klientów w rozwiązywaniu konkretnych problemów. Zdaniem ekspertów, w obecnym kształcie system ten wyznacza drogę awansu, a nie specjalizacji.

Alternatywnym rozwiązaniem w przyszłości może być opracowanie kwalifikacji dla ról zawodowych w pomocy społecznej w Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji i otworenie możliwości uzyskania potwierdzenia jej zdobycia poprzez proces walidacji i certyfikacji.

Istotne dla kształtu systemu edukacji przygotowującego do pracy w systemie pomocy społecznej są także warunki formalne wejścia do zawodu. Wielu rozmówców uznało je za nadmiarowe. Negatywnie oceniono zawężenie możliwości zdobycia uprawnień do pracy w zawodzie pracownika socjalnego do absolwentów kierunków pracy socjalnej (studia licencjackie i magisterskie). To nie tylko wpływa negatywnie na liczbę kandydatów do pracy w systemie, ale także ogranicza różnorodność zespołów pod kątem kompetencji, które

mógłby się pojawić gdyby np. psycholodzy czy pedagodzy mogli po studiach być zatrudnieni w charakterze pracowników socjalnych. Pozytywnie natomiast wypowiadano się o możliwości nabycia uprawnień poprzez studia podyplomowe. Jako nadmiarowy uznano wymóg posiadania uprawnień pracownika socjalnego w przypadku organizatora społeczności lokalnej czy koordynatora indywidualnych planów usług społecznych (role zawodowe związane z centrami usług społecznych).

Przenikanie się teorii i praktyki w procesie nauczania

Niemal wszyscy rozmówcy wywiadów jakościowych wskazywali na potrzebę większej integracji treści przekazywanych w systemie kształcenia z praktyką. Z jednej strony wskazywano na skupianie się podczas studiów na kwestiach teoretycznych (pracodawcy), co powoduje, że nowy pracownik musi nauczyć się wszystkiego podczas praktyki zawodowej. Z drugiej strony eksperci edukacyjni wskazywali, że różne metody pracy są nauczane w procesie kształcenia, ale pracownicy nie mają możliwości wykorzystania tych umiejętności w praktyce, co powoduje frustrację pracowników.

Funkcjonowanie systemu praktyk i staży nie zostało ocenione wysoko przez ekspertów biorących udział w wywiadach jakościowych. Praktyki wakacyjne zdaniem wielu rozmówców mają charakter fasadowy, a studenci wykonują zadania administracyjne lub mają znacznie skracany czas pracy. Co więcej w wywiadach jakościowych pracodawcy wskazywali, że praktykanci traktowani są często jako dodatkowy obowiązek, co przy brakach kadrowych postrzegane jest jako obciążenie.

Eksperti w wywiadach podkreślali, że taka sytuacja w zakresie praktyk i staży powinna ulec zmianie, jeśli przygotowanie kandydatów do pracy ma się poprawić. Zdaniem ekspertów systemy praktyk i staży powinny być dłuższe i mieć cykliczny charakter, a pracownicy opiekujący się praktykantem lub stażystą powinni być do tego przeszkoleni i mieć możliwość wykazania tego w swoich dokonaniach zawodowych (będących podstawą np. do otrzymania premii). Plan praktyk i staży zaś w opinii ekspertów powinien być przemyślany i realizowany w pełni. Istnieją dobre przykłady organizacji praktyk i staży, ale nie mają one charakteru systemowego. Dobre przykłady w tym obszarze warto zdaniem ekspertów promować, a pracownicy zajmujący się praktykantami i stażystami powinni mieć możliwość rozwoju w tym kierunku. Wśród ekspertów pojawiły się także głosy, że systemy praktyk i staży mogą być sposobem na pozyskania pracowników, którzy wcześniej odbywali w danej instytucji praktyki lub staże.

Rozwijanie kompetencji podczas pracy zawodowej

Rozwijanie kompetencji podczas pracy zawodowej w opinii ekspertów biorących udział w wywiadach jakościowych można podzielić na dwie części. Pierwsza część odnosi się do kursów i szkoleń, druga zaś do rozwijania kompetencji w trakcie wykonywanej pracy. W odniesieniu do pierwszej części eksperci w wywiadach jakościowych wskazywali, że oferta szkoleń i kursów jest duża, ale jakość poszczególnych form edukacyjnych jest zróżnicowana. Problemem dla pracowników i pracodawców w obliczu ograniczonych środków na kształcenie jest znalezienie tych najlepszych form (o najwyższej jakości). Częściowym rozwiązaniem tego problemu zdaniem rozmówców jest gromadzenie w jednym miejscu opinii pracowników o szkoleniach, w jakich uczestniczyli. Eksperci w wywiadach jakościowych podkreślali, że rolę tę mogą pełnić Regionalne Ośrodki Polityki Społecznej (ROPS), które mogą także wyznaczać standardy jakości tego typu działań. Jeśli chodzi o formę szkoleń i kursów, to wskazywano na znaczenie formuły stacjonarnej, podczas której uczestnicy mogą wejść w interakcje, nawiązać kontakty zawodowe skutkujące wzajemnym wsparciem. To bardzo ważny aspekt tej formy doskonalenia kompetencji.

Druga część natomiast dotyczy zdobywania i rozwijania kompetencji w miejscu pracy poprzez systemy mentoringowe, w których pracownicy mogą uczyć się od bardziej doświadczonych pracowników. Ma to duże znaczenie dla rozwoju młodych pracowników. Podobnie jak w przypadku praktyk i staży, mentor powinien być wyznaczoną osobą rozwijającą swoje kompetencje także w tym kierunku i której zaangażowanie w tym obszarze jest doceniane przez zwierzchników. Zdaniem rozmówców, to jeden z najskuteczniejszych sposobów zdobywania i rozwijania kompetencji potrzebnych w konkretnym miejscu pracy. Implikuje to świadome tworzenie przez kadrę zarządzającą zróżnicowanych zespołów uczących się od siebie nawzajem.

W nurt rozwijania kompetencji w miejscu pracy wpisują się systemy superwizji, które nie tylko pozwalają na podnoszenie kompetencji, ale także przeciwdziałają wypaleniu zawodowemu. Zdaniem rozmówców, superwizja powinna być dostępna w większym zakresie (dla wszystkich ról zawodowych bezpośrednio wspierających klientów) niż ma to miejsce do tej pory. Ograniczony dostęp do superwizji wynika często z ograniczeń finansowych i niewielkiej liczby certyfikowanych superwizorów.

7. Ocena, rozwój i motywowanie pracowników

W badaniu ilościowym zestawiono perspektywę pracodawców i pracowników dotyczącą poszczególnych aspektów – oceny pracowniczej, sposobów i narzędzi motywowania.

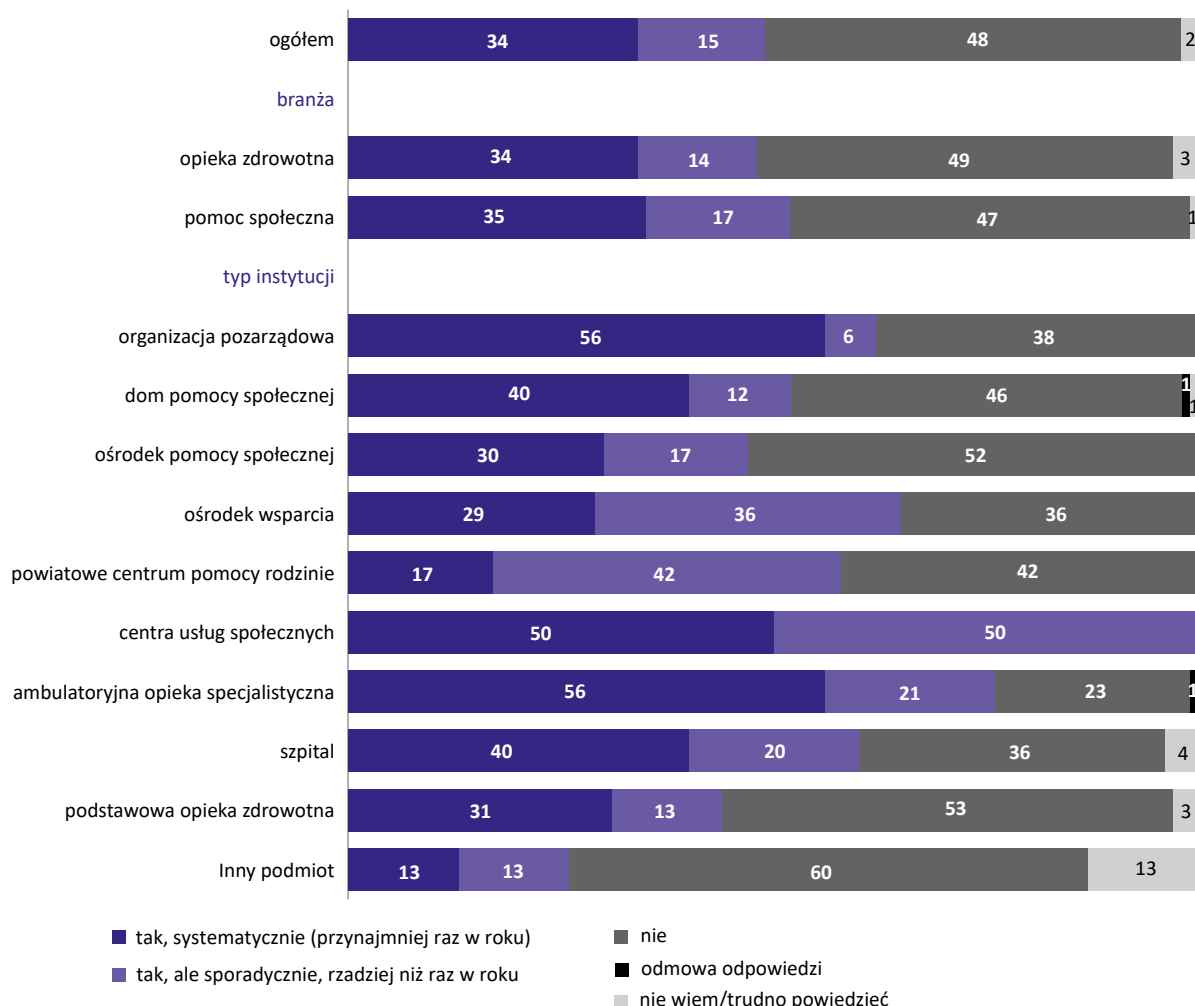
W związku z tym, że na różnych etapach badania zderzano i łączono perspektywę obu podsektorów, a wyniki badań dotyczące oceny i motywowania pracowników są zbieżne dla obu podsektorów, dane te przedstawiono w jednym podrozdziale.

Ocena pracowników

W branży pomocy społecznej najczęściej stosowanym sposobem oceny pracowników jest rozmowa z przełożonym – 67% wskazań, 21% – pozyskiwanie informacji od klientów. Najbardziej stosowaną formą oceny są testy pracownicze – ten rodzaj oceny wskazało 7% pracowników.

Nieco częściej ocena przez przełożonego jest przeprowadzana w sektorze opieki zdrowotnej – 72% wskazań. 34% pracowników tego sektora wskazało na ocenę opisową, a 29% na pozyskiwanie informacji od klientów i współpracowników jako źródło oceny. Natomiast według pracodawców, tylko około 1/3 instytucji z obydwu podsektorów prowadzi systematyczną ocenę pracowników (przynajmniej raz w roku), a około połowa podmiotów nie prowadzi jej wcale. Szczegółowo opisuje to poniższy wykres.

Wykres 30. Prowadzenie oceny pracownika przez pracodawców w sektorach pomocy społecznej i opieki zdrowotnej (%)



Źródło: opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023 (n = 802), sortowanie w obrębie branży.

Najczęściej ocenę pracowniczą przeprowadza się w organizacjach pozarządowych oraz ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Wynik pokazujący wysoki odsetek podmiotów, które nie prowadzą oceny pracowniczej, jest kluczową informacją z punktu widzenia zarządzania zasobami ludzkimi. Pracodawcy, którzy nie prowadzą systematycznej oceny pracowników, nie mają wystarczającej, rzetelnej i usystematyzowanej wiedzy na temat ich potrzeb rozwojowych, co w konsekwencji uniemożliwia dopasowanie odpowiednich form kształcenia i zaplanowanie ścieżek rozwoju. Na te problemy wskazywali również eksperci w badaniu

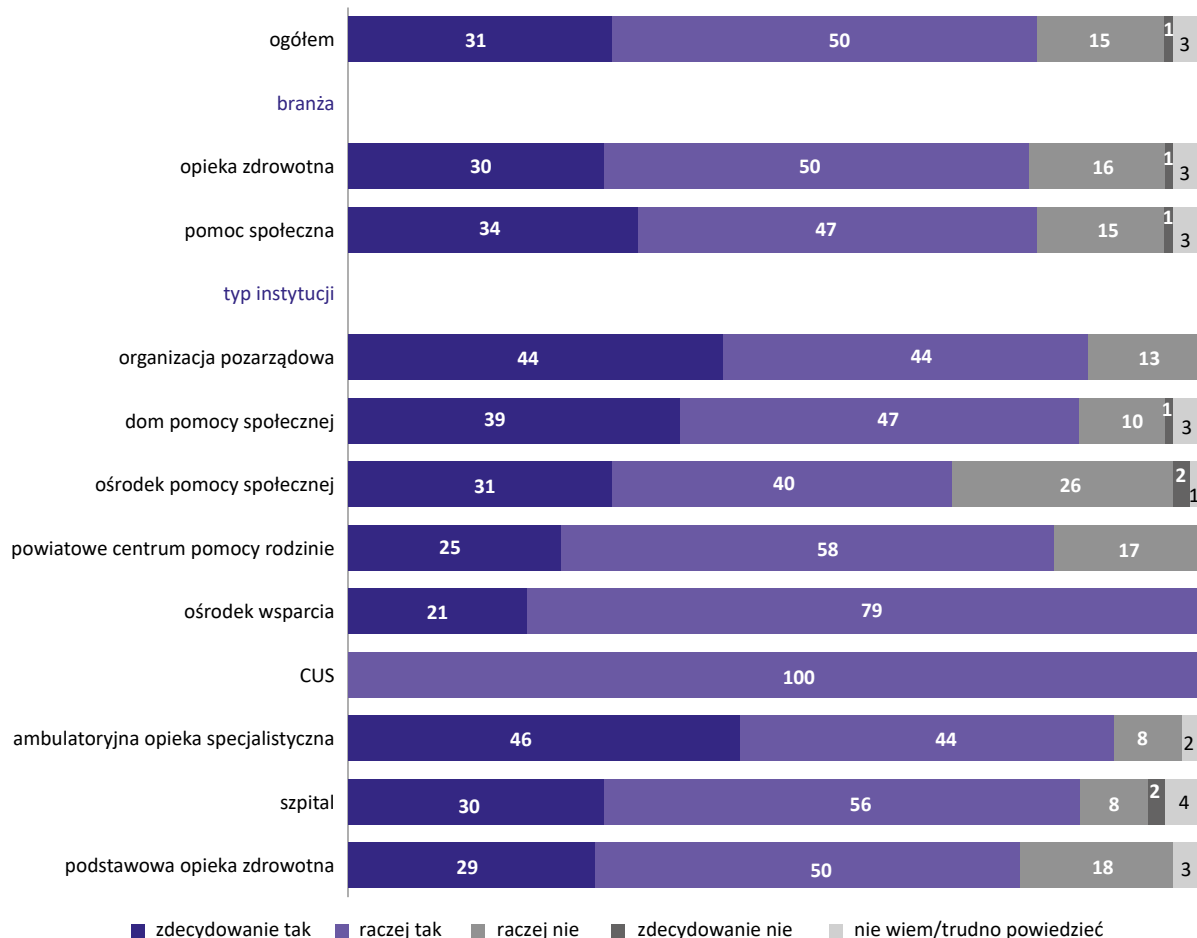
jakościowym, zauważając potrzeby branży w zakresie poprawy systemu rozwoju kadr i doskonalenia kompetencji zarządczych, zwłaszcza w pomocy społecznej.

Przygotowanie pracowników przez uczelnie i szkoły

Około 80% wszystkich badanych pracodawców w każdym z podsektorów uważa, że absolwenci uczelni opuszczający szkoły/uczelnie posiadają umiejętności, na które jest aktualnie zapotrzebowanie w ich instytucji. Podobnie pozytywną ocenę przygotowania do pracy prezentują pracownicy. Blisko 90% z nich zarówno w pomocy społecznej, jak i opiece zdrowotnej ocenia pozytywnie sposób przygotowania do pracy przez uczelnię lub szkołę.

W badaniach jakościowych eksperci wskazywali, że absolwenci uzyskują dobre przygotowanie przez uczelnie w zakresie wiedzy, ale znacznie słabsze w zakresie umiejętności praktycznych. Odzwierciedlenie tej opinii częściowo znajduje się w wynikach badań ilościowych. Najbardziej krytyczni w tym względzie byli pracodawcy reprezentujący ośrodki pomocy społecznej – 26% z nich nie jest zadowolonych z umiejętności, w jakie wyposażają ich pracowników uczelnie i szkoły.

Wykres 31. Stopień zaspokojenia potrzeb pracodawców w zakresie umiejętności pracowników sektora pomocy społecznej i opieki zdrowotnej przez programy szkół i uczelni (%)



Źródło: opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023 (n = 802), sortowanie w obrębie branży.

Eksperti w badaniu jakościowym wskazywali, że ich zdaniem uczelnie i szkoły nie w pełni odpowiadają swoją ofertą edukacyjną na zapotrzebowanie wynikające ze zmian i trendów w branży. Według nich brakuje przygotowania praktycznego i przygotowania pod kątem kompetencji społecznych niezbędnych do pracy z klientami zarówno pomocy społecznej, jak i opieki zdrowotnej. Z tego powodu na przykład absolwenci uczelni w zderzeniu z realiami pracy rezygnują z niej lub ulegają szybkiemu wypaleniu zawodowemu.

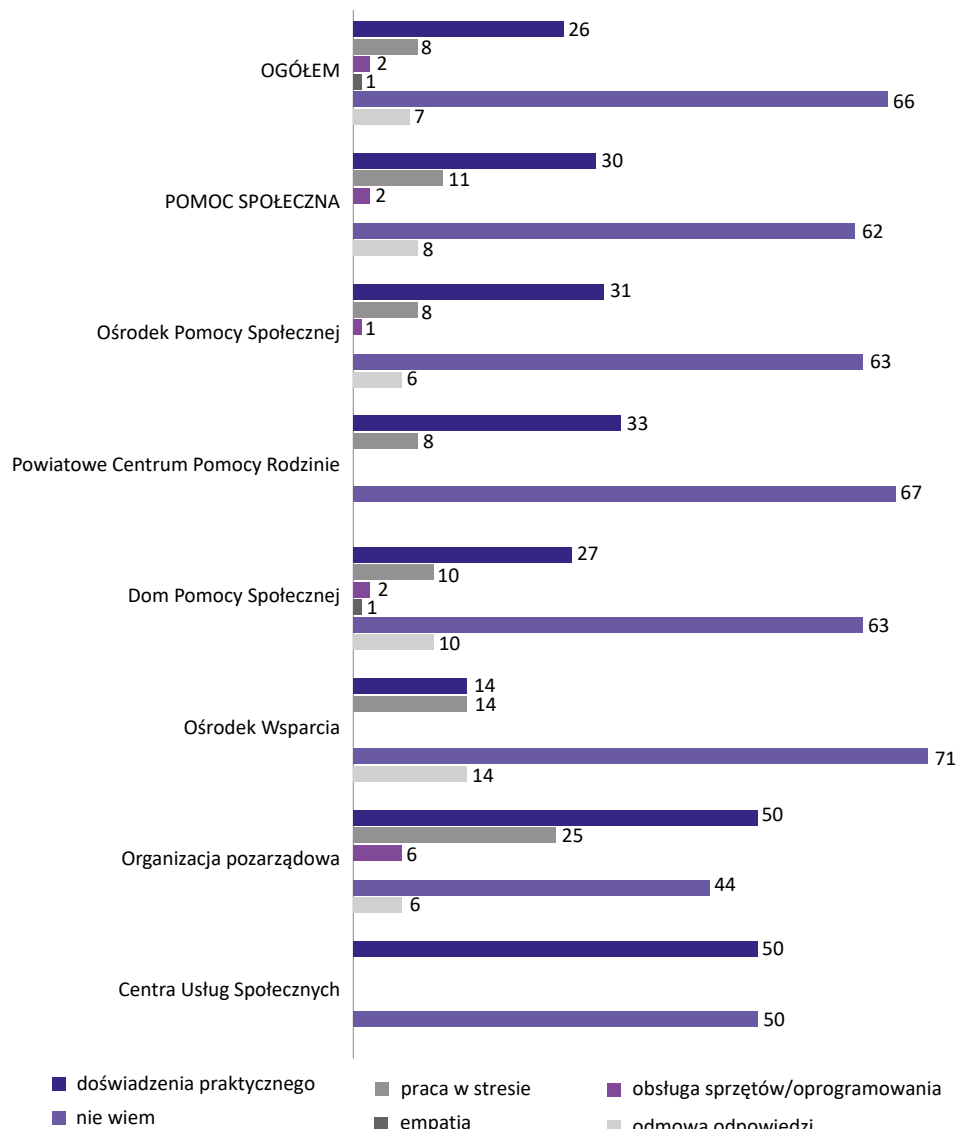
Jednocześnie z uczelniami współpracuje 12% pracodawców sektora opieki zdrowotnej i 9% pracodawców z sektora pomocy społecznej. Współpraca z uczelniami polega głównie na współpracy naukowej kadry. Udział w kierunkach studiów zamawianych deklaruje 24% podmiotów sektora opieki zdrowotnej i 16% z sektora pomocy społecznej. Współpraca z uczelniami polega także na realizacji szkoleń przez pracowników uczelni. Z firmami szkoleniowymi współpracuje odpowiednio 9% pracodawców sektora opieki zdrowotnej i 13% pracodawców pomocy społecznej. Nieco ponad połowa wszystkich badanych pracodawców nie wie, czy ich instytucja podejmuje współpracę z podmiotami z obszaru edukacji.

Podsumowując, można wysnuć wniosek, że wysoka ocena pracodawców w badaniu ilościowym dotycząca przygotowania pracowników przez uczelnie, może świadczyć o tym, że przede wszystkim nie posiadają wystarczającej wiedzy o realnym poziomie kompetencji pracowników, co ma związek z faktem, że około połowa pracodawców w obu podsektorach nie mierzy kompetencji pracowników. Wiedza o kompetencjach pracowników jest niezwykle istotna w kontekście przygotowania instytucji obu sektorów do sprostania przyszłym wyzwaniom. Pracodawcy często przyjmują perspektywę krótkoterminową i nie rozpoznają długofalowych trendów (co podkreślono już w I edycji badania – pracodawcy nie identyfikują długofalowych trendów, a raczej koncentrują się na bieżących zadaniach i osiągnięciu założonych rezultatów/wykonaniu kontraktu i budżetu, a nie na rozwoju kompetencji przyszłości u kadr instytucji, którymi zarządzają). Wysoki poziom zadowolenia pracodawców z poziomu umiejętności pracowników może wskazywać na niewystarczający poziom kompetencji zarządczych, zwłaszcza w zakresie zarządzania kompetencjami, zarządzania jakością i podejściu opartym na efektach.

Pomimo niskiego odsetka instytucji, które prowadzą ocenę poziomu umiejętności, pracodawcy najczęściej dostrzegają braki w zakresie doświadczenia praktycznego. Podobne odpowiedzi uzyskano w badaniu delfickim, gdzie respondenci warunkują zwiększenie napływu nowych pracowników do sektora m.in. przebudowaniem programów nauczania z uwzględnieniem dużego komponentu praktyk i staży, a nawet wizyt studyjnych. W sektorze pomocy społecznej największy brak w tym zakresie odnotowują centra usług społecznych, organizacje pozarządowe a w sektorze opieki zdrowotnej – placówki ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i szpitale. Praca w stresie w sektorze pomocy społecznej stanowi największe wyzwanie w organizacjach pozarządowych, a w sektorze opieki zdrowotnej w placówkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Jednak większość pracodawców biorących udział w badaniu – 66% w obu podsektorach – nie wie, jakich umiejętności brakuje pracownikom

lub które wymagają dalszego rozwoju. Jest to spójne z odpowiedziami na pytanie o ocenę pracowników, gdzie około połowa pracodawców wskazała, że takiej oceny nie prowadzi

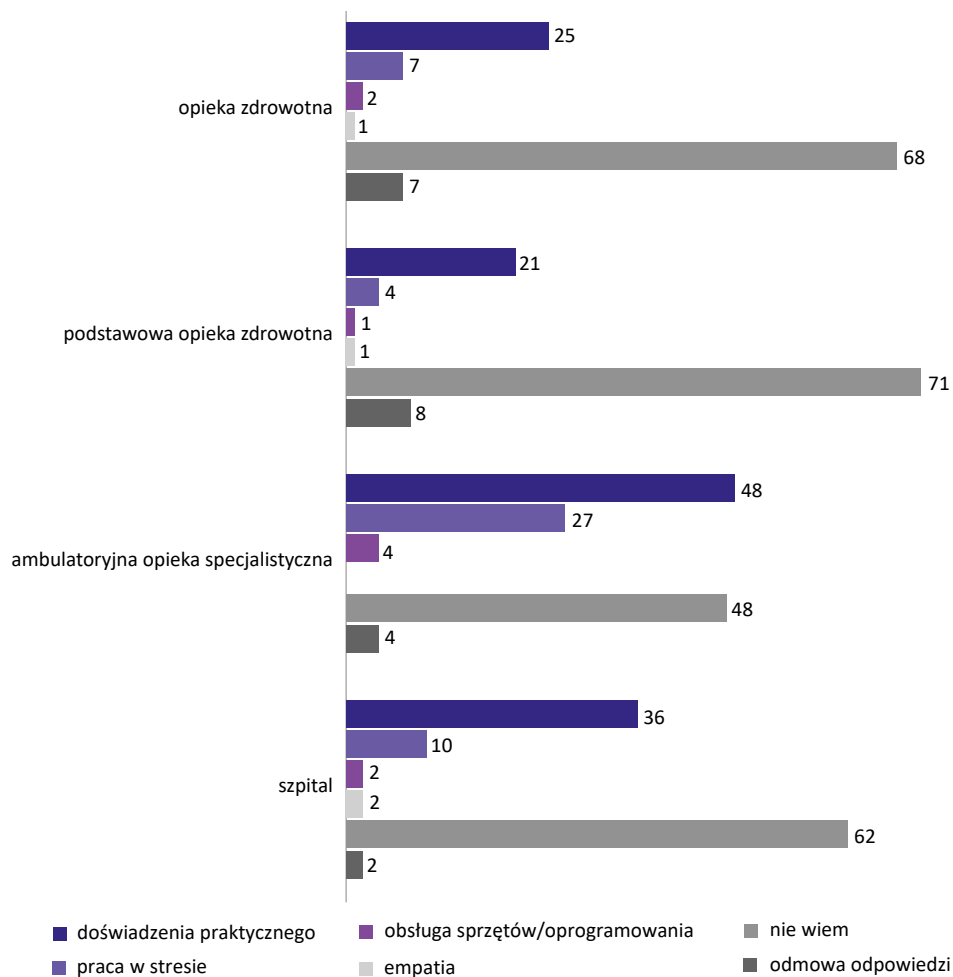
Wykres 32. Umiejętności pracowników sektora pomocy społecznej, których zazwyczaj brakuje lub które wymagają rozwoju, według typów placówek w %⁶²



Źródło: opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023 (n = 802).

⁶² Odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ respondent mógł zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

Wykres 33. Umiejętności, jakich zazwyczaj brakuje lub jakie wymagają rozwoju u pracowników w sektorze opieki zdrowotnej (wg typów jednostek w %⁶³)

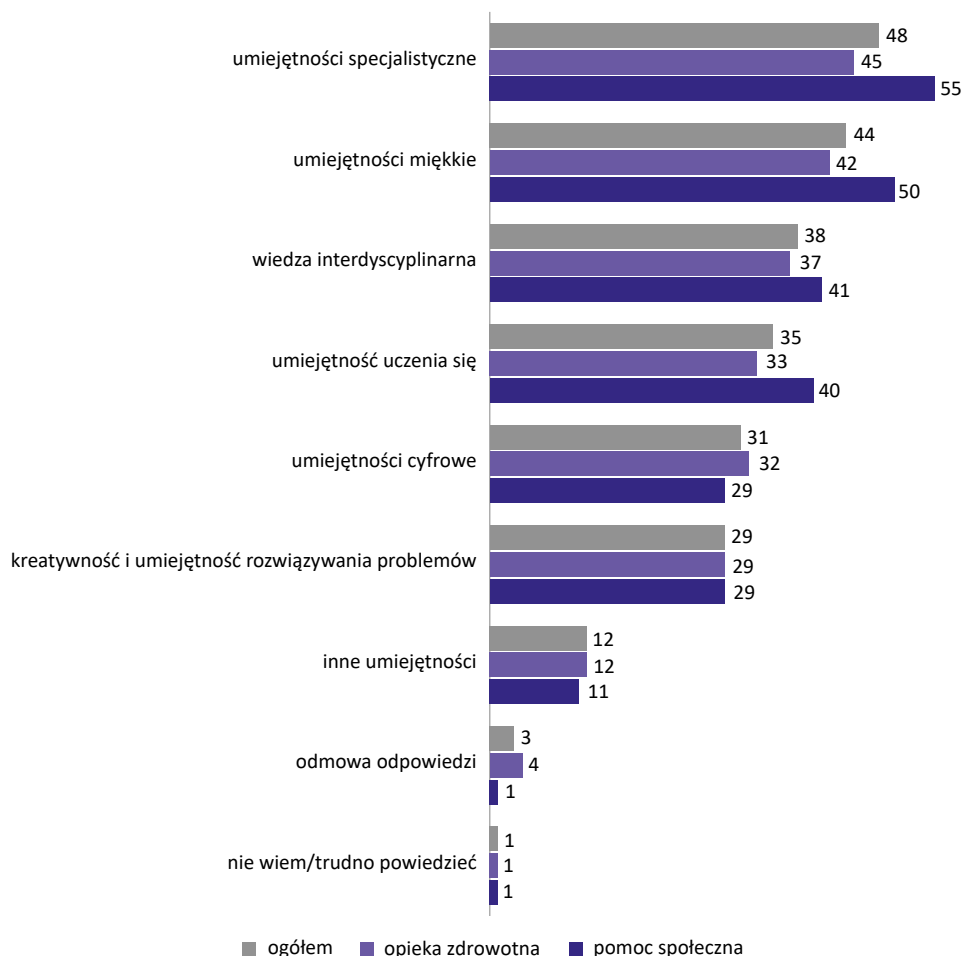


Źródło: opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023 (n=802).

Wykres 34 pokazuje dane w odniesieniu do różnych umiejętności w podziale na sektor pomocy społecznej i opieki zdrowotnej. Dominują odpowiedzi dotyczące umiejętności specjalistycznych i kompetencji miękkich.

⁶³ Odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ respondent mógł zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

Wykres 34. Umiejętności pracowników sektora, których zazwyczaj brakuje, lub które wymagają rozwoju (%)



Źródło: opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023 (n = 802), sortowanie wg wyników dla ogółu.

Według pracodawców pracownikom najbardziej brakuje umiejętności specjalistycznych i umiejętności miękkich oraz wiedzy interdyscyplinarnej, przy czym w większym stopniu na te potrzeby wskazują pracodawcy z sektora pomocy społecznej niż opieki zdrowotnej. Z perspektywy pracodawców uczelnie i szkoły powinny w największym stopniu uczyć:

- podstawowych umiejętności związanych z wykonywaniem zawodu (praktyki zawodowej) – odpowiednio 41% (OZ) i 43% (PS) wskazań;
- umiejętności specjalistycznych (np. obsługa specjalistycznych maszyn i urządzeń, znajomość procesów, umiejętność korzystania z najnowszych technologii) – po 39% wskazań w obu sektorach;

- umiejętności miękkich np. współpracy w grupie, dobrej komunikacji z pacjentami/klientami – 28% (OZ) i 30% (PS) wskazań.

Wskazywane przez pracodawców umiejętności, które w największym stopniu powinny być rozwijane w szkołach i na uczelniach, są zgodne z opiniami ekspertów w badaniu jakościowym. Wnioski, które formułowali eksperci w wywiadach indywidualnych, wskazywały, że najważniejsze są kompetencje niezbędne do podjęcia pracy na danym stanowisku, ale również ważne jest przygotowanie w zakresie kompetencji miękkich, bez których pracownik szybko traci motywację i jest podatny na wypalenie zawodowe.

Rozwój pracowników w pracy i poza miejscem pracy

Interesującym wątkiem poruszonym w badaniu ilościowym była motywacja pracowników branży pomocy społecznej i opieki zdrowotnej zarówno do podejmowania różnych form rozwoju, jak i możliwości rozwoju oferowane przez pracodawców w miejscu pracy oraz podejmowane we własnym zakresie. Badania dotyczyły także rozwoju kompetencji kadr opieki zdrowotnej i pomocy społecznej poprzez uczenie się formalne, pozaformalne i nieformalne.

Uczenie się formalne i pozaformalne

Wyniki badania ilościowego pokazują, że 42% pracowników w obu podsektorach w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie uczestniczyło w żadnej formie kształcenia formalnego lub pozaformalnego. W studiach podyplomowych, zaocznych lub MBA uczestniczyło w sumie 4% badanych pracowników opieki zdrowotnej i tyle samo pracowników pomocy społecznej. Najliczniejszą grupą, która korzystała z tej formy rozwoju, byli analitycy danych medycznych – 14%. Z kursów i szkoleń innych niż BHP i Ppoż zarówno stacjonarnych, jak i online skorzystało ok 21% badanych pracowników obu sektorów⁶⁴.

Jeśli chodzi o uczenie się pozaformalne, to w obu sektorach wyniki są bardzo podobne. Najczęściej korzystano ze szkoleń BHP i Ppoż. – 30% wskazań, kursów i szkoleń przez internet (*e-learning*) – 22% wskazań oraz kursów i szkoleń stacjonarnych innych niż BHP i Ppoż. – 21% wskazań zarówno w opiece zdrowotnej, jak i pomocy społecznej. Widać więc,

⁶⁴ Kafeteria obejmowała następujące odpowiedzi: studia podyplomowe, zaoczne, MBA; szkoły dla dorosłych; szkolenia BHP, Ppoż; kursy i szkolenia stacjonarne (innych niż BHP, Ppoż.); kursy i szkolenia przez internet (*e-learning*); konferencje, seminaria; staże, praktyki zawodowe.

że w obu podsektorach pracownicy najczęściej korzystają z tych form, które są obligatoryjne i wymagane m.in. w ramach podjęcia zatrudnienia.

Jednocześnie w ciągu najbliższych 12 miesięcy, odpowiednio 55% pracowników sektora opieki zdrowotnej i 52% badanych pracowników sektora pomocy społecznej, chciałaby rozwijać swoje umiejętności, uczestnicząc w formach kształcenia oferowanych przez pracodawcę.

W sektorze opieki zdrowotnej najczęściej potrzebę dalszego rozwoju wskazywali pracownicy zajmujący następujące stanowiska:

- koordynator opieki/asystent opieki (osoba wspomagająca pacjentów przewlekle chorych – 52% respondentów,
- menadżer operacyjny – 51% respondentów,
- lekarz – 46% respondentów.

Natomiast w sektorze pomocy społecznej najczęściej taką potrzebę wskazywali:

- menedżer/koordynator/organizator usług społecznych – 48% respondentów,
- specjalista ds. interwencji kryzysowej – 44% respondentów,
- koordynator pieczy zastępczej – 42% respondentów.

Interesującym wątkiem w badaniu ilościowym było sprawdzenie motywacji do korzystania z różnych form rozwoju i uczenia się. Okazuje się, że główną motywacją do uczestnictwa w różnych formach kształcenia i rozwoju jest podniesienie umiejętności potrzebnych w pracy dla 58% pracowników sektora opieki zdrowotnej i 64% przedstawicieli pomocy społecznej. Zwiększenie wynagrodzenia dla 26% pracowników opieki zdrowotnej i 30% pracowników pomocy społecznej, natomiast uzyskanie certyfikatu lub licencji było ważne dla 27% przedstawicieli opieki zdrowotnej i 25% przedstawicieli pomocy społecznej.

Spośród przedstawicieli sektora opieki zdrowotnej na motywację związaną ze zwiększeniem wynagrodzenia wskazało 60% badanych ratowników medycznych, 50% asystentów lekarza, 36% pielęgniarek i tylko 6% lekarzy, a w pomocy społecznej 50% superwizorów i 37% koordynatorów pieczy zastępczej. Największą motywacją do udziału w różnych formach kształcenia dla 70% superwizorów jest zdobycie umiejętności potrzebnych w miejscu pracy. To oznacza, że chęć podniesienia wynagrodzenia jest ważnym czynnikiem motywującym do uczenia się i rozwoju, zwłaszcza tych pracowników, których zarobki są na niskim poziomie.

Uczenie się nieformalne w miejscu pracy

Wyniki badania pokazują, że połowa (51%) pracowników w obu sektorach twierdzi, że nie uczestniczyło w żadnej (z wymienionych w ankiecie) form rozwoju kompetencji w miejscu pracy w ciągu ostatnich 12 miesięcy⁶⁵.

Badani pracownicy najczęściej rozwijają swoje kompetencje w miejscu pracy w sposób nieformalny poprzez instruktaż dotyczący np. obsługi nowego sprzętu, maszyn, oprogramowania – taką odpowiedź zaznaczyło 31% respondentów z sektora opieki zdrowotnej i 30% respondentów z sektora pomocy społecznej. Wykonywanie zadań w pracy przy wsparciu innej osoby, np. przełożonego lub współpracownika wskazało 10% respondentów w sektorze opieki zdrowotnej i 12% respondentów w pomocy społecznej, czasowe wykonywanie zadań na innym stanowisku pracy w celach szkoleniowych (rotacja) wymieniło 10% respondentów w sektorze opieki zdrowotnej i 12% respondentów w sektorze pomocy społecznej. Jednocześnie większość badanych – 90% pracowników obu sektorów ocenia możliwości rozwoju oferowane przez pracodawców jako wystarczające.

Uczenie się nieformalne poza miejscem pracy

Zbliżone wyniki dotyczą sposobów uczenia się nieformalnego poza miejscem pracy, czyli samodzielnego uczenia się z książek, czasopism i materiałów drukowanych. Korzystało z nich 59% respondentów sektora opieki zdrowotnej i 54% respondentów pomocy społecznej. Ponad 30% badanych pracowników obu sektorów rozwijało swoje zainteresowania lub uczyło się treści niezwiązanych z pracą.

Jak motywowani są pracownicy?

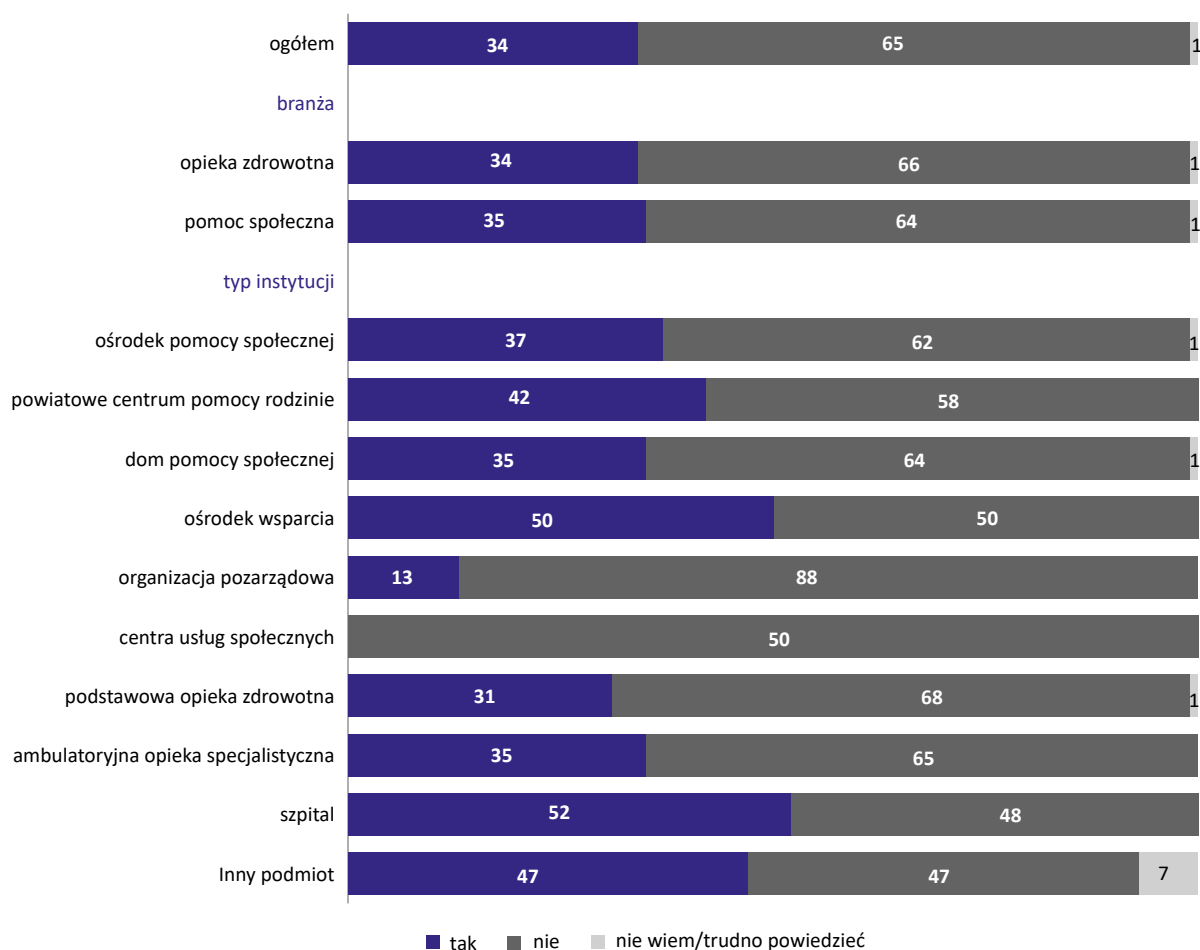
Motywowanie pozapłacowe stosuje około 1/3 instytucji. W największym stopniu stosują je szpitale, ośrodki wsparcia i powiatowe centra pomocy rodzinie. Form motywowania pozapłacowego nie stosują żadne z badanych Centrów Usług Społecznych. Najczęstszymi sposobami motywowania pracowników (poza podstawowym wynagrodzeniem) są dofinansowane kursy i szkolenia (stosuje je 68% szpitali), umożliwianie rozwoju osobistego poprzez planowanie indywidualnej ścieżki kariery, możliwość zaangażowania pracowników

⁶⁵ Podana w ankiecie kategoria obejmowała: okresową obserwację pracy innego pracownika, wykonywanie zadań w pracy przy wsparciu innej osoby np. przełożonego lub współpracownika, czasowe wykonywanie zadań na innym stanowisku pracy w celach szkoleniowych (rotacja), instruktaż dotyczący np. obsługi nowego sprzętu, maszyn, oprogramowania (np. szkolenia oferowane przez producentów maszyn), wizyty studyjne, obserwacyjne w innych instytucjach, spotkania międzypespółkowe, których celem była wymiana wiedzy o pracy innych zespołów.

w nowe projekty (stosuje je 68% szpitali i 56% organizacji pozarządowych), zapewnienie elastyczności pracy (w 71% ośrodków wsparcia i 73% placówek AOS).

Potrzeba motywowania pozapłacowego wydaje się oczywista w świetle aktualnych trendów i praktyk zarządzania zasobami ludzkimi. Według ekspertów biorących udział w wywiadach i panelach, wyzwaniem, z jakim mierzą się pracodawcy, zwłaszcza reprezentujący sektor publiczny, są ścisłe regulacje dotyczące zatrudniania pracowników sektora pomocy społecznej i opieki zdrowotnej. Utrudniają one elastyczność pracodawców w udzielaniu gratyfikacji pozafinansowej i planowanie indywidualnych ścieżek kariery skorelowanych z posiadanymi przez pracowników kompetencjami.

Wykres 35. Motywowanie pozapłacowe pracowników przez pracodawców sektorów pomocy społecznej i opieki zdrowotnej (%)



Źródło: opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy, II edycja 2023 (n = 802), sortowanie wg wyników dla ogółu.

8. Bilans kompetencji

Jednym z głównych celów badań ilościowych był bilans kompetencji, czyli spojrzenie na kluczowe kompetencje na poszczególnych stanowiskach z perspektyw pracodawców i pracowników. Zestawienie tych ocen może pomóc w zbilansowaniu rynku pracy w analizowanym sektorze w zakresie podaży pracowników o odpowiednich kompetencjach oraz zapotrzebowania na nich ze strony pracodawców.

Pracodawcy w badaniu ilościowym odnieśli się do kompetencji pod kątem:

- ważności kompetencji⁶⁶,
- trudności znalezienia osoby, która posiada określoną kompetencję potrzebną do pracy na danym stanowisku⁶⁷,
- prognozy zmiany znaczenia tej kompetencji w ciągu najbliższych pięciu lat⁶⁸.

Dodatkowo, wśród kompetencji których – w opinii pracodawców – znaczenie w ciągu następnych pięciu lat wzrośnie, wyznaczono te, których znaczenie już teraz szybko rośnie lub będzie rośnie najszybciej w perspektywie najbliższych pięciu lat, tzw. *hot skills*⁶⁹.

Pracownicy w badaniu ilościowym oceniali natomiast własny poziom kompetencji⁷⁰

⁶⁶ Pytanie: Myśląc o Pana/i branży, proszę ocenić, jak ważna jest ta umiejętność z punktu widzenia Pana/i instytucji?; skala z nazwanymi krańcami: 1 – marginalna, 5 – kluczowa plus nie wiem/trudno powiedzieć oraz odmowa odpowiedzi.

⁶⁷ Pytanie: Proszę ocenić, czy trudno czy łatwo jest znaleźć do pracy osobę, która posiada tę umiejętność potrzebną do pracy na stanowisku...?; skala dychotomiczna: 1 – trudno, 2 – łatwo plus nie wiem/trudno powiedzieć oraz odmowa odpowiedzi.

⁶⁸ Pytanie: Proszę wskazać, czy w Pana/Pani opinii znaczenie tej umiejętności zmieni się w najbliższych 5 lat?; skala: 1 – znaczenie wzrośnie, 2 – pozostanie takie samo, 3 – znaczenie zmniejszy się plus nie wiem/trudno powiedzieć oraz odmowa odpowiedzi.

⁶⁹ Pytanie: Spośród kompetencji, które przed chwilą Pan/Pani wskazał/a jako te, których znaczenie wzrośnie, proszę wskazać maksymalnie trzy, których znaczenie już teraz rośnie bardzo szybko albo będzie rośnie najszybciej w perspektywie najbliższych pięciu lat.

⁷⁰ Pytanie: Praca na konkretnym stanowisku/roli zawodowej wymaga określonego poziomu umiejętności. Często jest tak, że w jednej lub dwóch dziedzinach nasze umiejętności są w miarę wysokie, podczas gdy w innych są one znacznie niższe. Przeczytam teraz listę umiejętności wymaganych na Pana/Pani stanowisku. Przy każdej z nich poproszę Pana/Panią o ocenę poziomu własnych umiejętności pod tym względem na 5-punktowej skali, gdzie 1 oznacza poziom niski, a 5 – bardzo wysoki.

przypisanych do zajmowanego przez nich stanowiska oraz chęć rozwoju⁷¹. Uwzględnione w bilansie profile – zgodnie z założeniami projektu – tworzone są przez kompetencje kluczowe do realizacji zadań zawodowych na danym stanowisku. W prezentowanych analizach przyjęto, że:

- o kompetencjach trudnodostępnych mówimy, gdy minimum 51% pracodawców oceniających dany profil kompetencyjny wskazuje, że trudno jest znaleźć na rynku pracy osoby posiadające dane kompetencje⁷²;
- o kompetencjach o wzrostowym znaczeniu mówimy w przypadku kompetencji, które są przez przynajmniej 33% pracodawców⁷³ wskazane jako te, których znaczenie wzrośnie w określonym czasie⁷⁴;
- kompetencjami *hot skills* są te, które zostały wskazane przez minimum 33% pracodawców⁷⁵ jako takie, których znaczenie już teraz rośnie bardzo szybko lub będzie rosnąć najszybciej w perspektywie pięciu lat.

8.1. Główne wnioski z bilansu kompetencji

W sektorze opieki zdrowotnej kompetencje trudno dostępne dotyczą głównie wybranych pracowników medycznych: pielęgniarek, położnych czy ratowników medycznych.

W przypadku tych stanowisk wszystkie lub prawie wszystkie z badanych kompetencji kluczowych są kompetencjami trudno dostępnymi. Wspólne dla wszystkich stanowisk w sektorze opieki zdrowotnej trudno dostępne kompetencje kluczowe są związane przede wszystkim z umiejętnościami wdrażania podstawowych zasad bezpieczeństwa, radzenia sobie

⁷¹ Pytanie: Biorąc pod uwagę specyfikę pracy na Pana/Pani stanowisku, proszę pomyśleć i powiedzieć, jakie umiejętności chciałby Pan/Pani rozwinąć? Proszę wskazać co najwyżej trzy takie umiejętności.

⁷² Pytanie: Proszę ocenić, czy trudno czy łatwo jest znaleźć do pracy osobę, która posiada tę umiejętność potrzebną do pracy na stanowisku...?, skala dychotomiczna: 1 – trudno, 2 – łatwo plus nie wiem/trudno powiedzieć oraz odmowa odpowiedzi.

⁷³ Aby wyznaczyć poziom znaczący, przeprowadzono analizę EDA (*exploratory data analysis*) z wykorzystaniem technik graficznych (*histogram, wykres łodyga-liście*) oraz technik ilościowych (*mediana, trimean Tukey*). Na podstawie tych technik określono poziom, od którego kompetencje będą wskazywane jako trudnodostępne.

⁷⁴ Pytanie: Proszę wskazać, czy w Pana/Pani opinii znaczenie tej umiejętności zmieni się w najbliższych 5 lat?; skala: 1 – znaczenie wzrośnie, 2 – pozostanie takie samo, 3 – znaczenie zmniejszy się plus nie wiem/trudno powiedzieć oraz odmowa odpowiedzi.

⁷⁵ Aby wyznaczyć poziom znaczący, przeprowadzono analizę EDA (*exploratory data analysis*) z wykorzystaniem technik graficznych (*histogram, wykres łodyga-liście*) oraz technik ilościowych (*mediana, trimean Tukey*). Na podstawie tych technik określono poziom, od którego kompetencje będą wskazywane jako trudnodostępne.

ze stresem i wypaleniem zawodowym oraz z identyfikowaniem ryzyka popełnienia błędu i pojawienia się zdarzeń niepożądanych.

Kompetencje zyskujące na znaczeniu zarówno w perspektywie 3, jak i 5 lat to przede wszystkim: umiejętność korzystania z narzędzi/aplikacji elektronicznych, diagnozowania pacjenta na odległość, za pomocą narzędzi komunikacji elektronicznej oraz umiejętność, a przede wszystkim chęć (czyli zmiana nastawienia), włączania pacjenta w proces leczenia i proces decyzyjny.

Kompetencje, które pracownicy posiadają, są przez nich oceniane relatywnie wysoko, a dla niektórych stanowisk (vide: lekarz) nawet bardzo wysoko. Pośród kompetencji, które w grupie dobrze ocenianych się pojawiają, są się m.in. umiejętność identyfikowania ryzyka popełnienia błędu i wystąpienia zdarzeń niepożądanych, wymiany informacji w ramach zespołu czy radzenia sobie ze stresem.

Kompetencje, które pracownicy chcieliby rozwijać, to również umiejętność identyfikowania ryzyka popełnienia błędu i wystąpienia zdarzeń niepożądanych (jest to kompetencja dobrze oceniana, ale sami pracownicy widzą przestrzeń na jej poprawę), umiejętności wdrażania podstawowych zasad bezpieczeństwa czy zdobywanie szeroko rozumianych kompetencji cyfrowych.

8.2. Szczegółowe opisy bilansu kompetencji

- Na wykresach dla poszczególnych kompetencji sortowane są wg średniej ważności określonej przez pracodawcę (od kompetencji najważniejszej z punktu widzenia wykonywania obowiązków na danym stanowisku do najmniej ważnej). Na tę samą skalę naniesiono także średnie wartości samooceny kompetencji pracowników.
- W opisach dla poszczególnych stanowisk kierowano się ponadto wskazaniem top 3, tj. trzech najczęściej wskazywanych elementów, które pracownicy chcą rozwijać.
- Dodatkowo, uwzględniono także elementy, które pracodawcy wskazywali jako trudne do pozyskania, a jednocześnie zyskujące na znaczeniu. Jeśli w przypadku któregoś ze stanowisk będzie wskazane mniej lub więcej elementów w tych kategoriach, oznacza to, że była bardzo duża różnica w średniej ocen (wskazano mniej elementów) lub wręcz

odwrotnie: oceny były zbliżone (dlatego wskazano więcej elementów⁷⁶). Na wykresach w tej części znaleźć można następujące oznaczenia:

Symbol	Znaczenie
	Ocena ważności poszczególnych kompetencji dokonana przez pracodawcę
	Samooceńca posiadanej kompetencji dokonana przez pracownika
	Kompetencje wskazane jako trudne do znalezienia przez pracodawców
	Kompetencja, której znaczenie będzie rosnąć w ciągu najbliższych 5 lat
	<i>Hot Skills</i>
kolor	Kompetencje, które pracownicy chcą rozwijać

- Dodatkowo, w ujęciu tabelarycznym dla każdego stanowiska oddzielnie przedstawiono podstawowe statystyki, tj. mediana⁷⁷ wieku pracownika, jego stażu pracy (w zawodzie, na stanowisku, w obecnym miejscu pracy), odsetek kobiet, dominujący w ramach stanowiska poziom wykształcenia, chęć rozwoju co najmniej jednej kompetencji w ciągu najbliższego roku, kontynuacja zatrudnienia u obecnego pracodawcy oraz ogólna satysfakcja z pracy.
- Dwie ostatnie cechy wyrażone są jako tzw. *top2boxes*, tj. suma dwóch najwyższych odpowiedzi ze skali, którą w czasie odpowiedzi posługiwał się respondent (np. „zdecydowanie tak” oraz „raczej tak” czy „zdecydowanie zadowolony” oraz „raczej zadowolony”).
- Statystyki dla pracodawców to z kolei odsetek podmiotów: zatrudniających osoby na danym stanowisku, poszukujących pracowników na to stanowisko, przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku, wskazujących, że mieli problem ze znalezieniem pracownika na to stanowisko oraz tzw. wskaźnik problemów pozyskania pracownika. Wskaźnik ten w teorii może przyjmować wartości od -100 do +100 i jest obliczany

⁷⁶ W żadnej z kategorii nie wskazuje się więcej niż 5 elementów, chyba że kompetencje miały taki sam odsetek wskazań.

⁷⁷ Zastosowana została mediana zamiast średniej arytmetycznej, ponieważ jest niewrażliwa na obserwacje odstające (bardzo długi lub bardzo krótki staż pracy). Również ta przesłanka stała za tym, aby nie poddawać danych dodatkowym przekształceniom (np. winsoryzacji), ponieważ testowe zastosowanie takiego rozwiązania pokazało, że w przypadku niektórych stanowisk winsoryzacji będzie poddawany wyższy odsetek obserwacji niż jest to bezpieczne i wskazane w przypadku tej operacji.

na podstawie pytań o zgłaszanie się⁷⁸ bądź nie⁷⁹ na dane stanowisko. Jeśli wartość wskaźnika jest ujemna, tj. zawiera się w przedziale od -100 do 0, oznacza to, że wyższy odsetek pracodawców wskazuje, że na stanowisko zgłasza się mniej chętnych. Jeśli natomiast wartość wskaźnika jest dodatnia, tj. zawiera się w przedziale od 0 do +100, oznacza to, że wyższy odsetek pracodawców wskazuje, że na to stanowisko zgłasza się więcej chętnych.

⁷⁸ Pytanie: Na które z wymienionych stanowisk, ogólnie rzecz biorąc, zgłasza się najwięcej chętnych do pracy?

⁷⁹ Pytanie: Na które z wymienionych stanowisk, ogólnie rzecz biorąc, zgłasza się najmniej chętnych do pracy?

Lekarz

Głównymi zadaniami specjalisty na tym stanowisku są: przyjmowanie pacjenta, diagnozowanie, przeprowadzenie zabiegu/operacji, przepisanie leków/wydanie zaleceń, kontrola wyników leczenia, wypisanie pacjenta oraz kontrola realizacji zaleceń.

Tabela 7. Najważniejsze wnioski dla stanowiska **Lekarz**

Pracodawca	Pracownik
Najważniejsze z punktu widzenia pracodawcy kompetencje to: • umiejętność aktualizowania wiedzy medycznej, w tym o wytycznych towarzystw naukowych i standardach diagnostyczno-terapeutycznych, • umiejętność posługiwania się w praktyce wytycznymi towarzystw naukowych i standardami diagnostyczno-terapeutycznymi • umiejętność integrowania informacji z różnych dziedzin po to, by całościowo zrozumieć potrzeby zdrowotne pacjenta. Trudne do pozyskania i jednocześnie zyskujące na znaczeniu są: • umiejętność aktualizowania wiedzy medycznej, w tym o wytycznych towarzystw naukowych i standardach diagnostyczno-terapeutycznych, • umiejętność identyfikowania ryzyka popełnienia błędu i wystąpienia zdarzeń niepożądanych • umiejętność radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.	Zgodnie z samooceną dokonaną przez pracowników, najważniejsze umiejętności to: • umiejętność identyfikowania ryzyka popełnienia błędu i wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Wśród kompetencji, które pracownicy wskazywali jako te, które chcieliby rozwinąć, najczęściej wymieniane były: • umiejętność integrowania informacji z różnych dziedzin po to, by całościowo zrozumieć potrzeby zdrowotne pacjenta, • umiejętność aktualizowania wiedzy medycznej, w tym o wytycznych towarzystw naukowych i standardach diagnostyczno-terapeutycznych, • umiejętność identyfikowania ryzyka popełnienia błędu i wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 187) i pracownicy (n = 71), II edycja 2023.

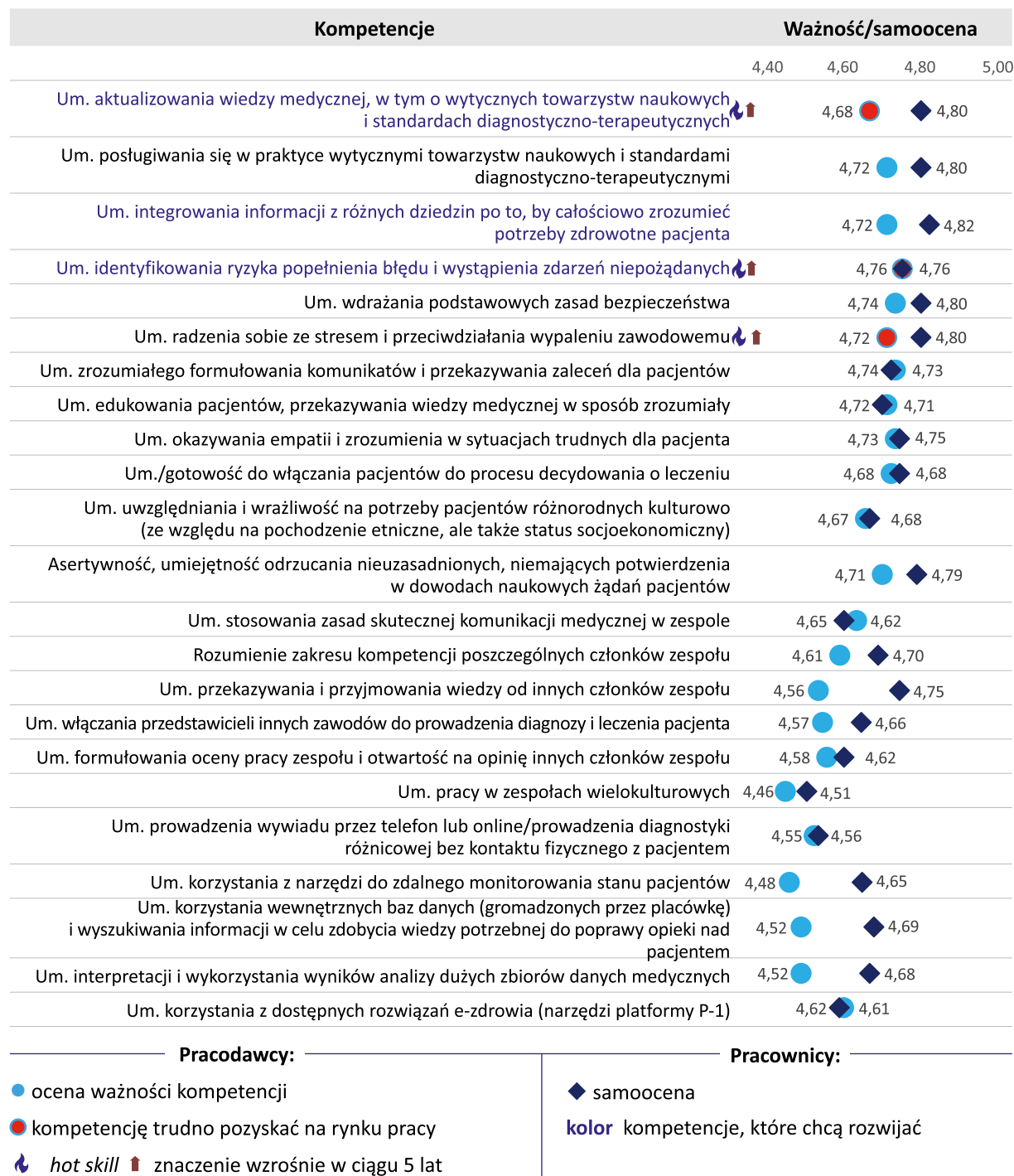
Tabela 8. Podstawowe statystyki dla stanowiska **Lekarz**

1	Wiek respondenta (mediana lat)	42 ⁸⁰
2	Staż pracy w obecnej firmie (mediana lat)	7
3	Staż pracy na stanowisku (mediana lat)	10
4	Staż pracy w branży (mediana lat)	13
5	Odsetek kobiet na stanowisku (%)	50,7
6	Dominujący poziom wykształcenia (%)	wyższe magisterskie (66,2)
7	Powiązanie wykształcenia z pracą w branży (%)	100,0
8	Deklaracja chęci rozwoju umiejętności w ciągu najbliższych 12 miesięcy (%)	46,5
9	Chęć kontynuacji zatrudnienia w obecnej firmie (%)	top2boxes: 91,5
10	Ogólna satysfakcja pracownika	top2boxes: 95,8
11	Odsetek pracodawców zatrudniających na tym stanowisku	90,1
12	Odsetek pracodawców przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku (n = 508)	5,9
13	Odsetek pracodawców poszukujących pracowników na to stanowisko ⁸¹	5,4
14	Odsetek pracodawców wskazujący, że miał problemy ze znalezieniem nowego pracownika	53,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 187) i pracownicy (n = 71), II edycja 2023.

⁸⁰ Mediana wieku dla zawodów medycznych: 40 lat.

⁸¹ Przedsiębiorców poproszono o wskazanie 3 stanowisk, na które najczęściej rekrutują.

Wykres 36. Bilans kompetencji dla stanowiska: Lekarz

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 187) i pracownicy (n = 71), II edycja 2023.

Pielęgniarka

Głównymi zadaniami osób na tym stanowisku są: przyjmowanie pacjenta, diagnozowanie, przeprowadzenie zabiegu/operacji, przepisanie leków/wydanie zaleceń, kontrola wyników leczenia, wypisanie pacjenta oraz kontrola realizacji zaleceń.

Tabela 9. Najważniejsze wnioski dla stanowiska **Pielęgniarka**

Pracodawca	Pracownik
Najważniejsze z punktu widzenia pracodawcy są: • umiejętność wdrażania podstawowych zasad bezpieczeństwa, • umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów, • umiejętność stosowania zasad skutecznej komunikacji medycznej w zespole. W przypadku samooceny pracowników są to umiejętności korzystania z wewnętrznych baz danych (gromadzonych przez placówkę) i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem. O ile pracodawcy jako trudne do pozyskania wskazywali wszystkie kompetencje w przypadku stanowiska Pielęgniarka, o tyle ich zdaniem żadna z kompetencji nie będzie nabierać większego znaczenia w przyszłości. Również żadna z kompetencji nie jest kompetencją <i>hot skills</i>.	Pracownicy najwyżej oceniają swoje kompetencje w zakresie: • umiejętności korzystania z wewnętrznych baz danych, • umiejętności przekazywania i przyjmowania wiedzy od innych członków zespołu, • umiejętności korzystania z narzędzi do zdalnego monitorowania stanu pacjentów. Wśród kompetencji, które pracownicy wskazywali jako te, które chcieliby rozwinąć, najczęściej wymieniane były: • umiejętność radzenia sobie ze stresem, • umiejętność wdrażania podstawowych zasad bezpieczeństwa.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 197) i pracownicy (n = 107), II edycja 2023.

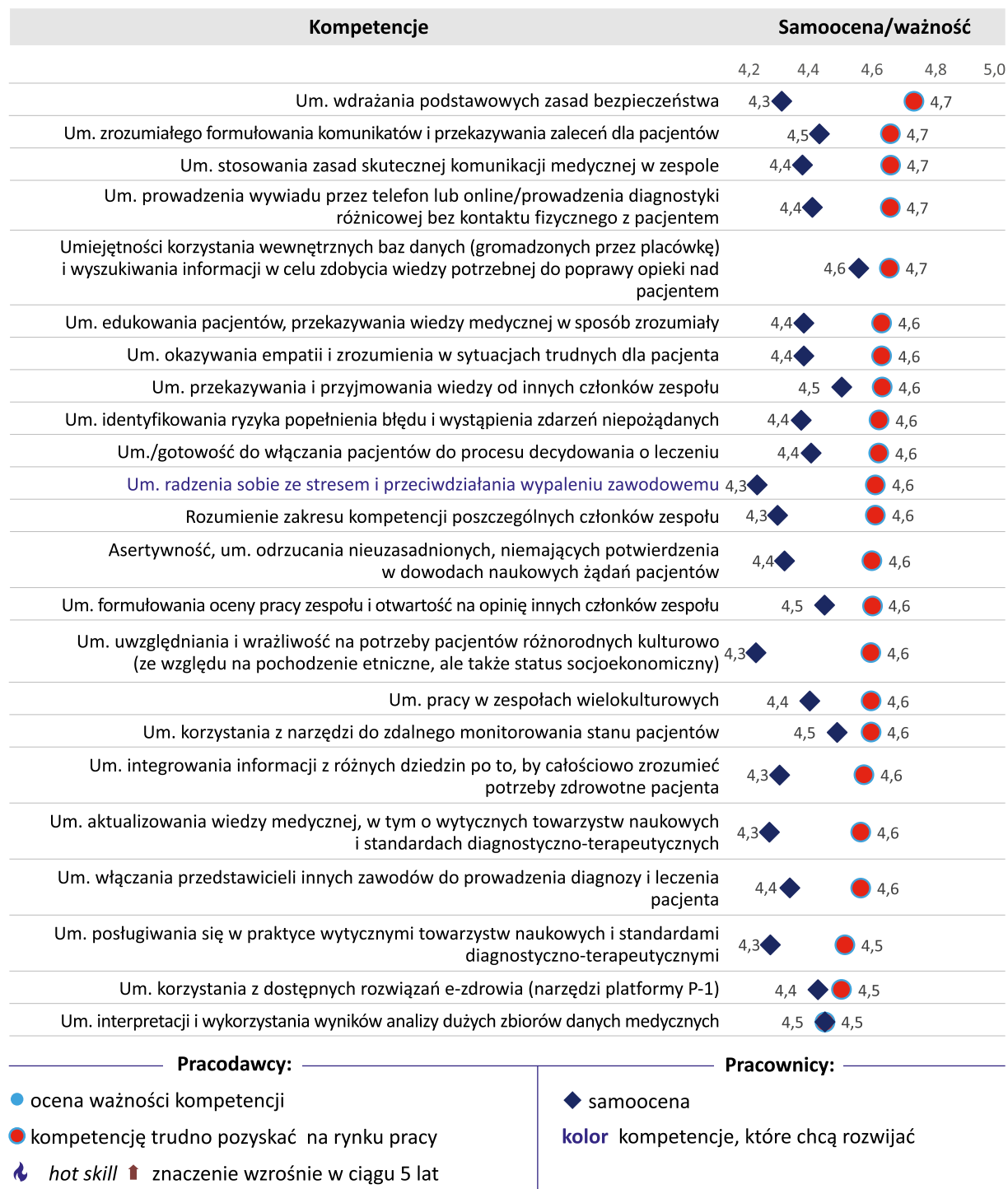
Tabela 10. Podstawowe statystyki dla stanowiska **Pielęgniarka**

1	Wiek respondenta (mediana lat)	41 ⁸²
2	Staż pracy w obecnej firmie (mediana lat)	10
3	Staż pracy na stanowisku (mediana lat)	12
4	Staż pracy w branży (mediana lat)	14
5	Odsetek kobiet na stanowisku (%)	98,1
6	Dominujący poziom wykształcenia (%)	wyższe magisterskie (57,0)
7	Powiązanie wykształcenia z pracą w branży (%)	95,3
8	Deklaracja chęci rozwoju umiejętności w ciągu najbliższych 12 miesięcy (%)	13,1
9	Chęć kontynuacji zatrudnienia w obecnej firmie (%)	top2boxes: 94,4
10	Ogólna satysfakcja pracownika (%)	top2boxes: 98,1
11	Odsetek pracodawców zatrudniających na tym stanowisku	87,9
12	Odsetek pracodawców przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku (n = 494)	4,3
13	Odsetek pracodawców poszukujących pracowników na to stanowisko ⁸³	1,5
14	Odsetek pracodawców wskazujący, że miał problemy ze znalezieniem nowego pracownika	21,7%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 197) i pracownicy (n = 107), II edycja 2023.

⁸² Mediana wieku dla zawodów medycznych: 40 lat.

⁸³ Przedsiębiorców poproszono o wskazanie 3 stanowisk, na które najczęściej rekrutują.

Wykres 37. Bilans kompetencji dla stanowiska: Pielęgniarka

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 197) i pracownicy (n = 107), II edycja 2023.

Położna

Głównymi zadaniami specjalisty na tym stanowisku są: przyjmowanie pacjenta, diagnozowanie, przeprowadzenie zabiegu/operacji, przepisanie leków/wydanie zaleceń, kontrola wyników leczenia, wypisanie pacjenta oraz kontrola realizacji zaleceń.

Tabela 11. Najważniejsze wnioski dla stanowiska **Położna**

Pracodawca	Pracownik
Najważniejsze z punktu widzenia pracodawcy są: • umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały, • umiejętność uwzględniania i wrażliwość na potrzeby pacjentów różnorodnych kulturowo (ze względu na pochodzenie etniczne, ale także status socjoekonomiczny). Wszystkie kompetencje⁸⁴ zostały przez pracodawców wskazane jako trudne do pozyskania, ale jednocześnie żadna z nich nie została wskazana jako zyskująca na znaczeniu zarówno w perspektywie 3, jak i 5 lat.	Najwyższą samoocenę pracowników otrzymała umiejętność integrowania informacji z różnych źródeł w celu lepszej pomocy pacjentowi. Na drugim miejscu natomiast znalazły się trzy kompetencje, wybierane przez pracowników w tym samym stopniu, tj. • umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały, • umiejętność przyjmowania wiedzy, i przekazywania wiedzy w obrębie zespołu • umiejętność formułowania oceny pracy zespołu, a także przyjmowania krytyki ze strony innych członków zespołu. Kompetencje, które pracownicy chcieliby rozwijać, to umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów oraz wdrażania podstawowych zasad bezpieczeństwa. Najważniejszą umiejętnością, którą chcieliby rozwijać pracownicy, jest umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 62) i pracownicy (n = 57), II edycja 2023.

⁸⁴ Za wyjątkiem: „Umiejętność korzystania z dostępnych rozwiązań e-zdrowia (narzędzi platformy P-1)”.

Tabela 12. Podstawowe statystyki dla stanowiska **Położna**

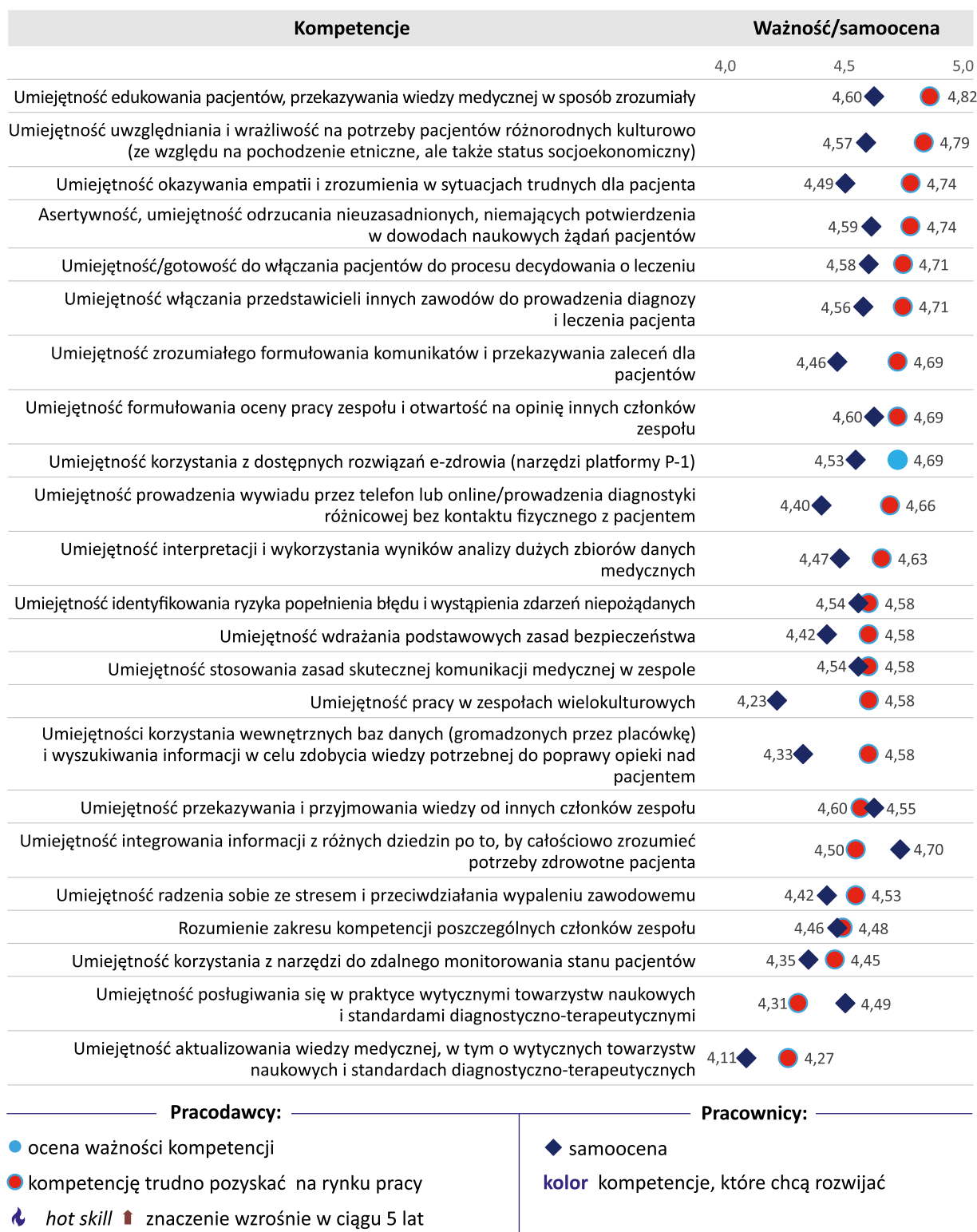
1	Wiek respondenta (mediana lat)	42 ⁸⁵
2	Staż pracy w obecnej firmie (mediana lat)	8
3	Staż pracy na stanowisku (mediana lat)	10
4	Staż pracy w branży (mediana lat)	15
5	Odsetek kobiet na stanowisku (%)	100,0
6	Dominujący poziom wykształcenia (%)	wyższe magisterskie (49,1)
7	Powiązanie wykształcenia z pracą w branży (%)	96,5
8	Deklaracja chęci rozwoju umiejętności w ciągu najbliższych 12 miesięcy (%)	38,6
9	Chęć kontynuacji zatrudnienia w obecnej firmie (%)	top2boxes: 94,7
10	Ogólna satysfakcja pracownika	top2boxes: 98,2
11	Odsetek pracodawców zatrudniających na tym stanowisku	34,2
12	Odsetek pracodawców przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku (n = 193)	3,6
13	Odsetek pracodawców poszukujących pracowników na to stanowisko ⁸⁶	0,4
14	Odsetek pracodawców wskazujący, że miał problemy ze znalezieniem nowego pracownika	4,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 62) i pracownicy (n = 57), II edycja 2023.

⁸⁵ Mediana wieku dla zawodów medycznych: 40 lat.

⁸⁶ Przedsiębiorców poproszono o wskazanie 3 stanowisk, na które najczęściej rekrutują.

Wykres 38. Bilans kompetencji dla stanowiska: Położna



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 62) i pracownicy (n = 57), II edycja 2023.

Ratownik medyczny

Głównym zadaniem specjalisty na tym stanowisku jest przede wszystkim: diagnozowanie stanu pacjenta oraz wszelkie czynności wynikające z tej diagnozy, które ratownik podejmuje, a których celem jest utrzymanie pacjenta przy życiu.

Tabela 13. Najważniejsze wnioski dla stanowiska **Ratownik medyczny**

Pracodawca	Pracownik
Najważniejsze z punktu widzenia pracodawcy są: • umiejętności radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, • umiejętności związane z identyfikowaniem ryzyka popełnienia błędu, okazywania empatii i zrozumienia w trudnych dla pacjenta sytuacjach, • umiejętność włączenia pacjenta do procesu leczenia. Jak w przypadku pielęgniarki i położnej również w przypadku ratownika medycznego wszystkie kompetencje są – zdaniem pracodawców – trudne do pozyskania. Wydaje się, że trudności z rekrutacją na dane stanowisko badani uważają za trudność pozyskania danej kompetencji. Szczególnie w kontekście sytuacji znanej już ze stanowisk pielęgniarka i położna, gdzie – zdaniem respondentów – znaczenie danej kompetencji nie będzie rosnąć. W przypadku ratownika medycznego jest jedna kompetencja, której znaczenie będzie rosło w ciągu kolejnych 3 lat, tj. umiejętność wdrażania podstawowych zasad bezpieczeństwa.	Ocena własnych kompetencji wśród pracowników jest najwyższa dla kompetencji związanych z umiejętnością okazywania empatii i zrozumienia pacjentowi, a także rozumienia zakresu kompetencji poszczególnych członków zespołu i asertywność, umiejętność odrzucania nieuzasadnionych żądań pacjentów. Wszystkie te kompetencje są niezwykle ważne dla ratownika medycznego, który najczęściej pracuje w stanie wysokiego stresu, próbując ratować życie. Wtedy wiedza o tym, co powinna robić każda osoba z zespołu, jest niezwykle istotna. Znajduje to też odzwierciedlenie we wskazaniach, jakie kompetencje ratownicy medyczni chcieliby rozwijać. Najczęściej była to chęć rozwoju umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 60) i pracownicy (n = 60), II edycja 2023.

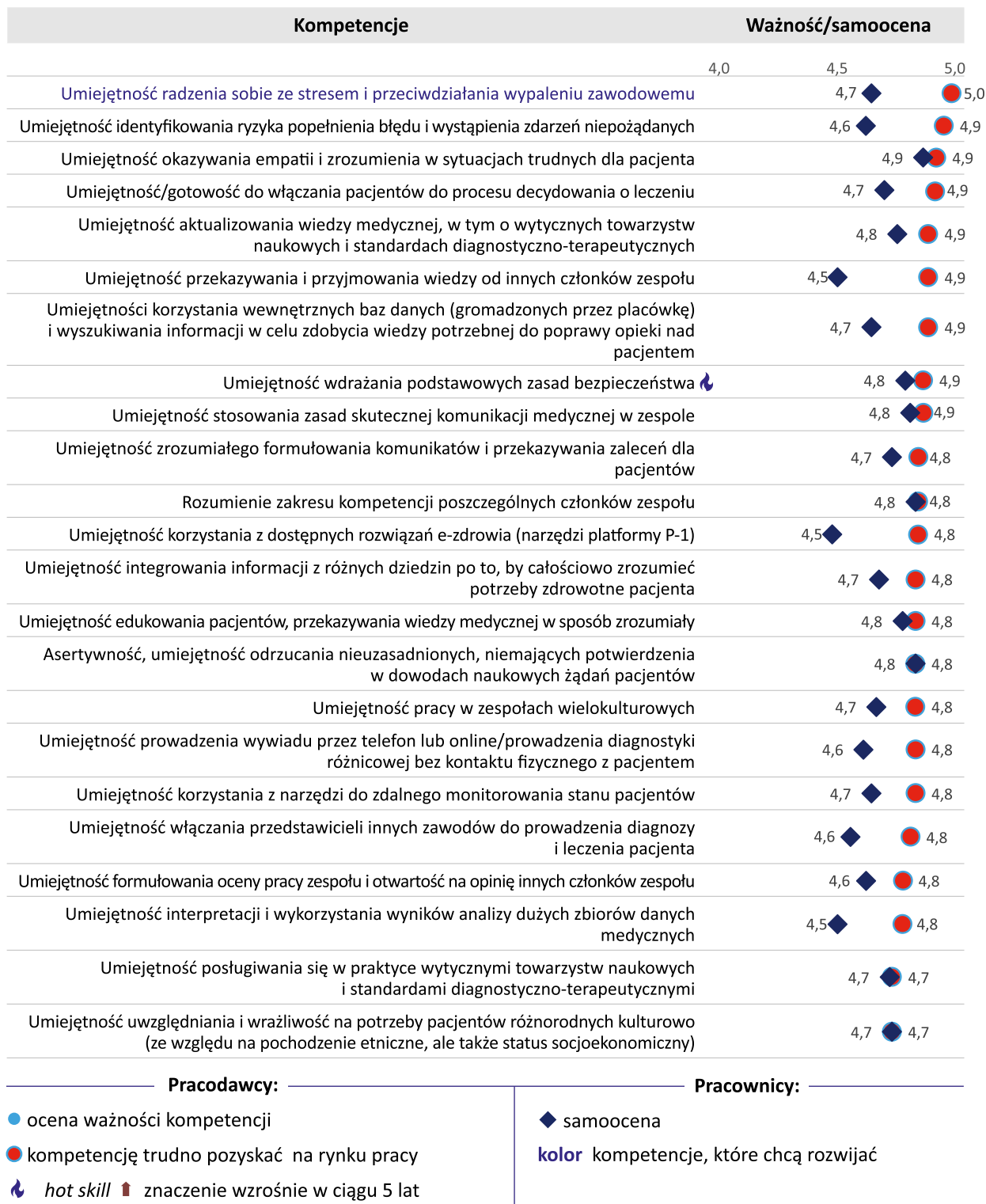
Tabela 14. Podstawowe statystyki dla stanowiska **Ratownik medyczny**

1	Wiek respondenta (mediana lat)	39 ⁸⁷
2	Staż pracy w obecnej firmie (mediana lat)	6,5
3	Staż pracy na stanowisku (mediana lat)	10
4	Staż pracy w branży (mediana lat)	12
5	Odsetek kobiet na stanowisku	10,0
6	Dominujący poziom wykształcenia (%)	wyższe licencjackie (51,7)
7	Powiązanie wykształcenia z pracą w branży (%)	41,7
8	Deklaracja chęci rozwoju umiejętności w ciągu najbliższych 12 miesięcy (%)	25,0
9	Chęć kontynuacji zatrudnienia w obecnej firmie (%)	top2boxes: 93,3
10	Ogólna satysfakcja pracownika	top2boxes: 95,0
11	Odsetek pracodawców zatrudniających na tym stanowisku	25,2
12	Odsetek pracodawców przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku (n = 142)	3,5
13	Odsetek pracodawców poszukujących pracowników na to stanowisko ⁸⁸	0,7
14	Odsetek pracodawców wskazujący, że miał problemy ze znalezieniem nowego pracownika	8,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 60) i pracownicy (n = 60), II edycja 2023.

⁸⁷ Mediana wieku dla zawodów medycznych: 40 lat.

⁸⁸ Przedsiębiorców poproszono o wskazanie 3 stanowisk, na które najczęściej rekrutują.

Wykres 39. Bilans kompetencji dla stanowiska: Ratownik medyczny

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 60) i pracownicy (n = 60), II edycja 2023.

Asystent lekarza

Głównymi zadaniami specjalisty na tym stanowisku są: pełnienie czynności administracyjnych związanych z wizytami pacjentów, udzielanie informacji pacjentom, rejestracja wizyt pacjentów, prowadzenie dokumentacji medycznej oraz asystowanie w czasie badań i zabiegów.

Tabela 15. Najważniejsze wnioski dla stanowiska **Asystent lekarza**

Pracodawca	Pracownik
Najważniejszymi z punktu widzenia pracodawcy kompetencjami na stanowisku asystent lekarza są: • umiejętność przekazywania i przyjmowania wiedzy od innych członków zespołu oraz wykorzystywania wewnętrznych baz danych, wyszukiwania informacji, aby lepiej sprawować opiekę nad pacjentem. Kompetencje trudne do pozyskania w przypadku tego stanowiska to: umiejętność okazywania empatii i zrozumienia pacjentom w trudnej sytuacji oraz umiejętność przekazywania i przyjmowania wiedzy. Natomiast znaczenie żadnej z kompetencji nie będzie rosło w ciągu najbliższych 5 lat. W przypadku czterech kompetencji ich znaczenie będzie rosło w ciągu najbliższych 3 lat. Są nimi: • umiejętność włączania pacjentów do procesu decyzyjnego, • asertywność, • umiejętność przyjmowania i przekazywania wiedzy w zespole, • umiejętność aktualizowania wiedzy medycznej.	Trzy kompetencje, które zostały przez pracowników ocenione jako posiadane przez nich w najwyższym stopniu to: • umiejętność przekazywania i przyjmowania wiedzy w ramach zespołu, • umiejętność radzenia sobie ze stresem, • umiejętność integrowania informacji z różnych dziedzin, aby całościowo zrozumieć potrzeby pacjenta. Chęć rozwoju umiejętności wśród pracowników zatrudnionych na tym stanowisku najczęściej dotyczy umiejętności wdrażania podstawowych zasad bezpieczeństwa, edukowania pacjentów i przekazywania im wiedzy medycznej w sposób przystępny i zrozumiały, a także identyfikowania ryzyka popełnienia błędu oraz zrozumiałego, precyzyjnego formułowania komunikatów dla pacjentów.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 82) i pracownicy (n = 52), II edycja 2023.

Tabela 16. Podstawowe statystyki dla stanowiska **Asystent lekarza**

1	Wiek respondenta (mediana lat)	37,5 ⁸⁹
2	Staż pracy w obecnej firmie (mediana lat)	6
3	Staż pracy na stanowisku (mediana lat)	8
4	Staż pracy w branży (mediana lat)	10
5	Odsetek kobiet na stanowisku (%)	55,8
6	Dominujący poziom wykształcenia (%)	wyższe magisterskie (69,2)
7	Powiązanie wykształcenia z pracą w branży (%)	94,2
8	Deklaracja chęci rozwoju umiejętności w ciągu najbliższych 12 miesięcy (%)	23,1
9	Chęć kontynuacji zatrudnienia w obecnej firmie (%)	top2boxes: 96,2
10	Ogólna satysfakcja pracownika	top2boxes: 98,1
11	Odsetek pracodawców zatrudniających na tym stanowisku	38,7
12	Odsetek pracodawców przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku (n = 217)	4,1
13	Odsetek pracodawców poszukujących pracowników na to stanowisko ⁹⁰	0,3
14	Odsetek pracodawców wskazujący, że miał problemy ze znalezieniem nowego pracownika	1,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 82) i pracownicy (n = 52), II edycja 2023.

⁸⁹ Mediana wieku dla zawodów medycznych: 40 lat.

⁹⁰ Przedsiębiorców poproszono o wskazanie 3 stanowisk, na które najczęściej rekrutują.

Wykres 40. Bilans kompetencji dla stanowiska: **Asystent lekarza**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 82) i pracownicy (n = 52), II edycja 2023.

Opiekun medyczny

Głównymi zadaniami specjalisty na tym stanowisku są: asystowanie personelowi medycznemu w czasie wybranych zabiegów medycznych i pielęgnacyjnych, rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów opiekuńczych pacjentów, udzielanie wsparcia rodzinie oraz aktywizacja osób chorych i niesamodzielnych do zwiększenia swojej samodzielności.

Tabela 17. Najważniejsze wnioski dla stanowiska **Opiekun medyczny**

Pracodawca	Pracownik
Cztery najważniejsze z punktu widzenia pracodawcy kompetencje to: rozumienie zakresu kompetencji poszczególnych członków zespołu oraz umiejętność wymiany wiedzy w ramach zespołu, pracy w zespołach wielokulturowych oraz korzystania ze zdalnych narzędzi do monitorowania pacjenta. Wszystkie kompetencje są – zdaniem pracodawców – trudne do pozyskania, ale jednocześnie żadna z nich nie będzie zyskiwać na znaczeniu w ciągu najbliższych 5 lat. W krótszej perspektywie czasowej ok. 3 lat, są to natomiast cztery kompetencje: • umiejętność wdrażania podstawowych zasad bezpieczeństwa, • zrozumiałego formułowania komunikatów i zaleceń dla pacjentów, • uwzględnianie i wrażliwość na potrzeby pacjentów z różnych środowisk oraz asertywność.	Najlepiej oceniane przez pracowników kompetencje, które posiadają w największym stopniu, to przede wszystkim umiejętność wymiany wiedzy w zespole, ale także korzystania z narzędzi platformy P-1 czy włączania przedstawicieli innych zawodów do prowadzenia diagnozy i leczenia pacjenta. Pracownicy chcieliby przede wszystkim rozwijać kompetencje związane z umiejętnościami integrowania informacji z różnych dziedzin, aby lepiej rozumieć potrzeby pacjenta, ale także te nastawione na aktualizowanie wiedzy medycznej czy edukowania pacjentów.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 60) i pracownicy (n = 51), II edycja 2023.

Tabela 18. Podstawowe statystyki dla stanowiska **Opiekun medyczny**

1	Wiek respondenta (mediana lat)	38 ⁹¹
2	Staż pracy w obecnej firmie (mediana lat)	7
3	Staż pracy na stanowisku (mediana lat)	8
4	Staż pracy w branży (mediana lat)	10
5	Odsetek kobiet na stanowisku (%)	64,7
6	Dominujący poziom wykształcenia (%)	wyższe magisterskie (69,2)
7	Powiązanie wykształcenia z pracą w branży (%)	78,0
8	Deklaracja chęci rozwoju umiejętności w ciągu najbliższych 12 miesięcy (%)	31,4
9	Chęć kontynuacji zatrudnienia w obecnej firmie (%)	top2boxes: 100,0
10	Ogólna satysfakcja pracownika	top2boxes: 92,1
11	Odsetek pracodawców zatrudniających na tym stanowisku	27,7
12	Odsetek pracodawców przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku (n = 187)	5,1
13	Odsetek pracodawców poszukujących pracowników na to stanowisko ⁹²	0,1%
14	Odsetek pracodawców wskazujący, że miał problemy ze znalezieniem nowego pracownika	0,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 60) i pracownicy (n = 51), II edycja 2023.

⁹¹ Mediana wieku dla zawodów medycznych: 40 lat.

⁹² Przedsiębiorców poproszono o wskazanie 3 stanowisk, na które najczęściej rekrutują.

Wykres 41. Bilans kompetencji dla stanowiska: Opiekun medyczny

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 60) i pracownicy (n = 51), II edycja 2023.

Fizjoterapeuta

Głównymi zadaniami specjalisty na tym stanowisku są: przyjmowanie pacjenta, diagnozowanie, przeprowadzenie zabiegu/operacji, przepisanie leków/wydanie zaleceń, kontrola wyników leczenia, wypisanie pacjenta oraz kontrola realizacji zaleceń.

Tabela 19. Najważniejsze wnioski dla stanowiska **Fizjoterapeuta**

Pracodawca	Pracownik
Najważniejsze z punktu widzenia pracodawcy kompetencje dla stanowiska fizjoterapeuty to umiejętności: • radzenia sobie ze stresem, • uwzględniana potrzeb pacjentów, prowadzenia wywiadu za pomocą środków komunikacji na odległość oraz korzystania z dostępnych narzędzi platformy P-1. Trudno dostępne kompetencje dla stanowiska fizjoterapeuty to przede wszystkim umiejętność stosowania skutecznej komunikacji w zespole oraz posługiwania się w praktyce standardami diagnostyczno-terapeutycznymi oraz wytycznymi towarzystw naukowych. Nie ma natomiast kompetencji, których znaczenie będzie rosnąć w ciągu najbliższych zarówno 3, jak i 5 lat.	Pracownicy ocenili swoje umiejętności najlepiej w zakresie umiejętności włączania pacjenta do procesu decydowania o leczeniu, wdrażaniu podstawowych zasad bezpieczeństwa oraz posługiwania się w praktyce standardami diagnostyczno-terapeutycznymi oraz wytycznymi towarzystw naukowych. Fizjoterapeuci chcieliby rozwijać w szczególności dwie kompetencje: • umiejętność wdrażania podstawowych zasad bezpieczeństwa, • umiejętność zrozumiałego formułowania przekazu dla pacjenta. Zastanawiająca jest pierwsza z tych kompetencji, ponieważ pracownicy ocenili ją jako jedną z posiadanych w najwyższym stopniu.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 66) i pracownicy (n = 51), II edycja 2023.

Tabela 20. Podstawowe statystyki dla stanowiska **Fizjoterapeuta**

1	Wiek respondenta (mediana lat)	38 ⁹³
2	Staż pracy w obecnej firmie (mediana lat)	8
3	Staż pracy na stanowisku (mediana lat)	10
4	Staż pracy w branży (mediana lat)	11
5	Odsetek kobiet na stanowisku (%)	29,4
6	Dominujący poziom wykształcenia (%)	wyższe magisterskie (37,3)/wyższe licencjackie (33,3)
7	Powiązanie wykształcenia z pracą w branży (%)	98,0
8	Deklaracja chęci rozwoju umiejętności w ciągu najbliższych 12 miesięcy (%)	35,3
9	Chęć kontynuacji zatrudnienia w obecnej firmie (%)	top2boxes: 92,1
10	Ogólna satysfakcja pracownika (%)	top2boxes: 92,2
11	Odsetek pracodawców zatrudniających na tym stanowisku	41,1
12	Odsetek pracodawców przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku (n = 217)	6,9
13	Odsetek pracodawców poszukujących pracowników na to stanowisko ⁹⁴	0,6
14	Odsetek pracodawców wskazujący, że miał problemy ze znalezieniem nowego pracownika	5,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 66) i pracownicy (n = 51), II edycja 2023.

⁹³ Mediana wieku dla zawodów medycznych: 40 lat.

⁹⁴ Przedsiębiorców poproszono o wskazanie 3 stanowisk, na które najczęściej rekrutują.

Wykres 42. Bilans kompetencji dla stanowiska: Fizjoterapeuta

Kompetencje	Ważność/samoocena		
	4,0	4,5	5,0
Umiejętność radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu	4,3 ◆	● 4,7	
Umiejętność uwzględniania i wrażliwość na potrzeby pacjentów różnorodnych kulturowo (ze względu na pochodzenie etniczne, ale także status socjoekonomiczny)	4,3 ◆	● 4,7	
Umiejętność prowadzenia wywiadu przez telefon lub online/prowadzenia diagnostyki różnicowej bez kontaktu fizycznego z pacjentem	◆ 4,1	● 4,7	
Umiejętność korzystania z dostępnych rozwiązań e-zdrowia (narzędzi platformy P-1)	4,3 ◆	● 4,7	
Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały	◆ 4,2	● 4,7	
Asertywność, umiejętność odrzucania nieuzasadnionych, niemających potwierdzenia w dowodach naukowych żądań pacjentów	4,3 ◆	● 4,7	
Umiejętność stosowania zasad skutecznej komunikacji medycznej w zespole	◆ 4,2	● 4,7	
Rozumienie zakresu kompetencji poszczególnych członków zespołu	4,3 ◆	● 4,7	
Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów	◆ 4,2	● 4,7	
Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta	◆ 4,3	● 4,7	
Umiejętność wdrażania podstawowych zasad bezpieczeństwa	4,4 ◆	● 4,6	
Umiejętność korzystania z narzędzi do zdalnego monitorowania stanu pacjentów	◆ 4,2	● 4,6	
Umiejętności korzystania wewnętrznych baz danych (gromadzonych przez placówkę) i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem	◆ 4,2	● 4,6	
Umiejętność posługiwania się w praktyce wytycznymi towarzystw naukowych i standardami diagnostyczno-terapeutycznymi	4,4 ◆	● 4,6	
Umiejętność włączania przedstawicieli innych zawodów do prowadzenia diagnozy i leczenia pacjenta	◆ 4,2	● 4,6	
Umiejętność aktualizowania wiedzy medycznej, w tym o wytycznych towarzystw naukowych i standardach diagnostyczno-terapeutycznych	4,3 ◆	● 4,6	
Umiejętność przekazywania i przyjmowania wiedzy od innych członków zespołu	◆ 4,3	● 4,6	
Umiejętność interpretacji i wykorzystania wyników analizy dużych zbiorów danych medycznych	4,3 ◆	● 4,6	
Umiejętność integrowania informacji z różnych dziedzin po to, by całościowo zrozumieć potrzeby zdrowotne pacjenta	◆ 4,3	● 4,5	
Umiejętność/gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu	4,5 ◆	● 4,5	
Umiejętność pracy w zespołach wielokulturowych	4,3 ◆	● 4,4	
Umiejętność formułowania oceny pracy zespołu i otwartość na opinię innych członków zespołu	4,4 ◆	● 4,4	

Pracodawcy:

● ocena ważności kompetencji

● kompetencję trudno pozyskać na rynku pracy

🔥 hot skill 📈 znaczenie wzrosło w ciągu 5 lat

Pracownicy:

◆ samoocena

kolor kompetencje, które chcą rozwijać

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 66) i pracownicy (n = 51), II edycja 2023.

Koordinator opieki/asystent

Głównymi zadaniami specjalisty na tym stanowisku są: kontakt w sprawie pacjenta z lekarzem specjalistą, pomaganie w umówieniu wizyty oraz zleceniu konkretnych badań diagnostycznych, a także zwracanie się z informacją zwrotną do lekarza rodzinnego.

Tabela 21. Najważniejsze wnioski dla stanowiska **Koordinator opieki/asystent**

Pracodawca	Pracownik
W przypadku oceny tych kompetencji, które są najważniejsze z punktu widzenia pracodawcy, brak jest dużego zróżnicowania w ocenach dla kompetencji, które znalazły się na pierwszych dwunastu miejscach (różnica średnich: 0,08). Z tego powodu w tym miejscu wspomniano tylko o pierwszych dwóch z najwyższą średnią ocen ważności, a z pozostałymi można zapoznać się na wykresie 43. Najważniejsze z punktu widzenia pracodawcy umiejętności to: umiejętność wdrażania podstawowych zasad bezpieczeństwa oraz uwzględniania potrzeb pacjentów. Kompetencje trudne do pozyskania to umiejętność aktualizowania wiedzy medycznej, w tym o wytycznych towarzystw naukowych i standardach diagnostyczno-terapeutycznych oraz posługiwania się nimi w praktyce. Nie ma natomiast kompetencji, których znaczenie będzie wzrastać w obu analizowanych horyzontach czasowych.	Najlepiej oceniane przez pracowników kompetencje, które posiadają, to: • umiejętności integrowania informacji z różnych dziedzin, • posługiwania się w praktyce wytycznymi towarzystw naukowych i standardach diagnostyczno-terapeutycznych, • a także edukowania pacjentów. Kompetencje, które pracownicy na tym stanowisku chcieliby podnosić to przede wszystkim umiejętność formułowania jasnego przekazu dla pacjenta, wdrażania podstawowych zasad bezpieczeństwa oraz – w równym stopniu – integrowania informacji z różnych dziedzin w celu zrozumienia potrzeb pacjenta i identyfikowania ryzyka popełnienia błędu i wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 46) i pracownicy (n = 48), II edycja 2023.

Tabela 22. Podstawowe statystyki dla stanowiska **Koordinator opieki/asystent**

1	Wiek respondenta (mediana lat)	39,5 ⁹⁵
2	Staż pracy w obecnej firmie (mediana lat)	7
3	Staż pracy na stanowisku (mediana lat)	10
4	Staż pracy w branży (mediana lat)	12
5	Odsetek kobiet na stanowisku (%)	50,0
6	Dominujący poziom wykształcenia (%)	wyższe magisterskie (62,5)
7	Powiązanie wykształcenia z pracą w branży (%)	93,8
8	Deklaracja chęci rozwoju umiejętności w ciągu najbliższych 12 miesięcy (%)	52,1
9	Chęć kontynuacji zatrudnienia w obecnej firmie (%)	top2boxes: 100,0
10	Ogólna satysfakcja pracownika (%)	top2boxes: 95,9
11	Odsetek pracodawców zatrudniających na tym stanowisku	20,7
12	Odsetek pracodawców przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku (n = 117)	1,7
13	Odsetek pracodawców poszukujących pracowników na to stanowisko ⁹⁶	0,2
14	Odsetek pracodawców wskazujący, że miał problemy ze znalezieniem nowego pracownika	1,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 46) i pracownicy (n = 48), II edycja 2023.

⁹⁵ Mediana wieku dla zawodów medycznych: 40 lat.

⁹⁶ Przedsiębiorców poproszono o wskazanie 3 stanowisk, na które najczęściej rekrutują.

Wykres 43. Bilans kompetencji dla stanowiska: Koordynator opieki/asystent

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 46) i pracownicy (n = 48), II edycja 2023.

Manager całego szpitala

Głównymi zadaniami specjalisty na tym stanowisku są: organizowania oraz delegowanie zadań, przydzielania pracy pracownikom, kontrolowanie postępów pracy, prowadzenie negocjacji z NFZ oraz dbanie o efektywność lekarzy i personelu medycznego.

Tabela 23. Najważniejsze wnioski dla stanowiska **Manager całego szpitala**

Pracodawca	Pracownik
Najważniejsze z punktu widzenia pracodawcy kompetencje to przede wszystkim umiejętność identyfikowania ryzyka i wystąpienia zdarzeń niepożądanych oraz uwzględnienia pacjentów, a także gotowość do włączania pacjentów do procesu decyzyjnego o leczeniu i wdrażania podstawowych zasad bezpieczeństwa. Kompetencją trudną do pozyskania jest umiejętność stosowania w praktyce wytycznych towarzystw naukowych oraz standardów diagnostyczno-terapeutycznych. Cztery kompetencje będą zyskiwać na znaczeniu w ciągu najbliższych 5 lat: • umiejętność korzystania z narzędzi do zdalnego monitorowania stanu pacjentów, • prowadzenie wywiadów za pomocą środków komunikacji na odległość, • aktualizowania wiedzy medycznej, w tym o wytycznych towarzystw naukowych i standardach diagnostyczno-terapeutycznych • zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów. Nie ma natomiast kompetencji, które będą zyskiwać na znaczeniu w ciągu najbliższych 3 lat.	Najlepiej oceniane przez samych pracowników posiadane kompetencje to umiejętność integrowania informacji z różnych dziedzin, aby lepiej opiekować się pacjentem, wykorzystania wewnętrznych źródeł danych w tym samym celu, a także do wymiany informacji w ramach zespołu. Kompetencje, które pracownicy zatrudnieni na tym stanowisku chcą rozwijać to przede wszystkim umiejętność radzenia sobie ze stresem, ale także wdrażania podstawowych zasad bezpieczeństwa oraz umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjentów.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 58) i pracownicy (n = 39), II edycja 2023.

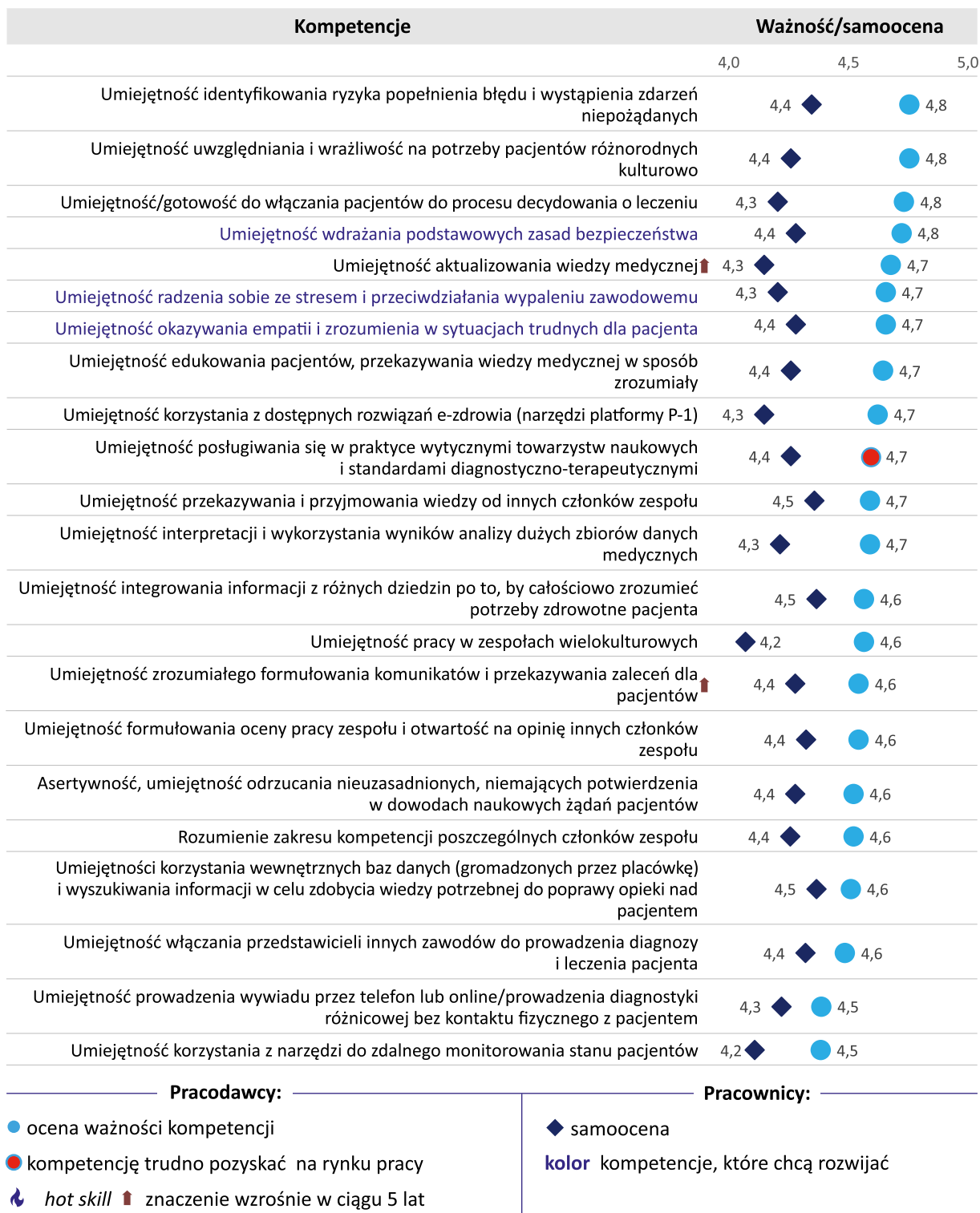
Tabela 24. Podstawowe statystyki dla stanowiska **Manager całego szpitala**

1	Wiek respondenta (mediana lat)	40 ⁹⁷
2	Staż pracy w obecnej firmie (mediana lat)	8
3	Staż pracy na stanowisku (mediana lat)	8
4	Staż pracy w branży (mediana lat)	12
5	Odsetek kobiet na stanowisku (%)	51,3
6	Dominujący poziom wykształcenia (%)	wyższe magisterskie (87,2)
7	Powiązanie wykształcenia z pracą w branży (%)	23,1
8	Deklaracja chęci rozwoju umiejętności w ciągu najbliższych 12 miesięcy (%)	23,1
9	Chęć kontynuacji zatrudnienia w obecnej firmie (%)	top2boxes: 97,4
10	Ogólna satysfakcja pracownika (%)	top2boxes: 94,9
11	Odsetek pracodawców zatrudniających na tym stanowisku	22,0
12	Odsetek pracodawców przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku (n = 124)	1,6
13	Odsetek pracodawców poszukujących pracowników na to stanowisko ⁹⁸	0,1
14	Odsetek pracodawców wskazujący, że miał problemy ze znalezieniem nowego pracownika	1,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 58) i pracownicy (n = 39), II edycja 2023.

⁹⁷ Mediana wieku dla zawodów medycznych: 40 lat.

⁹⁸ Przedsiębiorców poproszono o wskazanie 3 stanowisk, na które najczęściej rekrutują.

Wykres 44. Bilans kompetencji dla stanowiska: **Manager całego szpitala**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 58) i pracownicy (n = 39), II edycja 2023.

Manager oddziału

Głównymi zadaniami specjalisty na tym stanowisku są: prawidłowa organizacja procesu diagnostyczno-leczniczego, nadzór i podejmowanie skutecznych działań w celu zapewnienia bezpieczeństwa ludzi w procesie diagnostyczno-leczniczym oraz nadzór nad racjonalnym wykorzystaniem zasobów oddziału.

Tabela 25. Najważniejsze wnioski dla stanowiska **Manager oddziału**

Pracodawca	Pracownik
Najważniejsze umiejętności z punktu widzenia pracodawcy są to: • umiejętność okazywania empatii i zrozumienia sytuacji pacjenta, • umiejętność identyfikowania ryzyka popełnienia błędu, • umiejętność aktualizowania wiedzy medycznej oraz asertywność. Żadna z kompetencji nie jest trudno dostępna. Ale kilka z nich będzie zyskiwać na znaczeniu w najbliższym czasie w perspektywie 5 lat. Kompetencje zyskujące na znaczeniu to m.in. umiejętność posługiwania się w praktyce wytycznymi i standardami, edukowania pacjentów, stosowania zasad skutecznej komunikacji w zespole oraz rozumienie zakresu kompetencji poszczególnych członków. Trzy z nich (z pominięciem edukowania pacjentów) będą zyskiwać na znaczeniu również w ciągu najbliższych pięciu lat.	Najlepiej oceniane przez pracowników posiadane kompetencje to przede wszystkim umiejętność wymiany informacji w zespole oraz umiejętność identyfikowania ryzyka popełnienia błędu. Kompetencje, które pracownicy chcą rozwijać, są ograniczone do umiejętności edukowania pacjentów i przekazywania im wiedzy medycznej w sposób zrozumiały.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 57) i pracownicy (n = 39), II edycja 2023.

Tabela 26. Podstawowe statystyki dla stanowiska **Manager oddziału**

1	Wiek respondenta (mediana lat)	42 ⁹⁹
2	Staż pracy w obecnej firmie (mediana lat)	7
3	Staż pracy na stanowisku (mediana lat)	10
4	Staż pracy w branży (mediana lat)	14
5	Odsetek kobiet na stanowisku (%)	61,5
6	Dominujący poziom wykształcenia (%)	wyższe magisterskie (87,2)
7	Powiązanie wykształcenia z pracą w branży (%)	76,9
8	Deklaracja chęci rozwoju umiejętności w ciągu najbliższych 12 miesięcy (%)	51,3
9	Chęć kontynuacji zatrudnienia w obecnej firmie (%)	top2boxes: 87,2
10	Ogólna satysfakcja pracownika	top2boxes: 89,7
11	Odsetek pracodawców zatrudniających na tym stanowisku	13,5
12	Odsetek pracodawców przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku (n = 124)	2,4
13	Odsetek pracodawców poszukujących pracowników na to stanowisko ¹⁰⁰	0,1
14	Odsetek pracodawców wskazujący, że miał problemy ze znalezieniem nowego pracownika	1,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 57) i pracownicy (n = 39), II edycja 2023.

⁹⁹ Mediana wieku dla zawodów medycznych: 40 lat.

¹⁰⁰ Przedsiębiorców poproszono o wskazanie 3 stanowisk, na które najczęściej rekrutują.

Wykres 45. Bilans kompetencji dla stanowiska: Manager oddziału

Kompetencje	Ważność/samoocena		
	4,0	4,5	5,0
Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta	4,3 ◆		4,8 ●
Umiejętność identyfikowania ryzyka popełnienia błędu i wystąpienia zdarzeń niepożądanych	4,3 ◆		4,8 ●
Umiejętność aktualizowania wiedzy medycznej, w tym o wytycznych towarzystw naukowych i standardach diagnostyczno-terapeutycznych	4,2 ◆		4,7 ●
Asertywność, umiejętność odrzucania nieuzasadnionych, niemających potwierdzenia w dowodach naukowych żądań pacjentów	4,2 ◆		4,7 ●
Umiejętność pracy w zespołach wielokulturowych	◆4,0		4,7 ●
Umiejętność przekazywania i przyjmowania wiedzy od innych członków zespołu	4,4 ◆		4,7 ●
Umiejętność uwzględniania i wrażliwość na potrzeby pacjentów różnorodnych kulturowo (ze względu na pochodzenie etniczne, ale także status socjoekonomiczny)	4,1 ◆		4,7 ●
Umiejętność włączania przedstawicieli innych zawodów do prowadzenia diagnozy i leczenia pacjenta	4,1 ◆		4,7 ●
Umiejętność formułowania oceny pracy zespołu i otwartość na opinię innych członków zespołu	4,3 ◆		4,7 ●
Umiejętność/gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu	◆4,2		4,6 ●
Umiejętność interpretacji i wykorzystania wyników analizy dużych zbiorów danych medycznych	◆4,1		4,6 ●
Umiejętności korzystania wewnętrznych baz danych (gromadzonych przez placówkę) i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem	4,2 ◆		4,6 ●
Umiejętność wdrażania podstawowych zasad bezpieczeństwa	4,3 ◆		4,6 ●
Umiejętność posługiwania się w praktyce wytycznymi towarzystw naukowych i standardami diagnostyczno-terapeutycznymi	4,3 ◆		4,5 ●
Umiejętność integrowania informacji z różnych dziedzin po to, by całościowo zrozumieć potrzeby zdrowotne pacjenta	4,3 ◆		4,5 ●
Rozumienie zakresu kompetencji członków zespołu	◆4,0		4,5 ●
Umiejętność korzystania z dostępnych rozwiązań e-zdrowia (narzędzi platformy P-1)	◆4,1		4,5 ●
Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały	◆4,0		4,5 ●
Umiejętność prowadzenia wywiadu przez telefon lub online/prowadzenia diagnostyki różnicowej bez kontaktu fizycznego z pacjentem	◆4,1		4,4 ●
Umiejętność radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu	4,2 ◆		4,4 ●
Umiejętność stosowania zasad skutecznej komunikacji medycznej w zespole	4,2 ◆		4,4 ●
Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów	4,2 ◆		4,3 ●

Pracodawcy:	Pracownicy:
● ocena ważności kompetencji	◆ samoocena
● kompetencję trudno pozyskać na rynku pracy	kolor kompetencje, które chcą rozwijać
🔥 hot skill 📈 znaczenie wzrosło w ciągu 5 lat	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 57) i pracownicy (n = 39), II edycja 2023.

Sekretarka medyczna

Głównymi zadaniami specjalisty na tym stanowisku są: kompletowanie i porządkowanie dokumentacji, obsługa systemów informatycznych oraz sprawozdawczych, organizacja pracy lekarzy (harmonogram przyjęć pacjentów).

Tabela 27. Najważniejsze wnioski dla stanowiska **Sekretarka medyczna**

Pracodawca	Pracownik
Najważniejsze z punktu widzenia pracodawcy są umiejętności: • uwzględniania i wrażliwości na potrzeby pacjentów różnorodnych kulturowo, • zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów, • stosowania zasad skutecznej komunikacji medycznej w zespole. Jako trudne do pozyskania są: • umiejętności związane z wykorzystaniem w praktyce wytycznych oraz standardów, • integrowania informacji z różnych dziedzin w celu lepszego zrozumienia potrzeb pacjenta, • gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu. Żadna z kompetencji dla tego stanowiska nie będzie nabierała większego znaczenia zarówno w ciągu najbliższych 3, jak i 5 lat.	Pracownicy zatrudnieni na tym stanowisku najlepiej ocenili swoje kompetencje związane z umiejętnością włączania przedstawicieli innych zawodów do prowadzenia diagnozy i leczenia oraz wymiany wiedzy w ramach zespołu. W równym stopniu pracownicy chcieliby rozwijać powiązane umiejętności związane z formułowanie jasnego przekazu dla pacjentów oraz ich edukowania, przekazywania pacjentom wiedzy medycznej w sposób zrozumiały. Trzecią kompetencją, którą pracownicy chcą rozwijać, to umiejętność integrowania informacji z różnych dziedzin, aby lepiej zrozumieć pacjenta.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 135) i pracownicy (n = 79), II edycja 2023.

Tabela 28. Podstawowe statystyki dla stanowiska **Sekretarka medyczna**

1	Wiek respondenta (mediana lat)	38 ¹⁰¹
2	Staż pracy w obecnej firmie (mediana lat)	6
3	Staż pracy na stanowisku (mediana lat)	8
4	Staż pracy w branży (mediana lat)	10
5	Odsetek kobiet na stanowisku (%)	89,9
6	Dominujący poziom wykształcenia (%)	wyższe magisterskie (30,4% ¹⁰²)
7	Powiązanie wykształcenia z pracą w branży (%)	69,6
8	Deklaracja chęci rozwoju umiejętności w ciągu najbliższych 12 miesięcy (%)	31,6
9	Chęć kontynuacji zatrudnienia w obecnej firmie (%)	top2boxes: 88,6
10	Ogólna satysfakcja pracownika	top2boxes: 93,0
11	Odsetek pracodawców zatrudniających na tym stanowisku	62,2
12	Odsetek pracodawców przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku (n = 292)	1,0
13	Odsetek pracodawców poszukujących pracowników na to stanowisko ¹⁰³	0,4
14	Odsetek pracodawców wskazujący, że miał problemy ze znalezieniem nowego pracownika	2,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 135) i pracownicy (n = 79), II edycja 2023.

¹⁰¹ Mediana wieku dla zawodów medycznych: 40 lat.

¹⁰² Małe zróżnicowanie: wyższe magisterskie – 30,4%, średnie techniczne – 26,6%, wyższe licencjackie – 25,3%.

¹⁰³ Przedsiębiorców poproszono o wskazanie 3 stanowisk, na które najczęściej rekrutują.

Wykres 46. Bilans kompetencji dla stanowiska: Sekretarka medyczna

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 135) i pracownicy (n = 79), II edycja 2023.

Analitik danych medycznych

Głównymi zadaniami specjalisty na tym stanowisku są: przygotowanie i analiza danych medycznych, przygotowanie i analiza danych dotyczące przepływu pacjentów, przygotowanie danych/wniosków do wykorzystania przez lekarzy oraz osoby odpowiedzialne za organizowanie/koordynowanie procesu diagnostyczno-leczniczego.

Tabela 29. Najważniejsze wnioski dla stanowiska **Analitik danych medycznych**

Pracodawca	Pracownik
Kompetencje najważniejsze z punktu widzenia pracodawcy to umiejętność identyfikowania ryzyka popełnienia błędu oraz wdrażania podstawowych zasad bezpieczeństwa. W przypadku tego stanowiska żadna z kompetencji nie jest uważana za trudną do pozyskania. Również znaczenie żadnej z kompetencji nie będzie rosnąć zarówno w ciągu 3, jak i 5 lat.	Posiadane przez pracowników umiejętności, które ocenili najlepiej, to przede wszystkim gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu, ale także rozumienie zakresu kompetencji poszczególnych członków zespołu oraz edukowania pacjentów i przekazywania im wiedzy medycznej w sposób zrozumiały. Kompetencje, które pracownicy chcieliby rozwijać, to przede wszystkim umiejętności związane z identyfikowaniem ryzyka popełnienia błędu oraz radzenia sobie ze stresem, a także asertywność.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 64) i pracownicy (n = 43), II edycja 2023.

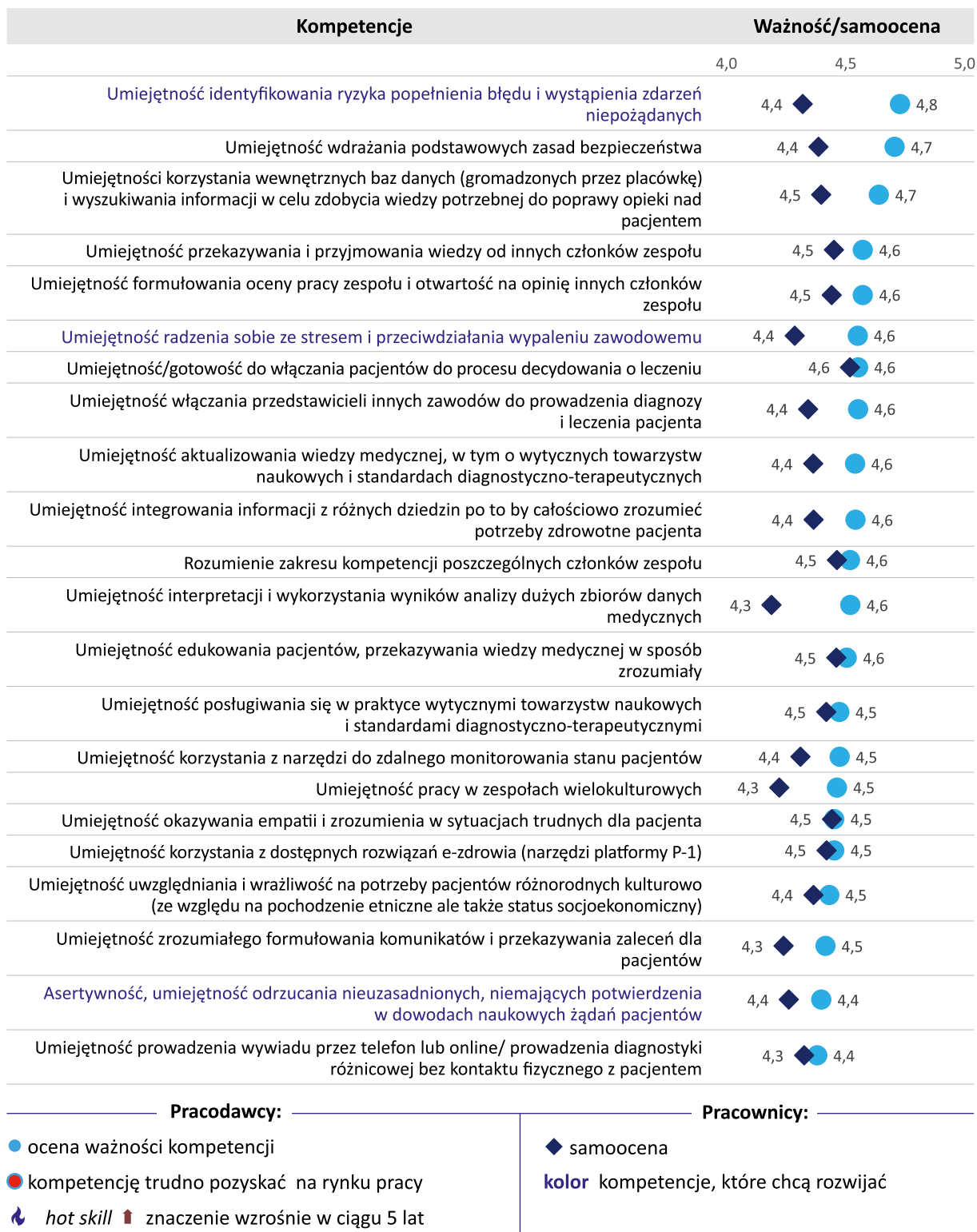
Tabela 30. Podstawowe statystyki dla stanowiska **Analitik danych medycznych**

1	Wiek respondenta (mediana lat)	43 ¹⁰⁴
2	Staż pracy w obecnej firmie (mediana lat)	8
3	Staż pracy na stanowisku (mediana lat)	10
4	Staż pracy w branży (mediana lat)	15
5	Odsetek kobiet na stanowisku (%)	65,1
6	Dominujący poziom wykształcenia (%)	wyższe magisterskie (83,7)
7	Powiązanie wykształcenia z pracą w branży (%)	83,7
8	Deklaracja chęci rozwoju umiejętności w ciągu najbliższych 12 miesięcy (%)	39,5
9	Chęć kontynuacji zatrudnienia w obecnej firmie (%)	top2boxes: 97,6
10	Ogólna satysfakcja pracownika	top2boxes: 95,8
11	Odsetek pracodawców zatrudniających na tym stanowisku	25,0
12	Odsetek pracodawców przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku (n = 141)	4,3
13	Odsetek pracodawców poszukujących pracowników na to stanowisko ¹⁰⁵	0,4
14	Odsetek pracodawców wskazujący, że miał problemy ze znalezieniem nowego pracownika	4,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 64) i pracownicy (n = 43), II edycja 2023.

¹⁰⁴ Mediana wieku dla zawodów medycznych: 40 lat.

¹⁰⁵ Przedsiębiorców poproszono o wskazanie 3 stanowisk, na które najczęściej rekrutują.

Wykres 47. Bilans kompetencji dla stanowiska: Analityk danych medycznych

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 64) i pracownicy (n = 43), II edycja 2023.

Pracownik socjalny

Głównymi zadaniami na tym stanowisku są: pomoc klientowi w określeniu jego potrzeb, planowanie metod wsparcia klienta w ramach indywidualnego planu wsparcia, koordynacja i organizacja realizacji usług i świadczeń, wspieranie i motywowanie klienta i/lub jego rodziny, optymalizacja procesu wsparcia.

Tabela 31. Najważniejsze wnioski dla stanowiska **Pracownik socjalny**

Pracodawca	Pracownik
Najważniejsze z punktu widzenia pracodawcy kompetencje to: • umiejętność podążania za klientem, • znajomość przepisów Prawa rodzinnego, • asertywność, • znajomość metod pracy socjalnej oraz znajomość przepisów ustawy o realizowaniu usług społecznych. Kompetencje trudne do pozyskania dla stanowiska pracownik socjalny są ściśle związane z wiedzą. Chodzi o znajomość przepisów Ustawy o realizowaniu usług społecznych przez CUS oraz przepisy Prawa rodzinnego i związanych z nim rozporządzeń wykonawczych. W przypadku tego stanowiska nie ma kompetencji, których znaczenie będzie rosło w ciągu najbliższych 5 lat. Kompetencje, których znaczenie będzie rosło w ciągu najbliższych 3 lat, to: • umiejętność zorganizowania bezpiecznego i przyjaznego miejsca do rozmowy z osobą wspieraną, • a także kompetencje IT oraz znajomość języków obcych.	Pracownicy socjalni najlepiej oceniają u siebie wiedzę na temat przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz znajomość charakterystyki środowiska lokalnego. Kompetencje, które pracownicy chcieliby rozwijać to: • znajomość przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie i rozporządzeń wykonawczych, • przepisów Ustawy o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych • zdobycie wiedzy z zakresu socjologii rodziny, w tym faz życia rodziny, jej typów.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 65) i pracownicy (n = 45), II edycja 2023.

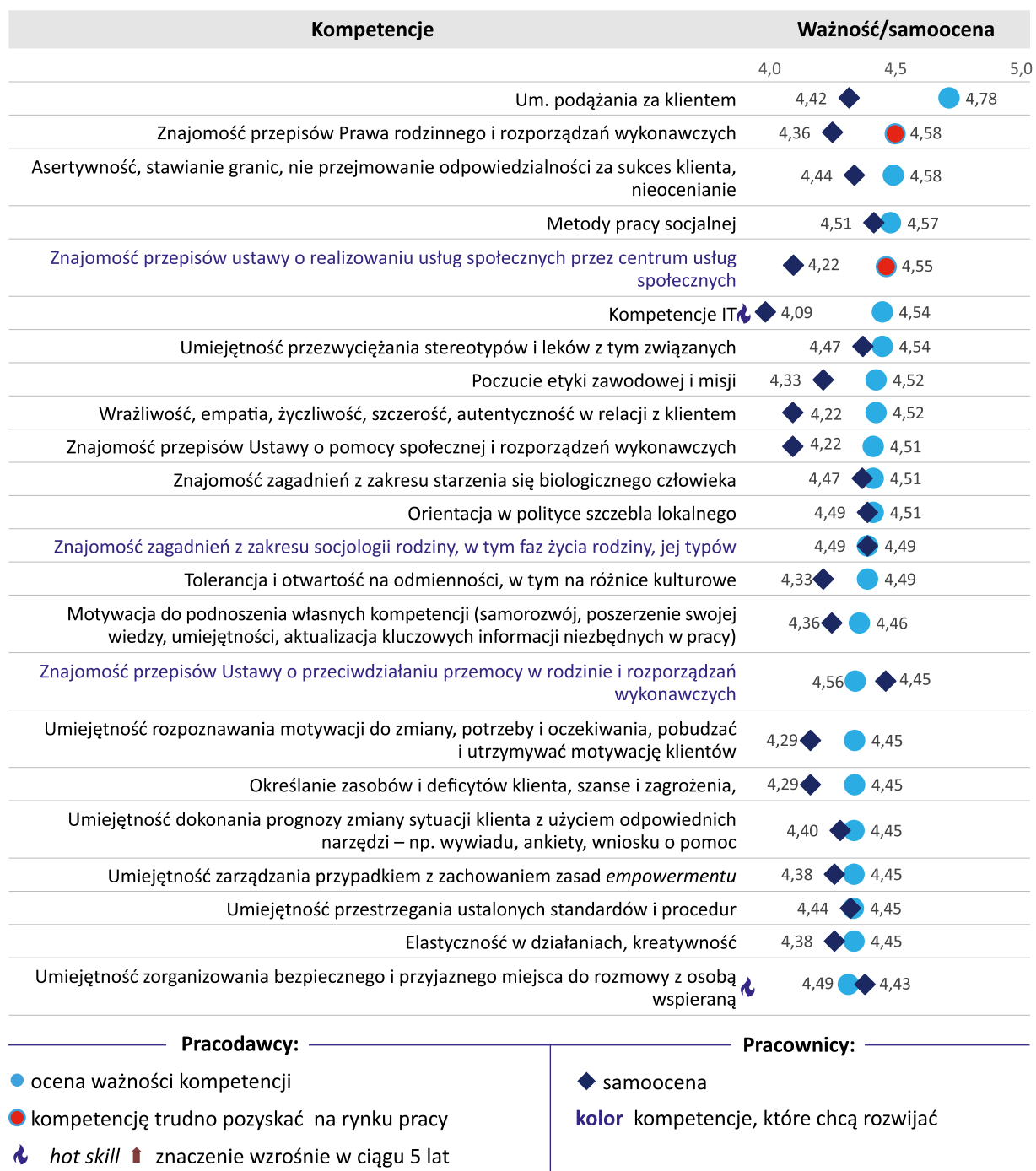
Tabela 32. Podstawowe statystyki dla stanowiska **Pracownik socjalny**

1	Wiek respondenta (mediana lat)	39 ¹⁰⁶
2	Staż pracy w obecnej firmie (mediana lat)	8
3	Staż pracy na stanowisku (mediana lat)	10
4	Staż pracy w branży (mediana lat)	12
5	Odsetek kobiet na stanowisku (%)	93,3
6	Dominujący poziom wykształcenia (%)	wyższe magisterskie (53,3)
7	Powiązanie wykształcenia z pracą w branży (%)	80,0
8	Deklaracja chęci rozwoju umiejętności w ciągu najbliższych 12 miesięcy (%)	24,4
9	Chęć kontynuacji zatrudnienia w obecnej firmie (%)	top2boxes: 86,7
10	Ogólna satysfakcja pracownika	top2boxes: 95,6
11	Odsetek pracodawców zatrudniających na tym stanowisku	85,3
12	Odsetek pracodawców przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku (n = 166)	1,2
13	Odsetek pracodawców poszukujących pracowników na to stanowisko ¹⁰⁷	0,1
14	Odsetek pracodawców wskazujący, że miał problemy ze znalezieniem nowego pracownika	4,3

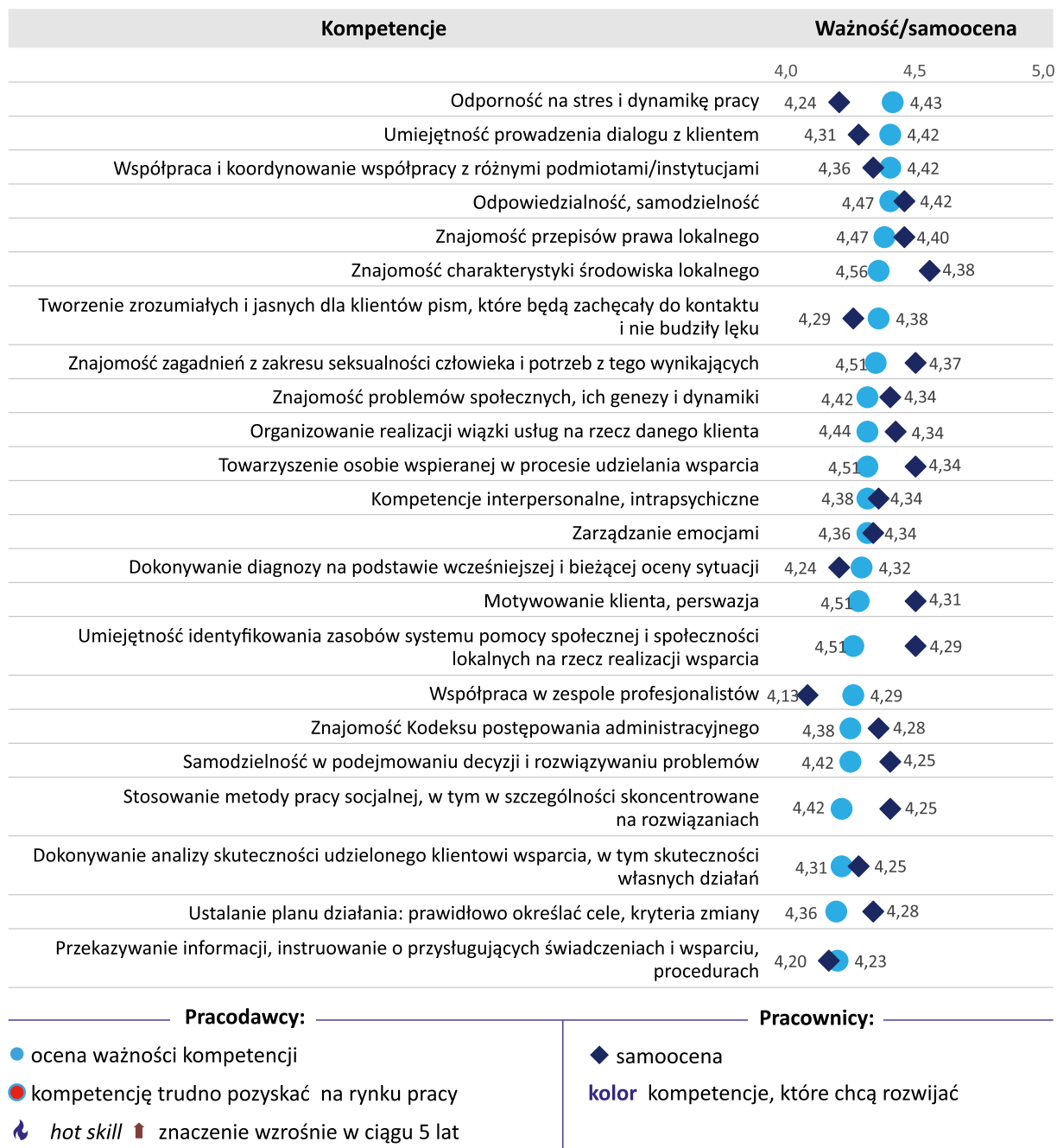
Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 65) i pracownicy (n = 45), II edycja 2023.

¹⁰⁶ Mediana wieku dla zawodów w sektorze pomocy społecznej: 41 lat.

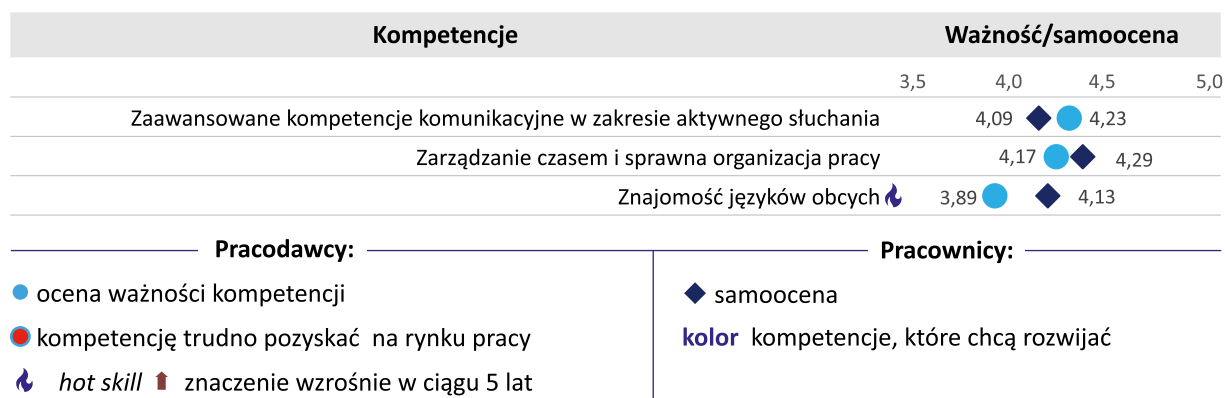
¹⁰⁷ Przedsiębiorców poproszono o wskazanie 3 stanowisk, na które najczęściej rekrutują.

Wykres 48. Bilans kompetencji dla stanowiska: **Pracownik socjalny – 1/3**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 65) i pracownicy (n = 45), II edycja 2023.

Wykres 49. Bilans kompetencji dla stanowiska: Pracownik socjalny – 2/3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 65) i pracownicy (n = 45), II edycja 2023.

Wykres 50. Bilans kompetencji dla stanowiska: **Pracownik socjalny – 3/3**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 65) i pracownicy (n = 45), II edycja 2023.

Menedżer/Koordynator/Organizator usług społecznych

Głównymi zadaniami specjalisty na tym stanowisku są: organizowanie wsparcia dostosowanego do pogrzb klientów, monitorowanie postępu realizacji wsparcia oraz integracja pracowników, budowanie zespołu.

Tabela 33. Najważniejsze wnioski dla stanowiska **Menedżer/Koordynator/Organizator usług społecznych**

Pracodawca	Pracownik
Najważniejsze z punktu widzenia pracodawcy kompetencje to przede wszystkim kompetencje interpersonalne, intrapsychiczne, wiedza na temat przepisów prawa lokalowego oraz umiejętność sprawdzania stopnia osiągnięcia założonych rezultatów. Dla tego stanowiska nie ma kompetencji trudnych do pozyskania, a wzrost znaczenia w ciągu najbliższych 5 lat dotyczy jednej kompetencji – motywacji do podnoszenia własnych kompetencji (samorozwój, poszerzenie swojej wiedzy, umiejętności, aktualizacja kluczowych informacji niezbędnych w pracy). Jeśli natomiast chodzi o wzrost znaczenia kompetencji w ciągu najbliższych 3 lat, to dotyczy głównie wiedzy nt. przepisów Ustawy o realizowaniu usług społecznych przez CUS oraz wiedzy nt. problemów społecznych, a także umiejętności diagnozowania wielowymiarowego.	Pracownicy zatrudnieni na tym stanowisku oceniali najlepiej następujące kompetencje: • znajomość przepisów z zakresu zarządzania kadrami, • wiedza o charakterystyce środowiska lokalnego • przepisów Ustawy o pomocy społecznej. Kompetencje, które pracownicy chcą rozwijać, to najczęściej zdobycie wiedzy na temat problemów społecznych oraz przepisów z zakresu Prawa zamówień publicznych i ustawy o finansach publicznych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 55) i pracownicy (n = 50), II edycja 2023.

Tabela 34. Podstawowe statystyki dla stanowiska **Menedżer/Koordynator/Organizator usług społecznych**

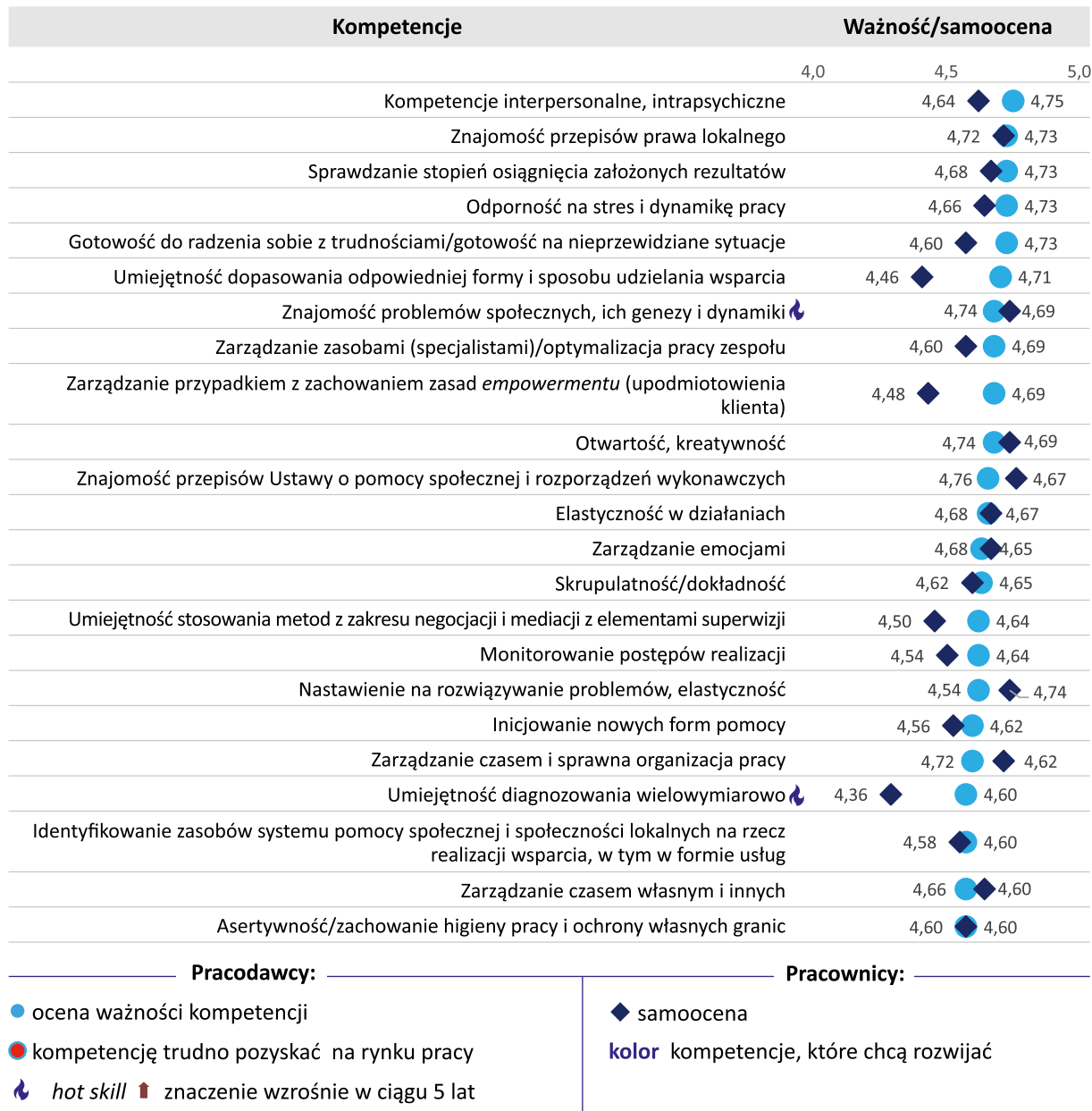
1	Wiek respondenta (mediana lat)	41,5 ¹⁰⁸
2	Staż pracy w obecnej firmie (mediana lat)	10
3	Staż pracy na stanowisku (mediana lat)	10
4	Staż pracy w branży (mediana lat)	14,5
5	Odsetek kobiet na stanowisku (%)	68,0
6	Dominujący poziom wykształcenia (%)	wyższe magisterskie (78,0)
7	Powiązanie wykształcenia z pracą w branży (%)	82,0
8	Deklaracja chęci rozwoju umiejętności w ciągu najbliższych 12 miesięcy (%)	48,0
9	Chęć kontynuacji zatrudnienia w obecnej firmie (%)	top2boxes: 98,0
10	Ogólna satysfakcja pracownika	top2boxes: 100,0
11	Odsetek pracodawców zatrudniających na tym stanowisku	62,2
12	Odsetek pracodawców przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku (n = 154)	0,0
13	Odsetek pracodawców poszukujących pracowników na to stanowisko ¹⁰⁹	0,0
14	Odsetek pracodawców wskazujący, że miał problemy ze znalezieniem nowego pracownika	1,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 55) i pracownicy (n = 50), II edycja 2023.

¹⁰⁸ Mediana wieku dla zawodów w sektorze pomocy społecznej: 41 lat.

¹⁰⁹ Przedsiębiorców poproszono o wskazanie 3 stanowisk, na które najczęściej rekrutują.

Wykres 51. Bilans kompetencji dla stanowiska: Menedżer/Koordynator/Organizator usług społecznych – 1/2



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 55) i pracownicy (n = 50), II edycja 2023.

Wykres 52. Bilans kompetencji dla stanowiska: **Menedżer/Koordinator/Organizator usług społecznych – 2/2**

Kompetencje	Ważność/samoocena		
	4,0	4,5	5,0
Znajomość przepisów z zakresu zarządzania kadrami/personelem, przepisów wewnętrznych (procedury, zarządzenia)	4,58		4,82
Umiejętność jasnego pisania pism do klientów, które będą zrozumiałe przez klientów, będą zachęcały do kontaktu i nie budziły lęku	4,58		4,58
Znajomość przepisów ustawy o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych	4,56		4,48
Tolerancja i otwartość na odmienności, w tym różnice kulturowe	4,56		4,72
Zarządzać projektami	4,55		4,52
Znajomość przepisów z zakresu Prawa zamówień publicznych i Ustawy o finansach publicznych	4,53		4,56
Kompetencje IT	4,47		4,64
Znajomość charakterystyki środowiska lokalnego: instytucji publicznych działających na danym obszarze oraz oferty organizacji pozarządowych, poradnictwa, itp.	4,45		4,76
Odpowiedzialność, samodzielność	4,38		4,74
Motywacja do podnoszenia własnych kompetencji	4,38		4,60
Znajomość przepisów dot. RODO i zasady pracy z danymi wrażliwymi	4,36		4,70
Kompetencje komunikacyjne w zakresie aktywnego słuchania	4,36		4,66
Poczucie etyki zawodowej i misji	4,36		4,62
Wrażliwość, empatia, życzliwość	4,36		4,70
Współpraca z różnymi instytucjami, podmiotami świadczącymi usługi społeczne lub mogącymi udzielać wsparcia	4,33		4,66

Pracodawcy:	Pracownicy:
ocena ważności kompetencji kompetencję trudno pozyskać na rynku pracy hot skill znaczenie wzrosło w ciągu 5 lat	samoocena kolor kompetencje, które chcą rozwijać

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 55) i pracownicy (n = 50), II edycja 2023.

Organizator społeczności lokalnych/facilitator

Głównymi zadaniami na tym stanowisku są: koordynowanie i wspomaganie klientów pomocy społecznej w środowisku lokalnym, inicjowanie i budowanie współpracy i więzi w środowisku lokalnym, oraz facylitowanie współpracy w środowisku.

Tabela 35. Najważniejsze wnioski dla stanowiska **Organizator społeczności lokalnych/facilitator**

Pracodawca	Pracownik
Najważniejsze z punktu widzenia pracodawcy kompetencje to: • znajomość mechanizmów funkcjonowania środowiska lokalnego, • elastyczność w działaniach, • wiedza na temat problemów społecznych. W przypadku tego stanowiska nie ma kompetencji trudnych do pozyskania, natomiast relatywnie duża liczba kompetencji będzie zyskiwać na znaczeniu w ciągu najbliższych 5 lat. Wśród nich znalazły się: • kompetencje interpersonalne, • wiedza o tym, jak zorganizować wsparcie dla rodziny, • wiedza, jak zidentyfikować zasoby lokalne. Na tym samym poziomie oceny pracodawców znalazły się również wiedza nt. problemów społecznych, motywacja do podnoszenia własnych kompetencji oraz zaawansowane kompetencje komunikacyjne. Kompetencje zyskujące na znaczenie w krótszej 3 letniej perspektywie czasowej to natomiast: • wiedza o mechanizmach funkcjonowania środowiska lokalnego, • wiedza nt. problemów społecznych, • umiejętność diagnozowania wielowymiarowego.	Pracownicy zatrudnieni na tym stanowisku oceniają swoje kompetencje relatywnie wysoko. Wśród ocenionych najlepiej znalazły się wiedza nt. przepisów RODO oraz przepisów Ustawy o realizowaniu usług społecznych przez CUS, a także umiejętność diagnozowania wielowymiarowego. Pracownicy wyrazili chęć rozwoju w zakresie podejmowania decyzji o wsparciu, współpracy z otoczeniem lokalnym oraz zdobyciem wiedzy na temat przepisów prawnych, głównie KPA.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 54) i pracownicy (n = 48), II edycja 2023.

Tabela 36. Podstawowe statystyki dla stanowiska **Organizator społeczności lokalnych/facylitator**

1	Wiek respondenta (mediana lat)	42 ¹¹⁰
2	Staż pracy w obecnej firmie (mediana lat)	10
3	Staż pracy na stanowisku (mediana lat)	12
4	Staż pracy w branży (mediana lat)	13,5
5	Odsetek kobiet na stanowisku (%)	70,8
6	Dominujący poziom wykształcenia (%)	wyższe magisterskie (58,3)
7	Powiązanie wykształcenia z pracą w branży (%)	75,0
8	Deklaracja chęci rozwoju umiejętności w ciągu najbliższych 12 miesięcy (%)	31,3
9	Chęć kontynuacji zatrudnienia w obecnej firmie (%)	top2boxes: 91,7
10	Ogólna satysfakcja pracownika	top2boxes: 95,9
11	Odsetek pracodawców zatrudniających na tym stanowisku	28,6
12	Odsetek pracodawców przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku (n = 106)	0,9
13	Odsetek pracodawców poszukujących pracowników na to stanowisko ¹¹¹	0,0
14	Odsetek pracodawców wskazujący, że miał problemy ze znalezieniem nowego pracownika	0,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 54) i pracownicy (n = 48), II edycja 2023.

¹¹⁰ Mediana wieku dla zawodów w sektorze pomocy społecznej: 41 lat.

¹¹¹ Przedsiębiorców poproszono o wskazanie 3 stanowisk, na które najczęściej rekrutują.

Wykres 53. Bilans kompetencji dla stanowiska: **Organizator społeczności lokalnych/facylitator** – 1/2

Kompetencje	Ważność/samoocena		
	4,0	4,5	5,0
Znajomość mechanizmów funkcjonowania środowiska lokalnego i jego charakterystyki	4,71	◆	● 4,85
Elastyczność w działaniach, kreatywność	4,58	◆	● 4,78
Znajomość problemów społecznych, ich genezy i dynamiki zmian	4,69	◆	● 4,76
Znajomość kluczowych przepisów Ustawy o pomocy społecznej, Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, Prawa rodzinnego, prawa miejscowego	4,81	●	◆ 4,72
Zarządzanie czasem i sprawna organizacja pracy	4,67	◆	● 4,72
Um. organizowania wsparcia sąsiedzkiego	4,71	●	◆ 4,70
Samodzielność, podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów	4,69	◆	● 4,70
Odpowiedzialność	4,73	●	◆ 4,69
Odporność na stres i dynamikę pracy	4,60	◆	● 4,69
Um. identyfikacji zasobów instytucjonalnych oraz zasobów społeczności lokalnych na rzecz wsparcia klienta	4,75	●	◆ 4,65
um. animowania procesu świadczenia wsparcia /usług w środowisku lokalnym	4,58	◆	● 4,65
Zarządzanie emocjami	4,65	◆	● 4,67
Otwartość na współpracę i współdziałanie	4,63	●	◆ 4,73
Motywacja do podnoszenia własnych kompetencji	4,63	●	◆ 4,73
Znajomość przepisów dot. RODO i zasady pracy z danymi wrażliwymi	4,61	●	◆ 4,87
Um. organizacji i wsparcia współpracy	4,58	◆	● 4,61
Znajomość przepisów ustawy o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych	4,59	●	◆ 4,83
Um. łączenia interesów różnych stron, pokazywania korzyści ze współpracy	4,60	◆	● 4,59
Um. Aдекватnej reakcji na zmiany i kryzysy w związku z realizacją działań	4,60	◆	● 4,59
Zaawansowane kompetencje komunikacyjne w zakresie aktywnego słuchania	4,63	◆	● 4,59
Poczucie etyki zawodowej i misji	4,58	◆	● 4,59
Um. Tworzenia mapy lokalnych zasobów	4,57	●	◆ 4,71
Um. kojarzenia i scalania zasobów w środowisku lokalnym w celu wsparcia klienta	4,57	●	◆ 4,77

Pracodawcy:

● ocena ważności kompetencji

● kompetencję trudno pozyskać na rynku pracy

🔥 hot skill 📈 znaczenie wzrosło w ciągu 5 lat

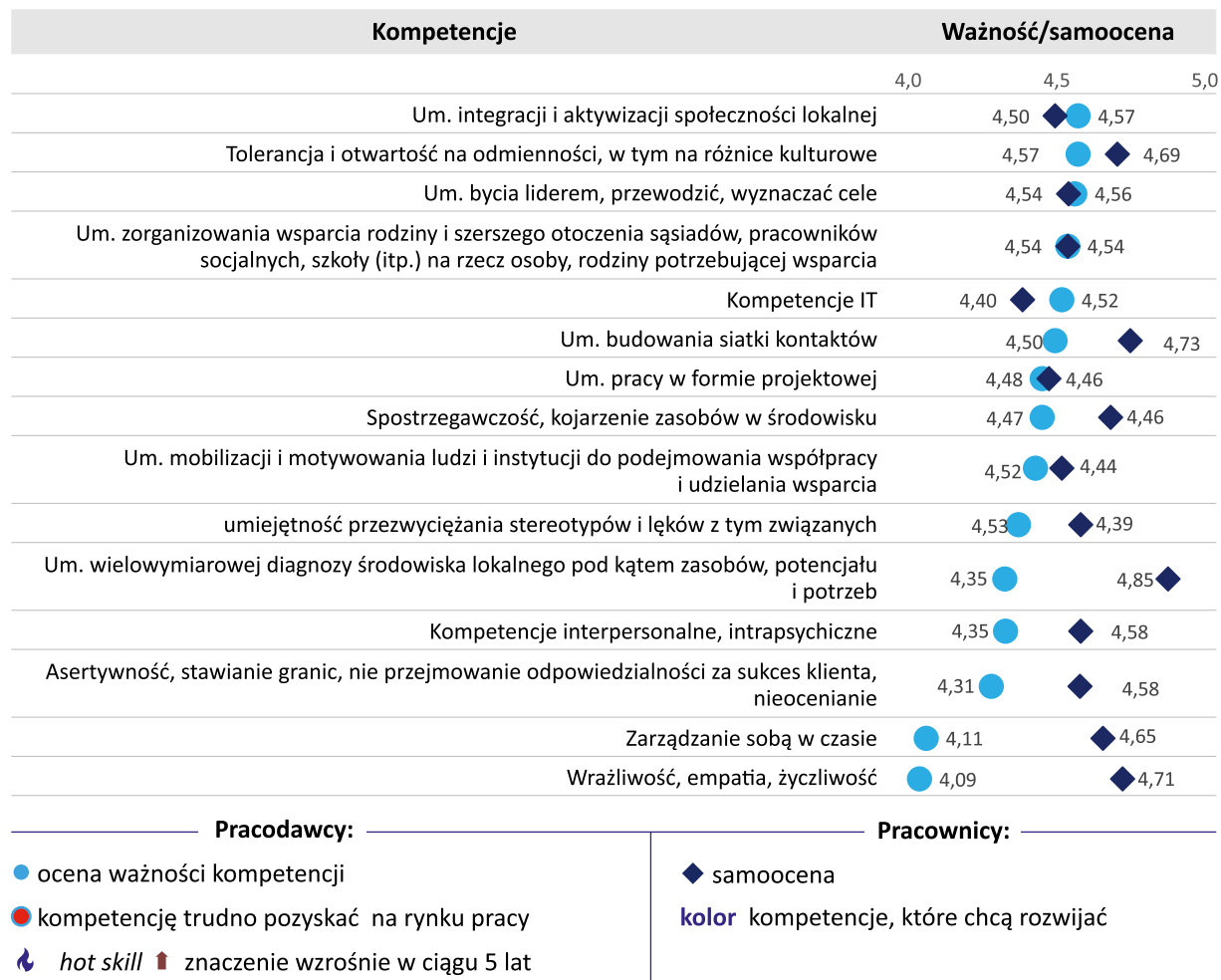
Pracownicy:

◆ samoocena

kolor kompetencje, które chcą rozwijać

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 54) i pracownicy (n = 48), II edycja 2023.

Wykres 54. Bilans kompetencji dla stanowiska: **Organizator społeczności lokalnych/facylitator – 2/2**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 54) i pracownicy (n = 48), II edycja 2023.

Asystent rodzin potrzebujących wsparcia

Głównymi zadaniami specjalisty na tym stanowisku są: wspieranie klientów w nabywaniu nowych kompetencji/usamodzielnianiu/aktywizowaniu/aktywności społecznej, ułatwianie codziennego funkcjonowania, uczenie i edukacja klienta/podopiecznego w zakresie radzenia sobie z codziennymi sytuacjami i czynnościami oraz pobudzanie i utrzymanie motywacji do zmian wśród wspieranych osób.

Tabela 37. Najważniejsze wnioski dla stanowiska **Asystent rodzin potrzebujących wsparcia**

Pracodawca	Pracownik
Najważniejsze z punktu widzenia pracodawcy kompetencje to: - zarządzanie emocjami, - podjmowanie decyzji z poszanowaniem zdania klienta, - odpowiedzialność, co ma szczególne znaczenie dla budowania sprawczości i samodzielności osób wspieranych. W przypadku tego stanowiska nie ma kompetencji, które są trudne do pozyskania, a także takich, które będą zyskiwały na znaczeniu w ciągu najbliższych 5 lat. Kompetencje, które zyskają na znaczeniu w ciągu najbliższych 3 lat, to: - zarządzanie czasem i sprawna organizacja pracy, - podążanie za klientem, - odporność na stres i dynamikę pracy.	Pracownicy najwyżej ocenili u siebie kompetencje związane z asertywnością, posiadaniem wiedzy nt. problemów społecznych oraz odporność na stres i dynamikę pracy. Kompetencje, które pracownicy chcą rozwijać, to najczęściej kompetencje IT, wiedza nt. przepisów Prawa rodzinnego oraz umiejętność prowadzenia dialogu z rodziną (biologiczną i zastępczą).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 72) i pracownicy (n = 43), II edycja 2023.

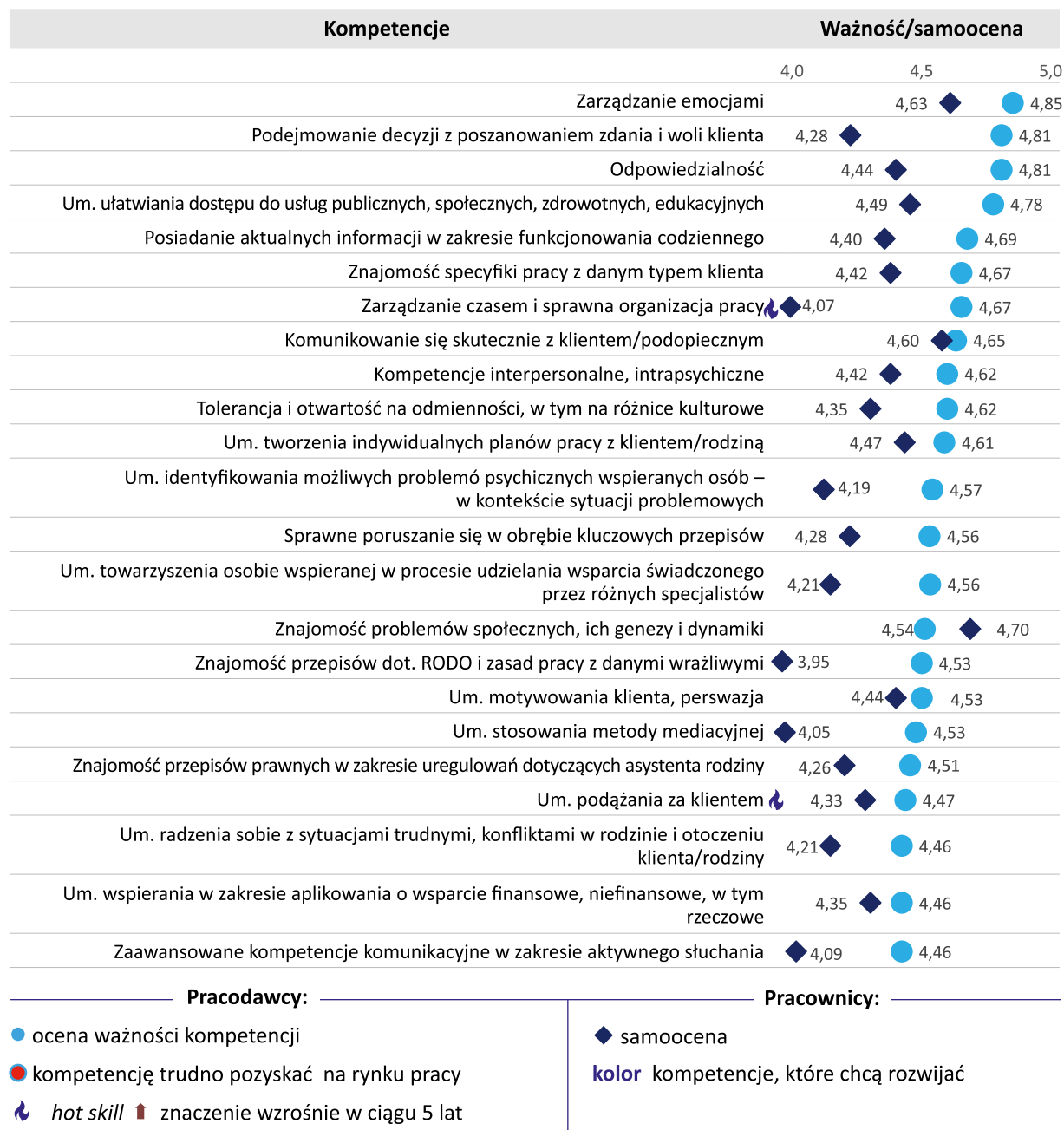
Tabela 38. Podstawowe statystyki dla stanowiska **Asystent rodzin potrzebujących wsparcia**

1	Wiek respondenta (mediana lat)	37 ¹¹²
2	Staż pracy w obecnej firmie (mediana lat)	7
3	Staż pracy na stanowisku (mediana lat)	8
4	Staż pracy w branży (mediana lat)	10
5	Odsetek kobiet na stanowisku (%)	67,4
6	Dominujący poziom wykształcenia (%)	wyższe magisterskie (48,8)
7	Powiązanie wykształcenia z pracą w branży (%)	72,1
8	Deklaracja chęci rozwoju umiejętności w ciągu najbliższych 12 miesięcy (%)	27,9
9	Chęć kontynuacji zatrudnienia w obecnej firmie (%)	top2boxes: 95,3
10	Ogólna satysfakcja pracownika	top2boxes: 95,4
11	Odsetek pracodawców zatrudniających na tym stanowisku	81,5
12	Odsetek pracodawców przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku (n = 145)	0,7
13	Odsetek pracodawców poszukujących pracowników na to stanowisko ¹¹³	1,0
14	Odsetek pracodawców wskazujący, że miał problemy ze znalezieniem nowego pracownika	4,3

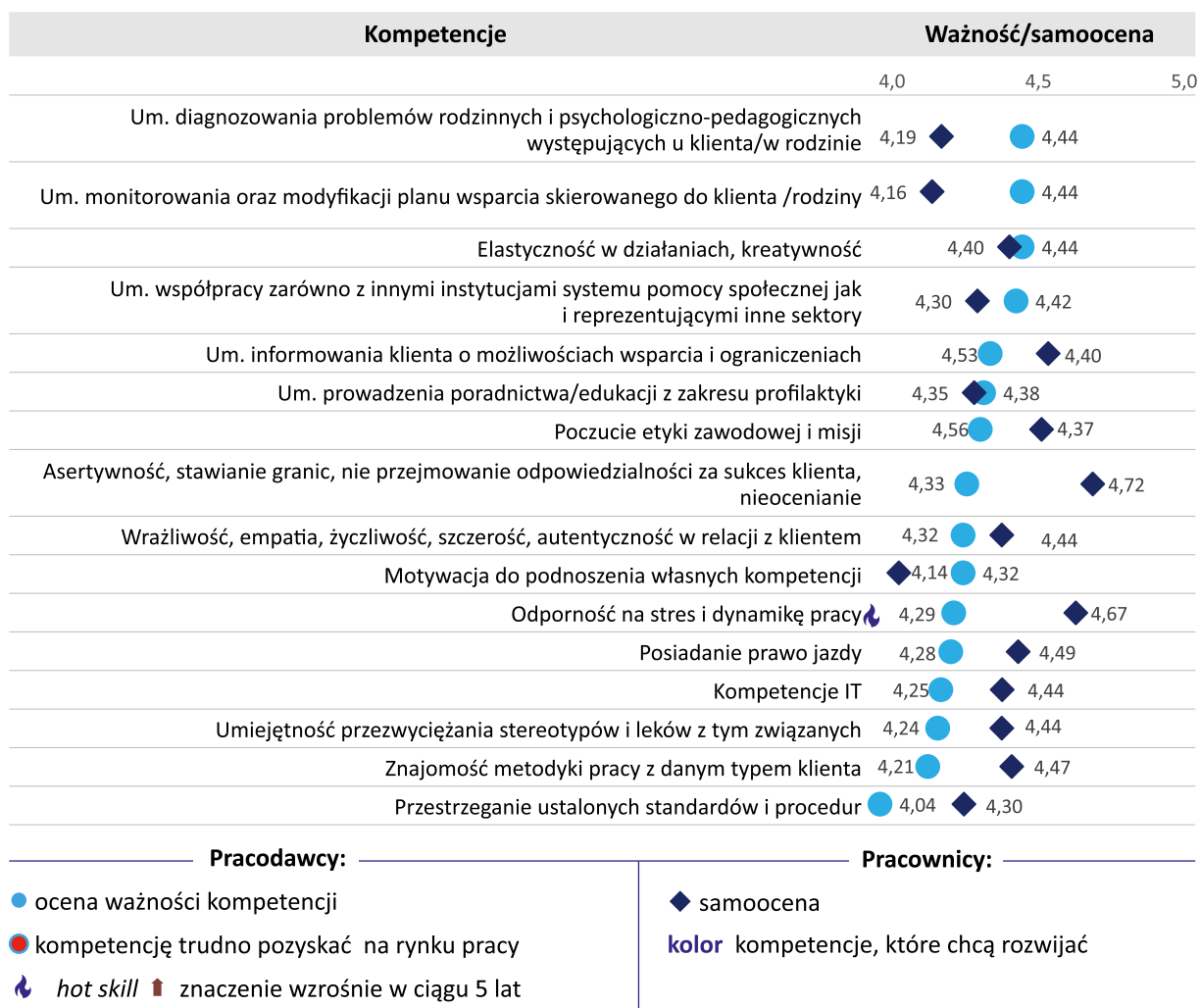
Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 72) i pracownicy (n = 43), II edycja 2023.

¹¹² Mediana wieku dla zawodów w sektorze pomocy społecznej: 41 lat.

¹¹³ Przedsiębiorców poproszono o wskazanie 3 stanowisk, na które najczęściej rekrutują.

Wykres 55. Bilans kompetencji dla stanowiska: Asystent rodzin potrzebujących wsparcia – 1/2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 72) i pracownicy (n = 43), II edycja 2023.

Wykres 56. Bilans kompetencji dla stanowiska: Asystent rodzin potrzebujących wsparcia – 2/2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 72) i pracownicy (n = 43), II edycja 2023.

Koordinator pieczy zastępczej

Głównymi zadaniami na tym stanowisku są: wspieranie wychowanków pieczy zastępczej, także w procesie usamodzielniania, analiza potrzeb dziecka i koordynacja wsparcia na każdym etapie/w całym procesie, aktywne uczestnictwo w opracowaniu planów pomocy dziecku oraz budowanie wsparcia lokalnego dla rodzin.

Tabela 39. Najważniejsze wnioski dla stanowiska **Koordinator pieczy zastępczej**

Pracodawca	Pracownik
Najważniejsze z punktu widzenia pracodawcy kompetencje to: • umiejętność współpracy z różnymi podmiotami oferującymi wsparcie, • elastyczność w działaniach • umiejętność rozpoznawania motywacji rodzin zastępczych. Kompetencje trudne do pozyskania to wiedza na temat przepisów Prawa rodzinnego. W przypadku tego stanowiska nie ma kompetencji, które będą zyskiwać na znaczeniu w perspektywie 5 lat. Kompetencje, które będą zyskiwać na znaczeniu w perspektywie 3 lat, to natomiast: • wiedza o tym, jak określić zasoby i deficyty rodziny zastępczej, • wiedza o tym, jak zidentyfikować potrzeby rozwojowe dziecka. Dodatkowe dwie kompetencje dotyczące wiedzy o podstawowych zagadnieniach psychologii klinicznej oraz przepisów ustawy o przeciwdziałaniu przemocy.	Najwyżej oceniane przez pracowników posiadane kompetencje to przede wszystkim wiedza nt. ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, tolerancja i otwartość na odmienność oraz umiejętność dokonania wstępnej analizy sytuacji dziecka. Kompetencje, które pracownicy chcą rozwijać, to najczęściej odpowiedzialność, pozyskanie wiedzy na temat przepisów Prawa rodzinnego oraz wiedzy nt. problemów społecznych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 50) i pracownicy (n = 45), II edycja 2023.

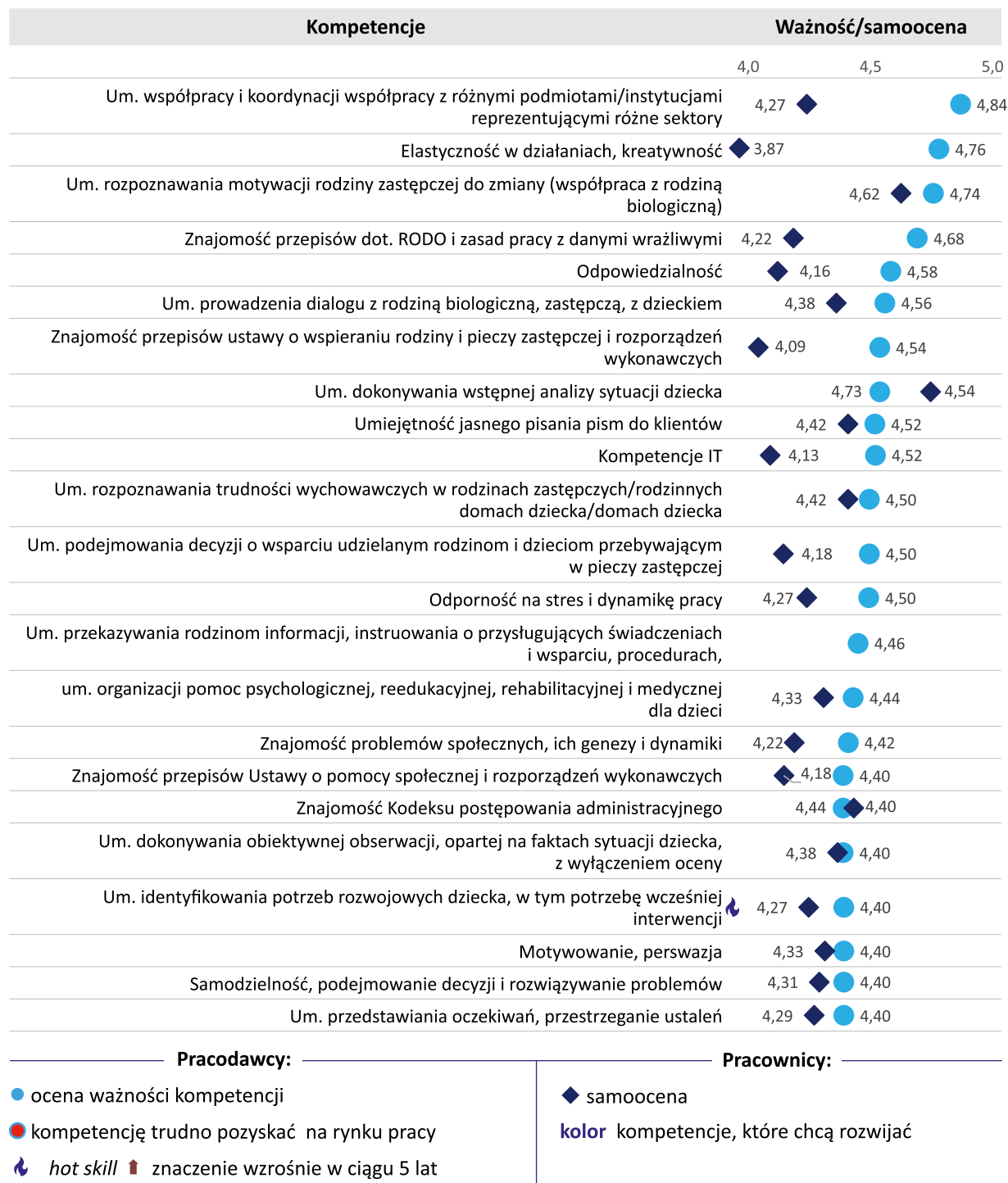
Tabela 40. Podstawowe statystyki dla stanowiska **Koordinator pieczy zastępczej**

1	Wiek respondenta (mediana lat)	43 ¹¹⁴
2	Staż pracy w obecnej firmie (mediana lat)	10
3	Staż pracy na stanowisku (mediana lat)	11
4	Staż pracy w branży (mediana lat)	14
5	Odsetek kobiet na stanowisku (%)	80,0
6	Dominujący poziom wykształcenia (%)	wyższe magisterskie (88,9)
7	Powiązanie wykształcenia z pracą w branży (%)	73,3
8	Deklaracja chęci rozwoju umiejętności w ciągu najbliższych 12 miesięcy (%)	42,2
9	Chęć kontynuacji zatrudnienia w obecnej firmie (%)	top2boxes: 91,1
10	Ogólna satysfakcja pracownika	top2boxes: 97,8
11	Odsetek pracodawców zatrudniających na tym stanowisku	29,8
12	Odsetek pracodawców przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku (n = 117)	1,7
13	Odsetek pracodawców poszukujących pracowników na to stanowisko ¹¹⁵	0,0
14	Odsetek pracodawców wskazujący, że miał problemy ze znalezieniem nowego pracownika	2,9

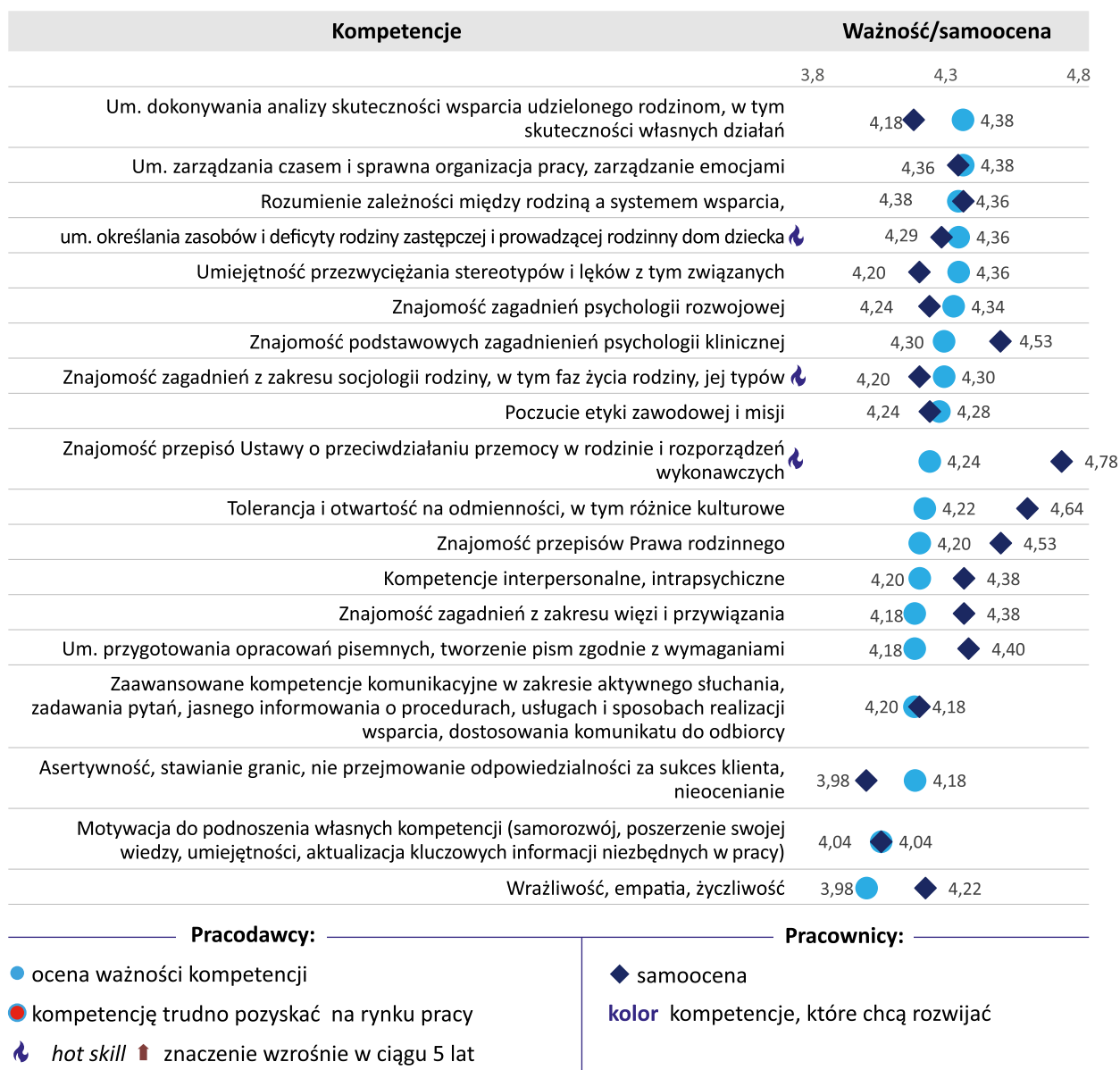
Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 50) i pracownicy (n = 45), II edycja 2023.

¹¹⁴ Mediana wieku dla zawodów w sektorze pomocy społecznej: 41 lat.

¹¹⁵ Przedsiębiorców poproszono o wskazanie 3 stanowisk, na które najczęściej rekrutują.

Wykres 57. Bilans kompetencji dla stanowiska: Koordynator pieczy zastępczej – 1/2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 50) i pracownicy (n = 45), II edycja 2023.

Wykres 58. Bilans kompetencji dla stanowiska: Koordynator pieczy zastępczej – 2/2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 50) i pracownicy (n = 45), II edycja 2023.

Specjalista ds. interwencji kryzysowej

Główne zadania na tym stanowisku to: diagnozowanie sytuacji klienta, określanie możliwości wsparcia przy użyciu dostępnych narzędzi, kierowanie do specjalistów, współpraca z innymi specjalistami, proponowanie rozwiązań na przyszłość.

Tabela 41. Najważniejsze wnioski dla stanowiska **Specjalista ds. interwencji kryzysowej**

Pracodawca	Pracownik
Najważniejsze z punktu widzenia pracodawcy kompetencje to: • poczucie etyki zawodowej i misji, • stosowanie metod poradnictwa. Kompetencje trudne do pozyskania dotyczą wiedzy nt. przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, które będą zyskiwać na znaczeniu w obu perspektywach czasowych. W perspektywie 5 latu na znaczeniu zyskiwać będą również kompetencje związane z wiedzą psychologiczną – rozwojową oraz kliniczną. W krótszym analizowanym horyzoncie czasowym są to natomiast wiedza o systemie wsparcia osób w kryzysie, asertywność oraz znajomość przepisów Ustawy o realizowaniu usług społecznych przez CUS.	Pracownicy najwyżej ocenili u siebie wiedzę na temat organizowania pomocy psychiatrycznej oraz wiedzy z zakresu psychotraumatologii. Kompetencje, które pracownicy chcą rozwijać, dotyczą wiedzy nt. przepisów prawnych (ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii oraz przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie), a także kompetencje IT.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 58) i pracownicy (n = 50), II edycja 2023.

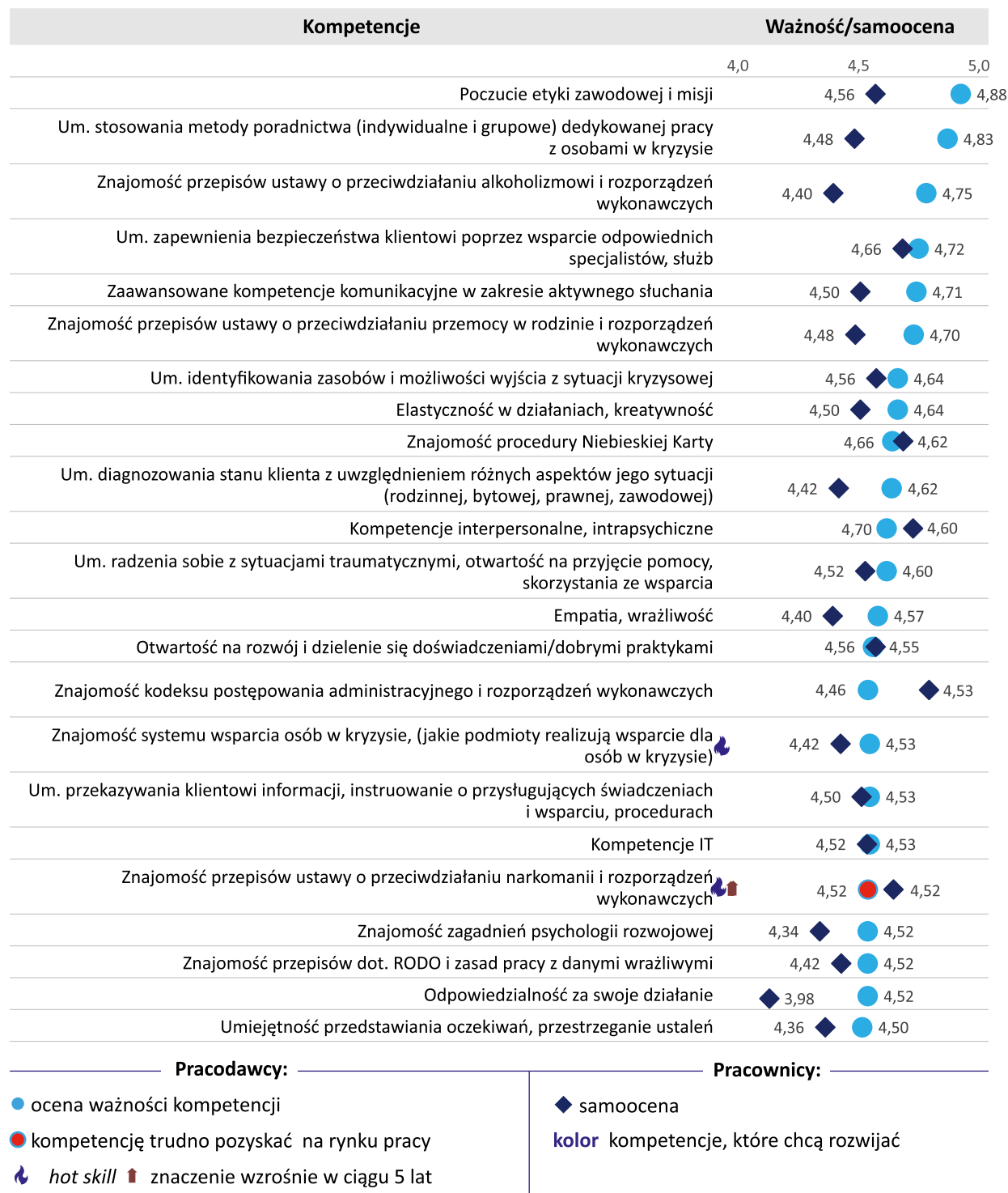
Tabela 42. Podstawowe statystyki dla stanowiska **Specjalista ds. interwencji kryzysowej**

1	Wiek respondenta (mediana lat)	39,5 ¹¹⁶
2	Staż pracy w obecnej firmie (mediana lat)	7
3	Staż pracy na stanowisku (mediana lat)	8
4	Staż pracy w branży (mediana lat)	10,5
5	Odsetek kobiet na stanowisku (%)	72,0
6	Dominujący poziom wykształcenia (%)	wyższe magisterskie (73,3)
7	Powiązanie wykształcenia z pracą w branży (%)	86,7
8	Deklaracja chęci rozwoju umiejętności w ciągu najbliższych 12 miesięcy (%)	44,0
9	Chęć kontynuacji zatrudnienia w obecnej firmie (%)	top2boxes: 96,0
10	Ogólna satysfakcja pracownika	top2boxes: 98,0
11	Odsetek pracodawców zatrudniających na tym stanowisku	44,1
12	Odsetek pracodawców przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku (n = 166)	1,2
13	Odsetek pracodawców poszukujących pracowników na to stanowisko ¹¹⁷	0,0
14	Odsetek pracodawców wskazujący, że miał problemy ze znalezieniem nowego pracownika	1,4

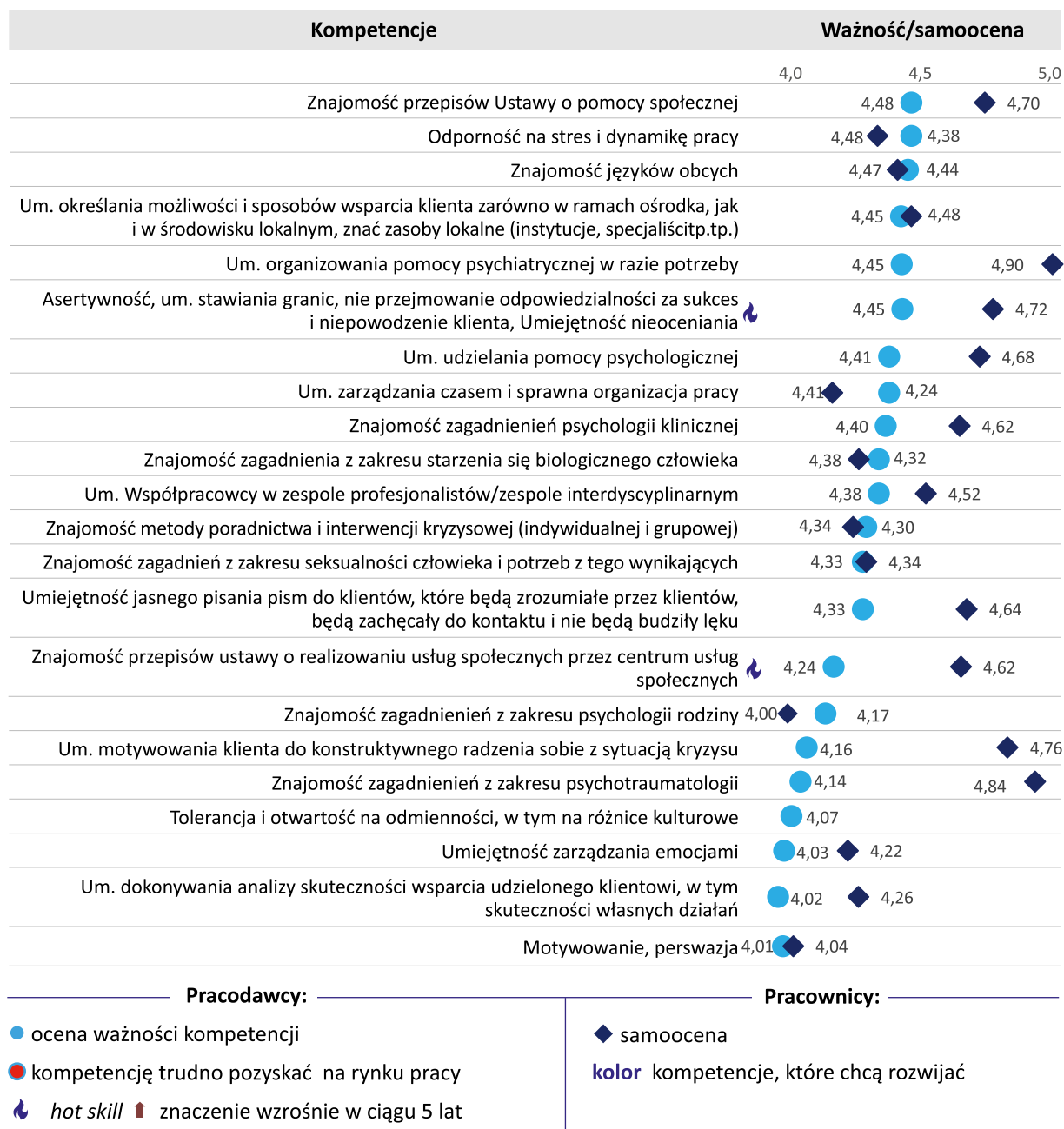
Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 58) i pracownicy (n = 50), II edycja 2023.

¹¹⁶ Mediana wieku dla zawodów w sektorze pomocy społecznej: 41 lat.

¹¹⁷ Przedsiębiorców poproszono o wskazanie 3 stanowisk, na które najczęściej rekrutują.

Wykres 59. Bilans kompetencji dla stanowiska: Specjalista ds. interwencji kryzysowej – 1/2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 58) i pracownicy (n = 50), II edycja 2023.

Wykres 60. Bilans kompetencji dla stanowiska: **Specjalista ds. interwencji kryzysowej – 2/2**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 58) i pracownicy (n = 50), II edycja 2023.

Superwizor pracy socjalnej

Główne zadania na tym stanowisku to wspieranie kadry systemu pomocy społecznej poprzez superwizję indywidualną i grupową, dbałość o jakość wsparcia otrzymywanego przez klientów pomocy społecznej, dbałość o przestrzeganie zasad etycznych.

Tabela 43. Najważniejsze wnioski dla stanowiska **Superwizor pracy socjalnej**

Pracodawca	Pracownik
Najważniejsze z punktu widzenia pracodawcy kompetencje to: • tworzenie stymulującej atmosfery w procesie superwizji, • zaawansowane kompetencje komunikacyjne, • umiejętność analizowania rzeczywistych wyzwań i problemów. Trudne do pozyskania są kompetencje dotyczące wiedzy na temat zagadnień psychologicznych – psychologii klinicznej i psychotraumatologii. W dłuższej 5 letniej perspektywie czasowej żadna z kompetencji nie będzie w sposób istotny zyskiwać na znaczeniu. Natomiast w perspektywie 3 letniej będą to: • kompetencje interpersonalne, • stosowanie metod coachingowych, • dotarcie do pracownika.	Pracownicy najwyżej ocenili u siebie wiedzę na temat problemów społecznych, przepisów ustawy o pomocy społecznej, metodach pracy socjalnej oraz empatię. Pomimo relatywnie dobrej oceny empatii, pracownicy chcą rozwijać tę kompetencję. Dodatkowo, wśród kompetencji, które pracownicy chcą rozwijać znalazła się wiedza z zakresu psychologii (kliniczna, psychotraumatologia), a także szeroko rozumianych przepisów prawnych (m.in.: ustaw o pomocy społecznej).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 54) i pracownicy (n = 30), II edycja 2023.

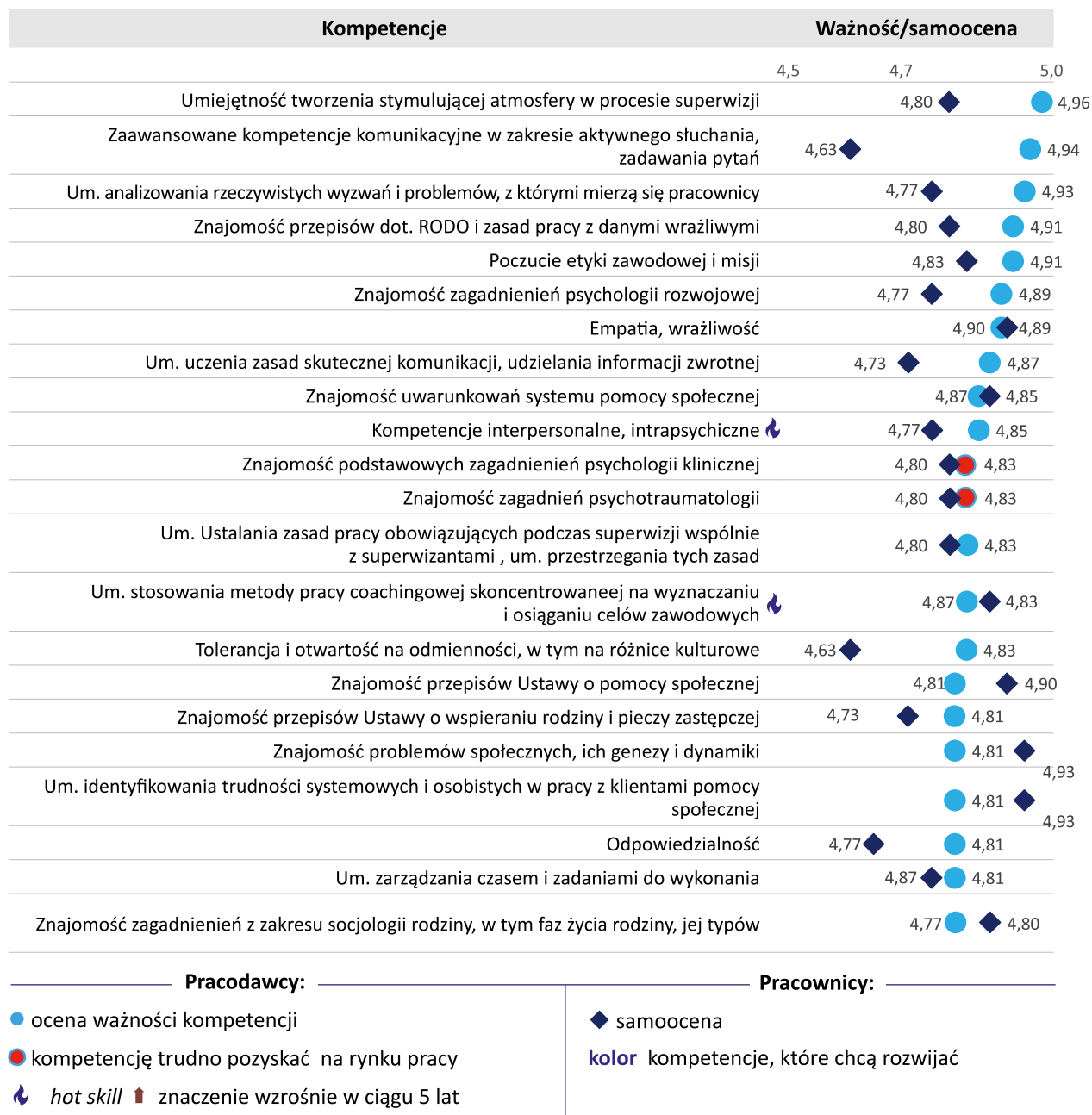
Tabela 44. Podstawowe statystyki dla stanowiska **Superwizor pracy socjalnej**

1	Wiek respondenta (mediana lat)	42,5 ¹¹⁸
2	Staż pracy w obecnej firmie (mediana lat)	11,5
3	Staż pracy na stanowisku (mediana lat)	10
4	Staż pracy w branży (mediana lat)	15
5	Odsetek kobiet na stanowisku (%)	83,3
6	Dominujący poziom wykształcenia (%)	wyższe magisterskie (73,3)
7	Powiązanie wykształcenia z pracą w branży (%)	86,7
8	Deklaracja chęci rozwoju umiejętności w ciągu najbliższych 12 miesięcy (w%)	40,0
9	Chęć kontynuacji zatrudnienia w obecnej firmie (%)	top2boxes: 100,0
10	Ogólna satysfakcja pracownika	top2boxes: 96,6
11	Odsetek pracodawców zatrudniających na tym stanowisku	35,7
12	Odsetek pracodawców przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku (n = 81)	0,0
13	Odsetek pracodawców poszukujących pracowników na to stanowisko ¹¹⁹	3,7
14	Odsetek pracodawców wskazujący, że miał problemy ze znalezieniem nowego pracownika	1,4

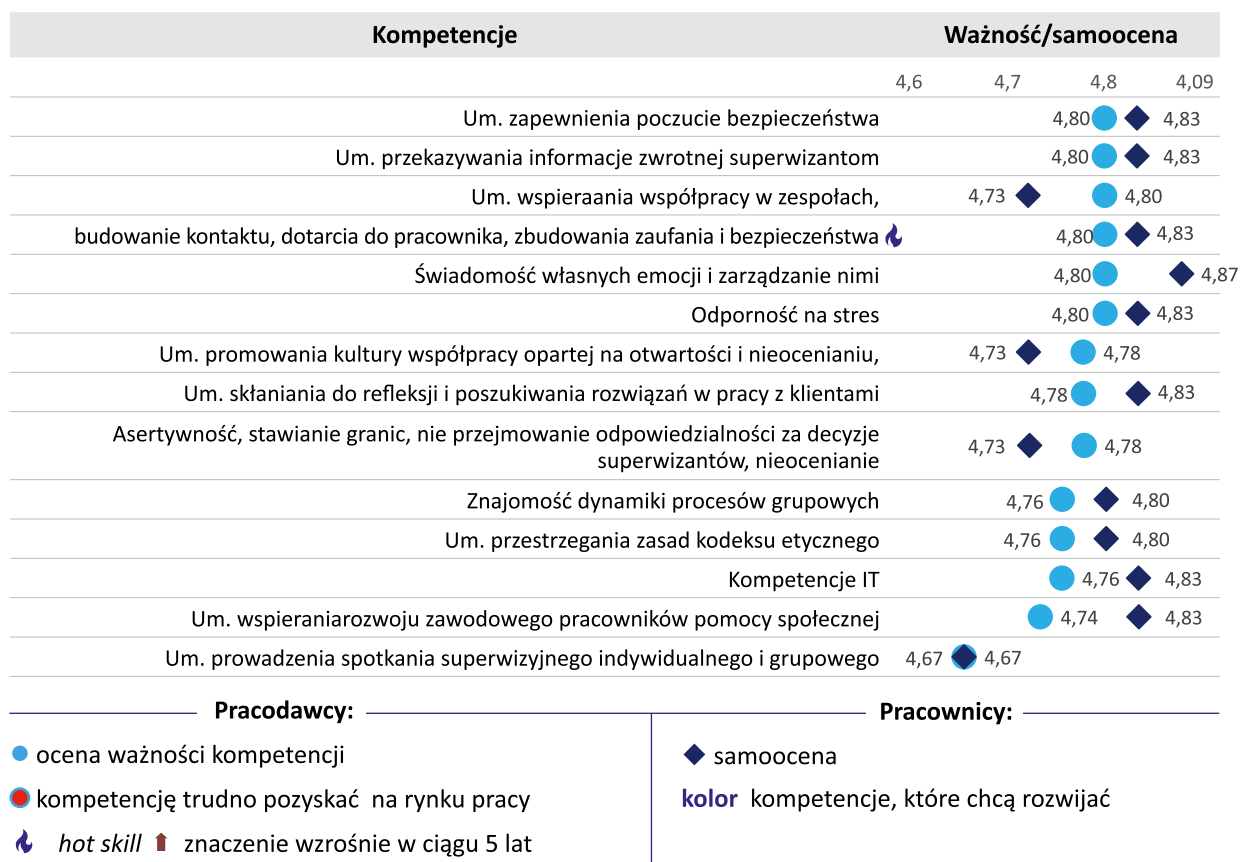
Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 54) i pracownicy (n = 30), II edycja 2023.

¹¹⁸ Mediana wieku dla zawodów w sektorze pomocy społecznej: 41 lat.

¹¹⁹ Przedsiębiorców poproszono o wskazanie 3 stanowisk, na które najczęściej rekrutują.

Wykres 61. Bilans kompetencji dla stanowiska: Superwizor pracy socjalnej – 1/2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 54) i pracownicy (n = 30), II edycja 2023.

Wykres 62. Bilans kompetencji dla stanowiska: **Superwizor pracy socjalnej – 1/2**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 54) i pracownicy (n = 30), II edycja 2023.

Opiekun środowiskowy

Głównymi zadaniami na tym stanowisku są: rozpoznawanie potrzeb, możliwości oraz ograniczeń w funkcjonowaniu podopiecznego, rozpoznawanie i interpretowanie sytuacji społecznej, warunków życia, relacji z rodziną, grupą i środowiskiem lokalnym podopiecznego, ułatwianie codziennego funkcjonowania, dobieranie metod, technik, narzędzi i form realizacji działań opiekuńczo-wspierających do sytuacji życiowej, stanu zdrowia, rozpoznanych problemów i potrzeb osoby wspieranej, udzielanie wsparcia emocjonalnego i aktywizowanie podopiecznego do samodzielności w zależności do możliwości oraz nawiązywania, podtrzymywania i rozwijania współpracy z podmiotami działającymi na rzecz osoby starszej w środowisku lokalnym.

Tabela 45. Najważniejsze wnioski dla stanowiska **Opiekun środowiskowy**

Pracodawca	Pracownik
Najważniejsza z punktu widzenia pracodawcy kompetencja to asertywność. Relatywnie dużo w przypadku tego stanowiska jest kompetencji trudnych do pozyskania. Wśród nich znalazły się kompetencje głównie związane z umiejętnościami skutecznej komunikacji z klientem, identyfikacji pogorszenia stanu zdrowia czy opracowania planu pomocy. Oprócz tego trudne do pozyskania są kompetencje społeczne, takie jak odporność na stres czy wiedza nt. zasad i standardów opieki nad osobą starszą. Żadna z kompetencji nie będzie zyskiwać na znaczeniu w perspektywie 5 lat, ale trzy z nich zyskają na znaczeniu w krótszej analizowanej perspektywie (3 lata). To przede wszystkim asertywność, wrażliwość oraz umiejętność przezwyciężania stereotypów. Jest to jednocześnie jedyne stanowisko, w przypadku którego kompetencje rosnące są jedynymi kompetencjami wskazanymi przez pracodawców.	Najwyżej ocenione przez pracowników posiadane przez nich kompetencje to: wiedza na temat przepisów RODO, specyfiki pracy z określonym typem klienta oraz umiejętność wspierania i motywowania podopiecznego. Kompetencje, które pracownicy chcą rozwijać, to przede wszystkim odporność na stres oraz wiedza na temat przepisów RODO, a także nt. zasad i standardów opieki.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 68) i pracownicy (n = 42), II edycja 2023.

Tabela 46. Podstawowe statystyki dla stanowiska **Opiekun środowiskowy**

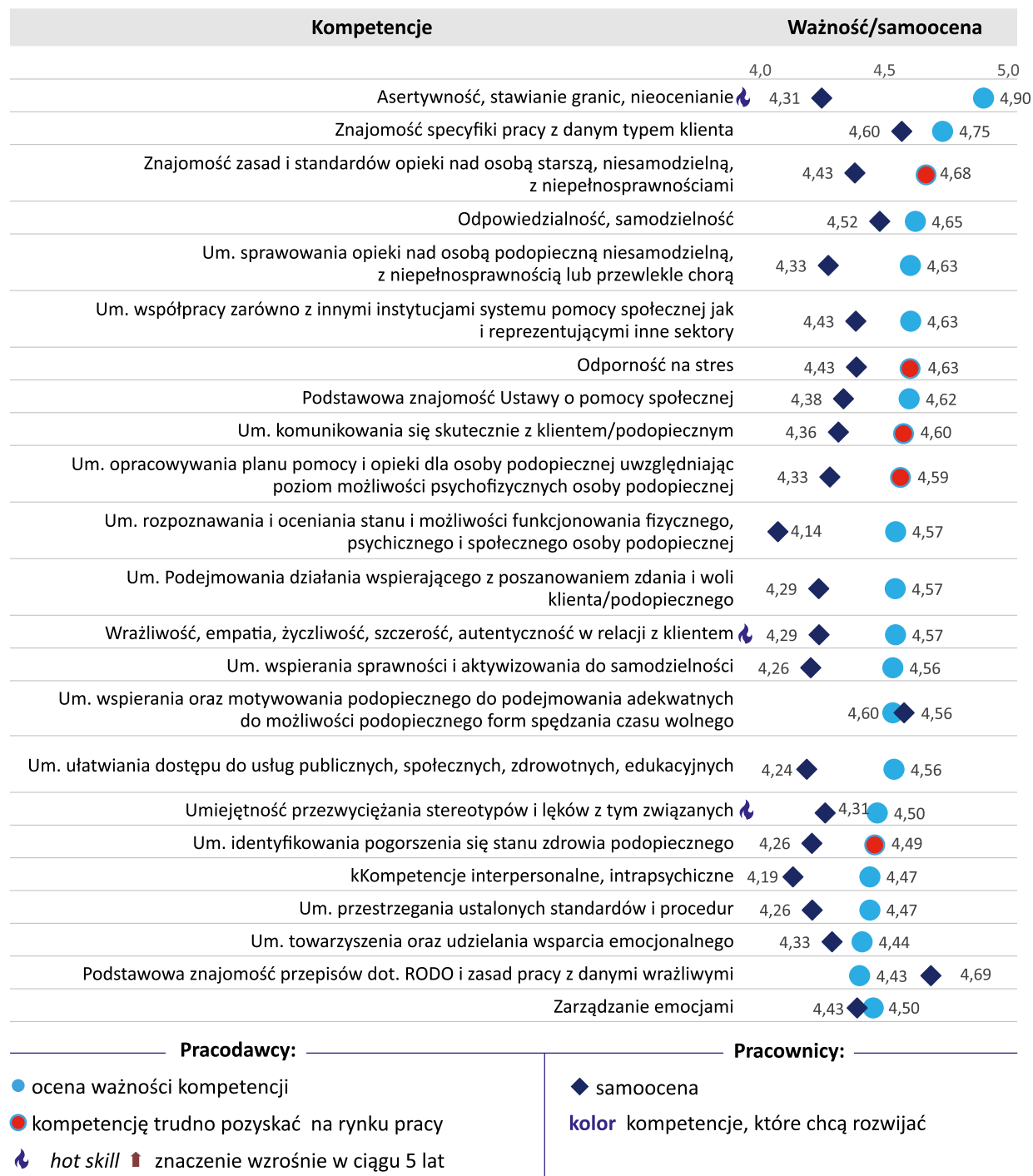
1	Wiek respondenta (mediana lat)	42 ¹²⁰
2	Staż pracy w obecnej firmie (mediana lat)	9,5
3	Staż pracy na stanowisku (mediana lat)	12
4	Staż pracy w branży (mediana lat)	13
5	Odsetek kobiet na stanowisku (%)	88,1
6	Dominujący poziom wykształcenia (%)	wyższe magisterskie (35,7) ¹²¹
7	Powiązanie wykształcenia z pracą w branży (%)	59,5
8	Deklaracja chęci rozwoju umiejętności w ciągu najbliższych 12 miesięcy (%)	7,1
9	Chęć kontynuacji zatrudnienia w obecnej firmie (%)	top2boxes: 88,1
10	Ogólna satysfakcja pracownika	top2boxes: 97,6
11	Odsetek pracodawców zatrudniających na tym stanowisku	88,2
12	Odsetek pracodawców przewidujących wzrost zatrudnienia na tym stanowisku (n = 170)	5,3
13	Odsetek pracodawców poszukujących pracowników na to stanowisko ¹²²	11,6
14	Odsetek pracodawców wskazujący, że miał problemy ze znalezieniem nowego pracownika	4,3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 68) i pracownicy (n = 42), II edycja 2023.

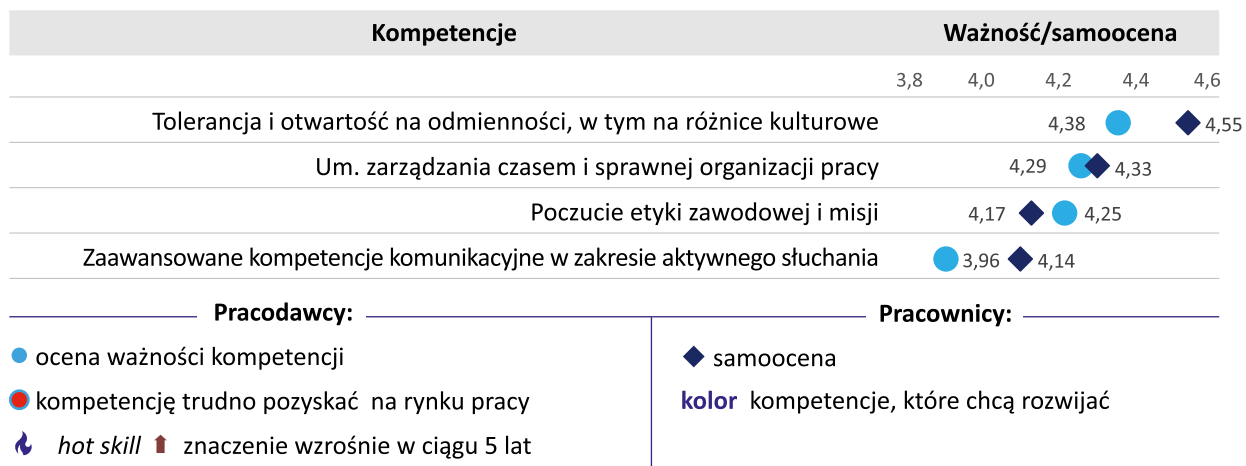
¹²⁰ Mediana wieku dla zawodów w sektorze pomocy społecznej: 41 lat.

¹²¹ Wyższe licencjackie – 31,0%.

¹²² Przedsiębiorców poproszono o wskazanie 3 stanowisk, na które najczęściej rekrutują.

Wykres 63. Bilans kompetencji dla stanowiska: Opiekun środowiskowy – 1/2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 68) i pracownicy (n = 42), II edycja 2023.

Wykres 64. Bilans kompetencji dla stanowiska: **Opiekun środowiskowy – 2/2**

Źródło: Opracowanie własne na podstawie BBKL opieka zdrowotna i pomoc społeczna, pracodawcy (n = 68) i pracownicy (n = 42), II edycja 2023.

9. Rekomendacje

9.1. Rekomendacje w zakresie pomocy społecznej

Wizerunek pomocy społecznej

- Wniosek z badania: negatywny wizerunek pomocy społecznej w przestrzeni publicznej zniechęcający potencjalnych kandydatów do pracy.
- Rekomendacja opracowana na podstawie wniosku: podejmowanie działań/kampanii promujących pozytywny wizerunek pomocy społecznej, która wspiera mieszkańców na różnych etapach życia poprzez świadczenie usług społecznych; promocja działań pomocy społecznej na lokalnych i regionalnych wydarzeniach.
- Sposób wdrożenia: realizacja krajowych i regionalnych kampanii medialnych promujących pomoc społeczną poprzez pokazywanie dobrych praktyk i tworzenie pozytywnego przekazu o pracownikach socjalnych jako ekspertach w udzielaniu wsparcia.
- Adresaci rekomendacji: MRiPS, ROPSy, kadra kierownicza jednostek pomocy społecznej.
- Oczekiwany efekt wdrożenia: zwiększenie liczby kandydatów do pracy oraz wzrost korzystania mieszkańców z usług społecznych oferowanych w ramach systemu pomocy społecznej.

Role zawodowe w pomocy społecznej

- Wniosek z badania: informacja o nowych rolach zawodowych i ich zakresach zadań jest rozproszona. Część ról zawodowych jest uregulowana w przepisach, kolejna część jest w procesie dookreślania poprzez nowe inicjatywy czy projekty, a jeszcze inna dopiero będzie określana w przyszłości. Dodatkowo niektóre wymogi w stosunku do ról uregulowanych jest nieadekwatna do realizowanych zadań, co utrudnia rekrutację nowych pracowników.
- Rekomendacja opracowana na podstawie wniosku: uporządkowanie katalogu ról zawodowych i przypisanych im zadań, które mogą wystąpić w systemie z uwzględnieniem szerokiego grona interesariuszy, w tym w ramach współpracy z Kongresem Profesji i Zawodów Pomocowych. Dokonanie przeglądu wymogów formalnych do ról

uregulowanych lub będących w procesie regulowania pod kątem rzeczywiście realizowanych zadań. Po weryfikacji i uporządkowaniu katalogu ról wprowadzenie zmian do stosownych przepisów dla ról regulowanych w systemie.

- Sposób wdrożenia: powołanie grupy roboczej skupiającej kluczowych interesariuszy (ROPS, jednostki pomocy społecznej, Kongres Profesji i Zawodów Pomocowych), która dokona uporządkowania katalogu ról, przypisanych im zadań, kompetencji i wymogów formalnych. Ważne jest, aby w tym procesie uczestniczyły osoby, które w rzeczywistości realizują role zawodowe, nad którymi będą trwały prace.
- Adresat rekomendacji: MRiPS, ROPSy, kadra kierownicza jednostek pomocy społecznej, Kongres Profesji i Zawodów Pomocowych, pomocowe organizacje pozarządowe.
- Oczekiwany efekt wdrożenia: stworzenie jednego spójnego katalogu ról zawodowych (z przypisaniem zadań, wymogów formalnych oraz kompetencji), zmniejszenie skali dublowania się zadań różnych profesji, ułatwienie zarządzania i rekrutacji pracowników na poziomie jednostek pomocy społecznej, ułatwienie współpracy z innymi podmiotami udzielającymi wsparcia na poziomie lokalnym, ułatwienie przygotowania do pełnienia tych ról zawodowych.

Ścieżki rozwoju zawodowego pracowników pomocy społecznej

- Wniosek z badania: brak wyraźnie wytyczonych ścieżek kariery dla różnych ról zawodowych. Wymagania specjalizacyjne np. dla pracownika socjalnego są wyznaczone rozporządzeniem, ale dotyczy to tylko tej grupy zawodowej. Ponadto, specjalizacje te raczej pełnią role wymogów formalnych niż rzeczywistych etapów rozwoju zawodowego, związanych ze powiększaniem zakresu odpowiedzialności i decyzyjności.
- Rekomendacja opracowana na podstawie wniosku: opracowanie ścieżek rozwoju pracowników realizujących różne role zawodowe w obszarach: podnoszenia kompetencji, specjalizacji, przechodzenia do innych ról zawodowych. Przejście do kolejnego etapu powinno wiązać się ze zwiększeniem decyzyjności i sprawczości pracowników. Grupa powinna uwzględniać przedstawicieli różnych ról zawodowych, uczelni wyższych i ekspertów pracy socjalnej, organizacji pozarządowych czy Kongresu Profesji i Zawodów Pomocowych.
- Sposób wdrożenia: stworzenie grupy zadaniowej przy MRiPS lub ROPSach, która opracowałaby ścieżki rozwoju dla różnych ról zawodowych, które w pierwszym kroku mogłyby być przetestowane przez najbardziej efektywne i chętne jednostki pomocy społecznej.

- Adresaci rekomendacji: MRiPS, ROPSy, kadra kierownicza jednostek pomocy społecznej, Kongres Profesji i Zawodów Pomocowych, pomocowe organizacje pozarządowe.
- Oczekiwany efekt wdrożenia: poprawa motywacji do podnoszenia kompetencji, mobilizacji do wdrażania w pracy nowych metod, zmniejszenie niedoboru kadr.

Staże i praktyki

- Wniosek z badania: system praktyk i staży nie jest efektywny i nie spełnia swojego zadania. Staże i praktyki nie są dobrze oceniane przez studentów (zgodnie z wypowiedziami ekspertów koordynujących kierunki w zakresie pracy socjalnej na uczelniach wyższych), którzy wskazują na ich fasadowy charakter.
- Rekomendacja opracowana na podstawie wniosku: opracowanie nowych zasad we współpracy uczelni kształcących w kierunku pracy socjalnej i jednostek pomocy społecznej. W jednostkach prowadzących praktyki i staże powinna być wyznaczona osoba, która w zakresie zadań ma prowadzenie praktyk i staży. Osoby te powinny mieć możliwość uczestniczenia w działaniach edukacyjnych w obszarze prowadzenia praktyk i staży, które powinny być dłuższe i realizowane kilka razy w toku studiów na różnych etapach.
- Sposób wdrożenia: powołanie grupy inicjatywnej na poziomie uczelni z udziałem przedstawicieli jednostek pomocy społecznej, która opracowałaby nowy model praktyki i zaprojektowała wsparcie dla osób odpowiadających w jednostkach za systemy praktyk i staży.
- Adresacirekomendacji: uczelnie wyższe kształcące na kierunku praca socjalna, jednostki pomocy społecznej.
- Oczekiwany efekt wdrożenia: poprawa przygotowania praktycznego absolwentów do pracy w pomocy społecznej.

Mentoring

- Wniosek z badania: niewielka liczba rozwiązań wspierających pracowników w wykonywaniu ich zadań pomagających rozwiązywać pojawiające się problemy praktyczne czy na bieżąco konsultować zastosowane rozwiązania z osobami mającymi doświadczenie w danym obszarze czy w danej roli zawodowej.
- Rekomendacja opracowana na podstawie wniosku: opracowanie i pilotażowe wdrożenie systemów mentoringu i coachingu w wybranych jednostkach pomocy społecznej, które zainteresowane są tego typu rozwiązaniami.

- Sposób wdrożenia: w pierwszym kroku ważna jest identyfikacja jednostek, które byłyby zainteresowane wypracowaniem modelowych rozwiązań w tym obszarze we współpracy ze ekspertami z tego zakresu. Inicjatorem procesu mogłyby być ROPSy. W kolejnych etapach wypracowane modele można upowszechniać w szerszej skali. Formą upowszechniania powinno być realizacja przez jednostki pomocy społecznej projektów w ramach konkursów ogłaszanych przez ROPSy.
- Adresaci rekomendacji: ROPSy, jednostki pomocy społecznej.
- Oczekiwany efekt wdrożenia: wzrost motywacji do pracy, przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu pracowników, poprawa jakości pracy i oferowanych przez jednostki pomocy społecznej działań.

Superwizja

- Wniosek z badania: superwizja ograniczona jest tylko do pracowników socjalnych. Ma też niewielką skalę – w części jednostek w ogóle nie ma do niej dostępu z powodów kosztów i ograniczonej liczby superwizorów.
- Rekomendacja opracowana na podstawie wniosku: zwiększenie skali i zakresu superwizji oraz umożliwienie dostępu do niej wszystkim rolom zawodowym w pomocy społecznej.
- Sposób wdrożenia: stworzenie ram jej finansowania oraz zwieszenie liczby superwizorów. Rozszerzenie listy uprawnionych superwizorów przez przekazanie nadawania uprawnień (rozumianych jako system przygotowań do pełnienia tej roli i proces oceny spełniania wymagań) na poziom regionalny lub samorządu zawodowego.
- Adresaci rekomendacji: MRiPS, ROPSy.
- Oczekiwany efekt wdrożenia: wzrost motywacji do pracy, przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu pracowników, poprawa jakości pracy i oferowanych przez jednostki pomocy społecznej usług.

Wymiana doświadczeń

- Wniosek z badania: brakuje w pomocy społecznej stałych platform wymiany doświadczeń, gdzie pracownicy zajmujący się różnymi kwestiami mogliby wymieniać się doświadczeniami i udzielać sobie wsparcia. O ile w przypadku kadry zarządzającej na poziomie całych jednostek takie ciała funkcjonują, to na poziomie pracowników taka wymiana doświadczeń ma jednostkowy charakter.
- Rekomendacja opracowana na podstawie wniosku: stworzenie stałych kanałów wymiany doświadczeń między pracownikami realizującymi określone role zawodowe na poziomie regionalnym.

- Sposób wdrożenia: wspieranie kontaktów i wymiany doświadczeń poprzez stworzenia przestrzeni do kontaktu, np. platformy internetowej czy regularnych spotkań pracowników zajmujących się daną kwestią na poziomie regionu. Kluczową rolę odgrywać tu powinien ROPS, który powinien być moderatorem takiej współpracy, zachęcając do wzajemnych kontaktów, wymiany doświadczeń i wspólnych działań. Grupa mogłaby pełnić funkcję grupy (samo)wsparcia pracowników mających taką potrzebę, uczestnictwo w grupie powinno być dobrowolne.
- Adresaci rekomendacji: ROPSy, jednostki pomocy społecznej.
- Oczekiwany efekt wdrożenia: rozpowszechnienie sprawdzonych metod działania, poprawa jakości pracy i świadczonych przez pracowników usług.

Ocena jakości szkoleń i innych działań rozwojowych

- Wniosek z badania: oferta dostępnych na rynku szkoleń dla pracowników pomocy społecznej jest dość szeroka, jednak ich jakość jest zróżnicowana. Nie ma często możliwości zweryfikowania jakości przez przystąpieniem do szkolenia. Ma to duże znaczenie w przypadku ograniczonych środków na szkolenia.
- Rekomendacja opracowana na podstawie wniosku: stworzenie przestrzeni/platformy np. internetowej, gdzie pracownicy mogliby dokonywać oceny szkoleń czy innych form rozwoju zawodowego, w których brali udział.
- Sposób wdrożenia: ranking szkoleń prowadzony powinien być np. przez ROPSy i powinien być dostępny dla innych pracowników jednostek pomocy społecznej w danym regionie. W tym przypadku rolą ROPS jest stworzenie przestrzeni (np. internetowej), gdzie pracownicy systemu mogliby wymieniać się informacjami o szkoleniach czy innych działaniach rozwojowych i ich oceną.
- Adresaci rekomendacji: ROPSy.
- Oczekiwany efekt wdrożenia: stopniowa poprawa jakości szkoleń i innych działań edukacyjnych, w których uczestniczyliby pracownicy.

Nowe kompetencje zarządcze

- Wniosek z badania: nowe wyzwania społeczne powodują konieczność zmiany sposobu zarządzania kadry kierowniczej przejawiającego się w umiejętności wspierania, facylitowania i koordynowania współpracy różnych jednostek (reprezentujących także różne sektory), specjalistów, zarządzania dostępnymi zasobami wsparcia na poziomie lokalnym.

- Rekomendacja opracowana na podstawie wniosku: opracowanie ścieżek edukacyjnych dla kadry kierowniczej i oferowanie możliwości do podnoszenia i rozwoju kompetencji kadry kierowniczej w tym zakresie.
- Sposób wdrożenia: ścieżki powinny być opracowane przez instytucje edukacyjne (uczelnie zajmujące się pracą socjalną) we współpracy z ROPSami i zainteresowanymi przedstawicielami kadry kierowniczej. Na poziomie centralnym natomiast należy wprowadzić zachęty do korzystania z tych ścieżek (poprzez dostępne finansowanie). Dotyczy to szkolenia zarówno już w trakcie wykonywania swoich zadań, jak i ścieżki przygotowującej do zarządzania jednostkami pomocy społecznej.
- Adresaci rekomendacji: MRIPS, ROPS, uczelnie wyższe, kadra kierownicza jednostek pomocy społecznej.
- Oczekiwany efekt wdrożenia: stopniowe wdrożenia w jednostkach pomocy społecznej nowego sposobu zarządzania, mniej zhierarchizowanego i niedyrektywnego poprzez wykształcenie nowych kompetencji wśród kadry kierowniczej z następujących zakresów: zarządzanie zmianą; motywowanie i rozwój pracowników; umiejętność wyznaczania, realizowania i monitorowania realizacji celów; zarządzanie dostępnymi zasobami; facylitacja i koordynacja współpracy różnych podmiotów/instytucji (sieciowanie instytucji); wyznaczanie celów i kierunków działania w oparciu o właściwie zinterpretowane dane; ewaluacja pracy jednostki pod kątem poprawy jakości i skuteczności działania.

Kompetencje współpracy

- Wniosek z badania: poziom współpracy jednostek pomocy społecznej z różnymi podmiotami/instytucjami i społecznością lokalną jest bardzo zróżnicowany. Współpraca ma często charakter deklaracyjny. Należy podejmować działania zwiększające zakres i formy tej współpracy.
- Rekomendacja opracowana na podstawie wniosku: budowanie kompetencji i umiejętności współpracy i współdziałania między różnymi instytucjami/podmiotami i środowiskiem lokalnym.
- Sposób wdrożenia: budowanie kompetencji współpracy można rozpocząć od upowszechnienia modeli, rozwiązań, narzędzi wspomagających współpracę, które już w systemie istnieją i funkcjonują. W zależności od stanowiska kompetencje w zakresie powinny mieć być wymagane na 2 poziomach zaawansowania:
 - a. podstawowy: jako punkt wyjścia dla większości stanowisk,
 - b. zaawansowany: dla stanowisk, dla których dana kompetencja w największym stopniu przyczynia się do skuteczności działań.

- Adresaci rekomendacji: jednostki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe.
- Oczekiwany efekt wdrożenia: poprawa skali i zakresu współpracy na poziomie lokalnym przejawiająca się w powstawaniu lokalnych systemów wsparcia integrujących podmioty z różnych obszarów/sektorów.

Plany rozwojowe pracowników

- Wniosek z badania: w systemie pomocy społecznej istnieje potrzeba rozwoju kompetencji kluczowych oraz takich, których znaczenie rośnie lub będzie rosnąć, aby jak najlepiej sprostać wyzwaniom stojącym przed systemem.
- Rekomendacja opracowana na podstawie wniosku: w jednostkach pomocy społecznej należy zachęcać do stworzenia planów rozwojowych pracowników, uwzględniających działania szkoleniowe, które należy podjąć w celu rozwijania kompetencji, które podnoszą jakość i skuteczność udzielanego wsparcia.
- Sposób wdrożenia: plany powinny być tworzone w trybie rocznym lub ewentualnie dwuletnim i powinny podlegać regularnej weryfikacji. Plany powinny być w formie zbiorczej raportowane do ROPSU – jako zapotrzebowanie na określone działania edukacyjne, który mogłyby część z trudno dostępnych szkoleń na rynku realizować/organizować. Plany powinny mieć zagwarantowane środki finansowe na ich realizację. ROPSy powinny podjąć działania nakierowane na promowanie wśród kadry kierowniczej tworzenia planów oraz wspierać jednostki w ich tworzeniu np. poprzez szkolenia czy inne działania rozwojowe w tym obszarze.
- Adresaci rekomendacji: ROPS, kadra kierownicza i pracownicy jednostek pomocy społecznej.
- Oczekiwany efekt wdrożenia: poprawa jakości i skuteczności wsparcia udzielanego przez pracowników.

9.2 Rekomendacje w zakresie opieki zdrowotnej

Włączanie medyków z zagranicy do pracy w polskim systemie ochrony zdrowia

- Wniosek z badania: brakuje rozwiązań wspierających adaptację medyków z zagranicy do pracy w polskim systemie opieki zdrowotnej. Wprowadzono wprowadzić mechanizm pracy pod nadzorem, który miał temu służyć, jednak wobec braków kadrowych i dużego

obciążenia pracą, wiele placówek ma problem z zapewnieniem takiego mentoringu. Potrzebne są systemowe/centralne rozwiązania, które wspierałyby adaptację pracowników z zagranicy i odciążały podmioty lecznicze w tym zakresie.

- Rekomendacja opracowana na podstawie wniosku: wprowadzenie szerszego systemowego wsparcia wspomagającego adaptację cudzoziemskiej kadry medycznej.
- Sposób wdrożenia: wsparcie powinno obejmować naukę języka polskiego, zajęcia zapoznające ze specyfiką pracy w polskim systemie, a także dostosowane do potrzeb cudzoziemców kursy pozwalające wyrównać braki kompetencyjne. Takie kursy powinny prowadzić wybrane instytucje np. izby lekarskie, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Równocześnie warto wprowadzić zachęty dla mentorów/opiekunów na poziomie placówek leczniczych w postaci dodatków do wynagrodzenia.
- Adresaci rekomendacji: MZ, izby zawodowe zrzeszające pracowników medycznych (naczelne i okręgowe izby lekarskie, izby pielęgniarek i położnych itd.), Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.
- Oczekiwany efekt wdrożenia: zwiększenie zdolności polskiego systemu opieki zdrowotnej do integracji medyków z zagranicy, co będzie coraz ważniejsze wobec wyzwań przyszłości np. starzenia się społeczeństwa. Większą liczbą cudzoziemców pracującą w systemie.

Zmiana modelu świadczenia usług w systemie opieki zdrowotnej

- Wniosek z badania: system opieki zdrowotnej ukierunkowany jest na medycynę naprawczą, potrzebna jest jego reorganizacja w kierunku profilaktyki, diagnozowania i leczenia chorób na wczesnym etapie, co pochłania mniej zasobów (także zasobów pracy).
- Rekomendacja opracowana na podstawie wniosku: kluczowym działaniem w tym kierunku powinien być dalsze wzmacnianie opieki na poziomie POZ.
- Sposób wdrożenia: opieka na poziomie POZ powinna być sukcesywnie rozbudowana nie tylko w zakresie wczesnego wykrywania i prowadzenia wybranych chorób cywilizacyjnych (z czym obecnie mamy już do czynienia), lecz też w obszarze edukacji zdrowotnej, dietetyki, fizjoterapii oraz wsparcia asystenckiego dla osób starszych. Łączy się to z koniecznością umocowania kolejnych zawodów w systemie, w tym zwłaszcza w zespole POZ (dietetyk, edukator zdrowotny, asystent osoby starszej) i przekierowania odpowiednich środków, pozwalających sfinansować ich pracę (dodatkowe świadczenia).
- Adresaci rekomendacji: MZ, NFZ.
- Oczekiwany efekt wdrożenia: zwiększenie efektywności podstawowych procesów w ramach opieki zdrowotnej zarówno ze względu na wykorzystywane zasoby (w tym zasoby pracy), jak i efektywność zdrowotną/korzyści dla pacjentów.

Dysproporcje terytorialne w dostępności kadry medycznej

- Wniosek z badania: występują duże różnice w dostępności kadry medycznej pomiędzy poszczególnymi regionami, a także pomiędzy miastami a obszarami wiejskimi. Przekłada się to na dostępność świadczeń zdrowotnych. Do tej pory nie rozwinęto działań mierzących się z tym problemem.
- Rekomendacja opracowana na podstawie wniosku: tworzenie zachęt do podjęcia pracy na obszarach mniej zurbanizowanych, tworzenie nowych modeli świadczenia usług na tych obszarach.
- Sposób wdrożenia: wprowadzenie dodatków finansowych za pracę z dala od dużych ośrodków oraz różnego rodzaju benefitów, zwłaszcza w postaci mieszkań dla lekarzy.
- Opracowanie i wdrożenie nowych modeli organizacji usług na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia (np. pielęgniarki, asystenci lekarza w roli personelu medycznego pierwszego kontaktu, z możliwością szerokiej konsultacji online z lekarzami specjalistami i szybkim dostępem do transportu medycznego, w tym lotniczego.
- Adresaci rekomendacji: MZ, NFZ, samorządy lokalne.
- Oczekiwany efekt wdrożenia: zmniejszenie braków kadr medycznych na obszarach mniej zurbanizowanych i/lub adaptacja do braku podstawowych kadr medycznych, zwłaszcza lekarzy.

Rozwijanie kompetencji kluczowych z zakresu współpracy z pacjentem oraz współpracy w zespołach interdyscyplinarnych

- Wniosek z badania: kompetencje w coraz większym zakresie uwzględnianie w programach studiów (na etapie kształcenia przedklinicznego). Problemem jednak jest etap kształcenia klinicznego oraz później praktyka z właściwego miejsca pracy. Kultura pracy panująca w wielu podmiotach leczniczych sprawia, że te kompetencje nie są wykorzystywane w praktyce.
- Rekomendacja opracowana na podstawie wniosku: doszkalanie w zakresie kompetencji miękkich pracodawców i osób na stanowiskach kierowniczych w podmiotach leczniczych. Ma to doprowadzić do zmiany kultury pracy w jednostkach, pracodawcy ceniący kompetencje miękkie będą też dbać o doszkolenie w tym zakresie pracowników.
- Sposób wdrożenia: rozwój i promocja odpowiedniej oferty szkoleń. Szkolenia powinny rozwijać świadomości znaczenia tych kompetencji dla efektywności procesu leczniczego oraz budować umiejętności odpowiedniej organizacji pracy zespołu i promowania określonych postaw pracowników.

- Adresaci rekomendacji: MZ, izby zawodowe zrzeszające pracowników medycznych (naczelne i okręgowe izby lekarskie, izby pielęgniarek i położnych itd.), Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.
- Oczekiwany efekt wdrożenia: rozwój kultury pracy w podmiotach leczniczych, rozwój praktycznych umiejętności kadry medycznej w zakresie współpracy z pacjentem i w zespołach interdyscyplinarnych.

Wprowadzenie standardu usług cyfrowych w zakresie opieki zdalnej

- Wniosek z badania: w Polsce nie ma kraju standardów usług cyfrowych, przede wszystkim tych związanych z opieką zdalną. Jest to istotna bariera, która utrudnia rozwój opieki zdalnej oraz rozwój oferty kształcenia w tym zakresie. Niesie też ryzyko oddolnego powstania usług różnej jakości i pogłębiania nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej.
- Rekomendacja opracowana na podstawie wniosku: opracowanie i wprowadzenie powszechnie obowiązującego standardu usług w opiece zdalnej.
- Sposób wdrożenia: standard powinien obejmować zarówno procedury w zakresie zdalnego prowadzenia wywiadu medycznego, jak i monitorowania stanu zdrowia pacjenta.
- Adresaci rekomendacji: MZ, Centrum e-Zdrowia (CEZ), przedstawiciele środowiska medycznego, zwłaszcza podmiotów wdrażających już usługi opieki zdalnej.
- Oczekiwany efekt wdrożenia: wprowadzenie standardu opieki zdalnej, a przez to stworzenie możliwości rozwoju jednolitych, wysokiej jakości usług zdalnych oraz odpowiedniej oferty kształcenia kompetencji cyfrowych w zakresie opieki zdalnej.

Wprowadzenie mechanizmów promujących doskonalenie zawodowe kadry medycznej

- Wniosek z badania: zawody medyczne mają ustawowy obowiązek podnoszenia kwalifikacji. Nie jest on jednak w żaden sposób egzekwowany, w związku z tym jest to w dużej mierze indywidualna sprawa danego pracownika, czy się doksztalca i rozwija zawodowo. Ekspertci zauważali, że zbyt wielu medyków nie doksztalca się w wystarczającym stopniu.
- Rekomendacja opracowana na podstawie wniosku: wprowadzenie systemowych rozwiązań wspomagających wysoką jakość świadczeń w systemie opieki zdrowotnej.
- Sposób wdrożenia: opracowanie i wdrożenie standardów diagnostyczno-terapeutycznych, upowszechnienie mechanizmu płatności za wyniki leczenia (nie liczbę wykonanych świadczeń).

- Adresaci rekomendacji: MZ, NFZ, towarzystwa naukowe, krajowi konsultanci medyczni.
- Oczekiwany efekt wdrożenia: wdrożone zostaną mechanizmy stymulujące doskonalenie zawodowe, aktualizacje wiedzy przez kadrę medyczną. Poprawi się jakość świadczeń zdrowotnych.

Kryzys zaufania pacjentów do kadry medycznej do wiedzy medycznej i autorytetu nauki

- Wniosek z badania: rośnie sceptycyzm coraz większej grupy pacjentów wobec konwencjonalnej medycyny. Manifestuje się to w postaci zwiększonej niechęci do szczepień, przekonaniu o szkodliwości zdrowotnej niektórych standardowych procedur medycznych, popularności suplementów diety i zabiegów medycyny alternatywnej. Może to ograniczać skuteczność różnego rodzaju działań/polityk z zakresu zdrowia publicznego w naszym kraju.
- Rekomendacja opracowana na podstawie wniosku: rozwijanie działań/kampanii promujących wiedzę medyczną, zachowania prozdrowotne i dekonstruujących szkodliwe przekazy, funkcjonujące w przestrzeni publicznej.
- Sposób wdrożenia: realizacja krajowych i regionalnych kampanii medialnych promujących wiedzę medyczną, zachowania prozdrowotne, a także informujących o nowych formach wsparcia dostępnych w systemie (np. profilaktyka 40+, opieka koordynowana na poziomie POZ, Internetowe Konto Pacjenta).
- Adresaci rekomendacji: izby zawodowe zrzeszające pracowników medycznych, organizacje pozarządowe.
- Oczekiwany efekt wdrożenia: upowszechnienie postaw prozdrowotnych, wzrost zaufania do wiedzy medycznej i publicznego systemu ochrony zdrowia.

9.3. Rekomendacje wspólne dla pomocy społecznej i opieki zdrowotnej

Koordinacja systemów pomocy społecznej i ochrony zdrowia

- Wniosek z badania: koordynacja systemów ma bardzo ograniczony zasięg. Podejmowane są lokalne inicjatywy, które napotykają liczne bariery.
- Rekomendacja opracowana na podstawie wniosku: opracowanie ścieżek wsparcia pacjenta/osoby potrzebującej wsparcia zakładających koordynację działań pomocy społecznej i ochrony zdrowia dla różnych grup osób i ich pilotażowe wdrożenie.

- Sposób wdrożenia: tworzenie ścieżek wsparcia powinno być podzielone na etapy:
 1. określenie segmentu pacjentów/osób wspieranych, które mogą posiadać zbliżonych katalog potrzeb, które mogą być zaspokojone w ramach koordynacji obu sektorów;
 2. określenie katalogu potrzebnych usług/działań potrzebnych danej grupie osób wspieranych/pacjentów;
 3. określenie na ile zapotrzebowanie na te usługi można zrealizować w środowisku lokalnym w ramach szerokiej koordynacji działań różnych podmiotów: zdrowotnych, pomocy społecznej, pozarządowych, kulturalnych, etc.;
 4. stworzenie na tej podstawie schematów organizacyjnych, wskazujących, jak te skoordynowane działania powinny wyglądać, określenie podziału obowiązków i zadań dla podmiotów uczestniczących w tak rozumianym lokalnym systemie wsparcia.

Wyjście od danej kategorii pacjenta/osoby wspieranej powoduje, że nie da się stworzyć jednego uniwersalnego modelu współpracy. Powinna to być raczej „mozaika” różnych ścieżek wsparcia. Kolejny krok to pilotażowe wdrożenie w wybranych lokalizacjach i upowszechnienie stosowanych rozwiązań.

- Adresaci rekomendacji: MRIPS, MZ, jednostki pomocy społecznej, podmioty lecznicze, ROPSy.
- Oczekiwany efekt wdrożenia: poprawa jakości wsparcia pacjentów/osób wspieranych i poprawa ich ogólnego dobrostanu.

Spis tabel, wykresów, rysunków

Spis tabel

Tabela 1. Zestawienie metod badań jakościowych	16
Tabela 2. Zatrudnienie w podmiotach leczniczych	65
Tabela 3. Odsetek placówek medycznych zatrudniających asystentów lekarzy i opiekunów medycznych (%).....	75
Tabela 4. Zatrudnienie w badanych jednostkach pomocy społecznej.....	80
Tabela 5. Kompetencje kluczowe kadry medycznej	89
Tabela 6. Kompetencje kluczowe kadry pomocy społecznej.....	97
Tabela 7. Najważniejsze wnioski dla stanowiska Lekarz	125
Tabela 8. Podstawowe statystyki dla stanowiska Lekarz	126
Tabela 9. Najważniejsze wnioski dla stanowiska Pielęgniarka.....	128
Tabela 10. Podstawowe statystyki dla stanowiska Pielęgniarka.....	129
Tabela 11. Najważniejsze wnioski dla stanowiska Położna	131
Tabela 12. Podstawowe statystyki dla stanowiska Położna.....	132
Tabela 13. Najważniejsze wnioski dla stanowiska Ratownik medyczny	134
Tabela 14. Podstawowe statystyki dla stanowiska Ratownik medyczny	135
Tabela 15. Najważniejsze wnioski dla stanowiska Asystent lekarza	137
Tabela 16. Podstawowe statystyki dla stanowiska Asystent lekarza	138
Tabela 17. Najważniejsze wnioski dla stanowiska Opiekun medyczny.....	140
Tabela 18. Podstawowe statystyki dla stanowiska Opiekun medyczny	141
Tabela 19. Najważniejsze wnioski dla stanowiska Fizjoterapeuta	143
Tabela 20. Podstawowe statystyki dla stanowiska Fizjoterapeuta	144
Tabela 21. Najważniejsze wnioski dla stanowiska Koordynator opieki/asystent.....	146
Tabela 22. Podstawowe statystyki dla stanowiska Koordynator opieki/asystent.....	147
Tabela 23. Najważniejsze wnioski dla stanowiska Manager całego szpitala	149
Tabela 24. Podstawowe statystyki dla stanowiska Manager całego szpitala.....	150
Tabela 25. Najważniejsze wnioski dla stanowiska Manager oddziału	152
Tabela 26. Podstawowe statystyki dla stanowiska Manager oddziału	153
Tabela 27. Najważniejsze wnioski dla stanowiska Sekretarka medyczna	155
Tabela 28. Podstawowe statystyki dla stanowiska Sekretarka medyczna	156
Tabela 29. Najważniejsze wnioski dla stanowiska Analityk danych medycznych	158

Tabela 30. Podstawowe statystyki dla stanowiska Analityk danych medycznych	159
Tabela 31. Najważniejsze wnioski dla stanowiska Pracownik socjalny.....	161
Tabela 32. Podstawowe statystyki dla stanowiska Pracownik socjalny	162
Tabela 33. Najważniejsze wnioski dla stanowiska Menedżer/Koordynator/ Organizator usług społecznych	166
Tabela 34. Podstawowe statystyki dla stanowiska Menedżer/Koordynator/ Organizator usług społecznych	167
Tabela 35. Najważniejsze wnioski dla stanowiska Organizator społeczności lokalnych/facylitator	170
Tabela 36. Podstawowe statystyki dla stanowiska Organizator społeczności lokalnych/facylitator	171
Tabela 37. Najważniejsze wnioski dla stanowiska Asystent rodzin potrzebujących wsparcia	174
Tabela 38. Podstawowe statystyki dla stanowiska Asystent rodzin potrzebujących wsparcia	175
Tabela 39. Najważniejsze wnioski dla stanowiska Koordynator pieczy zastępczej	178
Tabela 40. Podstawowe statystyki dla stanowiska Koordynator pieczy zastępczej	179
Tabela 41. Najważniejsze wnioski dla stanowiska Specjalista ds. interwencji kryzysowej	182
Tabela 42. Podstawowe statystyki dla stanowiska Specjalista ds. interwencji kryzysowej	183
Tabela 43. Najważniejsze wnioski dla stanowiska Superwizor pracy socjalnej	186
Tabela 44. Podstawowe statystyki dla stanowiska Superwizor pracy socjalnej.....	187
Tabela 45. Najważniejsze wnioski dla stanowiska Opiekun środowiskowy	190
Tabela 46. Podstawowe statystyki dla stanowiska Opiekun środowiskowy	191

Spis wykresów

Wykres 1. Zasięg korzystania z pomocy społecznej w Polsce w latach 2010-2021	23
Wykres 2. Ocena stopnia przygotowania jednostek pomocy społecznej na nadchodzące zmiany (dane w %)	41
Wykres 3. Działania rozważane przez pracodawców do wprowadzenia w ich jednostkach pomocy społecznej w ciągu kolejnych 12 miesięcy (dane w %)	42
Wykres 4. Ocena stopnia przygotowania podmiotów leczniczych na nadchodzące zmiany (dane w %)	47
Wykres 5. Poszukiwanie pracowników w ciągu w ostatnich 12 miesięcy (dane w %).....	66
Wykres 6. Problemy ze znalezieniem pracowników w ciągu w ostatnich 12 miesiącach (dane w %).....	67

Wykres 7. Stanowiska, na które najtrudniej było znaleźć pracowników (dane w %)	68
Wykres 8. Przewidywana zmiana poziomu zatrudnienia w ciągu najbliższych 12 miesięcy i pięciu lat (dane w %)	69
Wykres 9. Przewidywana zmiana poziomu zatrudnienia w ciągu najbliższych pięciu lat z uwzględnieniem typu placówki (dane w %)	69
Wykres 10. Przewidywana zmiana poziomu zatrudnienia w ciągu najbliższych pięciu lat ze względu na stanowisko pracy (dane w %)	70
Wykres 11. Zatrudnienie personelu medycznego z Ukrainy w podmiotach lecniczych (dane w %).....	73
Wykres 12. Przyczyny niezatrudniania kadry medycznej z Ukrainy przez podmioty lecnicze (dane w %)	73
Wykres 13. Ogólne zadowolenie z wykonywanej pracy (dane w %)	77
Wykres 14. Zadowolenie z wybranych wymiarów wykonywanej pracy (%).....	78
Wykres 15. Obciążenie pracą – ocena pracowników (dane w %).....	79
Wykres 16. Plany w zakresie zatrudnienia nowych pracowników w ciągu kolejnych 12 miesięcy wg ról zawodowych (dane w %)	81
Wykres 17. Zmiany zapotrzebowania na pracowników w jednostkach pomocy społecznej w ciągu pięciu lat (dane w %)	81
Wykres 18. Plany w zakresie kontynuowania zatrudnienia w obecnym miejscu pracy przez minimum 12 miesięcy (perspektywa pracownika) (dane w %).....	82
Wykres 19. Poziom zadowolenia z wykonywanej pracy.....	83
Wykres 20. Zadowolenie z różnych wymiarów pracy (dane w %)	84
Wykres 21. Ocena różnych aspektów wykonywanej pracy (dane w %)	85
Wykres 22. Ocena stopnia posiadania przez pracowników wybranych kompetencji kluczowych – kompetencje miękkie (dane w %)	92
Wykres 23. Ocena stopnia posiadania przez pracowników wybranych kompetencji kluczowych, wymiar- kompetencje cyfrowe (dane w %).....	94
Wykres 24. Ocena stopnia posiadania przez pracowników wybranych kompetencji kluczowych, wymiar -profesjonalizm (dane w %).....	95
Wykres 25. Kompetencje indywidualnej pracy z klientem w opinii pracodawców (dane w %)	98
Wykres 26. Kompetencje pracy ze środowiskiem lokalnym w opinii pracodawców (dane w %)	99
Wykres 27. Kompetencje społeczne w opinii pracodawców (dane w %).....	100
Wykres 28. Kompetencje zarządcze w opinii pracodawców (dane w %)	101

Wykres 29. Kompetencje przyszłości w opinii pracodawców (dane w %)	104
Wykres 30. Prowadzenie oceny pracownika przez pracodawców w sektorach pomocy społecznej i opieki zdrowotnej (dane w %)	109
Wykres 31. Stopień zaspokojenia potrzeb pracodawców w zakresie umiejętności pracowników sektora pomocy społecznej i opieki zdrowotnej przez programy szkół i uczelni (dane w %)	111
Wykres 32. Umiejętności pracowników sektora pomocy społecznej, których zazwyczaj brakuje lub które wymagają rozwoju, według typów placówek w %	113
Wykres 33. Umiejętności, jakich zazwyczaj brakuje lub jakie wymagają rozwoju u pracowników w sektorze opieki zdrowotnej (wg typów jednostek w %)	114
Wykres 34. Umiejętności pracowników sektora, których zazwyczaj brakuje, lub które wymagają rozwoju (%)	115
Wykres 35. Motywowanie pozapłacowe pracowników przez pracodawców sektorów pomocy społecznej i opieki zdrowotnej (dane w %)	119
Wykres 36. Bilans kompetencji dla stanowiska: Lekarz	127
Wykres 37. Bilans kompetencji dla stanowiska: Pielęgniarka	130
Wykres 38. Bilans kompetencji dla stanowiska: Położna	133
Wykres 39. Bilans kompetencji dla stanowiska: Ratownik medyczny	136
Wykres 40. Bilans kompetencji dla stanowiska: Asystent lekarza	139
Wykres 41. Bilans kompetencji dla stanowiska: Opiekun medyczny	142
Wykres 42. Bilans kompetencji dla stanowiska: Fizjoterapeuta	145
Wykres 43. Bilans kompetencji dla stanowiska: Koordynator opieki/asystent	148
Wykres 44. Bilans kompetencji dla stanowiska: Manager całego szpitala	151
Wykres 45. Bilans kompetencji dla stanowiska: Manager oddziału	154
Wykres 46. Bilans kompetencji dla stanowiska: Sekretarka medyczna	157
Wykres 47. Bilans kompetencji dla stanowiska: Analityk danych medycznych	160
Wykres 48. Bilans kompetencji dla stanowiska: Pracownik socjalny – 1/3	163
Wykres 49. Bilans kompetencji dla stanowiska: Pracownik socjalny – 2/3	164
Wykres 50. Bilans kompetencji dla stanowiska: Pracownik socjalny – 3/3	165
Wykres 51. Bilans kompetencji dla stanowiska: Menedżer/Koordynator/Organizator usług społecznych – 1/2	168
Wykres 52. Bilans kompetencji dla stanowiska: Menedżer/Koordynator/Organizator usług społecznych – 2/2	169
Wykres 53. Bilans kompetencji dla stanowiska: Organizator społeczności lokalnych/facilitator – 1/2	172

Wykres 54. Bilans kompetencji dla stanowiska: Organizator społeczności lokalnych/facylitator – 2/2	173
Wykres 55. Bilans kompetencji dla stanowiska: Asystent rodzin potrzebujących wsparcia – 1/2	176
Wykres 56. Bilans kompetencji dla stanowiska: Asystent rodzin potrzebujących wsparcia – 2/2	177
Wykres 57. Bilans kompetencji dla stanowiska: Koordynator pieczy zastępczej – 1/2	180
Wykres 58. Bilans kompetencji dla stanowiska: Koordynator pieczy zastępczej – 2/2	181
Wykres 59. Bilans kompetencji dla stanowiska: Specjalista ds. interwencji kryzysowej – 1/2.....	184
Wykres 60. Bilans kompetencji dla stanowiska: Specjalista ds. interwencji kryzysowej – 2/2.....	185
Wykres 61. Bilans kompetencji dla stanowiska: Superwizor pracy socjalnej – 1/2	188
Wykres 62. Bilans kompetencji dla stanowiska: Superwizor pracy socjalnej – 1/2	189
Wykres 63. Bilans kompetencji dla stanowiska: Opiekun środowiskowy – 1/2	192
Wykres 64. Bilans kompetencji dla stanowiska: Opiekun środowiskowy – 2/2	193

Spis rysunków

Rysunek 1. Osie współrzędnych wyznaczające scenariusze rozwoju	50
---	----

