

Wprowadzenie

Przedstawiane tutaj wyniki zostały zgromadzone w ramach realizacji projektu badawczego dotyczącego zatrudniania absolwentów kierunku studiów magisterskich: zdrowie publiczne¹. Był to projekt prawdziwie europejski. Nie tylko z uwagi na źródło finansowania, nie tylko z uwagi na uczestników, ale przede wszystkim ze względu na swoje korzenie merytoryczne. Zarówno w sytuacji polskiej, jak i w sytuacji europejskiej problemy dotyczące zdrowia publicznego, a w konsekwencji także problemy odnoszące się do położenia absolwentów kończących studia z tytułem magistra (specjalisty) zdrowia publicznego, znalazły się w zupełnie nowym położeniu.

Jednocząca się już od lat Europa miała kłopot ze znalezieniem właściwego miejsca dla problemów związanych ze zdrowiem. Początki integracji były zakorzenione w działalności gospodarczej. Historia dostarczała dowodów, że znaczna część starych konfliktów wywodziła się z nieregulowanych problemów złej współpracy i egoistycznej konkurencji gospodarczej. Istniały więc silne racje, by uznać, że osłabienie, a następnie eliminacja tego rodzaju sytuacji, będzie skutecznym sposobem głębokiego przebudowania wzajemnych relacji. Dopiero nieco później wrócono do kwestii społecznych – zaczęto posługiwać się pojęciem przestrzeni społecznej, przypominając, że sam wzrost bogactwa, jeśli nie towarzyszy mu bardziej sprawiedliwy podział, na ogół nie pozwala na rozwiązywanie napięć społecznych. Interesujące, że zajmowanie się sprawami społecznymi zapoczątkowane było zainteresowaniem sytuacją pracowników, a więc tych, którzy bezpośrednio uczestniczyli w międzynarodowej współpracy. Pracownicy, zmieniając miejsca pracy położone w różnych krajach, uczestniczyli w wielu systemach zabezpieczenia społecznego i byli zainteresowani możliwością kumulowania zdobywanych uprawnień oraz unikaniem zmiany na gorsze, gdyby uprawnienia przyznawane w kolejnym kraju były bardziej skąpe niż poprzednio. Wśród różnych problemów pojawiały się sprawy odnoszące się do zdrowia, ale jedynie w kontekście pracy, przede wszystkim jako kwestia kontroli zagrożeń występujących w środowisku zatrudnienia. Inne kwestie dotyczące zdrowia, a w tym przede wszystkim organizacja opieki zdrowotnej, jej finansowanie i gwarantowanie dostępu pozostawiano decyzjom podejmowanym przez poszczególne kraje członkowskie. Ponieważ stan zdrowia i opieka zdro-

¹ Projekt Leonardo da Vinci „Poprawa zatrudnienia wśród absolwentów zdrowia publicznego”, PL/00/B/F/PP/140155, realizowany przez Wydział Ochrony Zdrowia CM UJ, SCHARR, Maastricht University; dziekan: Antoni Czupryna, koordynator merytoryczny: Cezary Włodarczyk, koordynator projektu: Katarzyna Czabanowska.

wotna w Europie były na wysokim poziomie, nie postrzegano tego jako sytuacji niewłaściwej.

Dopiero od czasu Traktatu w Maastricht problemy zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej zostały wprost wskazane jako pozostające w polu zainteresowania UE. Z jednej strony stało się to możliwe dzięki uznaniu zdrowia za ważną sprawę integralnie powiązaną ze społecznym położeniem ludzi, a nie tylko za czynnik sprzyjający efektywności pracowniczej. Z drugiej strony, wyciągnięto konsekwencje z twierdzeń na temat wielostronnych uwarunkowań stanu zdrowia, z których bardzo wiele nie znajduje się pod kontrolą systemów medycznych, ale z pewnością może być kształtowanych przez liczne aktywności podejmowane w ramach zdrowia publicznego. Prawdopodobnie starym, wykorzystywanym wzorcem były doświadczenia związane z walką z chorobami zakaźnymi, która musiała być organizowana także niezależnie od przebiegu granic, ale która przy otwieraniu granic coraz większego terytorium obejmującego jednoczącą się Europę nabierała nowego znaczenia. Przemieszczanie się ludzi – pracowników, ich rodzin, studiującej młodzieży i turystów – prowadziło do możliwości wielokrotnego wzrostu możliwości ekspozycji czynników chorobotwórczych, a także swobodny obrót żywnością, produktami przemysłowymi, lekami itd. Otwierało bezprecedensowe zagrożenia, ale i szanse; dzięki gromadzeniu i błyskawicznej wymianie informacji, możliwościom współpracy ośrodków badawczych i systemów zdrowotnych, stwarzało warunki dla koordynacji działań politycznych, likwidujących wspólne zagrożenia. Podkreślmy jednak, że eksponowanie roli zdrowia publicznego nie obejmowało codziennych działań medycznych: sprawy organizacji opieki medycznej nadal pozostawały w wyłącznych kompetencjach krajów członkowskich. Podejście to zostało utrzymane także w normach przyjętych w Traktacie Amsterdamskim i formalnie nadal obowiązuje. Jednak w ostatnich latach europejskie podejście zaczęło się zmieniać pod wpływem orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości w Luksemburgu. Z treści kolejnych orzeczeń zaczął się wyłaniać kierunek myślenia, który – być może – będzie w przyszłości kształtował miejsce zdrowia – także w sensie działań medycznych – w europejskiej polityce zdrowotnej: chodzi o możliwość definiowania wspólnego dla wszystkich krajów członkowskich zakresu świadczeń udostępnianych ze środków publicznych. Wydaje się, że ten kierunek myślenia spotka się z politycznym sprzeciwem – ze względu na zagrożenia dla publicznych finansów – ale konflikt między władzą polityczną i władzą sądowniczą może doprowadzić do poważnego skomplikowania sytuacji w rozszerzonej Unii.

Coraz bardziej realna perspektywa tworzenia i rozwoju kierunku: zdrowie publiczne w skali europejskiej otworzyła nowe możliwości przed absolwentami studiów w tym zakresie. Z jednej strony, rodzaj problemów rozwiązywanych w poszczególnych krajach ulega swoistej homogenizacji i doświadczenie zdobywane w jednym kraju może bez trudu być przenoszone do nowego środowiska. Z drugiej strony, uczelnie są coraz bardziej zainteresowane takim przekształceniem swoich programów, by wzbudzać zainteresowanie nie tylko rodzimych studentów, ale coraz liczniejszej grupie studentów zagranicznych.

Kryje się w tym oczywiście motywacja moralna – udział w budowie wspólnej Europy – ale także dobrze pojmowany interes własny, interpretowany zarówno w kategoriach prestiżu akademickiego, jak i możliwości pozyskiwania pieniędzy, tak z programów międzynarodowych, jak i z opłat indywidualnych. Wydarzenia te zwiększają zainteresowanie kompetencjami absolwentów i jakością zdobytych przez nich umiejętności, oraz możliwościami ich zatrudnienia, z punktu widzenia oczekiwań i wymagań formułowanych przez przyszłych pracodawców.

W Polsce sytuację tę kształtują inne czynniki. Wynikają one przede wszystkim z nie do końca określonej pozycji zdrowia publicznego jako dyscypliny badawczej, dyscypliny praktycznej oraz zawodu o zdefiniowanych kompetencjach. Mimo swoistej mody na używanie terminu zdrowie publiczne, wykorzystywanego w nazwach wielu instytucji, mimo uruchomienia licznych studiów noszących to miano, nadal pozostaje niejasne, jaka ma być rola tej dyscypliny i czego można oczekiwać od absolwentów kończących ten kierunek. Jest to sytuacja wysoce niezadowolająca, biorąc pod uwagę trwający deficyt kadr przygotowanych fachowo do uczestniczenia w procesach decyzyjnych niezbędnych w systemie zdrowotnym, a dotyczących problemów, w rozwiązywaniu których wiedza medyczna nie jest zasadniczym źródłem kompetencji. Niedostatek fachowców jest uderzający zwłaszcza w wielu inicjatywach podejmowanych pod hasłem reformy opieki zdrowotnej, kiedy to jakość przygotowywanych dokumentów i zakres powoływanych argumentów świadczą o daleko posuniętej ignorancji autorów. Wydawać by się mogło, że inicjatywa uczelni podejmujących kształcenie na kierunku: zdrowie publiczne powinna być z radością przyjmowana przez władze polityczne, odpowiedzialne za jakość procesów decyzyjnych, ale można raczej odnieść wrażenie, że perspektywa zatrudniania absolwentów zdrowia publicznego jest dla nich wysoce ambarasująca. Z jednej strony, jeśli chodzi o zespoły reformatorskie, obecność dobrze przygotowanych młodych ludzi mogłaby prowadzić do posiania wątpliwości co do kompetencji osób przypisujących sobie rolę liderów. Z drugiej strony, wchodzenie tych ludzi do instytucji powołanych do ochrony zdrowia obywateli, tradycyjnie podporządkowanych poglądom i dominacji przedstawicieli zawodów medycznych, mogłoby prowadzić do zachwiania rutyny. Przepisy dotyczące zatrudniania w sektorze zdrowotnym są bardzo lakoniczne, gdy wypowiadają się na temat absolwentów kierunku: zdrowie publiczne. Specjalizacja ze zdrowia publicznego, z którą wiąże się możliwość zatrudnienia na różnych stanowiskach, była długo zarezerwowana dla przedstawicieli zawodów medycznych, a jej rozszerzenie na przedstawicieli innych zawodów stawia absolwentów w bardzo niezręcznej sytuacji (ich znacznie wyższe kompetencje – przynajmniej formalne – traktowane są jako niższe w porównaniu do posiadaczy tej specjalizacji). Z dużym opóźnieniem powstaje minimum programowe, bez którego akredytowanie studiów było niemożliwe, co nie sprzyjało tym samym poprawie ich jakości. Szanse rozwoju naukowego pozostają ograniczone ze względu na brak możliwości doktoryzowania w zakresie: zdrowie publiczne, a możliwości otwierania przewodów doktorskich

w „obcych” radach naukowych napotykają różne przeszkody: dobroduszny – w najlepszym razie – paternalizm w radach wydziałów lekarskich albo kłopoty ze zrozumieniem problemu, jeśli przewód ma być prowadzony w wydziałach pozamedycznych. Tylko z obowiązku, przy wyliczaniu tej czarnej listy, dodajmy, że jedyne profesjonalne czasopismo ma liczne kłopoty, a inne czasopisma powstają dzięki lokalnym inicjatywom różnych środowisk, a nie z powodu wsparcia udzielanego przez przedstawicieli władz publicznych.

Na gruncie europejskim, chociaż stan posiadania zdrowia publicznego jako rodziny dyscyplin badawczych jest nieporównanie lepszy, to przecież również jego adepci mają powody do zmartwień. Przede wszystkim stan naukowej akceptacji absolwentów kierunku: zdrowie publiczne w różnych krajach jest bardzo zróżnicowany. O ile we Francji ukończenie szkoły zdrowia publicznego jest niezbędnym warunkiem do objęcia stanowiska kierowniczego w sektorze zdrowotnym, chociaż ostatnio wyrok sądowy podważył jej monopolistyczną i uprzywilejowaną pozycję – o tyle w wielu innych krajach wymóg taki nie jest nawet proponowany (nawet w wersji bardziej otwartej). O ile w niektórych krajach panuje zgoda co do konieczności traktowania zdrowia publicznego jako wiodącego podejścia w kształtowaniu stanu systemów zdrowotnych, o tyle w innych, np. w Wielkiej Brytanii – tradycja każe posługiwać się pojęciem zdrowia społeczności (*community health*) jako kategorii nadrzędnej. Nie tylko jednak wątpliwości teoretyczne są tam problemem. We wspólnej Europie i jej przestrzeni społecznej potrzebne jest uzgodnienie różnych mechanizmów działających w sposób dostatecznie spójny. Tym bardziej, że wiele praktycznych zagadnień zdrowia publicznego ma naturalny, ponadgraniczny charakter (kwestia choroby szalonych krów była dramatycznym tego przykładem). Tak więc krajowe różnice muszą być sprowadzone do uzgodnionego, wspólnego mianownika. Nie bez znaczenia jest także sprawa rynku pracy. Unia Europejska, mimo oczywistych sukcesów w zwalczaniu bezrobocia, musi pamiętać, że w tej sferze tkwi jedno z potencjalnych źródeł kryzysów społecznych, więc sprawa zatrudnienia, zwłaszcza absolwentów, nie może być ani przez chwilę lekceważona.

Dwa przedstawione punkty inspirujące dobór tematu sprawiły, że za przedmiot badań przyjęto styk działania uczelni kształcących w dziedzinie zdrowia publicznego i oczekiwań (wymagań) stawianych przez pracodawców: kompetencje absolwentów, które przez pracodawców traktowane są jako kluczowe. Takie postawienie sprawy pozwala na osiągnięcie zarówno celu poznawczego (potencjalni pracodawcy działający w sferze zdrowia publicznego – infrastruktura zdrowia publicznego – i ich oczekiwania i wymagania), jak i celu praktycznego (perspektywiczne dopasowywanie kwalifikacji i kompetencji absolwentów do faktycznych wymogów rynku pracy). Podkreślić przy tym należy, że w naszej ocenie absolwenci kierunku: zdrowie publiczne nie są przygotowywani do zajęcia jednego określonego stanowiska (nawet gdyby miało to być bardzo wysokie stanowisko kierownicze), ale do wejścia na ścieżkę kariery realizowanej w dziedzinie zdrowia publicznego, co pozwoliłoby im na zajmowanie wielu różnych stanowisk w sektorze zdrowotnym, a awans miałyby nie tylko kie-

runek pionowy, ale także poziomy. Wydaje się, że taka wizja odpowiada możliwym do przewidzenia zmianom nie tylko w systemie zdrowotnym, ale także na związanym z nim rynku pracy.

Niniejszy zbiór materiałów przedstawia najważniejsze wyniki zrealizowanego projektu. Składa się z kilku części. Część wstępna zawiera ogólne omówienie projektu. Część pierwsza zawiera artykuły, w których omawiane są różne aspekty zdrowia publicznego: definicje i wymiary zdrowia publicznego, kompetencja w zakresie: zdrowie publiczne. Część druga jest poświęcona przedstawieniu wyników pomiaru oczekiwań deklarowanych przez pracodawców (wraz z omówieniem stosowanej metody). W części trzeciej omówione są wyniki dotyczące ocen stanu przygotowania absolwentów zdrowia publicznego. W części kończącej przedstawione są zestawienia konfrontujące oczekiwania pracodawców ze stanem osiąganym (postrzeganym) przez absolwentów. Rozważamy też możliwość wykorzystania wypracowanej metody w badaniach i analizach prowadzonych poza sektorem zdrowia.

Byłoby dobrze, gdyby przedstawione w tym tomie analizy, a zwłaszcza metody, które zostały użyte, stały się elementem dyskusji na temat rozwoju zdrowia publicznego jako dziedziny nauki w Polsce, w jego traktowanym jako całkowicie naturalne powiązaniu z problemami zdrowia publicznego w Unii Europejskiej.

*Antoni Czupryna (dziekan Wydziału Ochrony Zdrowia CM UJ;
prawny reprezentant projektu);*

*Cezary Włodarczyk (prodziekan Wydziału Ochrony Zdrowia CM UJ,
merytoryczny koordynator projektu)*

