

Oczekiwania jednostek administracji samorządowej jako potencjalnych pracodawców absolwentów kierunku: zdrowie publiczne

Prezentacja jednostek administracji samorządowej jako potencjalnych pracodawców

Wstęp

Samorząd terytorialny¹ stanowi jedną z form zorganizowania społeczności ludzkich zamieszkujących określony teren, powołaną zgodnie z normami prawnymi², w celu realizacji zadań publicznych o wymiarze lokalnym lub regionalnym oraz realizacji interesów tejże społeczności i zaspokajania jej określonych potrzeb³.

Jak wynika z powyższej ogólnej definicji, samorząd terytorialny charakteryzuje się połączeniem trzech niezbędnych elementów, które, występując wspólnie, oddają jego istotę i pozwalają na odróżnienie od innych rodzajów samorządu⁴. Elementami tymi są:

¹ Por. L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, wyd. 5, Warszawa 2001. Autor wyjaśnia: „samorząd terytorialny to jedna z form samorządu rozumianego jako wydzielenie z zakresu władzy państwa pewnej dziedziny spraw i powierzenie ich samodzielnego wykonywania tej grupie społecznej, której sprawy te przede wszystkim dotyczą. Innymi słowy, samorząd to administracja sprawowana przez odrębne w stosunku do państwa osoby prawne (korporacje)”.

² H. Izdebski, *Samorząd terytorialny. Podstawy ustroju i działalności*, Warszawa 2001, s. 63 i n.

³ Por. J. Ciapała, *Zarys prawa samorządu terytorialnego*. Praca zbiorowa pod redakcją Małgoszaty Ofiarskiej, Jerzego Ciapały, Poznań 2001, s. 15 i n.

Por. L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, wyd. 5, Warszawa 2001.

⁴ Pojęcie samorządu terytorialnego precyzuje także Europejska Karta Samorządu Terytorialnego. Akt ten określa, iż samorząd to „prawo i zdolność społeczności lokalnej, w granicach określo-

- pewna określona zbiorowość – wspólnota ludzi,
- zakreślony obszar (teren) w ramach większego organizmu terytorialnego, który ta zbiorowość ludzi zamieszkuje,
- określony prawem katalog prerogatyw – zadań i kompetencji o charakterze publicznym, do realizacji których został powołany⁵.

W polskim systemie prawnym fundamentem, w oparciu o który samorząd terytorialny funkcjonuje, jest Konstytucja RP⁶. Na mocy Konstytucji bowiem – istnienie samorządu terytorialnego stanowi jeden z elementów ustroju państwa i w znacznej mierze decyduje o jego demokratycznym charakterze.

Dopełnieniem zapisów Konstytucji są ustawy, które precyzują i rozwijają ramy funkcjonowania samorządu terytorialnego. W tej mierze w pierwszej kolejności wskazać należy na ustawy:

- z dnia 8 marca 1990 r o samorządzie gminnym,
- z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym,
- z dnia 5 czerwca 1998r. o samorządzie województwa,

zwane dalej „samorządowymi ustawami ustrojowymi”.

Poza wymienionymi powyżej ustawami, zadania i kompetencje samorządu terytorialnego określa wiele ustaw szczególnych.

Ustawowo (a nie konstytucyjnie) przesądzony został trójstopniowy zasadniczy podział terytorialny państwa na 2489 gmin, w tym z 65 na prawach powiatu, 308 powiatów (od 1 stycznia 2002 r. – 315), 16 województw.

O zadaniach samorządu terytorialnego związanych z ochroną zdrowia mówić można dopiero od roku 1990, tj. od wprowadzenia do systemu administracji publicznej gmin, jako jednostek samorządu terytorialnego. Przed tą datą organy administracji państwowej stopnia podstawowego miały niewielki wpływ na politykę zdrowotną, a także na jednostki służby zdrowia⁷.

Zapoczątkowany w 1990 r. proces decentralizacji przyniósł istotną zmianę sytuacji w zakresie ochrony zdrowia, gdy zadania z zakresu ochrony zdrowia i polityki zdrowotnej stały się przedmiotem kompetencji samorządu terytorialnego⁸. Stało się to w wyniku jednoczesnego wejścia w życie ustawy z dnia 8 marca 1990 o samorządzie terytorialnym⁹ oraz ustawy z dnia 17 maja 1990 r. o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczególnych pomiędzy

nym prawem, do kierowania i zarządzania zasadniczą częścią spraw publicznych na ich własną odpowiedzialność i w interesie ich mieszkańców”.

⁵ Por. M. Kotulski, *Pojęcie i istota samorządu terytorialnego*, „Samorząd Terytorialny”, nr 1–2, 2000, s. 81 i n.

⁶ Jak zauważa H. Izdebski, Konstytucja z 2 kwietnia 1997 r. nie zawiera definicji samorządu terytorialnego ani ogólnej definicji samorządu, lecz dostarcza wielu elementów konstrukcyjnych dla sformułowania takiej definicji. H. Izdebski, *Samorząd terytorialny. Podstawy ustroju i działalności*, Warszawa 2001, s. 13.

⁷ P. Przybysz, *Reforma administracji opieki zdrowotnej w Polsce*, „Państwo i Prawo”, 4, 1994, s. 61 i n.

⁸ Por. A. Frąckowicz-Wronka, *Zdrowie – nowy problem gmin [w:] Samorząd terytorialny w rozwiązywaniu problemów społecznych województwa katowickiego*, M. Barański (red.), Katowice 1998: 18–31.

⁹ Tekst pierwotny DzU Nr 16, poz. 95.

organy gminy a organy administracji rządowej oraz o zmianie niektórych ustaw¹⁰ (tzw. ustawa kompetencyjna). Ustawy te uporządkowały zakres kompetencji gmin oraz administracji państwowej, jak też określiły zakres i charakter zadań przyjmowanych przez gminy jako zadania zlecone.

Zadania samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia uległy zasadniczej zmianie z dniem 01.01.1999 r., w wyniku jednoczesnego wprowadzenia dwóch reform: reformy administracyjnej i reformy zdrowia oraz wprowadzenia nowych zasad powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w wyniku którego doszło do oddzielenia dwóch funkcji, dotychczas pełnionych przez władze publiczne: funkcji organizatora ochrony zdrowia i funkcji płatnika.

Samorządy teoretycznie przejęły funkcje organizatorską i stały się „organami założycielskimi” dla większości publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Powyższe reformy – przede wszystkim administracyjna, doprowadziły do zakresienia szerokiego udziału samorządów terytorialnych w realizacji wielu różnorodnych zadań i kompetencji w zakresie szeroko rozumianej ochrony zdrowia¹¹.

Majątek ruchomy, będący do tej pory własnością skarbu państwa, został przekazany w nieodpłatne użytkowanie samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej przez organ administracji samorządowej, tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. W następstwie tego przekazania, samodzielne zakłady opieki zdrowotnej stały się samorządowymi osobami prawnymi, jednostkami organizacyjnymi odpowiednio gminy, powiatu albo samorządu wojewódzkiego.

Drużga z wymienionych funkcji, która przed reformą należała do administracji państwowej, tj. funkcja płatnika – przypadła natomiast, od 1.01.1999 r., na mocy ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym¹², kasom chorych, a od 1 kwietnia 2003 r. funkcję ich, zgodnie z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, przejęły terenowe agendy Funduszu.

Kryteria identyfikacji jednostek administracji samorządowej na potrzeby projektu Leonardo da Vinci – cel artykułu

Jednostki administracji samorządowej są w oczywisty sposób wpisane w infrastrukturę instytucjonalną zdrowia publicznego, to znaczy uczestniczą w realizacji jego misji, zadań i funkcji.

Zdrowie publiczne to forma instytucji o własnych zasadach, procedurach, konwencjach, technologiach, przekonaniach i wartościach, z tego też powodu instytucje wchodzące w skład jego struktury są bardzo zróżnicowane¹³.

¹⁰ DzU Nr 34, poz. 198, Nr 43, poz. 253 i Nr 87, poz. 506, z 1991 r. Nr 95, poz. 425, Nr 107, poz. 464 i Nr 114, poz. 492, z 1995 r. Nr 90, poz. 446 oraz z 1996 r. Nr 114, poz. 542.

¹¹ Por. Raport CASE 53, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Warszawa 2002, s. 47.

¹² Tekst pierwotny DzU Nr 28, poz. 153.

¹³ *Healthy People*, rozdział 23 „Public Health Infrastructure”, s. 3.

Misja spełniania przez jednostki administracji samorządowej może być w tym kontekście rozumiana jako wdrażanie środków i rozwiązań socjalnych, które zabezpiecząby każdej jednostce danej zbiorowości poziom życia umożliwiający podtrzymanie zdrowia.

W niniejszym artykule zostaną zaprezentowane wyniki badania w grupie jednostek administracji samorządowej, na poziomie powiatu i województwa samorządowego. Ze względu na brak wykształconych instytucji, do realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia w większości gmin nie zostały one uwzględnione w badaniu, co nie przesądza o ich zasłużonym miejscu w infrastrukturze zdrowia publicznego, a wręcz przeciwnie – przy realizacji projektu Leonardo da Vinci zwraca się uwagę na niewątpliwą konieczność zajęcia się tą tematyką w przyszłych badaniach.

Badane grupy zostały wyróżnione w projekcie i zakwalifikowane wśród innych instytucji tzw. sfery zdrowia publicznego ze względu na następujące kryteria: realizowane zadania z zakresu ochrony zdrowia, strukturę organizacyjną i możliwość zatrudnienia absolwentów zdrowia publicznego, a co za tym idzie – określenia wymogów wobec potencjalnych pracowników.

Wyniki badania właściwie we wszystkich grupach podmiotów wyróżnionych w projekcie wyraźnie wskazują na specyfikę ich oczekiwań, a także już na podstawie analizy wyników na następujące problemy: trudności związane z definiowaniem zdrowia publicznego i jego obszaru zarówno badawczego, jak i „działania” oraz kłopoty z określeniem – kto to jest absolwent kierunku: zdrowie publiczne.

Rezultaty badania w ww. grupach zostaną przedstawione w postaci prezentacji zestawu kompetencji najbardziej pożądaných z punktu widzenia powiatów i urzędów marszałkowskich jako potencjalnych pracodawców i odpowiadającej temu zestawowi sylwetki najbardziej pożądanego przez tego pracodawcę absolwenta zdrowia publicznego. Następnie wyniki te zostaną skonfrontowane z proponowanymi przez grupę możliwymi stanowiskami pracy. Przedstawione rezultaty muszą zostać opisane w kontekście specyficznych wymagań badanych grup potencjalnych pracodawców absolwentów zdrowia publicznego i zostaną zestawione z ogólną charakterystyką działalności jednostek administracji samorządowej. Przedstawione zostaną także rezultaty negatywnej weryfikacji list kompetencji przez adresatów kwestionariusza, czyli najmniej pożądanę umiejętności i kompetencje, co pozwoli na zaprezentowanie najistotniejszych różnic oczekiwań wynikających ze specyfiki grupy.

Zadania poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia

Zadania gminy

Gmina jako podstawowa jednostka samorządu terytorialnego posiada dosyć szeroki zakres zadań¹⁴. Ustawa o samorządzie gminnym stanowi bowiem w art. 6 ust. 1, iż do zakresu działania gminy należą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, z wyjątkiem tych, które ustawa zastrzega dla innych podmiotów¹⁵. Wprowadzenie tak ogólnego zapisu popartego domniemaniem zadań i kompetencji gminy powoduje, iż katalog zadań gminy ma charakter otwarty¹⁶.

Zadania organizacji ochrony zdrowia wraz z kwestiami właścicielsko-majątkowymi placówek ochrony zdrowia regulowane są w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej. Z kolei zasady finansowania leczenia reguluje ustawa o Powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w NFZ.

Zapewnienie mieszkańcom podstawowej (ambulatoryjnej) opieki medycznej spoczywa na gminie, która prowadzi przynajmniej jeden ośrodek zdrowia. Utworzenie, przekształcenie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w wyniku uchwały rady gminy.

Tylko niektóre gminy stały się właścicielami zakładów opieki zdrowotnej, których pierwotnymi organami założycielskimi były organy administracji rządowej.

Gminy mają również za zadanie przeciwdziałanie alkoholizmowi, narkomanii i innym uzależnieniom oraz zgłaszanie inspekcjom sanitarnym, a także określonym zakładom służby zdrowia przypadków zachorowania i zgonów na choroby zakaźne, jak również rozstrzyganie kwestii dotyczących uchwalenia statutu uzdrowiska i wyrażenie stanowiska w sprawie powoływania i odwoływania dyrektora uzdrowiska.

Ponadto do zadań gminy z zakresu ochrony zdrowia należy: uchwalanie gminnego programu profilaktyki i rozwiązywanie programów alkoholowych, wystosowywanie żądania do inspektora sanitarnego na temat stanu bezpieczeństwa gminy.

Rada gminy w miejscowym planie zagospodarowania przestrzennego może przedstawić szczególne warunki zagospodarowania terenów, w tym zakaz zabudowy, wynikający z potrzeb ochrony zdrowia, a także może uchwalić dla gminy miejsca przeznaczone do użytku publicznego jako strefy wolne od dymu¹⁷.

¹⁴ Por. E. Ura, E. Ura, *Prawo administracyjne*, wyd. III, Warszawa 2001, s. 151 i n.

¹⁵ Por. M. Jastrzębska, *Nowy model samorządu terytorialnego. Istota, zadania, autonomia, władze, jednostki organizacyjne, finanse, nadzór*, „Samorząd Terytorialny”, 1–2, 2000, s. 15.

¹⁶ Por. A. Agopszowicz, Z. Gilowska, *Ustawa o gminnym samorządzie terytorialnym*, Warszawa 1999, s. 62 i n. – komentarz do Ustawy.

¹⁷ Z. Gilowska, D. Kijowski, M. Kulesza, W. Misiąg, S. Prutis, M. Stec, J. Szlachta, J. Zaleski, *Podstawy prawne funkcjonowania terytorialnej administracji publicznej w RP*, „Samorząd Terytorialny”, 1–2, 2002, s. 157.

Zadania powiatu

Jak już wspomniano powiat, podobnie jak gmina, jest jednostką o charakterze lokalnym¹⁸. Ogranicza to w sposób oczywisty charakter zadań, jakie ta jednostka może realizować¹⁹.

Do zadań samorządu powiatowego z zakresu ochrony zdrowia należy prowadzenie szpitali mających uprzednio charakter rejonowy, tj. obsługujących kilka gmin. Powiat zapewnia swoim mieszkańcom podstawową opiekę medyczną typu zamkniętego. W każdym powiecie powinien istnieć szpital powiatowy, w którym funkcjonują przynajmniej cztery podstawowe oddziały.

Sferę zadań własnych powiatu zdefiniować można poprzez zadania przede wszystkim z zakresu promocji i ochrony zdrowia, czyli pozyskiwania takich zasobów, by tworzyć warunki umożliwiające zdrowe życie.

- Do najbardziej istotnych zadań powiatu w zakresie ochrony zdrowia należą:
- zadania polegające na zwalczaniu chorób zakaźnych i działaniach mających na celu przeciwdziałania wybuchowi epidemii,
 - klasyfikowanie niektórych inwestycji przemysłowych jako szkodliwych dla zdrowia i środowiska,
 - prowadzenie działań zmierzających do ograniczenia spożycia alkoholu oraz do zmiany struktury jego spożycia,
 - rozpatrywanie informacji inspektora sanitarnego o stanie bezpieczeństwa sanitarnego,
 - wypowiedanie się w sprawie godzin pracy aptek ogólnodostępnych,
 - realizowanie zadań z zakresu opieki zdrowotnej dla kombatantów oraz niektórych osób będących ofiarami represji wojskowych i okresu powojennego,
 - prowadzenie działalności w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym,
 - działania antytytoniowe,
 - przeciwdziałanie narkomanii.

Zadania samorządowych województw

Ustawa o samorządzie województwa stanowi w art. 3 ust. 2, iż do zakresu działania samorządu województwa należy wykonywanie zadań publicznych o charakterze wojewódzkim, niezastrzeżonych ustawami na rzecz organów administracji rządowej²⁰. Ustawa ta konstruuje zatem swoistą klauzulę generalną wskazującą na charakter zadań i podmiot je realizujący. Wydaje się, iż ustawo-

¹⁸ Por. M. Stec, *Podział zadań i kompetencji w nowym ustroju terytorialnym Polski*, „Samorząd Terytorialny”, 11, 2000, s. 6 i n.

¹⁹ Por. *Prawo administracyjne w okresie transformacji ustrojowej*, E. Knosala, A. Matan, G. Łaszczycza (red.), Zakamycze 1999, s. 220 i n.

²⁰ Por. M. Stec, *Podział zadań i kompetencji w nowym ustroju terytorialnym Polski*, „Samorząd Terytorialny”, 11, 2000, s. 9.

dawca chciał w ten sposób podkreślić szczególny, tj. regionalny²¹, a nie lokalny, charakter zadań i kompetencji województwa²².

Do podstawowych zadań samorządu województwa należy podnoszenie standardu życia jego mieszkańców w ramach realizacji strategii rozwoju regionu.

Samorząd wojewódzki pełni rolę organów założycielskich dla ośrodków medycyny pracy, kolumn transportu sanitarnego, publicznych wysoko specjalistycznych szpitali wojewódzkich oraz regionalnych szkół medycznych.

Samorząd wojewódzki realizuje też działania w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi, w postaci wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, a także zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa – tworzy i prowadzi zakład psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Samorząd województwa odgrywa też szczególną rolę w tworzeniu systemu funkcjonowania służby medycyny pracy²³.

Przedstawianie wyników badania przeprowadzonego w formie kwestionariusza skierowanego do przedstawicieli jednostek administracji samorządowej. Wskazanie rezultatów w poszczególnych kategoriach kompetencji

W ramach projektu Leonardo da Vinci zostały zidentyfikowane instytucje tzw. sfery zdrowia publicznego. Wśród nich znalazły się jednostki administracji samorządowej. Na przedstawicielach tych instytucji najpierw przeprowadzono badania w formie wywiadu ogniskowego, w trakcie którego zweryfikowano listę kompetencji przygotowaną przez zespół projektowy, z oczekiwaniami tychże.

Następnym etapem projektu było sporządzenie, na podstawie wyników badania fokusowego, kwestionariusza prezentującego 34 najbardziej pożądane kompetencje potencjalnych pracowników, wysłanego następnie do zidentyfikowanych już jednostek zainteresowanych ewentualnym zatrudnieniem absolwenta kierunku: zdrowie publiczne.

²¹ Por. A. Bałaban, *Polska koncepcja Regionu* [w:] tenże, *Region europejski a polskie województwo*, Toruń 1998, s. 53 i n.

²² Por. J. Ciapała, M. Ofiarska (red.) *Zarys prawa samorządu terytorialnego*, Poznań 2001, s. 132 i n.

²³ M. Dercz, H. Izdebski, *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa–Poznań 2001: 116–143.

Wyniki badania oczekiwań dotyczących profesjonalnych kompetencji absolwenta kierunku: zdrowie publiczne jako pracownika zatrudnionego w sektorze administracji samorządowej – przypomnienie wyników badania w grupach fokusowych

Podstawowym celem badania fokusowego, we wstępnej fazie realizacji projektu Leonardo da Vinci, przeprowadzonego na przedstawicielach administracji samorządowej, było uzyskanie opinii na temat potrzebnych, profesjonalnych kompetencji, jakimi powinien dysponować absolwent zdrowia publicznego, jako potencjalny pracownik administracji samorządowej. Osoby uczestniczące w badaniu były pracownikami samorządów terytorialnych na poziomie powiatowym, gminnym i wojewódzkim.

Według respondentów – kompetentny pracownik sektora administracji samorządowej posiada podstawową wiedzę z zakresu ekonomii i prawa, jest kreatywny, obdarzony umiejętnością przekonywania do własnych pomysłów, elastyczny. Podkreślono, że idealny pracownik to tzw. oficer zdrowia, scharakteryzowany jako osoba odpowiedzialna, kompetentna, posiadająca rozległą wiedzę, medialna. Już na samym początku badania pojawiły się uwagi dotyczące specyfiki pracy „samorządowca” oraz uzależnienie posiadanych kompetencji od zajmowanego stanowiska w danej jednostce samorządu terytorialnego.

W wyniku badania na pierwszym miejscu najbardziej pożądaných kompetencji, które powinien posiadać absolwent zdrowia publicznego znalazły się: umiejętność pracy w niesprzyjających okolicznościach, radzenie sobie ze stresem, co może oznaczać, że praca w tych jednostkach jest uzależniona od kalendarza wyborczego i upolityczniona.

Ponadto wymieniono następujące umiejętności:

- zdolność poszukiwania i pozyskania środków finansowych, niezbędnych do realizacji przygotowanych zadań,
- umiejętność planowania strategicznego,
- zdolność przekonywania, właściwego argumentowania, kreatywności,
- umiejętność dobrej orientacji w zakresie politycznych uwarunkowań²⁴.

Wskazanie i opis obszaru kompetencji najbardziej poszukiwanych przez pracodawców jednostek administracji samorządowej. Lista umiejętności najbardziej i najmniej pożądaných

Po przeprowadzeniu opisanego powyżej badania w formie wywiadu zogniskowanego do starostw powiatowych oraz urzędów marszałkowskich zostały wysłane ankiety, prezentujące listę 34 pożądaných kompetencji, które powinien posiadać potencjalnie zatrudniony w tych jednostkach absolwent zdrowia publicznego.

²⁴ Więcej na ten temat: I. Kowalska-Koprowska, *Wyniki badania oczekiwań dotyczących profesjonalnych kompetencji absolwenta zdrowia publicznego jako pracownika zatrudnionego w sektorze administracji samorządowej*, „Zdrowie Publiczne”, 112 (2), 2002: 261–263.

Powiaty stanowiły najliczniejszą grupę spośród instytucji biorących udział w badaniu – 27% (w badaniu wzięło udział 66 jednostek powiatowych). Urzędy marszałkowskie – 1,9% (w badaniu wzięło udział 6 urzędów). Biorąc jednak pod uwagę, że w całej Polsce jest 16 urzędów marszałkowskich, daje nam to prawie 40% w skali ogólnej ich liczby.

W sumie wysłano 84 ankiety do departamentów polityki społecznej i zdrowia w starostwach powiatowych oraz 6 do podobnych departamentów w urzędach marszałkowskich.

Ze względu na brak wykształconych instytucji, do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego w większości gmin nie zostały one uwzględnione w badaniu, co nie przesądza o ich zasłużonym miejscu w infrastrukturze zdrowia publicznego.

Respondentami w naszym badaniu byli pracownicy departamentów polityki społecznej i zdrowia starostw powiatowych oraz urzędów marszałkowskich, zatrudnieni na następujących stanowiskach:

- Pracownicy administracji – 34%,
- Sekretarka – 8%,
- Kierownicy departamentów – 16%,
- Dyrektorzy – 12%,
- Pozostali – 2%.

Ankietowani pochodzili w 48% ze średnich miast do 200 tys. mieszkańców, w 31,5% z miast poniżej 50 tys. mieszkańców, a w 20% z miast powyżej 200 tys. mieszkańców.

Zadaniem badanych było dokonanie oceny każdej z kompetencji, czyli określenie, jak dana kompetencja jest istotna w wykonywaniu zadań z zakresu ochrony zdrowia na terenie powiatu oraz urzędów marszałkowskich, z zastosowaniem pięciostopniowej skali od „mało ważna”, poprzez „dość ważna”, „ważna”, „bardzo ważna” do „niezbędna”.

Respondenci uznali, że najbardziej pożądanymi umiejętnościami ich potencjalnych pracowników, absolwentów zdrowia publicznego, jest **odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje oraz zaangażowanie w pracę zawodową**.

Odpowiedzialność za własne działanie i ich konsekwencje zostało uznane przez 53,3% badanych za absolutnie niezbędne, przez 37,8% za bardzo ważne, 7,8% badanych uznało tę cechę za ważną, a 1,1% za dość ważną. Nikt nie uznał jej za mało ważną. Podobnie oceniono umiejętność silnego zaangażowania się w pracę (54,4% respondentów uznało tę kompetencję za niezbędną, 36,7% za bardzo ważną, 6,7% za ważną, a 2,2% za dość ważną). Podobnie jak w pierwszym przypadku, nikt nie uznał jej za mało ważną.

Wyróżnienie ww. kompetencji jako najważniejszych dla potencjalnego pracownika jednostek samorządu terytorialnego, które zakwalifikować można jako interdyscyplinarne czy też uniwersalne, a w związku z tym osiągalne dla absolwenta każdego kierunku studiów, może świadczyć o wspomnianych już przeze mnie na wstępie opracowania problemach, takich jak: trudności związane

z definiowaniem zdrowia publicznego i jego obszaru zarówno badawczego, jak i praktycznego oraz kłopoty z określeniem, kim właściwie jest absolwent zdrowia publicznego.

Równocześnie aż 52,2% badanych uznało, że **rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych** jest niezbędne dla pracownika ww. instytucji. Umiejętność ta została uznana przez 35,5% badanych za bardzo ważną, 10% za ważną, a tylko 1,1% za dość ważną. Nikt nie uznał jej za mało ważną.

Uplasowanie się kompetencji ściśle związanej ze zdrowiem publicznym w pierwszej trójce najistotniejszych umiejętności, które powinien posiadać pracownik starostwa powiatowego czy urzędu marszałkowskiego jest dowodem na to, że najwięcej zadań z zakresu ochrony zdrowia wśród pozostałych jednostek administracji samorządowej realizuje właśnie powiat oraz samorząd wojewódzki. Dodatkowo to właśnie powiat oraz urzędy marszałkowskie mają najlepiej rozwiniętą infrastrukturę instytucjonalną, w której te zadania są jasno zdefiniowane i wykonywane. Prawdopodobnie również w tych instytucjach zainteresowanie i zapotrzebowanie na absolwenta zdrowia publicznego będzie wzrastało wraz z przejmowaniem kolejnych zadań z zakresu ochrony zdrowia, i miejmy nadzieję, postępującą decentralizacją funkcji społecznych państwa. Już bowiem na mocy ustawy o samorządzie powiatowym z 1998 r., a od 1999 r. na poziom lokalny przeniesiono zadania, środki, kompetencje oraz uprawnienia do decydowania o lokalnej polityce społecznej²⁵. Nastąpiła zatem zmiana zasad finansowania, organizacji, struktury i zakresu lokalnej polityki społecznej. Samorząd powiatowy został zobowiązany do diagnozowania potrzeb, opracowywania lokalnych strategii rozwiązywania problemów społecznych, w tym zdrowotnych, a także do utrzymania i rozbudowy infrastruktury, pozyskania środków finansowych i materialnych oraz zatrudnienia kadr potrzebnych do realizowania zadań.

Wśród wysoko ocenionych przez respondentów kompetencji znalazły się również:

- Wywiązywanie się z zadań i obowiązków bez nadzoru (42,2% badanych uznało tę kompetencję za niezbędną, 43,3% za bardzo ważną, 14,4% za ważną. Nikt nie uznał jej za dość ważną czy mało ważną).
- Opracowywanie strategii rozwiązywania i wdrażania problemów zdrowotnych i społecznych (43,3% badanych uznało tę kompetencję za niezbędną, 45,6% za bardzo ważną, 7,8% za ważną, 1,1% za dość ważną, a 2,2% za mało ważną).
- Zastosowanie wiedzy z zakresu zdrowia publicznego do analizy problemów zdrowotnych i społecznych (44,4% badanych uznało tę kompetencję za niezbędną, 40,0% za bardzo ważną, 13,3% za ważną, a 2,2% za dość ważną. Nikt nie uznał jej za mało ważną).
- Umiejętność współpracy w zespole (38,9% badanych uznało tę kompetencję za niezbędną, 41,1% za bardzo ważną, 14,4% za ważną, a 4,4% za dość ważną. Nikt nie uznał jej za mało ważną).

²⁵ J. Hryniewicz, *Decentralizacja funkcji społecznych państwa*, Warszawa 2001, s. 5.

- Zbieranie i wykorzystywanie informacji z różnych dziedzin zdrowia publicznego (32,2% badanych uznało tę kompetencję za niezbędną, 50,0% za bardzo ważną, 16,7% za ważną, 1,1% za mało ważną. Nikt nie uznał jej za mało ważną).
- Skuteczne komunikowanie się (32,2% badanych uznało tę kompetencję za niezbędną, 46,7% za bardzo ważną, 16,7% za ważną, a 3,3% za dość ważną. Nikt nie uznał jej za mało ważną).
- Zastosowanie wiedzy uzyskanej podczas studiów do wymogów zajmowanego stanowiska (30,0% badanych uznało tę kompetencję za niezbędną, 45,6% za bardzo ważną, 20% za ważną, a 3,3% za dość ważną. Nikt nie uznał jej za mało ważną).
- Planowanie i zarządzanie projektem (31,1% badanych uznało tę kompetencję za niezbędną, 48,9% za bardzo ważną, 12,2% za ważną, 5,6% za dość ważną, a 2,2% za mało ważną).
- Rozumienie wpływu polityki zdrowotnej na zdrowie obywateli (31,1% badanych uznało tę kompetencję za niezbędną, 45,6% za bardzo ważną, 16,7% za ważną a 5,6% za dość ważną, a 1,1% za mało ważną)²⁶.

Za najmniej istotne kompetencje respondenci uznali:

- Wykonywanie obowiązków w niesprzyjających warunkach (8,9% niezbędne, 31,1% bardzo ważne, 48,9% ważne, 10,0% dość ważne, 1,1% mało ważne).
- Umiejętność reprezentowania i argumentowania w interesie klientów (11,2% niezbędna, 42,7% bardzo ważna, 32,2% ważna, 5,6% dość ważna, a aż 7,9% za mało ważna).
- Pozyskiwanie i wykorzystywanie informacji na temat środowiskowych, fizycznych i biochemicznych czynników zdrowia (14,4% niezbędne, 44,4% bardzo ważne, 12,2% dość ważne, 27,8% ważne, 1,1% mało ważne).
- Dostosowanie się do zmian, np. stanowiska, harmonogramu w instytucji (11,1% niezbędne, 42,2% bardzo ważne, 40,0% ważne, 5,6% za dość ważne, 1,1% za mało ważne).

Na podstawie przeprowadzonego badania można stwierdzić, że specyficzne kompetencje z zakresu zdrowia publicznego są pożądane dla absolwentów zdrowia publicznego, chcących znaleźć zatrudnienie w jednostkach administracji samorządowej, a szczególnie w powiatach i urzędach marszałkowskich.

Zastanawiająca jest rozbieżność w prezentowanych wynikach pochodzących z badań fokusowych i tych otrzymanych z ankiet. Pracownicy jednostek samorządowych biorący udział w badaniu fokusowym właściwie nie wyróżnili szczególnie żadnej kompetencji specyficznej z zakresu zdrowia publicznego, a za jedną z najważniejszych uznali umiejętność pracy w stresujących okolicznościach.

²⁶ Patrz załącznik 1, który przedstawia ranking poszczególnych kompetencji, od najbardziej pożądanych do najmniej – dla respondentów z sektora administracji samorządowej.

Tymczasem w badaniu ankietowym ta właśnie kompetencja została uznana za jedną z najmniej istotnych, a respondenci uznali, że kompetencje specyficzne są przynajmniej tak samo istotne, jak interdyscyplinarne dla podjęcia pracy w jednostkach samorządu terytorialnego.

Prezentacja wyników badań pod kątem wyszczególnienia najczęściej proponowanych stanowisk – miejsc pracy

Trudno rozpatrywać kwestie potencjalnego zatrudnienia absolwenta zdrowia publicznego tylko pod kątem prezentowanych przez niego, nabywanych w trakcie kształcenia umiejętności. Już w trakcie badania fokusowego respondenci zwracali uwagę na to, że lista kompetencji przedstawiona do weryfikacji wyczerpuje zakres kompetencji absolwenta, jednak nie uwzględnia faktu, jakie stanowisko pracy będzie on zajmował. Inne bowiem wymagania będą w stosunku do osób pełniących funkcję kierownicze, a inne w stosunku do tych, które wykonują czynności administracyjne, związane z działalnością wydziału. Już wtedy proponowano, aby posegregować te kompetencje w zależności od zajmowanego stanowiska w strukturze organizacyjnej, np. kierownik (naczelnik wydziału), pracownik do spraw promocji czy polityki zdrowotnej.

W wysłanej do potencjalnych pracodawców jednostek administracji samorządowej ankiecie znalazło się zatem pytanie o potencjalne stanowisko dla absolwenta zdrowia publicznego w danej instytucji.

Respondenci z urzędów marszałkowskich i powiatów uznali, że najbardziej odpowiednim stanowiskiem dla absolwenta zdrowia publicznego w ich instytucjach jest stanowisko specjalisty ds. promocji zdrowia (34,4%) oraz specjalisty ds. polityki zdrowotnej, a także planisty (33,3%). Wymieniono również takie stanowiska, jak: specjalista (5,6%), pracownik administracyjny (4,4%).

Mimo tego, że podział zadań i kompetencji administracji publicznej w zakresie ochrony zdrowia jest niespójny, to jednak zadania z zakresu promocji zdrowia na tle pozostałych są w zdecydowany sposób dominujące, co przekłada się na konieczność zatrudniania w jednostkach administracji samorządowej odpowiednio do tego wykształconych specjalistów ds. promocji zdrowia, którymi w naturalny sposób mogą być absolwenci zdrowia publicznego.

Jednostki administracji samorządowej szczebla powiatowego i wojewódzkiego prowadzą również politykę zdrowotną, a przynajmniej są jej aktywnymi uczestnikami, dlatego też bardzo pożądane jest obsadzenie stanowisk specjalistów w tym zakresie osobami kompetentnymi, profesjonalnie do tego przygotowanymi, kształconymi w tym zakresie w instytucjach zdrowia publicznego.

Wnioski dotyczące specyficznych oczekiwań grupy administracji samorządowej szczebla wojewódzkiego i powiatowego w stosunku do absolwentów kierunku: zdrowie publiczne

Bariery i okoliczności zatrudnienia absolwentów zdrowia publicznego w jednostkach administracji samorządowej

Z punktu widzenia administracji samorządowej szczebla wojewódzkiego i powiatowego można zidentyfikować na podstawie przeprowadzonego badania zarówno bariery w zatrudnianiu absolwentów zdrowia publicznego, jak i okoliczności sprzyjające ich zatrudnianiu.

Do najważniejszych przeszkód w tym zakresie można zaliczyć brak jednolitego i powszechnie przyjmowanego rozumienia pojęcia zdrowia publicznego, a szczególnie – brak jego legalnej definicji. Okolicznościami niesprzyjającymi są również: niespójny podział zadań i kompetencji administracji publicznej w zakresie ochrony i promocji zdrowia oraz luki i niestabilność prawa w tym zakresie.

Dodatkowo brakuje informacji na temat poziomu kompetencji oraz zakresu przygotowania fachowego absolwentów zdrowia publicznego, ze względu na krótką obecność tego typu kształcenia na rynku edukacyjnym, a także brak tradycji w tym zakresie. Znacznie bardziej rozpoznawalny na rynku pracy jest najprawdopodobniej absolwent studiów podyplomowych niż stacjonarnych zdrowia publicznego.

Barierę w zatrudnianiu tego typu profesjonalistów mogą stanowić też ograniczenia budżetowe po stronie jednostek samorządu terytorialnego, hamujące rozwój administracji zajmującej się problemami ochrony zdrowia, i generalnie mało atrakcyjne warunki płacowe w administracji samorządowej.

Prawdopodobnie z tych powodów w przeprowadzonych w trakcie projektu Leonardo da Vinci badaniach respondenci reprezentujący jednostki administracji samorządowej częściej koncentrowali się na wskazywaniu kompetencji ogólnych, interpersonalnych, które powinien posiadać zatrudniony u nich absolwent zdrowia publicznego. Pocieszające są jednak wyniki badania ankietowego, w których wśród najważniejszych 10 kompetencji, charakteryzujących potencjalnego pracownika, 5 to kompetencje specyficzne z zakresu zdrowia publicznego, lecz ściśle związane z jego społeczno-ekonomiczno-prawno-politycznym wymiarem. Wyniki te mogą skłaniać do wniosku o wysokiej randze zdrowia publicznego w hierarchii celów samorządu terytorialnego i oczekiwaniach pracodawcy na dobrze merytorycznie przygotowanych absolwentów, profesjonalistów gotowych do realizacji zadań z zakresu szeroko rozumianego zdrowia publicznego na różnych szczeblach samorządu terytorialnego.

Rekomendacje

W celu hierarchizacji celów, zadań, uprawnień i obowiązków poszczególnych instytucji realizujących zadania z szeroko rozumianej ochrony zdrowia konieczne wydaje się opracowanie ustawy o zdrowiu publicznym, z określeniem przedmiotowego zakresu tego pojęcia, zakresu odpowiedzialności służb zdrowia publicznego, miejsca i charakteru Narodowego Programu Zdrowia oraz jednostek samorządu terytorialnego w zakresie zdrowia publicznego.

W kontekście tematyki projektu Leonardo da Vinci „Poprawa zatrudnienia wśród absolwentów zdrowia publicznego” należy upowszechnić wiedzę o możliwościach i fachowym przygotowaniu absolwentów tego kierunku, prowadzić marketing publiczny w tym zakresie, a także organizować w szerszym zakresie staże i praktyki studenckie w jednostkach administracji samorządowej.

Na podstawie otrzymanych wyników badań można pokusić się o rekomendacje dotyczące programów nauczania i ewentualnych zmian w nich dokonywanych w przyszłości pod kątem wymagań instytucji potencjalnie zatrudniających absolwentów naszego kierunku. Postulat ten jest szczególnie istotny w dobie wprowadzania licznych specjalności w kształceniu w dziedzinie zdrowia publicznego. W ramach magisterskich studiów uzupełniających zdrowia publicznego zarówno w trybie stacjonarnym, jak i zaocznym może powstać specjalizacja samorządowa, która powinna skupić się na nauczaniu, zgodnie z wynikami kwestionariusza, przedmiotów, w ramach których wykształca się kompetencje najbardziej pożądane w późniejszej pracy zawodowej, takich jak: promocja zdrowia, polityka społeczna i zdrowotna, zarządzanie zasobami, zarządzanie zmianą, finanse publiczne, ekonomika zdrowia, prawo zdrowia publicznego i inne, umiejscowionych po stronie społeczno-ekonomiczno-prawno-politycznej w interdyscyplinarnej naturze zdrowia publicznego.

Wielokrotnie podkreślałam także konieczność informowania, wręcz – edukowania wszystkich potencjalnych pracodawców w dziedzinie znajomości problematyki zdrowia publicznego, potrzebę „lobbingu” na rzecz tej dyscypliny, jako istotnego elementu wpływającego na zwiększenie możliwości zatrudnienia.

Bibliografia

1. Bałaban A., *Region europejski a polskie województwo*, Toruń 1998.
2. Ciapała J., Ofiarska M. (red.), *Zarys prawa samorządu terytorialnego*, Poznań 2001.
3. Dercz M., Izdebski H., *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*, Warszawa–Poznań 2001.
4. Frąckowicz-Wronka A., *Zdrowie – nowy problem gmin [w:] Samorząd terytorialny w rozwiązywaniu problemów społecznych województwa katowickiego*, M. Barański (red.), Katowice 1998.
5. Garlicki L., *Polskie prawo konstytucyjne, zarys wykładu*, wyd. 5, Warszawa 2001.
6. Gilowska Z., Agopszowicz A., *Ustawa o gminnym samorządzie terytorialnym*, Warszawa 1999.
7. Gilowska Z., Kijowski D., Kulesza M., Misiąg W., Prutis S., Stec M., Szlachta J., Zaleski J., *Podstawy prawne funkcjonowania terytorialnej administracji publicznej w RP*, „Samorząd Terytorialny”, 2002, 1–2.
8. Golinowska S., Włodarczyk C. (praca zbiorowa), *Raport CASE 53, Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Warszawa 2002.
9. *Healthy People*, rozdział 23 „Public Health Infrastructure”, www.health.gov/health-people/Document
10. Hryniewicz J., *Decentralizacja funkcji społecznych państwa*, Warszawa 2001.
11. Izdebski H., *Samorząd terytorialny. Podstawy ustroju i działalności*, Warszawa 2001.
12. Jastrzębska M., *Nowy model samorządu terytorialnego. Istota, zadania, autonomia, władze, jednostki organizacyjne, finanse, nadzór*, „Samorząd Terytorialny”, 2000, 1–2.
13. Knosala E., Matan A., Łaszczycza G. (red.), *Prawo administracyjne w okresie transformacji ustrojowej*, Zakamycze 1999.
14. Kotulski M., *Pojęcie i istota samorządu terytorialnego*, „Samorząd Terytorialny”, 2000, 1–2.
15. Kowalska-Koprowska I., *Wyniki badania oczekiwań dotyczących profesjonalnych kompetencji absolwenta zdrowia publicznego jako pracownika zatrudnionego w sektorze administracji samorządowej*, „Zdrowie Publiczne”, 2002, 112 (2).
16. Przybysz P., *Reforma administracji opieki zdrowotnej w Polsce*, „Państwo i Prawo”, 1994, 4.
17. Stec M., *Podział zadań i kompetencji w nowym ustroju terytorialnym Polski*, „Samorząd Terytorialny”, 2000, 11.
18. Ura E., Ura E., *Prawo administracyjne*, wyd. III, Warszawa 2001.
19. Włodarczyk C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź–Kraków–Warszawa 1996.
20. Włodarczyk C., *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Kraków 1998.

Ranking kompetencji – od najbardziej do najmniej pożądanых – dla pracodawców z sektora administracji samorządowej szczebla wojewódzkiego i powiatowego

1	Zaangażowanie w pracę zawodową.
2	Odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje.
3	Rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych.
4	Wywiązywanie się z zadań i obowiązków bez nadzoru.
5	Opracowywanie strategii rozwiązywania i wdrażania problemów zdrowotnych i społecznych.
6	Zastosowanie wiedzy z zakresu zdrowia publicznego do analizy problemów zdrowotnych i społecznych.
7	Umiejętność współpracy w zespole.
8	Zbieranie i wykorzystywanie informacji z różnych dziedzin zdrowia publicznego.
9	Skuteczne komunikowanie się.
10	Zastosowanie wiedzy uzyskanej podczas studiów do wymogów zajmowanego stanowiska.
11	Planowanie i zarządzanie projektem.
12	Rozumienie wpływu polityki zdrowotnej na zdrowie obywateli.
13	Umiejętność mobilizowania społeczności i organizacji do rozwiązywania problemów zdrowotnych i społecznych.
14	Przekazywanie informacji z dziedziny zdrowia publicznego i edukowanie.
15	Świadomość konsekwencji własnego postępowania dla innych osób.
16	Dostosowywanie się do wymagań stanowiska pracy.
17	Zdolność nawiązywania kontaktów i podtrzymywania relacji.
18	Pozyskiwanie i wykorzystanie danych epidemiologicznych.
19	Umiejętność negocjacji i mediacji.
20	Radzenie sobie z konfliktem.
21	Umiejętność przekonywania.
22	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat psychospołecznych czynników warunkujących zdrowie.
23	Wykorzystanie informacji pochodzących z badań naukowych do analizy problemów zdrowotnych i społecznych.
24	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat zachowań warunkujących stan zdrowia.
25	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat ekonomicznych uwarunkowań zdrowia.
26	Umiejętność współpracy międzysektorowej.
27	Współpraca z mediami w upowszechnianiu idei zdrowia publicznego.
28	Umiejętność wspierania inicjatyw innych osób, grup, instytucji.
29	Umiejętność oceny potrzeb klienta i wspierania w rozwiązywaniu jego problemów.
30	Dzielenie się wiedzą i doświadczeniem.
31	Pozyskiwanie i wykorzystanie informacji na temat środowiskowych fizycznych i biochemicznych czynników warunkujących zdrowie.
32	Dostosowanie się do zmian, np.: stanowiska, harmonogramu, w strukturze instytucji.
33	Umiejętność reprezentowania i argumentowania w imieniu klienta.
34	Wykonywanie obowiązków w stresujących warunkach.