

Raport wykonany na zlecenie  
Światowej Organizacji Zdrowia

**W**yzwania w systemie  
ochrony zdrowia –  
zasoby ludzkie i zasoby  
organizacyjne w centralnych  
instytucjach

KRAJOWA SZKOŁA ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ

# **Wyzwania w systemie ochrony zdrowia - zasoby ludzkie i zasoby organizacyjne w centralnych instytucjach**

Redakcja merytoryczna  
dr Andrzeja Zybala

Raport na zlecenie Światowej Organizacji Zdrowia  
(Biuro Regionalne na Europę) w ramach umowy z 1.12.2008 r.

Zespół autorski pod kierunkiem dra Andrzeja Zybala (koordynacja projektu,  
komparatystyka, struktury instytucjonalne):  
dr Alicja Domagała (zasoby ludzkie i kształcenie w systemie zdrowia),  
dr hab. Jacek Klich (struktur organizacyjne, komparatystyka),  
dr Witold Mikułowski (zarządzanie), prof. Elżbieta Nojszewska (finanse),  
dr Marcin Sakowicz (zarządzanie).

Warszawa 2009

Redaktor techniczny:

Bogdan Kowalski

Publikacja powstała w ramach realizacji dwuletniej umowy na lata 2008-2009 zawartej pomiędzy Światową Organizacją Zdrowia (Biuro Regionalne na Europę) a Ministerstwem Zdrowia w zakresie priorytetu: zasoby ludzkie w zdrowiu.

© by Krajowa Szkoła Administracji Publicznej

Konsultacje:

prof. James Buchan (Faculty of Social Sciences and Health Care,  
Queen Margaret University College)

**ISBN 978-83-61713-28-9**

Opracowanie graficzne i skład:

Bogusław Spurgjasz

Printed in Poland by

KONTRAST

ul. Skaryszewska 12

03-802 Warszawa

(22) 818 27 14 w. 405; 0-601 912 821

e-mail: [kontrast@ekspert.net.pl](mailto:kontrast@ekspert.net.pl)

# Spis treści

Wprowadzenie	5
<i>Rozdział pierwszy</i>	
Kadry zarządzające w systemie ochrony zdrowia	11
1. Definicja zasobów ludzkich systemu zdrowotnego	11
2. Charakterystyka funkcji menedżerskich w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia	12
3. Elementy systemu zarządzania zasobami ludzkimi	15
4. Charakterystyka kadr zarządzających w centralnych instytucjach systemu ochrony zdrowia	19
5. Charakterystyka rotacji w centralnych instytucjach systemu ochrony zdrowia	24
<i>Rozdział drugi</i>	
Centralne struktury instytucjonalne w systemie ochrony zdrowia	30
6. Modele struktur w organizacjach	31
7. Model zarządzania w Ministerstwie Zdrowia	35
8. Budowa komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia	46
<i>Rozdział trzeci</i>	
Kształcenie kadr administracyjnych systemu opieki zdrowotnej	70

<b>Zakończenie</b>	87
<b>Bibliografia</b>	89
<b>Aneks I</b>	94
<b>Aneks II</b>	102

## Wprowadzenie

**Zakres przedmiotowy raportu.** Niniejszy raport zawiera analizę wybranych struktur instytucjonalnych systemu ochrony zdrowia. Koncentruje się głównie na strukturach organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia oraz części jego agencji wykonawczych. Zawiera także analizę zasad zarządzania zasobami ludzkimi w systemie ochrony zdrowia w odniesieniu do niemedycznych kadr zarządzających<sup>1</sup> w tym systemie (sposób zarządzania kwalifikacjami dedykowanymi dla tych kadr, modele doksztalcania, oceniania stanowisk pracy i budowania ścieżek kariery zawodowej). Opisujemy umiejętności, kwalifikacje i doświadczenia wymagane na kluczowych stanowiskach w administracji opieki zdrowotnej, a także standardy kształcenia i możliwości kształcenia dla kadr zarządzających.

Niniejsze analizy mają częściowo charakter komparatywny. Niektóre funkcje centralnych instytucji systemu ochrony zdrowia opisujemy w pewnym zestawieniu z funkcjami, jakie pełnią analogiczne instytucje, zwłaszcza we Francji i Wielkiej Brytanii. Badania porównawcze rodzą jednak istotne problemy. Dokonany przegląd literatury<sup>2</sup> wskazuje, że praktycznie nie ma analiz w zakresie problematyki narodowych systemów ochrony zdrowia przeprowadzanych pod kątem ich funkcji i przyjętych rozwiązań organizacyjnych<sup>3</sup>. Nie wynika to ze słabości samej nauki – co sugere-

---

<sup>1</sup> Za kadry zarządzające uznajemy dyrektorów i wicedyrektorów komórek organizacyjnych.

<sup>2</sup> Badanie przeprowadzono w oparciu o zasoby bazy danych Medline PubMed oraz baz danych czasopism: „BMJ Journals”, „ProQuest Medical Library”, „ScienceDirect” (z serwera Elsevier), „Springer Link”.

<sup>3</sup> Sformułowano równocześnie następujące pytania szczegółowe: – jakie są oczekiwania wobec resortów ochrony zdrowia? – jak definiowane są zadania resortów ochrony zdrowia? – jakie są kryteria oceny efektywności działania resortów ochrony zdrowia? – czy są przyjęte (a jeżeli tak, to jakie) standardy w ocenie rozwiązań organizacyjnych resortów zdrowia?

ruje F. Fukuyama<sup>4</sup> - ale może bardziej z ograniczonego zainteresowania badaczy tym obszarem administracji publicznej.

W obszarze administrowania systemami ochrony zdrowia nie odnotowujemy prac komparatystycznych analizujących systemy europejskie (na przykład na wzór analiz zarządzania bankami centralnymi w państwach UE<sup>5</sup>, czy różnymi organizacjami w wybranych krajach UE<sup>6</sup>). Natomiast w literaturze istnieje nurt badań, który wykracza poza wąskie ramy systemów zdrowia. Jest on zorientowany na określenie determinant dobrego rządzenia i pomiaru jakości działania organizacji rządowych. Kryteria oceny efektywności działania resortów ochrony zdrowia sprowadzane są do reguł efektywności, wydajności oraz zapewnienia równego dostępu do usług zdrowotnych<sup>7</sup>. Wśród wskaźników wymieniane są: poprawa statusu zdrowotnego populacji, dostęp do świadczeń zdrowotnych o wysokiej jakości oraz satysfakcja pacjenta<sup>8</sup>.

W części końcowej prezentujemy wnioski z analizy. Dokonujemy oceny ryzyka posiadania relatywnie lub absolutnie niskiego poziomu potencjału administracji (zdolności zarządzania) w służbie zdrowia.

**Metodologia analiz.** Analizy zawarte w raporcie opierają się na analizie literatury przedmiotu, przeglądzie dostępnych badań prowadzonych w przedmiotowym zakresie, przeglądzie dostępnych danych porównawczych z innych krajów. Poza tym przeprowadzone zostało badanie jakościowe oparte na przygotowanym specjalnie kwestionariuszu wywiadu. Na jego podstawie przeprowadzono 15 rozmów z dyrektorami kluczowych komórek/departamentów Ministerstwa Zdrowia oraz innych szczególnie ważnych podmiotów systemu. Pytania dotyczyły zarządzania kwalifikacjami, dostępnymi możliwościami doksztalcania, programowania działań i jakości struktur organizacyjnych w centralnych instytucjach opieki zdrowotnej.

Analiza zasadniczo nie dotyczy medycznej części systemu ochrony zdrowia, czyli usług medycznych i ich świadczenia, czy funkcjonowania placówek zdrowia. Raport nie analizuje programów merytorycznych reali-

---

<sup>4</sup> F. Fukuyama, *Why There Is No Science of Public Administration*, „Journal of International Affairs Fall” 2004, Vol. 58, No. 1, s. 189-202.

<sup>5</sup> L. Quaglia, *Central Banking Governance in the European Union: A Comparative Analysis*, Routledge, New York 2008.

<sup>6</sup> C. Pollitt, *Performance Management in Practice: A Comparative Study of Executive Agencies*, „Journal of Public Administration Research and Theory” 2006, Vol. 16, No. 1, s. 25-44.

<sup>7</sup> C. Suraratdecha, A.A. Okunade, *Measuring operational efficiency in a health care system: A case study from Thailand*, „Health Policy” 2006, Vol. 77, s. 2-23.

<sup>8</sup> M.E. Kruka, L.P. Freedman, *Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature*, „Health Policy” 2008, Vol. 85, s. 263-276.

zowanych w systemie zdrowia. Tym samym nie może on być podstawą do całościowych ocen funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, w tym jego instytucji centralnej, czyli Ministerstwa Zdrowia. Wynika to z ograniczonego zakresu przedmiotowego badań i analiz. Niemniej badania pokazują istotne elementy funkcjonowania systemu, które wpływają na sposób realizacji polityki zdrowotnej przez jego centralne instytucje<sup>9</sup>.

W zakresie analizy strukturalnej badamy Ministerstwo Zdrowia jako przykład dużej organizacji, w której istnieje znaczna liczba relacji i skala współzależności. Rozpatrujemy zwłaszcza takie aspekty, które pozwolą na zarysowanie odpowiedzi na pytanie, czy jest to organizacja ucząca się i oparta na kapitale ludzkim (akumulująca wiedzę i potencjał do sprostania wyzwaniom), innowacyjna (budująca nowatorskie rozwiązania w zakresie wewnętrznych systemów zarządzania, motywowania itp.), otwarta i transparentna (w relacjach wewnętrznych i zewnętrznych), posiadająca efektywne metody komunikacji z otoczeniem, odpowiedzialna za powierzone zasoby i dostarczane wyniki. Badamy także charakter relacji istniejących w strukturach organizacyjnych (hierarchiczne – partycypacyjne).

Przedmiotem badań są również wybrane aspekty zarządzania zasobami ludzkimi w ministerstwie, ponieważ ma ono znaczący wpływ na sposób, w jaki system ochrony zdrowia – jako całość – spełnia wymienione przez WHO funkcje: (1) funkcję nadzoru (*stewardship*), (2) funkcję kreowania zasobów, (3) funkcję dostarczania usług, (4) funkcję finansowania systemu.<sup>10</sup>

Raport opiera się na założeniu, iż zarządzanie zasobami ludzkimi ma znaczny wpływ na jakość zarządzania całym systemem ochrony zdrowia. Według jednej z propozycji istniejących w literaturze przedmiotu, na zdolności zarządcze w tym systemie wpływ ma 10 głównych czynników: wizja strategiczna, partycypacja i orientacja na konsensus, rzędy prawa, transparentność, responsywność instytucji, równość (sprawiedliwość), efektywność i sprawność, odpowiedzialność/rozliczalność, zasoby wiedzy oraz informacja i etyka.<sup>11</sup> Czynnikiem efektywności i sprawności w swoim rozwinięciu uwzględnia znaczącą rolę, jaką odgrywa zarządzanie zasobami ludzkimi. Zakłada, że zdolność zarządzania systemem ochrony zdrowia uwarunkowana jest takimi czynnikami, jak rotacja kadry zarządzającej/przy-

---

<sup>9</sup> Za politykę zdrowotną, czy politykę zdrowia publicznego uznajemy zespół działań różnych podmiotów, których celem jest poprawa i zabezpieczenie stanu zdrowia społeczeństwa.

<sup>10</sup> WHO, *Health systems functions*, pozyskano 18 sierpnia 2009 roku z: [www.who.int/health-systems-performance/hfunctions.htm](http://www.who.int/health-systems-performance/hfunctions.htm).

<sup>11</sup> S. Nishtar, H. Peters, B. Sabri, K.M. Bile, M.A. Jama, *Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance*, „Health Policy” 2009 (90), s. 12–25.



wódczej w resortach zdrowia, jakość administracji (szkolenia, kwalifikacje, indywidualna ścieżka rozwoju), zdolność implementacyjna resortów mierzona jakością zarządzania zasobami ludzkimi i finansowymi, itp. Autorzy powyższego opracowania wypracowali te czynniki z uwzględnieniem dobroku instytucji takich jak: Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Pan-Amerykańska Organizacja Zdrowia<sup>12</sup> (PAHO), Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (UNDP), Bank Światowy.

Rolę zarządzania zasobami ludzkimi podkreśla również OECD. Według tej organizacji strategia zarządzania zasobami ludzkimi jest konieczna dla efektywnego zarządzania instytucjami.<sup>13</sup> Strategia powinna obejmować cztery kluczowe wymiary funkcjonowania każdej organizacji publicznej:

- ♦ kulturę (przekonania, normy, wartości i styl zarządzania);
- ♦ organizację (struktura, role stanowisk pracy, raportowanie, mechanizmy odpowiedzialności);
- ♦ ludzi (poziom umiejętności, potencjał rozwojowy, potencjał zarządczy),
- ♦ systemy zasobów ludzkich (mechanizmy skupione na ludziach, które realizują strategię).

Systemy zarządzania zasobami ludzkimi wymagają działań w zakresie planowania zasobów pracy, selekcjonowania pracowników i określania metody ich rozwoju zawodowego, zarządzania karierą pracowników, wynagrodzeń i motywowania, stosunków przemysłowych (*industrial relations*) oraz wewnętrznej komunikacji.

## Streszczenie

Na podstawie niniejszego raportu, opartego o przeprowadzone badania i analizy, można sformułować szereg wniosków. Wskazują one, że omawiane poniżej aspekty działania centralnych instytucji systemu ochrony zdrowia wymagają znacznej uwagi ze strony osób, które posiadają uprawnienia do podejmowania decyzji. Z badań wynika, że:

- ♦ kadry zarządzające w centralnych instytucjach systemu działają w warunkach licznych ograniczeń, które limitują możliwość długofalowego, efektywnego i innowacyjnego działania;

---

<sup>12</sup> PAHO - organizacja, która jest częścią systemu ONZ; pełni rolę Regionalnego Biura WHO.

<sup>13</sup> *The State of the Public Service*, OECD, Paris 2008, s. 35.

- ♦ widoczny jest brak klarownej strategii zarządzania zasobami ludzkimi, która wskazywałaby na zestawy kluczowych kompetencji i umiejętności, niezbędnych, aby wiodące instytucje w systemie ochrony zdrowia mogły sprostać obecnym i wyłaniającym się wyzwaniom;
- ♦ znaczna rotacja kadr sprawia, że brakuje osób, które przechowują pamięć o projektach realizowanych przed kilku laty;
- ♦ niski staż pracy na stanowiskach kierowniczych blokuje efektywny udział kadr zarządzających w procesach współtworzenia polityki zdrowia;
- ♦ kadry zarządzające w centralnych instytucjach systemu opieki zdrowotnej raczej administrują zakresem powierzonych spraw, niż kreują nowe elementy w polityce publicznej ochrony zdrowia;
- ♦ centralna placówka systemu ochrony zdrowia - Ministerstwo Zdrowia - posiada strukturę organizacyjną o tradycyjnym charakterze, w której przewagę posiadają struktury pionowe. W konsekwencji struktury decyzyjne wyróżniają się silnie zaznaczoną hierarchicznością. Główne procesy zarządcze zorientowane są wokół centralnych struktur organizacyjnych;
- ♦ komórki organizacyjne ukształtowane są jako twory dość pasywne w odniesieniu do struktury swoich zadań. Służą głównie administrowaniu zasobami systemu, oraz stabilizowaniu go, a także realizacji oczekiwań określonych aktorów branżowych. W znaczenie mniejszym zakresie komórki służą budowaniu długofalowych, strategicznych projektów polityki w zakresie zdrowia;
- ♦ brak działań ewaluacyjnych o rozmiarze adekwatnym do prowadzonych polityk szczegółowych w zakresie ochrony zdrowia. Brakuje dorobku w zakresie metod przeprowadzania ewaluacji;
- ♦ agenda działania MZ ma charakter głównie doraźny. Kształtują ją bieżące zdarzenia, często o charakterze kryzysowym, albo aktywność tzw. „głośnych grup”;
- ♦ kierownicy komórek skoncentrowani są głównie na stabilizowaniu systemu, który sami postrzegają jako niestabilny, za pomocą różnych form ręcznego wpływania na jego określone segmenty. Tym samym niewykorzystany pozostaje potencjał

ich wiedzy i zaangażowania w prace kreatywne, rozwijające system zdrowia ku przyszłości;

- ♦ komórki organizacyjne w instytucjach systemu wciąż mają przed sobą zadanie wypracowania narzędzi do sprawnego budowania polityk zdrowotnych oraz ich monitorowania i ewaluowania. Brakuje zasobów wiedzy, a także narzędzi analitycznych do badania problemów i wyzwań, przed jakimi staje system ochrony zdrowia;
- ♦ niedostateczny jest dorobek w zakresie długofalowych analiz wyzwań, które nadchodzą (np. w związku ze starzeniem się społeczeństwa, z tzw. nowoczesnymi chorobami, rozwojem nowych kategorii usług medycznych i sposobów ich świadczenia, zagrożeń cywilizacyjnych, znaczenia kwalifikacji kadry zarządzającej w systemie zdrowia na poziomie lokalnym, nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych, społecznym kontekstem chorób). Brakuje stałych analiz czynników ryzyka i zagrożeń, które występują w różnych sferach systemu polityki zdrowotnej;
- ♦ personel merytoryczny jest nieliczny i słabo wyspecyfikowany (np. dokumentaliści, analitycy, którzy generują wiedzę operacyjną, służącą budowaniu nowych, innowacyjnych polityk zdrowotnych). Nie ma wyodrębnionej grupy pracowników programowych (w krajach anglosaskich ich odpowiednikami są funkcje typu *policy worker* czy *policy officer*);
- ♦ niedoceniona pozostaje agenda badawcza. Niekompletny jest mechanizm planowania badań społecznych, mogących być źródłem wiedzy, która następnie byłaby podstawą do podejmowania decyzji w zakresie formowania systemu ochrony zdrowia;
- ♦ nieadekwatny pozostaje system identyfikowania problemów dotyczących ochronę zdrowia. Nie opiera się on na badaniach społecznych, a na doraźnych relacjach pracowników instytucji z przedstawicielami otoczenia.

## Kadry zarządzające w systemie ochrony zdrowia

### 1. Definicja zasobów ludzkich systemu zdrowotnego

Zasoby ludzkie są jednymi z podstawowych zasobów, które warunkują efektywne działanie w systemie opieki zdrowotnej. Według raportu WHO, usługi medyczne o wysokiej jakości można zapewnić poprzez połączenie różnego typu zasobów, w tym zasobów ludzkich, obok zasobów finansowych i materialno-technicznych. Zasoby ludzkie rozumiemy jako zasób kwalifikacji i umiejętności wszystkich tych, którzy funkcjonują w systemie. Są one warunkowane w głównej mierze wiedzą, umiejętnościami i motywacją pracowników. Jednocześnie warto podkreślić, że kompetencje<sup>1</sup> w obszarze zdrowia publicznego zdają się być szczególnie trudne do ustalenia czy zdefiniowania. Zdrowie publiczne jest bowiem pod silnym wpływem zmieniających się czynników technologicznych, organizacyjnych, kulturowych i demograficznych.

Jak pisze J. Górniak, podnoszenie poziomu wiedzy, umiejętności i motywacji pracowników przekłada się na jakość funkcjonowania organizacji/institucji. W tej dziedzinie najważniejszy jest nacisk na podnoszenie kwalifikacji, inicjatywę pracowników i pole dla ich innowacyjnego działania. Jednocześnie niektórzy badacze podkreślają, że aktywna polityka zarządzania w tej dziedzinie pozostaje w wielu organizacjach zaniedbanym instrumentem dla podnoszenia efektywności działania.

---

<sup>1</sup> W języku polskim określenie *kompetencje* rozumiane jest jako wykształcenie, doświadczenie i wprawa, uzdolnienia, predyspozycje oraz inne cechy psychofizyczne, a także zachowanie, oczekiwane przez pracodawcę i ważne w pracy zawodowej. *Kwalifikacje* zaś to wykształcenie, zakres i jakość przygotowania niezbędnego do wykonywania danego zawodu.

Międzynarodowa Organizacja Pracy definiuje zasoby ludzkie systemu zdrowotnego (*Human Resources for Health* - HRH) w ujęciu wąskim i szerokim<sup>2</sup>. W rozumieniu „wąskim” zasoby ludzkie systemu zdrowotnego to personel medyczny zatrudniony w zakładach opieki zdrowotnej, a w znaczeniu „szerokim” - wszystkie osoby pracujące w zakładach opieki zdrowotnej, czyli również personel pracujący w instytucjach pokrewnych (pracownicy administracyjni szczebla centralnego i samorządowego, pracownicy zakładów ubezpieczeń zdrowotnych, systemów informatycznych, pracownicy nauki i kształcenia oraz pracownicy obsługi).

Inne źródła wyróżniają pięć grup w zasobach ludzkich systemu zdrowotnego (na podstawie kwalifikacji i roli w świadczeniu usług zdrowotnych): 1) lekarze, 2) inny personel medyczny z wykształceniem wyższym, 3) pielęgniarki i położne, 4) pozostały średni personel medyczny, 5) inny - obsługa i administracja.

Według WHO, ostatnia z wyżej wymienionych kategorii (inny - obsługa i administracja) obejmuje następujące grupy zawodowe: menedżerowie systemu opieki zdrowotnej, specjaliści w zakresie ekonomiki zdrowia, osoby zajmujące się statystyką i informatyką zdrowotną, prawnicy zatrudnieni na potrzeby podmiotów systemu zdrowotnego, kierownicy karetek, konserwatorzy budynków szpitalnych oraz inne osoby związane z zarządzaniem i obsługą systemu.

## **2. Charakterystyka funkcji menedżerskich w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia**

Niemedyczne kadry zarządzające w systemach ochrony zdrowia stają się w ostatnich latach tematem coraz bardziej intensywnych dyskusji. Wobec nich również - obok kadr medycznych - zaczęto formułować wymagania w zakresie kwalifikacji. Wzrost znaczenia tej problematyki wydate się skutkiem licznych doświadczeń w trakcie ostatnich 20 lat. Zrodziły się one w trakcie przekształcania zakładów opieki zdrowotnej pod względem organizacyjnym i formalno-prawnym, a także w trakcie prób reformowania systemów ochrony zdrowia. W Polsce również kierowanie instytucjami ochrony zdrowia uznaje się już za specyficzne pole zarządzania. Obejmuje ono zarządzanie systemem ochrony zdrowia jako pewną całością, a także zarządzanie klinikami, szpitalami i innymi instytucjami opieki zdrowotnej.

---

<sup>2</sup> *Terms of employment and working conditions in health sector reform*, International Labour Organisation, Geneva 1999.

W polskim systemie organizacyjnym ochrony zdrowia istnieje coraz większa sfera miejsc pracy, które obsadzone są przez niemedyczne kadry specjalistów. Obejmuje ona m.in.: miejsca pracy w instytucjach regulacyjno-wykonawczych systemu, jak Ministerstwo Zdrowia i jego wyspecjalizowane agencje, oraz szereg analogicznych stanowisk pracy istniejących na poziomie samorządów lokalnych, które prowadzą różnego typu zakłady opieki zdrowotnej, a także własną politykę ochrony zdrowia. Również w sektorze prywatnym powstaje wiele miejsc pracy dla niemedycznych profesjonalistów w firmach, które pracują dla placówek ochrony zdrowia.

W polskim systemie opieki zdrowotnej możemy wyróżnić kilka szczebli zarządzania:

- ♦ zarządzanie na szczeblu centralnym (administracja centralna z kluczowymi podmiotami systemu zdrowotnego: Ministerstwo Zdrowia (MZ), Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), itp);
- ♦ zarządzanie na szczeblu regionalnym (samorządowa władza wojewódzka/organy Marszałka i administracja urzędów wojewódzkich/organy wojewody, oddziały wojewódzkie NFZ);
- ♦ zarządzanie na szczeblu lokalnym (samorząd powiatowy, gminny);
- ♦ zarządzanie na szczeblu zakładu opieki zdrowotnej.

Niemedyczne kadry zarządzające mają do odegrania niezwykle złożoną, wielowymiarową i wymagającą rolę. Zarządzenie w systemie opieki zdrowotnej charakteryzuje się pewną specyfiką. W tej dziedzinie, często bardziej niż w innych obszarach, zarządzanie obejmuje również kwestie moralne i etyczne. Natomiast kluczowe wymagania wypływają z konieczności opanowania wielu wymiarów niezwykle dziś złożonej polityki ochrony zdrowia. Stawia ona poważne wyzwania w zakresie projektowania procesu tworzenia szczegółowych polityk oraz ich monitorowania, a także ewaluowania i usprawniania.

W dokumentach WHO widoczny jest podział na menedżerów, którzy zarządzają zasobami systemu ochrony zdrowia (centralne instytucje systemu zdrowia, np. ministerstwa zdrowia), oraz na menedżerów, którzy zarządzają poszczególnymi placówkami medycznymi (np. szpitale, przychodnie). Według WHO *menedżerowie sektora zdrowia i decydenci (policy makers) na centralnym i narodowym szczeblu nadzorują strategiczne kierunki sektora, zarządzając całością alokacji zasobów i monitorując cele programowe i rezultaty/wyniki.*<sup>3</sup> WHO formułuje inny zakres wymogów dla menedże-

<sup>3</sup> Health Management Workforce, *Mapping Health Managers. A Guide and Study Protocol for Assessing Managers as Part of the Health Workforce*, World Health Organization.

rów szczebla regionalnego czy lokalnego, których praca polega na kierowaniu placówkami ochrony zdrowia.

W Polsce nie została jasno wyodrębniona charakterystyka menedżerów, którzy zarządzają zasobami systemu ochrony zdrowia. Nie powstał katalog kompetencji, które powinny posiadać kadry zarządzające w systemie zdrowia. Problem pogłębia fakt, że dopiero w 2007 roku powstały standardy kształcenia na kierunku zdrowie publiczne. Oznacza to, że w systemie zdrowia funkcjonują obecnie kadry, których kształcenie i kompetencje nie zostały ujęte w żadne ramy systemowe. Narasta natomiast świadomość, że stworzenie ram kompetencyjnych jest pilnym wyzwaniem. Ponadto wydaje się, że w Polsce powstał dość wyraźny profil menedżera zarządzającego placówkami medycznymi, ale nie został skryształizowany profil menedżera/decydenta, który zarządza zasobami i regulacjami systemu ochrony zdrowia jako całości. Menedżerowie ci uznawani są po prostu za część korpusu służby cywilnej, która nie wyróżnia się jakimiś odrębnymi cechami.

Zdaniem autorów raportu, kadry zarządzające systemem zdrowia muszą mieć wszechstronne kompetencje, które umożliwiają im:

- ♦ projektowanie, realizowanie i ewaluowanie polityk zdrowotnych;
- ♦ identyfikowanie głównych problemów i obszarów ryzyka specyficznych dla polityk zdrowotnych;
- ♦ dostosowanie strukturalne instytucji zdrowia do zmian zachodzących w ich otoczeniu;
- ♦ reagowanie na wieloznaczne i niestabilne otoczenie oraz przystosowanie się do niego;
- ♦ osiągnięcie przywództwa, w tym sprawne budowanie zespołów, kontrolowanie procesów grupowych, podejmowanie decyzji z udziałem innych podmiotów;
- ♦ tworzenie konsensusu, również w sytuacjach konfliktu interesów, negocjowanie, sprawne komunikowanie się i budowanie koalicji;
- ♦ rozumienie i angażowanie się w relacje i procesy międzyorganizacyjne, struktury i funkcje władzy oraz politykę i proces polityczny;
- ♦ pełnienie roli innowatorów, którzy stają się przywódcami w trakcie przekształceń i tworzą wspólną i powszechnie podzielaną wizję przyszłości, konieczną do nadania instytucji odpowiedniego kierunku działania.

Rolę zarządzającego można scharakteryzować jako triadę cech: projektanta, stratega i lidera. Powyższe wymagania wynikają z tego, że zarządzanie instytucjami zdrowia, niezależnie od rodzaju instytucji, uznawane jest za niezwykle trudne. Wynika to z wciąż rosnącej złożoności problemów występujących w sektorze ochrony zdrowia. Z drugiej strony rządy zachowują ambicję, aby podtrzymywać stabilność systemu zdrowia w warunkach rosnącego popytu na wiele świadczeń oraz występujących ograniczeń finansowych, a także, aby rozwijać potencjał systemu w celu sprostania oczekiwaniom obywateli. Rządy wraz z kadrami zarządzającymi w administracji państwowej budują metody, aby odpowiednio reagować na trendy i czynniki, które wpływają na ten sektor: socjologiczne, ekonomiczne i polityczne<sup>4</sup>.

W większości krajów tworzone są dopiero ramy, które w przyszłości mają pozwolić na głębsze analizy funkcji, jakie spełniają i powinny spełniać niemedyczne kadry zarządzające w systemie zdrowia.

### 3. Elementy systemu zarządzania zasobami ludzkimi

W przypadku Ministerstwa Zdrowia można mówić jedynie o istnieniu pewnych elementów systemu kompetencji. Wynikają one głównie z wymogów stawianych przez ustawę o służbie cywilnej z 21 listopada 2008 roku, która obejmuje:

- ♦ system rekrutacji, gdzie formułowane są wymagania w zakresie kompetencji;
- ♦ opisy stanowisk dyrektorów i zastępców dyrektorów komórek organizacyjnych;
- ♦ system ocen stanowisk pracy (dotyczy części zatrudnionych, czyli tych, którzy mają status urzędników służby cywilnej);
- ♦ indywidualne programy rozwoju zawodowego;
- ♦ ścieżki rozwoju zawodowego pracowników.

Natomiast należy tu zaznaczyć, że ustawa o służbie cywilnej nie obowiązuje w agencjach wykonawczych Ministerstwa Zdrowia i, tym samym, nie są tam stosowane zawarte w niej elementy zarządzania kwalifikacjami. W większości placówki te nie są w stanie wypracować spójnych modeli budowy kompetencji. Jednocześnie niektóre z nich uczestniczą

---

<sup>4</sup> A. Mahon, R. Young, *Health Care Managers as a Critical Component of the Health Care Workforce*, w: *Human Resources for Health in Europe*, red. C-A. Dubois, M. Mekce, E. Nolte, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press 2006, s. 116.



w ważnych przedsięwzięciach regulacyjnych systemu zdrowia i w międzynarodowych programach badawczych.

W Ministerstwie Zdrowia opisy stanowisk są sporządzone w formie i układzie przedstawianym w załączniku do Zarządzenia Prezesa Rady Ministrów z 1 sierpnia 2007 roku.<sup>5</sup> Natomiast zadania dyrektorów i zastępców dyrektorów departamentów są określone w regulaminie organizacyjnym resortu oraz wewnętrznych regulaminach poszczególnych komórek organizacyjnych<sup>6</sup>.

Opisy stanowisk w sposób dość standardowy formułują wymogi kompetencyjne. Przeważają tu raczej zestawy zadań do wykonania na danym stanowisku oraz formy ich realizacji. Jest mowa o potrzebie samodzielności, kreatywności, umiejętności pracy w zespołach, komunikatywności, odporności na stres. W kilku słowach wymieniono wymagania związane z wiedzą fachową (znajomość określonych ustaw). W niektórych opisach w zakresie wymagań kompetencyjnych znajomość języka angielskiego uznano za wymaganie dodatkowe. Natomiast nie ma mowy o kompetencjach analitycznych do oceny badań, do ich projektowania, do współpracy z ośrodkami badawczymi i analitycznymi. Brakuje oceny poszczególnych wymienionych kompetencji. W jednym z opisów wymagania kompetencyjne są tak przedstawione: *Inne kompetencje: Umiejętność kierowania zespołem pracowników, zdolności komunikacyjne, umiejętność organizowania pracy własnej oraz pracowników.*

Konkludując można uznać, że kompetencje są opisane w sposób ogólny, w niewielkim stopniu dostosowany do wymogów poszczególnych jednostek - zadań departamentów umieszczonych w Regulaminie Ministerstwa Zdrowia. W wielu wypadkach opis nie precyzuje kompetencji i umiejętności w głównym obszarze zainteresowań Ministerstwa Zdrowia (zdrowie i polityka zdrowotna).

Brakuje zwłaszcza wymogów dotyczących kompetencji związanych z uczestnictwem w procesie współkształtowania polityk zdrowotnych. Nie stawia się wymogu posiadania umiejętności monitorowania oraz ewaluowania programów publicznych i polityk.

Najlepszym przykładem jest tutaj Departament Polityki Zdrowotnej. Do jego zadań należy m.in. planowanie, kontraktowanie, monitorowanie realizacji programów polityki zdrowotnej oraz rozliczanie ich pod względem merytorycznym. Ale w wymaganych kompetencjach nie pojawia

---

<sup>5</sup> Zarządzenie nr 81 Prezesa Rady Ministrów z dnia 1 sierpnia 2007 roku w sprawie zasad dokonywania opisów i wartościowania stanowisk pracy w służbie cywilnej, „Monitor Polski” 2007, nr 48, poz. 566.

<sup>6</sup> Ustawa o służbie cywilnej (Dz. U. nr 227, poz. 1505).

się ani jedna kompetencja z dziedziny polityk publicznych (*policy making*). Tymczasem na takim stanowisku konieczna jest nie tylko umiejętność trafnego identyfikowania problemów, ale również odpowiednie zaplanowanie, przeprowadzenie oceny skuteczności podjętych działań, włączenia ewaluacji *ex ante* oraz *ex post*, profesjonalne przygotowanie procesów wdrożenia, a także sprawne zarządzanie tym procesem.

Widać więc tutaj szczególnie duże dysproporcje pomiędzy wymaganymi na danym stanowisku kwalifikacjami a charakterem wykonywanych zadań. Zadania wymagają znaczenie wyższych kwalifikacji niż te, które zostały zapisane. Na przykład w porównaniu do Wielkiej Brytanii, w polskim Ministerstwie Zdrowia brakuje precyzyjnego zakresu kompetencji dla osób piastujących wyższe stanowiska. Tym samym nie ma kryteriów ocen stopnia opanowania określonych kwalifikacji<sup>7</sup>.

Wydaje się również, że w opisie stanowisk kierowniczych w Ministerstwie Zdrowia powinny pojawiać się umiejętności przywódcze, umiejętność kreślenia strategicznych wizji oraz motywacji pracowników do osiągnięcia zamierzonych celów w polityce zdrowotnej. Proces wartościowania wyższych stanowisk pracy w Ministerstwie Zdrowia został dopiero rozpoczęty. W związku z tym nie jest możliwe wykorzystanie ich wartościowania do racjonalnego kształtowania wynagrodzeń i w ten sposób motywowania do osiągnięcia zamierzonych rezultatów.<sup>8</sup>

Ministerstwo Zdrowia stosuje także pewne elementy zarządzania kompetencjami w odniesieniu do kadr nie-kierowniczych.<sup>9</sup> Urzędnicy służby cywilnej mają indywidualne programy rozwoju zawodowego, które zawierają planowaną ścieżkę kariery zawodowej. Natomiast pozostały personel, czyli pracownicy służby cywilnej, podlegają systemowi oceny okresowej i na jej podstawie jest określona ścieżka rozwoju zawodowego pracownika.<sup>10</sup>

Indywidualny program rozwoju zawodowego jest podstawą do kierowania urzędnika służby cywilnej na szkolenia. Zapis art. 75 ustawy o służbie cywilnej<sup>11</sup> precyzuje, że przy ustalaniu indywidualnego progra-

<sup>7</sup> [www.skillsforhealth.org.uk/competences/Public%20Health.aspx](http://www.skillsforhealth.org.uk/competences/Public%20Health.aspx).

<sup>8</sup> Proces przebiega w oparciu o Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 8 maja 2009 roku w sprawie warunków i sposobu przeprowadzania ocen okresowych członków korpusu służby cywilnej, Dz. U. 2009, nr 74, poz. 633.

<sup>9</sup> W Polsce korpus służby cywilnej administracji publicznej tworzą pracownicy służby cywilnej oraz urzędnicy służby cywilnej (zatrudnieni na podstawie mianowania w wyniku ukończenia Krajowej Szkoły Administracji Publicznej albo zdania egzaminu).

<sup>10</sup> Zgodnie z art. 81 ustawy z dnia 21 listopada 2008 roku (Dz. U. nr 227, poz. 1505) i na jej podstawie zostanie określona ścieżka rozwoju zawodowego pracownika.

<sup>11</sup> Ustawa z dnia 24 sierpnia 2006 roku o służbie cywilnej, Dz. U. 2007, nr 170, poz. 1218 z późn. zm., tekst jednolity.

mu rozwoju zawodowego brane są pod uwagę: (1) ocena okresowa pracy urzędnika służby cywilnej, dokonywana przez bezpośredniego przełożonego, (2) perspektywy wykonywania pracy zawodowej, (3) potrzeby i możliwości urzędu w zakresie zatrudnienia, (4) potrzeby i możliwości urzędnika służby cywilnej ustalane w wyniku przeprowadzonych z nim uzgodnień.

Brak systemu i strategii budowy kwalifikacji może być jedną z przyczyn kłopotów, jakie respondenci odczuwali przy odpowiedzi na pytanie o standardy profesjonalności. Większość uznała, że nie są one sformalizowane. Niektórzy mylą je z regulaminem albo z zakresem obowiązków. Inni wskazują na kodeks pracownika służby cywilnej<sup>12</sup>. Jedna osoba stwierdziła, że nie jest potrzebne zarządzanie kwalifikacjami (jeśli już, to dla systemu płac). Wśród dyrektorów panowała opinia, że mają system w swojej jednostce/departamencie, ale nie jest on sformalizowany.

Jeden z dyrektorów mówi, że w jego departamencie pojawiło się pojęcie systemu zarządzania kwalifikacjami pracowniczymi w związku z realizacją programów unijnych. „Dotyczy to szczególnie pionu finansowego, przed którym stanęło wiele zadań nowego rodzaju wymagających rozbudowywania ich wiedzy w danym kierunku. Wymaga to uczestnictwa tych osób w kursach doszkalających. Mamy też sformalizowaną - w budżecie projektu - ścieżkę zarządzania ich kwalifikacjami.” Jedna osoba na pytanie o system doksztalcenia przeznaczony dla wyższej kadry zarządzającej odpowiedziała: „Nic mi nie wiadomo, aby taki system był. Były organizowane spotkania dyrektorów, ale miały one charakter wytycznych, a nie doksztalcenia. Jest deficyt w planowaniu profilu programowego. Jak już się jest dyrektorem, to jakoś to będzie. Takie mam poczucie”. Kolejna z wypowiedzi: „Nie ma standardów profesjonalności. Ocena wyników jest na podstawie stopnia zrealizowania budżetu. Są czasem, nazwałbym to wyspy, na których można dostrzec aspekty zarządzania kwalifikacjami pracowniczymi, ale generalnie nie ma”.

W kwestionariuszu było także pytanie o ścieżkę kariery kadry zarządzającej. Jej przedstawiciele nie posiadają jednoznacznego pojęcia tego terminu. Kojarzy się on z awansami, natomiast nie ma pojęcia awansu poziomego. Jeden z respondentów na pytanie „Czy można uznać, że w Ministerstwie Zdrowia istnieje pojęcie ścieżki kariery zawodowej i jest ono realizowane w praktyce”, odpowiedział: „I tak, i nie. Dla osób startujących z niskiego szczebla - np. podreferendarza - taka ścieżka jest jednoznaczna i jasna. Dla mnie - i mówię to bez wyrzutu - nie ma, bo ja nie będę wiceministrem, czy ministrem. Zależy to zatem od poziomu startu. Nie do

---

<sup>12</sup> W administracji publicznej istnieje Kodeks Etyki Służby Cywilnej (Zarządzenie nr 114 Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 października 2002 roku).

końca jest ona klarowna, bo nie ma takiej ścieżki opisanej. Jest jednak zindywidualizowana ocena pracowników i weryfikowana ścieżka zawodowa. Jak to działa, to już inna sprawa”.

Kadra nie dostrzega możliwości awansu poziomego. Jeden z respondentów mówi: „Moja droga kariery w Ministerstwie Zdrowia kończy się na stanowisku, na którym się zaczęła, dlatego trudno mówić o ścieżce i jej elementach. Naturalną rzeczą powinno być, że wyższa kadra urzędnicza tworzy korpus kadrowy, z którego rekrutuje się odpowiednie osoby na stanowiska wiceministrów, czy ministra. Jednak tak nie jest, bo to już są stanowiska polityczne. Powinny być możliwości wykorzystania wyższych kadr urzędniczych w rządzie fachowców”. Inny głos: „Urzednicy pracujący w Ministerstwie Zdrowia mogą planować swoją ścieżkę rozwoju zawodowego, ale nie wyżsi urzędnicy. Dla nich ścieżka ta jest niesformalizowana (....) dla wyższych urzędników nie ma takiej ścieżki. Wyżej są już stanowiska polityczne”.

Analiza wypowiedzi w kwestionariuszu wskazuje, że po stronie kadry jest duże zrozumienie dla problematyki kwalifikacji i świadomość ich znaczenia, nie tylko z uwagi na ich osobistą karierę zawodową, ale z uwagi na zdolność instytucji do profesjonalnego działania. Poza tym nacisk na szkolenia ma dodatkową wartość wobec faktu, że większość kadry nie planuje kontynuowania kariery zawodowej poza Ministerstwem Zdrowia (część osób podkreśla jednak, że nie wybiega daleko w przyszłość). Oznacza to, że inwestycje w kwalifikacje procentowałyby w tej instytucji przez długi okres. Za pozytywne należy uznać, że respondenci nie wskazywali na czynniki polityczne, które miałyby decydować o mianowaniu na stanowiska. Jedna osoba, która pracowała w Ministerstwie Zdrowia przed ok. 10 laty, stwierdziła, że odeszła z ministerstwa z powodów politycznych.

#### **4. Charakterystyka kadr zarządzających w centralnych instytucjach systemu ochrony zdrowia**

Badania ankietowe<sup>13</sup> wykonane na potrzeby tego raportu pokazują, że kadry zarządzające w centralnych instytucjach systemu ochrony zdrowia (Ministerstwo Zdrowia i wybrane agencje wykonawcze) są dobrze

---

<sup>13</sup> Na potrzeby raportu powstał kwestionariusz, który był podstawą do przeprowadzenia wywiadu pogłębionego z 15 przedstawicielami kadry zarządzającej Ministerstwa Zdrowia oraz jego agencji wykonawczych. Pytania dotyczyły przebiegu kariery zawodowej, możliwości doksztalcania, metod zarządzania kwalifikacjami, zarządzania wiedzą, opinii o barierach ograniczających efektywne zarządzanie, itp.

wykształcone. W gronie dyrektorów<sup>14</sup> znajdują się osoby ze stopniami naukowymi, część po studiach medycznych, większość po specjalistycznych studiach podyplomowych w zakresie zdrowia publicznego (zarządzania organizacjami w ochronie zdrowia, zarządzania jakością itp.). Wszystkie osoby zajmujące stanowisko dyrektora posiadają tytuł zawodowy magistra lub równorzędny, w tym: magistra pielęgniarstwa (2), magistra prawa (1), magistra administracji (1), lekarza (2).

Kadra zarządzająca uczestniczy w kształceniu ustawicznym, które obejmuje między innymi: nowe technologie w teleinformatyce; ubezpieczenia zdrowotne; uprawnienia do zasiadania w radach nadzorczych; zarządzanie jakością; redagowanie i produkcję wydawnictw promocyjnych; komunikację interpersonalną we współpracy zespołowej. Przedstawiciele kadry uczestniczyli również w szkoleniach organizowanych przez Krajową Szkołę Administracji Publicznej, m.in. obejmujących: tworzenie wizerunku urzędu, sztukę negocjacji, zarządzanie projektami europejskimi, zarządzanie procesem zmiany, budżet ogólny WE, specjalistyczny warsztat językowy.

Wysoki status edukacyjny posiadają także osoby zajmujące stanowisko zastępcy dyrektora<sup>15</sup>. Wielu zdobyło dodatkowe kwalifikacje dzięki studiom podyplomowym w zakresie: zarządzania i ekonomii technologii medycznych, historii. Uczestniczą również w szeregu szkoleń dotyczących między innymi: prawa medycznego, dialogu społecznego, programu rozwoju kobiet menedżerów, nowoczesnego zarządzania zasobami ludzkimi, komunikacji wewnętrznej, zasad opracowywania i opiniowania aktów prawnych oraz techniki legislacyjnej. Uczestniczyli również w szkoleniach organizowanych przez KSAP, obejmujących m.in.: prawo konkurencji Wspólnoty Europejskiej, postępowanie przed Europejskim Trybunałem Sprawiedliwości, język prawniczy UE.

Dodatkową zaletą wydaje się także to, że obecną kadrę zarządzającą tworzą w większości osoby z wysokim stażem pracy. Stanowiska kierownicze uzyskali zazwyczaj w wyniku otwartego, konkurencyjnego naboru. Procedura konkursowa obejmuje test wiedzy (zaliczenie testu wymaga udzielenia 60% prawidłowych odpowiedzi) oraz rozmowę kwalifikacyjną. W jej trakcie komisja zadaje kandydatom trzy pytania jednakowej treści, a oceny punktuje od 0 do 5.

Według badań OECD opublikowanych w 2009 r., w Polsce w systemie rekrutacji na wyższe stanowiska w administracji publicznej preferuje

---

<sup>14</sup> Dyrektorzy analizowanych departamentów posiadają tytuł zawodowy magistra lub równorzędny, w tym: magistra pielęgniarstwa, magistra prawa, magistra administracji, lekarza.

<sup>15</sup> Posiadają tytuł zawodowy magistra lub równorzędny, w tym: magistra pielęgniarstwa, magistra prawa, magistra politologii i nauk społecznych, magistra inżyniera budownictwa lądowego, lekarza.

się raczej awansowanie osoby już zatrudnionej w administracji, niż osoby z zewnątrz (*career-based recruitment system*).<sup>16</sup> Obecne regulacje wymagają jednak organizowania otwartego naboru na stanowiska kierownicze. Ministerstwa same organizują proces rekrutacji. W tym zakresie praktyki międzynarodowe są zróżnicowane. W niektórych krajach istnieją odrębne instytucje odpowiadające za rekrutację. W Wielkiej Brytanii natomiast proces rekrutacji należy do zakresu odpowiedzialności ministerstwa i jego agencji. Ministerstwa muszą jednak przestrzegać centralnych regulacji. Dodatkowo proces rekrutacji jest monitorowany przez niezależne ciało.<sup>17</sup>

Badanie przeprowadzone na potrzeby niniejszego raportu wskazuje, że kadra zarządzająca przywiązuje wielką wagę do aktualizowania i wzbogacania swoich kwalifikacji. Wiele osób uznaje to za podstawę do sprawnego wykonywania swojej pracy. Doceniają one wsparcie udzielane przez ministerstwo w zakresie doksztalcania. Wprawdzie padały głosy, że ministerstwo nie jest w stanie finansować szkoleń oferowanych przez sektor prywatny, ale doceniane są te możliwości, które istnieją. Respondenci wskazują, że rzeczywistość wymusza doksztalcanie. Jeden z nich uznał za fakt zupełnie naturalny, że do końca życia będzie się uczył. W jednym z departamentów około 60% zatrudnionych uczestniczyło w szkoleniach w ciągu ostatniego roku, ale w długiej perspektywie uczestniczy w nich 100%. W innym departamencie w ciągu roku każdy pracownik merytoryczny bierze udział w szkoleniu. Na początku roku ustalany jest program szkoleń dostępnych na rynku wewnętrznym i zewnętrznym. Wypowiedź menedżera: „Bardzo pozytywnie oceniam te możliwości. Nie mam żadnych problemów z wysyłaniem pracowników na konferencje, czy szkolenia. Pracownicy departamentu mogą się doksztalcać, a ofert jest dużo”. Kolejna wypowiedź: „Ministerstwo Zdrowia stwarza te same możliwości doksztalcania jak inne resorty”. Jeden z dyrektorów stwierdził, że raz w roku znajdzie szkolenie istotne z punktu widzenia jego stanowiska.

Niektórzy respondenci dostrzegali jednak problemy. Istnieją ograniczenia w dostępie do doksztalcania, które wynikają z trybu pracy, braku możliwości planowania kalendarza pracy, braku czasu, braku dostępu do dłuższych kursów. Jeden z respondentów powiedział, że może pozwolić sobie na szkolenie raz w roku, a to, w jego odczuciu, za mało. Większość wskazuje, że czas pracy wypełniają głównie bieżące sprawy. Wypowiedź: „Sprawy bieżące stanowią ogromną większość tego, czym się zajmujemy”. Kolejna wypowiedź wskazuje na inny aspekt: „System doksztalcania powinien być wzbogacony o kontakty indywidualne z dyrektorem generalnym urzędu, aby ustalić wspólnie, w jakim obszarze jest potrzeba doszkalania.

<sup>16</sup> *Government At Glance*, OECD, Paris, 2009, s. 78-79.

<sup>17</sup> *The State of the Public Service*, OECD, Paris 2008, s. 40.

Być może jest tu zbyt swoboda zostawiona urzędnikom, którzy wybierają szkolenia niekoniecznie najbardziej potrzebne”.

Respondenci zgłaszają ważność takich kwalifikacji i umiejętności, jak: umiejętności administracyjne, zarządzanie czasem, personelem, znajomość prawa w zakresie finansów i ochrony zdrowia, reguły działania systemu zdrowia w sali mikro i makro, wiedza o zarządzaniu systemem, umiejętności analityczne, zarządzanie w sytuacjach kryzysowych, organizacja pracy, znajomość legislacji. Zgłaszają zapotrzebowanie na głębsze kwalifikacje w zakresie: ekonomii, finansów, zarządzania zespołami ludzkimi, zarządzania projektami. Tylko jedna osoba uznała, że nie ma potrzeb podniesienia kwalifikacji, a te, które już posiada jej wystarczają. Niektórzy uznawali, że aby pracować w Ministerstwie Zdrowia, trzeba mieć wiedzę medyczną.

**Wokół systemowego podejścia do budowania kwalifikacji.** W centralnych instytucjach systemu ochrony zdrowia problemem nie jest niskie zaangażowanie pracowników w tę sferę, czy niezrozumienie jej znaczenia. Respondenci uważają, że brakuje systemowego podejścia do kształcenia w kierunku zdobywania określonych kwalifikacji, które uznaje się za ważne dla realizacji misji Ministerstwa Zdrowia. Wypowiedź: „Tak, jest możliwość szkolenia się w różnych formach. Trudno tu jednak mówić o systemowym podejściu do doskonalenia kwalifikacji. Zwykle są to działania doraźne. Dopiero mamy zamiar wprowadzić system oceny pracowników i ich szkolenia”. Problemem jest to, na ile stosowane metody i instrumenty zarządzania zasobami ludzkimi tworzą spójny system. Wypowiedzi wskazują, że nie jest on czytelny dla personelu i kadr zarządzających, szczególnie w odniesieniu do zasobów kwalifikacji, które mogłyby uznać za kluczowe dla swoich instytucji. Znaczna część respondentów negatywnie odpowiadała na pytanie o to, czy w ich instytucjach istnieje taki aspekt w sferze zarządzania zasobami ludzkimi, który można byłoby określić mianem zarządzania kwalifikacjami pracowniczymi. Jedna z osób stwierdziła, że na poziomie departamentu ma system zarządzania kwalifikacjami, ale nie jest on sformalizowany. Większość wskazuje, że nie ma systemu. Jeden z respondentów na pytanie o to, czy istnieje w Ministerstwie Zdrowia system zarządzania kwalifikacjami pracowniczymi, powiedział: „To jest w pewien sposób wymuszone ustawą i myślę, że znacznie to lepiej funkcjonować. Problem będzie jednak leżał w sposobie i możliwościach realizacji ścieżek kariery”.

Poważnym problemem jest także brak dokumentu (strategii), który byłby próbą kompleksowego opisu strategii budowy potencjału kwalifikacji pracowniczych i zarządczych wraz ze wskazaniem sposobów ich pozyskiwania w różnych perspektywach czasowych. Spójny i czytelny system

jest podstawą do tego, aby instytucja była w stanie zapewnić zarówno kadrom zarządzającym, jak i całemu personelowi wysokie i adekwatne kwalifikacje, nawet w sytuacji gdy nie można spełnić wszystkich oczekiwań w zakresie finansowania dokształcania.

Kadry zarządzające zasobami ludzkimi (HR) mogą racjonalnie konstruować programy szkoleniowe adekwatne do potrzeb instytucji tylko w ramach spójnego i logicznego systemu, który został wyartykułowany. W innym wypadku programowanie rozwoju kwalifikacji jest bardzo utrudnione, zwłaszcza w zakresie tych kwalifikacji i umiejętności, które są potrzebne, aby resort dysponował potencjałem do działania zgodnie z istniejącymi i przyszłymi wyzwaniami. Ramowy system powinien wskazywać, jaki poziom i zakres kompetencji ma zostać przypisany poszczególnym stanowiskom pracy. Ważne są także metody ewaluowania stopnia, w jakim kadry posiadają dane kwalifikacje. Dzięki istnieniu takiej strategii pracownicy mogą uzyskać orientację, jaką politykę kształcenia i budowy kwalifikacji prowadzi ich pracodawca, jakie wymogi stawia i jakie daje możliwości ich uzyskania w miejscu pracy. Posiadanie takiego systemu jest wyrazem potencjału instytucji, który wyraża się w jej zdolności *do identyfikacji kluczowych kompetencji, do ich szybkiego uruchomienia, rozpoznania i zachęcenia swoich pracowników do ich rozwoju*<sup>18</sup>. Osią polityki zasobów ludzkich na poziomie organizacji powinna być identyfikacja kompetencji, plan ich rozwoju, budowanie zaangażowania pracowników w dokształcanie oraz budowanie atmosfery, która sprzyja nabieraniu nowych kompetencji<sup>19</sup>.

Brak precyzyjnego systemu budowy kwalifikacji i standardów profesjonalności powoduje, że trudno jest ocenić, na ile szkolenia, w których uczestniczyli przedstawiciele kadry zarządzającej wspierały potencjał Ministerstwa Zdrowia. W każdym razie nie było tam szkoleń, które podnosiłyby kompetencje analityczne, umiejętność posługiwania się wskaźnikami i narzędziami ewaluacyjnymi. Koreponduje to jednak z tym, że w oficjalnych dokumentach ministerstwa nie wymienia się tego typu kwalifikacji jako istotnych dla pracy resortu. Natomiast autorzy niniejszego raportu uznają te kompetencje za istotny komponent kwalifikacji, ponieważ ich znaczenie jest mocno podkreślane w narodowych systemach kwalifikacji państw najwyższej rozwiniętych.

Brak całościowej strategii w powyższym rozumieniu rodzi wiele niebezpieczeństw: przecoczenie ważnych kwalifikacji, złe uszeregowanie

---

<sup>18</sup> Ramy dla działań na rzecz ustawicznego rozwoju kompetencji i kwalifikacji. *Wspólne stanowisko europejskich partnerów społecznych w sprawie kształcenia ustawicznego*, „Dialog. Pismo Dialogu Społecznego”, nr 3/2008, s. 18.

<sup>19</sup> B. Surdykowski, *Dialog wokół kształcenia ustawicznego*, „Dialog. Pismo Dialogu Społecznego”, nr 3/2008.



priorytetów, zastosowanie niewłaściwych narzędzi w doksztalcaniu, niejasności w odbiorze pracowników, brak zaangażowania pracowników w budowanie atmosfery sprzyjającej wysokiemu poziomowi kompetencji. Strategia budowy kompetencji pracowniczych wydaje się szczególnie ważna w obliczu bardzo wysokiej rotacji, a także problemów ze znalezieniem odpowiednich kadr. Wypowiedź respondenta: „Dużo osób ma niewystarczające kwalifikacje, nie umie pisać pism urzędowych”. Niektórzy dyrektorzy mówią, że od lat nie mogą znaleźć zastępców z odpowiednimi kwalifikacjami. Niektórzy respondenci z Ministerstwa Zdrowia w ogóle nisko oceniają jakość zasobów ludzkich w tym ministerstwie. Dwóch respondentów oceniło je - w skali dziesięciopunktowej - na 3 punkty (jeden z respondentów podkreślił, że wynika to z wysokiego poziomu rotacji), kolejnych czterech - na 4 i 5 punktów.

## 5. Charakterystyka rotacji w centralnych instytucjach systemu ochrony zdrowia

Jak pisze J. Górniak, stabilizacja personelu sprzyja wytworzeniu silnej kultury organizacyjnej, a ta z kolei ma kluczowe znaczenie integracyjne i dynamizujące działania instytucji. *Silna kultura organizacyjna umożliwia istnienie wspólnego systemu znaczeń i zrozumienie zdarzeń w organizacji, przyczynia się do redukcji złożoności i niepewności. Wspólnie akceptowane wyobrażenia o wartościach, zobowiązaniach i normach zachowania, redukują potrzebę struktury formalnej.*<sup>20</sup>

W powyższym znaczeniu, instytucje ochrony zdrowia mają ogromne trudności z uzyskaniem korzyści ze stabilności personelu. Rotacja zarówno na stanowiskach kierowniczych, jak i wśród szeregowych pracowników jest znaczna. W niektórych departamentach w ciągu roku odchodzi 30% personelu. W dłuższym nieco okresie odchodzi powyżej 50%. Czasami w ciągu 2-3 lat następuje wymiana całego składu.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2008 r. w Ministerstwie Zdrowia zatrudnionych było ogółem 525 osób, a w ciągu tego roku z 86 osobami rozwiązano umowę o pracę<sup>21</sup>. Wysoka rotacja ma miejsce na stanowiskach dyrektorów i wicedyrektorów. Jak wskazuje tabela nr 1, w niektórych latach następowała zmiana znacznej części dyrektorów i wicedyrektorów. W 2002 roku odwołano 11 dyrektorów departamentów (na 18) i 10

<sup>20</sup> J. Górniak, *Zasady budowania porządku organizacyjnego a funkcje administracji publicznej*, w: *Administracja publiczna*, red. J. Hausner, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 163.

<sup>21</sup> Liczba ta nie obejmuje 14 osób, którym udzielono na przestrzeni roku 2008 urlopów wychowawczych i 2 osób, którym udzielono długotrwałych urlopów bezpłatnych.

wicedyrektorów. Mogło to mieć związek z cyklem wyborczym (wybory parlamentarne jesienią 2001 r.). Ale w następnych latach widoczna jest dalsza znaczna rotacja. W 2003 roku odwołano i powołano 8 dyrektorów. W kolejnych latach również miała miejsce znaczna skala odwołań i nominacji, zwłaszcza w 2007 oraz w 2008 r.

Wysoka rotacja na stanowiskach kierowniczych sprawia, że staż pełniących je osób nie jest długi. Na stanowisku dyrektora wynosił on przeciętnie niespełna 2,5 roku (przedział od 5 miesięcy do 7 lat), a przeciętny okres zatrudnienia w Ministerstwie Zdrowia przed powołaniem na stanowisko dyrektora - 1,7 roku (przedział od 3 miesięcy do 3,7 lat). Ponadto można mówić o znacznej rotacji w agencjach wykonawczych. W Narodowym Funduszu Zdrowia w niektórych latach prezes były powoływany i odwoływany dwukrotnie w ciągu roku (2003, 2004). Obecny prezes jest siódmą osobą na tym stanowisku od 2003 roku. Duża rotacja była również na stanowisku wiceprezesa ds. medycznych (czwarta osoba od 2003 r.), wiceprezesa ds. finansowych oraz wiceprezesa ds. mundurowych.

Tabela 1

**Dyrektorzy i wicedyrektorzy odchodzący z pracy w MZ  
po odwołaniu ze stanowiska i pozostający w MZ**

Rok	Odwołani z zajmowanych stanowisk			
	Dyrektorzy	Kontynuacja zatrudnienia w Ministerstwie Zdrowia	Zastępcy dyrektorów	Kontynuacja zatrudnienia w Ministerstwie Zdrowia
2000	7	1	3	1
2001	4	-	3	-
2002	11	-	10	1
2003	8	2	7	3
2004	6	2	10	6
2005	3	3	6	4
2006	4	2	4	2
2007	4	-	7	2
2008	7	1	7	4
2009 (do 31 maja)	2	-	1	-

Źródło: Biuro Kadr Ministerstwa Zdrowia.

W Ministerstwie Zdrowia staż na stanowisku zastępcy dyrektora również wynosił przeciętnie 2,5 roku (przedział od 1 miesiąca do 7 lat 3 miesięcy), a przeciętny okres zatrudnienia przed powołaniem na stanowisko zastępcy dyrektora 3 lata i 6 miesięcy.

Dane z tabeli 1 wskazują, że znaczna część odwołanych dyrektorów i zastępców po odwołaniu z funkcji odchodziła z pracy w ministerstwie. Wskazuje to na destrukcję kwalifikacji zakumulowanych podczas pracy na stanowisku kierowniczym. W 2002 roku spośród 11 odwołanych dyrektorów żaden nie kontynuował pracy w Ministerstwie Zdrowia na innych stanowiskach. W roku 2008 spośród 7 odwołanych dyrektorów - tylko jedna osoba kontynuowała pracę w ministerstwie. Tylko nieco lepsza sytuacja jest w gronie wicedyrektorów.

Tabela 2.

### Rotacja na stanowiskach dyrektorów i wicedyrektorów

	Powołani		Odwołani	
	Dyrektorzy	Zastępcy dyrektorów	Dyrektorzy	Zastępcy dyrektorów
2000	-	3	7	3
2001	1	-	4	3
2002	10	7	11	10
2003	8	8	8	7
2004	5	12	6	10
2005	6	9	3	6
2006	7	7	4	4
2007	2	5	4	7
2008	10	4	7	7
2009 (do 31 V)	-	2	2	1

Źródło: Ministerstwo Zdrowia

Jednocześnie można mówić o względnie wysokim stażu pracy tych, którzy otrzymują stanowiska kierownicze. W grupie dyrektorów średni staż pracy ogółem wynosi 14,5 roku przy średnim stażu pracy w Ministerstwie Zdrowia - 5 lat i 5 miesięcy. Ponadto 4 osoby posiadają doświadczenie zawodowe związane z funkcjonowaniem sektora ochrony zdrowia, w tym w placówkach ochrony zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia (przedział od 2 lat i 9 miesięcy do 15 lat i 2 miesięcy). Średnia wieku na stanowisku dyrektora wynosi 40 lat, a rozpiętość wieku tej grupy pracowniczej waha się od 29 lat do 50 lat. W grupie zastępców dyrektorów średni staż pracy ogółem wynosi 18 lat i 4 miesiące (przedział od 6 lat i 1 mie-

siąca do 33 lat i 8 miesięcy). Średnia wieku na stanowisku zastępcy dyrektora wynosi 44 lata, a rozpiętość wieku w tej grupie pracowniczej waha się od 31 lat do 54 lat.

W Ministerstwie Zdrowia względnie wysoka jest także rotacja wśród urzędników służby cywilnej<sup>22</sup>. W 2008 roku wyniosła ona 15% i była wyższa zarówno od średniej liczonej dla ministerstw (Ministerstwo Zdrowia w 2008 r. sytuowało się na przedostatnim miejscu wśród 18 porównywalnych ministerstw). Wskaźnik fluktuacji jest wyższy od średniej również w Głównym Inspektoracie Farmaceutycznym i Głównym Inspektoracie Sanitarnym.

Rozpatrując zagadnienie rotacji w Ministerstwie Zdrowia nie sposób pominąć znaczenia wysokości płac w tym resorcie. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie stanowiło tam 64% wysokości wynagrodzenia lidera w administracji, czyli Ministerstwa Finansów<sup>23</sup>. Nieco lepszy poziom płac (w ujęciu porównawczym) notowano w Głównym Inspektoracie Farmaceutycznym (tam średnie miesięczne wynagrodzenie sytuowało pracowników GIF na miejscu 7) i w Głównym Inspektoracie Sanitarnym (pozycja 14)<sup>24</sup>.

W administracji publicznej istnieją poważne rozpiętości płacowe, często na analogicznych stanowiskach w różnych instytucjach. Obrazuje to poważny problem. Ponadto system płac uznawany jest za nadmiernie skomplikowany i niespójny. Jak czytamy w dokumencie strategicznym *Narodowe Ramy Odniesienia 2007–2013: Z przeprowadzonych badań wynika, że połowa z ankietowanych członków korpusu służby cywilnej nie zna kryteriów ustalania wynagrodzenia zasadniczego, ani wysokości nagród. Mało przejrzysty jest również system awansów. Utrudnia to skuteczne prowadzenie polityki kadrowo-płacowej w administracji.*<sup>25</sup> Stosowany mnożnik dopuszcza znaczne rozpiętości, co powoduje nadmierną rozpiętość płac. *Utrwała to ukształtowane historycznie, a nie zawsze uzasadnione merytorycznie zróżnicowanie wynagrodzeń pomiędzy jednostkami administracji publicznej.* Również raport *Polska 2030* wskazuje, że system określania wysokości płac jest nadmier-

<sup>22</sup> W Polsce korpus służby cywilnej składa się z urzędników służby cywilnej i pracowników służby cywilnej. Pierwsza kategoria zatrudnionych ma status mianowanych urzędników, co uzyskuje się w wyniku ukończenia Krajowej Szkoły Administracji Publicznej, albo zakończenie postępowania kwalifikacyjnego w służbie cywilnej (proces sprawdzania wiedzy, umiejętności i predyspozycji kierowniczych). W Ministerstwie Zdrowia w ogólnym stanie zatrudnienia pracuje ok. 10% pracowników, którzy są mianowanymi urzędnikami.

<sup>23</sup> Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, *Zatrudnienie i wynagrodzenia w służbie publicznej w 2008 roku*, Departament Służby Cywilnej, Warszawa, tab. 3, s. 4.

<sup>24</sup> Tamże, s. 5.

<sup>25</sup> Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, *Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007–2013*, dz. cyt., s. 77.

nie uznaniowy. Zmienna część wynagrodzeń nie jest wypłacana w oparciu o zobiektywizowane czynniki, ale uznaniowe<sup>26</sup>.

Poziom fluktuacji kadr należy traktować z pełną powagą. Może wytwarzać on wiele potencjalnych dysfunkcji organizacyjnych, przede wszystkim zanik pamięci instytucjonalnej, zacieranie się mechanizmów właściwych dla modelu organizacji uczącej się, w której ma miejsce zarządzanie wiedzą. Trudne jest ustanowienie odpowiednio spójnej kultury organizacyjnej. Jeden z respondentów powiedział: „nie ma wystarczającego poziomu integracji wewnątrz organizacji, nie ma więzi między pracownikami, bo jest duża fluktuacja kadr. Więzy nieformalne, koleżeńskie, przekładają się na wyższy poziom pracy. Ludzie nie są w stanie powiedzieć, co robi się w innej komórce organizacyjnej”.

Organizacja z tak dużym poziomem fluktuacji narażona jest na podstawowe trudności z osiągnięciem potencjału umożliwiającego sprostanie dzisiejszym wyzwaniom do generowania adekwatnych rozwiązań dla pojawiających się problemów w systemie zdrowia. Dla większości respondentów wysoki poziom rotacji należy do najważniejszych czynników, które utrudniają pracę. Jeden z respondentów – pracujący w jednej z agencji wykonawczych w stosunku do Ministerstwa Zdrowia – odnosząc się do pytania o największy problem w pracy, powiedział: „Rotacyjność i kadencyjność występująca od pewnego szczebla wzwyż. Są stanowiska, które są po prostu łupami politycznymi po każdym wyborach. Zmieniają się urzędnicy, a nie każdy, który tu przychodzi jest, że tak powiem, propaństwowy. Dla niektórych nie jest ważny interes ogółu”. Jeden z respondentów wskazał na brak poczucia ciągłości, również w zakresie fluktuacji na stanowiskach politycznych. Pracował już z 11 ministrami i 30 wiceministrami.

Kolejne rzeczy to zmieniające się przepisy i niskie wynagrodzenia. Jeden z respondentów za bariery w sferze zarządzania pracownikami uznaje ograniczenia finansowe i wynikające z nich trudności – niezadowolające warunki płacowe i przewlekłość procedur zatrudniania. „W tych warunkach budowanie zespołów jest niezwykle utrudnione. Jest duża fluktuacja kadr. Wiemy, że ludzie odchodzą do dużo lepiej płatnych prac”.

We współczesnych organizacjach podkreśla się, że struktura systemu płac wyższych kadr powinna zawierać elementy motywujące (*performance - related pay*). W polskiej administracji wciąż jednak nie są one rozwinięte. Poza zasadniczą częścią płac (*basic pay*), przeważają elementy związane ze stażem, funkcją oraz element uznaniowy. Płace są regulowane przez centralne ustawodawstwo. Trzeba tu jednak zaznaczyć, że tylko

<sup>26</sup> Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe*, Warszawa 2009, s. 307.

w nielicznych krajach politykę płac przeniesiono na poziom ministerstw. OECD badał rozmiar, w jakim kraje członkowskie wykorzystują oceny wyników pracy menedżerów w decyzjach dotyczących zarządzania zasobami ludzkimi. Polska znalazła się nieco poniżej średniego wyniku, ale z wynikami zbliżonymi do takich krajów, jak Francja czy Hiszpania<sup>27</sup>.

Powyższy obraz w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi wskazuje na konieczność stworzenia strategii realnych działań, które ustabilizowałyby personel centralnych instytucji systemu ochrony zdrowia. Konieczne jest także nakreślenie dojrzałej strategii rozwoju kompetencji. Instytucje muszą zdefiniować, które kwalifikacje uznają za kluczowe dla takiego realizowania funkcji zarządczych w systemie zdrowia, umożliwiającego sprostanie wyzwaniom. Konieczne wydaje się zbudowanie narzędzi do programowania rozwoju kompetencji, opracowanie metod wiązania inwestycji w rozwój pracowników z celami instytucji metod szacowania wpływu szkoleń na efektywność pracy. Kluczowe wydaje się zbudowanie potencjału analitycznego, który umożliwiłby prognozowanie zapotrzebowania na poszczególne niemedyczne kwalifikacje w systemie zdrowia i na stworzenie mapy różnych stanowisk pracy w tym obszarze, istotnym dla sprawności systemu. Potrzebna jest także strategia działań, zapewniających, że znajdą się odpowiednio wykształcone osoby, które będą mogły wypełnić te stanowiska. Oznacza to konieczność współpracy ze środowiskiem szkół kształcących na kierunkach zdrowia publicznego.

Warto podkreślić, że Światowa Organizacja Zdrowia w raporcie strategicznym *Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku* uwydatniła znaczenie pracy nad kompetencjami i kadrami. Zgodnie z celem nr 18 do 2010 roku wszystkie kraje członkowskie powinny wypracować rozwiązania, aby ich kadry dysponowały odpowiednią wiedzą, umiejętnościami i postawami. Powinny mieć między innymi systemy planowania, gwarantujące, że w systemie ochrony zdrowia będzie odpowiednia ilość wyszkolonych specjalistów, odpowiednie możliwości przeprowadzenia szkoleń dla kadry kierowniczej, administracyjnej i lekarskiej.

---

<sup>27</sup> *Government At Glance*, dz. cyt., s. 80–81.

## Rozdział drugi

# Centralne struktury instytucjonalne w systemie ochrony zdrowia

Analiza literatury przedmiotu wykazała, że praktycznie brak jest opracowań w zakresie problematyki narodowych systemów ochrony zdrowia pod kątem ich funkcji i przyjętych rozwiązań organizacyjnych.<sup>1</sup> W obszarze administrowania systemami ochrony zdrowia nie odnotowujemy prac komparatystycznych analizujących systemy europejskie. A zatem polskie rozwiązania można przedstawić co najwyżej w wątlým kontekście międzynarodowym.

Centralne instytucje zarządzania systemem ochrony zdrowia różnią się zasadniczo pod pewnymi względami, ale posiadają także cechy wspólne. Na przykład resorty zdrowia w poszczególnych krajach różnią się poczynając od zakresu przypisanych im zadań. W modelu brytyjskim ministerstwo zdrowia realizuje zadania również z zakresu zabezpieczenia społecznego, co jest bliskie rozwiązaniom czeskim i węgierskim. Inaczej jest w Polsce (zabezpieczenie społeczne leży w obszarze kompetencji Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej). Natomiast francuskie ministerstwo zdrowia realizuje także zadania w zakresie sportu i turystyki.

Narodowe ministerstwa można porównywać w pewnym zakresie w oparciu o zdefiniowanie (uogólnionego) zakresu ich zadań. Wówczas można porównywać sposób realizacji tych zadań. To podejście także implikuje szereg ograniczeń i sprawia, że wnioski z takiego porównania nie dają podstawy do formułowania jednoznacznych sądów. Innym sposobem analizy jest wprowadzenie założenia, że narodowe systemy zdrowia pomi-

---

<sup>1</sup> Badanie przeprowadzono w oparciu o zasoby bazy danych Medline PubMed oraz baz danych czasopism: „BMJ Journals”, „ProQuest Medical Library”, „ScienceDirect” (z serwera Elsevier), „Springer Link”.

mo różnicowania instytucjonalnego pełnią jednak zbliżone funkcje. Przyjmujemy za WHO istnienie czterech podstawowych funkcji w tych systemach:

- ♦ funkcja nadzoru/kierowania (*stewardship*);
- ♦ funkcja kreowania zasobów (inwestowanie oraz szkolenie i trening);
- ♦ funkcja dostarczania usług (w odniesieniu do indywidualnych pacjentów i całej populacji);
- ♦ funkcja finansowania systemu (pobieranie składki, zakupywanie świadczeń).<sup>2</sup>

Poprawne wypełnianie tych czterech funkcji ma prowadzić do realizacji podstawowych celów systemu ochrony zdrowia: (1) zapewniania zdrowia (tak jego poziomu, jak i równości w dostępie [*equity*]); (2) spełniania oczekiwań (*responsiveness*) niemedycznych populacji; (3) ochrony finansowej (uczciwego rozkładu obciążeń finansowych)<sup>3</sup>.

## 1. Modele struktur w organizacjach

Ministerstwo Zdrowia w Polsce analizowane jest poniżej w wielu wymiarach, w tym również jako przykład dużej organizacji funkcjonującej w istotnej i niezwykle złożonej polityce publicznej. Uznaje się tu, że sposób zorganizowania danej instytucji czy urzędu ma znaczny wpływ na jej efektywność, co w przypadku Ministerstwa Zdrowia przekłada się na jakość zarządzania całym systemem ochrony zdrowia.

Struktura organizacji definiowana jest tu jako całokształt powiązań występujących pomiędzy wszystkimi jej składowymi. *Struktura organizacyjna* wyraża się w podziale instytucji na komórki organizacyjne, podziale pomiędzy nie zadań i odpowiedzialności, układzie szczebli decyzyjnych, ich podporządkowaniu i wzajemnych zależnościach.<sup>4</sup> Organizacja ma stanowić infrastrukturę do działania w danej dziedzinie, która umożliwi koordynowanie indywidualnych i zespołowych wysiłków na rzecz osiągnięcia zaplanowanych wyników. Organizacja opiera się na wykorzystaniu powierzonych jej zasobów, zwłaszcza zasobów ludzkich.

<sup>2</sup> WHO, *Health systems functions*. Pozyskano 18 sierpnia 2009 roku z: [www.who.int/health-systems-performance/hfunctions.htm](http://www.who.int/health-systems-performance/hfunctions.htm).

<sup>3</sup> WHO, *Concept methods and debates*. Pozyskano 18 sierpnia 2009 roku z: [www.who.int/health-systems-performance/concepts.htm](http://www.who.int/health-systems-performance/concepts.htm).

<sup>4</sup> J. Górniak, *Zasady budowania porządku organizacyjnego a funkcje administracji publicznej*, w: *Administracja publiczna*, red. J. Hausner, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 151.



W przypadku urzędów takich jak ministerstwa, zakłada się również, że wykonywanie ich zadań (wyrażone w ustawie o działach administracji)<sup>5</sup> staje się możliwe dzięki odpowiednio zaplanowanej strukturze organizacyjnej. Zazwyczaj wskazuje się na dwa aspekty struktury: formalną (sformalizowane regulacje, statut i regulamin organizacyjny) oraz nieformalną (kultura organizacyjna). Jak pisze J. Górniak, *ostateczny kształt organizacji i jej kultury staje się wynikiem zderzenia wdrożonego modelu organizacyjnego z posiadanymi zasobami ludzkimi i materialnymi oraz warunkami otoczenia*<sup>6</sup>.

Organizacje, zwłaszcza duże, zyskują często cechy biurokratyczne. Samo sformułowanie „biurokratyczny” postrzegane jest pejoratywnie jako cecha takiej organizacji, która obciążona jest wieloma wadami (głównie ociężałością), czy dysfunkcjami, które czynią niemożliwą realizację zadanej misji. Sama wielkość organizacji niesie zagrożenie dysfunkcjami. Jedną z nich jest skłonność do przenoszenia celów (przeniesienie nacisku z celów organizacji na określone zadania - wycinkowość, formalizm, rytualizm). Kolejne zagrożenie to minimalizowanie stopnia trudności zadań stawianych przed kadrami organizacji. Organizacje i jej członkowie mogą przyjmować strategię „upraszczania otoczenia”, czy upraszczania wyzwań, które mają do zrealizowania. Dzięki temu organizacja uzyskuje wrażenie posiadania właściwych kompetencji.

Często spotykanym mechanizmem jest skłonność do minimalizowania skali generowania informacji zwrotnej o rezultatach swojego działania (brak mechanizmów ewaluacji). W zakresie polityki personalnej, w organizacjach biurokratycznych utrwała się przekonanie, że członkowie organizacji za swój największy sukces uważają wstąpienie do niej. Natomiast jej twórcze rozwijanie schodzi na dalszy plan. Tym samym powstaje tendencja, że *organizacja biurokratyczna wchodzi w konflikt z tymi członkami, którzy mają cechy osób zorientowanych na osiągnięcia, potencjalnych innowatorów identyfikujących i rozwiązujących problemy społeczne*.<sup>7</sup> W takiej organizacji osoby podejmujące innowacyjne przedsięwzięcia uznawane są za niełojalne, ponieważ zmieniają dotychczasowe rozwiązania. Stwarzają zagrożenie dla autorytetu przełożonych. W skrajnych przypadkach działania innowacyjne karane są sankcjami.

---

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej; [www.ms.gov.pl/wai/pl/53/1656/Ustawa\\_o\\_dzialach\\_administracji\\_rzadowej.html](http://www.ms.gov.pl/wai/pl/53/1656/Ustawa_o_dzialach_administracji_rzadowej.html).

<sup>6</sup> J. Górniak, *Zasady budowania porządku organizacyjnego a funkcje administracji publicznej*, art. cyt., s 151.

<sup>7</sup> Tamże, s. 155.

Cechą organizacji biurokratycznych jest hierarchiczność, czyli skoncentrowanie uprawnień decyzyjnych na szczycie organizacji. *Tam zbiegają się drogi komunikacyjne, tam również skupione są powiązania z otoczeniem.*<sup>8</sup>

**Organizacja otwarta.** W ostatnim okresie wiele państw podejmowało próby reorientowania swoich organizacji/institucji administracyjnych. Celem było nadanie im większego potencjału innowacyjności, czy lepsze wykorzystanie potencjału ludzkiego. Wprowadza się systemy motywacyjne, tworzy się struktury poziome, systemy ewaluacji, systemy wskaźników, które umożliwiają badania efektów. Tworzone są elastyczne struktury, które pozostawiają duże pole aktywności dla pracowników, również tych, którzy nie są zlokalizowani na szczytach organizacyjnej hierarchii. W takiej organizacji stawia się na kooperację, a nie konkurencję. Za czynniki sprzyjające aktywności uznaje się: *partycypację w podejmowaniu decyzji, klimat zaufania, raczej przywództwo niż formalne zwierzchnictwo kierowników, możliwość podejmowania działań przedsiębiorczych i eksperymentalnych dzięki środkom organizacji i możliwość sprawdzania rezultatów (osiągnięć) w kontaktach z otoczeniem (np. na rynku)*<sup>9</sup>.

Powstało wiele koncepcji, które zwiększają innowacyjność organizacji, jak struktura zespołowo-łańcuchowa Likerta, struktura oparta na zespołach zadaniowych, struktura kreatywno-macierzowa, różne odmiany struktur hybrydowych, struktura sztabowo-liniowa. Ta ostatnia wprowadza obok hierarchicznie podporządkowanych komórek linowych, komórki pomocnicze o charakterze funkcjonalnym (tzw. sztaby mają za zadanie dostarczanie informacji i doradzanie organom, którym są podporządkowane hierarchicznie, ale także innym komórkom, które są uplasowane poniżej ich pozycji). Wartością dodaną jest tu zasada korzystania z wyspecjalizowanych służb badawczo-analitycznych. W strukturach macierzowych kluczowa jest orientacja na efekty płynące z podziału pracy na projekty i zadania. Budowana jest identyfikacja pracowników z zadaniami i projektami.

Wiele analiz pokazuje, że w Polsce występują istotne problemy z budowaniem efektywnych instytucji publicznych, w tym na szczeblu centralnym. Potwierdza to wiele rządowych dokumentów i opracowań. W *Narodowych Ramach Odniesienia 2007–2013* czytamy: *W codziennej praktyce polskiej administracji nowoczesne metody zarządzania są stosowane rzadko. Głównym mankamentem jest relatywnie wąski zakres wykorzystywania koncepcji organizacji procesowej w realizacji zadań administracji charakteryzującej się tym, że organizacja i funkcjonowanie urzędu projektowane są „od dołu”,*

<sup>8</sup> Tamże.

<sup>9</sup> Tamże, s.157.

tj. wychodząc od konkretnej potrzeby klienta przechodzi się do analizy i organizacji procesu w kierunku jak najlepszego zaspokojenia potrzeb klienta, co przekłada się na wysoką jakość świadczonych przez urząd usług.<sup>10</sup> Strategia Rozwoju Kraju również ocenia stan rzeczy w sposób krytyczny: Pomimo znacznych zmian, jakich dokonywano w ciągu ostatnich kilkunastu lat, w administracji publicznej nie udało się w pełni wprowadzić pożądanych nowoczesnych technik zarządzania (...). Bez znaczącej poprawy sytuacji w tym zakresie, stan administracji publicznej pozostanie ograniczeniem, utrudniającym rozwój Polski. Ponadto na funkcjonowanie administracji publicznej negatywnie wpływa niskie zaufanie do władz i instytucji publicznych<sup>11</sup>. W innym miejscu czytamy diagnozę: Polską administrację publiczną nadal charakteryzują słabości systemowe, wynikające z zaszłości historycznych, jak i braku konsekwentnych reform jej funkcjonowania. W rezultacie administracja publiczna wykazuje się dużą rotacją kadr i brakiem odpowiednich systemów motywacyjnych<sup>12</sup>. Również najnowszy długofalowy dokument strategiczny Polska 2030 podkreśla, że w ciągu ostatnich kilkunastu lat wdrażano liczne zmiany w administracji rządowej, ale powstała organizacja o rozbudowanych i niefunkcjonalnych procedurach, które prowadzą do operacyjnej niewydolności i rozmywania odpowiedzialności<sup>13</sup>.

Podejmowane są liczne inicjatywy, które mają usprawnić system zarządzania w administracji publicznej. Jest to jednak z zasady niezwykle trudne zadanie wobec istnienia wielu głęboko zakorzenionych procesów, które konserwują obecne dysfunkcje. Prace zostały zapowiedziane w *Narodowych Ramach Odniesienia 2007-2013*. Jednym z celów jest objęcie wszystkich ministerstw i urzędów centralnych działaniami, które przyniosą poprawę standardów zarządzania. Ma nastąpić m.in. wzmocnienie zdolności w zakresie opracowywania i wdrażania polityk, strategii i programów (od etapu projektowania po ewaluację) (...) wzmocnienie komórek w urzędach odpowiedzialnych za monitorowanie i ewaluację polityk i strategii, w szczególności w urzędach na szczeblu regionalnym i lokalnym<sup>14</sup>.

<sup>10</sup> Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, *Program Operacyjny Kapitał Ludzki. Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007-2013*, Warszawa 2007.

<sup>11</sup> Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, *Strategia Rozwoju Kraju 2007-2015*, Warszawa 2006, s. 16 - [www.ukie.gov.pl/HLP%5Cfiles.nsf/0/908A60C68E59A839C1257266004B4D07/-file/SRKRm.pdf?Open](http://www.ukie.gov.pl/HLP%5Cfiles.nsf/0/908A60C68E59A839C1257266004B4D07/-file/SRKRm.pdf?Open).

<sup>12</sup> Tamże, s. 99.

<sup>13</sup> Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe*, Warszawa 2009, s. 303.

<sup>14</sup> Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, *Program Operacyjny Kapitał Ludzki. Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007-2013*, dz. cyt., s. 176.

## 2. Model zarządzania w Ministerstwie Zdrowia<sup>15</sup>

Ministerstwo Zdrowia można uznać za główną placówkę odpowiadającą za kreowanie i wdrażanie polityki ochrony zdrowia w Polsce<sup>16</sup>, jakkolwiek charakterystyka działu „zdrowie” w ustawie o działach administracji niezbyt kompleksowo ujmuje tę problematykę. Wymienia bowiem osiem zadań, nie tworzących całości, którą można byłoby uznać za politykę zdrowotną państwa. Główne zadania Ministerstwa Zdrowia, według ustawy, to nadzór nad obrotem wybranymi produktami, wybranymi instytucjami, profesjami, branżami czy sektorami usług.

Ministerstwo jest urzędem administracji rządowej, obsługującym Ministra Zdrowia w zakresie wykonywania zadań określonych w wyżej wymienionej ustawie.<sup>17</sup> Posiada ono wewnętrzną organizację, określoną w zarządzeniu ministra, która wyznaczyła funkcje poszczególnym komórkom organizacyjnym resortu.<sup>18</sup>

W światowej literaturze przedmiotu nie ma wypracowanych modeli (wzorów) pozwalających na ocenę struktur organizacyjnych resortów ochrony zdrowia, które mogłyby być wykorzystane w niniejszym projekcie. Z tego względu możemy odwołać się tylko do rozwiązań i narzędzi stosowanych w naukach organizacji i zarządzania oraz do dobrej praktyki zarządczej. Wskazują one - po pierwsze - że efektywna organizacja winna posiadać poprawnie zdefiniowaną misję i wizję oraz kierownictwo o wyraźnych cechach przywódczych. Po drugie, powinna posiadać możliwie płaską strukturę organizacyjną, z klarownymi i rozłącznymi podziałami zadań i obowiązków przypisanymi różnym komórkom organizacyjnym. Po trzecie, efektywna organizacja musi mieć potencjał do szybkiego reagowania na wyzwania rodzące się w jej otoczeniu i na oczekiwania interesariuszy. To z kolei implikuje konieczność permanentnego monitorowania otoczenia organizacji, czyli m.in. prowadzenia w sposób permanentny prac analitycznych (*policy studies*). Po czwarte, efektywna i nowoczesna organi-

---

<sup>15</sup> Rozdział oparty jest na analizach dokumentów (regulamin organizacyjny, statut, zakres czynności Sekretarza Stanu oraz Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia i inne wymienione w punkcie *Materiały* poniżej) jak i badaniach w formie wywiadów pogłębionych przeprowadzone wśród kierowników departamentów MZ. Lista analizowanych regulacji znajduje się w części *Materiały* przy końcu opracowania.

<sup>16</sup> Utworzone zostało na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 r. w sprawie utworzenia Ministerstwa Zdrowia (Dz. U. nr 91, poz. 1018).

<sup>17</sup> Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej - [www.mswia.gov.pl/wai/pl/53/1656/Ustawa\\_o\\_dzialach\\_administracji\\_rzadowej.html](http://www.mswia.gov.pl/wai/pl/53/1656/Ustawa_o_dzialach_administracji_rzadowej.html).

<sup>18</sup> Zadania poszczególnych departamentów Ministerstwa Zdrowia określa Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2006 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia, Dz. Urz. MZ 06.06.25.

zacja, a organizacja działająca w sferze ochrony zdrowia w szczególności, musi być transparentna między innymi po to, aby pozyskać zaufanie interesariuszy, w tym pacjentów. Po piąte, powinna być odpowiedzialna za powierzone jej zasoby i umieć zasobami tymi efektywnie zarządzać.

Na strukturę każdej organizacji można patrzeć pod wieloma kątami. W przypadku Ministerstwa Zdrowia można ją uznać za smukłą z punktu widzenia liczby poziomów kierowania. Posiada tylko trzy poziomy zarządzania: poziom ministra zdrowia, poziom sekretarza stanu i podsekretarzy stanu oraz poziom dyrektorów departamentów (kierowników biur). Za pozytywne można uznać również badanie rozpiętości kierowania w Ministerstwie Zdrowia (badanie to dotyczy liczby podwładnych, którymi kieruje dana osoba ze swojego szczebla zarządzania). W przypadku Ministra Zdrowia rozpiętość kierowania wynosi 7, wiceministrowie mają rozpiętość na poziomie 2-3, dyrektor generalny - 4. Wartości te można uznać za dobre (standardy mówią o rozpiętości kierowania z przedziału od 4 do 7), ale trzeba równocześnie wskazać, że w przypadku sekretarza stanu i podsekretarzy stanu są one nawet niższe niż przyjmowane standardy. To oznacza, że od strony formalnej tworzone są dobre warunki do efektywnego zarządzania z poziomu sekretarza stanu i podsekretarzy stanu.

Pewne zastrzeżenia może natomiast budzić zakres kierowania (wielość instytucji podlegających nadzorowi). Dotyczy to szczególnie jednego z podsekretarzy stanu, którego zakres kierowania przyjmuje zbyt wysokie wartości (nadzoruje poza 3 departamentami kilkadziesiąt instytucji, choć można domyślać się, że nie są one tak istotne dla systemu, jak np. Narodowy Fundusz Zdrowia<sup>19</sup>). To z kolei może negatywnie oddziaływać na efektywność i jakość działania tak podsekretarza stanu, jak i podległych mu departamentów. Powyższe oceny - z uwagi na brak pogłębionych analiz związanych z badaniem obciążenia pracą - muszą być jednak traktowane z dużą ostrożnością i nie mogą się one stać podstawą do uogólnień.

Strukturę komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia określa § 14 regulaminu organizacyjnego. Zgodnie z nim organizacja komórek może być oparta na ich podziale wydziałowym albo bezwydziałowym. Do tego dochodzi forma mieszana. Mamy tu do czynienia z pewnym arbitralnym rozstrzygnięciem, które nie harmonizuje z zasadami organizacyjnej elastyczności. W praktyce eliminuje to możliwość stosowania nowoczesnych rozwiązań, jakimi są struktury macierzowe. Są to struktury, które dana organizacja buduje wokół problemów lub projektów, realizowanych

---

<sup>19</sup> Nadzoruje on działalność jednostek organizacyjnych podległych lub nadzorowanych: Akademii Medycznej, Uniwersytety Medyczne, *Collegium Medicum* na Uniwersytecie Jagiellońskim oraz *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera (na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu) oraz 28 innych instytucji wymienionych w § 4, ust. 4, litery od b) do zg).

w danym czasie. Struktury macierzowe uznawane są za nowoczesne, ponieważ dostarczają niezwykle potrzebnej dziś elastyczności, umożliwiającej dostosowywanie się do wyłaniających się - czasem nagle i niespodziewanie - zjawisk i problemów. Struktury macierzowe zakładają organizowanie struktur przekrojowych, które biegną w poprzek tradycyjnych struktur zorganizowanych według realizowanych funkcji. Zakładają również, że następuje krzyżowanie struktur tradycyjnych ze strukturami przekrojowymi, powołanymi dla realizacji konkretnych przedsięwzięć. Przynosi to poziome formy organizacji, w ramach których odbywa się przekazywanie informacji i koordynacja prac. Daje to odciążanie czasami nadmiernie wykorzystywanych struktur pionowych (hierarchicznych).

W strukturze macierzowej następuje przenikanie się różnych poziomów odpowiedzialności i kompetencji. Daje to „bogatszy” proces decyzyjny (więcej poziomów konsultacji i współdecydowania), możliwość szerszej dystrybucji wiedzy podczas prac na różnych poziomach struktur. Struktury macierzowe wiążą się jednak z podwójnym podporządkowaniem i wymagają dużych umiejętności z zakresu koordynacji, harmonizowania działań, umiejętności dostosowywania się do pracy w zmieniających się grupach zadaniowych itd.

Brak rozwiniętych struktur poziomych sprawia, że organizacja wpada w kategorię organizacji hierarchicznych. Struktury poziome rozumiemy jako tworzenie i wykorzystywanie zespołów będących częścią składową różnych departamentów (czy biur) do realizacji określonych, wyraźnie zdefiniowanych w czasie projektów. Ich deficyt wyraźnie obniża wartość formalnie płaskiej struktury ministerstwa. Ta płaska struktura staje się bowiem nieelastyczna, ponieważ nie sprzyja realizacji projektów i zadań wychodzących poza ramy kompetencji i odpowiedzialności poszczególnych departamentów i biur.

W Ministerstwie Zdrowia funkcjonują zespoły przekrojowe (mieszane), ale według ocen kadry około 90% pracy realizowane jest w strukturach departamentów. Zespoły powoływane są przez dyrektora generalnego (§ 12 w Regulaminie), co wskazuje, że mogą mieć raczej funkcje organizacyjne, a nie są powoływane do realizacji wiodących zadań programowych.

Istnienie prostej, hierarchicznej struktury umożliwia sprawne zarządzanie w obszarze tradycyjnych problemów, które można zdefiniować w granicach branż, produktów, instytucji. Jest ono dostosowane do sterowania „ręcznego” w sensie wykonawczym, przy założeniu istnienia jako dominujących tradycyjnych zależności „przełożony-podwładny”. Tymczasem znaczna część dzisiejszych problemów nie daje się zamknąć w trady-

cyjnych kategoriach branż, produktów czy zależności. Wiele z nich wymaga przekrojowych działań, w poprzek tradycyjnych podziałów. Na przykład w dziedzinie polityki „matki i dziecka” potrzebne są różnorodne narzędzia działania i żadna tradycyjnie skonstruowana komórka nie jest w stanie ich zgromadzić. Są to bowiem narzędzia z różnych dziedzin medycyny, ale również z zakresu prawa, dialogu społecznego, rynku pracy, polityki społecznej itp.

Prosta, hierarchiczna struktura zapewnia raczej możliwość prostego administrowania instytucjami i zasobami systemu zdrowia (zwłaszcza administrowania w sensie niedopuszczenia do wystąpienia otwartego kryzysu w systemie ochrony zdrowia). Rzeczywiście ankietowani dyrektorzy potwierdzają, że na swoich stanowiskach administrują powierzonymi zadaniami i zasobami. Wynikiem ich działania jest zażegnanie wystąpienia otwartego kryzysu w swoim obszarze, ale przy obecnych strukturach organizacyjnych nie są oni w stanie kreować rozwiązań długofalowych, które dają szansę na uzyskanie wyższej sprawności systemu zdrowia. Przewaga hierarchicznych struktur naraża organizację na atomizację. W tym duchu można odczytać wypowiedź respondenta: „Dużym problemem jest komunikacja z innymi departamentami, wymóg jej pisemnej formy i opieszałość działań. Nie ma normalnego trybu informacji o działaniach innych departamentów, dostępnej agendy działań tam prowadzonych.”

Istniejąca struktura utrudnia, a w wielu wypadkach nawet uniemożliwia kreowanie innowacyjnych pomysłów. Brakuje jej bowiem podstruktur, w ramach których mogłyby one powstawać na drodze generowania wiedzy operacyjnej istotnej dla sprawności systemu ochrony zdrowia. Utrudnia ona także budowanie Ministerstwa Zdrowia jako organizacji uczącej się, reagującej na zmiany w otoczeniu, a także jako organizacji procesowej, która oparta jest na celach i zarządzana przez cele.

Trzeba jednak zaznaczyć, że powyższe problemy widoczne są w wielu urzędach centralnych. Dostrzegli to autorzy strategicznego rządowego raportu *Polska 2030: W polskiej administracji nadal dominuje Weberowski model silnie zhierarchizowanej administracji i rzadkiego delegowania kompetencji. Efektem jest niska skuteczność działania, przedłużające się procedury, trudności we wprowadzaniu nowoczesnych narzędzi zarządzania zasobami ludzkimi i systemów premiowych*<sup>20</sup>.

Współcześnie istnieją tendencje do decentralizowania części funkcji zarządczych, co znajduje wyraz w delegowaniu funkcji zarządzania na niższe poziomy w strukturach organizacyjnych. *Delegowanie władzy do me-*

<sup>20</sup> Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, *Wyzwania rozwojowe. Raport Polska 2030*, Warszawa 2009, s. 308.

nedżerów ułatwia organizacji publicznej bycie efektywnie atrakcyjnym pracodawcą. Zasoby pracy i rynek pracy zmieniły się podczas ostatniej dekady. Poszukujący pracy są obecnie lepiej wyedukowani, lepiej zorientowani i bardziej wymagający w zakresie treści pracy i szans rozwoju w pracy, a poza tym pracownicy publiczni coraz bardziej rozważają alternatywne zatrudnienie w sektorze prywatnym. Publiczni menedżerowie muszą być w stanie wchodzić w znaczący dialog z poszukującymi pracy i pracownikami, a także być w stanie odpowiadać na ich potrzeby i życzenia<sup>21</sup>.

Według OECD, kluczowym powodem, aby przeprowadzać delegowanie jest potrzeba upodmiotowienia publicznych menedżerów, a także umożliwienie im przystosowania swoich systemów zasobów ludzkich do specyfiki działań ich organizacji. Kraje OECD różnią się zarówno pod względem szybkości, jak i rozmiaru reform. Wynika to z różnych uwarunkowań politycznych, kulturowych i historycznych. Jednakże możliwe jest zidentyfikowanie funkcji, które zostały delegowane w wielu krajach OECD.<sup>22</sup> Dotyczy to między innymi delegowania na poziom departamentów działań w zakresie specyfikowania potrzebnych kompetencji i kryteriów wyboru pracowników, ale nie samej rekrutacji. Natomiast rzadko delegowane są funkcje związane z tworzeniem systemów/modeli karier i planowaniem, czy z klasyfikacją i ocenianiem stanowisk pracy.

Kreowanie struktur poziomych wzbogaciłoby proces zarządzania, zwłaszcza w zakresie, który pozwoliłby na generowanie większych zasobów wiedzy operacyjnej tak sformatowanej, aby była podstawą do tworzenia polityki zdrowotnej. Potrzebne są zwłaszcza struktury poziome, które byłyby wyrazem współpracy różnych szczebli zarządzania. Musiałyby one mieć jednak realny status, regulamin działania i tworzyć dorobek, który byłby publicznie dostępny. Regulamin Organizacyjny Ministerstwa Zdrowia przewiduje istnienie organów opiniodawczo-doradczych ministra. Wymienione jest tu samo kierownictwo ministerstwa w składzie: Sekretarz Stanu, Podsekretarze Stanu, Główny Inspektor Sanitarny, Główny Inspektor Farmaceutyczny, Szef Gabinetu Politycznego Ministra, Dyrektor Generalny, a także Kolegium Ministra, w skład którego wchodzi jako stali członkowie osoby piastujące powyższe funkcje oraz dyrektorzy komórek organizacyjnych Ministerstwa, rzecznik prasowy i doradcy Ministra. Z oficjalnych dokumentów nie można jednak stwierdzić, jaką rolę pełni Kolegium Ministra (nie ma regulaminu, zasad, trybu spotkań itp.).

Ponadto ministerstwo posiada w swoim otoczeniu szereg instytucji wykonawczych. Wiele z nich posiada w poszczególnych zakresach

<sup>21</sup> *The State of the Public Service*, Paris 2008, s. 34.

<sup>22</sup> Tamże, s. 36.



wiedzę operacyjną istotną dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Oficjalne dokumenty nie pokazują jednak, w jakich konfiguracjach organizacyjnych współdziałają one w zakresie budowania potencjału resortu do tworzenia polityk publicznych. Wydaje się, że niektóre z nich potrzebują jednak większego poczucia kierunku w zakresie dążenia do określonych rezultatów.

Istnieje też ważna struktura konsultantów krajowych, ale ich funkcje wymagają większej dozy przejrzystości i legitymowania się dorobkiem w swoim zakresie. Potrzebne są także trwałe fora dialogu z różnymi środowiskami związanymi z systemem zdrowia, ale takie, które są w odpowiedni sposób sformalizowane (istnienie systemu członkostwa, przejrzyste zasady pracy, okazywanie się dorobkiem). W Ministerstwie Zdrowia działa szereg zespołów i rad z udziałem uznanych ekspertów w zakresie danych specjalizacji.<sup>23</sup> Podstawą ich działania są zarządzenia Ministra Zdrowia. Trudno jednak oszacować ich wkład w polityki zdrowotne. Na stronie internetowej nie jest przedstawiany ich dorobek. Wiadomo, że niektóre nie funkcjonują w sposób systematyczny.

**Brytyjskie struktury.** Struktura polskiego Ministerstwa Zdrowia dość znacznie odbiega od analogicznej instytucji w Wielkiej Brytanii i Francji. Zwłaszcza w brytyjskim modelu łatwo dostrzegana jest wielopoziomowa struktura ministerstwa. Bezpośrednią odpowiedzialność za całą instytucję ponosi stały sekretarz ministerstwa, który jest członkiem służby cywilnej i nie podlega politycznej rotacji. Na jego poziomie hierarchii istnieją jeszcze trzy stanowiska: Naczelny Dyrektor Wykonawczy Narodowej Służby Zdrowia (*NHS Chief Executive*), którego funkcja została usamodzielniona niedawno, a także Główny Przełożony ds. Medycznych (*Chief Medical Officer*). Te dwa pozostałe stanowiska również nie podlegają rotacji z przyczyn politycznych. Stały sekretarz ma zapewniać jednak przywództwo w ministerstwie i zarządzanie całym resortem.

Do powyższych trzech osób pełniących te stanowiska raportuje 16 dyrektorów generalnych i dyrektorów komórek. Wiele komórek nie ma charakteru branżowego czy produktowego. Komórki te to m.in. Finanse i Operacje, Program i Strategia, Komunikacja, Zatrudnienie, Badania i Rozwój, Poprawa zdrowia i Zabezpieczenie.<sup>24</sup> Stały sekretarz resortu w sposób bezpośredni zarządza dyrekcjami opieki społecznej, usług opiekuńczych,

---

<sup>23</sup> [www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m11&ms=1&ml=pl&mi=7&mx=6&ma=3](http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m11&ms=1&ml=pl&mi=7&mx=6&ma=3).

<sup>24</sup> Department of Health, *The DH Guide. A guide to what we do and how we do it*, December 2007, s. 51-52; [www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_083463.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_083463.pdf).

praw człowieka i równości, komunikacji, zarządzania resortem i rozwojem. Jest także głównym przełożonym księgowości.<sup>25</sup>

W centralnej strukturze zarządzania działa także struktura 6 niezależnych przełożonych zawodowych (*chief professional officers*).<sup>26</sup> Są to liderzy w swoich profesjach/specjalnościach. Zapewniają ministerstwu wiedzę ekspercką z zakresu dyscyplin zdrowia i opieki społecznej. Doradzają ministrom resortu zdrowia, a także innym ministerstwom i premierowi. Są to następujące stanowiska: główny przełożony ds. medycznych (*Chief Medical Officer*), główny przełożony ds. opieki pielęgniarstwa (*Chief Nursing Officer*), główny przełożony ds. stomatologii (*Chief Dental Officer*), główny przełożony ds. zawodów związanych ze zdrowiem (*Chief Health Professions Officer*), główny przełożony ds. farmacji (*Chief Pharmaceutical Officer*), główny przełożony ds. personelu naukowego (*Chief Scientific Officer*).

Jednocześnie istnieje cały szereg poziomych struktur uczestniczących w zarządzaniu. Ważną rolę odgrywa Rada Ministerialna (*The Departmental Board*), która odpowiada za doradztwo ministrom w zakresie rozwijania strategii i celów związanych ze zdrowiem i opieką społeczną, ustanawiania standardów dla ministerstwa, ram zarządzania nim i zarządzania ryzykami. Rada zarządza priorytetami i standardami działania. *Rada Ministerialna posiada całościową odpowiedzialność za strategiczny kierunek ministerstwa i ustanawia całościowe ramy planowania. Rada utrzymuje nadzór nad wynikami pracy ministerstwa*<sup>27</sup>. Ma w obowiązku przyjmowanie ważnych dokumentów, które mają charakter sprawozdań i założeń dla pracy resortu: np. plan działania (*Departmental Business Plan*), raport roczny ministerstwa (*Departmental Report*). Rada wspiera stałego sekretarza w wykonywaniu obowiązków jako Głównego Przełożonego Księgowości (*Principal Accounting Officer*) w ramach ustanowionych przez sekretarza stanu (*The Secretary of State*), czyli ministra gabinetowego.

W skład Rady wchodzi stały sekretarz resortu jako przewodniczący, szef wykonawczy NHS (*NHS Chief Executive*), Główny Przełożony Medyczny (*Chief Medical Officer*), trzech dyrektorów niewykonawczych (normalnie zajmują się przeglądem wyzwań dotyczących strategicznych kierunków pracy resortu, przeglądami procesu formułowania polityk zdrowotnych), dwóch dyrektorów generalnych (jeden odpowiada za politykę społeczną a drugi za finanse [*Finance and Operations*]).<sup>28</sup>

<sup>25</sup> [www.dh.gov.uk/en/Aboutus/MinistersandDepartmentLeaders/Departmentdirectors/-Boardmembers/DH\\_4132847](http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/MinistersandDepartmentLeaders/Departmentdirectors/-Boardmembers/DH_4132847).

<sup>26</sup> [www.dh.gov.uk/en/Aboutus/Chiefprofessionalofficers/index.htm](http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/Chiefprofessionalofficers/index.htm).

<sup>27</sup> Department of Health, *Business Plan 2009-11*, s. 26.

<sup>28</sup> [www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_083463.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_083463.pdf), s. 57.

Kolejnym ważnym poziomym ciałem jest Rada Zarządzania Resor-tem (*Corporate Management Board, CMB*).<sup>29</sup> Wspomaga ona proces zarząd-żania (w znaczeniu kierowania strukturą ministerstwa). Stanowi ona swo-iste forum przywództwa dla ministerstwa. Koordynuje pracę komórek, tworzy możliwość kontaktów poziomych między pracownikami, umożli-wia szerszy przepływ informacji, dokumentów itp. Przewodzi w zakresie planowania w resorcie i tworzenia priorytetów, poprawiania efektywności resortu jako organizacji. Rada kierowana jest przez stałego sekretarza mi-nisterstwa, a członkami są wszyscy dyrektorzy generalni oraz naczelny szef wykonawczy NHS (*NHS Chief Executive*), naczelny przełożony medyczny (*Chief Medical Officer*), naczelny przełożony ds. pielęgniarstwa (*Chief Nursing Officer*), naczelny przełożony ds. informacji, dyrektor medyczny NHS (*NHS Medical Director*). W jej posiedzeniach regularnie uczestniczą również: dyrektor operacyjny (*Director of Operations*), dyrektor ds. zasobów ludzkich (*Director of HR*), dyrektor ds. rozwoju resortu i usług (*Director of DH Development and Delivery*), kierownik wewnętrznej komunikacji (*Head of Internal Communications*). Rada zbiera się 6-7 razy w roku.

Szereg przedsięwzięć ministerstwa jest zarządzanych przez kolej-ne podmioty poziome, jak Rada Zarządzająca Narodową Służbą Zdrowia (*The NHS Management Board*), Komitet Doskonalenia i Zarządzania (*The Corporate Management and Improvement Committee*), Komitet Wyników Pracy (*The Performance Committee*), Grupa Praw Człowieka i Równości (*Equality and Human Rights Assurance Group*). Są także rady pojedynczych projektów i programów (*individual programme and project boards*).

Działa także struktura najwyższych przełożonych ministerstwa (*senior team*). W jego skład wchodzi między innymi: naczelny przełożony pielęgniarstwa (*Chief Nursing Officer*), dyrektor generalny ds. zasobów pracy (*Director General of Workforce*), dyrektor generalny ds. finansów NHS (*Director General of NHS Finance*), szef komórki Wyniki i Operacje (*Per-formance and Operations*), dyrektor generalny ds. komunikacji (*Director General of Communications*), dyrektor generalny ds. doskonalenia zdrowia i dyrekcji profilaktyki oraz departamentu przełożonego ds. nauki (*Director General for Health Improvement and Protection Directorate and Department's Chief Scientist*), dyrektor generalny ds. badań i rozwoju (*Director General of Research and Development for the Department of Health and NHS*), dyrektor generalny ds. Programu i Strategii (*Director General of Policy & Strategy*).<sup>30</sup>

<sup>29</sup> [www.dh.gov.uk/en/Aboutus/HowDHworks/BoardsandCommittees/DH\\_088624](http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/HowDHworks/BoardsandCommittees/DH_088624).

<sup>30</sup> Poza tym członkami tej struktury są także: Director General of Social Care, Local Government and Care Partnerships; General, Finance and Chief Operating Officer; Chief Information Officer for Health; NHS Medical Director (responsible for the Clinical Programmes, Healthcare Quality and Medicines, Pharmacy and Industry Directorates within the Depart-

Istnieje także struktura komitetów (*Committees*), które pełnią role doradcze w stosunku do różnych podmiotów w ministerstwie. Wspierają je w różnych zakresach, monitorują wykonywanie priorytetów. Działa Komitet Audytu (doradza Radzie Ministerialnej i przełożonym w księgowości w zakresie zarządzania ryzykiem, zarządzania organizacją. Działa także Komitet Regionów (*Committee of the Regions*), który wspiera ministerstwo w zapewnianiu świadczeń medycznych i społecznych w regionach. Jest także Komitet zarządzania ministerstwem i doskonalenia (podkomitet w Radzie Zarządzania Ministerstwem, CMB). Jego zadaniem jest zarządzanie ministerstwem w spójny i efektywny sposób. Koncentruje się na zdolnościach zarządczych, planowaniu, zarządzaniu wynikami pracy, zarządzaniu ryzykiem, tworzeniem wewnętrznych polityk publicznych. Działa także Komitet Wyników (*Performance Committee*), który konfrontuje wyniki z celami strategicznymi resortu, celami najważniejszych programów i projektów, czy celami finansowymi.

Niektóre struktury poziome powstają w wyniku zidentyfikowania w strukturach zarządczych resortu, czy strukturach systemu organizacyjnego placówek zdrowia (NHS)<sup>31</sup> obszarów, które wymagają specjalnej uwagi. Powstają grupy wykonawcze, które regularnie spotykają się i pracują. Gromadzą one wiedzę i doświadczenia, inicjują zmiany oraz tworzą podstawy do podejmowania decyzji. *DH Guide* wymienia pięć takich grup. Jedną z nich zajmuje się systemem zarządzania wynikami w systemie placówek zdrowia (NHS), inna procesem zlecania zadań podmiotom zewnętrznym. Grupa o nazwie *People Matters* zajmuje się elementami zarządzania zasobami ludzkimi (dostępność zasobów pracy, talenty, przywództwo, zaangażowanie pracowników itp.).

Jest także struktura narodowych dyrektorów klinicznych (*National clinical directors*). Są to eksperci, którzy nadzorują wdrażanie narodowych ram w zakresie usług publicznych lub strategii medycznych (*National Service Framework*). Działają oni jako obrońcy nakreślonych strategii w zakresie standardów opieki medycznej (w odniesieniu do postępowania przy określonych chorobach, np. nowotwór, choroby serca, czy choroby psychiczne, albo standardów w zakresie świadczeń dla określonych grup pacjentów (dzieci, osoby starsze).<sup>32</sup> Ustanawiają wymogi jakościowe dla świadczeń medycznych na podstawie danych o najefektywniejszych terapiach dla pacjentów. Wspierają placówki zdrowia w sprostaniu wymogom jakościowym. Współpracują z zespołami zajmującymi się programowaniem

---

ment of Health).

<sup>31</sup> [www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_083463.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_083463.pdf), s. 58.

<sup>32</sup> [www.nhs.uk/NHSEngland/NSF/Pages/Nationalserviceframeworks.aspx](http://www.nhs.uk/NHSEngland/NSF/Pages/Nationalserviceframeworks.aspx).

w ministerstwie, a także z ośrodkami, które dostarczają świadczeń. Odwiedzają lekarzy, tworzą zespoły zadaniowe z menedżerami zarządzającymi placówkami zdrowia, współpracują z Royal Colleges, aby zapewnić, że problematyka standardów świadczeń znajduje właściwe odzwierciedlenie w szkoleniach i edukacji kadr. Przewodzą zespołom zadaniowym, które rozwijają narodowe ramy usług medycznych. Są to w znacznej części uznane autorytety, z tytułami profesorów, którzy kierują ważnymi instytucjami.

W ministerstwie działa również ponad dwadzieścia eksperckich grup doradczych, które skupiają uznane postaci z poszczególnych zagadnień, głównie medycznych. Ich działalność jest przedstawiana opinii publicznej za pomocą stron internetowych. Istnieje kodeks postępowania dla członków, przedstawiane są sprawozdania ze spotkań, a także dorobek eksperckich grup.<sup>33</sup> Poza tym istnieje znaczna liczba organizacji zależnych od ministerstwa, ale działających samodzielnie (*arm's length bodies*)<sup>34</sup>. Jest kilka ich kategorii, część z nich zajmuje się pracą nad standardami regulacyjnymi w systemie opieki zdrowotnej (np. Rada do spraw Standardów Regulacyjnych w Opiece Zdrowotnej, *Council for Healthcare Regulatory Excellence*, CHRE; Rada Szkoleń i Medycznej Edukacji Podyplomowej, *Postgraduate Medical Education and Training Board*), część zajmuje się bezpieczeństwem pacjentów (*Health Protection Agency*, HPA; *National Patient Safety Agency*, NPSA), a także rekrutowaniem personelu, promocją idei oddawania krwi i narządów, promowaniem innowacyjności w systemie ochrony zdrowia itp.

Jak widać z powyższych danych, struktura brytyjskiego ministerstwa zdrowia jest niezwykle skomplikowana. Tworzy ją sieć wielu różnego typu instytucji. Ostateczne programy i wdrażane rozwiązania powstają w sieci wymiany wiedzy między różnymi poziomami w hierarchii. Podobne rozwiązania spotykamy również we francuskim ministerstwie. W obu wypadkach widoczne jest skoncentrowanie na pracy analitycznej. Niemal wszystkie komórki mają za zadanie gromadzenie wiedzy na temat możliwych do zastosowania rozwiązań. Wynika to z tego, że ministerstwa mają przede wszystkim charakter regulacyjny. Dostarczają także przywództwa czy ukierunkowania w działaniu całego systemu. Natomiast nie zarządzają „ręcznie” placówkami zdrowia. Tworzą dla nich regulacje i standardy, które placówki te mają zachować w świadczeniu usług.

---

<sup>33</sup> [www.dh.gov.uk/ab/AGH/index.htm](http://www.dh.gov.uk/ab/AGH/index.htm).

<sup>34</sup> [www.dh.gov.uk/en/Aboutus/OrganisationsthatworkwithDH/Armslengthbodies/Categorisationofarmslengthbodies/index.htm](http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/OrganisationsthatworkwithDH/Armslengthbodies/Categorisationofarmslengthbodies/index.htm).

**Politycy i urzędnicy.** Między polskim a zachodnim modelem występują znaczne różnice w zakresie relacji struktur służby cywilnej i pionu politycznego. W systemie francuskim i brytyjskim przedstawiciel służby cywilnej kieruje całym resortem w sensie obsługiwanego zadania, a także zarządza procesem realizacji polityk publicznych. Ministrowie mianowani przez premiera nie odpowiadają w sposób bezpośredni za poszczególne komórki organizacyjne (tak jest w Polsce). Odpowiadają za realizację – zaplanowanych na szczeblu rządu – polityk zdrowotnych, w sensie projektowania ich funkcji, czy za regulowanie systemem. Odpowiadają za strategię, ramy polityki publicznej, ramy prawne, ustanawianie celów w zakresie rezultatów/wyników działania ministerstwa i usług zdrowotnych, tworzenie priorytetów w zakresie dystrybucji zasobów w oparciu o przyjętą strategię i ramy polityki zdrowotnej. Na przykład jeden z ministrów odpowiada za reformy systemowe, finanse i zasoby oraz strategiczną komunikację. Kolejny za przeglądy wydatków, alokację zasobów, politykę finansową oraz za programowanie merytoryczne i strategię (*Policy and Strategy*). Inny za problematykę zdrowia publicznego, programy poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, nierówności w dostępie do ochrony zdrowia oraz za badania i rozwój (R&D). Jeszcze inny minister odpowiada za jakość opieki zdrowotnej, bezpieczeństwo pacjentów, za kadry zarządzające w klinikach i za wybrane świadczenia medyczne (np. *cancer services, cardiac services, stroke services, diabetes, renal services*), regulacje zawodowe i problematykę zatrudnienia<sup>35</sup>, świadczenia zdrowotne dla matki i dziecka.

W Polsce pozycja dyrektora generalnego ministerstwa, czyli najwyższego stanowiska z zakresu służby cywilnej, jest dość niska w zakresie odpowiedzialności za kierowanie organizacją, a szczególnie w zakresie kontroli nad politykami publicznymi, które realizuje resort. W sposób bezpośredni odpowiada on obecnie za trzy biura oraz za audyt wewnętrzny. Tymczasem istnieje szereg komórek, które wydają się bliskie stanowisku dyrektora generalnego, który odpowiada za część funkcjonalną Ministerstwa Zdrowia, m.in.: Departament Nadzoru, Kontroli, i Skarg, Biuro Prasy. W strukturze jest także wydzielone Biuro Ministra, chociaż należałoby uznać, że całe ministerstwo pracuje dla niego. Jest to komórka typowo sekretarska. Powyższe przydzielenie zakresu odpowiedzialności dyrektora generalnego należy jednak postrzegać również w świetle ustawy z 21 listopada 2008 r. o służbie cywilnej.<sup>36</sup> Przypisuje ona temu stanowisku general-

<sup>35</sup> Employment models and contracts, education and careers, pay, nursing policy and Chief Nursing Officer (CNO) people strategy, Allied health professionals, workforce capacity.

<sup>36</sup> Departament Służby Cywilnej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, „Przegląd Służby Cywilnej” nr 1, lipiec-sierpień 2009, s. 8; [www.dsc.kprm.gov.pl/userfiles/PSC\\_1\\_poprawiony.pdf](http://www.dsc.kprm.gov.pl/userfiles/PSC_1_poprawiony.pdf).

ny nadzór nad komórkami danego urzędu. Ustawa jednak podkreśla głównie zakres odpowiedzialności za sprawy organizacyjne (np. gospodarowanie mieniem, przestrzeganie prawa, nadzór nad gospodarstwami pomocniczymi), natomiast nie przewiduje dla niego roli w procesie współtworzenia przez Ministerstwo polityk publicznych, choćby w sensie koordynowania procesów mających miejsce w trakcie tworzenia polityk, zmian w politykach, czy ich ewoluowania. Z zadań merytorycznych można wymienić tylko zadanie przygotowywania programu zarządzania zasobami ludzkimi w urzędzie (to z kolei pokrywa się z zadaniem szefa służby cywilnej, który ma zadanie tworzenia polityki w tym zakresie dla całej służby cywilnej).

Tymczasem w Wielkiej Brytanii i Francji najwyżsi urzędnicy odpowiadają za realizację polityk publicznych, czyli sferę merytoryczną. W Wielkiej Brytanii stały sekretarz resortu (najwyżej postawiony urzędnik) nadzoruje między innymi jedną z najważniejszych komórek o nazwie Program i Strategia (*Policy and Strategy*). We Francji również dyrektor generalny ministerstwa (*directeur general de la Sante*) w sposób bezpośredni zarządza komórką analityczną i strategiczną. Znamienne jest również to, że oficjalne struktury ministerstw (*organigramme*) zawierają wyłącznie system zależności między najwyższymi rangą urzędnikami (kierownikami resortów), a szefami poszczególnych komórek. Nie są prezentowane funkcje ministrów (ministrów i wiceministrów).

W Wielkiej Brytanii strategiczne decyzje znajdują się po stronie ministra-członka gabinetu, ale samo ministerstwo zarządzane jest poprzez szereg ząbwiąjących się struktur wewnętrznych (urzędniczych). Urzędnicy służby cywilnej mają za zadanie wspierać ministrów, ale „urzędnicze” kierownictwo resortu jest do pewnego stopnia autonomiczne. Kadra zarządzająca podkreśla, że polityki publiczne programują ministrowie, ale za efekty swoich działań odpowiada nie tylko przed rządem, ale również przed parlamentem i społeczeństwem. Dlatego m.in. poddaje się całemu procesowi rozliczania się. Służą temu doroczne publikacje, które przyjmują postać przeglądów z prowadzonej działalności. Zawarte są w nich wszelkie dane, począwszy od danych finansowych po charakterystykę prowadzonych programów zdrowotnych.<sup>37</sup>

### 3. Budowa komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia

Struktura Ministerstwa Zdrowia wskazuje, że resort w stosunku do całego systemu ochrony zdrowia przyjął strukturę raczej interwencyjną, niż

---

<sup>37</sup> Department of Health, *Business Plan 2009-11*, s. 19; [www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_100333.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_100333.pdf).

regulacyjną i analityczną. Układ departamentów wskazuje, że resort chce, albo uznaje, że musi – z uwagi na dysfunkcje w systemie – bezpośrednio interweniować w pewne obszary funkcjonowania systemu zdrowia. Rzeczywiście są argumenty, aby uznać, że nie ma on wystarczająco dobrze rozwiniętych mechanizmów samoregulacji (np. z uwagi na brak wystarczających nakładów finansowych na świadczenia, czy brak odpowiednich kwalifikacji na niektórych poziomach funkcjonowania systemu).

Resort organizuje swoje komórki tak, aby dzięki nim mógł łatwo interweniować w istniejące mechanizmy funkcjonowania systemu. Tworzone są one według prostego podziału komórek według kryterium: grup zawodowych (np. Departament Pielęgniarek i Położnych), społecznych (Departament Matki i Dziecka), czy jednostek chorobowych (Departament Zdrowia Publicznego), branżowych (Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Departament Polityki Lekowej i Farmacji, Departament Funduszy Europejskich), i finansowych (Departament Budżetu, Finansów i Inwestycji). Dysfunkcje w systemie powstają właśnie w obrębie powyższych obszarów.

Branżowe podejście do kreowania komórek resortu może utrudniać zarządzanie nim. Przekierowuje to bowiem uwagę z zagadnienia sprawności systemu jako całości na wybrane elementy systemu, które jednocześnie nie muszą mieć decydującego znaczenia dla niego. Istnieje zagrożenie, że odrębne rozwiązania organizacyjne, które tworzone są dla poszczególnych grup społecznych czy branż, powstają w wyniku jakiegoś typu presji środowiskowej. Zachęca to inne grupy do działań lobbingsowych. Branżowo-produktowe podejście do tworzenia struktury organizacji sprawia, że „umieszczanie” poszczególnych problemów w określonych komórkach staje się areną rywalizacji między różnymi grupami zawodowymi, czy branżowymi. Umieszczenie w strukturze uznaje się bowiem za symbol nadania znaczenia i klucz do przyznania funduszy.

Obecna struktura stwarza kierownictwu możliwość szybkiego dotarcia do „źródła problemu”, zwłaszcza w warunkach kryzysu w systemie (np. na skutek protestów pracowniczych, czy załamania się podaży pewnych świadczeń medycznych). Łatwo odnaleźć określoną komórkę organizacyjną, ocenić jej zasoby i rozpocząć działania interwencyjne. To istotna zaleta, niemniej jednak system ochrony zdrowia powinien mieć charakter organizmu samoregulującego się w oparciu o stworzoną dla niego wewnętrzną logikę. Działania resortu zdrowia powinny być orientowane na regulowanie, tworzenie standardów w określonych elementach systemu. Wówczas rola resortu zmienia się w ośrodek analityczny, który generuje wiedzę, w tym wiedzę w zakresie tego, jak działa system jako całość i jakie istnieją dalsze wyzwania organizacyjne, np. w obszarze standardów.



Za wyraz branżowego podejścia można uznać istnienie Departamentu Współpracy Zagranicznej. Na pierwszy rzut oka nie budzi zastrzeżeń jego powołanie, niemniej jednak w warunkach członkostwa w UE, praca na dużej części stanowisk urzędniczych wymaga bezpośrednich kontaktów z instytucjami UE. Powinny być one realizowane liniowo, czyli jeśli danemu pracownikowi potrzebne są kontakty międzynarodowe, to je realizuje. Wprowadzanie pośrednictwa spowalnia reagowanie na zjawiska mające miejsce w obszarze polityk europejskich. Ministerstwo działa już w realiach, w których najważniejsze kontakty międzynarodowe mają charakter roboczy, a nie tradycyjny związany ze stosowaniem protokołu dyplomatycznego. W podobnym duchu można sformułować wątpliwości dotyczące Departamentu Funduszy Unijnych. Jego funkcjonowanie oznacza, że pewna pula środków finansowych i możliwych do przeprowadzenia inicjatyw ulega autonomizacji. Tymczasem fundusze unijne są narzędziem realizowania merytorycznych projektów, które będą rozwijały poszczególne polityki zdrowotne. Fundusze powinny być pod wpływem merytorycznej komórki programowej lub zespołu komórek, a część związana z rozliczeniami mogłaby zostać umieszczona w komórce odpowiadającej za budżet.

### **Zadania komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia**

Pewną siłą poznawczą może mieć analiza komórek organizacyjnych pod kątem umownej klasyfikacji ich zadań. Wymieniamy ich dwie kategorie:

- ♦ zadania pasywne, związane z administrowaniem zadaniami (utrzymywanie stabilności systemu bez wnoszenia nowych elementów);
- ♦ zadania aktywne (kreowanie nowych rozwiązań w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, propozycji programowych).

Linia podziału jest tu umowna. Te pierwsze są odpowiedzią na wyraźne polecenia, dyspozycje, potrzebę nadzoru przydzielonych instytucji czy bieżące problemy (np. zagrożenie kryzysem z powodu protestów pracowniczych, czy załamania w świadczenia określonych usług zdrowotnych). Przykładami takich zadań mogą być także działania związane z tworzeniem uzasadnień do przedkładanych dokumentów rządowych, projektami odpowiedzi na pytania i interpelacje poselskie, wystąpieniami Rzecznika Praw Obywatelskich i innych organów, realizowaniem wniosków kontrolnych, zadaniami koordynacyjnymi, itp.).

Za zadania aktywne uznajemy natomiast te, które podejmowane są z własnej inicjatywy i mają na celu tworzenie nowych rozwiązań lub po-

lityk zdrowotnych. Środkiem do tego są prace analityczne, czy koncepcyjne w obszarach swoich kompetencji. Zadania aktywne wyrażają się w takich działaniach, jak tworzenie baz danych, zaplecza merytorycznego do budowania wizji, koncepcji czy planów, budowanie podstaw dla modelu tworzenia i wykonywania polityk zdrowotnych, budowanie modelu ewaluacji polityk zdrowotnych itp. Są to także działania związane z inicjowaniem, opracowywaniem projektowanych aktów normatywnych, opracowywaniem i opiniowaniem umów, gromadzeniem informacji i opracowywaniem analiz.

Analiza Regulaminu w zakresie zadań komórek organizacyjnych<sup>38</sup> wskazuje, że mamy do czynienia ze znaczną przewagą zadań o charakterze pasywnym (mają na celu utrzymanie stabilności systemu w rozumieniu braku otwartych zaburzeń typu protesty pracownicze, brak zdolności placówek zdrowia do wykonywania ważnych świadczeń itp.). Dopiero na 17 pozycji, w paragrafie 10 Regulaminu jest coś, co może mieć aspekt analityczny: *gromadzenie informacji oraz opracowywanie ocen, analiz, opinii i innych dokumentów*.

Wprawdzie wiele komórek wśród swoich zadań organizacyjnych na pierwszym miejscu wymienia m.in. *inicjowanie, opracowywanie, opiniowanie i uzgadnianie projektowanych aktów normatywnych, innych aktów prawnych i dokumentów*, ale pozostaje to w pewnej dysproporcji z ich analitycznymi i koncepcyjnymi zadaniami.

Większość komórek organizacyjnych ma zwykle profil wykonawczy, nadzorczy. Związane jest to z administrowaniem bieżącymi kwestiami, zasobami pozostającymi do dyspozycji ministerstwa i jego agend. Koreponduje to z wynikami ankiet. Większość respondentów ankiety przeprowadzonej na rzecz niniejszego raportu odpowiada w tym zakresie jednoznacznie. Jeden z respondentów powiedział to najprościej: „Z mojej perspektywy nie ma kwestii tworzenia polityk, ale realizacji postawionych zadań.”

Agendę działania kadr wyznacza administrowanie bieżącymi sprawami. Działania wypływają z bieżących potrzeb w zakresie koordynacji, z konieczności zmagania się z występującymi co jakiś czas oznakami zaburzeń w systemie, itp. W konsekwencji kadrze zarządzającej jest niezwykle trudno podzielić horyzont ich pracy na kwestie bieżące, średnioterminowe, długoterminowe i strategiczne. Niemal cała ich aktywność ogranicza się do pierwszego wymiaru. Dostrzegają ten problem, jakkolwiek funkcjo-

---

<sup>38</sup> Załącznik do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2006 r., „Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia”, nr 6, pozycja 25 z późniejszymi zmianami (§10, pkt. 2 Regulaminu Organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia).

nują w określonych ramach pracy całej instytucji. Ponadto ten tryb pracy jest pochodną również zjawisk analizowanych już powyżej, a wynikających choćby z olbrzymiego rozmiaru rotacji na stanowiskach pracowniczych, jak i na stanowiskach kierowniczych. Dotyczy to również problemów ze znalezieniem odpowiednich pracowników.

Warto w tym kontekście odwołać się do przykładu brytyjskiego ministerstwa zdrowia. Tam najważniejsi menedżerowie komórek<sup>39</sup> pełnią typowe role administracyjne (więzi formalne, formalne zakresy zadań i odpowiedzialności), ale obok tego pełnią role doradców do spraw polityki zdrowotnej. To znaczy, że odpowiadają za merytoryczne planowanie polityk publicznych. Ich praca jest głęboko osadzona w kulturze organizacyjnej, w której działanie jest oparte na badaniach, analizach zagadnień decydujących dla podejmowania danych decyzji. Rozwinięto tam model programowania działań w oparciu o dane/dowody (*evidence-based policy*).

W Polsce mamy jednak model administrowania istniejącymi zasobami i strukturami. Departamenty w małym stopniu prowadzą prace analityczne, które stają się podstawą tworzenia nowych polityk i programów. Działają w realiach braku wielu podstawowych narzędzi analitycznych, które pozwalałyby analizować różne aspekty funkcjonowania systemu zdrowia. Dotyczy to głównie wspomnianych tu już narzędzi do ewaluacji oraz narzędzi badawczych, które umożliwiłyby budowanie wiedzy operacyjnej dla procesu podejmowania decyzji. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny ocenia, że istniejące w Polsce *systemy informacyjne są zdecydowanie niewystarczające dla właściwego monitorowania i dogłębnej oceny stanu zdrowia całej populacji i jego zagrożeń*<sup>40</sup>.

Departament Polityki Zdrowotnej realizuje zadania w większości klasyfikowane przez nas jako „aktywne”. Listę tych zadań otwiera: „1) planowanie, kontraktowanie, monitorowanie realizacji oraz rozliczanie pod względem merytorycznym programów polityki zdrowotnej”. Inne zadania dotyczą planowania, organizacji i nadzoru różnych rodzajów aktywności, takich jak świadczenia wysokospecjalistyczne, ratownictwo medyczne, transplantologia, krwiodawstwo i krwiolecznictwo czy choroby nowotworowe. Udział zadań „aktywnych” w zadaniach Departamentu Polityki Zdrowotnej jest wysoki, gdyż wśród dziesięciu zadań wymienionych w regulaminie organizacyjnym Ministerstwa Zdrowia, aż sześć można uznać za „aktywne”.

<sup>39</sup> Department of Health, *The DH Guide. A guide to what we do and how we do it*, dz. cyt., s. 47-51.

<sup>40</sup> *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008.

Jednocześnie departament ten jest pod względem liczby etatów (31) szóstą co do wielkości komórką organizacyjną Ministerstwa Zdrowia. Liczba ta wydawać się może znaczącą, ale wrażenie takie ulega osłabieniu, jeżeli liczbę etatów tego kluczowego z punktu widzenia realizacji głównych zadań Ministerstwa Zdrowia departamentu porównać z liczbą etatów Biura Administracyjno-Gospodarczego (81,25). Poza tym departament obciążony jest zadaniami administrowania kilkoma ważnymi programami medycznymi. Dotyka go znaczna rotacja. Nie posiada optymalnych narzędzi analitycznych i ewaluacyjnych. Nie posiada zasobów, które pozwalałyby mu na projektowanie programów zdrowotnych (powstają one w środowiskach zewnętrznych podmiotów). Programowanie nowych projektów zostało unormowane dopiero niedawno (Zarządzenie Ministra Zdrowia z 4.03.2009<sup>41</sup>). Regulacje zawierają jednak tylko głównie aspekty organizacyjne. Nie uwzględniają metodologii tworzenia programów i wymogów w zakresie ewaluacji osiągniętych wyników.

W skali całej struktury resortu i jego agencji istnieje problem w zakresie kadr, które można byłoby uznać za pracowników programowych (według terminologii anglosaskiej jako *policy worker* czy *policy officer*). Chodzi o takich pracowników, którzy programują badania umożliwiające identyfikowanie problemów w systemie ochrony zdrowia, analizują je, budują wskaźniki ewaluacyjne, katalogują dostępną wiedzę, która może mieć zastosowanie w procesie podejmowania decyzji na odpowiednim szczeblu itp.

Respondenci odpowiadają zazwyczaj, że nie mają regulacji dotyczących zarządzania wiedzą, współpracy z ekspertami. Nie posiadają list instytucji analitycznych, z których mogą skorzystać w razie potrzeby. Zazwyczaj nie zlecają badań związanych z realizacją poszczególnych polityk zdrowotnych, które mogłyby przynieść dane empiryczne pokazujące oceny odbiorców świadczeń medycznych, czy mogłyby wskazać na różne czynniki wpływające na zdrowie społeczeństwa. Respondenci wskazywali, że wiedzę na przykład o problemach występujących w systemie realizacji świadczeń zdrowotnych budują w oparciu o kontakty z organizacjami pacjentów, organizacjami zawodowymi kadr medycznych itp.

W Departamencie Organizacji Ochrony Zdrowia (DOOZ) wśród zadań departamentu jest klasyczne zadanie „aktywne”: „2) opracowywanie rozwiązań organizacyjnych, określających funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej, w szczególności zasad zarządzania zakładami opieki zdrowotnej”. Treść tego zadania wyraźnie wskazuje na jego twórczy charakter i przyjętą tu orientację prospektywną. Jednak i w tym departamencie ma-

<sup>41</sup> [www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m491&ms=&ml=pl&mi=96&mx=0&mt=&my=-9&ma=012499](http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m491&ms=&ml=pl&mi=96&mx=0&mt=&my=-9&ma=012499) (z 22.09.2009).

my do czynienia z powyżej opisanymi problemami. Wydaje się natomiast, że powinien on podjąć wyzwania badawcze, które pozwoliłyby mu na zgromadzenie wiedzy empirycznej o funkcjonowaniu zakładów opieki zdrowotnej, do projektowania standardów, a także, aby w konsekwencji oprzeć proces decyzyjny na danych/dowodach (*evidence-based policy*).

Z kolei Departament Zdrowia Publicznego (DZP), w porównaniu do odpowiednich komórek organizacyjnych w innych krajach, ma wyjątkowo „pasywny” charakter. Wśród fraz określających jego zadania dominuje „prowadzenie spraw” oraz „nadzór” w odniesieniu do różnych obszarów zdefiniowanych w regulaminie organizacyjnym Ministerstwa Zdrowia. Co prawda termin „prowadzenie spraw” można rozumieć szeroko i plasować w nim działania planistyczne, ale za znaczący trzeba uznać fakt, iż – w odróżnieniu od zapisów zadań innych departamentów – w zapisie zadań DZP nie spotykamy terminu: „planowanie” czy „analizowanie”. Rodzi to pokusę oceny tych zadań jako „pasywnych”. Konsekwentnie, należałoby rozważyć wzbogacenie listy zadań DZP o zadania aktywne, związane z pracami analitycznymi i koncepcyjnymi na polach: polityki w zakresie zdrowia psychicznego, leczenia odwykowego, profilaktyki zdrowotnej, osób niepełnosprawnych i innych wymienionych w regulaminie organizacyjnym Ministerstwa Zdrowia.

Departament Dialogu Społecznego (DDS) działa w sytuacji wyłączenia spraw dotyczących pielęgniarek i położnych. Działanie takie jest co prawda uzasadnione formalnie (jest osobny Departament Pielęgniarek i Położnych), ale nie wytrzymuje krytyki pod względem pragmatyki organizacyjnej. Otóż istotą istnienia DDS są działania obejmujące bardzo szeroki zakres spraw i aktorów. Dlatego za dyskusyjne należy uznać wyłączenie ważnego zakresu spraw spod kompetencji DDS. Jest to istotne w zestawieniu z wątpliwościami natury organizacyjnej dotyczącymi wydzielenia Departamentu Pielęgniarek i Położnych (o czym poniżej).

Departament Pielęgniarek i Położnych ma w swoim zakresie duży udział zadań realizowanych przez inne departamenty, przede wszystkim DDS, DNISW oraz DOOZ. Większość zadań dotyczy jednak administrowania projektami adresowanymi do tej grupy zawodowej, np. koordynowanie spraw dotyczących Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych, obsługa administracyjno-techniczna Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego. Komórka ma udział we wdrażaniu projektu systemowego „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Priorytetu II Działania 2.3, Poddziałania 2.3.2 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki na lata 2007–2013.

Można wykazać, że powyższe zadania bez naruszania zasady kompetencji mogłyby zostać przypisane innym departamentom. To zaś z kolei uprawniałoby do twierdzenia, że w istniejącym stanie prawnym DPP nie ma do wykonania zadań dla siebie konstytutywnych, tj. takich, których ze względów profesjonalnych nie mogłyby realizować inne departamenty. Może być to podstawą do twierdzenia, że nie ma dostatecznie silnych merytorycznych racji dla istnienia DPP. Prawdopodobnie wydzielenie DPP implikuje dodatkowe koszty transakcyjne i utrudnia harmonizację działań w ramach departamentów: Dialogu Społecznego, Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Współpracy Międzynarodowej oraz Organizacji Ochrony Zdrowia.

Natomiast Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego (DNSW) ma zapisane zadania, które można uznać za aktywne, jakkolwiek ma podobne problemy, jak opisane wyżej związane z potencjałem analitycznym. W Regulaminie występuje pojęcie „kształcenia kierunków badań naukowych w medycynie”. Ale w zakresie jednostek badawczo-rozwojowych jest mowa tylko o „prowadzeniu spraw”, a nie kształtowaniu ich potencjału i tworzeniu warunków do osiągnięcia synergii z głównymi politykami zdrowotnymi. To samo dotyczy „prowadzenia spraw dotyczących wyższego szkolnictwa medycznego”. Sformułowanie oznacza, że departament nie kształtuje kierunków pracy instytucji edukacyjnych. Poza tym departament wykonuje szereg czynności administracyjnych związanych np. z nagrodami dla nauczycieli akademickich.

**Struktura zarządzania zasobami ludzkimi.** W obszarze zarządzania zasobami ludzkimi zadania wykonuje Biuro Kadr. Jest ono zdefiniowane w taki sposób, że można je uznać za tradycyjną komórkę do spraw pracowniczych (albo wręcz działu kadr), a nie dział zasobów ludzkich, który kreuje politykę w tym zakresie, posługując się nowoczesnymi narzędziami budowania kwalifikacji zatrudnionych kadr. Wśród 14 zdefiniowanych w Regulaminie zadań, tylko jedno odnosi się do zwiększania potencjału zasobów ludzkich: „9) prowadzenie spraw związanych z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych pracowników ministerstwa poprzez planowanie i organizację szkoleń, mających na celu rozwój zawodowy członków korpusu służby cywilnej”.

Co więcej, w tym zadaniu sugerowane są bardzo tradycyjne działania zmierzające do podnoszenia kwalifikacji. Zwraca uwagę fakt, że wśród zadań Biura Kadr ani bezpośrednio, ani pośrednio nie są opisane zadania związane z tworzeniem ścieżek kariery, budowaniem standardów kwalifikacji pracowniczych, badaniem satysfakcji pracowników (przy założeniu, że nie jest to część okresowej oceny pracowników), monitoringiem, czy innymi nowoczesnymi metodami zarządzania zasobami ludzkimi.

Wąski zakres działań Biura Kadr można w pewnej mierze wyjaśnić tym, że pewne zadania w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi realizowane są na centralnym poziomie służby cywilnej. Szef Służby Cywilnej – kierujący całą służbą cywilną – ma zapisane w swoich kompetencjach kierowanie procesem zarządzania zasobami ludzkimi w służbie cywilnej, a zadania wykonuje przy pomocy dyrektorów generalnych ministerstw i innych urzędów centralnych. Zgodnie z ustawą o służbie cywilnej planuje on, organizuje i nadzoruje szkolenia centralne. Ich zasięg nie jest jednak duży (w roku 2009 budżet szkoleniowy wyniósł 440 tys. zł, a tematycznie dotyczyły one nowej ustawy o służbie cywilnej<sup>42</sup>).

Badania pokazują jednak, że ministerstwa same decydują „o wyborze tematów szkoleń, dostawców usług, o systemach ewaluacji szkoleń oraz narzędzi służących rozwojowi zawodowemu pracowników.<sup>43</sup> Brakuje jednolitej polityki szkoleniowej, która obejmowałaby całą służbę publiczną. Trwają natomiast różne projekty, których celem jest wypracowanie i wdrożenie takiej strategii, głównie w ramach realizacji przedsięwzięć finansowanych z Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki<sup>44</sup>.

Strukturalnie komórka kadrowa nie ma najwyższej rangi. Nie jest departamentem, jakkolwiek jej pozycję zwiększa fakt bezpośredniego podporządkowania dyrektorowi generalnemu. Funkcje, które obecnie pełni, nie uzasadniają zwiększania tej rangi, niemniej pozostawiają wyzwania do re-alizacji. Musiałoby to jednak wiązać się z podniesieniem wagi działań, czyli odwołaniem się do całego szeregu nowoczesnych narzędzi wykorzystywanych w zarządzaniu zasobami ludzkimi. Komórka musiałaby posiadać narzędzia do programowania rozwoju kompetencji, opracować metody wiązania inwestycji w rozwój pracowników z celami ministerstwa oraz metody szacujące wpływ szkoleń na efektywność pracy Ministerstwa Zdrowia, rozwijać systemy motywacji, usprawniać procedury przeprowadzania okresowych ocen pracy, powiązać kształcenie z wynikami i oceną pracy, projektować indywidualne ścieżki rozwoju zawodowego. Programowanie szkoleń powinno być oparte na zdefiniowaniu kluczowych kompetencji niezbędnych resortowi do wypełniania swojej misji. Powinno uwzględniać wyniki ocen okresowych pracowników, a także wynikać ze ścieżki rozwoju pracowników<sup>45</sup>. Powinny być także przyjęte kryteria dla formułowania

<sup>42</sup> *Plan szkoleń centralnych w służbie cywilnej na 2009 r.*, Warszawa, dnia 28 maja 2009 r. [www.dsc.kprm.gov.pl/userfiles/PSC\\_2009\\_zatwierdzony\\_28052009.pdf](http://www.dsc.kprm.gov.pl/userfiles/PSC_2009_zatwierdzony_28052009.pdf).

<sup>43</sup> Kancelaria Premiera Rady Ministrów, *Strategia szkoleniowa w służbie publicznej na lata 2008-2010*, Warszawa 2008, s. 8.

<sup>44</sup> Zob.: [www.dsc.kprm.gov.pl/strona.php?id=45&rid2=23](http://www.dsc.kprm.gov.pl/strona.php?id=45&rid2=23).

<sup>45</sup> Zob.: Kancelaria Premiera Rady Ministrów, *Strategia szkoleniowa w służbie publicznej na lata 2008-2010*, dz. cyt.

ocen dotyczących stopnia opanowania poszczególnych kwalifikacji przez pracowników.

Za kluczowe powinno uznać się rozwijanie potencjału analitycznego zatrudnionych, umożliwiającego profesjonalne współtworzenie polityk zdrowotnych oraz ich ewaluację. Wielkim wyzwaniem jest stworzenie kompleksowej i czytelnej dla pracowników strategii rozwoju kompetencji, z określeniem kompetencji uznawanych za strategiczne oraz przypisaniem zakresów kwalifikacji i wiedzy na poszczególnych stanowiskach pracy. Powinien także zostać wyklarowany sam model komórki kadrowej. Warto posłużyć się brytyjskim przykładem. W Wielkiej Brytanii powstał model działania komórek kadrowych w zakresie planowania zasobów pracy. Placówka Umiejętności dla Zdrowia sformułowała dla nich zestaw 9 kompetencji, którymi powinny dysponować.<sup>46</sup> Są to kompetencje w zakresie:

- 1) identyfikowania i ewaluowania czynników, które wpływają na zasoby siły roboczej;
- 2) identyfikowania celu i zakresu planu zasobów pracy;
- 3) planowania zasobów pracy w oparciu o potrzeby;
- 4) oceny popytu na zasoby pracy;
- 5) oceny podaży zasobów pracy;
- 6) oceny popytu na zasoby pracy oraz ich podaży;
- 7) rozwijania planu zasobów pracy;
- 8) wdrażania i wykonywania przeglądów planu zasobów pracy;
- 9) rozwijania i wdrażania planów zasobów pracy.

Biuro Kadr powinno objąć swoją polityką zarządzania zasobami ludzkimi agencje wykonawcze i inne instytucje podległe Ministerstwu Zdrowia. Obecnie inna komórka Ministerstwa (Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg) ma zapisane w zadaniach „6) prowadzenie spraw kadrowych kadr kierowniczych jednostek organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez Ministra w zakresie określonym właściwymi przepisami prawa, z wyłączeniem spraw realizowanych przez Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego”.

We Francji i Wielkiej Brytanii również mamy do czynienia z rozwiązaniami, w ramach których polityka personalna realizowana jest dwutorowo: zarówno na szczeblu resortów zdrowia, jak i na szczeblu rządu. Wszelkie strategiczne rekomendacje formułowane są raczej na wyższym szczeblu. We Francji w tym zakresie dużą rolę odgrywa dyrekcja generalna

<sup>46</sup> [www.skillsforhealth.org.uk/competences/completed-competences-show-hide.aspx](http://www.skillsforhealth.org.uk/competences/completed-competences-show-hide.aspx).



ds. administracji i funkcji publicznych<sup>47</sup> (*Direction générale de l'administration et de la fonction publique*, DGAFP). Wspiera ona wszystkie ministerstwa w tym zakresie. Wyposaża je w narzędzia umożliwiające efektywne zarządzanie zasobami ludzkimi. Rozwija aparat kształcenia ustawicznego, metody rekrutacji i modulacji ilości stanowisk. Publikuje podręczniki dobrych praktyk, organizuje szkolenia.

Warto odnotować, że komórki zajmujące się polityką zasobów ludzkich są umieszczone wysoko w hierarchii. W Wielkiej Brytanii dyrektor ds. zasobów pracy posiada wysoki status dyrektora naczelnego (*director general*), a raportuje do jednego z trzech najwyższych rangą urzędników (*NHS Chief Executive*). Jest także członkiem Rady Zarządzającej Resortem (*Corporate Management Board*). We Francji również komórka zajmująca się zarządzaniem zasobami ludzkimi ma silną pozycję w strukturze resortu, która wciąż rośnie. Specyficzne jest to, że ministerstwo zdrowia posiada wspólną dyrekcję zasobów ludzkich z ministerstwem pracy. Zawiera ona trzy główne struktury pionowe:

- ♦ Pod-dyrekcję do spraw zarządzania personelem (*Sous-direction de la gestion du personnel*, DRH1), gdzie mieszczą się biura zajmujące się kadrami i pracownikami nie-etatowymi, personelem regionalnym, wynagrodzeniami, emeryturami i wypadkami w pracy.
- ♦ Pod-dyrekcję do spraw praw personelu i stosunków społecznych (*Sous-direction du droit du personnel et des relations sociales*, DRH2), gdzie znajdują się biura zajmujące się m.in.: podziałem pracy, dialogiem społecznym, zaopatrzeniem socjalnym, warunkami pracy.
- ♦ Pod-dyrekcję do spraw zatrudnienia i kompetencji (*Sous-direction des emplois et des compétences*, DRH3), gdzie mieszczą się biura zajmujące się zarządzaniem pracownikami czasowymi, zarządzaniem trendami przyszłości w zakresie miejsc pracy, kompetencjami, rekrutacją, kształceniem ustawicznym, wspieraniem karier pracowniczych.

Głównym celem nowej dyrekcji HR jest opracowanie rejestru zawodów na szczeblu centralnym i regionalnym administracji. Ma on na celu umożliwienie lepszej oceny zapotrzebowania na stanowiska danego typu, co pozwoli na zwiększenie mobilności pracowników, usprawnienia procesu ich kształcenia, rekrutacji, a także planowania odejść na emeryturę. Francuzi chcą mieć system, który ma umożliwić im planowanie liczy-

<sup>47</sup> Według Dyrektora działu Zawodów i Kompetencji w nowo utworzonej Dyrekcji Zasobów Ludzkich Danièle Champion.

by stanowisk pracy z co najmniej kilkuletnim wyprzedzeniem. Trwają także prace nad lepszym konstruowaniem ścieżek kariery, tak aby pracownicy administracji mieli przed sobą konkretne perspektywy rozwoju kariery, według zasady *Prime Fonctions et Résultats* (Podstawowe Funkcje i Rezultaty).

Rozwiązania przyjęte w Polsce w zakresie instytucjonalnego umocowania komórki odpowiedzialnej za zasoby ludzkie odstają na niekorzyść nawet w porównaniu do rozwiązań węgierskich<sup>48</sup>, gdzie za sprawy zarządzania zasobami ludzkimi w resorcie odpowiada specjalny Departament Zasobów Ludzkich, podległy bezpośrednio Szefowi Gabinetu Ministra.

**Funkcje analityczne.** Poważnym obszarem deficytów w strukturze Ministerstwa Zdrowia jest brak departamentów czy biur, których podstawowym, czy wręcz jedynym celem byłoby prowadzenie prac analitycznych obejmujących cztery wymienione przez WHO podstawowe funkcje, systemu ochrony zdrowia: nadzoru/kierowania (*stewardship*), kreowania zasobów (inwestowania oraz szkolenia i treningu), dostarczania usług, finansowania systemu.<sup>49</sup>

Komórki analityczne rozumiane są tu jako jednostki zajmujące się gromadzeniem danych, analizowaniem i projektowaniem rozwiązań w odniesieniu do powyższych funkcji. Ministerstwo Zdrowia – jak wspomniano wyżej – nie posiada odrębnej komórki analitycznej. Natomiast posiada zależne placówki, które prowadzą pewne wycinkowe analizy. Wydaje się, że ich niektóre funkcje powinny znajdować się w strukturach samego ministerstwa. Na przykład działa Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, czy Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Mają one jednak silnie sprofilowany model działania i nie prowadzą wyczerpujących studiów w zakresie czynników związanych z prowadzeniem polityki ochrony zdrowia. Ten pierwszy koncentruje się tematyce budowy społeczeństwa informacyjnego w zakresie dotyczącym organizacji i ochrony zdrowia, wspiera Ministerstwo Zdrowia w zakresie realizacji projektów unijnych. Prowadzi również istotne badania, np. dotyczące dostępności świadczeń medycznych, czy wybrane badania porównawcze z innymi krajami. Duża ich część ma jednak charakter wycinkowy i trudno dostrzec powiązania z realizacją polityki ochrony zdrowia. Z kolei druga instytucja rozwinęła profil naukowo-badawczy w zakresie monitorowania różnych czynników ryzyka w żywności, wodzie czy powietrzu oraz w zakresie chorób zakaźnych i zakażeń. NIZP-PZH opublikowała też np. ra-

<sup>48</sup> Pierwsza część raportu: *Funkcje Ministerstwa Zdrowia w ujęciu porównawczym*, s. 9.

<sup>49</sup> WHO, *Health systems functions*. Pozyskano 18 sierpnia 2009 z: [www.who.int/health-systems-performance/hsffunctions.htm](http://www.who.int/health-systems-performance/hsffunctions.htm).

port dotyczący stanu zdrowia Polaków.<sup>50</sup> Autorzy stwierdzają w nim, że istniejące w Polsce „systemy informacyjne są zdecydowanie niewystarczające dla właściwego monitorowania i dogłębnej oceny stanu zdrowia całej populacji i jego zagrożeń”. Istnieje zatem deficyt informacji o niedomaganiach w stanie zdrowia. Autorzy zwrócili uwagę na pilną potrzebę usprawnienia systemu informacyjnego w zdrowiu publicznym, aby dopasować go do nowych potrzeb w zakresie polityki zdrowotnej. System powinien być uzupełniony przez moduły generujące informacje z poziomu podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej.<sup>51</sup>

W innych krajach w strukturze ministerstwa zdrowia funkcjonują specjalne komórki realizujące takie zadania. Na Węgrzech znajduje się ona w pionie szefa Gabinetu Ministra, w Czechach w Sekcji Ochrony i Promocji Zdrowia, a w Wielkiej Brytanii w pionie najwyższego rangą urzędnika, czyli sekretarza stanu (*Permanent Secretary*) znajduje się Dyrektoriat ds. Polityki i Strategii (dodatkowo istnieje Grupa ds. strategii [*Strategy Group*]<sup>52</sup>). Funkcje analityczne i badawcze prowadzi dodatkowo *NHS Institute for Innovation and Improvement*. We Francji komórki analityczne mają również silną pozycję. Istnieje odrębna Dyrekcja badań, analiz, ewaluacji i statystyk. Składa się ona z trzech pionów, odpowiedzialnych za różne domeny badań, z czego jedna dotyczy wyłącznie kwestii zdrowotnych. Ponadto istnieje odrębna komórka opracowująca strategię badań (*policy and strategy*). Mieści się ona wewnątrz Dyrekcji generalnej zdrowia. Znajduje się tam komórka analiz strategicznych. Rozwija ona analizy strategiczne w zakresie trendów przyszłości, w obrębie zagadnień zdrowia publicznego i higieny. Wspiera potencjał ekspercki ministerstwa, koordynuje jego potrzeby badawcze.

W Polsce istnieje jednak generalny problem w obszarze budowania dokumentów strategicznych, czy to w skali całego państwa, czy poszczególnych sektorów. Wskazuje na to ważny dokument pt. *Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007-2013*, opisujący wyzwania związane z realizacją Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Czytamy tam: *kluczo-*

<sup>50</sup> *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008.

<sup>51</sup> Tamże, s. 5.

<sup>52</sup> Warto w tym miejscu nadmienić, że strategia brytyjskiego ministerstwa zdrowia nie jest tworzona (budowana) tylko na najwyższych szczeblach struktury organizacyjnej przez właściwe kierownictwo resortu, lecz poprzez angażowanie osób z niższych szczebli organizacyjnych (*Strategy Group* liczy około 20 osób) budowa strategii ma bardziej partycypacyjny charakter. Department of Health, *Departmental Report 2009*, s. 23-25. Pozyskano 28 sierpnia 2009 r. z: [www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_100667](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_100667).

wym wyzwaniem stojącym przed polską administracją publiczną jest poprawa potencjału do tworzenia długofalowych strategii.<sup>53</sup>

Brak właściwych struktur dla wykonywania prac analitycznych - czy to pionowej czy poziomej - powiązany może być z faktem, że resort posiada niewystarczający dorobek analityczny w zakresie problemów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia (np. brakuje badań nad kadrami zarządzającymi w placówkach zdrowia, wiedzy o potencjale samorządów w zakresie kreowania polityki zdrowia, diagnozy problemów, które odczuwają pacjenci, czy też wiedzy o standardach w świadczeniach zdrowotnych, społecznych uwarunkowaniach chorób). Brakuje także metod badania problemów istniejących w systemie zdrowia.

Widoczny jest deficyt analiz długofalowych problemów, które wyłaniają się i będą wyłaniać się w systemie zdrowia w związku z procesami cywilizacyjnymi, czy demograficznymi. To one wymagają i będą wymagały stałych zmian w profilu systemu zdrowia i oferowanych w jego ramach świadczeń.

Jedną z przyczyn niskiego potencjału analitycznego centralnych instytucji ochrony zdrowia może być pokutujące przekonanie, że jedynym problemem w systemie zdrowia jest brak wystarczających nakładów finansowych. W rezultacie na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia można znaleźć nieliczne, często już zdezaktualizowane analizy, np. Zieloną Księgę dotyczącą finansów systemu zdrowia, czy Krajowy Plan Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych na rok 2004, Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15-49 lat, informacje o migracjach lekarzy, pielęgniarek i położnych po wstąpieniu do UE (z 2006 r.), oraz sprzed kilku lat Informację dla Sejmu o sytuacji w ochronie zdrowia (2006). Istnieje pewien zestaw analiz w niektórych instytucjach zależnych od Ministerstwa Zdrowia. Interesujące dane gromadzi Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Jednak duża ich część jest w niewystarczającym stopniu przetworzona, aby mogła stać się bazą dla projektowania konkretnych działań w systemie ochrony zdrowia. Ponadto trudno jest dostrzec mechanizm łączenia gromadzonej wiedzy z procesami decyzyjnymi.

Resort posiada także Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 (powstał w związku z wykorzystaniem funduszy unijnych). Zapisano tam zbiór ośmiu strategicznych celów do realizacji. Wiele z nich ma charakter przekrojowy, wymagający współpracy innych urzędów i ministerstw. Powstał Zespół Koordynacyjny do realizacji zapisanych celów.<sup>54</sup> Nie

<sup>53</sup> Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, *Program Operacyjny Kapitał Ludzki. Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007-2013*, Warszawa 7 września 2007 r., s. 75.

<sup>54</sup> Zarządzenie nr 34 Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 marca 2008 r. zmieniające za-

zbiera się on jednak w zaplanowanych terminach. Nie powstały mechanizmy umożliwiające przekładanie długofalowych celów na codzienne działania i wysiłki administracji. W tym zakresie również trzeba zaznaczyć, że niemal cała administracja ma znaczne trudności z działaniami wokół strategicznych celów, czyli z powiązaniem ich z bieżącą agendą działania. Szczególnie dotkliwym problemem w programie są wskaźniki ewaluacyjne (jako kryteria przyszłych ocen stopnia realizacji założonych celów). Wiele z nich zapisano w sposób, który nie daje możliwości przeprowadzenia realnych badań.

W strukturze ministerstwa jest wprawdzie Departament Polityki Zdrowotnej, którego celem jest planowanie programów polityki zdrowotnej, ale – jak wyżej wspomniano – w istocie nie pełni funkcji analitycznych. Nie zleca on badań problemów występujących w systemie ochrony zdrowia, i tym samym nie generuje wiedzy operacyjnej w oparciu o dane wynikające z badań. Nie posiada narzędzi analityczno-ewaluacyjnych. W dużej mierze zajmuje się nadzorem nad placówkami realizującymi zadania w zakresie transplantologii, krwiodawstwa. Zajmuje się usługami wysokospecjalistycznymi. Natomiast Departament nie zajmuje się bezpośrednio Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007–2015, który można byłoby uznać za kluczowy programowy dokument resortu. Departament prowadzi 14 programów, z których kilka ma duże znaczenie. W sumie w 2008 roku na programy wydatkowano prawie 650 mln zł. Mają one jednak głównie charakter typowo medyczny, a ich celem jest osiągnięcie większego potencjału do radzenia sobie z wybranymi chorobami np. program walki z rakiem, program przesiewowy noworodków, zwiększenie bezpieczeństwa zaopatrzenia w krew, program profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego (m.in. zakup sprzętu). Część programów wspiera placówki zdrowia albo zwiększa dostępność pewnych preparatów, zakupy sprzętu, wprowadzenie określonych rejestrów. Programy są wyrazem działań interwencyjnych ministerstwa.

Dodatkowym problemem jest brak w strukturze organizacyjnej Ministerstwa Zdrowia komórki, której kluczowym zadaniem byłaby ewaluacja programów realizowanych przez ministerstwo (programów promocji zdrowia, czy programów działań w zakresie poszczególnych grup chorobowych). Problem jest głębszy, ponieważ resort w tym zakresie nie posiada odpowiedniego dorobku, na podstawie którego można tworzyć system wskaźników do ewaluowania (jak wyżej wskazano dotyczy to niemal całej administracji publicznej). Wprawdzie w strukturze jest samodzielne stanowisko pracy do spraw audytu wewnętrznego, ale jego zadania obejmują

---

rządzenie w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia – [http://bip.kprm.gov.pl/rm/organy/dzialajace/przy/prm/24\\_853.html](http://bip.kprm.gov.pl/rm/organy/dzialajace/przy/prm/24_853.html).

głównie badania dokumentów finansowych resortu oraz działań resortu w sferze administracyjno-organizacyjnej. Urzędnik na tym stanowisku bada obszary ryzyka w zakresie dysponowania środkami publicznymi. Nie posiada natomiast narzędzi do badania zagadnień efektywności wydatkowania pieniędzy (w tym sensie, czy dane działania ministerstwa przyniosły oczekiwaną wartość). Problem wypływa również z tego, że realizowane w Ministerstwie Zdrowia programy nie są odpowiednio dobrze wyposażone w zasady ich ewaluacji. Pewne wskaźniki do ewaluacji zawiera Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Są one jednak formułowane nie zawsze w tych obszarach, gdzie rzeczywiście można przeprowadzić ewaluację. W praktyce monitorowane są tylko nieliczne wskaźniki ewaluacyjne, spośród tych, które wymienione zostały w dokumencie.

We Francji istnieje zewnętrzna w stosunku do ministerstwa instytucja, której zadaniem jest ewaluowanie projektów realizowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Zapewnia to całkowitą niezależność w prowadzeniu ewaluacji. Generuje ona dziesiątki opracowań ewaluacyjnych.<sup>55</sup>

Niedostateczny rozmiar podejmowanej pracy analitycznej w Polsce może mieć swoje źródło także w tym, że kluczowe akty ustawodawcze nie wskazują na wysoką rangę tej sfery. Otóż ustawa o działach administracji zawiera opis działu zdrowie (art. 33), w którym w ogóle nie wymienia się kwestii prowadzenia analiz systemu ochrony zdrowia. Dział obejmuje takie sprawy, jak: (1) ochrona zdrowia i zasady organizacji opieki zdrowotnej; (2) nadzór nad produktami leczniczymi, kosmetykami; (3) nadzór nad wybranymi systemami, zawodami medycznymi; warunkami sanitarnymi i nadzorem sanitarnym, (4) bezpieczeństwo żywności, lecznictwo uzdrowiskowe.

Wydaje się, że powyższa charakterystyka działu zdrowie upraszcza zakres i głębię terminu „polityka ochrony zdrowia”. Można odnieść wrażenie, że minister i podległy mu resort nie odpowiadają za rezultaty polityki zdrowotnej, czyli za jakość świadczeń medycznych, ale jedynie za pewną sekwencję działań, z których część jest dość luźno związana z samymi świadczeniami. Zadania działu zdrowie są tak sformułowane, że badania analityczne nad systemem zdrowia nie narzucają się nadmiernie jako droga umożliwiająca lepszą realizację polityki zdrowotnej. Zadania tego działu sprowadzają się do administrowania np. „organizacją opieki medycznej”, czy „lecznictwem uzdrowiskowym”, „zawodami medycznymi”. Brakuje tu poczucia dynamiki i wskazania na finalne produkty funkcjono-

---

<sup>55</sup> l'Inspection générale des affaires sociales - [www.travail-solidarite.gouv.fr/web/inspection-control-evaluation-igas/presentation-igas/qu-est-ce-que-inspection-generale-affaires-sociales.html](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/web/inspection-control-evaluation-igas/presentation-igas/qu-est-ce-que-inspection-generale-affaires-sociales.html).

wania systemu zdrowia, których oczekuje obywatel (dobrej jakości świadczenia medyczne i profilaktyczne).

Problematyka polityki zdrowotnej znacznie szerzej została sformułowana we Francji i Wielkiej Brytanii. We Francji wśród 10 punktów pokazujących zakres tej polityki mamy „nadzór i monitorowanie stanu zdrowia społeczeństwa i ich determinantów”. Są tam też wskazane: „walka z epidemiami”, „profilaktyka chorób, urazów, niesprawności”, „poprawa stanu zdrowia społeczeństwa i jakości życia osób chorych, niepełnosprawnych i osób zależnych”, „informacja i edukacja zdrowotna, organizacja debat publicznych na temat zdrowia”, „identyfikacja i redukcja możliwych ryzyk dla zdrowia związanych z czynnikami środowiskowymi i warunkami pracy, transportu, odżywiania się...”, „redukcja nierówności w dostępie do zdrowia poprzez promocję zdrowia, rozwój dostępu do opieki, diagnostyki...”, „jakość i bezpieczeństwo opieki i produktów zdrowotnych”, „organizacja systemu zdrowia i jego potencjał zaspokajania potrzeb...”, „demografia zawodów medycznych”.<sup>56</sup>

Francuska charakterystyka polityki zdrowotnej jest dużo szersza i umożliwia ministerstwu zdrowia znacznie bardziej kompleksowe podejście do problematyki zdrowia. Wymusza w znacznym stopniu zaangażowanie analityczne, ponieważ badania społecznych czynników zdrowia są niezbędne, aby realizować w sposób dojrzały politykę zdrowia.

Warto podkreślić, że na przykład w Wielkiej Brytanii komórki typowo analityczne mają wysoką pozycję w hierarchii. Istnieje tam olbrzymia struktura w tym zakresie, zarówno pionowa, jak i pozioma. Szef struktury pionowej Program i Strategia (*Policy and Strategy*) ma wysoką rangę dyrektora generalnego. Poza tym istnieje Komitet Programowania (*Policy Committee*), który odpowiada za rozwijanie i wdrażanie najlepszych praktyk w dziedzinie tworzenia programów (*policy-making*) w całym ministerstwie (strukturalnie jest to podkomitet Rady Zarządzania Resortem, CMB). Promuje zwłaszcza programowanie w oparciu o wyniki badań (*evidence based approach*). Doradza Radzie na temat priorytetów w programowaniu i kwestii dopasowania programów do strategii ministerstwa. Komitet obraduje co sześć tygodni. Przewodniczącym jest dyrektor generalny Programu i Strategii (*Policy and Strategy*), w składzie jest jeszcze dwóch dyrektorów generalnych (*Research and Development, Director General for Finance and Chief Operating Officer*), a pozostali są to dyrektorzy średniego szczebla różnych komórek, które zajmują się zarówno medycznymi aspektami działania systemu ochrony zdrowia, jak i społecznymi oraz zarządczymi, a także pre-

---

<sup>56</sup> Rapport annuel 2007, Direction general de la Sante, 2007, s. 44.

wencją, polityką badawczo-rozwojową, polityką lekową, programami klinicznymi.<sup>57</sup>

W brytyjskim ministerstwie istnieje specjalny Program badań merytorycznych (*Policy Research Programme*).<sup>58</sup> Jego celem jest zlecenie określonych prac eksperckich dotyczących zakresu działania resortu, w zakresie zdrowia publicznego, polityki Narodowej Służby Zdrowia (NHS) oraz opieki społecznej dla dorosłych. Założeniem jest, że priorytety programu muszą być zgodne z celami resortu. Program służy także rozwijaniu konsultacji z odpowiednimi komórkami programowymi w innych ministerstwach i organizacjach o profilu tematycznym odpowiadającym resortowi. Program wspiera ministerstwo w formułowaniu i ewaluowaniu polityk zdrowotnych przez uzyskiwanie ekspertyz, które pokazują dowody/dane, czy rozwój polityk i ich wdrożenie nastąpiło na czas, czy istnieją oceny ich potencjalnego wpływu i czy okazały się efektywne kosztowo. Ekspertyzy mają mieć charakter ewaluacji istniejących polityk albo eksperymentalnych projektów pilotażowych, zanim będą są w pełni wdrożone. Program ma również na celu zlecenie prac zawierających dowody badawcze dotyczące polityk długoterminowych. W jednym czasie program finansuje około 300 projektów badawczych. Obecnie dotyczą one m.in. równości/nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych, świadczeń dla matki i dziecka (jakość opieki), promocji zdrowia (np. infekcje szpitalne), reformy systemu ochrony zdrowia, zdrowia psychicznego (rozwój efektywnych interwencji), technologii informacyjnych (np. tele-opieka medyczna, samo-opieka medyczna, współpraca między organizacjami), dziedziny określonych chorób (np. badania przesiewowe).

Warto zaznaczyć, że w Wielkiej Brytanii istnieje specjalna, pozioma struktura/sieć, którą tworzą kierownicy odpowiadający za współtworzenie i monitorowanie polityk publicznych we wszystkich resortach.<sup>59</sup> Przewodzi im urzędnik działający na centralnym poziomie służby cywilnej. Działają oni we współpracy z rządową szkołą kształcąca pracowników

---

<sup>57</sup> **Policy Committee members:** Director General, Policy and Strategy (Chair); Director, Health and Wellbeing; Director, Partnership, Experience and Involvement; Director General, Research and Development; Director, Policy Support Unit; Director General for Finance and Chief Operating Officer; Director, Workforce Capacity, Analysis and HR; Director, Chief Nursing Officer Directorate; Director, Strategy Unit; Director, Medicines, Pharmacy and Industry; Director, International Health; Director, Clinical Programmes; Director, DH Single equality Scheme; Director, Legal Services; Chief Analyst; Director, Financial Planning and Allocations; Director, System Management and New Enterprise; Director, Equality and Human Rights; Director, NHS Operations; Director, Health Protection.

<sup>58</sup> [www.dh.gov.uk/en/Researchanddevelopment/Policyresearchprogramme/DH\\_4001718](http://www.dh.gov.uk/en/Researchanddevelopment/Policyresearchprogramme/DH_4001718).

<sup>59</sup> Zob.: [www.civilservice.gov.uk/networks/professional/policy-profession/heads-policy-profession.aspx](http://www.civilservice.gov.uk/networks/professional/policy-profession/heads-policy-profession.aspx).



służby cywilnej. Realizują inicjatywy służące poprawianiu efektywności w zakresie wyników ich pracy. Określają potrzeby szkoleniowe dla pracowników zajmujących się politykami publicznymi, wymagane kwalifikacje do sprawowania takich stanowisk pracy, itp.

### Systemowe problemy w polskiej administracji

Sytuacja Ministerstwa Zdrowia z pewnością nie jest łatwa w zakresie budowania spójnej polityki zarządzania zasobami ludzkimi z uwagi na to, że w całej służbie cywilnej odczuwane są problemy w tym zakresie. Potwierdzają to badania wykonane w ramach projektu unijnego „Analiza potrzeb szkoleniowych w służbie publicznej 2008”. Wyniki badań wskazują, że istnieją znaczne deficyty w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi. *Polityka kadrowa poszczególnych urzędów, w tym również polityka szkoleniowa, nie była jasna dla samych pracowników, ani też kadry kierowniczej.*<sup>60</sup> W skali całej służby publicznej brakuje jednolitej polityki szkoleniowej. Urzędy same decydują o wyborze tematów szkoleń, dostawców usług, o systemach ewaluacji szkoleń oraz narzędzi służących rozwojowi zawodowemu pracowników zatrudnionych w urzędach.

Deficyty w zakresie polityki zasobów ludzkich w administracji potwierdza również dokument strategiczny państwa, jakim są Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007–2013. Stwierdza, że zarządzanie zasobami ludzkimi w administracji często ograniczone jest do „administrowania” kadrami. Urzędom brakuje bowiem takich narzędzi, jak opracowanie profili kompetencyjnych, systematyczne badanie potrzeb szkoleniowych, programy podnoszenia kwalifikacji, systemy motywacyjne, metody wiązania inwestycji w rozwój pracowników z celami urzędów, metody szacowania wpływu szkoleń na efektywność urzędów. Brakuje systemu zestawów kompetencji, które dedykowane są dla różnych poziomów zarządzania i typów stanowisk pracy.

Najwyższa Izba Kontroli oceniła, że obecne nakłady na podnoszenie kwalifikacji i umiejętności zawodowych urzędników nie są wystarczające. W 2005 roku w szkoleniach centralnych (tj. planowanych i nadzorowanych przez organ nadzorujący służbę cywilną) udział wzięło 3751 pracowników wobec 125 000 członków korpusu służby cywilnej. Jednocześnie, jak stwierdzają dokumenty strategiczne państwa *Inwestowanie w kapitał ludzki wymaga podejścia długookresowego i zróżnicowanego zarówno na poziomie całej administracji rządowej, jak i poszczególnych urzędów*.<sup>61</sup>

<sup>60</sup> Kancelaria Premiera Rady Ministrów, *Strategia szkoleniowa w służbie publicznej na lata 2008–2010*, Warszawa 2008, s. 8.

<sup>61</sup> Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, *Program Operacyjny Kapitał Ludzki. Narodowe Stra-*

## Polityka informacji

Resort nie wyklarował we właściwym stopniu swojej roli jako centralnego elementu systemu ochrony zdrowia. Mogło to zrodzić kolejny problem, jakim jest niedostateczne pełnienie funkcji w zakresie komunikacji strategicznej. Istniejące struktury zajmujące się komunikacją (Biuro Prasy i Promocji) pełnią głównie standardowe role związane z udzielaniem bieżącej informacji o bieżących zdarzeniach. Wśród zadań Biura Prasy i Promocji (BPP) spotykamy klasyczny zestaw zadań komórki odpowiedzialnej za politykę informacyjną, m.in. udzielanie informacji, informowanie o systemie ochrony zdrowia oraz o programach polityki zdrowotnej. Zadania zostały opisane bardzo lakonicznie, bez odróżnienia komunikacji na zewnątrz i wewnątrz. Wiele wskazuje, że Biuro działa głównie w odpowiedzi na zapytania z zewnątrz.

Biuro nie tworzy publikacji, które wyjaśniają mechanizmy funkcjonowania systemu. Strona internetowa zawiera wiele cząstkowych informacji, natomiast brakuje spojrzenia i opisu konstrukcji systemu zdrowotnego, jego naczelnych cech i założeń. Na jej podstawie trudno wyrobić sobie zdanie na temat generalnego kształtu systemu.

Biuro ma zadanie sformułowane w punkcie szóstym Regulaminu: „zarządzanie stroną internetową i jej aktualizacja”. To samo zadanie znajduje się wśród zadań Biura Dyrektora Generalnego, które brzmi identycznie.

BPP ustanowiono w zależności służbowej od Gabinetu Politycznego, co jest nietypowe w porównaniu z innymi resortami i rozwiązaniami na przykład brytyjskimi. Z jednej strony BPP jest wysoko usytuowane pod względem hierarchii z uwagi na „bliskość” ministra, ale może to izolować Biuro wśród departamentów, w których ma miejsce praca merytoryczna.

We Francji i Wielkiej Brytanii polityka informacyjna i komunikacja zewnętrzna mają bardzo wysoki status w strukturach zarządzania. Ich struktury są bardzo rozbudowane. Skutkuje to znaczną efektywnością potencjału do komunikowania obywatelom i mediom różnych aspektów polityki zdrowotnej. Znajduje to odzwierciedlenie na niesłychanie profesjonalnych stronach internetowych. Najbardziej rozwiniętą organizacyjnie formę spotykamy we francuskim oraz w brytyjskim ministerstwie zdrowia. We Francji Wydział (*Délégation*) ds. Informacji i Komunikacji posiada komórki (*Département*) informacji zewnętrznej, wewnętrznej oraz wydawnictw i sztuk audiowizualnych. W komórce do spraw informacji zewnętrznej (kontaktów zewnętrznych) spotykamy osobne biura (*Mission*) do spraw:

kontaktów z mediami, Internetu oraz prasy, a w strukturze komórki do spraw informacji wewnętrznej (kontaktów wewnętrznych) mamy osobne biura do spraw wydawnictw, działalności audiowizualnej, grafiki i multi-mediów.

Również w modelu brytyjskim kwestia komunikacji stawiana jest bardzo wysoko. Osoba odpowiadająca za komunikację ma rangę dyrektora generalnego, który funkcjonuje w najważniejszych elementach struktury poziomej.

Z punktu widzenia odbiorców strona internetowa powinna zawierać: (1) jasno określone zadania ministerstwa (misję), (2) bieżące i długofalowe plany resortu oraz (3) harmonogramy realizacji zadań bieżących, (4) departamenty (biura) lub osoby odpowiedzialne za poszczególne zadania.

Polityka komunikacji związana jest w pewnym sensie z polityką transparentności. W tym zakresie Ministerstwo Zdrowia posiada szereg cennych mechanizmów. Na stronie internetowej polskiego resortu prezentowane są ustalenia z obrad kierownictwa resortu. Pozwalają one na zorientowanie się w agendzie bieżących działań.<sup>62</sup> Prezentowany jest cały szereg podstaw prawnych do funkcjonowania wielu wewnętrznych komórek, a także ciał z udziałem zewnętrznych ekspertów; są projekty aktów prawnych przygotowywanych przez Ministerstwo Zdrowia, akty prawne po konsultacjach społecznych. Udostępniony jest znaczny zasób informacji o narodowym programie walki z chorobami nowotworowymi (jeden z głównych programów ministerstwa).

Natomiast resort gorzej radzi sobie z prezentowaniem informacji o swojej całościowej działalności, kierunkach i priorytetach działania. Za wzór można uznać roczne raporty, które publikują ministerstwa zdrowia we Francji i w Wielkiej Brytanii. Prezentowana jest tam misja resortów, cele, metody działania w poszczególnych sferach, a także najważniejsze zadania zrealizowane w danym roku. Pokazywany jest budżet i jego najważniejsze pozycje. Daje to szansę całościowego spojrzenia na sposób działania resortów. Zwłaszcza w Wielkiej Brytanii istnieje całościowy system raportów. W przewodniku o resorcie zdrowia mamy informacje o tym, w jakiej części roku ukazują się poszczególne raporty ministerstwa, oraz innych instytucji systemu zdrowia<sup>63</sup>. Obok raportu rocznego oraz raportu o planie działania, publikowany jest osobny raport Głównego Przełożone-

<sup>62</sup> Zob.: [www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m111111&ms=0&ml=pl&mi=241&mx=0&mt=&my=644&ma=013578](http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m111111&ms=0&ml=pl&mi=241&mx=0&mt=&my=644&ma=013578).

<sup>63</sup> Zob.: [www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_083463.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_083463.pdf).

go Medycznego, w którym zapoznaje on opinię publiczną z głównymi wyzwaniami w zakresie problemów medycznych. Szereg raportów powstaje w strukturach organizacyjnych Narodowej Służby Zdrowia (NHS). Kolejne raporty powstają na poziomie rządu. Co trzy lata publikowany jest Przegląd wydatków (*Spending Review*), który pokazuje, jakie środki otrzymują poszczególne ministerstwa wraz ze strategicznymi celami do realizacji. Wydawana jest także publikacja pt. *Porozumienia w sprawie usług publicznych (Public Service Agreements)*, gdzie są zapisane priorytety ministerstwa. Publikowany jest również dokument pod nazwą *Strategiczne ramy (Strategic Framework)*, gdzie prezentowane są strategiczne kierunki działań (gdy ustalone są te kierunki, zaczyna się runda ocen pracowniczych na dany rok, procedury samooceny w ramach programu *Professional Skills for Government*, PSG).

### Współczesne wyzwania w zakresie rozwoju kwalifikacji

Nie-medyczne kadry zarządzające mogą budować swój profesjonalny potencjał poprzez wzmacnianie i aktualizowanie kompetencji kluczowych w systemie ochrony zdrowia. Współcześnie problematyka kompetencji zawodowych stała się niezwykle złożona i skomplikowana. Uznawana jest powszechnie za fundamentalną dla sprawnego przebiegu budowy nowoczesnej gospodarki opartej na wiedzy, a także dla budowy nowoczesnego społeczeństwa, które potrafi tworzyć niezbędne instytucje, w tym instytucje systemu ochrony zdrowia.

Wysoka ranga problematyki kompetencji wynika z tendencji do stawiania coraz wyższych wymagań na wielu stanowiskach pracy. Dotyczą one zarówno wiedzy czysto zawodowej, jak i umiejętności np. interpersonalnych, badawczych, analitycznych. Na coraz większej liczbie miejsc pracy wymagana jest innowacyjność, znajdowanie nowych rozwiązań, które doskonalą funkcjonowanie danych dziedzin. W wielu krajach trwa proces tworzenia różnych kategorii umiejętności i przypisywania im różnych poziomów, które wymagane są na określonych stanowiskach pracy. Taki proces ma miejsce również na poziomie Unii Europejskiej. Parlament Europejski i Rada wydały Zalecenie w sprawie ustanowienia europejskich ram kwalifikacji (ERK) dla uczenia się przez całe życie.<sup>64</sup> Mają one służyć mobilności pracowników na rynkach krajów członkowskich Unii Europejskiej. Mają także ułatwiać porównywanie ich kwalifikacji. Zalecenie wskazuje, że kraje członkowskie powinny do 2010 roku wypracować i dopasować swoje systemy kwalifi-

<sup>64</sup> Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienia europejskich ram kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie z dnia 23 kwietnia 2008 roku, 2008/C 111/01.

kacji. Dokument wprowadza 8 poziomów kwalifikacji. Każdy z nich definiowany jest przez zakres wiedzy, umiejętności i kompetencji. Poziomy kwalifikacji określają to, co dana osoba znajdującą się na danym poziomie powinna wiedzieć, rozumieć i potrafić. Na przykład pracownik znajdujący się na poziomie pierwszym kwalifikacji to taki, który posiada podstawową wiedzę ogólną, podstawowe umiejętności wymagane do realizacji prostych zadań, a w zakresie kompetencji może wykonywać proste prace pod bezpośrednim nadzorem. Pracownik, który ma drugi poziom kwalifikacji, wymaga pracy lub nauki pod nadzorem, ale można mu przyznać pewien stopień autonomii. Pracownik z poziomu trzeciego w zakresie kompetencji może ponosić odpowiedzialność za realizację zadań, umie dostosowywać własne zachowanie do zaistniałych okoliczności, rozwiązuje powstałe w jego otoczeniu problemy. Dla odróżnienia osoba posiadająca najwyższy, ósmy poziom, musi posiadać wiedzę na najbardziej zaawansowanym poziomie w danej dziedzinie, a w zakresie kompetencji musi wykazywać się znaczącym autorytetem, innowacyjnością, autonomią, etyką naukową i zawodową oraz trwałym zaangażowaniem w rozwój nowych idei, i procesów.<sup>65</sup>

W Polsce również podejmowane są próby zbudowania systemu kształcenia ustawicznego. Rząd przyjął *Strategię Rozwoju Kształcenia Ustawicznego do roku 2010*. Wskazał tam na konieczność: 1) zwiększania dostępności do kształcenia ustawicznego, 2) podnoszenia jego jakości, 3) współdziałania i partnerstwa, 4) wzrostu inwestycji w zasoby ludzkie, 5) uświadamiania roli i znaczenia kształcenia ustawicznego, 6) ułatwiania dostępu do rzetelnych informacji, poradnictwa i doradztwa. Zapowiedziom nie towarzyszą jednak adekwatne działania. W konsekwencji wskaźnik uczestnictwa w kształceniu ustawicznym jest w Polsce niski i wynosi 4,7% ogółu obywateli w wieku produkcyjnym. Średni wskaźnik dla UE wynosi blisko 10%, a w niektórych krajach sięga powyżej 20%.<sup>66</sup> Problemy w Polsce wynikają z niedopasowania instytucjonalnego. Otóż w najbardziej rozwiniętych krajach UE doksztalcenie jest uznawane za kluczowe przedsięwzięcie, w które angażuje się nie tylko rząd, ale w znacznym stopniu organizacje zawodowe, czyli organizacje pracodawców i związków zawodowych. To oni w układach zbiorowych pracy planują systemy doksztalcenia dedykowane dla poszczególnych grup zawodowych. W Polsce istnieje tylko niewielki zasięg układów zbiorowych. Odczuwany jest także dotkliwy brak rozwiązań systemowych dla realizowania programów doksztalcenia.

W systemie zdrowia problematyka kwalifikacji również staje się niezmiernie istotna. Na wielu stanowiskach pracy potrzebne są

<sup>65</sup> B. Surdykowski, *Droga do przyszłości - edukacja i kształcenie ustawiczne*, „Dialog. Pismo Dialogu Społecznego”, nr 4/2008, s. 49-50.

<sup>66</sup> Tamże, s. 55.

coraz wyższe kwalifikacje i umiejętności. Wiele krajów buduje precyzyjne systemy umożliwiające doskonalenie kwalifikacji. Coraz wyższe kwalifikacje są bowiem jedynym sposobem wypracowania systemu ochrony zdrowia, który będzie spełniał oczekiwania obywateli na profesjonalne świadczenia medyczne.

## Kształcenie kadr administracyjnych systemu opieki zdrowotnej

Właściwe kształcenie kadr administracyjnych/zarządzających systemu zdrowotnego jest kluczowe dla osiągnięcia zdolności do realizacji celów polityki zdrowotnej każdego państwa. O ile niekompetentny lekarz może szkodzić jednostkom, dziesiątkom czy setkom pacjentów, o tyle niekompetentny pracownik administrujący systemem zdrowotnym może szkodzić dziesiątkom, setkom, tysiącom obywateli, a nawet całemu społeczeństwu.

Standardy kształcenia są przede wszystkim pochodną modelu polityki zdrowotnej, jaki dany kraj przyjmuje. To on wyznacza i kształtuje podstawowe funkcje zdrowia publicznego, które z kolei określają wymagane kompetencje pracowników na poszczególnych szczeblach organizacji systemu zdrowotnego. Na ich podstawie powinny być zdefiniowane i wdrożone standardy kształcenia.

Wymogi wykształcenia dla kadr instytucji ochrony zdrowia stawiane są w Polsce tylko w przypadkach niektórych stanowisk pracy.<sup>1</sup> Mimo to nastąpił rozwój różnorodnych form kształcenia dla kadr instytucji zdrowotnych. Jako pierwsza w 1991 r. powstała Krakowska Szkoła Zdrowia Publicznego - przekształcona następnie w Instytut Zdrowia Publicznego

---

<sup>1</sup> Np. kierownikiem samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, może być wyłącznie osoba, która posiada wyższe wykształcenie i ukończone studia podyplomowe o kierunku zarządzanie w służbie zdrowia (plus co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie), bądź też osoba posiadająca wyższe wykształcenie, ukończone szkolenie zagraniczne (plus co najmniej trzyletni staż pracy w zawodzie) albo osoba z wyższym wykształceniem (plus co najmniej sześćdziesięcioletni staż pracy w zawodzie). Takie warunki stawia Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. (Dz. U. nr 44, poz. 520).

*Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego (CMUJ). Uruchomiła ona kształcenie specjalistów zdrowia publicznego na poziomie studiów podyplomowych. Była to jednocześnie jedna z pierwszych szkół w Europie Środkowowschodniej. Została stworzona całkowicie od podstaw przy wsparciu Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej oraz przy doradztwie przedstawicieli francuskiego Ministerstwa Zdrowia.

Tabela 3.

**Liczba uczelni wyższych prowadzących studia na kierunku:  
Zdrowie Publiczne**

Studia stacjonarne		Studia niestacjonarne	
I stopnia	II stopnia	I stopnia	II stopnia
39	11	34	11

Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2009 w sprawie limitów przyjęć na studia medyczne.

W Polsce istnieje obecnie 39 publicznych i niepublicznych uczelni wyższych prowadzących studia na kierunku zdrowie publiczne. Część z nich to akademie medyczne lub ich odpowiedniki (np. w Krakowie - UJ *Collegium Medicum*, Szczecin - Akademia Medyczna, Uniwersytet Medyczny - Łódź, Warszawa, Lublin), politechniki (jak np. Politechnika Częstochowska), i innego rodzaju uczelnie wyższe (np. Wyższa Szkoła Administracji Publicznej w Białymstoku, Wyższa Szkoła Ekonomii i Prawa w Kielcach).

Programy nauczania są zróżnicowane, zarówno w treści (wykładane przedmioty, proporcje między ich grupami), formie, jak i w organizacji studiów (np. liczba godzin, proporcje między wykładami i ćwiczeniami).<sup>2</sup> Nie prowadzono analizy dostosowania programów kształcenia do faktycznych oczekiwań rynku pracy. Miał miejsce pilotażowy projekt badawczy<sup>3</sup>, który wskazał na preferencje kluczowych publicznych pracodawców sektora zdrowotnego w zakresie pożądanych kwalifikacji: instytucji administracji centralnej i samorządowej, zakładów opieki zdrowotnej, płatnika świadczeń zdrowotnych, inspekcji sanitarnej. Wśród najbardziej po-

<sup>2</sup> J.S. Sitko, *Europejska akredytacja edukacji w dziedzinie zdrowia publicznego*, „Zdrowie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia - Zdrowie Publiczne i Zarządzane”, t. III, nr 2/2005.

<sup>3</sup> Leonardo da Vinci pt. „Poprawa zatrudnienia wśród absolwentów zdrowia publicznego poprzez dostosowanie programów nauczania do wymogów potencjalnych pracodawców w oparciu o ocenę braków w kształceniu umiejętności”. Szczegółowy opis projektu i jego efektów został przedstawiony w: L. Czabanowska, C. Włodarczyk, *Zatrudnienie w zdrowiu publicznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.



žadanych kompetencji absolwentów zdrowia publicznego najczęściej wymieniano: (1) kreatywność i umiejętność konstruktywnego rozwiązywania problemów, (2) umiejętność analitycznego myślenia, (3) wiedzę z zakresu promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej i nauk społecznych, (4) wysokie umiejętności komunikacji interpersonalnej, (5) znajomość zagadnień etyki zdrowia publicznego.

**Kształcenie podyplomowe w zakresie zdrowia publicznego.** Duże zróżnicowanie istnieje również w organizacji i formach studiów podyplomowych. Na tym poziomie kształcenie stało się kierunkiem bardzo popularnym i prowadzone jest już przez kilkadziesiąt uczelni publicznych i niepublicznych. Obejmują one zagadnienia zarządzania jednostkami ochrony zdrowia, organizowania, koordynowania i monitorowania działalności zakładów opieki zdrowotnej oraz innych podmiotów systemu zdrowotnego.

Szkoły podyplomowe dość znacznie różnią się zarówno pod względem organizacji studiów (na ogół są to studia 1-roczone organizowane w formie kilkunastu sesji weekendowych), jak również zakresu programowego i metod nauczania. Nie zostały ustanowione standardy w zakresie programu studiów podyplomowych. Na kierunku zarządzanie w opiece zdrowotnej najczęściej można spotykać takie bloki tematyczne, jak: (1) Polityka zdrowotna a funkcjonowanie jednostek opieki zdrowotnej; (2) Zasady organizacji jednostek opieki zdrowotnej; (3) Zasady funkcjonowania rynku usług zdrowotnych; (4) Zagadnienia prawne dotyczące jednostek opieki zdrowotnej/Prawo o zakładach opieki zdrowotnej; (5) Systemy informatyczne w jednostkach opieki zdrowotnej; (6) Zarządzanie operacyjne w jednostkach opieki zdrowotnej; (7) Polityka personalna/restrukturyzacja zatrudnienia; (8) Zarządzanie infrastrukturą techniczną i inwestycjami; (9) Gospodarka lekiem; (10) Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych; (11) Proces restrukturyzacji jednostek opieki zdrowotnej.

**Kształcenie ustawiczne.** Najczęstszą formą kształcenia ustawicznego dla menedżerów są studia podyplomowe z zakresu zarządzania jednostkami ochrony zdrowia. Na rynku usług szkoleniowych istnieje także oferta wielu krótszych form doskonalenia zawodowego, organizowanych np. w formie jedno- lub dwudniowych konferencji, kongresów, seminariów, kursów, warsztatów praktycznych, czy też cykli szkoleń poświęconych aktualnym problemom systemowym.

Szkolenia organizują między innymi: (1) publiczne i prywatne uczelnie wyższe, (2) prywatne firmy szkoleniowo-konsultingowe działające w obszarze zdrowia, (3) wydawnictwa medyczne, (4) stowarzyszenia zawodowe (np. Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Izby le-

karskie i pielęgniarskie). Część z oferowanych form edukacji jest dofinansowywana z europejskich programów edukacyjnych.

Tematyka szkoleń jest bardzo zróżnicowana, ale najczęściej dotyczy najbardziej bieżących problemów funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, które wynikają ze zmian w regulacjach prawnych. Oferta szkoleniowa jest adresowana głównie do menedżerów placówek ochrony zdrowia, natomiast w znacznie mniejszym stopniu – do menedżerów funkcjonujących ma szczeblu centralnych instytucji służby zdrowia.

**Standardy kształcenia w zakresie zdrowia publicznego.** Dnia 1 października 2007 roku sformalizowane zostały standardy kształcenia na kierunku zdrowie publiczne (studia pierwszego i drugiego stopnia).<sup>4</sup> Zgodnie z zapisami Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym z 27 lipca 2007<sup>5</sup> standardy określają<sup>6</sup>, że studia pierwszego stopnia (studia licencjackie) trwają nie krócej niż 6 semestrów, a liczba godzin zajęć wynosi przynajmniej 2600. Liczba punktów ECTS (*European Credit Transfer System*) nie powinna być mniejsza niż 180. Studia drugiego stopnia (studia magisterskie) trwają nie krócej niż 4 semestry, a liczba godzin zajęć wynosi nie mniej niż 1400. Liczba punktów ECTS nie powinna być mniejsza niż 120.

Standardy określają kwalifikacje, wiedzę i umiejętności, jakie powinni zdobyć absolwenci. Są to między innymi umiejętność zarządzania placówkami ochrony zdrowia, kierowania zespołami ludzkimi, koordynowania oraz gromadzenia danych i analizy kosztów ekonomicznych usług medycznych, profilaktyki i promocji zdrowia.

W zestawie kompetencji są także umiejętności analityczne: umożliwiające prognozowanie i kształtowanie struktury i wielkości potrzeb zdrowotnych i usług medycznych ludności, identyfikowanie i prognozowanie zagrożeń i problemów zdrowotnych określonej zbiorowości, rozpoznawanie wpływu procesów społecznych oraz struktur demograficznych na zdrowie zbiorowości ludzkich. Wskazane zostały także kwalifikacje do planowania, opracowywania, organizowania oraz oceny skuteczności i ewaluacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia dla różnych środowisk społecznych.

---

<sup>4</sup> Obowiązujące standardy kształcenia dotyczą studiów licencjackich i magisterskich. Nie ma standardów odnośnie do kształcenia na studiach podyplomowych.

<sup>5</sup> Ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym z 27 lipca 2007, Dz. U. nr 164, poz. 1365.

<sup>6</sup> Standardy kształcenia dla kierunku studiów: „Zdrowie publiczne”, Załącznik nr 117 do Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokie-runki z 12 lipca 2007 r.

Ponadto Standardy czynią założenie, że zdobyty poziom kompetencji powinien umożliwić absolwentom włączanie się w realizację zadań profilaktyki i ochrony zdrowia w instytucjach: państwowych, samorządowych, społecznych i prywatnych, w tym pełnienie w nich funkcji kierowniczych, a także eksperckich, doradczych.

Analiza powyższych kwalifikacji budzi wątpliwość, czy absolwent studiów magisterskich ma być „przygotowany do pełnienia roli eksperta, doradcy lub konsultanta”? Na ogół takie kwalifikacje zdobywa się wraz z doświadczeniem na kolejnych etapach ścieżki rozwoju zawodowego. Ponadto, zdefiniowane w standardzie umiejętności szczegółowe absolwenta studiów magisterskich nie są w zasadzie umiejętnościami szczegółowymi – są natomiast odwzorowaniem funkcji zdrowia publicznego (nie opisują bowiem stosownych czynności i procesów umożliwiających realizację o-wych funkcji).

Słabością standardów jest brak wskazówek metodycznych dotyczących przebiegu procesu nauczania. Ma to znaczenie w sytuacji, gdy większość kadry nauczycielskiej nie posiada stosownego przygotowania pedagogicznego i metodycznego. Wprawdzie nie prowadzono w tym obszarze szczegółowych badań, niemniej jednak liczba nowouruchamianych studiów z zakresu zdrowia publicznego np. na uczelniach technicznych, uprawnia do sformułowania tezy, że kadra nie jest właściwie przygotowana. Szansą na poprawę programów edukacyjnych prowadzonych w polskich uczelniach, oraz na wyższe kwalifikacje ich absolwentów jest program Stowarzyszenia Szkół Zdrowia Publicznego Regionu Europejskiego (ASPHER), w ramach którego opracowywane są wytyczne w tej dziedzinie oraz procedura akredytacyjna. Pilotażowy program tej organizacji Leonardo da Vinci „Accreditation of Public Health Training Programs in Europe”<sup>7</sup>, przyniósł próbę stworzenia europejskich standardów akredytacji w edukacji w dziedzinie zdrowia publicznego. Powinien on uruchomić ciągły proces poprawy jakości kształcenia w dziedzinie zdrowia publicznego.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> W najbliższym czasie ukaże się publikacja podsumowująca rezultaty tego projektu oraz stanowiąca przewodnik na drodze do uzyskania akredytacji. Projekt realizowany z udziałem Instytutu Zdrowia Publicznego CMUJ.

<sup>8</sup> Stowarzyszenie (*Association of Schools of Public Health in the European Region*) jest niezależną organizacją europejską, wiodącą w dziedzinie wzmocnienia roli zdrowia publicznego poprzez edukację specjalistów dla praktyki i badań. Powstała w 1966 roku i skupia obecnie ponad 70 instytucji członkowskich z 37 krajów europejskich. Polska reprezentowana jest przez 3 instytucje: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Instytut Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego *Collegium Medicum*, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera z Łodzi. Kolejną ważną instytucją międzynarodową aktywną w rozwoju zdrowia publicznego jest utworzona w 1992 r. The European Public Health Association (EUPHA, [www.eupha.org](http://www.eupha.org)) – Europejskie Stowarzyszenie Zdrowia Publicznego.

W krajach najwyżej rozwiniętych zazwyczaj inaczej formułuje się kompetencje pracowników zatrudnionych w systemie zdrowia publicznego na różnych jego szczeblach.<sup>9</sup> Stosuje się szczegółowy opis umiejętności specyficznych, co wyraźnie definiuje, w jaki sposób założenia zdrowia publicznego przeobrazić w codzienną praktykę i proces dydaktyczny. Dla porównania przytoczono poniżej listę szczegółowych kompetencji analitycznych stosowanych w nauczaniu zdrowia publicznego w USA.<sup>10</sup> Zakładają one umiejętność: (1) definiowania problemu; (2) określania właściwego wykorzystania danych ilościowych i jakościowych oraz ich ograniczenia; (3) wybierania i definiowania zmiennych odpowiednich do określonych problemów zdrowotnych; (4) wskazywania odpowiednich źródeł danych i informacji; (5) oceniania kompletności i porównywalności danych oraz wskazywanie luk w źródłach danych; (6) stosowania zasad etycznych w zbieraniu, przechowywaniu, przetwarzaniu i upowszechnianiu danych i informacji; (7) pełnienia roli partnera dla społeczności, aby zrozumieć i zinterpretować zebrane dane ilościowe i jakościowe; (8) wykonywania odpowiednich powiązań między danymi ilościowymi i jakościowymi; (9) uzyskiwania i interpretowania informacji dotyczących ryzyka i korzyści dla społeczności; (10) realizowania procesu zbierania danych, wykorzystywania technologii informacyjnych; przechowywania i wykorzystania danych komputerowych; (11) doceniania i rozumienia wpływu danych na kwestie etyczne, polityczne, naukowe, ekonomiczne oraz na szeroko rozumiane zdrowie publiczne.

Próby zbudowania listy kompetencji w zdrowiu publicznym podejmowano w wielu krajach (np. w Australii, Nowej Zelandii, USA, Kanadzie, Wielkiej Brytanii, Holandii). Próby te podejmowały również różne organizacje międzynarodowe (np. WHO), stowarzyszenia profesjonalne (np. ASPHER, IUHPE), uczelnie, ciała rządowe, a nawet organizacje pozarządowe.

Amerykańska instytucja Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice stworzyła w 2005 roku listę kompetencji przeznaczoną przede wszystkim dla potrzeb instytucji kształcących w zdrowiu publicznym. Znalazły się tam następujące kluczowe kompetencje: (1) analityczne (szacowania); (2) tworzenia polityki, planowania programów; (3) komunikacji; (4) kulturowe; (5) praktycznego działania w społeczności; (6) związane z podstawowymi dyscyplinami nauki stosowanymi

<sup>9</sup> D. Cianciara i wsp., *Standardy kształcenia na kierunku zdrowie publiczne*, „Zdrowie Publiczne”, 2007; 117(3), s. 297-303.

<sup>10</sup> Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice, *Prologue to the Core Competencies for Public Health*, 2005.

w zdrowiu publicznym; (7) planowania finansów i zarządzania; (8) przywództwa i myślenia systemowego.<sup>11</sup>

Na uwagę zasługuje fakt, że kompetencje są ściśle związane z rodzajem wykonywanej pracy. W przedstawionej powyżej koncepcji pracowników podzielono na trzy grupy (dla każdej z grup potrzebne są wszystkie wymienione kluczowe umiejętności, jednakże w różnym stopniu zaawansowania):

- *osoby zatrudnione na pierwszej linii* (tzn. wykonujące rutynowe prace, jak zbieranie i analiza danych, praca w terenie i w społeczności, planowanie programu, inne zadania organizacyjne);

- *personel średniego szczebla* - to osoby, które pełnią wyspecjalizowane funkcje, ale nie są menedżerami i potrzebują szerszej wiedzy technicznej z obszarów epidemiologii, budowy i ewaluacji programów, zbierania danych, tworzenia budżetu, pisania wniosków o granty (np. epidemiolodzy, biostatystycy, planiści, analitycy polityki zdrowotnej);

- *personel nadzorujący i zarządzający* - to osoby odpowiedzialne za wiodące programy lub funkcje w organizacji. Osobom z tej grupy potrzebne są szersze umiejętności budowy, wdrożenia i ewaluacji programu, relacji ze społecznością, publicznego wypowiedzania się, prezentowania argumentów i zaleceń odnośnie polityki zdrowotnej.

Listę kompetencji absolwentów stworzyło także Stowarzyszenie Szkół Zdrowia Publicznego w Europie (ASPHER).<sup>12</sup> Zdefiniowano kompetencje w sześciu obszarach, uznanych za najistotniejsze dla zdrowia publicznego (obszary wyznaczają równocześnie podstawowe funkcje zdrowia publicznego):

- 1) metody badań (epidemiologia, biostatystyka, badania jakościowe);
- 2) zdrowie środowiskowe;
- 3) fizyczne, chemiczne, biologiczne i środowiskowe uwarunkowania zdrowia;
- 4) polityka zdrowotna, organizacja, zarządzanie i ekonomia;
- 5) promocja zdrowia i prewencja chorób;
- 6) zagadnienia interdyscyplinarne, w tym tworzenie strategii, etyka i inne.

---

<sup>11</sup> Tamże, za: D. Cianciara i wsp., *Standardy kształcenia na kierunku zdrowie publiczne*, art. cyt.

<sup>12</sup> ASPHER, Provisional List of Public Health Core Competencies European Public Health Core Competencies Programme (EPHCC) for Public Health Education, [www.aspher.org](http://www.aspher.org).

Kompetencje w każdym z tych obszarów podzielono na dwie grupy: kompetencje praktyczne oraz kompetencje intelektualne (wiedza). Lista zdefiniowanych kompetencji szczegółowych jest bardzo obszerna, dla przykładu przedstawiono poniżej wybrane szczegółowe umiejętności, jakie powinien posiadać absolwent zdrowia publicznego w obszarze 4 - tj. polityka zdrowotna, organizacja, zarządzanie i ekonomia:

- ♦ Kompetencje praktyczne - obejmujące 59 szczegółowych kompetencji w tym obszarze, np.:
  - interpretacja i zastosowanie metod i technik ekonomiki zdrowia;
  - dyskusja i formułowanie opinii w zakresie zagadnień ekonomiki zdrowia;
  - analiza aktualnych przypadków z punktu widzenia ekonomiki zdrowia;
  - zastosowanie teorii z zakresu logistyki i zarządzania operacyjnego w odniesieniu do realnych sytuacji w systemie opieki zdrowotnej;
  - poszukiwanie optymalnych rozwiązań w sytuacjach złożonych i trudnych, wymagających wdrożenia zmian;
  - zastosowanie w praktyce wiedzy teoretycznej z zakresu zarządzania finansami;
  - prezentacja argumentów i doradztwo w rozwiązywaniu problemów zarządczych;
  - zastosowanie narzędzi i metod zarządczych;
  - analiza zasad, struktur i funkcji systemu zdrowotnego, w tym aspektów finansowych, organizacyjnych i procesów decyzji politycznych;
  - zastosowanie wiedzy nt. skutecznej pracy zespołowej i umiejętności komunikacyjnych w celu rozwiązywania problemów oraz osiągnięcie specyficznych celów;
  - analiza związków pomiędzy badaniami naukowymi a praktyką;
  - ewaluacja silnych i słabych stron teorii i polityki z perspektyw różnych dyscyplin;
  - budowanie płaszczyzny współpracy zarówno z jednostkami, jak i organizacjami;

- przygotowanie programów: planowanie, wdrożenie i ewaluacja;
- zarządzanie zasobami, planowanie budżetowe, przygotowywanie wniosków/aplikacji o dofinansowanie działalności.
- ◆ Kompetencje intelektualne – obejmujące 44 szczegółowe kompetencje w tym obszarze, np.:
  - style przywództwa, teorie organizacji;
  - uwarunkowania prawne i polityczne działania systemu zdrowotnego;
  - organizacja zdrowia publicznego oraz systemu opieki zdrowotnej;
  - podstawy zdrowia publicznego oraz zarządzania w opiece zdrowotnej;
  - różne techniki i metody badań z zakresu ekonomiki zdrowia;
  - koncepcja jakości oraz profesjonalizmu z perspektywy prawa zdrowotnego i etyki opieki zdrowotnej;
  - związek pomiędzy zarządzaniem finansowym oraz innymi aspektami zarządzania, dotyczącymi procesu planowania i kontroli w organizacjach opieki zdrowotnej;
  - kluczowe reguły organizacji i funkcjonowania usług zdrowotnych i socjalnych;
  - główne komponenty, struktura, organizacja i funkcjonowanie usług zdrowotnych i socjalnych w krajach Unii Europejskiej; podstawy analiz ekonomicznych, główne metody stosowane w ewaluacji efektywności, skuteczności, równości w dostępie do usług zdrowotnych oraz główne zalety i ograniczenia każdej z metod.

**Trudność materii.** Wyznaczenie kompetencji dla kadr administracyjnych systemu opieki zdrowotnej w Polsce nie jest zadaniem prostym, co najmniej z kilku powodów. Część instytucji zarządzających w systemie ochrony zdrowia nie sformułowała wyraźnie, jakich kwalifikacji potrzebują i jakie uważają za pożądane w zakresie określonych specjalizacji w zarządzaniu (do formułowania kompetencji dochodzi często w procesie rekrutacji na dane stanowiska).

Warto podkreślić, że kompetencje<sup>13</sup> w obszarze zdrowia publicznego zdają się być szczególnie trudne do ustalenia/zdefiniowania. Zdrowie publiczne jest bowiem pod silnym wpływem zmieniających się czynników technologicznych, organizacyjnych, kulturowych, demograficznych.

Poza tym zdrowie publiczne jest stosunkowo młodą dziedziną wiedzy na świecie (w Polsce jako dyscyplina odrodzona dopiero po 1989 r.). Jest ona niezwykle złożona, ma interdyscyplinarny charakter i obejmuje bardzo szerokie spektrum zagadnień. Sprzyja to (nie tylko u nas) dyskusjom o granicach dziedziny wiedzy, jaką jest zdrowie publiczne, i jej relacji, przede wszystkim z medycyną, a szczególnie z takimi ugruntowanymi jej obszarami, jak: higiena, medycyna pracy, epidemiologia, promocja zdrowia, prewencja chorób i związki z innymi dziedzinami (np. zarządzanie, ekonomia, psychologia, ochrona środowiska). Co więcej, wiele kwestii ochrony zdrowia zawiera elementy specyficzne dla danego rejonu świata, kraju, regionu, a nawet społeczności lokalnej. Jednocześnie wiele aspektów ochrony zdrowia ma charakter uniwersalny dla populacji całego świata (zwłaszcza w odniesieniu do medycyny naprawczej).

Prawdopodobnie powyższe czynniki wpływają na to, że absolwenci kierunku zdrowie publiczne nie zawsze są odpowiednio zadowoleni zarówno z efektów kształcenia, jak i późniejszego rozwoju zawodowego. Na potrzeby niniejszego raportu wykonane zostało – skromne zasięgiem – badanie jakościowe<sup>14</sup>, które pokazuje, że wiedza zdobyta podczas kształcenia nie odpowiada wymaganiom stawianym przez pracodawców (tak uważa ponad połowa uczestników ankiety). Większość ocenia stopień wykorzystania swoich kwalifikacji w wykonywanej pracy jako mały bądź średni.

Zdecydowana większość respondentów twierdzi, że istnieją małe szanse rozwoju zawodowego w administracji służby zdrowia. Niektórzy oceniali rozwój zawodowy na zajmowanym stanowisku jako „żaden” lub wręcz regres. Podkreślano, że pracodawcy nie wykazują troski o możli-

---

<sup>13</sup> W języku polskim określenie „kompetencje” rozumiane jest jako wykształcenie, doświadczenie i wprawa, uzdolnienia, predyspozycje oraz inne cechy psychofizyczne, a także zachowanie, oczekiwane przez pracodawcę i ważne w pracy zawodowej. „Kwalifikacje” z kolei to wykształcenie, zakres i jakość przygotowania niezbędnego do wykonywania danego zawodu.

<sup>14</sup> Badanie przeprowadzono w ramach współpracy ze słuchaczem KSAP Michałem Wiśniewskim. Rozesłał on 60 ankiet do absolwentów kierunku zdrowie publiczne. Uzyskano odpowiedzi od 13 osób (21 osób odpowiedziało na maila, lecz 8 nie było w stanie wypełnić ankiety). Spora część osób nie odpowiedziała na pytanie nr 5 (Jakie masz możliwości rozwoju swoich kwalifikacji poprzez kształcenie ustawiczne (szkolenia, kursy, konferencje, publikacje) [pytanie dla pracujących w sektorze administracji służby zdrowia]?). Wynikać to może z faktu, że te osoby po studiach nie podjęły zatrudnienia w sektorze ochrony zdrowia.



wość ustawicznego podnoszenia kwalifikacji. Część respondentów uważa, że pracodawcy służby zdrowia (np. wydziały zdrowia w urzędach samorządu terytorialnego, NFZ) nie uznają często absolwentów zdrowia publicznego za osoby nadające się na stanowiska urzędnicze. Nie rozpoznają kwalifikacji absolwentów zdrowia publicznego. Respondenci formułowali także uwagi, że na stanowiskach administracyjnych w służbie zdrowia pracują osoby z wykształceniem medycznym (lekarze lub pielęgniarki), a pracodawcy niechętnie odnoszą się do idei obsadzania tych stanowisk osobami, które ukończyły zdrowie publiczne.

Respondenci wskazują także, że postrzegają karierę zawodową w systemie ochrony zdrowia jako mało atrakcyjną. Jedynie 2 z 13 osób oceniają stopień satysfakcji płynącej z wykonywanej pracy jako duży, podczas gdy reszta ankietowanych ocenia go jako mały lub średni.

Tabela 1

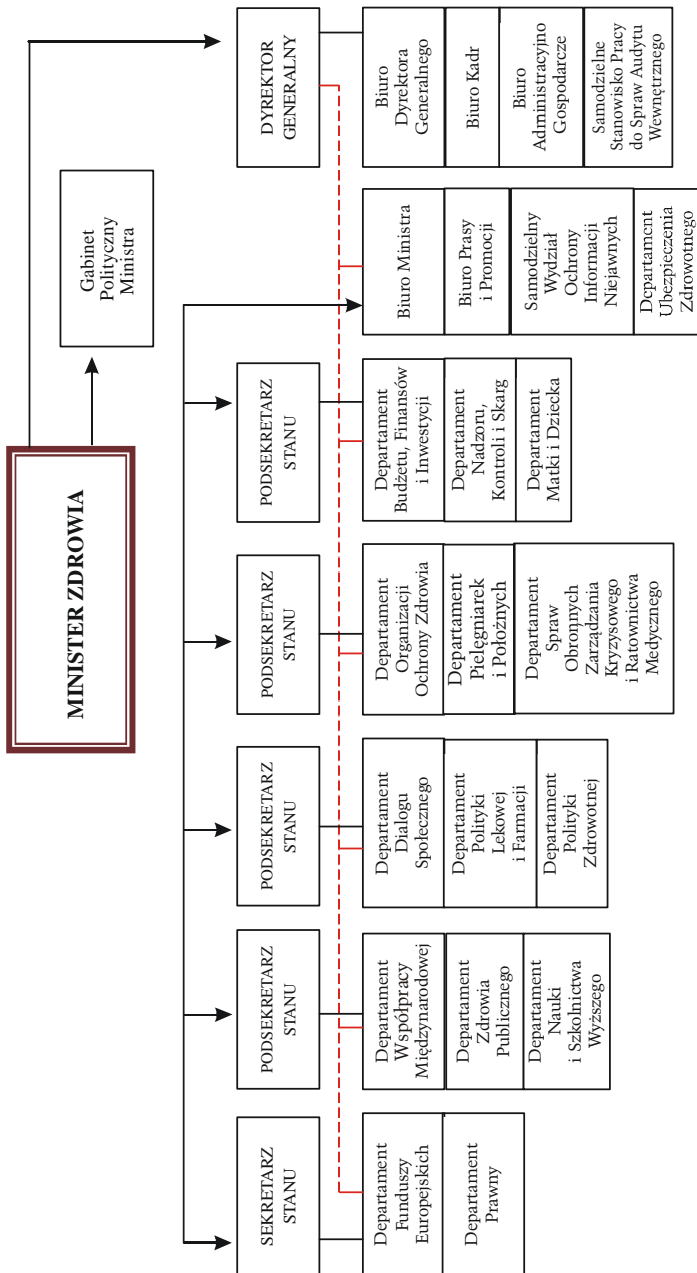
**Uwarunkowania funkcjonowania zdrowia publicznego w Polsce  
(w kontekście kształcenia kadr administracyjnych systemu zdrowotnego)**

Uwarunkowania		
Wczoraj	Dziś	Jutro
brak terminu „zdrowie publiczne”, działania sanitarno-epidemiologiczne, brak studiów przeddyplomowych i dyplomowych, słabo rozwinięty system studiów podyplomowych, niewielki krąg specjalistów – głównie lekarzy, doświadczenie w pracy i kursy specjalistyczne (krajowe i zagraniczne) jako podstawowa metoda podnoszenia kwalifikacji, bardzo mało ośrodków naukowo-badawczych, mało kontaktów zagranicznych, bardzo ograniczona liczba	powrót terminu „zdrowie publiczne”, zainteresowanie Unii Europejskiej, szersze kontakty zagraniczne, <i>benchmarking</i> , brak sformalizowanej dziedziny (dyscypliny) naukowej, nie do końca sformalizowany status prawny praktyki (brak ustawy o ustroju zdrowia publicznego), rozwijający się dynamicznie rynek studiów przeddyplomowych, różnorodność ośrodków dydaktycznych, ich tradycji i potencjału, pożyczanie specjalistów z innych dziedzin, niejasne ścieżki kariery zawodowej absolwentów	przewidywalna zapaść systemu ochrony zdrowia, potencjalny nacisk na prywatyzację, pogłębiające się nierówności w zdrowiu, mobilizacja zasobów społecznych na rzecz zdrowia, demedykalizacja zdrowia publicznego, współpraca w ramach UE, wyższe ujednoczone standardy praktyki, mobilność studentów i wykładowców, analiza „koszt-zysk” i „koszt-efekt” jako kryterium, certyfikacja/akredytacja, ustawa o ustroju zdrowia publicznego,

miejsc pracy, bardzo niski status zdrowia publicznego	i pracowników, niejasna równowaga między liczbą szkół, absolwentów i miejsc pracy, niesprawdzona (m.in. przez rynek) jakość kształcenia przeddyplomowego, rozwijający się rynek studiów podyplomowych, niedopracowany system odbywania specjalizacji związanych ze zdrowiem publicznym, dominacja podejścia biomedycznego i behawioralnego, niski status zdrowia publicznego	wyższy status zdrowia publicznego
---	--	-----------------------------------

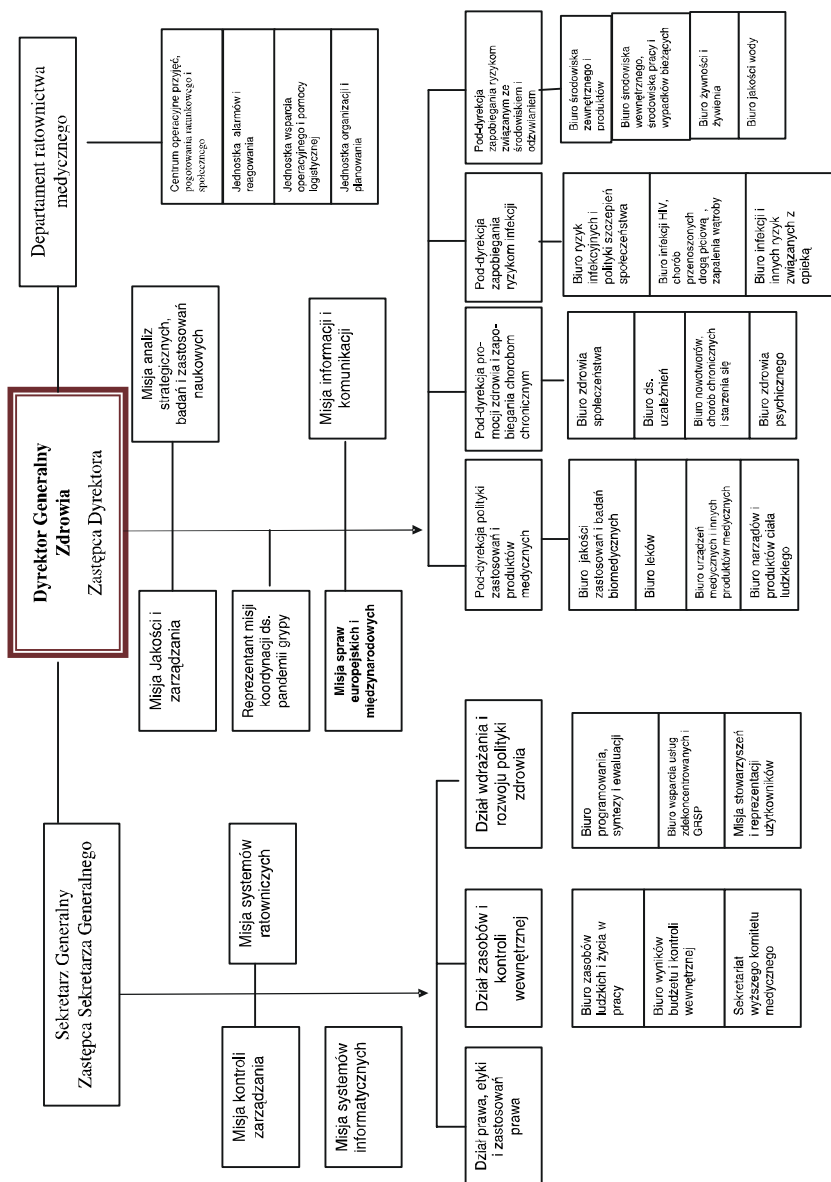
Źródło: Cianciara D. i wsp., *Standardy kształcenia na kierunku zdrowie publiczne*, „Zdrowie Publiczne”, 2007; 117(3): 297-303.

## Schemat organizacyjny Ministerstwa Zdrowia w Polsce

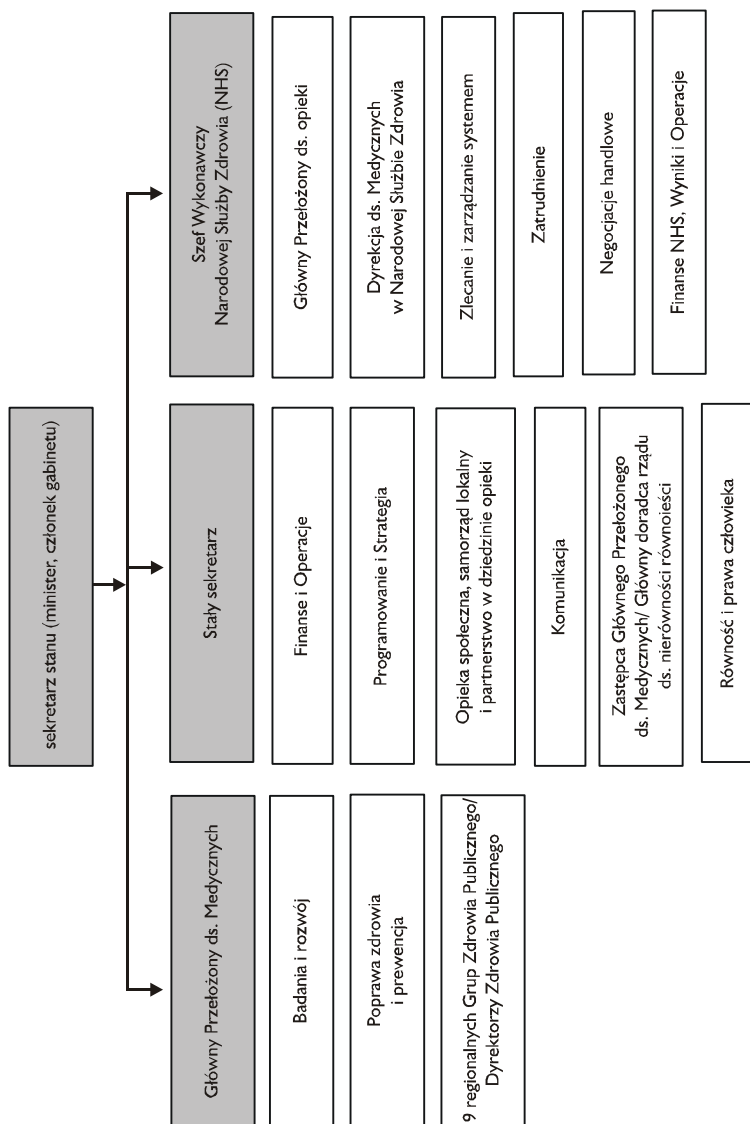


Według stanu na 04.06.2009 r.

Ministerstwo Zdrowia i Sportu we Francji



## Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej w Wielkiej Brytanii



Źródło: Department of Health, *Departmental Report 2008*, s. 5.

## Dostępność świadczeń medycznych w Polsce

Dla zarządzających systemem ochrony zdrowia poważnym wyzwaniem staje się kwestia dostępności do świadczeń medycznych. Istnieje bowiem cały szereg uwarunkowań związanych z sytuacją materialną pewnej części społeczeństwa, a nawet z poziomem świadomości.

Jak pokazują badania przeprowadzane przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia<sup>15</sup> znaczny odsetek Polaków ma problemy z dostępem do świadczeń. Opinie respondentów pokazują, że w 2008 roku pogorszeniu uległa dostępność do lekarza pierwszego kontaktu w porównaniu z rokiem 2006. Co siódmy pacjent stwierdził, że nie było łatwe uzyskanie porady lekarza ogólnego w przychodni w dniu zgłoszenia. Z kolei co szósty respondent podobnie ocenia możliwość uzyskania dziennej wizyty domowej. Najtrudniej dostępna okazała się wizyta nocna lekarza (zgłosiła to połowa respondentów, w tym 1/5 określiła to jako zdecydowanie trudne). Jedna trzecia osób zdecydowała się na korzystanie z odpłatnej usługi nagłej pomocy. Badanie pokazało, że nastąpiło znaczne pogorszenie dostępności do lekarzy pierwszego kontaktu w dużych miastach (trzykrotny wzrost ocen negatywnych, na trudności w dostępie wskazuje 40% mieszkańców wielkich miast). W 2008 roku niemal połowa respondentów wskazała na trudności w dostępie do kardiologa oraz neurologa, z kolei 40% – do ortopedy, około 35% – stomatologa, okulisty, reumatologa. Co czwarty Polak miał trudności w dostępie do dermatologa i laryngologa, a co piąty – do onkologa i ginekologa. W niektórych specjalności dostęp był oceniany jako łatwiejszy, a w niektórych – jako trudniejszy.

Główną i powszechnie wskazywaną trudnością w korzystaniu z porad lekarzy specjalistów były odległe terminy wizyt. Faktyczny czas oczekiwania na poradę jest dla poszczególnych specjalności zróżnicowany<sup>16</sup>. W roku 2008 najdłużej czekano na wizytę u kardiologa (ponad 40% respondentów czekało ponad miesiąc, a 20% ponad 3 miesiące).

Badanie pokazało, że w zakresie hospitalizacji czas oczekiwania nie zmienił się w porównaniu z poprzednimi latami. 72% ankietowanych nie czekało na przyjęcie do szpitala. 60% zostało hospitalizowanych według istniejącej kolejki, a 32% w wyniku nagłej sytuacji (karetka pogotowia). Co czwarty hospitalizowany zostaje

<sup>15</sup> Badania na ten temat prowadzone są od roku 1999, poprzednie zrealizowane zostało w roku 2006. Badanie wykonywane są na ogólnopolskiej próbie losowej liczącej 2021 osób metodą wywiadów bezpośrednich.

<sup>16</sup> Określenie „faktyczny” oznacza w tym przypadku czas oczekiwania podawany przez ankietowanych.

przyjęty w sposób nieformalny (tj. w wyniku korzystania z pośrednictwa znajomego lekarza, korzystania z pośrednictwa innych osób, dzięki prywatnej wizycie u lekarza, korzystania z możliwości służbowych, czy poprzez płacenia, oferowania prezentów lub rewanżując się w inny sposób). Zwiększył się niemal do 10% odsetek pacjentów, którzy dostali się do szpitala w wyniku prywatnej wizyty u lekarza, który pracuje w przyjmującym szpitalu.

Badanie pokazuje, że pacjenci przyjęci do szpitala w 2008 roku ponoszą większe koszty związane z pobytem niż ci przyjęci w 2006 roku (dotyczą one wykupywania leków w trakcie hospitalizacji, wydatków związanych z przeprowadzeniem operacji oraz ze skróceniem czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala, opłacanie nocnych dyżurów, zapewnienia lepszej opieki lekarskiej bądź pielęgniarstwa).

## Zakończenie

Powyższe analizy wskazują, że polski system ochrony zdrowia stoi przed koniecznością znacznego wzmocnienia swoich zasobów i potencjału do działań, które można uznać za efektywne i adekwatne do wyzwań. Dotyczy to w szczególności:

- ♦ wzmocnienia potencjału do identyfikowania wyzwań i ryzyk systemowych;
- ♦ wzmocnienia potencjału do analizowania zmieniającego się otoczenia;
- ♦ lepszego wykorzystania dostępnych kadr dzięki wzmocnieniu ich kwalifikacji w obrębie planowania działań strategicznych, stanowienia priorytetów, interpretowania wyników badań i budowania scenariuszy rozwiązywania problemów sektorowych;
- ♦ tworzenia standardów kompetencji dla pracowników zatrudnianych na poszczególnych szczeblach organizacji w instytucjach systemu ochrony zdrowia;
- ♦ zapewnienia kadrom zarządzającym optymalnych warunków do efektywnych działań;
- ♦ wzmocnienia funkcji analitycznych, zarówno wewnątrz komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia, jak i w skali całej organizacji systemu ochrony zdrowia;
- ♦ dopracowania się metod ewaluacji programów publicznych w obszarze ochrony zdrowia;
- ♦ wzmocnienia struktur poziomych, w których miałyby miejsce wymiana wiedzy operacyjnej, będącej podstawą profesjonalnego procesu podejmowania decyzji w sprawach polityk publicznych;



- ♦ wzmocnienia służby cywilnej i budowania strategii ustabilizowania kadr, co obejmuje stworzenie modelu odpowiednio atrakcyjnej ścieżki kariery zawodowej w obrębie zarządzania systemem ochrony zdrowia;
- ♦ wzmocnienia funkcji resortu jako organizatora zasobów ludzkich. Dopełniającą kwestią jest tu rozwój zasobów ludzkich samego resortu i niezbędne inwestycje w tym zakresie. Konieczne wydaje się zbudowanie strategii rozwoju kwalifikacji pracowniczych, wyszczególnienie kilku poziomów kompetencji wymaganych na różnych szczeblach organizacji;
- ♦ powołania specjalnej placówki, której celem byłoby opracowywanie profesjonalnych planów szkoleniowych dla kadr zarządzających w systemie ochrony zdrowia (albo dobudowanie tak sprofilowanego pionu w już istniejącej placówce);
- ♦ wzmocnienia funkcji informacyjnych (polityki informacyjnej) Ministerstwa Zdrowia. Ministerstwo powinno podnieść standardy informacyjne w zakresie opisu swojej misji oraz celów strategicznych i przyjętych priorytetów.

Niepodjęcie zarysowanych tu wyzwań może skutkować tym, że potencjał zarządcy centralnych instytucji w ochronie zdrowia osiągnie w najbliższych latach poziom, który będzie stanowił realne zagrożenie dla stabilności całego systemu ochrony zdrowia. Zrodzi to zagrożenia dla wielu innych elementów systemu społecznego i ekonomicznego w Polsce.

System ochrony zdrowia będzie stawał wobec coraz poważniejszych zagrożeń w związku z tym, że polityka zdrowotna staje się coraz bardziej złożona i wymagająca. Realizowanie polityki zdrowotnej wymaga coraz większych zasobów materialnych, ale również zasobów ludzkich i społecznych. Trzeba je budować codzienną i dobrze zorganizowaną pracą w optymalnych strukturach systemu zdrowia. Kadry zarządzające powinny zostać wykorzystane do podejmowania innowacyjnych działań i znajdowania nowatorskich rozwiązań dla problemów, a nie tylko do podtrzymywania systemu, który obciążony jest szeregiem dysfunkcji. Natomiast system powinien zostać wyposażony w większą liczbę mechanizmów samo-regulacji, co jest możliwe do osiągnięcia poprzez stworzenie sieci dopełniających się instytucji, które reagują na pojawiające się zakłócenia w obrębie swoich kompetencji. Ministerstwo i jego kadry nie mogą odgrywać roli instytucji „ostatniej deski ratunku”. Głównym polem ich działania powinno być usprawnianie mechanizmów samoregulacji w systemie ochrony zdrowia oraz analiza wyzwań i budowanej wokół nich wiedzy.

## Bibliografia

- Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER), *Provisional List of Public Health Core Competencies European Public Health Core Competencies Programme (EPHCC) for Public Health Education*, [www.aspher.org/pliki/pdf/asphercompetenciesprogrammephase2report.pdf](http://www.aspher.org/pliki/pdf/asphercompetenciesprogrammephase2report.pdf).
- Boczkowski A., Cybart A., Chomińska-Szosland D., *Kadra kierownicza ZOZ wobec reformy systemowej*, „Zdrowie Publiczne”, nr 2, tom 111, 2001.
- Cianciara D. i wsp., *Standardy kształcenia na kierunku zdrowie publiczne*, „Zdrowie Publiczne”, 2007; 117(3), s. 297-303.
- Commission of the European Communities, *Green Paper On the European Workforce for Health*, Brussels 2008.
- Czabanowska K., Włodarczyk C., *Zatrudnienie w zdrowiu publicznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.
- Czajka Z., *Mechanizmy wynagradzania w publicznej służbie zdrowia*, IPISS, Warszawa 2005.
- Department of Health, *Business Plan 2009-11*.
- Department of Health, *DH Guide. A guide to what we do and how we do it*, December 2007.
- Department of Health, *More staff working differently*. HR in the NHS Plan, 2002.
- Finansowanie ochrony zdrowia Polsce - Zielona Księga II*, Warszawa, listopad 2008.
- Fukuyama F., *Why There Is No Science of Public Administration*, „Journal of International Affairs Fall” 2004, Vol. 58, No. 1.
- Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowada Ch., Włodarczyk C., *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Raporty CASE, Warszawa 2002.
- Government At Glance*, OECD, Paris 2009.

- Górniak J., *Zasady budowania porządku organizacyjnego a funkcje administracji publicznej*, w: *Administracja publiczna*, red. J. Hausner, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Health Management Workforce: Mapping Health Managers. A Guide and Study Protocol for Assessing Managers as Part of the Health Workforce, World Health Organization.
- International Labour Organisation, *Terms of employment and working conditions in health sector reform*, Geneva 1999.
- Kancelaria Premiera Rady Ministrów, *Strategia szkoleniowa w służbie publicznej na lata 2008–2010*, 2008.
- Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, *Wyzwania rozwojowe. Raport Polska 2030*, Warszawa 2009.
- Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Departament Służby Cywilnej, *Zatrudnienie i wynagrodzenia w służbie publicznej w 2008 roku*.
- Kautsch M., Klich J., Styło W., Kopeć B., Struś M., Więckiewicz M., *Zakłady opieki zdrowotnej: analiza praktyk zarządczych i ich efektów w zależności od formy zatrudnienia dyrektora*. Raport z badań dla Ministerstwa Zdrowia, Kraków 2001.
- Kodeks Etyki Służby Cywilnej* (Zarządzenie nr 114 Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 października 2002 r.).
- Kozierkiewicz A., Klich J., *Umowa – kontrakt menedżerski*, „Zdrowie i Zarządzanie”, tom I, nr 1/1999.
- Król H., Ludwicyński A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Mahon A., Young R., *Health Care Managers as a Critical Component of the Health Care Workforce*, w: *Human Resources for Health in Europe*, red. C-A. Dubois, M. Mekce, E. Nolte, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press 2006.
- Menedżer Zdrowia, *Ranking szkół podyplomowych. Najlepsze szkoły menedżerów zdrowia*, lipiec 5/2008.
- Menedżer Zdrowia, *Szkoły menedżerów zdrowia. Menedżerska top-class*, czerwiec 4/2005 - [www.termidia.pl/docs/reports/Szkoły.pdf](http://www.termidia.pl/docs/reports/Szkoły.pdf).
- Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, *Program Operacyjny Kapitał Ludzki. Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007–2013*, Warszawa 2007.
- Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, *Strategia Rozwoju Kraju 2007–2015*, Warszawa 2006.
- Multidisciplinary/Multi-Agency, *Multi-Professional Public Health Skills and Career Framework*, Skills for Health, Public Health Resource Unit (PHRU), 2008.

- Nishtar S., Peters H., Sabri B., Bile K.M., Jama M.A., *Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance*, „Health Policy” 2009 (90).
- Pollitt C., *Performance Management in Practice: A Comparative Study of Executive Agencies*, „Journal of Public Administration Research and Theory 2006”, Vol. 16, No. 1.
- Quaglia L., *Central Banking Governance in the European Union: A Comparative Analysis*, Routledge, New York 2008.
- Ramy dla działań na rzecz ustawicznego rozwoju kompetencji i kwalifikacji. Wspólne stanowisko europejskich partnerów społecznych w sprawie kształcenia ustawicznego, „Dialog. Pismo Dialogu Społecznego”, nr 3/2008.
- Rapport Annuel 2007, Direction general de la Sante, 2007.
- Sector Qualification Strategy for Central Government, 2008, Sector Skill Council for Central Government.
- Sitko J., *Europejska akredytacja edukacji w dziedzinie zdrowia publicznego*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzane”, t. III, nr 2/2005.
- Sitko J., *Profesjoniści zdrowia publicznego – dążenie do podnoszenia poziomu kształcenia*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzane”, 2001, nr 111(5-6), s. 410-413.
- State of the Public Service*, OECD, Paris 2008.
- Suraratdecha C., Okunade A.A., *Measuring operational efficiency in a health care system: A case study from Thailand*, „Health Policy” 2006, Vol. 77.
- Surdykowski B., *Dialog wokół kształcenia ustawicznego*, „Dialog. Pismo Dialogu Społecznego”, nr 3/2008.
- Surdykowski B., *Droga do przyszłości – edukacja i kształcenie ustawiczne*, „Dialog. Pismo Dialogu Społecznego”, nr 4/2008.
- WHO Regional Office for Europe, *Human Resources for Health in the WHO European Region*. WHO Report, Copenhagen.
- WHO, *Health Systems: Improving Performance*. World Health Report 2000, Geneva 2000, [www.who.int.proxy.lib.uwo.ca:2048/whr/2000/en/whr00\\_ch4\\_en.pdf](http://www.who.int.proxy.lib.uwo.ca:2048/whr/2000/en/whr00_ch4_en.pdf).
- WHO, *Pracując dla zdrowia*. Raport o stanie zdrowia na świecie 2006, Genewa 2006.
- WHO, *World Health Statistics 2008*, WHO, Global Atlas of the Health Workforce.
- Wójtowicz M., *Rola zarządzającego menedżera na polskim rynku zdrowotnym*, Antidotum, wydanie specjalne, 2000.
- Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienia europejskich ram kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie z dnia 23 kwietnia 2008 roku, 2008/C 111/01.

Zarządzenie nr 34 Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 marca 2008 roku zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia.

### **Akty prawne:**

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 listopada 2005 roku w sprawie wykazu jednostek organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, „Monitor Polski” nr 47, poz. 692.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 19 sierpnia 1998 roku w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu, Dz. U. nr 115, poz. 749.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju, Dz. U. nr 40, poz. 520.

Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 roku w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia, Dz. U. nr 131, poz. 924.

Ustawa z dnia 21 listopada 2008 r. o służbie cywilnej, Dz. U. nr 227, poz. 1505.

Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz. U. nr 45, poz. 391.

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. nr 91, poz. 408.

Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej, t.j. Dz. U. 2003, nr 159, poz. 1548 z późn. zm.

Ustawa z dnia 6 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym, Dz. U. nr 91, poz. 578 z późn. zm.

Ustawa z dnia 6 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa, Dz. U. nr 91, poz. 576 z późn. zm..

Ustawa z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym, Dz. U. nr 16, poz. 95 z późn. zm.

Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2006 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia, Dz. Urz. MZ, 06.06.25.

Zarządzenie nr 81 Prezesa Rady Ministrów z dnia 1 sierpnia 2007 r. w sprawie zasad dokonywania opisów i wartościowania stanowisk pracy w służbie cywilnej, „Monitor Polski” nr 48, poz. 566.

### **Wybrane strony internetowe:**

[www.aspher.org](http://www.aspher.org)

[www.ehma.org](http://www.ehma.org)

[www.ilo.org](http://www.ilo.org)

[www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)

[www.stomoz.pl](http://www.stomoz.pl)

[www.who.int](http://www.who.int)

[www.skillsforhealth.org.uk](http://www.skillsforhealth.org.uk)

[www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk)

[www.skillsforhealth.org.uk](http://www.skillsforhealth.org.uk)

[www.government-skills.gov.uk](http://www.government-skills.gov.uk)

[www.sante-sports.gouv.fr](http://www.sante-sports.gouv.fr)

[www.formation-publique.fr](http://www.formation-publique.fr)

# Aneks I

## Międzynarodowe doświadczenia w budowaniu systemu kwalifikacji

Wiele krajów zachodnich od lat buduje systemy kompetencji i kwalifikacji, które dedykowane są dla różnych sektorów gospodarki i administracji. Wyrażają się one w tworzeniu kategorii kwalifikacji i umiejętności, przypisywanych poszczególnym szczeblom, czy rodzajom stanowisk pracy. Tworzone są także modele dla funkcjonowania ról pełnionych przez działły zarządzania zasobami ludzkimi. Programy rozwoju zasobów ludzkich podkreślają rolę kapitału ludzkiego, również w systemie ochrony zdrowia.

W Wielkiej Brytanii<sup>1</sup> i Francji powstały niezwykle złożone systemy służące budowaniu kompetencji oraz umiejętności kadr z różnych szczebli funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. W tych krajach wymogi kompetencyjne dla kadr ministerstw tworzone są zarówno na szczeblu całej administracji centralnej, jak i w samych ministerstwach. We Francji zarówno ministerstwo zdrowia<sup>2</sup>, jak i inne resorty, nie tworzy własnych założeń do polityki rozwoju zasobów ludzkich.<sup>3</sup> Na tym poziomie ma miejsce raczej administrowanie personelem instytucji. W tym zakresie podstawową rolę w obecnej chwili odgrywa Dyrekcja Generalna Administracji i Funkcji Publicznych (*Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique*, DGAFP), która jako instytucja rządowa wspiera ministerstwa w tym zakresie. DGAFP wyposaża je w narzędzia do rozwijania aparatu kształcenia ustawicznego, metod rekrutacji i modulacji stanowisk pracy. Publikuje też podręczniki dobrych praktyk w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi, przeprowadza również w przekształcających się ministerstwach szkolenia dla urzędników w zakresie nowoczesnych metod zarządzania zasobami ludzkimi, poczynając od takich podstawowych rzeczy, jak sposób prowadzenia rozmowy kwalifikacyjnej. Organizuje dla wszystkich ministerstw konferencje dotyczące zarządzania zasobami ludzkimi w okresie przeprowadzanej obecnie transformacji struktur w administracji publicznej (GPRH). Natomiast komórka, która prowadzi resortową politykę zasobów ludzkich

---

<sup>1</sup> W Wielkiej Brytanii działa ministerstwo zdrowia i opieki społecznej (Department of Health); [www.dh.gov.uk/en/index.htm](http://www.dh.gov.uk/en/index.htm).

<sup>2</sup> We Francji funkcjonuje ministerstwo zdrowia i sportu; [www.sante-sports.gouv.fr/](http://www.sante-sports.gouv.fr/).

<sup>3</sup> Według Dyrektora działu Zawodów i Kompetencji w nowo utworzonej Dyrekcji Zasobów Ludzkich Danièle Champion.

- Dyrekcja Zasobów Ludzkich - swoich zasięgiem obejmuje zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i Ministerstwo Pracy.

W Wielkiej Brytanii istnieją różne systemy kwalifikacji, stworzone dla personelu medycznego i nie-medycznego. Wypracowały je różne instytucje. Placówka o nazwie Umiejętności dla Rządu (*Skills for Government*) rozwija strategię rozwoju kwalifikacji dla kadr zarządzających i pracowników ministerstw. Jest ona częścią ogólnokrajowej sieci organizacji, które budują zestawy kwalifikacji dla poszczególnych sektorów brytyjskiej gospodarki i administracji (Sektorowe Rady Umiejętności, *Sector Skills Councils*). Placówka zajmuje się m.in. identyfikowaniem obecnych i przyszłych potrzeb w zakresie umiejętności, planowaniem szkoleń, badaniem popytu na określone kwalifikacje, badaniem zależności między umiejętnościami a produktywnością, opracowywaniem najlepszych praktyk w instytucjach w sferze uczenia się i umiejętności.

Z kolei w realizacji polityki rozwoju zasobów ludzkich kluczową rolę odgrywa centralna struktura służby cywilnej, kierowana przez szefa służby cywilnej (*Head of the Civil Service*).<sup>4</sup> Na tym szczeblu realizowane są projekty podnoszenia kwalifikacji. Część z nich jest wykonywana poprzez strukturę szefów poszczególnych, wyodrębnionych 22 profesji istniejących w służbie cywilnej (*Heads of Profession*).<sup>5</sup> Każda z profesji ma swojego lidera, który odpowiada między innymi za kształtowanie standardów zawodowych w ramach swojej profesji, a także za model ścieżki rozwoju zawodowego, profile zawodowe dla poszczególnych stanowisk. Lider współpracuje z komórkami HR w celu integrowania standardów i kwalifikacji w systemy zarządzania zasobami ludzkimi. Na wyższych szczeblach kompetencji wymienia się 4 kluczowe umiejętności: zarządzanie ludźmi, zarządzanie finansowe, analizy i wykorzystanie danych/dowodów, programowanie oraz zarządzanie projektami. Na najwyższych stanowiskach zarządzających niezbędne są także umiejętności w komunikacji i marketingu oraz strategicznym myśleniu.

Ponadto część projektów rozwoju kwalifikacji prowadzą stali sekretarze (najwyżsi rangą urzędnicy, którzy kierują ministerstwami). Zaangażowani są w projekty rozwijające strategie dotyczące rozwoju kwalifikacji i umiejętności urzędników (*Skills Strategy for Central Government*).<sup>6</sup> Strategia zasobów ludzkich budowana jest w programie Profesjonalne Umiejętności dla Rządu (*Professional Skills for Government*, PSG). Ramy dla tego programu powstały już w 2005 roku, i stworzyły wspólny język dla dysku-

<sup>4</sup> [www.civilservice.gov.uk/index.aspx](http://www.civilservice.gov.uk/index.aspx).

<sup>5</sup> Sector Skill Council for Central Government, *Sector Qualification Strategy for Central Government 2008*, s. 5.

<sup>6</sup> <http://civilservice.gov.uk/psg>.



towania o zagadnieniach budowania kompetencji urzędników. Konkretnie pakiety szkoleniowe dostarcza natomiast Narodowa Szkoła Rządu (*National School of Government*).

Instytucja Umiejętności dla Rządu wypracowuje zestawy kompetencji dla kadr instytucji publicznych, w tym dla ministerstwa zdrowia i jego agencji.<sup>7</sup> Za priorytetowe uznaje ona budowanie kwalifikacji dla efektywnego tworzenia programów publicznych (*policy-making*) oraz dla dostarczania usług publicznych (*operational delivery*). Tworzenie programów publicznych/programowanie ma kluczowe znaczenie w obrębie rządu, a zdolność do dostarczania światowej klasy programowania jest uznawana przez stałych sekretarzy ministerstw jako strategicznie ważna dla przyszłej służby cywilnej. Programowanie jest skomplikowanym zestawem umiejętności, który wymaga zdolności analizowania argumentów/dowodów, rozwiązywania trudnych problemów, zarządzania zmianą poprzez legislację i nadzorowanie implementacji.<sup>8</sup>

Natomiast samo Ministerstwo Zdrowia w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi formułuje strategię i cele zarządzania HR dla systemu ochrony zdrowia, w tym głównie dla instytucji, które są częścią Narodowej Służby Zdrowia (*National Health Service, NHS*).<sup>9</sup> Opiera się ono na zestawach kwalifikacji i umiejętności, które formułuje placówka o nazwie Umiejętności dla Zdrowia (*Skills for Health*<sup>10</sup>). Jest ona częścią wspomnianej wyżej sieci organizacji zajmujących się systemami kwalifikacji. NHS zbudowała zestawy kwalifikacji dla większości typów aktywności mających miejsce w systemie ochrony zdrowia, w tym kwalifikacji, które powinny posiadać osoby zarządzające instytucjami ochrony zdrowia.

Placówka Umiejętności dla Zdrowia definiuje kompetencje jako narzędzie umożliwiające jednostkom i instytucjom doskonalenie wyników pracy. Kompetencje dotyczą indywidualnych wyników pracy, jak i określają zakres tego, co dana jednostka musi wiedzieć i rozumieć. Każda kompetencja musi być opisana w pewnym ustalonym formacie i zawierać: nazwę, kontekst/warunki; zakres; kryteria wyników (miara wykonania czegoś zgod-

---

<sup>7</sup> [www.government-skills.gov.uk/setting-professional-standards/national-occupational-standards/index.asp](http://www.government-skills.gov.uk/setting-professional-standards/national-occupational-standards/index.asp).

<sup>8</sup> Sector Skill Council for Central Government, *Sector Qualification Strategy for Central Government 2008*, s. 6.

<sup>9</sup> HR in the NHS Plan, *More staff working differently*, Department of Health, 2002.

<sup>10</sup> W Wielkiej Brytanii istnieje sieć instytucji, których rolą jest budowa systemu narodowych kwalifikacji. Funkcjonują Rady Kwalifikacji Sektorowych (Sector Skills Councils, SSCs), których celem jest redukcja różnic i deficytów w zakresie umiejętności istniejących w Wielkiej Brytanii w stosunku do innych krajów, a także poprawy wydajności, zwiększania możliwości w poprawianiu umiejętności i produktywności pracowników. [www.skillsfor-health.org.uk/](http://www.skillsfor-health.org.uk/).

nie z poziomem kompetencji); podstawowa wiedza i rozumienie (w sensie podstaw akademickich). Kompetencje mają być grupowane w szersze ramy i odniesione do określonych warunków pracy.

Powyższa placówka sformułowała zestawy kompetencji dla pracowników zatrudnionych na różnych stanowiskach medycznych, ale również dla tych, którzy zatrudnieni są np. w takich dziedzinach, jak zdrowie publiczne (*public health*), profilaktyka zdrowia (*health protection*), zdrowie i bezpieczeństwo (*health and safety*), zdrowie i opieka społeczna (*health and social care*), planowanie zatrudnienia. Zestawy kompetencji obejmują także stanowiska pracy w administracji instytucji systemu zdrowia, w tym w działach zarządzania zasobami ludzkimi. Dla osób pracujących w tych instytucjach przewidziano 4 poziomy kompetencji. Na najniższym podkreślana jest umiejętność sprawnej komunikacji, zarządzania czasem, pracy grupowej, adekwatnego odzwierciedlenia w pracy napływających informacji i obowiązujących programów działania. Kryteriami właściwego wykonywania pracy jest zdolność do dostarczania klarownych informacji innym ludziom w sposób, który odpowiada ich potrzebom, zdolność do odpowiedzialności, do poprawiania wyników pracy, zachowywanie się w sposób, który wspiera efektywną pracę. Opis kompetencji zawiera również wymagania w zakresie wiedzy i rozumienia (wymagana jest wiedza i czynne rozumienie, dlaczego komunikacja jest ważna, jak planować pracę itp.).

Z kolei na najwyższym poziomie kompetencji pracownik musi mieć kwalifikacje między innymi w zakresie:

- ♦ ponoszenia odpowiedzialności za całość prac danej komórki;
- ♦ motywowania zespołu, ewaluowania poszczególnych działań, w tym ewaluowania zmian w wewnętrznym i zewnętrznym środowisku i doradzanie decydującym;
- ♦ planowania, negocjowania, ustalania priorytetów;
- ♦ zawierania kontraktów i monitorowania ich realizacji;
- ♦ dokumentowania (*research*);
- ♦ respektowania różnorodności w środowisku pracy;
- ♦ zarządzania ryzykiem;
- ♦ analizowania i interpretowania danych źródłowych opartych na wskaźnikach;
- ♦ prezentowania i komunikowania oraz monitorowania informacji;
- ♦ promowania efektywnego zarządzania;

- ♦ efektywnego doradzania decydentom na temat zagadnień etycznych i społecznej odpowiedzialności;
- ♦ ewaluowania implikacji etycznych i społecznych określonych działań;
- ♦ komunikowania standardów, które są istotne społecznie i etycznie;
- ♦ identyfikowania i nadawania priorytetów wewnętrznym i zewnętrznym czynnikom w stosunku do instytucji;
- ♦ zarządzania systemami informacji;
- ♦ identyfikowania i nadawania priorytetów kluczowym wskaźnikom efektywności w pracy, identyfikowania szans na poprawę wydajności pracy;
- ♦ planowania, organizowania i prowadzenia formalnych i nieformalnych spotkań w taki sposób, aby osiągnąć ich cele;
- ♦ przedstawiania pracownikom możliwości, aby osiągnąć pozytywne zmiany;
- ♦ osiągania zmian w uzgodnionym czasie i uzgodnionych zasobach;
- ♦ monitorowania i ewaluowania wpływu i efektywności przeprowadzonych zmian z myślą o wpływie na przyszłe decyzje.<sup>11</sup>

Placówka Umiejętności dla Zdrowia wypracowała także olbrzymi zestaw kompetencji związanych z pracą w zakresie zdrowia publicznego. Kompetencje zostały zdefiniowane i opisane w zakresie najbardziej podstawowych umiejętności związanych z rozwijaniem pracy grupowej po umiejętności zarządcze oraz formowania i doskonalenia całościowych usług publicznych z zakresu ochrony zdrowia.

**W zakresie podstawowym pracownicy powinni posiadać:**

- ♦ zdolność do rozwijania operacyjnych relacji międzyludzkich, budowania relacji z innymi instytucjami, z lokalnymi grupami obywatelskimi;
- ♦ umiejętności komunikacji w zakresie tematyki zdrowia (głównie rozwijania zdrowego stylu życia, pomoc w zmienianiu stylu życia);
- ♦ umiejętności organizowania czasu pracy;

---

<sup>11</sup> [www.skillsforhealth.org.uk/competences/completed-competences-show-hide.aspx](http://www.skillsforhealth.org.uk/competences/completed-competences-show-hide.aspx) (stan strony z dnia 15.09.2009).

- ♦ umiejętności zbierania danych i informacji o tematyce zdrowia, umiejętności monitorowania badań (np. w zakresie stylu życia).

Kolejne szczeble w kompetencjach to umiejętności analizowania, a także interpretowania powyższych danych, projektowanie komunikatów o czynnikach zdrowotnych oraz nadawanie im struktury na cele związane z promocją, edukacją, czy celami zabiegania. Następne poziomy kompetencji związane są z umiejętnością upowszechniania informacji oraz doradzania innym w zakresie tego, czego dotyczą zgromadzone dane i informacje.

Placówka sformułowała także kompetencje, którymi powinny wyróżniać się osoby pełniące wysokie i najwyższe stanowiska zarządcze. W tym ostatnim zakresie osoby pełniące je powinny umieć zarządzać usługami publicznymi w dziedzinie zdrowia, monitorować efektywność i zasoby wykorzystywane w danych usługach, podejmować właściwe decyzje, gdy pojawiają się wyzwania, kierować zespołami, aby mogły one monitorować i oceniać swoje wyniki w stosunku do założonych celów i planów pracy. Powinny umieć reagować zwrotnie na wyniki osiągnięte przez zespoły i pracowników, monitorować relacje między pracującymi i podejmować szybkie działania, gdy dochodzi do dyskryminacji na jakimś tle, gdy pojawiają się zachowania, które podważają efektywność pracy. Powinny monitorować wykorzystanie zasobów, formułować rekomendacje dla pracujących w zakresie poprawy wyników.

Istotna część kwalifikacji dotyczy umiejętności analitycznych, tj. analizowania zgromadzonych danych, wiedzy i statystyki o problematyce zdrowia. Ważna jest umiejętność interpretowania danych pochodzących z badań i wdrażanie wyników, a także osiągnięcie porozumienia z interesariuszami danej polityki zdrowotnej w zakresie implementacji badań. Umiejętność proponowania i uzgadniania kursu działania w zakresie zamierzonych wyników implementacji, komunikowania planów działań, itp.

W zakresie kompetencji zarządczych ważna jest praca z innymi w celu identyfikowania i uzgadniania ról oraz zakresów odpowiedzialności różnych ludzi i komórek w procesie pracy. Istotne jest tu:

- ♦ wspomaganie pracowników, aby rozumieli swój wkład w działanie instytucji;
- ♦ przedstawianie sugestii, pomysłów i poglądów;
- ♦ monitorowanie trendów i rozwoju wydarzeń w różnych politykach publicznych z uwagi na ich możliwy wpływ na zdrowie i dobrostan (*wellbeing*);

- ♦ ewaluowanie i wykonywanie przeglądów skutków polityk na poprawę zdrowia. Zawiazywanie partnerstw z innymi, aby ewaluować polityki zdrowia w skali makro;
- ♦ udział w formowaniu polityki skoncentrowanej na poprawie zdrowia i dobrostanu człowieka;
- ♦ prezentowanie informacji i argumentów na temat polityk wpływających na zdrowie;
- ♦ ewaluowanie i rekomendowanie zmian w politykach, aby poprawiać zdrowie.

Przy każdym typie kompetencji wymieniony jest zakres wiedzy i rozumienia, który trzeba osiągnąć.

Placówka wprowadziła dla sektora zdrowia publicznego – jako swoiste ramy – 9 obszarów jego funkcjonowania. Cztery z nich uznana za kluczowe i każdy pracujący w nim musi je znać i mieć określony poziom kompetencji w tym zakresie. Te cztery obszary to:

- ♦ kontrola i ocena zdrowia społeczeństwa (*Health and well-being*);
- ♦ ocenianie dowodów na efektywność interwencji/działań publicznych, programów i usług realizowanych dla poprawy stanu zdrowia społeczeństwa;
- ♦ rozwój programowy (*policy development*) i strategiczny oraz wdrożenia na rzecz zdrowia społeczeństwa;
- ♦ przywództwo i współpraca na rzecz zdrowia społeczeństwa.

Pozostałe obszary sektora zdrowia publicznego to: poprawa stanu zdrowia, profilaktyka, wiedza z zakresu zdrowia publicznego, wiedza z zakresu zdrowia publicznego o charakterze akademickim, jakość zdrowia i opieki społecznej.<sup>12</sup>

W każdym obszarze istnieją ramy kwalifikacji, zawierające 9 poziomów, począwszy od poziomu pierwszego, na którym pracownicy posiadają niewielką wiedzę, umiejętności i doświadczenie w zdrowiu publicznym, po najwyższy poziom, na którym dane osoby mają kwalifikacje umożliwiające im firmowanie strategicznych priorytetów i kierunków oraz pełnienie przywódczej roli w działaniach na rzecz poprawiania zdrowia społeczeństwa.

---

<sup>12</sup> Multidisciplinary/Multi-Agency. Multi-Professional Public Health Skills and Career Framework, Skills for Health, Public Health Resource Unit (PHRU), 2008, s. 9.

## Narodowe Standardy Zawodowe w Wielkiej Brytanii

W ramach Narodowych Standardów Zawodowych<sup>13</sup>, które ustanawia Komisja Zatrudnienia i Umiejętności (*UK Commission for Employment and Skills*<sup>14</sup>), kwalifikacje uznawane są za narzędzie w rozwoju umiejętności i działalności w ramach zarządzania zasobami ludzkimi. Mogą być wykorzystane do opisu dobrych praktyk w określonych dziedzinach pracy, dostarczania menedżerom narzędzi do zarządzania, kontrolowania jakości, do określania potrzeb szkoleniowych, czy oceniania stanowisk pracy. Standardy profesjonalne ustanawiają mierzalne wyniki, które pracownik powinien osiągnąć na danym stanowisku pracy. Zawierają one zestaw wymaganych umiejętności, wiedzy i zakresu rozumienia dla danej profesji, konieczny, aby osiągać wyniki.

Na systemie Narodowych Standardów Zawodowych oparte są także Narodowe Kwalifikacje Profesjonalne (*National Vocational Qualifications*). Przewidują one pięć poziomów kwalifikacji<sup>15</sup>, które obejmują następujące typy umiejętności:

- ♦ **Poziom 1** - podstawowe, rutynowe i powtarzalne umiejętności pracy;
- ♦ **Poziom 2** - szeroka gama umiejętności zawierająca nierutynowe działania wraz z indywidualną odpowiedzialnością;
- ♦ **Poziom 3** - umiejętności nadzoru;
- ♦ **Poziom 4** - umiejętności zarządzania;
- ♦ **Poziom 5** - umiejętności zarządzania jako przełożony (*senior management skills*).<sup>16</sup>

---

<sup>13</sup> National Occupational Standards.

<sup>14</sup> [www.ukces.org.uk/server.php?show=nav.206](http://www.ukces.org.uk/server.php?show=nav.206).

<sup>15</sup> Dotyczy Anglii, Walii i Irlandii Północnej.

<sup>16</sup> [www.government-skills.gov.uk/qualifications/nvqs-and-svqs/index.asp](http://www.government-skills.gov.uk/qualifications/nvqs-and-svqs/index.asp).

## Aneks II

### Wybrane aspekty finansowania w systemie zdrowia

W latach 2000–2008 wzrastały nakłady finansowe na ochronę zdrowia. Dotyczy to zarówno nakładów z NFZ, jak i ze źródeł budżetu państwa. W latach 2001–2009 rząd zwiększył nakłady budżetowe o 69% na administrację publiczną systemu ochrony zdrowia (prze- de wszystkim wydatki na funkcjonowanie ministerstwa zdrowia). W tych wydatkach największy udział mają koszty ponoszone na urzędy naczelnych i centralnych organów administracji rządowej ochrony zdrowia (tu wzrost wyniósł 91%). Ale wydatki na centralną administrację publiczną w systemie ochrony zdrowia można uznać za niskie. Jeśli pod uwagę zostaną wzięte wydatki na administrację w Ministerstwie Zdrowia, to ich udział w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia na przykład w roku 2006 wynosił znacznie poniżej jednego procenta [5,2(10-4)].

Kolejnym zagadnieniem po stronie wydatków jest udział kosztów administracyjnych w przychodach NFZ (tab. 1.3). Kształtuje się on na poziomie 1%. Można to uznać za niski udział. Z doświadczeń innych europejskich płatników wynika, że system ochrony zdrowia może funkcjonować sprawnie jeśli wydatki na funkcjonowanie płatnika sięgają 3% jego budżetu.

Tabela 1.2.

#### Wydatki na ochronę zdrowia w latach 1999–2006 (w mln zł)

Lata	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ogółem	38174	41098	45675	51237	52631,9	57357,6	61099,3	65730,5
Publiczne	28589,4	28781,4	32840,1	32716	34880,3	37092,5	42341	45945

Źródło: opracowanie E. Nojszewska na podstawie danych GUS.

Tabela I.3.

**Wskaźnik udziału kosztów administracyjnych  
w przychodach ogółem NFZ w latach 2004–2009**

	Plan 2009	2008	2007	2006	2005	2004
Procentowy wskaźnik udziału kosztów administracyjnych w przychodach ogółem NFZ	1,08%	0,90%	0,95%	0,95%	0,97%	1,00%

Źródło: opracowanie E. Nojszewska na podstawie danych ze „Sprawozdań z działalności NFZ” (materiały wewnętrzne NFZ).

### Nakłady na zdrowie publiczne w Polsce

Nakłady ponoszone na zdrowie publiczne w Polsce są niskie w relacji do PKB w stosunku do nakładów, które decydują się ponosić zachodnie kraje. Jednakże poziom nakładów jest determinowany w znacznym stopniu poziomem rozwoju gospodarczego. Pod tym względem Europa jest podzielona na stare i nowe kraje unijne. „Stare” kraje UE są zamożne materialnie i stać je na większe wydatki na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia (SOZ). Średnio w analizowanym okresie (1999–2006) udział w PKB wydatków na zdrowie wyniósł we Francji 10,4%, a w Niemczech – 10,54%. Ten udział rośnie w tych krajach. W Niemczech z 10,3% w 1999 r. do 10,6% w 2006r., a we Francji z 9,7% do 11,1% w tym okresie. Jednocześnie kraje te posiadają tradycje demokratyczne i gospodarkę rynkową, w których elementem świadomości obywatelskiej jest suwerenność konsumenta i konieczność samodzielnego dbania m.in. o stan swojego zdrowia.

Nowe kraje unijne pozostają za nimi daleko w tyle, tak gospodarczo, jaki instytucjonalnie, a ich możliwości finansowania systemu zdrowia są bardziej ograniczone. Średnio w latach 1999–2006 udział wydatków na zdrowie w PKB wyniósł w Polsce 6,03%, w Czechach – 6,93%, a na Węgrzech – 7,68%. Trudny okres transformacji dał się również odczuć w ochronie zdrowia, gdzie finansowanie nieznacznie waha się. W Polsce udział wzrósł o 0,5 punktu procentowego, w Czechach – o 0,2, a na Węgrzech – o 1,1. Na tle sąsiadów Polska wypada najgorzej, gdyż udział wydatków na zdrowie w PKB w ostatnich czterech latach nie zmienia się, a ta stabilność została osiągnięta na najniższym poziomie pośród wszystkich analizowanych państw.



Tabela 1

**Udział całkowitych wydatków na zdrowie w PKB (w %) w latach 1999–2006**

Rok	Polska	Czechy	Węgry	Francja	Niemcy
1999	5,7	6,6	7,2	9,7	10,3
2000	5,5	6,5	6,9	9,6	10,3
2001	5,9	6,7	7,2	9,7	10,4
2002	6,3	7,1	7,6	10,0	10,6
2003	6,2	7,4	8,3	10,9	10,8
2004	6,2	7,2	8,1	11,0	10,6
2005	6,2	7,1	7,8	11,2	10,7
2006	6,2	6,8	8,3	11,1	10,6

Tabela 2

**Całkowite wydatki na zdrowie *per capita* (PPP\$) w latach 1999–2006**

Rok	Polska	Czechy	Węgry	Francja	Niemcy
1999	573	938	810	2 344	2 592
2000	583	980	852	2 492	2 671
2001	642	1 082	971	2 666	2 808
2002	733	1 195	1 114	2 862	2 936
2003	79	1 340	1 282	3 076	3 089
2004	808	1 388	1 315	3 211	3 166
2005	844	1 447	1 440	3 406	3 250
2006	910	1 490	1 504	3 449	3 371

Źródło: opracowanie przygotowane na potrzeby raportu przez prof. E. Nojszewską, Szkoła Główna Handlowa (to samo dotyczy pozostałych tabel).

Pod względem wydatków na mieszkańca (*per capita*) również istnieje przepaść między starymi i nowymi członkami UE. W Niemczech i we Francji widać systematyczny, stopniowy wzrost całkowitych wydatków w przeliczeniu na osobę. W analizowanym okresie we Francji wydatki te wzrosły o 47%, a w Niemczech – o 30%. Ich poziom w obu krajach jest zbliżony, ale o ile w pierwszych latach wydatki niemieckie były wyższe, to od 2004 r. Francuzi wydają więcej na zdrowie każdego mieszkańca.

W latach 1999–2006 wydatki w Polsce wzrosły o 59%, w Czechach dokładnie o tyle samo, a na Węgrzech – aż o 86%. Porównanie Polski z zachodnimi sąsiadami wyznacza cel strategiczny dla administracji centralnej, gdyż w 2006 r. Niemcy wydali *per capita* 370%, a Francuzi 379% polskich wydatków. Wydatki *per capita* w Czechach stanowiły w roku 2006 – 164%, a na Węgrzech – 165% polskich wydatków, co jest kontynuacją relacji z 1999 r.,

kiedy wydatki *per capita* w Czechach stanowiły tak samo 164%, a na Węgrzech 141% polskich wydatków.

Tabela 3

**Publiczne wydatki na zdrowie w wybranych krajach w latach 1999–2005 (w stosunku do PKB)**

Rok	Polska	Czechy	Węgry	Francja	Niemcy
1999	4,1	5,9	5,2	7,6	8,2
2000	3,9	5,9	4,9	7,5	8,2
2001	4,2	6,0	4,9	7,6	8,3
2002	4,5	6,4	5,3	7,9	8,4
2003	4,4	6,7	5,9	8,6	8,5
2004	4,3	6,4	5,7	8,7	8,1
2005	4,3	6,3	5,5	8,9	8,2

Tabela 4

**Publiczne wydatki na zdrowie *per capita* (PPP\$)**

Rok	Polska	Czechy	Węgry	Francja	Niemcy
1999	408	849	586	1 837	2 067
2000	408	885	602	1 952	2 127
2001	462	971	670	2 089	2 227
2002	521	1 081	782	2 249	2 326
2003	534	1 203	915	2 441	2 430
2004	554	238	927	2 550	2 435
2005	585	1 282	941	2 720	2 499
2006	636,0	1 309,0	978,0	2 833,0	2 548,0

Tabela 5

**Udział publicznych wydatków na zdrowie w całkowitych wydatkach na zdrowie (w %)**

Rok	Polska	Czechy	Węgry	Francja	Niemcy
1999	71,1	90,5	72,4	78,4	79,8
2000	70,0	90,3	70,7	78,3	79,7
2001	71,9	89,8	69,0	78,3	79,3
2002	71,2	90,5	70,2	78,6	79,2
2003	69,9	89,8	71,3	79,4	78,7
2004	68,6	89,2	70,5	79,4	76,9
2005	69,3	88,6	70,8	79,9	76,9
2006	70,0	88,0	70,9	79,7	76,9

KRAJOWA SZKOŁA ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ

# **Challenges in health care: central human and organizational resources**

edited by  
dr Andrzej Zybała

Report commissioned by the World Health Organization  
(Regional Office for Europe)  
under the terms of the agreement dated December 1, 2008

Research team under dr Andrzej Zybała (leader for the research project,  
comparative analysis, institutional structures),  
dr Alicja Domagała (human resources and training in health care),  
dr hab. Jacek Klich (organizational structures, comparative analysis),  
dr Witold Mikułowski (public management), prof. Elżbieta Nojszewska (finance),  
dr Marcin Sakowicz (public management).

Warsaw 2009

Technical editor:  
Bogdan Kowalski

Consultation:  
prof. James Buchan (Faculty of Social Sciences and Health Care,  
Queen Margaret University College)

© by Krajowa Szkoła Administracji Publicznej

**ISBN 978-83-61713-28-9**

Layout:  
Bogusław Spurgjasz

Printed in Poland by  
KONTRAST  
ul. Skaryszewska 12  
03-802 Warszawa  
(22) 818 27 14 w. 405; 0-601 912 821  
e-mail: [kontrast@ekspert.net.pl](mailto:kontrast@ekspert.net.pl)

# Table of contents

Introduction	5
<i>Chapter 1</i>	
The administrative and managerial staff in the healthcare system	12
1. Defining the human resources of the healthcare system	12
2. A characterisation of managerial functions in the system administering health policy	13
3. Elements of the human resources management system	16
4. A characterisation of the administrative staff in the central healthcare institutions	21
5. A characterisation of staff turnover in the healthcare system's central institutions	26
<i>Chapter 2</i>	
The central institutional structures in the healthcare system	32
1. Models of the structures in organisations	33
2. The management model in the Ministry of Health	37
3. The structure of the Ministry of Health's organisational units	49
<i>Chapter 3</i>	
The training of the administrative personnel in the healthcare system	72

<b>Closing remarks</b>	90
<b>Bibliography</b>	93
<b>Appendix I</b>	98
<b>Appendix II</b>	105

## Introduction

**Scope of the Report.** This report offers an analysis of selected institutional structures within the Polish healthcare system. It focuses mainly on the organisational structures within the Ministry of Health, as well as on some of its executive agencies. In addition, there is an analysis of the principles by which human resources are managed within the healthcare system, this relating to the non-medical managerial and administrative staff<sup>1</sup> (means of organising dedicated qualifications for these staff, models of supplementary training, assessments of posts and the construction of a career ladder). In this regard, we describe the skills, qualifications and experience required for key posts within the healthcare administration, as well as training/teaching standards and the opportunities for that which managerial/administrative staff have at their disposal.

In part, this analysis is also of a comparative nature. Some of the functions of the central institutions within the healthcare system are described, as set against those discharged by analogous institutions elsewhere, most especially in France and the UK. Nevertheless, it needs to be noted how comparative research can and has given rise to significant problems. Analysis of the relevant literature<sup>2</sup> showed a virtual lack of analyses when it came to the subject of the functioning and adopted organisational solutions characterising countries' domestic healthcare systems<sup>3</sup>. This does not reflect weaknesses of the science itself, as F. Fuku-

---

<sup>1</sup> We consider the administrative staff to be the Directors and Deputy Directors of organisational units.

<sup>2</sup> Study carried out on the basis of the contents of the Medline PubMed database, as well as the publications databases of: „BMJ Journals”, „ProQuest Medical Library”, „ScienceDirect” (from the Elsevier server) and „Springer Link”.

<sup>3</sup> At the same time, the following detailed questions were posed - What expectations are

yama<sup>4</sup> suggests, but perhaps rather a limited interest in this area of public administration from the researcher's point of view.

Thus, where the administering of healthcare systems is concerned, we do not observe comparative studies analysing European systems (in the way that we might find analyses of how different Central Banks in EU Member States are run<sup>5</sup>, or else treatises concerning different organisations in given (selected) States<sup>6</sup>). In contrast, the literature can provide thrusts to research that go beyond the narrow framework of healthcare systems, this being oriented to a defining of what determines good governance and what can be used to measure the quality of performance of governmental organisations. Criteria by which to assess effectiveness of action in healthcare ministries and departments are then translated into rules regarding effectiveness, efficiency, and the safeguarding of equal access to healthcare services<sup>7</sup>. Among the indicators referred to in these cases are an improvement in the health status of the population, access to healthcare provisioning of a high quality and patient satisfaction<sup>8</sup>.

In our final part, we offer conclusions from our analyses. We also carry out a risk assessment associated with the possession of (absolutely or relatively) low administrative potential (capacity to govern or manage) in the health service.

**The nature of our analyses.** The analyses included in this Report are based on those in the subject literature, on a review of accessible studies carried out in this sphere and on a review of available comparative data for other countries. This approach was supplemented by the carrying out of qualitative research based around a specially-prepared questionnaire that was used in 15 interviews with heads of key units and/or departments within the Ministry of Health, as well as other key entities making up the healthcare system. The questions concerned qualifications

---

there in regard to the governmental bodies responsible for healthcare? What are the criteria by which to assess effectiveness of action in the governmental bodies responsible for healthcare? Are there adopted standards (and if so which) for assessing organisational solutions in the governmental bodies responsible for healthcare?

<sup>4</sup> F. Fukuyama, *Why There Is No Science of Public Administration*, „Journal of International Affairs”, Fall 2004, Vol. 58, No. 1, pp. 189-202.

<sup>5</sup> L. Quaglia, *Central Banking Governance in the European Union: A Comparative Analysis*, Routledge, New York 2008.

<sup>6</sup> C. Pollitt, *Performance Management in Practice: A Comparative Study of Executive Agencies*, Journal of Public Administration Research and Theory 2006, Vol. 16, No. 1, pp. 25-44.

<sup>7</sup> C. Suraratdecha and A. A. Okunade (2006), *Measuring operational efficiency in a health care system: A case study from Thailand*, „Health Policy”, Vol. 77, pp. 2-23.

<sup>8</sup> M. E. Kruka and L. P. Freedman (2008), *Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature*, „Health Policy”, Vol. 85, pp. 263-276.



management, means of supplementary and refresher training available, and the programming of activity and quality of organisational structures in the central healthcare institutions.

In essence, the analysis does not touch upon the medical component of the healthcare system, i.e. the medical services and their provisioning, or the functioning of health service institutions. This Report may not therefore serve as any kind of basis for an overall assessment of the functioning of Poland's healthcare system, or of its central functions as personified by the Ministry of Health. This reflects the confined scope of the studies and analyses carried out. The work described here nevertheless points to a significant dimension to the system's functioning, which influence the way in which healthcare policy is implemented by its central institutions<sup>9</sup>.

As regards the structural analysis, we have studied the Ministry of Health as it exemplifies large organisations in which there are a considerable number of relationships and interdependence on a large scale. We have also concerned ourselves with those aspects that allow for the answering - in outline at least - of questions as to whether this is indeed a learning organisation based around human capital (in which, over time, both knowledge and the ability to meet new challenges accumulate and improve), an innovative organisation (developing novel solutions as regards internal management systems, motivation, etc.), and one that is open and transparent (in both its internal and external relations, having at its disposal effective methods of communication with its surroundings, accountable for resources conferred upon it and results supplied). Yet further subjects of study have been the relations existing within the organisational structures, be these hierarchical or participatory.

We have also researched selected aspects of HRM in the Ministry, bearing in mind just how much this influences the way in which the healthcare system as a whole serves functions identified by the WHO as regards: (1) stewardship, (2) resource creation, (3) the delivery of services, and (4) the supply of funding<sup>10</sup>.

The Report has proceeded on the assumption that human resources management does indeed exert a major influence on the quality of management throughout the healthcare system. According to one proposal present in the relevant subject literature, administrative capacity

---

<sup>9</sup> By the terms health policy or public health policy we understand that set of action being taken by various entities with a view to the state of health in society being improved and safeguarded

<sup>10</sup> WHO. *Health systems functions*. Accessed on August 18th 2009 at: [www.who.int/health-systems-performance/hsfuctions.htm](http://www.who.int/health-systems-performance/hsfuctions.htm).

in this system is influenced by 10 main factors, i.e. strategic vision, participation and orientation towards consensus, the rule of law, transparency, institutional responsiveness, equality (justice), effectiveness and efficiency, accountability/answerability, resources of knowledge and information, and ethics<sup>11</sup>. When developed, the factor dubbed “effectiveness and efficiency” is found to take account of the major role human resources management is to play. It is assumed that administrative capacity in the healthcare system is conditioned by such factors as turnover of administrative staff and leadership in health ministries, the quality of the administration (in terms of training and education, qualifications and individual career paths), and capacity as regards implementation, as measured in terms of the quality of HR and financial management, etc. The authors of the study have also compiled this work by reference to the accomplishments and output of such institutions as the WHO, Pan-American Health Organization<sup>12</sup> (PAHO), UNDP and World Bank.

The role of HRM is also emphasised by the OECD, which regards a strategy in this area as essential for the effective management of any institution<sup>13</sup>. The said strategy should take in four key dimensions to the operations of any public organisation, i.e.:

- ◆ the culture (convictions, standards, values and styles of management or administration);
- ◆ the organisation (i.e. its structure, the roles of its posts, reporting and accountability mechanisms);
- ◆ people (skill levels, potential for development, managerial potential);
- ◆ human resources systems (mechanisms addressed to people implementing the Strategy).

HRM systems require activity in the planning of labour resources, the selection of employees and the determination of methods by which they may develop professionally, employees’ career management, remuneration and motivation, industrial/labour relations and internal communications.

---

<sup>11</sup> Nishtar, H. Peters, B. Sabri, K.M. Bile, M.A. Jama, *Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance*, „Health Policy” 2009 (90), s. 12-25.

<sup>12</sup> PAHO is an organisation forming part of the UN system, i.a. serving as a Regional Office of the WHO.

<sup>13</sup> *The State of the Public Service*, OECD, Paris 2008, p. 35.

---

## Summary

This Report utilises the results of research and analyses carried out for it to formulate conclusions presented below that show how selected aspects of central institutions within the system of healthcare need taking serious account of by those authorised to take decisions relevant to them. For our research makes it clear that:

- ◆ the administrative/managerial staff in the said central institutions are operating in the presence of numerous restrictions that limit their scope and opportunities for long-term, effective, innovative action;
- ◆ there is a tangible lack of any full defining of a human resources management strategy that would point to sets of key competences and skills essential if the lead institutions in the healthcare system are to meet current and looming challenges;
- ◆ the high levels of staff turnover ensure that there may be nobody to recall projects implemented just a few years before;
- ◆ short tenures in managerial posts block effective participation of administrators in the process by which health policy is co-created;
- ◆ managerial staff in the central institutions of the healthcare system do more to administer matters within the scope conferred upon them than to create new elements of policy;
- ◆ the central institution of the healthcare system - the Ministry of Health itself - retains a structure that is prevalently traditional in character, with verticality remaining dominant, and hence a pronounced hierarchy visible in decisionmaking plus main management processes that are orientated towards the central organisational structures;
- ◆ organisational units have developed as rather passive entities as regards the structure of their tasks, their main roles being to administer the resources of the system, and to stabilise it, as well as to meet the expectations of certain actors in different branches - to only a much more limited degree do these units act to build long-term, strategic health policy projects;
- ◆ there is lack of assessment activity matching the scale of the detailed policies being pursued in healthcare, and hence an attendant lack of output where evaluation methods are concerned;

- ♦ the agenda underpinning Ministry of Health activity is very much ad hoc in nature, the Ministry's work frequently being shaped by events (often even crisis events) as they occur, as well as by the activities of the "most vocal" groups;
- ♦ managers of units are mainly focused on stabilising a system they themselves perceive as unstable, with the aid of different forms of available influence that may be exerted on defined segments of the overall system - use is not therefore made of the potential generated by their knowledge and the opportunities they might have to be creative and to develop the potential of the healthcare system to better meet future needs;
- ♦ the organisational units in the system's institutions still face the task of devising tools that would allow them to build and shape healthcare policies effectively, and to monitor and evaluate them thereafter - there is a lack of both the knowledge resources and the analytical tools needed to study the issues arising in, and challenges faced by, the healthcare system;
- ♦ there is a shortage of output regarding analysis of long-term challenges arising (e.g. in connection with the ageing society, new diseases, the development of new categories of medical services and means of delivering them, civilisational threats, the significance of staff qualifications among managerial staff in the health system at local level, inequalities in access to healthcare and the social context to diseases); there is also a lack of permanent analysis of risk factors and threats present in different spheres of the health policy system;
- ♦ there is an absolute shortage (and also a lack of clear designation) of the staff who would engage in work of substantive significance as documenters of the situation and analysts of its consequences, this deficit in turn implying non-generation of the operating knowledge needed if a new and innovative health policy is to develop - there is in fact no separately identified group of employees tasked with work on programmes (notwithstanding the presence of this kind of policy worker or policy officer in Anglo-Saxon countries);
- ♦ there remains a failure to recognise the value of the research side of the equation, this resulting in an incomplete mechanism by which to plan the social research that could supply

decisionmakers with vital knowledge as they seek to shape the healthcare system;

- ♦ there is an inadequate system of problem identification in the healthcare system, with no attempt to base activity on polling of the public, but rather activity based around ad hoc relationships between the employees of institutions and representatives of different circles.

## Chapter 1

# The administrative and managerial staff in the healthcare system

### 1. Defining the human resources of the healthcare system

Human resources are among the primary resources that make effective activity in the healthcare system possible. In the view of the WHO Report, high-quality medical services can be assured by bringing together different types of resource, including human, financial and material and technical resources. We understand human resources in terms of the combined resources of qualifications and skills among all those active within the system. These are in great measure conditioned by the knowledge, skills and motivations possessed by employees. At the same time, it is worth emphasising just how hard to establish and define the competences<sup>1</sup> in the public health sphere seem to be, this in particular reflecting the degree to which this area is influenced by changing technological, organisational, cultural and demographic factors.

As J. Górniak writes, a raising of the level of knowledge, skill or motivation that employees represent transfers through into the quality of functioning of the organisation or institution. In this field, the most important thing to emphasise is the raising of qualifications, the fostering of

---

<sup>1</sup> The Polish word *kompetencje* is taken to include competences in the sense of education, experience and *wprawa*, skills, predispositions and other psycho-physical features, as well as behaviour foreseen by the employer and considered important in professional work. *Kwalifikacje* in turn imply qualifications in the sense of education and the scope and quality of the preparatory service and/or training completed with a view to work in the given profession being engaged in.

initiative and room for innovation on the part of employees. Meanwhile, some researchers emphasise that an active management policy in this regard remains - for many organisation - a neglected instrument by which to increase efficiency of action.

The International Labour Organization defines Human Resources for Health (HRH) in both narrow and broad terms<sup>2</sup>. In the narrow sense, the human resources in the healthcare system are medical personnel employed in health-related institutions, while in the broad sense they take in everyone working in healthcare institutions, including in associated institutions (i.e. employees of the central and local administrations, plus employees of the health insurance institutions, of the ICT systems, in teaching and training and in the providing of services).

Other sources identify five groups making up the healthcare system's human resources (on the basis of qualifications and the role played in the rendering of health services). The groups in question are: 1) physicians, 2) other medical personnel with higher education, 3) nurses and midwives, 4) other medical personnel and 5) others involved with services and administration.

According to the WHO, the last of the categories mentioned (others involved with services and administration) takes in the following professional and occupational groups: healthcare system managers, specialists in health economics, people dealing with statistics and health information, lawyers employed to attend to the needs of the health system, ambulance drivers, conservators of hospital buildings and others associated with management and servicing of the system.

## **2. A characterisation of managerial functions in the system administering health policy**

The non-medical personnel administering the healthcare systems have become the subject of an ever-more-intensive debate in recent years. Alongside the medical personnel, these have also been made subject to requirements as regards qualifications. The greater importance being attached to this question would seem to relate to experience accumulated over as long a period as 2 decades. This in turn arose as healthcare institutions have been transformed from both the organisational and formal/legal points of view, as well as in the course of efforts to reform the system overall. In Poland, the heading of institutions in the healthcare

---

<sup>2</sup> *Terms of employment and working conditions in health sector reform*, International Labour Organisation, Geneva 1999.

sector is now recognised as a specific area in terms of administration, in that it takes in the healthcare system as some kind of whole entity, as well as the administration of individual clinics, hospitals and other healthcare institutions.

In the Polish organisational system, healthcare includes an ever-wider sphere of posts filled by a staff of specialists, but not of a medical profile. Such people *inter alia* work in the regulatory and executive institutions, above all the Ministry of Health itself, plus its specialised agencies. Beyond that, there are a whole range of analogous posts at the local authority level, these concerning the running of different kinds of healthcare institution, as well as their own health policy. The private sector also has a wide range of posts for non-medical professionals working for firms that supply the healthcare institutions.

It is possible to identify several levels of administration in the Polish healthcare system, i.e.:

- ◆ administration at central level involving key entities within the healthcare system, i.e. the Ministry of Health, National Health Fund, etc.);
- ◆ administration at voivodship level (i.e. the regional-governmental authorities/bodies under the Voivodship Marshal and the provincial administration at the Voivodship Office, as well as voivodship-level branches of the National Health Fund);
- ◆ local-level administration [at the levels of the *powiat* (“county”) and *gmina* (local authority)];
- ◆ administration at the level of the given healthcare institution.

Non-medical administrative staff have a very complex and demanding role to play. Administration in the healthcare service has specifics all of its own. In this field (often more than in other areas), administration also encompasses serious matters of a moral and ethical nature. In turn, key requirements arise out of the need to master the many dimensions to what is today an exceptionally complex policy area. This poses serious challenges when it comes to planning the process by which detailed policies are to be generated and then monitored, as well as evaluated and streamlined.

WHO documents draw a clear distinction between managers administering the resources of the healthcare system (the central institutions of the healthcare system like the Ministry of Health) on the one hand, and the managers of particular healthcare institutions (hospitals, health centres, etc.). According to the WHO: “Managers in the health sector and policy-



makers at the central and national levels monitor strategic directions being taken in the sector, managing overall the allocation of resources, and monitoring the objectives and results of programmes”<sup>3</sup>. The WHO also formulates a different scope of requirements for managers at regional or local level, whose work entails the heading of individual health institutions.

In Poland, there has been no clear identification of features/characteristics that should be possessed by those who administer the resources of the healthcare system. In other words, no catalogue of competences has emerged that would describe what managers in the health system should be able to do. The problem is made worse by the fact that it was only in 2007 that standards for education as regards public health finally appeared. This means that the health system is currently manned by staff whose education and competences were not embraced within any systemic framework. In turn, there is a growing awareness that the creation of a competence framework is a very urgent challenge. In addition, it would seem that, while Poland now has a quite distinct profile for the manager in a medical institution, there is no crystallisation at all in regard to the manager/policymaker who administers resources and regulations in the healthcare system as a whole. Such managers are simply regarded as part of the Civil Service Corps, and are not considered to stand out in respect of any particularly defined special features.

In the view of this Report’s authors, the personnel running the healthcare system must possess multifaceted competences that inter alia allow them:

- ◆ to draw up, implement and evaluate health policies,
- ◆ to identify the main problems and risks specific to health policy,
- ◆ to adjust structural institutions in health to changes ongoing around them,
- ◆ to react to a multifaceted and unstable environment, and know how to adapt to it,
- ◆ to exercise leadership, including through effective teambuilding, the monitoring of group dynamics, and decisionmaking that also involves others,
- ◆ to build consensus, including in situations where conflicts of interest arise, to negotiate, to communicate effectively and to be adept at coalition-building,

---

<sup>3</sup> Health Management Workforce, *Mapping Health Managers. A Guide and Study Protocol for Assessing Managers as Part of the Health Workforce*, World Health Organization.

- ♦ to understand and be able to get involved in the relationships and processes subsisting between organisations, as well as power structures and functions, and politics and the political process,
- ♦ to serve in the role of innovator that will lead transformations and create a common and universally-shared vision of the future necessary of the institution is to follow appropriate directions.

The role of a manager might be characterised by reference to a triad of features proper to the designer/planner, the strategist and the leader. These requirements arise from the fact that the administering of a health-care institution (irrespective of type) is regarded as among the most difficult management tasks. This reflects the ever-greater complexity of the issues falling under the healthcare umbrella. On the other hand, governments continue to harbour an ambition that they can and should keep the health system stable in conditions of ever-growing demand for healthcare services on the one hand, and growing financial limitations on the other. On the third hand, there are out there in society certain rising expectations on the part of citizens that can only be met to even some extent if the potential present in the system is developed. Governments thus work together with managerial staff in the state administration to come up with methods by which to better respond to trends and factors that are of influence (be these sociological, economic, political or whatever<sup>4</sup>).

Most countries only find themselves at the stage where frameworks are being put in place to allow for more profound future analysis of the functions actually or prospectively being discharged by the non-medical personnel actually administering the health system.

### 3. Elements of the human resources management system

In the case of the Ministry of Health it is only possible to invoke the existence of some elements of a competence system. These arise mainly out of the requirements set out in the Civil Service Act of November 21st 2008, as regards:

- ♦ the recruitment system, with requirements as regards competences being laid down,

---

<sup>4</sup> A. Mahon, R. Young, *Health Care Managers as a Critical Component of the Health Care Workforce*, in: *Human Resources for Health in Europe*, C-A. Dubois, M. Mekce and E. Nolte (eds), European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press 2006, p. 116.

- ◆ descriptions of the posts of Director and Deputy Director in organisational units,
- ◆ the assessment system for posts (only in respect of nominated officials of the Civil Service, i.e. “Civil Servants”),
- ◆ individual programmes of professional development,
- ◆ employees’ career paths.

Equally, it needs to be stressed here that the Civil Service Act is not binding upon the Ministry of Health’s executive agencies, hence the non-applicability of the qualifications management aspects provided for therein. Most of the institutions concerned are not able to devise cohesive competence-building models. At the same time, some of them do participate in important regulatory undertakings of the healthcare system, as well as in international research programmes.

At the Ministry of Health, descriptions of posts are elaborated with a form and layout dictated by an Annex to the Ordinance of the Prime Minister (as Chair of the Council of Ministers) dated August 1st 2007.<sup>5</sup> In contrast, the tasks of Directors and Deputy Directors are as set out in organisational regulations of the Ministry, as well as the internal regulations in force in different organisational units<sup>6</sup>.

Post descriptions are quite standardised in their formulations of requirements regarding competences. What dominate here are sets of tasks to be implemented in the given post. Presented are forms by which the said tasks are to be implemented. There are references to the need for independence of thought and action, creativity, teamworking ability, communicativeness and resistance to stress. Just a few words are devoted to the requirements as regards knowledge relevant to the profession (notably of given Acts of Parliament). Certain descriptions add requirements regarding knowledge of English. On the other hand, there is nothing about analytical abilities to assess research, or to plan research, or to enter into cooperation with research and analytical institutions. There is no assessment of particular competences referred to. In one such description, requirements as regards competences are presented simply as “other competences: skill in leading a team, communication skills, and an ability to organise one’s own work and that of employees.” To sum up, it can be noted how general the descriptions of competences are, these being only to a very limited extent adjusted to the needs of the different units, i.e. the tasks of the

---

<sup>5</sup> Ordinance No. 81 of the Prime Minister (Chair of the Council of Ministers) of August 1st 2007 on the principles for describing and valuating posts in the Civil Service, *Monitor Polski* of 2007, No. 48, item 566.

<sup>6</sup> The Civil Service Act (Dz. U. No. 227, item 1505).

different departments as set out in the Regulation of the Minister of Health. In many cases, the description does not even make it precisely clear what are the competences and skills in the main area of interest to the Ministry of Health (i.e. health and health policy).

There is in particular a lack of requirements regarding the competences that connect up with the process by which health policy is co-created. No requirements are set as regards the possession of skills in monitoring and evaluating public programmes and policies.

The best example here would be the Department of Health Policy, which has as its task the planning, contracting-out and monitored implementation of healthcare programmes, as well as their audit from the substantive point of view. However, these required competences do not include a single one from the domain of public policy or policymaking. Meanwhile, such a post requires the skill, not only to identify problems effectively, but also to plan appropriately, and to carry out assessments of the effectiveness of action taken, to include ex ante and ex post evaluation, to prepare the implementation process professionally, and to manage the process effectively.

Hence, what are to be seen here are particularly marked disparities between the qualifications requirements relating to a given post and the nature of the tasks whose performance that post entails. The tasks require much higher qualifications than those that have been listed. For example, compared with the UK situation, the Polish Ministry of Health lacks more precise definition of the scope to the competences of those holding higher offices. For this reason there are no criteria by which to assess attainment of qualifications that are set out<sup>7</sup>.

It would also seem that descriptions of managerial posts in the Ministry of Health ought to include leadership-related competences, as well as skill in the shaping of a strategic vision and in motivating employees to attain goals set in health policy. The process by which high-level Ministry of Health posts are valued has only just now been commenced with. It is not therefore possible to use valuations of the said posts in the rational shaping of remuneration, thereby supplying motivation to attain intended results<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> [www.skillsforhealth.org.uk/competences/Public%20Health.aspx](http://www.skillsforhealth.org.uk/competences/Public%20Health.aspx).

<sup>8</sup> The process follows on from the Regulation of the Prime Minister (Chair of the Council of Ministers) of May 8th 2009 on the conditions and means of conducting periodic assessments of members of the Civil Service Corps, Dz. U. 2009, No. 74, item 633.

The Ministry of Health also applies certain elements of competence management in relation to non-managerial staff<sup>9</sup>. Officials of the Civil Service (i.e. nominated “Civil Servants”) have individual programmes for their professional development that include a planned career path. In contrast, remaining personnel, i.e. “Civil Service employees” are subject to the system of periodic assessment, and it is on the basis of that the individual’s career path is set out<sup>10</sup>.

The individual programme of professional development is the basis upon which Civil Servants are assigned to different kinds of training. The provision in Art. 75 of the Civil Service Act<sup>11</sup> states precisely that the determination of the individual programme for professional development takes account of: (1) the periodic assessment of a Civil Servant’s work, as carried out by his/her immediate superior, (2) the prospects when it comes to professional work, (3) the office’s needs and opportunities as regards employment, and (4) the Civil Servant’s needs and possibilities as set out in agreement therewith.

The lack of a system or strategy by which to develop qualifications maybe one reason for the problems respondents experienced with a question regarding standards of professionalism. Most considered that these are not formalised, while some confuse them with either Regulations or scope of responsibility. Some invoke the Civil Service Code<sup>12</sup>, while one respondent was of the opinion that qualifications management was not required, and if it was, that was from the point of view of the payment system. Some of those surveyed claimed that they had a system in their unit or department, but that this had not been formalised.

One Director said that the idea of a system for the management of employees’ qualifications had arisen in his department, in connection with the implementation of EU Programmes. “This is particularly true of the financial dimension, which now faces many tasks of a new kind requiring further development of knowledge in a given direction. This requires the participation of these people in refresher courses and supplementary training. The budget for the project also includes a formalised track for

---

<sup>9</sup> As has been noted, the Polish Civil Service Corps comprises CS employees and officials (Civil Servants), the latter being employed on the basis of nominations following completion of studies at the National School of Public Administration or the passing of the relevant exam for nomination to the CS.

<sup>10</sup> In accordance with Art. 81 of the Act of November 21st 2008. (Dz. U. No. 227, item 1505). It was also pursuant to the Act that career paths for employees were set out.

<sup>11</sup> The Civil Service Act of August 24th 2006, Dz.U. of 2007, No. 170, item 1218, with subsequent amendments, consolidated text.

<sup>12</sup> Public administration in Poland has its Civil Service Code of Ethics (Ordinance No. 114 of the Prime Minister (Chair of the Concil of Ministers) of October 11th 2002).

qualifications management.” One person responded to the question on the system of supplementary training for higher-level managerial staff as follows: “I know nothing about it, but there was such a system. Meetings of Directors were organised, but these were in the nature of guidelines only, not proper additional training. There is a deficit in the planning of the programme profile. Yet, if one is already a Director it will work out somehow. That’s my feeling on it”. A further statement provided that: “There are no standards as regards professionalism. Assessment of results is at the basis of the degree to which a budget is implemented. There are sometimes what I would call “islands” on which it is possible to make out aspects of employee qualifications management, but in general it isn’t present.”

The questionnaire also contained a question on the career paths of managerial staff. Representatives thereof did not have a clear idea of what this term meant, however. They associated it with promotion, but had no concept of horizontal advancement. One of those surveyed answered the question “Can we recognise the presence of the idea of the career path at the Ministry of Health, and is this being implemented in practice?”: “Yes and no. For those who start from a low level (e.g. of *podreferendarz*), the path is clear. For me, and I say this without pricks of conscience - there won’t be one, because I am not going to be either a Deputy Minister of a Minister. So it depends on the level at which one starts. It is not fully clear, though, because the path is not described. However, there is individualised assessment of employees and a verified career path. How it works is another matter, of course.”

Staff do not entertain the possibility of something like horizontal advancement. One respondent said: “My career path in the Ministry of Health is ending at the same post as it started, so it is hard to speak of any path or elements of it. It should be a natural thing for higher officials to form a corps of personnel from which the right people will be recruited to the post of Deputy Minister or Minister. However, that is not how things are, since those are political appointments. There should be a chance for higher officials to be used in a government of experts.” Another voice said: “Officials working at the Ministry of Health may plan their career path, but not higher officials. For them the path is not formalised (...), indeed for higher officials there is no such path. Above that there are political posts.”

Analysis of the responses supplied to the questionnaires shows that, on the staff side, there is full understanding of matters of qualifications and an awareness of their significance, not only on account of individuals’ professional careers, but also in regard to the capacity of institutions to act professionally. Beyond that, emphasis on training has extra value, in light

of the fact that most staff plan to pursue their professional career further within the Ministry (even if some emphasise that they do not expect it go far in the future). This means that investment in qualifications pays dividends in these institutions in the long term. Also to be seen as positive is the way in which respondents fail to implicate political factors as decisive in nomination to a given post. One person who had worked for the Ministry around 10 years previously said that it had been political reasons that prompted the departure from there.

#### **4. A characterisation of the administrative staff in the central healthcare institutions**

The questionnaire-based research<sup>13</sup> carried out to meet the needs of the Report makes it clear that administrators/managers in the central healthcare institutions (the Ministry of Health and its executive agencies) are well-educated. Among the Directors<sup>14</sup> are people with academic degrees, some in medicine, with most also having done postgraduate study in public health (healthcare institution management, quality management, and so on). All those holding director-level posts have Master's degrees or the equivalent, including as Masters of Nursing (2), Masters of Law (1), Masters of Administration (1) or Doctors of medicine (2).

Managerial staff participate in continuing education that inter alia takes in new ICT; health insurance; entitlements to sit on supervisory councils; quality management; the editing and publishing of promotional materials and interpersonal skills in teamwork. Representatives of staff have also participated in training organised by and at the National School of Public Administration, i.a. as regards image creation, the art of negotiation, EU project management, change management, the EU budget and specialist language.

Impressive educational attainments also characterise holders of Deputy Director posts<sup>15</sup>. Many of these have gained additional qualifications

---

<sup>13</sup> To meet the needs of the Report, a questionnaire forming the basis of an in-depth interview was devised, and used with 15 representatives of the administrative/managerial staff in the Ministry of Health or one or other of its executive agencies. Questions concerned the career path, opportunities for supplementary training, methods of qualifications management, knowledge management, opinions on the barriers to effective governance, etc.

<sup>14</sup> The Directors at the departments analysed have Master's titles or equivalent, including: Master of Nursing (2), Master of Law (1), Master of Administration (1) and Doctor of medicine (2).

<sup>15</sup> They have professional title at Master's or equivalent level, including: Master of Nursing (1), Master of Law (1), Master of Political and Social Sciences (1), Master of Land Construction Engineering (1), Doctor of medicine (2).

thanks to postgraduate studies in management and the economics of medical technologies, as well as history. They also participate in a series of training sessions, for example concerning medical law, social dialogue, programmes for the development of female managers, modern HRM, internal communications; principles for devising and opinion-giving in respect of acts of law and legislative techniques. They had also participated in training organised by KSAP, concerning, among other subjects, the competition law of the European Community, cases before the European Court of Justice, and EU legal language in English.

A further advantage would seem to be the way in which the present managerial staff are mostly people with a long period of work behind them. Directoral posts are mostly won by means of open competitive entry, with the competitions involved including a test of knowledge (passed if 60% of answers are correct) and an interview. At interview, the Commission asks candidates three questions of identical content, point assessments received ranging from 0 to 5.

According to OECD research published in 2009, the Polish system of recruitment to higher posts in the public administration is characterised by a preference for the promoting of people who are already employed in the administration, as opposed to their being recruited from outside. This is thus a career-based recruitment system<sup>16</sup>. However, current regulations require that open competitions for managerial posts be organised. The Ministry itself runs recruitment and in this regard practices in different countries may vary. Some countries have a separate institution tasked with the responsibility of recruiting staff. However, in the UK, recruitment is a matter for the Department and its agencies. However, the Department must heed regulations set centrally. In addition, the recruitment process is subject to scrutiny from an independent body<sup>17</sup>.

The work done to meet this Report's needs shows that managers attach great weight to updating and supplementing their qualifications. Many people regard this as the very essence of their effective performance at work. They thus value the support for training the Ministry offers. In truth there are voices suggesting that the Ministry is not able to fund the training that the private sector has to offer, though they do recognise the possibilities that exist. Respondents indicate that reality makes supplementary training a must, with one person recognises it as something completely natural that he/she will have to keep learning to the end of his/her life. In one department, some 60% of those employed had participated in training

---

<sup>16</sup> *Government At Glance*, OECD, Paris, 2009, pp. 78-79.

<sup>17</sup> *The State of the Public Service*, OECD, Paris 2008, p. 40.



in the most recent year, the figure rising to 100% over the longer term. In another place a given year had seen all the staff dealing with substantive issues participate in training of one kind or another. Programmes of training available on the internal or external market are determined at the beginning of a year. One manager said: "I give a very positive assessment of this opportunity. I have no problems with sending employees to a conference or training course. Employees of the department can go on "training up" and the available range of courses is large". Someone else said: "The Ministry offers the same chances for training as other administrative organs". One Director claimed that he finds training courses of relevance to his post at least once each year.

Some respondents indicated problems, however. There are limits on access to training reflecting the way people work, the lack of any chance to plan one's work calendar, shortage of time, and a lack of availability of longer-lasting courses. One respondent said that he/she could only allow one training course a year, which was in the respondent's opinion too little. Most said that working time was mainly filled with ongoing issues. It was said, for example, that: "Matters of the moment represent the great majority of what we deal with". Another response relates to another issue: "The system of supplementary training should be extended to include individual contacts with the Director-General at the office, in order for them to establish jointly what areas need improving. Perhaps civil servants are left too free to make their own choices, allowing them to pick a training course that may not necessarily be the one they need most."

Respondents point to the importance of such qualifications and skills as: skill in administration, time management and staff management, knowledge of law as it relates to both financial matters and healthcare, the rules underpinning health system activity on the micro and macro scales, knowledge of system management, analytical abilities, crisis management, the organisation of work and familiarity with legislation. People report the need for fuller qualifications as regards economics, finance, human resources management and project management. Only one person declared that there was no need for him/her to obtain qualifications beyond those he/she already possessed. Others noted that work for the Ministry of Health really required medical knowledge of necessity.

**On a systemic approach to qualifications development.** In the central healthcare institutions, the problem is not so much that employees are not committed in this regard, as that they fail to understand the issue's significance. In contrast, respondents are aware of the lack of a systemic approach to training when it comes to the obtainment of given qualifications regarded as important in the pursuit of the Ministry's mission. One

answer to the questions asked was as follows: “Yes, it is possible to take various kinds of training course, but it would be hard to say that this was a systemic approach to raising qualifications. What we usually have is ad hoc activity. Only now are we intending to introduce a system to evaluate and train personnel”. A further problem is the extent to which the HRM methods and instruments applied come together to form a cohesive system. Survey responses show that this is not transparent for staff or managers, especially when it comes to qualifications resources capable of being regarded as of key importance to the institutions concerned. The greater part of the respondents answered negatively when asked if their institutions had an aspect of HRM that could genuinely be referred to as qualifications management in the interest of employees. One person noted that there was such a system at departmental level, but that it was not formalised. A much more typical answer was that there was no system at all. Another respondent said: “This is in some way forced by the Act, and I think it is starting to function more efficiently. But the problem will be with the way it is done, and the possibilities for people to follow a chosen career path”.

Another serious problem is the lack of a document (strategy) that would work towards the comprehensive strategic description of qualifications development among employees in general and managers in particular, along with an indication of the ways in which qualifications are to be obtained over varying time perspectives. A cohesive and transparent system is fundamental to an institution’s capacity to assure its managerial staff, and personnel in general, a level of qualifications that is high, or at least adequate, even where all expectations regarding the funding of supplementary training are incapable of being met.

Only within the framework of a precisely-defined system will HR managers be capable of constructing a national training programme meeting the needs of their institutions. Under other circumstances, the planning of qualifications development is very much hindered, especially when it comes to the qualifications and skills needed if a department is to be able to match up to present and future challenges. The framework system should point to the level and scope of competences ascribable to given posts. Beyond that, it is important that there be methods of determining the extent to which staff possess the competences in question already or at any given stage. Having a strategy of the above kind at their disposal, staff can gain an insight into the kind of training and qualifications-development policy that their place of work is pursuing, the requirements that are being set, and the possibilities on offer at the place of work for shortfalls to be made good. The possession of a system of the kind described is something

that shows the potential of an institution as expressed in its ability “to identify key competences, to mobilise rapidly, to recognise needs and to encourage employees to develop”<sup>18</sup>. The axis of HR policy at the level of the organisation should be to identify competences, plan for their development, build commitment to self-improvement on the part of employees and engenders an atmosphere that favours the absorption of new competences<sup>19</sup>.

The lack of a systemic approach to the issues of qualifications and standards of professionalism also ensures that the list of training courses participated in by managerial staff at the Ministry of Health may or may not be aligned with the key competences the Ministry is seeking to build, from scratch if necessary. What is for sure is that the list failed to include courses that would do anything much to improve analytical skills, or skill in using indicators and assessment tools. This reflects the fact that Ministry documents do not mention this type of qualification as being important for its work. In contrast, the Authors of this report regard these competences as an important component of overall qualifications, since their significance is very much underlined in the most-developed countries’ systems of qualifications development.

The lack of an overall strategy in the above meaning of the term implies a major risk that important qualifications will be overlooked, priorities arranged incorrectly, improper instruments utilised in supplementary training, and ambiguities arise in responses from the staff, this ultimately leading to a lack of commitment to developing an atmosphere that favours competence. A strategy of competence development for employees would seem to be especially important in the face of very high levels of staff turnover, as well as the problems encountered with finding suitable personnel. One person surveyed said: “Many people don’t have high enough qualifications. They don’t even know how to deal with official correspondence”. Some Directors in turn say that they have not been able to find appropriately qualified Deputies for years now. Some respondents in general rate the quality of the Ministry’s human resources negatively. Two gave them just 3 out of 10 (one emphasising that this reflects high staff turnover above all else). A further four respondents making use of the same scale awarded just 4 or 5 points where this issue was concerned.

---

<sup>18</sup> Ramy dla działań na rzecz ustawicznego rozwoju kompetencji i kwalifikacji. *Wspólne stanowisko europejskich partnerów społecznych w sprawie kształcenia ustawicznego* [“The Common Position of the European partners regarding continuing education/lifelong learning”], „Pismo Dialogu Społecznego”, No. 3/2008, p. 18.

<sup>19</sup> B. Surdykowski, *Dialog wokół kształcenia ustawicznego*, „Dialog. Pismo Dialogu Społecznego”, No. 3/2008.

## 5. A characterisation of staff turnover in the healthcare system's central institutions

As J. Górniak writes, stabilised staffing is favoured by a strong organisational culture, this in turn being of key significance where integration and the dynamising of an institution's activities are concerned. "A strong organisational structure makes possible the existence of a common system of designations, as well as an understanding of events ongoing in the organisation, plus a favouring of reduced complexity and uncertainty. There is a commonly accepted envisaging of values, duties and standards as regards conduct, this all making a formal structure less necessary"<sup>20</sup>.

In the above sense, the healthcare institutions find it hard to draw benefit even where they have limited turnover of personnel. And in fact rotation is considerable, whether we are talking about managerial or rank and file staff. There are cases in which 30% of a department's entire staff leaves within the course of just one year. Only somewhat longer periods can see more than half of all employees depart. Ultimately, virtually the entire staff of a unit may have changed over within the space of just 2-3 years.

As of December 31st 2008, some 525 people were employed with the Ministry of Health. Over the study period, the contracts of employment with 86 individuals were terminated<sup>21</sup>. There was a high level of turnover among the posts of Director and Deputy Director. As Table 1 makes clear, there were given years in which the greater part of the posts of Director and Deputy Director changed over. 11 (out of 18) Departmental Directors left their jobs in 2002, as well as 10 Deputy Directors. This might have been associated with the parliamentary elections taking place in autumn 2001 - except for the fact that subsequent years also featured heavy turnover at this level. For examples, no fewer than 8 Directors left and were replaced in 2003, and the scale of the phenomenon was also large in 2007 and 2008.

Clearly, in the face of such turnover, posts tend to be held for just short periods of time. At Director level, we would be talking about 2.5 years on average, albeit with actual tenures in the range 5 months to 7 years. In turn, those appointed to the post of Director had on average spent just 1.7 years previously, working at the Ministry of Health (the range of reported

---

<sup>20</sup> J. Górniak, *Zasady budowania porządku organizacyjnego a funkcje administracji publicznej*, in: *Administracja publiczna*, (ed. J. Hausner), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warsaw, 2006, p. 163.

<sup>21</sup> This number takes in 14 people granted upbringing leave in 2008, as well as 2 granted long-term unpaid leave.

values being as little as 3 months to a maximum of just 3.7 years). The rotation in the executive agencies is also considerable. At the National Health Fund, the occupancy of the post of President on two occasions changed twice in the course of a single year (i.e. in 2003 and 2004). The Fund is currently headed by the seventh person to hold the post since 2003. The post of Vice-President for Medical Matters has also been held by several people (4 since 2003), as have those of the Vice-Presidents for Financial Matters and the Uniformed Services.

At the Ministry of Health, the length of time spent holding the post of Deputy Director is of two and a half years on average (ranging from 1 year to 7 years 3 months), while the average period of employment at the Ministry of Health prior to appointment to the post of Deputy Director is 3 years 6 months.

Table 1.

**Directors and Deputy Directors leaving their posts  
at the Ministry of Health  
and remaining or not remaining with the Ministry**

Year	Leaving the previously held post of:			
	Director	[Continuing in employment at the Ministry of Health]	Deputy Director	[Continuing in employment at the Ministry of Health]
2000	7	1	3	1
2001	4	-	3	-
2002	11	-	10	1
2003	8	2	7	3
2004	6	2	10	6
2005	3	3	6	4
2006	4	2	4	2
2007	4	-	7	2
2008	7	1	7	4
2009 (period to May 31st)	2	-	1	-

Source: Ministry of Health.

The data in Table 1 show that a considerable proportion of those ending their time as Director or Deputy Director simply leave work at the Ministry of Health altogether. This points to a serious loss of the

qualifications accumulated during the time spent in a managerial position. In 2002, none of the 11 Directors leaving their posts went on to hold other positions at the Ministry of Health. In 2008, in turn, the 7 Directors leaving their jobs included just one who went on working at the Ministry. The situation with Deputy Directors looks only slightly more favourable.

At the same time, it is possible to speak of a relatively long period of time in the institution for those taking up managerial posts. Among the Directors, the average number of years spent previously in such work is 14.5 years, while the average length of time spent working in the Ministry of Health itself is 5 years 5 months. In addition, there are 4 people with professional experience linked with the operations of the health sector in general, including in healthcare institutions and the National Health Fund (periods during which this experience was gained ranging from 2 years 9 months up to 15 years 2 months). The average age among those serving as Directors is 40, though with the full range observed being from 29 to 50. The group of Deputy Directors includes people whose average period in work is of 18 years 4 months in length (range from 6 years 1 month to 33 years 8 months). The average age of those holding Deputy Directorships is in turn 44, with the observed range of ages being from 31 through to 54.

Table 2.

### Turnover in the posts of Director or Deputy Director

	Appointed to the post of:		Leaving the post of:	
	Director	Deputy Director	Director	Deputy Director
2000	-	3	7	3
2001	1	-	4	3
2002	10	7	11	10
2003	8	8	8	7
2004	5	12	6	10
2005	6	9	3	6
2006	7	7	4	4
2007	2	5	4	7
2008	10	4	7	7
2009 (period to May 31st)	-	2	2	1

Source: Ministry of Health

The Ministry of Health is also characterised by relatively intensive turnover of Civil Servants<sup>22</sup>. The figure was of 15% in 2008 and was higher than the average calculated for ministries in general (in fact in 2008, the Ministry was second from top among the 18 Ministries compared). Turnover is also above average in the Main Pharmaceutical Inspectorate and the Chief Sanitary Inspectorate.

In considering staff turnover at the Ministry of Health it is impossible not to note the importance of pay levels there. For in fact the average monthly remuneration at the Ministry is only at 64% of the average for the best-paying governmental institution of ministerial rank, i.e. the Ministry of Finance<sup>23</sup>. Somewhat better conditions apply to the Main Pharmaceutical Inspectorate (at which the average monthly pay is sufficient to leave the institution in 7th place on the list) and the Chief Sanitary Inspectorate (in 14th place)<sup>24</sup>.

Thus public administration is now characterised by serious disparities as regards pay, this often applying even to analogous posts in different institutions. A major problem is thus being signalled here. In addition, the payment system is (reasonably) seen as excessively complex and inconsistent. As we read in the strategic document known as the *Narodowe Ramy Odniesienia 2007-2013*: “Research carried out shows that half of the members of the Civil Service Corps questioned did not know the criteria upon which basic pay was calculated, or the level of awards. The promotion system is also poorly known. These facts make it very difficult to pursue an effective staff and pay policy in administration.”<sup>25</sup> The multiplying factor applied makes considerable differences (and hence disparities in pay) possible. “Historical conditioning underpinning differences not always justified from the substantive point of view is thus upheld between one public administration body and another”. The Report *Polska 2030* also shows how the system setting levels of pay is too dependent on

---

<sup>22</sup> In Poland, the Civil Service Corps comprises nominated CS “officials” (“Civil Servants”) and Civil Service “employees”. Nomination to the first category is available to those who have completed their studies successfully at the National School of Public Administration (*Krajowa Szkoła Administracji Publicznej*), or else come successfully through the qualifying procedure for the Civil Service (which checks knowledge, skills and managerial predisposition). Only some 10% of employees at the Ministry of Health are in fact nominated Civil Servants (i.e. “officials” of the Civil Service Corps).

<sup>23</sup> Chancellery of the Prime Minister of the Republic of Poland (KPRM), *Zatrudnienie i wynagrodzenia w służbie publicznej w 2008 r.* [“Employment and remuneration in the public service in 2008”], Department of the Civil Service, Warsaw, Table 3, p. 4.

<sup>24</sup> Ditto, p. 5.

<sup>25</sup> *Program Operacyjny Kapitał Ludzki* [Human Capital OP]. *Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007-2013*, Warsaw, 2007, p. 77.

discretionary powers. The variable part of remuneration is not put out in line with objective factors, but is rather at given peoples' discretion<sup>26</sup>.

Levels of turnover in staffing have to be treated with full seriousness, for they may give rise to a whole host of potential dysfunctions in an organisation, above all to the loss of the institutional memory, as well as to a blurring of the mechanisms proper to the "learning organisation" model, in which knowledge management takes place. It is difficult to put in place a suitable cohesive organisational culture. One respondent said: "there is not enough integration of internal organisation, or ties between employees on account of the constant turnover of staff. Informal, friendly ties have an impact in raising the level of work done, but people here are usually unable to say at all what goes on in other units."

An organisation with such a high level of staff turnover is prone to basic difficulties with achieving the potential that can allow it to face up today's challenges and to generate adequate solutions to the problems arising in the health system. In the view of most respondents, a high level of staff turnover represents one of the most important factors standing in the way of good work. One person surveyed who works in one of the executive agencies to the Ministry of Health responded to a question on the greatest problem faced by referring to "staff turnover and short tenures from a certain level upwards. There are posts that are political rewards pure and simple, changing hands after each election. Officials change over and not everyone who comes in is, shall we say, working in the interests of the state. For some of them the general interest is not really an issue". One respondent also pointed to the lack of any sense of continuity, including as regards changeovers in posts officially open to political appointments. He noted how he had worked under no fewer than 11 Ministers and 30 Deputy Ministers.

Further issues are the ever-changing regulations and low levels of remuneration. A respondent noted a barrier when it came to personnel management involving financial limitations and the difficulties arising from them, i.e. unsatisfactory pay conditions and difficulties with employment procedures. "In these conditions teambuilding is made exceptionally difficult. There are so many changes of staff and we know that people are going off to take up work that is much better paid."

Where the contemporary organisation is concerned, it is stressed that the structure to the payment system for higher staff should include motivating elements, i.e. performance-related pay. Such mechanisms remain

---

<sup>26</sup> Chancellory of the Prime Minister of the Republic of Poland (KPRM), *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe* ["Poland 2030. Development Challenges"], Warsaw, 2009, p. 307.



rather underdeveloped in the Polish administration, however. Alongside basic pay, there is a prevalence of elements associated with years of work and position held, as well as a discretionary component. Pay is regulated by the legislator at central level. However, it should be noted here that, in only a few countries is pay policy transferred up to ministry level. The OECD has studied the degree to which its Member States apply evaluation of managerial performance as HRM-related decisions are taken. Poland in fact finds itself a little below average in this regard, in a position close to those held by France and Spain, for example<sup>27</sup>.

The above picture as regards HRM shows how necessary it is to create a strategy of real measures that would stabilise staffing in the central institutions of the healthcare system. There is also a need for the determining of a mature strategy for the development of competence. Institutions will have to define clearly the qualifications they regard as of key importance if a managerial or administrative post in the health system is to be held effectively, with the challenges inevitably arising capable of being addressed. It would seem essential that tools be developed to plan for competence development, and to devise methods linking investment in staff development with the aims of the institution (through assessment of the influence of training on performance). Also of key importance is the development of potential as regards analysis, in order that the demand for different non-medical qualifications in the health system might be forecast and roadmaps created for different posts in this area of key importance to systemic efficiency overall. An action strategy is yet a further requirement, this ensuring that appropriately trained people are found for the given post. To achieve all this, cooperation with the schools training people on courses of study in public health is obviously imperative.

It is worth stressing that the WHO Strategic Report on Health for all in the 21st Century has made clear how significant work on competences and staffing really is. Under objective 18, by 2010, all Member States should have devised solutions ensuring that their staff have the appropriate knowledge, skills and attitudes. The countries should *inter alia* have a planning system guaranteeing that the health service has the necessary numbers and diversity of highly-trained specialists, as well as relevant opportunities for the training of managerial, administrative and medical staff.

---

<sup>27</sup> *Government At a Glance*, OECD, Paris 2009, pp. 80-81.

## Chapter 2

# The central institutional structures in the healthcare system

An analysis of the subject literature<sup>1</sup> shows that, for all practical purposes, there are no detailed studies of national healthcare systems in terms of their functions and organisational arrangements adopted<sup>2</sup>. Likewise, there is a lack of comparative works that would offer an analysis of the European systems in terms of healthcare systems administration. Due to the above, the Polish arrangements can at best be compared with a modest international background documentation.

Although central healthcare system management institutions show some important differences, they also have similar features. For example, Ministries responsible for healthcare in individual countries differ in many aspects, starting from their particular remits. For instance, in the British model, the Department of Health also performs tasks relating to welfare and social security, in much the same way as in the Czech Republic and Hungary. In contrast, in the Polish system social assistance issues rest firmly with the Ministry of Labour and Social Policy. By comparison, the French Ministry of Health is also responsible for tasks in the sphere of sports and tourism.

---

<sup>1</sup> The analysis was carried out using the information from the Medline PubMed database and the databases of journals: *BMJ Journals*, *ProQuest Medical Library*, *ScienceDirect* (from the Elsevier server), *Springer Link*.

<sup>2</sup> The following detailed questions were also formulated: - What are the expectations vis-à-vis Ministries responsible for healthcare? - How are the resources of Ministries responsible for healthcare defined? - What are the effectiveness criteria for Ministries responsible for healthcare? - Have any standards been adopted for evaluation of organisational arrangements in Ministries responsible for healthcare, and if so, what are these standards?

To some extent, national Ministries may be compared by using a definite (generalised) scope of their tasks. Thus, the respective ways in which they implement these tasks may be examined. Such an approach also entails a number of limitations, as a result of which conclusions from such an exercise will not provide a sufficient basis to draw any firm conclusions. Another approach to the analysis is to adopt the assumption that, despite their institutional differences, national healthcare systems perform similar functions. In line with the WHO, we accept the following four basic functions of those systems, viz.:

- ◆ stewardship;
- ◆ health service inputs (investments and training);
- ◆ health service provision (relating to individual patients and the public at large);
- ◆ health system financing (revenue collection, procurement of services)<sup>3</sup>.

The proper discharge of these four functions is believed to guarantee that the basic goals of any healthcare system are attained, that is: (1) ensuring and improving the health of the population (both with regard to level and equity of access); (2) responding to people's non-medical expectations; and (3) providing financial protection (a fair distribution of financial burdens)<sup>4</sup>.

## 1. Models of the structures in organisations

The Ministry of Health is analysed hereunder in a number of dimensions, also as an example of a large organisation which operates in the sphere of a critical and exceptionally complicated public policy. We believe that the way a given institution or office is organised has a significant bearing on its effectiveness, which in the case of an organisation such as a health ministry is reflected in the quality of overall healthcare system management.

Here, an organisational structure is defined as the whole set of interconnections between all of the organisation's constituent parts. "An organisation's structure is manifested in the institution's division into organisational units, the distribution of tasks and responsibilities between

---

<sup>3</sup> WHO, *Health systems functions*. Accessed on 18 August 2009 at: [www.who.int/health-systems-performance/hsfuctions.htm](http://www.who.int/health-systems-performance/hsfuctions.htm).

<sup>4</sup> WHO, *Concept methods and debates*. Accessed on 18 August 2009 at: [www.who.int/health-systems-performance/concepts.htm](http://www.who.int/health-systems-performance/concepts.htm).

such units, and the hierarchy of decisionmaking levels and their subordination and mutual interdependences”<sup>5</sup>. An organisation aims to provide an infrastructure for activity in a given sphere which allows for coordination of individual and collective units, in order to achieve the planned results. The function of an organisation is utilisation of resources (mostly human resources) that have been allocated or entrusted to it.

In the case of central offices such as ministries, it is assumed here also that the discharge of duties (as set out in the Act on divisions in the governmental administration)<sup>6</sup> is facilitated, or even made possible, by means of a well laid-out organisational structure. Typically, two aspects of a structure are highlighted: the formal (formalised regulations, statutes and internal regulations) and the informal (organisational culture). According to J. Górniak, the ultimate shape of an organisation and its culture is “the outcome of the confrontation of the organisational model implemented with the human and material resources available, plus existing external conditions”<sup>7</sup>.

Organisations, particularly large ones, frequently develop bureaucratic traits. The very term “bureaucratic” has negative connotations, being commonly perceived as an attribute of an organisation which has many defects (mostly its being heavy or somehow encumbered) and/or dysfunctions that make it impossible for the organisation to fulfil its mission. An organisation’s large size of itself entails a risk of dysfunctions. One such dysfunction is a tendency to transfer goals (shifting emphasis from the organisation’s overall goals to particular tasks - hence fragmentariness, formalism and ritualism). Another threat involves the underrating of the difficulties facing an organisation’s staff. Organisations and their members may adopt the strategy of “oversimplifying the environment” or “underplaying the challenges in hand”. In consequence, the organisation may seem to possess desirable competences, when it in fact does not.

Another mechanism encountered quite frequently is a tendency to minimise the scale of generating feedback about the results of one’s activity (hence a lack of evaluation mechanisms). In respect of HR policy, bureaucratic organisations tend to cherish the conviction that members regard the mere fact of being a part of the organisation as their greatest

---

<sup>5</sup> J. Górniak, *Zasady budowania porządku organizacyjnego a funkcje administracji publicznej*, in: *Administracja publiczna*, (ed. J. Hausner), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warsaw, 2006, p. 151.

<sup>6</sup> The Act of September 4th 1997 on divisions in the governmental administration; [www.mswia.gov.pl/wai/pl/53/1656/Ustawa\\_o\\_dzialach\\_administracji\\_rzadowej.html](http://www.mswia.gov.pl/wai/pl/53/1656/Ustawa_o_dzialach_administracji_rzadowej.html)

<sup>7</sup> J. Górniak, *Zasady budowania porządku organizacyjnego a funkcje administracji publicznej* op. cit., p. 151.

success, while caring for its further, creative development is pushed into the background. This in turn fosters a tendency whereby “a bureaucratic organisation gets in conflict with those of its members who show the features of achievers, potential innovators who can identify and solve social problems”<sup>8</sup>. In such an organisation, those who undertake innovative actions may be viewed as disloyal, since they set out to alter the existing arrangements. In this way, they pose a threat to the authority of their superiors. In the most extreme cases, innovative initiatives are even punished by sanctions.

Another feature of bureaucratic organisations is their hierarchisation, i.e. concentration of decisionmaking capacity at the pinnacle of the organisation. “This is where all communication routes converge, so as linkages with the external environment”<sup>9</sup>.

**An open organisation.** Many countries have recently made attempts at a reorientation of their administrative organisations/institutions with the aim of according them a greater potential for innovation and for the better use of staff. Incentives systems are being set up, horizontal structures established, as are evaluation and measurement systems that allow effects to be assessed. Flexible structures are put in place which leave a lot of freedom for the staff, also those who are not positioned at the very top of the organisational hierarchy. Such an organisation promotes cooperation, not competition, and regards “participation in decisionmaking, an atmosphere of trust, leadership rather than formal superiority of managers, the possibility of undertaking innovative and experimental measures using the organisation’s means, and opportunities for testing the results (achievements) in contact with the environment (e.g. the market)”<sup>10</sup> as factors fostering involvement.

There are many theories on how to increase innovativeness in organisations, e.g. Likert’s linking pin structure; taskforce structures; creative and matrix structure; different varieties of hybrid structures; and staff and line structure. In addition to hierarchically subordinated line departments, the latter introduces supplementary, functional units (the so-called staffs are meant to provide information and advice to units to which they are subordinated, and also to other units which are beneath them in the overall structure). Here, the added value is the principle of using specialised research and analytical services. What matters most in matrix structures is to be oriented towards the effects achieved, by way of

---

<sup>8</sup> Ibidem, p. 155.

<sup>9</sup> Ibidem.

<sup>10</sup> Ibidem, p. 157.

a division of the workload into projects and tasks, whereby identification of the staff with tasks and projects is being developed.

Many analyses indicate that the building of effective public institutions, including central-level ones, is encountering serious difficulties in Poland. This is corroborated by many government documents and studies. In the *National Reference Framework 2007–2013*, we read: “In day-to-day practices of Polish administration, modern management methods are seldom employed. The main disadvantage is the relatively narrow scope of using the concept of the process organisation in the discharging of administration tasks, whereby both the organisation and operation of a given office is designed using a ‘bottom-up’ approach. Under this approach, a specific client need provides the starting point, which leads to an analysis and organisation of a process so as to ensure maximum possible satisfaction of the client’s needs, and this in turn is transposed into a high quality of services provided”. The National Development Strategy also looks critically at the current status quo: “Despite significant changes that were made during the last couple of years, it was not possible to fully implement the desired modern techniques of management (...) Without a significant improvement of the situation in this field, the condition of the public administration will remain a limitation making Poland’s development difficult. Moreover, functioning of the public administration is negatively influenced by a low confidence in the authorities and public institutions”<sup>11</sup>.

Elsewhere in the document, we read the following diagnosis: “Polish public administration is still characterised by systemic weaknesses resulting from historical ballast, as well as lack of consistent reforms of its functioning. As a result, public administration presents a higher turnover of personnel and lack of adequate motivational systems”<sup>12</sup>.

Similarly, the most recent long-term strategic document entitled “Poland 2030” emphasises the fact that, although over the last dozen years or so many changes have been implemented in governmental administration, they have rendered it “an organisation with overly complicated and impractical procedures which lead to operational inefficiency and the blurring of responsibility”<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> Ministry of Regional Development, *National Development Strategy 2007–2015*, Warsaw 2006, p. 18 ENG 16 PL; [www.ukie.gov.pl/HLP%5Cfiles.nsf/0/908A60C68E59A839C1257-266004B4D07/\\$file/SRKR.M.pdf?Open](http://www.ukie.gov.pl/HLP%5Cfiles.nsf/0/908A60C68E59A839C1257-266004B4D07/$file/SRKR.M.pdf?Open).

<sup>12</sup> Ibidem, p. 99 ENG 128.

<sup>13</sup> Chancellery of the Prime Minister, *Poland 2030, Wyzwania rozwojowe* [“Developmental challenges”], Warsaw, 2009, p. 303.

Many initiatives are being undertaken to improve management systems in public administration. However, this is usually a formidable task due to so many deeply-rooted processes which petrify the existing dysfunctions. Such initiatives have been announced in The National Reference Framework 2007-2013. One of the objectives will be to extend activities aimed to enhance management standards to all ministries and central departments of the state. This is to be achieved inter alia through “enhancing the abilities to draft and implement policies, strategies and Programmes (from programming stage to evaluation) (...) strengthening capacity in the formulation and implementation of policies, strategies and programmes (from programming to evaluation)... strengthening units responsible for monitoring and evaluations of policies and strategies, particularly at regional and local levels”<sup>14</sup>.

## 2. The management model in the Ministry of Health<sup>15</sup>

The Ministry of Health may be considered the key institution in charge of the formulation and implementation of healthcare policies in Poland<sup>16</sup>, even though the description of the “health” division in the Act on divisions in the governmental administration does not provide an all-encompassing picture. This is because the Act lists 8 tasks that do not add up to make a coherent whole that could be summarised as the state’s healthcare policy. Under the Act, the main tasks of the Ministry include supervision over selected products, selected institutions, professions, branches or service sectors.

The Ministry is a body of the governmental administration providing services to the Health Minister with regard to the tasks laid down in the aforementioned Act<sup>17</sup>. It has its own internal structure established by a Minister’s Ordinance, which sets out the functions for the Ministry’s individual organisational units<sup>18</sup>.

---

<sup>14</sup> Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, *Program Operacyjny Kapitał Ludzki. Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007-2013*, Warszawa 2007, p. 166 ENG/ 176 PL.

<sup>15</sup> The chapter is based on an analysis of documents (internal regulations, statute, terms of reference for the Secretary of State and Undersecretaries of State in the Ministry of Health and others, listed under heading „Materials” below), as well as surveys involving in-depth interviews with Departmental Directors at the Ministry. The list of analysed regulations is to be found in the Materials section at the end of the Report.

<sup>16</sup> The Ministry was brought into being by an Ordinance of the Council of Ministers of October 26th establishing the Ministry of Health (Dz. U. No. 91, item 1018).

<sup>17</sup> The Act of September 4th 1997 on divisions in the governmental administration; [www.mswia.gov.pl/wai/pl/53/1656/Ustawa\\_o\\_dzialach\\_administracji\\_rzadowej.html](http://www.mswia.gov.pl/wai/pl/53/1656/Ustawa_o_dzialach_administracji_rzadowej.html).

<sup>18</sup> The tasks of the Ministry’s specific departments are as laid down in the Ordinance of the

In the world literature on the subject, no fully-fledged models (patterns) can be found for an evaluation of the organisational structure of Health Ministries that could be used in the present project. For this reason, we can only refer to the arrangements and instruments employed in organisation and management sciences, as well as good governance practices. These prove, firstly, that an effective organisation should have a well-defined mission and vision, as well as a management with clearly observable leadership features. Secondly, such an organisation should have an organisational structure as flat as possible, with clear-cut and non-overlapping allocation of tasks and responsibilities to different organisational units. Thirdly, an effective organisation needs to have a potential to respond quickly to both immediate challenges and its stakeholders' expectations. This in turn necessitates the need for continuous monitoring of the organisation's environment, e.g. through the carrying out of policy studies on a permanent basis. Fourthly, an effective and cutting-edge organisation, and above all an organisation operating in the healthcare sector, should be particularly transparent, also because this is a necessary condition for winning the trust of the stakeholders, including patients. And, fifthly, an organisation should be accountable for the resources entrusted to it, and able to manage such resources effectively.

An organisational structure of any organisation can be viewed from many angles. In the case of the Polish Ministry of Health, it can be regarded as lean in terms of number of management levels, as it has only three such levels: the level of the Health Minister, the level of the Secretary of State and Undersecretaries of State, and the level of Departmental Directors (heads of offices). The so-called span of control in the Ministry of Health may also be viewed as positive (this concept relates to the number of subordinates managed by a given person from his or her management level). For the Minister of Health, the span of control is 7, for the Deputy Ministers it is 2-3, and for the Director General - 4. These figures should be positively evaluated (the accepted standards are between 4 and 7), but it should be pointed out that, in the case of the Secretary of State and Undersecretaries of State they are even lower than the accepted standards. This means that, in formal terms, good conditions are being created for effective management from the level of the Secretary of State and Undersecretaries of State.

On the other hand, the scope of management may give rise to certain objections (i.e. the number of institutions under supervision). This in particular applies to one Undersecretary of State whose scope of

---

Minister of Health of 27 April 2006 establishing organisational regulations of the Ministry of Health, Dz. Urz. MZ (Official Journal of the Ministry of Health) 06.06.25.



management reaches excessively high values (in addition to 3 Departments, the Undersecretary oversees several dozen institutions, although this is probably justified by their less cardinal role in the system than that of e.g. the National Health Fund – Narodowy Fundusz Zdrowia<sup>19</sup>). This in turn may adversely affect the effectiveness and quality of performance of both the Undersecretary of State and the Departments subordinated to him/her. However, due to the lack of in-depth workload studies, the above opinions must be treated with reserve and cannot provide a basis for any generalisations.

The structure of the Ministry's organisational units is established in §14 of its own internal regulations. Under these regulations, the organisation of individual units can be achieved divisionally or non-divisionally. A mixed form is also possible. Here, a certain degree of arbitrariness is involved, and such an arrangement is not in line with the principles of organisational flexibility. In practice, this eliminates the possibility of using state-of-the-art management solutions, such as matrix structures. These are structures which a given organisation develops around problems or projects in hand. Matrix structures are regarded as modern because they provide flexibility, this being so much in demand nowadays on account of the way it allows for adaptation to new phenomena and problems which sometimes emerge quite unexpectedly. Matrix structures allow for the organisation of cross-sectional structures which transverse traditional structures and are built around specific functions. In matrix structures, traditional structures will overlap with cross-sectional structures set up for the implementation of concrete tasks. This in turn creates horizontal organisational forms, as part of which communication of information and coordination of work is effected, this helping to relieve the vertical (hierarchical) structures of their occasionally burdensome responsibilities.

In the matrix structure, different levels of responsibility and competence merge, this in effect producing a "richer" decisionmaking process (more levels for consultation and decision sharing), allowing for a broader distribution of knowledge during work at different structural levels. However, matrix structures involve double subordination and require extensive skills in coordination, the harmonisation of activities, the ability to adapt to working in changing task groups, etc.

Due to the lack of well-developed horizontal structures, this particular organisation is included in the category of hierarchical

---

<sup>19</sup> The Undersecretary oversees the activity of supervised or subordinated organisational units: Medical Universities, *Collegium Medicum* of the Jagiellonian University and the Ludwik Rydygier *Collegium Medicum* of the Nicolaus Copernicus University in Toruń, as well as 28 institutions listed in § 4, (4), from (b) to (zg).

organisations. Horizontal structures are understood to mean the establishment and use of teams which in themselves are constituents of different departments [or offices] in the implementation of specific projects having clearly defined timeframes. Their scarcity definitely lowers the value of the formally-flat Ministerial structure because such a flat structure becomes inflexible as it does not facilitate the execution of projects and tasks going beyond the scope of competences and responsibilities of individual departments and offices.

Although cross-sectional (mixed) teams operate in the Ministry of Health, the management estimate that 90% of the workload is discharged through the departmental structures. Teams are set up by the Director-General (§ 12 of the Ministry's Regulations), which indicates that they may have organisational functions rather than be established for the implementation of major programme/policy tasks.

A simple hierarchical structure allows for efficient and effective management as far as traditional problems are concerned, these being definable within specific sectors, products or institutions. It is well suited for "manual" control in an executive sense, provided that the traditional "superior-subordinate" relationship is a dominant one. However, many contemporary problems cannot be contained within traditional categories of sectors, products or interdependences. Many of them call for actions that span different disciplines or go crosswise through the traditional divisions. To take an example, in maternity policy a whole gamut of instruments are needed and no traditionally-formed unit can assemble these, as they originate, not only in different disciplines of medicine, but also in law and social dialogue, on the labour market, in social policy, etc.

Instead, a simple hierarchical structure allows for basic administration of institutions and resources of the health system, particularly administration understood as prevention of open crisis. The surveyed Directors do indeed confirm that, from their posts, they administer allocated tasks and resources. Their actions may result in the obviating of open crisis in their area of responsibility, but under the existing organisational structures they are not in a position to work out long-term solutions which could enhance the efficiency of the health system overall. The dominance of hierarchical structures puts an organisation at the risk of atomisation. The answer of one respondent can be interpreted precisely in such a spirit: "Communication with other departments is problematic due to the requisite written form and sluggishness of action. There is no ordinary by which to circulate information on the activities of other departments, nor any easily accessible agenda of and for their operations."

The existing structure makes generating innovative ideas difficult, or even impossible in some cases. This is because of a lack of substructures as part of which such ideas could be produced through generating operational knowledge which is relevant to the efficiency of the health system. It also hampers the Ministry's development into a learning organisation, adaptive to changes in its environment, and also hinders any "conversion" of the Ministry into a process organisation based on, and managed through, goals.

However, it should be noted that these problems can be observed in many central-level institutions - something that the authors of the strategic government report "Poland 2030" are well aware of: "The Weberian model of strongly hierarchised administration and a rare delegation of competencies is still the order of the day in the Polish administration. The outcome is low-efficiency, protracted procedures and difficulties in the implementation of state-of-the-art instruments for human resources management or bonus schemes"<sup>20</sup>.

Today, there is a trend towards the decentralisation of some administrative functions, and this finds its reflection in the delegation of some such functions to lower levels of the organisational structure. "Delegation of power to managers makes it easier for a public organisation to be an attractive employer. Labour resources and the job market have changed over the last decade. Those looking for work today are better educated, better oriented and more demanding when it comes to the content of a job and opportunities to develop while in work. Beyond that, public employees give more and more consideration to working in the private sector. Public managers have therefore to be able to enter into a meaningful dialogue with those looking for work, and with employees, and they must also be able to meet their needs and comply with at least some of their wishes"<sup>21</sup>.

According to the OECD, the key reason to engage in delegation is the need to enfranchise public managers so that they are able to adapt their human resources systems in line with the specifics of their organisation's activity. OECD countries differ when it comes to both the speed and dimensions of this kind of reform, this relating to different political, cultural and historical conditioning. However, it is possible to identify functions that have now been delegated within many OECD Member States<sup>22</sup>. For example, this is among other things true of the conferment upon departments of work to determine and specify necessary competen-

---

<sup>20</sup> KPRM, *Poland 2030. Development Challenges*, Warsaw 2009, p. 308 [in Polish].

<sup>21</sup> *The State of the Public Service*, Paris 2008, s. 34.

<sup>22</sup> *Ibidem*, p. 36.

ces and criteria underpinning the selection of staff (rather than recruitment as such). In contrast, it is rare for there to be any delegation of functions associated with the creation of a system for career paths and career planning, or with the classification and assessment of posts.

The establishment of horizontal structures would enhance the management processes, particularly in an area which would generate a bigger pool of operational knowledge, articulated in a way that allows it to inform the formulation of health policies. Vertical structures, which would be an expression of cooperation between various management levels, are especially needed. However, such structures would need to have valid status and operational regulations, and should produce output accessible to the wider public. Under the Internal Regulations of the Ministry of Health, advisory bodies to the Minister may be established. In this context, the Ministry's top management is listed, viz.: Secretary of State, Undersecretaries of State, Main Pharmaceutical Inspector, Head of the Minister's Political Cabinet, Director General, and also the Minister's Council comprising the above-mentioned Ministry staff as permanent members, in addition to the heads of the Ministry's organisational units, the Press Spokesperson and the Minister's advisors. However, the official documents do not specify in detail the role of the Minister's Council (there being no information about its internal regulations, principles of operation, meetings procedure, etc.).

In addition to that, a number of executive agencies function in close "proximity" to the Ministry. Many of these possess operational knowledge in specific areas that is highly relevant to the functioning of the healthcare system overall. However, the official documents do not clarify the organisational configurations in which these agencies cooperate with a view to the Ministry's potential to formulate public policy being boosted. Some of them seem to need a keener sense of direction in respect of the pursuit of desirable results. Parallel to that, there operates an important structure of national consultants, but their functions require a greater degree of transparency and some demonstrable achievements in a specific field. In addition, platforms for dialogue with different stakeholders associated with the health system are needed. These should be sufficiently formalised (membership system, transparent rules of operation, publication of output) and operate on a regular basis. A number of teams and councils involving recognised experts in specific specialisations function in the Ministry<sup>23</sup> pursuant to a Regulation of the Health Minister. Their

---

<sup>23</sup> [www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m11&ms=1&ml=pl&mi=7&mx=6&ma=3](http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m11&ms=1&ml=pl&mi=7&mx=6&ma=3).

contribution to the formulation of health policies is difficult to assess, however. Some of them are known to function in an unsystematic manner.

**The British structures.** The structure of the Polish Health Ministry differs markedly from that of its counterparts in the United Kingdom or France. The British model in particular has a readily observable multi-level ministerial structure. The Permanent Secretary (as top Civil Servant) is directly in charge of the whole institution; and, as a Civil Servant is not subject to political fluctuations. There are two more posts at the Permanent Secretary's level: the NHS Chief Executive (whose function has recently been transferred to an independent position) and the Chief Medical Officer. The latter two posts are also free from politically driven changes and excessive reshuffling. The Permanent Secretary's role is to ensure leadership in the Department and s/he has overall responsibility for the running of the DH.

Sixteen Directors-General and Directors of Units report to the above three staff. Many of these units are not built around sectors or products. Among them, there are: Finance and Operations, Policy & Strategy, Communications, Workforce, Research & Development, Health Improvement and Protection<sup>24</sup>. The duties of the Permanent Secretary include the direct running of Social Care, Care Services, Equality and Human Rights, Communications, Corporate Management and Development Directorates within the Department. He is also Principal Accounting Officer for the Department<sup>25</sup>.

There are also 6 chief professional officers operating within the Department's central management structure<sup>26</sup>. They are leaders in their professions and provide the Department with expert knowledge about health and social care disciplines. They also advise the DH Ministers, other government departments, and the Prime Minister. These are the following posts: Chief Medical Officer, Chief Nursing Officer, Chief Dental Officer, Chief Health Professions Officer, Chief Pharmaceutical Officer, and Chief Scientific Officer.

In addition to the above, there are a number of horizontal management structures, with the Departmental Board playing a pivotal role. The Board provides advice to the Ministers in developing the overall strategy and objectives for the health and social care system, setting the standards

---

<sup>24</sup> Department of Health, *The DH Guide. A guide to what we do and how we do it*, December 2007, p. 51-52; [www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_083463.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_083463.pdf).

<sup>25</sup> [www.dh.gov.uk/en/Aboutus/MinistersandDepartmentLeaders/Departmentdirectors/-Boardmembers/DH\\_4132847](http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/MinistersandDepartmentLeaders/Departmentdirectors/-Boardmembers/DH_4132847).

<sup>26</sup> [www.dh.gov.uk/en/Aboutus/Chiefprofessionalofficers/index.htm](http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/Chiefprofessionalofficers/index.htm).

for the Department, and establishing the framework of governance, assurance and management of risk. “The Departmental Board has overall responsibility for the strategic direction of the Department and sets the overall planning framework. [...] the Departmental Board retains oversight of the Department’s performance”<sup>27</sup>. The Board is also responsible for the approval of important documents: reports and assumptions for the Department’s operation such as the Departmental Business Plan and the annual Departmental Report. The Board provides support to the Permanent Secretary in the discharging of his/her duties as the Principal Accounting Officer, within the framework established by the Secretary of State, who is a Cabinet minister.

The Departmental Board is composed of the Permanent Secretary as the Chair, the NHC Chief Executive; the Chief Medical Officer, three non-executive directors (who typically deal with challenges concerning the Department’s key operational areas and reviews of health policy formulation processes), and two Directors-General (one in charge of Social Care, and the other for Finance and Operations)<sup>28</sup>.

Another important horizontal body is the Corporate Management Board, CMB<sup>29</sup>, which supports management processes (understood as managing the Department’s structures). The Board provides corporate leadership for the Department: it coordinates the work of individual units, provides a platform for horizontal contacts between the staff, and allows for a broader flow of information, documents, etc. It also leads on the Department’s planning and prioritisation and improving the efficiency and effectiveness of the DH as an organisation. The CMB is chaired by the Permanent Secretary, and comprises all DH Directors-General, the NHS Chief Executive, the Chief Medical Officer, and the Chief Nursing Officer, the Chief Information Officer, and the NHS Medical Director. Its regular attendees also include: the Director of Operations, Director of HR, Director of DH Development and Delivery, and Head of Internal Communications. The CMB convenes 6-7 times a year.

A number of the Department’s activities are managed by other horizontal bodies, such as: the NHS Management Board, the Corporate Management and Improvement Committee; the Performance Committee; and the Equality and Human Rights Assurance Group. There also individual programme and project boards.

---

<sup>27</sup> Department of Health, *Business Plan 2009-11*, p. 26.

<sup>28</sup> [www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_083463.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_083463.pdf), s. 57.

<sup>29</sup> [www.dh.gov.uk/en/Aboutus/HowDHworks/BoardsandCommittees/DH\\_088624](http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/HowDHworks/BoardsandCommittees/DH_088624).

In addition, the Department's Senior Team operates at the top-management level. It comprises, inter alia, the Chief Nursing Officer, the Director-General of Workforce, the Director-General of NHS Finance, the Director of Performance and Operations, the Director-General of Communications, the Director-General for the Health Improvement and Protection Directorate and Department's Chief Scientist, the Director-General of Research and Development for the Department of Health and NHS, and the Director-General of Policy & Strategy<sup>30</sup>.

There is also a structure of Committees which perform an advisory function vis-à-vis a number of bodies within the Department; they provide various supports and monitor how priorities are met. There is the Audit Committee (which provides advice on risk management and organisational management to the Departmental Council and top officials in Accountancy). The Committee of the Regions support the DH in the provision of medical and social benefits in the regions. There is also the Corporate Management and Improvement Committee (a sub-committee in the CMB), whose task is to see that the Department is managed in a consistent and effective manner. It focuses on capability, planning, performance and risk management, corporate policy making, and formulation of internal public policies. The Performance Committee monitors actual performance against the Department's strategic goals, the objectives of key programmes and projects, and financial targets.

Some horizontal structures are established following identification of areas that call for special attention within the Department's or the NHS management structures<sup>31</sup>. Executive Groups are set up; they meet and work on a regular basis to develop expertise, drive change and provide the groundwork for decisionmaking. The DH Guide lists five such groups. One of them deals with the performance management system in health-care establishments (NHS), another handles commissioning issues, while the People Matters Group tackles HRM issues (workforce availability, talent, leadership, staff involvement, etc.).

A separate structure is formed of the national clinical directors, sometimes referred to as Tsars. They oversee the implementation of a National Service Framework relating to service or clinical strategies. They

---

<sup>30</sup> Other members of this body include: the Director General of Social Care, Local Government and Care Partnerships; General, Finance and Chief Operating Officer; the Chief Information Officer for Health; the NHS Medical Director (responsible for the Clinical Programmes, Healthcare Quality and Medicines, Pharmacy and Industry Directorates within the Department of Health).

<sup>31</sup> [www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_083463.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_083463.pdf), p. 58.

act as advocates for the adopted strategies relating to clinical service standards within the NHS and other services, and represent the NHS and other services in the Department of Health [with regard to the treatment in specific diseases, e.g. cancer, heart or mental diseases, or standards related to services for specific groups of patients (children, older people)]<sup>32</sup>. They set quality requirements for care based on the best available evidence of what treatments work most effectively for patients. They also support health providers in meeting the quality requirements, and cooperate with teams responsible for programming within the Department and with service providers; visit health practitioners, form taskforces with managers in charge of healthcare establishments, and cooperate with the Royal Colleges to ensure that the issues of service standards are adequately reflected in the education and training of health professionals. They also chair taskforces to develop national service frameworks, which mostly comprise recognised authorities, frequently professors, who head important institutions.

More than 20 expert advisory groups operate within the Department; they bring together recognised specialists in individual disciplines, mostly medical. The advisory groups communicate their activities to the public via websites. There is a Code of Practice for members, and reports from meetings, as well as the expert's studies produced by the groups are published<sup>33</sup>. In addition to that, there function a large number of organisations linked to the Department of Health but operating independently (so-called "arm's length bodies")<sup>34</sup>. These are categorised into several groups; some of them work on the regulatory standards for the health system (e.g. the Council for Healthcare Regulatory Excellence, CHRE; the Postgraduate Medical Education and Training Board), some deal with patient safety (the Health Protection Agency - HPA; and the National Patient Safety Agency - NPSA), personnel recruitment, the promotion of the idea of blood and organ donation and the fostering of innovation in the health system.

As we can see from the above information, the structure of the British Department of Health is extremely complex, being made up of a number of dissimilar institutions. The final programmes and solutions to be implemented are generated within a network of knowledge exchange between different levels in the hierarchy. Similar arrangements are also employed in the French Ministry of Health (Ministère de la Santé et des

---

<sup>32</sup> [www.nhs.uk/NHSEngland/NSF/Pages/Nationalserviceframeworks.aspx](http://www.nhs.uk/NHSEngland/NSF/Pages/Nationalserviceframeworks.aspx).

<sup>33</sup> [www.dh.gov.uk/ab/AGH/index.htm](http://www.dh.gov.uk/ab/AGH/index.htm).

<sup>34</sup> [www.dh.gov.uk/en/Aboutus/OrganisationsthatworkwithDH/Armslengthbodies/Categorisationofarmslengthbodies/index.htm](http://www.dh.gov.uk/en/Aboutus/OrganisationsthatworkwithDH/Armslengthbodies/Categorisationofarmslengthbodies/index.htm).



Sports). In both cases, focus on policy work is highly visible. The role of nearly all the units is to accumulate knowledge on the pool of feasible solutions. This is because the Health Ministries in the two countries are primarily regulatory in nature: they provide leadership and direction to the operation of the entire system, but do not “manually” control health-care establishments. Instead, they set regulations and standards which such establishments should comply with in service provision.

Politicians and civil servants. There exist considerable differences between the Polish and Western models in terms of the relationships between civil service structures and the political ones. In both the French and British systems, a representative of the civil service manages the entire Ministry responsible for the healthcare department in terms of discharge of its statutory functions, and oversees the implementation of public policies. The Ministers appointed by the Prime Minister are not directly responsible for individual units of the organisation (as is the case in Poland). They are accountable for the implementation of health policies - which have been planned at the central government level - insofar as they design their functions, or for regulating the system. They are in charge of the strategy, public policy framework, legislative framework, the defining of targets as regards performance of the Ministry and health services, the setting of priorities related to the distribution of resources based on the adopted strategy and the health policy framework. For instance, one of the Ministers is in charge of systemic reforms, finance and resources, and strategic communications; another for spending review, resource allocation and financial policy, policy and strategy. Yet another Minister is in charge of public health, health improvement national programmes, inequality in access to health services and R&D, while a fourth deals with quality in healthcare, patient safety, clinical management staff and selected medical services (e.g. cancer services, cardiac services, stroke services, diabetes, renal services), professional regulations and employment issues<sup>35</sup>, and maternity services.

In Poland, the positioning of the Director-General, i.e. the top civil service post, in the Ministry, is quite low in the meaning of his/her supervision of the public policies pursued by the Ministry. The Director General is currently directly in charge of three Offices and Internal Audit. However, there are many organisational units which seem closely associated with the operational part of the Ministry, such as: the Department of Supervision, Control and the Complaints, Press and Promotion Bureau. There is also the Minister’s Office operating as a separate unit in the Ministry’s

---

<sup>35</sup> Employment models and contracts, education and careers, pay, nursing policy and Chief Nursing Officer (CNO) people strategy, allied health professionals, workforce capacity.

structure, although it could justifiably be assumed that the entire Ministry works for the Minister. The Minister's Office is a typically secretarial unit. Such a remit allocated to the Director-General should also be viewed in the light of the Act on the Civil Service of 21 November 2008<sup>36</sup>. The Act furnishes this post with general oversight for the units of a given organisation. At the same time, the Act primarily emphasises the scope of responsibility concerning organisational issues (e.g. asset management, compliance with the law, supervision over auxiliary budgetary enterprises), but it sees no role for the Director-General in the process of the Ministry's formulation of public policies, be it mere coordination of attendant processes, changes in policies or their evolution. The substantive tasks only include preparation of a HRM programme for the Ministry (which in turn overlaps with the function of the Head of the Civil Service whose task it is to formulate relevant policies for the civil service across the government administration).

On the other hand, the senior officials in the United Kingdom and France are responsible for the implementation of public policies, that is the substantive sphere. In the UK, the Department's Permanent Secretary (who is the most senior official) oversees one of the organisation's critical units, Policy & Strategy. In France, the Ministry's Director-General (Directeur General de la Sante) directly runs the unit responsible for policy and strategy. Characteristically, the official ministerial structures (organigramme) relate solely to the system of interdependences between the most senior officials (heads of departments), and heads of individual units, while the functions of ministers (Ministers and Deputy Ministers) are not discussed.

In the United Kingdom, the making of strategic decisions rests with "the Minister" (formally known as the Secretary of State), who is a Cabinet member. However, the Department of Health as such is managed by a number of interlocking internal bureau structures. The role of civil servants is to provide support to Ministers, but the "civil service" management is autonomous to a degree. The management emphasise that they operate on the basis of the programming of public policy by Ministers, being at the same time accountable before Parliament and answerable to the wider public as far as the use of public resources is concerned. For this reason, the process of being held to account to Ministers, the Parliament and society is kept up. This is done *inter alia* by the publication of various reports on their activities, which take the form of reviews. All possible data

---

<sup>36</sup> Departament Służby Cywilnej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, *Przegląd Służby Cywilnej* ["A Review of the Civil Service"], No. 1, July-August 2009, p. 8; [www.dsc.kprm.gov.pl/userfiles/PSC\\_1\\_poprawiony.pdf](http://www.dsc.kprm.gov.pl/userfiles/PSC_1_poprawiony.pdf).

are included here, from financial information through to characterisations of health programmes being pursued<sup>37</sup>.

### **3. The structure of the Ministry of Health's organisational units**

The structure of the Ministry of Health indicates that the approach adopted in healthcare system organisation as a whole is of interventional, rather than a regulatory or analytical, nature. The organisational pattern of the departments shows that (due to system dysfunctions), the Ministry wants to, or feels it has to, interfere directly in certain healthcare system areas. Indeed, there are arguments to say that the system does not have well-developed mechanisms of self-regulation (e.g. due to a lack of sufficient expenditure on medical services or a lack of adequate qualifications at certain levels of the system functioning).

The individual units within the Ministry are organised in such a way as to make it possible for the Ministry to interfere in the existing mechanism of system functioning. The units are organised by the following general criteria: professional groups (Department of Nurses and Midwives, social groups (Department of Mother and Child), types of disease (Department of Public Health), lines of business (Department of Science and Higher Education, Department of Drug Policy and Pharmaceuticals, Department of European Funds) or finance (Department of Budget, Finance and Investments). System dysfunctions appear precisely within the above mentioned areas.

The organisational pattern based on types of business may make the Ministry's organisational units difficult to manage. Rather than on the efficiency of the system itself, such an approach focuses on selected elements that are not necessarily decisive for the system as a whole. There is a risk that separate organisational solutions developed for individual social groups or lines of business are in fact launched under pressure from a particular environment. This encourages other groups to undertake lobbying actions. A business- and product-structured organisational pattern "locates" a problem within a particular organisational unit, such an approach triggering competition between various professions or lines of business. The location of a problem within a particular structure is simply seen as a symbolic recognition of a problem, synonymous with allocation of funds.

---

<sup>37</sup> Department of Health, *Business Plan 2009-11*, s. 19; [www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_100333.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_100333.pdf).

The present structure makes it possible for the management to easily determine the “source of the problem”, particularly if there is a crisis in the system (e.g. due to staff protests or a slump in the supply of certain medical services). It is easy to track down the organisational unit concerned, assess its resources and take up intervening actions. It is a significant advantage indeed, yet a healthcare system should rather be a self-regulating organism, such self-regulation being based on its own system-specific logic. The activities of the Ministry should be of a regulatory nature, developing standards for particular elements of the system. Then the role of the Ministry will become that of an analytical centre, generating knowledge, including on how the system operates as a whole, and on any further organisational challenges, e.g. in the area of standards.

A good illustration of the line of business approach is the Department of International Cooperation. At first glance, there is nothing wrong with this organisational unit having been brought into being. However, in an EU Member State most government administration positions require direct relations with EU institutions. These relations should be linear, which means that if an officer needs to contact an institution in another Member State, he or she handles such contact him/herself. Mediation in international relations inhibits responses to the phenomena occurring in areas of European policy. Most of the Ministry's international contacts are of a working nature, rather than involving traditional international relations in which diplomatic protocol must be followed. Similar objections can be formulated with regard to the Department of European Funds. The way it functions means that some of the financial resources and viable initiatives become autonomised. In fact, European funds are tools by which to carry out substantive projects whose purpose is to develop particular healthcare policies. The Funds should be handled by a programme-specific organisational unit or group thereof, while the financial settlement part could be located in the organisational unit responsible for the budget.

### **The tasks of the Ministry of Health’s organisational units.**

To some extent it can be illuminating to analyse the organisational units from the point of view of the conventional classification of their tasks. These fall into two categories:

- ◆ passive tasks related to task administration (maintenance of system stability without introducing new elements);
- ◆ active tasks (creating new solutions with regard to healthcare system operation, programme proposals).

The dividing line is a rather conventional one. The first group is a response to direct orders, and instructions, to the requirement of supervision of the assigned institutions or to any current problems (e.g. the risk of crisis due to staff protests or a slump in the supply of certain medical services). Examples of such tasks also include activities to compile the justifications for submitted government documents, prepare draft replies to parliamentary questions, requests from the Ombudsman or from other authorities, and to implement post-inspection recommendations, coordination tasks, etc.

Active tasks, on the other hand, are those which are undertaken on one's own initiative, the purpose being to develop new solutions or healthcare policies. The means to achieve these involve analytical or conceptual work within a person's area of competence. Active tasks are manifested in activities such as database development, the creating of substantive resources to launch visions, plans or ideas, the designing of bases for a model of healthcare policy development and implementation, etc. Also included are activities connected with the initiation and drawing up of intended normative acts, the drawing up and issuing of opinions on contracts, the gathering of information and the compilation of analyses.

The analysis of the Regulations with respect to the tasks assigned to organisational units<sup>38</sup> indicates that the number of passive tasks is significantly greater (their purpose being to maintain the stability of the system, which is understood as no open conflicts such as staff protests, no situations in which healthcare institutions are unable to provide major services, etc.). It is only item 17 in Article 10 of the Regulations that might somehow relate to an analytical aspect: "gathering information and compiling evaluations, analyses, opinions and other documents".

Although many of the organisational units place "the initiation, drawing up and issuing of opinions and the seeking of agreement on intended normative acts, other legal acts and documents" as their priority organisational tasks, this is in disproportion with the analytical and conceptual tasks of the organisational units.

Most organisational units usually have an executive, supervisory profile. This is connected with the administration of current issues and the resources at the disposal of the Ministry and its agencies. This view is borne out by survey findings. Most respondents were unequivocal in this

---

<sup>38</sup> Appendix to the Regulation of the Minister of Health of 27 April 2006, *Official Journal of the Minister of Health*, No. 6 item 25, as amended (§10, para 2 Organisational Regulations of the Ministry of Health).

respect. As one of them put it: "From where I stand, there is no question of creating policies, but only of achieving tasks set".

The agenda for activities to be pursued by personnel is determined through administration of current issues. The activities result from current needs regarding coordination, and the necessity to struggle with any disturbances that occasionally arise in the system, etc. As a result, management staff have serious problems with dividing their work horizons into current, mid term, long term or strategic issues. Almost all their activity is limited to the first dimension. They recognise this problem, although they operate within certain working patterns of the entire institution. In addition, such a working pattern is also a derivative of the phenomena discussed above which result i.a. from the enormous scale of staff turnover, including even in managerial positions. This applies also to problems with hiring adequate personnel.

In this context, it seems reasonable to refer to the example of the UK Department of Health, where top managers of organisational units<sup>39</sup> play typical administrative roles (formal bonds, formal scopes of tasks and responsibilities), but in addition they also play the role of healthcare policy advisers. This means that they are responsible for the substance of public-policy planning. Their work is deeply rooted in an organisational culture wherein action is based on research and analysis of the issues which play a decisive role in the decisionmaking process. The action planning model developed in the UK is an evidence-based policy.

In Poland, on the other hand, we have a model based on administration of existing resources and structures. There is little analytical work within departments, which could serve as a basis for new policies and programmes. They lack many fundamental analytical tools which would enable them to analyse various aspects of healthcare system functioning. This applies mainly to the already-mentioned evaluation and research tools, which would after all facilitate the development of operational knowledge for the decisionmaking process. In the assessment of the National Institute of Public Health/National Institute of Hygiene: "the information systems are very much inadequate when it comes to the proper monitoring and more insightful analysis of the state of health of the population as a whole, and the threats this faces"<sup>40</sup>.

---

<sup>39</sup> Department of Health, *The DH Guide. A guide to what we do and how we do it*, op. cit., pp. 47-51.

<sup>40</sup> *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, (ed. B. Wojtyniak, P. Goryński), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008.

The Department of Healthcare Policy carries out the tasks which, for the most part, have been classified here as “active tasks”. The first on the list is: “1) planning, contracting, monitoring and accounting for the substantive aspect of healthcare policy programmes”. Its other tasks refer to planning, organisation and supervision of various activities, such as highly specialised procedures, medical rescue, transplantology, blood donation, haemotherapy or neoplastic diseases. The share of “active” tasks on the task list of the Department of Healthcare Policy is so high that, out of nine items listed in the Ministry of Health Organisational Regulations, as many as six can be classified as “active”.

At the same time, this department ranks sixth on the list of the biggest organisational units of the Ministry of Health with respect to the number of jobs (31). This number may seem high, but it is less so when the number of jobs in the department which is the key unit from the point of view of the accomplishment of the Ministry's main tasks is compared with the number of jobs at the Administration and Maintenance Office [*Biuro Administracyjno-Gospodarcze*] (82,25). In addition, the Department is burdened with a considerable workload arising out of the administration of a number of important medical programmes. This is affected by the significant staff rotation. It also lacks optimum analytical and evaluation tools (this, in fact, holds true for the entire Ministry, as well as a large part of public administration in general). It has no resources to design healthcare programmes (these being developed by outsourced contractors). It is only recently that the programming of new projects has been standardised (Regulation of the Minister of Health of 4 March 2009<sup>41</sup>). The regulations, however, focus mainly on organisational aspects. They do not account for the methodology of programme development, or for requirements as regards the evaluation of effects achieved.

The entire structure of the Ministry and its agencies is affected by a lack of policy workers or policy officers. These are persons who design such research activities that would make it possible to identify problems within the healthcare system, analyse them, develop evaluation indices, catalogue the available knowledge which may be then applied at a given level of the decisionmaking process, etc.

Respondents usually say that they have no regulations concerning knowledge management and collaboration with experts. They have no lists of analytical institutions they can turn to if so required. Normally, they do not order any research on the putting into effect of particular

---

<sup>41</sup> [www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m491&ms=&ml=pl&mi=96&mx=0&mt=&my=-9&ma=012499](http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m491&ms=&ml=pl&mi=96&mx=0&mt=&my=-9&ma=012499) (z 22.09.2009).

healthcare policies, something which could provide empirical data on how medical services are assessed by their recipients or point to various factors affecting people's health. The respondents point out that they derive their knowledge on, for example, the problems in the realisation of healthcare services from their relations with patient organisations, medical profession organisations, etc.

Among the tasks assigned to the Department of Healthcare Organisation (DHO) there is a typical "active" task: "2) development of organisational solutions defining the functioning of healthcare institutions, in particular the principles of healthcare institutions management". The wording of this task itself indicates its creative nature and prospective orientation. However, even this department is not found to be free of the problems described above. It seems that research tasks should be taken up with a view to empirical knowledge on the functioning of healthcare institutions being gained, this helping with standard-setting and the development of an evidence-based decisionmaking processes (or evidence-based policy).

On the other hand, the Department of Public Health (DPH) has an unusually "passive" character compared to its counterpart organisational units in other countries. Among the phrases defining its tasks, the prevailing ones are: "handling matters" and "supervision" in the areas defined in Organisational Regulations of the Ministry of Health. Although the term "handling matters" can refer to a wide spectrum of activities, including planning, it is significant that - contrary to the definitions of other departmental tasks - the terms "planning" or "analysis" are not found in the description of the DPH's tasks. Therefore, it is tempting to classify these tasks as "passive". Consequently, it seems reasonable to consider the extension of the DPH's task list to take in active tasks relating to analytical and conceptual work in: mental health policy, anti-addiction therapies, health prophylaxis, disabled persons and other areas defined in the Organisational Regulations of the Ministry of Health.

Matters related to nurses and midwives are excluded from the area of interest of the Department of Social Dialogue (DSD). Although such a solution is formally justified as there is a separate Department of Nurses and Midwives, it does not seem reasonable from the point of view of organisational pragmatics. The very essence of the DSD's existence are the activities covering a wide range of matters and actors. Therefore, excluding such an important area from the competence of the DSD seems controversial. This is significant, considering the organisational doubts over having a separate department for nurses and midwives (to be discussed below).



The Department of Nurses and Midwives covers a large number of tasks which are carried out by other departments, mainly the Department of Social Dialogue, Department of Science and Higher Education and Department of Healthcare Organisation. Most of the tasks, however, concern the administration of projects addressed to this particular professional group, e.g. the coordination of matters related to the Central Register of Nurses and Midwives and administrative and technical support to the National Council for the Accreditation of Medical Education. The Department is involved in the implementation of the system project called “Vocational Training for Nurses and Midwives Through Bridge Studies”, co-financed by the European Social Fund under the “Human Capital 2007-2013” OP, Priority II, Measure 2.3, Submeasure 2.3.2.

It can be demonstrated that the above mentioned tasks could be assigned to other departments at no harm to competence. This, in turn, would justify a thesis that, with its present legal status, the Department of Nurses and Midwives has no constitutive tasks, i.e. ones that, due to their profession specificity, could not be carried out by other departments. Consequently, one may say that there are no sufficient substantive reasons for having the Department of Nurses and Midwives at all. In fact, the existence of the DNM as a separate unit probably implies additional transaction costs, and hinders harmonisation of activities among other departments, like the Department of Social Dialogue, Department of Science and Higher Education, Department of International Cooperation and Department of Healthcare Organisation.

Though its assigned tasks can be classified as active, the Department on Science and Higher Education (DSHE) has similar problems with analytical potential. The Regulations refer to “setting directions for scientific research in medicine”. Yet, with respect to R&D units the only reference is to “handling matters” and not to enhancing their potential or creating conditions to achieve synergy with the main healthcare policies. The same applies to “handling matters related to higher medical education”. This phrasing suggests that the Department is not responsible for setting directions for educational institutions. In addition, the Department is responsible for a number administrative tasks such as awards to academic teachers.

**The Human Resources Management structure.** Human resources management is the responsibility of the Personnel Office. The way this unit is defined, it can be seen as a traditional personnel unit (or even a personnel department) rather than a human resources department which shapes human resources policy using modern tools to develop qualifications of staff. Of the 14 tasks assigned to the Office, only one refers to

developing human resources potential: “9) handling matters related to development of professional qualifications of ministerial staff, through the planning and organisation of training whose purpose shall be the professional development of Civil Service Corps members”.

Additionally, the professional development actions suggested in this task present a very traditional approach. Significantly, the tasks assigned to the Staff Office do not include the shaping of people’s career paths, development of professional qualifications standards, staff satisfaction surveys (if not part of the periodic staff evaluation), mentoring or other modern methods of human resources management.

The narrow scope of duties of the Personnel Office can to some extent be explained by the fact that certain human resources management tasks are carried out at the central level of the Civil Service. The Head of the Civil Service, as the person responsible for the civil service as a whole, is competent when it comes to the HRM process in the Civil Service, these tasks being carried out through by Directors-General at the ministries and other central authorities. Under the Act on the Civil Service, centralised training is planned, organised and supervised [...]. These are not large scale undertakings, however. In 2009 the training budget was PLN 440,000 and the training concerned the new Act on the Civil Service<sup>42</sup>.

However, the surveys show that the ministries themselves decide about “the selection of training topics, service providers, training evaluation systems and professional development tools for their staff”<sup>43</sup>. There is no uniform training policy to cover the whole public service. On the other hand, various projects are being carried out to achieve the development and implementation of such a strategy, mainly within the framework of undertakings financed under the Human Capital OP<sup>44</sup>.

Moreover, in structural terms, the personnel unit does not have a high rank. It is not a department, although it gains in rank because it reports directly to the Director-General. The functions performed currently do not in fact justify a higher rank. Nevertheless, these remains a challenge to be met, though this would have to entail higher-rank activities, therefore reference to a number of modern tools used in HRM. The unit would have to have tools for programming competence development, working out methods by which to relate staff development to the goals of the Ministry, as well as to estimate the effect of training on work performance at the

---

<sup>42</sup> *Civil Service Central Training Plan for 2009*, Warsaw, 28 May 2009; [www.dsc.kprm.gov.pl/userfiles/PSC\\_2009\\_zatwierdzony\\_28052009.pdf](http://www.dsc.kprm.gov.pl/userfiles/PSC_2009_zatwierdzony_28052009.pdf).

<sup>43</sup> The Chancellery of the Prime Minister, *Public Service Training Strategy for 2008-2010*, 2008, p. 8.

<sup>44</sup> See.: [www.dsc.kprm.gov.pl/strona.php?id=45&rid2=23](http://www.dsc.kprm.gov.pl/strona.php?id=45&rid2=23).

Ministry of Health, to develop motivation systems, to improve periodic performance evaluation procedures, to relate training to performance and performance evaluation, and to design individual career paths. Training programming should be based on defining key competences necessary for the Ministry to meet its goals. It should account for periodic staff evaluation findings, as well as result from the career path<sup>45</sup>. There should also be criteria for defining degrees of qualification achievement by individual staff members.

The key objective should be the development of the staff's analytical potential, which will allow for professional collaboration on the development of healthcare policies and their evaluation. A serious challenge is to create competence development strategies that would be comprehensive and clear to the staff, laying down those competences that are considered strategic, and ascribing qualifications and expertise to particular positions. The model of the personnel unit itself is in need of clearer definition, as reference to the British example makes clear. In the UK, a model for the activity of units dealing with personnel when it comes to the planning of labour resources has arisen. The British Sector Skills Council for the health system Skills for Health has formulated a set of 9 competences for those involved in the planning of labour resources as regards healthcare<sup>46</sup>.

- 1) the identification and evaluation of the factors influencing labour resources,
- 2) the identification of the objective and scope of the plan for labour resources,
- 3) participation in the preparation of needs-based labour-resource planning,
- 4) assessment of the demand for labour resources,
- 5) assessment of the supply of labour resources,
- 6) participation in the assessment of demand for labour resources and their supply,
- 7) development of the labour-resource plan,
- 8) introduction and review of the labour-resource plan,
- 9) participation in the development and implementation of the labour resource plan.

---

<sup>45</sup> See: Training Strategy in Public Service for 2008–2010. Chancellery of the Prime Minister, Warsaw 2008.

<sup>46</sup> [www.skillsforhealth.org.uk/competences/completed-competences-show-hide.aspx](http://www.skillsforhealth.org.uk/competences/completed-competences-show-hide.aspx).

The human resources management policy of the Personnel Office should include executive agencies and other institutions subordinated to the Ministry of Health. Today, another unit within the Ministry of Health (the Department of Supervision, Control and Complaints) is assigned the following task: “6) handling personnel matters for the managerial staff of the organisational units subordinate to or supervised by the Minister, to the extent that is stipulated in the relevant laws, except where matters are handled by the Department of Science and Higher Education”.

In France and the UK there are also solutions whereby personnel policy is pursued concurrently – at the ministry with responsibility for health and at government level. All strategic recommendations are defined at the higher level rather. In France, an important role here is that of the General Directorate for Administration and Public Functions<sup>47</sup> (Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique, DGAFP). It is a support to all the ministries in this respect, providing them with adequate tools for human resources management, developing a lifelong learning system, methods of recruitment and modulation of the number of jobs. It publishes manuals of good practice and organises training.

It should be noted at this point that the units handling HR policies rank high in the hierarchy and their role is a significant one. In the United Kingdom, the human resources director enjoys the high status of Director-General and reports to one of the top officials (the NHS Chief Executive). He or she is also a member of the Corporate Management Board. In France, too, the unit responsible for human resources is positioned high within the structure of the Ministry and its status is growing steadily. It is characteristic that the Ministry of Health shares the Human Resources Directorate with the Ministry of Labour. It has three main vertical structures:

- ♦ the Sub-Directorate for Personnel Management (Sous-direction de la gestion du personnel, DRH1), comprising the units responsible for employees and contracted staff, regional personnel, payrolls, pensions and occupational accidents;
- ♦ the Sub-Directorate for Personnel Rights and Social Relations (Sous-direction du droit du personnel et des relations sociales, DRH2), comprising the units responsible for, among other things, the division of labour, social dialogue, social benefits and labour conditions;

---

<sup>47</sup> According to Daničle Champion, Director of the Professions and Competence Division at the newly formed Directorate of Human Resources.

- ♦ the Sub-Directorate for Employment and Competence (Sous-direction des emplois et des compétences, DRH3), comprising the units responsible for temporary staff, future trend management in the area of jobs, competence management, recruitment, lifelong learning and career support.

The main goal of the new HR Directorate is to prepare a register of professions at the central and regional levels of administration. The purpose here is to better assess the demand for given positions, which in turn will enhance employee mobility and improve education and recruitment processes, as well as retirement planning. The French want to have a system that would allow them to plan the volume of available jobs at least a few years ahead. They are also working on the better construction of career paths so that administration staff have specific career prospects, in line with the principle of Prime Fonctions et Résultats (Primary Functions and Results).

The solutions adopted in Poland for the institutional establishment of a unit responsible for human resources are lagging behind, even when compared with the Hungarian solutions, wherein matters of human resources at the Ministry are dealt with by a special Human Resources Department, reporting directly to the Head of the Minister's Office.

**Analytical functions.** A serious shortfall of the Ministry's organisational structure is the absence of departments, bureaus or offices whose basic remit would be to conduct analytical work relating to the four basic functions of the health system defined by the WHO, i.e. stewardship, resource creation (investment in training), service provisioning, and financing of the system<sup>48</sup>.

By analytical units, we understand units which compile data, as well as analyse and propose solutions regarding the above four functions. As mentioned above, the Ministry of Health does not have a separate analytical unit. Instead, it has some subordinated bodies which carry out fragmentary analyses. It seems that some of the functions allotted to these bodies should be incorporated into the structures of the Ministry itself. For instance, there is the Centre for the Health Care Information Systems (*Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia*), or the National Institute of Public Health - National Institute of Hygiene. However, their operations are strongly profiled and they do not conduct in-depth studies concerning health policy factors. The former institution focuses on the issue of developing an information society with regard to health organisation

---

<sup>48</sup> WHO, *Health system functions*. Accessed on 18 August 2009 at: [www.who.int/health-systems-performance/hsfunctions.htm](http://www.who.int/health-systems-performance/hsfunctions.htm).

and health care; it supports the Ministry of Health in the implementation of EU projects, but also carries out its own research, e.g. on the availability of medical services, or else conducts selected comparative studies with other countries. However, a large part of its research is fragmentary in nature and cannot be easily associated with the healthcare policy pursued. The National Institute of Hygiene has a well-developed research and academic profile regarding the monitoring of various risk factors in foods, water or air, or else infections or contagious diseases. At the same time, it has published a report on the health condition of Polish society<sup>49</sup>, the authors claiming that the information systems existing in Poland “are definitely insufficient for a proper monitoring and an in-depth assessment of the health condition of the entire population and risks thereto”, due to a deficit of comprehensive information about healthcare shortfalls. The authors of the report point out that there exists a pressing need to improve the information system in public health, so as to adapt it to new needs in the health policy. The system should be augmented by modules generating information from the basic and specialised healthcare levels<sup>50</sup>.

Other countries’ health ministries have special units pursuing tasks of this kind. In Hungary, the unit of this profile comes under the Minister’s Office, in the Czech Republic it is in the Health Protection and Promotion Section, and in the UK it is under the supervision of the highest-ranking civil servant at the Department of Health, i.e. the Permanent Secretary, who has a Directorate for Policies and Strategy, as well as a Strategy Group<sup>51</sup>. On top of that, there is the NHS Institute for Innovation and Improvement, which is engaged in analysis and research. In France too, the analytical units have a strong position. There is a separate Directorate for research, analyses, evaluation and statistics that comprises three pillars responsible for different areas. One is concerned with health matters only. Moreover, there is a separate unit to devise policy and strategies that falls within the Health DG, and there is a unit dealing with strategic analysis there. The latter seeks to identify future trends in public health and

---

<sup>49</sup> *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, (ed. B. Wojtyniak, P. Goryński), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Warsaw, 2008.

<sup>50</sup> *Ibidem*, p. 5.

<sup>51</sup> Warto w tym miejscu nadmienić, że strategia brytyjskiego ministerstwa zdrowia nie jest tworzona (budowana) tylko na najwyższych szczeblach struktury organizacyjnej przez wąskie kierownictwo resortu, lecz poprzez angażowanie osób z niższych szczebli organizacyjnych (Strategy Group liczy około 20 osób) budowa strategii ma bardziej partycypacyjny charakter. Department of Health, *Departmental Report 2009*, str. 23-25. Pozyskano 28 sierpnia 2009 z: [www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_100667](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_100667).

hygiene, and offers support for the Ministry's potential as regards expertise, as well as supplying coordination in respect of its research needs.

However, a problem of a more general nature observable in Poland is one connected with the preparation of strategic documents, whether on a national scale or for specific sectors. This is indicated in a major document entitled *The National Strategic Reference Framework 2007-2013*, or the document highlighting the challenges associated with the implementation of the Human Capital Operational Programme, in which we read that "...a crucial challenge facing public administration is strengthening the potential to develop long-term strategies"<sup>52</sup>.

The lack of adequate structures for carrying out analytical work - whether vertically or horizontally - may be due to the fact that the Ministry has insufficient output when it comes to the operation of the healthcare system (e.g. there are no studies on management staff in healthcare establishments; a lack of knowledge on local government potential relating to the formulation of health policies; no diagnosis of problems experienced by patients, and no knowledge of medical services standards or social conditioning of diseases). Similarly, there are no methodologies developed for the investigation of problems afflicting the healthcare system.

Instantly visible is the shortage of analyses concerning long-term problems which emerge and will continue to do so in the healthcare system, owing to civilisational processes or demographic developments; these require now and will in the future demand continuing change in the profile of the health system and the services it offers.

One of the reasons for a poor analytical potential of the central institutions responsible for healthcare may be the deeply-rooted conviction that the sole problem in the healthcare service is the lack of sufficient financial outlays. As a result, at the Ministry's website one can find very few analyses, e.g. The Green Paper on the finances in the healthcare system (*Zielona księga dotycząca finansów systemu zdrowia*) or the National Medical Services Plan for 2004 (*Krajowy Plan Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych na rok 2004*) or the Report entitled "The Health of Women of Child-bearing Age, 15-49"; information on the migration of physicians, midwives and nurses after Poland's EU accession (from 2006), or a (quite outdated) Communiqué for Parliament on the healthcare situation (2006). There is a set of analyses in certain institutions subordinated to the Ministry of Health. The Centre for the Health Care Information Systems has been

---

<sup>52</sup> Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, *Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007-2013*, Warsaw, 7 September 2007 r., p. 75, p. 71.

compiling interesting data, but a considerable part has not been processed enough to inform the designing of specific activities in the healthcare system. In addition, it is not easy to define the mechanism linking the accumulated knowledge with decisionmaking processes.

The Ministry is also in possession of the National Health Programme for 2007-2015 (which was prepared in connection with the utilisation of EU funds). The Programme lists 8 strategic goals for implementation, many of these being transversal in character and calling for cooperation with other offices or Ministries. A Coordination Team<sup>53</sup> was put in place for the implementation of these goals, but it has been failing to keep to its schedule of meetings. No mechanisms have been developed to translate long-term goals into day-to-day activities and practices of the administration. In this context, it should also be noted that nearly the entire administration has serious problems with building activity around strategic goals, i.e. how to link these to the current operational agenda. A particularly acute problem in the Programme relates to evaluation indicators (viewed as the criteria allowing for future assessment of the degree to which identified goals have been met). Many of these were formulated in a way that makes it impossible to perform a genuine evaluation exercise).

Although there is a Health Policy Department within the Ministry's structures specifically targeted at the planning of health policy programmes, it does not (as was noted above) perform any actual analytical function. It does not commission any surveys or studies of problems occurring in the healthcare system, and thereby does not generate any operational knowledge based on the research data. Likewise, it has no instruments for analysis or evaluation; it mostly exercises supervision over establishments which carry out tasks in transplantology or blood donation, also dealing with highly specialised services, but having no direct involvement with the National Health Programme for 2007-2015, which could be regarded as the Ministry's key policy document. The Department is now running 14 programmes, of which several are of critical importance. Altogether, nearly PLN 650 million were expended in 2008. These programmes are mostly medical in nature and aim to enhance the potential to cope with selected diseases and illnesses, e.g. a programme to combat cancer, a screening programme for infants, increased safety of blood provision, and

---

<sup>53</sup> Zarządzenie nr 34 Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 marca 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia; [ORDINANCE NO. 34 OF THE CHAIR OF THE COUNCIL OF MINISTERS of 27 March 2008 amending the Ordinance on the establishment of an Interdepartmental Coordination Team for the National Programme of Health]; [http://bip.kprm.gov.pl/rm/organy/dzialajace/przy/prm/24\\_853.html](http://bip.kprm.gov.pl/rm/organy/dzialajace/przy/prm/24_853.html).



a prophylaxis programme to prevent cardiovascular diseases (e.g. by purchases of equipment). Some of these programmes provide support to healthcare establishments, or else aim to increase accessibility to certain preparations; as well as engaging in purchases of equipment and the introduction of certain registers. These programmes can be regarded as examples of the Ministry's emergency remedial activities.

Another problem is the lack of a unit within the Ministry of Health's organisational structure whose key task would be to evaluate the programmes the Ministry itself runs (health promotion programmes or action programmes relating to individual groups of diseases). However, the problem is more acute, because the Ministry has no demonstrable output in this regard on the basis of which a system of evaluation indicators could be created (as mentioned above, this is a problem observable across nearly the whole public administration). Although the structure has an independent Internal Auditor post, his remit is mainly related to examination of the Ministry's financial documents and scrutinising the Ministry's activities, notably in the administrative and organisational sphere. The civil official at this post investigates areas of risk related to the spending of public funding, but has no tools to monitor or evaluate the effectiveness of such expenditure to see whether specific activities of the Ministry have produced the value desired. Another problem in this regard is that the programmes implemented at the Ministry of Health are not satisfactorily furnished with evaluation guidelines or principles. Certain evaluation indicators are laid down in the National Health Programme for 2007-2015, but they are not always formulated for areas in which evaluation can actually be performed. In practice, only a few of the evaluation indicators listed in the document are being monitored.

In France, evaluation of projects delivered by the Ministry of Health rests with an external institution, this guaranteeing complete independence of the evaluation process. The institution prepares dozens of evaluation reports<sup>54</sup>.

An insufficient scope of analytical work attempted in Poland may also reflect the way that key legislation does not emphasise this sphere's importance. For instance, the Act on divisions in the governmental administration provides a description of the division of 'Health' (Article 33), which does not even list such an issue as the performing of analyses of the healthcare system. Instead, the division names such issues as: (1) health protection and principles of healthcare organisation; (2) super-

<sup>54</sup> l'Inspection générale des affaires sociales; [www.travail-solidarite.gouv.fr/web/inspection-control-evaluation-igas/presentation-igas/qu-est-ce-que-inspection-generale-affaires-sociales.html](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/web/inspection-control-evaluation-igas/presentation-igas/qu-est-ce-que-inspection-generale-affaires-sociales.html).

vision over medicinal products and cosmetics; (3) supervision over selected systems and medical professions; plus sanitary conditions and sanitary inspection; (4) food safety and spa medical treatments.

The above characteristics of the 'Health' division seems to unduly simplify the scope and meaning of the term 'healthcare policy'. The overall impression is that both the Minister and the Ministry that he/she runs are not capable of being held accountable for the results of health policy, i.e. for the quality of medical services, but only for a certain sequence of actions, some of which are loosely connected with the services themselves. The tasks for the 'Health' division are formulated in such a way that analytical studies of the health system do not seem an obvious choice in raising the quality of the health policy. These tasks in fact boil down to mere administration, e.g. "organisation of medical care", or "spa medical treatment" or "medical professions". There is a tangible lack of dynamism in identifying the ultimate products of the health system which citizens expect to receive (good quality medical services or preventive measures).

Health policy issues have been defined within a much broader framework in both France and the UK. In France, among 10 items outlining the scope of health policy we have: "supervision and monitoring of the condition of society as regards health and its determinants"; as well as "fighting epidemics"; "the prevention of diseases, illnesses, injuries and disabilities"; "improving the health condition of society and the quality of life of ill and handicapped persons and their dependents"; "health information and education, and the organisation of public debates on health"; "identification and reduction of potential health risks related to environmental/community factors and conditions of work, transport, diet..."; "reducing inequalities in access to healthcare by promotion of health, development of access to healthcare, diagnostics..."; "quality and safety of health care and health products"; "organisation of the health system and its potential for satisfying needs..." and "the demography of the medical professions"<sup>55</sup>.

The French characterisation of health policy is thus much broader, and allows the Ministry to adopt a much more wide-ranging approach to health issues. It also very much entails an analytical involvement, since surveys of social health factors are necessary in the pursuing of a mature health policy.

It is worth stressing that, in the UK for example, units of a typically analytical profile enjoy an elevated position in the hierarchy. There is in fact a huge structure, both vertical and horizontal, in this respect. The

---

<sup>55</sup> Rapport annuel 2007, Direction générale de la santé, 2007, p. 44.

head of the vertical Policy & Strategy structure has the high rank of Director-General. In addition, there is a Policy Committee responsible for the development and implementation of best practices when it comes to policymaking across the entire Department of Health (in structural terms this is a sub-Committee of the Corporate Management Board, CMB). This promotes programme development in particular, employing an evidence-based approach. It advises the Council as regards programming priorities and matters of the adjustment of programmes in line with Ministerial strategy. The Committee has a meeting every 6 weeks, convening under the chairmanship of the Director-General for Policy & Strategy. There are two further Director-Generals sitting on the Committee (responsible for Research and Development, as well as Finance - in the shape of the Chief Operating Officer). Other members are middle-ranking directors of different units dealing with both medical aspects of healthcare system activity, and those of a social and managerial nature, along with prevention, R&D policy, policy as regards pharmaceuticals and clinical programmes<sup>56</sup>.

The UK Department of Health has a specific and substantive programme of research known as the Policy Research Programme<sup>57</sup>, which seeks to commission specific expert opinions and reports in regard to the Department's scope of activity, i.e. as regards public health, the policies of the NHS and welfare/care in the community for adults. The assumption here is that programme priorities must accord with overall objectives of the Department. The Programme also serves in the development of consultations with the respective programming units in other ministries, as well as organisations whose subject profile corresponds with that of the DoH. The Programme supports the Ministry as it formulates and evaluates health policy, by means of expert opinions that provide evidence and data as to whether policy development and implementation are on time, and contain assessments of their potential influence and cost-effectiveness. The expert opinions are to be in the nature of evaluations of existing policy, as well as experimental pilot projects conducted in advance of full implementation. The Programme also has as one of its aims the commissioning of

---

<sup>56</sup> **Policy Committee members:** Director General, Policy & Strategy (Chair); Director, Health and Wellbeing; Director, Partnership, Experience and Involvement; Director General, Research and Development; Director, Policy Support Unit; Director General for Finance and Chief Operating Officer; Director, Workforce Capacity, Analysis and HR; Director, Chief Nursing Officer Directorate; Director, Strategy Unit; Director, Medicines, Pharmacy and Industry; Director, International Health; Director, Clinical Programmes; Director, DH Single equality Scheme; Director, Legal Services; Chief Analyst; Director, Financial Planning and Allocations; Director, System Management and New Enterprise; Director, Equality and Human Rights; Director, NHS Operations; Director, Health Protection.

<sup>57</sup> [www.dh.gov.uk/en/Researchanddevelopment/Policyresearchprogramme/DH\\_4001718](http://www.dh.gov.uk/en/Researchanddevelopment/Policyresearchprogramme/DH_4001718).

research work in respect of long-term policies. At any given time, the Programme is funding some 300 research projects. At the present time these inter alia concern equality or inequality in access to health provisioning, services (quality of care) extended to mothers and children, health promotion (e.g. as regards infections acquired in hospital), the reform of the healthcare system, mental health (and the development of effective interventions therein), ICT (e.g. telemedical care, self-care and cooperation between organisations) and the spheres of given diseases (e.g. screening studies).

It is worth noting how the UK has a special horizontal structure/network formed by the managers responsible for the co-shaping and monitoring of public policy in all Departments and Ministries<sup>58</sup>. This is led by an official operating at the central level in the Civil Service. The cooperation is with the National School of Government in its civil service training role. The initiatives being implemented seek to raise effectiveness as regards the results of work done. Needs as regards training for employees involved in public policy are determined, along with the required qualifications for the holding of relevant posts and so on.

### **Information policy**

The Ministry has not clarified sufficiently its role as a central element in the healthcare system. This may give rise to a further problem in the shape of inadequate discharging of functions as regards strategic communications. The existing structures dealing with communications (the Press and Promotion Office or BPP) play standard roles linking up with the supply of up-to-date information on events. Among the tasks of the Office are a classic set of tasks typical for a unit responsible for information policy, i.a. the supply of information in general, and the supply of information on the healthcare system and programmes in health policy in particular. These tasks have been described in a highly laconic fashion, without any distinction being drawn between external and internal communications. Much points to the fact the Office is mainly active in response to questions from the outside.

The Office does not come out with publications that would explain the mechanisms by which the system functions. Its website contains much fragmentary information, but there is no insight, not even a description, of the way the healthcare system is built up, in line with its key features and

---

<sup>58</sup> See: [www.civilservice.gov.uk/networks/professional/policy-profession/heads-policy-profession.aspx](http://www.civilservice.gov.uk/networks/professional/policy-profession/heads-policy-profession.aspx).

assumptions. On this basis it is hard to develop an opinion on the overall shape the system is in.

The Office has a task formulated in the point “managing and updating of the website”. The same task (worded identically) is included among those discharged by the Director-General.

The Office was founded in a service capacity vis-a-vis the Political Office, something that is seen to be rather unusual when comparisons with other Ministries and solutions (not least the British ones) are made. On the one hand, the BPP is located high up the hierarchy, “close” to the Minister, but on the other this may only serve to isolate the Office from the departments in which work of a substantive nature is taking place.

In both France and the UK, information policy - i.e. that relating to communications with the outside - is of very high status in the management structure and is itself very well developed. This ensures a high level of effectiveness in the sense of potential to communicate different aspects of health policy to citizens and the media. This finds reflection in exceptionally professional websites. Organisationally the best-developed form is to be found in the French and British health ministries. In France the Délégation for matters of information and communications has a unit (Département) for external and internal information, as well as for publications and audiovisuals. The unit for external information (outside contacts) is augmented by a separate office (Mission) for contacts with the media, the Internet and the press, while the structure as regards internal information (internal contacts) has its own office for publications, as well as audiovisual, graphic and multimedia activity.

In the British model too, the matter of communication is assigned considerable weight. The person responsible for communication enjoys Director-General rank, and operates within the most important elements of the horizontal structure.

In connection with the above, the BPP information policy faces major challenges of its own. From the point of view of its clients/recipients/customers, the website ought to include: (1) a clear definition of the tasks (i.e. the mission) of the Ministry, (2) the Ministry’s ongoing and long-term plans (3) a timetable for the implementation and completion of ongoing tasks, and (4) a listing of the departments (offices) and persons responsible for particular tasks.

Policy on communication is associated in some sense with policy as regards transparency. In this regard, the Ministry does possess a number of valuable mechanisms. The website presents what has been agreed at meetings of the Ministry’s management. This provides an orientation as to

the current activity that is to the fore<sup>59</sup>. A whole series of legal bases for the functioning of many of the internal units is presented, along with bodies involving the work of outside experts. There are also drafts of Acts under preparation by and at the Ministry, and instruments that have already been made subject to public consultations. Considerable resources of information on the national programme to combat cancer are made available (this being one of the Ministry's principal programmes).

A worse situation applies to the presentation of information regarding the overall activity of the Polish Ministry and its various agencies and other bodies. Serving as a model here are the annual reports issued by the relevant ministries in France and the UK. These present the missions of the institutions themselves, their objectives, *modus operandi* in different spheres, and also the most important tasks implemented in the given year. The budget and its most important items are detailed. In consequence, there is an opportunity for holistic consideration to be given to the way in which the Ministry or Department operates. In the UK in particular there is a holistic system of reporting. The guide<sup>60</sup> to the Department of Health informs us of what part of the year the different reports from the Ministry and other healthcare institutions will come out. Alongside the annual report of the Ministry as a whole, plus the report on the action plan, there is a separate publication from the Chief Medical Officer in which members of the public may acquaint themselves with the main challenges where the purely medical issues are concerned. A number of reports also arise within the organisational structures of the NHS, while still others are drawn up at governmental level. The Spending Review published every three years shows what resources different Ministries have obtained, together with the strategic objectives they are required to pursue and attain. Publications on the Public Service Agreements also come out, these again listing ministerial-level priorities. Then there is the Strategic Framework, in which the strategic directions to activity are set out (when this has been done, the round of employee assessments for the given year begins, as well as self-assessment within the framework of the Professional Skills for Government (PSG) framework, and planning for personnel development).

---

<sup>59</sup> See: [www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m111111&ms=0&ml=pl&mi=241&mx=0&mt=&my=644&ma=013578](http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m111111&ms=0&ml=pl&mi=241&mx=0&mt=&my=644&ma=013578).

<sup>60</sup> See: [www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_083463.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_083463.pdf).

## Contemporary challenges as regards the development of qualifications

Non-medical managerial and administrative staff can build professional potential through a reinforcement and continuous updating of the competences of key significance to the healthcare system. But the issue of professional competences is now becoming extremely complex, notwithstanding – or perhaps on account of – the fact that it is widely viewed as essential to the effective process by which to build a modern knowledge-based economy, as well as a new kind of society that is able to create and shape the institutions it needs, not least in healthcare.

The high status now being attached to competence-related issues reflects the trend to set ever-more exacting requirements in the cases of many different posts. These requirements relate, not only to purely professional knowledge, but also to skills, be these interpersonal, research-related or analytical. More and more jobs require innovation, and an ability to find new solutions that will streamline operations in a given sphere. Many countries are now witnessing a process whereby different categories of skill are being established, these then being ascribed different levels required in given posts. Such a process is also taking place at EU level, the Parliament and Council having jointly issued a Recommendation establishing a European qualifications framework as regards lifelong learning<sup>61</sup>. This is to serve in promoting the free movement of workers across the Union, as well as to make it easier for people's qualifications to be compared. The Recommendation provides that, by 2010, Member States should have devised and adjusted their systems regarding qualifications. The document in fact introduces 8 levels of qualifications, each defined in terms of a scope of knowledge, skills and competences. Levels of qualifications set out what the given person at the given level should know, understand and be able to do. Thus, for example, an employee at the first level of qualifications has a basic knowledge, basic skills required to perform straightforward tasks and competences sufficient to allow basic work to be done under direct supervision. In turn, a member of staff with second-level qualifications is required to work under supervision, albeit with a degree of autonomy. On the third level, the scope of competences extends to some accepting of responsibility for tasks implemented. The person knows how to adjust his own conduct to existing circumstances. He or she works to solve

---

<sup>61</sup> Recommendation of the European Parliament and of the Council of 23 April 2008 on the establishment of the European Qualifications Framework for lifelong learning, 2008/C 111/01.

problems arising in his/her immediate circumstances and surroundings. In contrast, a person at the highest (8th) level must have knowledge at the highest possible level in the given field, and in terms of competences must be able to serve as an authority for others, as well as displaying innovativeness, autonomy, integrity as regards academic and/or professional work and a consistent commitment to the development of new ideas and processes<sup>62</sup>.

In Poland also, attempts are being made to develop a system of continuing education. The Government adopted the *Strategia Rozwoju Kształcenia Ustawicznego do roku 2010* ("Strategy for the Development of Continuing Education up to the Year 2010"). This pointed to the need: 1) to increase access to continuing education, 2) to improve the quality of that education, 3) to encourage joint action and partnership, 4) to increase investment in human resources, 5) to raise awareness of the role and significance of continuing education, and 6) to facilitate access to reliable information and relevant advisory services. However, in the event, these statements were not followed up by adequate action. As a result, the index for participation in continuing education in Poland is low, taking in just 4.7% of citizens of productive age. This compares with a mean value close to 10% for the EU as a whole, as well as indices in excess of 20% in certain countries<sup>63</sup>. The problems in Poland arise from institutional mismatches. In the most-developed EU Member States, supplementary education is regarded as an undertaking of key significance – a matter, not just for government, but also to a great extent for professional organisation, i.e. those representing both employers and organised labour. It is they who work together to plan systems of top-up training dedicated to different occupational groups. The attendant collective agreements only exist in Poland to a very limited extent, and there is also a tangible lack of relevant systemic solutions.

The issue of qualifications is also becoming exceptionally important in the healthcare system, since many posts de facto require ever-higher attainments in terms of both qualifications and skills. Many countries have thus been building up precisely-defined systems by which people can raise their qualification levels. After all, it is only with better qualifications that there may develop the kind of healthcare system that might genuinely live up to public expectations regarding the professional provisioning of medical care.

<sup>62</sup> B. Surdykowski, *Droga do przyszłości – edukacja i kształcenie ustawiczne* ["The Road to the Future - continuing education"], *Dialog. Pismo Dialogu Społecznego*, No. 4/2008, pp. 49-50.

<sup>63</sup> *Ibidem*, p. 55.



### The systemic problems in Polish administration

For sure the situation of the Ministry of Health is not an easy one when it comes to developing a cohesive policy for human resources management, since the Civil Service as a whole has problems in this regard. This is confirmed in work done under the EU Project entitled: "An Analysis of Training Needs in the Public Service 2008". The results of that show clearly what major shortfalls in human resources management are present. "Policy as regards personnel in the different offices – including as regards training – was not clear for either the employees themselves or their managers"<sup>64</sup>. So the public service as a whole lacks a cohesive policy on training. Offices themselves "decide on the choice of subjects for training, the suppliers of the service, the systems by which the training is to be evaluated and the instruments serving in the professional development of those employed."

Deficits as regards human resources policy in administration are also confirmed in the state-level strategic document that *The National Strategic Reference Framework 2007–2013* represents. This states that HRM in administration is often confined to the "administering" of staff. For offices lack instrumentation in the form of competence profiles, systematic studies of training needs, programmes for the raising of qualifications, motivation systems, methods associated with investment in employees' development in line with the goals of the given institution, and methods by which to assess the influence of training on efficiency. There is also a lack of a system of competence sets that would be particular to different levels of management and/or types of post.

In the assessment of the Supreme Chamber of Control (Poland's audit institution), current outlays on the raising of qualifications and skill levels are not adequate/ In 2005, central training (i.e. that planned and supervised by the body scrutinising the Civil Service) was participated in by 3751 employees, a figure that should be set against a total civil service strength of 125,000. Meanwhile, as the country's strategic documents insist: "investment in human capital requires an long-term and diversified approach at the levels of both the administration as a whole, and individual offices therein"<sup>65</sup>.

<sup>64</sup> Prime Minister's Chancellery, *The Training Strategy for the Public Service in the Years 2008–2010*, 2008, p. 8.

<sup>65</sup> Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, *Program Operacyjny Kapitał Ludzki* [The Human Capital OP]. *Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007–2013*, Warsaw, 2007, p. 77.

## Chapter 3

# The training of the administrative personnel in the healthcare system

The proper education of staff administering or managing the healthcare system is of key importance if capacity to achieve health policy goals in each state is to be obtained. While an incompetent doctor may harm individuals, tens or even hundreds of patients, an incompetent employee administering the healthcare system may harm tens or hundreds of thousands of citizens, or even the whole of society.

Equally, standards for education and training are first and foremost a derivative of the health policy model a given country has taken up. It is this that denotes and shapes the main functions in public health, these in turn determining the required competences of employees at different levels of the system's organisation. It should be on the basis of this that standards for education are defined and implemented.

In Poland, requirements as regards education are only set for certain posts<sup>1</sup>. There is nevertheless development of various forms of training for staff in the healthcare institutions. The first institution in this field to emerge (in 1991) was the National School of Public Health, this later converting into the Institute of Public Health of the Jagiellonian University's *Collegium Medicum* (CMUJ). This set in motion the training of public health specialists at postgraduate level. This was at the same time

---

<sup>1</sup> For example, the head of an independent public or non-public healthcare institution can only be somebody with higher education and completed postgraduate studies in health service management (plus at least three years of work experience in the profession), or else someone with higher education plus at least 6 years of experience working in the professions. These are the conditions set out in the Regulation of the Minister of Health of May 17th 2000 (Dz. U. No. 44, item 520.).

one of Central or Eastern Europe's first such schools, and it was founded from scratch with the support of the Ministry of Health and Social Welfare, as well as with advice being given by representatives of France's Ministry of Health.

Table 1.

**No. of higher educational establishments running study courses in "Public Health"**

Intramural studies		Extramural studies	
Level I	Level II	Level I	Level II
39	11	34	11

Source: Regulation of the Minister of Health of July 2nd 2009 on limits on acceptances for medical studies.

Poland now has 39 public and non-public institutions in higher education offering study courses in public health. Some of these are Medical Schools or the equivalent (e.g. in Kraków - UJ *Collegium Medicum*, Szczecin - the Medical Academy, the Medical University in Łódź, and the Warsaw and Lublin Schools of Medicine), or else universities of technology (like Politechnika Częstochowska in Częstochowa), other types of institution in higher education (e.g. Wyższa Szkoła Administracji Publicznej in Białystok, Wyższa Szkoła Ekonomii i Prawa in Kielce).

The teaching programmes are varied in terms of both content (subjects lectured in, proportions between subjects) and form, and the way studies are organised (e.g. numbers of hours, relative importances of lectures and practicals)<sup>2</sup>. There has been no analysis of the way programmes are adjusted to meet the real expectations of the labour market. There was a pilot project<sup>3</sup> that pointed to key preferences of public employees in the health sector as regards desirable qualifications, these being institutions of the central, regional and local administrations, healthcare institutions, suppliers of health services and sanitary inspectorats. Mentioned among the most desired competences of graduates in public health were:

<sup>2</sup> J.S. Sitko, *Europejska akredytacja edukacji w dziedzinie zdrowia publicznego*, *Zdrowie Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia - Zdrowie Publiczne i Zarządzane*, vol. III, no. 2/2005.

<sup>3</sup> Leonardo da Vinci entitled. "Poprawa zatrudnienia wśród absolwentów zdrowia publicznego poprzez dostosowanie programów nauczania do wymogów potencjalnych pracodawców w oparciu o ocenę braków w kształceniu umiejętności". For a detailed description of the Project and its effects see *Zatrudnienie w zdrowiu publicznym* by L. Czabanowska, C. Włodarczyk, *Zatrudnienie w zdrowiu publicznym*, Publications of the Jagiellonian University in Kraków 2004.

(1) creativity and a capacity for the constructive resolution of problems, (2) skills as regards analytical thinking, (3) knowledge in health promotion, health education and the social sciences, (4) a high level of interpersonal skills, and (5) knowledge of matters of ethics in public health.

**Postgraduate training in public health.** There are also major differences in the organisation and forms of post-diploma studies. At this level education has become very popular and there are now several tens of institutions public and non-public offering training in public health. These deal with subjects that relate to the management of healthcare institutions and the coordination and monitoring of the activity of such institutions, plus other health service entities.

Postgraduate schools differ quite markedly from one another in both the organisation of studies (usually one year long and organised by means of 10-20 weekend sessions) and the scope of the programme they offer and teaching methods applied. No standards have been set for them. Management in healthcare most often has such teaching blocks as: (1) health policy and the functioning of health care bodies and organisations; (2) the principles of organisation of healthcare institutions; (3) principles underpinning the operations of the market for healthcare services; (4) legal issues relating to healthcare institutions and healthcare; (5) information systems in healthcare institutions; (6) operational management in healthcare institutions; (7) staffing policy and the restructuring of employment; (8) management of technical infrastructure and investments; (9) pharmaceuticals management; (10) the contracting out of healthcare services; and (11) the restructuring process in healthcare institutions.

**Continuing education and training.** The most frequent forms of continuing education for managers are postgraduate studies in managing healthcare bodies. The market for training services also offers a wide range of more concise forms of refresher and supplementary training, e.g. that organised in the form of one- or two-day conferences, congresses, seminars, courses and workshops, or else series of training sessions devoted to current systemic problems.

Training is i.a. provided by: (1) public and private establishments in higher education, (2) private firms offering training and consultancy in the health field, (3) medical publishing houses, and (4) professional associations (e.g. *Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej* and medical or nursing chambers). Some of the training on offer is co-funded by EU educational programmes.

Training is very varied as regards subject matter, but it is most often concerned with the most current problems with the functioning of the healthcare system, these inter alia reflecting changes in the law. The offer is addressed first and foremost to managers of healthcare institutions, as well as – to a much more limited degree – to managers operating at the level of the central healthcare institutions.

**Educational and training standards in healthcare.** October 1st 2007 brought a formalising of the standards for education in (first and second level) public health studies<sup>4</sup>. In accordance with the provisions of the Higher Education Law Act of July 27th 2007<sup>5</sup>, the said standards stipulate<sup>6</sup> that first- (baccalaureate-) level studies shall last not fewer than 6 semesters, with lessons amounting to not fewer than 2600 hours. The number of ECTS (European Credit Transfer System) points shall be not less than 180. Second-level (Master's) studies shall in turn continue for not less than 4 semesters, with no fewer than 1400 hours of teaching. The number of ECTS points shall be not less than 120.

The Standards go on to detail the qualifications, knowledge and skills to have been obtained and/or mastered by graduates, i.a. as regards the skill to run healthcare institutions and lead teams of people, to coordinate, to gather data with a view to analysing the costs of medical services, and to engage in prophylaxis and health promotion.

The set of competences also extends to analytical skills that provide for the forecasting and shaping of the structure and size of demand for healthcare and medical services, the identification and forecasting of threats to health and health problems in defined groupings, and the recognition of the influence of social processes and demographic structures on society's collective health. Also indicated are qualifications as regards the planning, devising, organising, assessment and evaluation of prophylactic programmes, and programmes to promote health, in different social circles.

The Standards further make the assumption that the acquired level of competence should allow graduates to join in with the

---

<sup>4</sup> Binding standards for education apply to studies at bachelor's and master's levels. There are no standards set out where postgraduate studies are concerned.

<sup>5</sup> Ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym of July 27th 2007, Dz. U. No. 164, item 1365.

<sup>6</sup> Standardy kształcenia dla kierunku studiów: *Zdrowie publiczne*, Annex No. 117 to a Regulation of the Minister of Science and Higher Education (Rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie Standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki) dated July 12th 2007.

implementation of tasks as regards prophylaxis and healthcare in state, local governmental, public and private institutions, i.a. through the holding of managerial posts, or else positions as experts and/or advisers.

Analysis of the above qualifications evokes doubts as to whether the graduate of master's studies is really to be "prepared to serve in the role of expert, adviser or consultant." Usually, such qualifications are gained along with experience at successive stages of the career path. Furthermore, the detailed skills set out in the Standards for graduates of master's level studies are mainly not detailed skills, but are a reflection of the functions of public health (not describing applied activities and processes making achievement of the said function possible).

A weakness with the Standards is the way in which they lack methodological indications in regard to the teaching process. This is of significance where a majority of teaching staff lack appropriate pedagogical or methodological preparation. While it is true that there has been no conducting of detailed research in this area, the number of newly-mobilised study courses in public health - e.g. at technical establishments in higher education - entitles us to suggest that staff preparation is not as it should be. A chance for the educational programmes being run in Polish higher education to improve - and for higher equalifications of graduates to be achieved - is offered by the Programme from ASPHER, within the framework of which guidelines and an accreditation procedure have been devised. The pilot programme of this Leonardo da Vinci organisation entitled "Accreditation of Public Health Training Programs in Europe"<sup>7</sup>, denoted an attempt to set Europe-wide standards of accreditation in public-health education, this likely to set in train a steady process improving the quality of education in this field<sup>8</sup>.

In the most highly-developed countries it is usual for the competences of staff in public health at different levels to have their

---

<sup>7</sup> A publication appearing in the nearest future will sum up the results of this Project, as well as serving as a guide where the obtainment of accreditation is concerned. The project is being implemented in cooperation with the Institute of Public Health of the Jagiellonian University in Kraków's *Collegium Medicum*.

<sup>8</sup> The Association of Schools of Public Health in the European Region is an independent organisation that leads when it comes to public health through the education of specialists for practice and research. It was founded in 1966 and now brings together more than 70 member institutions in 37 European countries. Poland is represented by 3 institutions: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum* and the Łódź-based Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera. A further important international institution active in the development of public health is the European Public Health Association (EUPHA, [www.eupha.org](http://www.eupha.org)), founded in 1992.

competences formulated in a quite different way<sup>9</sup>. A detailed description of specific skills is used, this defining quite clearly the way in which assumptions as regards policy on public health translate into daily practice and the didactic process. For comparison, the list of detailed analytical competences applied in the teaching of public health in the USA<sup>10</sup> assumes the presence of the following skills, in: (1) problem definition; (2) the determination of the proper use of quantitative and qualitative data as well as their limitations; (3) the selection and definition of variables appropriate in respect of defined health issues; (4) the indication of appropriate sources of data and information; (5) the assessment of the completeness and comparability of data and the indication of gaps in data sources; (6) the application of ethical principles in the gathering, storing, processing and dissemination of data and information; (7) the playing of the role of partner for the public in order that collected quantitative and qualitative data might be better understood and interpreted; (8) the making of relevant linkage between quantitative and qualitative data; (9) the obtainment and interpretation of information on risks and benefits for society; (10) the implementation of a data-gathering procedure and the use of ICT in the storage and utilisation of data; (11) the appreciation and understanding of the influence flows of data on ethical, political and scientific questions have; and (12) public health as broadly understood, including in its economic dimensions.

Attempts to develop lists of competences in public health have been made in many different countries (e.g. Australia, New Zealand, the USA, Canada, the UK and The Netherlands). Such efforts have also been made within the different international organisations (notably the WHO), professional associations (like ASPHER and the IUHPE), higher education establishments, governmental bodies and even NGOs.

For example, in 2005, the American institution called the Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice compiled a list of competences that was designated first and foremost to meet the needs of training establishments in public health. The key competences identified were<sup>11</sup> in: (1) analysis (evaluation); (2) policymaking and programme planning; (3) communication; (4) culture; (5) practical action in the community; (6) areas associated with the main scientific disciplines

---

<sup>9</sup> D. Cianciara et al., *Standardy kształcenia na kierunku zdrowie publiczne*, "Zdrowie Publiczne", 2007; 117(3), p. 297-303.

<sup>10</sup> Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice, *Prologue to the Core Competencies for Public Health*, 2005.

<sup>11</sup> Ibidem, after: D. Cianciara et al., *Standardy kształcenia na kierunku zdrowie publiczne*, op. cit.

applied in public health; (7) financial planning and management; and (8) leadership and systemic thinking.

What is noteworthy here is the way in which the competences are closely linked with the type of work being done. In the concept presented, employees could be divided into three groups (for each of which key skills could be designated, albeit to differing degrees of advancement):

- ♦ *frontline staff* (carrying out routine work like the collection and analysis of data, fieldwork and work in the community, programme planning and other organisational tasks);
- ♦ *middle-ranking personnel* - people discharging specialised functions, but not in the role of managers and requiring broader technical knowledge in epidemiology, programme development and evaluation, data-gathering, budgeting and applying for grants (e.g. epidemiologists, biostatisticians, planners and health policy analysts);
- ♦ *personnel in supervision and management* - i.e. those responsible for the leading programmes or functions in the organisation. People in this group need wider skills in programme development, implementation and evaluation, public and community relations, public speaking, and the presentation of arguments and recommendations vis-à-vis health policy.

A list of graduate competences has also been compiled by the Association of Schools of Public Health in Europe (ASPHER)<sup>12</sup>. Competences were here set out in six areas recognised as being of the greatest importance to public health (and denoting simultaneously the main public health functions:

- 1) methods of research (epidemiology, biostatistics, qualitative study);
- 2) environmental health;
- 3) the physical, chemical, biological and environmental conditioning of health;
- 4) health policy, organisation, management and economics;
- 5) health promotion and disease prevention;
- 6) interdisciplinary issues, including strategy development, ethics, and so on.

---

<sup>12</sup> ASPHER, Provisional List of Public Health Core Competencies European Public Health Core Competencies Programme (EPHCC) for Public Health Education, [www.aspher.org](http://www.aspher.org).



Competences in each of these areas are assigned to two groups, as practical or intellectual (knowledge-based). The list of defined and detailed competences is a very broad one. For example, selected skills presented below need to be present in public health graduates in area 4 - i.e. health policy, organisation, management and economics:

- ♦ practical competences encompassing 59 detailed competences in this area, e.g.:
  - the interpretation and application of methods and techniques from health economics;
  - the discussion and formulation of opinions as regards aspects of health economics,
  - the analysis of current cases from the health economics point of view,
  - the application of theories from the fields of logistics and operational management in respect of the real situation present in the healthcare system,
  - the search for optimal solutions in complex and difficult situations requiring the pursuit of change,
  - the application in practice of theoretical knowledge from the financial management sphere,
  - the presentation of arguments and advice in seeking to resolve governance problems,
  - the application of management tools and methods,
  - the analysis of principles, structures and functions of the healthcare system, including as regards funding, organisation and the decisionmaking process,
  - the application of knowledge on efficacy of work, teamwork and communications skills, with a view to the resolution of problems and the attainment of specific objectives,
  - the analysis of linkages between scientific research and practice,
  - the evaluation of the strengths and weaknesses of theories and policies from the perspective of different disciplines,
  - the development of spheres for cooperation with both units and organisations,

- the preparation of programmes for planning, implementation and assesment,
- resources management, budgetary planning and the preparation of applications for co-financing.
- ◆ Intellectual competences encompassing 44 detailed competences in this area, e.g.:
  - leadership style and theories of organisation,
  - the legal and political conditioning of healthcare system activity,
  - the organisation of public health and the healthcare system,
  - the bases of public health and healthcare management/administration,
  - different research techniques and methods in the field of health economics,
  - the quality concept and professionalism from the point of view of law on health and the ethics of healthcare,
  - the linkage between financial management and other aspects of management concerning the planning and control process in healthcare organisations and institutions,
  - key rules in the organisation and operation of health and social services,
  - the main components, structure, organisation and functioning of the health and social services in EU Member States, the fundamentals of economic analysis, the main methods applied in evaluating effectiveness and efficiency, equality of access to health services and the main advantages and disadvantages of each method.

**Objective difficulties.** The determination and designation of competences as regards the administrative staff in the Polish healthcare system is not an easy task for several different reasons. Some of the institutions administering within the healthcare system have not given clear formulations of the qualifications they need and regard as desirable when it comes to different specialisations in management (formulations of

competences most often come about as recruitment for a given post is taking place).

It is worth stressing that the competences<sup>13</sup> in the public health sphere can be especially difficult to establish or define. For public health is under the strong influence of changing technological, organisational, cultural and demographic factors.

Furthermore, public health is a relatively young sphere of knowledge in the world in general (it only appeared as a separate discipline in Poland after 1989), and is an exceptionally complex one on account of its interdisciplinary nature and the very wide spectrum of issues it takes in. This favours debate (not only in Poland) regarding the limits of the field in public health and its relations, above all with medicine and particularly with such well-grounded sub-areas as hygiene, occupational medicine, epidemiology, preventative healthcare and associated areas like management, economics, psychology and environmental protection). What is more, many health issues contain elements specific to a given part of the world, country, region or even local community. Equally, many health aspects are universal to the entire world population (especially where remedial medicine is concerned).

The above factors probably help influence a situation in which graduates of public health studies are not always as happy as they might be with the effects of their education or their later professional development. To meet the needs of this Report, a (modest) qualitative study was carried out<sup>14</sup>, this revealing that (in the view of more than half of all respondents) the knowledge gained in the course of an education in this field did not meet the requirements laid before employees. Equally, the level of use made of qualifications as work was done was mostly evaluated as limited or moderate.

A decided majority of those surveyed were of the view that there were limited opportunities for professional development in health service

---

<sup>13</sup> W języku polskim określenie „kompetencje” rozumiane jest jako wykształcenie, doświadczenie i wprawa, uzdolnienia, predyspozycje oraz inne cechy psychofizyczne, a także zachowanie, oczekiwane przez pracodawcę i ważne w pracy zawodowej. „Kwalifikacje” z kolei to wykształcenie, zakres i jakość przygotowania niezbędnego do wykonywania danego zawodu.

<sup>14</sup> The work was carried out by means of cooperation with KSAP student Michał Wiśniewski, who sent out 60 questionnaires to graduates of public health studies. Thirteen meaningful replies were received (in fact 21 people sent e-mails, but 8 were unable to fill out the questionnaires). Quite a large number of respondents failed to respond to Question 5 (concerning possibilities for those in public health administration as regards continuing education). This may reflect the fact that these people did not take up employment in the healthcare sector after completing their studies.

administration. Some said that there was “zero” professional development for them in the post they held, or even regression backwards! It was stressed that employers showed little concern for the use of continuing education in raising qualifications. Some respondents were also of the view that health service employers (e.g. health departments in regional offices and the National Health Fund) often failed to regard graduates of studies in public health as people suitable for official posts with them. In essence, they do not assign recognition to the qualifications obtained by graduates of public health studies. Other remarks made concerned the fact that administrative posts in the health service were held by those who had been medically trained (as doctors or nurses), while employers were reluctant to fill such posts with people who had completed studies in the field of public health.

A further issue is the way in which a career in the healthcare sector is perceived to be of limited attractiveness. Only 2 out of 13 respondents assessed the level of satisfaction arising from work done as high. Others could only bring themselves to term it low or moderate.

Table 2.

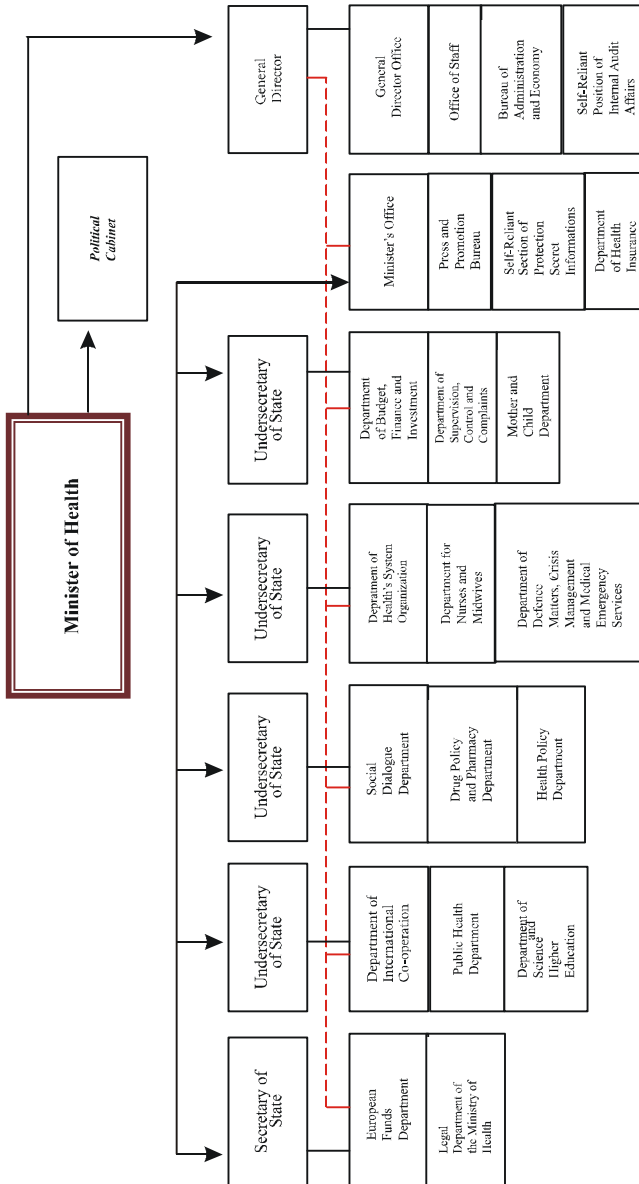
**The conditioning of public healthcare activity in Poland  
(in the context of the training of the system’s administrative staff)**

<b>Conditioning</b>		
<b>Yesterday</b>	<b>Today</b>	<b>Tomorrow</b>
a lack of the term “public health”, but sanitary and epidemiological activity	a return of the term “public health”	the foreseeable collapse of the healthcare system,
a lack of pre-diploma and diploma studies	interest on the part of the EU	potential focus on privatisation
a weakly-developed post-diploma studies system	wider foreign contacts, benchmarking	deepening inequalities in health
a limited circle of specialists, mainly doctors, gaining experience through work and via specialist courses (domestic or foreign) as the main method raising qualifications	a lack of formalised scientific fields (disciplines)	a mobilisation of social resources in the interests of health
	a not-fully-formalised legal status of practice (lack of a Public Health System Act)	the “de-medicalisation” of public health
	a dynamically developing market for pre-diploma study	cooperation within the EU framework
	a wide range of didactic centres, with various	greater unification of standards as regards practice (in-service training)
		mobility of students and

<p>very few research centres          limited foreign contacts          very limited numbers of jobs          a very low public health status</p>	<p>traditions and potentials          "loans" of specialists from other spheres          Unclear career paths for graduates and employees alike          an unclear balance between numbers of schools, graduates and job opportunities          a quality of pre-diploma education so far untested (i.a. by the market)          a developing market for post-diploma studies          a not-fully-worked-out system for becoming specialised in the public health area          a dominance of the biomedical and behavioural approaches          a low public health status</p>	<p>lecturers          "cost-benefit" and "cost-results" analysis as criteria          certification and accreditation          a Public Health System Act          higher public health status</p>
---	--	--

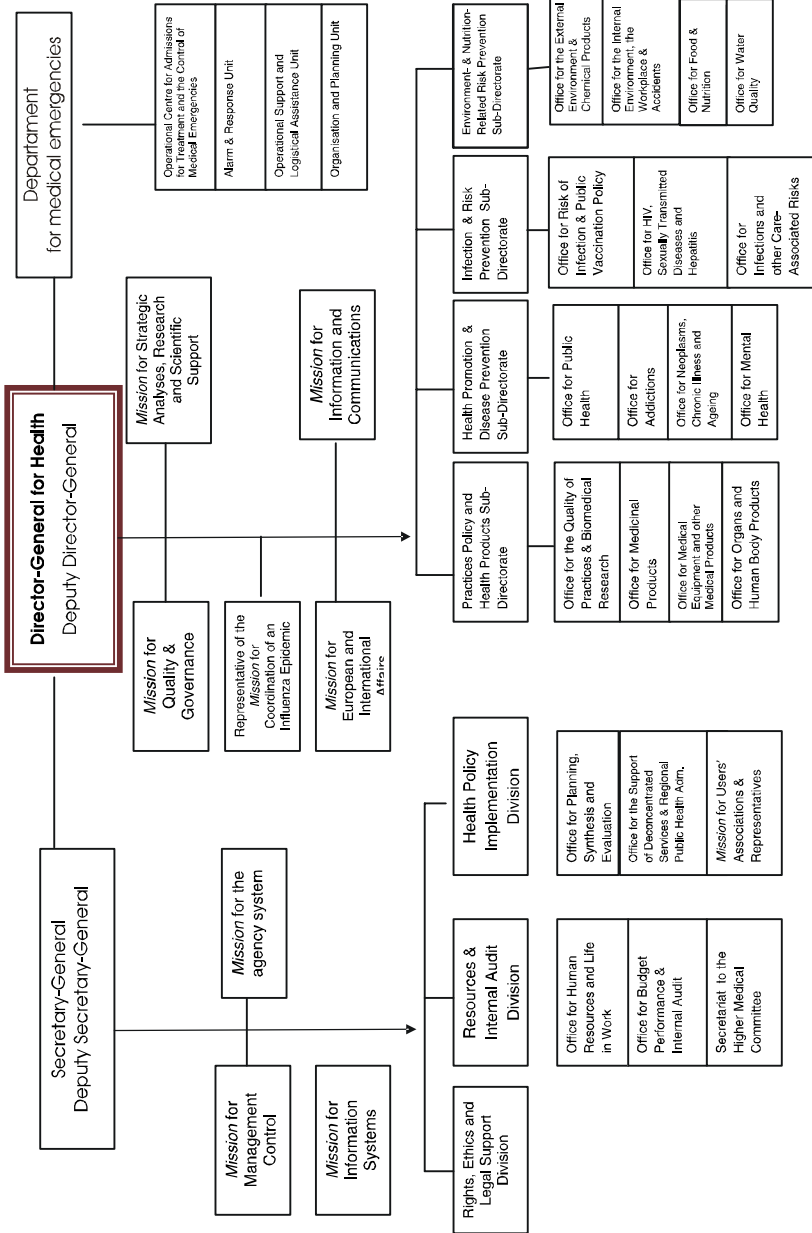
Source: D. Cianciara et al., *Standardy kształcenia na kierunku zdrowie publiczne*, "Zdrowie Publiczne", 2007; 117(3), p. 297-303.

## Minister of Health In Poland (Organogram)

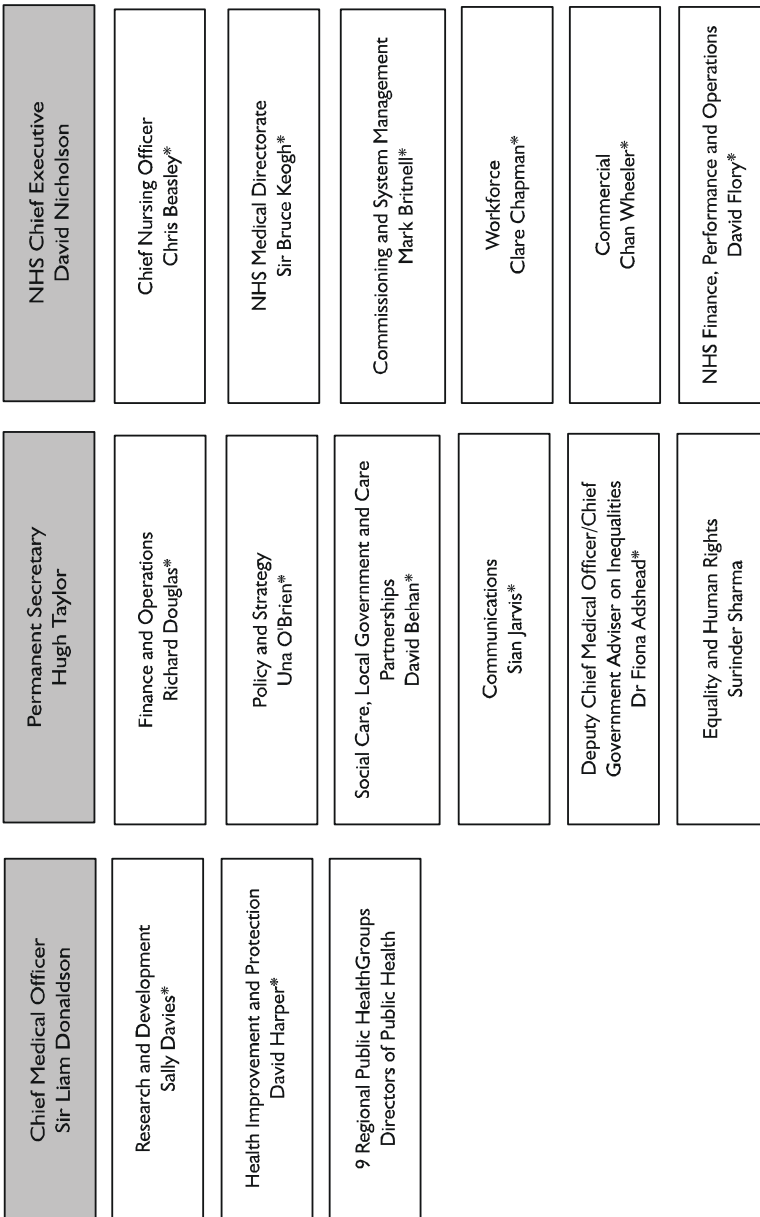


04.06.2009

France's Ministry of Health & Sport



Department of Health Organisation Chart (UK)





## Access to medical services in Poland

Access to medical services has become a major challenge for those managing or administering in the Polish healthcare system, since there is a whole range of conditioning linking up with material situation of a certain section of society, or even with levels of awareness.

As is made clear by studies the Centre for Health Service Information Systems has carried out<sup>15</sup>, there is a large proportion of Polish society that simply has difficulties with gaining access to services. What is more, the opinions of respondents suggest that access to a first-contact physician was even more problematical in 2008 than it was in 2006. Every seventh patient states that there were difficulties with obtaining the advice of a general practitioner at a health centre on the day a potential problem arose and was signalled. In turn, every 6th person surveyed gave a similarly negative assessment of the possibility of a house call being paid that day. Half of all respondents declared that a night visit was the hardest service to obtain, with 1/5 describing this as "decidedly difficult". As a consequence of all that, one-third of those participating in the poll had in practice opted to pay for care. The research further confirmed the opinion regarding deteriorating conditions as regards access to a first-contact doctor in large cities (in fact there were three times as many negative assessments of the possibilities as there had been 2 years previously, with 40% of urban-dwellers polled referring to access difficulties).

2008 also saw more than half of all respondents referring to difficulties with gaining access to a cardiologist or neurologist, while 40% had difficulties with orthopaedic practitioners, and around 35% with getting to see a stomatologist, ophthalmologist or rheumatologist. Every 4th Pole found it difficult to consult with a dermatologist or laryngologist, and every 5th had the same problems with oncologists and gynaecologists. Overall, access to certain specialists was assessed as less problematical, others much more so.

The main and most universal difficulty cited when it came to obtaining the advice of specialist doctors was the obvious fact that possible times for a consultation were so far off. In fact, the actual cited waiting times for a consultation were found to vary

---

<sup>15</sup> Research on this has been done since 1999, and was carried out previously in 2006. The work was done on a nationwide random sample of 2012 people who were made subject to direct interviews.

considerably from one medical specialisation to another<sup>16</sup>. As of 2008, the longest wait was for a visit to a cardiologist (over a month in the case of 40% of respondents, over 3 months for 20%).

The work showed that, where hospitalisation was concerned, the waiting time was not perceived to have changed in comparison with previous years. 72% of those surveyed did not have to wait to be admitted to hospital. 60% were hospitalised in line with the existing queue system, while 32% came in through an emergency or acute situation (arriving by ambulance). Every fourth hospitalised respondent was admitted in an informal way (with a known doctor or another person acting as an intermediary, thanks to a private visit to a doctor, using possibilities available at work, or else through the rendering of payment or presents or some other incentive). There was an increase to almost 10% in the proportion of patients who came to given hospital having first made a private visit to a doctor employed there.

The research shows that patients admitted to hospital in 2008 bore higher costs associated with their stays than did those admitted in 2006 (for example in the purchase of medicaments during their hospitalisation, payments associated with operations or reductions in the waiting time for admission, payment for night duty, and payment of some other kind to ensure better care by a doctor or nurse).

### **Selected aspects of health system funding**

The period 2000–2008 brought an increase in financial outlays on healthcare, in terms of expenditure from both the National Health Fund and the central budget. Statistics for the years 2001–2009 inclusive show a 69% increase in public spending on administering the healthcare system (above all the functioning of the Ministry of Health). Within this amount, the greatest share is accounted for by the costs of the head offices and central bodies of the governmental administration in the health sphere (on which spending rose 91%). Nevertheless, expenditure on the central administration part of the healthcare system may still be regarded as too low. If account is taken of spending on administration in the Ministry of Health, the share of all health spending this accounted for is found to be less than 1%, in the case of 2006, for example [5.2(10–4)].

---

<sup>16</sup> The term "actual" in this case denotes the time anticipated by respondents.

A further issue as regards spending is the share of National Health Fund income accounted for by administrative costs (Table 1.3). This is at a level of around 1%, a figure that can be regarded as low, since the experiences of other European payers suggests that efficient functioning of a health service requires expenditure on this set at around 3% of the budget.

Table 1.2.

**Expenditure on healthcare in the years 1999–2006 (M zł)**

Years	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Over all	38174	41098	45675	51237	52631,9	57357,6	61099,3	65730,5
Public	28589,4	28781,4	32840,1	32716	34880,3	37092,5	42341	45945

Source: the Central Statistical Office.

Table 1.3.

**Index for the share of administrative costs  
in overall National Health Fund income,  
as of the years 2004–2009**

	Plan 2009	2008	2007	2006	2005	2004
% index for share of National Health Fund income taken by administrative costs	1,08%	0,90%	0,95%	0,95%	0,97%	1,00%

Source: elaboration by E. Nojszewska on the basis of data from the Report on NFZ activity (NFZ internal materials).

## Closing remarks

The analyses detailed above make clear how essential it is for the Polish healthcare system to strengthen both its resources and its potential, which can be regarded as effective and adequate in relation to the challenges faced. This concerns in particular:

- ♦ strengthened potential to identify upcoming sectoral risks and challenges,
- ♦ strengthened potential to analyse a changing environment,
- ♦ fuller utilisation of available personnel, through a raising of their qualifications as regards the planning of strategic activity, priority-setting, the interpretation of research results and the building of scenarios in line with which problems in the sector can be resolved,
- ♦ established competence standards for employees at different levels of organisation of healthcare institutions,
- ♦ ensured optimal conditions for effective work on the part of managerial and administrative staff,
- ♦ strengthened analytical functions, both within organisational units of the Ministry and on the scale of the organisation of the whole healthcare system,
- ♦ further development of methods by which to evaluate public programmes in healthcare,
- ♦ strengthened horizontal structures in which there could be the kind of exchange of operational knowledge that lies at the heart of a professional decisionmaking process where public policy is concerned,

- ◆ a strengthened Civil Service and a developed strategy to limit staff turnover that inter alia entails a model for a suitably attractive career path within healthcare system administration,
- ◆ a strengthened role for the Ministry of Health as organiser of human resources, with a supplementary issue here being the development of human resources in the Ministry itself (i.a. through necessary investment) - it will be necessary to develop a strategy for the development of staff qualifications and to define in detail several levels of competence required at different levels in the organisation,
- ◆ the founding of a special institution whose task will be to draw up plans for the professional training of managerial staff in the healthcare system (or else the building-on to an existing institution of a section with such a profile).
- ◆ a strengthened information (information policy) function for the Ministry of Health, which ought to raise information standards when it comes to description of mission, as well as strategic objectives and adopted priorities.

Failure to square up to the challenges outlined here may unfortunately give rise to a situation in which the administrative potential of the healthcare system's central institutions declines to such a parlous state that a real threat to the stability of that system will be posed. The knock-on effects of this will be to threaten many other elements of Poland's social and economic system.

The healthcare system is going to be coming under ever-more-serious threat as a consequence of the way in which health policy is assuming ever-greater complexity, and demanding more and more. The very pursuit of health policy requires steadily-increasing inputs of material resources, but also human and social resources. Policy thus needs shaping and building day by day, through well-organised work carried out within the framework of a system outfitted in optimal structures. Managerial and administrative staff should thus be put to work on innovative activity and the identification of new solutions to problems, not merely tasked with keeping a system weighed down by dysfunctions ticking over somehow. The system itself should be equipped with a greater number of self-regulatory mechanisms than it has at present - something that can be achieved if a series of mutually-augmentative institutions are created, each responding to disturbances arising within the scope of its own competences. The Ministry and its staff cannot serve forever as some kind of "last-resort lifesavers", rather their main role should be to streamline and

fine-tune self-regulation mechanisms within the healthcare system, as well as to analyse challenges and the knowledge built up around them.

## Bibliography

- Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER), *Provisional List of Public Health Core Competencies European Public Health Core Competencies Programme (EPHCC) for Public Health Education*, [www.aspher.org/pliki/pdf/asphercompetenciesprogrammephase2report.pdf](http://www.aspher.org/pliki/pdf/asphercompetenciesprogrammephase2report.pdf).
- Boczkowski A., Cybart A., Chomińska-Szosland D., *Kadra kierownicza ZOZ wobec reformy systemowej*, „Zdrowie Publiczne”, nr 2, tom 111, 2001.
- Cianciara D. i wsp., *Standardy kształcenia na kierunku zdrowie publiczne*, „Zdrowie Publiczne”, 2007; 117(3), s. 297-303.
- Commission of the European Communities, *Green Paper On the European Workforce for Health*, Brussels 2008.
- Czabanowska K., Włodarczyk C., *Zatrudnienie w zdrowiu publicznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.
- Czajka Z., *Mechanizmy wynagradzania w publicznej służbie zdrowia*, IPISS, Warszawa 2005.
- Department of Health, *Business Plan 2009-11*.
- Department of Health, *DH Guide. A guide to what we do and how we do it*, December 2007.
- Department of Health, *More staff working differently*. HR in the NHS Plan, 2002.
- Finansowanie ochrony zdrowia Polsce - Zielona Księga II*, Warszawa, listopad 2008.
- Fukuyama F., *Why There Is No Science of Public Administration*, „Journal of International Affairs Fall” 2004, Vol. 58, No. 1.
- Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., Sowa A., Sowada Ch., Włodarczyk C., *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Raporty CASE, Warszawa 2002.
- Government At Glance*, OECD, Paris 2009.

- Górniak J., *Zasady budowania porządku organizacyjnego a funkcje administracji publicznej*, w: *Administracja publiczna*, red. J. Hausner, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Health Management Workforce: Mapping Health Managers. A Guide and Study Protocol for Assessing Managers as Part of the Health Workforce, World Health Organization.
- International Labour Organisation, *Terms of employment and working conditions in health sector reform*, Geneva 1999.
- Kancelaria Premiera Rady Ministrów, *Strategia szkoleniowa w służbie publicznej na lata 2008–2010*, 2008.
- Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, *Wyzwania rozwojowe. Raport Polska 2030*, Warszawa 2009.
- Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Departament Służby Cywilnej, *Zatrudnienie i wynagrodzenia w służbie publicznej w 2008 roku*.
- Kautsch M., Klich J., Styło W., Kopeć B., Struś M., Więckiewicz M., *Zakłady opieki zdrowotnej: analiza praktyk zarządczych i ich efektów w zależności od formy zatrudnienia dyrektora*. Raport z badań dla Ministerstwa Zdrowia, Kraków 2001.
- Kodeks Etyki Służby Cywilnej* (Zarządzenie nr 114 Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 października 2002 r.).
- Kozierkiewicz A., Klich J., *Umowa – kontrakt menedżerski*, „Zdrowie i Zarządzanie”, tom I, nr 1/1999.
- Król H., Ludwicyński A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Mahon A., Young R., *Health Care Managers as a Critical Component of the Health Care Workforce*, w: *Human Resources for Health in Europe*, red. C-A. Dubois, M. Mekce, E. Nolte, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press 2006.
- Menedżer Zdrowia, *Ranking szkół podyplomowych. Najlepsze szkoły menedżerów zdrowia*, lipiec 5/2008.
- Menedżer Zdrowia, *Szkoły menedżerów zdrowia. Menedżerska top-class*, czerwiec 4/2005 - [www.termidia.pl/docs/reports/Szkoly.pdf](http://www.termidia.pl/docs/reports/Szkoly.pdf).
- Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, *Program Operacyjny Kapitał Ludzki. Narodowe Strategiczne Ramy Odniesienia 2007–2013*, Warszawa 2007.
- Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, *Strategia Rozwoju Kraju 2007–2015*, Warszawa 2006.
- Multidisciplinary/Multi-Agency, *Multi-Professional Public Health Skills and Career Framework*, Skills for Health, Public Health Resource Unit (PHRU), 2008.



- Nishtar S., Peters H., Sabri B., Bile K.M., Jama M.A., *Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance*, „Health Policy” 2009 (90).
- Pollitt C., *Performance Management in Practice: A Comparative Study of Executive Agencies*, „Journal of Public Administration Research and Theory 2006”, Vol. 16, No. 1.
- Quaglia L., *Central Banking Governance in the European Union: A Comparative Analysis*, Routledge, New York 2008.
- Ramy dla działań na rzecz ustawicznego rozwoju kompetencji i kwalifikacji. Wspólne stanowisko europejskich partnerów społecznych w sprawie kształcenia ustawicznego, „Dialog. Pismo Dialogu Społecznego”, nr 3/2008.
- Rapport Annuel 2007, Direction general de la Sante, 2007.
- Sector Qualification Strategy for Central Government, 2008, Sector Skill Council for Central Government.
- Sitko J., *Europejska akredytacja edukacji w dziedzinie zdrowia publicznego*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzane”, t. III, nr 2/2005.
- Sitko J., *Profesjonaliści zdrowia publicznego – dążenie do podnoszenia poziomu kształcenia*, Zdrowie Publiczne i Zarządzane”, 2001, nr 111(5-6), s. 410-413.
- State of the Public Service*, OECD, Paris 2008.
- Suraratdecha C., Okunade A.A., *Measuring operational efficiency in a health care system: A case study from Thailand*, „Health Policy” 2006, Vol. 77.
- Surdykowski B., *Dialog wokół kształcenia ustawicznego*, „Dialog. Pismo Dialogu Społecznego”, nr 3/2008.
- Surdykowski B., *Droga do przyszłości – edukacja i kształcenie ustawiczne*, „Dialog. Pismo Dialogu Społecznego”, nr 4/2008.
- WHO Regional Office for Europe, *Human Resources for Health in the WHO European Region*. WHO Report, Copenhagen.
- WHO, *Health Systems: Improving Performance*. World Health Report 2000, Geneva 2000, [www.who.int.proxy.lib.uwo.ca:2048/whr/2000/en/whr00\\_ch4\\_en.pdf](http://www.who.int.proxy.lib.uwo.ca:2048/whr/2000/en/whr00_ch4_en.pdf).
- WHO, *Pracując dla zdrowia*. Raport o stanie zdrowia na świecie 2006, Genewa 2006.
- WHO, *World Health Statistics 2008*, WHO, Global Atlas of the Health Workforce.
- Wójtowicz M., *Rola zarządzającego menedżera na polskim rynku zdrowotnym*, Antidotum, wydanie specjalne, 2000.
- Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ustanowienia europejskich ram kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie z dnia 23 kwietnia 2008 roku, 2008/C 111/01.

Zarządzenie nr 34 Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 marca 2008 roku zmieniające zarządzenie w sprawie powołania Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego Narodowego Programu Zdrowia.

### **Legal instruments:**

Ordinance No. 81 of the Chair of the Council of Ministers (Prime Minister) of August 1st 2007 on the principles by which to describe and valuate posts in the Civil Service, Monitor Polski of 2007, no. 48, item 566.

The Act of August 30th 1991 on healthcare institutions, Dziennik Ustaw Official Journal of Laws of 1991, No. 91, item 408.

The Act of January 23rd 2003 on Universal insurance with the National Health Fund, Dz. U. of 2003, No. 45, item 391.

The Act of June 6th 1998 on Powiat-level local government, Dz. U. of 1998, No. 91, item 578, with subsequent amendments.

The Act of June 6th 1998 on voivodship-level regional govnrnt, Dz. U. of 1998, No. 91, item 576, with subsequent amendments.

The Act of March 8th 1990 on local government at gmina (local) level, Dz. U. of 1990, No. 16, item 95, with subsequent amendments.

The Act of September 4th 1997 on divisions in the governmental administration, i.e. Dz. U. Of 2003, No. 159, item 1548, with subsequent amendments.

The Act on the Civil Service (Dz. U. No. 227, item 1505).

The Ordinance of the Minister of Health of April 27th 2006 establishing organisational regulations of the Ministry of Health, Dz. Urz. MZ (Official Journal of the Ministry of Health) 06.06.25.

The Proclamation of the Minister of Health of November 28th 2005 listing the organisational units subordinated to or supervised by the Minister of Health, as issued under Art. 33, para. 1d. of the Act of August 8th 1996 on the Council of Ministers, Dz. U. 03.24.199.

The Regulation of the Chair of the Council of Ministers (Prime Minister) of July 18th 2006 on the detailed scope of activity of the Ministry of Health, Dz.U. of 2006, No. 131, item 924.

The Regulation of the Minister of Health and Social Welfare of August 19th 1998 on the detailed principles for running competitions for certain managerial posts in the public Healthcare institutions, on the composition of the competition commission and on the framework rules for running competitions, Dz. U. No. 115, item 749.

The Regulation of the Minister of Health of May 17th 2000 on the requirements to be met by those in managerial posts in defined types of Healthcare institution, Dz. U. of 2000, No. 40, item 520.

**Selected websites:**

[www.aspher.org](http://www.aspher.org)  
[www.ehma.org](http://www.ehma.org)  
[www.ilo.org](http://www.ilo.org)  
[www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)  
[www.stomoz.pl](http://www.stomoz.pl)  
[www.who.int](http://www.who.int)  
[www.skillsforhealth.org.uk](http://www.skillsforhealth.org.uk)  
[www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk)  
[www.skillsforhealth.org.uk](http://www.skillsforhealth.org.uk)  
[www.government-skills.gov.uk](http://www.government-skills.gov.uk)  
[www.sante-sports.gouv.fr](http://www.sante-sports.gouv.fr)  
[www.formation-publique.fr](http://www.formation-publique.fr)

# Appendix I

## International experience with developing qualifications system

Many Western countries have been building competence and qualifications systems for years now, these being further targeted at different sectors of the economy and administration. The effort manifests itself in the establishment of categories of qualifications and skills that are ascribed to different tiers or types of post. Divisions responsible for HRM are also the subject of models as to overall functioning and roles to be played. Programmes seeking to develop human resources emphasise such a role to be assigned to human capital, not least in the healthcare system.

In the UK<sup>1</sup>, as in France, exceptionally complex systems have arisen to develop competences and skills among staff from different levels of healthcare system activity. In both the said countries, requirements as regards competences for the ministerial staff are determined at both the whole central administration level and that of the individual ministries themselves. In France, the Ministry of Health<sup>2</sup> resembles others in not establishing assumptions of its own to underpin human resources development policy<sup>3</sup>. Rather, it is the administering of the institution's personnel that takes place at this level. In this respect a key role is that at present played by the Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique (DGAFP), as the governmental institution tasked with supporting the Ministry in this regard. DGAFP possesses the necessary instrumentation to develop a continuing training apparatus, as well as methods for recruitment to - and the modulation of - posts. It also publishes handbooks of good practice as regards HRM, giving training to officials in ministries undergoing transformations as regards modern HRM methods. These begin with such basic items as ways of conducting qualifying interviews. Also organised for the benefit of all the Ministries are conferences on HRM run during a period in which structures in administration are being transformed (GPRH). In contrast, the units running ministerial policy as regards human resources (i.e. the HR Directorate) takes in both the Ministry of Health and the Ministry of Labour.

---

<sup>1</sup> The UK has a Department of Health and Social Welfare; [www.dh.gov.uk/en/index.htm](http://www.dh.gov.uk/en/index.htm).

<sup>2</sup> France has a Ministry of Health and Sport; [ww.sante-sports.gouv.fr/](http://ww.sante-sports.gouv.fr/).

<sup>3</sup> According to Danièle Champion, the Director in the Division of Occupations and Competences in the newly-established Human Resources Directorate.

The UK has different systems of qualifications put in place for medical and non-medical staff. These have been and are devised by various different institutions. One such, known as Skills for Government pursues a strategy for the development of qualifications among both administrative staff and general employees in the Departments. It forms part of a nationwide organisational network that develops sets of qualifications for different sectors of the British economy and administration (via Sector Skills Councils). Among activities engaged in is the identification of present and future needs as regards skills, the planning of training sessions and courses, research into the demand for different qualifications and into the relationship between skills and productivity, as well as the devising of best practices when it comes to the institutions in the learning and skills area.

In turn, a key role in the implementation of human resources development policy is played by the central Civil Service structure under the Head of the Civil Service<sup>4</sup>. Projects to improve qualifications are implemented at this level, some involving the “Heads of Professions”, i.e. the heads of the 22 professions identified as existing in the Civil Service<sup>5</sup>. Each profession thus has its leader, who is *inter alia* responsible for the development of professional standards within his/her profession, as well as for models of career development and professional profiles associated with different posts. The leader works together with HR units to integrate standards and qualifications into HRM systems. At higher levels of competence, 4 key skills referred to are personnel management, financial management, analysis and the use of data, as well as programming/planning and project management. In the highest administrative posts, there is an essential need for skills with communications and marketing to be possessed, as well as strategic thinking.

In addition, some projects for qualifications development are led by Permanent Secretaries (civil servants of highest rank who run Departments (i.e. Ministries in the Polish sense) from the Civil Service point of view). These become involved in projects to develop strategies on qualifications and development, i.e. the Skills Strategy for Central Government<sup>6</sup>. The strategy for human resources is built up into Professional Skills for Government (PSG). A framework for this programme appeared in 2005, assuring that there was a common language available to discuss issues of competence-building for civil servants. In turn, precisely-defined training

---

<sup>4</sup> [www.civilservice.gov.uk/index.aspx](http://www.civilservice.gov.uk/index.aspx).

<sup>5</sup> Sector Qualification Strategy for Central Government, 2008, Sector Skill Council for Central Government, p. 5.

<sup>6</sup> <http://civilservice.gov.uk/psg>.

packages are supplied by the National School of Government (ex Civil Service College).

The institution called Skills for Government devises sets of competences for the staff of public institutions, including for the Department of Health and its agencies<sup>7</sup>. Regarded as priorities are the development of qualifications for effective public policymaking, as well as operational delivery. “Policy-making is a core function within government and the ability to deliver world-class policy is viewed by Permanent Secretaries as strategically important for the Civil Service of the future. Policy-making is also a complex skill set, requiring the ability to analyse evidence, solve difficult problems, manage transition through legislation and oversee implementation”<sup>8</sup>.

In contrast, when it comes to HRM, the Department of Health itself formulates a strategy and objectives within the healthcare system, including in respect of the institutions that are part of the National Health Service<sup>9</sup>. However, this is based on sets of qualifications and skills that are formulated by Skills for Health<sup>10</sup>, as a part of the aforementioned network dealing with the qualifications system. It develops sets of qualifications for most types of activity ongoing within the healthcare system, including as regards the qualifications that should be possessed by those managing or administering healthcare institutions. These define competences as instruments allowing individuals and institutions to improve their performance. Competences concern the individual results of work done, and they determine the scope of what the given unit must know and understand. Each competence must be described using a certain established format, and setting out the name, context/conditions; scope; result criteria (measure of the implementation of something in line with the level of competence) and basic knowledge and understanding (in the sense of academic bases). Competences are to be grouped within wider frameworks, and related to defined conditions of work.

The above institution formulated a set of competences for those employed in the sphere of different medical posts, but also for those for

---

<sup>7</sup> [www.government-skills.gov.uk/setting-professional-standards/national-occupational-standards/index.asp](http://www.government-skills.gov.uk/setting-professional-standards/national-occupational-standards/index.asp).

<sup>8</sup> Sector Qualification Strategy for Central Government, *Sector Skill Council for Central Government 2008*, p. 6.

<sup>9</sup> HR in the NHS Plan, *More staff working differently*, Department of Health, 2002.

<sup>10</sup> The UK has a network of institutions whose role it is to develop a system of national qualifications. The aim of the Sector Skills Councils (SSCs) is to reduce disparities and deficits as regards the skills present in the UK in relation to other countries, and through improved efficiency, to increase possibilities for improvements in levels of skilling and productivity among employees. [www.skillsforhealth.org.uk/](http://www.skillsforhealth.org.uk/).

example employed in such spheres as public health, health protection, Health and Safety, health and social care, and employment planning. The set of competences also encompass posts in the administration of the healthcare system, including in HRM divisions. For those working in these institutions, it is anticipated that there be 4 levels of competence. At the lowest level the emphasis is on skills in effective communication, time management, work in a team, adequate reflection in work of information flowing in and binding action programmes. Criteria for proper performance of work include the ability to supply clear information to others in a way that meets their needs, a capacity to assume responsibility and to raise performance, and conduct of such a kind that supports effective work. The description of competences also contains requirements as regards knowledge and understanding (knowledge and active understanding being required, and hence also communication and an ability to plan out work, etc.).

In turn, at the highest level of competence, an employee must be qualified in respect of the taking of responsibility for the work of an entire unit, the motivation of the team as a whole and evaluation of their different activities, and evaluation of change ongoing in the internal and external environments, and hence a capacity to advise decisionmakers. The person must be capable of planning, negotiating and priority-setting, and should know how to conclude contracts and monitor their implementation, to document and research, and to solve problems. He or she must know how to respect diversity in the working environment, manage risk, analyse and interpret source data based on indicators, present and communicate as well as monitor information, and promote effective management. He or she must advise decisionmakers effectively as regards ethical matters and social responsibility, evaluate the ethical and social implications of given activity, communicate standards that are of social and ethical importance, identify and confer priorities upon internal and external factors in relation to institutions, manage information systems, and identify opportunities to improve efficiency and performance. He or she must be able to plan, organise and run formal and informal meetings in such a way that the objectives set for these are achieved, and to present employees with possibilities by which changes for the better can be implemented. He/she must also know how to implement change at an agreed time and with agreed resources, as well as to monitor and evaluate the influence and effectiveness of changes introduced, with their influence on future decisions in mind<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> [www.skillsforhealth.org.uk/competences/completed-competences-show-hide.aspx](http://www.skillsforhealth.org.uk/competences/completed-competences-show-hide.aspx) (state of the site as of 15.09.2009).

The institution has also devised a huge set of competences associated with work in public health. The competences were defined and described in terms of the most basic skills associated with the development of group labour up to and including management skills and the shaping and perfecting of public healthcare services in their entirety. As regards the basics, employees should possess:

- ◆ a capacity to develop operational relations between people, with other institutions and with local groups of citizens,
- ◆ communications skills in regard to the subject of health (mainly the development of a health lifestyle and assistance with modifying lifestyle),
- ◆ skills as regards the organisation of working time,
- ◆ skills as regards the gathering of data and information on health, as well as the monitoring of research (e.g. as regards lifestyle).

Successive levels of competence are skills as regards analysis and interpretation of the above data, the designing of communiqués on health factors and the conferment of structure upon them for the purposes of promotion, education, etc. The next levels of competence are associated with skills in the dissemination of information and the advising of others as regards the significance of gathered data and information.

The Council also formulates competences that should distinguish those holding high - or the highest - managerial posts. In this last regard, the people involved should know how to manage public services in the health field, to monitor effectiveness and the resources used in given services, to take appropriate decisions when challenges appear, and to lead teams that can monitor and assess performance as set against assumed objectives and plans of work. They should know how to react through feedback to results that teams and employees obtain, to monitor relations between those employed, and to act quickly where discrimination or other behaviour impairing the effectiveness of work arises. They should also monitor the use of resources, and formulate recommendations for employees when it comes to improving their performance.

An important element of qualifications concerns analytical skills, i.e. the capacity to look closely at gathered data, knowledge and statistics relating to the health issue. It is important that there be skill in interpreting research data and acting on the results thereof, not least when it comes to reaching agreements with interested parties as regards the implementation of research results. The skill to propose and reach agreement on



courses of action concerning intended results of implementation is needed, as is the skill to communicate the said plans of action, etc.

Where managerial and administrative competences are concerned, it is important that there be work together with others to identify and agree upon roles, along with the remits (scope of responsibility) of different individuals and organisational units as work is carried out. It is of great importance here that:

- ◆ employees are helped to appreciate the contribution they make to the activity of the institution,
- ◆ suggestions, ideas and views be presented,
- ◆ trends and the development of events in different public policy areas be monitored in relation to their possible influences on health and wellbeing,
- ◆ reviews of the effects of policies in improving health be carried out and evaluated, with partnerships being launched to assess policy effects on health on the macro scale,
- ◆ a part be played in the shaping of policy focused on improving people's health and wellbeing,
- ◆ information and arguments be presented to others as regards the policies influencing health,
- ◆ changes in policy be evaluated and recommended with a view to health being improved.

The scope of the knowledge and understanding to be attained is given in respect of each type of competence.

Skills for Health has introduced for the benefit of the public health sector some kind of framework all of its own, including 9 areas of its functioning. Four of these are regarded as of key importance, and each person working it must know it and have a defined level of competence in that regard. The four areas are:

- ◆ assessment of public health and wellbeing,
- ◆ assessment of the effectiveness of public interventions and actions, programmes and services pursued with a view to improving society's state of health,
- ◆ policy development and strategic programming, as well as implementation in the interests of public health,
- ◆ leadership and cooperation in the interests of public health.

Other areas of the public health sector are: improvement in the state of health, health protection, knowledge of public health, knowledge of an academic nature relating to public health and the quality of health and welfare<sup>12</sup>.

In each area there are qualifications frameworks including 9 levels of qualifications ranging from level 1 - at which employees have little knowledge or skill, or experience in public health, through to the highest level at which given persons possess the qualifications allowing them to map out strategic priorities and directions, as well as to play a leading role in efforts to improve public health.

### **National Professional/Vocational Standards in the UK**

In line with the National Occupational Standards<sup>13</sup>, as set by the UK Commission for Employment and Skills<sup>14</sup>, qualifications are recognised as a tool in the development of skills and activities as regards human resources management. They may be used to describe good practice in defined areas of work, supplying managers with tools by which to manage, engage in quality control, determine needs as regards training and assess posts. Professional standards set measurable results that the employee needs to achieve in the given post. They comprise a set of required skills, knowledge and scope of understanding, as required in the given profession if suitable results are to be attained.

The system of National Occupational Standards is also the basis for the National Vocational Qualifications, which anticipate five levels of qualifications<sup>15</sup> that encompass the following types of skill:

- ◆ **Level 1** - basic, routine and predictable labour skills,
- ◆ **Level 2** - a broad range of skills, including non-routine activities and individual responsibility,
- ◆ **Level 3** - some skill in controlling or guiding others,
- ◆ **Level 4** - management skills,
- ◆ **Level 5** - senior management skills<sup>16</sup>.

---

<sup>12</sup> Multidisciplinary/Multi-Agency. Multi-Professional Public Health Skills and Career Framework, Skills for Health, Public Health Resource Unit (PHRU), 2008, s. 9.

<sup>13</sup> National Occupational Standards.

<sup>14</sup> [www.ukces.org.uk/server.php?show=nav.206](http://www.ukces.org.uk/server.php?show=nav.206).

<sup>15</sup> Includes England, Wales and Northern Ireland.

<sup>16</sup> [www.government-skills.gov.uk/qualifications/nvqs-and-svqs/index.asp](http://www.government-skills.gov.uk/qualifications/nvqs-and-svqs/index.asp).

## Appendix II

### Expenditure on health care in Poland

Outlays incurred for public health in Poland are low as a proportion of GDP, when set against those that the country's western neighbours have elected to bear. Nevertheless, outlays are determined to a considerable degree by the level of economic development, and in this respect the EU displays a clear divide between the old and new Member States. The old states are materially wealthy and can withstand greater expenditure on the functioning of the healthcare system. On average, the analysed period saw expenditure as a proportion of GDP at the level of 10.4% in France and 10.54% in Germany. The shares in these countries have in fact been rising: from 10.3% in 1999 to 10.6% in 2006 in Germany and from 9.7% to 11.1% in the same period in France. This is all in spite of the fact that these countries possess both a democratic tradition and a market economy, and hence an awareness in society that the consumer is king, and that the individual has to take care of him/herself to a significant extent, not least when it comes to health.

Table I.

#### % of GDP accounted for by overall spending on health in the years 1999–2006

Year	Poland	Czech Rep.	Hungary	France	Germany
1999	5,7	6,6	7,2	9,7	10,3
2000	5,5	6,5	6,9	9,6	10,3
2001	5,9	6,7	7,2	9,7	10,4
2002	6,3	7,1	7,6	10,0	10,6
2003	6,2	7,4	8,3	10,9	10,8
2004	6,2	7,2	8,1	11,0	10,6
2005	6,2	7,1	7,8	11,2	10,7
2006	6,2	6,8	8,3	11,1	10,6

Table 2.

**Total expenditure on health per capita (PPP \$)  
in the years 1999–2006**

Year	Poland	Czech Rep.	Hungary	France	Germany
1999	573	938	810	2 344	2 592
2000	583	980	852	2 492	2 671
2001	642	1 082	971	2 666	2 808
2002	733	1 195	1 114	2 862	2 936
2003	79	1 340	1 282	3 076	3 089
2004	808	1 388	1 315	3 211	3 166
2005	844	1 447	1 440	3 406	3 250
2006	910	1 490	1 504	3 449	3 371

Source: compiled for the report by Prof. E. Nojszewska, Warsaw School of Economics (ditto for the remaining tables).

Where per capita expenditure is concerned, there is also a gap between old and new Member States of the EU. Germany and France have both witnessed a steady increase in overall expenditure expressed per person. In the period in question, this rise was of 47% in the case of France, 30% in the case of Germany. Levels in the two countries are in fact similar – while in the first years the German expenditure was greater, from 2004 on the French spent more on the health of each inhabitant as a reflection of differential rates of increase in spending per head.

Expenditure in Poland and the Czech Republic in each case rose by 59% in the years 1999–2006. The increase in Hungary was of as much as 86%. Comparisons between Poland and its Western neighbours denote a strategic goal for the central administration, however, since, as of 2006, levels of spending per person in Germany and France were respectively at 370 and 379% of Polish levels. Spending per head in the Czech Republic and Hungary in 2006 was in turn at levels 164% and 165% of those in Poland, this in fact maintaining a situation visible as long ago as in 199, when spending in the Czech Republic was at 164% of Polish levels, that in Hungary at 141%.

Table 3.

**Selected countries' public spending on health  
in the years 1999–2006, as a percentage of GDP**

Year	Poland	Czech Rep.	Hungary	France	Germany
1999	4,1	5,9	5,2	7,6	8,2
2000	3,9	5,9	4,9	7,5	8,2
2001	4,2	6,0	4,9	7,6	8,3
2002	4,5	6,4	5,3	7,9	8,4
2003	4,4	6,7	5,9	8,6	8,5
2004	4,3	6,4	5,7	8,7	8,1
2005	4,3	6,3	5,5	8,9	8,2

Table 4.

**Per capita public spending on health (PPP \$)**

Year	Poland	Czech Rep.	Hungary	France	Germany
1999	408	849	586	1 837	2 067
2000	408	885	602	1 952	2 127
2001	462	971	670	2 089	2 227
2002	521	1 081	782	2 249	2 326
2003	534	1 203	915	2 441	2 430
2004	554	238	927	2 550	2 435
2005	585	1 282	941	2 720	2 499
2006	636,0	1 309,0	978,0	2 833,0	2 548,0

Table 5.

**The percentage share of all spending on health accounted  
for by public spending**

Year	Poland	Czech Rep.	Hungary	France	Germany
1999	71,1	90,5	72,4	78,4	79,8
2000	70,0	90,3	70,7	78,3	79,7
2001	71,9	89,8	69,0	78,3	79,3
2002	71,2	90,5	70,2	78,6	79,2
2003	69,9	89,8	71,3	79,4	78,7
2004	68,6	89,2	70,5	79,4	76,9
2005	69,3	88,6	70,8	79,9	76,9
2006	70,0	88,0	70,9	79,7	76,9