

# Sektorowa Rama Kwalifikacji dla Zdrowia Publicznego

# Sektorowa Rama Kwalifikacji dla Zdrowia Publicznego (SRK ZP)

Warszawa 2020

**Zespół redakcyjny:**

Dorota Cianciara

Larysa Sugay

Ewa Urban

Małgorzata Gajewska

Katarzyna Lewtak

Maria Piotrowicz

Anna Rutyna

Aleksander Wasiak-Radoszewski

Andrzej Żurawski

Mateusz Panowicz

**Projekt okładki i skład:**

Wojciech Maciejczyk

**Zdjęcie na okładce:**

© Shutterstock.com

© Copyright by: Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2020

ISBN 978-83-66612-50-1

**Druk:**

ViW Studio Wiktor Krawczyński

ul. Szkolna 3

05-530 Dobiesz

**Wydawca:**

Instytut Badań Edukacyjnych

ul. Górczewska 8

01-180 Warszawa

tel. +48 22 241 71 00; [www.ibe.edu.pl](http://www.ibe.edu.pl)

Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach projektu *Wspieranie realizacji II etapu wdrażania Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji na poziomie administracji centralnej oraz instytucji nadających kwalifikacje i zapewniających jakość nadawania kwalifikacji.*

Egzemplarz bezpłatny

# Spis treści

<b>1. Wstęp</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Opis wykonanych prac</b> .....	<b>13</b>
2.1. Dobór ekspertów .....	13
2.2. Definiowanie sektora zdrowia publicznego, wyodrębnienie branż i wyznaczników sektorowych .....	16
2.3. Analiza kompetencji w zdrowiu publicznym .....	22
2.4. Weryfikacja projektu SRK ZP .....	26
<b>3. Opis SRK ZP</b> .....	<b>28</b>
3.1. Definicja sektora zdrowia publicznego .....	28
3.2. Kluczowe kompetencje w zdrowiu publicznym .....	28
3.3. Charakterystyki poziomów SRK ZP .....	31
<b>4. Wykorzystanie SRK ZP</b> .....	<b>34</b>
4.1. Instrukcja czytania charakterystyk poziomów SRK ZP .....	34
4.2. Rekomendacje do wykorzystania i wdrożenia i SRK ZP w Polsce .....	36
<b>5. Słownik towarzyszący SRK ZP</b> .....	<b>40</b>
<b>6. Piśmiennictwo i teksty źródłowe</b> .....	<b>52</b>
<b>ZAŁĄCZNIK: PROJEKT SRK ZP</b> .....	<b>59</b>



## 1. Wstęp

Podstawowym warunkiem współczesnego, opartego na informacji, rozwoju społeczno-gospodarczego, jest ciągłe doskonalenie oraz dostosowywanie umiejętności pracowników do dynamicznie zmieniającego się rynku pracy. W tego rodzaju procesach adaptacyjnych kluczowa wydaje się unikalna cecha gatunku ludzkiego, którą jest dostosowywanie się do warunków poprzez świadome uczenie się (Fontana, 1998; Illeris, 2009). Obecnie obserwuje się coraz większą świadomość znaczenia konieczności nieustannego rozwoju umiejętności pracowników dla procesów wzrostu gospodarczego. Skuteczność działań polegających na podnoszeniu poziomu kapitału ludzkiego zgodnie z ideą uczenia się przez całe życie leży u podstaw sukcesu współczesnych społeczeństw wysoko rozwiniętych.

Dane dotyczące polskiego rynku pracy wskazują, że rozwijająca się gospodarka boryka się z niedoborem odpowiednio wykwalifikowanych pracowników. Powoduje to widoczne w większości branż przedłużanie się procesów rekrutacyjnych oraz znaczący wzrost kosztów (PARP, 2019, s. 10). Zjawisko to było dostrzegane już w roku 2008, kiedy ponad 50% badanych pracodawców, którzy prowadzili rekrutację w swoich firmach, zgłaszało trudności ze znalezieniem pracowników spełniających oczekiwania związane z pracą na danym stanowisku (www.infor.pl, 2018). Nie ma ono zatem charakteru tymczasowego i stanowi istotny problem współczesnej polskiej gospodarki.

Obserwowane obecnie negatywne procesy rynku pracy wskazują na fakt, że tradycyjna edukacja szkolna i akademicka nie wystarczają, aby nadążyć za tempem zachodzących zmian w gospodarce. Z tego powodu tak istotne jest dziś wspieranie pracowników i propagowanie nowoczesnej edukacji, w tym idei uczenia się przez całe życie (ang. *lifewide lifelong learning*, dalej LLL). Jej główne założenia to m.in. docenianie uczenia się w różnych formach i miejscach na każdym etapie życia, potwierdzanie efektów uczenia się niezależnie od sposobu, miejsca i czasu ich osiągnięcia oraz efektywne inwestowanie w uczenie się i powszechność tych działań (Rada Ministrów, 2013).

W przypadku Polski bezpośrednim wyrazem polityki państwa wspierającej nowoczesne procesy edukacyjne jest przyjęta przez Radę Ministrów 14 lutego 2017 r. Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.), dalej SOR 2020 (M.P. z 2017 r., poz. 260). Wśród jej celów wskazano między innymi zapewnienie obywatelom odpowiedniej jakości kształcenia podwyższającego kwalifikacje i kompetencje. Dlatego zaplanowano realizację programów rozwoju kadr, które będą skupiać się na efektach kształcenia, czyli wiedzy, umiejętnościach i kompetencjach społecznych, pożądanym w danym sektorze gospodarki.

Zgodnie z założeniami SOR 2020 cele związane z rozwojem kadr mają być osiągnięte dzięki wspieraniu kształcenia zawodowego zarówno w obrębie systemu edukacji formalnej, jak i pozaformalnej, obejmującej kursy i szkolenia. Ponadto planowane są tak zwane inicjatywy na rzecz umiejętności, które opierają się na uznawaniu efektów edukacji innej niż formalna. Chodzi o kompetencje nabyte

zarówno dzięki wspomianej już edukacji pozaformalnej, jak też uczenia się nieformalnego, np. poprzez webinaria i poradniki internetowe, samodzielną pracę z literaturą czy efekty ogółu doświadczeń w danej dziedzinie (M.P. z 2017 r., poz. 260). Tym samym uznano, że system edukacji powinien zostać zorientowany na efekty kształcenia, a nie – jak dotychczas – na sposoby ich uzyskania.

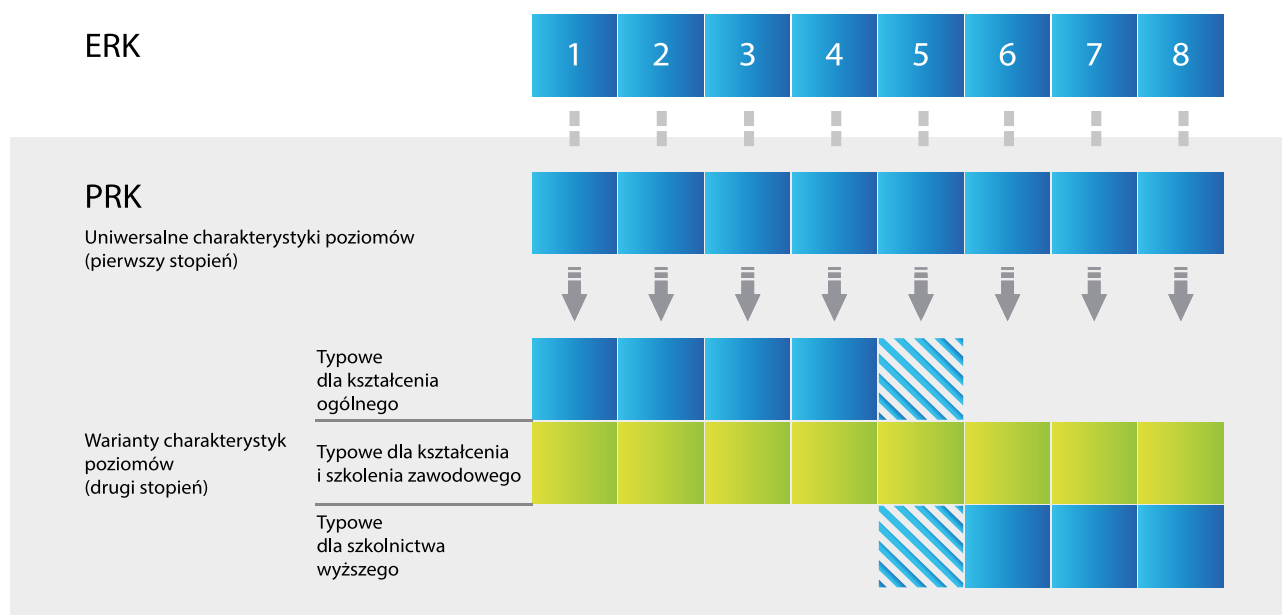
Obecnie w Polsce dąży się do dostosowania istniejących form przekazywania i sprawdzania wiedzy i umiejętności do wskazanego wyżej podejścia. Zorientowanie systemu edukacji na efekty kształcenia jest zgodne z przyjętą przez Unię Europejską w 2008 roku strukturą kwalifikacji zawartą w Europejskiej Ramie Kwalifikacji (dalej ERK). W aktualnej wersji została ona opisana w Zaleceniu Rady z dnia 22 maja 2017 r. w sprawie europejskich ram kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie (Dz. Urz. UE 2017/C 189/03). ERK zawiera uniwersalną strukturę poziomów kwalifikacji, umożliwiającą porównywanie ich w obrębie systemów kwalifikacji poszczególnych krajów UE. W Polsce założenia instytucjonalne takiego systemu określono w Ustawie z 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 226).

Jednym z głównych narzędzi ZSK jest Polska Rama Kwalifikacji (PRK). „W PRK, podobnie jak w Europejskiej Ramie Kwalifikacji (ERK), wyróżnia się osiem poziomów kwalifikacji. Każdy z poziomów PRK został scharakteryzowany za pomocą ogólnych stwierdzeń dotyczących efektów uczenia się, wymaganych dla kwalifikacji danego poziomu. Dla określania poziomu PRK nie ma znaczenia, czy wymagane dla kwalifikacji efekty uczenia się są osiągnięte w ramach zorganizowanej edukacji, czy w inny sposób. Charakterystyki poziomów PRK odnoszą się do pełnego spektrum efektów uczenia się wymaganych dla kwalifikacji, to znaczy wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych. Charakterystyki kolejnych poziomów PRK odzwierciedlają coraz wyższe wymagania w tych zakresach” (Chłoń-Domińczak i in., 2017, s. 4).

Istotne jest, iż w PRK przyjęto dwustopniowe charakterystyki poziomów. Charakterystyki uniwersalne (pierwszego stopnia) dotyczą wszystkich rodzajów edukacji i stanowią załącznik do ustawy o ZSK. Są one następnie rozwijane w charakterystyki poziomów drugiego stopnia, które dotyczą (Rysunek 1):

- kwalifikacji o charakterze ogólnym, ustalonych rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 13 kwietnia 2016 r.,
- kwalifikacji uzyskiwanych po zdobyciu kwalifikacji pełnej na poziomie 4, ustalonych rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 czerwca 2016 r.,
- kwalifikacji uzyskiwanych w ramach szkolnictwa wyższego, ustalonych rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 14 listopada 2018 r.,
- kwalifikacji o charakterze zawodowym, ustalonych rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 13 kwietnia 2016 r.

Rysunek 1. Struktura Polskiej Ramy Kwalifikacji. Charakterystyki poziomów pierwszego i drugiego stopnia należy czytać łącznie.



Zintegrowany System Kwalifikacji, nie stwarzając barier dla żadnej z form kształcenia, pozwala na uporządkowane, według określonej metodologii, rozmaitych kwalifikacji możliwych do uzyskania w Polsce. Do tej pory kwalifikacje nadawano w różnych strukturach, instytucjach i organizacjach, na podstawie odmiennych regulacji i ustaw, dlatego trudno je było zestawiać czy porównywać według jednolitych kryteriów. Dzięki ZSK szczególnie cenna jest możliwość włączenia do systemu kwalifikacji funkcjonujących na wolnym rynku, opisanie ich w języku efektów uczenia się i objęcie gwarantowanymi przez państwo (dzięki ogólnym zasadom włączania i funkcjonowania kwalifikacji w systemie) zasadami walidacji i zapewniania jakości. Funkcjonowanie ZSK powinno więc zachęcać do uczenia się przez całe życie i ułatwiać rozwój kompetencji zgodnych z własnymi zainteresowaniami lub popytem na rynku pracy. Stąd można stwierdzić, że ZSK stanowi instytucjonalny fundament, który może usprawnić procesy edukacyjne, jednocześnie ułatwiając wdrażanie w życie idei LLL. W poniższym zestawieniu zaprezentowano najważniejsze pojęcia dotyczące ZSK.



**Zestawienie 1. Najważniejsze pojęcia związane ze Zintegrowanym Systemem Kwalifikacji (m.in. na podstawie: Sławiński, 2017).**

<b>Europejska Rama Kwalifikacji (ERK)</b>	Struktura poziomów kwalifikacji stanowiąca układ odniesienia dla krajowych ram kwalifikacji, umożliwiająca pośrednie porównywanie kwalifikacji uzyskiwanych w różnych krajach. Została przedstawiona w zaleceniu Parlamentu Europejskiego i Rady.
<b>Zintegrowany System Kwalifikacji (ZSK)</b>	Wyodrębniona część Krajowego Systemu Kwalifikacji, w której obowiązują określone w ustawie standardy opisywania kwalifikacji oraz przypisywania poziomu Polskiej Ramy Kwalifikacji do kwalifikacji, zasady włączania kwalifikacji do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji i ich ewidencjonowania w Zintegrowanym Rejestrze Kwalifikacji, a także zasady i standardy certyfikowania kwalifikacji oraz zapewniania jakości nadawania kwalifikacji.
<b>Polska Rama Kwalifikacji (PRK)</b>	Opis ośmiu wyodrębnionych w Polsce poziomów kwalifikacji odpowiadających określonym poziomom europejskich ram kwalifikacji, o których mowa w załączniku II do Zalecenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 kwietnia 2008 r. w sprawie ustanowienia europejskich ram kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie (Dz. Urz. UE C 111 z 06.05.2008, s. 1), sformułowany za pomocą ogólnych charakterystyk efektów uczenia się dla kwalifikacji na poszczególnych poziomach, ujętych w kategoriach wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych.
<b>Sektorowa Rama Kwalifikacji (SRK)</b>	Opis poziomów kwalifikacji funkcjonujących w danym sektorze lub branży; poziomy Sektorowych Ram Kwalifikacji odpowiadają określonym poziomom Polskiej Ramy Kwalifikacji.
<b>Kwalifikacja</b>	Zestaw efektów uczenia się w zakresie wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych, nabytych w edukacji formalnej, edukacji pozaformalnej lub poprzez uczenie się nieformalne, zgodnych z ustalonymi dla danej kwalifikacji wymaganiami, których osiągnięcie zostało sprawdzone w walidacji oraz formalnie potwierdzone przez uprawniony podmiot certyfikujący.
<b>Efekty uczenia się</b>	Wiedza, umiejętności oraz kompetencje społeczne nabyte w procesie uczenia się.
<b>Wiedza</b>	Zbiór opisów obiektów i faktów, zasad, teorii oraz praktyk, przyswojonych w procesie uczenia się, odnoszących się do dziedziny uczenia się lub działalności zawodowej.

<b>Umiejętności</b>	Przyswojona w procesie uczenia się zdolność do wykonywania zadań i rozwiązywania problemów właściwych dla dziedziny uczenia się lub działalności zawodowej.
<b>Kompetencje społeczne</b>	Rozwinięta w toku uczenia się zdolność do kształtowania własnego rozwoju oraz autonomicznego i odpowiedzialnego uczestniczenia w życiu zawodowym i społecznym, z uwzględnieniem etycznego kontekstu własnego postępowania.
<b>Poziom PRK</b>	Zakres i stopień złożoności wymaganych efektów uczenia się dla kwalifikacji danego poziomu, sformułowanych za pomocą ogólnych charakterystyk efektów uczenia się.
<b>Charakterystyka poziomów</b>	Zestaw ogólnych stwierdzeń (składników opisu poziomu PRK), charakteryzujących wiedzę, umiejętności i kompetencje społeczne, wymagane dla kwalifikacji na danym poziomie PRK.

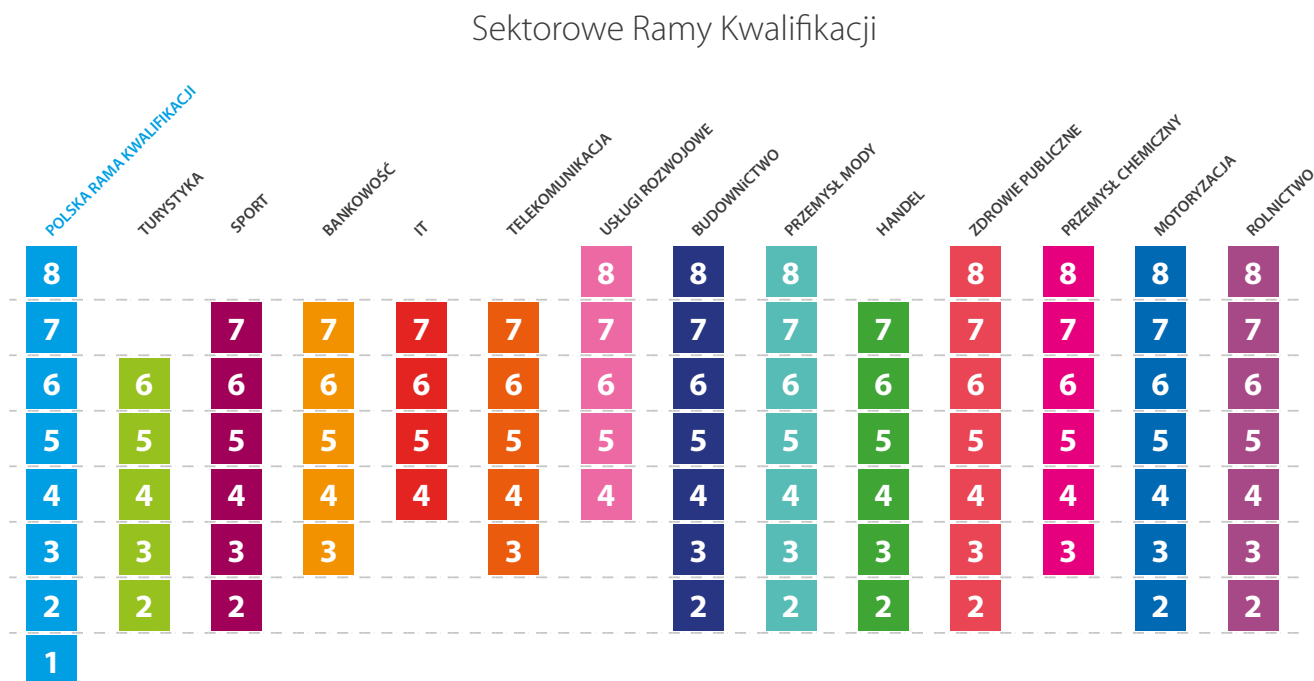
Zgodnie z art. 11 ustawy o ZSK zapisy charakterystyk typowych dla kwalifikacji o charakterze zawodowym Polskiej Ramy Kwalifikacji można rozwijać, tworząc Sektorowe Ramy Kwalifikacji (SRK). Rama sektorowa (patrz Zestawienie 1) jest zdefiniowana w ustawie o ZSK. SRK są tworzone dla tych dziedzin działalności, w których pojawia się takie zapotrzebowanie.

Główną ideą przyjętą przy opracowaniu ram sektorowych jest ich tworzenie przez branżę dla branży. Oznacza to, że w proces powstawania ramy zaangażowane jest możliwie jak najszersze grono interesariuszy – firmy działające w danym sektorze, izby i organizacje branżowe, przedstawiciele szkolnictwa wyższego i zawodowego oraz instytucje regulacyjne. Tworzenie ramy inicjuje dyskusję o kompetencjach i kwalifikacjach potrzebnych w danym sektorze oraz umożliwia wymianę informacji między jego przedstawicielami. Interesariusze branżowi są zatem zarówno twórcami, jak i adresatami rozwiązań z ramy sektorowej. Zespół ekspertów z danej branży tworzy projekt SRK, który jest następnie konsultowany w środowisku branżowym. Jednym z ważniejszych elementów pracy nad SRK jest określenie wyznaczników sektorowych, które przedstawiają obszary kompetencji istotne dla konkretnego sektora. Pomagają one w ustaleniu charakterystyk poszczególnych poziomów.

Poziomy SRK muszą odpowiadać określonym poziomom PRK, jednak składniki opisu poziomu powinny odzwierciedlać specyfikę danej branży. Choć teoretycznie rama sektorowa może obejmować wszystkie poziomy PRK, dotychczasowe prace wskazują, że docelowa liczba opisanych poziomów zależy od branży.

Do końca 2019 r. powstały projekty 13 SRK dla sektorów: bankowego, IT, sportu, turystyki, telekomunikacji, budownictwa, usług rozwojowych, przemysłu mody, handlu, zdrowia publicznego, oraz rolnictwa, motoryzacji i przemysłu chemicznego. Liczbę poziomów ww. ram przedstawiono na Rysunku 2.

Rysunek 2. Dotychczas opracowane SRK wraz ze wskazaniem liczby poziomów.



Ramy sektorowe są włączane do ZSK w drodze rozporządzenia wydawanego przez ministra koordynatora ZSK (ministra właściwego ds. oświaty i wychowania). Działania w celu włączenia Sektorowych Ram Kwalifikacji do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji podejmuje minister właściwy z własnej inicjatywy lub na wniosek Sektorowej Rady do spraw Kompetencji lub zainteresowanego podmiotu, jeżeli wstępna ocena celowości włączenia Sektorowych Ram Kwalifikacji do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji jest pozytywna (Dz.U. z 2018 r., poz. 2153, 2245 art. 11 ust. 2). Dotychczas włączone zostały ramy sektorów sportu, turystyki, budownictwa i usług rozwojowych. Ponadto Rada Interesariuszy ZSK pozytywnie zaopiniowała włączenie SRK dla bankowości oraz telekomunikacji.

Z opracowania Sektorowej Ramy Kwalifikacji płynie wiele korzyści. Przede wszystkim rama jest efektem dialogu przedstawicieli danej branży, co pozwala wypracować wiele uniwersalnych rozwiązań. Usprawnia też opisywanie i włączanie kwalifikacji do ZSK, ponieważ przekłada język PRK na język specyficzny dla branży. Dzięki SRK można łatwiej zrozumieć, jak należy odnosić zapisy PRK do wymagań dotyczących kompetencji w konkretnej branży, co z kolei ułatwia trafne przypisanie poziomu PRK do określonej kwalifikacji.

W Instytucie Badań Edukacyjnych (IBE) trwają prace nad opracowaniem kolejnych SRK dla branż takich jak energetyka i górnictwo. Warto podkreślić, że pomysł tworzenia wielu SRK oraz włączania ich do systemu w Polsce pojawił się jako jeden z pierwszych w Europie. Obecnie zbliżone rozwiązanie jest wdrażane na Łotwie.

## Korzyści z opracowania Sektorowej Ramy Kwalifikacji

Sektorowe Ramy Kwalifikacji (SRK) są narzędziem, które ma pomagać w porządkowaniu kwalifikacji rynkowych oraz ułatwiać przypisywanie im poziomu PRK.

Mają zapewnić przejrzystość kwalifikacji w danym sektorze oraz umożliwić ich porównywalność.

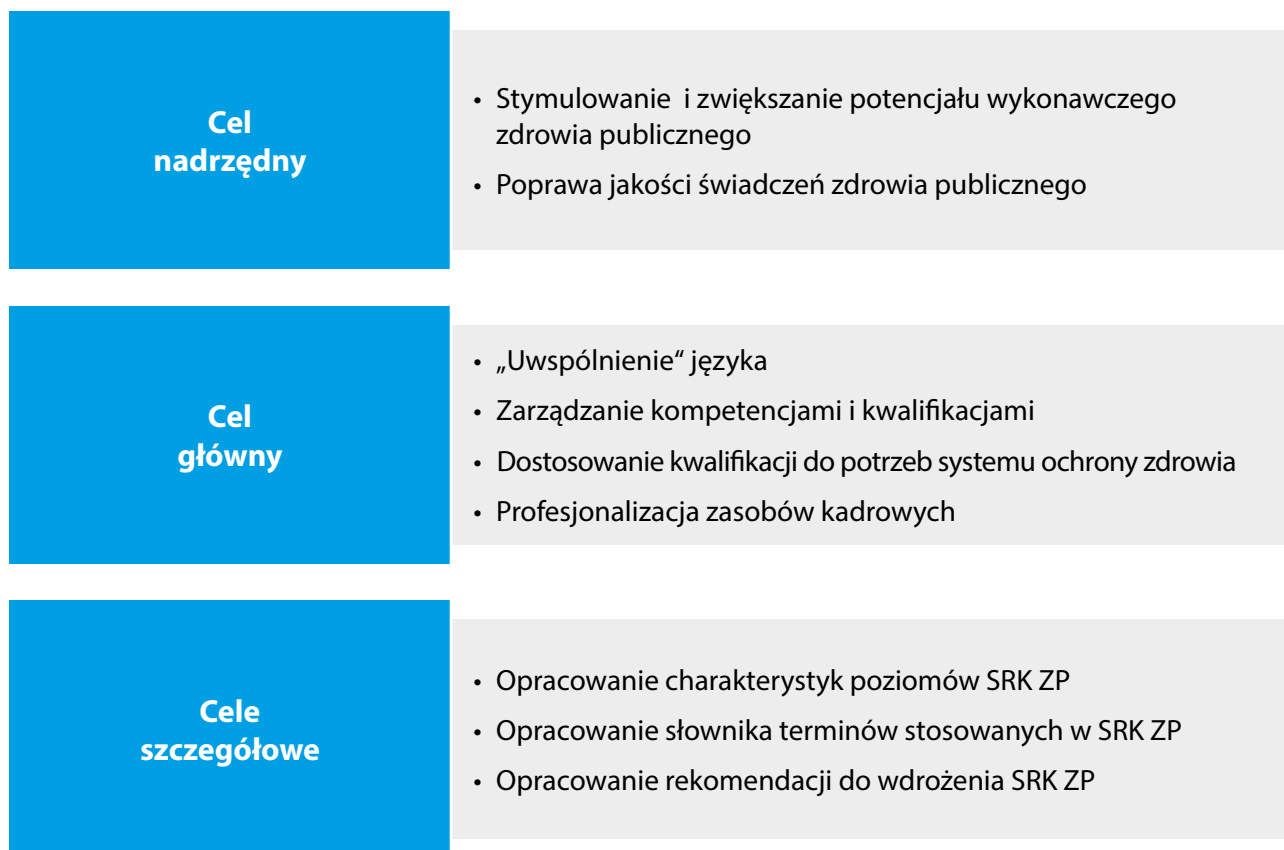
Charakterystyki poziomów kwalifikacji w SRK są zgodne z poziomami PRK, ale są od nich bardziej szczegółowe. Odzwierciedlają efekty uczenia się (wiedzę, umiejętności, kompetencje społeczne) na poszczególnych poziomach, wykazując przy tym ich przyrost przy przejściu z poziomu na poziom. SRK uwzględniają specyfikę danej branży i są tworzone przez przedstawicieli danego sektora. Charakterystyki te mogą być pomocne dla:

- pracowników danego sektora poprzez ułatwienie im poświadczania swoich kompetencji oraz planowanie ścieżek kariery,
- osób, które są zainteresowane pracą w sektorze poprzez ułatwienie im wyboru odpowiednich kursów i szkoleń,
- instytucji szkoleniowych poprzez pomoc w tworzeniu odpowiednich ofert szkoleniowych,
- pracodawców – poprzez usprawnienie rekrutacji; mogą służyć również do oceny pracowników,
- osób opisujących nowe kwalifikacje w sektorze poprzez odniesienie ich do zapisów SRK,
- doradców zawodowych poprzez ułatwienie analizy potencjału zawodowego klientów w danym sektorze,
- instytucji certyfikujących i walidujących.

## Cel opracowania Sektorowej Ramy Kwalifikacji dla Zdrowia Publicznego

Nadrzędnym celem opracowania SRK ZP jest stymulowanie i rozwijanie potencjału wykonawczego sektora zdrowia publicznego w Polsce oraz dążenie do poprawy jakości jego świadczeń. Cel główny i cele szczegółowe projektu przedstawiono na Rysunku 3.

Rysunek 3. Hierarchia celów stawianych przy opracowaniu SRK ZP.



Niniejsza publikacja przedstawia informacje dotyczące projektu SRK ZP. Składa się z części prezentujących kolejno: opis realizacji projektu i metodologię prac, strukturę ramy, rekomendacje dotyczące wykorzystania i wdrożenia SRK ZP w Polsce oraz słownik stosowanych pojęć. Załącznik zawiera charakterystyki poziomów SRK ZP.

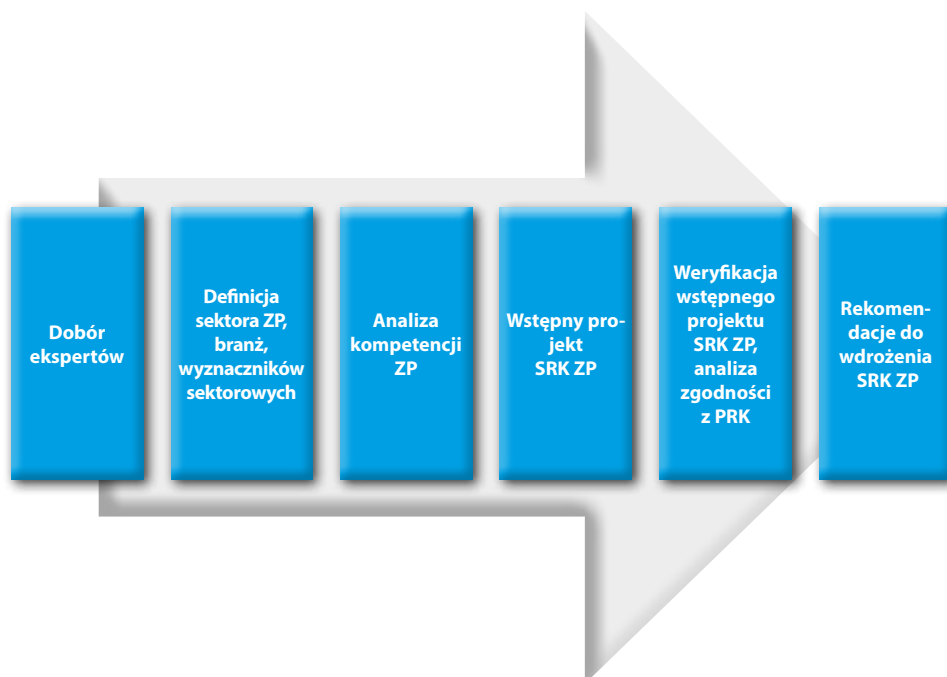
Publikacja powstała w wyniku prac nad projektem SRK ZP przeprowadzonych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) na zlecenie Instytutu Badań Edukacyjnych (IBE). Po stronie NIZP-PZH w projekcie uczestniczyły następujące osoby:

- Dorota Cianciara, dr hab. n. med., kierownik, koordynatorka projektu,
- Ewa Urban, dr n. med., osoba upoważniona do kontaktów,
- Małgorzata Gajewska, dr n. med.,
- Katarzyna Lewtak, dr n. med.,
- Maria Piotrowicz, mgr,
- Larysa Sugay, mgr,
- Anna Rutyna, mgr.

## 2. Opis wykonanych prac

Najważniejsze etapy wykonanych prac w ramach opracowywania SRK ZP przedstawiono na Rysunku 4.

Rysunek 4. Etapy pracy nad SRK ZP.



### 2.1. Dobór ekspertów

#### Rekrutacja i skład grupy ekspertów

Zespół ekspercki stanowili specjaliści z dziedziny zdrowia publicznego, mający wiedzę na temat kompetencji wymaganych od pracowników w sektorze oraz kwalifikacji w nim nadawanych. Eksperci zostali wybrani według ściśle określonych kryteriów, tak aby wśród nich znaleźli się różni reprezentanci sektora. Pierwszym krokiem na drodze do powołania grupy eksperckiej było wstępne wytypowanie osób spełniających kryteria zadane w ramach projektu, a następnie zaproszenie ich do współpracy, na którą się zgodzili. Wszyscy eksperci stanowili kadrę zdrowia publicznego.

Zgodnie z założeniami projektu zespół ekspercki składał się z:

- przedstawicieli administracji rządowej (Ministerstwa Zdrowia, konsultantów wojewódzkich) związanych z sektorem zdrowia publicznego,
- przedstawicieli publicznych pracodawców związanych z sektorem zdrowia publicznego, w tym przedstawicieli samorządu terytorialnego,

- przedstawiciela organizacji pracodawców sektora zdrowia publicznego,
- przedstawicieli uczelni związanych z kształceniem w obszarze zdrowia publicznego,
- osoby związanej z kształceniem na potrzeby sektora zdrowia publicznego spoza systemu oświaty i szkolnictwa wyższego.

Zgodnie z założeniami projektu w zespole eksperckim znalazły się osoby, które uczestniczyły w:

- opracowaniu podstaw programowych kształcenia w zawodach związanych ze zdrowiem publicznym,
- opracowaniu opisów efektów uczenia się w obszarze kształcenia w zakresie nauk medycznych i nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej,
- międzynarodowym projekcie dotyczącym kompetencji w sektorze zdrowia publicznego,
- tworzeniu kwalifikacji w sektorze zdrowia publicznego nadawanych poza systemem oświaty i szkolnictwa wyższego.

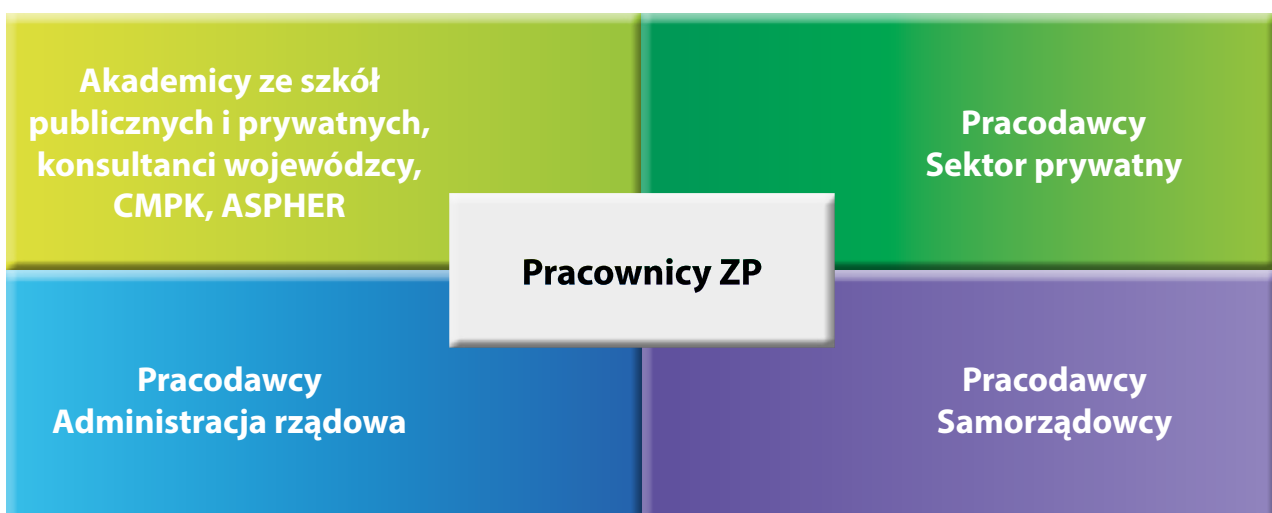
**W skład zespołu ekspertów weszli** (stopnie i tytuły naukowe podano dla osób zatrudnionych na uczelniach):

- Katarzyna Czabanowska, dr hab. n. med., prezydent ASPHER (The Association of Schools of Public Health in the European Region), Department of International Health, Maastricht University, Holandia,
- Wojciech Drygas, prof. dr hab. n. med., konsultant wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego (woj. łódzkie), kierownik Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii w Warszawie; Zakład Medycyny Społecznej Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi,
- Mariusz Duplaga, dr hab. n. med., Kierownik Zakładu Promocji Zdrowia, Instytut Zdrowia Publicznego, Collegium Medicum UJ,
- Joanna Gotlib, dr hab. n. o zdr., kierownik Zakładu Dydaktyki i Efektów Kształcenia, prodziekan ds. Oddziału Zdrowia Publicznego Wydziału Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny,
- Elżbieta Grochowska-Niedworok, dr hab. n. farm., dziekan Wydziału Zdrowia Publicznego w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny,
- Katarzyna Jagodzińska-Kalinowska, dyrektor biura prezesa, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,

- Teresa Kulik, prof. dr hab. n. med., konsultant wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego (woj. lubelskie); kierownik Katedry Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie,
- Aleksandra Lusawa, dyrektor Departamentu Promocji Zdrowia, Biostatystyki i Analiz, Główny Inspektorat Sanitarny,
- Dominik Maślach, dr n. med., zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia, Urząd Marszałkowski Woj. Podlaskiego; p.o. kierownika Zakładu Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku,
- Dariusz Poznański, zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia,
- Anna Rulkiewicz, prezes zarządu LUX MED Sp. z o.o.; dyrektor zarządzająca LMG Försäkrings AB; prezes zarządu Związku Pracodawców Medycyny Prywatnej; członek Rady ds. Zdrowia Publicznego; członek zespołu problemowego ds. usług publicznych Rady Dialogu Społecznego,
- Andrzej Śliwczyński, zastępca dyrektora Departamentu Gospodarki Lekami, Narodowy Fundusz Zdrowia,
- Piotr Tyszko, dr. hab. n. med., wykładowca w Wyższej Szkole Ekologii i Zarządzania w Warszawie; profesor wizytujący w Instytucie Medycyny Wsi, Lublin,
- Zbigniew Węgrzyn, lek. med., Zespół ds. Programów Specjalizacji, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego,
- Marek Wójcik, pełnomocnik zarządu ds. legislacyjnych, Związek Miast Polskich.

Koncepcję składu grona ekspertów podano na Rysunku 5.

Rysunek 5. Podział grupy ekspertów ze względu na miejsce pracy.





W opracowaniu projektu SRK ZP uczestniczyli także przedstawiciele IBE – Andrzej Żurawski oraz Aleksander Wasiak-Radoszewski, a okresowo także Krzysztof Kurek, członek zarządu LUX-MED. Sp. z o.o.

## Zadania grupy ekspertów

Zasadniczym zadaniem zespołu eksperckiego było stworzenie projektu SRK ZP. Eksperti byli proszeni przez zespół projektowy NIZP-PZH o wyrażanie opinii na temat założeń do kolejnych kroków podejmowanych w projekcie oraz proponowanych w tym celu metod, a także o dokonywanie poprawek do przedkładanych im propozycji. Eksperti zostali poproszeni o wypowiedzenie się w kwestii:

- definicji sektora zdrowia publicznego,
- założeń do badania jakościowego prowadzonego metodą IDI wśród pracowników zdrowia publicznego – „Kto to jest pracownik zdrowia publicznego?” oraz wyników tego badania,
- proponowanych wstępnie branż zdrowia publicznego oraz wyznaczników sektorowych,
- listy kluczowych kompetencji w zdrowiu publicznym,
- założeń dotyczących charakterystyk poziomów SRK ZP,
- wstępnego projektu SRK ZP,
- założeń do badania ilościowego prowadzonego metodą CAWI wśród interesariuszy sektora zdrowia publicznego na temat wstępnego projektu SRK ZP,
- słownika towarzyszącego SRK ZP, w tym na temat zasadności wyboru haseł do słownika oraz proponowanych definicji,
- instrukcji czytania charakterystyk poziomów SRK ZP,
- rekomendacji do wdrożenia i wykorzystania SRK ZP.

## 2.2. Definiowanie sektora zdrowia publicznego, wyodrębnienie branż i wyznaczników sektorowych

### Definiowanie sektora zdrowia publicznego

Definiowanie sektora zdrowia publicznego dla potrzeb opracowania SRK ZP było wynikiem analizy licznych definicji oraz opisów funkcji zdrowia publicznego zawartych w polskim prawie, piśmiennictwie międzynarodowym, a zwłaszcza w stanowisku Biura Regionalnego WHO dla Europy w sprawie podstawowych funkcji zdrowia publicznego. W celu rozpoznania branżowego rozumienia działalności

zdrowia publicznego i ukierunkowania prac przy definiowaniu sektora zrealizowano badanie IDI pn. „Kto to jest pracownik zdrowia publicznego?”. Poniżej podano szczegółowe informacje o tym badaniu.

## Definiowanie pracownika zdrowia publicznego w badaniu IDI

Celem badania było opisanie pracownika zdrowia publicznego, najważniejszych cech wykonywanej przez niego pracy i wymaganych do niej kompetencji. Badanie miało charakter eksploracyjny, było anonimowe, udział w nim był dobrowolny.

Badanie przeprowadzono wśród osób, które ukończyły studia II stopnia w trybie stacjonarnym na kierunku zdrowie publiczne (WUM, CMUJ) i jednocześnie były pracownikami, tj. wykonywały pracę zarobkową, niezależnie od formy zatrudnienia. Niektórzy ukończyli także inne kierunki, jak np. ratownictwo medyczne, pielęgniarstwo, pedagogika, psychologia czy prawo, zarówno na poziomie licencjackim, jak i magisterskim. Wszyscy respondenci zajmowali stosunkowo odpowiedzialne stanowiska w instytucjach i organizacjach powiązanych z sektorem zdrowia, i reprezentowali zarówno pracodawców publicznych, jak i prywatnych, w bardzo różnych dziedzinach zatrudnienia takich jak epidemiologia, HTA (Health Technology Assessment), badania kliniczne, zarządzanie, IT, polityka. W lipcu 2018 r. przeprowadzono 12 wywiadów częściowo ustrukturyzowanych, pogłębionych (IDI). W badaniu wzięło udział 9 kobiet oraz 3 mężczyzn. Respondenci mieli od 26 do 31 lat (średnia wieku wynosiła w latach: 28,2). Wypowiedzi zostały nagrane na dyktafonie, a następnie poddane selektywnej transkrypcji.

## Omówienie wyników badania

### **Opis pracownika zdrowia publicznego**

Próby scharakteryzowania przez respondentów pracownika zdrowia publicznego zaczęły się od stwierdzeń ogólnych, w których powtarzała się kwestia interdyscyplinarności dziedziny. Bardziej precyzyjne próby opisu pracownika, inspirowane pytaniami prowadzącego wywiad, odnosiły się do dwóch zasadniczych aspektów: wielozadaniowości (zakres pracy) oraz poprawy zdrowia (cel pracy). Jednak opinie te były ogólne i wynikały z osobistej perspektywy absolwenta kierunku zdrowie publiczne na poziomie magisterskim, którego nazywano specjalistą zdrowia publicznego. W wypowiedziach respondentów w ogóle nie wystąpiły odniesienia do prac laboratoryjnych czy pomocniczych, a także tych wykonywanych przez laików, np. wolontariuszy.

### **Miejsca pracy i zadania zawodowe pracownika zdrowia publicznego**

Niezależnie od rodzaju pracy, jaką wykonywali respondenci, czuli się oni pracownikami zdrowia publicznego. Podkreślali interdyscyplinarność dziedziny i wskazywali bardzo szeroką gamę potencjalnych pracodawców. Z licznych wypowiedzi wynikało, że pracownicy zdrowia publicznego mogą wykonywać niemal wszystkie prace w systemie ochrony zdrowia, niekoniecznie w sektorze publicznym, który z istoty rzeczy powinien stanowić główne miejsce ich zatrudnienia. Osoby badane miały wyraźnie silne przekonanie co do tego, że sektor prywatny (np. farmaceutyczny, ubezpieczeniowy) jest bardzo ważnym (i pożądanym) pracodawcą. Opisy dotyczące zadań zawodowych dla pracownika zdrowia publicznego charakteryzowały się bardzo dużym poziomem ogólności i były zgodne z kluczem przedmiotowym, np. jako zadania związane z epidemiologią czy promocją zdrowia.

### Kompetencje pracownika zdrowia publicznego

W odpowiedzi na pytanie o kompetencje potrzebne do pracy w zdrowiu publicznym respondenci odnosili się przede wszystkim do konieczności posiadania wiedzy z tej dziedziny. Rozumieli ją jako znajomość odpowiednich faktów oraz zagadnień, kojarzyli z poszczególnymi dziedzinami nauki i przedmiotami wykładanymi na studiach (np. epidemiologią, ekonomiką), a także z obeznaniem z organizacją systemu zdrowia. Rzadko wspomniano o wiedzy dotyczącej procedur. Zapytani o potrzebne do pracy umiejętności i kompetencje społeczne wymieniali zarówno umiejętności twarde, jak i miękkie (Zestawienie 2). W trakcie badania nie starano się rozróżniać umiejętności miękkich od kompetencji społecznych.

**Zestawienie 2. Opinie respondentów na temat umiejętności i kompetencji społecznych potrzebnych pracownikowi zdrowia publicznego (w kolejności alfabetycznej).**

Umiejętności twarde	Umiejętności miękkie i kompetencje społeczne
analiza danych, wyników badań	autoprezentacja, sprzedanie siebie
analiza treści, wybór priorytetów	chęć stałego uczenia się, zdobywanie wiedzy
czytanie ze zrozumieniem	funkcje zarządcze, kierownicze przywództwo, charyzma
łączenie wiedzy z różnych obszarów	krytyczne myślenie
metodologia badań	organizacja czasu pracy
pisanie esejów	poszukiwanie rzetelnej informacji
pisanie procedur	radzenie sobie ze stresem
programowanie, wizualizacja danych	samodzielność
prowadzenie dokumentacji medycznej	stabilność emocjonalna
przynajmniej 2 języki obce	uczenie się na błędach
tworzenie programów prozdrowotnych, profilaktycznych	współpraca z innymi ludźmi, otwartość, relacje, umiejętność dyskusji
zarządzanie jakością	wyjaśnianie laikowi
	zaangażowanie
	zorganizowanie, łączenie kilku umiejętności naraz

Respondenci pytani o zakres tematyczny, z jakim powiązane są kompetencje przydatne w aktualnej pracy, najczęściej wskazywali na kwestie współpracy oraz zagadnienia prawne (Tabela 1). Najwięcej kontrowersji budziła przydatność kompetencji kulturowych.

**Tabela 1. Opinie respondentów na temat przydatności grup kompetencji (wg tematyki) w zdrowiu publicznym w ich aktualnej pracy zawodowej (n=12).**

Tematyczna grupa kompetencji w ZP	Liczba odpowiedzi		
	Tak	Nie	Tak i nie/ nie mam zdania
nauki stosowane w ZP (np. epidemiologia, biostatystyka, socjologia, psychologia), teorie i modele, metodologia badań	11	1	0
ocena potrzeb zdrowotnych, analiza danych	11	1	0
planowanie, wdrożenie, ewaluacja programów i/lub polityk	10	1	1
umiejętność współpracy, budowania partnerstwa/koalicji, prowadzenia negocjacji	12	0	0
rzecznictwo zdrowotne, komunikacja	10	2	0
technologia, informatyka	9	3	0
wrażliwość kulturowa i społeczna (świadomość różnic występujących między kulturami oraz wyczucie w momencie, gdy następuje spotkanie z taką różnicą)	10	0	2
przywództwo, myślenie systemowe	11	0	1
prawo, etyka	12	0	0

## Znaczenie edukacji formalnej i pozaformalnej oraz uczenia się nieformalnego

Respondenci zdecydowanie wyżej cenili edukację formalną niż pozostałe formy uczenia się. W odpowiedzi na pytanie, gdzie pracownik zdrowia publicznego powinien zdobywać wiedzę i umiejętności, odnosili się przede wszystkim do wykształcenia uzyskanego w szkole wyższej. Większość badanych twierdziła jednak, że aktualnie uczelnie nie spełniają swojej roli w wystarczającym stopniu. Ukończone studia nie przygotowały ich do pracy: nie uzyskali niezbędnej wiedzy, nie nauczyli się też integrować nabywanej wiedzy, nie wykształcili w sobie umiejętności praktycznych. Respondenci zwracali uwagę na to, że nauka specjalizacji na studiach odbywa się zbyt późno. Podkreślali również, że organizacja studiów jest za mało elastyczna. Według osób badanych studia oferują możliwość zdobycia jedynie około 30–40% potrzebnej wiedzy i przydatnych umiejętności. Niewielką rolę w nabywaniu wiedzy i umiejętności przypisywali także edukacji pozaformalnej, np. prowadzonej przez pracodawcę. Pojawiały się także wypowiedzi podkreślające znaczenie samokształcenia oraz innych form uczenia się nieformalnego (np. konferencje, wyjazdy zagraniczne).

## Wnioski z badania dla opracowania definicji sektora zdrowia publicznego oraz SRK ZP

Dla opracowania SRK ZP sektor zdrowia publicznego powinien być strukturą bardziej spójną, niż wynika to z opinii badanych. Koniecznością jest wytyczenie klarownych granic sektora zdrowia publicznego, w tym zakresu zadań zawodowych pracowników, przy uwzględnieniu aktualnych tendencji w definiowaniu funkcji zdrowia publicznego oraz podziału nauk zgodnie z OECD (np. prowadzenie Health Technology Assessment/HTA i badań klinicznych nie mieści się w naukach o zdrowiu).

Charakterystyki poziomów SRK ZP powinny uwzględnić kwalifikacje na większej liczbie poziomów niż 7 („magisterski”), do którego odnosili się badani. Należy uwzględnić fakt, że zarówno w ERK jak w PRK już poziom niższy, tj. 6 („licencjacki”) opisuje kwalifikacje, które umożliwiają całkowicie samodzielne wykonywanie zaawansowanych teoretycznie i praktycznie zadań zawodowych.

Charakterystyki poziomów SRK ZP powinny być stosunkowo szczegółowe i zrozumiałe. Należy jednak zachować proporcje między szczegółowością i ogólnością, której wymaga rama, dlatego SRK ZP powinna być uzupełniona słownikiem najważniejszych terminów.

Efektem podjętych analiz i badania było opracowanie kilku roboczych definicji sektora, które poddano ocenom ekspertów i innych osób, a następnie korektom oraz ponownej ocenie. Ostateczna definicja sektora znajduje się w Rozdziale 3.1.

## Wyodrębnienie branż i wyznaczników sektorowych

### Wyodrębnienie branż

Początkowo w trakcie prac nad ramą wyodrębniono kilka branż zdrowia publicznego. Ostatecznie ustalono jednak, że rama będzie uwzględniać jedną zasadniczą branżę w sektorze zdrowia publicznego – branżę tzw. kluczowych funkcji zdrowia publicznego według stanowiska Biura Regionalnego WHO dla Europy, tj. świadczenia zdrowia publicznego, czyli ochronę zdrowia, promocję zdrowia i profilaktykę chorób, jak również aspekty rzecznictwa i mobilizacji społecznej, czyli jednej z funkcji ułatwiających, a także zwiad epidemiologiczny (Zestawienie 3).

Natomiast pozostałe funkcje zdrowia publicznego określone przez WHO Euro jako ułatwiające (opiekuńcze, zarządzanie, zapewnienie wystarczającej i kompetentnej kadry, zapewnienie stabilnej organizacji i finansowania, prowadzenie badań naukowych) nie zostały objęte ramą z powodu dużej liczby niejednorodnych zadań zawodowych z nimi związanych oraz zbyt szerokiego spektrum interesariuszy.

Zestawienie 3. Branże zdrowia publicznego wyodrębnione dla potrzeb SRK ZP.

Funkcje zdrowia publicznego wg WHO Euro (EPHOs*)		
Kluczowe		Ułatwiające (wspierające)
Branże zdrowia publicznego		
Uwzględniona w SRK ZP		Niewzględniona w SRK ZP
EPHO 3, 4, 5 oraz częściowo 9:	EPHO 1, 2:	EPHO 6–8, częściowo 9 oraz 10:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ świadczenia zdrowia publicznego: ochrona zdrowia, promocja zdrowia, profilaktyka chorób</li> <li>▪ aspekty rzecznictwa i mobilizacji społecznej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zwiad epidemiologiczny: nadzór nad stanem zdrowia populacji, w tym sanitarno-epidemiologiczny i nad funkcjonowaniem systemu zdrowia</li> <li>▪ monitorowanie zagrożeń i sytuacji kryzysowych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ opiekuńcza, zarządzanie</li> <li>▪ zasoby kadrowe</li> <li>▪ finansowanie, organizacja</li> <li>▪ aspekty komunikacji (np. komunikacja profesjonalistów w systemie)</li> <li>▪ badania naukowe</li> </ul>

\* *Essential Public Health Operations* wg Biura Regionalnego WHO dla Europy.

## Wyodrębnienie wyznaczników sektorowych

Ważnym elementem procesu tworzenia SRK ZP było określenie tzw. wyznaczników sektorowych, które obejmują ściśle specyficzne dla sektora obszary działania i kompetencji, właściwe tylko dla sektora zdrowia publicznego oraz pozwalające na odróżnienie zdrowia publicznego od innych sektorów. Wyodrębnienie wyznaczników sektorowych było wynikiem analizy różnych definicji zdrowia publicznego, opisów jego funkcji oraz list kompetencji. W trakcie prac powstało kilka wersji wyznaczników sektorowych, a w wyniku kolejnych uzgodnień zaliczono do nich (patrz także Rozdział 3.2):

- orientację na zaspokojenie potrzeb społeczności/adresatów/grup docelowych poprzez respektowanie podmiotowości uczestników, zasad etycznych oraz poufności danych osobowych,
- orientację na skuteczność, efektywność, trwałość i odpowiedzialność poprzez planowanie i ewaluację,
- orientację na międzysektorowość i interdyscyplinarność poprzez współpracę i partnerstwo.

## 2.3. Analiza kompetencji w zdrowiu publicznym

### Metoda analizy

W celu zdefiniowania kompetencji w zdrowiu publicznym zastosowano metodę *desk research*. Dokonano analizy obowiązujących przepisów prawa, programów kształcenia przed- i podyplomowego w dziedzinie zdrowia publicznego, opisów zawodów z polskiej klasyfikacji zawodów i specjalności, zagranicznych list kluczowych kompetencji w zdrowiu publicznym, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz adekwatnego tematycznie piśmiennictwa naukowego. Analizy prowadzono w dwóch zasadniczych kierunkach (Zestawienie 4):

- A. Jak jest?
- B. Jak być powinno?

Zestawienie 4. Ramy koncepcyjne analizy kluczowych kompetencji w zdrowiu publicznym.

A. Jak jest?	B. Jak być powinno?	
1. Polska	1. Polska	2. Świat
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ charakterystyki drugiego stopnia dla kształcenia w zakresie nauk medycznych, o zdrowiu, kulturze fizycznej</li> <li>▪ 4 programy specjalizacji w dziedzinie zdrowia publicznego dla lekarzy i lekarzy dentyistów</li> <li>▪ program specjalizacji w dziedzinie zdrowia publicznego dla nielekarzy</li> <li>▪ opisy 31 zawodów z polskiej klasyfikacji zawodów i specjalności</li> <li>▪ inne wymagania</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ potencjał zdrowia publicznego wg EPHOs</li> <li>▪ krajowe/regionalne/lokalne strategie zdrowotne</li> <li>▪ programy zdrowotne/polityki zdrowotnej JST</li> <li>▪ treści w piśmiennictwie dziedzinowym</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 9 list kompetencji w zdrowiu publicznym</li> <li>▪ 4 listy kompetencji w promocji zdrowia</li> <li>▪ 1 lista kompetencji w edukacji zdrowotnej</li> <li>▪ 1 lista kompetencji w zdrowiu publicznym dla krajów o niskich i średnich dochodach</li> <li>▪ opinie pracodawców na temat pożądaných kompetencji pracowników zdrowia publicznego</li> <li>▪ prognoza zapotrzebowania na kadry zdrowia publicznego</li> </ul>

#### Ad A.

Dokonano szczegółowej analizy istniejących w Polsce umocowanych prawnie dokumentów dotyczących:

- kwalifikacji uzyskiwanych w ramach szkolnictwa wyższego w zakresie nauk medycznych, o zdrowiu i kulturze fizycznej, według rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 września 2016 r.,
- efektów kształcenia osób odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie zdrowia publicznego, według programów specjalizacji dla lekarzy i lekarzy dentyistów tzw. starych i modułowych oraz dla osób posiadających tytuł zawodowy magistra,

- zadań zawodowych w 31 zawodach uwzględnionych w klasyfikacji zawodów i specjalności związanych ze zdrowiem publicznym.

Ponadto sprawdzano, jakie kwalifikacje (tj. poziom wykształcenia i wymagana specjalizacja) są niezbędne do pracy w Państwowej Inspekcji Sanitarnej, a także jakie są obowiązujące standardy kształcenia dla studiów w zawodach medycznych.

#### **Ad B.**

Pierwsza część analizy została poświęcona określeniu luk wykonawczych w krajowym zdrowiu publicznym (część B1), na podstawie piśmiennictwa naukowego. Oceniano realizację podstawowych funkcji zdrowia publicznego, krajowe/regionalne polityki zdrowotne, programy zdrowotne/polityki zdrowotne realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego oraz zawartość tematyczną piśmiennictwa indeksowanego w Polskiej Bibliografii Lekarskiej.

Druga część (B2) polegała na określeniu kluczowych kompetencji w zdrowiu publicznym opisanych w krajach o znacząco większym od polskiego potencjale wykonawczym zdrowia publicznego (Kanada, USA, Wielka Brytania, Nowa Zelandia) lub na poziomie międzynarodowym (The Association of Schools of Public Health in the European Region – ASPHER, Association of Schools and Programs of Public Health – ASPPH, Unia Europejska). Ogółem zidentyfikowano ok. 30 list kompetencji właściwych dla zdrowia publicznego, ale również związanych z promocją zdrowia i edukacją zdrowotną, z czego do dalszej analizy wykorzystano 15. Analizowane listy dotyczyły kompetencji pracowników, licencjatów i magistrów zdrowia publicznego oraz lekarzy specjalistów w tej dziedzinie. Ponadto uwzględniono informacje zagraniczne dotyczące kompetencji w krajach o niskich i średnich dochodach, oczekiwań pracodawców wobec pracowników zdrowia publicznego oraz prognozy zapotrzebowania na kadrę w zdrowiu publicznym.

## Omówienie wyników analizy

Analizowany materiał wykazał przede wszystkim:

- Brak spójności w krajowych dokumentach dotyczących kwalifikacji, efektów uczenia się oraz zadań zawodowych dla różnych grup związanych zawodowo ze zdrowiem publicznym.
- Występowanie niektórych działań charakterystycznych dla zdrowia publicznego w zadaniach zawodowych przypisanych do licznych zawodów.
- Znaczące niedostatki w realizacji podstawowych funkcji zdrowia publicznego w Polsce.
- Dość jednorodne (pomimo różnic formalnych, tj. w strukturze) podejście do kompetencji w zdrowiu publicznym określanych w poszczególnych krajach o znacząco większym od polskiego potencjale zdrowia publicznego oraz na forum międzynarodowym.



- Oparcie wszystkich zagranicznych list kompetencji w zdrowiu publicznym o procesowe podejście do zdrowia publicznego. Kompetencje te są przypisane do kolejnych etapów działania w kontinuum problem–odpowiedź, tj.: określenie problemu, określenie czynników ryzyka i ochronnych, stworzenie interwencji z wykorzystaniem zasobów społeczności i dowodów naukowych, przetestowanie interwencji w celu określenia, co działa i u kogo, a następnie wdrożenie interwencji w większej skali wraz z ewaluacją. Nie jest to widoczne w dokumentach krajowych.
- Różnice między polskim i zagranicznym podejściem do kompetencji w zdrowiu publicznym, które wynikają przede wszystkim z użycia innego języka oraz niedookreślenia granic zdrowia publicznego w Polsce. W polskich dokumentach brakuje takich kompetencji, jak np. przywództwo, myślenie systemowe czy wrażliwość kulturowa, które występują we wszystkich analizowanych listach zagranicznych. Natomiast w krajowych wykazach występują treści nieobecne w zagranicznych listach kompetencji (np. zarządzanie podmiotami leczniczymi).

Charakterystykę zebranego materiału przedstawiono w Zestawieniach 5 oraz 6.

**Zestawienie 5. Ogólna charakterystyka materiału analizowanego w celu określenia kompetencji w sektorze zdrowia publicznego.**

A. Jak jest?	B. Jak być powinno?	
1. Polska	1. Polska	2. Świat
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ charakterystyki drugiego stopnia               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bardzo ogólne</li> </ul> </li> <li>▪ programy specjalizacji               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bardzo różnorodna konstrukcja</li> <li>▪ akcent na treści i przekazywanie wiedzy, a nie na umiejętności</li> <li>▪ różne zakresy treści</li> <li>▪ wątki z lecznictwa (np. leczenie bólu) i zarządzania</li> </ul> </li> <li>▪ zawody               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ opisy niespójne</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ potencjał zdrowia publicznego wg EPHOs               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ słaba ocena funkcji 4 i 5 (świadczeń)</li> </ul> </li> <li>▪ krajowe/regionalne/lokalne strategie zdrowotne               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mało o zdrowiu i nierównościach</li> </ul> </li> <li>▪ programy zdrowotne/polityki zdrowotnej JST               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ słabe projekty programów</li> <li>▪ brak kadry, umiejętności</li> <li>▪ akcent na indywidualizm, styl życia</li> </ul> </li> <li>▪ piśmiennictwo               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ najmniej prac o zapobieganiu chorobom</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ powstawały w wyniku szerokiej współpracy i konsensusu               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ są różnice formalne</li> <li>▪ są znaczące podobieństwa, zwłaszcza w kompetencjach w promocji zdrowia</li> </ul> </li> </ul>

**Zestawienie 6. Konteksty i procesy zidentyfikowane w materiale analizowanym w celu określenia kompetencji w sektorze zdrowia publicznego.**

A. Jak jest?	B. Jak być powinno?	
1. Polska	1. Polska (luki wykonawcze)	2. Świat
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ typowe procesy               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ocena stanu zdrowia</li> <li>▪ określenie uwarunkowań stanu zdrowia</li> <li>▪ planowanie działań</li> <li>▪ inicjowanie działań</li> <li>▪ kierowanie ZOZ-ami</li> <li>▪ kierowanie siłami i środkami w sytuacji kryzysowej</li> <li>▪ szkolenie kadry</li> <li>▪ udział w kształtowaniu polityki zdrowotnej</li> </ul> </li> <li>▪ zwraca uwagę język różny od angielskiego</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ niedostateczne działania systemowe, m.in.:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ niska ranga zdrowia</li> <li>▪ mało „nowego zdrowia publicznego”, promocji zdrowia, nierówności w zdrowiu</li> <li>▪ słaba ewaluacja programów lub jej brak</li> <li>▪ brak dowodów i bazy dobrych praktyk</li> <li>▪ niedostateczne kształcenie kadr</li> <li>▪ brak systemowego wsparcia dla JST</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ typowe procesy               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ocena potrzeb zdrowotnych</li> <li>▪ planowanie, realizacja, ewaluacja</li> <li>▪ komunikacja, rzecznictwo</li> <li>▪ kwestie, których nie wymienia się w Polsce                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ przywództwo (ang. <i>leadership</i>)</li> <li>▪ myślenie systemowe, krytyczne</li> <li>▪ etyka</li> <li>▪ wrażliwość kulturowa</li> <li>▪ włączenie społeczne</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

## Wnioski z analizy dla opracowania SRK ZP

Aktualnie kluczowe kompetencje we współczesnym zdrowiu publicznym skupiają się wokół następujących grup zagadnień:

- obszar (domena) działania zdrowia publicznego, w tym aspekty historyczne, cele, zadania, cechy szczególne oraz podstawy naukowe zdrowia publicznego z wielu dziedzin i dyscyplin,
- ocena potrzeb zdrowotnych, monitorowanie sytuacji zdrowotnej, wieloaspektowa analiza sytuacji i jej uwarunkowań,
- planowanie, wdrożenie i ewaluacja działań, odpowiedzialność i etyka, planowanie finansów i zarządzanie działaniami, zdrowie publiczne oparte na dowodach,
- praca ze społecznością, partnerstwo, współpraca międzysektorowa, rzecznictwo zdrowotne,
- różnorodność/wrażliwość kulturowa,
- komunikacja,
- przywództwo, myślenie systemowe.

Charakterystyki poziomów SRK ZP powinny opisywać wiedzę, umiejętności i kompetencje społeczne przy uwzględnieniu kluczowych kompetencji w zdrowiu publicznym, w zgodzie z ustaleniami międzynarodowymi, aby możliwe było porównanie krajowych kompetencji i kwalifikacji z tymi funkcjonującymi za granicą. Charakterystyki powinny koncentrować się na typowych procesach i metodach pracy w zdrowiu publicznym, które wykorzystuje się w odniesieniu do dowolnych problemów zdrowotnych.

Na tej podstawie opracowano wstępny zestaw kompetencji kluczowych przypisanych pierwotnie do kilku branż i kilku wyznaczników sektorowych. W wyniku kolejnych konsultacji oraz uwag ekspertów oraz dokonywanych korekt zestaw kompetencji zmieniał się i ostatecznie uzyskał formę zestawu, który dotyczy jednej branży oraz trzech wyznaczników sektorowych. Listę kompetencji kluczowych wykorzystanych przy opracowaniu SRK ZP podano w Rozdziale 3.2.

## 2.4. Weryfikacja projektu SRK ZP

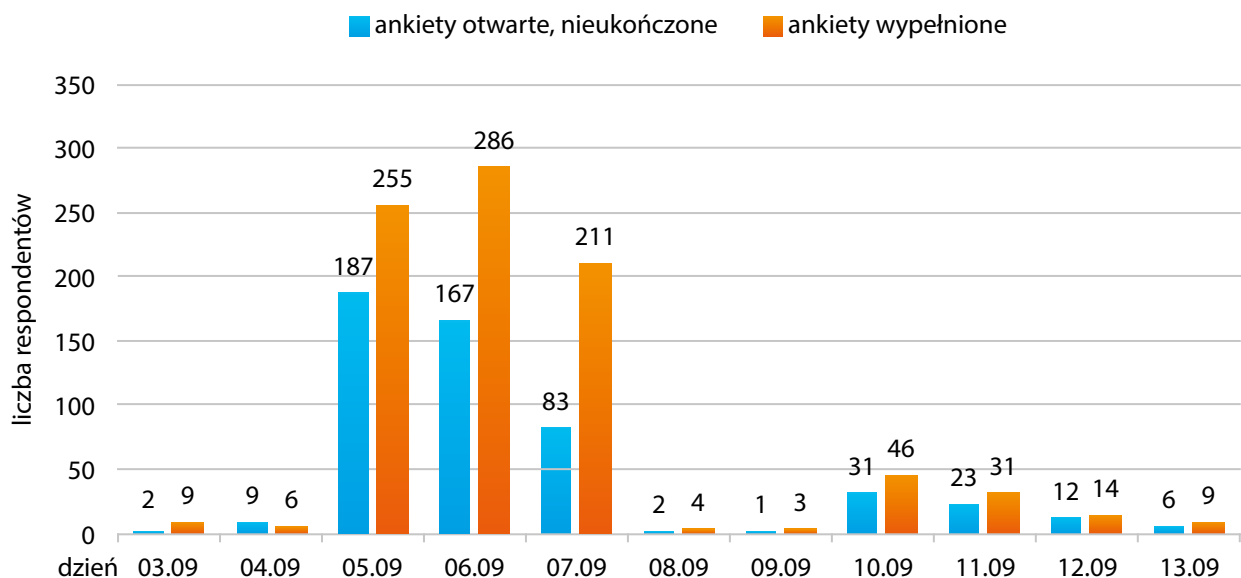
Na podstawie przedstawionych powyżej wyników przeprowadzonych prac, kierując się nadrzędnymi zasadami tworzenia charakterystyk drugiego stopnia PRK typowych dla kwalifikacji o charakterze zawodowym na poziomach 1–8 oraz na podstawie licznych szczegółowych założeń do dalszej pracy, przygotowano wstępny projekt SRK ZP. Projekt ten (wraz z definicją sektora, listą kluczowych kompetencji oraz słownikiem) był poddany ocenie ekspertów oraz przedstawicieli IBE. Po korektach został przedstawiony do oceny głównym interesariuszom zdrowia publicznego w badaniu ankietowym CAWI. Poniżej przedstawiono informacje o tym badaniu.

### Ocena wstępnego projektu w badaniu CAWI

Celem badania była konsultacja wstępnego projektu SRK ZP z najważniejszymi interesariuszami sektora ZP i weryfikacja wstępnego projektu ramy. Badanie wykonano wśród przedstawicieli centralnych i terenowych organów administracji rządowej (Ministerstwo Zdrowia, urzędy wojewódzkie), przedstawicieli organów administracji samorządowej różnych szczebli, przedstawicieli Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Narodowego Funduszu Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz uczelni wyższych.

Na potrzeby badania stworzono bazę adresów e-mailowych interesariuszy. Respondenci w korespondencji elektronicznej zostali poproszeni o wypełnienie ankiety, do której podano im aktywny link. Znajdowały się w niej pytania zamknięte oraz otwarte, w których można było ustosunkować się do wstępnego projektu SRK ZP. We wrześniu 2018 r. 1397 respondentów aktywowało link do ankiety i wzięło udział w badaniu (Rysunek 6). Wstępne analizy statystyczne otrzymanego materiału badawczego przeprowadzono przy użyciu programu IBM SPSS 24. Podstawową miarą analiz były liczby (odsetki), zestawione w tabelach i na wykresach, obrazujące rozkład cech w badanej grupie. Do analizy zakwalifikowano 871 kompletnie wypełnionych kwestionariuszy ankiety. Wskaźnik realizacji próby wyniósł 62,3%.

Rysunek 6. Oś czasu – liczba respondentów ankiety według dni badania.



Liczba respondentów, których podstawowa praca była związana z sektorem zdrowia publicznego, wynosiła 313 osób. W grupie tej połowa badanych (51,8%) miała staż pracy dłuższy niż 10 lat, co wskazuje na duże doświadczenie zawodowe tych osób. Tylko co siódmy respondent z tej grupy (13,7%) zetknął się uprzednio (przed badaniem) z Sektorowymi Ramami Kwalifikacji. Połowa (58,5%) uznała, że wyróżnienie siedmiu poziomów ramy jest właściwe. Większość pozytywnie oceniła zrozumiałość opisów SRK ZP odnośnie do wiedzy (78,0%), umiejętności (82,7%), kompetencji społecznych (81,5%), a także do słownika (88,5%). Większość badanych stwierdziła, że opisy poziomów kwalifikacji w SRK ZP mogą być przydatne dla: pracodawców poszukujących pracowników (71,6%), pracowników zdrowia publicznego w rozwoju zawodowym (72,6%), a także dla rynku szkoleń związanego ze zdrowiem publicznym (79,5%). Uwagi szczegółowe zgłoszone przez respondentów badania ankietowego po konsultacjach z ekspertami zostały uwzględnione podczas korygowania projektu SRK ZP. Ostateczną konstrukcję SRK ZP przedstawiono w załączniku.

## 3. Opis SRK ZP

### 3.1. Definicja sektora zdrowia publicznego

Uzgodnioną z ekspertami definicję sektora zdrowia publicznego przyjętą na potrzeby opracowania ramy sektorowej przedstawiono poniżej w ramce:

Sektor zdrowia publicznego to systematyczna działalność wielosektorowa, wykonywana przy udziale różnych interesariuszy, polegająca na ocenie zdrowotności oraz identyfikacji uwarunkowań, potrzeb i zagrożeń dotyczących zdrowia, oraz na wdrażaniu, w oparciu o podstawy teoretyczne i dowody naukowe, populacyjnych polityk, programów i usług zmierzających do poprawy lub utrzymania zdrowia, a także ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.

Definicja ta wydaje się na tyle precyzyjna i wyczerpująca, że oddaje istotę aktywności związanych z realizacją kluczowych funkcji sektora ZP.

### 3.2. Kluczowe kompetencje w zdrowiu publicznym

Poniżej (Zestawienie 7) przedstawiono zestaw kluczowych kompetencji w zdrowiu publicznym dla branży kluczowych funkcji zdrowia publicznego (tj. świadczenia zdrowia publicznego oraz aspekty rzecznictwa, jak również zwiad epidemiologiczny) według trzech wyznaczników sektorowych. Należy zastrzec, że nieuniknione było podobieństwo niektórych efektów uczenia się (wiedzy, umiejętności, kompetencji społecznych) przypisanych do kilku wyznaczników. Opisy należy czytać w pionie, ponieważ w zestawieniu nie wykazano zależności między wiedzą, umiejętnościami i kompetencjami społecznymi. Zestaw ten służył pomocą do opracowania charakterystyk poziomów SRK ZP.

**Zestawienie 7. Zestaw kluczowych kompetencji w zdrowiu publicznym**

WYZNACZNIK SEKTOROWY	WIEDZA Zna i rozumie:	UMIĘJĘTNOŚCI Potrafi:	KOMPETENCJE SPOŁECZNE Jest gotów do:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orientacja na zaspokojenie potrzeb społeczności /adresatów/ grup docelowych poprzez respektowanie podmiotowości uczestników, zasad etycznych oraz poufności danych osobowych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ koncepcje, teorie, modele na temat zdrowia</li> <li>▪ różnorodne uwarunkowania zdrowia, w tym kulturowe</li> <li>▪ mechanizmy powstawania nierówności w zdrowiu, przejawy nierówności w zdrowiu</li> <li>▪ rodzaje potrzeb ludzkich, w tym zdrowotnych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dobrać odpowiednie pod względem naukowym i kulturowym metody badawcze do analizy sytuacji zdrowotnej i społecznej</li> <li>▪ uwzględnić różne preferencje członków określonej społeczności, np. odnośnie do potrzeb, metod komunikowania się itp.</li> <li>▪ ocenić zasoby określonej społeczności i korzystać z nich dla potrzeb interwencji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ krytycznego i systemowego myślenia o potrzebach zdrowotnych</li> <li>▪ zachowania obiektywizmu w ocenie potrzeb zdrowotnych</li> <li>▪ poszanowania godności członków danej społeczności</li> <li>▪ ochrony danych osobowych członków danej społeczności, w tym przy gromadzeniu i upowszechnianiu danych i informacji</li> </ul>

WYZNACZNIK SEKTOROWY	WIEDZA Zna i rozumie:	UMIĘJĘTNOŚCI Potrafi:	KOMPETENCJE SPOŁECZNE Jest gotów do:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ źródła danych i informacji o sytuacji zdrowotnej i społecznej ludności</li> <li>▪ metody badań epidemiologicznych i społecznych, ilościowych i jakościowych do oceny sytuacji zdrowotnej ludności, a także analiz ekonomicznych</li> <li>▪ metody określania priorytetów zdrowotnych</li> <li>▪ prawny kontekst realizacji interwencji zdrowia publicznego</li> <li>▪ system nadzoru nad chorobami w Polsce</li> <li>▪ nadzór sanitarny bieżący i zapobiegawczy</li> <li>▪ rejestry administracyjne i statystyki ruchu ludności</li> <li>▪ istniejące rejestry medyczne w Polsce</li> <li>▪ dodatkowe źródła danych o sytuacji zdrowotnej, społecznej, środowisku itp. w Polsce, w tym badania ośrodków badania opinii</li> <li>▪ system statystyki w ochronie zdrowia, formularze statystyczne MZ, System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, System Monitorowania Zagrożeń, Zintegrowany System Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi, System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych</li> <li>▪ systemy informatyczne wspomagające pracę podmiotów leczniczych</li> <li>▪ prawo dotyczące rejestrów medycznych i ochrony danych osobowych.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zebrać dane i informacje, ocenić sytuację zdrowotną określonej społeczności, jej potrzeby zdrowotne i wyjaśnić jej uwarunkowania</li> <li>▪ zweryfikować kompletność danych o sytuacji zdrowotnej określonej społeczności</li> <li>▪ identyfikować braki danych i informacji o sytuacji zdrowotnej określonej społeczności</li> <li>▪ przeprowadzić uzupełniające analizy i badania dla celów diagnostycznych</li> <li>▪ określić priorytety zdrowotne</li> <li>▪ scharakteryzować źródła/bazy danych i informacji</li> <li>▪ uzyskać dostęp do danych statystycznych i informacji</li> <li>▪ wykorzystać technologie informacyjne do uzyskania danych o sytuacji zdrowotnej i społecznej określonej społeczności</li> <li>▪ porównać dane i informacje z różnych źródeł pod względem zakresu danych i informacji</li> <li>▪ doradzać różnym podmiotom w sprawie wyboru i korzystania ze źródła/baz danych i informacji</li> <li>▪ zgłaszać zainteresowanym stronom błędy i problemy w działaniu źródeł/baz danych i informacji.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zapewnienia podmiotowości członkom danej społeczności i współpracy z nimi</li> <li>▪ przestrzegania norm etycznych w odniesieniu do siebie i społeczności.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orientacja na skuteczność, efektywność, trwałość i odpowiedzialność poprzez planowanie i ewaluację</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ cele i metody ochrony zdrowia, promocji zdrowia i profilaktyki chorób</li> <li>▪ cele i metody edukacji zdrowotnej</li> <li>▪ koncepcje, teorie, modele dotyczące genezy lub zmiany zachowań</li> <li>▪ strategie i metody przeciwdziałania nierównościom w zdrowiu</li> <li>▪ schematy, modele planowania interwencji zdrowia publicznego</li> <li>▪ analizę ryzyka interwencji</li> <li>▪ cele i metody monitorowania i ewaluacji (M&amp;E)</li> <li>▪ model logiczny programu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ opracować schemat interwencji, w tym zdefiniować cele i zadania, adresatów (grupy docelowe), kryteria sukcesu (wskaźniki efektywności), model logiczny</li> <li>▪ stworzyć plan osiągnięcia trwałości interwencji</li> <li>▪ wyszukać i wykorzystać dowody dotyczące skuteczności różnych strategii i metod</li> <li>▪ oszacować ryzyko interwencji i opracować sposoby reagowania</li> <li>▪ opracować materiały informacyjne i edukacyjne i poddać je pilotażowi</li> <li>▪ monitorować przebieg interwencji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kształcenia ustawicznego</li> <li>▪ zarządzania programem lub jego składowymi</li> <li>▪ przyjmowania postawy odpowiedzialności za działania poprzez prowadzenie M&amp;E</li> <li>▪ upowszechniania informacji o przebiegu i efektach programu, także o aspektach negatywnych</li> <li>▪ poszukiwania informacji zwrotnej od interesariuszy</li> <li>▪ modyfikacji działań zgodnie z wynikami M&amp;E</li> <li>▪ kształcenia ustawicznego</li> </ul>

WYZNACZNIK SEKTOROWY	WIEDZA Zna i rozumie:	UMIĘJĘTNOŚCI Potrafi:	KOMPETENCJE SPOŁECZNE Jest gotów do:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zasady zdrowia publicznego opartego na dowodach</li> <li>▪ bazy dobrych praktyk i rekomendacji zgodnych z zasadami zdrowia publicznego opartego na dowodach</li> <li>▪ cykl tworzenia polityk publicznych</li> <li>▪ dane a informacje</li> <li>▪ metody analizy statystycznej, oprogramowanie statystyczne</li> <li>▪ problemy integracji danych</li> <li>▪ bazy bibliograficzne, w tym pełnotekstowe</li> <li>▪ podstawy zarządzania wiedzą w instytucjach/organizacjach</li> <li>▪ zarządzanie przez jakość</li> <li>▪ potencjał organizacyjny</li> <li>▪ cel, uwarunkowania i metody osiągnięcia trwałości programów</li> <li>▪ kryteria decyzyjne dla kontynuacji działań programu (np. znaczenie, zasoby, wykonalność, wsparcie, efekty) i wybór priorytetów</li> <li>▪ rolę laików w zdrowiu publicznym</li> <li>▪ zasady marketingu społecznego, informacji, edukacji i komunikacji.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ przeprowadzić badanie ewaluacyjne</li> <li>▪ nawiązać współpracę w celach tworzenia, wdrożenia i ewaluacji interwencji</li> <li>▪ sporządzać raporty i sprawozdania z realizacji (M&amp;E) interwencji, komunikować je (upowszechniać)</li> <li>▪ zaprezentować dane pozyskane z różnych źródeł i baz w postaci opisowej, tabelarycznej i graficznej służące do analiz, sprawozdań i opracowań naukowych</li> <li>▪ wykonać podstawowe analizy statystyczne</li> <li>▪ zachować ostrożność w interpretacji danych</li> <li>▪ posługiwać się bazami bibliograficznymi, wyszukiwać wg słów kluczowych</li> <li>▪ posługiwać się bazami dobrych praktyk</li> <li>▪ sporządzać raporty i sprawozdania, komunikować je (upowszechniać)</li> <li>▪ śledzić zmiany w systemach informatycznych</li> <li>▪ archiwizować dane i informacje</li> <li>▪ poszukiwać dodatkowych źródeł finansowania programu</li> <li>▪ zapewnić współpracę przy wyborze priorytetów działania do kontynuacji</li> <li>▪ dokonać wyboru priorytetów do kontynuacji wg ustalonych kryteriów, zrewidować plan trwałości.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ przyjmowania postawy współodpowiedzialności za pozyskiwanie danych i informacji, gromadzenie ich oraz wykorzystanie</li> <li>▪ nawiązywania współpracy i budowania koalicji</li> <li>▪ otwartości wobec nowych rozwiązań, metod i narzędzi</li> <li>▪ dystansowania się od własnych przyzwyczajęń, przekonań i schematów działania</li> <li>▪ krytycznego myślenia, oceny strategii i metod pracy, zespołów i ludzi</li> <li>▪ dążenia do uzyskania praktycznych efektów i korzyści dla adresatów (grup docelowych) i innych interesariuszy.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orientacja na międzysektorowość i interdyscyplinarność poprzez współpracę i partnerstwo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zasady pracy i komunikacji w grupie</li> <li>▪ rolę i zasady przywództwa</li> <li>▪ zasady zarządzania konfliktem</li> <li>▪ zasady rozwoju społeczności</li> <li>▪ zasady rzecznictwa zdrowotnego</li> <li>▪ zasady współpracy ze środkami masowego przekazu</li> <li>▪ zasady wolontariatu</li> <li>▪ zasady brokerstwa wiedzy/informacji, w tym w relacjach badacze-politycy</li> <li>▪ organizację systemu ochrony zdrowia w Polsce</li> <li>▪ zasady HTA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pracować w grupie, przewodzić grupie, budować zespół</li> <li>▪ określić i wybrać partnerów zewnętrznych, w tym strategicznych, także z innych sektorów</li> <li>▪ nawiązać i utrzymać efektywną współpracę z partnerami oraz budować koalicję</li> <li>▪ organizować wysłuchania publiczne, spotkania i inne efektywne formy wymiany informacji oraz dialogu</li> <li>▪ ułatwiać szkolenie i rozwój osobisty partnerom</li> <li>▪ komunikować się w mowie i piśmie z różnymi partnerami, w tym z audytorium nieprofesjonalnym</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ własnego rozwoju osobistego</li> <li>▪ poszanowania sprawiedliwości społecznej jako wartości zdrowia publicznego i promocji zdrowia</li> <li>▪ nawiązywania współpracy i budowania koalicji</li> <li>▪ rozwiązywania konfliktów, prowadzenia negocjacji i mediacji</li> <li>▪ przestrzegania norm etycznych w odniesieniu do siebie, zespołu i instytucji/organizacji.</li> </ul>

WYZNACZNIK SEKTOROWY	WIEDZA Zna i rozumie:	UMIEJĘTNOŚCI Potrafi:	KOMPETENCJE SPOŁECZNE Jest gotów do:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ podstawowe funkcje zdrowia publicznego wg Biura Regionalnego WHO dla Europy</li> <li>▪ międzynarodowe systemy klasyfikacji chorób i zdrowia ICD-9, ICD-10, ICF</li> <li>▪ międzynarodowe bazy danych, w tym WHO, Eurostat, OECD</li> <li>▪ międzynarodowe Przepisy Zdrowotne 2005</li> <li>▪ systemy wczesnego ostrzegania przed zagrożeniami zdrowia w UE</li> <li>▪ multi-, inter- i transdyscyplinarność zdrowia publicznego.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ opracowywać plan rzecznictwa zdrowotnego</li> <li>▪ tworzyć korespondencję biurową, pisać raporty i sprawozdania, protokoły, umowy i porozumienia, pisać wnioski o granty</li> <li>▪ udzielać porady i wsparcia w tworzeniu polityk sektorowych, w tym dotyczącej prowadzenia oceny wpływu na zdrowie.</li> </ul>	

### 3.3. Charakterystyki poziomów SRK ZP

Dla potrzeb SRK ZP powyższy zestaw kluczowych kompetencji został dostosowany do konstrukcji charakterystyk drugiego stopnia PRK typowych dla kwalifikacji o charakterze zawodowym (pola zacienione w Zestawieniu 8). Inaczej mówiąc, kluczowe kompetencje zostały przepisane na język PRK. Niektóre z kategorii opisowych lub aspektów o podstawowym znaczeniu zawarte w charakterystykach drugiego stopnia zostały pominięte przy opracowywaniu SRK ZP, ponieważ uznano, że nie są to kwestie specyficzne dla zdrowia publicznego. Ponadto SRK ZP nie objęła pierwszego poziomu PRK.

**Zestawienie 8. Zakres charakterystyk opisanych w projekcie SRK ZP. Pola zacienione pokazują zakres charakterystyk drugiego stopnia PRK typowych dla kwalifikacji o charakterze zawodowym na poziomach 1–8, znak „X” oznacza aspekty uwzględnione w SRK ZP.**

Kategorie	Kategorie opisowe	Aspekty o podstawowym znaczeniu	Poziomy PRK								
			1	2	3	4	5	6	7	8	
WIEDZA Zna i rozumie	teorie i zasady (WT)	metody i rozwiązania		X	X	X	X	X	X	X	X
		działalność gospodarcza									
		etyka				X	X	X	X		
	zjawiska i procesy (WZ)	właściwości i uwarunkowania		X	X	X	X	X	X	X	X
		metody i technologie		X	X	X	X	X	X	X	X
	organizacja pracy (WO)	rozwiązania organizacyjne			X	X	X	X	X	X	X
		bezpieczeństwo i higiena pracy									
	narzędzia i materiały (WN)	działania					X				
		cechy									



Kategorie	Kategorie opisowe	Aspekty o podstawowym znaczeniu	Poziomy PRK								
			1	2	3	4	5	6	7	8	
UMIĘTNOŚCI Potrafi	informacja (UI)	dokumentacja		X	X	X	X				
		obliczenia, analiza, synteza i programowanie		X	X	X	X	X	X	X	X
	organizacja pracy (UO)	planowanie i korygowanie planów		X	X	X	X	X	X	X	X
		wykonywanie		X	X	X	X	X	X		
		korygowanie działań			X	X	X	X	X	X	X
	narzędzia i materiały (UN)	obieg informacji			X	X	X	X			
		użytkowanie dóbr									
	uczenie się i rozwój zawodowy (UU)	rozwój własny									
		wspieranie rozwoju innych osób									
KOMPETENCJE SPOŁECZNE Jest gotów do	przestrzeganie reguł (KP)	zasady, instrukcje, prawo		X	X	X	X	X	X	X	X
	współpraca (KW)	komunikowanie się		X	X	X					
		relacje w środowisku zawodowym		X	X	X	X	X	X	X	X
	odpowiedzialność (KO)	normy etyczne		X	X	X	X	X	X	X	X

Na poziomie 2 określono efekty uczenia się związane z posiadaniem najbardziej podstawowej wiedzy faktograficznej, podstawowych umiejętności poznawczych i praktycznych oraz kompetencji, które wymagają pracy pod nadzorem. Charakterystyki te dotyczą prawidłowego wykonywania stosunkowo prostych działań zawodowych, zgodnie z instrukcją i pod bezpośrednim nadzorem. Może być to na przykład praca wolontariuszy przy realizacji interwencji zdrowia publicznego.

Na poziomie 3 określono efekty uczenia się związane z posiadaniem wiedzy o faktach, zasadach czy procesach, umiejętności poznawczych i praktycznych umożliwiających wybór oraz stosowanie podstawowych metod i kompetencji do oceny swojej pracy, a także umiejętności ponoszenia pewnej odpowiedzialności za nią. Charakterystyki dotyczą wykonywania większej liczby stosunkowo prostych zadań zawodowych, w razie potrzeby wykonywanych pod nadzorem, które wiążą się z większą samodzielnością i odpowiedzialnością, a także współpracą. Przykładem może być praca edukatorów rówieśniczych czy opiekunów medycznych.

Na poziomie 4 określono efekty uczenia się związane z posiadaniem wiedzy faktograficznej i teoretycznej w szerszym kontekście, umiejętności poznawczych i praktycznych potrzebnych do rozwiązania złożonych zadań zawodowych oraz kompetencji niezbędnych do działania autonomicznego i kierowania pracą innych osób. Charakterystyki dotyczą zadań zawodowych o większym stopniu skomplikowania, wykonywanych zgodnie z ustalonym protokołem lub procedurą, z jednoczesnym planowaniem pracy i jej oceną, takich jak np. praca dietetyka w placówkach żywienia zbiorowego, higienistki szkolnej, instruktora higieny.

Na poziomie 5 określono efekty uczenia się związane z posiadaniem wiedzy z szerokiego zakresu, faktograficznej i teoretycznej, umiejętności poznawczych i praktycznych potrzebnych do rozwiązywania niezbyt złożonych, nietypowych problemów oraz kompetencji niezbędnych do samodzielnego działania i współdziałania. Charakterystyki dotyczą samodzielnego wykonywania działalności o większym stopniu skomplikowania, w zmiennych, ale przewidywalnych warunkach. Na tym

poziomie może być to praca asystenta bardziej doświadczonych pracowników zdrowia publicznego i asystenta ds. statystyki.

Na poziomie 6 określono efekty uczenia się związane z posiadaniem zaawansowanej wiedzy o faktach, teoriach czy metodach, umiejętności wykazania się innowacyjnością w pracy, rozwiązywania problemów, planowania własnego rozwoju zawodowego oraz kompetencji potrzebnych do zarządzania działaniami. Charakterystyki dotyczą wykonywania działalności zawodowej o dużym stopniu skomplikowania, w zmiennych i nie w pełni przewidywalnych warunkach oraz odnoszą się do pełnienia funkcji kierowniczych. Można tu wymienić: pracę specjalisty promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej czy pielęgniarki szkolnej. Należy podkreślić, że osiągnięcie efektów uczenia się charakterystycznych dla poziomu 6 oznacza możliwość w pełni samodzielnego i merytorycznie kompetentnego wykonywania zadań zawodowych.

Na poziomie 7 określono efekty uczenia się związane z posiadaniem wiedzy pogłębionej, powiązanej z różnymi dziedzinami, w znaczącym zakresie najnowszej, umiejętności wykazania się innowacyjnością z wykorzystaniem najnowszej wiedzy, ukierunkowywania rozwoju zawodowego innych osób oraz kompetencji do twórczego zarządzania. Charakterystyki dotyczą wykonywania zadań zawodowych o bardzo znaczącym stopniu skomplikowania oraz pełnienia niektórych funkcji kierowniczych, takich jak np. praca specjalistów w różnych dziedzinach powiązanych ze zdrowiem publicznym.

Na poziomie 8 określono efekty uczenia się związane z posiadaniem najbardziej zaawansowanej i wielodyscyplinarnej wiedzy, umiejętności analizy oraz syntezy potrzebnych do rozwiązywania problemów i planowania strategicznego, a także kompetencji do rozwoju dorobku naukowego i praktycznego w dziedzinie zdrowia publicznego. Charakterystyki dotyczą wykonywania zadań zawodowych o najwyższym stopniu skomplikowania oraz zmierzających do rozwoju dziedziny zdrowia publicznego, takich jak np. praca osób pełniących wysokie kierownicze stanowiska w instytucjach zdrowia publicznego czy zakładach, działach uczelni, instytutach czy szkołach zdrowia publicznego.

## 4. Wykorzystanie SRK ZP

### 4.1. Instrukcja czytania charakterystyk poziomów SRK ZP

SRK ZP opisuje poziomy kwalifikacji w sektorze zdrowia publicznego za pomocą efektów uczenia się, czyli wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych. SRK ZP jest uszczegółowieniem Polskiej Ramy Kwalifikacji (PRK) pod kątem **specyficznych kompetencji sektorowych**, czyli takich, które są istotne w sektorze zdrowia publicznego. Zasadniczym celem opracowania SRK ZP jest ułatwienie przypisywania poziomu PRK do kwalifikacji, jakie już funkcjonują w obrębie sektora zdrowia publicznego, bądź opracowanie opisów nowych kwalifikacji.

Konstrukcja SRK ZP opiera się na koncepcji podstawowych funkcji zdrowia publicznego w ujęciu Biura Regionalnego WHO dla Europy (EPHOs). SRK ZP charakteryzuje tylko te efekty uczenia się, które są specyficzne dla podstawowych funkcji zdrowia publicznego i nie odnosi się do funkcji ułatwiających (wspierających). Rama nie odnosi się też do bardzo zaawansowanych zadań zawodowych, takich jak np. diagnostyka laboratoryjna, prawo, technologia IT, które nie są specyficzne dla sektora zdrowia publicznego. Oznacza to, że SRK ZP nie opisuje wszystkich kwalifikacji funkcjonujących w sektorze.

Ponadto SRK ZP, opiera się na założeniu, że specyficzne kwalifikacje sektorowe dotyczą:

1. Zaspokojenia potrzeb społeczności/adresatów/grup docelowych poprzez respektowanie ich podmiotowości, zasad etycznych oraz poufności danych osobowych.
2. Osiągania skuteczności, efektywności, trwałości i odpowiedzialności poprzez planowanie i ewaluację.
3. Dążenia do międzysektorowości i interdyscyplinarności poprzez współpracę i partnerstwo.

Czytając SRK ZP, należy pamiętać o następujących zasadach:

- Pomocą w interpretacji zapisów SRK ZP jest słownik, w którym podano definicje najważniejszych używanych terminów.
- Na każdym kolejnym poziomie, od 2 do 8, wzrastają wymagania dotyczące wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, a więc wyższy poziom oznacza wzrost złożoności prac i odpowiedzialności.
- Wiedza, umiejętności i kompetencje społeczne z danego poziomu automatycznie przenoszą się do poziomów wyższych.

- Opis efektów uczenia się jest kompromisem między ogólnością a szczegółowością; w celu lepszej orientacji należy korzystać ze słownika zdrowia publicznego, który został stworzony specjalnie dla potrzeb SRK ZP.
- Poszczególne opisy opatrzone są symbolem, który składa się z 6 elementów. Poniżej znajdują się ich wyjaśnienia:
  - P – poziom,
  - Cyfra: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 – numer poziomu zgodny z PRK,
  - Z – zgodność z charakterystykami drugiego stopnia PRK typowymi dla kwalifikacji o charakterze zawodowym,
  - Znak podkreślenia – oddziela części symboli,
  - W – wiedza, U – umiejętności, K – kompetencje społeczne; symbole te należy łączyć z oznakowaniem zamieszczonym na ostatnim miejscu,
  - Na ostatnim miejscu umieszczone są symbole wskazujące na kategorię opisu w obrębie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, gdzie:
    - WT – oznacza kategorię „teorie i zasady” w obrębie wiedzy,
    - WZ – zjawiska i procesy,
    - WO – organizację pracy,
    - WN – narzędzia i materiały,
    - UI – oznacza kategorię „informacje” w obrębie umiejętności,
    - UO – organizację pracy,
    - UN – narzędzia i materiały,
    - UU – uczenie się i rozwój zawodowy,
    - KP – oznacza kategorię „przestrzeganie reguł” w obrębie kompetencji społecznych,
    - KW – współpracę,
    - KO – odpowiedzialność.

## 4.2. Rekomendacje do wykorzystania i wdrożenia SRK ZP w Polsce

Poniższe rekomendacje zostały opracowane na podstawie ustaleń zespołu projektowego, opinii ekspertów, w tym autorskich recenzji zleconych kilku ekspertom, oraz odpowiedzi udzielonych w trakcie badania ankietowego interesariuszy.

### Rekomendacje dotyczące wykorzystania SRK ZP

Opracowanie SRK ZP jest potencjalnie użyteczne dla:

1. Sektora zdrowia publicznego, m.in. w kontekście jego potencjału wykonawczego, wizerunku, wiarygodności i tożsamości, poprzez:
  - „uwspólnienie języka” stosowanego w zdrowiu publicznym, wspomaganie słownikiem,
  - ustalenie i uporządkowanie zakresu kwalifikacji istotnych dla sektora i całej dziedziny zdrowia publicznego,
  - stworzenie możliwości opisywania kwalifikacji specyficznych dla sektora,
  - profesjonalizację zasobów kadrowych,
  - stworzenie szansy na ilościowe i jakościowe scharakteryzowanie zasobów kadrowych w zdrowiu publicznym, niezbędne do prowadzenia polityki kadrowej w systemie zdrowia publicznego,
  - poprawę jakości świadczeń zdrowia publicznego dzięki ukierunkowaniu na wyznaczniki takie jak: orientacja na zaspokojenie potrzeb adresatów, skuteczność, efektywność i trwałość interwencji oraz odpowiedzialność realizatorów,
  - kształtowanie prestiżu stanowisk zawodowych realizujących zadania zdrowia publicznego,
  - wzrost zainteresowania pracą w sektorze zdrowia publicznego,
  - stworzenie możliwości współpracy międzysektorowej w wyniku uwzględnienia efektów uczenia się na siedmiu poziomach ramy oraz wypracowanie wspólnego języka,
  - otwarcie sektora zdrowia publicznego na pracowników z wykształceniem innym niż wykształcenie na kierunku studiów zdrowie publiczne, ale mającym zastosowanie w zdrowiu publicznym oraz wzbogacenie kadry,
  - stworzenie podstawy do budowania tożsamości sektora zdrowia publicznego i etosu pracownika zdrowia publicznego,
  - odpowiedź na deregulację sektora zdrowia publicznego,

- umiędzynarodowienie polskiego sektora zdrowia publicznego poprzez odniesienie do ERK.
2. Pracowników sektora zdrowia publicznego poprzez:
- określenie podwalin do budowania tożsamości zawodowej pracowników zdrowia publicznego,
  - jasne określenie zakresu efektów uczenia się wymaganych na poszczególnych poziomach kwalifikacji dla osób podejmujących kształcenie,
  - określenie ścieżki rozwoju zawodowego w zdrowiu publicznym,
  - stworzenie jasnej perspektywy rozwoju zawodowego dla osób zainteresowanych pracą w tym obszarze,
  - samoocenę kompetencji, identyfikację luk kompetencyjnych,
  - możliwość potwierdzenia własnych kompetencji na rynku pracy,
  - umożliwienie porównywalności międzynarodowej.
3. Instytucji systemu kształcenia, zwłaszcza w edukacji pozaformalnej poprzez:
- wsparcie przy konstruowaniu programów kształcenia i szkolenia,
  - uporządkowanie form kształcenia poza systemem oświaty i szkolnictwa wyższego adresowanych do osób piastujących stanowiska zawodowe w obszarze zdrowia publicznego,
  - ustalenie ścieżek opisywania kwalifikacji uzyskanych w edukacji pozaformalnej (poza systemem oświaty i szkolnictwa wyższego) – ta możliwość może być jednak także postrzegana jako zagrożenie związane z deregulacją sektora,
  - unikanie powtarzania szkoleń pozaformalnych przekazujących podobne treści i kompetencje.
4. Pracodawców i rynku pracy poprzez:
- wsparcie dla opisów stanowisk pracy, ról i zadań zawodowych w instytucjach i organizacjach związanych ze zdrowiem publicznym,
  - możliwość tworzenia nowych zawodów,
  - sprecyzowanie wymagań na poszczególnych stanowiskach pracy,
  - ułatwienie rekrutacji, selekcji i oceny pracowników,
  - wiarygodną rekrutację pracowników,

- jednolitą metodę oceny potencjału pracowników,
- tworzenie planu rozwoju zasobów ludzkich w organizacji,
- umożliwienie inwestycji w rozwój zasobów kadrowych instytucji lub organizacji i prowadzenie polityki rozwoju kadry,
- uporządkowanie wzajemnych oczekiwań pracodawców i pracowników.

5. Instytucji lub organizacji walidujących i certyfikujących.

Powyższa lista nie wyczerpuje wszystkich możliwych korzyści wynikających z opracowania SRK ZP ani też jej możliwych zastosowań.

## Rekomendacje dotyczące wdrożenia SRK ZP

1. Niezbędne jest szerokie upowszechnienie SRK ZP, w tym wśród:
  - środowiska akademickiego, które prowadzi kształcenie w dziedzinie zdrowia publicznego, w szczególności na Wydziałach Nauk o Zdrowiu uczelni wyższych,
  - administracji rządowej różnych szczebli, w szczególności w Ministerstwie Zdrowia i na wydziałach zdrowia urzędów wojewódzkich,
  - właściwych tematycznie podmiotów podległych, nadzorowanych i objętych nadzorem właścicielskim Ministra Zdrowia,
  - administracji samorządowej wszystkich szczebli,
  - NGOs związanych z ochroną zdrowia.
2. Raport końcowy wynikający z opracowania SRK ZP powinien zostać wysłany do podmiotów, które mogą wspierać jego upowszechnienie i wykorzystanie, a także współpracę całego sektora w celu wykorzystania ramy, w tym do:
  - Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk,
  - Rady Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego,
  - Polskiej Komisji Akredytacyjnej,
  - Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego,
  - Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego,
  - Konsultantów krajowego i wojewódzkich w dziedzinie zdrowia publicznego,
  - Stowarzyszeń ASPHER oraz EUPHA.

3. Należy uwzględnić dodatkowe metody popularyzacji SRK ZP, w tym np. konferencje czy seminaria oraz zamieszczenie informacji na stronach internetowych, jak również stworzyć mechanizmy komunikacji dwustronnej na ten temat wśród interesariuszy.
4. Z powodu bardzo dynamicznych zmian dotyczących podłoża teoretycznego i praktyki zdrowia publicznego należy założyć, że warunkiem zachowania aktualności ramy jest jej okresowa weryfikacja i aktualizacja. Proces weryfikacji i aktualizacji może dotyczyć także liczby poziomów ramy, jak również kolejnych branż sektora zdrowia publicznego.
5. Należy podjąć starania ukierunkowane na włączenie SRK ZP do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji, w tym poprzez współpracę z Ministerstwem Zdrowia.
6. Należy dążyć do stworzenia systemu uznawania kwalifikacji, walidacji i certyfikacji w sektorze zdrowia publicznego.
7. Z powodu specyfiki sektora zdrowia publicznego, polegającej na międzysektorowości, co jest w pewnej kontradycji do ustanowienia granic tego sektora, opracowanie SRK ZP, założenia do tej pracy i podejmowane w trakcie pracy decyzje mogą być przydatne przede wszystkim w odniesieniu do opracowania ram w takich obszarach, w których występują podobne problemy tożsamościowe.



## 5. Słownik towarzyszący SRK ZP

### Analiza ryzyka dla interwencji

Ryzyko to każde zdarzenie, do którego może prawdopodobnie dojść w czasie interwencji i które może mieć negatywny wpływ na jej przebieg. Analizę ryzyka prowadzi się przed rozpoczęciem interwencji. Zarządzanie ryzykiem jest procesem ciągłym, w całym okresie trwania interwencji.

### Badania epidemiologiczne

Badania naukowe w populacjach ludzkich i określonych grupach osób opisujące częstość występowania, dystrybucję i przyczyny zjawisk, które mają znaczenie dla zdrowia publicznego, lecznictwa i spraw społecznych, z zachowaniem trafności wyboru obiektu i pomiaru oraz wniosków na temat związków przyczynowo-skutkowych badanego zjawiska. Badania epidemiologiczne dzieli się na obserwacyjne i eksperymentalne. Badania obserwacyjne nie zakłócają naturalnego biegu wydarzeń. Do obserwacyjnych należą badania: opisowe i analityczne (ekologiczne, przekrojowe, kliniczno-kontrolne, kohortowe i badanie przypadków). Badania eksperymentalne, inaczej interwencyjne, wytwarzają ściśle określoną sytuację, w której można obserwować wpływ jakiegoś czynnika. Zasadniczym schematem badania eksperymentalnego jest losowe badanie kontrolowane.

### Brokerstwo wiedzy/informacji (ang. *brokering*)

Łączenie wiedzy i doświadczeń naukowców i decydentów, aby ułatwiać ich interakcje, dzięki czemu są oni w stanie lepiej zrozumieć wzajemne cele i kulturę zawodową, wpływać na wzajemną pracę, tworzyć nowe partnerstwa i wykorzystywać dowody oparte na badaniach. Brokering dąży do wspierania decyzji opartych na dowodach w organizacji, zarządzaniu i dostarczaniu usług zdrowotnych.

### Deprywacja potrzeb

Brak możliwości zaspokojenia jakiejś potrzeby.

### Dobre praktyki

Interwencje zdrowia publicznego, które zostały ocenione (poddano je ewaluacji), okazały się skuteczne i mogą być adaptowane i przekształcane przez inne osoby pracujące w tej samej dziedzinie. Bazy dobrych praktyk to zbiór informacji (bazy danych), w których można szukać informacji o skutecznych interwencjach.

### Edukacja zdrowotna

Zaplanowane, różnorodne działania edukacyjne, ukierunkowane na udzielanie ludziom pomocy w uzyskaniu kompetencji, dzięki którym mogą oni podejmować działania dla zachowania i doskonalenia zdrowia własnego i innych osób.

### Efektywność

Związek między wielkością nakładów (wykorzystanych środków) i osiąganymi rezultatami i efektami.

### Epidemiologia

Nauka zajmująca się badaniem rozpowszechnienia chorób lub innych zjawisk związanych ze zdrowiem w populacji oraz warunkami i czynnikami wpływającymi

na ich występowanie, a także zastosowaniem wyników tych badań dla zapobiegania im i ich zwalczania.

## Etyka w zdrowiu publicznym

Do niedawna etyczna natura zdrowia publicznego nie była wyrażona wprost, pomimo że formalne upoważnienie do ochrony i zapewnienia zdrowia populacji ma wymiar moralny. Obecnie na świecie istnieją kodeksy etyczne dotyczące zdrowia publicznego, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. W SRK ZP odwołano się do 7 zasad etycznych: nieczynienia szkody, uzyskiwania korzyści, maksymalizacji efektów zdrowotnych, wydajności, poszanowania autonomii, sprawiedliwości, proporcjonalności.

## Ewaluacja

Odpowiada na pytanie, czy interwencja osiąga zamierzone cele i czy to ma jakiś wpływ (robi różnicę). Jeśli tak się dzieje, to ewaluacja dąży do zrozumienia, jak i dlaczego interwencja zadziałała tak dobrze. Jeśli się nie powiedzie, odpowiada na pytania, co można było zrobić lepiej lub inaczej. W ramach ewaluacji sprawdza się zasadnicze efekty (ang. *outcomes*) i wpływy/oddziaływania (ang. *impacts*) różnych komponentów, określając przy tym, czy zadania, cele szczegółowe i główne (ang. *objectives, aims, goals*) zostały zrealizowane/osiągnięte. Oceny ewaluacyjne odbywają się w określonych momentach podczas interwencji (tzw. *ex-ante, mid-term, ex-post*). Ewaluację wewnętrzną prowadzą osoby realizujące interwencję, a zewnętrzną inne podmioty.

## Funkcje zdrowia publicznego

W SRK ZP przyjęto podstawowe funkcje zdrowia publicznego (Essential Public Health Operations, EPHOs) wg stanowiska Biura Regionalnego WHO dla Europy, tj.:

FUNKCJE KLUCZOWE		FUNKCJE WSPIERAJĄCE (UŁATWIAJĄCE)	
<b>Zwiad epidemiologiczny</b>		6.	Zapewnienie zarządzania (gospodarowania) zdrowiem
1.	Nadzór nad zdrowiem i dobrostanem	7.	Zapewnienie kompetentnej kadry zdrowia publicznego
2.	Monitorowanie zagrożeń dla zdrowia i sytuacji kryzysowych oraz reagowanie na nie	8.	Zapewnienie struktury organizacyjnej i finansowania
<b>Świadczenia zdrowia publicznego</b>		9.	Komunikacja, rzecznictwo i mobilizacja społeczna na rzecz zdrowia
3.	Ochrona zdrowia, w tym tzw. zdrowie środowiskowe, pracujących, bezpieczeństwo żywności	10.	Rozwój badań w dziedzinie zdrowia publicznego dla potrzeb polityki oraz praktyki
4.	Promocja zdrowia, w tym działania dotyczące społecznych uwarunkowań zdrowia oraz nierówności w zdrowiu		
5.	Zapobieganie chorobom, w tym wczesne ich wykrywanie		

### Innowacje społeczne

Rozwiązania, które równocześnie odpowiadają na zapotrzebowanie społeczne oraz powodują trwałą zmianę w danych grupach społecznych. Rozwiązania te mogą wiązać się z innowacyjnymi produktami, usługami bądź procesami, które umożliwiają odmienne rozwiązywanie typowych problemów społecznych.

### Interesariusze sektora zdrowia publicznego

Wszystkie osoby, instytucje, agencje i organizacje uczestniczące w poszczególnych działaniach zdrowia publicznego. Są to również osoby, które korzystają ze świadczeń zdrowia publicznego (adresaci, grupy docelowe) oraz uczestniczą w opracowaniu i realizacji interwencji.

### Interwencje zdrowia publicznego

W SRK ZP interwencja ZP oznacza akcję, kampanię, program, projekt, plan, strategię lub politykę związaną ze zdrowiem społeczeństwa lub grup w populacji. Celem interwencji jest osiągnięcie zmiany i możliwych do zidentyfikowania rezultatów. Jest zamierzonym, zaplanowanym i ukierunkowanym postępowaniem w obrębie systemu lub procesu, a jego celem jest usunięcie niepożądanego zjawiska lub zapobieżenie mu.

### Koalicja

Ciało złożone z różnych organizacji lub okręgów, które zgodziły się współpracować w celu osiągnięcia wspólnego celu.

### Kompetencje zdrowotne

Wiedza, motywacja oraz kompetencje ludzi w zakresie uzyskania, zrozumienia, dokonywania oceny i wykorzystania informacji o zdrowiu w celu osądu i podejmowania w życiu codziennym decyzji odnoszących się do opieki zdrowotnej (leczenia), profilaktyki chorób oraz promocji zdrowia, aby utrzymać lub poprawić jakość życia w cyklu życiowym.

### Laicy w zdrowiu publicznym

Osoby uczestniczące w działaniach zdrowia publicznego nieposiadające kierunkowego wykształcenia związanego z leczeniem i zdrowiem publicznym. W piśmiennictwie używa się wielu określeń dla takich ról i osób, w tym np. edukacja rówieśnicza, liderzy opinii czy czempioni społeczni. Udział laików w interwencjach zdrowia publicznego uzasadnia się tym, że mogą oni docierać do tzw. grup trudno dostępnych, mobilizować zasoby społeczności (jej potencjał), wspierać innych członków społeczności, a także tym, że sami odnoszą różne korzyści z uczestnictwa.

### Marketing społeczny

System umożliwiający zrozumienie, kim są ludzie i czego pragną, a następnie stworzenie, dostarczenie i komunikowanie produktów, usług i przekazów w celu spełnienia tych oczekiwań, przy jednoczesnym zaspokajaniu potrzeb społeczeństwa i rozwiązywaniu poważnych problemów społecznych.

### Marketing zdrowotny

Dąży do ochrony zdrowia różnych populacji, jest skoncentrowany na kliencie i obejmuje tworzenie oraz przekazywanie informacji o zdrowiu. Opiera się na podstawach naukowych.

## Model logiczny interwencji/programu

Graficzna prezentacja interwencji/programu, która ilustruje związek między nakładami, działaniami/procesami, produktami i efektami krótko-, średnio- oraz długoterminowymi (inaczej rezultatami i oddziaływaniem). Jest pomocna do planowania, ewaluacji oraz prezentacji programu różnym interesariuszom.

## Monitorowanie

Regularne gromadzenie informacji o wszystkich działaniach związanych z interwencją; polega na obserwacji i udokumentowaniu (np. raporty), czy wszystko idzie zgodnie z planem, umożliwia menedżerom szybką identyfikację problemów i ich rozwiązanie. Jest działaniem ciągłym, które powinno zostać włączone do codziennych prac projektowych i jest elementem zarządzania. Odnosi się do nakładów (ang. *inputs*) i produktów (ang. *outputs*) interwencji, czyli: działań, raportów i dokumentacji, finansów oraz budżetu czy materiałów i sprzętu.

## Multi-, inter-, transdyscyplinarność

W badaniach multidyscyplinarnych przedstawiciele różnych dziedzin naukowych analizują dany problem niezależnie od siebie i pod własnym kątem widzenia. Jeśli dochodzi do łączenia wyników, to na końcu pracy, na przykład pod postacią osobnych rozdziałów w raporcie czy monografii. W badaniach interdyscyplinarnych dochodzi do szerszej współpracy – badacze nadal posługują się swoimi podejściami i technikami badawczymi, ale analizują i harmonizują kierunki poszczególnych prac, aby tworzyły spójną całość. Badania transdyscyplinarne polegają na przekraczaniu granic poszczególnych dziedzin i proponowaniu szerokiej ramy teoretycznej dla analizy problemów i zjawisk. Dochodzi tu do scalenia teorii i metod z poszczególnych dziedzin i dyscyplin naukowych.

## Myślenie krytyczne

Celowy, rozważny osąd dowodów, kontekstu, metod czy standardów, w wyniku którego decydujemy, w co wierzyć albo co robić. Do umiejętności krytycznego myślenia należą: interpretacja, analiza, ocena, wnioskowanie, wyjaśnianie oraz samoregulacja.

## Myślenie systemowe

Ogólna orientacja na wzajemne relacje pomiędzy częściami, pomiędzy częściami a całością, a także z szerszym kontekstem. Zestaw synergicznych umiejętności analitycznych wykorzystywanych do poprawy zdolności rozpoznawania i rozumienia systemów, przewidywania ich zachowań i opracowywania modyfikacji w celu uzyskania pożądanych efektów.

## Networking społeczny

Proces wymiany informacji, zasobów, wzajemnego poparcia i możliwości, prowadzony dzięki korzystnej sieci wzajemnych kontaktów. Sztuka budowania relacji, którą dotychczas wykorzystywano głównie w biznesie.

## Nierówności w zdrowiu

Różnice w stanie zdrowia w populacji (zapadalność, chorobowość, umieralność, obciążenie chorobami), które wynikają z czynników środowiskowych, społecznych, ekonomicznych oraz z polityki publicznej. Trwałe, systematyczne różnice w stanie zdrowia poszczególnych grup społecznych powstające na podłożu czynników

społecznych i ekonomicznych. Nierówności w zdrowiu są ściśle związane z nierównościami społecznymi, w tym dochodowymi. Powstają w wyniku presji warunków, w których ludzie dorastają, żyją, pracują i starzeją się.

### Ocena potrzeb zdrowotnych

Systematyczna metoda określania niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych populacji, w tym dotyczących opieki zdrowotnej, oraz rekomendowanie zmian, aby zaspokoić te potrzeby. Ocena potrzeb nie jest tym samym, co ocena stanu zdrowia populacji, ponieważ obejmuje także aspekt korzyści, które można osiągnąć w wyniku interwencji.

### Ocena technologii medycznych

Multidyscyplinarny proces, który zmierza do podsumowania informacji na temat kwestii medycznych, społecznych, ekonomicznych i etycznych związanych z korzystaniem z danej technologii medycznej. Celem tego postępowania jest dostarczanie decydom informacji o oddziaływaniu podejmowanych przez nich decyzji.

### Ocena wpływu oddziaływania na zdrowie

Kombinacja procedur, metod i narzędzi poprzez które polityka, program lub projekt mogą być ocenione pod względem potencjalnych skutków dla zdrowia populacji oraz rozkład tych skutków w obrębie populacji. Analiza ta stanowi narzędzie prozdrowotnej polityki publicznej, które wspiera proces decyzyjny, dostarcza decydom politycznym i innym zainteresowanym stronom istotnych informacji w celu minimalizacji negatywnych skutków podejmowanych działań dla zdrowia oraz maksymalizacji pozytywnych efektów.

### Ochrona zdrowia

W SRK ZP przyjęto stanowisko Biura Regionalnego WHO dla Europy, zgodnie z którym ochrona zdrowia jest jedną z podstawowych funkcji zdrowia publicznego i obejmuje kwestie związane z szeroko rozumianym bezpieczeństwem, takie jak: programy dotyczące chorób zakaźnych, zmiana klimatu i zrównoważony rozwój, ocena ryzyka zdrowotnego i środowiskowego oraz zarządzanie ryzykiem, warunki sanitarne, bezpieczeństwo żywności, a także warunki życia i pracy. W języku polskim ochrona zdrowia jest interpretowana szerzej – jako wszelka społeczna działalność, której celem jest zapobieganie chorobom i ich leczenie, utrzymanie rozwoju psychicznego, fizycznego i społecznego człowieka, przedłużanie życia, zapewnienie zdrowego rozwoju następnym pokoleniom.

### Partnerzy/partnerstwo

Członkowie koalicji, interesariusze zewnętrzni lub decydenci, którzy wspierają pracę koalicji w celu wzmocnienia współpracy i poprawy relacji między tymi osobami lub grupami.

### Planowanie interwencji/programów zdrowotnych

Systematyczny proces udzielenia odpowiedzi na podstawowe pytania: jakie są potrzeby i jak je zaspokoić. W szczególności obejmuje liczne etapy w tzw. cyklu życia programu, tj.: ocenę potrzeb i wybór priorytetów, wybór grup docelowych, strategii i metod, wdrożenie i monitorowanie, ocenę efektów (ewaluację) i audyt. Do planowania wykorzystuje się różne narzędzia i metody, w tym analizę danych

i informacji, specjalnie badania ilościowe i jakościowe, schematy planowania, liczne teorie (np. na temat zdrowia i choroby, genezy/zmiany zachowania, komunikowania się, zmiany społecznej, organizacji społeczności, marketingu społecznego) oraz bazy dobrych praktyk. Znanych jest około kilkunastu schematów planowania programów odpowiednich do potrzeb zdrowia publicznego, a każdy ma swoje mocne i słabe strony.

## Polityka

Prawa, przepisy, reguły, protokoły i procedury, mające na celu wpływanie na zachowania lub zmiany w środowisku. Polityki mogą mieć charakter legislacyjny lub organizacyjny.

## Polityka zdrowotna

Decyzje, plany i działania podejmowane w celu osiągnięcia zdefiniowanych celów opieki zdrowotnej. Patrz także: prozdrowotna polityka publiczna.

## Potrzeby ludzkie

W SRK ZP przyjęto klasyfikację potrzeb wg A. Masłowa, tj. potrzeby fizjologiczne, bezpieczeństwa, przynależności, uznania i samorealizacji.

## Potrzeby społeczne i zdrowotne

W SRK ZP przyjęto klasyfikację potrzeb społecznych wg J. Bradshawa, tj. potrzeby normatywne (ang. *needs*), odczuwane (chęci; ang. *wants*), wyrażone (oczekiwania, wymagania; ang. *demands*) oraz porównawcze. Mówienie o potrzebie oznacza wyznaczenie celu, dającego się zmierzyć niedoboru oraz sposobu osiągnięcia celu.

## Potencjał wykonawczy/organizacyjny zdrowia publicznego

Umiejętność i zdolność instytucji lub organizacji do wypełniania swojej misji poprzez połączenie dobrego zarządzania, silnego gospodarowania oraz ciągłego nastawienia na ocenę wyników oraz ich osiągnięcie. Pojęcie potencjału jest różnie definiowane, wielowymiarowe, wieloznaczne, ciągle rozwijane i nie jest wyłącznie związane ze zdrowiem publicznym. Do potencjału organizacyjnego można zaliczyć, np.:

- gospodarowanie i przywództwo,
- misję, wizję i strategię,
- dostarczanie programów i efekty,
- relacje strategiczne,
- rozwój zasobów,
- zarządzanie wewnętrznym.

## Profilaktyka chorób

Obejmuje działania skierowane nie tylko na zapobieganie wystąpieniu choroby (jak np. szczepienia ochronne lub kontrola wektorów przenoszących choroby lub działalność antytytoniowa), ale również na zahamowanie postępu choroby, a także ograniczenie jej skutków, kiedy już wystąpi. Istnieje kilkanaście strategii profilaktyki chorób.

## Program zdrowotny

Zaplanowany i zorganizowany cykl działań w celu realizacji określonych zadań i celów zdrowotnych. Zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od 2015 r. wprowadzono definicję:

**Program polityki zdrowotnej:** zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawie stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego;

**Program zdrowotny:** zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawie stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz.

## Promocja zdrowia

Według WHO jest to proces, który umożliwia ludziom kontrolę nad zdrowiem i jego poprawę lub proces, który umożliwia ludziom kontrolę nad uwarunkowaniami zdrowia i jego poprawę. Obejmuje pięć kierunków działania: (1) prowadzenie prozdrowotnej polityki publicznej, (2) tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu, (3) wzmacnianie działań społeczności (upodmiotowienie), aby podejmowały kwestie związane ze zdrowiem, (4) rozwój umiejętności indywidualnych (kształtowanie zachowań prozdrowotnych) oraz (5) reorientację działań sektora zdrowotnego/świadczeń zdrowotnych. Głównymi strategiami działania są: umożliwianie/włączanie (ang. *enable*), pośredniczenie (ang. *mediate*) oraz rzecznictwo (ang. *advocate*).

## Promocja zdrowia oparta na dowodach

Wykorzystanie danych z badań naukowych oraz przeglądów systematycznych w celu rozpoznania przyczyn i czynników kształtujących potrzeby zdrowotne populacji oraz identyfikacji najbardziej efektywnych interwencji promocji zdrowia odpowiednich do danego kontekstu i danych potrzeb.

## Prozdrowotna polityka publiczna

Wyraźna troska o zdrowie i sprawiedliwość we wszystkich obszarach polityki oraz odpowiedzialność za ich skutki zdrowotne. Głównym celem jest tworzenie wspierającego środowiska, które umożliwia ludziom prowadzenie zdrowego życia.

## Przywódcztwo

Dotyczy zachowań jednostki, która kieruje aktywnością grupy w celu osiągnięcia wspólnego celu, pożądanych zachowań członków tej grupy oraz ich wzajemnych relacji. Zadaniem lidera jest zapewnienie w zespołach i organizacjach kierunku, dostosowania i zaangażowania. Kierunek oznacza porozumienie co do tego, co organizacja stara się osiągnąć w zgodzie z wizją, wartościami i strategiami oraz poczucie dumy wśród członków zespołu. Dostosowanie odnosi się do

skutecznej koordynacji i integracji pracy. Zaangażowanie przejawia się w tym, że wszyscy w organizacji uznają za priorytet sukces organizacji i biorą za to odpowiedzialność, zamiast skupiać się na swoim sukcesie lub natychmiastowym sukcesie zespołu.

### Rozwój społeczności

Proces organizacji społeczności i wspierania różnych grup w społeczności, tak aby rozpoznawały one swoje problemy i potrzeby zdrowotne, planowały i podejmowały działania z wykorzystaniem strategii zmiany społecznej, a przez to nabywały i wzmacniały zdolność do decydowania o swoich sprawach. W literaturze funkcjonują różne typologie zmiany społecznej. Klasyczna typologia J. Rothmana wyróżnia trzy modele organizowania społeczności:

- **Rozwój lokalny** (ang. *locality development*) – oddolne mobilizowanie członków społeczności po to, by uruchomić w niej procesy współpracy, samopomocy i samozaradności.
- **Akcja społeczna** (ang. *social action*) – mobilizowanie i organizowanie się grup pokrzywdzonych, aby mogły wpływać na decyzje podejmowane przez lokalny system polityczny i wywoływać (wymuszać) korzystne dla siebie zmiany.
- **Planowanie społeczne** (ang. *social planning*) – obejmuje działania inicjowane od górnicy i polega na dostosowaniu oferty usług do profilu występujących potrzeb społecznych. W praktyce oznacza tworzenie nowych instytucji świadczących usługi bądź reformowanie już istniejących.

### Rzecznicstwo zdrowotne (ang. *advocacy*)

Kombinacja działań jednostek i społeczności, zaplanowanych w celu uzyskania politycznego zobowiązania, zaangażowania oraz uzyskania społecznej akceptacji i poparcia dla rozwiązań wspierających określone cele zdrowotne, programy i inicjatywy. Celem działań rzeczniczych jest argumentowanie na korzyść zdrowia, zmiana postaw, wpływanie na decyzje i działania społeczności oraz rządów, które mają kontrolę nad zasobami wpływającymi na zdrowie oraz tworzenie warunków, które sprzyjają zdrowiu. Rzecznicstwo zdrowotne stanowi jedną z trzech głównych strategii promocji zdrowia i wykorzystuje różne metody działania, m.in. wykorzystanie mediów, mobilizację społeczności poprzez np. poszukiwanie partnerów i budowanie koalicji, udział w konsultacjach społecznych, prowadzenie debaty publicznej.

### Sektor

Zgrupowanie aktywności zawodowej według głównej funkcji usługi.

### Sektor społeczny

W SRK ZP przyjęto, że jest to część działalności społecznej lub ekonomicznej wykonywanej non profit w celu uzyskania korzyści społecznych.

### Sektor zdrowia publicznego

Działalność wielosektorowa, wykonywana przy udziale różnych interesariuszy, polegająca na ocenie zdrowotności oraz identyfikacji uwarunkowań, potrzeb i zagrożeń dotyczących zdrowia, oraz na wdrażaniu, w oparciu o podstawy teoretyczne



i dowody naukowe, populacyjnych polityk, programów i usług zmierzających do wydłużania życia i poprawy zdrowia oraz jakości życia, a także ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu.

### Sektorowa Rama Kwalifikacji

Opis poziomów kwalifikacji funkcjonujących w danym sektorze lub branży; poziomy Sektorowych Ram Kwalifikacji odpowiadają odpowiednim poziomom Polskiej Ramy Kwalifikacji.

### Sieć społeczna

Powiązania między ludźmi, organizacjami, podmiotami politycznymi (państwami lub narodami). Powstają w wyniku interakcji, takich jak np. rozmowa z innymi osobami w obrębie społeczności lub organizacji. Wiele osób polega na tych sieciach, także w aspekcie wiedzy i informacji potrzebnych do podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej i zdrowia.

### Skuteczność

Stopień osiągnięcia efektów, które zostały założone w interwencji/programie.

### Społeczno-ekonomiczny gradient zdrowia (społeczny gradient zdrowia)

Stopniowanie stanu zdrowia według pozycji społeczno-ekonomicznej w całej populacji. Bez względu na metodę pomiaru zdrowia osoby najbardziej uprzywilejowane, zazwyczaj lepiej wykształcone i o wyższych dochodach, są lepszego zdrowia niż osoby mniej uprzywilejowane, a te są lepszego zdrowia niż osoby nieuprzywilejowane. Zjawisko globalne, obserwowane w krajach o niskich, średnich i wysokich dochodach.

### Społeczność

Specyficzna grupa osób, zwykle mieszkających na określonym terytorium, którą łączy wspólna kultura, system wartości i normy, która posiada strukturę społeczną zgodną z relacjami, które wytworzyła przez jakiś czas. Wspólnota przekonań, wartości i norm stwarza możliwość budowania poczucia tożsamości społecznej (grupowej) oraz osobistej. Zbiorowość ta posiada świadomość grupową, wspólne potrzeby i angażuje się w zaspokojenie tych potrzeb.

### Strategia

Zestaw celów i założeń planu działań zapewniających osiągnięcie tych celów. W przypadku zdrowia publicznego cele dotyczą stanu zdrowia populacji. Plan realizacji strategii obejmuje wykonawców, niezbędne zasoby i harmonogram działań.

### Styl życia

Sposób życia oparty na możliwych do zidentyfikowania wzorcach zachowań, które są wynikiem wzajemnych oddziaływań indywidualnych cech jednostki, interakcji społecznych oraz warunków społeczno-ekonomicznych i środowiskowych.

### System zdrowia/zdrowotny/ochrony zdrowia

Zespół wszystkich publicznych i prywatnych organizacji, instytucji i zasobów uprawnionych do poprawy, utrzymania lub odbudowy zdrowia; obejmuje

świadczenia indywidualne i populacyjne oraz działania, których celem jest wpływanie na polityki i aktywności innych sektorów tak, aby podejmowały kwestie społeczne, środowiskowe i ekonomiczne uwarunkowań zdrowia.

### Świadczenia zdrowia publicznego

W SRK ZP przyjęto stanowisko Biura Regionalnego WHO dla Europy, wg którego są to świadczenia adresowane do grup lub populacji dotyczące ochrony zdrowia, promocji zdrowia oraz profilaktyki chorób, realizowane za pomocą interwencji/programów zdrowotnych.

### Teorie, koncepcje, modele, ramy koncepcyjne

Zbiór powiązanych ze sobą pojęć, definicji i propozycji, który opisuje, wyjaśnia lub przewiduje zdarzenia lub sytuacje, określając relacje pomiędzy zmiennymi. Z powodu trudności z odróżnieniem wymienionych form w SRK ZP nadrzędnym pojęciem jest teoria.

### Teorie dotyczące genezy/zmiany zachowań

Teorie, które dotyczą zachowań, czyli wszystkiego, co osoba robi w reakcji na zdarzenia wewnętrzne lub zewnętrzne. Wyróżnia się teorie wyjaśniające genezę zachowania i teorie zmiany. Ze względu na poziom oddziaływania uwarunkowań zachowań wyróżnia się teorie dotyczące poziomu intra-, interpersonalnego oraz społeczne. Istnieje ok. 80 teorii na temat zachowań, przy czym w praktyce najczęściej używane są: model transteoretyczny, teoria planowanego zachowania i teoria społeczno-poznawcza.

### Transformacja demograficzna/przejście demograficzne

Specyficzny, historyczny proces zmian reprodukcji ludności związany z modernizacją społeczeństw. Polega na radykalnym obniżeniu się współczynnika urodzeń i współczynnika zgonów, czemu towarzyszy na ogół początkowo systematyczny wzrost współczynnika przyrostu naturalnego ludności, a następnie jego systematyczny spadek.

### Transformacja epidemiologiczna/przejście epidemiologiczne

Proces stopniowego zmniejszania umieralności przebiegający w 3 fazach: okres epidemii i głodu, wygasania pandemii chorób zakaźnych oraz chorób zwyrodnieniowych i cywilizacyjnych.

### Translacja wiedzy

Synteza, wymiana i wykorzystanie wiedzy odpowiednich interesariuszy, aby zwiększyć korzyści dla poprawy zdrowia ludzi i funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej. Translacja dąży do wypełnienia luki między tym co wiadomo, a tym, co się robi.

### Trwałość interwencji

Ciągła zdolność społeczności do podejmowania wspólnych wysiłków w celu ustalenia, rozwijania i utrzymywania skutecznych strategii, które stale poprawiają zdrowie i jakość życia wszystkich członków.

Warunek konieczny do tego, aby interwencja prowadziła do korzystnych efektów, zależny od: wsparcia politycznego, stabilnego finansowania, potencjału organizacyjnego, ewaluacji programu, adaptacji programu, komunikacji, skuteczności oraz planowania strategicznego.

## Upodmiotowienie

Proces, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad ich decyzjami i działaniami mającymi wpływ na ich zdrowie. Obejmuje upodmiotowienie osób, czyli zdolność jednostek do podejmowania decyzji i kontroli nad ich życiem osobistym oraz upodmiotowienie społeczności, czyli działania podejmowane wspólnie przez ludzi w celu uzyskania większego wpływu na czynniki wpływające na stan zdrowia i jakość życia w ich społeczności, a także kontroli nad tymi czynnikami. Ogólnym celem upodmiotowienia członków lokalnej społeczności jest ich aktywne włączanie się w życie społeczne w celu poprawy sytuacji własnej i całej wspólnoty poprzez dodawanie siły i wzmacnianie poczucia sprawstwa.

## Uwarunkowania zdrowia społeczno-środowiskowe

Jeden z wielu istniejących modeli zdrowia, od lat 80. XX w. dominujący w piśmiennictwie naukowym i praktyce zdrowia publicznego. Uwzględnia liczne i powiązane ze sobą determinanty zdrowia na poziomie indywidualnym, interpersonalnym, instytucjonalnym i materialnym oraz szeroki kontekst społeczny, kulturowy, ekonomiczny i polityczny. Przyjmuje, że do poprawy zdrowia niezbędne jest oddziaływanie na wszystkich poziomach. Opiera się na ekologicznej teorii systemów. Przyczyny przyczyn zdrowia to szeroko rozumiane społeczne uwarunkowania zdrowia, które mają wpływ na styl życia, stres w pracy i w domu, warunki środowiska i zamieszkania oraz transport.

## Wsparcie społeczne

W SRK ZP przyjęto klasyfikację wsparcia społecznego wg C. Schaefera, J. Coyne'a i R. Lazarusa, tj.: wsparcie emocjonalne, uznanie, wsparcie sieci społecznej, informacyjne oraz materialne.

## Wyznaczniki sektorowe dla sektora zdrowia publicznego

Specyficzne wymagania wobec świadczeń zdrowia publicznego. Obszary kompetencji charakteryzujące specyficzne kwalifikacje sektora zdrowia publicznego i odróżniające je od kwalifikacji wymaganych w innych sektorach; dotyczą głównych zadań zawodowych. Przy opracowywaniu SRK ZP przyjęto, że są to: (1) orientacja na zaspokojenie potrzeb społeczności/adresatów/grup docelowych poprzez respektowanie podmiotowości uczestników, zasad etycznych oraz poufności danych osobowych; (2) orientacja na skuteczność, efektywność, trwałość i odpowiedzialność poprzez planowanie i ewaluację; (3) orientacja na międzysektorowość i interdyscyplinarność poprzez współpracę i partnerstwo.

## Zachowania zdrowotne

Cechy indywidualne (przekonania, oczekiwania, motywacje, wartości i percepcje), osobowość (w tym emocje i uczucia) oraz jawne (widoczne) wzorce zachowań, działania i nawyki związane z utrzymaniem zdrowia, przywracaniem zdrowia i jego poprawą.

## Zasoby społeczności

Zasoby oraz aktywa dostępne dla społeczności lub koalicji w celu osiągnięcia zakładanych celów. Mogą obejmować osoby, organizacje, instytucje, zabudowania, krajobraz, wyposażenie – wszystko, co może być wykorzystane do poprawy jakości życia.

## Zdrowie

Według WHO jest to stan zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brak choroby lub ułomności.

## Zdrowie publiczne

W Regionie Europejskim WHO przyjęto, że jest to nauka i sztuka zapobiegania chorobie, wydłużania życia oraz promowania zdrowia za pomocą zorganizowanych wysiłków społeczeństwa. Patrz także: sektor zdrowia publicznego.

## Zdrowie publiczne oparte na dowodach

Zastosowanie metod naukowych, w tym systematyczne korzystanie z danych, teorii behawioralnych oraz modeli planowania programów do budowania/planowania, wdrażania i ewaluacji efektywnych programów i polityk w obszarze zdrowia publicznego. Obejmuje następujące zasady:

- podejmowanie decyzji w oparciu o najlepsze dowody naukowe (z badań ilościowych i jakościowych);
- wykorzystywanie danych w sposób systematyczny;
- stosowanie schematu planowania programów;
- angażowanie społeczności w analizę sytuacji i podejmowanie decyzji;
- prowadzenie rzetelnej ewaluacji;
- upowszechnianie zdobytej wiedzy wśród kluczowych interesariuszy i decydentów;
- połączenie umiejętności badawczych, efektywnej komunikacji, zdrowego rozsądku i przenikliwości politycznej w podejmowaniu decyzji.

W innym ujęciu jest to proces łączenia interwencji opierających się na nauce z preferencjami społeczności. Coraz częściej w piśmiennictwie używa się określenia zdrowie publiczne oparte na teoriach i dowodach, aby podkreślić wagę teoretycznego podłoża zdrowia publicznego.

## Zmiana zachowań

Polega na skoordynowanych działaniach zaplanowanych ściśle w celu zmiany danego wzorca zachowań. Zmiana zachowania jest skomplikowanym procesem, który wymaga uwzględnienia czynników indywidualnych i środowiskowych. Jako podbudowę do zmiany zachowań wykorzystuje się różne teorie (ramy koncepcyjne) na temat genezy lub zmiany zachowań.

## Zwiad epidemiologiczny

System tworzenia, syntezy i wykorzystania wiedzy, związany z systemem zdrowia w celu systematycznej i kompleksowej oceny potrzeb zdrowotnych, aby ukierunkować działania strategiczne.

## 6. Piśmiennictwo i teksty źródłowe

Chłoń-Domińczak, A., Sławiński, S., Kraśniewski, A., Chmielecka, E. (2017). *Polska Rama Kwalifikacji*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.

Kocór, M., Strzebońska, A., Dawid-Sawicka, M. (2015). *Rynek pracy widziany oczami pracodawców*. Warszawa: Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości.

Perspektywa uczenia się przez całe życie (2013). Załącznik do uchwały nr 160/2013 Rady Ministrów z dnia 10 września 2013 r.

### Teksty źródłowe

#### **Zdrowie i jego uwarunkowania**

Acheson, D. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London: H.M. Stationery Office.

Brofenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513–531.

Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.

Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. Stockholm: Institute for Future Studies.

Department of Health (2017). *Working Together for Health. A National Strategic Framework for Health and Social Care Workforce Planning*. Pobrano 13.11.2019 z <https://assets.gov.ie/10183/bb9d696ba47945e6b065512356fcb6c3.pdf>

Department of Health and Social Security (DHSS) (1980). *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*. London: DHSS.

Dębska, A. (2014). Zdrowie we wszystkich politykach – znaczenie i źródła. W: D. Cianciara (red.), *Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego* (s. 33–38). Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. Dz.U. 1948 nr 61, poz. 477.

## Zdrowie publiczne, funkcje zdrowia publicznego

Acheson, D. (1988). *Public Health in England: The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. London: H.M. Stationery Office.

Core Public Health Functions Steering Committee. Essential public health services, 1994. Pobrano 13.11.2019 r. z <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/essentialhealthservices.html>

Frieden, T.R. (2014). Six Components Necessary for Effective Public Health Program Implementation. *Am J Public Health*, 104(1), 17–22.

Mahler, H. (1986). Towards a new public health. *Health Promotion International*, 1(1), 1.

Marks, L., Hunter, D.J., Alderslade, R. (2011). *Strengthening Public Health Capacity and Services in Europe. A Concept Paper*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Public Health Agency of Canada. Canadian Best Practices Portal. Population Health Approach: The Organizing Framework. Pobrano 13.11.2019 r. z: <https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/population-health-approach-organizing-framework/>

Resolution EUR/RC61/R2. Strengthening public health capacities and services in Europe: a framework for action. WHO Regional Office for Europe. Baku, Azerbaijan, 12–15 September 2011.

Winslow, C.E.A. (1920). The untilled fields of public health. *Science*, 51(1306), 23–33.

World Health Organization (2012). *European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

## Kompetencje w zdrowiu publicznym

### Część A

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Wyszukiwarka opisów zawodów. Pobrano 13.11.2019 r. z <https://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow>

Obwieszczenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 stycznia 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa. Dz.U. 2018, poz. 345.

Program specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia – zdrowie publiczne. Program dla osób posiadających tytuł zawodowy magistra lub magistra inżyniera: biologii, biotechnologii, chemii, inżynierii środowiskowej, ochrony środowiska, psychologii, pedagogiki, pedagogiki specjalnej, socjologii, technologii żywności i żywienia człowieka. Zdrowie publiczne

– Program podstawowy. CMKP, Warszawa 2003. Pobrano 13.11.2019 z <https://www.cmkp.edu.pl/>

Program specjalizacji w dziedzinie zdrowia publicznego (do 31 marca 2014). Program dla lekarzy stomatologów po stażu podyplomowym (bez żadnej specjalizacji). CMKP, Warszawa 2002. Pobrano 13.11.2019 z <https://www.cmkp.edu.pl/>

Program specjalizacji w dziedzinie zdrowia publicznego (do 31 marca 2014). Program podstawowy dla lekarzy po stażu podyplomowym (bez żadnej specjalizacji). CMKP, Warszawa 2002. Pobrano 13.11.2019 z <https://www.cmkp.edu.pl/>

Program specjalizacji w dziedzinie zdrowia publicznego (od 1.10.2014). Program specjalizacji w dziedzinie zdrowia publicznego dla lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny, lub zrealizowanego i zaliczonego odpowiedniego modułu podstawowego. CMKP, Warszawa 2014. Pobrano 13.11.2019 z <https://www.cmkp.edu.pl/>

Program specjalizacji w dziedzinie zdrowia publicznego (od 1.10.2014). Program specjalizacji w dziedzinie zdrowia publicznego dla lekarzy dentyistów nieposiadających odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny. CMKP, Warszawa 2014. Pobrano 13.11.2019 z <https://www.cmkp.edu.pl/>

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej. Dz.U. 2010 nr 48, poz. 283.

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 września 2016 r. w sprawie charakterystyk drugiego stopnia Polskiej Ramy Kwalifikacji typowych dla kwalifikacji uzyskiwanych w ramach szkolnictwa wyższego po uzyskaniu kwalifikacji pełnej na poziomie 4 – poziomy 6–8. Dz.U. 2016, poz. 1594.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. Dz.U. 2016, poz. 1492.

Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dz.U. 1985 nr 12, poz. 49, z późn. zm.

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. Dz.U. 2015, poz. 1916, z późn. zm.

### **Część B1**

Cianciara, D., Lewtak, K., Gajewska, M., Urban, E., Piotrowicz, M., Poznańska, A. (2016). Projekty programów zdrowotnych zaopiniowanych przez AOTMiT w latach 2012–2015. W: B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania* (s. 357–380). Warszawa: NIZP-PZH.

Cianciara, D., Lewtak, K., Gajewska, M., Piotrowicz, M., Urban, E. (2017). *Diagnoza istniejącej organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego w Polsce – rzeczywisty sposób działania systemu. Tom I. Podsumowanie*. Warszawa: NIZP-PZH.

Cianciara, D., Urban, E., Piotrowicz, M., Gajewska, M., Lewtak, K. (2017). *Lokalne partnerstwa na rzecz zdrowia mieszkańców. Raport całościowy z badań pracowników starostw*. Pobrano 13.11.2019 z: <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/nierownosci-w-zdrowiu>

Niedźwiedzka, B., Witkowski, M., Cianciara, D. (2014). *Zdrowie publiczne w Polsce w latach 2000–2012 na podstawie zawartości Polskiej Bibliografii Lekarskiej*. W: D. Cianciara (red.), *Nie ma zdrowia bez badań w dziedzinie zdrowia publicznego* (s. 161–180). Warszawa: NIZP-PZH.

Rdzany, R. (2015). *Krytyczna analiza lokalnych programów z zakresu profilaktyki chorób przewlekłych oraz promocji zdrowia, przewidzianych do realizacji na szczeblu powiatów i gmin, zgłoszonych do Agencji Oceny Technologii Medycznych*. Pobrano 13.11.2019 z <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/nierownosci-w-zdrowiu>

Tyszko, P., Minko, M. (2014). *Przegląd krajowych strategii dotyczących zdrowia ludności, ze szczególnym uwzględnieniem nierówności w zdrowiu*. Pobrano 13.11.2019 z: <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/nierownosci-w-zdrowiu>

## **Część B2**

Areas of Responsibilities, Competencies, and Sub-competencies for Health Education Specialists. NCHEC, 2015. Pobrano 13.11.2019 r. z <https://www.nchec.org/responsibilities-and-competencies>

Beaglehole, R., Dal Poz, M.R. (2003). Public health workforce: challenges and policy issues. *Human Resources Health*, 1(1), 4.

Biesma, R.G., Pavlova, M., Vaatstra, R., van Merode, G.G., Czabanowska, K., Smith, T., Groot, W. (2008). Generic Versus Specific Competencies of Entry-Level Public Health Graduates: Employers' Perceptions in Poland, the UK, and the Netherlands. *Advances in Health Sciences Education* 2008, 13(3), 325–343.

Core Competencies for Health Promotion Practitioners. Australian Health Promotion Association, 2009. Pobrano 13.11.2019 z [https://www.healthpromotion.org.au/images/docs/core\\_competencies\\_for\\_hp\\_practitioners.pdf](https://www.healthpromotion.org.au/images/docs/core_competencies_for_hp_practitioners.pdf)

Core competencies for public health in Canada. Release 1.0. Public Health Agency of Canada, 2008. Pobrano 13.11.2019 z <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/public-health-practice/skills-online/core-competencies-public-health-canada/cc-manual-eng090407.pdf>

Core Competencies for Public Health Professionals. Revised and Adopted by the Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice: The Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice, June 26, 2014. Pobrano 13.11.2019 z [http://www.phf.org/resourcestools/Documents/Core\\_Competencies\\_for\\_Public\\_Health\\_Professionals\\_2014June.pdf](http://www.phf.org/resourcestools/Documents/Core_Competencies_for_Public_Health_Professionals_2014June.pdf)

European Core Competencies for MPH Education. ASPHER, 2011. Pobrano 13.11.2019 z <https://www.aphea.be/docs/research/ECCMPHE1.pdf>



European Core Competencies for Public Health Professionals (ECCPHP). ASPHER, 2011. Pobrano 13.11.2019 z <https://www.aspher.org/download/77/eccphp-2011.pdf>

Fontana, D. (1998). *Psychologia dla nauczycieli*, przeł. M. Żywiecki, Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z.A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. et al. (2010). Health professions for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376, 1923–58.

Galway Consensus. 2008. Pobrano 13.11.2019 z [https://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/CBET/Galway\\_Consensus\\_Statement.pdf](https://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/CBET/Galway_Consensus_Statement.pdf)

Health promotion competencies for Aotearoa New Zealand, 2012. Pobrano 13.11.2019 z <http://www.hauora.co.nz/assets/files/Health%20Promotion%20Competencies%20%20Final.pdf>

Illeris, K. (2009). O specyfice uczenia się ludzi dorosłych. *Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja: kwartalnik myśli społeczno-pedagogicznej*, 1(45), 85–96.

Institute of Medicine (2003). *Who Will Keep the Public Healthy? Educating Public Health Professionals for the 21st Century*. Washington, DC: The National Academies Press.

Lester, S. (2015). The European Qualifications Framework: a technical critique. *Research in Post-Compulsory Education*, 20(2), 159–172.

Master's Degree in Public Health Core Competency Development Project Version 2.3 August 2006. ASPPH, 2006. Pobrano 13.11.2019 z [https://s3.amazonaws.com/asp-ph-wp-production/app/uploads/2014/04/Version2.31\\_FINAL.pdf](https://s3.amazonaws.com/asp-ph-wp-production/app/uploads/2014/04/Version2.31_FINAL.pdf)

New Zealand College of Public Health Medicine Competencies, 2012. Pobrano 13.11.2019 z [https://www.nzcphm.org.nz/media/33658/2012\\_11\\_nzcphm\\_competencies.pdf](https://www.nzcphm.org.nz/media/33658/2012_11_nzcphm_competencies.pdf)

NHS. Health careers. The core public health workforce. Pobrano 13.11.2019 z <https://www.healthcareers.nhs.uk/working-health/working-public-health/public-health-workforce-explained/core-public-health-workforce>

OECD. Revised Fields of Science and Technology (FOS) classification in the Frascati manual. Pobrano 13.11.2019 z <https://unstats.un.org/unsd/EconStatKB/KnowledgebaseArticle10269.aspx>

Public Health Foundation. Competency-Based Workforce Development Plans. Pobrano 13.11.2019 z [http://www.phf.org/resourcestools/Pages/Competency\\_Based\\_Workforce\\_Development\\_Plans.aspx](http://www.phf.org/resourcestools/Pages/Competency_Based_Workforce_Development_Plans.aspx)

Public Health Skills and Knowledge. Framework. Public Health England, 2016. Pobrano 13.11.2019 z <https://www.gov.uk/government/publications/public-health-skills-and-knowledge-framework-phskf>

Rotem, A., Waltres, J., Dewdney, J. (1995). The public health workforce education and training study. *Australian Journal of Public Health*, 19(5), 437–438.

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Objectives of training in the specialty of public health and preventive medicine. Version 1.0. 2014.

Scottish Government. National Health and Social Care Workforce Planning: Discussion Document. February 2017.

Tao, D., Evashwick, C.J., Grivna, M., Harrison, R. (2018). Educating the Public Health Workforce: A Scoping Review. *Frontiers in Public Health*, 6, 27.

The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook, 2011.

Undergraduate Learning Outcomes Model. ASPPH, 2011. Pobrano 13.11.2019 z <https://www.aspph.org/teach-research/models/undergraduate-learning-outcomes/>

World Health Organization (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2015). *Self-assessment tool for the evaluation of essential public health operations in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Zwanikken, P.A., Alexander, L., Huong, N.T., Qian, X., Valladares, L.M., Mohamed, N.A., Ying X.H., Gonzalez-Robledo, M.C., Linh le C., Wadidi, M.S., Tahir, H., Neupane S., Scherpbier A. (2014). Validation of public health competencies and impact variables for low- and middle-income countries. *BMC Public Health*, 14.

### **Opracowanie ramy**

Chmielecka, E., Matuszczak, K. (red.) (2015). „Poziom 5 – brakujące ogniwo?”. *Przykłady programów kształcenia*. Warszawa: Fundacja Rektorów Polskich.

Gmaj, I., Grzeszczak, J., Leyk, A., Pierwieniecka, R., Sławiński, S., Tauber, M., Walicka, S. (2016). *Walidacja. Nowe możliwości zdobywania kwalifikacji*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.

PARP (2019). Rynek pracy, edukacja, kompetencje. Aktualne trendy i wyniki badań. PARP. Luty 2019.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 13 kwietnia 2016 r. w sprawie charakterystyk drugiego stopnia Polskiej Ramy Kwalifikacji typowych dla kwalifikacji o charakterze zawodowym – poziomy 1–8. Dz.U. 2016, poz. 537.

Sławiński, S. (2017). *Mała encyklopedia Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.

Sławiński, S. (2017). *Słownik Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.

Sławiński, S., Chłoń-Domińczak, A., Szymczak, A., Ziewiec-Skokowska, G. (2017). *Polska Rama Kwalifikacji. Poradnik użytkownika*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.

Uchwała nr 8 Rady Ministrów z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie przyjęcia Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.). M.P. z 2017 r., poz. 260.

Ustawa z dnia 22 grudnia 2015 r. o Zintegrowanym Systemie Kwalifikacji. T.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 226.

Zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 kwietnia 2008 r. w sprawie ustanowienia europejskich ram kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie. 2008/C 111/01.

Zalecenie Rady z dnia 22 maja 2017 r. w sprawie europejskich ram kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie. Dz. Urz. UE 2017/C 189/03.

Zalecenie Rady z dnia 22 maja 2017 r. w sprawie europejskich ram kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie i uchylające zalecenie Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 kwietnia 2008 r. w sprawie ustanowienia europejskich ram kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie. Dz. Urz. UE 2017/C 189/03.

Ziewiec-Skokowska, G., Danowska-Florczyk, E., Stęchły, W. (2016). *Opisywanie kwalifikacji nadawanych poza systemami oświaty i szkolnictwa wyższego. Poradnik*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.

Ziewiec-Skokowska, G., Stęchły, W., Danowska-Florczyk, E., Marszałek, A., Sławiński, S. (2017). *Przypisywanie poziomu PRK do kwalifikacji*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.

## ZAŁĄCZNIK: PROJEKT SRK ZP

### Projekt SRK ZP

Poniżej przedstawiono projekt SRK ZP opracowany przez zespół projektowy Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny przy współpracy grona ekspertów oraz w wyniku szerokich konsultacji w środowisku branżowym. Projekt SRK ZP obejmuje siedem poziomów PRK – od poziomu 2 do 8. Na końcu każdego opisu podano odpowiedni symbol zgodności z PRK.

## Charakterystyki SRK ZP – poziom 2

### [WIEDZA] ZNA I ROZUMIE:

- powszechnie używane pojęcia i terminy dotyczące zdrowia i sytuacji zdrowotnej społeczeństwa/populacji i grup osób w populacji [P2Z\\_WT](#)
- najbardziej podstawowe czynniki, zjawiska i procesy, które mają wpływ na zdrowie i jego uwarunkowania, w tym czynniki społeczno-środowiskowe i kulturowe [P2Z\\_WZ](#)
- najbardziej podstawowe metody realizacji interwencji ZP z wykorzystaniem sieci społecznej, w tym komunikacji społecznej, edukacji zdrowotnej i wsparcia społecznego [P2Z\\_WO](#)

### [UMIEJĘTNOŚCI] POTRAFI:

- posługiwać się instrukcjami, konspektami zajęć i innymi dokumentami dotyczącymi wykonywania działań zawodowych [P2Z\\_UI](#)
- wyszukiwać i wykorzystywać informacje dla potrzeb społecznego networkingu [P2Z\\_UI](#)
- na podstawie prostych obliczeń sporządzić raport ilościowy z wykonywanych działań zawodowych [P2Z\\_UI](#)
- planować działania zawodowe z interpretacją instrukcji/konspektów dotyczących wykonywania działań zawodowych zgodnie z kontekstem realizacji działań [P2Z\\_UO](#)
- używać odpowiedniego słownictwa oraz dostosować swój ubiór i zachowanie do charakterystyk społeczno-demograficznych i kulturowych społeczności/adresatów/grup docelowych interwencji ZP [P2Z\\_UO](#)

### [KOMPETENCJE SPOŁECZNE] JEST GOTÓW DO:

- postępowania zgodnie z regulaminami i instrukcjami związanymi z działaniami zawodowymi [P2Z\\_KP](#)
- nawiązywania i utrzymywania właściwych relacji ze społecznością/adresatami/grupami docelowymi interwencji ZP z poszanowaniem ich godności [P2Z\\_KW](#)
- samokontroli i przyjmowania odpowiedzialności za działania, w których uczestniczy [P2Z\\_KO](#)
- działania w zespole, współpracy z przełożonym [P2Z\\_KW](#)

## Charakterystyki SRK ZP – poziom 3

### ZNA I ROZUMIE:

- podstawowe klasyfikacje potrzeb ludzkich oraz społecznych, normatywnych, odczuwanych, wyrażonych, porównawczych potrzeb społecznych i zdrowotnych oraz zjawisko deprivacji potrzeb [P3Z\\_WT](#)
- zjawiska i procesy, które mają wpływ na tzw. przyczyny przyczyn zdrowia, w tym na powstawanie gradientu zdrowia i nierówności w zdrowiu [P3Z\\_WZ](#)
- związek wykonywanych zadań zawodowych z sytuacją zdrowotną społeczności/adresatów/grup docelowych interwencji [ZP P3Z\\_WZ](#)
- podstawowe przepisy prawa i zasady postępowania dotyczące wykonywania zadań zawodowych w relacjach ze społecznością/adresatami/grupami docelowymi interwencji ZP, związane z ich zdrowiem i bezpieczeństwem [P3Z\\_WO](#)

### POTRAFI:

- ocenić podstawowe potrzeby zdrowotne społeczności/adresatów/grup docelowych interwencji ZP na podstawie posiadanej dokumentacji, ze szczególnym uwzględnieniem osób/grup, które doświadczają deprivacji [P3Z\\_UI](#)
- rozpoznawać przejawy nierówności w zdrowiu [P3Z\\_UI](#)
- odnaleźć informację prawną i regulacyjną odpowiednią do potrzeb zdrowotnych społeczności/adresatów/grup docelowych interwencji ZP i wykorzystać ją w praktyce [P3Z\\_UO](#)
- skutecznie kontaktować się z rodzinami adresatów/grup docelowych interwencji ZP, z różnymi instytucjami i organizacjami, w tym opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, w celu zaspokojenia potrzeb tych osób [P3Z\\_UO](#)
- zapewnić społeczności/adresatom/grupom docelowym interwencji ZP wsparcie, ze szczególnym uwzględnieniem wsparcia informacyjnego, instrumentalnego i/lub rzeczowego [P3Z\\_UO](#)
- formułować wnioski i zalecenia dotyczące podstawowych potrzeb zdrowotnych społeczności/adresatów/grup docelowych interwencji ZP, kierować je do osób zarządzających danym zadaniem zawodowym [P3Z\\_UO](#)

### JEST GOTÓW DO:

- postępowania zgodnie z prawem i zasadami etycznymi, w tym nieczynienia szkody, uzyskiwania korzyści, maksymalizacji efektów zdrowotnych, wydajności, poszanowania autonomii, sprawiedliwości, proporcjonalności [P3Z\\_KP](#)
- akceptacji reguł i aktywnego uczestnictwa w lokalnej sieci społecznej i zawodowej oraz utrzymywania wynikających z tego relacji [P3Z\\_KW](#)
- uwzględnienia skutków wsparcia udzielanego społeczności/adresatom/grupom docelowym [P3Z\\_KO](#)

## Charakterystyki SRK ZP – poziom 4

### ZNA I ROZUMIE:

- podstawowe funkcje ZP zgodne ze stanowiskiem Biura Regionalnego WHO dla Europy – Essential Public Health Operations (EPHOs) [P4Z\\_WT](#)
- kluczowe świadczenia ZP zgodne ze stanowiskiem Biura Regionalnego WHO dla Europy (ochrona zdrowia, promocja zdrowia, profilaktyka chorób) [P4Z\\_WT](#)
- ogólne podstawy teoretyczne metod postępowania przy wykonywaniu zadań zawodowych, właściwych dla danej dziedziny pracy, dotyczących ochrony zdrowia, promocji zdrowia, profilaktyki chorób, edukacji zdrowotnej w kontekście celów i zadań pracodawcy, w tym Państwowej Inspekcji Sanitarnej (nadzoru zapobiegawczego i bieżącego, zapobiegania chorobom i zwalczania ich, działalności oświatowo-zdrowotnej) [P4Z\\_WT](#)
- uwarunkowania prawne, etyczne, organizacyjne i ekonomiczne wykonywanych zadań zawodowych, właściwych dla danej dziedziny pracy, dotyczących ochrony zdrowia, promocji zdrowia, profilaktyki chorób, edukacji zdrowotnej w kontekście celów i zadań pracodawcy, w tym Państwowej Inspekcji Sanitarnej [P4Z\\_WZ](#)
- metody stosowane przy wykonywaniu zadań zawodowych, właściwych dla danej dziedziny pracy, dotyczących ochrony zdrowia, promocji zdrowia, profilaktyki chorób, edukacji zdrowotnej w kontekście celów i zadań pracodawcy, w tym Państwowej Inspekcji Sanitarnej [P4Z\\_WO](#)
- rozwiązania organizacyjne zapewniające przepływ informacji bądź ciągłość opieki (np. w odniesieniu do choroby zawodowej) przy wykonywaniu zadań zawodowych, właściwych dla danej dziedziny pracy, dotyczących ochrony zdrowia, promocji zdrowia, profilaktyki chorób, edukacji zdrowotnej w kontekście celów i zadań pracodawcy, w tym Państwowej Inspekcji Sanitarnej [P4Z\\_WO](#)
- zasady działania i wykorzystania aparatury i sprzętu stosowanego przy wykonywaniu laboratoryjnych/analizacyjnych zadań zawodowych, właściwych dla danej dziedziny pracy, dotyczących ochrony zdrowia, promocji zdrowia, profilaktyki chorób, edukacji zdrowotnej w kontekście celów i zadań pracodawcy, w tym Państwowej Inspekcji Sanitarnej [P4Z\\_WN](#)

### POTRAFI:

- gromadzić, opracowywać, analizować, oceniać i przetwarzać dane oraz współtworzyć dokumentację dotyczącą wykonywanych zadań zawodowych jw. [P4Z\\_UI](#)
- śledzić nowości związane z wykonywaniem zadań zawodowych jw., w tym dotyczące prawa i regulacji [P4Z\\_UI](#)
- przygotować i przedstawić plan wykonania lub poprawy wykonania zadań zawodowych jw. [P4Z\\_UO](#)
- rozwiązywać problemy występujące w trakcie wykonywania zadań zawodowych, w tym wykorzystywać nowe metody wykonywania zadań zawodowych i korzystać z fachowego piśmiennictwa dziedzinowego [P4Z\\_UO](#)
- przekazywać informację zwrotną dla instytucji, organizacji, społeczności/adresatów/grup docelowych z wykorzystaniem metod i technik poradnictwa, edukacji, instruktażu, szkolenia [P4Z\\_UO](#)

**JEST GOTÓW DO:**

- przewidywania i uwzględniania różnych skutków wykonywanych zadań zawodowych, ze szczególnym uwzględnieniem skutków zdrowotnych i społecznych [P4Z\\_KP](#)
- wymiany informacji i współpracy między instytucjami, organizacjami, osobami i zespołami pracowniczymi wykonującymi różne zadania związane z ochroną zdrowia, promocją zdrowia, profilaktyką chorób, edukacją zdrowotną [P4Z\\_KW](#)
- przyjmowania odpowiedzialności za pracę własną i podległych pracowników/zespołów pracowniczych [P4Z\\_KO](#)



## Charakterystyki SRK ZP – poziom 5

### ZNA I ROZUMIE:

- podstawy teoretyczne zwiadu epidemiologicznego [P5Z\\_WT](#)
- podstawy teoretyczne zarządzania wiedzą [P5Z\\_WT](#)
- międzynarodowe systemy klasyfikacji chorób i zdrowia (ICD-9, ICD-10, ICF) [P5Z\\_WT](#)
- podstawy teoretyczne i metody oceny potrzeb zdrowotnych oraz zasobów społeczności/adresatów/grup docelowych interwencji ZP [P5Z\\_WT](#)
- pojęcia i metody analizy statystycznej [P5Z\\_WT](#)
- teorie transformacji epidemiologicznej i demograficznej [P5Z\\_WZ](#)
- wybrane modele i schematy planowania interwencji ZP [P5Z\\_WZ](#)
- rejestry administracyjne i statystyki ruchu ludności [P5Z\\_WO](#)
- system rutynowego gromadzenia informacji w ochronie zdrowia, formularze statystyczne, obieg informacji [P5Z\\_WO](#)
- system nadzoru nad chorobami w Polsce, zasady organizacji i funkcjonowania rejestrów medycznych [P5Z\\_WO](#)
- charakterystykę systemów informatycznych wykorzystywanych w ochronie zdrowia [P5Z\\_WO](#)
- prawo dotyczące ochrony danych osobowych, w tym dotyczące rejestrów medycznych [P5Z\\_WO](#)
- zasady działania baz bibliograficznych, w tym pełnotekstowych [P5Z\\_WO](#)
- charakterystykę badań epidemiologicznych, w naukach społecznych i behawioralnych (ilościowych i jakościowych), w tym cyklicznych badań międzynarodowych [P5Z\\_WO](#)
- charakterystykę baz dobrych praktyk i rekomendacji w ZP [P5Z\\_WO](#)
- międzynarodowe bazy danych o sytuacji zdrowotnej i społecznej, w tym WHO, Eurostat, OECD [P5Z\\_WO](#)
- zasady organizacji i funkcjonowania ośrodków badania opinii publicznej w Polsce [P5Z\\_WO](#)
- inne źródła informacji i danych, w tym nt. monitoringu środowiska [P5Z\\_WO](#)

### POTRAFI:

- uzyskać dostęp do informacji i danych z różnych źródeł, baz i rejestrów właściwych dla danej dziedziny działalności zawodowej [P5Z\\_UI](#)
- wprowadzać dane do baz i rejestrów właściwych dla danej dziedziny działalności zawodowej [P5Z\\_UI](#)
- wyszukiwać, gromadzić, analizować, selekcjonować i integrować informacje i dane, właściwe dla danej dziedziny działalności zawodowej, dotyczące: nadzoru nad zdrowiem populacji i programów dotyczących zdrowia i/lub nadzoru nad funkcjonowaniem systemu zdrowia, monitorowania zagrożeń dla zdrowia, przygotowania do zagrożeń i reagowania na nie [P5Z\\_UI](#)

- wyszukiwać, gromadzić, analizować i oceniać informacje i dane dotyczące diagnozy sytuacji zdrowotnej, społeczno-demograficznej i ekonomicznej, potrzeb zdrowotnych społeczności/adresatów/grup docelowych interwencji ZP, a także ocenić ich wiarygodność i kompletność [P5Z\\_UI](#)
- identyfikować luki w informacjach i braki danych dotyczących diagnozy sytuacji zdrowotnej oraz społeczno-demograficznej i ekonomicznej społeczności/adresatów/grup docelowych interwencji ZP oraz proponować metody wypełnienia takich luk/braków [P5Z\\_UI](#)
- przedstawić wyniki analiz właściwych dla danej dziedziny działalności zawodowej, w tym statystycznych, w postaci ustnej i pisemnej – opisowej, tabelarycznej i/lub graficznej, w tym na potrzeby analiz, sprawozdań, raportów i publikacji naukowych [P5Z\\_UO](#)
- archiwizować i udostępniać informacje i dane, współpracować w kwestii obiegu informacji i danych oraz zarządzać tym procesem [P5Z\\_UO](#)
- doradzać współpracownikom i podmiotom zewnętrznym w sprawie źródeł informacji i danych [P5Z\\_UO](#)

#### **JEST GOTÓW DO:**

- ochrony danych osobowych przy wykorzystaniu informacji i danych [P5Z\\_KP](#)
- nawiązywania i utrzymywania właściwych relacji z podmiotami, które tworzą i gromadzą informacje i dane na temat sytuacji zdrowotnej, społeczno-demograficznej i ekonomicznej społeczeństwa i grup w populacji [P5Z\\_KW](#)
- należytej staranności przy wyszukiwaniu, gromadzeniu, analizowaniu i upowszechnianiu informacji i danych [P5Z\\_KO](#)
- dążenia do uzyskania praktycznych efektów i korzyści dla interesariuszy, społeczności/adresatów/grup docelowych interwencji ZP [P5Z\\_KO](#)

## Charakterystyki SRK ZP – poziom 6

### ZNA I ROZUMIE:

- historię, strukturę ZP oraz interakcje z opieką medyczną [P6Z\\_WT](#)
- podejścia do profilaktyki chorób i promocji zdrowia i metody działania [P6Z\\_WT](#)
- teorie, koncepcje i modele dotyczące zdrowia, chorób, genezy i/lub zmiany zachowań oraz kompetencji zdrowotnych [P6Z\\_WT](#)
- kodeksy etyczne dotyczące ZP, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej na świecie [P6Z\\_WT](#)
- podłoże naukowe ZP, w tym właściwe dla danej dziedziny pracy elementy biostatystyki, epidemiologii, demografii, nauk behawioralnych, społecznych i o środowisku oraz informatyki [P6Z\\_WZ](#)
- metodologię badań epidemiologicznych, społecznych i behawioralnych (ilościowych i jakościowych) oraz analiz ekonomicznych [P6Z\\_WZ](#)
- zasady monitorowania sytuacji zdrowotnej, w tym na podstawie systemu nadzoru nad chorobami [P6Z\\_WZ](#)
- modele i schematy planowania interwencji ZP na potrzeby poprawy zdrowia społeczności/adresatów/grup docelowych interwencji ZP oraz rozwoju społeczności [P6Z\\_WZ](#)
- dobre praktyki w ZP, w tym medycyny opartej na dowodach, zdrowia publicznego opartego na dowodach i polityki opartej na dowodach [P6Z\\_WZ](#)
- metody ewaluacji, oceny efektów zdrowotnych i ekonomicznych interwencji ZP, w tym hierarchię siły dowodów [P6Z\\_WO](#)
- metody formułowania i wyboru priorytetów do interwencji ZP [P6Z\\_WO](#)
- teorię, zasady i metody pracy ze społecznością/adresatami/grupami docelowymi w interwencji ZP, w tym zasady rozwoju społeczności i rolę laików w ZP [P6Z\\_WO](#)
- teorię, zasady i metody budowania i utrzymania partnerstwa [P6Z\\_WO](#)
- teorię, zasady i metody komunikacji społecznej, edukacji zdrowotnej, współpracy z przedstawicielami środków masowego przekazu, rzecznictwa zdrowotnego i marketingu społecznego [P6Z\\_WO](#)
- organizację systemu ochrony zdrowia, w tym prawny, ekonomiczny i społeczny kontekst realizacji interwencji ZP, w tym realizowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną [P6Z\\_WO](#)
- teorię, zasady i metody zarządzania organizacjami, programami, projektami, w tym zarządzanie jakością, z wykorzystaniem współczesnych koncepcji zarządzania; rolę przywództwa w organizacji [P6Z\\_WO](#)

### POTRAFI:

- zaplanować i przeprowadzić dodatkowe (brakujące) analizy i badania dotyczące diagnozy sytuacji zdrowotnej, społeczno-demograficznej i ekonomicznej, oceny potrzeb zdrowotnych społeczności/adresatów/grup docelowych w interwencji ZP [P6Z\\_UI](#)
- zaplanować i przeprowadzić analizę i badanie uwarunkowań sytuacji zdrowotnej, społeczno-demograficznej i ekonomicznej społeczności/adresatów/grup docelowych interwencji ZP [P6Z\\_UI](#)
- wybrać odpowiednie teorie, koncepcje lub modele dla potrzeb zaplanowania interwencji ZP [P6Z\\_UO](#)

- wyszukiwać i wykorzystać dowody dotyczące skuteczności i/lub efektywności różnych strategii i metod interwencji ZP [P6Z\\_UO](#)
- przedstawić i uzasadnić priorytety działania i główne strategie poprawy zdrowia społeczności/adresatów/grup docelowych interwencji ZP [P6Z\\_UO](#)
- opracować i zaprezentować plan interwencji ZP, w tym określić cel główny, społeczność/adresatów/grupy docelowe, cele szczegółowe, kryteria sukcesu (metody, wskaźniki i mierniki ewaluacji efektu i/lub wpływu), sposoby zapewnienia trwałości oraz model logiczny [P6Z\\_UO](#)
- opracować i zaprezentować plan włączenia różnych interesariuszy, budowania i utrzymywania partnerstwa, w tym ze społecznością/adresatami/grupami docelowymi interwencji ZP oraz podmiotami spoza sektora zdrowia [P6Z\\_UO](#)
- tworzyć warunki i relacje umożliwiające budowanie i utrzymywanie partnerstwa oraz budowanie koalicji [P6Z\\_UO](#)
- opracować i zaprezentować plan komunikacji społecznej, rzecznictwa zdrowotnego, marketingu społecznego [P6Z\\_UO](#)
- opracować i zaprezentować analizę ryzyka dla interwencji ZP i sposoby przeciwdziałania i reagowania [P6Z\\_UO](#)
- organizować i przeprowadzić wysłuchania publiczne, konferencje, spotkania i inne formy komunikacji, dialogu i wymiany informacji [P6Z\\_UO](#)
- komunikować się ustnie i na piśmie z interesariuszami, w tym z audytorium nieprofesjonalnym [P6Z\\_UO](#)
- opracowywać materiały informacyjne i edukacyjne dla adresatów/grup docelowych interwencji ZP i poddać je wstępnej ocenie użytkowników [P6Z\\_UO](#)
- przygotować i przeprowadzić szkolenie wykonawców interwencji ZP [P6Z\\_UO](#)
- prowadzić negocjacje z interesariuszami [P6Z\\_UO](#)
- zarządzać realizacją interwencji ZP i monitorować jej przebieg [P6Z\\_UO](#)
- przeprowadzić ewaluację wewnętrzną, aktywnie uczestniczyć w ewaluacji zewnętrznej [P6Z\\_UO](#)

#### **JEST GOTÓW DO:**

- ponoszenia odpowiedzialności za działalność zawodową, w tym poprzez prowadzenie ewaluacji [P6Z\\_KP](#)
- bycia liderem w zespole pracowniczym, podejmowania inicjatywy i decyzji oraz wprowadzania innowacji społecznych [P6Z\\_KP](#)
- wspomagania zespołów wykonawczych, interesariuszy z poszanowaniem ich podmiotowości [P6Z\\_KW](#)
- uczestniczenia w promowaniu kultury pro jakościowej [P6Z\\_KO](#)
- adaptacji działań do zmieniających się okoliczności [P6Z\\_KO](#)

## Charakterystyki SRK ZP – poziom 7

### ZNA I ROZUMIE:

- związek podstaw teoretycznych i praktyki interwencji ZP z różnymi dyscyplinami [P7Z\\_WT](#)
- tendencje w rozwoju ZP [P7Z\\_WT](#)
- związek interwencji ZP i polityk zdrowotnych z innymi sektorami i politykami publicznymi [P7Z\\_WZ](#)
- szeroki kontekst prawny, organizacyjny, ekonomiczny i społeczny interwencji ZP [P7Z\\_WZ](#)
- specyfikę międzynarodowych instytucji realizujących działania ZP [P7Z\\_WO](#)
- Międzynarodowe Przepisy Zdrowotne 2005, systemy wczesnego ostrzegania przed zagrożeniami zdrowia w UE (EWRS – Early Warning and Response System) i międzynarodowe sieci związane z działaniami zdrowia ZP [P7Z\\_WO](#)

### POTRAFI:

- monitorować potencjał wykonawczy ZP i rozwój dziedziny w kontekście krajowym i międzynarodowym [P7Z\\_UI](#)
- prognozować potrzeby kadrowe i planować rozwój zasobów ludzkich [P7Z\\_UI](#)
- przeprowadzić ocenę wpływu na zdrowie planu/polityki [P7Z\\_UO](#)
- uczestniczyć w międzynarodowych systemach wymiany informacji i zarządzania zdarzeniami i zagrożeniami dla zdrowia [P7Z\\_UO](#)
- modyfikować istniejące teorie, koncepcje, modele działań ZP [P7Z\\_UN](#)
- kierować rozwojem kompetencji zawodowych w ZP, w tym pełnić funkcję kierownika specjalizacji w dziedzinie ZP [P7Z\\_UU](#)
- brać aktywny udział w przekazywaniu wiedzy zawodowej poprzez udział w konferencjach i pisanie publikacji [P7Z\\_UU](#)

### JEST GOTÓW DO:

- promowania misji i budowania etosu zawodowego ZP [P7Z\\_KP](#)
- myślenia krytycznego, systemowego i oryginalnego w odniesieniu do działań ZP [P7Z\\_KW](#)
- podejmowania inicjatywy, decyzji w sytuacjach wysokiego ryzyka i odpowiedzialności za efekty interwencji ZP [P7Z\\_KO](#)

## Charakterystyki SRK ZP – poziom 8

### ZNA I ROZUMIE:


- najnowsze osiągnięcia, fakty, tendencje, polityki, programy i metody związane ze zdrowiem publicznym stosowane na świecie [P8Z\\_WT](#)
- najnowsze krajowe i światowe osiągnięcia, teorie i praktyki z różnych obszarów nauk wykorzystywanych w ZP [P8Z\\_WO](#)
- zasady i metody translacji wiedzy, w tym w relacjach między badaczami, praktykami, politykami i decydentami [P8Z\\_WO](#)

### POTRAFI:

- prognozować zmiany i tendencje w rozwoju ZP [P8Z\\_UI](#)
- opracowywać strategiczny plan rozwoju ZP na poziomie krajowym, regionalnym lub lokalnym [P8Z\\_UO](#)
- opracowywać nowe teorie, koncepcje, modele działań ZP [P8Z\\_UN](#)
- opracowywać nowe metody i narzędzia do oceny potencjału wykonawczego ZP [P8Z\\_UN](#)
- opracowywać programy kształcenia przed- i podyplomowego, szkoleń i materiałów dydaktycznych, w tym specjalizacji w dziedzinie ZP [P8Z\\_UU](#)
- opracowywać listy kompetencji w ZP, standardy wykonania [P8Z\\_UU](#)
- opracowywać plany translacji wiedzy, wykonywać zadania brokera informacji (wiedzy) dla potrzeb ZP opartego na dowodach i polityk opartych na dowodach [P8Z\\_UU](#)

### JEST GOTÓW DO:

- nawiązywania i utrzymywania międzynarodowych kontaktów zawodowych [P8Z\\_KW](#)
- uczestniczenia w międzynarodowych interwencjach ZP i sieciach związanych z działaniami ZP [P8Z\\_KW](#)
- kształtowania kultury jakości naukowej i praktycznej w ZP [P8Z\\_KO](#)



Publikacja przedstawia omówienie projektu Sektorowej Ramy Kwalifikacji dla Zdrowia Publicznego (SRK ZP), który został opracowany na zamówienie Instytutu Badań Edukacyjnych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, przy współpracy grona ekspertów oraz w wyniku szerokich konsultacji branżowych. W publikacji zaprezentowano: opis realizacji projektu i metodologię prac, strukturę ramy, rekomendacje dotyczące wykorzystania i wdrożenia SRK ZP w Polsce oraz słownik stosowanych pojęć. Załącznik zawiera charakterystyki poziomów SRK ZP. Projekt SRK ZP obejmuje siedem poziomów PRK – od poziomu 2 do 8. Nadrzędnym celem opracowania SRK ZP jest stymulowanie i rozwijanie potencjału wykonawczego sektora zdrowia publicznego w Polsce oraz dążenie do poprawy jakości jego świadczeń.

**Instytut Badań Edukacyjnych**

ul. Górczewska 8  
01-180 Warszawa  
tel. + 48 22 241 71 00  
[www.ibe.edu.pl](http://www.ibe.edu.pl)  
[www.kwalifikacje.edu.pl](http://www.kwalifikacje.edu.pl)

**ISBN 978-83-66612-50-1**

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Egzemplarz bezpłatny