



# Sektorowa Rada ds. Kompetencji

Opieka Zdrowotna  
i Pomoc Społeczna

## Szanowni Państwo,

przekazujemy na Państwa ręce kolejny newsletter, który powstaje w ramach projektu Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna.

Więcej informacji na temat działalności Rady, a także wcześniejsze wydania newsletterów możecie Państwo znaleźć na stronie projektu: [www.rada.pracodawcyrp.pl](http://www.rada.pracodawcyrp.pl).

## Informacje na temat działalności Rady

### Zadania Rady Sektorowej ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna

Działania Rady Sektorowej ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna zostały zaktualizowane, a w ramach funkcjonowania Rady będą wykonywane m.in. następujące aktywności:

- kontynuowanie monitoringu legislacji prawa na lata 2021-2023,
- seminaria eksperckie na lata 2021-2023,
- opracowanie podstaw programowych i map kompetencji dla nowych zawodów na lata 2021-2023.

## Informacje z zakresu ochrony zdrowia

### Premiera wyników badań I edycji Branżowego Bilansu Kapitału Ludzkiego – opieka zdrowotna i pomoc społeczna

12 maja 2022 r. odbyło się webinarium z cyklu "Branżowy Bilans Kapitału Ludzkiego", podczas którego premierowo zaprezentowano wyniki pierwszej edycji badań Branżowego Bilansu Kapitału Ludzkiego – opieka zdrowotna i pomoc społeczna, realizowanego we współpracy z Sektorową Radą ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna.

Raport obejmuje wyniki badań ilościowych prowadzonych wśród pracodawców sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz pracowników zatrudnionych na kluczowych stanowiskach w firmach z tej branży. Zestawienie ze sobą potrzeb i oczekiwań pracodawców oraz kompetencji, jakimi dysponują pracownicy, pozwoliło określić obszary niedopasowań oraz sformułować rekomendacje, adresatem których są instytucje kształcenia, podmioty rynku pracy oraz sami pracodawcy.

Wywiady oraz panele eksperckie, realizowane w ramach badań jakościowych, umożliwiły ponadto rozpoznanie trendów oddziałujących na branżę oraz wyzwań czekających ją w najbliższych latach. Czas realizacji badań – od grudnia 2020 r. do września 2021 r. – przypadł w okresie pandemii COVID-19, co dodatkowo pozwoliło uchwycić zmiany w sektorze wywołane tą bezprecedensową sytuacją.

Retransmisja webinarium dostępna na stronie:

<https://www.youtube.com/watch?v=nLutnHlGqiw>

Źródło: <https://www.parp.gov.pl/component/publications/publication/branzowy-bilans-kapitalu-ludzkiego-branza-opieka-zdrowotna-i-pomoc-spoeczna-raport-z-i-edycji-badan>

### **Raport „Szkoła, gmina, system – partnerstwo przeciw epidemii otyłości i cukrzycy”**

W dniu 22 czerwca 2022 r. podczas konferencji w Centrum Prasowym PAP zaprezentowano raport otwarcia polskiej wersji programu Cities Changing Diabetes (CCD) pt. „Szkoła, gmina, system – partnerstwo przeciw epidemii otyłości i cukrzycy”.

W 2019 roku Polska, jako pierwszy kraj w Europie Środkowo-Wschodniej, dołączyła do światowego programu Cities Changing Diabetes (CCD), którego celem jest zatrzymanie galopującej epidemii cukrzycy typu 2.

„Idea programu polega na opracowaniu dla ośrodków miejskich w każdym z państw w nim uczestniczących osobnej strategii działań, uwzględniającej ich specyfikę. Cel jest jednak zawsze ten sam: zahamowanie niebezpiecznego trendu przyrostu masy ciała ich mieszkańców, a w przyszłości – jego odwrócenie” – tłumaczy dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, kierownik projektu CCD w Polsce.

Działania profilaktyczne, edukacyjne i lecznicze w ramach tej inicjatywy koncentrują się na największych metropoliach, bo to właśnie w nich choroba zbiera największe żniwo. Program obejmuje już ponad 130 milionów osób w 41 miastach na całym świecie, takich jak: Szanghaj, Kopenhaga, Rzym, Huston czy Buenos Aires.

„Obecnie już ponad połowa populacji świata mieszka w miastach, a do 2050 roku wartość ta przekroczy dwie trzecie. Jeżeli metropolie mają nie stać się ogniskami epidemii cukrzycy, musimy podjąć zdecydowane działania właśnie w tym momencie” – zaznaczyła Magdalena Paradzińska, dyrektor generalna Novo Nordisk Polska.

Otrzymanie zaproszenia do uczestnictwa w globalnym programie wiązało się z koniecznością opracowania przez stronę polską raportu, określającego grupę docelową i zbiór rekomendowanych działań na najbliższe lata. W prace zaangażowało się grono kilkudziesięciu wybitnych ekspertów – lekarzy, naukowców, samorządowców, przedstawicieli administracji rządowej. Przedstawiony podczas konferencji prasowej w siedzibie PAP dokument pt. „Szkoła, gmina, system – partnerstwo przeciw epidemii otyłości i cukrzycy” stanowi efekt ich wielomiesięcznych prac i analiz.

„Zdecydowaliśmy się skoncentrować działania na środowisku polskich szkół – na dzieciach i młodzieży oraz towarzyszących im w rozwoju nauczycielach. Przeciętnie uczniowie spędzają w nich 41 godzin tygodniowo i to właśnie wtedy kształtują oni swoje postawy prozdrowotne, także w rozmowach z pedagogami i poprzez obserwację ich postaw” – tłumaczyła dr Gałązka-Sobotka.

Skala problemu przeraża – jak wynika z raportu, z nadwagą i otyłością zmagają się niemal 30 proc. ośmiolatków i około 20 proc. dzieci i młodzieży w wieku 10-16 lat. Istnieje poważne ryzyko, że wkraczając w dorosłość dołączą do ponad 2,5 mln osób cierpiących na cukrzycę (co 12 dorosły Polak). Ekspertki przypominają, że nie ma żadnej innej przewlekłej choroby o tak znaczącej liczbie powikłań i zaburzeń. Co najistotniejsze – ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2. u osób otyłych jest zdecydowanie wyższe niż u osób szczupłych, a wraz ze wzrostem masy ciała rośnie też ryzyko jej rozwoju.

„Sytuację dodatkowo pogorszyła pandemia – znaczne ograniczenie naszej aktywności i <<bliskość lodówki>>. Podczas kolejnych lockdownów połowa Polaków przytyła średnio 6 kilogramów” – informował prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak, przedstawiciel Rady Naukowej CCD w Polsce.

„To dlatego walkę z nadwagą i otyłością prowadzącymi do cukrzycy rozpoczynamy w szkołach. Gdy pacjent trafia do lekarza, oznacza to właściwie naszą porażkę, bo pozostaje tylko łagodzić skutki nieuleczalnej choroby. Natomiast my chcemy zdusić ten problem w zarodku, aby dzisiejsze dzieciaki uniknęły kłopotów w przyszłości i umiały przekazywać odpowiednie wzorce następnym pokoleniom” – dodał.

Obraz zdrowia i stylu życia polskich uczniów, zawarty w raporcie, odnosi się do różnorodnych czynników behawioralnych, generujących nadwagę i otyłość, a w konsekwencji przyczyniających się do rozwoju cukrzycy typu 2. „Jaki obraz widzimy? Zapowiedź zdrowotnego dramatu. Polski nastolatek spędza biernie przed monitorem średnio 12 godzin dziennie, a tylko 17% nastolatków jest umiarkowanie aktywnych fizycznie wg zaleceń WHO. Co więcej, 40% młodzieży w wieku 10-17 lat regularnie dostadza potrawy i napoje, a tylko jeden na trzech nastolatków je warzywa i owoce w zalecanej ilości. Co piąty nastolatek ma już za sobą doświadczenie diet odchudzających, a aż 40% zgłasza powtarzające się dolegliwości psychosomatyczne” mówi Marta Pawłowska, redaktor prowadząca raportu „Szkoła, gmina, system – partnerstwo przeciw epidemii otyłości i cukrzycy”.

Autorzy raportu tłumaczą, że idea promocji zdrowego trybu życia w szkole musi mieć charakter kompleksowy i wielowymiarowy. Z opracowania wynika, że 20 proc. siódmoklasistów przychodzi na pierwszą lekcję bez śniadania. A dokładniej przyjeżdża, gdyż 61 proc. uczniów klas II i 43 proc. uczniów klas VII dociera do szkoły w sposób zmotoryzowany. Nie wystarczy więc usunąć ze sklepików szkolnych niezdrowych słodyczy – należy zastanowić się nad wprowadzeniem nowego przedmiotu „Wiedza o zdrowiu” oraz nad sposobami na ciągłą edukację rodziców.

„Często w stronę dziecka rzuca się uwagę, że jego nadmierna masa ciała wynika z łakomstwa i lenistwa. Powody nadwagi i otyłości są jednak dużo głębsze, systemowe – często to brak odpowiedniej infrastruktury, wiedzy, a przede wszystkim – wzorców, jakie powinni dawać dorośli, czyli rodzice, opiekunowie i nauczyciele” - zauważył dr hab. n. med. Michał Brzeziński z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

W związku z tym rekomendacje zawarte w raporcie CCD stanowią zbiór postulatów, które, choć dotyczą placówek edukacyjnych, mają znacznie szerszy charakter. Znajdują się wśród nich m.in.

- cykliczne warsztaty kreatywne dla nauczycieli, dzieci i opiekunów włączające społeczność szkolną do projektowania i wdrażania inicjatyw budujących kulturę zdrowia,
- stworzenie sieci poradni profilaktyki i leczenia otyłości dla dzieci,
- stworzenie zintegrowanego systemu informatycznego do gromadzenia informacji bilansowych dla rodziców i lekarzy POZ (przebudowa obecnego systemu bilansów),
- organizacja poradni profilaktyki i leczenia otyłości dla dzieci.

W realizację postulatów zawartych w raporcie zaangażowały się już dwa największe miasta w Polsce – Warszawa i Kraków, które na etapie opracowywania dokumentu przeprowadziły wśród ponad 4200 nauczycieli szkół podstawowych, podlegających władzom samorządowym, ankietę dotyczącą ich doświadczenia i wiedzy na temat cukrzycy. Okazuje się, że większość pedagogów jest świadoma istnienia problemu i deklaruje chęć uczestnictwa w działaniach dedykowanych swoim podopiecznym. Władze obu miast koncentrują się obecnie na przygotowywaniu nowych projektów społecznych i edukacyjnych, mających na celu zahamowanie epidemii otyłości i cukrzycy wśród ich najmłodszych mieszkańców.

Podsumowując konferencję, dr Małgorzata Gałązka-Sobotka podkreślała, że program CCD nie narzuca odgórnych rozwiązań, a raczej mobilizuje środowiska szkolne i całe społeczności do podjęcia się trudnego, lecz koniecznego zadania zmiany nawyków żywieniowych i trybu życia dzieci i młodzieży. „Zamiast nakazywać, lepiej zachęcać – wtedy osiąga się trwałe, długofalowy efekt. Uczestniczymy w programie globalnym, ale działania prowadzimy jak najbardziej lokalnie” – oceniła kierownik projektu w Polsce.

Więcej informacji oraz raport do pobrania na stronie:

<https://izwoz.lazarski.pl/aktualnosci/raport-szkola-gmina-system-partnerstwo-przeciw-epidemii-otylosci-i-cukrzycy/>

## **Zapotrzebowanie rynku pracy/placówek medycznych podstawowej opieki zdrowotnej na kwalifikacje i kompetencje zawodowe personelu medycznego**

"Porozumienie Zielonogórskie" Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia przeprowadziła badanie w ramach projektu unijnego pn. "Zapotrzebowanie rynku pracy/placówek medycznych podstawowej opieki zdrowotnej na kwalifikacje i kompetencje zawodowe personelu medycznego". Celem realizacji projektu było zwiększenie wiedzy o potrzebach kwalifikacyjno-zawodowych w branży opieki zdrowotnej w sferze podmiotów Podstawowej Opieki Zdrowotnej (dalej POZ).

W ramach projektu przy udziale ekspertów zostały wypracowane stanowiska oraz rekomendacje odnoszące się do rozwoju kadr medycznych i okołomedycznych.

### **Rekomendacje dotyczące działań o charakterze strategicznym**

1. Rekomendujemy promowanie medycyny rodzinnej oraz zaprzestanie deprecjonowania roli i znaczenia lekarza/rek medycyny rodzinnej w ogólnym odbiorze społecznym i środowiskowym.
2. Promocja medycyny rodzinnej powinna polegać na pilnej analizie potrzeb lokalnych POZ-ów w zakresie braku lekarzy/ek, zbudowaniu platformy ofert pracy i sprzyjaniu zatrudnianiu tam młodych lekarzy/ek, którzy mogą mieć gwarancję pracy (i dochodów). W ciągu kilku lat duża część podmiotów POZ zamknie się ze względu na wiek lekarzy/ek, a na ich miejsce nie ma następców. Tak więc nie chodzi tu o marketing i promowanie specjalizacji, a o rzetelne zapewnienie możliwości pracy w określonych, oczekiwanych przez młodych lekarzy/rki warunkach.
3. Należy przygotować działania na szczeblu rządowym/samorządowym, które doprowadziłyby do powstania instytucji wspierającej lekarzy/rki POZ osiągniętych wiek emerytalny lub zbliżających się do tego wieku w przekształceniu ich podmiotu w firmę prowadzoną przy ich udziale, ale w coraz mniejszym zakresie i płynnym oddaniu jej prowadzenia młodszym wspólnikom (Fundusz Sukcesyjny).
4. Programy profilaktyczne powinny być realizowane na poziomie POZ (z odpowiednim zabezpieczeniem finansowym ich realizacji), ale nie tylko przez lekarzy/rki i pielęgniarki/rki, lecz również przy udziale asystentów zdrowia publicznego, dietetyków i fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych i psychologów, którzy wspólnie tworzyłiby zespół POZ. Tego typu rozwiązanie powinno być działaniem fakultatywnym, ponieważ nie każdy POZ może być rozbudowany w zakresie kadrowym.

Dzięki realizacji programów profilaktycznych na poziomie POZ możliwe jest zbudowanie modelu koordynowanej opieki zdrowotnej skupionej na potrzebach pacjenta, jego rodziny i otoczenia. Jakakolwiek czysta „medykalizacja” profilaktyki mija się z celem i będzie nieskuteczna. Prowadzone w ten sposób działania profilaktyczne mogą być uzupełnieniem programów profilaktycznych realizowanych przez samorządy.

5. Warto upowszechnić posiadanie akredytacji na kształcenie lekarzy/rki przez placówki POZ. Obecnie istnieje system akredytacji placówek szkolących lekarzy POZ, uczestniczących w szkoleniu praktycznym do specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej.

Akredytację taką prowadzi Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

Akredytacja placówek szkolących nie powinna być uznaniowa, a powinna opierać się na obiektywnych warunkach i zasadach jej przeprowadzania z jasno określonymi kryteriami wobec podmiotów ubiegających się o akredytację. Spełnienie kryteriów skutkuje uzyskaniem akredytacji, a odmowa jej przyznania każdorazowo powinna być oparta na informacji zwrotnej, w której wyjaśniano powody braku akredytacji. Może to również wpływać na wzrost liczby lekarzy rodzinnych.

6. Należy zachęcać podmioty lecznicze do zatrudniania asystentów medycznych oraz zapewnić adekwatne finansowanie ich wynagrodzeń w ramach środków z NFZ, w celu ograniczenia obowiązków biurokratycznych lekarzy/ek. Takie zawody są od lat kształcone w systemie szkolnictwa wyższego i niewykorzystywane w praktyce ze względu na brak źródeł finansowania.

Asystenci/stki zdrowia publicznego (absolwenci kierunku: zdrowie publiczne) są doskonale przygotowani do pracy w sektorze ochrony zdrowia nie tylko na stanowiskach administracyjnych, ale także w kontakcie z pacjentem jako asystenci medyczni, edukatorzy zdrowotni, koordynatorzy onkologiczni, koordynatorzy programów zdrowotnych. Ich rola jest dotychczas niedoceniona. Rekomendacja zatem dotyczy szerokiego włączania i motywowania ich do pracy w zespołach POZ i wykorzystywania ich kompetencji nie tylko w pracy administracyjnej czy związanej z zarządzaniem, ale też w pracy z pacjentami.

Przy czym należy mieć na uwadze, że sekretarka medyczna jest stanowiskiem przeznaczonym dla zupełnie innego obszaru działań. Powinno zmierzać się zatem w kierunku szerokiego wzmocnienia pracowników medycznych, jak również niemedycznych wspierających (rejestratorki i sekretarki medyczne) pracownikami administracyjnymi w pełnym tego słowa znaczeniu, kompetentnymi w obszarze zarządzania ochroną zdrowia, np. asystentami zdrowia publicznego, menedżerami, technikami medycznymi, informatykami.

## Rekomendacje dotyczące kształcenia kadr medycznych

1. Pielęgniarki/pielęgniarze/położne reprezentują wysoko wykwalifikowany personel medyczny, uprawniony do samodzielnego udzielania porad pacjentom, ordynowania leków, prowadzenia leczenia i opieki zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U.2017.497 z dnia 2017.03.08). Strategia podnoszenia rangi tych zawodów powinna opierać się o rozszerzenie prawa do samodzielnej ordynacji leków dla licencjatów pielęgniarstwa w grupie leków APN (obecnie niemożliwe) oraz bez ograniczeń w przypadku magistrów pielęgniarstwa (obecnie tylko wąski katalog wynikający z rozp. MZ), także do kierowania na badania diagnostyczne z wyłączeniem badań stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, do kierowania na testy przeciwko SARS-Cov-2 (zwłaszcza, że skierować może się obecnie sam pacjent), wystawiania skierowań na szczepienia przeciwko COVID i grypie. Poza tym ważny jest postulat uprawnienia pielęgniarek do wystawiania zwolnień ZUS ZLA do 14 dni, tak jak w przepisach o felczerach.
2. Ważną rolę w podnoszeniu rangi tych zawodów powinna odgrywać również edukacja pacjentów dotycząca zakresu wykonywanych czynności przez pielęgniarzy/pielęgniarki i lekarzy. Działania takie będą służyły właściwemu wykorzystaniu kompetencji obu tych grup zawodowych. Ponadto jest to zgodne z założeniami systemu kształcenia, w którym kończąc studia II stopnia nie ma potrzeby dodatkowego zdobywania i potwierdzania kwalifikacji tożsamyh do tych nabyty w toku studiów. Rozwiązanie to przyczyni się do urealnienia i zwiększenia efektywności wykorzystania w pracy zawodowej kompetencji i kwalifikacji kadry medycznej.  
Warto rozważyć refundowaną edukację realizowaną przez edukatorów zdrowotnych – asystentów zdrowia publicznego, osób, które w toku studiów wyższych uzyskały kompetencje do takich działań w środowisku lokalnym i w podmiotach leczniczych.
3. Rekomendacja strategiczna polega na jak najszerszym dopuszczaniu uczelni (w tym zawodowych) do uzyskiwania uprawnień do kształcenia licencjatów i magistrów pielęgniarstwa i położnictwa. Równocześnie należy wprowadzać przepisy zobowiązujące szpitale publiczne do zawierania umów na kształcenie praktyczne tych studentów, przy rozsądnym koszcie umowy wzajemnej, uwzględniającej faktyczne wykonywanie przez studentów pracy na rzecz szpitala (póki co całkowicie nieodpłatnej, mimo że przynoszącej wartość dodaną). Obecnie brak bazy klinicznej uczelni zawodowych stanowi częsty problem wysokiej jakości kształcenia, a same szpitale oczekują wysokich wynagrodzeń za podpisywanie umów o współpracy.

Ponadto kadra pielęgniarska kształcona poza system uniwersyteckim powinna mieć dostęp do kształcenia praktycznego w szpitalach, a tym samym rzeczywistego podnoszenia swoich kompetencji i kwalifikacji.

4. Edukację zdrowotną, prowadzoną przez kompetentnych/przygotowanych do tego nauczycieli, należy rozpocząć już na etapie szkoły podstawowej, dzięki czemu od najmłodszych lat w polskim społeczeństwie kształtowana będzie wiedza na temat zdrowia, profilaktyki zdrowotnej i mechanizmów zjawisk patologicznych.

#### **Rekomendacje dotyczące poprawy opieki nad pacjentem**

1. Powinno się w dalszym ciągu kontynuować pracę nad poprawą jakości współpracy pomiędzy lekarzami POZ a innymi poziomami opieki zdrowotnej. Należy stworzyć elektroniczny system komunikacji pomiędzy POZ a lekarzami pracującymi w szpitalu i innych poradniach ambulatoryjnych.
2. Obecnie „medykalizacja” systemu ochrony zdrowia jest zorientowana na leczenie pacjentów przez lekarza, pielęgniarkę, położną. W ogóle nie zwraca się uwagi na potrzebę interwencji behawioralnych, ukierunkowanych na zmianę stylu życia, m.in. dietetycznej (nie tylko wobec pacjenta, ale też jego rodziny) i fizjoterapeutycznej. Działania dotyczące promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej w POZ są realizowane przez lekarzy i pielęgniarki, którzy obciążeni są szeregiem innych obowiązków. Istnieje potrzeba tworzenia szerokich zespołów POZ, w skład których wchodzi nie tylko lekarz i pielęgniarka, ale również psycholog, położna, dietetyk, fizjoterapeuta, asystent zdrowia publicznego. Podobne działania wdrażane są od lat w wielu krajach na świecie i stanowią podstawę dla koordynowanej opieki zdrowotnej przy uwzględnieniu uzasadnienia ustawy o POZ. Rolę taką może pełnić np. personel pielęgniarski lub inny wykwalifikowany personel medyczny lub niemedyyczny, tzw. care coordinator, odpowiedzialny w danym zakładzie leczniczym za działania organizacyjno-techniczne, w szczególności umawianie wizyt, potwierdzanie realizacji kolejnych etapów procesu diagnostyczno-leczniczego oraz zapewnianie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem.  
Konieczne w tym obszarze wydaje się również zaangażowanie absolwentów kierunku: zdrowie publiczne (asystentów zdrowia publicznego) oraz menedżerów średniego i niskiego szczebla (w przypadku wielopoziomowej struktury podmiotu leczniczego).

#### **Rekomendacje dotyczące wsparcia kompetencyjnego kadry medycznej**

1. Istotną zmianą jest wprowadzenie obowiązkowych szkoleń dla zespołu POZ i kadry zarządzającej z zakresu komunikacji, rozwiązywania konfliktów, asertywności, radzenia sobie ze stresem, wypaleniem zawodowym, zarządzania emocjami.



Ważne jest również podnoszenie umiejętności pracy w zespole, kompetencje kulturowe oraz umiejętności informatyczne (w tym praca zdalna) i kompetencje cyfrowe dotyczące cyberbezpieczeństwa.

Poza wskazaniem źródeł finansowania należałoby opracować system monitorowania tego obowiązku, akredytację dla instytucji szkoleniowych, walidację rezultatów i system wsparcia alternatywnej organizacji pracy. Dotyczy to zorganizowania zastępstwa lekarza lub innego pracownika w pracy w czasie, gdy on uczestniczy w obowiązkowym szkoleniu, szczególnie w małych podmiotach leczniczych i praktykach zawodowych (np. 1 lekarz + 2 pielęgniarki + 1 rejestratorka).

2. Wykonywanie badań EKG należy do zakresu kompetencji pielęgniarek/pielęgniarzy (co wynika ze standardu kształcenia), a wykonywanie USG jest w programie kształcenia położnych. Problemem nie jest brak personelu, który wykonuje badanie (każda pielęgniarka/pielęgniarz potrafi je wykonać), a interpretacja wyników. Realizowane działania powinny podążać w kierunku finansowania i organizowania kursów kwalifikacyjnych dla pielęgniarek i położnych z zakresu interpretacji EKG i USG oraz utworzenie, dostępnej z każdego podmiotu leczniczego, możliwości teletransmisji obrazu do ośrodka referencyjnego, celem jego oceny. Dzięki temu badania wykonywane na poziomie POZ i AOS mogłyby być interpretowane i analizowane przez lekarzy odpowiedniej specjalizacji. Konsultacja specjalisty gwarantowałaby osobie wykonującej (lekarzowi POZ, pielęgniarce, położnej) bezpieczeństwo podjęcia decyzji terapeutycznej.

Źródło: <http://rada.pracodawcyrp.pl/2022/05/19/489/>

### **Kolejna edycja raportu „Top Disruptors in Healthcare”**

Raport „Top Disruptors in Healthcare” jest przeglądem polskich startupów medycznych. Powstał w celu ułatwienia nawiązania współpracy pomiędzy startupami a inwestorami oraz innymi klientami końcowymi, jak placówki medyczne, partnerzy oraz pacjenci.

„Każde z rozwiązań oferowanych przez startupy, które wzięły udział w Raporcie, jest niezwykle innowacyjne. Wiele z nich może wpłynąć na przyszłość sektora ochrony zdrowia, bądź też robi to już teraz. Placówki medyczne również dostrzegają korzyści płynące ze stosowania innowacji w zdrowiu, co widać z badań statystycznych, zgodnie z którymi znaczna większość startupów tworzy swoje rozwiązania we współpracy z nimi” - wskazuje Karolina Kornowska, autorka Raportu oraz Project Manager Polskiej Federacji Szpitali i Koalicji AI w zdrowiu.

Tym co wyróżnia tegoroczną edycję są również pogłębione statystyki badań, uwzględniające m.in. informacje dotyczące oferowanego rozwiązania, dane na temat firmy oraz zespołu, aktualne potrzeby startupów, bariery ich rozwoju oraz planowaną ekspansję zagraniczną.

Badania wskazują, iż docelowym użytkownikiem oferowanego produktu / usługi w znacznej mierze jest lekarz bądź inna osoba wykonująca zawód medyczny (91 startupów, 63% badanych), a także podmiot leczniczy (87 startupów, 60%) i pacjent (85 startupów, 59%), co może wynikać z faktu, że najwięcej respondentów dąży do nawiązania współpracy właśnie z placówkami medycznymi – startupy wskazywały, że instytucjami, z którymi chciałby najbardziej nawiązać współpracę, są placówki medyczne. Priorytetem w zakresie współpracy wskazało je aż 67,5 % respondentów (97 startupów). Dopiero na drugim miejscu pojawili się inwestorzy (85 startupów, 59% badanych).

Trzeba również zaznaczyć, że w ostatnich latach nastąpił gwałtowny wzrost zainteresowania rozwiązaniami medycznymi opartymi na sztucznej inteligencji i uczeniu maszynowym. Prawie połowa badanych wskazała, że rozwija swoje rozwiązanie w tym sektorze. Jest to dynamicznie postępujący rozwój, co widać na przykładzie zamieszczonych w raporcie danych z trzech ostatnich lat. Choć w zeszłym roku najczęściej wybieraną odpowiedzią była telemedycyna (55%), to już w tym roku ustąpiła ona miejsca rozwiązaniom opartym o sztuczną inteligencję, na co mogło mieć wpływ rozluźnienie obostrzeń pandemicznych, a także rosnąca rola AI w zdrowiu. Znacząco rozwinął się także sektor samodzielnej aplikacji IT. W 2020 r. wskazywało go tylko 12 startupów, ale już rok później nastąpił ponad dwukrotny przyrost (28 startupów, 24%), zaś w tegorocznej edycji liczba ta wzrosła aż do 53 startupów (37%).

Raport dostępny jest na stronie: <https://aiwzdrowiu.pl/wp-content/uploads/2022/06/Raport-Top-Disruptors-in-Healthcare.pdf>

### **Biała Księga „AI w praktyce klinicznej”**

Podczas II edycji konferencji AI w zdrowiu, która odbyła się 14 czerwca 2022 roku miała miejsce premiera Białej Księgi AI w praktyce klinicznej.

Twórcy samoregulacji postawili przed sobą cel zidentyfikowania najważniejszych pytań i wątpliwości, które rodzą się w codziennej praktyce stosowania AI. Z dokumentu można dowiedzieć się, czym jest sztuczna inteligencja w zdrowiu, jakie stwarza możliwości, czy jej stosowanie w ochronie zdrowia jest prawnie dopuszczalne, w jaki sposób sztuczna inteligencja może wspierać profesjonalistę medycznego i pacjenta, a także jaka jest polityka publiczna w zakresie rozwoju sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia. Sporo uwagi autorzy dokumentu poświęcili również prawom pacjenta.

W Białej Księdze znalazły się m.in. wskazówki dotyczące stosowania AI zgodnie z zasadami wykonywania zawodów medycznych. Ważnym aspektem jest przede wszystkim fakt, że AI nie zastępuje profesjonalisty medycznego, nie podejmuje za niego decyzji i nie udziela za niego świadczeń zdrowotnych, ani też nie orzeka samodzielnie o stanie zdrowia. Sztuczna inteligencja ma na celu wspierać procesy terapeutyczne, diagnostyczne, naukowo-badawcze, organizacyjne i zarządcze, i być narzędziem w rękach lekarza.

Twórcy Białej Księgi pochyliли się również nad aspektem stosowania sztucznej inteligencji w celu udzielania świadczeń zdrowotnych. Rozważania w tym kontekście rozpoczęli od Ustawy o działalności leczniczej i wskazali na skomplikowaną sytuację osób prawnych, które ponoszą odpowiedzialność za udzielane w ramach ich funkcjonowania świadczenia zdrowotne. W tym przypadku - teoretycznie - gdy stosowana przez szpital sztuczna inteligencja odmówi pacjentowi przyjęcia do lekarza, pacjent może formułować zarzut, że szpital odmówił udzieleniu mu świadczenia zdrowotnego.

Należy wskazać, że w obecnym stanie prawnym odpowiedzialność za świadczenia zdrowotne obciąża lekarzy i inne osoby wykonujące zawody medyczne, a nie narzędzia wykorzystywane do ich udzielania. A zatem to nie AI udziela świadczenia zdrowotnego, lecz wykorzystujący je lekarz. Świadczenie udzielane jest zatem przez osobę fizyczną, za której działania odpowiedzialność może też ponosić osoba prawna (np. szpital).

„Biała Księga AI w praktyce klinicznej” wskazuje proponowane kierunki odpowiedzi i możliwe rozwiązania, które w ocenie autorów samoregulacji mogą przyczynić się do zwiększenia bezpieczeństwa i jakości stosowania AI, a w efekcie do budowania zaufania do tej technologii. Dokument zawiera zestawienie najczęstszych pytań dotyczących stosowania AI wraz z odpowiedziami.

Biała Księga dostępna jest pod linkiem: [https://aiwzdrowiu.pl/wp-content/uploads/2022/06/BIA\\_A-KSIE\\_GA\\_AI-W-ZDROWIU\\_2022.pdf](https://aiwzdrowiu.pl/wp-content/uploads/2022/06/BIA_A-KSIE_GA_AI-W-ZDROWIU_2022.pdf)

### **Komunikat w sprawie zasad funkcjonowania warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty od dnia 1 kwietnia 2022 r.**

Ministerstwo Zdrowia 31 marca 2022 r. wydało Komunikat w sprawie zasad funkcjonowania warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty od dnia 1 kwietnia 2022 r.

1. W związku ze zniesieniem od dnia 1 kwietnia 2022 r. wyodrębnienia podmiotów leczniczych przeznaczonych do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19, a co za tym idzie w związku z brakiem możliwości wydania zgody na wykonywanie zawodu lekarza albo zgody na wykonywanie zawodu lekarza dentysty na podstawie art. 7 ust. 9 i 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2021 r. poz. 790, z późn. zm.), począwszy do 1 kwietnia 2022 r. wstrzymuje się wydawanie zgody na wykonywanie zawodu na wyżej wskazanej podstawie prawnej.
2. Wnioski złożone do dnia 31 marca 2022 r. będą rozpatrywane na zasadach dotychczasowych.
3. Osoby które otrzymają lub otrzymały zgodę na wykonywanie zawodu na podstawie art. 7 ust. 9 i 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz warunkowe prawo wykonywania zawodu mogą:

1. wystąpić do Ministra Zdrowia na podstawie art. 7 ust. 16 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z wnioskiem o zgodę na wykonywanie zawodu poza podmiotem leczniczym przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19. We wniosku należy wskazać podmiot, w którym dany lekarz lub lekarz dentysta będzie wykonywał zawód;
2. udzielać świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń osobom, których pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest uznawany za legalny na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. poz. 583) (wykonywanie zawodu w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń ofiarom konfliktu zbrojnego na Ukrainie nie wymaga zgody Ministra Zdrowia, należy jednak zgłosić Ministrowi Zdrowia (w terminie 7 dni od rozpoczęcia pracy) w jakim podmiocie leczniczym i na jaki okres lekarz lub lekarz dentysta został zatrudniony) - art. 7 ust. 15 i 16a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty
3. wykonywać zawód w dowolnym podmiocie leczniczym (wykonywanie zawodu poza podmiotem leczniczym przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19 nie wymaga zgody Ministra Zdrowia, należy jednak zgłosić Ministrowi Zdrowia (w terminie 7 dni od rozpoczęcia pracy) w jakim podmiocie leczniczym i na jaki okres lekarz lub lekarz dentysta został zatrudniony) - art. 61 ust. 4 pkt 2 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa w związku z art. 7 ust. 15 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty – możliwość ta dotyczy wyłącznie osób posiadających obywatelstwo ukraińskie.

Analogiczne przepisy regulują funkcjonowanie warunkowego prawa wykonywania zawodu pielęgniarek i położnych.

Źródło: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-w-sprawie-zasad-funkcjonowania-warunkowego-prawa-wykonywania-zawodu-lekarza-i-lekarza-dentysty-od-dnia-1-kwietnia-2022-r>

### **Rynek pracy, edukacja, kompetencje – kolejne raporty PARP**

Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości opracowała kolejne raporty na temat sytuacji na rynku pracy. Raporty ukazują się w cyklach miesięcznych i obejmują okres sprawozdawczy od momentu ukazania się poprzedniego raportu. Przedstawiają syntetyczne wyniki aktualnych badań i analiz dotyczących polskiego i międzynarodowego rynku pracy, a także dostarczają informacje na temat dominujących na tych rynkach trendów.

Na stronie internetowej PARP można znaleźć już kolejne opracowania dotyczące ostatnich miesięcy.

Rynek pracy, edukacja, kompetencje. Aktualne trendy i wyniki badań – marzec 2022:  
<https://www.parp.gov.pl/component/publications/publication/rynek-pracy-edukacja-kompetencje-aktualne-trendy-i-wyniki-badan-marzec-2022>

Rynek pracy, edukacja, kompetencje. Aktualne trendy i wyniki badań – kwiecień 2022:  
<https://www.parp.gov.pl/component/publications/publication/rynek-pracy-edukacja-kompetencje-aktualne-trendy-i-wyniki-badan-kwiecien-2022>

Rynek pracy, edukacja, kompetencje. Aktualne trendy i wyniki badań – maj 2022:  
<https://www.parp.gov.pl/component/publications/publication/rynek-pracy-edukacja-kompetencje-aktualne-trendy-i-wyniki-badan-maj-2022>

### **Bezpieczeństwo pacjenta**

22 kwietnia 2022 r. odbyła się konferencja „Bezpieczeństwo pacjenta” zorganizowana przez Rzecznika Praw Pacjenta i Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku. Tematem przewodnim konferencji była dyskusja na temat kształtu ustawy dotyczącej bezpieczeństwa i jakości w ochronie zdrowia.

W trakcie pierwszego panelu eksperci przyznali, że największym wyzwaniem jest przekonanie wszystkich interesariuszy (pacjentów, pracowników, środowisko lekarskie, dyrektorów szpitali) do tego, że trzeba stawiać na jakość i bezpieczeństwo pacjenta.

Przedstawione rekomendacje w tym zakresie to m.in:

- Konieczne jest wprowadzenie kultury mierzenia w trzech głównych wymiarach: klinicznym, doświadczeń pacjenta, jakości zarządzania.
- Studenci powinni jak najszybciej trafiać do jednostek medycznych i podejmować w nich pracę, aby mieli wgląd w realne życie medyczne. Należy zadbać, aby nauczyciele akademicy reprezentowali jakość szkolnictwa i rozumieli poruszane problemy dotyczące jakości.
- Należy edukować pacjentów jak mają komunikować się z personelem, a personel medyczny jak powinien rozmawiać z pacjentem, aby poprawić jakość komunikacji.
- Pacjent powinien móc zdecydować według swojej oceny, który ośrodek medyczny będzie dbał o jego życie i zdrowie. Potrzebne jest do tego przekonanie systemu finansowania.
- Podejmowane działania powinny mieć na celu budowanie jakości bezpieczeństwa pacjenta.
- Fundamentem jakości jest wdrożenie kultury bezpieczeństwa pacjenta w placówkach medycznych.

W drugim panelu przedstawiciele placówek medycznych wypowiedzieli się na temat bezpieczeństwa pacjenta w kontekście doświadczeń polskich szpitali. Eksperti wskazali, że akredytacja jest skutecznym narzędziem do zarządzania szpitalem, budowania kultury organizacji nastawionej na pacjenta oraz poprawy jakości i bezpieczeństwa.

Panel trzeci dotyczył kultury bezpieczeństwa pacjenta. Wskazano, iż priorytetem jest codzienna praktyka menadżerów ochrony zdrowia wszystkich szczebli. Konieczne jest rozpisanie konkretnych celów, do których trzeba dążyć. Kultura bezpieczeństwa pacjenta zleży również od korzystania z nowoczesnych metod wspierających monitorowanie jakości i bezpieczeństwa.

W ostatniej części dyskutowano o perspektywie pacjenta oraz wyzwaniach stojących przed pracownikami ochrony zdrowia. Zwracano uwagę w głównej mierze na podejście, otwartość i prosty język komunikacji z pacjentem. Obecne doświadczenia z funkcjonowania funduszu kompensacyjnego szczebli ochronnych pozwalają stwierdzić, że te same mechanizmy działają skutecznie, jeżeli chodzi o fundusz kompensacyjny zdarzeń medycznych. Naturalnie nie obejmie on wszystkich przypadków, ale da pacjentowi możliwość wyboru czy chce kierować swoje roszczenia na drogę postępowania sądowego czy woli skorzystać z funduszu kompensacyjnego zdarzeń medycznych.

Rzecznik Praw Pacjenta podkreślał, że należy dążyć do wdrażania standardów i wytycznych dobrych praktyk. Trzeba angażować w większym zakresie pacjentów, budować ich kompetencje i edukację zarówno w kontekście praw jak i w stosunku do lekarzy. Należy postawić na edukację pacjentów oraz personelu medycznego. Konieczne jest wdrożenie rozwiązań, które umożliwią eliminację błędów w przyszłości.

Źródło: <https://www.gov.pl/web/rpp/podsumowanie-konferencji-bezpieczenstwo-pacjenta>

### **Prace legislacyjne w obszarze opieki zdrowotnej**

Zakończono konsultacje społeczne projektu ustawy o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw. Celem projektu jest zapewnienie pielęgniarcom i położnym odpowiednich warunków do dalszego kształcenia i rozwoju, analogicznych do warunków, jakie mają przedstawiciele pozostałych zawodów medycznych.

Informacje na temat prac legislacyjnych w marcu: [http://rada.pracodawcyrp.pl/wp-content/uploads/2022/04/03\\_2022\\_Monitorowanie-procesu-legislacji-OZ-i-PS.pdf](http://rada.pracodawcyrp.pl/wp-content/uploads/2022/04/03_2022_Monitorowanie-procesu-legislacji-OZ-i-PS.pdf)

Informacje na temat prac legislacyjnych w kwietniu: [http://rada.pracodawcyrp.pl/wp-content/uploads/2022/06/04\\_2022\\_Monitorowanie-procesu-legislacji-OZ-i-PS.pdf](http://rada.pracodawcyrp.pl/wp-content/uploads/2022/06/04_2022_Monitorowanie-procesu-legislacji-OZ-i-PS.pdf)

## Zapowiedź ważnych wydarzeń z obszaru ochrony zdrowia

### XXXI Forum Ekonomiczne

W dniach 6-8 września 2022 r. w Karpaczu odbędzie się XXXI Forum Ekonomiczne. Hasłem przewodnim tegorocznej edycji jest „Europa obliczu nowych wyzwań”. Jak co roku organizatorzy przygotowali bogaty program merytoryczny zawierający ponad 300 wydarzeń. W programie znajdzie się ścieżka tematyczna: Forum Ochrony Zdrowia, która od 10 lat jest nieodłącznym elementem Forum Ekonomicznego umożliwiającym wymianę doświadczeń i prezentację nowych pomysłów na zarządzanie i finansowanie systemu ochrony zdrowia. Jest to przede wszystkim miejsce dyskusji o tematach zdrowotnych z uwzględnieniem aspektu ekonomicznego. Biorą w nich udział wszyscy interesariusze sektora zdrowotnego w Polsce i w Europie. Dyskusje toczą się w następujących obszarach: finansowym, regulacyjnym i innowacyjnym. Forum Ochrony Zdrowia to konferencja poświęcona ochronie zdrowia z udziałem wszystkich zainteresowanych tą problematyką: przedstawicieli administracji państwowej i środowisk pacjenckich, dyrektorów placówek medycznych, ekspertów, kadry zarządzającej sektorem farmaceutycznym.

Źródło: <https://www.forum-ekonomiczne.pl/>

### Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych- RODO (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119) informujemy, iż:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
- 2) W sprawie Państwa danych osobowych można się skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl) lub z Inspektorem Ochrony Danych beneficjenta – na adres poczty elektronicznej: [iod@lazarski.edu.pl](mailto:iod@lazarski.edu.pl).
- 3) Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane w celu:
  - a. realizacji projektu „Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna”. Projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza i Rozwój, oś priorytetowa II., działanie 2.12 Zwiększenie wiedzy o potrzebach kwalifikacyjno-zawodowych, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach POWER na podstawie art. 6 ust 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO.

- b. wysyłki newslettera powstałego w projekcie: Sektorowa Rada ds. Kompetencji Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna sfinansowanego w ramach: Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Działanie numer 2.12 Zwiększenie wiedzy o potrzebach kwalifikacyjno-zawodowych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO.
- 4) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez Administratora przez okres niezbędny do realizacji wyżej wymienionych celów (zakończenia projektu).
  - 5) Państwa dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej – PARP oraz beneficjentowi realizującemu projekt – Uczelni Łazarskiego. Odbiorcami Państwa danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa. Dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Państwa dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach POWER. Dane osobowe mogą zostać przekazane przez beneficjenta podmiotom, które obsługują systemy teleinformatyczne beneficjenta oraz udostępniające narzędzia teleinformatyczne lub świadczące dla beneficjenta usługi pocztowe, hostingu lub niszczenia dokumentacji.
  - 6) Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.
  - 7) Posiadają Państwo prawo żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.
  - 8) Przysługuje również Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu.
  - 9) Posiadają Państwa prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
  - 10) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak konieczne do przesłania newslettera powstałego w projekcie: Sektorowa Rada ds. Kompetencji Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna sfinansowanego w ramach: Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Działanie numer 2.12 Zwiększenie wiedzy o potrzebach kwalifikacyjno-zawodowych.
  - 11) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej, o ile nie będą tego wymagały prawne obowiązki Administratora.

### **O „Sektorowej Radzie ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna”**

„Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna” tworzy przestrzeń do wymiany opinii pomiędzy trzema elementami systemu kształtowania kompetencji i potrzeb kompetencyjnych w branży opieki zdrowotnej i pomocy społecznej: pracodawcami, systemem edukacji i przedsiębiorcami działającymi w danym sektorze. Zadaniem Rady jest także identyfikacja i prognozowanie potrzeb kompetencyjnych dla obu podsektorów oraz monitoring legislacji i zmian merytorycznych dotyczących zawodów w tych obszarach. Rada ma także tworzyć rekomendacje i zalecenia dotyczące badań i rozwoju kompetencji w nowych zawodach dla obu sektorów. Więcej informacji:

<http://rada.pracodawcyrp.pl/>



## Realizatorzy projektu „Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna”



Newsletter powstaje w ramach projektu: Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna, sfinansowanego w ramach: Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Działanie numer 2.12 Zwiększenie wiedzy o potrzebach kwalifikacyjno-zawodowych.