



Fundusze Europejskie  
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Ministerstwo  
Zdrowia

Badanie ewaluacyjne współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)

## Ocena działań FERS dotyczących kształcenia pracowników sektora ochrony zdrowia

Raport końcowy



### Zamawiający:

**Ministerstwo Zdrowia**

Ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa



**Ministerstwo  
Zdrowia**

### Wykonawca:

**EU-CONSULT sp. z o.o.**

ul. Toruńska 18 C, lokal D

80-747 Gdańsk



Badanie ewaluacyjne współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego  
Plus (EFS+)

Gdańsk 2025 r.



## Spis treści

|                                                                                                                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Wykaz skrótów .....                                                                                                                                                                   | 5   |
| 2. Streszczenie.....                                                                                                                                                                     | 7   |
| 3. Summary .....                                                                                                                                                                         | 11  |
| 4. Wprowadzenie.....                                                                                                                                                                     | 15  |
| 5. Zarys metodyczny .....                                                                                                                                                                | 18  |
| 5.1. Analiza danych zastanych .....                                                                                                                                                      | 18  |
| 5.2. Badanie CAWI z beneficjentami Działania 01.12 oraz Działania 01.13 FERS .....                                                                                                       | 19  |
| 5.3. Badanie CAWI/CATI (mixed-mode design) z uczestnikami wsparcia.....                                                                                                                  | 20  |
| 5.4. Zogniskowany wywiad grupowy (FGI).....                                                                                                                                              | 20  |
| 5.5. Indywidualne wywiady pogłębione (IDI/Diada) .....                                                                                                                                   | 21  |
| 5.6. Panel ekspertów .....                                                                                                                                                               | 21  |
| 5.7. Studium przypadku – case study (dodatkowa technika gromadzenia i analizy danych)<br>.....                                                                                           | 22  |
| 6. Opis wyników badania .....                                                                                                                                                            | 24  |
| 6.1. Trafność interwencji.....                                                                                                                                                           | 24  |
| 6.1.1. Dopasowanie interwencji do istniejących potrzeb, wyzwań i kierunków reform<br>określonym w ramach dokumentów strategicznych i programowych dotyczących<br>interwencji z EFS+..... | 24  |
| 6.1.2. Dopasowanie wsparcia do potrzeb grup docelowych .....                                                                                                                             | 32  |
| 6.2. Skuteczność realizacji projektów wraz z oceną systemu wdrażania .....                                                                                                               | 45  |
| 6.2.1. Ocena systemu wdrażania w kontekście umożliwienia skutecznej realizacji<br>projektów .....                                                                                        | 45  |
| 6.2.2. Identyfikacja napotykaných barier .....                                                                                                                                           | 57  |
| 6.2.3. Poziom realizacji wskaźników produktu i rezultatu .....                                                                                                                           | 68  |
| 6.3. Komplementarność i synergia działań.....                                                                                                                                            | 76  |
| 6.4. Potrzeby kompetencyjne i rozwój kadr .....                                                                                                                                          | 82  |
| 6.4.1. Identyfikacja brakujących rodzajów wsparcia.....                                                                                                                                  | 82  |
| 6.4.2. Potrzeby w zakresie metod i form wsparcia grup docelowych projektów wraz z<br>analizą potrzeby ich różnicowania .....                                                             | 96  |
| 6.4.3. Identyfikacja brakujących kompetencji i potrzeby z tym związane .....                                                                                                             | 99  |
| 6.5. Dobre praktyki .....                                                                                                                                                                | 109 |
| 6.6. Syntetyczne odpowiedzi na pytania badawcze .....                                                                                                                                    | 113 |
| 7. Wnioski i rekomendacje .....                                                                                                                                                          | 121 |



Fundusze Europejskie  
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Ministerstwo  
Zdrowia

|     |                                         |     |
|-----|-----------------------------------------|-----|
| 8.  | Spis tabel i elementów graficznych..... | 127 |
| 9.  | Bibliografia.....                       | 129 |
| 10. | Załączniki.....                         | 131 |

## 1. Wykaz skrótów

Tabela 1. Wykaz skrótów wykorzystanych w dokumencie

| Skrót    | Wyjaśnienie                                                                                                                        |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CATI     | Wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny                                                                                         |
| CAWI     | Wywiad internetowy wspomagany komputerowo                                                                                          |
| CMKP     | Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego                                                                                         |
| CSR      | <i>Country specific recommendations</i>                                                                                            |
| CST2021  | System teleinformatyczny wykorzystywany na potrzeby wdrażania funduszy strukturalnych w Polsce w perspektywie finansowej 2021-2027 |
| DOI      | Departament Oceny Inwestycji (w Ministerstwie Zdrowia)                                                                             |
| EBM      | <i>Evidence-Based Medicine</i> (medycyna oparta na dowodach)                                                                       |
| EFS+     | Europejski Fundusz Społeczny Plus                                                                                                  |
| FEnIKS   | Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko na lata 2021-2027                                                       |
| FERS     | Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027                                                                     |
| FE SL    | Fundusze Europejskie dla Śląskiego                                                                                                 |
| FGI      | Zogniskowany wywiad grupowy                                                                                                        |
| GUS      | Główny Urząd Statystyczny                                                                                                          |
| IDI      | Indywidualny wywiad pogłębiony                                                                                                     |
| ION      | Instytucja organizująca nabór                                                                                                      |
| IP       | Instytucja Pośrednicząca                                                                                                           |
| IZ       | Instytucja Zarządzająca                                                                                                            |
| KM       | Komitet Monitorujący                                                                                                               |
| KPO      | Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności                                                                                     |
| KS       | Komitet Sterujący do spraw koordynacji wsparcia w sektorze zdrowia                                                                 |
| LPR      | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe                                                                                                       |
| MFIPR    | Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej                                                                                       |
| MPZ      | Mapy Potrzeb Zdrowotnych                                                                                                           |
| MZ       | Ministerstwo Zdrowia                                                                                                               |
| NFZ      | Narodowy Fundusz Zdrowia                                                                                                           |
| NIPiP    | Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych                                                                                             |
| NSP 2021 | Narodowy Spis Powszechny 2021                                                                                                      |
| OPZ      | Opis przedmiotu zamówienia                                                                                                         |
| PIS      | Państwowa Inspekcja Sanitarna                                                                                                      |
| POZ      | Podstawowa Opieka Zdrowotna                                                                                                        |
| PO WER   | Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój                                                                                          |
| RPD      | Roczny Plan Działania                                                                                                              |
| RPO      | Regionalny Program Operacyjny                                                                                                      |
| SzOP     | Szczegółowy Opis Priorytetów FERS                                                                                                  |



Fundusze Europejskie  
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Ministerstwo  
Zdrowia

| Skrót | Wyjaśnienie                    |
|-------|--------------------------------|
| TDI   | Telefoniczny wywiad pogłębiony |

Źródło: opracowanie własne

## 2. Streszczenie

**Celem głównym ewaluacji** była ocena trafności i skuteczności działań FERS w zakresie kształcenia podyplomowego kadr medycznych (lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz innych zawodów związanych z ochroną zdrowia), a także działań skierowanych do pracowników niemedycznych (organizacyjnych, administracyjnych i zarządzających) w sektorze zdrowia.

Przeprowadzona analiza potwierdziła, że Działania 01.12 (Kształcenie podyplomowe lekarzy, pielęgniarek i położnych) i 01.13 (Umiejętności w sektorze zdrowia) w ramach Programu FERS 2021–2027 **trafnie odpowiadają na kluczowe wyzwania kadrowe sektora ochrony zdrowia** (starzenie się personelu, niedobory medyków, braki w kompetencjach cyfrowych). Planowane interwencje koncentrują się głównie na podnoszeniu kwalifikacji już pracujących kadr (np. przez kursy specjalizacyjne, językowe i e-learning), co jest spójne z celami strategicznymi EFS+. Wskazano jednocześnie **luki wymagające uzupełnienia** – potrzeba działań na rzecz zatrzymania personelu i zastępowalności pokoleniowej oraz rozwijania kompetencji pozamedycznych (miękkich, międzykulturowych, językowych, cyfrowych).

Realizacja projektów FERS została oceniona jako ogólnie skuteczna. **Projekty są dobrze zaprojektowane i cieszą się bardzo dużym zainteresowaniem** – w wielu przypadkach liczba chętnych znacznie przekraczała liczbę dostępnych miejsc. Beneficjenci potwierdzają, że oferowane wsparcie odpowiada rzeczywistym potrzebom uczestników, a ponad 93% uczestników oceniło otrzymaną pomoc jako dopasowaną do potrzeb zawodowych. Zdobywane efekty (uzyskane kompetencje, uznawane specjalizacje, rozwój cyfrowych umiejętności) są zgodne z założeniami projektów.

Co istotne, dotychczasowe projekty są na dobrej drodze do **osiągnięcia założonych wskaźników produktu i rezultatu**. Większość beneficjentów ocenia postępy w realizacji wskaźników pozytywnie – ponad połowa badanych stwierdziła, że cele zostały już osiągnięte bądź są bliskie realizacji zgodnie z planem. W niektórych projektach wskaźniki produktu zostały w znacznej mierze wykonane, a nawet przekroczone ze względu na większe od zakładanego zainteresowanie uczestników. Wskaźniki rezultatu (np. długofalowe efekty w postaci poprawy jakości opieki czy awansu zawodowego uczestników) będą mierzone w późniejszym okresie, jednak pierwsze obserwacje są obiecujące – uczestnicy uzyskują nowe kwalifikacje, potwierdzają wykorzystanie nabytych umiejętności w pracy, a projekty przynoszą wymierne korzyści w postaci np. zwiększenia liczby specjalistów w deficytowych dziedzinach. Pojawiły się również efekty niezaplanowane wcześniej wprost, głównie o charakterze pozytywnym. Należą do nich inicjatywy podejmowane oddolnie przez uczestników po ukończeniu szkoleń (np. wdrażanie usprawnień w swoich placówkach, dzielenie się zdobytą wiedzą w zespołach) oraz tworzenie się sieci współpracy i kontaktów zawodowych między uczestnikami z różnych regionów i instytucji. Takie efekty uboczne wzmacniają trwałość rezultatów – szkolenia nie tylko podniosły kompetencje indywidualne, ale też zbudowały społeczności praktyków.

Z przeprowadzonej ewaluacji wynika również, że efektywność kształcenia zależy od **dostosowania form szkolenia do oczekiwań i możliwości odbiorców**. Młodszy uczestnicy oraz osoby z odległych miejscowości chętnie korzystają ze zdalnych form nauki – cenią e-learning,

webinaria czy platformy online, które dają im elastyczność uczenia się we własnym tempie i oszczędność czasu na dojazdach. Z kolei starsi, bardziej doświadczeni pracownicy często preferują tradycyjne zajęcia stacjonarne, gdzie mogą bezpośrednio dyskutować z wykładowcą i innymi uczestnikami. W odpowiedzi na te potrzeby w projektach przyjęto mieszane modele dydaktyczne - teorię nierzadko przekazuje się w formie zdalnej (np. nagrane wykłady, kursy online), a komponenty praktyczne realizuje podczas spotkań na żywo. Taki model hybrydowy sprawdził się, łącząc wygodę nauki zdalnej z możliwością ćwiczeń praktycznych pod okiem instruktora – uczestnicy ocenili go bardzo dobrze. Ewaluacja potwierdziła również konieczność zróżnicowania metod w zależności od zawodu/stanowiska, ponieważ charakter pracy wpływa na preferencje szkoleniowe. Pielęgniarki, które na co dzień działają zespołowo i wykonują czynności praktyczne, najchętniej uczą się poprzez warsztaty i treningi symulacyjne – dlatego projekty im dedykowane kładą nacisk na ćwiczenia grupowe, staże kliniczne, pracę z aparaturą medyczną i scenariusze przypadków. Dla pracowników niemedycznych, w tym menedżerów czy personelu administracyjnego ważna jest z kolei możliwość pogodzenia nauki z obowiązkami służbowymi – preferują szkolenia on-line. Natomiast lekarze specjaliści przede wszystkim oczekują najwyższej jakości merytorycznej – kluczowe jest zapewnienie im dostępu do najnowszej wiedzy i autorytetów w danej dziedzinie.

Jednocześnie jednak podkreślić należy **występowanie pewnych barier utrudniających wdrażanie projektów**. Realizatorzy zwracali uwagę na złożoność procedur administracyjnych – czasochłonne przygotowanie dokumentacji i długie procesy naboru opóźniały uruchomienie działań. Ponadto wymogi prawne (np. restrykcyjne kryteria uczestnictwa w szkoleniach specjalizacyjnych, obowiązek zapewnienia pełnej dostępności dla osób z niepełnosprawnościami) ograniczały elastyczność rekrutacji i wymagały dodatkowych nakładów. Dużą trudnością logistyczną były masowe nabory uczestników - przy ponadplanowym zainteresowaniu konieczne było wprowadzenie klarownych kryteriów selekcji oraz skalowanie projektów (np. kolejnych edycji), co podkreśla ogromną skalę potrzeb kadrowych sięgających poza aktualny zasięg FERS.

Zwrócono uwagę, że obecna oferta programowa jest generalnie kompletna i przemyślana – obejmuje szeroki wachlarz form kształcenia (stacjonarne, zdalne, e-learning, kursy kwalifikacyjne, specjalizacje) przeznaczonych dla licznych grup zawodowych. Projekty łączą szkolenia medyczne z kształceniem personelu administracyjno-organizacyjnego i farmacji czy fizjoterapii. Ponadto program FERS jest komplementarny z innymi działaniami – takimi jak KPO czy RPO – oraz zapewnia ciągłość wsparcia (np. absolwenci stypendiów KPO mogą później skorzystać ze specjalizacji FERS w nowoczesnym środowisku pracy).

Analiza wykazała, że inne instrumenty, w tym krajowe finansowanie kształcenia podyplomowego kadr medycznych, uzupełniają działania realizowane w ramach FERS i nie powodują istotnego nakładania się interwencji. Działania FERS wspierają podnoszenie kwalifikacji zatrudnionych pracowników ochrony zdrowia, uzupełniając jednocześnie programy finansujące tworzenie nowych kadr (np. stypendia dla studentów medycyny z KPO) oraz inwestycje infrastrukturalne (programy RPO wspierające cyfryzację i wyposażenie placówek). Przykładem synergii jest także kontynuacja szkoleń z programu POWER (w ramach inicjatywy REACT EU) w ramach FERS czy szybkie reagowanie na zmiany systemowe – szkolenia dla lekarzy POZ pozwoliły im spełnić nowe wymagania ustawowe w terminie.



Badani eksperci podkreślali, że dzięki centralnemu programowi specjaliści z różnych regionów przeszkolili się według ujednoliconych standardów, co zmniejsza rozbieżności w poziomie usług medycznych w kraju. Dostrzeżono także komplementarność FERS względem edukacji akademickiej. Niektórzy uczestnicy traktowali szkolenia jako możliwość poszerzenia wiedzy pominiętej w toku studiów, natomiast większość podkreślała, że kształcenie podyplomowe stanowi naturalny element rozwoju zawodowego. W systemie zarządzania utrzymuje się bliska współpraca instytucji krajowych i regionalnych. Stworzono mechanizmy zapobiegające dublowaniu wsparcia i zapewniające, że programy uzupełniają się a nie konkurują - IZ wraz z IP pilnują linii demarkacyjnych, tj. ustalonych podziałów tematycznych i finansowych między programami (przy czym istotną rolę odgrywa również Komitet Sterujący do spraw koordynacji wsparcia w sektorze zdrowia (KS)).

Analiza potrzeb kompetencyjnych wskazuje z kolei na zróżnicowane **luki w poszczególnych grupach zawodów medycznych**, przy jednoczesnym występowaniu kilku wspólnych deficytów. Wśród lekarzy szczególnie widoczny jest niedobór specjalistów w dziedzinach odpowiadających na nowe wyzwania zdrowotne, zwłaszcza w psychiatrii dzieci i młodzieży, a także w geriatrii oraz medycynie personalizowanej. Kadra zarządzająca ochroną zdrowia wykazuje natomiast braki w nowoczesnych kompetencjach menedżerskich – w zakresie przywództwa, zarządzania zespołami, analiz danych czy jakości – co uzasadnia potrzebę szkoleń i studiów podyplomowych. W przypadku pielęgniarek i położnych problemem jest zarówno ogólny niedobór personelu, jak i brak kadr o wąskich specjalizacjach (np. anestezjologicznych, operacyjnych, diabetologicznych czy środowiskowych). Wskazuje się na potrzebę rozwoju systemu kursów specjalizacyjnych zwiększających zakres ich samodzielności. Fizjoterapeuci z kolei wymagają wsparcia w zdobywaniu wyspecjalizowanych kompetencji m.in. w obszarze pediatrii, onkologii oraz terapii chorób rzadkich. W ratownictwie medycznym barierą pozostaje brak formalnych ścieżek specjalizacji, co ogranicza możliwość rozwoju eksperckich kwalifikacji.

Jednocześnie w całym systemie odczuwalny jest deficyt kompetencji z obszaru zdrowia psychicznego – zarówno specjalistów, jak i podstawowych umiejętności psychospołecznych wśród personelu POZ i pielęgniarek. We wszystkich zawodach narasta także potrzeba doskonalenia kompetencji cyfrowych związanych z obsługą e-dokumentacji, telemedycyny czy analizy danych medycznych. Niezależnie od specjalizacji coraz większe znaczenie mają również kompetencje miękkie, tj. komunikacja z pacjentem, współpraca zespołowa, radzenie sobie ze stresem i zarządzanie własnym rozwojem.

W trakcie ewaluacji zidentyfikowano także **dobre praktyki**, które warto utrwalić. Dobre praktyki dotyczące beneficjentów obejmują przede wszystkim regularną, roboczą komunikację z IP oraz częste spotkania pozwalające szybko identyfikować problemy i wprowadzać potrzebne korekty. Beneficjenci korzystają też z comiesięcznych narad online, co umożliwia bieżące monitorowanie realizacji oraz szybką interwencję. Za dobrą praktykę uznano również szeroką partycypację interesariuszy w projektowaniu szkoleń, elastyczne dopasowywanie modułów do lokalnych potrzeb oraz współpracę z wieloma ośrodkami szkoleniowymi, co zwiększa efektywność organizacyjną i dostępność kursów.

W odniesieniu do uczestników projektów szczególnie doceniono kompleksowość wsparcia – obejmowanie nim szerokiego wachlarza kadr medycznych i okołomedycznych, co realnie wzmacnia funkcjonowanie całych zespołów. Za dobre praktyki uznano także elastyczność form szkoleniowych (krótsze moduły, zajęcia dopasowane do grafiku pracy) oraz stosowanie nowoczesnych narzędzi dydaktycznych, w tym komponentów e-learningowych i platform edukacyjnych. Uczestnicy korzystają również na tym, że ich opinie są systematycznie zbierane i wykorzystywane do ulepszania programów a treści szkoleń są na bieżąco aktualizowane w odpowiedzi na nowe potrzeby.

Na tej podstawie sformułowano **zalecenia dla dalszego rozwoju interwencji FERS.**

Rekomenduje się opracowanie wytycznych dotyczących możliwości wykorzystania sprawdzonych dotychczas rozwiązań w zakresie wykorzystania platform e-learningowych (na podstawie doświadczeń dotychczasowych beneficjentów, poprzez uwzględnienie tego aspektu w zakresie pytań badawczych przyszłej ewaluacji niniejszej interwencji). Ponadto zaleca się wspólne opracowanie uproszczonej „mapy drogowej” priorytetowych projektów, aktualizowanej cyklicznie przez Instytucję Zarządzającą (IZ) i Pośredniczącą (IP). Taki dokument miałby zawierać planowane tematy i terminy naborów oraz szacunkową alokację środków, co zwiększyłoby przejrzystość procesu decyzyjnego i pozwoliłoby IZ lepiej przygotować się do oceny projektów. Rekomenduje się również, aby w uzasadnionych sytuacjach dopuszczać odstępstwa od obowiązku zapewniania pełnej dostępności dla osób z niepełnosprawnościami. Wdrożenie tych rekomendacji powinno wzmocnić efektywność i spójność działań FERS, zapewniając maksymalizację ich wpływu na rozwój kompetencji kadr medycznych.

### 3. Summary

**The main objective of the evaluation** was to assess the relevance and effectiveness of FERS activities in the field of postgraduate education of medical personnel (doctors, nurses and midwives and other health care professions), as well as activities aimed at non-medical employees (organizational, administrative and management) in the health sector.

The analysis confirmed that Measures 01.12 (Postgraduate education for doctors, nurses, and midwives) and 01.13 (Skills in the health sector) under the FERS 2021-2027 Program **aptly address key human resources challenges in the healthcare sector** (aging staff, medical shortages, and digital competency gaps). Planned interventions focus primarily on improving the qualifications of existing staff (e.g., through specialization, language, and e-learning courses), which is consistent with the strategic objectives of the ESF+. At the same time, **gaps requiring addressing were identified**, including the need to promote staff retention and generational replacement, as well as the development of non-medical competencies (soft, intercultural, linguistic, and digital).

The implementation of FERS projects was assessed as generally effective. **The projects are well-designed and enjoy very high interest** – in many cases, the number of applicants significantly exceeded the number of available places. Beneficiaries confirm that the support offered meets the actual needs of participants, and over 93% of participants rated the assistance received as tailored to their professional needs. The results achieved (acquired competencies, recognized specializations, development of digital skills) are consistent with the project objectives.

Importantly, projects to date are well on track to **achieving their planned output and outcome indicators**. Most beneficiaries assess progress in achieving the indicators positively – over half of the respondents stated that their goals have already been achieved or are close to being achieved as planned. In some projects, output indicators were largely met, or even exceeded, due to greater than expected participant interest. Outcome indicators (e.g., long-term effects in the form of improved quality of care or professional advancement of participants) will be measured at a later stage, but initial observations are promising – participants are gaining new qualifications, confirming the use of acquired skills in their work, and the projects are delivering tangible benefits, such as increasing the number of specialists in underserved fields. Unplanned outcomes, primarily positive ones, have also emerged. These include grassroots initiatives undertaken by participants after completing the training (e.g., implementing improvements in their facilities, sharing acquired knowledge within teams) and the formation of networks of collaboration and professional contacts between participants from different regions and institutions. Such side effects enhance the sustainability of the results – the training not only improved individual competences, but also built communities of practitioners.

The evaluation also shows that the effectiveness of education depends on **adapting training formats to the expectations and capabilities of the recipients**. Younger participants and those from remote locations readily use remote learning methods – they value e-learning, webinars, and online platforms, which give them the flexibility to learn at their own pace and save time

on commuting. Older, more experienced employees, on the other hand, often prefer traditional in-person classes, where they can discuss directly with the lecturer and other participants. In response to these needs, projects adopted mixed teaching models – theory is often delivered remotely (e.g., recorded lectures, online courses), and practical components are implemented during live meetings. This hybrid model proved effective, combining the convenience of remote learning with the opportunity for hands-on practice under the guidance of an instructor – participants rated it very positively. The evaluation also confirmed the need to vary methods depending on the profession/position, as the nature of work influences training preferences. Nurses, who work in teams and perform practical tasks daily, prefer to learn through workshops and simulation training. Therefore, projects dedicated to them emphasize group exercises, clinical internships, working with medical equipment, and case scenarios. Non-medical staff, including managers and administrative staff, value the ability to combine learning with their professional duties, preferring online training. Medical specialists, on the other hand, expect the highest quality of content, ensuring access to the latest knowledge and authorities in their field is crucial.

At the same time, however, it is important to emphasize **the existence of certain barriers hindering project implementation**. Implementers highlighted the complexity of administrative procedures – time-consuming documentation preparation and lengthy recruitment processes delayed the launch of activities. Furthermore, legal requirements (e.g., restrictive participation criteria for specialized training, the obligation to ensure full accessibility for people with disabilities) limited recruitment flexibility and required additional resources. Mass recruitment posed a significant logistical challenge – given the overwhelming interest, clear selection criteria and project scaling (e.g., subsequent editions) were necessary, highlighting the enormous scale of staffing needs, which extend beyond the current scope of FERS.

It was noted that the current program offerings are generally comprehensive and well-thought-out, encompassing a wide range of educational options (on-site, distance learning, e-learning, qualification courses, and specializations) intended for numerous professional groups. Projects combine medical training with education for administrative and organizational staff, pharmacy, and physiotherapy. Furthermore, the FERS program is complementary to other initiatives, such as the KPO and RPO, and ensures continued support (e.g., KPO scholarship graduates can later benefit from FERS specializations in a modern workplace).

The analysis revealed that other instruments, including national funding for postgraduate medical education, complement activities implemented within FERS and do not significantly overlap with other interventions. FERS activities support the improvement of existing healthcare professionals' qualifications, while also complementing programs financing the creation of new staff (e.g., scholarships for medical students from the National Health Fund) and infrastructure investments (RPO programs supporting the digitization and equipping of facilities). Examples of synergy include the continuation of POWER program training (as part of the REACT EU initiative) within FERS, and the rapid response to systemic changes – training for primary care physicians allowed them to meet new statutory requirements on time. The surveyed experts emphasized that thanks to the central program, specialists from different regions were trained according to unified standards, reducing disparities in the level

of medical services across the country. FERS's complementarity with academic education was also noted. Some participants viewed the training as an opportunity to expand knowledge missed during their studies, while most emphasized that postgraduate education is a natural element of professional development. The management system maintains close cooperation between national and regional institutions. Mechanisms have been created to prevent duplication of support and ensure that programs complement each other rather than compete. The Managing Authority and the Intermediate Bodies (IB) maintain demarcation lines, i.e., established thematic and financial divisions between programs (with the Steering Committee for Coordinating Support in the Health Sector (SC) also playing a significant role).

Competency needs analysis, in turn, indicates diverse **gaps within individual medical professions**, with several common deficiencies. Physicians face a particularly pronounced shortage of specialists in areas that address emerging health challenges, particularly in child and adolescent psychiatry, geriatrics, and personalized medicine. Healthcare management, however, lacks modern managerial competencies—in leadership, team management, data analysis, and quality—which justifies the need for training and postgraduate studies. For nurses and midwives, the problem lies both in the general shortage of personnel and the lack of staff with narrow specializations (e.g., anesthesiology, surgery, diabetes, or environmental medicine). A system of specialized courses that increase their independence is indicated. Physiotherapists, in turn, require support in acquiring specialized competencies, including in pediatrics, oncology, and rare disease therapy. In emergency medical services, the lack of formal specialization pathways remains a barrier, limiting the development of expert qualifications.

At the same time, there is a noticeable shortage of mental health competencies across the system – both among specialists and among basic psychosocial skills among primary care staff and nurses. Across all professions, there is also a growing need to improve digital competencies related to e-documentation, telemedicine, and medical data analysis. Regardless of specialization, soft skills, such as patient communication, teamwork, stress management, and self-management, are also gaining importance.

The evaluation also identified **good practices** that are worthy of further development. Beneficiary-related best practices primarily include regular, working communication with the IB and frequent meetings that allow for the rapid identification of problems and the implementation of necessary corrections. Beneficiaries also benefit from monthly online meetings, which enable ongoing monitoring of implementation and rapid intervention. Extensive stakeholder participation in training design, flexible adaptation of modules to local needs, and collaboration with multiple training centers, which increases organizational efficiency and course accessibility, were also considered good practices.

Project participants were particularly appreciative of the comprehensive support offered, encompassing a wide range of medical and paramedical staff, which significantly strengthens the functioning of entire teams. The flexibility of training formats (shorter modules, classes tailored to work schedules) and the use of modern teaching tools, including e-learning components and educational platforms, were also recognized as good practices. Participants

also benefit from the fact that their feedback is systematically collected and used to improve the programs, and the training content is continuously updated to meet new needs.

Based on this, **recommendations for the further development of the FERS intervention were formulated.** It is recommended to develop guidelines regarding the potential use of proven solutions for e-learning platforms (based on the experiences of existing beneficiaries, by incorporating this aspect into the research questions for the future evaluation of this intervention). Furthermore, it is recommended to jointly develop a simplified "roadmap" of priority projects, periodically updated by the Managing Authority (MA) and Intermediate Body (IB). Such a document would include planned topics and deadlines for applications, as well as estimated allocation of funds, which would increase the transparency of the decision-making process and allow the MA to better prepare for project evaluation. It is also recommended to allow for exceptions to the obligation to ensure full accessibility for people with disabilities in justified situations. Implementation of these recommendations should strengthen the effectiveness and coherence of FERS activities, ensuring maximum impact on the development of medical staff competencies.



## 4. Wprowadzenie

Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 (dalej: FERS) jest następcą Programu Wiedza Edukacja Rozwój (dalej: POWER). Program współfinansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (dalej: EFS+). W FERS realizowane jest wsparcie na rzecz m.in. poprawy sytuacji osób na rynku pracy, zwiększenia dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami, zapewnienia opieki nad dziećmi, podnoszenia jakości edukacji i rozwoju kompetencji, integracji społecznej, rozwoju usług społecznych i ekonomii społecznej oraz ochrony zdrowia. Wsparcie będące przedmiotem ewaluacji realizowane jest w ramach Priorytetu I ("Umiejętności").

**Zakres przedmiotowy badania** dotyczy Działania 01.12. Kształcenie podyplomowe lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz 01.13. FERS Umiejętności w sektorze zdrowia. Realizowane w ramach ww. działań FERS projekty wpisują się w cel szczegółowy 4 (g): „Wspieranie uczenia się przez całe życie, w szczególności elastycznych możliwości podnoszenia i zmiany kwalifikacji dla wszystkich, z uwzględnieniem umiejętności w zakresie przedsiębiorczości i kompetencji cyfrowych, lepsze przewidywanie zmian i zapotrzebowania na nowe umiejętności na podstawie potrzeb rynku pracy, ułatwianie zmian ścieżki kariery zawodowej i wspieranie mobilności zawodowej”.

W ramach Działania 01.12 FERS mogą być wdrażane takie typy projektów, jak "Rozwój i wsparcie kształcenia podyplomowego lekarzy" oraz "Rozwój i wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych". Natomiast w przypadku Działania 01.13 FERS typy projektów obejmują "Rozwój i wsparcie kształcenia podyplomowego przedstawicieli innych zawodów związanych z ochroną zdrowia, w tym kadr zdrowotnej opieki długoterminowej" oraz "Rozwój i wsparcie kształcenia kadr organizacyjnych, administracyjnych i zarządzających systemu ochrony zdrowia".

Badaniami ilościowymi i jakościowymi objęto łącznie 19 projektów, tj. 2 wybrane w ramach Działania 01.12 FERS, 15 w ramach 01.13 FERS oraz 2 przypadające na Działanie 01.01 FERS. Wykaz zastosowanych metod i technik badawczych przedstawiony został w dalszej części opracowania. Zaznaczyć należy, że wszystkie projekty objęte badaniami wybrane zostały w sposób niekonkurencyjny. Interwencja dopuszcza co prawda również konkurencyjny dobór projektów, lecz na moment opracowania analizy nie zostały jeszcze rozstrzygnięte konkursy w tym obszarze (niemniej sama analiza uwzględnia zagadnienia dotyczące obu sposobów wyboru projektów w ramach analizowanych Działania).

**Celem głównym ewaluacji** była ocena trafności i skuteczności działań FERS w zakresie kształcenia podyplomowego kadr medycznych (lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz innych zawodów związanych z ochroną zdrowia), a także działań skierowanych do pracowników niemedycznych (organizacyjnych, administracyjnych i zarządzających) w sektorze zdrowia.

**Celami szczegółowymi ewaluacji** były:

- ocena trafności i skuteczności działań FERS w zakresie kształcenia podyplomowego kadr medycznych (lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz innych zawodów związanych z ochroną zdrowia);

- ocena trafności i skuteczności działań FERS w zakresie kształcenia kadr organizacyjnych, administracyjnych i zarządzających systemu ochrony zdrowia.

Cele badania zostały zrealizowane poprzez zastosowanie następujących **kryteriów ewaluacji**:

- trafność – zdefiniowaną jako ocena stopnia dopasowania wsparcia zaplanowanego / udzielonego w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS do zdiagnozowanych / faktycznych potrzeb grup docelowych oraz w kontekście aktualnych wyzwań dla potrzeb sektora ochrony zdrowia;
- skuteczność – zdefiniowaną jako ocena, w jakim stopniu zrealizowane zostały cele projektów z Działania 01.12 oraz 01.13 FERS oraz cele szczegółowe FERS w obszarze kształcenia pracowników sektora zdrowia, a także ocena osiągniętych dotąd w tym zakresie efektów (produktów i rezultatów).

Przeprowadzona analiza umożliwiła udzielenie odpowiedzi na szereg poniższych **zestawów pytań ewaluacyjnych**:

1. Czy system wdrażania określony dla Działania 01.12 oraz 01.13 FERS był zaplanowany w taki sposób, aby zapewnić jak najbardziej skuteczną realizację projektów?
2. W jakim stopniu wsparcie zaoferowane w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS odpowiadało istniejącym potrzebom, wyzwaniom i kierunkom reform określonym w ramach dokumentów strategicznych i programowych dotyczących interwencji z EFS+?
3. Czy rodzaj, zakres i sposób udzielania wsparcia w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS odpowiada na potrzeby jego grup docelowych? Co można poprawić w realizacji projektów, aby w większym stopniu spełniały oczekiwania uczestników projektów?
4. Czy w działaniach podejmowanych w ramach aktualnie realizowanych projektów w Działaniu 01.12 oraz 01.13 FERS zidentyfikowano istotne bariery / problemy, a jeżeli tak – to jakie i jak można je rozwiązać, aby zagwarantować realizację projektów zgodnie z założeniami?
5. W jakim stopniu zostały osiągnięte wskaźniki produktu i rezultatu w ramach projektów realizowanych w Działaniu 01.12 oraz 01.13 FERS? Jakie efekty niezaplanowane (pozytywne, negatywne) zostały osiągnięte w Działaniu 01.12 oraz 01.13? Co należy poprawić, aby osiągnąć zaplanowane produkty i rezultaty w większym stopniu?
6. W jakim stopniu wsparcie w Działaniu 01.12 oraz 01.13 FERS jest komplementarne z podobnymi działaniami z innych źródeł finansowania - np. KPO, programów regionalnych, innych inicjatyw, programów, projektów realizowanych / nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia?
7. Jakiego rodzaju wsparcia brakuje w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS i dlaczego? Czy istnieją potrzeby beneficjentów / uczestników projektów, w ramach których wsparcie było niewystarczające? Jeżeli tak, to jakie i jakie działania należy przewidzieć, aby im sprostać?
8. Jakie są potrzeby dotyczące metod i form wsparcia grup docelowych projektów realizowanych w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS? Z czego one wynikają? Czy należy je zróżnicować w zależności od wykonywanego zawodu medycznego / okołomedycznego / zajmowanego stanowiska / wykonywanych zadań, a jeżeli tak – to dlaczego i jak to zrobić?





9. Jakich kompetencji najbardziej brakuje przedstawicielom poszczególnych zawodów (około) medycznych? Czy są zawody (około) medyczne / stanowiska pracy w podmiotach leczniczych, które należy wesprzeć w większym stopniu w obszarze nabywania kompetencji, a jeżeli tak – to z jakich przyczyn wynika ich zwiększone zapotrzebowanie i jakich kompetencji / wiedzy powinny dotyczyć szkolenia / inne formy kształcenia / doskonalenia zawodowego?
10. Jakie dobre praktyki w zakresie wsparcia dotyczącego kształcenia pracowników sektora zdrowia, w tym w ramach współpracy ponadnarodowej, warto wdrożyć w ramach kolejnych / innych interwencji publicznych (programów / projektów)? Jakie dobre praktyki/rozwiązania, w tym w ramach współpracy ponadnarodowej, mogą zostać zaimplementowane do rozwiązań systemowych w sektorze zdrowia?

## 5. Zarys metodyczny

### 5.1. Analiza danych zastanych

**Opis techniki badawczej:** Analiza danych zastanych to metoda badań społecznych, która zakłada szczegółową analizę istniejących już i dostępnych danych. W jej wyniku następują scalanie, przetworzenie i analiza danych rozproszonych dotychczas wśród rozmaitych źródeł.

Desk research objął następujące pozycje:

- Country specific recommendations (CSR) z 2024 r.;
- Dane kontaktowe do beneficjentów oraz dane monitoringowe z systemu CST2021, znajdujące się w dyspozycji Zamawiającego;
- Dokumentacja dotyczącą naborów w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS, w tym ogłoszenia o naborach oraz regulaminy wyboru projektów wraz z załącznikami;
- Lista Wskaźników Kluczowych dla Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego;
- Lista Wskaźników Specyficznych dla Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego;
- powszechnie dostępne dane administracyjne ze statystyki publicznej (w tym: Eurostat, OECD, GUS, MZ);
- Prawodawstwo dotyczące przedmiotu Zamówienia;
- Program FERS;
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
- Strategia pn. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030;
- Szczegółowy Opis Priorytetów FERS (SzOP FERS);
- Umowa Partnerstwa dla realizacji polityki spójności 2021-2027 w Polsce;

- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (tzw. ustawę wdrożeniową);
- Wnioski o dofinansowanie projektów z Działania 01.12 oraz 01.13 FERS wybieranych w sposób niekonkurencyjny na dzień zawarcia umowy na wykonanie badania ewaluacyjnego;
- Wyniki badania ewaluacyjnego, przeprowadzonego na zlecenie MFiPR pn. „Ocena śródkresowa realizacji Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027”;
- Wyniki badania ewaluacyjnego, przeprowadzonego na zlecenie MZ pn. „Podsumowanie wsparcia z EFS w obszarze kształcenia przeddyplomowego na kierunkach medycznych”, Ministerstwo Zdrowia, 2022 r.;
- Wyniki badania ewaluacyjnego, przeprowadzonego na zlecenie MZ pn. „Ewaluację on-going realizacji celów V Osi Priorytetowej PO WER, Ministerstwo Zdrowia”, 2018 r.;
- Wyniki kontroli NIK dotyczących ochrony zdrowia;
- Wytyczne MFiPR wydane na podstawie art. 5 ust 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027, które regulują sposób wybierania i wdrażania projektów z EFS+, w tym w szczególności w obszarze zdrowia.

## 5.2. Badanie CAWI z beneficjentami Działania 01.12 oraz Działania 01.13 FERS

**Opis techniki badawczej:** CAWI to ankieta internetowa, przeprowadzana za pomocą sieci internetowej, wypełniana bezpośrednio przez respondenta. Zastosowanie ankiety internetowej, oferującej poczucie anonimowości, pozwoli na uzyskanie pełniejszych informacji na temat zagadnień poruszanych w badaniu, a zwłaszcza na pytania delikatnej natury, na które respondenci niechętnie udzielają odpowiedzi, gdy mają kontakt z ankierem.

**Populacja badana:** Beneficjenci Działania 01.12 FERS oraz beneficjenci Działania 01.13 FERS.

**Wielkość badanej populacji:** 17

**Wielkość próby i jej struktura:** W badaniu wzięli udział wszyscy beneficjenci (17) zarówno Działania 01.12 FERS, jak i Działania 01.13 FERS.

**Sposób doboru próby:** Wykonawca zaprosił do badania CAWI wszystkich potencjalnych respondentów, a następnie przeprowadził monity (wpierw e-mailowe, a następnie telefoniczne) w celu zachęcenia do udziału w badaniu tych potencjalnych respondentów, którzy jeszcze nie wypełnili kwestionariusza.

**Wielkość błędu statystycznego:** Ze względu na zrealizowanie wywiadów ze wszystkimi beneficjentami błąd oszacowania nie wystąpił.

### 5.3. Badanie CAWI/CATI (mixed-mode design) z uczestnikami wsparcia

**Opis techniki badawczej:** Badanie ilościowe zostanie zrealizowane przy pomocy techniki mixed-mode, tj. CAWI oraz CATI (wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny). Sposób realizacji badania ilościowego był uzależniony od tego, jakie dane kontaktowe dotyczące danego uczestnika były dostępne w poszczególnych przypadkach.

**Populacja badana:** Uczestnicy wsparcia realizowanego w ramach Działania 01.12 FERS oraz Działania 01.13 FERS.

**Wielkość badanej populacji:** Zgodnie z materiałami przekazanymi przez Zamawiającego 7043, w tym:

- Działanie 01.12 FERS – 6512;
- Działanie 01.13 FERS – 531.

**Wielkość próby i jej struktura:** Zgodnie z zapisami OPZ, w badaniu miało wziąć udział (efektywnie zrealizowane wywiady) 600 uczestników wsparcia, w tym:

- 500 uczestników wsparcia realizowanego w ramach Działania 01.12 FERS;
- 100 uczestników wsparcia realizowanego w ramach Działania 01.13 FERS.

Ostatecznie udało się zrealizować większą liczbę ankiet, tj. 895 (741 w ramach Działania 01.12 FERS oraz 154 w przypadku Działania 01.13 FERS).

**Sposób doboru próby:** Losowy.

**Wielkość błędu statystycznego:**

- Uczestnicy wsparcia realizowanego w ramach Działania 01.12 FERS – 3% dla poziomu ufności 95% i wielkości frakcji 0,5;
- Uczestnicy wsparcia realizowanego w ramach Działania 01.13 FERS – 7% dla poziomu ufności 95% i wielkości frakcji 0,5.

### 5.4. Zogniskowany wywiad grupowy (FGI)

**Opis techniki badawczej:** FGI to ustrukturalizowana i moderowana dyskusja kilku osób, zogniskowana na wybranym zagadnieniu. Prowadzona jest według scenariusza, który określa konkretny cel rozmowy i wytyczne dla moderatora o tym jak prowadzić dyskusję.

**Populacja badana:** Przedstawiciele IZ, IP w ramach FERS.

**Liczba FGI:** Wykonawca zrealizował 1 FGI.

**Liczba uczestników FGI:** w badaniu udział wzięły 4 osoby.

**Sposób doboru próby:** Celowy - do badania zostały zaproszone osoby posiadające bogatą wiedzę w zakresie objętym ewaluacją. Dobór respondentów został uzgodniony z Zamawiającym.

**Struktura próby:** w badaniu wzięli udział:

- 3 pracowników IP FERS;
- 1 przedstawiciel IZ FERS.

## 5.5. Indywidualne wywiady pogłębione (IDI/Diada)

**Opis techniki badawczej:** IDI polega na przeprowadzeniu z daną osobą ustrukturyzowanej rozmowy, natomiast Diada to technika badawcza polegająca na prowadzeniu ustrukturyzowanej rozmowy z dwoma respondentami. Rozmowa ta realizowana jest według określonego schematu, zwanego scenariuszem wywiadu, a jej celem jest uzyskanie konkretnych informacji w sposób planowy i metodyczny.

**Populacja badana:** beneficjenci projektów z:

- Działania 01.12 FERS wybranych w sposób niekonkurencyjny;
- Działania 01.13 FERS wybranych w sposób niekonkurencyjny;
- Działania 01.01 FERS wybranych w sposób niekonkurencyjny (projekty "Nowoczesne standardy kształcenia doskonalącego lekarzy specjalistów w wybranych specjalizacjach zabiegowych ze szczególnym wykorzystaniem nowatorskich rozwiązań informatycznych" oraz „Podniesienie wiedzy i umiejętności kadry medycznej w zakresie diagnostyki perinatalnej chorób uwarunkowanych genetycznie z ukierunkowaniem na wczesną diagnostykę prenatalną Wrodzonych Wad Metabolizmu”).

**Wielkość próby:** zrealizowano łącznie 19 wywiadów.

**Sposób doboru próby:** Celowy – do badania zostali zaproszeni przedstawiciele poszczególnych beneficjentów posiadający największą wiedzę na temat podlegających ewaluacji projektów.

## 5.6. Panel ekspertów

**Opis techniki badawczej:** W ramach panelu ekspertów eksperci z danej dziedziny prowadzą dyskusję nad określoną problematyką.

W ramach panelu ekspertów:

- Omówiono wyniki zrealizowanych badań;
- Omówiono wstępne wnioski i rekomendacje sporządzone przez Zespół Badawczy.

**Populacja badana:**

- Eksperti środowiskowi zajmujący się sektorem zdrowia, w tym kształceniem podyplomowym przedstawicieli kadr medycznych oraz doksztalcaniem zawodowym pracowników administracyjnych sektora ochrony zdrowia;
- Pracownicy MZ i innych instytucji z sektora zdrowia.

**Wielkość próby:** Wykonawca zrealizował 1 panel ekspertów.

**Sposób doboru próby:** Celowy - do badania zostały zaproszone osoby posiadające bogatą wiedzę w zakresie objętym ewaluacją. Dobór respondentów został uzgodniony z Zamawiającym.

**Liczba uczestników panelu ekspertów:** Zakładano, że w panelu ekspertów weźmie udział co najmniej 6 respondentów. Na wypadek, gdyby któryś z respondentów wycofał się z udziału w badaniu, Wykonawca zrekrutował do panelu więcej niż 6 respondentów – w wyniku tego (oraz braku rezygnacji przed samym panelem) ostatecznie w badaniu udział wzięło 9 ekspertów.

**Struktura próby:** w badaniu udział wzięli przedstawiciele następujących instytucji/podmiotów:

- Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach;
- Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach;
- MMS CONSULTING GROUP/WSB Merito Wrocław/Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej MEDICA;
- Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (2 osoby);
- Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych;
- Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Collegium Medicum (2 osoby);
- Instytut Matki i Dziecka.

Należy zwrócić uwagę, że w panelu ekspertów uczestniczyli również beneficjenci analizowanej interwencji. Obecność przedstawicieli podmiotów zaangażowanych w realizację projektów sprzyjała pogłębieniu wiedzy o praktycznych aspektach wdrażania, jednak jednocześnie wprowadzała pewne ograniczenia interpretacyjne. Część wypowiedzi uczestników nie zawsze odnosiła się bezpośrednio do zakresu przedmiotowej ewaluacji – zdarzały się bowiem komentarze wykraczające poza oceniane interwencje, dotyczące np. szerszych problemów systemowych lub doświadczeń spoza ram FERS. W rezultacie część odpowiedzi wymagała selektywnego traktowania oraz weryfikacji pod kątem ich relewancji wobec celów ewaluacji. Pomimo tego panel dostarczył wartościowych wniosków, choć interpretacja niektórych opinii wymagała uwzględnienia kontekstu i potencjalnego zaangażowania respondentów w realizowane projekty.

## 5.7. Studium przypadku – case study (dodatkowa technika gromadzenia i analizy danych)

**Opis techniki badawczej:** Studium przypadku (case study) to wszechstronny opis badanego zjawiska. Metoda ta ma charakter empiryczny, ponieważ analizuje i ocenia zjawiska zachodzące w rzeczywistości. Studium przypadku jest stosowane zwłaszcza dla tematów badawczych o charakterystyce opisowej – daje wówczas odpowiedzi na pytania *co, kiedy, gdzie i w jaki sposób się wydarzyło*. Metoda studium przypadku umożliwia dokonanie pogłębionej analizy badanego zagadnienia i zaprezentowanie jego specyfiki na podstawie zgromadzonych informacji.

Na potrzeby każdego case study Wykonawca zrealizował 1 TDI (telefoniczny wywiad pogłębiony) z uczestnikiem wsparcia realizowanego w ramach Działania 01.12 FERS bądź Działania 01.13 FERS.

Case study jest specyficzną metodą analizy danych, koncentrującą się na dogłębnym zbadaniu danego przypadku – dlatego Wykonawca zakwalifikował ją jako metodę analizy danych. Jednocześnie jest to metoda gromadzenia danych, gdyż na potrzeby case study pozyskany zostanie nowy materiał badawczy.

**Populacja badana:** Case study opracowane zostały dla uczestników wsparcia realizowanego w ramach Działania 01.12 FERS oraz Działania 01.13 FERS.

**Liczba studiów przypadku:** 11.

**Struktura próby:** Wykonawca opracował:

- 5 case study dla uczestników wsparcia realizowanego w ramach Działania 01.12 FERS;
- 6 case study dla uczestników wsparcia realizowanego w ramach Działania 01.13 FERS.

**Dobór próby:** Celowy – Wykonawca zapewnił jak największe zróżnicowanie uczestników wsparcia, dla których opracowane zostaną case study (m.in. ze względu na płeć, wiek, specjalizację).



## 6. Opis wyników badania

### 6.1. Trafność interwencji

#### 6.1.1. Dopasowanie interwencji do istniejących potrzeb, wyzwań i kierunków reform określonym w ramach dokumentów strategicznych i programowych dotyczących interwencji z EFS+<sup>1</sup>

Według Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiającego Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) celem ogólnym EFS+ jest wspieranie państw członkowskich i regionów w dążeniu do wysokich poziomów zatrudnienia oraz wykwalifikowanej i odpornej siły roboczej przygotowanej na przyszły świat pracy. W szczególności z naciskiem na wysokiej jakości, włączające kształcenie i szkolenie, uczenie się przez całe życie<sup>2</sup>. Rozporządzenie EFS+ określa 13 celów szczegółowych. W Umowie Partnerstwa zostały one zgrupowane i przyporządkowane do szerszych obszarów interwencji przyjętych w krajowym systemie programowania, m.in. Krajowym Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO), co ułatwia przełożenie celów unijnych na krajowe priorytety inwestycyjne.

Zakres interwencji opisany w Umowie Partnerstwa wynika bezpośrednio z celów szczegółowych zawartych w rozporządzeniach dotyczących EFRR, FS, EFS+ oraz Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji. Dodatkowo kształt priorytetów programowych był formowany przez wytyczne Komisji Europejskiej zawarte w Country Reports dla Polski (2019–2020) oraz przez zalecenia Rady dotyczące Krajowych Programów Reform z 2019 i 2020 r., które akcentowały rekomendacje o charakterze inwestycyjnym<sup>3</sup>, co zapewnia spójność interwencji z krajowymi kierunkami reform.

Działania 01.12 i 01.13 FERS są przyporządkowane do celu 4 Umowy Partnerstwa oraz do szczegółowego celu „G” EFS+, co w SZOP FERS oznaczono kodem EFS+.CP4.G<sup>4</sup>. Umowa Partnerstwa zawiera opis sześciu celów. Cel czwarty „Europa o silniejszym wymiarze społecznym” składa się z pięciu obszarów – rynek pracy i zasoby ludzkie; edukacja i kompetencje; włączenie i integracja społeczna; ochrona zdrowia, w tym zdrowotna opieka długoterminowa; kultura i zrównoważona turystyka.

---

<sup>1</sup> W ramach rozdziału udzielono odpowiedzi na następujące pytanie badawcze:

- W jakim stopniu wsparcie zaoferowane w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS odpowiadało istniejącym potrzebom, wyzwaniom i kierunkom reform określonym w ramach dokumentów strategicznych i programowych dotyczących interwencji z EFS+?

<sup>2</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz.U. L 231 z 30.6.2021, pp. 21–59)

<sup>3</sup> Umowa Partnerstwa Dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 W Polsce, Warszawa 30 czerwca 2022 r.

<sup>4</sup> Wspieranie uczenia się przez całe życie, w szczególności elastycznych możliwości podnoszenia i zmiany kwalifikacji dla wszystkich, z uwzględnieniem umiejętności w zakresie przedsiębiorczości i kompetencji cyfrowych, lepsze przewidywanie zmian i zapotrzebowania na nowe umiejętności na podstawie potrzeb rynku pracy, ułatwianie zmian ścieżki kariery zawodowej i wspieranie mobilności zawodowej.

Deficyt kadr medycznych to problem o zasięgu globalnym. Starzenie się społeczeństwa oraz wzrost chorób przewlekłych zwiększają zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, a tym samym na personel medyczny. Sytuację pogarsza zmniejszający się odsetek osób w wieku produkcyjnym na rzecz osób w wieku poprodukcyjnym, co dodatkowo obciąża system emerytalny. W Polsce sytuację pogłębiają historyczne niedobory w kształceniu oraz emigracja wykwalifikowanych pracowników<sup>5</sup>.

Według danych Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ), stan na koniec 2024 roku, zastępowalność pokoleniowa w wielu specjalizacjach lekarskich jest bardzo niska. Przewiduje się, że w przypadku aż 13 specjalizacji nie zostanie osiągnięta<sup>6</sup> w przeciągu najbliższych 5 lat.

Poza niedoborem kadrowym istotnym problemem jest niekorzystna struktura wieku pracowników systemu ochrony zdrowia, co utrudnia zastępowalność pokoleniową. Niemal jedna trzecia pielęgniarek miała w 2024 roku od 50 do 59 lat, podczas gdy wśród lekarzy odsetek osób w tej grupie wiekowej sięgał około jednej piątej<sup>7</sup>.

Analiza trendów demograficznych i zasobów kadrowych ujawnia zróżnicowaną dynamikę zmian w poszczególnych grupach zawodowych. W latach 2013–2023 wskaźnik liczby lekarzy na 10 tys. mieszkańców ogółem zmniejszył się o 3,1%. Warto jednak zwrócić uwagę, że w ostatnim, krótszym okresie – 2021–2023 – nastąpiło odwrócenie tego niekorzystnego trendu i odnotowano wzrost wskaźnika o 16,0%. Oznacza to, że mimo długoterminowego spadku, w ostatnich latach pojawiły się sygnały poprawy sytuacji kadrowej w tej grupie.

Odmienny kierunek zmian widoczny jest w przypadku pielęgniarek i położnych. W dłuższej perspektywie, obejmującej lata 2013–2023, liczba pracujących pielęgniarek i położnych na 10 tys. mieszkańców wzrosła o 7,3%. Jednak analiza trendów w krótszym okresie – 2021–2023 – pokazuje już wyraźny spadek o 20,9%. Dane te mogą wskazywać zarówno na odpływ personelu, jak i na trudności z uzupełnianiem kadr w tempie odpowiadającym bieżącym potrzebom systemu.

Zestawienie tych trendów potwierdza zasadność interwencji realizowanych w ramach Działań 01.12 i 01.13 FERS. Wskazuje jednocześnie, że działania te powinny koncentrować się nie tylko na podnoszeniu kwalifikacji pracowników systemu ochrony zdrowia, ale także na przeciwdziałaniu utracie personelu, wspieraniu zastępowalności pokoleniowej i rozwijaniu kompetencji pozamedycznych, w szczególności cyfrowych.

Działania 01.12 oraz 01.13 FERS **zostały zaprojektowane w sposób pośrednio odpowiadający na zidentyfikowane w Polsce problemy kadrowe** – niedobory personelu, niekorzystną strukturę wieku i braki kompetencyjne, w tym w obszarze kompetencji cyfrowych. Choć interwencje te nie odnoszą się wprost do zwiększania liczby pracowników medycznych, to poprzez kształcenie podyplomowe, rozwój umiejętności i wdrażanie rozwiązań

---

<sup>5</sup> Departament Zdrowia, Najwyższa Izba Kontroli (2023), *Informacja o wynikach kontroli Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa.

<sup>6</sup> Oznacza to, że liczba lekarzy tych specjalizacji, która przejdzie na emeryturę w danym roku będzie większa niż liczba potencjalnych przyszłych lekarzy, którzy aktualnie podjęli się nauki tych specjalizacji.

<sup>7</sup> <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/> [dostęp na 11.10.2025 r.].

technologicznych mogą realnie przyczynić się do poprawy warunków pracy oraz efektywności systemu ochrony zdrowia.

Z dokumentów diagnozujących sytuację kadrową w systemie, takich jak raport NIK<sup>8</sup>, wynika, że wyzwania demograficzne oraz niejednorodność danych utrudniają precyzyjne planowanie polityki kadrowej. Mapy Potrzeb Zdrowotnych dokumentują starzenie się kadr i różnice regionalne w dostępności personelu, co uzasadnia zarówno instrumenty kształcenia, jak i działania ukierunkowane na retencję i redystrybucję zasobów. Raport NIK sygnalizuje braki w spójności i aktualności danych o zasobach kadrowych, co mogło być jednym z motywów włączenia do Działania 01.13 FERS komponentu dotyczącego poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez rozwój kadr organizacyjnych, administracyjnych i zarządzających.

Z punktu widzenia ram EFS+ **omawiane Działania wpisują się w szeroki cel wspierania wykwalifikowanej, odpornej i przygotowanej na przyszłość siły roboczej oraz uczenia się przez całe życie**. Wynika z tego, że zgodność priorytetowa z dokumentami strategicznymi jest bardzo wysoka. Poniżej przedstawiono ocenę stopnia dopasowania Działań 01.12 oraz 01.13 FERS wynikających z zapisów SZOP FERS do potrzeb demograficznych oraz do kierunków reform krajowych i unijnych.

**Tabela 2. Stopień dopasowania Działania 01.12 oraz 01.13 FERS do potrzeb demograficzno-kadrowych oraz reform krajowych i UE**

| Działanie / typ projektu                                                     | Ocena ewaluatora w skali 1-5 dopasowania do potrzeb demograficzno-kadrowych | Uzasadnienia                                                                                                                                                                                                                  | Ocena ewaluatora w skali 1-5 dopasowania do reform krajowych i UE | Uzasadnienie                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01.12 FERS<br><br>Typ 1. Rozwój i wsparcie kształcenia podyplomowego lekarzy | 5                                                                           | Typ projektów odpowiada bezpośrednio na deficyt lekarzy w kluczowych dziedzinach, starzenie się kadr i nierównomierny dostęp do specjalizacji. Wspiera wzrost liczby i jakości kadr lekarskich, co jest kluczowe w kontekście | 4                                                                 | Wpisuje się w kierunki reform dotyczące zwiększania dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych, rozwoju kadr medycznych, cyfryzacji i upowszechniania nowoczesnych metod szkolenia. |

<sup>8</sup> Departament Zdrowia, Najwyższa Izba Kontroli (2023), *Informacja o wynikach kontroli Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa.



| Działanie / typ projektu                                                                                                                                                   | Ocena ewaluatora w skali 1-5 dopasowania do potrzeb demograficzno-kadrowych | Uzasadnienia                                                                                                                                                                               | Ocena ewaluatora w skali 1-5 dopasowania do reform krajowych i UE | Uzasadnienie                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                            |                                                                             | zmian demograficznych.                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                                                                                                                                                                   |
| 01.12 FERS<br>Typ 2. Rozwój i wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych                                                                                  | 5                                                                           | Odpowiada na dramatyczny niedobór i starzenie się kadr pielęgniarских oraz brak zastępowalności pokoleniowej. Zwiększa potencjał zawodowy w kluczowych segmentach systemu ochrony zdrowia. | 4                                                                 | Wspiera reformy w zakresie rozwoju kadr pielęgniarских, kompetencji cyfrowych i upowszechniania e-zdrowia. Zgodny z priorytetami KE dotyczącymi wzmacniania personelu medycznego. |
| 01.13 FERS<br>Typ 1. Rozwój i wsparcie kształcenia podyplomowego przedstawicieli innych zawodów związanych z ochroną zdrowia, w tym kadr zdrowotnej opieki długoterminowej | 5                                                                           | Wspiera kluczowe grupy zawodów wspomagających system ochrony zdrowia, które uzupełniają luki kadrowe w obszarze opieki długoterminowej, diagnostyki i rehabilitacji.                       | 5                                                                 | Odpowiada na kierunki reform dotyczące integracji opieki, opieki długoterminowej i zdrowia psychicznego oraz rozwoju kompetencji cyfrowych.                                       |



| Działanie / typ projektu                                                                                                       | Ocena ewaluatora w skali 1-5 dopasowania do potrzeb demograficzno-kadrowych | Uzasadnienia                                                                                                                                         | Ocena ewaluatora w skali 1-5 dopasowania do reform krajowych i UE | Uzasadnienie                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01.13<br>Typ 2. Rozwój i wsparcie kształcenia kadr organizacyjnych, administracyjnych i zarządzających systemu ochrony zdrowia | -4                                                                          | Choć nie dotyczy bezpośrednio deficytu kadr medycznych, pośrednio wspiera poprawę efektywności systemu i racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych. | 5                                                                 | Wpisuje się w reformy dotyczące zarządzania systemem ochrony zdrowia, cyfryzacji, koordynacji opieki i wzmacniania kompetencji analitycznych, co jest silnie akcentowane w dokumentach KE i krajowych. |

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego*; Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz.U. L 231 z 30.6.2021, pp. 21–59); *Umowa Partnerstwa Dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 W Polsce*, Warszawa 30 czerwca 2022 r.; Komisja Europejska, *Country Report Poland 2019*; MFiPR, *Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności*; MZ, *Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia Na Lata 2021–2027, Z Perspektywą do 2030 r.*

Na podstawie analizy danych zastanych można stwierdzić, że **wsparcie zaoferowane w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS jest spójne** w odniesieniu do potrzeb, wyzwań i kierunku reform. W szczególności przyczynia się do realizacji celu szczegółowego EFS+ G.

Działanie 01.12 FERS „Kształcenie podyplomowe lekarzy, pielęgniarek i położnych” koncentruje się na uzupełnianiu braków kadry medycznej w kluczowych specjalizacjach. Należy wskazać, że Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego zostało wybrane do projektu niekonkurencyjnego mającego na celu podniesienie kwalifikacji zawodowych lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb demograficznych Polski<sup>9</sup>. Równocześnie projekt, do którego realizacji wskazano Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, zakłada realizację kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i doszkalających w deficytowych

<sup>9</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/dofinansowanie-projektu-wspieranie-ksztalcenia-podyplomowego-lekarzy-w-dziedzinach-istotnych-z-punktu-widzenia-potrzeb-epidemiologiczno-demograficznych-polski-fers1> [dostęp na 11.10.2025 r.].

dziedzinach pielęgniarstwa<sup>10</sup>. Działanie 01.12 FERS ma zatem na celu przede wszystkim zapewnienie wykwalifikowanej kadry medycznej (lekarzy, pielęgniarek i położnych), zwłaszcza w obszarach, gdzie ich brakuje z uwagi na trendy epidemiologiczne i demograficzne.

Działanie 01.13 FERS „Umiejętności w sektorze zdrowia” jest z kolei adresowane do szerszego zakresu kadr systemu ochrony zdrowia, obejmując również zawody pomocnicze i administracyjne. Zgodnie z założeniami programowymi obejmuje: farmaceutów i pracowników aptek, kadry podmiotów świadczących usługi zdrowotne, kadry medyczne, kadry organizacyjne/administracyjne/zarządzające systemu ochrony zdrowia, osoby wykonujące zawody/kształące się w zawodach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, pracowników jednostek podległych/nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwa Zdrowia, pracowników służb ratowniczych i pracowników systemu oświaty. W ramach tego Działania realizowane są następujące projekty:

- Działania zwiększające kompetencje koordynatorów opieki w placówkach POZ;
- Szkolenie specjalizacyjne dla ratowników medycznych oraz pielęgniarek – chirurgiczna asysta lekarza;
- Realizacja kursów z języka angielskiego dla dyspozytorów i dyspozytorek medycznych, wojewódzkich koordynatorów i koordynatorek ratownictwa medycznego oraz kierowników i kierowniczek dyspozytorni medycznych;
- Szkolenie specjalizacyjne dla osób wykonujących zawód fizjoterapeuty i farmaceuty;
- Centrum Doskonałości Zarządzania Szpitalami – rozwój kompetencji zarządczych kadr zarządzających oraz nadzorujących szpitale;
- Szkolenia w zakresie cyfryzacji dokumentacji medycznej w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami;
- Rozwój kompetencji specjalistów ochrony zdrowia z zakresu realizacji badań naukowych;
- Podniesienie kompetencji pracowników i pracownic Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie bezpieczeństwa żywności i żywienia, higieny środowiska oraz higieny radiacyjnej;
- Podniesienie umiejętności pracowników i pracownic jednostek Państwowej Inspekcji Sanitarnej (PIS) w zakresie przeprowadzania kontroli w nadzorowanych obiektach, zakładach, podmiotach leczniczych;
- MindCare: Kompleksowy program wzmacniania kadr psychiatrii dzieci i młodzieży
- Zwiększenie kompetencji osób wykonujących zawody: asystentki stomatologicznej, elektroradiologa, higienistki stomatologicznej, instruktora terapii uzależnień, optometrysty, ortoptystki, profilaktyka, protetyka słuchu, technika farmaceutycznego, technika masażysty, technika ortopedy, technika sterylizacji medycznej oraz terapeuty zajęciowego (IZM);
- Kompetencje dla Przyszłości – wsparcie i rozwój kadr w ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży;

---

<sup>10</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wsparcie-ksztalcenia-pielegniarek-pielegnarzy-i-polozonych-w-polsce> [dostęp na 11.10.202 r.].



- Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju;
- Na ratunek - kadry DIM;
- Szkolenia kadry Lotniczego Pogotowia Ratunkowego;
- Podniesienie kompetencji kadry zaangażowanej w pomoc osobom z różnymi zaburzeniami narządów zmysłów;
- Kształcenie praktyczne kluczem do wysokiej jakości usług fizjoterapeutycznych i wyższej jakości opieki nad pacjentem;
- Szkolenia doskonalące dla koordynatorów i koordynatorek opieki onkologicznej i kardiologicznej.

Grupą docelową Działania 01.12 FERS są kadry podmiotów świadczących usługi zdrowotne oraz kadry medyczne. Celem projektu realizowanego przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) jest zwiększenie liczby lekarzy specjalistów w dziedzinach medycyny deficytowych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych Polski (wzrost o 8 tys.) oraz liczby lekarzy udzielających świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (wzrost o 2 tys.), a projekt realizowany przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) zakłada organizację kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i doksztalających dla pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych (celem jest podniesienie kwalifikacji 12 262 uczestników). W ramach wsparcia pielęgniarek i położnych organizowane są kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne i doskonalące (w tym kursy uzupełniające), realizowane w 45 okręgach w całej Polsce i jednocześnie powstaje platforma szkoleniowa on-line ułatwiająca samokształcenie i wymianę dobrych praktyk<sup>11</sup>. Rezultatem obu projektów mają być nowe kwalifikacje uczestników oraz podniesienie ich kompetencji zawodowych do 2027 r.

Projekty realizowane w ramach Działania 01.13 FERS obejmują:

- Szkolenia zawodowe;
- Szkolenia specjalizacyjne;
- Kursy kwalifikacyjne;
- Kursy doskonalące / ustawicznego rozwoju zawodowego;
- Szkolenia językowe;
- Szkolenia z kompetencji cyfrowych i obsługi systemów IT;
- Szkolenia i warsztaty praktyczne / symulacyjne;
- Platformy edukacyjne i e-learningowe;
- Seminaria, konferencje, warsztaty, spotkania networkingowe.

Bezpośrednie rezultaty przewidziane w analizowanych projektach to np.: uzyskanie nowych kwalifikacji oraz tytułów specjalistów, aktualizacja wiedzy zawodowej oraz wzrost kompetencji cyfrowych.

Większość projektów realizowanych jest w trybie niekonkurencyjnym, co oznacza, że beneficjent środków został bezpośrednio wskazany przez ION (co wypełnia założenia Ustawy wdrożeniowej).

---

<sup>11</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wsparcie-ksztalcenia-pielengniarek-pielegniarzy-i-polozonych-w-polsce> [dostęp na 11.10.2025 r.].



**Projekty realizowane dotychczas wydają się być istotnie spójne z celami**, tzn. adresują główne braki kwalifikacji w kadrach ochrony zdrowia, zarówno w obszarze personelu medycznego jak i innych zawodów medycznych. Planowane efekty bezpośrednio odnoszą się do potrzeby podnoszenia kwalifikacji w sektorze ochrony zdrowia. W projektach realizujących Działanie 01.13 podczas organizowanych szkoleń często łączona jest teoria z praktyką, przy czym elementy teoretyczne służą przygotowaniu uczestników do zajęć praktycznych prowadzonych w rzeczywistym środowisku pracy. Szkolenia mają charakter kompleksowy i obejmują zarówno wykłady prowadzone przez ekspertów branżowych, jak i ćwiczenia praktyczne, warsztaty lub staże, które umożliwiają wykorzystanie zdobytej wiedzy w codziennej pracy zawodowej. Takie podejście ma na celu nie tylko podniesienie kwalifikacji, ale również zwiększenie gotowości do wykonywania obowiązków w dynamicznie zmieniających się warunkach systemu ochrony zdrowia.

### Podsumowanie

Biorąc pod uwagę analizowane pytanie badawcze, ocenić należy, że wsparcie realizowane w ramach Działań 01.12 i 01.13 FERS w wysokim stopniu odpowiada istniejącym potrzebom i kierunkom reform określonym w dokumentach strategicznych EFS+<sup>12</sup>. Interwencja koncentruje się na kluczowych wyzwaniach sektora zdrowia: starzeniu się kadr, niedoborach personelu medycznego oraz lukach kompetencyjnych (zwłaszcza w obszarze umiejętności cyfrowych). Zaplanowane działania (kursy specjalizacyjne, szkolenia językowe, e-learning itp.) są spójne z celami Europejskiego Funduszu Społecznego Plus i krajowymi priorytetami – wpisują się w cel budowy wykwalifikowanej, odpornej na zmiany kadry oraz promowania kształcenia ustawicznego.

Analizy wykazały, że projekty FERS są zgodne z krajowymi rekomendacjami i zaleceniami unijnymi, a także uzupełniają działania z Krajowego Planu Odbudowy w zakresie kształcenia kadr. Jednocześnie zwrócono uwagę na obszary wymagające dalszych działań, tj. poza samym podnoszeniem kwalifikacji istnieje potrzeba inicjatyw na rzecz zatrzymania personelu w systemie, zapewnienia zastępowalności pokoleniowej oraz rozwijania kompetencji pozamedycznych (miękkich, międzykulturowych, cyfrowych), co obecne działania adresują pośrednio lub w ograniczonym stopniu.

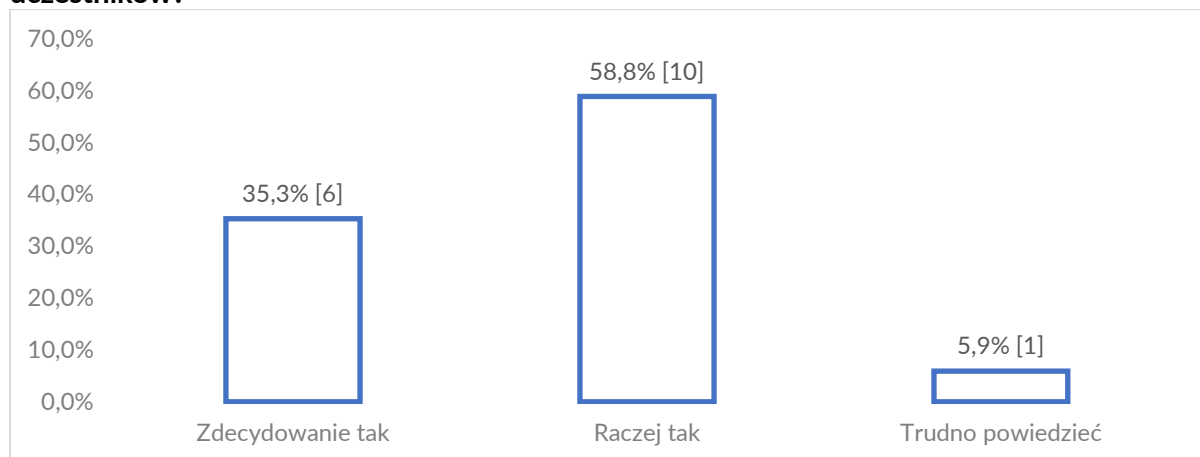
---

<sup>12</sup> W jakim stopniu wsparcie zaoferowane w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS odpowiadało istniejącym potrzebom, wyzwaniom i kierunkom reform określonym w ramach dokumentów strategicznych i programowych dotyczących interwencji z EFS+?

### 6.1.2. Dopasowanie wsparcia do potrzeb grup docelowych<sup>13</sup>

W tym miejscu na wstępie warto odnieść się do wyników przeprowadzonego badania ankietowego. Badani beneficjenci potwierdzili bowiem **zgodność zakresu wsparcia świadczonego w ramach realizowanych projektów z rzeczywistymi potrzebami uczestników projektów**.

**Wykres 1. Czy z obecnej perspektywy Pani/Pana zdaniem zakres wsparcia w ramach Państwa projektu w pełni odpowiada/odpowiadał rzeczywście napotkanym potrzebom uczestników?**



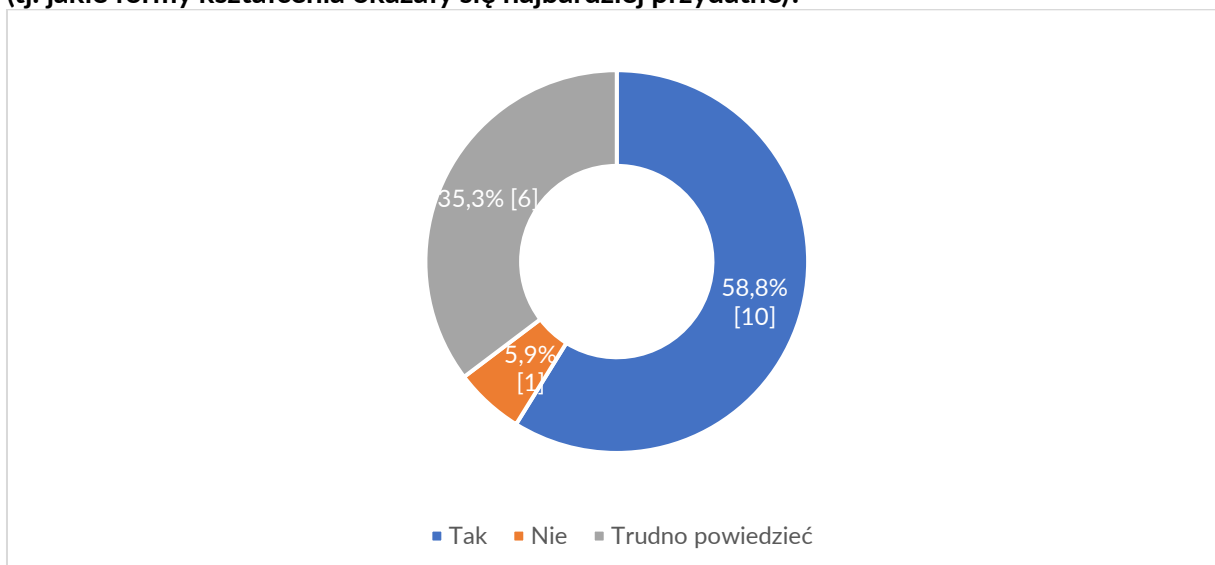
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z beneficjentami (n=17)

Pogłębiając kwestię dopasowania wsparcia do potrzeb, blisko 59% badanych beneficjentów (tj. 10 osób) potrafiło wskazać **rodzaj wsparcia, który do tej pory najlepiej sprawdził się** w ramach dotychczasowych działań projektowych. Zdania w tym obszarze były jednak silnie zróżnicowane i identyczny udział wskazań przypadł zarówno na **szkolenia stacjonarne**, jak i te realizowane w **formule mieszanej**. Można więc uznać, że najlepsza forma prowadzonych działań uwarunkowana była silnie charakterem projektu, w tym grupy docelowej. W ramach wariantu „inne”, który wskazało 30% badanych (3 osoby) wymieniano szkolenia specjalizacyjne oraz dofinansowanie kosztów podróży i noclegów podczas staży realizowanych poza miejscem zamieszkania. Żaden z respondentów ankiety nie udzielił w tym obszarze odpowiedzi negatywnej.

<sup>13</sup> W ramach rozdziału udzielono odpowiedzi na następujące pytanie badawcze:

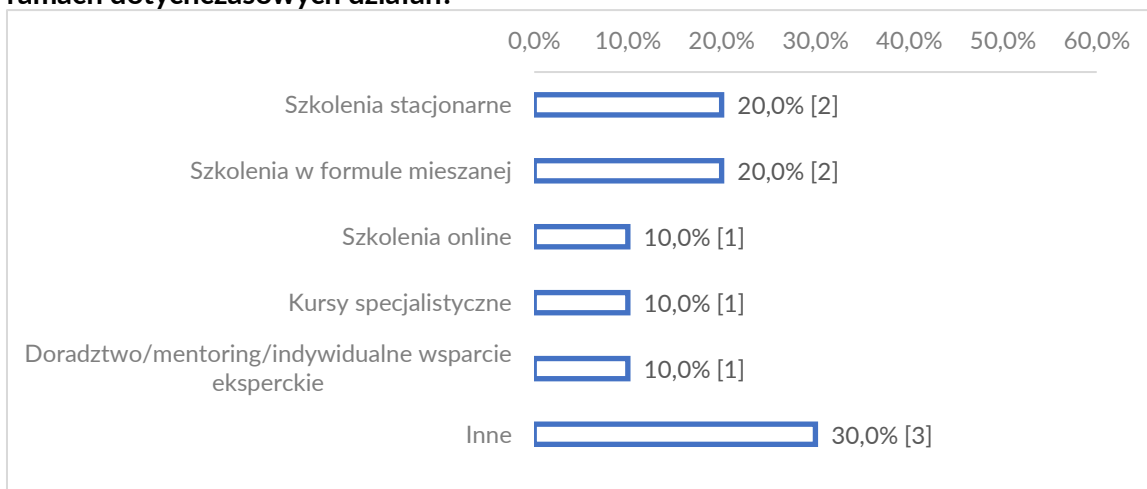
- Czy rodzaj, zakres i sposób udzielania wsparcia w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS odpowiada na potrzeby jego grup docelowych? Co można poprawić w realizacji projektów, aby w większym stopniu spełniały oczekiwania uczestników projektów?

**Wykres 2. Biorąc pod uwagę dotychczasowe doświadczenie, czy jest Pan/Pani w stanie wskazać rodzaj wsparcia, który najbardziej sprawdził się w ramach dotychczasowych działań (tj. jakie formy kształcenia okazały się najbardziej przydatne)?**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z beneficjentami (n=17)

**Wykres 3. Które formy kształcenia/rodzaje wsparcia w największym stopniu sprawdziły się w ramach dotychczasowych działań?**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z beneficjentami (n=10)

Na potrzeby ewaluacji przeprowadzono również badanie ankietowe z uczestnikami realizowanych projektów. Większość uczestników badania bardzo **pozytywnie oceniła dopasowanie uzyskanego wsparcia do swoich potrzeb zawodowych**. Odpowiedź „zdecydowanie tak” wskazało 56,9% respondentów, a „raczej tak” – 36,6%, co łącznie daje **ponad 93% badanych oceniających wsparcie jako odpowiednio dostosowane do ich potrzeb**.

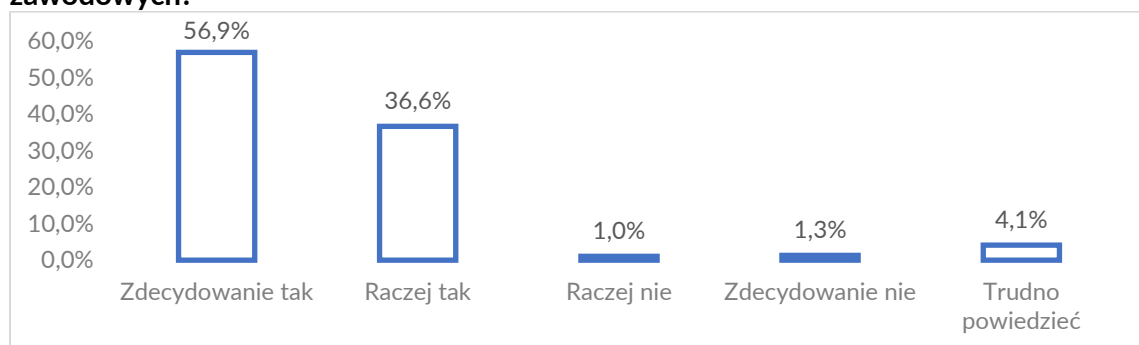
Na odpowiedzi negatywne przypadło łącznie zaledwie 2,3% ogółu wskazań. Choć było ich bardzo niewiele, warto przeanalizować przedstawione uzasadnienia. Wskazują one na zróżnicowane problemy organizacyjne, formalne i merytoryczne, które wpłynęły na niezadowolenie ww. części uczestników z uzyskanego wsparcia w ramach programu. Najczęściej poruszanym zagadnieniem była ograniczona dostępność kursów – część respondentów nie mogła wziąć udziału w szkoleniach z powodu ograniczeń wynikających z

regulaminu (np. miejsca zamieszkania, limitu uczestnictwa w kursach czy wyczerpania puli miejsc).

Kolejnym obszarem krytyki była niewystarczająca komunikacja i brak wsparcia ze strony administracji projektu – respondenci wskazywali, że zdarzały się sytuacje braku odpowiedzi na zgłoszenia, utrudniony kontakt z sekretariatem czy skomplikowane procedury, które w opinii niektórych badanych wymagały dużego nakładu czasu i wysiłku, przy niewspółmiernych efektach. W opinii części uczestników obsługa administracyjna była nadmiernie rozbudowana i nieprzyjazna beneficjentom.

Niektórzy uczestnicy wskazywali na zbyt małą liczbę kursów w stosunku do liczby chętnych oraz brak działań ułatwiających logistykę udziału, jak np. refundacja kosztów wyżywienia czy odpowiednie planowanie terminów. Ponownie jednak należy zaznaczyć, że mimo iż zakres ww. uzasadnień był szeroki, zwykle stanowiły one nieliczne (bądź wręcz jednostkowe) wskazania.

#### Wykres 4. Czy uzyskane wsparcie jest/było dopasowane do Pana/Pani potrzeb zawodowych?

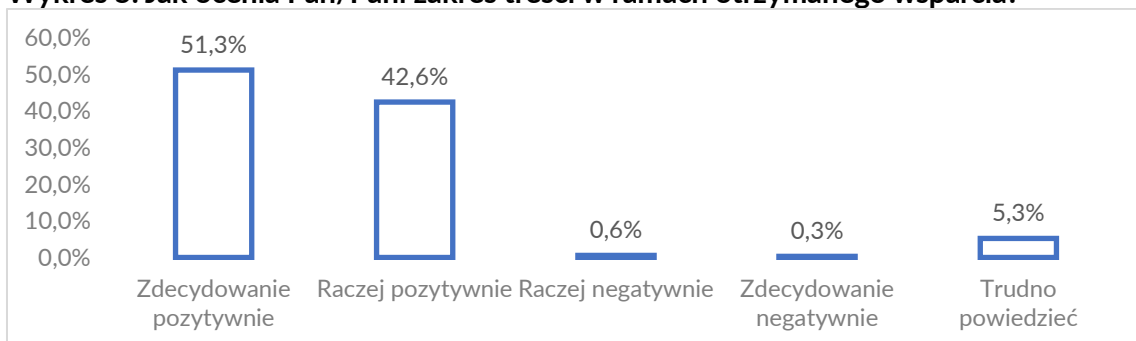


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z uczestnikami projektów (n=895)

Większość uczestników badania **bardzo dobrze oceniła zakres treści** oferowanych w ramach uzyskanego wsparcia. Odpowiedź „zdecydowanie pozytywnie” wskazało 51,3% respondentów, a „raczej pozytywnie” – 42,6%, co łącznie daje ponad 93% pozytywnych ocen. Jedynie 0,9% badanych wyraziło opinię negatywną (w tym 0,6% „raczej negatywnie” i 0,3% „zdecydowanie negatywnie”), natomiast 5,3% wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć”.

Uzasadnienia negatywnych opinii wskazują na kilka głównych problemów. Część respondentów zwracała uwagę na powtarzalność materiałów szkoleniowych – zdarzało się, że te same kursy i prezentacje, które funkcjonowały w poprzedniej perspektywie finansowej, zostały przeniesione do programu FERS, bez wprowadzenia merytorycznych zmian czy innowacji. Wskazywano, że szkolenia nie wносиły nowej wiedzy lub tylko nieliczne wykłady prezentowały aktualne, nowoczesne treści. Pojawiły się też głosy krytyczne dotyczące niewystarczającego przygotowania prowadzących i ograniczonego zakresu wiedzy przekazywanej w trakcie zajęć. Niektórzy respondenci sygnalizowali również problemy natury organizacyjnej i komunikacyjnej – brak kontaktu z instytucją prowadzącą nabór czy brak odpowiedzi na zgłoszenia (przy czym podkreślić należy, że opinie tego typu miały charakter jednostkowy). Należy jednak podkreślić, że skala występowania tych aspektów była niewielka w stosunku do ogółu badanych uczestników, którzy nie zgłaszali żadnych zastrzeżeń w tym obszarze.

**Wykres 5. Jak ocenia Pan/Pani zakres treści w ramach otrzymanego wsparcia?**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z uczestnikami projektów (n=895)

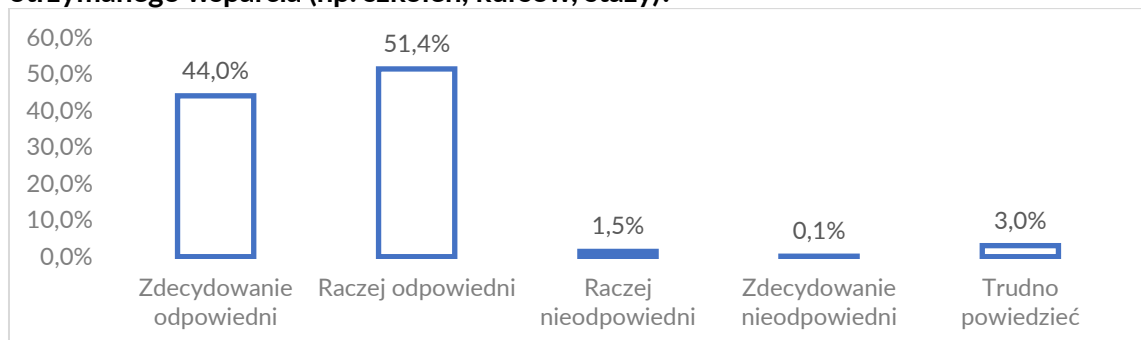
Badaniu poddano również kwestię związaną z poziomem trudności treści merytorycznych i wymagań w ramach udzielanego wsparcia. Zdecydowana większość uczestników pozytywnie oceniła poziom trudności treści merytorycznych i wymagań w ramach otrzymanego wsparcia. 44,0% respondentów uznało go za zdecydowanie odpowiedni, a 51,4% – za raczej odpowiedni, co łącznie stanowi ponad 95% pozytywnych ocen. Jedynie 1,6% uczestników wskazało, że poziom trudności był nieodpowiedni (w tym 1,5% – „raczej nieodpowiedni”, a 0,1% – „zdecydowanie nieodpowiedni”), natomiast 3,0% wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć”. Wyniki te potwierdzają, że treści były przedstawione w sposób zrozumiały, adekwatny do poziomu wiedzy uczestników.

Uzasadnienia odpowiedzi negatywnych wskazują natomiast na kilka obszarów wymagających poprawy. Część respondentów zwracała uwagę na niewystarczającą jakość dydaktyczną niektórych kursów – treści były przedstawiane w sposób zbyt ogólny, mało szczegółowy lub niezwiązany z głównym tematem szkolenia, co ograniczało ich przydatność praktyczną. Wskazywano również na przypadki, w których kompetencje wykładowców budziły wątpliwości, a przekazywane informacje były nieaktualne lub sprzeczne z obowiązującymi standardami.

Część uczestników podkreślała problemy organizacyjne, takie jak brak odpowiedzi na pytania po zajęciach, niewłaściwe terminy kursów (np. szkolenia odbywały się dopiero pod koniec specjalizacji, ponieważ wcześniej brakowało wolnych miejsc), czy brak reakcji na zgłaszane uwagi po szkoleniach. Pojawiły się także głosy krytyczne dotyczące formy prowadzenia zajęć – niektórzy uczestnicy uważali, że szkolenia powinny być w większym stopniu realizowane online, podczas gdy inni wskazywali na problemy techniczne i zbyt dużą liczbę uczestników, co utrudniało aktywne uczestnictwo w ćwiczeniach.

W pojedynczych przypadkach oceniono, że zakres materiału był zbyt obszerny w stosunku do czasu zajęć, co powodowało przeciążenie uczestników i ograniczało efektywność nauki. Z drugiej strony, niektórzy wskazywali, że przekazywana wiedza była zbyt powierzchowna i nie przygotowywała w wystarczającym stopniu do egzaminów specjalizacyjnych.

**Wykres 6. Jak ocenia Pan/Pani poziom trudności treści merytorycznych i wymagań w ramach otrzymanego wsparcia (np. szkoleń, kursów, staży)?**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z uczestnikami projektów (n=895)

Cennych wniosków dostarcza również badanie case study, w ramach którego przeprowadzone zostały indywidualne wywiady pogłębione z uczestnikami projektów. Większość uczestników podchodziła do udziału we wsparciu z konkretnymi oczekiwaniami, wynikającymi z ich sytuacji zawodowej. Ci, dla których szkolenie było obowiązkowe (np. element programu specjalizacji lub wymóg w miejscu pracy), oczekiwali przede wszystkim zdobycia wymaganej wiedzy i zaliczenia kursu. Osoby te podkreślały, że szkolenie miało zaspokoić bardzo praktyczną potrzebę, tzn. umożliwić dalsze wykonywanie zawodu lub uzyskanie tytułu specjalisty. Ich potrzeby wynikały więc z wymogów formalnych i planów zawodowych, a wcześniej brakowało im innej drogi, by te kwalifikacje zdobyć (np. przed uruchomieniem danego projektu nie istniały podobne kursy dla ich grupy zawodowej). U innych uczestników dominowała motywacja rozwoju osobistego i zawodowego – chcieli poszerzyć horyzonty, nauczyć się nowych umiejętności lub podjąć nowe role zawodowe. Na przykład fizjoterapeuci podkreślali, że od dawna czekali na możliwość tak wszechstronnego doształcenia i traktowali je jako cenną okazję do podniesienia swoich kompetencji klinicznych. Podobnie jeden z ratowników medycznych uczestniczących w pilotażowym szkoleniu na asystenta lekarza oczekiwał, że umożliwi mu ono poszerzenie uprawnień oraz zapoznanie się z nowym zakresem obowiązków.

Co istotne, uczestnicy zgodnie stwierdzali, że **projekty zostały dobrze dopasowane do ich potrzeb i spełniły oczekiwania**. Wiele z nich podkreślało wysoki poziom merytoryczny zajęć oraz to, że zdobyta wiedza dokładnie odpowiadała ich potrzebom. Przykładowo lekarze i pielęgniarki wspominali, że dzięki kursom uzupełnili luki w swoim wykształceniu – nauczyli się procedur i zagadnień, z którymi dotąd nie mieli do czynienia, a które były od nich wymagane na zajmowanych stanowiskach. Nawet uczestnicy z bogatym doświadczeniem zawodowym oceniali, że program był wartościowy i aktualny. Jedna z lekarek z wieloletnią praktyką w podstawowej opiece zdrowotnej zaznaczyła, iż kurs rodzinny zawierał wiele nowości (np. elementy opieki koordynowanej, najnowsze wytyczne z różnych specjalizacji), co wzbogaciło jej wiedzę. Niektórzy uczestnicy wskazywali, że przed przystąpieniem do projektu brakowało im możliwości rozwoju w danym obszarze – na przykład specjalizacja dla fizjoterapeutów czy kursy podnoszące kompetencje ratowników medycznych wcześniej nie były dostępne – więc inicjatywa FERS wypełniła tę lukę.



Uzupełniając powyższą analizę należy również odnieść się do wyników wywiadów pogłębionych **przeprowadzonych z beneficjentami projektów**, które również dostarczają dodatkowych pozytywnych wniosków w analizowanym obszarze. Jak wynika z przeprowadzonych wywiadów (i co potwierdza dotychczasowe ustalenia) realizowane projekty oparte były na zdiagnozowanych potrzebach i problemach określonych grup uczestników. Respondenci podkreślali, że interwencje projektowe miały na celu uzupełnienie luk kompetencyjnych obserwowanych w praktyce zawodowej. W przypadku fizjoterapeutów dostrzeżono, że choć mają oni solidne podstawy teoretyczne, istnieje potrzeba rozwinięcia umiejętności praktycznych, niezbędnych w codziennej pracy z pacjentem. Z tego powodu zorganizować szeroko zakrojone szkolenia praktyczne, których celem było wzmocnienie kompetencji stosowanych bezpośrednio w środowisku pracy. W podobny sposób analiza potrzeb wykazała, że pewne zawody (jak fizjoterapeuci, ratownicy medyczni czy pielęgniarki) nie miały dotąd możliwości specjalizowania się mimo rozwoju tych dziedzin. Projekty oferujące nowe szkolenia specjalizacyjne zostały więc stworzone, by zaspokoić oczekiwania co do dalszego rozwoju – potrzeba taka była zgłaszana zarówno przez samych zainteresowanych, jak i zauważana na poziomie systemowym (np. brakowało specjalistów fizjoterapii o wyższych kompetencjach, brak formalnej ścieżki awansu dla ratowników itp.).

W przypadku pielęgniarek i położnych, problemem wyjściowym (zdaniem uczestników wywiadów pogłębionych) była niewystarczająca dostępność szkoleń podyplomowych – stąd projekt zakładający stworzenie tysięcy miejsc szkoleniowych. Już na etapie diagnozy widać było, że wiele pielęgniarek od lat nie miało okazji uczestniczyć w kursach doszkalających, mimo że wiedza medyczna poszła naprzód i pojawiły się nowe procedury wymagające nowych kwalifikacji. Ogromne zainteresowanie tym projektem zaobserwowane po jego starcie (zgłaszanie się wielokrotnie większej liczby chętnych niż miejsc) potwierdziło, jak trafnie rozpoznano potrzebę – wskazuje to, że zaproponowany rodzaj wsparcia w pełni trafił w oczekiwania grupy docelowej.

Respondenci w trakcie wywiadów przywołali też konkretne sytuacje świadczące o dopasowaniu lub niedopasowaniu wsparcia do realnie obserwowanych potrzeb. Na ogół potwierdzano, że zakres tematyczny i forma szkoleń odpowiada oczekiwaniom samych uczestników, ponieważ projekty konstruowano w oparciu o wcześniejsze analizy potrzeb. W przypadku pojawienia się rozbieżności w dopasowaniu wsparcia do realnych potrzeb, miały one charakter dodatkowych postulatów, a nie sygnalizowania zupełnie odmiennych potrzeb. W ramach projektu dotyczącego diagnostyki prenatalnej beneficjent odnotował sygnały od części uczestników wskazujące na potrzebę rozszerzenia komponentu praktycznego, realizowanego w formie zajęć stacjonarnych. W ich ocenie taka forma szkolenia mogłaby skuteczniej wspierać nabywanie umiejętności związanych z bardziej zaawansowanymi procedurami. Uczestnicy tego projektu interesowali się także zagadnieniami pokrewnymi – padł np. postulat włączenia tematyki chorób rzadkich, które są istotne dla opieki prenatalnej, choć pierwotnie nie były głównym tematem szkolenia. Zgłaszane sugestie wskazywały, że uczestnicy mieli szerokie zainteresowania i byli gotowi korzystać z oferowanego wsparcia w sposób wykraczający poza pierwotnie zakładany zakres projektu.

**Potrzeby grupy docelowej zostały dobrze zidentyfikowane na etapie planowania.** W większości przypadków zakres oferowanego wsparcia odpowiadał oczekiwaniom uczestników



- nie odnotowano sygnałów wskazujących na potrzebę zasadniczej zmiany rodzaju realizowanych działań. Zgłaszane uwagi dotyczyły przede wszystkim rozszerzenia już istniejących form wsparcia (np. wydłużenia lub zwiększenia liczby szkoleń, wprowadzenia kolejnych modułów zaawansowania) bądź uzupełnienia oferty o tematy o charakterze bardziej specjalistycznym. Na przykład w szkoleniach z zakresu fizjoterapii pojawił się oddolny postulat, by objąć wsparciem także rosnącą grupę pacjentów z diagnozą rzadkich schorzeń, wymagających specjalistycznej rehabilitacji – wcześniej nie planowano tego w programie. Co ważne, niektóre sytuacje podczas realizacji potwierdziły silne dopasowanie wsparcia, np. kiedy uczestnicy kursów potwierdzali, że od razu wykorzystywali nowo nabyte umiejętności w pracy i dzielili się pozytywnymi efektami (to stanowiło dla organizatorów dowód, że szkolenie celowało dokładnie w realne problemy, z jakimi mierzyli się na co dzień).

Również wnioski ze zogniskowanego wywiadu pogłębionego wskazują, że tematyka i zakres wsparcia przewidziane w Działaniach 01.12 i 01.13 FERS **odpowiadają rzeczywistym potrzebom kształcenia kadr medycznych w Polsce**. Program FERS został skonstruowany bardzo szeroko, co pozwoliło objąć wsparciem wiele grup zawodowych – od lekarzy różnych specjalizacji, poprzez pielęgniarki i położne, ratowników medycznych, fizjoterapeutów, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych, psychologów klinicznych, aż po kadrę zarządzającą podmiotami leczniczymi i inne zawody okołomedyczne. Dzięki temu interwencje mogą być dopasowane do specyficznych braków kompetencyjnych w każdej z tych grup. Jak podkreślali uczestnicy wywiadu pogłębionego, program daje możliwość realizacji zarówno szkoleń ogólniejszych, jak i bardzo wąsko ukierunkowanych, niszowych wręcz kursów tam, gdzie zidentyfikowano taką potrzebę. Ta elastyczność jest zdaniem badanych ogromnym atutem – pozwala bowiem reagować na dynamicznie zmieniające się potrzeby systemu ochrony zdrowia. A ten sektor szybko ewoluuje - rozwój medycyny, nowe metody leczenia, zmiany epidemiologiczne czy demograficzne powodują, że co kilka lat pojawiają się nowe wyzwania wymagające doszkalania personelu. W odróżnieniu od np. systemu edukacji (gdzie programy nauczania są), w ochronie zdrowia ciągle trzeba dostosowywać kompetencje kadr do aktualnej sytuacji. Działania 01.12 i 01.13 FERS starają się za tym nadążyć – wspierają rozwój kompetencji w obszarach uznanych za kluczowe i pilne.

Jak zaznaczano w trakcie jednego z wywiadów pogłębionych, projekty szkoleniowe realizowane w ramach tych działań są ponadto w dużej mierze **spójne z krajowymi dokumentami strategicznymi** dotyczącymi zdrowia oraz z priorytetami interwencji EFS+. Wszystkie propozycje projektowe podlegają weryfikacji pod kątem zgodności ze strategiami – takimi jak MPZ, „Zdrowa Przyszłość” (strategia dla ochrony zdrowia<sup>14</sup>) czy Krajowy Plan Transformacji. IZ czuwa nad tym, by nie finansować inicjatyw oderwanych od tych priorytetów. W praktyce oznacza to, że tematy szkoleń wynikają ze zidentyfikowanych problemów systemu ochrony zdrowia, tj. starzenia się społeczeństwa, niedoborów kadrowych w określonych specjalnościach, potrzeb w zakresie opieki psychiatrycznej, konieczności wdrażania koordynowanej opieki nad pacjentem, cyfryzacji i tym podobnych wyzwań.

---

<sup>14</sup> Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030.

W ramach wywiadów pogłębionych poproszono beneficjentów również o odniesienie się do poszczególnych metod i form wsparcia, które wykorzystali w projektach. Wszyscy respondenci zgodnie podkreślali, że forma szkolenia ma ogromne znaczenie dla jego skuteczności – stąd przywiązywali dużą wagę do doboru odpowiednich metod dydaktycznych. W projektach zastosowano rozmaite formy wsparcia, od tradycyjnych wykładów teoretycznych, przez interaktywne warsztaty i ćwiczenia praktyczne, po e-learning i zdalne formy kształcenia. Ocena tych metod wypada w opinii beneficjentów pozytywnie, choć z pewnymi zastrzeżeniami i obserwacjami co do tego, co sprawdza się najlepiej.

Najbardziej efektywne okazały się w opinii badanych **formy praktyczne i interaktywne**. Respondenci wywiadów pogłębionych podkreślali, że uczestnicy najwięcej wynoszą z nauki przez działanie. We wszystkich projektach, gdzie obok teorii przewidziano część ćwiczeniową (czy to warsztaty, zajęcia praktyczne przy pacjencie, symulacje kliniczne, czy chociażby case study rozwiązywane w grupach), uczestnicy oceniali je bardzo dobrze. Tego rodzaju zajęcia charakteryzują się wyższym poziomem zaangażowania uczestników i umożliwiają bezpośrednie zastosowanie zdobytej wiedzy w praktyce. Przykładowo fizjoterapeuci mieli możliwość ćwiczenia technik rehabilitacyjnych pod nadzorem instruktorów, natomiast kadra zarządzająca uczestniczyła w symulacjach sytuacji kierowniczych w środowisku szpitalnym. W projektach często stosowano też staże lub praktyki – np. personel medyczny uczestniczył w krótkich wizytach studyjnych czy praktykach w wiodących ośrodkach. Te doświadczenia były w opinii badanych szczególnie cenne i powinny być kontynuowane lub nawet rozszerzane w przyszłości.

Metody o charakterze teoretycznym (np. wykłady, prezentacje) były obecne we wszystkich projektach, zwłaszcza tam, gdzie konieczne było przekazanie podstawowych treści dużej grupie uczestników. Zdaniem beneficjentów rozwiązania te były efektywne pod względem organizacyjnym, ponieważ umożliwiały szybkie i ekonomiczne dotarcie z materiałem do szerokiego grona odbiorców. Przykładem mogą być kursy online dla pielęgniarek.

Jednocześnie zwracano uwagę, że metody o niższym poziomie interaktywności nie angażują uczestników w równym stopniu. W związku z tym, tam, gdzie było to możliwe, wzbogacano przekaz teoretyczny o elementy aktywizujące uczestników, takie jak pytania, quizy online czy fora dyskusyjne.

W ocenie realizatorów najmniej efektywne okazały się formy oparte wyłącznie na samodzielnej lekturze materiałów e-learningowych, pozbawione komponentu komunikacji na żywo. W jednym z projektów wskazano również na potrzebę zwiększenia użyteczności i atrakcyjności platformy e-learningowej, m.in. poprzez skrócenie modułów oraz wprowadzenie dodatkowych ćwiczeń. Organizatorzy deklarowali uwzględnienie tych sugestii przy planowaniu przyszłych działań, w tym wprowadzenie materiałów multimedialnych, filmów instruktażowych oraz większej liczby testów cząstkowych.

W trakcie wywiadów pogłębionych beneficjenci wskazali również na pewne wyzwanie związane ze **zróżnicowaniem potrzeb uczestników w zakresie formy wsparcia**. W niektórych projektach grupa docelowa była bowiem dość jednolita zawodowo, ale zróżnicowana np. pod względem wieku czy doświadczenia. W szkoleniach dla kadry medycznej spotkali się młodzi adepci zawodu obok osób z kilkudziesięcioletnim stażem. Ci pierwsi zazwyczaj lepiej radzili

sobie z nowoczesnymi formami jak szkolenia online, czat, praca na e-platformie, dla starszych zaś bardziej naturalne i komfortowe okazały się zajęcia stacjonarne czy możliwość bezpośredniej rozmowy z wykładowcą. Realizatorzy starali się pogodzić te różnice, oferując podejście mieszane. Często stosowanym rozwiązaniem była również forma hybrydowa, podczas której część teoretyczną przekazywano zdalnie (np. w formie nagranych wykładów czy webinarów), co pozwalało uczestnikom uczyć się we własnym tempie, a część praktyczną organizowano stacjonarnie – zapewniając bezpośredni kontakt z instruktorem i sprzętem. Model hybrydowy zebrał dobre opinie, gdyż łączył wygodę nauki zdalnej (ważną np. dla osób z małych miejscowości, które oszczędziły czas na dojazdy) z efektywnością nauki bezpośredniej.

Jeśli chodzi o specyfikę zawodową, część badanych beneficjentów zauważyła, że różne zawody preferują nieco inne style szkolenia ze względu na charakter pracy. Dla przykładu pielęgniarki, które na co dzień pracują zespołowo i praktycznie, wysoko oceniały warsztaty grupowe, podczas których mogły wspólnie przećwiczyć jakiś aspekt. Z kolei kadra managerska szpitali doceniała moduły coachingowe i analizy case study – ważny był dla nich element dyskusji i wymiany doświadczeń z innymi osobami na podobnych stanowiskach. Wreszcie specjaliści kliniczni, w tym lekarze, oczekiwali głównie najnowocześniejszej wiedzy merytorycznej – dla nich kluczowe było zaangażowanie autorytetów i dostęp do aktualnych badań, zaś sama forma (wykład czy seminarium) była kwestią drugorzędą.

Temat form i metod wsparcia poruszony został również w trakcie zogniskowanego wywiadu grupowego. Formy i metody wsparcia edukacyjnego w ramach Działów 01.12 i 01.13 FERS są zdaniem badanych **dostosowane do specyfiki poszczególnych zawodów medycznych i okołomedycznych**. Zróżnicowanie form kształcenia jest konieczne, ponieważ odmienne są potrzeby szkoleniowe lekarzy specjalistów, pielęgniarek czy personelu administracyjnego szpitali. Praktyka pokazuje, że w projektach dobierane są metody kształcenia adekwatne do treści i odbiorców. Jeśli szkolenie ma charakter kursu teoretycznego – prowadzony jest w formie wykładów lub zajęć grupowych. Gdy celem jest nabycie umiejętności praktycznych – dominują warsztaty, ćwiczenia na sprzęcie, symulacje kliniczne czy staże. W przypadku szkoleń specjalizacyjnych (np. dla farmaceutów, fizjoterapeutów czy lekarzy w trakcie specjalizacji), program obejmuje dużą liczbę godzin praktyk – uczestnicy muszą odbyć staże w akredytowanych jednostkach, by pod okiem doświadczonych specjalistów uczyć się zawodu w warunkach rzeczywistej pracy. Projekty te zapewniają więc nie tylko wykłady, ale i organizację miejsc stażowych, co jest kluczowe dla skuteczności kształcenia. Z kolei szkolenia doskonalące, które nie wymagają bezpośredniej pracy z pacjentem, często realizowane są w trybie mieszanym: część teoretyczną przenosi się do e-learningu lub na platformy online, a część praktyczną organizuje stacjonarnie. Taki model hybrydowy okazał się bardzo przydatny – wielu beneficjentów buduje własne portale szkoleniowe, gdzie uczestnicy mogą realizować moduły zdalne w dogodnym czasie. Oczywiście są też szkolenia w pełni stacjonarne tam, gdzie wymaga tego charakter umiejętności (np. kursy specjalistyczne na aparaturze medycznej).

Zdaniem uczestników wywiadu pogłębionego taka elastyczność metod odpowiada na oczekiwania i możliwości różnych grup docelowych. Na przykład pielęgniarki czy ratownicy medyczni często preferują zajęcia praktyczne, podczas których mogą przećwiczyć procedury – projekty im dedykowane to uwzględniają, organizując np. praktyki kliniczne, treningi na fantomach czy symulacje sytuacji ratunkowych. Zawody niemedyczne (np. menedżerowie

podmiotów leczniczych, pracownicy administracyjni) chętnie korzystają ze szkoleń dotyczących zarządzania, finansów czy prawa w ochronie zdrowia – tutaj formuła zdalna jest efektywna i oszczędza czas uczestników, więc projekty często wykorzystują platformy e-learningowe, wykłady wideo czy fora dyskusyjne w sieci. Projekty dla lekarzy specjalistów z kolei muszą uwzględniać, że ci uczestnicy mają ograniczony czas i pracują zmianowo – stąd kursy są planowane modułowo, czasem w weekendy albo w formie zjazdów.

**Dobór grup docelowych** w Działaniach 01.12 i 01.13 FERS również oceniony został w trakcie wywiadu grupowego jako trafny i odpowiadający najważniejszym wyzwaniom demograficznym oraz epidemiologicznym, przed jakimi stoi system ochrony zdrowia. Projekty koncentrują się na kształceniu tych grup zawodowych, które uznano za kluczowe dla poprawy sytuacji, tj. przede wszystkim lekarzy (zwłaszcza w deficytowych specjalizacjach), pielęgniarek i położnych, a także ratowników medycznych – czyli kadr bezpośrednio zaangażowanych w opiekę nad rosnącą i starzejącą się populacją pacjentów. Jednocześnie nie zapomniano o innych ważnych ogniwach - wśród beneficjentów szkoleń są bowiem także diagności laboratoryjni, farmaceuci, fizjoterapeuci, psycholodzy kliniczni, opiekunowie medyczni oraz personel pomocniczy. Co istotne, wsparciem objęto również kadrę zarządczą placówek medycznych i administrację ochrony zdrowia dostrzegając, że poprawa kompetencji menedżerskich i organizacyjnych przekłada się pośrednio na lepsze funkcjonowanie całego systemu. Taki przekrój grup docelowych wskazuje, że program stara się działać kompleksowo, tzn. od doskonalenia umiejętności klinicznych na „pierwszej linii”, po podniesienie jakości zarządzania w służbie zdrowia.

Jak zaznaczano, **wyzwania demograficzne, takie jak starzenie się społeczeństwa, zostały wprost przełożone na priorytety szkoleniowe.** Widać to na przykładzie kształcenia w dziedzinie geriatry czy medycyny rodzinnej – to zawody kluczowe dla opieki nad osobami starszymi i przewlekle chorymi, których liczba stale rośnie. Równolegle reagowano na wyzwania epidemiologiczne i społeczne - rosnąca liczba problemów psychicznych (zwłaszcza wśród młodzieży) zaowocowała projektami dokształcania psychiatrów dziecięcych, psychologów i terapeutów. Pandemia COVID-19 uwidoczniła potrzebę dysponowania elastycznymi kadrami przygotowanymi do reagowania na sytuacje kryzysowe – stąd pojawiły się szkolenia z zakresu zdrowia publicznego, kontroli zakażeń, intensywnej terapii czy medycyny paliatywnej (wsparcie kadr dla opieki długoterminowej i paliatywnej, mocno obciążonych w pandemii). Na tym etapie nie wskazano żadnej dużej grupy zawodowej, która pozostałaby pominęta. Wręcz przeciwnie, lista wspieranych beneficjentów jest bardzo szeroka i zdaniem uczestników wywiadu odpowiada obecnym potrzebom systemu.

Jeżeli chodzi o zasięg terytorialny i ewentualne „białe plamy” regionalne – Działania 01.12 i 01.13 FERS mają charakter ogólnopolski, a więc z definicji dostępne są dla uczestników ze wszystkich województw. Jak podkreślali uczestnicy wywiadu grupowego, projekty starają się rekrutować beneficjentów z całego kraju, nierzadko we współpracy z wojewódzkimi podmiotami (np. oddziałami towarzystw naukowych, samorządami zawodów) po to, by dotrzeć do zainteresowanych w każdym regionie. Dodatkowo, w programach regionalnych (zarządzanych przez urzędy marszałkowskie w ramach funduszy unijnych w ramach programów regionalnych) również uwzględnione są komponenty związane z kształceniem kadr medycznych. Zanim zostały uruchomione, Ministerstwo Zdrowia (jako organ wiodący w

polityce zdrowotnej) opiniowało ich założenia, tak aby zachować spójność z działaniami krajowymi. W praktyce oznaczało to, że regiony mogły realizować projekty odpowiadające na ich specyficzne potrzeby, natomiast IP i IZ monitorowały, aby działania nie powielaly się oraz aby żaden obszar wsparcia nie został pominięty. Ministerstwo Zdrowia deklarowało przy tym, że uważnie analizuje pokrycie potrzeb – cyklicznie przegląda postępy projektów i jeśli zostają wolne środki w alokacji, weryfikuje w swoich departamentach merytorycznych oraz jednostkach podległych występowanie nowych propozycji projektów, dzięki czemu na bieżąco identyfikowane są ewentualne braki.

Nie stwierdzono tym samym, by jakieś regiony kraju były niedostatecznie objęte wsparciem – charakter ogólnopolski działań zakłada równy dostęp do interwencji. Jeśli nawet zdarzają się projekty silniej koncentrujące uczestników w pewnym województwie (np. tam, gdzie jest siedziba wnioskodawcy lub ośrodki szkoleniowe), inne projekty równoważą to, działając bardziej mobilnie lub zdalnie. W sumie cała pula przewidziana na sektor zdrowia ma zostać wykorzystana w maksymalnie efektywny sposób dla całego kraju. Warto natomiast wspomnieć o pewnym ograniczeniu dostępu, które ujawniło się już w trakcie wdrażania interwencji - część projektów szkoleniowych adresowanych jest bowiem wyłącznie do osób zatrudnionych w publicznym systemie ochrony zdrowia. Oznacza to, że np. pielęgniarka czy lekarz pracujący w prywatnej placówce (lub na własną rękę) formalnie nie może skorzystać z bezpłatnego szkolenia, chyba że przejdzie na etat do publicznego podmiotu. Przyczyną takiego zawężenia nie jest arbitralna decyzja IP, tylko kwestia pomocy publicznej – gdyby dofinansowywać szkolenia pracowników podmiotów prywatnych, należałoby zastosować reżim pomocy de minimis lub notyfikować pomoc publiczną, co znacząco utrudnia i wydłuża procedury. Aby ułatwić sobie realizację, beneficjenci często ograniczają rekrutację do sektora publicznego, gdzie nie ma potrzeby przeprowadzania skomplikowanych analiz. W praktyce prowadzi to do efektu ubocznego, ponieważ niektóre zainteresowane osoby z sektora niepublicznego poczuły się wykluczone z udziału. IP podkreślało jednak, że nie jest intencją programu dyskryminacja kogokolwiek, a jedynie racjonalne zarządzanie ogromnymi potrzebami – na pierwszym miejscu wspierani są pracownicy publicznej ochrony zdrowia, bo tam braki kadrowe najbardziej dotyczą dostępności świadczeń.

Co do **sposobów dotarcia do grup docelowych**, uczestnicy wywiadu grupowego zaznaczali, że kluczową rolę odgrywają same podmioty realizujące projekty. Ponieważ wiele projektów jest niekonkurencyjnych i realizowanych przez instytucje branżowe, mają one swoje sieci kontaktów i kanały komunikacji z potencjalnymi uczestnikami. Rekrutacja odbywa się poprzez ogłoszenia kierowane do szpitali, przychodni, samorządów zawodowych, a także coraz częściej w mediach społecznościowych skupiających społeczność medyczną. Zainteresowanie szkoleniami jest spore – w niektórych obszarach wręcz przekracza dostępne miejsca, co świadczy o dobrze dobranym katalogu szkoleń i metod promocji. Oczywiście wyzwaniem bywa zaangażowanie osób o bardzo dużym obciążeniu obowiązkami zawodowymi (np. lekarzy specjalistów) – wtedy projekty starają się być elastyczne, proponować dogodne terminy zajęć, a nawet zachęty finansowe (zwrot kosztów dojazdu, diety itp.). Generalnie jednak problemem nie jest brak chętnych, lecz raczej organizacyjne dopasowanie terminów i form tak, by mogli wziąć w nich udział.



Do kwestii trafności interwencji odnieśli się również uczestnicy panelu ekspertów. Także i w tym przypadku interwencje realizowane w ramach programu FERS zostały ocenione przez ekspertów jako w dużej mierze **adekwatne do potrzeb systemu ochrony zdrowia**. Zwracano uwagę, że zakres tematyczny szkoleń był bardzo szeroki i obejmował wiele deficytowych specjalizacji lekarskich, a także kształcenie przedstawicieli innych zawodów medycznych. Dzięki temu wsparcie objęło kluczowe obszary odpowiadające na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju – na przykład onkologię, geriatricę czy medycynę rodzinną wśród lekarzy, a także liczne zawody niemedyczne (technicy farmaceutyczni, opiekunowie medyczni, higienistki stomatologiczne i inne) w ramach rozwoju kompetencji kadr niemedycznych. Eksperci zauważyli, że takie szerokie podejście sprzyja holistycznemu modelowi opieki propagowanemu również na forum Unii Europejskiej, w którym ważne jest angażowanie różnych profesjonalistów w celu zapewnienia kompleksowej opieki pacjentom na poziomie lokalnych społeczności. Program FERS został pochwalony przez ekspertów za dopasowanie do głównego nurtu unijnych trendów – wspierając deinstytucjonalizację opieki i wzmacniając kompetencje także poza tradycyjnymi grupami medycznymi, co przyczynia się do obniżania kosztów systemowych i poprawy dostępności świadczeń.

W trakcie panelu podkreślali również, że ich zdaniem tematyka szkoleń odpowiadała w znacznej mierze na zapotrzebowanie zgłaszane oddolnie przez środowisko medyczne. Przedstawicielki zawodu pielęgniarstwa (będące jednocześnie przedstawicielkami jednego z beneficjentów obecnie analizowanej interwencji) zaznaczyły, że obecny zestaw kursów jest wynikiem analiz i ankiet z poprzedniej edycji projektu, w których pielęgniarki wskazywały, jakie kompetencje chciałyby zdobyć. W efekcie do oferty włączono m.in. szkolenia z umiejętności miękkich (komunikacja, radzenie sobie ze stresem), które początkowo były przez uczestników niedoceniane, później cieszyły się ogromnym zainteresowaniem. Świadczy to o tym, że interwencja trafiała w rzeczywiste, choć nie zawsze uświadomione wcześniej potrzeby – kompetencje psychospołeczne okazały się niezbędnym uzupełnieniem wiedzy klinicznej pracowników ochrony zdrowia.

---

*- Kursy, które w tej chwili mamy, są reperkusją wszystkich oczekiwań z poprzedniego projektu, gdzie pielęgniarki wypełniały ankiety i wskazywały, co by jeszcze oczekiwały, jeżeli będą [na to] środki. [Czyli] co by chciały jeszcze w ramach projektu, jakie kompetencje osiąść, w jakich kursach uczestniczyć. My oczywiście też położyliśmy duży nacisk na kompetencje miękkie. Mieliśmy faktycznie poważny problem w poprzednim projekcie z rozpoczęciem tych szkoleń, ponieważ każdy z nas uważa, że skoro pracuje w ochronie zdrowia, to jest niemożliwe, żebyśmy nie potrafili się porozumiewać. I w momencie kiedy poszły [uczestniczki] na pierwsze kursy i to bardzo szerokim echem się odbiło, że to są świetne szkolenia i później biły rekordy popularności, więc widzę, że te efekty miękkie są potrzebne.*

Źródło: Panel ekspertów

---

Innym przykładem szybkiego reagowania na potrzeby było włączenie szkoleń z zakresu psychiatrii i wsparcia osób doświadczających traumy (PTSD) w projektach skierowanych do lekarzy w następstwie wybuchu wojny w Ukrainie – eksperci wskazali, że lekarze

sygnalizowali pilną potrzebę pogłębienia wiedzy w tej dziedzinie ze względu na nowych pacjentów z doświadczeniem wojennym, co program zdołał uzupełnić.

Pomimo generalnie pozytywnej oceny trafności tematycznej, paneliści zasygnalizowali także pewne obszary wymagające rozszerzenia. Eksperci reprezentujący uczelnie medyczne wskazywali również na możliwość objęcia wsparciem dodatkowych obszarów, takich jak ortopedia czy wybrane zagadnienia ginekologii i położnictwa, które mogą zyskiwać na znaczeniu, m.in. w związku ze wzrostem liczby ofiar konfliktów zbrojnych oraz rosnącymi potrzebami opieki nad starzejącą się populacją. Przedstawiciele kadry zarządzającej i środowiska ekonomicznego akcentowali z kolei brak szkoleń uczących pracy w zespołach interdyscyplinarnych. Podkreślono, że w Polsce nadal brakuje kształcenia łączącego różne profesje medyczne – lekarze, pielęgniarki, ratownicy czy fizjoterapeuci szkolą się osobno, po czym muszą współpracować, nie znając wzajemnie swoich kompetencji. W ocenie ekspertów jest to istotna luka, którą przyszłe interwencje powinny wypełnić poprzez kursy integrujące różne zawody i budujące kulturę współpracy zespołowej. Zgłoszono również postulat włączenia nowatorskich dziedzin, jak np. medycyna pola walki (traumatologia konfliktów zbrojnych) czy zastosowania sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia – obszarów, które dotychczas nie były elementem kształcenia przeddyplomowego czy standardowych szkoleń, a w obliczu nowych wyzwań (konflikty, cyfryzacja medycyny) zyskują na znaczeniu.

W dyskusji pojawiły się głosy, podnoszące wątpliwości do tego, czy zakres szkoleń nie dubluje podstaw programów studiów medycznych. Niektórzy eksperci wyrazili wątpliwość, czy właściwe jest wydatkowanie funduszy europejskich na kursy obejmujące treści, które teoretycznie powinny być opanowane na etapie kształcenia przeddyplomowego.

Argumentowano, że część programów szkoleń jest bardzo podstawowa, co rodzi pytanie o zasadność finansowania powtarzanych treści ze środków publicznych. Większość panelistów odpierała jednak tę wątpliwość, wskazując na dynamiczny rozwój nauk medycznych oraz zróżnicowaną jakość kształcenia podstawowego. Zwrócono uwagę, że tempo przyrostu nowej wiedzy medycznej jest bardzo wysokie. Przykładowo specjalistyczne dziedziny, takie jak genetyka, rozwinęły się w ostatnich dekadach na tyle dynamicznie, że absolwenci sprzed 20 lat nie mieli możliwości zapoznania się z nimi w trakcie studiów. Ponadto wskazywano, że rozbudowane programy kształcenia sprawiają, iż w praktyce nie wszyscy absolwenci nabywają podczas studiów wszystkie umiejętności przewidziane w programie. Dlatego eksperci-praktycy argumentowali, że szkolenia podyplomowe oferowane w ramach FERS uzupełniają realne kompetencje, przydatne w pracy zawodowej. Uczestnicy dyskusji zgodnie zaznaczyli, że personel medyczny musi nieustannie aktualizować swoją wiedzę, ponieważ medycyna ciągle się rozwija.

## Podsumowanie

Biorąc pod uwagę analizowane pytanie badawcze<sup>15</sup>, ocenić należy, że rodzaj, zakres i sposób udzielania wsparcia w Działaniach 01.12 i 01.13 FERS generalnie odpowiada potrzebom grup

---

<sup>15</sup> Czy rodzaj, zakres i sposób udzielania wsparcia w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS odpowiada na potrzeby jego grup docelowych? Co można poprawić w realizacji projektów, aby w większym stopniu spełniały oczekiwania uczestników projektów?



docelowych tych projektów. Oferta obejmuje różnorodne formy kształcenia (kursy teoretyczne, warsztaty praktyczne, szkolenia online, staże itp.) dostosowane do specyfiki poszczególnych zawodów, co znalazło odzwierciedlenie w bardzo dużym zainteresowaniu udziałem w nich.

Ponad 93% ankietowanych uczestników oceniło, że szkolenia były adekwatne do ich potrzeb zawodowych. Uczestnicy zdobywają oczekiwane kwalifikacje i umiejętności, a frekwencja oraz zaangażowanie na zajęciach są wysokie, co wskazuje, że tematyka i formy wsparcia trafiają w zapotrzebowanie odbiorców. Realizatorzy projektów już reagują na opinie uczestników – np. dostosowując harmonogramy szkoleń do możliwości czasowych pracowników ochrony zdrowia czy dzieląc dłuższe kursy na mniejsze moduły – co wskazuje na gotowość do wprowadzania zmian podnoszących jakość i użyteczność wsparcia.

## **6.2. Skuteczność realizacji projektów wraz z oceną systemu wdrażania**

### **6.2.1. Ocena systemu wdrażania w kontekście umożliwienia skutecznej realizacji projektów<sup>16</sup>**

Działanie 01.12 FERS skoncentrowane jest na kształceniu podyplomowym kadr medycznych, w szczególności lekarzy, pielęgniarek i położnych. Celem jest poprawa jakości świadczeń zdrowotnych poprzez rozwój kompetencji, szczególnie w dziedzinach istotnych z punktu widzenia epidemiologiczno-demograficznego i zwiększenie dostępności oraz standaryzacja kształcenia podyplomowego<sup>17</sup>.

Działanie 01.13 FERS również koncentruje się na podnoszeniu kwalifikacji, ale ma szersze zastosowanie. Obejmuje projekty szkoleniowe, stażowe, praktyczne, a także działania wspierające adaptacje systemu edukacji zawodowej do potrzeb ochrony zdrowia. Skierowane jest do przedstawicieli innych zawodów związanych z ochroną zdrowia, w tym kadr organizacyjnych, administracyjnych i zarządzających systemem ochrony zdrowia<sup>18</sup>.

Oba działania mają wspólną logikę interwencji i wdrażane są w ramach Priorytetu I FERS – „Umiejętności”, z naciskiem na rozwój kompetencji wynikających ze zmian społeczno-demograficznych, czyli, np. rozwój kompetencji cyfrowych i analitycznych oraz wsparcie węższych umiejętności medycznych i pozamedycznych w celu zwiększenia dostępu do świadczeń deficytowych<sup>19</sup>.

---

<sup>16</sup> W ramach rozdziału udzielono odpowiedzi na następujące pytanie badawcze:

- Czy system wdrażania określony dla Działania 01.12 oraz 01.13 FERS był zaplanowany w taki sposób, aby zapewnić jak najbardziej skuteczną realizację projektów?

<sup>17</sup> Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego, Wersja SZOP.FERS.007, s. 55-63.

<sup>18</sup> Ibidem.

<sup>19</sup> Ibidem.

Instytucją Zarządzającą (IZ) jest minister właściwy ds. funduszy i polityki regionalnej, Instytucją Pośredniczącą (IP) Ministerstwo Zdrowia (MZ), a za realizację zadań w przedmiotowych działaniach odpowiada Departament Oceny Inwestycji (DOI) w MZ.

Nabory ogłaszane są zgodnie z Rocznym Planem Działania (RPD) oraz Szczegółowym Opiszem Priorytetów FERS (SZOP). Dokumentacja naboru obejmuje: regulamin wyboru projektów, instrukcje wypełnienia wniosku, kryteria oceny oraz wzory załączników i umów. Ocena zgodności dokumentacji z wytycznymi FERS wskazuje, że procedury są transparentne i powtarzalne<sup>20</sup>.

Regulaminy naborów oraz Zasady wyboru projektów w ramach Programu FERS 2021-2027 określają, że oceniający nabory konkurencyjne składają deklaracje poufności oraz oświadczenie o bezstronności wg wzorów załączonych do ww. zasad i wybierani są losowo przez przewodniczącego Komisji Oceny Projektów. W przypadku naboru niekonkurencyjnego oceniający są dobierani<sup>21</sup>.

Proces wyboru projektów konkurencyjnych realizowanych w ramach FERS odbywa się zgodnie z *Zasadami wyboru projektów w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027* oraz Regulaminem wyboru projektów obowiązującym w danym naborze. W pierwszej kolejności wniosek podlega weryfikacji w zakresie spełnienia kryteriów dostępu oraz innych kryteriów ocenianych w formule „spełnia/nie spełnia”. Na tym etapie sprawdza się m.in. kompletność dokumentacji, kwalifikowalność wnioskodawcy oraz spełnienie warunków niezbędnych do dopuszczenia projektu do dalszej oceny.

Wnioski, które spełniły kryteria dostępu, kierowane są do oceny merytorycznej. Obejmuje ona ocenę kryteriów merytorycznych oraz – jeśli zostały przewidziane w danym konkursie – kryteriów premiujących. Kryteria merytoryczne oceniane są przez ekspertów zgodnie z zasadami określonymi w dokumentacji konkursowej, a każdy ekspert dokonuje oceny niezależnie. Sposób ustalania oceny końcowej (np. poprzez średnią arytmetyczną ocen ekspertów lub inny mechanizm) określa Regulamin wyboru projektów właściwy dla danego naboru.

W przypadku naborów, w których dokumentacja przewiduje możliwość poprawy lub uzupełnienia wniosku, wnioskodawca może zostać wezwany do złożenia wyjaśnień lub dokonania korekt – zgodnie z zasadami opisanymi w Regulaminie. Ostateczny wybór projektów do dofinansowania następuje po zakończeniu wszystkich etapów oceny i zatwierdzeniu listy projektów rekomendowanych<sup>22</sup>.

Procedura zapewnia spójność metodologiczną i minimalizuje ryzyko uznaniowości, choć ograniczeniem potencjalnie może okazać się niedostateczne uzasadnienie punktacji przez ekspertów.

---

<sup>20</sup> Zasady wyboru projektów w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027.

<sup>21</sup> Ibidem.

<sup>22</sup> Zasady wyboru projektów w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027.

Umowa o dofinansowanie zawierana pomiędzy Instytucją Pośredniczącą a beneficjentem precyzuje pełny zakres praw i obowiązków stron wynikających z realizacji projektu w ramach Funduszy Europejskich dla Rozwoju Społecznego. Określa ona zasady realizacji zadań projektowych, monitorowania postępu rzeczowego i finansowego, osiągania wskaźników produktu i rezultatu oraz prowadzenia sprawozdawczości zgodnie z wymaganiami programu. Beneficjent zobowiązuje się do przestrzegania zasad kwalifikowalności wydatków, stosowania procedur udzielania zamówień, właściwego dokumentowania i archiwizowania czynności związanych z projektem oraz realizacji obowiązków informacyjnych i promocyjnych.

Umowa reguluje zasady finansowania, w tym warunki przekazywania środków w formie zaliczek oraz – w uzasadnionych przypadkach – refundacji poniesionych wydatków. Rozliczenie transz może być powiązane z osiągnięciem określonych kamieni milowych lub zatwierdzeniem wniosków o płatność. Dokument określa również zasady kontroli i audytu, w tym możliwość przeprowadzania kontroli na miejscu, procedury weryfikacji wydatków, a także zasady odzyskiwania środków w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości lub naruszenia warunków umowy.

W przypadku projektów realizowanych w partnerstwie umowa zawiera także regulacje dotyczące podziału zadań i odpowiedzialności między partnerami oraz zasad reprezentacji projektu. Wszystkie powyższe zapisy są spójne z obowiązującymi Wytycznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków na lata 2021–2027 oraz dokumentami programowymi stosowanymi w ramach FERS<sup>23</sup>.

Beneficjent podpisuje w umowie o dofinansowanie, że zobowiązuje się poddać kontroli dokonywanej przez IP oraz inne uprawnione podmioty w zakresie prawidłowości realizacji Projektu. Kontrola obejmuje weryfikację dokumentacji finansowej w celu stwierdzenia kwalifikowalności wydatków oraz kontrole tematyczne realizacji<sup>24</sup>.

Projekt jest poddany również monitoringowi. Zasady monitorowania postępu rzeczowego w projektach współfinansowanych z EFS+ zostały opisane w rozdziale trzecim Wytycznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027<sup>25</sup>. Monitorowane są wskaźniki produktu oraz rezultatu, które aktualizowane są w cyklicznych raportach przekazywanych przez beneficjentów do IP.

Na podstawie analizy dokumentów programowych, regulaminów, Wytycznych, Zasad i RPD oraz Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 (Dz.U. 2022 poz. 1079) sporządzono wstępną ocenę skuteczności i ryzyka systemu wdrażania.

---

<sup>23</sup> Opracowane na podstawie wzoru umowy z <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/nabory/fers0113-umiejtnosci-w-sektorze-zdrowia/> [dostęp na 07.10.2025 r.].

<sup>24</sup> Opracowane na podstawie wzoru umowy z <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/nabory/fers0113-umiejtnosci-w-sektorze-zdrowia/> [dostęp na 07.10.2025 r.].

<sup>25</sup> Wytyczne dotyczące monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027 <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/fundusze-na-lata-2021-2027/prawo-i-dokumenty/wytyczne/wytyczne-dotyczace-monitorowania-postepu-rzeczowego-realizacji-programow-na-lata-2021-2027/> [dostęp na 09.10.2025 r.].

**Tabela 3. Ocena skuteczności i ryzyka systemu wdrażania Działania 01.12 i 01.13 FERS**

| Obszar                       | Ocena<br>ewaluatora w<br>skali 1-5 | Uwagi / ryzyka                                                                                                                            |
|------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Transparentność naborów      | 5                                  | Kompletna dokumentacja, jednoznaczne terminy                                                                                              |
| Spójność kryteriów           | 5                                  | Kryteria oparte na celach SZOP                                                                                                            |
| Skuteczność oceny            | 4                                  | Metodologicznie dobra, ale różni eksperci prezentują różną jakość uzasadnień                                                              |
| Monitoring i sprawozdawczość | 5                                  | Zakres wskaźników odpowiedni względem zakresu podjętych działań, w tym umożliwiające odpowiednie monitorowanie postępu i efektów wsparcia |
| Trwałość rezultatów          | 3                                  | Zależna od projektu. Brak jednolitych wytycznych.                                                                                         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie: MFIPR, Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego, Wersja SZOP.FERS.010; Wzoru umowy z <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/nabory/fers0113-umiejtnosci-w-sektorze-zdrowia/> [dostęp na 07.10.2025 r.]; Zasady wyboru projektów w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027; Regulamin Wyboru Projektów W Ramach Konkurencyjnego Sposobu Naboru Nr FERS.01.13-IP.07-008/25, 24 czerwca 2025 r., Warszawa; Roczny Plan Działania <https://www.rozwojspolcny.gov.pl/strony/dowiedz-sie-wiecej-o-programie/nabory/roczne-plany-dzialania/> [dostęp na 07.10.2025 r.]; MFIPR, Wytyczne dotyczące monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027, Warszawa.

W związku z tym, że Działania 01.12 i 01.13 FERS są w znacznej mierze **kontynuacją logiki i rozwinięciem rozwiązań Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER)** zawarto również porównanie do niego. W obu programach zachowany został centralizowany model wdrażania z silną rolą IP oraz Komisji Oceny Projektów (KOP), działających w oparciu o jasno określone kryteria formalne i merytoryczne<sup>26</sup>. Instytucją Zarządzającą w obu przypadkach jest Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej<sup>27</sup>.

Na poziomie skuteczności wdrażania pozytywnie należy ocenić:

- Utrzymanie jednolitego systemu oceny wniosków z zastosowaniem kryteriów 0-1 i punktowych, co ogranicza subiektywność decyzji;
- Zespolenie wskaźników produktu i rezultatu z celami szczegółowymi FERS, co ułatwia monitoring postępu rzeczowego i finansowego;
- Wykorzystanie doświadczeń z PO WER w zakresie cyfrowego obiegu dokumentacji i komunikacji z beneficjentem, co zwiększa efektywność procesu wdrażania.

<sup>26</sup> <https://www.power.gov.pl/strony/o-programie/zasady/> [dostęp na 09.10.2025 r.].

<sup>27</sup> <https://www.power.gov.pl/strony/o-programie/instytucje/instytucje-1/> [09.10.2025 r.].

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że część ryzyka zidentyfikowanego w PO WER wciąż może występować w Działaniach 01.12 oraz 01.13 FERS, w szczególności:

- Ryzyko opóźnień w ocenie projektów wynikające z dużego obciążenia KOP oraz konieczności uzupełniania dokumentacji przez wnioskodawców;
- Ryzyko nadmiernego formalizmu w ocenie i raportowaniu, który może ograniczać innowacyjność projektów;
- Ryzyko trudności w pomiarze rezultatów długoterminowych, zwłaszcza w projektach o charakterze szkoleniowym;
- Ujęcie wielu zawodów w ramach jednej grupy „innych zawodów związanych z ochroną zdrowia” prowadzące do ich marginalizacji w kontekście oferowanego wsparcia<sup>28</sup>.

W porównaniu z PO WER pozytywnie należy ocenić:

- Utrzymanie dotychczasowych procedur;
- Lepsze powiązanie z interwencji z celami EFS+ (np. zielona i cyfrowa transformacja).

W ewaluacji Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój wskazano, na podstawie wypowiedzi beneficjentów, że jednym z czynników ograniczających trwałość efektów był brak możliwości kontynuowania wsparcia w kolejnych latach<sup>29</sup>. Część z projektów FERS 2021-2027 zdaje się być więc rozwiązaniem tego problemu.

W kontekście skuteczności wdrażania kluczowe znaczenie ma również odniesienie celów Działań 01.12 i 01.13 FERS do rzeczywistych potrzeb społeczno-gospodarczych, w szczególności w obszarze zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia. Oba działania zostały zaprojektowane jako odpowiedź na zidentyfikowane luki kompetencyjne oraz niedobory personelu medycznego w wybranych specjalizacjach. Dane krajowe i europejskie potwierdzają skalę tych wyzwań. Według Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) średni wiek lekarza w Polsce w 2024 roku wynosił 49 lat, położnej – 48,6 lat, a pielęgniarki – aż 50,8 lat. Spośród analizowanych zawodów medycznych najniższy średni wiek odnotowano wśród fizjoterapeutów (38,7 lat), natomiast najwyższy – wśród pielęgniarek. Jednocześnie aż 25% pracujących lekarzy znajdowało się w wieku emerytalnym, co wskazuje na istotne ryzyko dalszego pogłębiania się deficytów kadrowych<sup>30</sup>. Na tle Unii Europejskiej niedostatki te są szczególnie widoczne. Polska dysponuje mniejszą liczbą lekarzy i pielęgniarek w przeliczeniu na mieszkańca niż większość krajów UE. W 2023 roku wskaźnik liczby lekarzy z prawem wykonywania zawodu wynosił 3,4 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców wobec średniej unijnej 4,1. Według danych GUS wartość ta była wyższa i wynosiła 4,3, natomiast według MPZ wskaźnik lekarzy pracujących kształtował się na poziomie 3,8 na 1000 mieszkańców. Wskaźnik dla pielęgniarek również należy do najniższych w UE – według danych Eurostatu w 2023 roku wynosił 5,7 na 1000 mieszkańców, przy średniej unijnej 8,5. Dane krajowe prezentują nieco wyższe wartości: według GUS wskaźnik ten wynosił 7,1, a według MPZ – 6,1

---

<sup>28</sup> EU-CONSULT sp. z o.o. (2021), *Ewaluacja ex post realizacji celów szczegółowych V Osi Priorytetowej PO WER*, Gdańsk.

<sup>29</sup> Ibidem.

<sup>30</sup> <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/> [dostęp na 09.10.2025 r.].



na 1000 mieszkańców. Niedobory kadrowe są szczególnie odczuwalne w regionach wiejskich i peryferyjnych, gdzie dostęp do personelu medycznego pozostaje ograniczony<sup>31</sup>.

Różnica pomiędzy danymi Eurostatu, GUS i MPZ wynika m.in. z odmiennych metodologii. GUS oblicza wskaźniki na podstawie liczby ludności określonej według bilansu opracowanego w oparciu o wyniki Narodowego Spisu Powszechnego 2021 (NSP 2021), który budził pewne kontrowersje interpretacyjne. Dodatkowo w przypadku danych dotyczących pielęgniarek, GUS, ujmuje łącznie pielęgniarki i położne, podczas gdy Eurostat rozdziela te grupy zawodowe. MPZ stosują podejście zbliżone do metodologii Eurostatu, przedstawiając odrębne wskaźniki – 6,1 dla pielęgniarek i 8,2 dla położnych – co plasuje wyniki Polski pomiędzy wartościami raportowanymi przez GUS, a danymi europejskimi.

W raporcie NIK z 2023 roku dotyczącego zasobów kadry medycznej wskazano, że brak spójnych i aktualnych danych o liczbie oraz strukturze zatrudnienia personelu medycznego utrudnia prowadzenie skutecznej polityki kadrowej w ochronie zdrowia. Ograniczona dostępność rzetelnych informacji mogła być jednym z czynników, które uzasadniały potrzebę wprowadzenia interwencji ukierunkowanych na poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia, w tym podnoszenie kompetencji kadry zarządzającej, organizacyjnej i administracyjnej (m.in. kompetencje analityczne)<sup>32</sup>.

W tym kontekście interwencje realizowane w ramach omawianych Działań mają na celu długofalowe wzmacnianie potencjału systemu ochrony zdrowia poprzez inwestycje w kształcenie oraz rozwój kompetencji medycznych, w tym kompetencji cyfrowych, odpowiadając na aktualne i przyszłe potrzeby społeczeństwa. Wskaźniki kadrowe potwierdzają więc zasadność interwencji ukierunkowanej na podnoszenie kwalifikacji kadr medycznych w ramach Działania 01.12 i 01.13 FERS.

Aspekt ten poddany został również ocenie w ramach badania ankietowego przeprowadzonego wśród aktualnych beneficjentów FERS. Większość badanych (76,4%, tj. 13 osób) **pozytywnie odniosła się do sposobu zaplanowania systemu wdrażania** w kontekście zapewnienia skutecznej realizacji projektów. Na odpowiedzi negatywne przypadło 17,6% wskazań (3 odpowiedzi), które to uzasadniono przede wszystkim trudnościami związanymi z nadmiernie złożonym procesem przygotowania i realizacji projektu. Beneficjent wskazał, że duża liczba dokumentów określających zasady opracowywania projektu nie ułatwiała pracy, a wręcz utrudniała przygotowanie wniosku, wymagając analizy wielu rozproszonych materiałów i generując dodatkowe obciążenia administracyjne (wydłużając przy tym czas wymagany na jego opracowanie). Dodatkowo system wdrażania w ramach działania FERS nie w pełni uwzględnia specyfikę niektórych beneficjentów, takich jak Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. W przypadku projektów, w których uczestnikami są członkowie personelu latającego – piloci, ratownicy medyczni czy członkowie załóg HEMS – obowiązują szczególne wymogi zdrowotne

---

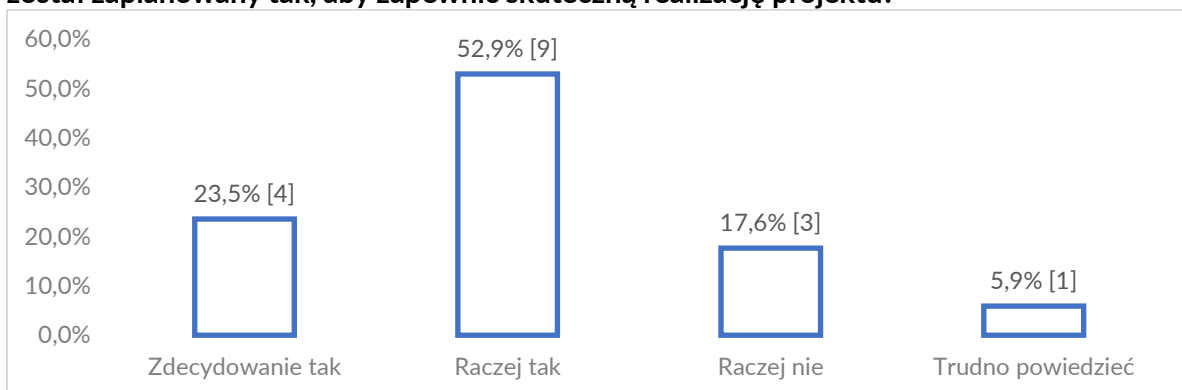
<sup>31</sup> OECD (2023), *State of Health in the EU Poland Country Health Profile*, s. 10.; GUS, *Bank Danych Lokalnych*, <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/temat> [dostęp na 09.10.2025 r.]; <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/> [dostęp na 09.10.2025 r.].

<sup>32</sup> Departament Zdrowia, Najwyższa Izba Kontroli (2023), *Informacja o wynikach kontroli Zasoby kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia*, Warszawa.



wynikające z przepisów lotniczych, które uniemożliwiają wykonywanie obowiązków przez osoby z niepełnosprawnościami. Mimo to beneficjent jest zobowiązany do opracowywania mechanizmów zapewnienia dostępności dla osób z niepełnosprawnościami, co w tym kontekście ma charakter czysto formalny i nie przekłada się na rzeczywiste potrzeby grupy docelowej.

**Wykres 7. Czy Pani/Pana zdaniem system wdrażania (tj. zasady i procedury wyboru oraz realizacji projektów) w ramach danego działania FERS, z którego dofinansowany jest projekt, został zaplanowany tak, aby zapewnić skuteczną realizację projektu?**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z beneficjentami (n=17)

W celu uzupełnienia powyższej kwestii ankietowani beneficjenci (którzy udzielili pozytywnej oceny w poprzednim pytaniu) mieli za zadanie wskazać elementy systemu wdrażania, które w ich opinii w największym **stopniu sprzyjały realizacji projektu**. Najczęściej wskazywanym elementem sprzyjającym realizacji projektu była **sprawną komunikacją z Instytucją Pośredniczącą** – ten aspekt uzyskał aż 76,9% (tj. 10) wskazań, co potwierdza, że bieżący kontakt i szybka reakcja ze strony instytucji miały kluczowe znaczenie dla efektywnej realizacji działań. Na drugim miejscu znalazły się **jasne i przejrzyste kryteria wyboru projektów** (46,2%, tj. 6 wskazań), które ułatwiały przygotowanie wniosku oraz zwiększały poczucie przejrzystości i przewidywalności procesu oceny. Kolejnymi czynnikami wspierającymi wdrażanie projektów były **wsparcie informacyjne, terminowe przekazywanie środków finansowych oraz elastyczność w zakresie wprowadzania zmian w projekcie** – każdy z tych elementów uzyskał po 30,8% wskazań (były więc wskazywane przez 4 osoby). Mniejszy, choć wciąż istotny odsetek respondentów (23,1%, tj. 3 osoby) zwrócił uwagę na przejrzyste zasady kwalifikowalności wydatków, natomiast szybki i sprawny proces oceny wniosków został wskazany przez 15,4% (tj. 2) badanych. Wyniki te pokazują więc, że beneficjenci szczególnie doceniają sprawną komunikację oraz jasność zasad i procedur, które w największym stopniu przekładają się na skuteczność realizacji projektów.

## Wykres 8. Które elementy systemu wdrażania w największym stopniu sprzyjały realizacji projektu?



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z beneficjentami (n=13)

Warto również zwrócić uwagę na perspektywę samych uczestników wsparcia, która dobrze wybrzmiewa w wynikach indywidualnych wywiadów pogłębionych przeprowadzonych na potrzeby badania case study. **Doświadczenia związane z przebiegiem szkoleń były wśród uczestników na ogół pozytywne**, choć różniły się w zależności od formy zajęć. Uczestnicy korzystali zarówno ze szkoleń stacjonarnych, jak i zdalnych (online), a niekiedy z modelu hybrydowego. Ci, którzy uczyli się w trybie stacjonarnym, chwalili bezpośredni kontakt z prowadzącymi i możliwość praktycznych ćwiczeń. Na przykład fizjoterapeuci opowiadali, że większość zjazdów specjalizacyjnych odbywała się na uczelni – mieli tam zapewnione warunki do nauki (sale, sprzęt, przerwy kawowe), a zajęcia praktyczne, takie jak nauka nakłuwania igłami czy wykonywania badań (spirometria itp.), przeprowadzano „na żywo”, co bardzo sobie cenili. Uczestnicy tych zajęć podkreślali, że mogli od razu wypróbować nowe techniki na sobie lub kolegach, a instruktorzy czuwali nad poprawnością – taka forma nauki okazała się niezwykle skuteczna i angażująca. Również kurs komunikacji lekarz–pacjent prowadzony stacjonarnie został oceniony wysoko – interaktywne warsztaty z psychoterapeutką pozwoliły lekarzom przećwiczyć techniki rozmowy w kontrolowanych warunkach, co zdaniem uczestniczki byłoby trudne do osiągnięcia online.

Z drugiej strony wielu uczestników dobrze wspomina szkolenia realizowane w formie zdalnej. Forma e-learningowa okazała się dla nich wygodna logistycznie – pozwalała uniknąć dojazdów i łatwo wpasować naukę w tygodniowy rozkład zajęć. Przykładowo lekarze odbywający obowiązkowe kursy specjalizacyjne online mówili, że mogli częściowo łączyć udział w wykładach z pracą zawodową, co było dużym ułatwieniem. Jedna z lekarek przyznała, że w jej mieście nie organizowano takich szkoleń stacjonarnie, więc wersja internetowa umożliwiła jej zdobycie wiedzy bez konieczności wyjazdu – mogła w ciągu dnia uczestniczyć w wykładach online, a po ich zakończeniu wracać do swoich obowiązków zawodowych.

Uczestnicy oceniali, że **platformy e-learningowe działały sprawnie**, a sposób prowadzenia wykładów zdalnych był profesjonalny i angażujący. Zajęcia na żywo online często były nagrywane, a materiały (np. prezentacje czy nagrania) udostępniane uczestnikom po sesji.

Dzięki temu można było wrócić do trudniejszych tematów we własnym czasie – tę możliwość bardzo chwalono.

### **Organizacja i jakość merytoryczna szkoleń również zostały ocenione bardzo dobrze.**

Uczestnicy wsparcia podkreślali kompetencje wykładowców i staranne przygotowanie programu. Wielu prowadzących, zdaniem słuchaczy, potrafiło przekazać nawet skomplikowane treści w przystępny sposób. Wykładowcy w kursach specjalizacyjnych nie ograniczali się do wykładów – wskazywano, że często dzielili się praktycznymi wskazówkami. Atmosfera zajęć była zazwyczaj oceniana jako życzliwa i sprzyjająca dyskusji. Na niektórych szkoleniach online aktywność uczestników była tak duża (liczne pytania na czacie, komentarze), że chwilami utrudniało to płynne prowadzenie wykładu – jednak nawet wtedy prowadzący zdaniem badanych stanęli na wysokości zadania i cierpliwie moderowali interakcje, starając się niczego nie pominąć. Organizacja od strony logistycznej również wypadła dobrze. Dzięki przekazywanym wcześniej jasnym programom i harmonogramom zajęć, uczestnicy mogli z łatwością zaplanować swój udział.

W razie wystąpienia trudności zdaniem badanych uczestników projektów organizatorzy **sprawnie na nie reagowali**. Uczestnicy mieli dostęp do opiekunów lub sekretariatów projektu, którzy służyli pomocą (np. w kwestiach zaświadczeń, wniosków czy odrabiania opuszczonych zajęć). Większość osób nie napotkała na problemy techniczne – platformy e-learningowe działały bez zarzutu, a zajęcia stacjonarne odbywały się zgodnie z planem. Jeśli chodzi o formę nauki, to zdaniem uczestników została ona dobrze dobrana do treści. Niektórzy badani sami wskazywali, że część tematów lepiej realizować stacjonarnie, a inne bardzo dobrze sprawdzają się online – i właśnie tak wyglądało to w ich projektach. Przykładowo, kursy czysto teoretyczne z zakresu psychiatrii przeprowadzono w formie webinarów, co nie wiązało się z żadnymi odczuwalnymi brakami, natomiast szkolenie z komunikacji odbyło się w formule stacjonarnej, dzięki czemu możliwe były praktyczne ćwiczenia.

Jeśli chodzi o **kwestie do poprawy**, uczestnicy sygnalizowali tylko nieliczne sprawy. Pojawiła się sugestia, by ujednolicić godziny zajęć w ramach kursu – tak, aby każdego dnia zaczynały się i kończyły o stałej porze. Tam, gdzie tego zabrakło (np. w jednym ze szkoleń online poszczególne dni miały różne ramy czasowe), powodowało to pewne utrudnienia w łączeniu udziału z innymi obowiązkami, choć uczestnik i tak ostatecznie dostosował swój grafik. Część osób dostrzegła też drobne mankamenty związane z organizacją pracy własnej podczas e-learningu - szkolenia zdalne odbywające się w godzinach pracy mogą rozpraszać, jeśli uczestnik próbuje godzić je z bieżącymi zadaniami. Mimo tych pojedynczych uwag, ogólny obraz przebiegu zajęć pozostaje bardzo pozytywny, uczestnicy byli zadowoleni zarówno z treści, jak i z formy ich podania, a organizację ocenili jako profesjonalną i przyjazną.

W celu uzupełnienia dotychczasowych wniosków warto uzupełnić analizę o wyniki zogniskowanego wywiadu grupowego przeprowadzonego z przedstawicielami IZ i IP. Skuteczność realizacji oceniana była co do zasady dobrze, choć ujawniły się pewne problemy. Ministerstwo Zdrowia, jako IP, zmaga się bowiem z **trudnościami w pełnym, szybkim wydatkowaniu i certyfikacji środków – tempo jest wolniejsze niż zakładano**. Zwrócono przy tym uwagę, że duża liczba projektów, zwłaszcza w Działaniu 01.13, nie jest bezpośrednią przyczyną opóźnień, choć może stwarzać pewne ryzyka organizacyjne. Jednocześnie

podkreślono, że większa liczba projektów pozwala na częściową kompensację – wolniejsza realizacja niektórych z nich może być równoważona przez sprawniejsze wdrażanie pozostałych.

Program umożliwia wspieranie wielu różnych grup zawodów medycznych i okołomedycznych, co skutkuje swoistym rozdrobnieniem interwencji. Z jednej strony wiele mniejszych projektów to zaleta (jeśli jeden napotyka problemy, inne mogą nadrobić wydatkowanie i rezultaty), z drugiej strony IP trudniej jest wszystkie projekty równomiernie monitorować i koordynować. Pojawia się ryzyko dublowania pewnych rozwiązań – zauważono np. że liczne projekty tworzą własne platformy e-learningowe do szkoleń, co powiela wysiłki w tym obszarze (przy czym napotykaną są również problemy w funkcjonowaniu i zadowalającym zakresie funkcjonalności zastosowanych rozwiązań informatycznych). Sugeruje się więc, że w przyszłości można rozważyć bardziej parasolowe projekty obejmujące wiele grup docelowych naraz lub stworzenie centralnych narzędzi (jak jedna wspólna, sprawdzona platforma edukacyjna), aby uniknąć dublowania zasobów. Na obecnym etapie jednak ze względu na specyfikę sektorową i zróżnicowanie zawodów trudno jest wprowadzić wspólne rozwiązanie – każdy zawód charakteryzuje się odrębnymi wymaganiami, a potrzeby poszczególnych grup najlepiej znają zwykle różne instytucje, dlatego naturalnie doszło do podziału projektów.

Jeśli chodzi o mechanizmy naboru projektów, system przewiduje zarówno tryby konkurencyjne, jak i niekonkurencyjne dla uzasadnionych tematów. W praktyce dostrzeżono jednak, że **zainteresowanie konkursami bywa niewielkie**. Ostatnie nabory otwarte przyciągnęły niewielką liczbę wnioskodawców, a wiele złożonych wniosków wymagało korekt. Jak podkreślano, zdarzały się sytuacje, w których konkurs należało powtórzyć z powodu braku ofert, a część podmiotów wycofywała swoje wnioski na etapie negocjacji – na przykład po ustaleniu, że nie wszystkie koszty kadry mogą zostać sfinansowane ze względu na ograniczenia wynikające z katalogu kosztów pośrednich i bezpośrednich.

---

*- Co jest niepokojące to to, że (...) jeżeli chodzi o nabory konkursowe, nie mamy zainteresowania. (...). Jeżeli jest to zainteresowanie, to są niskiej jakości wnioski. Czyli wnioskodawca nie jest przygotowany - te wnioski wymagają szerokich negocjacji (...), bo jeżeli [projekt] spełnia kryteria dostępu albo kryteria dostępu są negocjowane, a chcemy oczywiście te środki zakontraktować, bo to jest naszym celem, to musimy te projekty negocjować. Negocjacje, w szczególności to, co widziałam wcześniej, dotyczą tego katalogu kosztów pośrednich i bezpośrednich [czyli] tych znamion, czynności, które utrudniają realizację projektów.*

Źródło: Zogniskowany wywiad grupowy

---

Pomimo tych trudności IP stara się finalizować kontraktację, negocjując z wnioskodawcami warunki projektów, oraz korygując budżety i zapisy tak, aby spełniały kryteria i umożliwiały uruchomienie dofinansowania. Proces ten jest jednak czasochłonny. Z perspektywy IP pomocne byłoby np. zwiększenie elastyczności katalogu kosztów, tak aby lepiej odpowiadał specyfice projektów zdrowotnych, oraz wprowadzenie bardziej przejrzystych wytycznych, co mogłoby zachęcić większą liczbę wnioskodawców do udziału i przyspieszyć proces oceny.

Model komunikacji i współpracy między IZ a IP oceniany został w trakcie wywiadu grupowego jako **roboczo sprawny** – kontakt jest bieżący, strony są w stałym dialogu, co umożliwia rozwiązywanie codziennych problemów na bieżąco. Niemniej IZ sygnalizowała potrzebę lepszej systematyzacji tej komunikacji i planowania działań. Obecnie IP zgłasza propozycje projektów do zatwierdzenia często wtedy, gdy konkretna inicjatywa jest już opracowana w formie fiszki przez dany podmiot. Bywało, że te propozycje trafiały do IZ późno, nieraz po wyznaczonym terminie, bez wcześniejszego uprzedzenia o planach. IZ sugerowała, że przydałaby się pewnego rodzaju „mapa drogowa” – plan zagospodarowania dostępnych środków w Działaniach 01.12 i 01.13 FERS, z wykazem priorytetowych potrzeb i zamierzeń projektowych w horyzoncie najbliższych miesięcy. Dzięki temu zarządzający programem wcześniej wiedziałby, jakie luki i tematy zamierza zaadresować IP.

---

- Wydaje mi się, że ta komunikacja jest raczej płynna i bieżąca. Mamy takie robocze kontakty, które pozwalają nam na reagowanie na różne sytuacje. Natomiast to, czego by nam brakowało z punktu widzenia instytucji zarządzającej, to może taka systematyzacja tej komunikacji. Często jest tak, że w momencie, kiedy planowane jest posiedzenie Komitetu Monitorującego, do Instytucji Zarządzającej wpływają propozycje fiszek, które zgłasza poszczególna Instytucja Pośrednicząca. Wyznaczamy odpowiednie terminy, w których te fiszki powinny do nas trafić. Tutaj w przypadku Ministerstwa Zdrowia, ja wiem, że to też wynika (...) z różnych sytuacji związanych (...) z wnioskodawcami, którzy na różnym etapie te fiszki opracowują, ale często jest tak, że my dostajemy te fiszki czy po tym wyznaczonym terminie, czy też bez jakiegoś wcześniejszego zaanonsovania, poinformowania nas o planowanej do przekazania fiszce.

Źródło: Zogniskowany wywiad grupowy

---

Ministerstwo Zdrowia tłumaczyło przy tym, że pewna doraźność wynika ze specyfiki sektora i trybu pracy resortu, który obejmuje wiele obszarów wsparcia, wymagających uzgodnienia. Każdy projekt jest najpierw szczegółowo analizowany w samym Ministerstwie (w tym budżet, aby uniknąć niegospodarności i dublowania grup docelowych) i uzyskuje akceptację kierownictwa resortu. Te wewnętrzne prace przygotowawcze sprawiają, że przygotowanie i zatwierdzenie fiszki trwa dosyć długo, co może kolidować z harmonogramem planowanym przez IZ. Mimo to po obu stronach panuje zrozumienie – IZ docenia rolę IP jako eksperta sektorowego, IP zaś nie zgłasza większych trudności we współpracy z IZ na poziomie ogólnym. Zdaniem ewaluatora zasadne byłoby w tym zakresie wspólne opracowanie i regularne (np. kwartalne) aktualizowanie przez IZ i IP uproszczonej „mapy drogowej” priorytetowych projektów, zawierającej planowane tematy działań, przewidywane terminy zgłaszania projektów oraz orientacyjną alokację środków. Taki dokument nie musi mieć formalnego charakteru – pełniłby rolę roboczej mapy priorytetów, dzięki której IZ z wyprzedzeniem pozyskiwałaby informacje o planowanych inicjatywach i mogła lepiej przygotować się do ich zatwierdzania. Rozwiązanie to pozwoli zachować elastyczność działania po stronie IP, a zarazem zwiększyć przejrzystość i przewidywalność procesu decyzyjnego.

---

*- Z naszego punktu widzenia przydatna byłaby taka informacja, co instytucja w najbliższym czasie planuje, jakie widzi jeszcze potrzeby, jakie luki i jakie działania planuje podjąć tak, żeby te ewentualne potrzeby i luki zapełnić. Więc widzimy tutaj taką troszeczkę doraźność tych działań (...) Tutaj jeszcze raz podkreślę, rozumiemy (...) specyfikę tego sektora, wiemy, że tych różnych grup i różnych potrzeb jest dużo, natomiast z naszego punktu widzenia cały czas jakby oczekujemy tutaj takiej większej, że tak powiem systematyczności i planu takiego, który by pokazywał nam taką mapę drogową, czego się możemy spodziewać.*

Źródło: Zogniskowany wywiad grupowy

---

## Podsumowanie

Biorąc pod uwagę analizowane pytanie badawcze<sup>33</sup>, ocenić należy, że system wdrażania Działań 01.12 i 01.13 FERS zaplanowany został w sposób sprzyjający skutecznej realizacji projektów. Większość beneficjentów pozytywnie oceniła zasady i procedury – doceniono sprawną komunikację z Instytucją Pośredniczącą, jasne kryteria wyboru projektów oraz elastyczność umożliwiającą wprowadzanie zmian w trakcie realizacji. Te elementy ułatwiły szybkie reagowanie na pojawiające się potrzeby i problemy, co podniosło efektywność wdrażania. Chociaż wystąpiły pewne bariery administracyjne (rozbudowana biurokracja, czasochłonne procedury aplikacyjne) oraz ograniczenia wynikające z sztywnych wymogów (np. wąskie kryteria uczestnictwa ograniczające rekrutację), generalnie przyjęty system wdrażania zapewnia solidne ramy dla skutecznego prowadzenia projektów, a wykazane trudności są rozwiązywane na bieżąco we współpracy beneficjentów z instytucjami nadzorującymi.

---

<sup>33</sup> Czy system wdrażania określony dla Działania 01.12 oraz 01.13 FERS był zaplanowany w taki sposób, aby zapewnić jak najbardziej skuteczną realizację projektów?



### 6.2.2. Identyfikacja napotykaných barier<sup>34</sup>

Analizując kwestię skuteczności realizacji projektów warto również zwrócić uwagę na bariery i problemy pojawiające się po stronie beneficjentów i realizatorów projektów. Wyniki analizy desk research wskazują, że do najczęściej wymienianych barier systemowo-prawnych i proceduralnych należą złożoność i biurokracja procedur. W praktyce beneficjenci zwracają uwagę, że proces pozyskiwania środków z FERS jest złożony i wiąże się z licznymi wymaganiami formalnymi. Przekłada się to na długotrwały proces aplikowania (np. wieloetapowa ocena wniosku w systemie SOWA EFSWysokie wymagania dokumentacyjne (np. potwierdzenia uprawnień, certyfikaty, zobowiązania) oraz zmiany regulacji (np. nowe zasady współfinansowania) również stanowią poważne wyzwanie dla realizatorów. Podobnie bariery administracyjne – czasochłonne sprawozdawczości, audyty i kontrole – utrudniają terminowe rozliczanie projektów.

Główne bariery po stronie beneficjentów i realizatorów, wynikające z analizy desk resarch, to:

- występujące początkowo trudności w obsłudze systemu SOWA EFS i niejasność wymagań;
- Utrudnienia administracyjne i techniczne - nowe narzędzia IT bywają niewygodne, a dodatkowe formalności (np. elektroniczne podpisy, wnioski o pozwolenia) znacznie wydłużają proces;
- Opóźnienia w negocjacji i zatwierdzeniu Programu przez Komisję Europejską. Pierwsze fiszki projektowe pojawiały się dopiero w 2023 roku;
- Czynniki zewnętrzne – wojna za naszą wschodnią granicą zwiększa zapotrzebowanie na specjalistyczne szkolenia (np. w medycynie ratunkowej czy wsparciu psychospołecznym), a jednocześnie obciąża system ochrony zdrowia. UE uznaje takie kryzysy za transgraniczne zagrożenia zdrowotne i stawia na budowanie odporności systemu ochrony<sup>35</sup>. Beneficjenci muszą, więc dostosować projekty do zmieniających się potrzeb (np. szkolenia online, dodatkowe moduły), co bywa utrudnione przez sztywne ramy projektów.

Celem uzupełnienia warto również zwrócić uwagę na wyniki obecnie przeprowadzonego badania ankietowego. **Jedynie dwoje respondentów wskazało, że na etapie aplikowania o wsparcie napotkali na istotne trudności.** Zgłaszane problemy dotyczyły przede wszystkim kwestii proceduralnych i interpretacyjnych. W jednym przypadku trudności wynikały z rozbieżnych stanowisk pomiędzy instytucją pośredniczącą a instytucją zarządzającą w zakresie stosowania cross-financingu, mimo że proces opracowywania fiszki projektowej był konsultowany z obiema stronami. W drugim przypadku utrudnieniem okazały się liczne uwagi

---

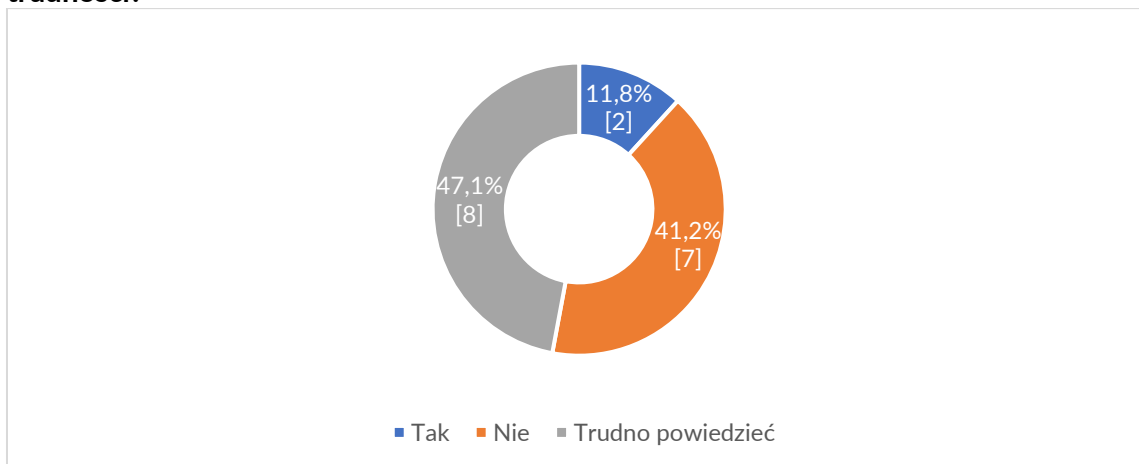
<sup>34</sup> W ramach rozdziału udzielono odpowiedzi na następujące pytanie badawcze:

- Czy w działaniach podejmowanych w ramach aktualnie realizowanych projektów w Działaniu 01.12 oraz 01.13 FERS zidentyfikowano istotne bariery / problemy, a jeżeli tak – to jakie i jak można je rozwiązać, aby zagwarantować realizację projektów zgodnie z założeniami?

<sup>35</sup> [https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union\\_pl](https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_pl) 9dostęp na 12.10.2025 r.].

pojawiające się w trakcie oceny wniosku, wymagające wielokrotnego uzupełniania informacji w ograniczonej przestrzeni formularza aplikacyjnego.

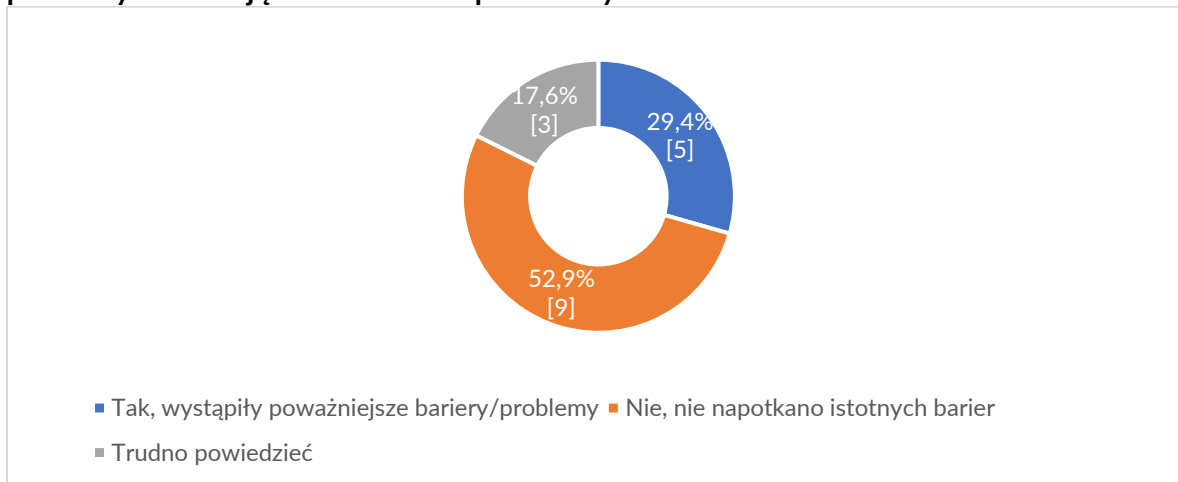
**Wykres 9. Czy na etapie aplikowania o wsparcie napotkali Państwo na jakieś istotne trudności?**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z beneficjentami (n=17)

Ankietowani beneficjenci zostali również poproszeni w ramach prowadzonego badania ankietowego o odniesienie się do kwestii problemów napotykanych już na etapie wdrażania projektu. W tym przypadku odpowiedzi twierdzące wskazało pięcioro badanych.

**Wykres 10. Czy w trakcie realizacji projektu napotkali Państwo na istotne bariery lub problemy utrudniające wdrażanie zaplanowanych działań?**

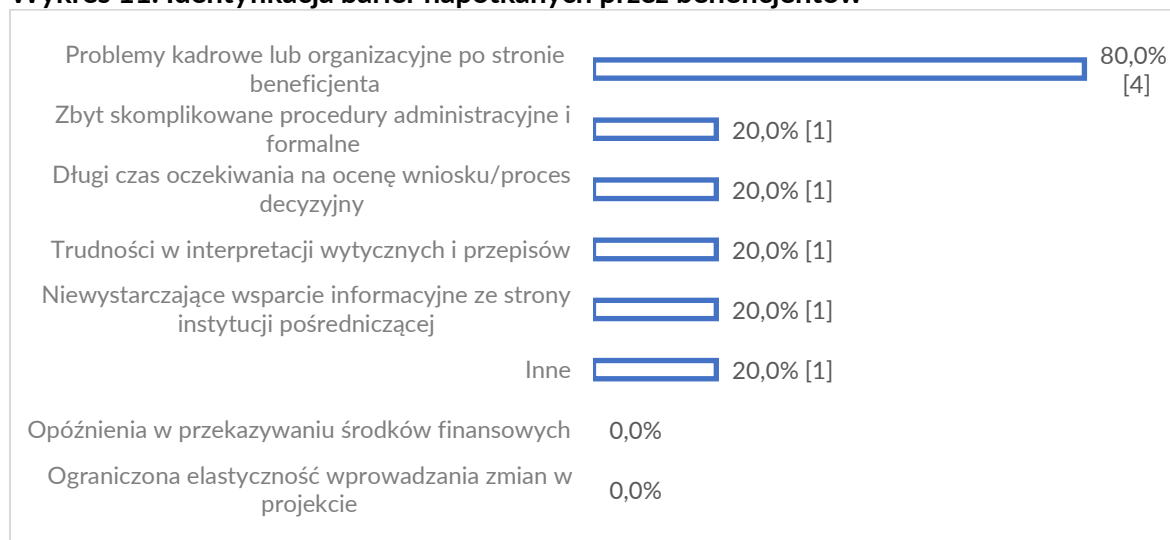


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z beneficjentami (n=17)

Wśród beneficjentów, którzy wskazali na występowanie barier w realizacji projektu, najczęściej wymienianym problemem były **trudności kadrowe lub organizacyjne po stronie beneficjenta**, na które wskazało aż 4 z 5 respondentów. Oznacza to, że w większości przypadków utrudnienia miały charakter wewnętrzny i wynikały z ograniczonych zasobów lub obciążenia pracowników realizujących projekt. Znacznie rzadziej pojawiały się bariery związane z funkcjonowaniem systemu wdrażania po jednym wskazaniu przypadło na zbyt skomplikowane procedury administracyjne i formalne, długi czas oczekiwania na ocenę wniosku lub decyzję, trudności w interpretacji wytycznych i przepisów, a także niewystarczające wsparcie informacyjne ze strony instytucji pośredniczącej. Również jedno wskazanie przypadło na

„inne” utrudnienia, wśród których wymieniono brak szkolenia z przygotowania wniosku o dofinansowanie (co jednak odnosi się do etapu aplikowania, a nie realizacji projektu). Co istotne, żaden z respondentów nie zgłosił problemów związanych z opóźnieniami w przekazywaniu środków finansowych ani ograniczoną elastycznością wprowadzania zmian w projekcie, co świadczy o sprawnym funkcjonowaniu tych elementów systemu wdrażania.

#### Wykres 11. Identyfikacja barier napotkanych przez beneficjentów



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z beneficjentami (n=5)

W odpowiedziach ankietowanych beneficjentów dotyczących sposobów przeciwdziałania napotkanym trudnościom dominowały działania o charakterze organizacyjnym i wewnętrznym. Najczęściej wskazywano (w ramach odpowiedzi o charakterze otwartym) na priorytetyzację zadań oraz zwiększenie nakładu pracy osób zaangażowanych w realizację projektu, co pozwalało na terminowe wykonywanie kluczowych działań mimo ograniczonych zasobów kadrowych. Część respondentów podkreślała również znaczenie samodzielnej analizy zasad i procedur w celu lepszego zrozumienia wymogów formalnych oraz bieżącego reagowania na pojawiające się problemy, m.in. poprzez szkolenie personelu i korzystanie z doświadczeń innych realizatorów projektów. W jednym przypadku beneficjent wskazał na trudności wynikające z niższego niż zakładano zainteresowania udziałem w projekcie. W celu ich przezwyciężenia, przy współpracy z Instytucją Pośredniczącą, podjęto dodatkowe działania informacyjno-promocyjne mające na celu zwiększenie liczby uczestników. Odpowiedzi te pokazują, że beneficjenci w większości przypadków starali się rozwiązywać problemy poprzez własne działania adaptacyjne i organizacyjne, przy jednoczesnym wykorzystywaniu dostępnych form wsparcia ze strony instytucji.

Beneficjenci odnieśli się do kwestii napotykaných barier również w trakcie badania jakościowego (tj. przeprowadzonych wywiadów pogłębionych), gdzie wskazali na **szereg barier organizacyjnych i merytorycznych**, z jakimi musieli się zmierzyć. Część trudności była wspólna dla wielu przedsięwzięć, inne były specyficzne dla danego projektu. Jedną z najczęściej pojawiających się barier (podobnie jak w przypadku poprzednio analizowanego badania ankietowego) była **kwestia formalno-administracyjna** – przygotowanie i uruchomienie projektów okazało się czasochłonne ze względu na wymagane procedury. Konieczność dopięcia wszystkich formalności (od napisania wniosku, przez podpisanie umów, po

uruchomienie rekrutacji) wydłużała realny start działań. W retrospektywie niektórzy badani beneficjenci przyznawali, że pierwsza faza projektu zajęła więcej czasu niż zakładano, co oznaczało opóźnienie w dotarciu ze wsparciem do odbiorców. Wyciągnięto z tego wniosek, że przy kolejnych projektach warto rozpocząć przygotowania wcześniej lub uwzględnić większy bufor czasowy na sprawy proceduralne.

Drugim istotnym wyzwaniem były w opinii beneficjentów **bariery systemowe i prawne**.

Projekty dotyczące kwestii nowych szkoleń specjalizacyjnych musiały uwzględniać obowiązujące przepisy, które czasem ograniczały elastyczność działania. Przy kursach specjalizacyjnych dla pewnych zawodów Ustawa<sup>36</sup> precyzyjnie definiuje bowiem, kto może brać w nich udział i jakie warunki musi spełnić uczestnik. To oznaczało konieczność rygorystycznej weryfikacji kandydatów i wykluczenie osób, które nie spełniały ustawowych kryteriów, choć mogły być zainteresowane szkoleniem. Tego typu wymogi prawne były postrzegane jako bariera, bo zawężyły grupę odbiorców i nakładały dodatkowe obowiązki organizacyjne (sprawdzanie dokumentów, kwalifikacji itp.), trudno jednak upatrywać w tym obszarze możliwości wprowadzenia działań zaradczych. W innym podejmowanym przypadku pojawił się z kolei wymóg spełnienia wytycznych dotyczących dostępności dla osób z niepełnosprawnościami – wszystkie materiały szkoleniowe i zajęcia musiały być zgodne ze standardami dostępności. Choć wymóg ten oceniać należy pozytywnie, dla organizatorów stanowił dodatkowe wyzwanie logistyczne (zapewnienie tłumacza migowego, odpowiednie formatowanie materiałów, dostosowanie sal dla osób z niepełnosprawnościami ruchowymi itd.). Ostatecznie problem rozwiązano, ale wymagało to mobilizacji i konsultacji ze specjalistami od dostępności.

Beneficjenci zgłaszali również problemy wynikające z **kwestii logistycznych**. Przy projektach o dużej skali jednym z wyzwań było bowiem zarządzanie rekrutacją i harmonogramem szkoleń dla setek czy tysięcy osób zlokalizowanych w całym kraju. W przypadku kursów dla pielęgniarek i położnych ogromne zainteresowanie paradoksalnie stało się problemem – komisje rekrutacyjne musiały opracować przejrzyste kryteria wyboru uczestników, by spośród tylu chętnych wybrać tych najbardziej potrzebujących wsparcia, a jednocześnie zrobić to sprawiedliwie. Wysoki popyt potwierdza sukces projektu, jednocześnie generując dodatkowe obciążenie związane z procesem selekcji oraz powodując niezadowolenie części osób, które nie zakwalifikowały się na szkolenie. Organizatorzy wyciągnęli z tego wniosek, że należałoby skalować projekt na większą liczbę miejsc lub zaplanować więcej edycji, by sprostać zapotrzebowaniu. Innym logistycznym problemem bywała dyspozycyjność samych uczestników – dotyczyło to szczególnie szkoleń dla pracujących zawodowo osób. Trudno było zgrać terminy zajęć z grafiką pracy lekarzy czy managerów szpitali. Rozwiązaniem okazało się oferowanie części szkoleń w trybie weekendowym lub online, a także dzielenie grup na mniejsze, by móc powtarzać zajęcia w kilku terminach. Niemniej, zarządzanie kalendarzem tak dużej inicjatywy wymagało dużej elastyczności i nierzadko zmian planów w trakcie projektu.

---

<sup>36</sup> Właściwe ustawy regulujące wykonywanie tych zawodów, tj. ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, ustawa o zawodzie fizjoterapeuty, ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz ustawa o działalności leczniczej.”

Przeprowadzone wywiady dowiodły również, że w niektórych projektach wyzwaniem stanowiło także pozyskanie odpowiedniej kadry trenerskiej i ekspertów. Przy bardzo specjalistycznych tematach (jak np. genetyka prenatalna czy zaawansowane badania kliniczne) liczba krajowych ekspertów jest ograniczona. Organizatorzy musieli ich zaangażować, pogodzić z ich innymi zobowiązaniami zawodowymi, czasem sprowadzić specjalistów z zagranicy lub szkolić nowych trenerów. To wszystko wymagało dodatkowych wysiłków organizacyjnych. Niektórzy rozmówcy wspomnieli, że powoływali specjalne zespoły ekspertów merytorycznych, które przygotowywały programy nauczania – praca tych zespołów przeciągała się czasem poza planowany harmonogram, bo specjaliści chcieli dopracować materiały lub mieli ograniczony czas. W konsekwencji pewne zadania opóźniały się i trzeba było je przyspieszać na dalszym etapie.

Badani zapytani o to, które bariery były najtrudniejsze do przezwyciężenia, respondenci najczęściej wskazywali właśnie na wspomniane **czynniki zewnętrzne i formalne** – są one bowiem najmniej podatne na kontrolę realizatorów. Jeśli np. prawo nakłada odpowiednie obowiązki, projekt musi się dostosować, nawet kosztem czasu czy dodatkowych nakładów. Stosunkowo łatwiej natomiast rozwiązywano problemy czysto operacyjne: np. znalezienie dodatkowej sali szkoleniowej czy zmiana dostawcy usług e-learningowych, które to okazały się kwestiami, z którymi szybko sobie poradzono poprzez elastyczne zarządzanie. W jednym z projektów pojawiła się trudność techniczna z platformą szkoleniową – uczestnicy nie byli zadowoleni z mało interaktywnego systemu. Zespół projektowy zareagował, wprowadzając poprawki i ulepszenia (bardziej interaktywne treści, instruktaże krok po kroku), a w razie potrzeby planując migrację na inny system.

Patrząc z perspektywy czasu, realizatorzy zgodnie twierdzili, że każdy problem był cenną lekcją. Gdy pytano ich, co zrobiliby inaczej, często wymieniano lepsze zaplanowanie czasu i zasobów. Jedną z tego typu refleksji było, by zawczasu przewidzieć pewne opóźnienia formalne i rozpocząć niektóre działania (np. rekrutację kadry dydaktycznej, przygotowanie materiałów) jeszcze przed oficjalnym startem projektu, o ile to możliwe. Zgłaszano również potrzebę ściślejszej komunikacji z interesariuszami (np. z Ministerstwem, jeśli dany aspekt kursu zależał od decyzji urzędników). Wcześniejsze wyjaśnienie wątpliwości prawnych mogłoby usprawnić realizację.

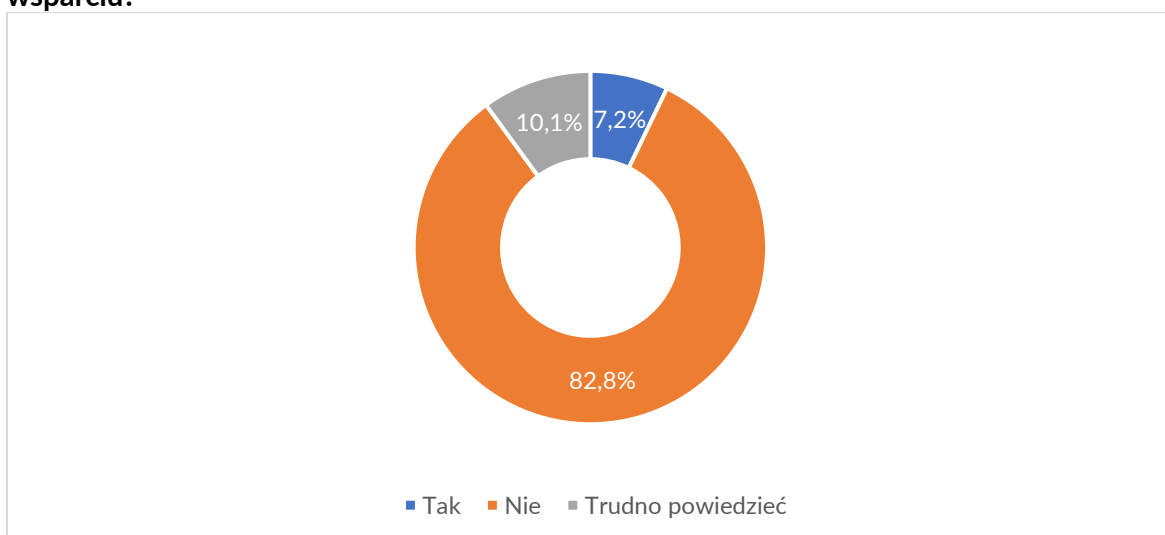
Jednocześnie warto zwrócić uwagę na wyniki badania ankietowego z uczestnikami projektów, które to wykazało, że **jedynie 7,2% uczestników projektów napotkało dotychczas na istotne bariery/problemy w trakcie udziału we wsparciu**. Spośród osób, które zadeklarowały napotkanie barier, najczęściej wskazywanym utrudnieniem były **nadmierne wymagania administracyjne i formalne**, takie jak rozbudowana dokumentacja czy skomplikowane procedury sprawozdawcze – problem ten zgłosiło 40,6% respondentów tejże grupy. Wysoki odsetek uczestników wskazał również na **trudności w pogodzeniu udziału w kursach z obowiązkami zawodowymi** (25,0%) oraz **niedogodną formę wsparcia** – np. wyłącznie online lub wyłącznie stacjonarną (23,4%). Dla części osób barierą były także niedogodne terminy szkoleń (20,3%) oraz koszty i kwestie logistyczne związane z dojazdami (17,2%). Nieco rzadziej pojawiały się problemy natury technicznej, takie jak trudności z działaniem platformy e-learningowej, sprzętem czy dostępem do internetu (14,1%). Mniej uczestników wskazywało na

bariery o charakterze merytorycznym – niska przydatność treści szkoleniowych (10,9%), ich zbyt niski poziom (4,7%) lub zbyt wysoki poziom (1,6%).

Wśród odpowiedzi otwartych (wariant „inne”) uczestnicy doprecyzowali, że problemy dotyczyły konieczności składania dokumentów wyłącznie w formie papierowej, mimo możliwości technicznych do wprowadzenia rozwiązań elektronicznych. Wskazywano także na brak części kursów w trakcie trwania specjalizacji lub opóźnienia w ich organizacji, co utrudniało realizację programu w wymaganym terminie. Respondenci zwracali ponadto uwagę na niewystarczającą liczbę terminów kursów, obowiązek zapisywania się z dużym wyprzedzeniem oraz nieprzewidziane przerwy w szkoleniach, które zakłócały ich codzienną pracę. Wskazywano również na niską jakość obsługi administracyjnej – brak kompetencji i komunikatywności ze strony osób przyjmujących wnioski, a także na ograniczenia systemowe, takie jak brak możliwości składania podpisów elektronicznych.

Ponownie jednak podkreślić należy, że wskazywane powyżej bariery napotykane były stosunkowo rzadko – **blisko 93% ogółu uczestników nie napotkało bowiem żadnych barier.**

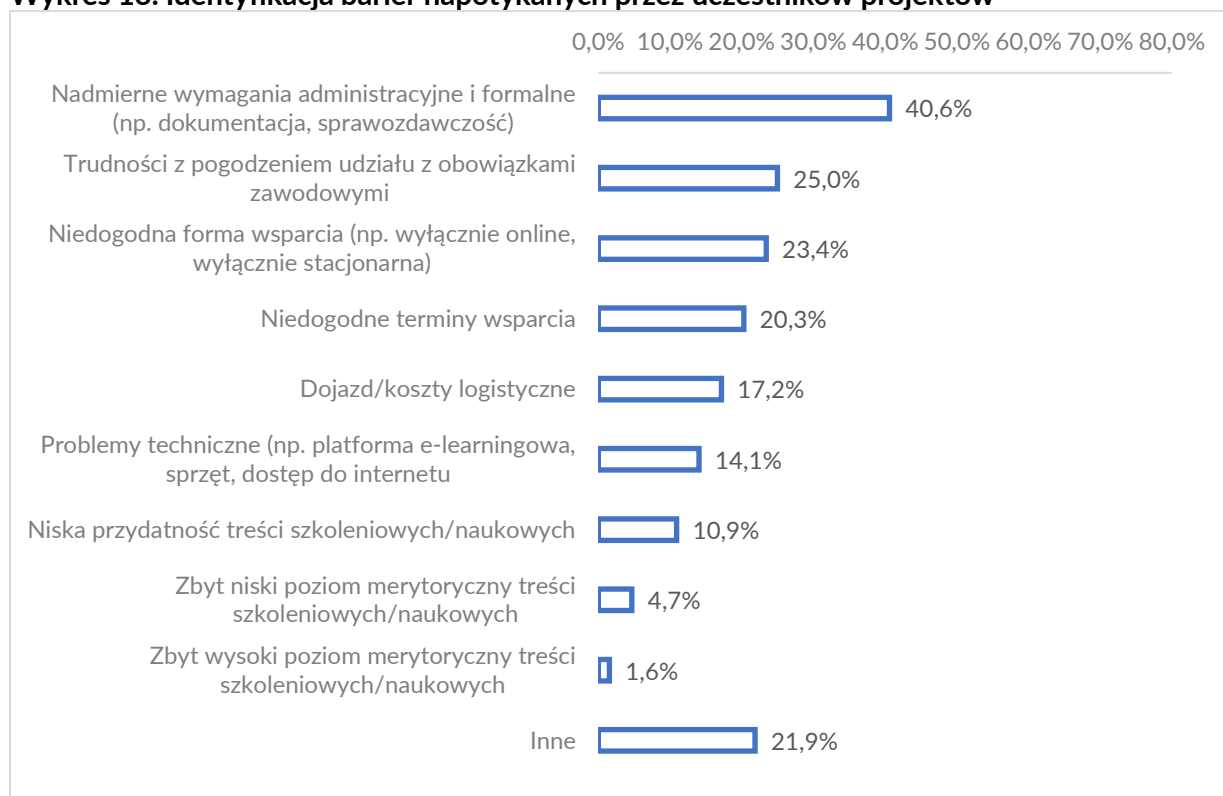
**Wykres 12. Czy napotkał(a) Pan/Pani na istotne bariery/problemy w trakcie udziału we wsparciu?**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z uczestnikami projektów (n=895)



**Wykres 13. Identyfikacja barier napotykaných przez uczestników projektów**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z uczestnikami projektów (n=64)

Kwestia napotykaných barier podjęta została również w ramach wywiadów z uczestnikami projektów (na potrzeby case study). **Większość badanych uczestników nie doświadczyła jednak poważnych barier** utrudniających udział w projekcie. Wielokrotnie podkreślano, że szkolenia były zorganizowane sprawnie, a wszelkie potencjalne problemy rozwiązano zawczasu. Na przykład harmonogramy zajęć ustalono tak, by uczestnicy mogli w nich uczestniczyć bez kolizji z innymi obowiązkami – jeśli kurs wymagał obecności w dni robocze, często odbywał się w trybie delegowania z pracy lub w weekendy. Co istotne (z punktu widzenia charakteru wsparcia) praktycznie nie wystąpiły bariery techniczne. Uczestnicy szkoleń online zaznaczali, że platformy e-learningowe działały bez zarzutu – nie odnotowano poważniejszych awarii czy problemów z logowaniem. Jeśli już zdarzały się drobne kłopoty (np. pojedynczy uczestnik miał przejściowy problem z dźwiękiem czy potrzebował pomocy w obsłudze narzędzia), organizatorzy szybko udzielali wsparcia technicznego. Podobnie w trybie stacjonarnym – zajęcia odbywały się zgodnie z planem, sale były przygotowane, a obsługa administracyjna (np. sekretariat specjalizacji) czuwała nad sprawnym przebiegiem. W jednym z projektów specjalizacyjnych każdy zjazd weekendowy obsługiwała wyznaczona osoba z uczelni, która była dostępna nawet w soboty i niedziele, by rozwiązać ewentualne kwestie formalne – uczestnicy to docenili, ponieważ mieli zapewnione bieżące wsparcie.

Jeśli chodzi o kwestie finansowe, sam udział w projektach był bezpłatny (finansowany ze środków FERS), więc nie stanowił bariery. Pojawił się jednak jeden aspekt finansowy, na który zwrócili uwagę uczestnicy poddani wywiadam – brak dofinansowania kosztów pobytu na szkoleniu wyjazdowym. Uczestniczka kursu stacjonarnego w innym mieście zauważyła, że musiała we własnym zakresie ponieść koszty zakwaterowania i wyżywienia podczas

tygodniowego szkolenia – w jej opinii przydałoby się wsparcie organizatorów w tym zakresie (np. refundacja noclegu), ponieważ nie każdy ma możliwość bezpłatnie się zatrzymać u znajomych czy rodziny. Nie była to jednak przeszkoda uniemożliwiająca udział, raczej sugestia na przyszłość.

Kwestia barier szeroko podjęta została również w ramach panelu ekspertów. Mimo generalnie pozytywnej oceny ekspertów, zidentyfikowano również pewne bariery i elementy systemu wdrażania, które utrudniały pełną realizację założeń. Najpoważniejszym problemem – sygnalizowanym zwłaszcza w kontekście projektów skierowanych do lekarzy – okazały się sztywne zapisy konkursowe dotyczące grup docelowych. W jednym z projektów szkolenia przewidziano wyłącznie dla lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu. W trakcie realizacji wyszło na jaw, że zainteresowanie niektórymi tematami (np. kursy z reumatologii klinicznej) jest wśród lekarzy mniejsze niż zakładano, natomiast bardzo licznie chcieliby w nich uczestniczyć przedstawiciele innych profesji medycznych – tacy jak fizjoterapeuci, ratownicy czy pielęgniarki, dla których wiedza z tych dziedzin również byłaby przydatna w pracy z pacjentem. Niestety, ze względu na formalne kryteria, organizatorzy nie mogli otworzyć kursów dla tych chętnych spoza zawężonej grupy docelowej, nawet jeśli pozostawały wolne miejsca. W rezultacie efektywność takiego projektu spadła – nie osiągnięto planowanej frekwencji pomimo realnego popytu na szkolenia, a jednocześnie potencjalni zainteresowani spoza grupy lekarzy zostali pozbawieni możliwości skorzystania z oferty. Ekspertiści uznali tę sytuację za wyraźną słabość systemową i postulowali, by w przyszłości bardziej elastycznie definiować grupy odbiorców, przynajmniej w zakresie umożliwiającym udział pokrewnych zawodów w szkoleniach o uniwersalnym charakterze.

Innym wyzwaniem wpływającym na skuteczność okazały się ograniczenia czasowe i finansowe po stronie uczestników, szczególnie lekarzy. W tej grupie problemem jest bowiem częsty brak możliwości wygospodarowania czasu na udział w kursach – każdy dzień szkolenia to dla lekarza dzień utraconego dochodu (zwłaszcza przy kontraktowej formie zatrudnienia w sektorze prywatnym). W panelu zauważono, że w poprzedniej perspektywie (Program POWER) próbowano zaradzić temu poprzez wypłacanie stypendiów/diet dla lekarzy uczestniczących w dłuższych szkoleniach, by zrekompensować im utracone korzyści finansowe. W obecnym programie FERS takich mechanizmów już nie przewidziano, co może częściowo tłumaczyć trudności z rekrutacją lekarzy na niektóre kursy. Kierownicy projektów radzili sobie z tym wyzwaniem, dostosowując formę szkoleń do możliwości odbiorców – przykładowo skracano szkolenia (dzielono je na jednostki jednodniowe zamiast dwudniowych zjazdów) oraz organizowano je w trybie weekendowym bądź popołudniowym. Ponadto stosowano podejście prospektywne: przed zaplanowaniem szkolenia dla konkretnej placówki zasięmano opinie lekarzy co do preferowanych zakresów i formy (ankietowano szpitale o zapotrzebowanie, by przygotować program „szyty na miarę”). Te działania zaradcze przyniosły częściowo pozytywny skutek – udawało się zwiększać frekwencję lekarzy, choć eksperci sugerowali, że systemowe rozwiązanie wymagałoby powrotu do zachęt finansowych lub obowiązkowych punktów edukacyjnych, aby szkolenia nie konkurowały tak silnie z codziennymi obowiązkami zawodowymi tej grupy.

Od strony administracyjno-proceduralnej, uczestnicy panelu odnotowali istotną poprawę w porównaniu z poprzednimi okresami programowania funduszy. Osoby z wieloletnim

doświadczeniem we wdrażaniu projektów unijnych oceniły, że obecnie obsługa projektów jest nieco prostsza – m.in. zmniejszono liczbę wymaganych danych o uczestnikach, usprawniono elektroniczny system sprawozdawczy i komunikację poprzez system informatyczny.

Wskazano, że w tak dużych projektach, jak szkolenia masowe (liczące po kilka tysięcy uczestników), możliwość hurtowego importu danych lub automatyzacji zapisów jest kluczowa – i choć nie wszystkie potrzebne funkcjonalności są dostępne (systemy nie pozwalają np. na import zewnętrznych baz danych), obecny system i tak znacząco ułatwia pracę w porównaniu z ręcznym wprowadzaniem setek rekordów, jak miało to miejsce dekadę temu.

Jednocześnie padły uwagi krytyczne pod adresem nowego generatora wniosków i systemu monitorowania – oceniono go jako mniej przyjazny i mniej przejrzysty niż używane wcześniej narzędzie. Brak szczegółowego budżetu z podziałem na lata oraz ograniczenie pól opisowych skutkują tym, że zarówno beneficjenci, jak i oceniający wnioski mają trudności z weryfikacją harmonogramu finansowego i merytorycznego. Ekspertka pełniąca rolę oceniającej w konkursach zauważyła, że wymóg zwięzłego opisu przy jednoczesnym żądaniu wielu konkretnych informacji wymusza pisanie wniosków naszpikowanych skrótami i terminologią, którą rozumieją tylko autorzy – co utrudnia rzetelną ocenę i monitoring. Rekomendowano powrót do bardziej transparentnych rozwiązań stosowanych wcześniej (np. prezentowanie budżetu w podziale rocznym i na zadania), aby ułatwić kontrolę wydatków i realizacji wskaźników zarówno beneficjentom, jak i instytucji nadzorującej.

Wśród barier proceduralnych wymieniono także nieadekwatność niektórych horyzontalnych kryteriów i wymogów. Przykładem jest zasada zapewniania pełnej dostępności szkoleń dla osób z niepełnosprawnościami. Co do zasady wszyscy paneliści popierali ideę dostępności, jednak przedstawiciele projektu pielęgniarstwa wskazali, że w ich realiach kryterium to oznacza konieczność organizacji zajęć wyłącznie w obiektach w 100% dostosowanych (podjazdy, windy, sale bez barier). Ponieważ większość pielęgniarek i położnych wykonujących zawód to osoby w pełni sprawne fizycznie (realizacja zadań bezpośrednio przy pacjencie wymaga zachowania pełnej mobilności), niemal nie zdarza się, by uczestnikiem kursu była osoba poruszająca się na wózku. Mimo to organizatorzy zmuszeni są rezygnować z sal szkoleniowych w siedzibach lokalnych izb czy szpitali, jeśli np. budynek ma kilka schodów – i zamiast tego ponosić dodatkowe koszty wynajmu sal komercyjnych spełniających rygor dostępności. Poprzednio radzono sobie z tym pragmatycznie: to kursanci deklarowali potrzeby związane z dostępnością, a organizator zobowiązywał się do ich uwzględnienia, w tym ewentualnej zmiany lokalizacji szkolenia. Obecnie jednak wymagane jest zagwarantowanie dostępności z góry, co generuje nieproporcjonalnie wysokie koszty i komplikacje organizacyjne, niewspółmierne do potencjalnych korzyści. Eksperci zalecili, by kryteria horyzontalne stosować bardziej elastycznie – dostosowując je do specyfiki projektu (np. zawodu) i realnych potrzeb, tak aby nie obniżać efektywności wydatkowania środków.

---

- W poprzednim okresie mieliśmy (...)ankiety z informacją, że jeżeli się pojawi taka sytuacja, że musimy dostosować pomieszczenie, bo na przykład ktoś złamał nogę, to my to pomieszczenie dostosowujemy w przeciągu dwóch dni, albo wynajmujemy inne i przenosimy cały kurs. Tutaj nie mamy takiej możliwości, my mamy z góry zaplanować i zagwarantować pełną dostępność. To nie jest dobre rozwiązanie, takie kryterium powinno być dostosowywane do tego projektu.

Źródło: Panel ekspertów

---

Również podczas wywiadu grupowego podjęto tematykę napotkanych problemów. Jak wskazywali badani, mimo starannego zaplanowania, na etapie realizacji projektów pojawiły się pewne bariery – zarówno organizacyjne, finansowe, jak i kadrowe. Jednym z najpoważniejszych wyzwań organizacyjno-proceduralnych jest **konieczność stosowania przepisów zamówień publicznych** lub tzw. zasady konkurencyjności przy wyłanianiu wykonawców usług szkoleniowych. Beneficjenci zobowiązani są do ogłaszania przetargów na realizatorów szkoleń czy dostawców określonych usług, co bywa czasochłonne i obarczone ryzykiem niepowodzenia. Oczywiście tego rodzaju wymogi są powszechne i dotyczą wszystkich podmiotów aplikujących o środki publiczne. W obszarze ochrony zdrowia specyficzne jest jednak to, że niektóre szkolenia – zwłaszcza specjalizacyjne – mogą być prowadzone wyłącznie przez ograniczoną liczbę uprawnionych podmiotów (np. akredytowane jednostki szkolące). Liczba takich instytucji bywa niewielka, a dodatkowo często nie są one szczególnie zainteresowane udziałem w projektach unijnych, ponieważ nie dostrzegają w tym istotnych korzyści finansowych. W konsekwencji beneficjent ogłasza zapytanie ofertowe na realizację szkolenia, ale nie zgłaszają się chętni. Taka sytuacja wystąpiła np. w projekcie specjalizacji dla farmaceutów i fizjoterapeutów – spośród wszystkich uprawnionych ośrodków niewiele zgłosiło się do postępowania, co wymusiło kilkukrotne ponawianie ogłoszeń. Powodem tego stanu było to, że dla potencjalnego wykonawcy (np. szpitala z akredytacją do szkolenia) kontrakt z projektu EFS+ oznacza sporo biurokracji i stosunkowo niewielkie wynagrodzenie, więc nie jest wystarczająco atrakcyjny. Taka bariera systemowa – ograniczona podaż wykonawców szkoleń oraz ich niska motywacja – wydłuża start i realizację projektów.

Instytucja Pośrednicząca oraz beneficjenci starają się radzić sobie z tym problemem na różne sposoby. Kiedy kolejne przetargi nie przynoszą rozstrzygnięcia, szuka się rozwiązań awaryjnych. Przykładem dobrej reakcji było modyfikowanie projektu tak, by umożliwić inną ścieżkę realizacji szkolenia. W jednym z projektów IP dopuściła możliwość refundacji kosztów poniesionych na szkolenie specjalizacyjne. W ten sposób osiągnięto cel (specjalizacja uczestnika) mimo że formalnie nie udało się wyłonić wykonawcy w drodze zamówienia. Oczywiście takie obejście nie wszędzie jest możliwe, ale pokazuje gotowość do elastycznego działania - zamiast rezygnować ze szkolenia, zmieniono model finansowania, by obejść napotkaną barierę.

---

(...) przede wszystkim te bariery to są w wielu projektach związane z koniecznością wyboru wykonawcy na realizację usług w trybie albo prawa zamówień publicznych, albo zasady konkurencyjności. Na przykład, jak wspomniałam już o tym wcześniej, o projekcie, który dotyczy fizjoterapeutów i farmaceutów (...) Liczba miejsc na takie szkolenie specjalizacyjne w jednostkach szkolących, bo co ważne takie szkolenie specjalizacyjne może być prowadzone tylko w jednostce szkolącej akredytowanej, a liczba miejsc jest ograniczona. Brak też jest motywacji i chęci jednostek do przystąpienia do przetargu, no bo tak naprawdę one dużego zysku z tego nie mają. Co też powoduje konieczność wielokrotnego ponawiania zamówień publicznych i wyboru (...) tych jednostek. (...) Akurat tutaj w tej sytuacji takim rozwiązaniem było to, że uczestnicy otrzymali bezpośrednio zrefundowany koszt udziału właśnie w takim szkoleniu.

Źródło: Zogniskowany wywiad grupowy

---

Kolejna wskazywana przez respondentów wywiadu grupowego bariera miała z kolei charakter kadrowy i wynikała z realiów systemu ochrony zdrowia, tj. **ograniczony czas osób pracujących w sektorze ochrony zdrowia**.

Zidentyfikowano też przeszkody **czysto administracyjne**. Nowe zasady finansowania w FERS wprowadziły bardziej rygorystyczne podejście do rozliczania kosztów niż w poprzednich programach. Wiele zadań, które wcześniej traktowano jako koszty bezpośrednie projektu (np. koordynacja merytoryczna szkolenia, przygotowanie programu, rekrutacja uczestników), teraz zostało uznanych za elementy kosztów pośrednich.

Ważnym elementem radzenia sobie z barierami jest **ściśła komunikacja** – Ministerstwo Zdrowia organizuje comiesięczne spotkania z beneficjentami, podczas których omawiane są napotkane trudności i wspólnie szuka się rozwiązań. To pozwala szybko reagować np. gdy któryś projekt alarmuje o ryzyku niezrealizowania części wskaźników z powodu braku personelu do prowadzenia zajęć – wówczas IP może zasugerować zmiany. Taka bieżąca opieka merytoryczna nad projektami pomaga niwelować wiele barier zanim staną się one krytyczne.

---

*- Bieżące spotkania organizujemy raz w miesiącu na Teamsach. Organizujemy spotkania z beneficjentami, które mają na celu (...) omówienie takich problemów, na które beneficjent (...) napotyka w trakcie realizacji. Oprócz tego, że mamy te spotkania, to też beneficjent jest zobowiązany co miesiąc do piątego dnia danego miesiąca przekazać nam taką tabelę monitorującą postęp rzeczowy i finansowy realizacji projektu.*

Źródło: Zogniskowany wywiad grupowy

---



## Podsumowanie

Biorąc pod uwagę analizowane pytanie badawcze<sup>37</sup>, zauważyć należy, że w ramach realizowanych projektów 01.12 i 01.13 FERS zidentyfikowano szereg istotnych barier i problemów, które mogą utrudniać pełną realizację założeń. Po stronie systemowo-proceduralnej najczęściej wskazywanym wyzwaniem jest nadmierna złożoność i biurokracja procesu wdrażania – skomplikowane wnioski aplikacyjne i nie zawsze intuicyjne systemy informatyczne (nowy generator wniosków okazał się mniej przyjazny niż poprzednio używany system). Powoduje to wydłużenie procesu oceny i wymaga od beneficjentów dużych nakładów administracyjnych. Kolejnym problemem są sztywne wymogi formalne, które ograniczają elastyczność realizacji, np. bardzo wąsko zdefiniowane grupy docelowe w konkursach uniemożliwiły dołączenie do szkoleń osób z pokrewnych zawodów, nawet gdy istniały wolne miejsca i zainteresowanie z ich strony.

Podobnie uniwersalne kryteria horyzontalne, jak obowiązek pełnej dostępności dla osób z niepełnosprawnościami, w niektórych projektach generowały nieproporcjonalnie duże koszty i utrudnienia organizacyjne, mimo że realnie niemal wszyscy uczestnicy byli w pełni sprawni (np. wymóg wynajmu wyłącznie sal w 100% dostosowanych, co nie zawsze było potrzebne). Jako bariery wskazano również czynniki zewnętrzne, tzn. opóźnienia we wdrażaniu spowodowane pandemią COVID-19 oraz wybuchem wojny na Ukrainie, które zmieniły potrzeby szkoleniowe (konieczność dodania tematyki traumy wojennej, szkoleń online) i obciążyły system ochrony zdrowia. Mimo tych trudności beneficjenci deklarują, że napotkane problemy są rozwiązywane – m.in. dzięki bieżącej komunikacji z instytucjami nadzorującymi i możliwości wprowadzania korekt w projektach.

### 6.2.3. Poziom realizacji wskaźników produktu i rezultatu<sup>38</sup>

Analizując system wdrażania i skuteczność realizacji projektów, należy **szczególną uwagę poświęcić również kwestii wskaźników**. Jak wykazała analiza desk research dla Działania 01.12 FERS założono 12 wskaźników produktu oraz 3 wskaźniki rezultatu. Poszczególni beneficjenci mogli również dodawać swoje wskaźniki do realizowanych projektów, jednocześnie zobowiązując się do ich spełnienia. Dla Działania 01.13 FERS wskaźników produktu założono 11, a rezultatu 2<sup>39</sup>. Wiele wskaźników pokrywa się dla obu Działań, tym samym łącznie jest 14 wskaźników produktu i 5 wskaźników rezultatu. W poniższym zestawieniu zostały przedstawione tylko te wskaźniki produktu oraz rezultatu, które wykazują jakikolwiek stopień realizacji (powyżej 0), według danych przekazanych przez Zamawiającego w celu opracowania niniejszej ewaluacji. Jak wynika z analizy tych danych, do tej pory nie

---

<sup>37</sup> Czy w działaniach podejmowanych w ramach aktualnie realizowanych projektów w Działaniu 01.12 oraz 01.13 FERS zidentyfikowano istotne bariery / problemy, a jeżeli tak – to jakie i jak można je rozwiązać, aby zagwarantować realizację projektów zgodnie z założeniami?

<sup>38</sup> W ramach rozdziału udzielono odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- W jakim stopniu zostały osiągnięte wskaźniki produktu i rezultatu w ramach projektów realizowanych w Działaniu 01.12 oraz 01.13 FERS? Jakie efekty niezaplanowane (pozytywne, negatywne) zostały osiągnięte w Działaniu 01.12 oraz 01.13 FERS? Co należy poprawić, aby osiągnąć zaplanowane produkty i rezultaty w większym stopniu?

<sup>39</sup> Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego, Wersja SZOP.FERS.007, s. 55-63.





zaraportowano realizacji w zakresie następujących wskaźników: WLWK-PLGCO13 (Liczba pielęgniarek i położnych objętych wsparciem w zakresie kształcenia podyplomowego), WLWK-PLGCO15 (Liczba osób objętych wsparciem w zakresie podnoszenia kwalifikacji w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży), WLWK-PLGCR13 (Liczba pielęgniarek i położnych, które podniosły kwalifikacje), WLWK-PLGCR15 (Liczba osób, które uzyskały kwalifikacje albo podniosły kompetencje w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży). Sytuacja ta wynika jednak ze stosunkowo wczesnego etapu realizacji projektów, przy czym warto zaznaczyć, że w przypadku wskaźników odnoszących się do wsparcia pielęgniarek beneficjent zaraportował już we wniosku o płatność złożonym 16.11.2025 r. częściowe wykonanie ww. wskaźników.

28 listopada 2024 r. KM uchwalił dwie fiszki - jedną konkursową odnoszącą się do Działania 01.13 FERS i mającą na celu kształcenie innych zawodów medycznych związanych ze zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży oraz drugą, niekonkurencyjną, skierowaną do NIPiP, odnoszącą się do Działania 01.12 FERS i mającą na celu podniesienie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych. Wynika z tego, że projekty obejmujące monitoring wszystkich brakujących wskaźników są w trakcie procedowania.

**Tabela 4. Poziom realizacji wskaźników względem Działań 01.12 i 01.13 FERS**

| Kod wskaźnika | Nazwa wskaźnika                                                                                | Wartość dotychczas osiągnięta | Wartość zakładana | Poziom realizacji | Uwagi                                                                                                                 |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| WLWK-PLGCO11  | Liczba lekarzy objętych wsparciem w ramach kształcenia specjalizacyjnego                       | 2 640,00 osób                 | 8 000,00 osób     | 33%               | Realizacja postępuje, ale w tempie wolniejszym od zakładanego; rozpoczęto główne kursy oraz szkolenia specjalizacyjne |
| WLWK-PLGCO14  | Liczba osób, które wzięły udział w szkoleniach prowadzonych w ramach kształcenia podyplomowego | 40,00 osób                    | 7 943,00 osób     | 0,5%              | Niski poziom realizacji wynika z etapu wdrażania projektu w momencie opracowania niniejszego dokumentu.               |

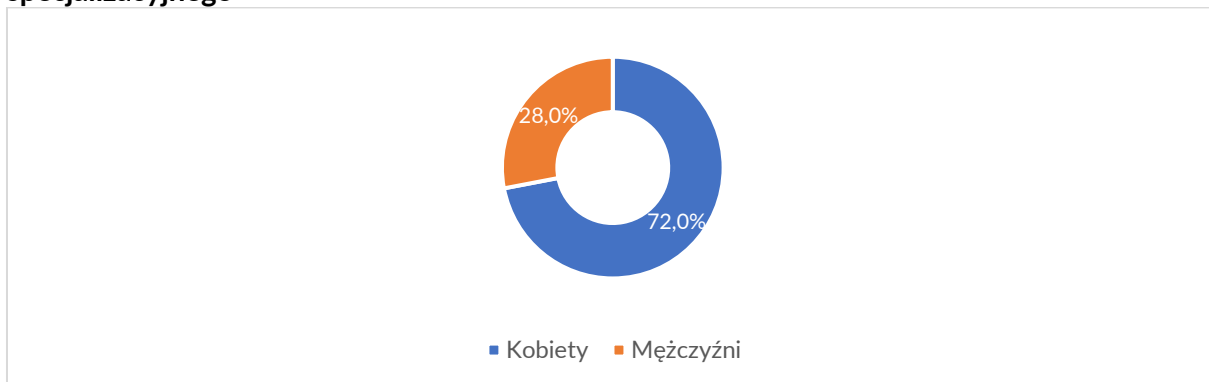
Źródło: opracowanie własne na podstawie Listy Wskaźników Kluczowych/Specyficznych dla Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego z maja 2025 oraz danych dostarczonych przez Zamawiającego

Ze względu na stosunkowo wczesny etap realizacji projektów, na obecnym etapie dostępne są jedynie częściowe dane dotyczące wskaźników produktu. Rozpoczęto już realizację szkoleń i specjalizacji, dlatego możliwe jest określenie liczby osób uczestniczących we wsparciu. Wskaźniki rezultatów będą mogły zostać określone dopiero po zakończeniu działań szkoleniowych i weryfikacji, w jakim stopniu uczestnicy faktycznie podnieśli swoje kompetencje.

Biorąc pod uwagę, że dla omawianych Działań zaplanowane jest łącznie 19 wskaźników, 15 z nich zostało przedstawione w informacjach od Zamawiającego i tylko dwa z nich wykazują jakąkolwiek realizację, widzimy, że jedynie 10,5% wskaźników było do tej pory raportowane. Wskaźnik WLWK-PLGCO11 jest przyporządkowany wyłącznie do Działania 01.12 FERS, także można stwierdzić, że realizacja tego Działania jest na etapie początkowym. Drugi omawiany wskaźnik został przyporządkowany wyłącznie do drugiego omawianego Działania. Podkreślić należy, że niski poziom osiągnięcia wskaźników (zaraportowanych do tej pory) wynika z faktu wczesnego etapu realizacji projektów.

Dotychczasowy poziom osiągnięcia został przedstawiony również w podziale na płeć uczestników – zdecydowana większość lekarzy objętych wsparciem w ramach kształcenia specjalizacyjnego przypadła na kobiety (72%). Również w przypadku szkoleń prowadzonych w ramach kształcenia podyplomowego udział kobiet był wyższy od mężczyzn (60%). Porównując te wyniki do struktury płci wśród pracujących lekarzy (wg. stanu na 2024 rok kobiety stanowiły 59% pracujących lekarzy) oraz innych zawodów medycznych (wg. stanu na 2024 rok kobiety stanowiły 82% pracujących farmaceutów oraz 73% pracujących fizjoterapeutów) można zauważyć, że udział kobiet wśród uczestników projektów FERS jest zbliżony do ich udziału w populacji pracujących przedstawicieli zawodów medycznych<sup>40</sup>. Wskazuje to na relatywnie dobrą dostępność wsparcia dla kobiet<sup>41</sup>, które stanowią większość personelu medycznego w Polsce. Jednocześnie potwierdza to, że działania w ramach FERS nie tylko odzwierciedlają strukturę zatrudnienia w sektorze ochrony zdrowia, ale także mogą przyczyniać się do wzmacniania równości szans i wspierania rozwoju zawodowego kobiet w zawodach medycznych i okołomedycznych.

#### Wykres 14. Struktura płci lekarzy objętych wsparciem w ramach kształcenia specjalizacyjnego

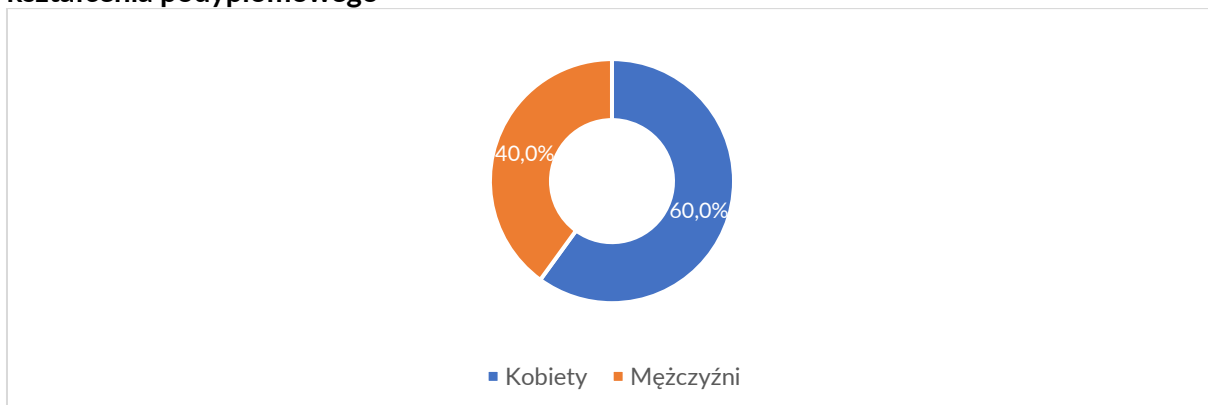


Źródła: obliczenia własne na podstawie tabel realizacji wskaźników Działań 01.12 oraz 01.13 FERS

<sup>40</sup> Obliczenia własne na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/> [dostęp na 12.10.2025 r.].

<sup>41</sup> „Dzięki EFS+ państwa członkowskie i Komisja dążą do zwiększenia uczestnictwa kobiet w zatrudnieniu, a także do lepszego godzenia życia zawodowego i prywatnego, zwalczania feminizacji ubóstwa oraz dyskryminacji ze względu na płeć na rynku pracy oraz w kształceniu i szkoleniu.” Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013 (Dz.U. L 231 z 30.6.2021, pp. 21–59), art. 6.

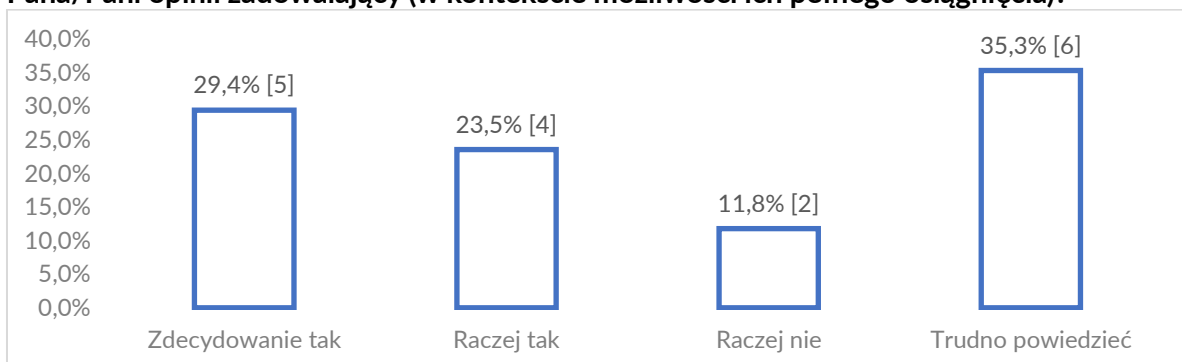
**Wykres 15. Struktura płci osób, które wzięły udział w szkoleniach prowadzonych w ramach kształcenia podyplomowego**



Źródła: obliczenia własne na podstawie tabel realizacji wskaźników Działów 01.12 oraz 01.13 FERS

Ze względu na niski stopień realizacji wskaźników (wynikający z wczesnego etapu wdrażania interwencji) cennych wniosków dostarcza przeprowadzone badanie ankietowe. Większość ankietowanych beneficjentów pozytywnie oceniła dotychczasowy poziom realizacji zakładanych wartości wskaźników. Odpowiedź „zdecydowanie tak” wskazało 29,4% (tj. 5) respondentów, a „raczej tak” – 23,5% (4 osoby), co łącznie stanowi ponad połowę badanych (52,9%, tj. 9 osób). Świadczy to o ogólnie dobrym postrzeganiu postępów w realizacji projektów i przekonaniu o możliwości osiągnięcia zaplanowanych rezultatów. Jednocześnie 11,8% (tj. 2) respondentów uznało, że poziom realizacji wskaźników nie jest w pełni zadowalający (wskazując, że wpływ na to ma ograniczona dostępność uczestników szkoleń oraz czynniki zewnętrzne w postaci sytuacji gospodarczej). Wyniki wskazują zatem na przeważające pozytywne nastawienie wobec realizacji wskaźników, przy jednoczesnej ostrożności części badanych wynikającej z obecnego etapu wdrażania.

**Wykres 16. Czy dotychczasowy poziom realizacji zakładanych wartości wskaźników jest w Pana/Pani opinii zadowalający (w kontekście możliwości ich pełnego osiągnięcia)?**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z beneficjentami (n=17)

Kwestia realizacji wskaźników podjęta została również w trakcie zogniskowanego wywiadu grupowego. Zdaniem przedstawicieli IZ i IP, na poziomie ogólnym założone wskaźniki dla Działów 01.12 i 01.13 FERS **wydają się osiągalne i realne do wypełnienia w perspektywie czasowej programu**. Instytucja Zarządzająca, monitorując postępy, nie sygnalizuje obecnie poważnego ryzyka niewykonania kluczowych celów. Przykładowo wskaźnik dotyczący liczby

przeszkolonych lekarzy (w ramach kształcenia podyplomowego, specjalizacyjnego) jest już na wczesnym etapie realizacji wypełniony w około 80% (co wskazuje na zdecydowanie wyższy poziom niż przedstawiony w tabeli powyżej, opierając się na dotychczasowych wnioskach o płatność).

Jak zaznaczano, sumarycznie kontraktacja środków postępuje i większość projektów jest już uruchomiona, co oznacza, że realizacja wskaźników idzie zgodnie z planem. IZ ocenia, że na poziomie programu nie ma obecnie zagrożenia dla osiągnięcia wymaganych wartości – oczywiście przy założeniu, że wszystkie projekty osiągną swoje planowane rezultaty, ale nie ma sygnałów, by któryś miał istotnie z tego zrezygnować.

Mimo ogólnego optymizmu, dostrzeżono pewne ryzyka na poziomie poszczególnych projektów, które potencjalnie mogą przełożyć się na trudności w pełnym zrealizowaniu wskaźników. Jedno z głównych zagrożeń wiąże się z opisanymi w innej części opracowania wcześniej barierami kadrowymi i organizacyjnymi. W ocenie IP i IZ nie są to jednak na ten moment szczególnie istotne – skutkujące raczej niewielkimi przesunięciami harmonogramu. Niemniej sygnalizowano, że instytucje bacznie obserwują wskaźniki na poziomie każdego projektu, aby wcześniej wyłapać ewentualne odchylenia.

Jak podkreślano w trakcie wywiadu grupowego, istotnym elementem systemu jest monitoring i raportowanie postępów. W nowej perspektywie **zrezygnowano natomiast z niektórych biurokratycznych obowiązków**, co ma pomóc w koncentracji na wynikach. IZ zniósła wymóg składania przez IP obszernych informacji kwartalnych o postępach – uznano bowiem, że generowały one sporo pracy, a nie przekładały się na realne zarządzanie, gdyż dane zbierane kwartalnie często były nieaktualne w momencie analizy. W zamian postawiono na bardziej bezpośrednią komunikację. Ministerstwo Zdrowia jako IP wdrożyło własny mechanizm intensywnego monitoringu – comiesięczne spotkania z beneficjentami i comiesięczne raporty tabelaryczne, w których każdy projekt odnotowuje swój postęp rzeczowy i finansowy. Dzięki temu IP dysponuje na bieżąco aktualnymi informacjami dotyczącymi realizacji wskaźników, w tym liczby osób objętych wsparciem, poziomu wykonania planu, poniesionych wydatków oraz liczby uruchomionych grup szkoleniowych. Taki system pozwala szybko identyfikować problemy (np. jeśli projekt raportuje drugi miesiąc z rzędu brak postępu w liczbie uczestników, to sygnał alarmowy). Kosztem takiego rozwiązania jest znaczne obciążenie administracyjne dla beneficjentów, którzy muszą comiesięcznie przygotowywać dane. Instytucja Pośrednicząca uzasadnia jednak to wymaganie koniecznością zapewnienia możliwości szybkiej reakcji. Zdaniem ewaluatora takie rozwiązanie zasługuje na szczególnie pozytywną ocenę – również w przypadku prowadzonych ewaluacji informacje kwartalne najczęściej zawierały zdezaktualizowane informacje, a dużo przydatniejszy materiał można było zwykle uzyskać z generowanych na bieżąco materiałów monitoringowych. W praktyce publikacja wyników kwartalnych generowała jedynie zbędny obowiązek, nie wnosząc realnej wartości dodanej do systemu monitorowania i ewaluacji. Jednocześnie, jak podkreślono podczas wywiadu grupowego, przepływ informacji o wskaźnikach między IP a IZ mógłby być bardziej płynny. Obecnie IZ zrezygnowała z częstych formalnych raportów na rzecz bieżącego, bardziej elastycznego obiegu informacji. IZ zasugerowała, że dobrą praktyką byłoby organizowanie cyklicznych narad roboczych IZ z IP (np. co kilka miesięcy), by omawiać stan realizacji działań i prognozy wykonania wskaźników. Taka dodatkowa warstwa monitoringu pomogłaby zawczasu

wychwycić zagrożenia na poziomie strategicznym – np. gdyby okazało się, że w jakiejś grupie zawodowej zainteresowanie szkoleniami jest niższe niż zakładano, można by odpowiednio wcześniej uruchomić działania korygujące (np. kampanię informacyjną zachęcającą do udziału albo rozszerzyć grupę docelową). Obecnie mechanizm ma charakter reaktywny – IP informuje IZ dopiero w sytuacji konieczności zmiany projektu lub przesunięcia środków, po napotkaniu trudności. Zdaniem ewaluatora bardziej proaktywne podejście mogłoby się sprawdzić i ograniczyć ryzyka związane z wdrażaniem interwencji.

Uzupełniając powyższą analizę należy również odnieść się do **wyników wywiadów pogłębionych** przeprowadzonych z beneficjentami projektów, w których badani odnieśli się m.in. do kwestii postępów we wdrażaniu projektów. Zaznaczano jednak, że w momencie wywiadów projekty były jeszcze w toku realizacji, poprzez co respondenci ostrożnie podchodzili do oceny ostatecznych rezultatów. Ogólny obraz postępów przedstawiony przez badanych był jednak pozytywny – projekty albo już zrealizowały zaplanowane działania zgodnie z harmonogramem, albo są na dobrej drodze do osiągnięcia założonych wskaźników. W przypadku kilku inicjatyw padło stwierdzenie, że cele produktu (np. liczba przeszkolonych osób, liczba zrealizowanych szkoleń) zostały w znacznej części osiągnięte lub nawet przekroczone, natomiast cele rezultatu (długofalowe efekty) będą mierzalne dopiero po pewnym czasie.

Jak zaznaczano, w projekcie skierowanym do pielęgniarek i położnych, który zakładał utworzenie 15 tysięcy miejsc szkoleniowych, już po pierwszych naborach można było zauważyć, że cele rekrutacyjne zostaną spełnione – **zainteresowanie przerosło oczekiwania, co znacząco zwiększa wypełnienie limitu miejsc**. Organizatorzy uznają to za sukces frekwencyjny i dowód skuteczności dotarcia do grupy docelowej. W projektach specjalizacyjnych dla fizjoterapeutów czy ratowników medycznych również nastąpił pomyślny start – programy szkolenia zostały opracowane, pierwsi uczestnicy rozpoczęli naukę. Niektóre z tych szkoleń potrwają dłużej (np. ze względu na trwający kilka lat cykl specjalizacji), więc pełne wyniki (liczba osób, które zdobyły nowe tytuły czy uprawnienia) możliwe będą do zweryfikowania bliżej końca projektu, ale obecne wskaźniki postępu (np. liczba osób zakwalifikowanych i aktualnie szkolących się) są zgodne z założeniami właściwymi dla tego etapu.

Respondenci, których projekty były bardziej zaawansowane, podkreślali już konkretne osiągnięcia. W jednym z projektów z zakresu zarządzania szpitalami zdołano przeszkolić kilkadziesiąt osób z kadry kierowniczej i – jak zauważyli prowadzący – uczestnicy ci zaczęli wdrażać usprawnienia w swoich placówkach. Jest to istotny rezultat, ponieważ efektywność zarządzania szpitalami jest wskaźnikiem trudnym do rzetelnej oceny w krótkim okresie, ze względu na opóźniony charakter efektów organizacyjnych i finansowych.

Za jedno z największych osiągnięć projektów badani uznają reakcję uczestników i wartość dodaną, jaką dostrzegają u beneficjentów. Większość respondentów podkreśliła, że szkolenia spotkały się z bardzo dobrym odbiorem – uczestnicy chwalą program, mówią o przydatności zdobytej wiedzy. Ta pozytywna informacja zwrotna jest dla realizatorów najlepszym dowodem skuteczności działania. Jako sukces wymieniano także fakt, że projekty udało się



sprawnie uruchomić i prowadzić pomimo wielu przeszkód (które przedstawione zostały w dalszej części analizy) – co pokazuje zdolność zespołów do skutecznej realizacji założeń.

Beneficjenci zapytani o ewentualne rozczarowania nie wskazywali poważnych problemów, choć zwracali uwagę na pewnego rodzaju niedosyt. Jeden z częstszych dotyczył skali finansowania w stosunku do potrzeb – projekty realizują wiele zadań, lecz zapotrzebowanie na wsparcie pozostaje znacznie większe. Przykładowo, bardzo wysoka frekwencja na często przywoływanych kursach dla pielęgniarek generowała również efekt uboczny w postaci niezaspokojonego popytu – część zainteresowanych nie mogła wziąć udziału ze względu na ograniczoną liczbę miejsc, co prowadziło do odczuwanego rozczarowania. Realizatorzy postrzegają to jednak nie jako błąd projektu, a raczej dowód, że należałoby kontynuować i rozszerzać podobne działania.

Ogólna ocena skuteczności projektów przez ich realizatorów jest więc pozytywna i pełna umiarkowanego optymizmu. **Cele są albo już realizowane, albo w zasięgu osiągnięcia.** Choć wczesny etap wdrażania projektów nie dostarcza jeszcze danych o wszystkich wskaźnikach, sukcesem jest duże zainteresowanie i zaangażowanie odbiorców, a także pierwsze namacalne wyniki.

Kwestia realizacji wskaźników podjęta została także w trakcie panelu ekspertów. Ogólna skuteczność realizacji projektów oceniona została (tak jak w przypadku pozostałych metod) jako wysoka, pomimo pojawiających się wyzwań w obszarze wdrażania. Większość projektów zdaniem ekspertów osiągnie lub ma szansę przekroczyć założone wskaźniki rezultatu, co świadczy o sprawnej realizacji i dużym zapotrzebowaniu na oferowane formy kształcenia. Przykładem jest projekt szkoleń dla pielęgniarek i położnych, który już po kilku miesiącach funkcjonowania zgromadził ponad 4 tysiące uczestniczek i uczestników, a docelowo ma przeszkolić 15 tysięcy osób w ciągu około dwóch lat. Zdaniem przedstawicieli tego projektu tempo realizacji jest na tyle dobre, że planowane jest wystąpienie o zwiększenie zarówno limitu uczestników, jak i budżetu – tak, aby objąć szkoleniami maksymalnie dużą liczbę chętnych. Podobnie w projektach dotyczących kadr lekarskich oraz innych zawodów medycznych odnotowano znaczną nadwyżkę popytu, tj. zainteresowanie wielokrotnie przewyższające pierwotnie zaplanowaną liczbę miejsc na kursach. W ocenie ekspertów świadczy to o skutecznej identyfikacji potrzeb (adresaci chcą korzystać ze szkoleń), ale rodzi też konieczność elastycznego zarządzania projektami, tak by w pełni wykorzystać istniejący potencjał. Pozytywnie oceniono fakt, że wiele zespołów projektowych aktywnie reaguje na nadmiar chętnych, na przykład przesuwając środki w budżecie na bardziej oblegane tematy szkoleń lub przygotowując wnioski o dodatkowe dofinansowanie pozwalające zwiększyć skalę działania.

Sprzyjającym czynnikiem okazał się **dobrze zorganizowany system wdrażania od strony instytucjonalnej**. Wśród ekspertów biorących udział w panelu znaleźli się również przedstawiciele beneficjentów analizowanej interwencji – wg ich oceny współpraca z IZ i IP układała się bardzo dobrze. Przedstawiciele projektów podkreślali otwartość i przychylność w zakresie wprowadzania zmian i usprawnień w trakcie realizacji – tam, gdzie było to możliwe w ramach przyjętych założeń konkursowych. Na przykład umożliwiono modyfikację harmonogramów szkoleń w odpowiedzi na nieprzewidziane okoliczności (napływ uchodźców



wojennych), a w razie potrzeby akceptowano włączanie do programów nowych modułów tematycznych odpowiadających aktualnym wyzwaniom. Takie elastyczne zarządzanie projektem pozwoliło na bieżąco dostosowywać działania do zmieniających się warunków, co zwiększyło skuteczność interwencji i jej użyteczność dla uczestników. Eksperci zgodnie stwierdzili, że bez tego typu elastyczności realizacja projektów szkoleniowych w dynamicznie zmieniającym się otoczeniu (epidemia, kryzys migracyjny, nowe regulacje) byłaby znacznie trudniejsza.

## Podsumowanie

Biorąc pod uwagę analizowane pytanie badawcze<sup>42</sup>, zauważyć należy, że dotychczasowe projekty są na dobrej drodze do osiągnięcia założonych wskaźników produktu i rezultatu. Większość beneficjentów ocenia postępy w realizacji wskaźników pozytywnie – ponad połowa badanych stwierdziła, że cele zostały już osiągnięte bądź są bliskie realizacji zgodnie z planem. W wielu projektach wskaźniki produktu (takie jak liczba przeszkolonych osób czy zrealizowanych szkoleń) zostały w znacznej mierze wykonane, a nawet przekroczone ze względu na większe od zakładanego zainteresowanie uczestników. Wskaźniki rezultatu (np. długofalowe efekty w postaci poprawy jakości opieki czy awansu zawodowego uczestników) będą mierzone w późniejszym okresie, jednak pierwsze obserwacje są obiecujące – uczestnicy uzyskują nowe kwalifikacje, potwierdzają wykorzystanie nabytych umiejętności w pracy, a projekty przynoszą wymierne korzyści w postaci np. zwiększenia liczby specjalistów w deficytowych dziedzinach.

Pojawiły się również efekty niezaplanowane wcześniej, głównie o charakterze pozytywnym. Należą do nich inicjatywy podejmowane oddolnie przez uczestników po ukończeniu szkoleń (np. wdrażanie usprawnień w swoich placówkach, dzielenie się zdobytą wiedzą w zespołach) oraz tworzenie się sieci współpracy i kontaktów zawodowych między uczestnikami z różnych regionów i instytucji. Takie efekty uboczne wzmacniają trwałość rezultatów – szkolenia nie tylko podniosły kompetencje indywidualne, ale też zbudowały społeczności praktyków.

---

<sup>42</sup> W jakim stopniu zostały osiągnięte wskaźniki produktu i rezultatu w ramach projektów realizowanych w Działaniu 01.12 oraz 01.13 FERS? Jakie efekty niezaplanowane (pozytywne, negatywne) zostały osiągnięte w Działaniu 01.12 oraz 01.13 FERS? Co należy poprawić, aby osiągnąć zaplanowane produkty i rezultaty w większym stopniu?

### 6.3. Komplementarność i synergia działań<sup>43</sup>

Działania 01.12 oraz 01.13 FERS adresują podnoszenie kwalifikacji osób pracujących w sektorze ochrony zdrowia. Działania te uzupełniają wcześniejsze inicjatywy (np. finansowane z unijnych środków w ramach programu PO WER kursy dla ok. 31,5 tys. pielęgniarek i położnych)<sup>44</sup>. Podkreślić należy więc ciągłość zapewniania wsparcia kompetencyjnego.

Równolegle Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększenia Odporności (KPO) wdraża tzw. „system zachęt” dla nowych kadr medycznych. Obejmuje on stypendia dla studentów kierunków: lekarski, lekarsko-dentystyczny, analityka medyczna, fizjoterapia i farmacja oraz, w drugim filarze, dla studentów pielęgniarstwa, położnictwa i ratownictwa medycznego<sup>45</sup>. W KPO przewidziano również wsparcie inwestycji infrastrukturalnych obiektów dydaktycznych, inwestycja KPO D2.1.1 przewiduje dofinansowanie modernizacji obiektów dydaktycznych, w których ma miejsce kształcenie m.in. na kierunkach lekarskich czy lekarsko dentystycznych<sup>46</sup>. Całokształt kompleksowych zachęt dopełnia działanie 5 omawianego systemu, które oferuje wsparcie mentorskie dla młodych pielęgniarek, pielęgniarzy, położnych i ratowników medycznych<sup>47</sup>. KPO skupia się głównie na zachęcaniu do wyboru i pozostania w zawodach medycznych, co stanowi uzupełnienie programu FERS, w którym inwestuje się w podnoszenie kompetencji już zatrudnionego personelu. Współdziałanie obu programów zwiększa liczbę i jakość kadr systemu ochrony zdrowia w Polsce.

W ramach programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko 2021-2027 (FEnIKS) wsparcie zdrowotne koncentruje się zwykle na infrastrukturze i wyposażeniu. Przykładowo, nabory ogłaszane przez MZ dotyczą rozbudowy i modernizacji ośrodków zdrowia (np. dziecięcej psychiatrii) oraz zakupu sprzętu medycznego i niemedycznego<sup>48</sup>. Takie projekty uzupełniają więc wsparcie oferowane w ramach FERS od strony materialnej.

MZ w ramach Działania 01.13 FERS realizuje również projekty kontynuujące działania podjęte w ramach POWER REACT EU. Przykładem jest projekt nr FERS.01.13-IP.07-0001/24 Szkolenie specjalizacyjne dla ratowników medycznych oraz pielęgniarek – chirurgiczna asysta

---

<sup>43</sup> W ramach rozdziału udzielono odpowiedzi na następujące pytanie badawcze:

- W jakim stopniu wsparcie w Działaniu 01.12 oraz 01.13 FERS jest komplementarne z podobnymi działaniami z innych źródeł finansowania - np. KPO, programów regionalnych, innych inicjatyw, programów, projektów realizowanych / nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia?

<sup>44</sup> [https://zdrowie.gov.pl/aktualnosc-4011-wsparcie\\_ksztalcenia\\_podyplomowego.html](https://zdrowie.gov.pl/aktualnosc-4011-wsparcie_ksztalcenia_podyplomowego.html) [dostęp na 13.10.2025 r.].

<sup>45</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/system-zachet-do-studiowania-kierunkow-medycznych--ruszyla-druga-edycja-programu-stypendialnego> [dostęp na 13.10.2025 r.].

<sup>46</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/d211-wsparcie-inwestycji-infrastrukturalnych-obiektow-dydaktycznych> [dostęp na 13.10.2025 r.].

<sup>47</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rusza-druga-edycja-naboru-wnioskow-w-ramach-dzialania-5-systemu-zachet--mentoring-dla-absolwentow-pielęgniarstwa-polożnictwa-i-ratownictwa-medycznego> [dostęp na 13.10.2025 r.].

<sup>48</sup> <https://www.feniks.gov.pl/strony/aktualnosci/282-mln-zl-na-rozwoj-centrow-zdrowia-psychicznego-dla-dzieci-i-młodzieży-ii-poziom-referencyjny/> [dostęp na 13.10.2025 r.].

lekarza, który ma na celu dofinansowanie kontynuacji szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie chirurgicznej asysty lekarza dla uczestników, którzy rozpoczęli szkolenie specjalizacyjne w ramach projektu POWER REACT EU nr POWR.07.01.00-00-0007/22 pn. „Pilotażowy program szkolenia specjalizacyjnego dla ratowników medycznych, pielęgniarek i fizjoterapeutów – chirurgiczna asysta lekarza”<sup>49</sup>. Takie inicjatywy rozwijają nowe ścieżki oraz kontynuują dotychczasowe formy kształcenia specjalizacyjnego, równoległe lub komplementarne wobec projektów FERS.

Ocenić należy, że Działania 01.12 i 01.13 FERS są wysoce komplementarne z działaniami KPO i Regionalnymi Programami ponieważ obejmują różne etapy i aspekty kształcenia medycznego. KPO wspiera edukację i zatrudnienie młodych, FERS inwestuje w podnoszenie kwalifikacji osób już w zawodzie, a w RP na przykładzie Funduszy Europejskich dla Śląskiego (FE SL) wspierane są innowacyjne rozwiązania cyfrowe w ochronie zdrowia oraz infrastruktura ochrony zdrowia<sup>50</sup>. Dzięki temu te działania współgrają, np.: absolwent, który uzyskał wsparcie dzięki KPO może w przyszłości korzystać z kursów FERS i pracować w zmodernizowanym i dobrze wyposażonym miejscu pracy. Ryzyko powtórzeń jest minimalne, gdyż zakresy są wyraźnie podzielone.

Istnieje także dokument opracowany w celu wyeliminowania powielania działań w programach unijnych, ogólnopolskich i regionalnych. Jest to opracowanie pt. „Linia demarkacyjna. Podział interwencji i zasad wdrażania krajowych i regionalnych programów operacyjnych w perspektywie finansowej na lata 2021–2027, którego opracowanie miało na celu doprecyzowanie zapisów UP. Uzupełniono w nim zapisy nt. podziału interwencji w konkretnych celach pomiędzy programy krajowe i regionalne. Inaczej mówiąc, linia demarkacyjna ma na celu zapobieganie podwójnemu finansowaniu działań wspieranych z różnych programów finansowanych z unijnej polityki spójności<sup>51</sup>.

Kwestia komplementarności podjęta została również podczas przeprowadzonego zogniskowanego wywiadu grupowego z przedstawicielami IZ i IP. Jak zaznaczano, Działania 01.12 i 01.13 FERS zostały zaprojektowane oraz są wdrażane z troską o zachowanie komplementarności względem innych inicjatyw w obszarze kształcenia kadr medycznych, tak aby uniknąć dublowania wsparcia. Jest to o tyle istotne, że w ostatnich latach sektor ochrony zdrowia korzysta z wielu źródeł finansowania – poza programem FERS (finansowanym z EFS+), także z funduszy krajowych, środków z Krajowego Planu Odbudowy czy programów regionalnych. IZ wraz z IP pilnują linii demarkacyjnych, tj. ustalonych podziałów tematycznych i finansowych między programami (przy czym istotną rolę odgrywa również KS, który uzgadnia Plany działań w sektorze zdrowia, opiniuje projekty i zapewnia spójność interwencji zdrowotnych finansowanych z różnych programów). Ustalono bowiem wyraźnie, które typy szkoleń finansowane są ze środków FERS, a które pozostają w zakresie KPO lub programów regionalnych, co pozwala uniknąć dublowania finansowania tych samych działań. Jak już

---

<sup>49</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/chirurgiczna-asysta-lekarza> [dostęp na 13.10.2025 r.].

<sup>50</sup> Przewodnik Dla Beneficjentów FE SL 2021-2027, Załącznik nr 1 do Uchwały nr 279/61/VII/2025 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 12.02.2025 r.

<sup>51</sup> Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej Departament Programów Regionalnych. Linia demarkacyjna Podział interwencji i zasad wdrażania programów krajowych i regionalnych w perspektywie finansowej na lata 2021-2027 kwiecień 2024 r.

zaznaczono, wszelkie projekty muszą być zgodne z zasadą, że dane działanie nie otrzyma podwójnego finansowania z dwóch różnych funduszy UE. Dlatego na etapie planowania projektów sprawdza się, czy podobny zakres nie jest już realizowany gdzie indziej. Gdy Ministerstwo Zdrowia zgłasza fiszki projektowe do Komitetu Monitorującego, Instytucja Zarządzająca analizuje je także pod kątem komplementarności. W przypadku wykrycia, że projekt realizowany w Działaniu 01.13 FERS pokrywa się z projektem finansowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego danego województwa, podejmowana byłaby decyzja o modyfikacji zakresu działań lub rezygnacji z interwencji na poziomie krajowym.

Mechanizmem instytucjonalnym zapewniającym tę spójność jest działalność KS. W tym gremium zasiadają przedstawiciele różnych programów finansujących sektor zdrowia – zarówno krajowych (FERS, KPO), jak i przedstawiciele regionów. Komitet opiniuje propozycje projektów i monitoruje, czy wspólne cele różnych interwencji się uzupełniają, a nie nakładają lub kolidują. W praktyce dyskutowane są tam np. tematy szkoleń kadr medycznych w programach regionalnych – jeżeli jakieś województwo planuje szkolić określoną grupę zawodową, a jednocześnie program krajowy ma podobny pomysł, na forum Komitetu można to skoordynować. Niekiedy rozstrzygnięcie polega na uzgodnieniu, że region szkoli tylko kadry w podległych mu podmiotach (np. domach pomocy społecznej), a program krajowy skupi się na personelu szpitali klinicznych. W innych przypadkach efektem rozstrzygnięć jest zmiana skali – np. w sytuacji kiedy wiele regionów szkoli personel w zakresie opieki długoterminowej, program krajowy może ten temat potraktować mniej priorytetowo i skupić się na obszarach, których regiony nie pokrywają. Tego typu decyzje zapadają w celu uniknięcia sytuacji, w których wszyscy strony realizują te same zadania lub w których o pewną grupę chętnych uczestników będą konkurować zbliżone projekty.

Podczas wywiadu grupowego wskazano na przykład ogłoszonego konkursu na projekt zapewniający wsparcie psychologiczne dla nieformalnych opiekunów osób przewlekle chorych i z niepełnosprawnościami. Temat ważny, ale okazało się, że zainteresowanie konkursem było niższe od oczekiwań. Jedną z przyczyn mogło być to, że programy regionalne już prowadzą podobne działania, finansując usługi psychologiczne i szkolenia dla opiekunów w swoich społecznościach lokalnych. Innymi słowy, rynek był częściowo nasycony takimi inicjatywami na poziomie regionów, więc nowa oferta krajowa nie wzbudziła dużego odzewu – być może potencjalni realizatorzy lub odbiorcy byli już zaangażowani gdzie indziej. Pokazuje to, że nawet przy dążeniu do zapewnienia komplementarności mogą pojawiać się obszary styku, w których granica kompetencji poszczególnych programów jest stosunkowo płynna. Jak również podkreślano podczas wywiadu grupowego, warunkiem zgody na dofinansowanie jest m.in. zgodność z właściwymi strategiami sektorowymi i brak nakładania się z trwającymi programami (np. jeżeli w ramach KPO finansowane są centra symulacji medycznej, FERS nie będzie powielać tych inwestycji, lecz uzupełni je poprzez tworzenie centrów symulacji endoskopowej, zapewnienie szkoleń dla kadry oraz doposażenie już istniejących jednostek). Podobnie, IP konsultuje każde większe działanie z resortem funduszy, by zachować przejrzysty podział ról. Dublowanie wsparcia jest więc w miarę możliwości eliminowane ex ante, a w sytuacji wystąpienia równoległych działań są one uzasadnione odmiennością grup docelowych lub innym wymiarem interwencji (np. jeden program szkoli personel medyczny, a inny – opiekunów społecznych, co może brzmieć podobnie, ale ostatecznie celuje w inne osoby).

Ponadto respondenci zaznaczyli, że również kwestia konkurencji o uczestników między projektami pozostaje monitorowana (jak już zaznaczono we wcześniejszym fragmencie). Jeżeli dwa różne źródła finansowania oferują zbliżone szkolenia tej samej grupie (np. pielęgniarki w danym regionie), istnieje ryzyko, że jedna oferta „podbierze” chętnych drugiej albo że ci sami ludzie będą się szkolić dwa razy z tego samego. Mechanizmy zapobiegania temu to przede wszystkim informacja i koordynacja - IP, poprzez wspomniany Komitet Sterujący oraz współpracy z instytucjami regionalnymi, stara się monitorować realizację poszczególnych interwencji. Beneficjenci projektów krajowych są zwykle instytucjami o zasięgu ponadregionalnym, więc docierają do uczestników w całym kraju – w trakcie rekrutacji mogą ocenić, czy w danym województwie nie ma już podobnej oferty i ewentualnie skupić nabór na innych obszarach. Jest to forma miękkiej, lecz skutecznej koordynacji. Przykładowo, gdy projekt centralny odnotował trudności w zebraniu grupy szkoleniowej w jednym województwie (ponieważ podobne działania były tam wcześniej realizowane na poziomie regionalnym), przesunięto akcent działań promocyjnych na inne regiony. Takie elastyczne reagowanie zapobiega bezpośredniemu konkurowaniu o te same osoby.

Można tym samym ocenić, że **komplementarność jest skutecznie zapewniona na poziomie systemowym**. Programy nie dublują się, lecz uzupełniają w osiąganiu wspólnych celów (poprawy kompetencji kadr medycznych). Oczywiście wymaga to stałej czujności – sektor jest na tyle złożony, a inicjatyw dużo, że łatwo o niezamierzone ząbienia. Dlatego rola forum wymiany informacji (Komitet Sterujący, grupy robocze między ministerstwami) jest nie do przecenienia. Dotychczas zastosowane mechanizmy działają i gdy tylko pojawia się sygnał potencjalnego duplikatu, analizuje się go i wyciąga wnioski. Dzięki trzymaniu się tej zasady, Działania 01.12 i 01.13 FERS wypełniają luki, a nie powielają istniejących programów, co czyni je integralną częścią większego obrazu inwestycji w kadry systemu zdrowia, zamiast odrębnym bytem bez związku z resztą.

Podobnie jak w przypadku poprzednich podrozdziałów, tak i w tym miejscu warto uzupełnić powyższą analizę o wnioski z przeprowadzonego panelu ekspertów. Dyskusja ta również potwierdziła, że **program FERS wypełnił istotną lukę**, jaka istniała po wyczerpaniu środków regionalnych przeznaczonych na szkolenia pracowników służby zdrowia. W poprzednich latach część szkoleń podyplomowych finansowano z funduszy wojewódzkich czy RPO, jednak te konkursy miały charakter otwarty i często zdarzało się, że do realizacji szkoleń medycznych przystępowały podmioty nie posiadające doświadczenia w branży (np. firmy szkoleniowe wcześniej zajmujące się kursami językowymi, które dostosowywały się ad hoc do wymogów konkursu). Efektem bywała niższa jakość merytoryczna i brak powiązania z instytucjami systemu ochrony zdrowia. Obecnie, dzięki podjętej interwencji i ukierunkowaniu jej na konkretne zawody medyczne, uniknięto rozdrobnienia i przypadkowości charakterystycznej dla konkursów otwartych. Szkolenia FERS są komplementarne wobec działań systemowych – stanowią jednolity, nadzorowany strumień wsparcia skierowany stricte do personelu medycznego, realizowany często we współpracy z uznanymi podmiotami (centra kształcenia podyplomowego, izby zawodowe, publiczne jednostki ochrony zdrowia). Dzięki temu udało się wyeliminować niespójności i dublowanie inicjatyw - w ocenie ekspertów obecnie nie ma innego równoległego programu, który oferowałby podobny zakres szkoleń dla tej grupy



docelowej, więc FERS realnie uzupełnia krajowy system doskonalenia zawodowego, zamiast konkurować z innymi projektami.

**Synergia wewnątrz samego programu** ujawniła się natomiast poprzez współpracę między projektami a zmianami systemowymi i potrzebami rynku pracy. Paneliści podali przykład szkoleń dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej finansowanych z FERS, które to szkolenia były niezbędne, aby lekarze ci mogli spełnić nowe wymogi ustawowe i utrzymać uprawnienia (status lekarza POZ) po zmianie przepisów. W tym sensie działania projektu dopełniły reformę systemową – bez takiego wsparcia wielu lekarzy mogłoby mieć trudności z terminowym ukończeniem wymaganych kursów. Innym przykładem komplementarności było szybkie dostosowanie zakresu szkoleń do priorytetów zdrowotnych pojawiających się w strategiach publicznych. Tematy takie jak zdrowie psychiczne w kontekście traumy wojennej czy wspomniane wcześniej kompetencje cyfrowe (sztuczna inteligencja, e-zdrowie) wpisują się w krajowe i unijne kierunki rozwoju usług medycznych. Dzięki elastyczności FERS te zagadnienia zostały włączone do oferty szkoleniowej niemal równoległe z tym, gdy stały się przedmiotem szerszych programów rządowych (np. planowana cyfryzacja medycyny szkolnej do 2027 r.). W ten sposób program zachowywał synergii z politykami publicznymi – wspierał kadrę w przygotowaniu się na nadchodzące zmiany organizacyjne i technologiczne.

Eksperti zwrócili też uwagę na **synergii między kształceniem podyplomowym finansowanym z FERS a systemem kształcenia przeddyplomowego**. Tutaj opinie były podzielone. Z jednej strony pojawił się pogląd, że program częściowo pełni funkcję kompensacyjną wobec niedoskonałości systemu kształcenia podstawowego – uzupełnia braki, które nie powinny występować (np. zapewnia absolwentom szkolenia praktyczne, które powinni byli nabyć na etapie studiów). Niektórzy uczestnicy wskazywali, że zamiast przeznaczać środki unijne na nadrobienie tych zaległości, należałoby w większym stopniu zreformować programy studiów medycznych i pielęgniarstwa, tak aby absolwenci wchodzili na rynek pracy lepiej przygotowani, zwłaszcza w zakresie nowoczesnych metod leczenia, obsługi sprzętu oraz kompetencji miękkich. Z drugiej strony jednak zgodzono się, że dopóki reforma kształcenia przeddyplomowego nie przyniesie efektów, szkolenia takie jak FERS są koniecznym i rozsądnym uzupełnieniem. Przedstawiciele środowiska akademickiego wskazali, że nawet najlepsze programy studiów nie zdołają przewidzieć wszystkich przyszłych potrzeb – świat medycyny ewoluuje, pojawiają się nowe terapie, procedury, technologie. Dlatego system doskonalenia zawodowego finansowany z funduszy publicznych jest komplementarny wobec szkolnictwa wyższego - pozwala aktualizować i rozszerzać kompetencje kadr już pracujących, co bezpośrednio przekłada się na jakość opieki. W ocenie panelistów, FERS bardzo dobrze wpasował się między edukacją a praktykę – działa w charakterze pomostu, przenosząc najnowszą wiedzę i standardy do codziennej pracy personelu medycznego. Ten transfer wiedzy wzmacnia również spójność kompetencyjną w skali kraju, tj. dzięki centralnemu programowi specjaliści z różnych regionów szkolili się według ujednoliconych programów, co zmniejsza dysproporcje w poziomie usług zdrowotnych między ośrodkami.

Poruszono też kwestię **synergii między poszczególnymi projektami i sektorami** – na ile różne zawody lub instytucje korzystające z FERS współpracują i się uzupełniają. Tutaj jako mankament wskazano brak możliwości łączenia grup zawodowych w ramach jednych szkoleń (z powodów formalnych, opisanych wcześniej). Gdyby np. lekarze i pielęgniarki mogli razem



uczestniczyć w pewnych modułach (zwłaszcza dotyczących komunikacji, pracy zespołowej czy opieki koordynowanej), byłaby to wartość dodana budująca porozumienie pomiędzy przedstawicielami różnych profesji w ochronie zdrowia. Niestety, struktura projektów (osobne działania dla każdej grupy) nie przewidywała takich wspólnych form, co eksperci uznali za utraconą szansę na wypracowanie efektów synergii pomiędzy poszczególnymi zawodami. Mimo to dostrzeżono pozytywne przykłady współpracy: np. projekty prowadzone przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego angażowały różne instytucje (uczelnie, szpitale, izby zawodowe) w roli partnerów lub podwykonawców, co budowało sieć współpracy w środowisku. W projektach pielęgniarskich współdziałano z okręgowymi izbami i towarzystwami naukowymi przy tworzeniu programów kursów, aby zapewnić ich zgodność z standardami zawodowymi. Te działania przyczyniły się do wymiany wiedzy i doświadczeń między podmiotami zaangażowanymi w kształcenie kadr – co można uznać za miękką synergiię na poziomie instytucjonalnym.

Kolejny wymiar komplementarności dotyczy **innych potrzeb systemu ochrony zdrowia**, które nie zostały objęte FERS. Eksperci zgodnie zasygnalizowali tutaj obszar inwestycji w infrastrukturę i wyposażenie wspierające zdobytą wiedzę. Przedstawicielki środowiska pielęgniarek wskazały, że choć program zapewnia szkolenia, to brakuje działań towarzyszących, np. doposażenia pielęgniarek w narzędzia informatyczne. Dla kontrastu – lekarze podstawowej opieki zdrowotnej dwukrotnie otrzymywali środki (spoza FERS) przeznaczone na zakup komputerów i systemów IT w ramach wdrażania EDM i opieki koordynowanej, podczas gdy pielęgniarki POZ były z tych funduszy wyłączone. Tego rodzaju niespójność oznacza, że choć pielęgniarki uczą się nowych kompetencji (np. dokumentacji elektronicznej, telemedycyny), to nie mają zagwarantowanego sprzętu do ich wykorzystania. Paneliści podkreślili potrzebę takiego projektowania interwencji w przyszłości, by szkolenia szły w parze z inwestycjami w narzędzia pracy – tylko wtedy efekt będzie pełny.

## Podsumowanie

Biorąc pod uwagę analizowane pytanie badawcze<sup>52</sup>, zauważyć należy, że wsparcie oferowane w Działaniach 01.12 i 01.13 FERS jest zaplanowane komplementarnie względem podobnych inicjatyw finansowanych z innych źródeł, takich jak Krajowy Plan Odbudowy (KPO), programy regionalne czy inne projekty Ministerstwa Zdrowia. FERS koncentruje się na podnoszeniu kwalifikacji już pracujących kadr sektora zdrowia, uzupełniając tym samym działania ukierunkowane na zwiększanie liczby nowych pracowników i inwestycje infrastrukturalne. Równolegle realizowany komponent KPO wprowadził system zachęt dla przyszłych kadr medycznych (stypendia dla studentów kierunków medycznych oraz inwestycje w infrastrukturę dydaktyczną) – FERS dopełnia ten mechanizm, oferując rozwój kompetencji personelu już zatrudnionego. Razem oba programy zwiększają zarówno liczebność, jak i jakość kadr medycznych. Ponadto FERS na poziomie krajowym kontynuuje i rozwija interwencje zapoczątkowane wcześniej w programach takich jak POWER (np. kontynuacja szkoleń specjalizacyjnych pielęgniarek i ratowników medycznych finansowanych wcześniej z REACT-

---

<sup>52</sup> W jakim stopniu wsparcie w Działaniu 01.12 oraz 01.13 FERS jest komplementarne z podobnymi działaniami z innych źródeł finansowania - np. KPO, programów regionalnych, innych inicjatyw, programów, projektów realizowanych / nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia?

EU). Wsparcie z FERS zostało tak zaprojektowane, aby nie dublować się z programami regionalnymi – istnieją jasne linie demarkacyjne między zakresem szkoleń finansowanych z programu krajowego a inicjatywami wojewódzkimi. Mechanizmy koordynacji (np. Komitet Sterujący z udziałem ministerstw i regionów) czuwają nad tym, by tematy podejmowane w projektach FERS nie pokrywały się z już wspieranymi w ramach regionalnych programów operacyjnych. Obecnie FERS realnie wypełnia luki w systemie kształcenia kadr medycznych zamiast konkurować z innymi źródłami finansowania. Przykładem synergii jest też szybkie dostosowanie oferty FERS do zmian systemowych – gdy wprowadzono nowe wymogi ustawowe dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, projekty FERS zapewniły potrzebne szkolenia, umożliwiając tym lekarzom spełnienie obowiązków i utrzymanie uprawnień. Również współdziałanie z programem FEnIKS (inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia) ma komplementarny charakter: podczas gdy FEnIKS doposaża placówki w sprzęt i modernizuje obiekty, FERS szkoli personel, który z tych unowocześnień korzysta.

## 6.4. Potrzeby kompetencyjne i rozwój kadr

### 6.4.1. Identyfikacja brakujących rodzajów wsparcia<sup>53</sup>

Analiza danych i prognoz demograficznych wskazuje na **niewielki zakres obszarów niedostatecznie objętych wsparciem**. Przede wszystkim chodzi o ogromne niedobory kadrowe w medycynie, które przekraczają skalę obecnych działań szkoleniowych. W celu skondensowania informacji została opracowana poniższa tabela, w której przedstawiono aktualnie realizowane projekty, ich grupy docelowe oraz rodzaje wsparcia.

**Tabela 5. Realizowane od 2023 r. projekty w ramach Działań 01.12 oraz 01.13 FERS – grupy docelowe i rodzaje oferowanego wsparcia**

| Nazwa projektu                                                                                                                         | Grupa docelowa                                                                                                           | Metody wsparcia                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wspieranie kształcenia podyplomowego lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych Polski | Lekarze w trakcie specjalizacji w wybranych 12 dziedzinach medycyny oraz lekarze POZ posiadający wskazane specjalizacje. | Kursy specjalizacyjne oraz doskonalące; dofinansowanie kosztów podróży i noclegu; granty szkoleniowe.                                      |
| Wsparcie kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Polsce                                                                   | Pielęgniarki, pielęgniarze i położne                                                                                     | Kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne, doksztalcające; kurs uzupełniający z zakresu pielęgniarstwa dla położnych; platforma e-learningowa. |
| Działania zwiększające kompetencje koordynatorów opieki w placówkach POZ                                                               | Koordynatorzy opieki oraz kadry organizacyjnych, administracyjnych i zarządczych                                         | Szkolenia.                                                                                                                                 |

<sup>53</sup> W ramach rozdziału udzielono odpowiedzi na następujące pytanie badawcze:

- Jakiego rodzaju wsparcia brakuje w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS i dlaczego? Czy istnieją potrzeby beneficjentów / uczestników projektów, w ramach których wsparcie było niewystarczające? Jeżeli tak, to jakie i jakie działania należy przewidzieć, aby im sprostać?



| Nazwa projektu                                                                                                                                                                                                | Grupa docelowa                                                                                                                                           | Metody wsparcia                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                               | w podmiocie leczniczym posiadającym umowę z NFZ na opiekę koordynowaną                                                                                   |                                                                                       |
| Szkolenie specjalizacyjne dla ratowników medycznych oraz pielęgniarek – chirurgiczna asysta lekarza                                                                                                           | Dla 15 uczestników, którzy rozpoczęli szkolenie specjalizacyjne w ramach projektu POWER REACT EU nr POWR.07.01.00-00-0007/22                             | Kontynuacja realizacji programu szkolenia specjalizacyjnego.                          |
| Podniesienie kompetencji pracowników i pracowniczek Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakresie bezpieczeństwa żywności i żywienia, higieny środowiska oraz higieny radiacyjnej                                | Pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej                                                                                                               | Szkolenia; film edukacyjny.                                                           |
| Realizacja kursów z języka angielskiego dla dyspozytorów i dyspozytorek medycznych, wojewódzkich koordynatorów i koordynatorek ratownictwa medycznego oraz kierowników i kierowniczek dyspozytorni medycznych | Dyspozytorzy i dyspozytorki medyczne; wojewódzcy koordynatorzy i koordynatorki ratownictwa medycznego, kierownicy i kierowniczki dyspozytorni medycznych | Kursy z języka angielskiego.                                                          |
| Szkolenie specjalizacyjne dla osób wykonujących zawód fizjoterapeuty i farmaceuty                                                                                                                             | Fizjoterapeuci; farmaceuci                                                                                                                               | Szkolenia specjalizacyjne.                                                            |
| Szkolenia kadry Lotniczego Pogotowia Ratunkowego                                                                                                                                                              | Kadra LPR                                                                                                                                                | Szkolenia z regulacji krajowych i europejskich; szkolenia z użyciem symulatora lotów. |
| Szkolenia w zakresie cyfryzacji dokumentacji medycznej w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami                                                                                                       | Osoby realizujące profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w szkołach                                                                                | Szkolenia.                                                                            |
| Rozwój kompetencji specjalistów ochrony zdrowia z zakresu realizacji badań naukowych                                                                                                                          | Pracownicy zatrudnieni w podmiotach leczniczych, które świadczą szpitalne usługi medyczne oraz pracownicy organów założycielskich podmiotów leczniczych  | Szkolenia.                                                                            |
| MindCare: Kompleksowy program wzmacniania kadr psychiatrii dzieci i młodzieży                                                                                                                                 | Kadry psychiatrii dzieci i młodzieży                                                                                                                     | Szkolenia oraz szkolenia specjalizacyjne.                                             |
| Kompetencje dla Przyszłości – wsparcie i rozwój kadr w ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży                                                                                                       | Kadry ochrony zdrowia psychicznego zajmujące się wsparciem dzieci i młodzieży zagrożonych wystąpieniem zaburzeń psychicznych                             | Szkolenia.                                                                            |



| Nazwa projektu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Grupa docelowa                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Metody wsparcia                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Na ratunek - kadry DIM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Pracownicy systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży                                                                                                                                                                                                                                   | Szkolenia i szkolenia specjalizacyjne.                                                                                                                                                                             |
| Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju                                                                                                                                                                                                                           | Opiekunowie medyczni                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Kursy kwalifikacyjne i doskonalące.                                                                                                                                                                                |
| Centrum Doskonałości Zarządzania Szpitalami – rozwój kompetencji zarządczych kadr zarządzających oraz nadzorujących szpitale                                                                                                                                                                                                                                  | Kadra zarządczów wyższego i średniego szczebla szpitali publicznych oraz kadra nadzorująca publiczne podmioty lecznicze                                                                                                                                                                              | Szkolenia, platforma edukacyjno-informacyjna; doradztwo eksperckie.                                                                                                                                                |
| Zwiększenie kompetencji osób wykonujących zawody: asystentki stomatologicznej, elektroradiologa, higienistki stomatologicznej, instruktora terapii uzależnień, optometryści, ortoptystki, profilaktyka, protetyka słuchu, technika farmaceutycznego, technika masażysty, technika ortopedy, technika sterylizacji medycznej oraz terapeutę zajęciowego (IZM). | Asystentki stomatologiczne, elektroradiolodzy, higienistki stomatologiczne, instruktorzy terapii uzależnień, optometryści, ortoptystki, profilaktycy, protetycy słuchu, technicy farmaceutyczni, technicy masażysty, technicy ortopedyczni, technicy sterylizacji medycznej oraz terapeutę zajęciowi | Kursy doskonalące; materiały szkoleniowe; dofinansowanie kosztów podróży na kursy.                                                                                                                                 |
| Kształcenie praktyczne kluczem do wysokiej jakości usług fizjoterapeutycznych i wyższej jakości opieki nad pacjentem                                                                                                                                                                                                                                          | Fizjoterapeuci                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Szkolenia stacjonarne i online.                                                                                                                                                                                    |
| Podniesienie kompetencji kadry zaangażowanej w pomoc osobom z różnymi zaburzeniami narządów zmysłów                                                                                                                                                                                                                                                           | Specjaliści i specjalistki zajmujące się rehabilitacją zaburzeń narządów zmysłów                                                                                                                                                                                                                     | Opracowanie i wdrożenie programu szkoleniowego obejmującego część teoretyczną i praktyczną                                                                                                                         |
| Szkolenia doskonalące dla koordynatorów i koordynatorek opieki onkologicznej i kardiologicznej                                                                                                                                                                                                                                                                | Koordinatory/koordynatorki opieki onkologicznej lub kardiologicznej                                                                                                                                                                                                                                  | Szkolenia i konsultacje eksperckie; utworzenie platformy edukacyjnej z materiałami i bazą wiedzy; wsparcie w zakresie koordynacji ścieżki diagnostyki, leczenia, rehabilitacji i opieki po leczeniu dla pacjentów. |

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji o projektach w ramach FERS udostępnianych w RPD, materiałach od Zamawiającego oraz w Serwisie Rzeczypospolitej Polskiej

Pielęgniarki i położne - mimo że z Działania 01.12 FERS finansowane są szkolenia dla kilkunastu tysięcy pielęgniarek i położnych, to według stanu na 2024 rok pracujących pielęgniarek było prawie 231 tys., a położnych ponad 30 tys.<sup>54</sup> Wynika z tego, że przy planowanej skali finansowania (tj. ponad 15 tys. pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych<sup>55</sup>) luka kadrowa pozostaje istotna. Dodatkowo w Działaniach FERS nie zostały przewidziane instrumenty mające na celu wsparcie zatrzymania pracowników czy zwiększenie zainteresowania zawodem. Szkolenia i specjalizacje podyplomowe nie zaspokoją głównych problemów związanych z omawianymi zawodami, a wynikających ze zbyt niskiego zainteresowania zawodem. Brakuje również kursów z pielęgniarstwa geriatrycznego, pomimo że starzenie się ludności jest szybko postępującym problemem demograficznym.

Działanie 01.13 FERS obejmuje również szkolenia dla kadry zarządzającej, organizacyjnej i administracyjnej podmiotów ochrony zdrowia, lecz brakuje kursów MBA czy podyplomowych w zarządzaniu placówkami medycznymi.

Obecna oferta wsparcia jest kompletna i dopracowana. Obejmuje szkolenia podyplomowe, kursy, specjalizacje, także w formie e-learningu. Zapewniono więc wsparcie dla szerokiego grona odbiorców przekazywane w różnorodnej formie w celu dostosowania do potrzeb beneficjentów. Jednocześnie program jest skoordynowany z działaniami KPO i RPO oferując kompleksowe wsparcie. Główną luką wykrytą podczas analizy danych zastanych jest więc stosunkowo niska (względem potrzeb) liczba planowanych uczestników.

W poprzedniej tabeli, wskazano formy wsparcia stosowane w dotychczas realizowanych projektach w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS. Nie obejmują one jednak wszystkich możliwych form wsparcia wynikających z zapisów SZOP FERS. Kolejna tabela przedstawia zestawienie form wsparcia planowanych dla poszczególnych z omawianych działań oraz metod wsparcia stosowanych w projektach.

**Tabela 6. Zestawienie form wsparcia dla Działania 01.12 i 01.13 z SZOP FERS z realizowanymi w projektach**

| Działanie     | Formy wsparcia z SZOP FERS (opis typów projektów)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Formy wsparcia w realizowanych projektach                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01.12<br>FERS | <b>1. Rozwój i wsparcie kształcenia podyplomowego lekarzy:</b> Wprowadzane będą nowoczesne metody nauczania, zwiększające efektywność i trwałość wyników nauczania poprzez m.in. rozwój istniejących ośrodków symulacji medycznej oraz tworzenie nowych centrów. Wspierane będzie kształcenie specjalizacyjne lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych, w szczególności lekarzy geriatrów i psychiatrów dziecięcych oraz | <ul style="list-style-type: none"> <li>Kursy specjalizacyjne, kwalifikacyjne oraz doskonalące;</li> <li>dofinansowanie kosztów podróży i noclegu;</li> <li>granty szkoleniowe;</li> <li>kurs uzupełniający z zakresu pielęgniarstwa dla położnych;</li> <li>platforma e-learningowa</li> </ul> |

<sup>54</sup> <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/> [dostęp na 16.10.2025 r.].

<sup>55</sup> <https://nipip.pl/projekt/> [dostęp na 16.10.2025 r.].



| Działanie     | Formy wsparcia z SZOP FERS (opis typów projektów)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Formy wsparcia w realizowanych projektach                                                                                                                                                              |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | <p>kursy z zakresu medycyny rodzinnej dla lekarzy POZ.</p> <p>Przewidziano też wsparcie węższych umiejętności lekarskich w związku z potrzebą zwiększenia dostępu do deficytowych świadczeń medycznych istotnych z punktu widzenia demograficznego i epidemiologicznego. Planowana jest standaryzacja szkolenia podyplomowego lekarzy w specjalizacjach zabiegowych pod kątem nauczania umiejętności zabiegowych wysoce specjalistycznych, poprzez stworzenie sieci ośrodków symulacji zabiegowych.</p> <p>Przewidziano również wsparcie uczelni medycznych oraz działania mające na celu wzrost wykorzystania nowoczesnych technologii w obszarze doskonalenia technik operacyjnych i diagnostycznych i ich równomierne upowszechnienie na terenie Polski.</p> <p><b>2. Rozwój i wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:</b></p> <p>Działania są ukierunkowane na kształcenie podyplomowe w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi. Wsparcie obejmie przede wszystkim kursy kwalifikacyjne i kursy specjalistyczne. Przewidziano również wsparcie rozwoju zawodowego (w tym z wykorzystaniem nowoczesnych technologii).</p> <p>W każdym z ww. obszarów możliwa będzie realizacja działań zwiększających komp. pracowników w zakresie telemedycyny, w tym działania zwiększające komp. cyfrowe/świadomość na temat rozwiązań telemedycznych w ochronie zdrowia i e-zdrowia oraz zakres ich wykorzystania.</p> |                                                                                                                                                                                                        |
| 01.13<br>FERS | <p><b>1. Rozwój i wsparcie kształcenia podyplomowego przedstawicieli innych zawodów związanych z ochroną zdrowia, w tym kadr zdrowotnej opieki długoterminowej:</b></p> <p>Działania obejmą kształcenie podyplomowe przedstawicieli zawodów związanych z ochroną zdrowia, w tym z zastosowaniem kształcenia praktycznego (m.in. specjalistów systemu ochrony zdrowia, ratowników medycznych, kadry</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Szkolenia (głównie zajęcia teoretyczne i praktyczne dla osób wykonujących zawody medyczne – m.in. ratowników medycznych, diagnostów laboratoryjnych,</li> </ul> |





| Działanie | Formy wsparcia z SZOP FERS (opis typów projektów)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Formy wsparcia w realizowanych projektach                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | <p>Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, dyspozytorów medycznych, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych, asystentów stomatologicznych, higienistów stomatologicznych, ortoptystów, optometrystów, elektroradiologów, techników farmaceutycznych, techników masażystów, techników ortopedii, terapeutów zajęciowych, protetyków słuchu, techników dentystycznych, dietetyków, techników sterylizacji medycznej i logopedów). Przewidziano także szkolenia dla pracowników systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz innych pracowników systemów publicznych zajmujących się wsparciem dla dzieci i młodzieży zagrożonych wystąpieniem zaburzeń psychicznych, rozwój zasobów kadrowych dziennej opieki zdrowotnej dla osób starszych oraz wspieranie przygotowania zawodowego do pełnienia funkcji przez asystentów zdrowienia. W każdym z obszarów możliwa będzie realizacja działań zwiększających komp. pracowników w zakresie telemedycyny, w tym działania zwiększające komp. cyfrowe/świadomość na temat rozwiązań telemedycznych w ochronie zdrowia i e-zdrowia oraz zakres ich wykorzystania.</p> <p><b>2. Rozwój i wsparcie kształcenia kadr organizacyjnych, administracyjnych i zarządzających systemem ochrony zdrowia:</b> Przewidziane są szkolenia służące poprawie efektywności systemu ochrony zdrowia, w tym podnoszenie kompetencji kadry zarządzającej, organizacyjnej lub administracyjnej podmiotów funkcjonujących w obszarze ochrony zdrowia działania zwiększające komp. koordynatorów opieki w placówkach POZ oraz komp. pracowników w zakresie telemedycyny i e-zdrowia. Dodatkowo zakłada się realizację szkoleń mających na celu wsparcie kompetencji analitycznych u pracowników płatnika publicznego w zakresie usług zdrowotnych.</p> | <p>fizjoterapeutów i innych);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kursy doskonalące (zorientowane na pogłębienie wiedzy i podnoszenie kwalifikacji, np. kursy z zakresu medycyny ratunkowej, opieki paliatywnej czy laboratoryjnej diagnostyki zakażeń);</li> <li>• Staże zawodowe (organizowane w wybranych placówkach medycznych, zgodnie z kierunkiem kształcenia uczestnika);</li> <li>• Udział w konferencjach i sympozjach (krajowych i zagranicznych) umożliwiających wymianę doświadczeń i aktualizację wiedzy zawodowej;</li> <li>• Dofinansowanie kosztów dojazdów na szkolenia;</li> <li>• Dofinansowanie kosztów zakwaterowania uczestników szkoleń (dla uczestników spoza miejscowości, w której odbywały się zajęcia);</li> <li>• Dofinansowanie kosztów wyżywienia uczestników szkoleń.</li> </ul> |

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji o projektach w ramach FERS udostępnianych w RPD, materiałach od Zamawiającego, SZOP FERS oraz w Serwisie Rzeczypospolitej Polskiej.

W przypadku Działania 01.12 FERS grupami zawodowymi są lekarze, pielęgniarki, pielęgniarze i położne. W projektach dla tych grup skupiono się na specjalistycznych kursach skierowanych do określonych zawodów. Jednocześnie dofinansowuje się koszty podróży i tworzy platformy e-learningowe, ułatwiając uczestnictwo w kursach/szkoleniach.

Działanie 01.13 FERS skierowane jest dla zdecydowanie szerszej grupy odbiorców. Wsparcie skierowane jest zarówno do przedstawicieli zawodów medycznych i pokrewnych, jak i do kadr organizacyjnych, administracyjnych oraz zarządzających. W ramach działania realizowane mogą być projekty obejmujące rozwój i wsparcie kształcenia podyplomowego przedstawicieli zawodów związanych z ochroną zdrowia, w tym m.in. ratowników medycznych, dyspozytorów, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych czy terapeutów zajęciowych. Możliwe działania obejmują również kadry systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, personel zajmujący się wsparciem młodych osób zagrożonych zaburzeniami psychicznymi, pracowników dziennej opieki zdrowotnej dla osób starszych oraz osoby przygotowywane do pełnienia funkcji asystentów zdrowienia. Jednocześnie realizowane mogą być projekty skierowane do kadr organizacyjnych, administracyjnych i zarządzających systemu ochrony zdrowia, których celem jest podnoszenie efektywności funkcjonowania placówek poprzez rozwój kompetencji menedżerskich, organizacyjnych i koordynacyjnych, w tym kompetencji koordynatorów opieki w POZ.

Takie ukierunkowanie odzwierciedla zróżnicowane potrzeby: administracja wymaga wiedzy prawno-administracyjnej, którą można przekazać poprzez szkolenia teoretyczne, natomiast kadra medyczna potrzebuje przede wszystkim praktycznych umiejętności klinicznych.

W kwestii pozostałych zawodów okołomedycznych, które zostały objęte wsparciem w ramach Działania 01.13 FERS szkolenia i kursy są mocno zdywersyfikowane. Np. dla kadry LPR zaplanowano szkolenia z użyciem symulatora lotów, a dla dyspozytorów medycznych kursy z języka angielskiego. Takie ujęcie wskazuje, że dobór form wsparcia jest rezultatem świadomego dopasowania interwencji do specyfiki i potrzeb poszczególnych grup zawodowych.

Z analizy desk research wynika więc, że zróżnicowanie form wsparcia wynika ze specyfiki zawodów i stanowisk. Inne czynniki to dostosowanie dostępności form wsparcia. Dla lekarzy wygodniejsze będzie korzystanie z e-learningu, ale również możliwość doskonalenia praktycznego (w tym wypadku motywatorem jest dofinansowanie do kosztów podróży). Dobór formy jest motywowany potrzebami operacyjnymi i kompetencyjnymi różnych grup – od personelu ratunkowego po kadry zarządzające – co wpływa pozytywnie na skuteczność interwencji i jest spójne z założeniami CSR z 2024 r. dotyczącymi poprawy efektywności wydatków publicznych<sup>56</sup>.

W tym miejscu warto również odnieść się do wyników badania ankietowego przeprowadzonego wśród samych uczestników realizowanych projektów. Analizując kwestię brakujących form wsparcia oraz wystarczającego zakresu podjętych działań warto odnieść się do ocen dotychczasowych działań projektowych. Uczestnicy najwyżej ocenili miejsce realizacji

---

<sup>56</sup> Economic Governance and EMU Scrutiny Unit (EGOV), 2024 *Country-specific recommendations Stylised facts and figures*, październik 2024.

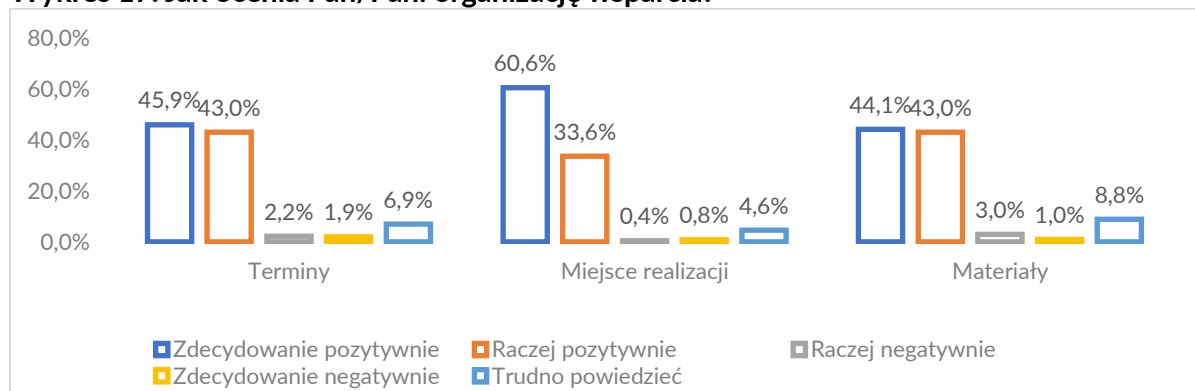
szkoleń, które uzyskało ponad 94% pozytywnych ocen (60,6% „zdecydowanie pozytywnie” i 33,6% „raczej pozytywnie”). Nieco niżej, ale również bardzo dobrze, oceniono terminy realizacji – łącznie 88,9% ocen pozytywnych. Relatywnie najgłębiej w tym zestawieniu wypadły materiały szkoleniowe, choć także uzyskały wysoki poziom akceptacji – 87,1% ocen pozytywnych. Poniżej przedstawiono **argumentację ocen negatywnych**, przy czym zaznaczyć należy, że **udział tego typu wskazań był bardzo niski w stosunku do ogółu badanych**.

Negatywne opinie dotyczące terminów realizacji szkoleń koncentrowały się głównie na niskiej dostępności kursów i niewystarczającej liczbie terminów, co często utrudniało lub uniemożliwiało ukończenie specjalizacji w wymaganym czasie. Respondenci wskazywali również na zbyt późne informowanie o terminach, odwoływanie lub przekładanie zajęć, a także problemy z rejestracją i brakiem miejsc, zwłaszcza w kursach online.

W przypadku miejsca realizacji uwagi dotyczyły przede wszystkim niedostatecznej elastyczności formy szkoleń – uczestnicy postulowali, by więcej zajęć odbywało się online, skoro ich treść nie wymaga obecności stacjonarnej.

Z kolei negatywne opinie dotyczące materiałów szkoleniowych odnosiły się do braku lub opóźnionego udostępniania prezentacji i nagrań, zbyt krótkiego czasu dostępu do treści online oraz braku ujednolicenia i kompletności materiałów. Pojawiały się także uwagi o niskiej jakości części treści dydaktycznych, w tym o ich powtarzalności lub zależności od materiałów komercyjnych.

**Wykres 17. Jak ocenia Pan/Pani organizację wsparcia?**



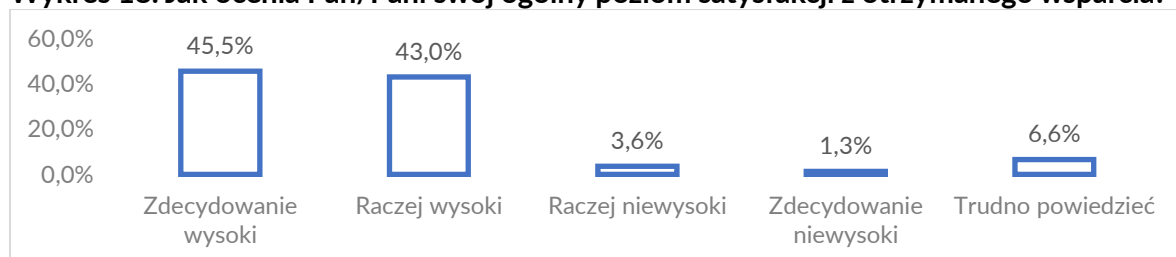
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z uczestnikami projektów (n=895)

Wyniki badania ankietowego wskazują ponadto na bardzo wysokie ogólne zadowolenie uczestników z otrzymanego wsparcia. Zdecydowana większość respondentów oceniła poziom satysfakcji pozytywnie – aż 88,5% badanych wskazało odpowiedzi „zdecydowanie wysoki” (45,5%) lub „raczej wysoki” (43,0%). Niewielki odsetek uczestników wyraził niezadowolenie – jedynie 4,9% uznało, że poziom satysfakcji był „raczej niewysoki” (3,6%) lub „zdecydowanie niewysoki” (1,3%). Argumentacje stojące za odpowiedziami negatywnymi koncentrowały się głównie na kwestiach organizacyjnych, biurokratycznych i systemowych. Wskazywano przede wszystkim na trudności związane z rekrutacją i zapisem na kursy, które były postrzegane jako zbyt skomplikowane i sformalizowane. Uczestnicy zwracali uwagę na nieczytelne instrukcje, konieczność składania wielu dokumentów, problemy z dostępnością kursów, długim czasem oczekiwania na refundację diet i niskim poziomem wsparcia finansowego. Część osób

wskazywała na brak kompetentnych koordynatorów i utrudniony kontakt z organizatorami, w tym brak odpowiedzi na zapytania mailowe czy telefoniczne.

Krytycznie oceniano niekiedy również sam proces kształcenia, który w opinii uczestników charakteryzuje się niską efektywnością i oderwaniem od praktyki zawodowej. Wskazywano na przeładowanie treści, archaiczne metody nauczania, brak selekcji tematów oraz słabe przygotowanie części prowadzących, którzy posiadali jedynie wiedzę techniczną, bez znajomości szerszego kontekstu merytorycznego. W niektórych przypadkach podkreślano także problemy techniczne platform szkoleniowych, które nie były dostosowane do większej liczby użytkowników, co utrudniało realizację zajęć online.

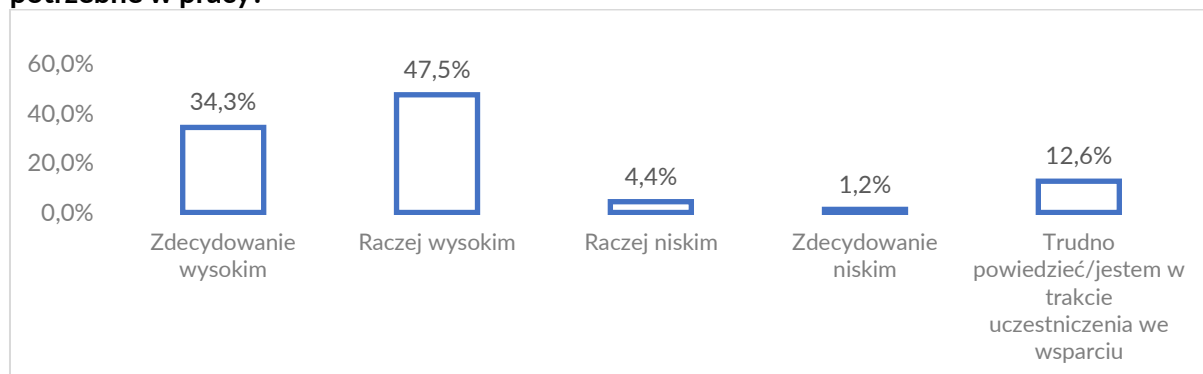
#### Wykres 18. Jak ocenia Pan/Pani swój ogólny poziom satysfakcji z otrzymanego wsparcia?



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z uczestnikami projektów (n=895)

Zdecydowana większość uczestników oceniła wpływ wsparcia na poprawę kompetencji zawodowych pozytywnie – łącznie 81,8% respondentów uznało, że w wysokim lub raczej wysokim stopniu przyczyniło się ono do rozwoju umiejętności potrzebnych w pracy. Jedynie 5,6% badanych uznało, że wsparcie miało niski wpływ na ich kompetencje, natomiast 12,6% wskazało odpowiedź „trudno powiedzieć” lub zaznaczyło, że nadal uczestniczy w działaniach. Uczestnicy, którzy nisko ocenili wpływ wsparcia na swoje kompetencje zawodowe, najczęściej wskazywali na małą praktyczność i powtarzalność treści. Wielu z nich podkreślało również, że kursy obejmowały zagadnienia już im znane lub nieprzydatne w codziennej pracy, a udział w nich wynikał głównie z obowiązku formalnego, a nie z potrzeby rozwoju. Krytykowano także zbyt teoretyczny charakter szkoleń, brak przykładów klinicznych i ograniczone przełożenie na praktykę zawodową. Część uczestników zwracała uwagę na problemy techniczne i organizacyjne, takie jak niedziałające funkcje platformy e-learningowej, trudności w dostępie do kursów, brak materiałów szkoleniowych czy niedopasowanie tematyki do specjalizacji.

#### Wykres 19. W jakim stopniu Pana/Pani zdaniem wsparcie poprawiło Pana/Pani kompetencje potrzebne w pracy?

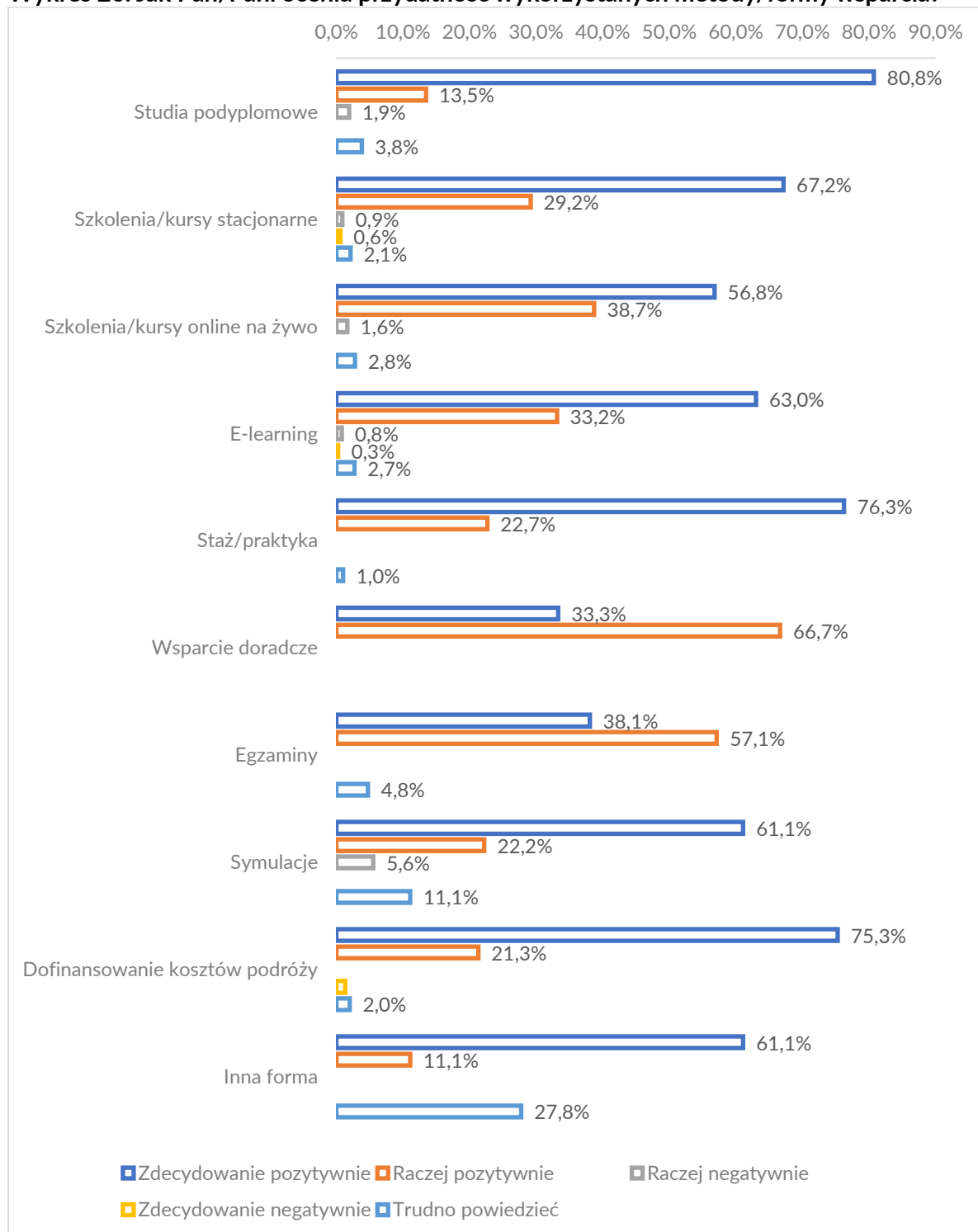


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z uczestnikami projektów (n=895)

Istotnych wniosków dostarcza również ocena udzielona przez uczestników wsparcia w podziale na poszczególne metody/formy wsparcia z których korzystali w ramach projektów.

Wyniki badania pokazują, że uczestnicy w zdecydowanej większości pozytywnie oceniają przydatność zastosowanych form wsparcia.

**Wykres 20. Jak Pan/Pani ocenia przydatność wykorzystanych metody/formy wsparcia?**



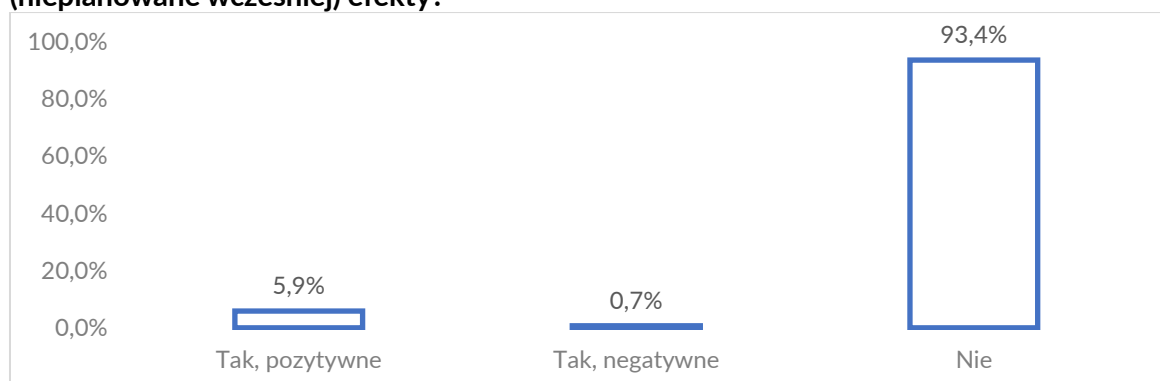
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z uczestnikami projektów (n=895)

Badanie ankietowe wykazało również, że 5,9% badanych uczestników projektów **zauważyło niespodziewane efekty udziału w projekcie**. Uczestnicy wskazywali przede wszystkim na nieoczekiwane przez nich (przed udziałem we wsparciu) korzyści zawodowe i organizacyjne, takie jak możliwość zdobycia dodatkowych umiejętności praktycznych, pogłębienia wiedzy czy poszerzenia kompetencji w nowych obszarach medycznych. Wskazywano także na wysoką jakość organizacji szkoleń, ciekawe wykłady i ćwiczenia praktyczne, które przyniosły wymierną wartość edukacyjną. Wskazane efekty są zgodne z zakresem wsparcia, jednak ich nieoczekiwany charakter wynika z faktu, że uczestnicy nie przewidywali ich wystąpienia w tak szerokim zakresie i na tak wysokim poziomie.

Wśród pozytywnych efektów pojawiały się również doświadczenia osobiste i zawodowe, m.in. nawiązanie kontaktów z innymi uczestnikami i specjalistami, które sprzyjały wymianie wiedzy, konsultacjom i dalszej współpracy. Część respondentów wskazywała, że dzięki udziałowi w projekcie mogli skorzystać z dofinansowania, które ułatwiło im odbycie stażu, dojazdu czy zakwaterowanie, a tym samym odciążyło ich budżet. Niektórzy podkreślali, że udział w projekcie wpłynął na rozwój zawodowy i motywację do dalszego kształcenia, a nawet przyniósł niespodziewane oferty pracy.

Zaznaczyć należy, że 0,7% badanych zidentyfikowało również niespodziewane, negatywne efekty wsparcia, jednak uzasadnienia tych wskazań dotyczyły wyłącznie powtórzenia kwestii napotykaných problemów, które zostały już wskazane i opisane we wcześniejszej części opracowania.

#### Wykres 21. Czy w wyniku udziału we wsparciu wystąpiły jakieś niespodziewane (nieplanowane wcześniej) efekty?



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z uczestnikami projektów (n=895)

Wpływ udziału we wsparciu na sytuację zawodową podjęta została również w trakcie indywidualnych wywiadów pogłębionych z uczestnikami (badanie case study). Udział w projektach przełożył się zdaniem badanych na **wymierne korzyści zawodowe przede wszystkim w zakresie podniesienia kompetencji i uzyskania nowych kwalifikacji**. Wielu uczestników zdobyło formalne certyfikaty lub zaświadczenia o ukończeniu kursów, co wzbogaciło ich portfolio zawodowe. Pielęgniarki po kursach specjalistycznych otrzymały uprawnienia do wykonywania określonych czynności (jak szczepienia czy fluoryzacja), lekarze i fizjoterapeuci są w trakcie uzyskiwania tytułów specjalisty, a inne osoby otrzymały certyfikaty potwierdzające nowe umiejętności. Jak zaznaczano, już samo posiadanie takiego dokumentu bywa cenne – jedna z uczestniczek przyznała, że dzięki certyfikatowi i wiedzy ze szkolenia



czuje się pewniej przed czekającymi ją zmianami w pracy (przejściem na nowy system dokumentacji).

Najważniejszym efektem udziału, na który wskazywali prawie wszyscy uczestnicy wywiadów, jest jednak poszerzenie wiedzy i umiejętności praktycznych. Uczestnicy projektów deklarowali, że nauczyli się wielu rzeczy, które już wykorzystują albo wkrótce wykorzystają w codziennej pracy. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej odświeżyli i uaktualnili swoją wiedzę kliniczną – dowiedzieli się o najnowszych standardach w kardiologii, nefrologii, endokrynologii czy organizacji opieki koordynowanej, co pozwala im lepiej opiekować się pacjentami i planować ich leczenie. Pielęgniarki szkolne zyskały orientację w nowych procedurach elektronicznych, co przekłada się na większy spokój i przygotowanie na przyszłe zmiany (mniej obawiają się teraz cyfryzacji dokumentacji, bo wiedzą, czego się spodziewać). Fizjoterapeuci nabyli zupełnie nowe umiejętności terapeutyczne – po raz pierwszy zetknęli się w praktyce z metodami, o których wcześniej tylko czytali lub których w ogóle nie mieli okazji poznać w toku standardowej edukacji. W ich opinii natychmiast wzbogaciło to warsztat pracy z pacjentem – już podczas trwania specjalizacji zaczęli wykorzystywać np. techniki igłoterapii<sup>57</sup> czy zaawansowane metody diagnostyki różnicowej dolegliwości. Z kolei ratownicy medyczni szkolący się na asystentów lekarza podkreślali, że comiesięczne zajęcia i staże na blokach operacyjnych dały im umiejętności, których wcześniej nie posiadali – nauczyli się asystować przy zabiegach chirurgicznych, poznali zasady pracy na sali operacyjnej i na oddziałach zabiegowych. Choć formalnie ich rola zawodowa jeszcze się nie zmieniła, zdobyta wiedza przełożyła się na większą pewność siebie w sytuacjach medycznych. Jeden z ratowników stwierdził, że po odbyciu tych staży czuje się dużo pewniej opatrując skomplikowane rany czy asystując przy drobnych zabiegach – wie, co robić i mniej się waha, bo przećwiczył to pod okiem specjalistów.

Jeśli chodzi o bezpośrednie zmiany stanowiska czy awansy, to z reguły udział w projekcie nie wiązał się z natychmiastową zmianą pozycji zawodowej – i większość uczestników tego nie oczekiwała. W przypadku pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych na etatach (np. pielęgniarka w szkole, lekarz w przychodni) struktura awansu bywa mało elastyczna, więc samo ukończenie kursu nie oznacza zmiany stanowiska.

U niektórych uczestników udział przyniósł efekty uboczne w postaci nowych kontaktów zawodowych i inspiracji. Ci, którzy uczestniczyli w dłuższych formach grupowych (np. specjalizacje, staże zjazdowe), mieli okazję poznać innych profesjonalistów z branży z różnych regionów kraju. Przykładem są fizjoterapeuci specjalizujący się wspólnie – podczas zjazdów spotykali kolegów z różnych województw, wymieniali się doświadczeniami z pracy w odmiennych placówkach. Taka sieć znajomości może owocować w przyszłości – uczestnicy nawiązali relacje, które być może przerodzą się we współpracę lub przynajmniej umożliwią konsultacje między sobą. Jeden z lekarzy opowiadał, że nadal utrzymuje kontakt z kilkoma wykładowcami ze swojego kursu – prowadzący udostępnili im swoje maile i zachęcili, by w razie potrzeby pytać o trudne kwestie już po zakończeniu szkolenia.

---

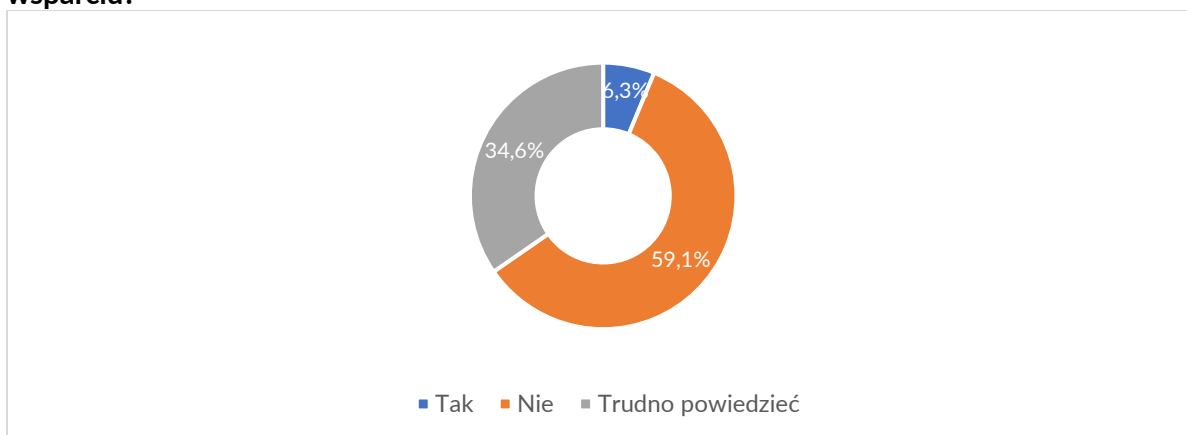
<sup>57</sup> Technika polega na wprowadzaniu cienkiej, sterylnej igły w punkty spustowe (nadwrażliwe miejsca w napiętych włóknach mięśniowych) w celu ich rozluźnienia.

Pozostając przy wynikach badania ankietowego, warto również zaznaczyć, że 6,3% badanych uczestników projektów stwierdziło, że zabrakło pewnych elementów/aspektów w oferowanym wsparciu. Najczęściej podnoszonym problemem był niedobór kursów specjalizacyjnych – zarówno pod względem liczby, jak i różnorodności tematycznej, co w niektórych przypadkach prowadziło do konieczności wydłużenia okresu specjalizacji. Wskazywano także na niedostateczną dostępność kursów praktycznych, takich jak szkolenia chirurgiczne czy ćwiczenia z technik USG i szycia, oraz na brak możliwości uczestnictwa w wybranych formach wsparcia.

Część respondentów zwracała uwagę na niewystarczające wsparcie organizacyjne i techniczne – brak kontaktu z działem dofinansowania, ograniczony dostęp do materiałów szkoleniowych lub ich zbyt późne udostępnianie, a także zbyt krótki czas dostępu do nagrań i prezentacji po zakończeniu kursu. Pojawiały się postulaty, by umożliwić składanie dokumentów i wniosków o zwrot kosztów w formie elektronicznej, uprościć zasady rozliczania kosztów wyżywienia i podróży oraz zwiększyć ich kwoty.

Uczestnicy wskazywali również na niedostateczną praktyczność i dopasowanie treści szkoleń do potrzeb zawodowych, brak nowoczesnych metod dydaktycznych i możliwości interakcji, a także na potrzebę lepszego podziału kursów według specjalizacji i doświadczenia zawodowego. Pojawiały się też pojedyncze postulaty dotyczące większej liczby terminów kursów, lepszego dostępu do materiałów po zakończeniu szkoleń oraz zwiększenia środków na udział w konferencjach i szkoleniach zagranicznych.

#### **Wykres 22. Czy Pana/Pani zdaniem zabrakło jakichś elementów/aspektów w oferowanym wsparciu?**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z uczestnikami projektów (n=895)

Aspekt ten podjęty został również w trakcie przeprowadzonych wywiadów pogłębionych z beneficjentami. Pytanie o to, czy uczestnicy oczekiwali czegoś więcej niż oferował projekt, skłoniło respondentów do refleksji nad ograniczeniami swoich działań i potencjalnymi obszarami do rozwinięcia. Zasadniczo uczestnicy projektów nie zgłaszali roszczeń przekraczających istotnie zakres oferowanej pomocy. Wsparcie odpowiadało na potrzeby odbiorców i było realizowane zgodnie z założeniami. W większości przypadków beneficjenci nie odnotowali sytuacji, aby uczestnicy oczekiwali „czegoś więcej” niż było przewidziane – wręcz przeciwnie, częściej mowa była o tym, że pomoc okazała się wystarczająca lub trudna do rozbudowania poza ramy projektu. Nawet jeśli pojawiały się pytania/sugestie ze strony

samych uczestników, dotyczyły one głównie wyjaśnienia zawartości programu lub kwestii organizacyjnych (np. terminów szkoleń czy logistyki), a nie potrzeby wprowadzania dodatkowych działań. Jak jednak zaznaczali beneficjenci, zdarzały się sytuacje w których niektórzy uczestnicy preferowaliby większą indywidualizację kształcenia lub bardziej zróżnicowane formy wsparcia – na przykład elastyczne ścieżki dostosowane do specyficznych potrzeb. Beneficjenci tłumaczyli jednak, że takie modyfikacje były poza zakresem projektu i nie mogły zostać uwzględnione. Nieliczni uczestnicy sygnalizowali również chęć pozyskania dodatkowych materiałów czy spotkań uzupełniających, lecz tego typu prośby stanowiły jednostkowe sytuacje.

Odnosząc się do wsparcia możliwego do zaoferowania w przyszłości badani beneficjenci wskazywali generalnie na (wskazywaną już wcześniej) potrzebę kontynuacji zbliżonej inicjatywy, lecz na większą skalę, żeby dotrzeć do tych, którzy tym razem nie mieli sposobności skorzystania z pomocy. Wymieniano również konieczność uzupełnienia treści szkoleniowych o nowe tematy – np. włączenie wspomnianych obszarów jak rzadkie choroby, zaawansowane technologie medyczne, kompetencje miękkie czy zarządzanie stresem, w zależności od specyfiki projektu. Podkreślano również istotność wsparcia po szkoleniu – formy takie jak mentoring, supervizja, sieciowanie uczestników, platforma wymiany wiedzy – sprawiłyby, że efekt szkolenia byłby jeszcze trwalszy, a absolwenci mogliby dalej się rozwijać.

## Podsumowanie

Biorąc pod uwagę analizowane pytanie badawcze<sup>58</sup>, zauważyć należy, że mimo szerokiego zakresu interwencji FERS, zidentyfikowano pewne obszary, w których brakuje odpowiedniego wsparcia i które warto uzupełnić. Po pierwsze, obecne działania nie adresują bezpośrednio problemu odpływu kadr i braku zastępowalności pokoleniowej – brakuje instrumentów motywujących do pozostania w zawodzie (retencji personelu) czy zachęt dla młodszych pokoleń do podejmowania pracy w sektorze zdrowia. FERS skupia się na szkoleniach, tymczasem równolegle potrzebne są działania systemowe zatrzymujące wykwalifikowanych pracowników (np. programy mentoringowe, ścieżki rozwoju zawodowego, polepszenie warunków pracy), co wykracza poza klasyczne projekty szkoleniowe, ale jest kluczowe z punktu widzenia utrzymania efektów.

Zidentyfikowano również nowe obszary wiedzy, które dotąd nie pojawiały się w standardowych programach, a nabierają znaczenia w związku z aktualnymi wyzwaniami. Należą do nich m.in. medycyna pola walki i medycyna katastrof (istotne w kontekście konfliktów zbrojnych i zdarzeń masowych) oraz zastosowanie sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia. Wreszcie, uczestnicy sygnalizowali zapotrzebowanie na rozwój tzw. kompetencji miękkich i pozamedycznych, których wsparcie bywa niewystarczające. Choć projekty zaczęły oferować np. szkolenia z komunikacji czy radzenia sobie ze stresem, można je rozszerzyć, podobnie jak szkolenia z języków obcych czy kompetencji kulturowych, zważywszy na rosnącą różnorodność pacjentów i zespołów.

---

<sup>58</sup> Jakiego rodzaju wsparcia brakuje w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS i dlaczego? Czy istnieją potrzeby beneficjentów / uczestników projektów, w ramach których wsparcie było niewystarczające? Jeżeli tak, to jakie i jakie działania należy przewidzieć, aby im sprostać?

#### 6.4.2. Potrzeby w zakresie metod i form wsparcia grup docelowych projektów wraz z analizą potrzeby ich różnicowania<sup>59</sup>

Należy zaznaczyć, że sektor ochrony zdrowia w największym stopniu zmagają się z niedoborem kadr, jednak w raporcie Związku Pracodawców Indoro z 2024 roku zwrócono również uwagę na istotne braki kompetencyjne i technologiczne w tym sektorze. Obejmują one brak odpowiedniej liczby pracowników potrafiących obsługiwać nowoczesne urządzenia diagnostyczne oraz terapeutyczne; niski poziom kompetencji cyfrowych; brak profesjonalnej kadry zarządzającej; braki w obszarze kompetencji miękkich oraz niski poziom wiedzy nt. kompetencji zielonych u kadry zarządzającej oraz technicznej<sup>60</sup>. W ww. raporcie zostały również omówione najważniejsze zawody (około) medyczne z punktu widzenia społeczno-demograficznego. Zdecydowana większość z nich otrzymuje wsparcie w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS, w raporcie wspomniano jednak również o potrzebie zapewnienia specjalistów opieki długoterminowej, specjalistów ds. edukacji i promocji zdrowia oraz ds. ochrony radiologicznej i fizyków medycznych, których nie obejmują dotychczas realizowane projekty<sup>61</sup>.

Największe potrzeby szkoleniowe występują w zawodach, w których nakładają się niedobory kadrowe oraz nowe obowiązki i zadania. Np. pielęgniarki ze względu na niedobory kadrowe i zmiany legislacyjne oczekują rozbudowy swoich kompetencji i wdrożenia zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej (APN) w wybranych dziedzinach świadczeń<sup>62</sup>. Dodatkowo wysoki odsetek kadr w wieku ponad 50 lat sprzyja powstawaniu luk w zakresie umiejętnościach obsługi nowych technologii.

W tym miejscu warto również odnieść się do wyników przeprowadzonego badania ankietowego. W opinii ankietowanych beneficjentów kwestia zróżnicowania zakresu, metod lub form wsparcia w zależności od wykonywanego zawodu medycznego lub okołomedycznego nie jest jednoznaczna. 29,4% (tj. 5) respondentów uznało, że wsparcie powinno być zróżnicowane w zależności od zawodu lub zajmowanego stanowiska, co wskazuje na dostrzeganą potrzebę lepszego dopasowania działań do specyfiki poszczególnych grup zawodowych. 17,6% (tj. 3) badanych było przeciwnego zdania, wskazując, że oferta powinna być jednakowa dla wszystkich uczestników, co może wynikać z przekonania o uniwersalnym charakterze udzielanego wsparcia. Największa grupa respondentów – 52,9% (9 osób) – wybrała odpowiedź „trudno powiedzieć” lub „nie mam zdania”, co sugeruje, że część beneficjentów nie miała wystarczających podstaw do jednoznacznej oceny tej kwestii, np. z

---

<sup>59</sup> W ramach rozdziału udzielono odpowiedzi na następujące pytanie badawcze:

- Jakie są potrzeby dotyczące metod i form wsparcia grup docelowych projektów realizowanych w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS? Z czego one wynikają? Czy należy je zróżnicować w zależności od wykonywanego zawodu medycznego / okołomedycznego / zajmowanego stanowiska / wykonywanych zadań, a jeżeli tak – to dlaczego i jak to zrobić?

<sup>60</sup> INDORO Związek Pracodawców, *Kompetencje, potrzeby i wyzwania sektora opieki zdrowotnej*, 2024, s. 21-22.

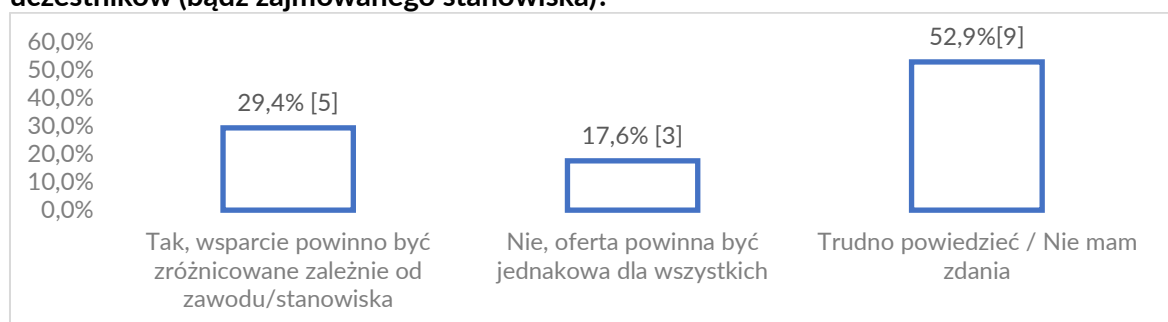
<sup>61</sup> Ibidem, s.6-7.

<sup>62</sup> <https://www.prawo.pl/zdrowie/european-nursing-action-zalozenia,532107.html> [dostęp na 20.10.2025 r.].

uwagi na zróżnicowanie uczestników lub brak bezpośredniego doświadczenia w realizacji szkoleń dla różnych grup zawodowych.

Respondenci, którzy uznali, że zakres, metody i formy wsparcia powinny być zróżnicowane w zależności od wykonywanego zawodu medycznego lub okołomedycznego (29,4%, tj. 5 osób), argumentowali swoje stanowisko przede wszystkim potrzebą dostosowania działań do specyfiki poszczególnych grup zawodowych. Wskazywali, że wsparcie powinno być dopasowane do charakteru kształcenia podyplomowego danego zawodu oraz realnych potrzeb i obowiązków wynikających z zajmowanego stanowiska. Podkreślano, że zawody medyczne – takie jak lekarze, pielęgniarki czy psychoterapeuci – różnią się zakresem odpowiedzialności, poziomem kontaktu z pacjentem, stopniem narażenia na stres oraz wymaganiami kompetencyjnymi. W związku z tym programy szkoleń i kursów powinny być ich zdaniem odpowiednio dedykowane konkretnym grupom zawodowym, tak aby skuteczniej wspierały rozwój umiejętności i odpowiadały na faktyczne potrzeby uczestników.

**Wykres 23. Czy Pani/Pana zdaniem zakres, metody lub formy wsparcia powinny być zróżnicowane w zależności od wykonywanego zawodu medycznego lub okołomedycznego uczestników (bądź zajmowanego stanowiska)?**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z beneficjentami (n=17)

Aspekt ten podjęty został również w trakcie wywiadów pogłębionych z beneficjentami. Zdaniem respondentów nauka płynąca z dotychczasowego doświadczenia pokazuje, że **nie ma jednej uniwersalnej formuły doskonałej dla wszystkich, a projekty muszą być szyte na miarę odbiorców**. Już w trakcie trwających szkoleń organizatorzy wprowadzali pewne modyfikacje – np. dodawali dodatkowe konsultacje indywidualne dla tych, którzy potrzebowali więcej czasu, albo udostępniali materiały w różnych formatach (prezentacja, nagranie audio, skrypt tekstowy) tak, by każdy mógł wybrać najwygodniejszy dla siebie sposób przyswajania wiedzy. W odniesieniu do przyszłych działań sformułowano konkretne propozycje zmian, w tym zwiększenie udziału mentoringu i coachingu (czyli pracy jeden na jeden z ekspertem) dla kadry zarządzającej, więcej symulacji i scenariuszy przypadku dla zawodów medycznych, a także dłuższe praktyki kliniczne tam, gdzie to możliwe, żeby uczestnicy mieli okazję zastosować nową wiedzę w realnym środowisku pracy pod okiem doświadczonych kolegów.

Kilku rozmówców podkreślało również, że pozytywnie oceniana wcześniej hybrydowość i elastyczność form wsparcia powinna być w przyszłych projektach jeszcze lepiej dostosowana do zróżnicowanych preferencji uczestników. Wskazywali, że część osób woli uczyć się samodzielnie online i potrzebuje jedynie spotkań podsumowujących, podczas gdy inni preferują regularne zajęcia stacjonarne. Dlatego jako naturalne rozwinięcie obecnych rozwiązań postulowano elastyczny model szkolenia, w którym część treści można zrealizować



samodzielnie, a chętni mogą skorzystać z dodatkowych warsztatów lub sesji pytań. Ogólnie badani beneficjenci potwierdzali, że różnicowanie metod jest wartością dodaną – zwiększa szansę, że każdy typ uczestnika skorzysta na swój sposób.

## Podsumowanie

Biorąc pod uwagę analizowane pytanie badawcze<sup>63</sup>, zauważyć należy, że potrzeby dotyczące metod i form wsparcia grup docelowych w projektach realizowanych w ramach Działów 01.12 i 01.13 FERS wynikają z różnorodności ich sytuacji zawodowej, doświadczenia oraz specyfiki wykonywanej pracy. Z przeprowadzonej ewaluacji wynika, że efektywność kształcenia zależy od dostosowania form szkolenia do oczekiwań i możliwości odbiorców. Na przykład młodszy uczestnicy oraz osoby z odległych miejscowości chętnie korzystają ze zdalnych form nauki – cenią e-learning, webinaria czy platformy online, które dają im elastyczność uczenia się we własnym tempie i oszczędność czasu na dojazdach. Z kolei starsi, bardziej doświadczeni pracownicy często preferują tradycyjne zajęcia stacjonarne, gdzie mogą bezpośrednio dyskutować z wykładowcą i innymi uczestnikami. W odpowiedzi na te potrzeby w projektach przyjęto mieszane modele dydaktyczne - teorię nierzadko przekazuje się w formie zdalnej (np. nagrane wykłady, kursy online), a komponenty praktyczne realizuje podczas spotkań na żywo. Taki model hybrydowy sprawdził się, łącząc wygodę nauki zdalnej z możliwością ćwiczeń praktycznych pod okiem instruktora – uczestnicy ocenili go bardzo dobrze.

Ewaluacja potwierdziła również konieczność zróżnicowania metod w zależności od zawodu/stanowiska, ponieważ charakter pracy wpływa na preferencje szkoleniowe. Pielęgniarki, które na co dzień działają zespołowo i wykonują czynności praktyczne, najlepiej uczą się poprzez warsztaty i treningi symulacyjne – dlatego projekty im dedykowane kładą nacisk na ćwiczenia grupowe, staże kliniczne, pracę z aparaturą medyczną i scenariusze przypadków. Dla pracowników niemedycznych, w tym menedżerów czy personelu administracyjnego ważna jest możliwość szkoleń online, co pozwala pogodzić naukę z obowiązkami służbowymi. Natomiast lekarze specjaliści przede wszystkim oczekują najwyższej jakości merytorycznej – kluczowe jest zapewnienie im dostępu do najnowszej wiedzy i autorytetów w danej dziedzinie. W ich przypadku forma (wykład, seminarium, warsztat) ma drugorzędne znaczenie, o ile treść jest ekspercka i aktualna, jednak z racji ograniczonej dostępności czasowej tej grupy projekty dostosowują organizację zajęć: szkolenia dla lekarzy planowane są modułowo, często w weekendy lub w trybie zjazdów, tak by minimalizować konflikt z ich grafikami dyżurowymi.

---

<sup>63</sup> Jakie są potrzeby dotyczące metod i form wsparcia grup docelowych projektów realizowanych w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS? Z czego one wynikają? Czy należy je zróżnicować w zależności od wykonywanego zawodu medycznego / okołomedycznego / zajmowanego stanowiska / wykonywanych zadań, a jeżeli tak – to dlaczego i jak to zrobić?



#### 6.4.3. Identyfikacja brakujących kompetencji i potrzeby z tym związane<sup>64</sup>

Analizując wyniki badania ankietowego zaznaczyć należy, że większość respondentów nie potrafiła jednoznacznie ocenić, czy wśród zawodów medycznych i okołomedycznych istnieją takie, które **wymagają szczególnie intensywnego wsparcia szkoleniowego**. Odpowiedź „trudno powiedzieć” wybrało aż 70,6% ankietowanych (tj. 12 osób), co może wskazywać na brak wystarczającej wiedzy w tym zakresie, ogólny charakter realizowanych projektów lub fakt, że beneficjenci nie obserwowali znaczących różnic w potrzebach szkoleniowych poszczególnych grup zawodowych. 11,8% (tj. 2) respondentów uznało, że takie zawody rzeczywiście występują, natomiast 17,6% (tj. 3 osoby) były przeciwnego zdania, wskazując, że wsparcie szkoleniowe powinno być rozłożone równomiernie i nie ma grup wymagających szczególnego priorytetu.

Wśród nielicznej grupy respondentów potwierdzających występowanie takich zawodów najczęściej wskazywano lekarzy, psychologów, terapeutów, fizjoterapeutów oraz stanowiska koordynatorów, rejestratorów i asystentów medycznych. Z wyjątkiem lekarzy, na których wskazało dwoje uczestników badania, wszystkie pozostałe odpowiedzi miały charakter incydentalny, co sugeruje niewielką skalę zjawiska.

Uzasadnieniem potrzeby objęcia lekarzy szczególnie intensywnymi działaniami szkoleniowymi jest specyfika tego zawodu, który łączy wysoki poziom odpowiedzialności zawodowej z koniecznością ciągłego doskonalenia wiedzy i umiejętności praktycznych. Wiedza medyczna podlega bardzo szybkim zmianom – regularnie pojawiają się nowe metody diagnostyczne, terapie, technologie oraz standardy postępowania klinicznego. Aby zapewnić pacjentom opiekę na najwyższym poziomie, zdaniem respondentów lekarze muszą systematycznie aktualizować swoje kompetencje i dostosowywać się do aktualnych osiągnięć nauk medycznych. Dodatkowym czynnikiem uzasadniającym potrzebę intensywnego wsparcia szkoleniowego są zmieniające się warunki realizacji świadczeń zdrowotnych oraz wprowadzanie nowych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych, które wymagają od lekarzy nie tylko znajomości przepisów, lecz także umiejętności praktycznego zastosowania nowych rozwiązań w pracy z pacjentem.

W przypadku pozostałych wskazanych powyżej zawodów uzasadnieniem potrzeby wsparcia szkoleniowego był przede wszystkim rozwój kompetencji miękkich, które odgrywają kluczową rolę w codziennej pracy z pacjentem, zwłaszcza podczas pierwszego kontaktu i budowania relacji opartych na zaufaniu i empatii. Równie istotne jest pogłębianie wiedzy w zakresie właściwej interpretacji obowiązujących przepisów i procedur, co pozwala na sprawne i zgodne z regulacjami realizowanie powierzonych obowiązków. Jednocześnie zawody te – podobnie jak profesja lekarska – łączą w sobie wysoki poziom odpowiedzialności zawodowej oraz konieczność stałego doskonalenia wiedzy i umiejętności praktycznych. Dynamiczny rozwój

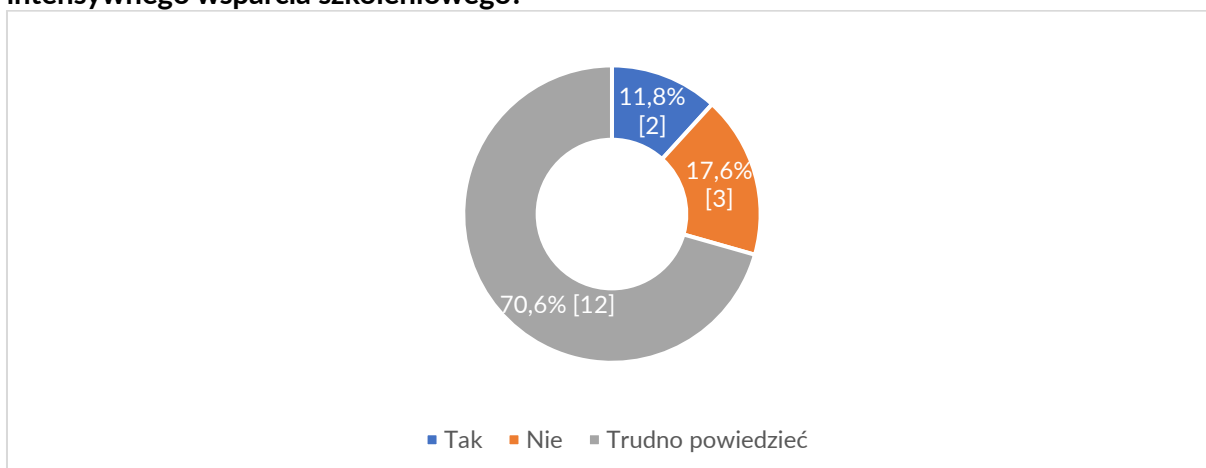
---

<sup>64</sup> W ramach rozdziału udzielono odpowiedzi na następujące pytanie badawcze:

- Jakich kompetencji najbardziej brakuje przedstawicielom poszczególnych zawodów (około) medycznych? Czy są zawody (około) medyczne / stanowiska pracy w podmiotach leczniczych, które należy wesprzeć w większym stopniu w obszarze nabywania kompetencji, a jeżeli tak – to z jakich przyczyn wynika ich zwiększone zapotrzebowanie i jakich kompetencji / wiedzy powinny dotyczyć szkolenia / inne formy kształcenia / doskonalenia zawodowego?

medycyny, pojawianie się nowych metod diagnostycznych, terapii i technologii, a także zmieniające się standardy opieki nad pacjentem wymagają od przedstawicieli tych zawodów systematycznej aktualizacji kompetencji, aby zapewnić świadczenia zdrowotne na najwyższym poziomie i dostosować się do ewoluujących potrzeb systemu ochrony zdrowia.

**Wykres 24. Czy w Pana/Pani opinii występują zawody medyczne lub okołomedyczne (ewentualnie konkretne stanowiska pracy w ochronie zdrowia), które wymagają szczególnie intensywnego wsparcia szkoleniowego?**



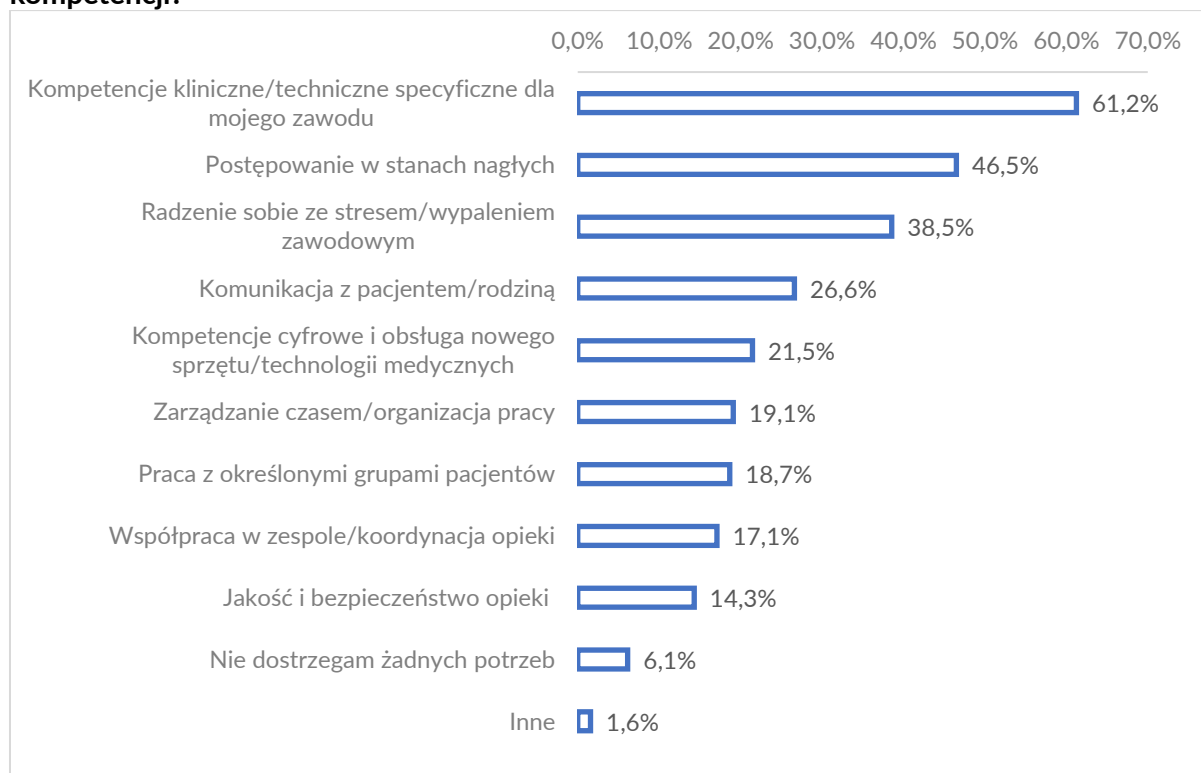
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z beneficjentami (n=17)

Zdecydowana większość uczestników projektów **dostrzega u siebie potrzebę dalszego rozwoju kompetencji zawodowych**. Najczęściej wskazywanym obszarem wymagającym wzmocnienia są kompetencje kliniczne i techniczne specyficzne dla zawodu – potrzebę ich doskonalenia zadeklarowało 61,2% respondentów. Na drugim miejscu znalazło się postępowanie w stanach nagłych (46,5%), co podkreśla znaczenie praktycznych umiejętności reagowania w sytuacjach kryzysowych. Stosunkowo często wskazywano również na potrzebę rozwijania kompetencji związanych z radzeniem sobie ze stresem i zapobieganiem wypaleniu zawodowemu (38,5%), co pokazuje z kolei, że uczestnicy dostrzegają także znaczenie aspektów psychospołecznych wykonywanej pracy.

Nieco mniejszy, choć nadal istotny odsetek badanych zauważał potrzebę rozwoju w obszarach komunikacji z pacjentem i jego rodziną (26,6%) oraz kompetencji cyfrowych i obsługi nowych technologii medycznych (21,5%). Część respondentów wskazywała również na potrzebę poprawy zarządzania czasem i organizacji pracy (19,1%) oraz umiejętności związanych z pracą z określonymi grupami pacjentów (18,7%) i koordynacją opieki w zespole (17,1%). Stosunkowo rzadziej pojawiały się wskazania dotyczące jakości i bezpieczeństwa opieki (14,3%).

Jedynie 6,1% uczestników zadeklarowało, że nie dostrzega u siebie żadnej potrzeby rozwoju kompetencji, co potwierdza wysoką świadomość zawodową badanych i gotowość do dalszego doskonalenia umiejętności (oraz skazuje na konieczność kontynuowania podobnego wsparcia w przyszłości).

**Wykres 25. W jakich obszarach (aktualnie) zauważa Pan/Pani u siebie potrzebę wzmocnienia kompetencji?**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania ankietowego z uczestnikami projektów (n=895)

Aspekt ten podjęty został również w trakcie przeprowadzonych wywiadów pogłębionych z beneficjentami. Analizując deficytowe kompetencje, badani wskazali w pierwszej kolejności na specjalistyczne kompetencje kliniczne w nowych lub zaniedbanych dotychczas dziedzinach. Przykładem jest tutaj choćby fizjoterapia – zawód ten istnieje od dawna, ale wskazuje się deficyt specjalistów w wąskich dziedzinach rehabilitacji. Respondenci związani z fizjoterapią podkreślali, że brakuje wyspecjalizowanych fizjoterapeutów np. w dziedzinie fizjoterapii pediatrycznej, onkologicznej czy związanej z rzadkimi schorzeniami. Podobnie inni eksperci wspominali o niedoborze pewnych specjalizacji lekarskich – na czele listy pojawiała się psychiatria dzieci i młodzieży (bardzo mało lekarzy w tej dziedzinie wobec rosnącego zapotrzebowania), a także geriatra (starzejące się społeczeństwo generuje większą potrzebę geriatrów, pielęgniarek geriatrycznych, terapeutów zajęciowych do pracy z seniorami). Wspomniano też o nowych dziedzinach, które dopiero zyskują na znaczeniu – np. genetyka kliniczna, biotechnologia medyczna, medycyna personalizowana. Zgodnie wskazywano na deficyty kompetencji w tych obszarach, ponieważ są to stosunkowo nowe pola działalności, w których kadry wymagają dopiero odpowiedniego przygotowania.

Badani zwrócili ponadto uwagę na kwestię zaawansowanych umiejętności praktycznych i uprawnień dla zawodów około-medycznych. Tutaj badani beneficjenci wskazywali przede wszystkim pielęgniarki i położne. Mimo że stanowią one najliczniejszą grupę w systemie, latami zaniedbano inwestowanie w ich rozwój. W efekcie brakuje pielęgniarek o specjalistycznych kwalifikacjach – np. pielęgniarek anestezjologicznych, pielęgniarek środowiskowych, edukatorów diabetologicznych itp. Wysokie deficyty dotyczą również położnych posiadających rozszerzone kompetencje (np. w zakresie prowadzenia ciąży

fizjologicznej, edukacji przedporodowej). Ratownicy medyczni to w opinii badanych kolejna grupa wymagająca dalszego wsparcia – ich rola w systemie rośnie, ale edukacja początkowa jest krótka a następnie brakuje możliwości kształcenia ustawicznego. Dlatego zauważono potrzebę wprowadzenia specjalizacji dla ratowników (np. z zakresu medycyny lotniczej, ratownictwa pediatricznego itp.) – dziś takich ścieżek nie ma, a byłoby to cenne, by ratownicy mogli się rozwijać i zapełniać pewne nisze (szczególnie w regionach, gdzie brakuje lekarzy, wysoko wykwalifikowany ratownik mógłby przejąć część zadań).

Beneficjenci w trakcie wywiadów podkreślali również istotność kompetencji miękkich i zarządczych wśród kadry medycznej. Kilku respondentów podkreśliło, że problemem w ochronie zdrowia jest nie tylko brak wiedzy medycznej ale też brak umiejętności „miękkich” – komunikacyjnych, pracy zespołowej, zarządzania sobą i innymi. Dotyczy to zarówno personelu średniego szczebla, jak i kadry kierowniczej. Lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci – wszyscy uczą się głównie aspektów klinicznych, a mało kto uczy ich, jak efektywnie komunikować się z pacjentem, jak pracować w interdyscyplinarnym zespole czy jak radzić sobie ze stresem i wypaleniem. Te kompetencje są dziś deficytowe, co przekłada się na gorszą jakość opieki (np. konflikty na linii personel-pacjent, trudności we współpracy lekarzy z pielęgniarkami itp.). Wskazano też na braki w kompetencjach menedżerskich u osób zarządzających placówkami ochrony zdrowia. Często dyrektorami zostają lekarze, którzy nie mieli nigdy szkolenia z zarządzania – stąd inicjatywy jak realizowany obecnie projekt dla kadry szpitalnej są próbą wypełnienia tej luki.

W trakcie wywiadów wyróżniano również sferę zdrowia psychicznego i psychospołecznego. Jak już wspomniano, brakuje psychiatrów i psychologów klinicznych dziecięcych, ale deficyt kompetencji dotyczy też np. personelu podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie wsparcia pacjentów z problemami psychicznymi. Respondenci zaangażowani w projekty psychiatryczne mówili, że niewystarczająca świadomość i umiejętności w tym obszarze dotyczą wielu grup: nauczycieli, pedagogów, lekarzy rodzinnych, pielęgniarek szkolnych. Wszyscy oni powinni przejść dodatkowe przeszkolenie, by umieć wychwycić i odpowiednio zareagować na sygnały zaburzeń psychicznych u dzieci. Jest to znacząca luka kompetencyjna systemu – do specjalisty dziecko oczekuje niekiedy miesiącami, dlatego istotne jest, aby na wcześniejszym etapie dostępna była choć podstawowa pomoc.

Zapytani, co powoduje te braki kompetencyjne, beneficjenci wskazywali kilka przyczyn. Część wynika z dynamiki zmian w medycynie – pojawiają się nowe technologie, terapie, wyzwania (jak wspomniane choroby rzadkie, starzenie się społeczeństwa, czy kryzys zdrowia psychicznego wśród młodzieży), za którymi system kształcenia nie nadąża. Pewne zawody dopiero zdobywają nowe uprawnienia (np. pielęgniarki w ostatnich latach zyskały możliwość wypisywania recept czy samodzielnego prowadzenia niektórych świadczeń) i teraz trzeba to poprzeć szkoleniami. Inną przyczyną to wieloletnie niedoinwestowanie w rozwój kadr – szkolenia podyplomowe były szczątkowe lub ograniczone do wąskich grup. W efekcie w średnim pokoleniu pracowników ochrony zdrowia wiele osób ma przestarzałą wiedzę lub braki w nowych umiejętnościach. Trzecim czynnikiem są braki kadrowe – liczba psychiatrów dziecięcych jest tak niewielka, że specjaliści są silnie obciążeni pracą bieżącą i nie dysponują czasem na szkolenie innych czy przekazywanie wiedzy. Utrwala się błędne koło -brak specjalistów utrudnia wyszkolenie kolejnych.

Projekty takie jak opisywane są jednak próbą przerwania tego impasu. Respondenci oceniali, że ich inicjatywy przyczyniają się do wypełniania luk kompetencyjnych. Jednocześnie nie oczekują, że pojedynczy projekt rozwiąże problem w pełnej skali, lecz dostrzegają istotny wpływ działań na wybraną grupę docelową. Na przykład dzięki projektowi specjalizacyjnemu dla fizjoterapeutów pojawi się wkrótce pierwsza pula fizjoterapeutów z dodatkowymi kwalifikacjami specjalistycznymi – to nowość i początek budowania takiej kadry w Polsce. Podobnie, tysiące pielęgniarek po kursach kwalifikacyjnych stanowią realne wzmocnienie systemu poprzez nabycie nowych umiejętności. Większa liczba pielęgniarek będzie mogła pracować w poradniach specjalistycznych i przejmować wybrane zadania dotychczas wykonywane przez lekarzy. W obszarze zdrowia psychicznego przeszkolenie choćby kilkuset pracowników szkół, poradni i oddziałów dziennych również robi różnicę – ci absolwenci szkoleń stają się lokalnymi liderami i mogą chociaż częściowo odciążyć brakujących lekarzy. Jednak wszyscy badani beneficjenci podkreślili, że potrzebne jest kontynuowanie i rozszerzenie wsparcia. Projekty pokazały efekt, ale żeby utrzymać i pogłębić zmiany, konieczne są dalsze inwestycje.

Na koniec realizowanych wywiadów pogłębionych beneficjenci mieli za zadanie zidentyfikować nowe obszary kompetencji, które ich zdaniem wkrótce potrzebne będą w sektorze ochrony zdrowia. Wskazywano w tym zakresie m.in. kwestię digitalizacji i nowych technologii medycznych – analiza wskazuje, że był to temat, który pojawiał się wielokrotnie w prowadzonych rozmowach. Respondenci zauważyli, że postępująca cyfryzacja służby zdrowia rodzi zapotrzebowanie na umiejętności obsługi nowych narzędzi i rozumienia danych. Telemedycyna, e-zdrowie, sztuczna inteligencja w diagnostyce – te elementy stają się zdaniem badanych codziennością, a wielu pracowników nie ma jeszcze wystarczającego przygotowania, by z nich w pełni korzystać. Jak zaznaczano, lekarze i pielęgniarki będą musieli nauczyć się współpracować z systemami opartymi na AI (np. algorytmy wspomagające decyzje kliniczne) – trzeba ich więc przeszkolić, jak interpretować wyniki takich systemów, jak je weryfikować i używać w sposób etyczny. Podobnie cyfrowe rejestry pacjentów, big data, analizy danych medycznych, które to wymagają nowych kompetencji z pogranicza IT i medycyny. Rozmówcy przewidywali, że szkolenia z zakresu kompetencji cyfrowych dla personelu medycznego staną się wkrótce niezbędne na dużą skalę. Już teraz niektóre projekty ocierały się o te tematy (np. menedżerowie szpitali uczyli się pracy z systemami informatycznymi do raportowania, pielęgniarki – dokumentacji elektronicznej), ale w przyszłości będzie potrzebne bardziej zaawansowane podejście, np. kursy z obsługi teleporad, ze zdalnego monitorowania pacjentów, czy z bezpieczeństwa danych medycznych.

Kolejną kwestią podnoszoną w tym zakresie były nowe terapie i innowacje w medycynie. Zdaniem badanych beneficjentów kolejny horyzont kompetencyjny związany jest bowiem z rozwojem nauk medycznych. Pojawiają się terapie genowe, spersonalizowane leczenie, robotyka chirurgiczna – respondenci zauważyli, że krajowy personel medyczny będzie musiał się do tego przygotować. W momencie szerszego zastosowania terapii genowych dla różnych chorób, lekarze różnych specjalizacji będą musieli zrozumieć chociaż podstawy inżynierii genetycznej, by umieć kwalifikować i prowadzić takich pacjentów. To obszar, którego w ich edukacji prawie nie było, więc potrzebne będą szkolenia dla całego przekroju zawodów (lekarze, diagności, pielęgniarki) z medycyny genomowej. Podobnie roboty chirurgiczne –



coraz więcej szpitali je kupuje, więc chirurdzy muszą zdobyć nowe umiejętności ich obsługi, a pielęgniarki blokowe – nauczyć się instrumentowania do operacji robotycznych.

Kolejnym obszarem poruszonym w tym zakresie przez respondentów była opieka koordynowana i praca w interdyscyplinarnych zespołach. Badani z perspektywy systemowej wskazali, że w ostatnich latach zmienia się model opieki – podążamy w kierunku opieki koordynowanej, z pacjentem w centrum, gdzie różni specjaliści muszą ściśle współpracować (lekarz, pielęgniarka, farmaceuta, rehabilitant, pracownik socjalny). To wymaga z kolei nowych kompetencji w zakresie koordynacji opieki, komunikacji między różnymi profesjami, rozumienia ról innych w zespole. Pojawi się też zapotrzebowanie na nowe role jak koordynator opieki czy nawigator pacjenta – osoby, które nie są lekarzami, ale pomagają pacjentowi przejść przez system. Tacy ludzie będą musieli zostać odpowiednio wyszkoleni, dlatego wskazano, że horyzontalnym obszarem kompetencji staje się zarządzanie procesem leczenia pacjenta i praca zespołowa. Już teraz niektóre projekty dotyczą tego (np. szkoleń kadry zarządzającej czy integrując szkolenia dla różnych grup), ale w przyszłości będzie to wymóg o charakterze powszechnym.

Ostatnim obszarem podejmowanym w tym kontekście przez respondentów wywiadów pogłębionych było zdrowie publiczne i nowe wyzwania epidemiologiczne. Wskazywano bowiem, że pojawiają się nowe wyzwania, jak np. zmiany demograficzne, kryzysy zdrowotne (pandemie), zmiany klimatyczne wpływające na zdrowie. To rodzi natomiast potrzebę ciągłego doskonalenia personelu w zakresie profilaktyki, zdrowia publicznego czy medycyny środowiskowej.

Również w przypadku panelu ekspertów, dyskusja dostarczyła bogatego materiału na temat potrzeb kompetencyjnych poszczególnych grup zawodowych ochrony zdrowia oraz wskazała, w jaki sposób projekty FERS wpływają na rozwój kadr. Wszyscy uczestnicy panelu zgodzili się, że **ciągłe podnoszenie kwalifikacji jest niezbędne w zawodach medycznych, a program FERS stał się jednym z głównych mechanizmów umożliwiających ten rozwój w ostatnim czasie**. Przedstawiciele różnych profesji podkreślali jednak odmienne aspekty tych potrzeb, wynikające ze specyfiki ich pracy i wyzwań zawodowych.

Z perspektywy lekarzy, podstawową potrzebą jest aktualizacja wiedzy klinicznej i nadążanie za postępem nauk medycznych. Wskazywano, że w ciągu kilkunastu lat od ukończenia studiów wiele dziedzin medycyny uległo transformacji – pojawiły się nowe metody diagnostyczne, leki, wytyczne postępowania. Stąd nawet tematy, które były częścią ich kształcenia pierwotnego (np. genetyka, diagnostyka obrazowa, leczenie ran czy interpretacja EKG), wymagają dziś ponownego nauczania w świetle najnowszych standardów. Potrzebą kadry lekarskiej jest więc ciągłe doskonalenie w swoich specjalnościach, a także poszerzanie kompetencji o pokrewne obszary, które stają się ważne z punktu widzenia pacjenta (przykładem może być wiedza z zakresu zdrowia psychicznego, rehabilitacji czy opieki koordynowanej – nawet jeśli formalnie wykracza poza wąską specjalizację lekarza). Paneliści zwracali przy tym uwagę, że duże znaczenie mają tu umiejętności praktyczne – samo teoretyczne przypomnienie wiedzy nie zawsze wystarcza. Program FERS odpowiedział na te potrzeby poprzez warsztaty i kursy praktyczne (np. kursy doskonalące badanie fizykalne pacjenta w reumatologii czy szkolenia z nowych procedur zabiegowych). Niemniej wskazano bariery w pełnym wykorzystaniu tych



możliwości, tj. stały brak czasu (trudność w wygospodarowaniu dni na naukę) oraz niejednokrotnie brak motywacji wynikający z braku natychmiastowych bodźców (finansowych lub formalnych) do odbycia szkolenia. Wśród wniosków pojawiła się również potrzeba wprowadzenia systemowych rozwiązań wspierających kształcenie ustawiczne lekarzy – poprzez zachęty lub obowiązki wpisane np. w system akredytacji, punktów edukacyjnych czy finansowania (co częściowo funkcjonuje, ale mogłoby być silniejsze). Dzięki temu rozwój kadr lekarskich mógłby przebiegać bardziej planowo, a nie tylko incydentalnie, gdy lekarz sam z siebie wykaże inicjatywę.

Równie istotna jest perspektywa pielęgniarek i położnych. W tej grupie zawodowej dostrzeżono silną potrzebę zdobywania wiedzy i rozwoju, ale też pewne specyficzne braki kompetencyjne uwarunkowane dotychczasowym modelem kształcenia. Eksperci reprezentujący tę grupę podkreślili, że choć zawód ten wymaga formalnie wyższego wykształcenia, to jakość edukacji przeddyplomowej bywa nierówna – absolwentom brakuje pewności siebie w wykonywaniu wielu czynności, które poznali teoretycznie. Wielką wartość szkoleń FERS upatrują więc w możliwości praktycznego przeciwiczenia procedur i nabrania doświadczenia pod okiem ekspertów. Przykładem takiej potrzeby kompetencyjnej jest ordynowanie leków przez pielęgniarki - choć prawo od pewnego czasu dopuszcza taką możliwość, wielu pielęgniarkom brak realnego doświadczenia i śmiałości, by z tego uprawnienia korzystać. Odpowiedzią projektu stały się warsztaty z ordynacji leków, gdzie pielęgniarki w kontrolowanych warunkach mogły zdobyć potrzebne obycie w tym zakresie. Podobnie rzecz ma się z umiejętnością badania fizykalnego pacjenta – panelistki zaznaczyły, że w toku studiów pielęgniarskich zagadnienie to jest obecne, ale dopiero na kursach doszkalających młode pielęgniarki uczą się w praktyce, jak badać pacjenta i na co zwracać uwagę, by czuć się kompetentnie w roli samodzielnego pracownika sektora ochrony zdrowia. Potrzeby rozwojowe pielęgniarek dotyczą więc pogłębienia praktycznych umiejętności klinicznych, które pozwolą im w pełni wykorzystać kompetencje zawodu (czy to w POZ, czy w pracy środowiskowej, czy na oddziale).

Ponadto w środowisku pielęgniarskim wyraźnie artykułowane są potrzeby rozwijania kompetencji miękkich i społecznych. Paradoksalnie, choć pielęgniarki z definicji pracują blisko pacjenta, wcześniej rzadko oferowano im szkolenia z komunikacji, radzenia sobie w sytuacjach trudnych czy budowania relacji z rodziną pacjenta. Panel pokazał, że po początkowym sceptycyzmie (w myśl przekonania o tym, że „potrafimy rozmawiać z pacjentami, robimy to codziennie”) same pielęgniarki dostrzegły ogromną wartość dodaną treningów interpersonalnych – kursy z tego obszaru stały się jednymi z najpopularniejszych, a uczestniczki wysoko oceniały ich przydatność. Świadczy to, że kompetencje psychospołeczne są kluczowym obszarem rozwoju kadr medycznych na każdym poziomie – i pielęgniarki aktywnie z tej szansy skorzystały, co powinno być kontynuowane.

Szczególnym zagadnieniem poruszonym przez ekspertów była sytuacja zawodowa położnych. Przedstawiono niepokojącą diagnozę- malejąca liczba porodów w Polsce (i co za tym idzie zamykanie kolejnych oddziałów położniczych) sprawia, że część położnych traci pracę lub ma ograniczone perspektywy zatrudnienia w wyuczonej specjalności. Jednocześnie system kształci nadal nowe położne, co pogłębia problem nadwyżki. W tej sytuacji zidentyfikowano pilną potrzebę rozwoju kompetencji położnych w kierunku nowych ról – tak, aby móc

zagospodarować ich wiedzę i umiejętności w innych obszarach opieki. Pojawiły się sugestie, aby rozwijać kompetencje położnych w kierunku uzupełniania niedoborów kadrowych, np. poprzez przygotowanie ich do wykonywania wybranych zadań pielęgniarских lub specjalizowanie w obszarach pokrewnych, takich jak edukacja zdrowotna czy opieka nad matką i dzieckiem w środowisku. Wskazywano również, że po odbyciu dodatkowych kursów mogłyby one pełnić funkcje w opiece szkolnej.

Potrzeba kompetencyjna położnych jest więc dwojaka - z jednej strony zapewnić im możliwość zdobycia kwalifikacji uzupełniających, z drugiej – wykorzystać ich dotychczasowe kompetencje w nowych polach (np. jako edukatorów prenatalnych, doradców laktacyjnych, szkolnych higienistek itp.). Eksperci-koordynatorzy projektów zadeklarowali, że planują w ramach FERS uruchomić pilotażowe kursy uzupełniające dla położnych, aby zbadać zainteresowanie i skalę zapotrzebowania w tym zakresie. Pierwsze takie inicjatywy pokażą, jak duża jest grupa położnych gotowych do przebranzowienia lub poszerzenia kompetencji – co pozwoli oszacować, czy konieczne będzie dodatkowe wsparcie finansowe w przyszłości na pomoc tej grupie zawodowej.

Istotna jest ponadto perspektywa kadry zarządzającej i pozostałych specjalistów (np. diagnostów, fizjoterapeutów). W przypadku tej grupy zwracano w trakcie panelu uwagę na uniwersalne kompetencje sektorowe, które przez lata były zaniedbane, a które są niezbędne do sprawnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Przede wszystkim podkreślono deficyt umiejętności w zakresie pracy zespołowej i komunikacji między różnymi zawodami medycznymi. Kadra zarządzająca dostrzega od lat, że brak wzajemnego zrozumienia ról między lekarzami, pielęgniarkami, diagnostami czy rehabilitantami skutkuje gorszą koordynacją opieki i napięciami w miejscu pracy. Potrzebne są więc kompetencje polegające na umiejętności współpracy w interdyscyplinarnym zespole, rozumieniu perspektywy innego specjalisty i efektywnej komunikacji na linii lekarz – pielęgniarka – ratownik itd. Program FERS pośrednio dotknął tego obszaru (np. poprzez szkolenia menedżerskie czy komunikacyjne dedykowane poszczególnym grupom), ale zabrakło łązonego kształcenia różnych profesji razem. W przyszłości zdaniem ekspertów rozwój kadr powinien uwzględniać wspólne warsztaty integracyjne, scenariusze symulacyjne z udziałem wielozawodowych zespołów, aby budować te krytyczne kompetencje pracy kolektywnej.

Innym wskazanym w trakcie panelu ekspertów polem do rozwoju są kompetencje cyfrowe i praca z nowymi technologiami. Na przykład wśród personelu średniego (pielęgniarki, położne) pojawiła się nagła potrzeba oswojenia się z systemami informatycznymi w ochronie zdrowia, dokumentacją elektroniczną, a w najbliższej przyszłości – z narzędziami sztucznej inteligencji wspomagającymi decyzje kliniczne. O skali zainteresowania tym tematem świadczą przytoczone przez ekspertów dane - w wewnętrznym szkoleniu z AI zorganizowanym w jednym z instytutów medycznych 70 miejsc zajęło się w 15 minut (przy 1500 zatrudnionych pracowników), co pokazuje jak bardzo pracownicy chcą nabyć wiedzę w tym zakresie. Program FERS jeszcze nie w pełni objął tematykę sztucznej inteligencji czy telemedycyny – sygnalizowano, że warto tę lukę uzupełnić, bo kompetencje cyfrowe staną się wkrótce nieodzowną częścią kwalifikacji medyków.

Warto też wspomnieć o kompetencjach językowych i międzykulturowych, które również były poruszane w trakcie panelu (szczególnie w kontekście coraz bardziej zróżnicowanych kulturowo zespołów i pacjentów). Wprawdzie nie były one głównym tematem projektów FERS, lecz eksperci zaznaczyli, że nowoczesna edukacja kadr medycznych powinna uwzględniać elementy humanistyczne – empatię, wrażliwość kulturową, etykę komunikacji. Te miękkie kompetencje stają się coraz, dlatego rozwój kadr powinien iść w parze z kształtowaniem postaw nastawionych na pacjenta i umiejętności radzenia sobie w zmiennych warunkach.

## Podsumowanie

Biorąc pod uwagę analizowane pytanie badawcze<sup>65</sup>, zauważyć należy, że różne grupy zawodów medycznych i okołomedycznych borykają się z odmiennymi lukami kompetencyjnymi, jednak pewne deficyty są wspólne i szczególnie odczuwalne. W przypadku lekarzy najbardziej brakuje specjalistów w wybranych dziedzinach medycyny, zwłaszcza tam, gdzie pojawiły się nowe wyzwania zdrowotne lub gdzie dotychczas zaniedbywano kształcenie. Na pierwszy plan wysuwa się niedobór lekarzy o specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży – dziedziny kluczowej w obliczu narastających problemów zdrowia psychicznego u młodej populacji. Również dziedziny takie jak geriatryka czy medycyna personalizowana/informatyczna wskazywane są jako obszary, w których kompetencji brakuje, ponieważ są to stosunkowo nowe pola wymagające dopiero wyszkolenia kadry.

Wśród zawodów niemedycznych i około medycznych wyraźny jest deficyt zaawansowanych kompetencji menedżerskich i organizacyjnych. Kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi często nie miała możliwości formalnego dokończenia się w zakresie nowoczesnego zarządzania służbą zdrowia, brakuje więc umiejętności z zakresu przywództwa, zarządzania zespołami, analizy danych czy zarządzania jakością. Dlatego postulowane jest objęcie tej grupy wsparciem w formie specjalistycznych szkoleń lub studiów podyplomowych z zarządzania ochroną zdrowia.

W przypadku pielęgniarek i położnych zdiagnozowano niedostatek kadr o wysokich kwalifikacjach specjalistycznych. Z jednej strony system zmagają się z ogólnym niedoborem pielęgniarek, z drugiej zaś brakuje pielęgniarek posiadających wąskie specjalizacje: anestezyjologicznych, operacyjnych, środowiskowych, edukatorek diabetologicznych itp. Podobnie położnym często nie zapewnia się ścieżek poszerzania kompetencji – bardzo mało jest położnych uprawnionych do samodzielnego prowadzenia ciąży fizjologicznej czy wykonywania rozszerzonych zadań w opiece nad matką i dzieckiem. Z tego powodu wskazuje się potrzebę inwestowania w kursy specjalizacyjne dla pielęgniarek (by uzupełnić braki m.in. w opiece anestezyjologicznej, długoterminowej, diabetologicznej) oraz dla położnych (np. kursy

---

<sup>65</sup> Jakich kompetencji najbardziej brakuje przedstawicielom poszczególnych zawodów (około) medycznych? Czy są zawody (około) medyczne / stanowiska pracy w podmiotach leczniczych, które należy wesprzeć w większym stopniu w obszarze nabywania kompetencji, a jeżeli tak – to z jakich przyczyn wynika ich zwiększone zapotrzebowanie i jakich kompetencji / wiedzy powinny dotyczyć szkolenia / inne formy kształcenia / doskonalenia zawodowego?

dające uprawnienia do prowadzenia ciąży, opieki środowiskowej itp.), co zwiększy ich rolę w systemie.

Kolejną grupą wymagającą wzmocnienia kompetencji są fizjoterapeuci – zauważono brak specjalistów w dziedzinach fizjoterapii pediatrycznej, onkologicznej czy dotyczącej schorzeń rzadkich. Wraz z postępem medycyny rośnie zapotrzebowanie na wysoko wykwalifikowanych fizjoterapeutów w wąskich specjalnościach, zatem stworzenie programów specjalizacyjnych w tych obszarach jest uzasadnione.

W obszarze ratownictwa medycznego stwierdzono, że ratownicy mają ograniczone możliwości dalszego rozwoju – w Polsce nie istnieją obecnie formalne specjalizacje dla ratowników, co sprawia, że brakuje np. ratowników o eksperckich kompetencjach w medycynie lotniczej, ratownictwie pediatrycznym czy innych podspecjalizacjach. Wprowadzenie takich ścieżek kształcenia podyplomowego dla ratowników byłoby pożądane, tym bardziej że mogliby oni wypełnić pewne nisze w systemie (np. w regionach z brakiem lekarzy wysoko wykwalifikowany ratownik mógłby przejąć część zadań związanych ze stabilizacją pacjenta czy opieką w stanach nagłych).

Równie istotny jest deficyt kompetencji w obszarze zdrowia psychicznego - brakuje nie tylko specjalistów (psychiatrów, psychologów klinicznych dziecięcych), ale także umiejętności psychospołecznych wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej czy pielęgniarek, które coraz częściej stykają się z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi. Ponadto, w niemal wszystkich zawodach medycznych zauważalna jest potrzeba doskonalenia kompetencji cyfrowych – wdrażanie elektronicznej dokumentacji medycznej, zdalnych usług zdrowotnych czy narzędzi telemedycznych wymaga od personelu nowych umiejętności informatycznych. Starsi stażem pracownicy często nie mieli okazji tych umiejętności nabyć podczas edukacji, stąd szkolenia z obsługi nowoczesnych systemów IT, analizy danych medycznych czy nawet podstaw sztucznej inteligencji w medycynie stają się coraz bardziej pożądane. Wreszcie, niezależnie od specjalizacji, uwidacznia się zapotrzebowanie na kompetencje miękkie - komunikację z pacjentem (szczególnie z pacjentem w podeszłym wieku lub z różnym tłem kulturowym), pracę zespołową w środowisku wielodyscyplinarnym, radzenie sobie ze stresem zawodowym oraz zarządzanie własnym rozwojem.

## 6.5. Dobre praktyki<sup>66</sup>

Kwestia identyfikacji dobrych praktyk podjęta została m.in. w trakcie zogniskowanego wywiadu grupowego. Zdaniem respondentów, wiele doświadczeń wyniesionych z realizacji Działów 01.12 i 01.13 FERS może posłużyć za inspirację, zwłaszcza w obszarze organizacji i monitorowania projektów. Jako ważną dobrą praktykę wskazano bieżącą, częstą komunikację i spotkań roboczych pomiędzy wszystkimi zaangażowanymi stronami. Uczestnicy zgodzili się, że regularny dialog pomiędzy IP a IZ – wykraczający poza formalne raporty – jest kluczowy dla szybkiego rozwiązywania problemów. Przedstawiciele IZ zasugerowali, że cykliczne spotkania (np. comiesięczne lub kwartalne) poświęcone omówieniu postępów każdego projektu mogłyby zapobiegać sytuacjom, w których IZ dowiaduje się o kłopotach dopiero post factum. Tego typu robocze narady pozwoliłyby zidentyfikować potencjalne trudności na wczesnym etapie i wspólnie zastanowić się nad środkami zaradczymi, zanim problem zagrozi realizacji wskaźników. Uczestnicy podkreślili, że taka wczesna współpraca jest korzystna dla obu stron, gdyż IP zyskuje wsparcie i wskazówki od IZ, a IZ ma większą pewność, że program przebiega zgodnie z planem i nie będzie niespodzianek przy rozliczaniu rezultatów.

W toku dyskusji okazało się, że pewne elementy takiego podejścia są już praktykowane na poziomie IP–beneficjent. Przedstawiciele IP opisali, że Ministerstwo Zdrowia wprowadziło comiesięczne spotkania online (za pomocą platformy Teams) ze wszystkimi beneficjentami realizującymi projekty. Na spotkaniach tych omawia się pojawiające trudności, dzieli doświadczeniami i daje wskazówki na kolejne tygodnie. Dodatkowo beneficjenci zobowiązani są składać co miesiąc zwięzłe zestawienia postępów rzeczowych i finansowych. Zdaniem IP, ten system, choć w pewnym stopniu zwiększa obciążenie administracyjne wykonawców, pozwala wychwycić ewentualne opóźnienia czy problemy natychmiast i podjąć interwencje (np. wysłać eksperta na konsultacje, zgodzić się na zmianę harmonogramu, itp.).

Jeśli chodzi o treść i zakres samych interwencji, uczestnicy również wskazali kilka elementów zasługujących na miano dobrych praktyk. Zgodnie stwierdzili, że jednym z atutów Działów 01.12 i 01.13 FERS jest kompleksowość wsparcia – objęcie nim bardzo szerokiego kręgu kadr medycznych i okołomedycznych. To podejście uznano za wartościowe, ponieważ budowanie kompetencji w systemie opieki zdrowotnej wymaga wzmacniania wielu ogniw jednocześnie. W opinii respondentów, projekty FERS stanowią dobry przykład inwestycji horyzontalnej – szkoleni są lekarze różnych specjalizacji, pielęgniarki, ratownicy, personel administracyjny, a nawet opiekunowie nieformalni (w niektórych inicjatywach). Taka różnorodność pozwala zwiększać kompetencje całego zespołu opieki nad pacjentem, a nie tylko wybranej grupy. Uczestnicy zasugerowali, że takie podejście mogłoby stanowić inspirację dla polityki zdrowotnej na poziomie krajowym – aby przy planowaniu reform lub programów rozwojowych

---

<sup>66</sup> W ramach rozdziału udzielono odpowiedzi na następujące pytanie badawcze:

- Jakie dobre praktyki w zakresie wsparcia dotyczącego kształcenia pracowników sektora zdrowia, w tym w ramach współpracy ponadnarodowej, warto wdrożyć w ramach kolejnych / innych interwencji publicznych (programów / projektów)? Jakie dobre praktyki/rozwiązania, w tym w ramach współpracy ponadnarodowej, mogą zostać zaimplementowane do rozwiązań systemowych w sektorze zdrowia?



myśleć systemowo, uwzględniając wzajemne powiązania między rolami w ochronie zdrowia. Dla przykładu, poprawa opieki nad osobami starszymi nie zależy jedynie od liczby geriatrów, ale też od umiejętności pielęgniarek, koordynatorów opieki i lekarzy rodzinnych - program FERS dostrzega te zależności, finansując szkolenia w różnych profilach.

Zagadnienie dotyczące dobrych praktyk podjęte zostało również w trakcie panelu ekspertów. Uczestnikom panelu udało się zidentyfikować szereg interesujących przypadków w tym zakresie.

Na początek wymieniono **szeroką partycypację interesariuszy w planowaniu szkoleń**, która to uznano za jedno z kluczowych źródeł sukcesu projektów. Przykładem jest tu podejście Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, która przed uruchomieniem nowego projektu zebrała opinie pielęgniarek z całego kraju (ankiety ewaluacyjne z poprzedniej edycji oraz konsultacje) na temat potrzeb szkoleniowych. W efekcie oferta kursów była ściśle dopasowana do oczekiwań odbiorców, co przełożyło się na ich masowy udział i wysokie oceny szkoleń. Również na etapie realizacji projektów pozostawano otwartym na opinie uczestników. Niektórzy organizatorzy konsultowali z lokalnymi placówkami zapotrzebowanie szkoleniowe jeszcze przed rozpoczęciem zajęć i dostosowywali program do ich specyficznych potrzeb. Przykładowo, jeden z beneficjentów prowadzących kursy dla lekarzy w szpitalach komponował moduły szkoleniowe w formule 'na zamówienie' danego zespołu. Taka orientacja na odbiorcę została oceniona jako dobra praktyka, zapewniająca trafność i wysoką frekwencję.

Drugim wskazywanym aspektem była **elastyczność i szybka adaptacja treści szkoleń**. Projekty FERS pokazały, że warto dysponować mechanizmem umożliwiającym modyfikowanie programu merytorycznego w odpowiedzi na nowe wyzwania. Dobrą praktyką okazało się wprowadzanie nowych modułów szkoleniowych w trakcie realizacji, za zgodą instytucji nadzorującej, gdy pojawiła się pilna potrzeba. Przykłady to dodanie w programach lekarskich komponentu dotyczącego wspomnianego już wcześniej PTSD i wsparcia psychologicznego po wybuchu wojny (gdy zauważono zapotrzebowanie na taką wiedzę) czy rozważane obecnie włączenie kursów z medycyny pola walki dla personelu pielęgniarskiego. Dzięki takiej elastyczności projekty zachowały aktualność i skutecznie odpowiadały na zmieniające się otoczenie, co zwiększyło ich oddziaływanie.

---

- (...) Zmienialiśmy harmonogram, a oni [przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia] rozumieli też kwestię pandemii, po wybuchu wojny na Ukrainie. I też ta medycyna pola walki po wybuchu wojny [którą] rzeczywiście było zainteresowanie. Może nie stricte takim leczeniem ofiar wojny fizycznie, ale właśnie z zakresu psychiatrii. Bo jednak PTSD bardzo rzutowało i przewijało [się] we wszystkich rozmowach lekarzy (...). Mogliśmy zmienić jeszcze nasze sylabusy, wprowadzić nowe wykłady, nowe zajęcia z psychiatrii dotyczące PTSD i traum, depresji itd., które wynikały choćby właśnie z okresu wojennego.

Źródło: Panel ekspertów

---



Trzecią dobrą praktyką identyfikowaną przez uczestników panelu ekspertów była **decentralizacja realizacji i dostępność terytorialna szkoleń**. Za godne naśladowania uznano bowiem podejście organizatorów, którzy zapewnili szeroki geograficzny zasięg kursów. W projektach pielęgniarских wprowadzono model współpracy z aż 43 lokalnymi podmiotami szkolącymi w całej Polsce, co pozwoliło oferować kursy nie tylko w dużych miastach, ale też w mniejszych powiatowych ośrodkach. Pielęgniarki i położne mogły kształcić się blisko miejsca zamieszkania, ograniczając czas i koszty dojazdu. Taki model okazał się skuteczny – nie zaobserwowano problemów z rekrutacją, a wręcz przeciwnie, nawet w mniejszych miastach kursy szybko się zapełniały.

Kolejną dobrą praktyką okazało się **wykorzystanie sprawdzonych partnerstw i kadry dydaktycznej**. W panelu podkreślono, że jakość szkoleń FERS była bardzo wysoka m.in. dzięki temu, że projekty angażowały uznanych ekspertów i renomowane instytucje szkoleniowe. Wielu wykonawców szkoleń to jednostki akredytowane (centra kształcenia podyplomowego, uniwersytety medyczne, doświadczone podmioty lecznicze). Dobrą praktyką było również tworzenie partnerstw między organizacjami – np. prywatne firmy szkoleniowe, które stawiały do konkursu, łączyły siły z publicznymi pogotowiami ratunkowymi czy izbami zawodowymi, aby zapewnić odpowiedni poziom merytoryczny i certyfikację kursów. Dzięki temu uczestnicy mieli gwarancję, że szkolenie prowadzą kompetentni wykładowcy, a zdobyte certyfikaty są respektowane w środowisku zawodowym.

Kolejną identyfikowaną przez ekspertów dobrą praktyką były **innowacyjne formy dydaktyczne i organizacyjne**. Jako przykład podano skracanie i modułowanie zajęć dla zapracowanych profesjonalistów – zamiast standardowych kilkudniowych kursów stacjonarnych organizatorzy proponowali cykle krótszych warsztatów rozłożonych w czasie lub skondensowane jednodniowe szkolenia tematyczne. Ta elastyczność harmonogramu ułatwiła udział np. lekarzy, którzy mogli dopasować pojedyncze dni szkoleniowe do grafiku dyżurów. Za dobrą praktykę uznano także w tym zakresie rozwój narzędzi e-learningowych. Choć większość kursów dla medyków musiała odbywać się stacjonarnie (zwłaszcza w przypadku pielęgniarek wymóg zajęć praktycznych uniemożliwia kształcenie online), to przewidziano utworzenie platformy edukacyjnej umożliwiającej realizację części zajęć teoretycznych na odległość oraz gromadzenie materiałów szkoleniowych. Taka platforma, nad którą patronat ma objąć samorząd zawodowy, posłuży również po zakończeniu projektu do samokształcenia pielęgniarek i położnych (zdobywanie punktów edukacyjnych przez kursy online). Wprowadzenie komponentu zdalnego i utrzymanie go jako trwałego zasobu szkoleniowego jest dobrym przykładem podejścia zorientowanego na przyszłość w projektach – zapewnia, że efekty (materiały, programy kursów) przetrwają i będą dostępne dla większej liczby osób także po zamknięciu finansowania.

Panel ujawnił ponadto, że **zespoły projektowe na bieżąco analizowały przebieg realizacji i reagowały na sygnały płynące od uczestników oraz zmiany otoczenia**. Dobrą praktyką było np. regularne analizowanie ankiet poszkoleniowych i ocen od kursantów, co pozwoliło wychwycić bariery odczuwane przez uczestników – chociażby sygnały od lekarzy o braku gratyfikacji za udział w szkoleniu czy trudności logistyczne. Innym elementem monitorowania było śledzenie naboru i elastyczne zarządzanie wskaźnikami – kiedy zauważono, że pewne wskaźniki zostaną przekroczone (liczba chętnych znacząco wyższa od założeń), beneficjenci

przygotowywali wnioski o zmiany do projektów, zamiast sztywno trzymać się pierwotnych celów. Ta proaktywność w zarządzaniu jest warta kontynuacji – dzięki niej program nie tylko rozlicza wskaźniki, ale realnie stara się zmaksymalizować pozytywny wpływ przez objęcie wsparciem większej grupy osób.

## Podsumowanie

Biorąc pod uwagę analizowane pytanie badawcze<sup>67</sup>, zauważyć należy, że ewaluacja wskazała szereg dobrych praktyk w obszarze kształcenia kadr sektora zdrowia, które warto wdrażać w przyszłych programach i projektach, a także przenieść na stałe do rozwiązań systemowych.

Zalecanym podejściem jest zapewnienie elastycznych form kształcenia, tj. łączenie szkoleń stacjonarnych z e-learningiem, tworzenie hybrydowych ścieżek edukacyjnych dopasowanych do potrzeb uczestników. Kolejnym elementem, który warto kontynuować, jest tworzenie sieci wymiany doświadczeń pomiędzy uczestnikami i realizatorami projektów. W badanych projektach bardzo dobrze sprawdziły się inicjatywy budujące społeczność – np. grupy absolwentów, fora dyskusyjne, regularne spotkania uczestników – dzięki którym osoby z różnych placówek mogą dzielić się wiedzą, wzajemnie wspierać we wdrażaniu nowych rozwiązań i kontynuować współpracę po zakończeniu formalnego szkolenia.

Za dobrą praktykę uznano również wprowadzenie jasnych standardów jakości kształcenia i systemu certyfikacji szkoleń. Ujednolicenie wymogów programowych i egzaminacyjnych oraz akredytacja podmiotów szkolących zapewniają porównywalność i uznawalność uzyskanych kwalifikacji w skali całego kraju, co podnosi wiarygodność programów szkoleniowych i motywuje uczestników. Warto także podkreślić znaczenie integracji przekrojowych zagadnień – doceniono, że w ramach FERS do programów szkoleń włączano elementy „zielonych” i cyfrowych kompetencji, zgodnie z trendami zrównoważonego rozwoju i cyfryzacji.

---

<sup>67</sup> Jakie dobre praktyki w zakresie wsparcia dotyczącego kształcenia pracowników sektora zdrowia, w tym w ramach współpracy ponadnarodowej, warto wdrożyć w ramach kolejnych / innych interwencji publicznych (programów / projektów)? Jakie dobre praktyki/rozwiązania, w tym w ramach współpracy ponadnarodowej, mogą zostać zaimplementowane do rozwiązań systemowych w sektorze zdrowia?



## 6.6. Syntetyczne odpowiedzi na pytania badawcze

Na podstawie przeprowadzonej analizy udzielono odpowiedzi na pytania badawcze przyświecające niniejszemu badaniu. Celem usystematyzowania poniżej przedstawiono w formie tabelarycznej syntetyczne odpowiedzi na pytania badawcze.

**Tabela 7. Syntetyczne odpowiedzi na pytania badawcze**

| Lp. | Pytanie badawcze                                                                                                                                                                                                                           | Syntetyczna odpowiedź                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Czy system wdrażania określony dla Działania 01.12 oraz 01.13 FERS był zaplanowany w taki sposób, aby zapewnić jak najbardziej skuteczną realizację projektów?                                                                             | System wdrażania Działan 01.12 i 01.13 FERS został oceniony jako zaplanowany w sposób sprzyjający skutecznej realizacji projektów. Większość beneficjentów pozytywnie oceniła zasady i procedury – doceniono sprawną komunikację z Instytucją Pośredniczącą, jasne kryteria wyboru projektów oraz elastyczność umożliwiającą wprowadzanie zmian w trakcie realizacji. Te elementy ułatwiły szybkie reagowanie na pojawiające się potrzeby i problemy, co podniosło efektywność wdrażania. Chociaż wystąpiły pewne bariery administracyjne (rozbudowana biurokracja, czasochłonne procedury aplikacyjne) oraz ograniczenia wynikające z sztywnych wymogów (np. wąskie kryteria uczestnictwa ograniczające rekrutację), generalnie przyjęty system wdrażania zapewnia solidne ramy dla skutecznego prowadzenia projektów, a wykazane trudności są rozwiązywane na bieżąco we współpracy beneficjentów z instytucjami nadzorującymi.                                                                                                                                                                                       |
| 2.  | W jakim stopniu wsparcie zaoferowane w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS odpowiadało istniejącym potrzebom, wyzwaniom i kierunkom reform określonym w ramach dokumentów strategicznych i programowych dotyczących interwencji z EFS+? | Wsparcie realizowane w ramach Działan 01.12 i 01.13 FERS w wysokim stopniu odpowiada istniejącym potrzebom i kierunkom reform określonym w dokumentach strategicznych EFS+. Interwencja koncentruje się na kluczowych wyzwaniach sektora zdrowia: starzeniu się kadr, niedoborach personelu medycznego oraz lukach kompetencyjnych (zwłaszcza w obszarze umiejętności cyfrowych). Zaplanowane działania (kursy specjalizacyjne, szkolenia językowe, e-learning itp.) są spójne z celami Europejskiego Funduszu Społecznego Plus i krajowymi priorytetami – wpisują się w cel budowy wykwalifikowanej, odpornej na zmiany kadry oraz promowania kształcenia ustawicznego. Analizy wykazały, że projekty FERS są zgodne z krajowymi rekomendacjami i zaleceniami unijnymi, a także uzupełniają działania z Krajowego Planu Odbudowy w zakresie kształcenia kadr. Jednocześnie zwrócono uwagę na obszary wymagające dalszych działań, tj. poza samym podnoszeniem kwalifikacji istnieje potrzeba inicjatyw na rzecz zatrzymania personelu w systemie, zapewnienia zastępowalności pokoleniowej oraz rozwijania kompetencji |



| Lp. | Pytanie badawcze                                                                                                                                                                                                                                                         | Syntetyczna odpowiedź                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                          | pozamedycznych (miękkich, międzykulturowych, cyfrowych), co obecne działania adresują pośrednio lub w ograniczonym stopniu.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 3.  | Czy rodzaj, zakres i sposób udzielania wsparcia w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS odpowiada na potrzeby jego grup docelowych? Co można poprawić w realizacji projektów, aby w większym stopniu spełniały oczekiwania uczestników projektów?                       | Rodzaj, zakres i sposób udzielania wsparcia w Działaniach 01.12 i 01.13 FERS generalnie odpowiada potrzebom grup docelowych tych projektów. Oferta obejmuje różnorodne formy kształcenia (kursy teoretyczne, warsztaty praktyczne, szkolenia online, staże itp.) dostosowane do specyfiki poszczególnych zawodów, co znalazło odzwierciedlenie w bardzo dużym zainteresowaniu udziałem. Ponad 93% ankietowanych uczestników oceniło, że szkolenia były adekwatne do ich potrzeb zawodowych. Uczestnicy zdobywają oczekiwane kwalifikacje i umiejętności, a frekwencja oraz zaangażowanie na zajęciach są wysokie, co wskazuje, że tematyka i formy wsparcia trafiają w zapotrzebowanie odbiorców. Realizatorzy projektów sprawnie reagują na opinie uczestników – np. dostosowując harmonogramy szkoleń do możliwości czasowych pracowników ochrony zdrowia czy dzieląc dłuższe kursy na mniejsze moduły – co wskazuje na gotowość do wprowadzania zmian podnoszących jakość i użyteczność wsparcia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 4.  | Czy w działaniach podejmowanych w ramach aktualnie realizowanych projektów w Działaniu 01.12 oraz 01.13 FERS zidentyfikowano istotne bariery / problemy, a jeżeli tak – to jakie i jak można je rozwiązać, aby zagwarantować realizację projektów zgodnie z założeniami? | W ramach realizowanych projektów 01.12 i 01.13 FERS zidentyfikowano kilka istotnych barier i problemów, które mogą utrudniać pełną realizację założeń. Po stronie systemowo-proceduralnej najczęściej wskazywanym wyzwaniem jest nadmierna złożoność i biurokracja procesu wdrażania – skomplikowane wnioski aplikacyjne, liczne załączniki i nie zawsze intuicyjne systemy informatyczne (nowy generator wniosków CST okazał się mniej przyjazny niż poprzednio używany system SOWA). Powoduje to wydłużenie procesu oceny i wymaga od beneficjentów dużych nakładów administracyjnych. Kolejnym problemem są sztywne wymogi formalne, które ograniczają elastyczność realizacji, np. bardzo wąsko zdefiniowane grupy docelowe w konkursach uniemożliwiły dołączenie do szkoleń osób z pokrewnych zawodów, nawet gdy istniały wolne miejsca i zainteresowanie z ich strony. Podobnie uniwersalne kryteria horyzontalne, jak obowiązek pełnej dostępności dla osób z niepełnosprawnościami, w niektórych projektach generowały nieproporcjonalnie duże koszty i utrudnienia organizacyjne, mimo że realnie niemal wszyscy uczestnicy byli w pełni sprawni (np. wymóg wynajmu wyłącznie sal w 100% dostosowanych, co nie zawsze było potrzebne). Jako bariery wskazano również czynniki zewnętrzne, tzn. opóźnienia we wdrażaniu spowodowane pandemią COVID-19 oraz wybuchem wojny na Ukrainie, które zmieniły potrzeby |



| Lp. | Pytanie badawcze                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Syntetyczna odpowiedź                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | szkoleniowe (konieczność dodania tematyki traumy wojennej, szkoleń online) i obciążony system ochrony zdrowia. Mimo tych trudności beneficjenci deklarują, że napotkane problemy są rozwiązywane – m.in. dzięki bieżącej komunikacji z instytucjami nadzorującymi i możliwości wprowadzania korekt w projektach.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 5.  | W jakim stopniu zostały osiągnięte wskaźniki produktu i rezultatu w ramach projektów realizowanych w Działaniu 01.12 oraz 01.13 FERS? Jakie efekty niezaplanowane (pozytywne, negatywne) zostały osiągnięte w Działaniu 01.12 oraz 01.13 FERS? Co należy poprawić, aby osiągnąć zaplanowane produkty i rezultaty w większym stopniu? | Dotychczasowe projekty są na dobrej drodze do osiągnięcia założonych wskaźników produktu i rezultatu. Większość beneficjentów ocenia postępy w realizacji wskaźników pozytywnie – ponad połowa badanych stwierdziła, że cele zostały już osiągnięte bądź są bliskie realizacji zgodnie z planem. W wielu projektach wskaźniki produktu (takie jak liczba przeszkolonych osób czy zrealizowanych szkoleń) zostały w znacznej mierze wykonane, a nawet przekroczone ze względu na większe od zakładanego zainteresowanie uczestników. Wskaźniki rezultatu (np. długofalowe efekty w postaci poprawy jakości opieki czy awansu zawodowego uczestników) będą mierzone w późniejszym okresie, jednak pierwsze obserwacje są obiecujące – uczestnicy uzyskują nowe kwalifikacje, potwierdzają wykorzystanie nabytych umiejętności w pracy, a projekty przynoszą wymierne korzyści w postaci np. zwiększenia liczby specjalistów w deficytowych dziedzinach. Pojawiły się również efekty niezaplanowane wcześniej, głównie o charakterze pozytywnym. Należą do nich inicjatywy podejmowane oddolnie przez uczestników po ukończeniu szkoleń (np. wdrażanie usprawnień w swoich placówkach, dzielenie się zdobytą wiedzą w zespołach) oraz tworzenie się sieci współpracy i kontaktów zawodowych między uczestnikami z różnych regionów i instytucji. Takie efekty uboczne wzmacniają trwałość rezultatów – szkolenia nie tylko podniosły kompetencje indywidualne, ale też zbudowały społeczności praktyków. |
| 6.  | W jakim stopniu wsparcie w Działaniu 01.12 oraz 01.13 FERS jest komplementarne z podobnymi działaniami z innych źródeł finansowania - np. KPO, programów regionalnych, innych inicjatyw, programów,                                                                                                                                  | Wsparcie oferowane w Działaniach 01.12 i 01.13 FERS jest zaplanowane komplementarnie względem podobnych inicjatyw finansowanych z innych źródeł, takich jak Krajowy Plan Odbudowy (KPO), programy regionalne czy inne projekty Ministerstwa Zdrowia. FERS koncentruje się na podnoszeniu kwalifikacji już pracujących kadr sektora zdrowia, uzupełniając tym samym działania ukierunkowane na zwiększanie liczby nowych pracowników i inwestycje infrastrukturalne. Równolegle realizowany komponent KPO wprowadził system zachęt dla przyszłych kadr medycznych (stypendia dla studentów kierunków medycznych oraz inwestycje w infrastrukturę dydaktyczną) – FERS dopełnia ten mechanizm, oferując rozwój kompetencji personelu już zatrudnionego. Razem oba programy zwiększają zarówno liczebność, jak i jakość kadr                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |



| Lp. | Pytanie badawcze                                                                                                                                                                                                                                                                       | Syntetyczna odpowiedź                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | projektów realizowanych / nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia?                                                                                                                                                                                                                    | <p>medycznych. Ponadto FERS na poziomie krajowym kontynuuje i rozwija interwencje zapoczątkowane wcześniej w programach takich jak POWER (np. kontynuacja szkoleń specjalizacyjnych pielęgniarek i ratowników medycznych finansowanych wcześniej z REACT-EU). Wsparcie z FERS zostało tak zaprojektowane, aby nie dublować się z programami regionalnymi – istnieją jasne linie demarkacyjne między zakresem szkoleń finansowanych z programu krajowego a inicjatywami wojewódzkimi. Mechanizmy koordynacji (np. Komitet Sterujący z udziałem ministerstw i regionów) czuwają nad tym, by tematy podejmowane w projektach FERS nie pokrywały się z już wspieranymi w ramach regionalnych programów operacyjnych. Obecnie FERS realnie wypełnia luki w systemie kształcenia kadr medycznych zamiast konkurować z innymi źródłami finansowania. Przykładem synergii jest też szybkie dostosowanie oferty FERS do zmian systemowych – gdy wprowadzono nowe wymogi ustawowe dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, projekty FERS zapewniły potrzebne szkolenia, umożliwiając tym lekarzom spełnienie obowiązków i utrzymanie uprawnień. Również współdziałanie z programem FEnIKS (inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia) ma komplementarny charakter: podczas gdy FEnIKS doposaża placówki w sprzęt i modernizuje obiekty, FERS szkoli personel, który z tych unowocześnień korzysta.</p> |
| 7.  | <p>Jakiego rodzaju wsparcia brakuje w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS i dlaczego? Czy istnieją potrzeby beneficjentów / uczestników projektów, w ramach których wsparcie było niewystarczające? Jeżeli tak, to jakie i jakie działania należy przewidzieć, aby im sprostać?</p> | <p>Zauważyć należy, że mimo szerokiego zakresu interwencji FERS, zidentyfikowano pewne obszary, w których brakuje odpowiedniego wsparcia i które warto uzupełnić. Po pierwsze, obecne działania nie adresują bezpośrednio problemu odpływu kadr i braku zastępowalności pokoleniowej – brakuje instrumentów motywujących do pozostania w zawodzie (retencji personelu) czy zachęt dla młodszych pokoleń do podejmowania pracy w sektorze zdrowia. FERS skupia się na szkoleniach, tymczasem równolegle potrzebne są działania systemowe zatrzymujące wykwalifikowanych pracowników (np. programy mentoringowe, ścieżki rozwoju zawodowego, polepszenie warunków pracy), co wykracza poza klasyczne projekty szkoleniowe, ale jest kluczowe z punktu widzenia utrzymania efektów. Zidentyfikowano również nowe obszary wiedzy, które dotąd nie pojawiały się w standardowych programach, a nabierają znaczenia w związku z aktualnymi wyzwaniami. Należą do nich m.in. medycyna pola walki i medycyna katastrof (istotne w kontekście konfliktów zbrojnych i zdarzeń masowych) oraz zastosowanie sztucznej inteligencji w ochronie zdrowia. Wreszcie, uczestnicy sygnalizowali zapotrzebowanie na rozwój tzw. kompetencji miękkich i pozamedycznych, których wsparcie bywa niewystarczające. Choć projekty zaczęły</p>                                                                            |





| Lp. | Pytanie badawcze                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Syntetyczna odpowiedź                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | oferować np. szkolenia z komunikacji czy radzenia sobie ze stresem, można je rozszerzyć, podobnie jak szkolenia z języków obcych czy kompetencji kulturowych, zważywszy na rosnącą różnorodność pacjentów i zespołów.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 8.  | Jakie są potrzeby dotyczące metod i form wsparcia grup docelowych projektów realizowanych w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS? Z czego one wynikają? Czy należy je zróżnicować w zależności od wykonywanego zawodu medycznego / okołomedycznego / zajmowanego stanowiska / wykonywanych zadań, a jeżeli tak – to dlaczego i jak to zrobić? | Potrzeby dotyczące metod i form wsparcia grup docelowych w projektach realizowanych w ramach Działania 01.12 i 01.13 FERS wynikają z różnorodności ich sytuacji zawodowej, doświadczenia oraz specyfiki wykonywanej pracy. Z przeprowadzonej ewaluacji wynika, że efektywność kształcenia zależy od dostosowania form szkolenia do oczekiwań i możliwości odbiorców. Na przykład młodszy uczestnicy oraz osoby z odległych miejscowości chętnie korzystają ze zdalnych form nauki – cenią e-learning, webinaria czy platformy online, które dają im elastyczność uczenia się we własnym tempie i oszczędność czasu na dojazdach. Z kolei starsi, bardziej doświadczeni pracownicy często preferują tradycyjne zajęcia stacjonarne, gdzie mogą bezpośrednio dyskutować z wykładowcą i innymi uczestnikami. W odpowiedzi na te potrzeby w projektach przyjęto mieszane modele dydaktyczne - teorię nierzadko przekazuje się w formie zdalnej (np. nagrane wykłady, kursy online), a komponenty praktyczne realizuje podczas spotkań na żywo. Taki model hybrydowy sprawdził się, łącząc wygodę nauki zdalnej z możliwością ćwiczeń praktycznych pod okiem instruktora – uczestnicy ocenili go bardzo dobrze. Ewaluacja potwierdziła również konieczność zróżnicowania metod w zależności od zawodu/stanowiska, ponieważ charakter pracy wpływa na preferencje szkoleniowe. Pielęgniarki, które na co dzień działają zespołowo i wykonują czynności praktyczne, najlepiej uczą się poprzez warsztaty i treningi symulacyjne – dlatego projekty im dedykowane kładą nacisk na ćwiczenia grupowe, staże kliniczne, pracę z aparaturą medyczną i scenariusze przypadków. Dla pracowników niemedycznych, w tym menedżerów czy personelu administracyjnego ważna jest możliwość szkoleń online, co pozwala pogodzić naukę z obowiązkami służbowymi. Natomiast lekarze specjaliści przede wszystkim oczekują najwyższej jakości merytorycznej – kluczowe jest zapewnienie im dostępu do najnowszej wiedzy i autorytetów w danej dziedzinie. W ich przypadku forma (wykład, seminarium, warsztat) ma drugorzędne znaczenie, o ile treść jest ekspercka i aktualna, jednak z racji ograniczonej dostępności czasowej tej grupy projekty dostosowują organizację zajęć: szkolenia dla lekarzy planowane są modułowo, często w weekendy lub w trybie zjazdów, tak by minimalizować konflikt z ich grafikami dyżurowymi. |



| Lp. | Pytanie badawcze                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Syntetyczna odpowiedź                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9.  | Jakich kompetencji najbardziej brakuje przedstawicielom poszczególnych zawodów (około) medycznych? Czy są zawody (około) medyczne / stanowiska pracy w podmiotach leczniczych, które należy wesprzeć w większym stopniu w obszarze nabywania kompetencji, a jeżeli tak – to z jakich przyczyn wynika ich zwiększone zapotrzebowanie i jakich kompetencji / wiedzy powinny dotyczyć szkolenia / inne formy kształcenia / doskonalenia zawodowego? | <p>Analiza potrzeb kompetencyjnych wykazała, że różne grupy zawodów medycznych i okołomedycznych borykają się z odmiennymi lukami kompetencyjnymi, jednak pewne deficyty są wspólne i szczególnie odczuwalne. W przypadku lekarzy najbardziej brakuje specjalistów w wybranych dziedzinach medycyny, zwłaszcza tam, gdzie pojawiły się nowe wyzwania zdrowotne lub gdzie dotychczas zaniedbywano kształcenie. Na pierwszy plan wysuwa się niedobór lekarzy o specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży – dziedziny kluczowej w obliczu narastających problemów zdrowia psychicznego u młodej populacji. Również dziedziny takie jak geriatryka czy medycyna personalizowana/informatyczna wskazywane są jako obszary, w których kompetencji brakuje, ponieważ są to stosunkowo nowe pola wymagające dopiero wyszkolenia kadry. Wśród zawodów niemedycznych i około medycznych wyraźny jest deficyt zaawansowanych kompetencji menedżerskich i organizacyjnych. Kadra zarządzająca podmiotami leczniczymi często nie miała możliwości formalnego dokończenia się w zakresie nowoczesnego zarządzania służbą zdrowia, brakuje więc umiejętności z zakresu przywództwa, zarządzania zespołami, analizy danych czy zarządzania jakością. Dlatego postulowane jest objęcie tej grupy wsparciem w formie specjalistycznych szkoleń lub studiów podyplomowych z zarządzania ochroną zdrowia. W przypadku pielęgniarek i położnych zdiagnozowano niedostatek kadr o wysokich kwalifikacjach specjalistycznych. Z jednej strony system zmagają się z ogólnym niedoborem pielęgniarek, z drugiej zaś brakuje pielęgniarek posiadających wąskie specjalizacje: anestezyjologicznych, operacyjnych, środowiskowych, edukatorek diabetologicznych itp. Podobnie położnym często nie zapewnia się ścieżek poszerzania kompetencji – bardzo mało jest położnych uprawnionych do samodzielnego prowadzenia ciąży fizjologicznej czy wykonywania rozszerzonych zadań w opiece nad matką i dzieckiem. Z tego powodu wskazuje się potrzebę inwestowania w kursy specjalizacyjne dla pielęgniarek (by uzupełnić braki m.in. w opiece anestezyjologicznej, długoterminowej, diabetologicznej) oraz dla położnych (np. kursy dające uprawnienia do prowadzenia ciąży, opieki środowiskowej itp.), co zwiększy ich rolę w systemie. Kolejną grupą wymagającą wzmocnienia kompetencji są fizjoterapeuci – zauważono brak specjalistów w dziedzinach fizjoterapii pediatrycznej, onkologicznej czy dotyczącej schorzeń rzadkich. Wraz z postępem medycyny rośnie zapotrzebowanie na wysoko wykwalifikowanych fizjoterapeutów w wąskich specjalnościach, zatem stworzenie programów specjalizacyjnych w tych obszarach jest uzasadnione. W obszarze ratownictwa medycznego stwierdzono, że ratownicy mają</p> |



| Lp. | Pytanie badawcze                                                                                                                                                                  | Syntetyczna odpowiedź                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                                                                                                                                   | <p>ograniczone możliwości dalszego rozwoju – w Polsce nie istnieją obecnie formalne specjalizacje dla ratowników, co sprawia, że brakuje np. ratowników o eksperckich kompetencjach w medycynie lotniczej, ratownictwie pediatrycznym czy innych podspecjalizacjach. Wprowadzenie takich ścieżek kształcenia podyplomowego dla ratowników byłoby pożądane, tym bardziej że mogliby oni wypełnić pewne nisze w systemie (np. w regionach z brakiem lekarzy wysoko wykwalifikowany ratownik mógłby przejąć część zadań związanych ze stabilizacją pacjenta czy opieką w stanach nagłych). Równie istotny jest deficyt kompetencji w obszarze zdrowia psychicznego - brakuje nie tylko specjalistów (psychiatrów, psychologów klinicznych dziecięcych), ale także umiejętności psychospołecznych wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej czy pielęgniarek, które coraz częściej stykają się z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi. Ponadto, w niemal wszystkich zawodach medycznych zauważalna jest potrzeba doskonalenia kompetencji cyfrowych – wdrażanie elektronicznej dokumentacji medycznej, zdalnych usług zdrowotnych czy narzędzi telemedycznych wymaga od personelu nowych umiejętności informatycznych. Starsi stażem pracownicy często nie mieli okazji tych umiejętności nabyć podczas edukacji, stąd szkolenia z obsługi nowoczesnych systemów IT, analizy danych medycznych czy nawet podstaw sztucznej inteligencji w medycynie stają się coraz bardziej pożądane. Wreszcie, niezależnie od specjalizacji, uwidacznia się zapotrzebowanie na kompetencje miękkie - komunikację z pacjentem (szczególnie z pacjentem w podeszłym wieku lub z różnym tłem kulturowym), pracę zespołową w środowisku wielodyscyplinarnym, radzenie sobie ze stresem zawodowym oraz zarządzanie własnym rozwojem.</p> |
| 10  | Jakie dobre praktyki w zakresie wsparcia dotyczącego kształcenia pracowników sektora zdrowia, w tym w ramach współpracy ponadnarodowej, warto wdrożyć w ramach kolejnych / innych | <p>Ewaluacja wskazała szereg dobrych praktyk w obszarze kształcenia kadr sektora zdrowia, które warto wdrażać w przyszłych programach i projektach, a także przenieść na stałe do rozwiązań systemowych. Zalecane jest zapewnienie elastycznych form kształcenia, tj. łączenie szkoleń stacjonarnych z e-learningiem, tworzenie hybrydowych ścieżek edukacyjnych dopasowanych do potrzeb uczestników. Kolejnym elementem, który warto kontynuować, jest tworzenie sieci wymiany doświadczeń pomiędzy uczestnikami i realizatorami projektów. W badanych projektach bardzo dobrze sprawdziły się inicjatywy budujące społeczność – np. grupy absolwentów, fora dyskusyjne, regularne spotkania uczestników – dzięki którym osoby z różnych placówek mogą dzielić się wiedzą, wzajemnie wspierać we wdrażaniu nowych rozwiązań i kontynuować współpracę po zakończeniu formalnego szkolenia. Za dobrą praktykę uznano</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |



| Lp. | Pytanie badawcze                                                                                                                                                                                          | Syntetyczna odpowiedź                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | interwencji publicznych (programów / projektów)?<br>Jakie dobre praktyki/rozwiązania, w tym w ramach współpracy ponadnarodowej, mogą zostać zaimplementowane do rozwiązań systemowych w sektorze zdrowia? | również wprowadzenie jasnych standardów jakości kształcenia i systemu certyfikacji szkoleń. Ujednolicenie wymogów programowych i egzaminacyjnych oraz akredytacja podmiotów szkolących zapewniają porównywalność i uznawalność uzyskanych kwalifikacji w skali całego kraju, co podnosi wiarygodność programów szkoleniowych i motywuje uczestników. Warto także podkreślić znaczenie integracji przekrojowych zagadnień – doceniono, że w ramach FERS do programów szkoleń włączano elementy „zielonych” i cyfrowych kompetencji, zgodnie z trendami zrównoważonego rozwoju i cyfryzacji. |

Źródło: opracowanie własne



## 7. Wnioski i rekomendacje

Tabela 8. Wnioski i rekomendacje

| Lp. | Wniosek                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Rekomendacja                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Sposób wdrożenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Termin wdrożenia | Adresat rekomendacji                           | Klasa rekomendacji    | Obszar  |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------|-----------------------|---------|
| 1.  | W ramach analizy zaobserwowano, że projekty dostosowywały własne rozwiązania w zakresie platform e-learningowych do szkoleń, co na poziomie całej interwencji dublowało w pewien sposób wysiłki i zasoby, a jednocześnie nie zawsze gwarantowało w pełni zadowalającą funkcjonalność oraz skuteczność tych rozwiązań. Ponadto w ramach | W celu podniesienia jakości kształcenia przy jednoczesnym obniżeniu kosztów i nakładu pracy po stronie realizatorów, rekomenduje się opracowanie zestawu dobrych praktyk, które mogliby wykorzystać przyszli beneficjenci. Ułatwiłoby to w szczególności wdrażanie cyfrowych komponentów szkoleń. Zaleca się uwzględnienie kwestii skuteczności zastosowanych rozwiązań dotyczących e-platform w ramach przyszłej ewaluacji dotyczącej niniejszej interwencji. Pozwoli to zweryfikować narzędzia pod względem ich faktycznej | Opracowanie wytycznych dotyczących możliwości wykorzystania sprawdzonych dotychczas rozwiązań w zakresie wykorzystania platform e-learningowych na podstawie doświadczeń dotychczasowych beneficjentów, poprzez uwzględnienie tego aspektu w zakresie pytań badawczych przyszłej ewaluacji niniejszej interwencji. | 31.12.2026       | Ministerstwo Zdrowia,<br>Departament E-zdrowia | Programowa operacyjna | Zdrowie |



| Lp. | Wniosek                                                                                                                                                                                                                       | Rekomendacja                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sposób wdrożenia                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Termin wdrożenia | Adresat rekomendacji                               | Klasa rekomendacji    | Obszar  |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------|-----------------------|---------|
|     | wdrażanych projektów pojawił się problem związany z mało interaktywnymi platformami e-learningowymi, co z początku zniechęcało uczestników. (s. 39, 61)                                                                       | skuteczności, wypracowując dobre praktyki w tym obszarze.                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |                                                    |                       |         |
| 2.  | Analiza wykazała, że obecny model współpracy między Instytucją Zarządzającą a Instytucją Pośredniczącą jest sprawny operacyjnie – utrzymywany jest stały dialog, a bieżące problemy są rozwiązywane na co dzień. Jednocześnie | Zaleca się wspólne opracowanie i regularne (np. kwartalne) aktualizowanie przez IZ i IP „mapy drogowej” priorytetowych projektów, zawierającej planowane tematy działań, przewidywane terminy zgłaszania projektów oraz orientacyjną alokację środków. Taki dokument nie musi mieć formalnego charakteru – pełniłby rolę | Opracowanie roboczego dokumentu stanowiącego „mapę drogową” planowanych wstępnie projektów, dzięki której IZ z wyprzedzeniem pozyskiwałaby informacje o planowanych inicjatywach. Jednocześnie zasadne jest organizowanie związanych z tym cyklicznych spotkań roboczych pomiędzy IP a IZ (np. kwartalne, | 31.03.2026       | Ministerstwo Zdrowia, Departament Oceny Inwestycji | Programowa operacyjna | Zdrowie |





| Lp. | Wniosek                                                                                                                                                                                                                                                                  | Rekomendacja                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Sposób wdrożenia                                                                                                                                          | Termin wdrożenia | Adresat rekomendacji                               | Klasa rekomendacji    | Obszar  |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------|-----------------------|---------|
|     | brak wcześniejszego sygnalizowania potrzeb (w postaci np. sygnałów dotyczących analizowanych fizek projektowych) powoduje reaktywność we współpracy (projekty zgłaszane są późno, bez uprzedzenia), co może utrudniać strategiczne zarządzanie alokacją środków. (s. 55) | roboczej mapy priorytetów, dzięki której IZ z wyprzedzeniem pozyskiwałaby informacje o planowanych inicjatywach i mogła lepiej przygotować się do ich zatwierdzania. Rozwiązanie to pozwoli zachować elastyczność działania po stronie IP, a zarazem zwiększyć przejrzystość i przewidywalność procesu decyzyjnego. | organizowane w formule zdalnej).                                                                                                                          |                  |                                                    |                       |         |
| 3.  | Analiza wykazała, że pewnych trudności dostarczył obowiązek zapewnienia pełnej dostępności projektów dla osób                                                                                                                                                            | Rekomenduje się, aby w uzasadnionych sytuacjach dopuszczać odstępstwa od obowiązku zapewniania pełnej dostępności dla osób z niepełnosprawnościami. W tym zakresie można                                                                                                                                            | Zapewnienie reaktywnej i adekwatnej do potrzeb dostępności w projektach. W programie należy dopuścić odstępstwo od obowiązku zapewniania odgórnej, pełnej | 31.12.2026       | Ministerstwo Zdrowia, Departament Oceny Inwestycji | Programowa operacyjna | Zdrowie |



| Lp. | Wniosek                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Rekomendacja                                                                                                                                                                                                                                                        | Sposób wdrożenia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Termin wdrożenia | Adresat rekomendacji | Klasa rekomendacji | Obszar |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------|--------------------|--------|
|     | z niepełnosprawnościami. O ile w części przypadków trudności te ograniczały się do wątpliwości w obszarze opracowania wniosku o dofinansowanie (np. w przypadku zespołów LPR, których ten aspekt w praktyce nie dotyczy), czy też trudności w znalezieniu odpowiednich specjalistów (np. tłumaczy języka migowego), tak aspekt ten generował również | wykorzystać np. oświadczenia uczestników dotyczące potrzeb w zakresie dostępności. W przypadku braku uczestników projektu u których występuje takie zapotrzebowanie, zapewnianie sal spełniających te kryteria byłoby bezcelowe i generowałoby niepotrzebne koszty. | dostępności, jeśli grupa docelowa nie obejmuje osób z niepełnosprawnościami o danych potrzebach. Odstępstwo powinno zostać udokumentowane zebraniem kompletu oświadczeń ze strony uczestników, z jednoczesnym zastrzeżeniem potrzeby reaktywnego zapewnienia racjonalnych usprawnień (np. na skutek zgłoszonej przez uczestnika (w trakcie udzielanego wsparcia) zaistnienia sytuacji ograniczającej jego mobilność, co skutkować powinno zapewnieniem odpowiednich warunków prowadzenia dalszych działań projektowych). |                  |                      |                    |        |



| Lp. | Wniosek                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Rekomendacja | Sposób wdrożenia | Termin wdrożenia | Adresat rekomendacji | Klasa rekomendacji | Obszar |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------|------------------|----------------------|--------------------|--------|
|     | niekiedy ponoszenie zbędnych kosztów. Ponieważ większość pielęgniarek i położnych wykonujących zawód to osoby w pełni sprawne fizycznie (praca przy pacjencie wymaga pełnej mobilności), niemal nie zdarza się, by uczestnikiem kursu była osoba poruszająca się na wózku. Mimo to organizatorzy zmuszeni byli rezygnować z sal szkoleniowych w siedzibach lokalnych izb czy szpitali, jeśli np. budynek ma kilka schodów – i |              |                  |                  |                      |                    |        |



| Lp. | Wniosek                                                                                                 | Rekomendacja | Sposób wdrożenia | Termin wdrożenia | Adresat rekomendacji | Klasa rekomendacji | Obszar |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------|------------------|----------------------|--------------------|--------|
|     | zamiast tego ponosić dodatkowe koszty wynajmu sal komercyjnych spełniających rygor dostępności. (s. 65) |              |                  |                  |                      |                    |        |

Źródło: opracowanie własne

## 8. Spis tabel i elementów graficznych

|                                                                                                                                                                                                                                                      |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Wykres 1. Czy z obecnej perspektywy Pani/Pana zdaniem zakres wsparcia w ramach Państwa projektu w pełni odpowiada/odpowiadał rzeczywiście napotkanym potrzebom uczestników?                                                                          | 32 |
| Wykres 2. Biorąc pod uwagę dotychczasowe doświadczenie, czy jest Pan/Pani w stanie wskazać rodzaj wsparcia, który najbardziej sprawdził się w ramach dotychczasowych działań (tj. jakie formy kształcenia okazały się najbardziej przydatne)?        | 33 |
| Wykres 3. Które formy kształcenia/rodzaje wsparcia w największym stopniu sprawdziły się w ramach dotychczasowych działań?                                                                                                                            | 33 |
| Wykres 4. Czy uzyskane wsparcie jest/było dopasowane do Pana/Pani potrzeb zawodowych?                                                                                                                                                                | 34 |
| Wykres 5. Jak ocenia Pan/Pani zakres treści w ramach otrzymanego wsparcia?                                                                                                                                                                           | 35 |
| Wykres 6. Jak ocenia Pan/Pani poziom trudności treści merytorycznych i wymagań w ramach otrzymanego wsparcia (np. szkoleń, kursów, staży)?                                                                                                           | 36 |
| Wykres 7. Czy Pani/Pana zdaniem system wdrażania (tj. zasady i procedury wyboru oraz realizacji projektów) w ramach danego działania FERS, z którego dofinansowany jest projekt, został zaplanowany tak, aby zapewnić skuteczną realizację projektu? | 51 |
| Wykres 8. Które elementy systemu wdrażania w największym stopniu sprzyjały realizacji projektu?                                                                                                                                                      | 52 |
| Wykres 9. Czy na etapie aplikowania o wsparcie napotkali Państwo na jakieś istotne trudności?                                                                                                                                                        | 58 |
| Wykres 10. Czy w trakcie realizacji projektu napotkali Państwo na istotne bariery lub problemy utrudniające wdrażanie zaplanowanych działań?                                                                                                         | 58 |
| Wykres 11. Identyfikacja barier napotkanych przez beneficjentów                                                                                                                                                                                      | 59 |
| Wykres 12. Czy napotkał(a) Pan/Pani na istotne bariery/problemy w trakcie udziału we wsparciu?                                                                                                                                                       | 62 |
| Wykres 13. Identyfikacja barier napotykanymi przez uczestników projektów                                                                                                                                                                             | 63 |
| Wykres 14. Struktura płci lekarzy objętych wsparciem w ramach kształcenia specjalizacyjnego                                                                                                                                                          | 70 |
| Wykres 15. Struktura płci osób, które wzięły udział w szkoleniach prowadzonych w ramach kształcenia podyplomowego                                                                                                                                    | 71 |
| Wykres 16. Czy dotychczasowy poziom realizacji zakładanych wartości wskaźników jest w Pana/Pani opinii zadowalający (w kontekście możliwości ich pełnego osiągnięcia)?                                                                               | 71 |
| Wykres 17. Jak ocenia Pan/Pani organizację wsparcia?                                                                                                                                                                                                 | 89 |
| Wykres 18. Jak ocenia Pan/Pani swój ogólny poziom satysfakcji z otrzymanego wsparcia?                                                                                                                                                                | 90 |
| Wykres 19. W jakim stopniu Pana/Pani zdaniem wsparcie poprawiło Pana/Pani kompetencje potrzebne w pracy?                                                                                                                                             | 90 |
| Wykres 20. Jak Pan/Pani ocenia przydatność wykorzystanych metody/formy wsparcia?                                                                                                                                                                     | 91 |
| Wykres 21. Czy w wyniku udziału we wsparciu wystąpiły jakieś niespodziewane (nieplanowane wcześniej) efekty?                                                                                                                                         | 92 |
| Wykres 22. Czy Pana/Pani zdaniem zabrakło jakichś elementów/aspektów w oferowanym wsparciu?                                                                                                                                                          | 94 |

|                                                                                                                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Wykres 23. Czy Pani/Pana zdaniem zakres, metody lub formy wsparcia powinny być zróżnicowane w zależności od wykonywanego zawodu medycznego lub okołomedycznego uczestników (bądź zajmowanego stanowiska? .....  | 97  |
| Wykres 24. Czy w Pana/Pani opinii występują zawody medyczne lub okołomedyczne (ewentualnie konkretne stanowiska pracy w ochronie zdrowia), które wymagają szczególnie intensywnego wsparcia szkoleniowego?..... | 100 |
| Wykres 25. W jakich obszarach (aktualnie) zauważa Pan/Pani u siebie potrzebę wzmocnienia kompetencji?.....                                                                                                      | 101 |
| <br>Tabela 1. Wykaz skrótów wykorzystanych w dokumencie.....                                                                                                                                                    | 5   |
| Tabela 2. Stopień dopasowania Działania 01.12 oraz 01.13 FERS do potrzeb demograficzno-kadrowych oraz reform krajowych i UE .....                                                                               | 26  |
| Tabela 3. Ocena skuteczności i ryzyka systemu wdrażania Działania 01.12 i 01.13 FERS.....                                                                                                                       | 48  |
| Tabela 4. Poziom realizacji wskaźników względem Działań 01.12 i 01.13 FERS .....                                                                                                                                | 69  |
| Tabela 5. Realizowane od 2023 r. projekty w ramach Działań 01.12 oraz 01.13 FERS – grupy docelowe i rodzaje oferowanego wsparcia.....                                                                           | 82  |
| Tabela 6. Zestawienie form wsparcia dla Działania 01.12 i 01.13 z SZOP FERS z realizowanymi w projektach .....                                                                                                  | 85  |
| Tabela 7. Syntetyczne odpowiedzi na pytania badawcze .....                                                                                                                                                      | 113 |
| Tabela 8. Wnioski i rekomendacje .....                                                                                                                                                                          | 121 |



## 9. Bibliografia

- Country specific recommendations (CSR) z 2024 r.;
- Dane kontaktowe do beneficjentów oraz dane monitoringowe z systemu CST2021, znajdujące się w dyspozycji Zamawiającego;
- Dokumentacja dotycząca naborów w ramach Działania 01.12 oraz 01.13 FERS, w tym ogłoszenia o naborach oraz regulaminy wyboru projektów wraz z załącznikami;
- Lista Wskaźników Kluczowych dla Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego;
- Lista Wskaźników Specyficznych dla Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego;
- powszechnie dostępne dane administracyjne ze statystyki publicznej (w tym: Eurostat, OECD, GUS, MZ);
- Prawodawstwo dotyczące przedmiotu Zamówienia;
- Program FERS;
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
- Strategia pn. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030;
- Szczegółowy Opis Priorytetów FERS (SzOP FERS);
- Umowa Partnerstwa dla realizacji polityki spójności 2021-2027 w Polsce;
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (tzw. ustawę wdrożeniową);
- Wnioski o dofinansowanie projektów z Działania 01.12 oraz 01.13 FERS wybieranych w sposób niekonkurencyjny na dzień zawarcia umowy na wykonanie badania ewaluacyjnego;



- Wyniki badania ewaluacyjnego, przeprowadzonego na zlecenie MFiPR pn. „Ocena śródkresowa realizacji Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027”;
- Wyniki badania ewaluacyjnego, przeprowadzonego na zlecenie MZ pn. „Podsumowanie wsparcia z EFS w obszarze kształcenia przeddyplomowego na kierunkach medycznych”, Ministerstwo Zdrowia, 2022 r.;
- Wyniki badania ewaluacyjnego, przeprowadzonego na zlecenie MZ pn. „Ewaluację on-going realizacji celów V Osi Priorytetowej PO WER, Ministerstwo Zdrowia”, 2018 r.;
- Wyniki kontroli NIK dotyczących ochrony zdrowia;
- Wytyczne MFiPR wydane na podstawie art. 5 ust 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027, które regulują sposób wybierania i wdrażania projektów z EFS+, w tym w szczególności w obszarze zdrowia.



## 10. Załączniki

Załączniki stanowią oddzielne pliki, zawierając wzory wykorzystanych narzędzi badawczych, opis struktury zrealizowanych prób badawczych, transkrypcje wywiadów, tabele wynikowe oraz bazy danych.