



Dragi čitatelji i čitateljke,

Drugi bilten u 2008. godini donosi vam informacije u vezi planiranja zdravstvenih kadrovskih resursa u Bosni i Hercegovini, koje je pripremio Vern Hicks. Članak koji je napisala Susan Phillips objašnjava šta je zapravo medicina na osnovu dokaza. Također, bilten sadrži informacije o donošenju odluka u razvoju politike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koje je pripremio David Allison.

U ovom izdanju biltena možete također naći ažurirane informacije o najvažnijim događanjima u okviru projekta, u toku prvog tromjesečja 2008., te najavu budućih događaja kao i Preporuke Ministarskog Komiteta Vijeća Evrope za zemlje-članice o uvodjenju rodni razlika u zdravstvenoj politici a koje su usvojene dana 30. januara 2008. Nadamo se da će vam ovaj bilten pružiti zanimljive informacije. Kao i uvijek, dobrodošle su sve vaše sugestije.

Uživajte u čitanju.

Informacije za Planiranje kadrovskih Resursa za Zdravstvo u Bosni i Hercegovini

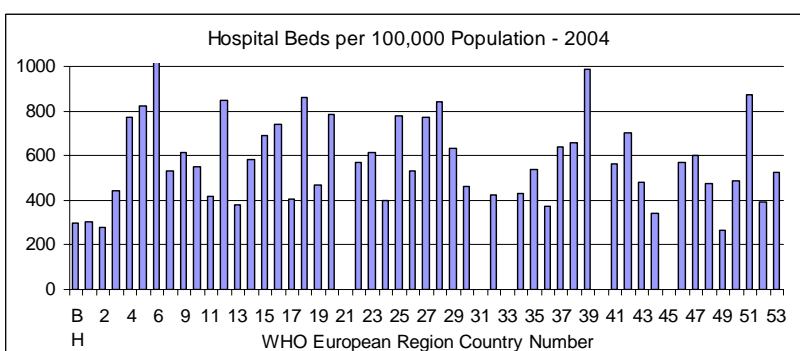
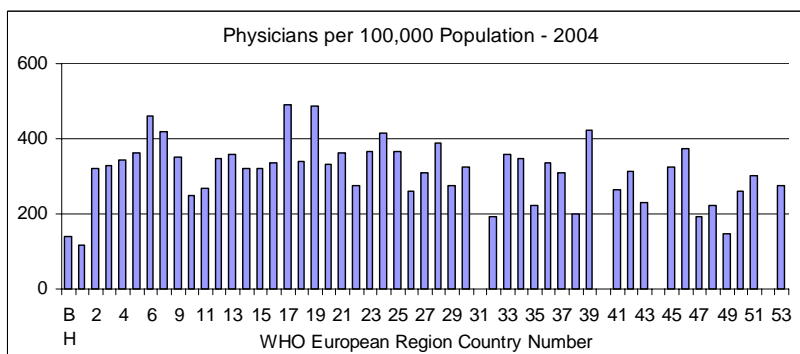
Među svim ključnim izazovima sa kojima se suočavamo u našem radu na razvoju planova za ljudske, odnosno, kadrovske resurse za BiH, dva su da razumijemo tekuće nivoe iskoristljivosti usluga a drugi je da se postane sposobnim da se predvide buduće promjene u potražnji za zdravstvenom njegom. Iskoristljivost je jedna od tri tačke zabrinutosti u razumjevanju korištenja zdravstvene njege u narednim godinama te u izvodjenju realnih predviđanja o budućoj iskoristljivosti i potrebama. Tekuće aktivnosti uključuju analizu komparativnih indikatora za:

(1) resurse u zdravstvu – specijalno obim radne snage; (2) iskoristljivost zdravstvenih usluga i (3) zdravstveni rashodi, i javni i privatni.

Indikatori za resurse i iskoristljivost su dostupni iz baze podataka SZO Evropsko zdravlje za sve. Vrijednost korištenja multidimenzionalnog pristupa u analizi indikatora je ilustrirana dolje u tekstu na četiri grafikona, koji daju poredjenje BiH sa svih 54 zemlje u bazi podataka SZO. Indikatori i resursi, u formi bolničkih kreveta, liječnika/ica i medicinskih sestara/tehničara na populaciju od 10,000 stanovnika su medju najnižim Evropi. Ipak rashodi za zdravstvene usluge u procentima BNP su rangirani relativno visoko u BiH, prosječno 8.3% BNP/GDP/ u 2004. godini.

Na prvi pogled, ovi grafikoni čini se da predstavljaju paradoks, jer relativni rashod predstavljen kao procent BNP/GDP

bi se normalno očekivalo da slijedi relativni rashod za resurse kojima se obezbjedjuje zdravstvena njega. Objašnjenja za tobožnju nepovezanost izmedju zdravstvenih resursa i zdravstvenih rashoda leži u činjenici da je BNP po glavi stanovnika relativno nizak u BiH. Čini se da je zdravstvo prioritet u nacionalnim rashodima, ali je kapacitet vrlo nizak u odnosu na druge evropske zemlje.



1 Baza podataka Zdravlje za sve (HFA-DB), Copenhagen, SZO Regionalni Ured za EU, (<http://www.euro.who.int/hfadb>).

2 SZO kodovi za evropske zemlje su korištene za upoređujuće zemlje. Ovi kodovi su definirani u bazi podataka.

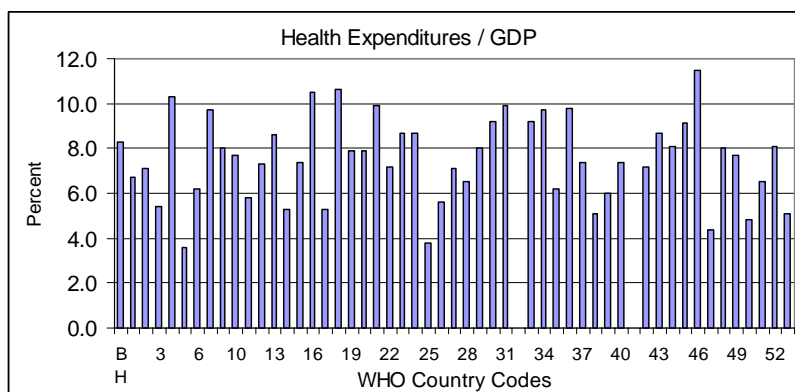
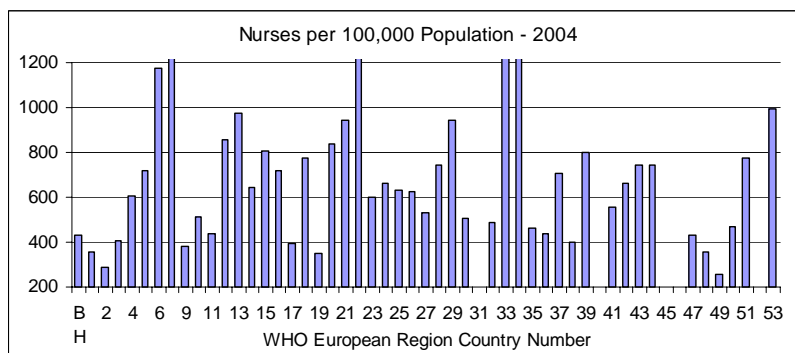
Neki lokalni posmatrači/ice su predložili da bi se poredjenja mogla iskriviti nesigurnim podacima o broju stanovnika/ica, s obzirom na to da nije bilo popisa stanovništva od vremena prije početka rata i da su bila velika pomjeranja stanovništva u toku rata. Testiranje na sensitivitet je pokazalo da se odnosna pozicija BiH u indikatorima SZO vjerovatno ne bi promjenila jer je rezultat grešaka u procjenama broja stanovnika. Na primjer, procjena broja liječnika/ica na populaciju od 100,000 je 140 u BiH. Ako pretpostavimo da postoji greška u prekomjernoj procjeni broja stanovnika od 20%, taj se indikator povećava na vrijednost od 175. U relativnom smislu, ta prilagodba bi promaknula BiH ispred tek jedne zemlje, Turske, u ovim poredjenjima.

Drugi posmatrači/ice su izrazili mišljenje da je BNP pretjerano umanjen zbog postojanja aktivne sive ekonomije i zbog tendencije mnogih poslodavaca/ki da isplaćuju minimalne plaće i da gotovinskim dodatnim plaćanjima nadomješćuju taj nivo plaće, što je strategija za izbjegavanje poreza, a koja je od koristi kako poslodavcu/ki tako i uposleniku/ici. Slijedi, međutim, da ako je umanjeno izražen BNP, zdravstveni rashodi bi također vjerovatno bili umanjeno izraženi, i na zdravstvene rashode predstavljene u poredjenjima u odnosu na BNP se ne bi moglo utjecati ispravkama procjena nacionalnih računa. Mada su ove procjene interesantne, one neće utjecati na suštinsku realnost da BiH ima niske nivoe zdravstvenih resursa i finansijskih kapaciteta. Iskoristljivost zdravstvene njege po glavi stanovnika je također niska u BiH, kako je prikazano u tabeli dolje.

Podaci o iskoristljivosti usluga se izvještavaju od strane Zavoda za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine (FBIH) i Republike Srpske (RS). Oba entiteta objavljuju sveobuhvatan godišnji izvještaj o zdravstvenoj statistici. Ovi statistički podaci će biti jedan od ključnih izvora podataka za vaše analize sadašnjih resursa, iskoristljivosti i produktivnosti liječnika/ica.

Istraživanje institucija koje pružaju zdravstvenu njegu je provedeno od strane projektnog tima u oba entiteta, i FBIH i RS. U FBIH su sve institucije pregledane, dok se u RS istraživanje fokusiralo na ustanove primarne zdravstvene zaštite. Istraživanje je uključilo 100% ciljanih institucija i provedeno je od strane PHI – jedinstven poduhvat koji dokazuje da je sam po sebi jedna aktivnost bitna za izgradnju kapaciteta. Istraživanje pruža dodatne informacije o zdravstvenoj radnoj snazi koje nisu dostupne u godišnjim statistikama, kao što je raspodjela profesionalaca/ki po dobi i spolu. Podaci iz ovog istraživanja će se koristiti u vezi sa drugim bazama podataka PHI kako bi se kreirali profili postojeće radne snage i kako bi se razumjelo kako bi demografske promjene mogle utjecati na kapacitete za pružanje zdravstvenih usluga ubuduće.

Iskoristljivost davalaca usluga iz privatnog sektora nije dobro pokrivena tim godišnjim statističkim podacima. Projekt traži načina kako da razvije informaciju iz cijele lepeze izvora. Ovi izvori uključuju: Fondove zdravstvenog osiguranja (FZO), koji osiguravaju određene usluge privatnog sektora; inspekcijske izvještaje PHI za RS, koja prikuplja podatke o privatnoj praksi; zatim istraživanje o zdravstvenim troškovima u RS za 2000. godinu, udruge vlasnika/ica privatnih ordinacija i praksi i ključni dostavljači/čice informacija upoznati sa zdravstvenim aktivnostima u oba entiteta.



Izvor: Baza podataka SZO Zdravlje za sve (HFA-DB)

	Bolnički prijem na 100	Kontakti u ordinaciji po osobi
Bosna i Hercegovina	7.9	3.1
Europska regija	18.8	7.8
Članovi EU od 2004 ili 2007	20.7	7.8

Preliminarne procjene, koje treba verificirati, indiciraju da davaoci usluga u privatnom sektoru pokrivaju oko 10% zdravstvenih rashoda u BiH, i da su oni koncentrirani u farmaceutskom i stomatološkom sektoru. Postoje neki privatni liječnici/ce, ali većina liječničkih aktivnosti u privatnom sektoru se čini da se odvija u formi kombiniranja javne i privatne prakse od strane liječnika/ca uposlenih u javnom sektoru.

Oba entiteta su nedavno poduzela mjere kako bi zabranili kombiniranje javne i privatne prakse, što je jedan jak izraz podrške javnom sektoru a to je i jedan primjer više kako je dinamičan razvoj zdravstvene politike u BiH.

Informacije o iskoristljivosti usluga, resursima i zdravstvenim rashodima će se koristiti u modelu za projekcije ciljanih usluga koji se razvija u okviru ovog projekta. Ovaj model će obezbjediti projekcije potreba u oblasti ljudskih resursa do 2015. godine. Početno testiranje ovog modela indicira ekonomski rast, koji je u prosjeku preko 8% godišnje za posljednje dvije godine, te će biti glavni faktor u predviđanju budućih potreba za resursima. Povećanja produktivnosti, ako se ostvare, će zadržati povećanje kadrovskih resursa ispod stopa povećanja u privredi. Ipak, povećanja u ljudskim resursima koja su potrebna kako bi se moglo odgovoriti na buduću potražnju će biti suštinska. Ova činjenica daje mogućnost da se planira u svrhu budućih promjena na način kako je usluga isporučena bez masivnog prebacivanja koje bi moglo ugroziti uspjeh inicijative u oblasti politika ljudskih resursa.

Piše Vern Hicks

Šta je to medicina zasnovana na dokazima?

Medicina zasnovana na dokazima je savjesno, jasno i razumno korištenje postojećih najboljih dokaza u donošenju odluka o njezi pojedinačnih pacijenata/ica. Praksa medicine na osnovu dokaza znači integriranje individualne kliničke ekspertize sa najboljim dostupnim eksternim kliničkim dokazima proiziđim iz sistematičnih istraživanja. Pod terminom "individualne kliničke ekspertize" mi podrazumjevamo znanje i prosudbu koje pojedinačni kliničar/kei stječu kroz svoje kliničko iskustvo i kliničku praksu. Povećana ekspertisa se odražava na mnogo načina, ali naročito kroz djelotvorniju i efikasniju dijagnozu te više obazrivosti i milosrdja za pojedinačne pacijentove smetnje, njihova prava i povlastice u donošenju kliničkih odluka o njezi tih pacijenata. Pod terminom "najbolji dostupni eksterni klinički dokazi" podrazumjevamo klinički relevantna istraživanja, često provedena od strane osnovnih medicinskih nauka, ali naročito istraživanja koja su centrirana na kliničko ispitivanje pacijenata/ica, odnosno, tačnosti i preciznosti dijagnostičkih testova (uključujući klinički pregled), moć prognostičkih markera, i efikasnost i bezbjednost terapijskih, rehabilitacijskih i preventivnih sredstava i režima.

(Sackett, DL, et al, BMJ 1996;312(7023):71-72)



Prakticiranje medicine je i umjetnost i nauka. Medicinska bi nauka trebalo da je obavještena o nalazima istraživanja. Najjače, ili najčvršće istraživanje je randomizirani kontrolirani opit/test (RKT). U slučaju jednog RKT uzorak, tj. pacijenti/ice (svi na kojima je bolest studirana) su sporadično podjeljeni u grupe. Jedna grupa može primiti posebnu terapiju za tu bolest dok druga grupa prima placebo. U idealnom slučaju, niko od učesnika/ica ne zna da li su oni na terapiji ili su u "kontrolnoj" grupi. Ovo se naziva "zasljepljivanje". Ako oni/e koji/e vode ispitivanje takodjer ne znaju koja grupa prima terapiju onda se takvo istraživanje smatra "duplo slijepim". Mnoge studije koje ne uključuju RKT-ove i koje su, samim tim, naučno nedovoljno čvrste, još uvijek pružaju korisne dokaze. Neke od ovih formi uključuju studije kontroliranog slučaja, kohortne studije

i izvještaje o slučaju. Koristeći rezultate od bilo koje dostupne studije, mnoge grupe širom svijeta su razvile vodilje za određene bolesti ili medicinska stanja. Jedan od najboljih izvora takvih dokaza je Cochrane Collaboration (www.cochrane.org).

Da li su sve ove vodilje jednake?

Postoje raznovrsni dokumenti koji su proizvedeni i koji se nazivaju vodilje. Medjutim, mnogi nisu zasnovani na dokazima. Neke su pripremljeni od strane farmaceutskih kompanija ili napisane od doktora/ica plaćenih od strane tih kompanija. Mada je moguće da bi jedan autor sa takvim "konfliktom interesa" mogao napisati jednu nepristrasnu vodilju, dokumenti napisani od strane autora koji nisu niti će imati koristi na bilo koji način od promoviranja određene terapije se općenito smatraju vrijednijim. Drugi izvori pristrasnosti u pogledu vodilja mogu uključivati slijedeće:

- Propust da se uradi kompletan pregled relevantnih studija, to jest, odabir samo nekih studija za pregled
- Primjena rezultata iz studija koje su uradjene na jednoj grupi na drugu grupu, na primjer, pretpostavka da su rezultati istraživanja provedenog na muškarcima primjenjivi i za ženske pacijente

Nisu sve vodilje podjednako tačne. Zato je, samim tim, razumno da se samo koriste smjernice koje su napisane, pregledane i odobrene od strane grupa sa izvrsnom reputacijom kakva je Cochrane Collaboration.

Ključ za medicinu na osnovu dokaza: pristup centriran na pacijenta

Mada vodilje za kliničku praksu rezimiraju dokaze za određene bolesti ili terapijske tretmane, one ne mogu biti korištene djelotvorno bez razmatranja jedinstvenih okolnosti svakog pacijenta/ice.

Na to misli Sackett kada potcrtava važnost povezivanja dokaza sa: *obazrivijom identifikacijom i milosrdnim korištenjem smetnji pojedinačnog pacijenta/ice, njegovih/njenih prava i povlastica u*

donošenju kliničkih odluka o njihovoj zdravstvenoj njezi. (vidi uokvireni tekst).

Bolesti se ne mogu odvojiti od ljudi koji boluju od njih, to jest, bez korištenja pristupa centriranja na pacijenta/ice u procesu dijagnosticiranja i tretmana medicinska ekspertiza sama će biti nedjelotvorna.

Tako, da rezimiramo, najkvalitetnija medicinska praksa kombinira nalaze nepristrasnog istraživanja sa metodom centriranja pažnje na pacijenta. Ovaj pristup je standard za praksu u Evropi, Sjevernoj Americi, Australiji, i u većini zemalja u razvoju.

Piše Susan Philips

Informacije za donošenje odluka u razvoju politika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Često, ljudi u praksi i upravljačke institucije se nadju u situaciji da pokušavaju donijeti odluke bez očigledne informacije koja bi bila osnova za te odluke. Ono što započne kao interesantna ideja pretvori se u odluke koje se donose kako bi se podržale promjene, pripremio novac za uspostavljanje pravca i isporučile usluge. Ali kada su informacije za donošenje odluka oskudne, posljedice mogu biti nepredvidljive.

Problem leži u tome da se prečesto oslanjamo na naše stručno mišljenje, a to stručno mišljenje može i ne mora biti poduprto dobrim informacijama, znanjem i iskustvom. Mi trebamo osigurati da se "donošenje odluka na osnovu dokaza" koristi za razvoj politika upravo kao što oni medju nama koji su u praksi koriste dokaze za alternativna rješenja u terapiji za pojedinačnog pacijenta.

Postoje poznati primjeri kako se koristi epidemiologija u medicini da bi se racionalizirale odluke o terapiji. Hijerarhija koja se koristi od strane brojnih grupa za postavljanje standarda u razvoju vodilja za kliničku praksu su jedan način fokusiranja pažnje na jačinu dokaza. Povezanosti predloženih uzroka i efekata postaju jasnija ako se primjenjuje veća metodološka strogost u toku studije određene preventivne mjere, intervencije ili tretmana.

Tabela 1: Povećanje Metodološke strogosti kako bi se demonstrirala snaga povezanosti

- Stručno mišljenje
- Studija slučaja
- Medjusektorsko istraživanje
- Studija kontrolnog slučaja
- Studija kohorte
- Randomizirana kontrolna studija

Povezanost izmedju uzroka i efekta je pojačana mnogostrukim studijama koje demonstriraju konzistentne rezultate; naravno, kada utjecaj date intervencije čini veliku razliku u ishodu, suočavajući one koji su bili predmetom studije u poredjenju sa drugima, onda je dokaz čak još ubjedljiviji

Mi trebamo naučiti da preuzmemo ove principe i da ih koristimo kako bi razumjeli kako i zašto se usluge primarne zdravstvene zaštite pružaju na način na koji se pružaju.

Možda je prva bitna poanta koju treba prepoznati ta da je ključ za razumjevanje usluga primarne zdravstvene zaštite u tome da ako se mi fokusiramo na pojedinca izgubiti ćemo uvid u okolinu u kojoj radimo. Od suštinske je važnosti da se pronadju načini da se prošire naši vidici kako bi uključili druge pacijente, praktičare i aktivnosti kako bi stekli bolji pogled na sistem. Pojedinci/ke žive i rade u zajednici, a donošenje odluka u vezi politike u primarnoj zdravstvenoj zaštiti treba provesti imajući na umu cijelu zajednicu, a ne samo sudbinu tog pojedinca/ke.

Praksa primarne zdravstvene zaštite na svom najvećem fundamentalnom nivou se bavi dijagnozom i tretmanom jednog pojedinca/ke. Principe vodilja za kliničke prakse bi trebalo da dobro razumiju svi u praksi. A u bolesničkom kartonu vidimo temelj informacija za donošenje odluka.

Informacioni sistemi se razvijaju oko bolesničkih evidencija. Sistemi čuvanja papirne dokumentacije oslobadjaju prostor elektronskim zdravstvenim evidencijama. Jasna vizija je potrebna kako bi se obezbjedilo da se sistemi razvijaju na takav način da se evidencije mogu analizirati kako bi se omogućile informacije o pojedincima u praksi, populaciji u praksi ili praksama na nivou zajednice.

Predpostavljajući da kompetentni praktičari/ke vode evidenciju o podacima pacijenata/ice tačno sa jasnim mjerilima unosa podataka, procesu njege i ishodu intervencije, onda postoji bogatstvo informacija u svakoj vrsti prakse.

Evidentiranjem epizoda njege sa uobičajenom šifrom kao što je ICD-10 ili ICPC2, te uparivanjem te informacije sa podacima dobivenim od vitalne statistike ili popisa stanovništva moguće je stvoriti sliku ne samo o zdravlju nego i o svim faktorima koji utječu na zdravlje. Kombinirajući ove sa specijalno uobičajenim istraživanjima i drugim vrstama studija, mi ćemo postići jedno dublje razumjevanje zajednica u kojima se pružaju usluge primarne zdravstvene zaštite.

Kroz Projekt politike primarne zdravstvene zaštite na Balkanu, mi smo prepoznali/e da donosioci odluka na mnogim nivoima razumiju potrebu za informacijom. Donosiocima odluka je dato nekoliko prilika da razmjene svoja razmišljanja i razumjevanje sistema primarne zdravstvene zaštite (Regionalna Konferencija o planiranju ljudskih resursa u oktobru 2007., i Studijsko putovanje u Finsku) te su poduzeti koraci da se pomogne u prikupljanju specifičnih podataka (Istraživanje ljudskih resursa u Bosni i Hercegovini). Kako projekt napreduje mi očekujemo da će ovakva iskustva ojačati prepoznavanje važnosti saradnje i ohrabrivanja iskorištenosti kvalitetne informacije u procesima donošenja odluka.

Tabela 1: Izvori Informacija za razvoj zdravstvene politike

Izvor Informacije	Tip podataka	Svrha	Primjeri Indikatora
Vitalna Statistika	Broj Rodjenja, Broj umrlih, Popis stanovništva	Osnovna populacija	Promjene u populaciji Uzroci smrti
Informacije za registraciju	Denominatori populacije, Bazne determinante zdravlja	Alternative za informacije iz popisa stanovništva	Omogućava stope i proporcije
Bolesničke evidencije	Dijagnoza, priroda posjeta, determinante zdravlja, riziko- faktori	Zdravstveni profili, procjena potreba	Prevalenca stanja, razlozi susretanja, proporcije riziko- faktora
Obavezni izvještaji	Zarazna oboljenja, Carcinomi, Hronična oboljenja, Profesionalna oboljenja	Nadgledanje, trendovi, ustanoviti prioritete	Stope Incidence i prevalence
Izvještaji o Ljudskim Resursima	Pojedinačne evidencije, pojedinačne evidencije, evidencije o edukaciji, skupni podaci o kapacitetima i uslugama, zadovoljstvo poslom	Uporedba sa normama i standardima, poredjenje sa drugim radnim jedinicama u DZ ili na nivou cijele zemlje, uzastopno planiranje, faktori vezani za zapošljavanje i zadržavanje radne snage	Dob/spol, prihod, migracija, procent radnika u odnosu na broj populacije, zanimanja, godine do penzije, broj osoba za trening
Mjesečni, Tromjesečni, te Godišnji Izvještaji o Uslugama	Skupni podaci i korelirajući podaci	Mjerenje procesa, Povratne informacije i pregled	Trendovi
Financijski Izvještaji	Jedinične cijene	Usluge, procedure i vremenske alokacije	Jedinične cijene, cijene/ populacija
Populacija ili Istraživanje domaćinstava	Vremenske determinante za zdravlje, riziko faktore, probleme		Trendovi, proporcija riziko faktora, Proporcija zdravlja koju osoba sama izvještava o sebi

Preporuka CM/Rec(2008)1 Komiteta Ministara zemljama članicama o uključivanju rodni razlika u zdravstvenu politiku

(Usvojeno od strane Komiteta Ministara/ki dana 30. januara 2008. godine, na 1016-tom zasjedanju Zamjenika Ministara)

Komitec Ministara/ki, pod uvjetima Člana 15.b Statuta Vijeća Evrope (ETS br. 1),

Smatrajući da je cilj Vijeća Evrope postizanje većeg nivoa jedinstva medju članicama Vijeća i da se ovaj cilj može postići, izmedju ostalog, naročito putem usvajanja istih pravila u zdravstvenom sektoru;

Imajući na umu da je Konvencija o zaštiti ljudskih prava i fundamentalnih sloboda (ETS br. 5) i Protokola uz tu Konvenciju, a naročito Protokol br. 12 (ETS br. 177);

Podsjećajući na Član 11 Evropske Socijalne (ETS br. 35) o pravu na zdravstvenu zaštitu, te podsjećajući da Član 3 Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini (ETS br. 164) zahtjeva da Ugovorne Strane, uzimajući u obzir zdravstvene potrebe i dostupne resurse, te da poduzimaju odgovarajuće mjere sa pogledom na pružanje, u okviru njihovih zakonskih ovlasti, jednak pristup zdravstvenoj zaštiti odgovarajućeg kvaliteta;

Poštujući Preporuku br. R (2000) 5 Komiteta Ministara zemljama članicama o razvoju struktura za učešće gradjana/ki i pacijenata/ica u procesu donošenja odluka koje utječu na zdravstvenu zaštitu;

Smatravši da je princip jednakosti izmedju žena i muškaraca jedan integralni dio ljudskih prava i da diskriminacija na osnovu spola i roda predstavlja prepreku priznavanju, uživanju i prakticanju ljudskih prava i fundamentalnih sloboda;

Podsjećajući da je rad Vijeća Evrope u oblasti usmjeravanje I usaglašavanja o rodnoj jednakosti te naročito poruka Komiteta Ministara iz 1998. godine da se ohrabruju Osnivački Komiteti kako bi implementirali usaglašavanje rodno usaglašavanje u njihovom radu, te izvještaj istog o "xxx: konceptualni radni okvir, metodologija, i prezentacija "dobrih praksi" (EG(99)3);

Ubjeđeni da cilj da se proizvede oboje i jednakost, i jednakopravnost, poštivanje ljudska prava i dignitet pojedinca/ki u zdravstvenom sektoru zahtjeva da se efekti rodni razlika uzmu u obzir u planiranju zdravstvene politike, isporučivanju zdravstvenih usluga, i nadgledanju istih;

Prepoznavši da se evropske zemlje još uvijek suočavaju u različitim stupnjevima sa neprihvatljivim rodni nejednakostima izmedju muškaraca i žena te da se oni/e koji donese odluke o zdravstvenoj politici, davatelji zdravstvenih usluga i zdravstveni profesionalci sve više suočavaju sa izazovom da razumiju i da se pozabave različitim potrebama žena i muškaraca;

Smatrajući da mnoge razlike i nejednakosti izmedju zdravstvenog statusa žena i zdravstvenog statusa muškaraca proizilaze iz socijalnih, kulturoloških (uključujući regionalne) i političkih aranžmana u društvu, rod (što je društvena konstrukcija), suprotno od spola (što je biološka osobina), bi se trebalo smatrati ključnom determinantom zdravlja;

Prihvatajući da rodovi nisu homogene grupe i da različite društvene okolnosti mogu sve različito utjecati na zdravstvene potrebe, interese i zabrinutosti svakog roda i u okviru rodova;

Ubjeđeni da zdravstvene politike bi trebalo da uzmu u obzir društvene determinante zdravlja zbog toga što su socio-ekonomski faktori, kao što su dohoda, zaposlenost, obrazovanje, životni i radni uvjeti, rizici povezani sa zanimanjem, i stilovi života nejednako rasporedjeni medju satanovništvo i da rezultiraju u nejednakostima koje se može smatrati uzrokom mnogih zdravstvenih razlika, uključujući i one izmedju muškaraca i žena;

Bivajući svjesni/e povećavanja dokaza iz svih oblasti zdravstvenih istraživanja (uzimajući tu i biomedicinske i psiho-socijalne mehanizme) da se faktori rizika, kliničkih manifestacija, uzroka, posljedica i tretmana bolesti mogu razlikovati za muškarce i za žene, i da, u takvim slučajevima, prevencija, terapija, rehabilitacija, isporuka zdravstvene njege i promoviranje zdravlja treba da budu prilagodjeni sukladno različitim potrebama muškaraca i žena;

Uvažavajući da rodne nejednakosti mogu rezultirati problemima dostupnosti zdravstvenim uslugama, uključujući informacije i uvažavajući takodjer da nedostatak resursa da se promovira rodna osjetljivost kod davalaca zdravstvene njege, što sve može stvoriti strukturalne prepreke za kvalitet zdravstvene njege;

Zabrinuti takodjer za to da, u ovom kontekstu, rodne razlike i nejednakosti mogu biti prepreka za komunikaciju izmedju davalaca zdravstvenih usluga i pacijenata/ica na štetu pacijentovih/icinih prava;

Ubjedjeni/e da bi priznavanje rodni razlika i nejednakosti takodjer doprinosilo efikasnosti i djelotvornosti zdravstvenih politika i zdravstvenih usluga i za žene i za muškarce;

Ubjedjeni da razvoj rodno osjetljivih društvenih i zdravstvenih politika zahtjeva integriranje rodne dimenzije takodjer u širu društvenu politiku,



Preporučuje da vlade zemalja članica,

1. U kontekstu zaštite ljudskih prava, učine rod jednim od prioritetnih oblasti za poduzimanje akcije u zdravstvu putem politika i strategija, koje se bave specifičnim zdravstvenim potrebama muškaraca i žena i da ugrade rodno usaglašavanje;
2. Promoviraju rodnu jednakost u svakom sektoru i funkciji zdravstvenog sistema uključujući aktivnosti povezane sa zdravstvenom njegom, promoviranjem zdravlja i preveniranjem oboljenja na jednak način.
3. Razmotre pitanja povezana sa poboljšanjem dostupnosti i kvaliteta zdravstvenih usluga jer su iste povezane sa određenim i različitim potrebama i situacijama muškaraca i žena;
4. Razvijaju i diseminiraju rodno senzitivno znanje koje dozvoljava intervencije na osnovu dokaza kroz sistematično prikupljanje odgovarajućih po spolu podjeljenih podataka, promoviranje relevantnih istraživačkih studija i rodne analize;
5. Promoviraju svjesnost o rodu i znanje u zdravstvenom sektoru i osiguraju uravnoteženo učešće žena i muškaraca u procesu donošenja odluka;
6. Ustanove radne okvire za nadgledanje i evaluaciju o napretku u usaglašavanju pitanja rodnosti u zdravstvenim politikama;
7. Da usvoje i implementiraju mjere prezentirane u dodatku ove preporuke;
8. Da osiguraju da ova preporuka stavi u žarište pažnje svim relevantnim političkim institucijama i tijelima povezanim sa zdravstvom i da informiraju Vijeće Evrope o pratećim aktivnostima poduzetim na nacionalnom nivou u pogledu odredbi ove preporuke.

Dodatak Preporuci CM/Rec(2008)1

Specifične mjere

1. Doznačiti odgovornost za vodjenje i implementiranje rodno osjetljivih zdravstvenih politika na višem nacionalnom, regionalnom i lokalnim nivoima i osigurati rodno uravnotežena reprezentiranja na pozicijama na kojima se donose odluke i ustanoviti radna mjesta za zdravstvene stručnjake/kinje sa znanjem o pitanjima rodnosti;
2. Praviti redovne zdravstvene izvještaje koji se zasnivaju na pitanju rodnosti uključujući sistematične specifično zasnovane rodne analize kako bi se povećalo znanje o zdravlju populacija i kako bi se uvela svijest o rodnosti u zdravstvenom sektoru.
 - a. Osigurati da su, u okviru zdravstvenih usluga i u najvažnijim zdravstvenim istraživanjima i programima, svi sistemi za prikupljanje i evidentiranje rutinskih podataka koji su razvrstani na osnovu spola u skladu sa zdravstvenim prioritetima te zemlje (na primjer, uzimajući u obzir uzorke mortaliteta i morbiditeta);
 - b. promovirati rodno osjetljive informacione sisteme i indikatore učinkovitosti u svrhu odgovornosti u zdravstvenom sistemu;
 - c. uključiti informacije koje su razvrstane na osnovu spola, a koje su povezane sa drugim društvenim determinantama koje su u inter-reakciji sa rodnošću: na primjer, dohodak, nivoi siromaštva, učešće radne snage, obrazovanje, smještaj;
 - d. promovirati korištenje rodno osjetljivih indikatora (na pr., Svjetska zdravstvena organizacija) u procesu prikupljanja podataka za nacionalne zdravstvene izvještaje;
3. Promoviranje uključivanja rodni aspekata zdravlja u okviru treninga i kontinuirane edukacije svih zdravstvenih i povezanih društvenih profesionalaca na oba nivoa, tj. kako na nivou nediplomiranih (na pr., medicinski i trening za sestre/tehničare), i za nivoe kontinuirane edukacije (u okviru radnog mjesta, službe) za sve zdravstvene radnike/ice uključujući i one/i koji/e odlučuju o politikama;
4. Promovirati edukaciju zdravstvenih i društvenih profesionalaca/ki o specifičnim situacijama:
 - a. o posljedicama nasilja u obitelji i drugih formi nasilja po zdravlje;
 - b. o potrebama koje utječu na zdravlje vulnerabilnih grupa;
5. Promovirati naučno zasnovane programe i odrediti prioritete kojima se razvijaju rodno osjetljivi istraživački programi koji će imati utjecaja na nacionalnom nivou. Ovdje je cilj da se implementiraju javne politike zasnovane na dokazima, da se predvide izazovi sa kojima će se društvo suočiti, i razviti adekvatne programe za promociju zdravlja;
6. Započeti i promovirati evaluaciju i nadgledanje iz perspektive rodnosti slijedećih elemenata: politika, programa i aktivnosti poduzetih u njihovoj zemlji kako bi se pozabavilo nejednakošću u zdravstvu;
7. Promovirati međunarodno povezivanje izmedju vladinih i nevladinih organizacija aktivnih u domenu usaglašavanja pitanja rodnosti u zdravstvenoj politici;
8. Podržati jednu aktivnu ciljanu diseminaciju ove preporuke, sa pretećim, gdje je to potrebno, prijevodom na domaće jezike.

Nedavno implementirane aktivnosti**Bosna i Hercegovina****Sastanak Radne Grupe za Udruženje sestara i medicinskih tehničara na državnom nivou**

Sastanak Radne Grupe za Udruženje sestara i medicinskih tehničara na državnom nivou je održan 8. i 9. februara 2008., sa 14 predstavnika/ica iz Bosne i Hercegovine. Glavna svrha ovog dvodnevnog sastanka je bila da se pregleda i diskutira predloženi nacrt statuta za asocijaciju sestara i tehničara na državnom nivou. Projekt će podržati uskladjivanje nacrta statuta sa odredbama ICN.

Paralelno sa ovim, udruženja sestara i zdravstvenih tehničara u Federaciji BiH će se ustanoviti. Naredni koraci su odobrenje predloženog statuta od strane sva tri udruženja sestara i zdravstvenih tehničara u BiH i ustanovljavanje jednog krovnog udruženja koje će biti registrirano kao Državno udruženje sestara i tehničara.

Jačanje kapaciteta profesionalnih organizacija**Profesionalno Reguliranje: Šta je to i kako funkcionira?**

Prvi od pet modula za gradnju kapaciteta za profesionalne organizacije - *Profesionalno Reguliranje: Šta je to i kako funkcionira?*, je prezentiran od strane gospodje Sally MacLean u Sarajevu i u Banja Luci dana 12. i 15. februara 2008. Prisustvovalo je 58 učesnika, predstavnika/ica komora, profesionalnih udruga, i sindikata te ministarstava zdravstva iz oba entiteta. Grupu su sačinjavali liječnici/ice, stomatolozi/kinje, farmaceuti/kinje, medicinske sestre/tehničari i fizioterapeutisti/kinje. Koncept profesionalnog samoreguliranja i samog treninga će biti dalje prezentiran u Časopisu Zdravstvene Komore RS i časopisu popularne medicine u RS.

**“Planiranje kadrovskih resursa u zdravstvu” - Sarajevo, 27. februar, 2008.**

Dana 27. februara 2008. održana je u Sarajevu radionica sa temom: Planiranje ljudskih resursa u zdravstvu, sa učešćem 30 predstavnika/ica ministarstava zdravstva i PHI oba entiteta, Ministarstva civilnih poslova, i CIDA. Glavni cilj sastanka je bio pregled napretka aktivnosti, i diskutiranje modela za planiranje zdravstvenih kadrovskih resursa, odabir komparativnih indikatora, i predstavljanje simulacijskog modela potreba koristeći model liječnika/ica.

EU standardi u edukaciji zdravstvenih radnika

Okrugli sto na temu “Edukacija fizioterapeuta” je održana u Banja Luci dana 28. marta 2008., uz učešće predstavnika/ica Udruženja fizioterapeuta/kinja, PT Programa na nivou Univerziteta, Ministarstva obrazovanja i ministarstva zdravlja i socijalne zaštite u RS.

Srbija**Jačanje upravljačkih kapaciteta na demonstracionim lokalitetima**

Modul o upravljanju kadrovskim resursima, u okviru programa jačanja upravljačkih kapaciteta na demonstracionim lokalitetima u Nišu, od 4. do 6. februara 2008. godine. Trening je proveden za 55 učesnika/ica (20 muškaraca i 35 žena) iz svih 12 projektnih demonstracionih lokaliteta u Srbiji. Trening je izveden od strane firme “Bonex”, Biljana Maletin, koja je lokalna konsultantica za pitanja rodosti, te gospodina Orvilla Adams, direktora projekta.

**Akreditiranje Centara PZZ na demonstracionim lokalitetima**

Radionica sa treningom za nadgledatelje akreditiranja i koordinate procesa akreditiranja u centrima PZZ je održana u Subotici, od 9. do 12. februara 2008., za timove iz 7 centara PZZ na demonstracionim lokalitetima. Treningu su prisustvovala 32 učesnika/ica (12 muškaraca i 20 žena) a moderator su bili lokalni konsultanti/ice za poboljšanje kvaliteta i akreditiranje, dr. Snežana Manić i dr. Olivera Jovanović, slijedeći istu metodologiju i procedure ustanovljene od strane Ministarstva zdravstva Srbije.

Jačanje kapaciteta Profesionalnih Organizacija

Drugi modul u Gradnji kapaciteta za profesionalne organizacije o profesionalnom regulisanju i zaštiti javnosti je prezentiran od strane g-dje Sally MacLean u Beogradu dana 26. februara 2008. Radionici je prisustvovalo 22 učesnika/ica (7 muškaraca i 15 žena women), uglavnom direktori i upravljački timovi svih pet Komora Srbije (doktori/ice, sestre/tehničari, stomatolozi, farmaceuti/kinje i biokemičari/ke) te vodeća profesionalna udruženja.

Glas potrošača/čica

Radna grupa za glas potrošača/čica je imala sastanak dana 14. februara u Kanadskoj Ambasadi u Beogradu. Karen Gibbons je moderirala sastanak. Započeta je diskusija kako bi se dogovorili o istraživanju o stavovima potrošača/čica u vezi dostupnosti usluga PZZ u Srbiji. Kako je prethodno dogovoreno, predstavnici/ce NVO "Partner" iz Banja Luke, BiH, su prisustvovali/e na ovom sastanku i predložili svoja dosadašnja iskustva u radu.

Lepojka Čarević Mitanovski, predstavnica RG Glasa potrošača/čica i dr. Mirjana Živković Šulović, predstavnica Zavoda za javno zdravlje Srbije su učestvovali na Medjunarodnoj konferenciji *Kvalitet primarne zdravstvene njege: perspektive pacijenata*, u Ljubljani, Slovenija, dana 28. i 29. marta 2008. Obje učesnice su podnijele izvještaje o aktivnostima BPHCPP u pogledu glasa potrošača/čica koji su prihvaćeni/e na Konferenciji.

RG BPHCPP za Razvoj politike PZZ i Edukaciju

Projektna Radna Grupa za Razvoj politike za PZZ u Srbiji je održala sastanak dana 14.3. 2008 u Beogradu, a kojim je predsjedavao pomoćnik ministra za zdravstvenu organizaciju i zdravstvenu inspekciju, dr. Ivana Misić. Osnovni dokumenti koji su razvijani u toku projekta su prezentirani i diskutirani od strane Radne Grupe. Sljedeća diskusija, koju je moderirala Karen Gibbons, o predloženoj viziji, ciljevima i principima za sistem PZZ u Srbiji je takodjer inicirana kako bi se omogućilo učesnike/ice da iznesu svoje mišljenje i komentare o podnesenom nacrtu.

Projektna Radna Grupa za Edukaciju je održala sastanak dana 18. marta 2008. u Beogradu. Sastanak je moderirala Susan Phillips. Ona je predstavila nacrt "Mape puta" za praksu fokusiranu na pacijenta a što je popraćeno diskusijom. Cilj ove aktivnosti je bio da se razvije edukativno oruđe koje bi se institucionaliziralo u Srbiji u narednim mjesecima.

Radna grupa za zadatak "Lokalna samouprava"

Radna grupa sa zadatkom u vezi lokalne samouprave je imala niz radionica u februaru i martu 2008., kako bi razvili Vodič za djelotvornu saradnju izmedju općinskih vlasti i davalaca usluga primarne zdravstvene zaštite. Članovi Grupe su predstavnici lokalnih samo-uprava, davaoci usluga, potrošača/čica, Stalne konferencije gradova i opština Srbije i projekta. Nacrt gore spomenutog Vodiča će biti pretstavljen u toku Serije 2 dijaloških sastanaka u vezi politika, u Zrenjaninu 7. i 8. aprila 2008.

Naredni događaji

Bosna i Hercegovina

Poslovno planiranje za Profesionalne Organizacije, Modul 2 Gradnje kapaciteta za Profesionalne Organizacije će se održati dana 2. aprila 2008., u Sarajevu i 4. aprila 2008. u Banja Luci.

Prvi modul za kadrovske resurse za planere izgradnje zdravstvenih kapaciteta, za one/koji/e donose politike i one u praksi, koji se fokusiraju na Principe planiranja kadrovskih resursa, će se održati 14. i 15. aprila 2008. u Sarajevu te 17. i 18. aprila 2008. u Banja Luci.

Srbija

Dijaloška sesija o politici na temu *Razumjevanje i poboljšanje dostupnosti usluga PZZ u Srbiji*, će se održati u Zrenjaninu 7. i 8. aprila 2008. Ova dijaloška sesija će okupiti predstavnike/ica davalaca usluga (DZ), Ministarstva zdravstva, Lokalne vlade, i potrošača/čica kako bi se diskutirali ključni faktori koji utiču na dostupnost usluga PZZ u Srbiji. Svrha ovih dijaloških sesija o politici je da se pruži prilika da se rasprave neka krucijalna pitanja iz PZZ sa tačke gledišta različitih učesnika/ica u sistemu.

Smjernice u vezi pitanja rodnosti u profesionalnim organizacijama, a što je sljedeći modul u okviru gradnje kapaciteta za Profesionalne Organizacije, će se održati 15. aprila 2008 u Beogradu za Radnu grupu za komore i udruženja zdravstvenih profesionalaca/ki.

Četvrti modul o Gradnji tima i rješavanju sukoba, u okviru Programa za jačanje kapaciteta demonstracionih lokaliteta će se održati u maju 2008.

BALKAN PRIMARY HEALTH CARE PROJECT

Sarajevo Tel: ++387 33 296 730 :Fax: ++387 33 296 736 Adresa: UNITIC, objekat A/4 Fra Anđela Zvizdovića 1

Beograd Tel: ++381 11 324 00 88 Fax: ++381 11 324 00 88 Adresa: Bulevar Kralja Aleksandra 17/21

Banja Luka Tel: ++387 51 219 125 Fax: ++387 51 219 125 Adresa: Save Mrkalja 4

www.canbhp.org