



Драги читаоци и читатељке,

Овај други билтен за 2008. год. доноси вам информације о планирању људских ресурса у Босни и Херцеговини од Верна Хикса /Vern Hicks/. Чланак Сузан Филипс /Susan Philips/ објашњава нам шта је медицина заснована на доказима. Билтен нам, такође, доноси информације за процес доношења одлука у креирању политике примарне здравствене заштите од Дејвида Елисона /David Allison/.

У овом издању билтена наћи ћете и новости о најважнијим догађајима везаним за пројекте у првом кварталу 2008.год. и најаву будућих догађаја као и Препоруку Савета министара Савета Европе државама чланицама о укључивању родних разлика у здравствену политику, усвојену 30. Јануара 2008. Надамо се да ће вам овај билтен пружити довољно информација и бити интересантан, а и даље остајемо отворени за све ваше сугестије.

Уживајте у читању

Информације за планирање људских ресурса за здравље у Босни и Херцеговини

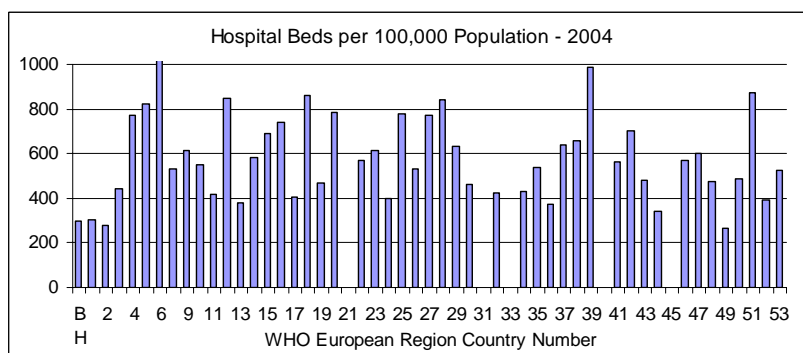
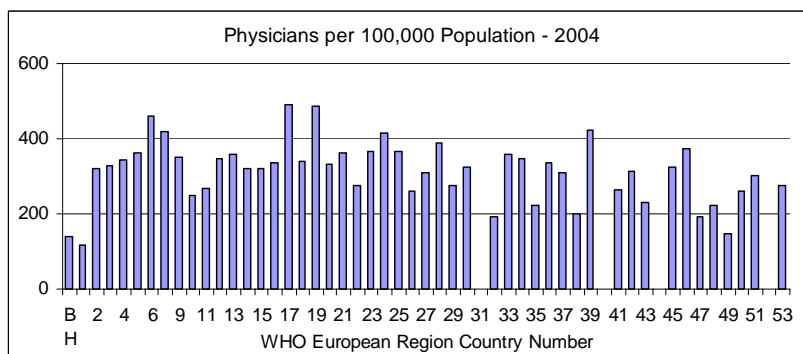
Два главна изазова у раду на развоју планова људских ресурса за БиХ су да разумемо тренутне нивое коришћења услуга и да будемо у стању да предвидимо промене у будућности у потражњи здравствене заштите. Коришћење је једно од три показатеља за разумевање употребе здравствене заштите у наредним годинама и за прављење реалистичних предвиђања о будућем коришћењу и потребама. Тренутне активности укључују анализу компаративних индикатора за (1) здравствене ресурсе – посебно број радне снаге; (2) коришћење здравствених услуга и (3) трошкове здравствене заштите, и јавне и приватне.

Индикатори за ресурсе и коришћење доступни су нам из базе података СЗО „Европско здравље за све“. Вредност употребе мулти-димензионалног приступа у анализи индикатора илустрована је са четири графика испод, у којима је БиХ упоређена са све 54 земље у бази података СЗО. Индикатори за ресурсе, у форми број болничких кревета, лекара/ки и медицинских сестара на 100 000 становника спадају међу најниже у Европи. Ипак, трошкови здравствене заштите изражени у виду процента од БДП релативно су високи у БиХ, и износе у просеку 8,3% БДП у 2004.

На први поглед, ови графици представљају парадокс, јер би се

нормално очекивало да релативни трошкови као проценат БДП-а следе релативне трошкове за ресурсе који пружају здравствену заштиту. Објашњење за привидну неповезаност између здравствених ресурса и здравствених трошкова лежи у чињеници да је БДП по глави становника релативно мали у БиХ. Здравље је, чини се, приоритет у националним трошковима, али капацитети су веома мали у односу на друге Европске земље.

- 1 База података "Здравље за све" Копенхаген, СЗО, Регионална канцеларија за Европу/www.euro.who.int/hfad/b).
- 2 СЗО Број кода земље користи се за поређења различитих земаља.

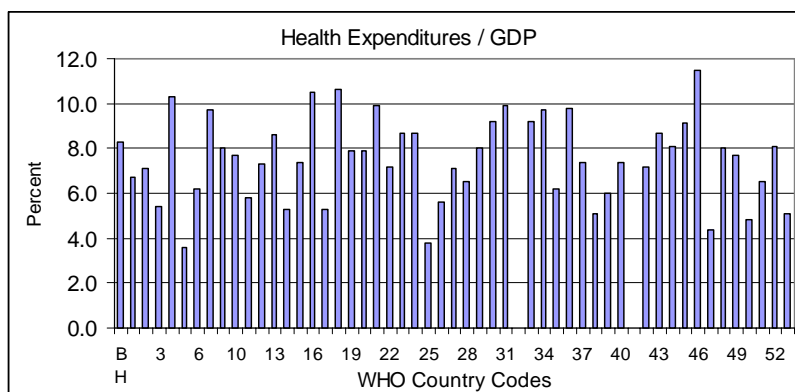
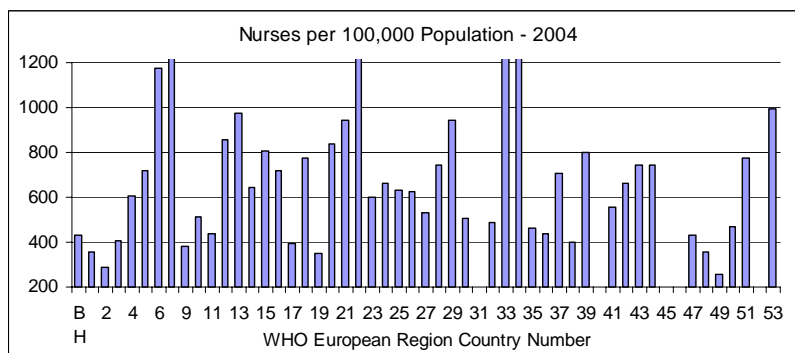


Неки локални/е посматрачи/це су навели могућност да су поређења искривљена због непоузданости података о становништву, пошто није било пописа још од пре рата, а било је великих померања становништва током ратних година. Тестирање осетљивости показало је да се релативна позиција БиХ у индикаторима СЗО вероватно не би променила као резултат грешака у процени популације. На пример, процена броја лекара на 100 000 становника је 140 у БиХ. Ако претпоставимо да је процена популације већа и за 20%, индикатор би се повећао на 175. Релативно посматрано, такво подешавање би померило БиХ за само једно место у поређењима, испред Турске.

Други/е посматрачи/це су изразили мишљење да је вредност БДП умањена због активне сиве економије и тенденције многих послодаваца да плаћају минималне дохотке а примања надокнађују исплатама у готовини, што је стратегија за избегавање пореза корисна и за послодавца и за запосленог/у. Међутим, ако је вредност БДП умањена, следи да су и здравствени трошкови вероватно умањени и на поређења здравствених трошкова са БДП не би утицале исправке у проценама националних рачуна. Колико год да су нам ове анализе интересантне, оне не утичу на фундаменталну реалност у БиХ која има мало здравствених ресурса и финансијских капацитета. Коришћење здравствене заштите по глави становника такође је ниско у БиХ, као што је показано на табели испод. Подаци о коришћењу услуга су из извештаја Института за јавно здравље у Федерацији Босне и Херцеговине (ФБиХ) и у Републици Српској (РС). Оба ентитета издају свеобухватан годишњи извештај здравствене статистике. Ови статистички извештаји биће једни од кључних извора података за нашу анализу постојећих ресурса, коришћења и продуктивности лекара.

Сprovedено је истраживање институција здравствене заштите у оквиру пројекта и у ФБиХ и у РС. У ФБиХ истраживање је обухватило све институције, а у РС се фокусирао на установе примарне здравствене заштите. Истраживање је обухватило 100% циљних институција и спровео га је Институт за јавно здравље (ИЈЗ) - јединствен подухват који је био и вежба у изградњи капацитета, како се испоставило. Истраживање је донело информације о радној снази које нису доступне у годишњој статистици, као што је дистрибуција стручњака по годишту и полу. Подаци из истраживања биће коришћени заједно са другим базама података ИЈЗ како би се направили профили постојеће радне снаге и разумело на који начин демографске промене могу да утичу на способност пружања здравствене заштите у будућности.

Коришћење услуга код давалаца услуга у приватном сектору није добро покривено у годишњој статистици. Пројекат жели да дође до информација из различитих извора. Ти извори укључују Фонд здравственог осигурања, који осигурава и неке услуге у приватном сектору; извештаје инспекцијске службе ИЈЗ у РС, у којима су прикупљене информације о приватним лекарима/кама; истраживање о здравственим трошковима спроведено 2000. у РС, удружења приватних лекара/ки и особе које поседују кључне информације и упознате су са активностима здравствене заштите у оба ентитета.



Извор: СЗО Здравље за све

	Болнички пријем на 100	Контакти у ординацији по особи
Босна и Херцеговина	7.9	3.1
Европска регија	18.8	7.8
Чланови ЕУ од 2004 или 2007	20.7	7.8

Прелиминарне процене, које треба да буду потврђене, указују да на даваоце услуга у приватном сектору одлази око 10% здравствених трошкова у БиХ, а да су они концентрисани у секторима апотекарства и стоматологије. Има и неких лекара/ки у приватној пракси, али већина њихових активности у приватном сектору се одвија у форми заједничке јавне и приватне праксе од стране лекара/ки који су запослени у јавном сектору. Оба ентитета су недавно покренула процес забране заједничке јавне и приватне праксе, што изражава чврст став подршке јавном сектору и само је један од примера динамичне природе развоја политике здравства у БиХ.

Информације о коришћењу услуга, ресурсима и здравственим трошковима биће све употребљене у моделу пројекције по циљним услугама који се развија у оквиру пројекта. Овај модел ће послужити пројекцији кадровских потреба до 2015. Почетна тестирања модела указују да ће економски раст, који је у просеку износио 8% годишње у последње две године, бити главни фактор у предвиђању будућих потреба у ресурсима. Повећања продуктивности, уколико се остваре, одржаће раст у људским ресурсима испод стопа раста у економији. Без обзира на то, повећања у људским ресурсима потребна ради задовољавања будуће потражње биће значајна. Ова чињеница нам пружа могућност да планирамо будуће промене у начину на који се здравствена заштита пружа без великих потреса који би могли да угрозе успех иницијатива у политици људских ресурса.

Пише Верн Хикс

Шта је медицина заснована на доказима?

Медицина заснована на доказима представља савесно, јасно и разумно коришћење постојећих најбољих доказа у доношењу одлука о здравственој заштити појединачних пацијената. Практика медицине засноване на доказима значи интегрисање индивидуалне клиничке експертизе са најбољим доступним екстерним клиничким доказима из систематских истраживања. Под индивидуалном клиничком експертизом подразумевамо стручност и просуђивање које појединачни клинички лекари стекну кроз клиничко искуство и клиничку праксу. Повећана експертиза се огледа на много начина, али посебно у ефективнијем и ефикаснијем постављању дијагноза и у промишљенијем идентификовању и саосећајнијем односу према неприликама појединачних пацијената, њиховим правима и мишљењу у доношењу клиничких одлука о њиховом здрављу. Под најбољим доступним екстерним клиничким доказима подразумевамо клинички релевантна истраживања, често из основних медицинских наука, али посебно из клиничких истраживања која за фокус имају пацијента а баве се тачношћу и прецизношћу дијагностичких испитивања, снагом прогностичких маркера, и ефикасношћу и безбедношћу терапијских, рехабилитацијских и превентивних режима.

(Сакет, ДЛ, ет ал, БМЈ 1996;312(7023):71-72)



Медицинска пракса је уједно и уметност и наука. Медицинска наука би требало да буде информисана о налазима истраживања. Најјаче, или највиталније истраживање су случајне контролисане студије (СКС). У истраживању типа СКС, субјекти (сви са болешћу која се испитује) ретко се деле у групе. Једна група може да добије одређено лечење за болест док друга добија плацебо. У идеалном случају, ниједан/на од учесника/ца не зна да ли су у групи која прима лечење или су у „контролној“ групи. То се назива „слепим“. Ако ни они који обављају испитивање такође не знају која група добија лечење, онда се за испитивање каже да је „двоструко слепо“. Многе студије које не укључују

НКИ и стога су мање научно виталне, могу ипак да нам пруже корисне податке. Неки од тих модела укључују контролисане студије случаја, кохортне студије и извештаје о случајевима. Користећи резултате свих доступних студија, многе групе широм света су направиле водиче за одређене болести или медицинска стања. Један од најбољих извора таквих података јесте Кокранова колаборација (www.cochrane.org).

Да ли су сви водичи једнаки?

Постоје свакаке врсте састављених докумената које називају водичима. Многи од њих, међутим, нису засновани на доказима. Неки су направљени од стране фармацеутских компанија или су их написали доктори које су платиле фармацеутске компаније. Иако је могуће да такав један аутор са „конфликтом интереса“ може да напише и непристрасан водич, документи које су написали/е аутори/ке који немају и неће имати никакве користи од промовисања одређеног типа лечења генерално се сматрају валиднијим. Други извори пристрасних водича могу бити:

- Не укључивање свих релевантних студија у разматрање, односно, одабир само неких студија за разматрање

- Примењивање резултата студије урађене на једној групи на друге групе, на пример, претпостављајући да су резултати истраживања урађеног на мушкарцима применљиви на жене

Нису сви водичи једнако тачни. Стога је разборито користити само водиче које су написале, ревидирале или одобриле уважене групе каква је Кокран колаборација /Cocrane Collaboration/.

Кључ за медицину засновану на доказима: приступ фокусиран на пацијента/кињу

Иако водичи клиничке праксе сумирају доказе за одређене болести или лечења, они не могу ефикасно да се употребе уколико се у обзир не узму и јединствене околности сваког/е пацијента/киње. На то Сакет (Sackett) мисли када наглашава колико је важно повезати доказе са: промишљенијим идентификовањем и саосећајнијим

Информације за доношење одлука у развоју политике примарне здравствене заштите

Често се дешава да су лекари/ке и органи владе у позицији да покушавају да доносе одлуке без очигледних информација на којима би засновали те одлуке. Нешто што почне као интересантна идеја све више добија облик како се доносе одлуке да се подржи промена, одвоји новац да би се успоставио правац и пружиле услуге. Али када су информације за доношење одлука оскудне, последице могу бити непредвидиве.

Проблем је у томе што се превише често ослањамо на сопствено стручно мишљење у доношењу одлука, а то стручно мишљење може али и не мора бити добро информисано знањем и искуством. Потребно је да обезбедимо да се „доношење одлука засновано на доказима“ користи у развоју практичних политика, као што они који се баве медицином користе доказе да би одлучили о алтернативама лечења за појединог/у пацијента/кињу.

Постоје добро познати примери о томе како се епидемиологија користи у медицини за рационализацију одлука о лечењу. Хијерархија коју користе бројне групације које постављају стандарде у развоју водича клиничке праксе јесте један од начина да се пажња усмери на снагу доказа. Везе између предложених узрока и последица постају јасније како се примењује све строжија методологија

Табела 1: Повећање строгости методологије ради показивања јачине повезаности

- Стручно мишљење
- Студија случаја
- Истраживање пресека
- Контролана студија случаја
- Кохортна студија
- Насумична контролна студија

односом према неприликама појединачних пацијента/киња, њиховим правима и мишљењу у доношењу клиничких одлука о њиховом здрављу. (види уоквирено)

Болести не можемо одвојити од људи који их имају, односно, без употребе приступа који за центар има пацијента/кињу у постављању дијагнозе и лечењу медицинска стручност, сама по себи, неће бити ефикасна.

Дакле, да сумирамо, медицинска пракса највишег квалитета комбинује непристрасне налазе истраживања са методом фокусираном на пацијента/кињу. Овај приступ је стандард у пракси у Европи, Северној Америци, Аустралији и већини развијеног света.

Пише Сузан Филипс

интервенције или лечење.

Веза између узрока и последице је појачана вишеструким студијама које показују доследне резултате; наравно, када утицај интервенције чини велику разлику у исходу са којим се суочавају они који су изучавани у поређењу са другима, докази су још убедљивији.

Ми морамо да научимо да преуземо ове принципе и употребимо их да би разумели како и зашто се услуге здравствене заштите пружају на начин како се пружају.

Можда је једна од првих важних ставки које треба препозанати та да је кључна ствар у разумевању услуга примарне здравствене заштите то да ако се фокусирамо само на индивидуу изгубићемо из вида средину у којој радимо. Од суштинског је значаја да нађемо начине да проширимо видике тако да укључују друге пацијенте/киње, лекаре/ке и активности, и на тај начин стекли бољи увид у систем. Појединци/ке живе и раде унутар заједнице, а одлуке политике примарне здравствене заштите треба доносити тако да се у виду има и целокупна заједница, а не само судбина појединца/ки.

Пракса примарне здравствене заштите се на свом најосновнијем нивоу бави постављањем дијагнозе и лечењем појединца/ке. Принципи водича клиничке праксе треба да су добро познати свим лекарима/кама. А у картону пацијента/киња ћемо наћи темељ информација за доношење одлука.

Информациони системи се креирају око картона пацијента/киња. Системи чувања документације у штампаном облику све више се повлаче пред електронским здравственим документима. Потребна је јасна визија како би се обезбедило да се ситеми развијају на тај начин да се документи могу

анализирати како би пружили информације о појединцима/кама у пракси, популацији праксе или праксама на нивоу заједнице. Под претпоставком да одговорни лекари/ке бележе податке о пацијентима/кињама исправно са јасним мерама за уношење података/инпут, процесом неге и исходом интервенције, у било којој пракси се налази богатство информација.

Бележећи епизоде неге заједничким кодом као што је ИЦД-10 или ИЦПЦ2, и комбиновањем те информације са подацима добијеним из виталне статистике или пописа могуће је створити слику не само здравља, него и свих фактора који утичу на здравље. Комбиновањем те слике са посебно креираним истраживањима или другим врстама студија, доћи ћемо до дубљег разумевања заједница у којима се пружа примарна здравствена заштита.

Током пројекта Унапређења политике примарне здравствене заштите на Балкану, схватили смо да креатори политика на многим нивоима разумеју потребу за информацијама. Створено је неколико прилика у којима су доносиоци одлука могли да размене своја схватања система примарне здравствене заштите (Регионална конференција о планирању људских ресурса у окторбру 2007. И студијска тура у Финску), а предузети су и кораци како би се помогло скупљање одређених података (Истраживање о људским ресурсима у Босни и Херцеговини). Како пројекат буде напредовао, очекујемо да ће оваква искуства ојачати препознавање важности сарадње и охрабрити коришћење квалитетних информација у процесима доношења одлука.

Табела 1: Извори информација за развој здравствене политике

Извор информација	Тип података	Сврха	Примери индикатора
Витална статистика	Матичне књиге рођених, умрлих, попис	Основна популација	Популационе промене,
Информације о регистрацији	Популационе одреднице, основне детерминанте здравља	Алтернатива информацијама из пописа	Омогућава стопе и односе
Здравствени картон пацијента	Дијагнозе, природа посете, детерминанте здравља, фактори ризика	Здравствени профили, процена потреба	Преваленца стања, разлози за сусрете, пропорција фактора ризика
Обавезни извештаји	Преносиве болести, канцер, хроничне болести, професионална оболења	Надзор, трендови, установљавање приоритета	Стопе инциденце и преваленце
Извештаји о људским ресурсима	Индивидуални подаци, документација о обуци, груписање установа или услуга, задовољство послом	Поређење норми и стандарда, поређење са другим радним јединицама у ДЗ или на нивоу земље, планирање напредовања/смене, фактори повезани са регрутовањем и задржавањем	Годиште/пол, примања, миграција, однос радника и становника, занимања, године до пензионисања, број оних на обуци
Месечни, квартални, годишњи извештаји службе	Прикупљени и сређени подаци	Мерење процеса. Повратни подаци и ревизија	Трендови
Финансијски извештаји	Трошкови јединица/службе	Услуге, процедуре и подела времена	Трошкови по јединици, трошкови/популација
Популациона или истраживања по домаћинствима	Детерминанте здравља у одређеном тренутку, фактори ризика, проблеми		Трендови, пропорција фактора ризика, Пропорција само-процењеног здравља

Препорука ЦМ/Рец(2008)1 Комитета Министара земљама чланицама о укључењу родних различитости у здравствену политику

(Усвојена од Комитета министара/ки 30. јануара 2008. на 1016. састанку заменика министара/ки)

Комитет министара/ки, по условима из члана 15.6 Статута Савета Европе (ЕТС бр. 1),

Сматрајући да је циљ Савета Европе постизање већег јединства међу његовим чланицама и да се том циљу може тежити, између осталог, посебно усвајањем заједничких правила у здравственом сектору;

Имајући на уму Конвенцију о заштити људских права и фундаменталних слобода (ЕТС бр. 5) и њене протоколе, посебно Протокол бр. 12 (ЕТС бр. 177);

Подсећајући се члана 11 Европске друштвене повеље (ЕТС бр. 35) о праву на здравствену заштиту, и присећајући се да члан 3 Конвенције о људским правима и биомедицини (ЕТС бр. 164) захтева да уговорне стране, узимајући у обзир здравствене потребе и ресурсе, предузму одговарајуће мере у погледу обезбеђења, унутар своје надлежности, једнаког приступа здравственој заштити одговарајућег квалитета;

Поштујући Препоруку бр. Р (2000) 5 Комитета министара/ки земљама чланицама о развоју структура за учешће грађана/ки и пацијената/киња у процесу доношења одлука које утичу на здравствену заштиту;

Сматрајући да је принцип једнакости између жена и мушкараца интегрални део људских права и да дискриминација на основу пола чини препреку признавању, уживању и примени људских права и основних слобода;

Подсећајући се рада Савета Европе у пољу увођења родне перспективе и посебно поруке Комитета министара/ки из 1998. којом охрабрују управне одборе да примене родну перспективу у свом раду, и његов извештај насловљен „Увођење родне перспективе: концептуални оквир, методологија и представљање 'добрих пракси'“ (ЕГ(99)3);

Уверени да циљ остваривања и једнакости, и праведности, поштовања за људска права и за достојанство појединца/ки у здравственом сектору захтева да се ефекти родних разлика узму у обзир у планирању здравствене политике, пружању здравствених услуга, и праћењу истих;

Препознавајући да се Европске земље још увек суочавају у различитом степену са неприхватљивим родним неједнакостима између мушкараца и жена и да се креатори/ке здравствених политика, даваоци здравствених услуга и здравствени стручњаци/киње у све већој мери суочавају са изазовом да разумеју и реше различите потребе жена и мушкараца;

Сматрајући да многе разлике и неједнакости између здравственог статуса мушкараца и жена потичу из друштвених, културних (укључујући религију) и политичких уређења у друштву, род (што је друштвени конструкт) насупрот полу (што је биолошки атрибут) треба да буде посматран као кључна детерминанта здравља;

Признавајући да родови нису хомогене групе и да различите друштвене околности могу јасно да утичу на здравствене потребе, интересовања и бриге сваког рода и унутар родова;

Уверени да здравствене политике треба да узму у обзир социјалне детерминанте, пошто су социо-економски фактори, као што су приход, запослење, образовање, услови живота и рада, професионални ризици и животни стилови неједнако распоређени међу становништвом и резултирају неједнакостима које могу да објасне многе здравствене разлике, укључујући и оне између мушкараца и жена;

Свесни постојања све већег броја доказа из свих области здравствених истраживања (која разматрају и биомедицинске и психосоцијалне механизме) да фактори ризика, клиничке манифестације, узроци, последице и лечење болести могу да се разликују за мушкарце и жене и да, у таквим случајевима, превенција, лечење, рехабилитација, пружање неге и промоција здравља морају бити прилагођени у складу са различитим потребама жена и мушкараца;

Примећујући да родне неједнакости могу резултирати проблемима у приступу здравственим услугама, и информацијама, а примећујући и недостатак средстава за промовисање родне осетљивости међу даваоцима здравствене заштите, што све може формирати структуралне препреке за квалитет здравствене заштите;

Забринути такође, у овом контексту, да родне разлике и неједнакости могу бити препрека за комуникацију између давалаца здравствене заштите и пацијената/киња на штету права пацијената/киња;

Уверени да ће препознавање родних разлика и неједнакости допринети ефикасности и ефективности здравствених политика и услуга здравствене заштите и за жене и за мушкарце;



Уверени да креирање родно осетљивих друштвених и здравствених политика захтева интеграцију родне димензије и у ширу друштвену политику;

Препоручује да владе држава чланица,

1. У контексту заштите људских права, учине род једним од приоритетних области акције у здрављу кроз политике и стратегије које решавају специфичне здравствене потребе мушкараца и жена и које садрже увођење родне перспективе;
2. Промовишу родну једнакост у сваком сектору и функцији здравственог система укључујући акције које се односе на здравствену заштиту, промоцију здравља и превенцију болести на праведан начин;
3. Разматрају питања која се тичу унапређења приступа и квалитета здравствених услуга у смислу на који се она односе на специфичне и различите потребе и ситуације мушкараца и жена;
4. Развијају и шире родно осетљива знања која ће омогућити интервенције засноване на доказима кроз систематско прикупљање одговарајућих података разврстаних по полу, промоцију релевантних истраживачких студија и родну анализу;
5. Промовишу родну свест и компетентност у здравственом сектору и обезбеде избалансирано учешће жена и мушкараца у процесу доношења одлука;
6. Успоставе оквири за праћење и евалуацију напретка у увођењу родне перспективе у здравствене политике;
7. Усвоје и примењују мере представљене у додатку овој препоруци;
8. Обезбеде да све релевантне политичке институције и органи у вези са здравством обрате пажњу на ову препоруку и да обавесте Савет Европе о активностима предузетим на националном нивоу по одредбама ове препоруке.

Додатак препоруци ЦМ/Рец(2008)1

Одређене мере

1. Поставити одговорност за вођење и имплементирање родно осетљивих здравствених политика на више националне, регионалне и локалне нивое и обезбедити родно уједначено представљање на позицијама за доношење одлука и успоставити позиције за здравствене стручњак/иње обучене о питању рода;
2. Правити редовне здравствене извештаје на основу рода укључујући систематске научно засноване родне анализе ради повећања познавања здравља популација и за увођење родне свести у здравствени сектор;
 - а. обезбедити да су у здравственим службама и најрелевантнијим здравственим истраживањима и програмима сви системи рутинског бележења и прикупљања података раздвојени по полу у складу са здравственим приоритетима земље (нпр. узимајући у обзир шеме морталитета и морбидитета);
 - б. промовисати родно осетљиве информационе ситеме и индикаторе рада у сврхе одговорности у здравственом систему;
 - ц. укључити полно подељене информације које се односе на друге друштвене детерминанте које узајамно делују са родом: тј. приход, нивои сиромаштва, учешће радне снаге, образовања, смештај;
 - д. промовисати употребу родно сензитивних индикатора (нпр. Светска здравствена организација) у процесу прикупљање података за националне здравствене извештаје;
3. Промовисати укључење родних аспеката здравља у обуку и континуирану едукацију свих здравствених и повезаних друштвених стручњака/киња, и на пред-дипломском (нпр. медицинска и сестринска обука) и на нивоима континуиране едукације (обука у току службе) за све здравствене раднике/це укључујући креаторе/ке политика;
4. Промовисати образовање здравствених и социјалних радника/ца о специфичним ситуацијама;
 - а. о последицама породичног и других облика насиља на здравље;
 - б. о потребама које утичу на здравље вулнерабилних група;
5. Промовисати научно засноване програме и за приоритет поставити креирање родно осетљивих истраживачких програма који ће имати утицај на националном нивоу. Циљ је да се примењују јавне политике засноване на доказима, предвиђају изазови са којима се друштво суочава, и креирају адекватни програми промоције здравља;
6. Иницирати и промовисати евалуацију и праћење, из родне перспективе, политика, програма и активности предузетих у њиховој земљи како би се решиле неједнакости у здрављу;
7. Промовисати међународно повезивање између владиних и невладиних организација активних у домену увођења родне перспективе у здравствене политике;
8. Подржати активно циљано ширење ове препоруке, пропраћене тамо где је потребно и преводом на локалне језике.

Недавно имплементирани активности**Босна и Херцеговина****Удружење сестара на државном нивоу - Радна група**

Састанак радне групе за државно Удружење медицинских сестара одржан је 8.-9. фебруара 2008. Са 14 представника/ца из Босне и Херцеговине. Главна сврха овог дводневног састанка била је разматрање и дискусија о предложеном нацрту статута државног удружења сестара. Пројекат ће подржати усклађивање нацрта статута са захтевима Међународног савета за сестринство (Интернатионал Цоунсил оф Нурсинг – ИЦН). Паралелно са овим процесом, биће установљена удружења сестара у Федерацији БиХ. Наредни кораци обухватају одобрење статута од стране сва три удружења сестара у БиХ и установљење једне заједничке организације која би била регистрована као Државно Удружење сестара.

**Јачање капацитета професионалних организација
Регулисање професије: Шта је то и како функционише?**

Први од пет модула у изградњи капацитета професионалних организација – ‘Регулисање професије: Шта је то и како функционише?’ представила је Сели Меклин (Саллу МацЛеан) у Сарајеву и Бања Луци 12. и 15. фебруара 2008. Педесет осам учесника/ца били/е су представници/це комора, професионалних удружења и синдиката и Министарства здравља из оба ентитета. У групи је било лекара/ки, зубара/ки, фармацеута/киња, сестара/мед. техничара и физиотерапеута/киња. Концепт професионалног само-регулисања и само-обуке биће представљен и у Журналу Медицинске коморе РС и Журналу популарне медицине у РС.

**“Планирање људских ресурса у здрављу” - Сарајево, 27. фебруар, 2008.**

Дана 27. фебруара 2008. год. у Сарајеву је одржана радионица под називом „Планирање људских ресурса у здрављу“, са учешћем 30 представника/ца Министарства здравља и ИЈЗ из оба ентитета, Министарства цивилних послова и ЦИДА. Главни циљ састанка је била рекапитулација напретка у активностима, и дискусија о моделима планирања љР у здравству, одабир компаративних индикатора и представљање симулације потреба користећи модел за лекаре/ке.

ЕУ стандарди у едукацији здравствених радника

Округли сто под називом „Едукација физиотерапеута“ одржан је у Бања Луци 28. марта 2008, са учешћем представника/ца Удружења физиотерапеута, програма ФТ на нивоу универзитета, Министарства образовања и Министарства здравља и социјалне заштите у РС.

Србија**Јачање капацитета менаџмента у пилот домовима здравља**

Модул о управљању људским ресурсима, у оквиру програма за јачање капацитета менаџмента у местима пројекта одржан је у Нишу, 4.-6. фебруара 2008. Обука је пружена за 55 учесника/ца (20 мушкараца и 35 жена) из свих 12 места пројекта у Србији. Обуку су пружили “Бонех”, консултантска фирма, Биљана Малетин, локална консултанткиња за питања рода и Орвилл Адамс, Директор пројекта.

**Акредитација Центара ПЗЗ у пилот домовима здравља**

Тренинг радионица за надзорнике/це и координаторе/ке акредитације у центрима ПЗЗ одржана је у Суботици, од 9. – 12. јануара 2008, за тимове из 7 центара ПЗЗ из места пројекта. Обука је пружена за 32 учесника/це (12 мушкараца и 20 жена) и водили су је локалне консултанткиње за унапређење квалитета и акредитацију, Др. Снежана Манић и Др. Оливера Јовановић, следећи исту методологију и процедуре установљене од стране Министарства здравља Србије.

Јачање капацитета професионалних/струковних организација

Други модул у изградњи капацитета професионалних организација о регулисању професија и заштити јавности представила је Сели Меклин (Саллу МацЛеан) у Београду, 26. фебруара 2008. Радионици је присуствовало 22 учесника/ца (7 мушкараца и 15 жена), углавном директори/ке и управни тимови из свих пет комора у Србији (доктори/ке, сестре, зубари/ке, фармацеути/киње) и водећих професионалних удружења.

Глас корисника/ца

Радна група за Глас корисника имала је састанак 14. фебруара у амбасади Канаде у Београду. Састанак је водила Карен Гибонс, Консултанткиња пројекта. Дискусија је одржана о анкети за испитивање мишљења корисника/ца о приступу услугама ПЗЗ у Србији. Како је претходно договорено, представници/е НВО „Партнер“ из Бања Луке, БиХ, присуствовали су састанку и поделили искуства из њиховог рада.

Лепојка Чаревић Митановски, представница РГ Гласа корисника/ца и Др. Мирјана Живковић Шуловић, представница Института за јавно здравље Србије учествовале су на међународној конференцији Квалитет примарне здравствене заштите: перспектива пацијената у љубљани, Словенија, 28. и 29. марта 2008. Обе учеснице су предале радове о активностима ПУПЗЗБ у погледу гласа корисника/ца који су прихваћени од стране конференције.

Радне група Пројекта за развој политике ПЗЗ и едукацију

Радна група пројекта за развој политике ПЗЗ у Србији имала је састанак 14. марта 2008. у Београду, коме је председавала помоћница министра здравља за организацију здравствених услуга и здравствену инспекцију др Ивана Мишић. Представљени су оквирни документи са основним чињеницама о систему ПЗЗ у Србији направљени у оквиру пројекта и о њима је радна група дискутовала. Након тога уследила је дискусија, коју је водила Карен Гибонс (Карен Гибонс), о предложеној визији, циљевима и принципима система ПЗЗ у Србији како би чланови/це могли да размисле и коментаришу о предатом нацрту.

Радна група пројекта за едукацију имала је састанак 18. марта 2008. у Београду. Састанак је водила Сузан Филипс (Сусан Пхиллипс), Консултанткиња пројекта. Она је представила нацрт „мапе пута“ за праксу фокусирану на пацијента/кињу и водила је и дискусију која је уследила. Циљ ове активности је да се креира оруђе за едукацију које би било институционализовано у Србији у наредним месецима.

Радна група за локалну самоуправу

Радна група за локалну самоуправу имала је низ радионица у фебруару и марту 2008, у циљу креирања водича за ефективну сарадњу између општинских власти и давалаца услуга и корисника/ца услуга примарне здравствене заштите. Чланови/це радне групе су представници/це локалних самоуправа, давалаца услуга, корисника/ца, Сталне конференције градова и општина у Србији и пројекта. Нацрт претходно поменутог водича биће представљен за коментаре током Серије 2 дијалога о политици, у Зрењанину, 7. и 8. априла 2008.

Наредни догађаји**Босна и Херцеговина**

Пословно планирање за професионалне организације, модул 2 изградње капацитета професионалних организација биће одржан 2. априла 2008. у Сарајеву и 4. априла у Бања Луци.

Први модул о људским ресурсима за изградњу капацитета здравства за планере, креаторе политике и лекаре са фокусом на принципима планирања људских ресурса биће одржан 14. и 15. априла 2008. у Сарајеву, и 17. и 18. априла у Бања Луци.

Србија

Дијалог о политици под називом Разумевање и побољшање приступа услугама ПЗЗ у Србији биће одржан у Зрењанину 7. и 8. априла 2008. Овај дијалог ће окупити представнике/це давалаца услуга (ДЗ), Министарства здравља, локалне управе, и корисника/ца како би разговарали о кључним факторима који утичу на приступ услугама ПЗЗ у Србији. Сврха дијалога о политици ПЗЗ је да пружи могућност за разматрање неких од критичних питања у ПЗЗ из перспектива различитих актера система.

Родне политике у професионалним организацијама, наредни модул у изградњи капацитета професионалних организација, биће одржан 15. априла 2008. у Београду за радну групу за коморе и удружења здравствених радника/ца.

Четврти модул о изградњи тима и решавању конфликта, у оквиру јачања капацитета менаџмента у местима пројекта биће одржан у мају 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