



Drage čitaoci,

Ovog tromjesječja naš bilten obiluje zanimljivim člancima. Od objavljivanja posljednjeg broja Projekat primarne zdravstvene zaštite (PPZZ) je bio domaćin regionalne konferencije "Ljudski resursi za efikasno pružanje usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti" u Banja Luci, od 8 – 9 oktobra 2007. godine. Ovaj broj je većim dijelom posvećen izvještavanju sa ovog uspješnog i značajnog događaja. Pored toga, članak Orvilla Adams, direktora Projekta pruža informacije o timskom radu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Kanadski konsultant Larry Nestman piše i o različitim tipovima podsticaja i na koji način oni utiču na radnike i organizacije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Na strani 8 je članak Saše Savića koji nam približava institucionalne mehanizme u oblasti jednakosti spolova u Bosni i Hercegovini.

U posljednjem dijelu našeg biltena možete pročitati nešto više o drugim važnim aktivnostima i događajima koji se odvijaju u okviru ovog projekta.

Uživajte u čitanju

Regionalna konferencija „Ljudski resursi za efektivno pružanje usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti“



Projekat primarne zdravstvene zaštite na Balkanu (PPZZ) i Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske organizovali su 8. i 9. oktobra 2007. godine dvodnevnu regionalnu konferenciju pod nazivom „Ljudski resursi za efektivno pružanje usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti“ koja je održana u Banskome dvoru u Banjaluci. Više od 150 učesnika iz Srbije i Bosne i Hercegovine uzeli su učešće na konferenciji na kojoj su predavanja držali eminentni predavači iz Hrvatske, Slovenije, Mađarske, Velike Britanije, Kanade, Srbije i Bosne i Hercegovine.

Ovo je prva od tri regionalne konferencije koje su planirane u sklopu implementacije Projekta politike primarne zdravstvene zaštite na Balkanu.

„Veliko mi je zadovoljstvo što mogu danas da najavim početak konferencije na koju su pozvane naše kolege iz Federalnog ministarstva zdravstva, iz Ministarstva zdravlja Srbije, kao i brojne kolege iz Bosne i Hercegovine i regiona. Osnovni cilj ove konferencije jeste da na bazi iskustava i aktivnosti koje su svaka od zemalja učinile u proteklom periodu,

programom implementacije reforme primarne zdravstvene zaštite, vidimo gdje se trenutno nalazimo, razmijenimo iskustva sa ostalim zemljama, kao i da saznamo više o trenutnim dostignućima i planovima za razvoj primarne zdravstvene zaštite,“ rekao je prilikom otvaranja konferencije ministar zdravlja i socijalne zaštite Ranko Škrbić. Ministar Škrbić se posebno zahvalio ambasadoru Kanade gospodinu David Hutchings-u koji je, kako je rekao, našao vrijeme da posveti pažnju upravo onom segmentu u kojem Kanada Vlada i pruža jako mnogo doprinosa bar kada je u pitanju Bosna i Hercegovina i zemlje u regionu.

„Mi smo u procesu implementacije koncepta porodične medicine posebno zahvaljujući kolegama sa Kvins univerziteta čiji je program edukacije doktora porodične medicine, kao i sestara koje rade u timu, i te kako važan segment i bez koga sigurno današnji izgled porodične medicine ne bi bio ni izbliza ovakav kakav je danas. To je bio razlog i nekoliko studijskih posjeta Kanadi gdje smi imali priliku da se upoznamo sa Kanadskim modelom koji je u mnogo čemu sličan onome što i mi pokušavamo da implementiramo,“ rekao je ministar Škrbić. Kada je socijalno zdravstveni aspekt u pitanju, on je istakao da kanadski sistem može u potpunosti da zadovolji potrebe stanovništva u Republici Srpskoj. „Ovdje poseban akcent želim da stavim na korisnike ovih usluga zbog kojih to radimo, jer sve ove aktivnosti i reforma su usmjerene upravo prema korisnicima. Naš zadatak je u stvari da naši korisnici budu zadovoljni onim što radimo kroz reformu, kako bi omogućili bržu i neposredniju adekvatniju zdravstvenu zaštitu u Republici Srpskoj i cijelom regionu,“ rekao je Škrbić.

Prema riječima direktora projekta gospodina Orvila Adamsa, Projekat primarne zdravstvene zaštite na Balkanu odvija se u dvije zemlje paralelno, u Bosni i Hercegovini i Republici Srbiji. U Srbiji naglasak je na razvoju politika za primarnu zdravstvenu zaštitu i njihovu implementaciju, a u Bosni i Hercegovini naglasak je na razvoju ljudskih resursa. „Sada smo na početku druge godine jednog trogodišnjeg projekta i ova konferencija je prilika da oba ta dijela projekta spojimo zajedno, da okupimo ključne eksperte i razmotrimo načine unapređenja primarne zdravstvene zaštite za narod kojem je ona najpotrebnija. Tako da se nadamo da će ova konferencija biti prilika za ljude koji dolaze iz različitih oblasti, ne samo da slušaju predavanja, nego i da međusobno, tokom debate, razmjene svoja iskustva.

Tokom implementacije ovog projekta naišli smo na jedno zaista dobro partnerstvo sa ministarstvima zdravstva u regionu a putem ministarstava to partnerstvo se dalje širi do samih korisnika zdravstvene zaštite, koji su najvažniji, jer jedino ako zaista razgovaramo sa ljudima koji koriste usluge zdravstvene zaštite možemo da steknemo uvid o tome da li su oni koji pružaju te usluge zaista dobro obučeni,“ rekao je Adams.



Svojim prisustvom, veliki značaj konferenciji dao je Ambasador Kanade gospodin David Hutchings koji je istakao da su pitanja porodične medicine i primarne zdravstvene zaštite jako važna pitanja i za Kanadu i za Kanađane.

„Imajući u vidu činjenicu da je i Kanađanima jako važno kakva im je primarna zdravstvena zaštita, logično je da naša saradnja u BiH fokusirana upravo na tu oblast. Zdravstvena zaštita je jako bitno pitanje u okviru opšte politike u Kanadi, svi razgovaraju o tome, svima je bitna. Veoma smo ponosni na naš model pružanja zdravstvene zaštite, ali znamo da u isto vrijeme postoje i mnogi drugi modeli. Naš cilj ovdje je da pokrenemo diskusiju kako biste i vi našli najbolji model za vas. Mislim da je ovo jedna od najvažnijih stvari koje Kanada radi u Bosni i Hercegovini i drago mi je što je tako,“ rekao je ambasador u svom obraćanju medijima.

Konferenciji su prisustvovali i predstavnici Ministarstva zdravstva Srbije koji unazad nekoliko godina, intenzivno rade na unapređivanju zdravstvenog sistema i njegovom prilagođavanju realnim potrebama stanovništva Republike Srbije. U tom procesu, prema riječima pomoćnice ministra Ivane Mišić do sada su izrađeni mnogi strateški dokumenti koji se uveliko sprovode, a fokus njihovog djelovanja sada i u narednih nekoliko godina jeste primarna zdravstvena zaštita.

„Ministarstvo Srbije vrlo aktivno i zainteresovano učestvuje u realizaciji ovog regionalnog projekta i vrlo smo zainteresovani za njegov dobar ishod. Kada su u pitanju ljudski resursi u sistemu zdravstvene zaštite, Ministarstvo zdravstva Srbije se u nekoliko proteklih godina posvetilo rješavanju tog problema i smatramo da imamo šta da kažemo i razmijenimo na tu temu sa svima onima koji će početi da se bave tim problemima“, rekla je Mišićka.

Ona je dodala da Ministarstvo zdravstva Srbije prvu regionalnu konferenciju u Banjaluci smatra izuzetno važnim regionalnim sastankom. „Ovo je idealno mjesto za nastavak dobre saradnje koju naša ministarstva već imaju i dobro mjesto za razvoj nužno neophodnih iskustava i diskusija na temu raznih dilema i pitanja sa kojima se svi susrećemo“, rekla je Mišićka.

Predstavnici Federalnog ministarstva zdravstva su izrazili zahvalnost organizatoru i istakli da



ova konferencija predstavlja jedan bitan događaj za sve jer, kako navodi pomoćnik ministra Goran Čerkez, „Svi znamo da bez zdravog društva nema ni ekonomskog razvoja, a da bi imali zdravo društvo moram investirati u ljudske resurse“. On je dodao da kada je riječ o investiranju u ljudske resurse sve se više govori da ulaganje u zdravlje nije potrošnja nego investicija, te da je ovaj sastanak idealna šansa da se sagledaju dosadašnji rezultati. „Vrlo je značajno da saznamo koliko mi ulažemo u razvoj ljudskih resursa i potencijala koji bi trebali da nose naše reformske procese unutar zdravstvene zaštite,

ali ujedno i da dobijemo odgovore na kojim sve nivoima vršimo ulaganje u zdravstvo. Nije samo potrebno ulagati u ljudske resurse na nivou primarne zdravstvene zaštite i na nivou ljekara, nego i kompletnog menadžmenta, kao i u ljude koji se bave politikom u zdravlju. Posebno nam je zadovoljstvo što sve ovo radimo sa našim dobrim partnerima, kanadskom vladom koja je jedan od najvažnijih partnera ministarstava zdravlja u Bosni i Hercegovini, rekao je Goran Čerkez.

„Zbog specifičnosti organizacije Brčko distrikta mi smo daleko kasnije krenuli u projekat implementacije porodične medicine u odnosu na ostala dva entiteta“, rekao je pomoćnik šefa odsjeka za zdravstvo Senahid Ibrašimović, koji je, kao predstavnik Vlade Brčko distrikta učestvovao na regionalnoj konferenciji. „Posebno nam je drago da smo uključeni u ovaj program implementacije



porodične medicine i jačanje primarne zdravstvene zaštite. Današnja konferencija nam je prilika da izanaliziramo naš dosadašnji rad na implementaciji projekta primarne zdravstvene zaštite, kao i da vidimo da li idemo u pravom smjeru ili ima nekih grešaka. Ukoliko ih sada uvidimo, još uvijek imamo vremena da izvršimo potrebne korekcije kako bi došli do našeg krajnjeg cilja, a to je u ovom slučaju potpuna implementacija ovog programa u Brčko distriktu, istakao je Ibrašimović.

Izuzetna predavanja najavljenih eksperata izazvala su posebnu pažnju učesnika konferencije, gdje su se pored predstavnika navedenih ministarstava predstavili eksperti i sa Medicinskog fakulteta Univerziteta u Zagrebu, zatim iz bolnice Csolnoky Ferenc" Veszprém u Mađarskoj, Medicinskog fakulteta Univerziteta u Mariboru, Queen Margaret Univerziteta iz Edinburga, iz Velike Britanije, Instituta za javno zdravlje Srbije „Dr. Milan Jovanović – Batut“, Ministarstva civilnih poslova Bosne i Hercegovine, kao i konsultanti u Projektu

primarne zdravstvene zaštite na Balkanu iz Kanade.

Učesnici konferencije su imali priliku da učestvuju na raspravi u okviru okruglog stola o politici pod nazivom „Zaštita korisnika, ko je odgovoran“, gdje su razgovarali direktno sa korisnicima zdravstvene zaštite koji su takođe posjetili i aktivno se uključili diskusijama na konferenciji. „Dobra komunikacija između pacijenata i ljekara, ali i saradnja sa vladama i ministarstvima jedan je od osnovnih preduslova za uspješan razvoj zdravstvenog sistema u svakoj zemlji“, jedan je od najvažnijih zaključaka sa ove plodotvorne diskusije. Ministar zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske napomenuo je da je ova rasprava pokrenula veliki broj tema i ukazao na veliku zainteresovanost učesnike za različite pristupe unapređenja sistema zdravstvene zaštite. „Zdravstveni sistem se mora razvijati sa puno sluha za potrebe stanovništva, ali treba i posvetiti punu pažnju obrazovanju stanovništva i njegovoj pravovremenoj informisanosti. Liječenje savremenih bolesti neuspješno je ukoliko pacijent ne saraduje i nije potpuno informisan o svojoj bolesti, rekao je ministar Škrbić.

Pri završnoj riječi i evaluaciji same konferencije, nisu izostale pohvale za organizatora i domaćine, ali i konkretni zaključci i rješenja učesnika konferencije.

„Mislim da je ovo je bila jedna vrlo uspješna konferencija, izuzetno produktivna i kad bi govorio ukratko šta nam je to poručila, to je da mi imamo još puno toga naučiti, ali ima i mnogo stvari koji drugi od nas mogu naučiti. Ovo je jedno vrlo pozitivno iskustvo, jer BiH sigurno ima i dobre potencijale i resurse i ima sigurno jednu dobru budućnost. Mislim da je vrlo važno da nastavljamo sa ovim konferencijama i nastavljamo sa razmjenom informacija sa regionom i zemljama u susjedstvu što je vrlo bitno jer izolovanog i zatvorenog razvoja ne može biti ako nema i razvoja u susjedstvu. Izuzetno zadovoljni odlazimo sa ove konferencije, rekao je Goran Čerkez, pomoćnik ministra u Federalnom ministarstvu zdravstva.

Ivana Mišić, pomoćnik ministra u Ministarstvu zdravstva Srbije posebno je istakla važnim i plodotvornim priliku da diskutuje o svim ključnim temama koje se odnose na razvoj i organizaciju primarnog nivoa zdravstvene zaštite.

„Ljubaznošću organizatora i jednom brižljivo osmišljenom tematskom konferencijom pružena nam je šansa da dotaknemo ključne teme kao što je zadovoljstvo zaposlenih na nivou primarne

zdravstvene zaštite i modaliteti dodatnog stimulisanja ljudi koji rade na ovom nivou. Ono što je po meni ključno i veoma bitno jeste glas korisnika zdravstvenih usluga, jedini i pravi subjekat koji može da procjeni da li mi radimo uspješno, da li smo odgovorni donosioci odluka i organizatori zdravstvenog sistema, a to su samo pacijenti i korisnici zdravstvene zaštite. To govorim posebno iz našeg ugla jer do sada nije bilo uobičajeno da oslušujemo u značajnoj mjeri sud javnosti, a ovdje smo naučili da je to ključno pitanje u formulisanju odgovornih zdravstvenih politika i ja zaista mislim da je ovaj dvodnevni rad bio vrlo uspješan i da je svima



nama pružio šansu da što odgovornije i bolje obavljamo naš posao", zaključila je Mišićka.

I sami organizatori konferencije, nisu krili zadovoljstvo zbog uspješnog i nadasve korisnog sastanka predstavnika iz oblasti zdravstva.

„Kao što su moje kolege već rekle, ova konferencija je pomogla ne samo da ljudi slušaju diskusije nego da zajedno razmjene iskustva i mišljenja ne bili došli do rješenja koji bi najbolje funkcionisala u datim okolnostima. Vjerujem da smo uspjeli da nađemo određene pristupe koji bi najbolje mogli da funkcionišu u ovim uslovima. Ono to mi moramo da uradimo jeste da nađemo načine da unaprijedimo sadašnju situaciju, a da bi to uspjeli moramo da radimo zajednički a ne odvojeno. Moramo obratiti više pažnje na potrebe ljudi i da saslušamo šta običan čovjek ima da kaže o svemu ovome i da napravimo takvu situaciju da doktori i medicinske sestre istinski rade kao tim, a ne samo da ih imenujemo u neki tim. Moramo napraviti i takav sistem da upućivanje pacijenta sa primarnog

nivou zdravstvene zaštite na sekundarni nivo ne bude komplikovan i da ne stvara zablude kod pacijenata nego da se oni osjećaju ugodno u jednom ovakvom sistemu. Atmosfera na konferenciji je bila jako dobra, prijatna, drago mi je da su ljudi razgovarali otvoreno i prijateljski i mi se nadamo da će na taj način da se nađu rješenja na mnoga pitanja. Sa naše tačke gledišta saradnja sa ministarstvima je bila jako dobra i nadamo se da će se nastaviti i u buduće, rekao je direktor projekta gospodin Orvil Adams.

Prilikom davanja završnih napomena i komentara sa konferencije ministar Škrbić je naglasio da su i organizatori i domaćini u potpunosti zadovoljni sa entuzijazmom i zainteresovanošću svih koji su učestvovali na konferenciji. „U toku ova dva dana, koliko smo radili na pitanjima i izazovima primarne zdravstvene zaštite u regionu, imali smo priliku da čujemo jako interesantna predavanja izlaganja od kolega iz Srbije, BiH, Kanade, Hrvatske, Slovenije, Mađarske i mnogih drugi, gdje smo i razgovarali o mnogim aspektima koji čine primarnu zdravstvenu zaštitu i gdje smo pokrenuli jedan veoma interesantan i plodotvoran dijalog, posebno juče kada smo imali okrugli sto u smislu odgovornosti i obavezama svakog u sistemu zdravstvene zaštite. Otvorili smo mnoga pitanja, razmijenili iskustva, sagledali prednosti i možda nedostatke koje pojedini sistemi u regionu imaju i ono što je najvažnije jedan od zaključaka je da ovakvu vrstu radionica, simpozijuma, konferencija treba nastaviti i u budućnosti.

Trebali bismo se fokusirati na neke specifične probleme, bilo da se radi o finansiranju, edukaciji, o ulozi komora, društava, potrošača itd. Znači postoje mnoge bolesti koje smo samo dodirnuli i za koje se nadam da ćemo u budućnosti imati priliku da konkretnije odgovorimo i pravimo planove gdje ćemo moći da provjeravamo, testiramo i upoređujemo sisteme u okruženju. Mislim da dijelimo zajedničko mišljenje da možemo biti jako zadovoljni konferencijom i da sigurno idemo odavde obogaćeni novim iskustvima i znanjima za neke buduće korake, istakao je Ministar Škrbić.

Ljudski resursi za efikasno pružanje usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti **Tim primarne zdravstvene zaštite**

Uvod

Ljudski resursi za efikasno pružanje u primarnoj zaštiti bili su tema prve regionalne konferencije o primarnoj zdravstvenoj zaštiti na Balkanu. Kada je riječ o zdravstvenim radnicima Konferencija se bavila trima značajnim oblastima u upravljanju ljudskim resursima. Na konferenciji je bilo riječi o motivaciji i produktivnosti zdravstvenih radnika, kao i o uslovima rada, stresu i naknadama¹ i drugim vrstama podsticaja. Tri prezentacije su utvrdile činjenicu da je važno da se shvate izazovi sa kojima se susreću različite kategorije zdravstvenih radnika kao i determinirajući značaj radnog okruženja na učinak zdravstvenih radnika.

Timski rad

Ovaj kratki članak će pokušati da vam približi jednu srodnu temu – timski rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U zemljama Evrope postoje različiti tipovi pružalaca usluga u PZZ. Postoje razlike u vrsti profesionalaca kao i u obuhvatu praksi, načina na koji su one regulisane, i njihovog međusobnog odnosa. Prema Juanu Gérvasu² u Zapadnoj Evropi radnicima u PZZ uglavnom se podrazumijevaju ljekari opšte prakse (u nekim zemljama ljekari porodične medicine), medicinske sestre, farmaceuti, rukovodioci, pomoćni radnici i drugi profesionalci. Pod ostalim profesionalcima podrazumijevamo: zubare, socijalne radnike, fizioterapeute i stručnjake za okupacionu terapiju, kao što je slučaj u Španiji, Švedskoj i Finskoj.

Istraživački centar primarne zdravstvene zaštite na Univerzitetu Novog Južnog Velsa u Australiji, navodi da u kategoriju pružalaca primarne zdravstvene zaštite spadaju: ljekari opšte prakse, medicinske sestre, zdravstveni saradnici, multikulturalni zdravstveni radnici i radnici koji rade u oblasti zdravstvenog obrazovanja/promocije i razvoja zajednice.

PZZ u zemljama Balkana ima istoriju u kojoj svoje mjesto imaju ljekari, medicinske sestre, zubari i farmaceuti u institucijama PZZ-a. U Bosni i Hercegovini politika PZZ se zasniva na porodičnom ljekaru i medicinskoj sestri kao članovima tima primarne zaštite (jedan ljekar i jedna medicinska sestra u Federaciji Bosne i Hercegovine, a jedan ljekar i dvije medicinske sestre u Republici Srpskoj).

U Srbiji primarnu zdravstvenu zaštitu vodi odabrani ljekar (ljekar opšte prakse, pedijatar, opstetričar, zubar koji rade na nivou PZZ). U Republici Srpskoj je Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite odlučilo da obuča oko 400 timova porodične medicine kako bi poboljšali njihov rad kao timova.

Koncept primarne zaštite/primarne medicinske zaštite ili primarne zdravstvene zaštite definiše obim zdravstvenih aktivnosti, a samim tim i članove tima. Starfield³ definiše **primarnu zaštitu kao obezbjeđenje prvog kontakta, trajnu i permanentnu zaštitu koja odgovara zdravstvenim i za njih veznim potrebama ljudi, upućujući samo one koje su previše neuobičajene da se održi kompetentnost, i koordinaciju zaštite kada ljudi primaju usluge na drugim nivoima zaštite.**

Primarna zdravstvena zaštita se definiše kao njega koja se pruža na nivou populacije. Obzirom na to, ona zahtijeva opredjeljenost vlada da u kontekstu ostalih nivoa i vrsta usluga razviju set usluga primarne zaštite orijentisan ka populaciji.

Deklaracija Svjetske zdravstvene organizacije iz Alma-Ate o Primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ) definiše PZZ kao "Osnovnu zdravstvenu njegu zasnovanu na praktičnim, naučno utemeljenim, društveno prihvatljivim metodama i tehnologijama koja je univerzalno prihvatljiva pojedincima porodicama u zajednici, kroz njihovo potpuno učešće..."

Ova definicija proširuje Starfieldovu tako što podrazumijeva puno učešće pojedinaca i porodica. Stoga, se korisnik smatra članom PZZ tima. Izvještaj "Timski rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti – realizacija zajedničkih ciljeva u njezi pacijenata" (Kraljevsko farmaceutsko društvo i Britansko ljekarsko udruženje, 2000)⁴ preporučuje da bi tim trebao prihvatiti i uključiti pacijenta, skrbnika ili njihovog predstavnika kao ključnog člana tima primarne zdravstvene zaštite na nivou zaštite koja se fokusira na pacijenta pojedinca ili na nivou prakse.

Ovaj izvještaj je preuzeo definiciju timskog rada koju je dala Svjetska zdravstvena organizacija: **"Koordinirane aktivnosti koje zajednički sprovode dva ili više pojedinaca, istovremeno ili jednu za drugom. To podrazumijeva zajednički dogovorene**

¹ Sve tri prezentacije se mogu naći na web stranici Projekta: www.canbhp.org

² Juan Gérvas, Gruzija: Projekat reforme primarne zdravstvene zaštite – Primarno zdravlje: najbolje prakse zemalja Zapadne Evrope u oblasti institucionalnog uključenja i nadležnosti u politici ljudskih resursa; Oksford-upravljanje politikama, 2005

³ B. Starfield, predavanje na Super kursu, septembar 2004.

⁴ Objavilo Kraljevsko farmaceutsko društvo Velike Britanije i Britansko ljekarsko udruženje, "Timski rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti—ostvarivanje zajedničkih ciljeva u njezi pacijenata, oktobar 2000, Velika Britanija.

ciljeve, jasnu svijesto, i poštivanje uloge i funkcije drugih, a kada je riječ od svakom pojedinačnom članu tima –odgovarajuće ljudske i materijalne resurse, odnose koji podrazumijevaju pružanje podrške i saradnju, međusobno povjerenje, efektivno vođstvo, otvorenu, iskrenu komunikaciju punu razumijevanja i uslove za evaluaciju”⁵

Iz definicije timskog rada jasno je da on podrazumijeva više od samog zajedničkog rada profesionalaca. Neophodno je investiranje u izgradnju tima, u obrazovanje i razvijanje neophodnih procedura, metoda komunikacije i međuljudskih odnosa.

Ranije pomenuti Izveštaj zaključuje da pregled dokaza istraživanja ustanovljava sljedećih šest prednosti timskog rada u primarnoj zdravstvenoj zaštiti:

- Usluga koja je prijemčivija i osjetljiva prema pacijentima;
- Klinički efektnije i/ili ekonomičnije usluge;
- Bolja uloga i razvijanje karijere za profesionalce angažovane u primarnoj zdravstvenoj zaštiti;
- Aspekti poboljšane organizacije i planiranja;

Tipovi podsticaja i uticaj istih na radnike/ice i organizacije primarne zdravstvene zaštite

“...te tako... održavajte podsticaje u životu kako bi ste pogurali dalje, taj bol u duši koji nas tjera da prevazidjemo same sebe.”

Dag Hammarskjöld (1905 - 1961)
Švedski državnik i diplomat

Potreba svih zemalja da se poboljša i promjeni zdravstveni sistem je konstantna i odražava se u javnoj raspravi, u naučnim i zdravstvenim izvještajima. Poboljšanje je glavni cilj za zdravstvene profesionalce i ljude koji odlučuju o politikama.

Ono što vidimo kao zajednički element u ovom cilju je da je centralna točka korištenje podsticaja, naročito finansijskih podsticaja, kao pokretačke snage da se podstakne proces. Ono što ćemo takodjer naći je da pokušaji da se naprave poboljšanja korištenjem podsticaja često nailaze na razočarenje, u stvari, mnogi slučajevi programa podsticaja su imali za rezultat nenamjeravane posljedice (Nestman, 1992).

Svrha ovog članka je da malo pojasni pitanje zašto korištenje podsticaja ponekad ne proizvodi željene promjene koju se očekuju.

Šta su podsticaji?

U osnovi, podsticaji su oruđa ili sredstva koje ohrabruju ili motiviraju jednu osobu, grupu, jednu organizaciju, ili cijeli zdravstveni sistem da se pokrene ka željenom pravcu ili promjeni (Nestman, 1992). Veći prosjek plaće je jedan primjer za to što je podsticaj

- Izbjegavanje dupliciranja i fragmentiranja;
- Razvijanje sveobuhvatnijih baza podataka doprinijet će boljoj identifikaciji zdravstvenih problema što će uticati na
- Razvijanje boljih i sveobuhvatnijih planova zdravstvene zaštite.⁶

Ako nam je cilj da ostvarimo ove prednosti u sistemima primarne zdravstvene zaštite na Balkanu, onda se moraju preduzeti značajni i koordinirani naponi u utvrđivanju relevantnih članova tima i obezbijediti sredstva neophodna za razvijanje i održavanje timova. Za ove aktivnosti su neophodne smjernice od ministarstava zdravlja i razumijevanje, opredjeljenost i vodeća uloga rukovodstva.

U sljedećem biltenu ćemo objaviti Studiju slučaja o iskustvima u timskom radu u vodećim domovima zdravlja, za Kraljevo, u Srbiji.

Orvill Adams

koji se koristi kako bi se motivirala radna snaga da pruža povećanu produktivnost. Podsticaji se mogu kategorizirati u dva tipa (Wikipedia, 2007):

1. **Lični podsticaji.** Ovi su podsticaji oni koji motiviraju jednog **pojedince/ki** putem njegove/njenih naklonosti, želja, dužnosti, ponosa, ličnih ambicija prema umjetničkom ili profesionalnom djelanju ili dostignuću.
2. **Socijalni podsticaji.** Ovi podsticaji motiviraju jednog **pojedince/ku ili organizaciju** putem prakse, pravila, normi i politika ustanovljenih na nivou društva, na primjer, organizacije, itd.

Lični podsticaji su suštinski za razumjevanje zašto određena osoba radi to što radi. Društveni podsticaji daju podršku u motiviranju radnika/ice da se posvete upravljačkim procesima koji se pokušavaju provesti kako bi se proizveli različiti oblici društvenih međusobno povezanih aktivnosti u jednoj organizaciji.

Politike usvojene u oblasti ljudskih resursa, na primjer, koje se primjenjuju od strane Organizacija PZZ su jedan oblik društvenog podsticaja. Razlog tomu nije to da su lični podsticaji nevažni u razumjevanju ljudskog ponašanja. Zaista, djelotvornost društvenih podsticaja je povezana sa ličnim podsticajima, i time da društveni podsticaji mogu biti djelotvorni samo na temelju uticaja koje imaju na motive i radnje pojedinačnih osoba. Bauman i saradnici /e na primjer, su zapazili da djelotvorni uvjeti rada jesu bitni u motivaciji radnika/ica.

⁵ Kekki P. (1990) timski rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Svjetska zdravstvena organizacija, Ženeva

⁶ Ibid 4.

Razumni radni zahtjevi, visoki nivo predvidljivosti radnih situacija, jaka društvena podrška, zadovoljstvo zadacima i osjećaj da ste utjecajni na proces rada su važne komponente u motiviranju radnika (Baumann A, 2001). Mada se ovi radni uvjeti mogu činiti idealnima, oni neće imati isti utjecaj na sve radnike/ice. To će ovisiti o kontekstu i situaciji pojedinačnog radnika suočenog u raznim vremenskim tačkama sa svojim ličnim i profesionalnim životom. Drugim riječima, neki pojedinci/ke neće biti pod utjecajem novog društvenog podsticaja da bi promijenili svoje ponašanje zbog toga što njih motiviraju njihovi lični podsticaji da zadrže svoje trenutačno ponašanje.

To je važno za promotore novih društvenih podsticaja da razumiju kako lični podsticaji utiču na ponašanje određene osobe. Osim toga, mora se razmotriti i način na koji će svaki pojedinac/ka, grupa ili organizacija reagirati u datoj situaciji i u datom okolišu.

Drugim riječima, istraživanje praksi, pravila i normi koje postoje u društvu su korak od kritičnog značaja za uvođenje nove društvene šeme podsticaja (Nestman, 1992). Kontekst odnosa između ličnih i društvenih podsticaja je prikazan u Slici 1



Značaj socioekonomskog i kulturalnog konteksta i strukture

Postoje jasni dokazi da jedna analiza o uvođenju novih šema društvenih podsticaja ne može biti odvojena od općeg konteksta i strukture sa kojim će ti novi podsticaji biti u povezanoj akciji (Hicks & Adams, 2000). Na primjer, mogućnost uvođenja metode kapitacije u plaćanju usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je direktno ovisna o socioekonomskom i kulturalnom kontekstu te o strukturi mehanizma finansiranja. Upravo zato iskustvo i rezultati jedne zemlje u oblasti kapitacije vjerovatno neće biti ponovljeni u nekoj drugoj zemlji osim ako nisu poduzete značajne strukturalne reforme. Zaista, različiti rezultati za isti podsticaj su postignuti, zbog toga što su kontekst i strukture bile

različite.

Hicks i saradnici/e su zapazili da su reakcije davatelja usluga na podsticaje bile usmjeravane profesionalnim vrijednostima, normama i iskustvom te odnosima između davatelja/ice usluga, poslodavaca/ke i platnih ustanova. Kao rezultat, određene reakcije u ponašanju ne mogu biti sigurne i predvidive sa tim usvajanjem određenog podsticaja bez znanja o kontekstu u kojem će oni postojati. Kratki primjer ovih koncepata je ilustriran Slikom 2.

Jedan od najtežih problema s kojima se suočavaju zdravstveni sistemi u cijelom svijetu je zapošljavanje i zadržavanje zdravstvenih profesionalaca/ki u praksi u ruralnim oblastima.

Slika 2: Finansijski paket podsticaja za ljudske resurse u ruralnoj zdravstvenoj njezi za Ganu, Nepal, Mongoliju, Estoniju, i Kirgistan

Ciljevi	Podsticaji	Komplementarne Mjere	Ograničenja	Rezultati
Zapošljavanje i zadržavanje radne snage u ruralnim oblastima	Veća plaća i lokacija Beneficije Plaća na osnovu obima posla	Decentralizacija Sloboda da se prebaci radna snaga Fondovi za podsticaje Poboljšana Infrastruktura i znanje osoblja	Nedostatak osoblja Budžetska ograničenja Profesionalni, te nedostaci u životnom stilu Bolja zarada u Urbanom & Privatnom tržištu	Vrlo malo do neidentificiran uspjeh

Izvor: Hicks, V., & Adams, O. (2000). *Efekte Ekonomskih i podsticaja u politikama na praksu davalaca usluga.* Ženeva: Svjetska Zdravstvena Organizacija.

U ovom primjeru, finansijski podsticaji su razvijeni i primjenjeni korištenjem visokog nivoa plaće, dodatnim plaćanjima za lokaciju te plaćanje rada na osnovu obima posla u određenom broju zemalja (Hicks & Adams, 2000). Neke komplementarne mjere su uvedene kako bi podržale i povećale efekte finansijskih podsticaja a koje su navedene u Slici 2.

Očekivanje je bilo da će ove vanredne promjene biti dovoljne da učine ove finansijske podsticaje djelotvornim. Medjutim, ograničenja, koja su bila bitan dio ovoga u kontekstu društvenog sistema i strukture finansiranja zdravstvenih usluga, su prevladala šemu podsticaja. Ograničenja koja su bila prisutna su: manjak osoblja, budžetska ograničenja, profesionalne i objektivni faktori u pogledu stila življenja te privlačnost privatnog tržišta u većim urbanism oblastima. Krajnji rezultat je bio da je šema podsticaja u svim zemljama je pokazivao u svim zemljama ili vrlo malo ili nimalo vidljivog uspjeha (Hicks & Adams, 2000).

Literatura daje jasne dokaze da način na koji su liječnici plaćeni je povezan sa posebnim uzorcima kliničkog ponašanja (Marshall & Harrison, 2005). Na primjer, doktori/ice koji/e su plaćeni po šemi "naknada po usluzi" obavljaju veći volumen posla. Kao kontrast tome, postoji manja kauzalna veza između podsticaja i ponašanja pojedinačnih liječnika/nica, i malo se zna o efektima na ponašanje ostalih koji nisu ciljani ovim

Rezime, zaključci i naučene lekcije

Jedna lekcija koja je naučena o upravljanju podsticajima je da uvođenje podsticaja i postizanje željenih rezultata je vrlo težak process. Provođenje analize podsticaja na osnovu konteksta i structure socioekonomskog sistema je nužno. Uvođenje jednog sistema podsticaja je poput insekta koji gura mrežu pauka na jednoj ili više tačaka. Postojati će otpor pritisku koji će pružati cijela mreža i šanse da se on uhvati u ljepljive sastojke su visoke, a promjena njegovog mišljenja ne mora biti od pomoći jednom kada se on posveti zadatku da pomjeri mrežu. Oni/e koji/e odlučuju o politikama a koji nude i propagiraju nove podsticaje su u većini slučajeva nesposobni/e da predvide na koji će način pojedinci/ke ili organizacije reagirati. Šeme podsticaja su uvijek više zakučaste nego što se to čini sprva i jednom kada se čovjek/žena pokrene da implementira novi sistem podsticaja svakako bi uvijek trebalo da računa na proces kontinuiranog prilagodjavanja na dugi period vremena i na nenamjeravane negativne rezultate.

Dok su ovo napomene o izuzetnom oprezu o mjenjanju šema podsticaja, stvarnost nas napominje da postoji ogroman entuzijazam na stranih onih koji/edonose donose politika u pogledu korištenja podsticaja (naročito finansijskih) kao načina poboljšavanja zdravstvenog sistema. Ovo je razumljivo s obzirom na

podsticajima. Dokazi upućuju na zaključak da posticaji ne potiču racionalnu reakciju za koju bi neki od nas htjeli vjerovati da postoji. Zaista, kada se razmisli o finansijskim podsticajima, ne postoji razlog zašto se ne vidi nikakva racionalna reakcija. Postoje dokazi koji upućuju na to da u slučaju liječnika/ica ekonomska komponenta šeme podsticaja koja je zasnovana na finansijskim elementima nije ono što apsolutno motivira ove profesionalce. Postoji nešto iznad te lične finansijske koristi što podstiče profesionalno ponašanje. Jedno ubjedljivije objašnjenje se može naći u vezi između socijalnih podsticaja, kako što su materijalno nagradjivanje, i lični podsticaji, unutarnja "moralna" motivacija zdravstvenih profesionalaca/ki. Moralna motivacija je snaga, koja ohrabruje ljude da se ponašaju na način koji nema očigledne prednosti za pojedinca/ki i čak bi se mogla dokazati kao suprotna njihovim interesima. Svaki dan zdravstveni profesionalci/ke će učiniti vanredni napor u smislu rada sa svojim pacijentima/cama bez pomisli na finansijsko nagradjivanje.

Potreba za radnim okvirom korištenja analize podsticaja

Zbog složenosti uvođenja šema društvenih podsticaja, važno je da se prethodno uradi detaljna analiza podsticaja. Kako bi se pomoglo ovom procesu SZO je razvila radni okvir za analizu utjecaja podsticaja. Preporučuje se da se koristi ovaj radni okvir kada se provodi promjena šema podsticaja (Hicks & Adams, 2000).

pritiske koji proizilaze iz zdravstvenih troškova s kojima se većina zemalja suočava. Čini se da ima uvelike smisla fokusirati se na ciljanje resursa u smislu kupovine poželjnih ponašanja od strane zdravstvenih profesionalaca/ki te postigli korisni rezultati za pacijente.

Važno je samim tim da se provede detaljno istraživanje kako ličnih tako i društvenih podsticaja te njihov utjecaj na socioekonomski i kulturalni kontekst i strukturu prije nego se počne provoditi uvođenje velikih promjena u okviru sistema primarne zdravstvene zaštite.

Referentna literatura

- Baumann A, O. B.-P., i saradnici. (2001). Radna sredina i zdravlje zdravstvene radne snage: Sinteza politike: Kanadska Fondacija za istraživanje zdravstvenih službi
- Hicks, V., & Adams, O. (2000). *Efekte Ekonoskih i podsticaja proizišlih iz politika na praksu davatelja usluga*. Ženeva: Svjetska Zdravstvena Organizacija.
- Marshall, M., & Harrison, S. (2005). Nije samo do novca: Finansijski podsticaji i Interno Održavanje. Zdravstvena njega kvalitetne sigurnosti, 14(4), 4-5.
- Nestman, L. J. (1992). Kontrola Upravljanja i sistemi finansiranja: *Za direktore zdravstvenih službi u Kanadi* (Drugo dopunjeno izdanje.). Ottawa: Kanadski Koleđ za direktore zdravstvenih službi.
- Wikipedia. (2007). Podsticaji (Publikacija br. <http://en.wikipedic.org/wiki/incentives#References>). Preneseno sa stranice dana 27.09.2007, sa web stranice Wikipedia:

Larry Nestman

Institucionalni mehanizmi za ravnopravnost polova u Bosni i Hercegovini

Bosna i Hercegovina je ratifikovala niz međunarodnih konvencija i prihvatila veliki broj deklaracija koje su usvojene u Ujedinjenim nacijama i Savjetu Evrope, a kojima se garantuju ljudska prava i slobode, zabranjuje diskriminacija po različitim osnovama i podržavaju napori čovječanstva u izgradnji demokratskog i civilizovanog društva jednakih mogućnosti i socijalne pravde. Najznačajniji međunarodni dokument, koji je na snazi u Bosni i Hercegovini i koji regulise pitanja prava žena i ravnopravnosti polova, je UN-ova Konvencija o eliminaciji svih oblika diskriminacije žena/CEDAW.⁷

U pogledu ostvarivanja prava na ravnopravnost polova i izgradnje institucionalnih mehanizama za obezbjeđenje ovog prava, Bosna i Hercegovina, iako složena državna tvorevina (dva entiteta, deset kantona, Distrikt Brčko - 14 ustava, zakonodavnih tijela, vlada), uspjela je da pronađe model koji treba da omogući primjenu međunarodnih konvencija o ljudskim pravima, odnosno prava na ravnopravnost polova i Zakona o ravnopravnosti polova u BiH (u daljem tekstu: ZRP BiH).⁸

Model je zamišljen i funkcionise kao mreža institucionalnih mehanizama za ravnopravnost polova, a sa njihovim uspostavljanjem se započelo i prije usvajanja ZRP BiH, tačnije odmah poslije prijema BiH u Savjet Evrope. Tako su 2001. godine osnovani gender centri entiteta – Gender centar Federacije BiH i Gender centar Republike Srpske, a prijem u Savjet Evrope je bio inicijalna kapisla, jer je jedan od postprijemnih uslova upravo nalagao stvaranje institucionalnih mehanizama za ravnopravnost polova pri najvišim izvršnim organima vlasti.

ZRP BiH, koji je usvojen i stupio na snagu u junu 2003. godine, uspostavljena je Agencija za ravnopravnost polova BiH u okviru Ministarstva za ljudska prava i izbjeglice, kojoj je povjerena uloga praćenja i nadgledanja primjene ZRP BiH. Pored toga Agencija je nadležna za izradu Državnog plana akcije za unapređenje ravnopravnosti polova na bazi planova gender centara entiteta, priprema odgovarajuće izvještaje koje je BiH obavezna da podnosi međunarodnim tijelima za kontrolu primjene ratifikovanih međunarodnih konvencija, u dijelu koji se odnosi na položaj žena i muškaraca u pogledu ostvarivanja njihovih prava i sloboda (I, II i III kombinovani Izvještaj BiH po CEDAW uspješno je odbranjen u maju 2006. godine, CEDAW/C/BIH/1-3), priprema godišnje izvještaje Savjetu ministara BiH i djeluje na polju harmonizacije pravnih akata i drugih propisa sa odredbama ZRP BiH. Gender centri

entiteta, osnovani su odlukama o osnivanju kao stručne službe svojih vlada. Ovim odlukama, ali i u ZRP BiH propisane su obaveze gender centara koje se sastoje u sljedećem: praćenje primjene ZRP BiH, podnošenje inicijativa za usklađivanje postojećih ili donošenje novih zakona radi usklađivanja sa odredbama ZRP BiH podizanje javne svijesti o pravu na ravnopravnost polova – edukacijama, javnim kampanjama, ciljanim istraživanjima i analizama, izvještajima nadležnim organima. Pored toga gender centri entiteta imaju pravo ispitivati kršenje ZRP BiH, na zahtjev organa uprave, građana i građanki, nevladinih organizacija ili na sopstvenu inicijativu, čime im je data uloga „ombudsmana za ravnopravnost polova“.

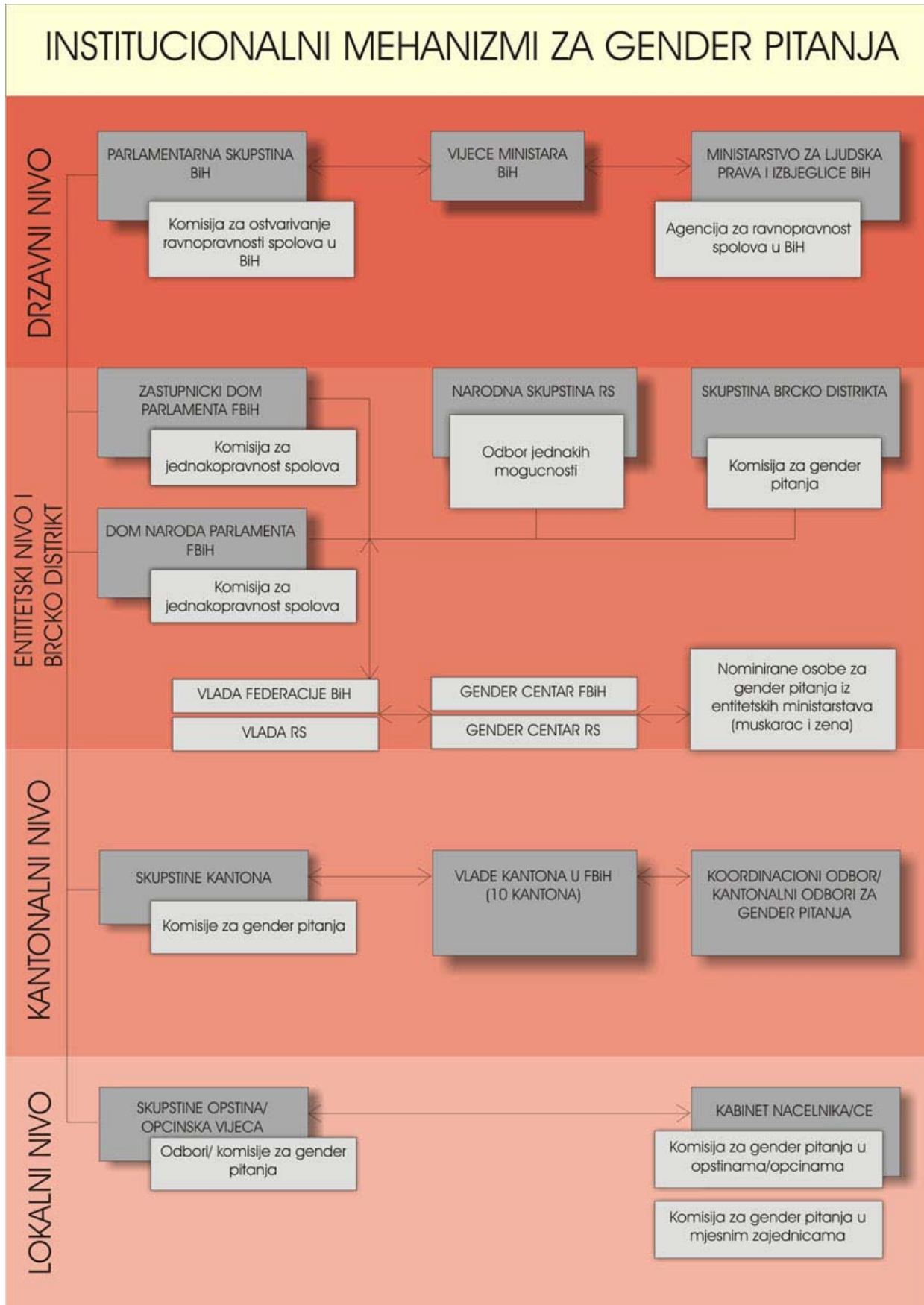
Mreža institucionalnih mehanizama je na inicijativu entitetskih gender centara proširena na lokalni nivo vlasti osnivanjem komisija i odbora za ravnopravnost polova u opštinama i gradovima Republike Srpske i Federacije BiH. U zakonodavnim, odnosno predstavničkim tijelima, na svim nivoima zakonodavne vlasti u BiH takođe su uspostavljene i rade komisije/ odbori za jednake mogućnosti ili ravnopravnost polova kao parlamentarna tijela koja prate ovaj segment ljudskih prava. Na taj način omogućeno je da tijela koja donose zakone i druge opšte akte, na svim nivoima vlasti, konstantno rade na monitoriranju procesa primjene ZRP BiH u svim oblastima društvenog života. Naročito značajan segment djelovanja ovih tijela je kontrola procesa usklađivanja nacrti i prijedloga zakonskih tekstova sa ZRP BiH.

Gender centri entiteta su, radi efikasnijeg djelovanja, u svojim vladama i drugim organima uprave, inicirali imenovanja osoba za ravnopravnost polova, tzv. nominovanih osobe za gender (gender focal point), preko kojih vrše koordinaciju djelovanja u procesu primjene ZRP BiH u svim oblastima iz nadležnosti resornih ministarstava.

⁷ Konvencija o eliminaciji svih oblika diskriminacije žena/CEDAW usvojena 1979. godine. U Bosni i Hercegovini je prihvaćena sukcesijom 1993. godine i nalazi se u Aneksu I – Sporazum o ljudskim pravima, Okvirnog sporazuma za mir u Bosni i Hercegovini (Dejtonski sporazum). Bosna i Hercegovina je prihvatila i ratifikovala i Opcioni protokol iz 2000. godine uz ovu konvenciju.

⁸ Zakon o ravnopravnosti polova u BiH ("Službeni glasnik Bosne i Hercegovine", broj 16/03).

PRILOG: Šema institucionalnih mehanizama za ravnopravnost polova u BiH.



NOVOSTI I DOGAĐAJI**OKTOBAR****Najnovije vijesti iz Srbije**

Sastankom radne grupe za razvoj politike održanom u oktobru predsjedavali su dr. Ivana Mišić, pomoćnica ministra director projekta Orvill Adams. Konsultanti na projektu, Karen Gibbons, Sally MacLean i Malcolm Peat su učestvovali u radu radne grupe. Dogovoreno je da predstavnici projekta sačine prijedlog dokumenta Izjava o budućem radu i ciljevi PZZ politike koji bi se dostavili na komentare. Predstavljene su projektne aktivnosti i predstavljen je i rad drugih radnih grupa. Lawrence Nestman je obavio prvi niz sastanaka sa beogradskim Institutom za javno zdravlje o pitanju razvijanja okvira za učinak sistema PZZ za Srbiju. Prve aktivnosti će se odnositi na sistem PZZ u Beogradu, koji će predstavljati pilot projekat koji će se kasnije primjeniti u cijeloj zemlji.

Također je dogovoreno da se kao pokazni lokalitet uključi i jedan privatni dom zdravlja.

Najnovije vijesti iz Bosne i Hercegovine

Organizovana je radionica za 16 predstavnika radnih grupa za komore, udruženja u sindikate u RS. Glavni cilj ove radionice bio je da se predstavi program izgradnje kapaciteta u profesionalnim organizacijama što je utemeljeno na prioritetima koje su utvrdile ove organizacije na sastanku održanom u junu 2007. godine. S. MacLean, S. Phillips, L. Nestman, M. Peat i K. Gibbons predstavili su glavne karakteristike pet modula ovog programa izgradnje kapaciteta. Predloženo je da svaka organizacija pošalje po dva svoja predstavnika kao učesnike u ovom programu.

Predavač za prvi modul, Postdiplomski program - na temu Ljudski resursi u zdravstvu koji je održan u periodu od 24-31 oktobra 2007 bio je Peter Hornby sa Keele Univerziteta.

NOVEMBAR

Dvodnevna radionica na temu politike PZZ za Srbiju, organizovana je u Zaječaru u periodu 26/27 novembar. Među učesnicima su bili timovi rukovodstava iz deset domova zdravlja, pokazni lokaliteti, pomoćnica ministra zdravlja, dr. Ivana Mišić, sa predstavnicima iz Ministarstva, predstavnici lokalnih vlada u Srbiji i predstavnici grupa korisnika PZZ. Radionici je prisustvovao vođa tima projekta "Podrška implementaciji strategije socijalne zaštite" koji podržavaju DFID i Norveška. Ova radionica je bila prilika da različite zainteresovane strane razgovaraju o pitanju PZZ u Srbiji, a naročito o organizacionim promjenama u pogledu zakonskih preduslova koje moraju ispunjavati centri PZZ, decentralizaciji, učešću korisnika, itd. U radu radionice učestvovala su 62 učesnika (38 žena i 24 muškarca).

29. novembra, Lawrence Nestman je vodio prvu u nizu predviđenih radionica za komore i udruženja zdravstvenih profesionalaca na temu Poslovno planiranje. Nakon radionice uslijedio je poludnevni sastanak sa rukovodstvom svih komora kako bi se detaljnije radilo na pitanju poslovnih planova.

Četiri predstavnika korisnika iz Srbije, i Bosne i Hercegovine učestvovali su na 14. CSIH godišnjoj konferenciji u Ottawi. Belma Gorolija, Tanja Mandić, Jasmina Lechleitner i Dejan Dimitrov predstavili su stavove korisnika o zdravstvenim sistemima u ove dvije zemlje.

Njihovo izlaganje su upotpunili Malcolm Peat i Đenana Jalovčić, projektna menadžerka.

**POLITIKA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE NA BALKANU**

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