

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Mario Bagat

**Model planiranja i upravljanja ljudskim
potencijalima u sustavu zdravstva u
Republici Hrvatskoj**

DISERTACIJA



Zagreb, 2016.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Mario Bagat

**Model planiranja i upravljanja ljudskim
potencijalima u sustavu zdravstva u
Republici Hrvatskoj**

DISERTACIJA

Zagreb, 2016.

Disertacija je izrađena na Zavodu za zdravstvenu ekologiju i medicinu rada Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu u sklopu Projekta Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa: Zdravlje na radu i zdravi okoliš, br. 108-1080316-0300.

Javna rasprava o prijedlogu doktorskog rada održana je 09. rujna 2013. godine pred Stručnim povjerenstvom u sastavu: doc. dr. sc. Danijela Štimac, prof. dr. sc. Stjepan Orešković, te dr. sc. Milan Milošević, znanstveni suradnik, koje je predložilo prihvaćanje teme i prijedloga doktorske disertacije, te predloženih mentora i sumentora.

Fakultetsko vijeće Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu na sjednici održanoj 25. veljače 2014. godine prihvatilo je temu disertacije s naslovom: „Model planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva u Republici Hrvatskoj“.

Voditelji rada: prof. dr. sc. Jadranka Mustajbegović

doc. dr. sc. Aleksandar Džakula

The growth and development of people is the highest calling of leadership.

Harvey Firestone

1868-1938

ZAHVALA

Zahvaljujem se svojim mentorima koji su mi bili podrška od samog početka rada na doktorskoj disertaciji, na konstruktivnim prijedlozima, poticajnim kritikama i vremenu kojeg su našli za mene. Zahvaljujem im se što nisu posustali u niti jednom trenutku, što su pokazali osobine vrhunskih stručnjaka u sadržajnom smislu i osobine vrhunskih edukatora i motivatora. Zahvaljujem im se na strpljenju i zavidnoj razini razumijevanja i što su se sa svim svojim vrlinama, stručnošću i znanjem našli na pravom mjestu u pravo vrijeme. Svojim radom i predanošću zadužuju akademsku zajednicu i služe kao primjer i poticaj kolegama da znanost doživljavaju na drugačiji, pristupačiji i atraktivniji način. Zahvaljujem im se što su uspješno doveli još jednog doktoranda do kraja znanstveno edukativnog programa.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj	1
1.1.1. Provođitelji zdravstvene zaštite	3
1.2. Ljudski potencijali u sustavu zdravstva u Republici Hrvatskoj	6
1.2.1. Propisi koji uređuju upravljanje ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva u Republici Hrvatskoj	9
1.3. Planiranje ljudskih potencijala	11
1.3.1. Modeli planiranja ljudskih potencijala u sustavu zdravstva	14
1.3.2. Uloga Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske u planiranju ljudskih potencijala	19
1.3.3. Izazovi planiranja ljudskih potencijala	20
1.4. Upravljanje ljudskim potencijalima	23
1.4.1. Funkcije upravljanja ljudskim potencijalima	25
1.4.1.1. Zapošljavanje radnika	26
1.4.1.2. Motivacija radnika	27
1.4.1.3. Edukacija radnika	30
1.4.1.4. Upravljanje radnom uspješnošću radnika	31
2. HIPOTEZA ISTRAŽIVANJA	32
3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA	33
4. ISPITANICI I METODE	34
4.1. Ispitanici	34
4.2. Metode	34
4.2.1. Statistička obrada podataka	35
4.2.2. Etička dopusnica	36

5. REZULTATI	37
5.1. Uzorak	37
5.2. Ravnateljstvo zdravstvene ustanove	38
5.3. Planiranje ljudskih potencijala	42
5.3.1. Analiza sadašnjeg stanja	41
5.3.2. Utjecaj zatečenog broja radnika na planiranje ljudskih potencijala.....	44
5.3.3. Utjecaj zdravstvenih potreba stanovništva na planiranje ljudskih potencijala	46
5.3.4. Utjecaja uvođenja novih tehnologija na planiranje ljudskih potencijala .	48
5.3.5. Utjecaj visine proračuna zdravstvenih ustanova na planiranje ljudskih potencijala	50
5.3.6. Utjecaj propisa Ministarstva zdravlja na planiranje ljudskih potencijala.	52
5.3.7. Utjecaj propisa HZZO-a na planiranje ljudskih potencijala	54
5.4. Upravljanje ljudskim potencijalima.....	59
5.4.1. Zapošljavanje	60
5.4.2. Motivacija	61
5.4.3. Upravljanje uspješnošću	62
5.4.4. Edukacija	64
5.5. Uloga zdravstvene administracije	67
6. RASPRAVA	68
7. PRIJEDLOG MODELA PLANIRANJA I UPRAVLJANJA LJUDSKIM POTENCIJALIMA	83
7.1. Prijedlog modela planiranja ljudskih potencijala	83
7.1.1. Analiza zatečenog stanja	83
7.1.2. Planiranje budućih potreba	84
7.2. Prijedlog modela upravljanja ljudskim potencijalima.....	88
8. ZAKLJUČCI	91

9. SAŽETAK	93
10. SUMMARY	94
11. LITERATURA	95
12. ŽIVOTOPIS	105
13. PRILOZI.....	107
13.1. Prilog 1. Dopis zdravstvenim ustanovama.....	107
13.2. Prilog 2. Obavijest o istraživanju	108
13.3. Prilog 3. Upitnik	109
14. POPIS SLIKA I TABLICA.....	113
14.1. Popis slika	113
14.3. Popis tablica	115

POPIS KRATICA I AKRONMA

BDP	Bruto domaći proizvod
DZ	Dom zdravlja
EUR	Euro
EU27	Europska unija (27 zemalja članica)
HZZO	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
KB	Klinička bolnica
KBC	Klinički bolnički centar
KI	Klinika
KPI	Ključni indikatori uspješnosti (<i>eng. key performance indicators</i>)
MMF	Međunarodni monetarni fond
MZ	Ministarstvo zdravlja
OB	Opća bolnica
PPP	Paritet kupovne moći (<i>eng. purchasing power parity</i>)
PDV	Porez na dodanu vrijednost
RH	Republika Hrvatska
SAD	Sjedinjene američke države
SB	Specijalna bolnica
SKZZ	Specijalističko- konzilijarna zdravstvena zaštita
USD	Američki dolar
ZZJZ	Zavod za javno zdravstvo

1. UVOD

1.1. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj

Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj (RH) predstavlja djelatnost od javnog interesa nužnu za svakodnevni život građana, koja je organizirana pretežitim dijelom kao javna služba te kao oblik javne službe po svojoj prirodi nema komercijalni karakter (1,2).

Zdravstvena zaštita stanovništva provodi se na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj (SKZZ) i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti (3).

Zdravstveni sustav financiran je po modelu koji ima elemente *Bismarck* i *Beveridge* sustava financiranja: većim dijelom financirana je iz doprinosa za zdravstveno osiguranje po stopi od 15%, a manjim dijelom iz općeg poreza (porez na dohodak, porez na dobit, porez na dodanu vrijednost (PDV) (4,5). Prema podacima za 2012. godinu ukupno izdvajanje za zdravstvo u RH iznosilo je 6,8% bruto domaćeg proizvoda (BDP), a ukupno izdvajanje za zdravstvo po glavi stanovnika iznosilo je 1.410 USD (6).

Zdravstveno osiguranje u RH uređeno je kroz dvije skupine osiguranja: obvezno i dobrovoljno. Obvezno zdravstveno osiguranje provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), dok dobrovoljna zdravstvena osiguranja uz HZZO provode i društva za osiguranje (7-9). Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranje predviđene su tri vrste dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja: dopunsko, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje (9). Dopunsko zdravstveno osiguranje pokriva razliku u cijeni usluga iz obveznog zdravstvenog osiguranja i pune cijene usluga (participacija ili sudjelovanje). Dodatno zdravstveno osiguranje osigurava veća prava i viši standard usluga u usporedbi s pravima iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Privatno zdravstveno osiguranje nije u primjeni u RH iako je Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju predviđeno kao vrsta osiguranja. Od ukupno 27 društava za osiguranje koja su bila aktivna u 2013. godini, 7 društava za

osiguranje u ponudi je imalo dobrovoljno zdravstveno osiguranje (dopunsko ili dodatno) (10).

U posljednjih 25 godina provedene su brojne reforme zdravstvenog sustava u RH međutim unatoč reformama pojedine značajke zdravstvenog sustava, kao što su nedostatna financijska sredstva i neodgovarajući sustav pružanja zdravstvene zaštite, ostale su nepromijenjene (11).

Reforme zdravstvenog sustava bile su usmjerene na povećavanje učinkovitosti i kontroliranje troškova u sustavu zdravstva kroz: centraliziranje financijskih tokova u HZZO-u i poboljšanje informatičkih sustava; mjere kontrole troškova poput sustava glavarina u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i globalnih proračuna za sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu; revidiranje mehanizma za raspodjelu proračuna s ciljem pomicanja resursa u primarnu zdravstvenu zaštitu (supsidijarnost) te stvaranje okvira za sudjelovanje privatnog sektora u pružanju zdravstvene zaštite (11). Dodatni ciljevi reformi bili su unaprijeđenje sustav planiranja i upravljanja, unaprijeđenje učinkovitosti i kvalitete zdravstvene skrbi te jačanje preventivne i primarne zdravstvene zaštite (11,12). Međutim, problemi zdravstvenog sustava u RH posljedica su neuspjeha u rješavanju niza drugih strukturnih slabosti unutar sustava, dok se u isto vrijeme nastavilo s ulaganjem u skupe medicinske objekte i opremu (12,13).

Sustav zdravstva i pružanje zdravstvene zaštite ovise o učinkovitom upravljanju materijalnim i ljudskim potencijalima te pružanju pravovremenih i pravilno usmjerenih usluga, a dobro planiranje i upravljanje materijalnim i ljudskim potencijalima ključ je uspješnog funkcioniranja zdravstvenog sustava.

1.1.1. Provoditelji zdravstvene zaštite

Provoditelji zdravstvene zaštite uključeni u Mrežu javne zdravstvene službe, Mrežu hitne medicine i Mrežu ugovornih subjekata medicine rada, te ljekarne i isporučitelji ortopedskih i drugih pomagala pružaju usluge osiguranicima u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja (14,15). Mreže definiraju potrebne zdravstvene kapacitete u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja na pojedinom području, na razini općine, županije, odnosno na nacionalnoj razini (15). Za popunu slobodnih mjesta u Mrežama, HZZO raspisuje natječaj u pravilu za trogodišnje ugovorno razdoblje. Za sedam djelatnosti na primarnoj razini zdravstvene zaštite, djelatnosti opće/obiteljske medicine, polivalentne dentalne zdravstvene zaštite, zdravstvene zaštite žena, zdravstvene zaštite predškolske djece, laboratorijske dijagnostike, zdravstvene njege u kući bolesnika i medicine rada, HZZO ne raspisuje natječaj, već natječaj raspisuju županije. Temeljem provedenog natječaja županije dodjeljuju koncesije za obavljanje javne zdravstvene službe za razdoblje od 10 godina (8). Prve koncesije za obavljanje zdravstvene djelatnosti na primarnoj razini zdravstvene zaštite dodijeljene su 2009. godine, a od kraja 2011. godine na području svih županija djelatnosti primarne zdravstvene zaštite obavljaju se temeljem dodijeljene koncesije.

Zdravstvena zaštita se ugovara na razini primarne, sekundarne, tercijarne, te razini zdravstvenih zavoda, a isporuka ortopedskih i drugih pomagala sa subjektima koji imaju odobrenje Agencije za lijekove i medicinske proizvode za obavljanje prometa na malo medicinskim proizvodima (3,16).

Primarna razina zdravstvene djelatnosti obuhvaća ukupno 15 djelatnosti (3). Pet djelatnosti organizirano je po modelu izabranog doktora, pri čemu pacijenti odabiru doktora opće/obiteljske medicine, polivalentne dentalne zdravstvene zaštite, zdravstvene zaštite žena i zdravstvene zaštite predškolske djece, a zaposlene osobe putem poslodavca odabiru doktora medicine rada. Usluge kod izabranih doktora kao i uslugu u djelatnosti hitne medicine pacijenti ostvaruju bez uputnice, dok usluge u ostalim djelatnostima primarne zdravstvene zaštite pacijenti ostvaruju temeljem uputnice izabranog doktora, odnosno putem recepta za usluge u ljekarni.

Zdravstvena zaštita na sekundarnoj razini obuhvaća SKZZ i bolničku zdravstvenu zaštitu u općim bolnicama (OB) i specijalnim bolnicama (SB). SKZZ provode bolnice

čiji je osnivač županija, odnosno Grad Zagreb, poliklinike, privatni zdravstveni radnici - specijalisti te ustanove i privatni zdravstveni radnici više i srednje stručne spreme za obavljanje djelatnosti fizikalne terapije u kući bolesnika (3).

Zdravstvena zaštita na tercijarnoj razini obuhvaća najsloženije oblike zdravstvene zaštite iz SKZZ i bolničkih djelatnosti, a provodi se u kliničkim bolničkim centrima (KBC), kliničkim bolnicama (KB) i klinikama (KI) (3).

Na razini zdravstvenih zavoda zdravstvenu zaštitu provode državni zdravstveni zavodi, županijski zavodi za javno zdravstvo, odnosno Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba. Županijski zavodi za javno zdravstvo i Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba provode slijedeće djelatnosti na primarnoj razini: higijensko-epidemiološku zdravstvenu zaštitu, preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata, javno zdravstvo i zdravstvenu zaštitu mentalnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti. Zdravstveni zavodi uz djelatnosti na primarnoj razini provode i SKZZ kao i zdravstvenu zaštitu prema posebnim programima (14).

Isporuku ortopedskih i drugih pomagala provode specijalizirane prodavaonice i ljekarne. Specijalizirane prodavaonice kao preduvjet za sklapanje ugovora s HZZO-om trebaju ishoditi odgovarajuće rješenje Agencije za lijekove i medicine proizvode za obavljanje prometa na malo medicinskim proizvodima, a ljekarne odgovarajuće rješenje Ministarstva zdravlja (16).

Zdravstvenom ustanovom rukovodi ravnatelj u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti, odnosno sanacijski upravitelj ukoliko je zdravstvena ustanova uključena u sanacijski program sukladno Zakonu o sanaciji javnih ustanova (3,17).

Organizacijski oblici provoditelja zdravstvene zaštite po razinama zdravstvene djelatnosti prikazani su na *Slici 1*.

Razina zdravstvene djelatnosti

	Primarna razina zdravstvene djelatnosti	Sekundarna razina zdravstvene djelatnosti	Tercijarna razina zdravstvene djelatnosti i razina zdravstvenih zavoda
Organizacijski oblici obavljanja zdravstvene djelatnosti	Privatni zdravstveni radnici	Ordinacija opće medicine, Ordinacija dentalne medicine, Ordinacija zdravstvene zaštite djece, Ordinacija zdravstvene zaštite žena, Laboratorij, Ljekarna, Ordinacija medicine rada, Njega u kući	Specijalistička ordinacija, Laboratorij, Fizikalna terapija u kući
	Zdravstvene ustanove	Dom zdravlja, Ustanova za zdravstvenu skrb, Ustanova za zdravstvenu njegu, Ustanova za palijativnu skrb, Ljekarnička ustanova	Poliklinika, Opća bolnica, Specijalna bolnica, Lječilište, Ustanova za rehabilitaciju
			Klinički bolnički centar, Klinička bolnica, Klinika, Zavod za javno zdravstvo, Zavod za hitnu medicinu, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu, Hrvatski zavod za mentalno zdravlja, Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu, Hrvatski zavod za toksikologiju, Hrvatski zavod za hitnu medicinu

Izvor: Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine 2008 (150) 4097.

Slika 1. Provoditelji zdravstvene zaštite po organizacijskom obliku i razini zdravstvene djelatnosti u Republici Hrvatskoj

1.2. Ljudski potencijali u sustavu zdravstva u Republici Hrvatskoj

U sustavu zdravstva u RH krajem 2013. godine bila su stalno zaposlena 74.482 radnika, što predstavlja 5,6% zaposlenih na tržištu rada u RH (18,19). Od ukupnog broja radnika u sustavu zdravstva, 57.395 je zdravstvenih radnika i suradnika, 5.050 administrativnih radnika te 12.044 tehnička radnika. Od ukupno 74.482 radnika u sustavu zdravstva, 46.956 (63,0%) bilo je zaposleno u državnim (javnim) zdravstvenim ustanovama (18).

Sustav zdravstva je radno intenzivan i ljudski potencijali predstavljaju najvažniji ulazni parametar u upravljanju sustavom. Izdaci za zaposlene predstavljaju najveći udio u ukupnim izdacima za zdravstvenu zaštitu iz čega proizlazi važnost upravljanja ljudskim potencijalima za cijeli sustav zdravstva (20-23). Izdvajanja za zaposlene u sustavu zdravstva procjenjuju se na 70% ukupnih izdvajanja u sustavu zdravstva (24). U javno financiranim sustavima zdravstva, potrošnja za zdravstvo izravno utječe na sposobnost upravljanja ljudskim potencijalima, koja treba osigurati ravnotežu veličine radne snage i sposobnost učinkovitog i održivog obavljanja zdravstvene zaštite (20).

Planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima podrazumijeva osiguranje potrebnog broja radnika, s određenim profesionalnim vještinama na pravom mjestu u pravo vrijeme kako bi se zadovoljile potrebe stanovništva (25). Primijenjeno na sustav zdravstva, planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima podrazumijeva procjenu potrebne radne snage u sustavu koja bi zadovoljila potrebe za uslugama zdravstvene zaštite, te definiranje mjera i aktivnosti nužnih za ostvarenje procijenjenih potreba stanovništva (23, 25). Te se mjere i aktivnosti kreću u rasponu od povremenih, nepovezanih i *ad hoc* aktivnosti do cjelovitih, sustavnih, te međusobno povezanih kontinuiranih aktivnosti u obliku strateškog upravljanja ljudskim potencijalima kojima se želi postići maksimalno ostvarenje ciljeva te ravnoteža odnosa javnog interesa i zadovoljenje potreba i interesa radnika (25). Upravljanje ljudskim potencijalima ima strateški, razvojni i dugoročni karakter, što znači da njegovi zadaci i aktivnosti nisu statične i međusobno odvojene aktivnosti, već zahtijevaju stalno promišljanje s aspekta ciljeva organizacije i povezivanje u svrsishodne aktivnosti (26).

Planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima je složen proces za sve dionike, te unatoč planiranju mnoge zemlje svijeta nalaze se u stalnom balansiranju između viška i manjka zaposlenika u sustavu zdravstva (27, 28). Bez obzira koliko se unaprijedila tehnologija planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima, planiranje potreba za radnicima u sustavu zdravstva uvijek će biti izazov (28).

Nedostatak odgovarajuće politike planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima u mnogim zemljama ima za posljedicu kroničnu neravnotežu s višestrukim učinkom na radnike u zdravstvu: kvantitativna neravnoteža, kvalitativne razlike, neravnomjerna distribucija i nedostatak koordinacije između pojedinih aktivnosti unutar segmenta upravljanja ljudskim potencijalima i zdravstvene politike (29, 21). Dok je dinamička neravnoteža obično kraćeg trajanja i obilježava kompetitivna tržišta rada, statička neravnoteža predstavlja ozbiljan problem (21).

Dodatan izazov u planiranju i upravljanju ljudskim potencijalima predstavlja uključenost različitih dionika koji imaju i različite interese, te se upravo mobilizacija svih dionika smatra ključnom za uspješno upravljanje ljudskim potencijalima (23, 29,30).

Namjera uvođenja koordiniranog sustava upravljanja ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva u RH nije daleko odmakla i prvenstveno se odnosi na planiranje i ulogu doktora medicine. Zabrinutost MZ-a zbog troškova zdravstvene zaštite dovela je do izravnije uloge MZ u planiranju i upravljanju ljudskim potencijalima. Važnost upravljanja ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva naznačena je u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020. (31). Među strateškim razvojnim pravcima, prioritetima i mjerama navedeno je jačanje i bolje korištenje ljudskih potencijala u zdravstvu, izrada strateškog plana razvoja ljudskih potencijala u sustavu zdravstva te odobravanje specijalizacija prema jasno dokumentiranim potrebama u Mreži javne zdravstvene službe (31).

U skladu s postavljenim ciljevima Nacionalne strategije, Vlada RH je na sjednici održanoj 28. svibnja 2015. godine donijela Odluku kojom se usvaja Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu od 2015. do 2020. godine (23).

Kao jedan od razloga za donošenje Strateškog plana razvoja ljudskih resursa u zdravstvu predlagatelj navodi nepostojanje jasnog sustava upravljanja ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva i postojanje potrebe za razvojem cjelovitog sustava

praćenja ljudskih potencijala u zdravstvu koji bi omogućio bolje projekcije i procjene dostatnosti broja zdravstvenih radnika. Nadalje, RH je obilježena novim trendovima u području zdravstva, uključujući i migracije. U posljednjih nekoliko godina primjetan je trend smanjenja broja nezaposlenih liječnika, kao i manjak i liječnika i ostalih zdravstvenih radnika. Vanjska migracija zdravstvenih radnika usmjerena je prema zapadnim europskim zemljama i SAD-u. Prisutne su i unutarnje migracije koje se odnose na zapošljavanje izvan zdravstvenog sektora i prelazak u druge profesije, kao i migracija iz ruralnih područja prema većim urbanim centrima (23, 32, 33).

Strateški plan ima za cilj predlaganje mjera za učinkovito upravljanje ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva koje će pomoći u postizanju efektivnog, pravednog i održivog sustava zdravstvene zaštite te imati izravan utjecaj na ekonomski razvoj RH. Dokument je prikazao ključne izazove s kojim se susreće sustav zdravstva kad je u pitanju planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima, međutim nisu navedene konkretne mjere, nositelji niti vremenski okvir za provođenje svake pojedine mjere kojima bi se postigli zadani ciljevi.

Zdravstveni radnici najveći su i najvažniji potencijal zdravstva u RH i većina bi mjera, navedenih u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva i Strateškom planu razvoja ljudskih resursa u zdravstvu, trebala posredno ili neposredno utjecati na unaprjeđenje rada zdravstvenih radnika i poboljšanje njihova položaja. Bez dovoljnog broja zadovoljnih, zaštićenih i pravilno angažiranih zdravstvenih radnika nije moguće ostvariti odgovarajuću zdravstvenu zaštitu stanovništva RH (23, 31).

1.2.1. Propisi koji uređuju upravljanje ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva u Republici Hrvatskoj

Upravljanje ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva u RH detaljno je uređeno nizom propisa. Najvažniji propisi koji uređuju upravljanje ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva u RH su Zakon o radu i Zakon o zdravstvenoj zaštiti (3,34). Ljudske potencijale detaljnije reguliraju zakoni za svaku pojedinu reguliranu profesiju unutar sustava zdravstva, a to su:

- ❖ Zakon o liječništvu (35),
- ❖ Zakon o ljekarništvu (36),
- ❖ Zakon o sestrinstvu (37),
- ❖ Zakon o dentalnoj medicini (38),
- ❖ Zakon o primaljstvu (39),
- ❖ Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti (40),
- ❖ Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti (41),
- ❖ Zakon o djelatnostima u zdravstvu (42).

Kolektivnim ugovorom za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja uređena su prava i obveze iz rada i po osnovi rada radnika u djelatnosti zdravstva i zdravstvenog osiguranja za koja se sredstva u iznosu većem od pedeset posto troškova za plaće i druga materijalna prava radnika osiguravaju u državnom proračunu (43). Kako se zdravstvena djelatnost u većem dijelu obavlja kao javna služba, prava i obveze iz radnog odnosa uređuju se i Temeljnim kolektivnim ugovorom za službenike i namještenike u javnim službama (44).

Potreban broj radnika utvrđen je kroz standarde za svaku pojedinu djelatnost, oblik i razinu zdravstvene zaštite u pravilnicima iz nadležnosti MZ i to:

- ❖ Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti (45),
- ❖ Pravilnik o uvjetima, organizaciji i načinu obavljanja djelatnosti sanitetskog prijevoza (46),
- ❖ Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme kojima moraju udovoljavati zdravstvene ustanove koje obavljaju djelatnost hitne medicine (47),

Zdravstveni radnici obvezni su nakon završenog obrazovanja obaviti pripravnički staž. Pripravnički staž je rad pod nadzorom kojim se zdravstveni radnik osposobljava za samostalan rad. Broj zdravstvenih radnika na pripravničkom stažu uređuju pravilnici o obavljanju pripravničkog staža i to:

- ❖ Pravilnik o pripravničkom stažu zdravstvenih radnika (48),
- ❖ Pravilnik o pripravničkom stažu doktora dentalne medicine (49),
- ❖ Pravilnik o pripravničkom stažu doktora medicine (50),
- ❖ Pravilnik o mjerilima za primanje zdravstvenih radnika na pripravnički staž (51).

U planiranju broja radnika važnu ulogu ima i sadržaj i način specijalističkog usavršavanja utvrđen u pravilnicima o specijalističkom usavršavanju za pojedine djelatnosti:

- ❖ Pravilnik o specijalističkom usavršavanju magistara farmacije (52),
- ❖ Pravilnik o specijalističkom usavršavanju magistara medicinske biokemije (53),
- ❖ Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora stomatologije (54),
- ❖ Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (55),
- ❖ Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz obiteljske medicine (56),
- ❖ Pravilniku o specijalističkom usavršavanju medicinskih sestara- medicinskih tehničara (57),
- ❖ Pravilnik o specijalističkom usavršavanju medicinskih sestara- medicinskih tehničara u djelatnosti hitne medicinske pomoći (58).

Sam postupak zapošljavanja dodatno je reguliran i posebnim odlukama kao što je Odluka Vlade RH o zabrani zapošljavanja u javnoj upravi koja se donosi za svaku kalendarsku godinu (59). Odredbe iz radnog odnosa koje nisu utvrđene i definirane navedenim propisima, utvrđuju se ugovorom o radu između zdravstvene ustanove kao poslodavca i radnika kao posloprimca pri čemu se poštuju odredbe Zakona o obveznim odnosima (60).

1.3. Planiranje ljudskih potencijala

Planiranje ljudskih potencijala u sustavu zdravstva može se promatrati na dvije razine:

- ❖ razini zdravstvene ustanove
- ❖ razini zdravstvenog sustava.

Planiranje ljudskih potencijala na razini zdravstvene ustanove je proces identifikacije trenutnih i budućih potreba za radnicima kako bi se zadovoljile potrebe zdravstvene ustanove. To je proces koji predstavlja poveznicu između radnika i postavljenih ciljeva, a kako bi se osigurao dovoljan broj kvalificiranih i kompetentnih radnika za postizanje zadanih ciljeva (61).

Sam proces planiranja ljudskih potencijala odgovara na nekoliko naizgled vrlo jednostavnih pitanja:

- ❖ koliko ljudi je potrebno za ostvarenje poslovnih planova i ciljeva,
- ❖ kako osigurati potrebne ljude,
- ❖ kakvi ljudi, kojih vještina, znanja i sposobnosti su potrebni,
- ❖ kako pripremiti sadašnje radnike za buduće potrebe i zahtjeve poslovanja.

Planiranje ljudskih potencijala na razini zdravstvenog sustava predstavlja utvrđivanje adekvatnog broja radnika s odgovarajućim znanjima i vještinama u sustavu zdravstva kako bi se zadovoljile potrebe stanovništva, a imajući u vidu ciljeve i zadatke što ih zdravstveni sustav treba ostvariti. Samo planiranje sastoji se od dva odvojena procesa. Prvi proces je analiza trenutne (sadašnje) situacije, odnosno analiza adekvatnosti trenutne ponude radnika usporedbom sa stvarnim potrebama za radnicima. Tim postupkom utvrđuje se trenutna ravnoteža odnosno neravnoteža i eventualni manjkovi i viškovi radnika, a iskazuju se u odnosu na broj stanovnika. Drugi proces je procjena potreba za radnicima u sustavu zdravstva u budućem razdoblju kako bi se zadovoljile buduće potrebe stanovništva (20,30).

Obzirom na vremensku dimenziju planiranje ljudskih potencijala može se podijeliti na slijedeći način:

1. Dugoročno (strateško) planiranje – planiranje na 5 i više godina,

2. Srednjoročno (taktičko) planiranje – planiranje na 2 do 5 godina,

3. Kratkoročno (operativno) planiranje – godišnji i kraći planovi (62).

Da bi se mogla izraditi strategija planiranja usmjerena na ostvarenje procijenjene buduće potrebe za radnicima, neophodno je **analizirati trenutne potrebe** za radnicima. U tu se svrhu služi analizom koja treba dati odgovor na pitanje jesu li i koliko postojeći radnici ustanove brojem i obrazovnom strukturom u skladu s njenim poslovnim ciljevima. Stoga je zadaća analize najprije identificirati ljudske potencijale ustanove te potom ocijeniti usklađenost ljudskih potencijala s ciljevima ustanove. Osnova za analizu trenutne situacije je datoteka kadrova i datoteka radnih mjesta (sistematizacija radnih mjesta) (63,64)

Datoteka kadrova bogati je izvor podataka o svakom radniku u ustanovi i to podataka koji se odnose na njegovu dob, spol, stupanj i vrstu obrazovanja, zvanje i zanimanje, radni staž, promjene zaposlenja i drugo, kao i podataka koji se odnose na radno mjesto na koje je radnik trenutno raspoređen (63,64).

Sistematizacija radnim mjestima sadrži sve podatke o radnim mjestima koja su ustanovljena u zdravstvenoj ustanovi te opisom odnosno specifikacijom posla vezanim uz pojedino radno mjesto (63,64).

Za potrebe planiranja ljudskih potencijala potrebno je dati odgovor na pitanje koliko je radnika potrebno za ostvarivanje postojećih poslovnih ciljeva ustanove.

Za dobivanje odgovora na to pitanje koriste se različite metode planiranja, od kojih su najpoznatije:

- ❖ metoda studija rada i
- ❖ regresijska analiza.

Osim dviju navedenih metoda primjenjuju se i druge metode i to kvalitativne metode (npr. tehnika nominalnih grupa, delfi metoda) i kvantitativne metode (razni statistički i matematički modeli) (62-67).

Metoda studija rada obično se primjenjuje u ustanovama u kojima se definiraju kadrovski i vremenski normativi za izvođenje određene poslovne funkcije. Metoda studije rada služi za utvrđivanje normativa trajanja izvođenja pojedinog poslovnog procesa, a potreban broj radnika se utvrđuje tako da se planirani obujam poslovnih

procesa (usluga) pomnoži s normativom vremena po jedinici usluge i podjeli s planiranim godišnjim fondom sati po radniku (62-67).

Regresijska analiza temelji se na činjenici da broj radnika ovisi o jednoj ili više drugih varijabli koje su specifične za različite grane i djelatnosti. Tako će broj radnika u bolnici ovisiti o broju pacijenata ili broju bolničkih dana (62-67).

Procjena budućih potreba za radnicima znatno je teža od utvrđivanja trenutnih potreba. Razlozi su u činjenici da će se sadašnji uvjeti u kojima se obavlja poslovanje zdravstvene ustanove, u budućnosti sigurno promijeniti (62, 63).

Ministarstva zdravlja pojedinih zemalja susreću se s nizom izazova pri planiranju ljudskih potencijala koji se ne mogu riješiti bez uključivanja drugih sektora (multisektorski pristup). Upravo zbog toga je Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) s partnerima izradila **Akcijski okvir za ljudske potencijale u zdravstvu** i objavila ga u dokumentu pod nazivom **Modeli i alati planiranja i projekcije radne snage u zdravstvu**. Akcijski okvir uključuje šest područja (upravljanje, vođenje, edukacija, financiranje, suradnja i politika), a provodi se kroz četiri koraka: situacijska analiza, planiranje, implementacija, te praćenje i evaluacija (68).

Značaj dokumenta *Modeli i alati planiranja i projekcije radne snage u zdravstvu* je primjenjivost u zemljama s niskom i srednje razvijenom ekonomijom. Projekcije potreba ljudskih potencijala u zdravstvu temelje se na pretpostavkama o tome u kojem će se smjeru kretati potrebe za zdravstvenim uslugama i intervencijama u budućem razdoblju (23, 68)

Model koji predlaže Svjetska zdravstvena organizacija temelji se na postavljanju realnih ciljeva dostizanja određenog ishoda zdravstvene usluge i temeljem toga se postavljaju standardi broja radnika i standardi njihove produktivnosti. Prednost ovog pristupa je relativno jednostavno provođenje ako su standardi realno postavljeni (68).

Bez obzira o kojem modelu se radi, planiranje ljudskih potencijala u zdravstvu uključuje:

- ❖ analizu trenutne situacije,
- ❖ planiranje odnosno procjenu potreba za radnicima u budućem razdoblju

nakon čega slijedi implementacija. Kako se radi o cikličkom procesu potrebno je uvesti sustav praćenja i evaluacije, te po potrebi korekcije postavljenih planova (68).

1.3.1. Modeli planiranja ljudskih potencijala u sustavu zdravstva

Mnoge zemlje suočene su s nedostatnim ljudskim potencijalima za pružanje osnovnih zdravstvenih intervencija, a za to postoje brojni razlozi: nedostatan broj radnika, emigracija zdravstvenih radnika, neodgovarajuća znanja i vještine te nepovoljna demografska slika korisnika zdravstvene zaštite (23, 68).

Planiranje ljudskih potencijala u sustavu zdravstva nije nova aktivnost. Mnoge razvijene zemlje bavile su se pitanjem planiranja ljudskih potencijala u zdravstvu u 60-im i 70-im godinama prošlog stoljeća i zabrinutost po pitanju ljudskih potencijala iz tog vremena ne razlikuje se mnogo od zabrinutosti koja je sada prisutna.

Posebna pozornost planiranju ljudskih potencijala u razvijenim zemljama prisutna je posljednjih godina, te su mnoge zemlje definirale potrebe za radnicima kako je prikazano u *Tablici 1.* (69).

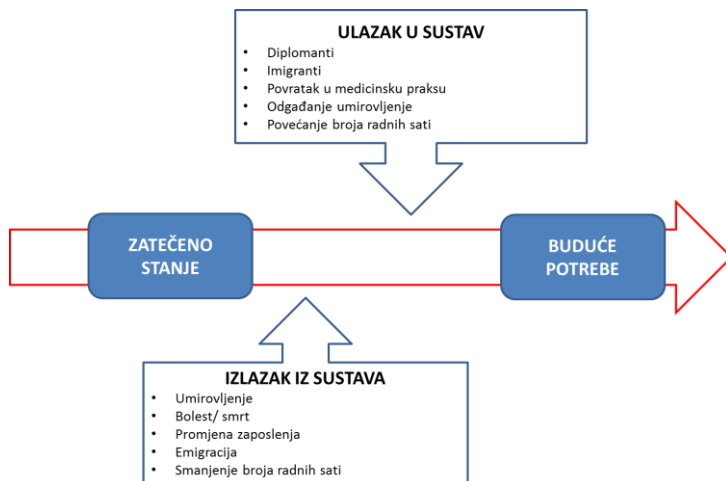
Postoje različiti modeli planiranja ljudskih potencijala u sustavu zdravstva. Planiranje potrebnog broja i strukture radnika može se provoditi temeljem zatečenog stanja uz pretpostavku da zatečeno stanje radnika zadovoljava brojem i obrazovnom strukturom potrebe zdravstvene ustanove ali i sustava zdravstva. Zapošljavanje novih radnika provodi se na upražnjeno radno mjesto zbog odlaska radnika u mirovinu, prelaska na drugo radno mjesto ili raskida ugovora o radu. Takav model planiranja temeljem ponude (eng. *Supply forecasting*) u kojem se broj zdravstvenih radnika procjenjuje temeljem trenda broja zdravstvenih radnika u prethodnom razdoblju iskazanog kroz broj na određenu populaciju stanovništva. Ovaj model primjenjuje se u SAD, Australiji, Kanadi, Belgiji i Francuskoj. Planiranje temeljem ponude temelji se na procjeni potrebnog broja radnika koji će zadovoljiti potrebe stanovništva na postojećoj razini zdravstvene zaštite. Prednost ovog modela je što s velikom točnošću može procijeniti potrebe u narednih 10-15 godina. Nedostatak je što se temelji na pretpostavci da je trenutni odnos broja radnika i populacije dobar, te ne razmatra opciju da će se potrebe za zdravstvenom zaštitom u nadolazećem razdoblju povećavati. (20,27,70-75).

Tablica 1. Planiranje ljudskih potencijala u sustavu zdravstva u pojedinim zemljama

DRŽAVA	INSTITUCIJA NOSITELJ PLANA	GODINA DONOŠENJA PLANA	STRUKE OBUHVAĆENE PLANIRANJEM	RAZDOBLJE PLANIRANJA
Australija	Radnici u zdravstvu Australije	2012	liječnici, medicinske sestre, primalje	2010-2025
Belgija	Federalna javna služba	2009	liječnici	2004-2035
Kanada	Institut zdravlja Kanada	2007	liječnici	2000-2025
Kanada	Kanadski zbor medicinskih sestara	2009	medicinske sestre	2007-2022
Kanada	Ministarstvo zdravlja	2010	liječnici	2008-2030
Čile	Ministarstvo zdravlja	2009	liječnici specijalisti u javnim bolnicama	2009-2012
Danska	Nacionalni odbor za zdravstvo	2010	liječnici	2010-2030
Finska	Ministarstvo rada i gospodarstva, Ministarstvo obrazovanja	2011	cijelo tržište rada	2008-2025
Francuska	Ministarstvo zdravlja i socijalne skrbi	2009	liječnici	2006-2030
Francuska	Ministarstvo zdravlja i socijalne skrbi	2011	medicinske sestre	2006-2030
Nemačka	Federalni ured za statistiku	2010	medicinske sestre	2005-2025
Njemačka	Federalno povjerenstvo	2012	liječnici u ambulantama	godišnje odobravanje otvaranja ambulanti
Irska	Centar za obuku i zapošljavanje	2009	svi zdravstveni radnici	2008-2020
Izrael	Ministarstvo zdravlja	2010	liječnici i medicinske sestre	2009-2025
Italija	Ministarstvo zdravlja		22 specijalnosti	godišnje odobravanje specijalizacija
Japan	Nacionalno povjerenstvo za socijalnu sigurnost	2008	svi zdravstveni radnici	2007-2025
Japan	Ministarstvo zdravlja, rada i socijalne skrbi	2006	liječnici	2005-2040
Japan	Ministarstvo zdravlja, rada i socijalne skrbi	2010	medicinske sestre	2011-2015
Koreja	Korejski institut za zdravstvo i socijalnu skrb	2012	15 struka u zdravstvu uključujući liječnike i medicinske sestre	2010-2025
Nizozemska	Savjetodavni odbor za planiranje radne snage u zdravstvu	2010	liječnici i dentisti	2010-2028
Norveška	Norveški zavod za statistiku	2012	zdravstveni radnici	2010-2035
Švicarska	Švicarski zdravstveni observatorij	2008	liječnici u ambulantama	2005-2030
Švicarska	Švicarski zdravstveni observatorij	2009	zdravstveni radnici	2006-2020
Velika Britanija	Centar za ljudske resurse	2012	liječnici u NHS	2011-2040
Sjedinjene Američke Države	Nacionalni centar za analizu radne snage u zdravstvu		liječnici i medicinske sestre	2010-2030

Izvor: Ono T, Lafortune G, Schoenstein M. Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries”, OECD France, 2013.

U planiranju ljudskih potencijala temeljem ponude potrebno je voditi računa o svim oblicima ulaska i izlaska radnika iz sustava. Izlazak iz sustava uključuje umirovljenje, bolest ili smrt, promjene u karijeri, smanjenje broja radnih sati i emigraciju. Ulazak u sustav uključuje diplomante na učilištima zdravstvenog usmjerenja, imigrante, promjene u karijeri s ulaskom u sustav zdravstva, povećanje broja radnih sati, te kasniji odlazak u mirovinu (68,76). U nastojanju da se razvije kvalitetna i kompetentna radna snaga, mnoge zdravstvene ustanove usredotočene su na zapošljavanje i edukaciju zdravstvenih radnika bez sustavnog planiranja, odnosno više su fokusirane na ulazak u sustav nego na izlazak iz sustava (69).



Izvor: Svjetska zdravstvena organizacija. Models and tools for health workforce planning and projections. WHO, Geneva, 2010.

Slika 2. Planiranje ljudskih potencijala temeljem ponude

Osim zatečenog stanja, pri planiranju ljudskih potencijala u sustavu zdravstva koriste se i drugi parametri kao što su broj pruženih usluga ili primjena novih tehnologija i metoda rada.

Takav model temelji se na potražnji odnosno potrebama stanovništva (eng. *Demand forecasting*) u kojem se broj zdravstvenih radnika procjenjuje temeljem broja pruženih zdravstvenih usluga na određenu populaciju u prethodnom razdoblju (usluge u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, usluge u SKZZ i broj slučajeva bolničkog liječenja).

Ovaj model primjenjuje se u SAD, Kanadi, Australiji, Španjolskoj i Nizozemskoj, najčešće za planiranje potrebnog broja doktora medicine (20, 30, 77, 78).

Prednost planiranja temeljem potražnje je što uvažava promjene na razini zdravstvenih usluga i zdravstvenog sustava (uvođenje novih tehnologija ili novih lijekova). Uvođenje novih tehnologija svakako može utjecati na planiranje broja radnika, bilo da se radi o automatizaciji poslovnih procesa koji mogu zahtijevati manji broj radnika ili uvođenje novih tehnologija koje zahtijevaju promjenu obrazovne strukture ili broja radnika sa specifičnim znanjima. Nedostatak ovog modela je što se temelji na postojećoj razini korištenja usluga, ne uvažava moguću ulogu preventivnih procedura što može u budućem razdoblju smanjiti potrebe za uslugama te zahtjeva veliku količinu podataka (20,30,77,78).

Planiranje broja radnika može se provoditi temeljem praćenja zdravstvenih potreba stanovništva pri čemu se koriste različiti epidemiološki podaci. U tom modelu kao osnova za planiranje koriste se stvarne potrebe stanovništva (eng. *Needs-based forecasting*). Potrebe se odnose na broj radnika ili broj zdravstvenih usluga potrebnih za postizanje optimalnog broja usluga kojima se osigurava zdravlje stanovništva. Ovaj model kombinira podatke o zdravstvenom stanju stanovništva, učestalost pojedinih bolesti, demografske podatke i podatke o standardu zdravstvenih usluga. Najčešće se koristi za procjenu potreba radnika unutar pojedine djelatnosti, a primjenjuje se u SAD, Kanadi, Španjolskoj i Australiji. Nedostatak ovog modela je što zahtjeva detaljna znanja o efikasnosti pojedinih procedura u liječenju pojedinih zdravstvenih stanja te ne uvažava napredak tehnologije i promjene u organizaciji zdravstvene zaštite. (20,27,78-82).

Zdravstvena administracija, MZ i HZZO putem različitih propisa i provedbenih akata imaju utjecaj na planiranje radnika u zdravstvenim ustanovama u sustavu javnog zdravstva i to na način da definiraju standarde potrebnog broja radnika (23). Do standarda broja radnika može se doći empirijski ili usporednom analizom (eng. *Benchmarking*) koja se temelji na identifikaciji regije ili zemlje koje su slične u svojim demografskim i zdravstvenim karakteristikama, ali se znatno razlikuju u troškovima zdravstvene zaštite i iskorištenosti zdravstvenih kapaciteta. Ovaj model koristi se u SAD, Španjolskoj i Australiji. Nedostatak ovog modela je što je primjenjiva jedino ukoliko se pronađu usporedive regije. (20,27,78,83,84).

Svi prikazani modeli mogu se koristiti pojedinačno ili u različitim kombinacijama, što je puno češći slučaj (6,76).

Planiranje ljudskih potencijala u zdravstvu nije egzaktna znanost, a modeli na kojima se temelji neminovno uključuje niz pretpostavki o tome kako se pojedini čimbenici na strani ponude i potražnje mogu kretati u budućnost. Svi modeli zahtijevaju redovito ažuriranje podataka uzimajući u obzir promjene gospodarskog okruženja i okruženja pružanja zdravstvenih usluga kao i praćenje utjecaja različitih političkih opcija i scenarija (68).

Projekcije potreba ljudskih potencijala u zdravstvu temelje se na pretpostavkama o tome u kojem će se smjeru kretati potrebe za zdravstvenim uslugama i intervencijama u budućem razdoblju, a uključuju:

- ❖ prirodu promjena demografske, epidemiološke i ekonomske situacije,
- ❖ kapacitete za implementaciju predloženih usluga,
- ❖ potencijalne suprotstavljene prioritete pojedinih dionika,
- ❖ aktivnosti zakonodavca, civilnog društva te drugih dionika koji sudjeluju u razvoju zdravstvenog sustava (68).

1.3.2. Uloga Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske u planiranju ljudskih potencijala

Planiranje ljudskih potencijala na razini zdravstvene ustanove i planiranje ljudskih potencijala na razini zdravstvenog sustava međusobno se isprepliću. Obzirom na odluku Vlade RH o ograničavanju zapošljavanja u javnim službama, svako novo zapošljavanje u javnim zdravstvenim ustanovama treba biti odobreno od strane MZ kao resornog ministarstva (59). Nakon što zdravstvena ustanova utvrdi potrebu za radnicima, a time i potrebu zapošljavanja, traži od MZ suglasnost za zapošljavanje. Ukoliko je zdravstvena ustanova u vlasništvu jedinice područne samouprave, uz suglasnost MZ, traži se i suglasnost županije odnosno Grada Zagreba kao vlasnika zdravstvene ustanove. Pri donošenju odluke o potrebi zapošljavanja MZ koristi standarde broja radnika utvrđene u pravilnicima, zatim podatke o kretanju broja radnika u prethodnom razdoblju, te potrebe stanovništva za uslugama unutar pojedine zdravstvene djelatnosti, a temeljem iskazane liste čekanja za pojedine usluge (45-47). Tek nakon dobivanja suglasnosti MZ, zdravstvena ustanova može realizirati utvrđeni plan i zaposliti radnika u ustanovi.

Planiranje zapošljavanja zdravstvenih radnika u sklopu specijalističkog usavršavanja provodi se na sličan način. Zdravstvena ustanova utvrđuje plan specijalističkog usavršavanja za svaku kalendarsku godinu, te MZ izdaje suglasnost na plan specijalističkog usavršavanja. Tek nakon dobivanja suglasnosti MZ na plan specijalističkog usavršavanja, provodi se natječaj za specijalističko usavršavanje te se zapošljavaju specijalizanti različitih profila (52-58).

1.3.3. Izazovi planiranja ljudskih potencijala

Sve zemlje koje provode planiranje ljudskih potencijala u sustavu zdravstva suočavaju se sa sličnim izazovima (76).

Izazov dostupnosti podataka jedan je od prvih izazova u planiranju ljudskih potencijala, a radi se o utvrđivanju trenutne situacije kao polazne pozicije za planiranje ljudskih potencijala i dostupnost podataka posebno ukoliko ne postoje jedinstveni registri u kojima se mogu pronaći strukturirani podaci o radnicima. Nadalje, kod planiranja ljudskih potencijala potreban je cijeli niz demografskih podataka, podataka o korištenju zdravstvene zaštite (broj, vrsta usluga), vrsti i iskorištenosti zdravstvenih resursa (68).

Demografski izazovi prisutni su posebno u razvijenim zemljama koje su suočene sa starenjem populacije pri čemu se smanjuje broj mlađih stanovnika koji mogu biti izvor radnika u zdravstvu u budućnosti, a povećava se broj stanovnika treće životne dobi koji će trebati sve više zdravstvenih usluga u budućnosti. Sve relevantne projekcije pokazuju smanjenje broja stanovnika Hrvatske u sljedećim desetljećima. Prema projekciji rađenoj kohortno-komponentnom metodom za zatvorenu populaciju (dakle bez migracije), u Hrvatskoj će 2031. godine biti 3.680.750 stanovnika dok će se broj starijih osoba u dobi od 60 i više godina povećati za 120.000 (12,5%) (85).

Financijski izazovi posebno su važni u vrijeme recesije. Trošak za radnike u zdravstvu predstavlja oko 70% troška zdravstvene zaštite u cjelini. Slijedom rečenog troškovi za zaposlene u sustavu zdravstva u Hrvatskoj procjenjuju se na 4,8% BDP-a (6,24) Ukoliko se potreba za zdravstvenim uslugama poveća u budućnosti kao rezultat starenja populacije, potrošnja za zdravstvo će se također povećati.

Izazov koordinacije predstavlja važan izazov budući planiranje ljudskih potencijala zahtjeva koordiniranu akciju svih dionika u sustavu zdravstva (68). Zdravstveni sustav u RH je djelomično decentraliziran, te uz državno vlasništvo postoje zdravstvene ustanove u vlasništvu područne samouprave koja upravlja, a dijelom sudjeluje i u financiranju sustava zdravstva. S druge strane edukacija radnika u sustavu zdravstva u potpunosti je pod nadležnošću ministarstva nadležnog za obrazovanje i znanost. Slijedom rečenog, uz resorno ministarstvo u planiranje

ljudskih potencijala trebala bi se uključiti i druga ministarstva te tijela područne samouprave (23).

Izazov implementacije strategije ili prihvaćenog modela planiranja ljudskih potencijala prisutan je prije svega zbog propisa (zakoni, pravilnici, kolektivni ugovori), organizacije zdravstvenog sustava koji je djelomično decentraliziran, vlasništva nad ustanovama, sustav upravljanja i slično.

Izazov distribucije prisutan je zbog urbano ruralne razlike i zadovoljavanja potreba za zdravstvenim radnicima u ruralnim područjima što predstavlja izazov planiranja ljudskih potencijala u mnogim zemljama (86,87). u Hrvatskoj je utvrđena statistički značajna razlika u broju liječnika na 100.000 stanovnika između pretežno urbanih i pretežno ruralnih županija. Već za vrijeme pripravničkog staža liječnici radije odabiru rad u Zagrebu nego u drugim dijelovima Hrvatske, obzirom da Zagreb pruža puno veće mogućnosti kako u poslovnom tako i u privatnom životu (23, 33).

Tablica 2. Usporedba broja liječnika između urbanih i ruralnih županija

	Broj liječnika na 100.000 stanovnika		p*	t	df
	Urbane županije	Ruralne županije			
Obvezno zdravstveno osiguranje	206,9±41,0	175,4±30,3	0,067	-1,956	18
Liječnici opće medicine	56,7±4,6	49,0±5,5	0,003	-3,431	18
Liječnici specijalisti**	41,6±13,1	37,4±12,3	0,470	-0,737	18

*Student t-test

** Interna medicina, opća kirurgija, ginekologija i pedijatrija

Izvor: Bagat M, Drakulić V, Sekelj Kauzlarić K, Vlahusić A, Bilić I, Matanić D. Influence of urbanization level and gross domestic product of counties in Croatia on access to health care. Croat Med J. 2008;49(3):384-91.

Uzrok neravnomjerne distribucije liječnika između pretežno urbanih i pretežno ruralnih županija može se pripisati mogućnostima koje urbana sredina pruža liječnicima u profesionalnom i privatnom segmentu života (88,89)

Neravnomjerna distribucija liječnika između urbanih i ruralnih županija utječe na opterećenost rada liječnika opće/obiteljske medicine, pri čemu liječnici u ruralnim sredinama u prosjeku imaju više opredijeljenih osiguranika od liječnika u urbanim sredinama, što direktno utječe na razinu dostupnosti primarne zdravstvene zaštite (87).

1.4. Upravljanje ljudskim potencijalima

Upravljanje ljudskim potencijalima kao poslovna funkcija objedinjuje poslove i zadaće vezane uz radnike, njihov izbor, zapošljavanje, obrazovanje, stručno usavršavanje i druge aktivnosti razvoja radnika. U upravljanju ljudskim potencijalima vodi se briga o zadovoljavanju potreba radnika, poboljšanju socijalnog i ekonomskog položaja radnika, osiguranju prihvatljivih uvjeta rada i kvalitete radnog života, osiguravanju povoljne radne atmosfere i dobrih međuljudskih odnosa kao i brizi za zdravlje, a koji utječu, na zadovoljstvo radnika, a time potiču osobni angažman i razvoj (90-93).

Poslovna funkcija upravljanja ljudskim potencijalima prošla je mnoge faze razvoja, od one kad je u okviru svoje djelatnosti obuhvaćala izbor radnika, razmještaj na poslove i čuvanje osobnih podataka, preko stručnog osposobljavanja, pa sve do formuliranja politike koja potiče integraciju svih radnika u radnoj sredini, razvija zainteresiranost, fleksibilnost i kvalitetu rada čime se kombinira interes poslodavca i radnika (91).

Posljednjeg desetljeća razvija se potpuno nova filozofija upravljanja ljudskim potencijalima koja označava povratak čovjeku kao kompleksnom i jedinstvenom, emocionalnom i iracionalnom, a ne isključivo racionalnom biću. Zadaća upravljanja ljudskim potencijalima je individualnim pristupom nadvladati eventualne poteškoće do kojih bi moglo doći zbog osobnosti pojedinaca, koji svoju osobnost unose u organizaciju te na taj način mogu utjecati na organizacijske ciljeve (91).

Upravljanje ljudskim potencijalima ima također zadaću otkriti, razviti i pokrenuti ljudske potencijale za realizaciju ciljeva organizacije, a da pri tomu rad i osobna ulaganja radnika ne predstavljaju frustracije, nego osobno zadovoljstvo (samoispunjenje). Postoji velika vjerojatnost da će se pojedinac u određenoj situaciji i u određenim okolnostima ponašati na određeni način, pa je stoga poželjno osigurati takve okolnosti (91).

Za upravljanje ljudskim potencijalima izrazito je bitno radno pravo koje daje temelje radnih odnosa, utvrđuje prava i obveze poslodavaca i radnika, ali i podloge zapošljavanja, otpuštanja te drugih specifičnih aktivnosti vezanih uz ljudske potencijale.

S **poslovnog aspekta** cilj upravljanja ljudskim potencijalima je osigurati optimalan broj radnika, odgovarajuće kvalitete, u pravo vrijeme, na pravom mjestu i na pravi način iskoristiti potencijale radnika.

S **ekonomskog aspekta** cilj upravljanja ljudskim potencijalima je porast produktivnosti i profitabilnosti, snižavanje troškova, porast konkurentske sposobnosti te porast ukupne organizacijske uspješnosti.

Sa **socijalnog aspekta** cilj upravljanja ljudskim potencijalima je zadovoljiti potrebe, očekivanja i interese radnika, poboljšati socioekonomski položaj radnika te osigurati stalnu zaposlenost (61).

Da bi se navedeni ciljevi ostvarili, upravljanje ljudskim potencijalima mora polaziti od nekih načela i pridržavati ih se (61). Najvažnija načela su :

- ❖ radna okolina mora poticati radnike na maksimalan razvoj i iskorištenje intelektualnih i kreativnih sposobnosti i znanja,
- ❖ veće zadovoljavanje raznolikih potreba radnika kao pojedinca utječu na njegovu odanost i identifikacija s organizacijom je veća,
- ❖ najbolji se rezultati postižu ako se osigura da pojedinci, ostvarujući svoje osobne ciljeve, istovremeno ostvaruju i organizacijske ciljeve,
- ❖ praksa i politika upravljanja ljudskim potencijalima moraju zadovoljit ekonomske, socijalne i psihološke potrebe radnika,
- ❖ radnici su investicija s dugoročnim učincima koji znatno nadilaze investiranu vrijednost.

1.4.1. Funkcije upravljanja ljudskim potencijalima

Upravljanje ljudskim potencijalima je složena djelatnost, koja obuhvaća različita područja i aktivnosti. Njihova podjela i struktura mogu se provoditi po različitim osnovama i na različite načine, a uža područja djelovanja unutar upravljanja ljudskim potencijalima nazivaju se funkcijama sustava upravljanja ljudskim potencijalima (94).

Sve funkcije upravljanja ljudskim potencijalima usmjerene su na upravljanje i profesionalni razvoj radnika. Važne su kako bi se stvorilo okruženje koje će omogućiti radnicima maksimalan razvoj i iskorištenje intelektualnih i kreativnih sposobnosti i znanja, na obostranu korist.

Četiri su osnovne funkcije upravljanja ljudskim potencijalima, a sastoje se od niza elemenata: **privlačenje i zapošljavanje radnika** (strateško planiranje ljudskih potencijala, privlačenje, selekcija), **obuka i razvoj radnika** (orijentacija, obuka, razvoj radnika i karijere), **motivacija radnika** (motivacijske teorije i dizajniranje posla, procjena performansi, nagrađivanje i kompenzacije, beneficije) i **briga i zadržavanje radnika** (sigurnost, te zdravlje radnika, komuniciranje, radni odnosi) (95,96).

Analizirajući sve poslove upravljanja ljudskim potencijalima kao i funkcije upravljanja ljudskim potencijalima s pripadajućim elementima moguće je izdvojiti primarne ciljeve upravljanja ljudskim potencijalima:

1. privlačenje adekvatne radne snage prema organizaciji što uključuje planiranje, privlačenje i selekciju radnika,
2. razvijanje radne snage prema njenom potencijalu što uključuje profesionalni razvoj i edukaciju,
3. dugoročno održavanje radne snage s adekvatnim mjerama motivacije i upravljanjem radnom uspješnošću (64).

1.4.1.1. Zapošljavanje radnika

Temeljni procesi koji čine funkciju zapošljavanja jesu analiza radnih mjesta, pridobivanje ljudi za zapošljavanje, odabir (selekcija) te zapošljavanje i uvođenje u posao.

Stvarna, operativna aktivnost u području ljudskih potencijala započinje tek analizom radnih mjesta koja se sastoji od osnovnih podataka, zadataka, dužnosti, odgovornosti i specifičnih uvjeta pojedinih poslova. Uz analizu radnih mjesta potrebno je utvrditi specifikaciju zahtjeva posla koja se sastoji od nužnih osobina radnika (93).

Proces privlačenja kandidata je proces kojim se utvrđuju potrebe za kadrovima te pronalaze potencijalni kandidati za slobodna radna mjesta, a polazi od plana ljudskih potencijala i politike pridobivanja kandidata pri čemu se koriste vanjski i unutarnji izvori. Vanjski izvodi su oglašavanje, izravne prijave, preporuke, agencije za zapošljavanje, obrazovne institucije, stručni skupovi, konferencije, Internet i slično. Unutarnji izvori su unutarnje oglašavanje, preporuke nadređenih te informacije i preporuke organizacijske jedinice za ljudske potencijale (služba, odjel, odsjek) (93).

Nakon pribavljanja radnika provodi se postupak odabira (selekcija). Sam proces selekcije, uz provedbu različitih testiranja, poput intervjua i psiholoških testova (testovi inteligencije, opće kulture i slično), mora biti izuzetno dobro osmišljen i organiziran kako bi doveo do cilja, izbora najkvalitetnijeg i najkompetentnijeg kandidata. Osobito je važno da odjel ljudskih potencijala prati i provjerava kvalitetu kandidatova posla i stupnja njegove integracije u skupinu odnosno organizaciju, nakon početka rada (93).

1.4.1.2. Motivacija radnika

Motivacija i zadovoljstvo radnika postaju temeljem zanimanja suvremenog upravljanja ljudskim potencijalima jer jedino se s izgradnjom kvalitetnog motivacijskog sustava može pomoći organizaciji da unaprijedi poslovanje. Motivacija je proces pokretanja aktivnosti čovjeka i usmjeravanje njegove aktivnosti na određene objekte radi postizanja određenih ciljeva (97).

Danas postoji veći broj teorija motivacije, ali tri su osnovne teorije motivacije:

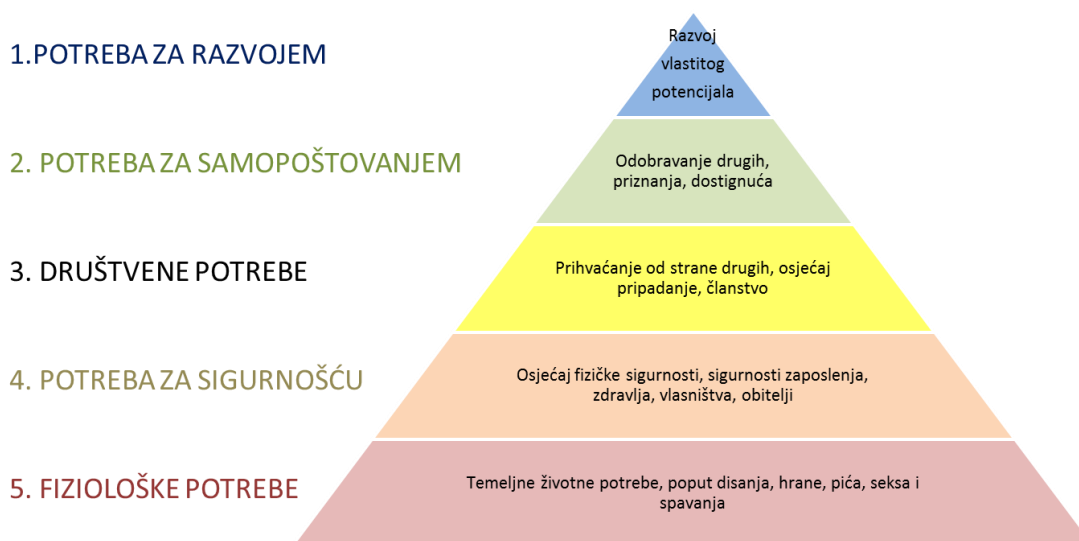
1. **Teorije potreba** (Maslow, 1954., Alderfer, 1969.) koje polaze od specifičnih potreba i njihova zadovoljavanja kao osnove za ravnotežu i opstanak ljudskog organizma. Ove teorije nam objašnjavaju zašto ljudi reagiraju, ali ne tumače način i vrste akcije koje ljudi poduzimaju da bi zadovoljili te potrebe (98-102).

2. **Teorija vrijednosti** (Mc Clelland, 1973.) ne uzima u obzir potrebu za opstankom već ono što pojedinac želi. Tri su tipa motivirajućih potreba: potreba za moći, potreba za povezanošću i potreba za postignućem. Tako pojedinac s visokom potrebom za moći pridodaje veliku pažnju svom utjecaju i kontroli, dok su pojedinci s velikom potrebom za povezivanjem sretni samo onda kada su voljeni. Treća potreba za postignućem pripada pojedincima s velikom željom za uspjehom koji se u isto vrijeme boje neuspjeha;

3. **Teorije vanjskih poticaja i očekivanja** naglašavaju važnost i utjecaj okruženja na ponašanje pojedinca i njihovo reagiranje.

Bez obzira na teorije, motivirani ljudi ulagati će više napora u svom radu od onih koji nisu motivirani. Kombinacijom materijalnih i nematerijalnih oblika motivacije postiže se puna angažiranost radnika na radu, što se odražava na racionalnost, ekonomičnost, proizvodnost i efikasnost rada (103,104).

Danas su na raspolaganju brojni financijski i nefinancijski oblici motivacije, a koja će se kombinacija upotrijebiti ovisi o poznavanju motivacijskih teorija, potreba radnika i sustava vrijednosti radnika. Osim podjele oblika motivacije na financijske i nefinancijske, izravne i neizravne, motive za rad možemo podijeliti i na vanjske kao npr., sustav plaća, uvjeti rada, rukovođenje te unutrašnje poput obrazovanja i napredovanja.



Izvor: Maslow A.H. A theory of human motivation. *Psychological Review* 1943;50(4):370–96.

Slika 3. Maslow piramida potreba

Materijalna odnosno financijska kompenzacija je sastavljena od različitih oblika motivacija koji su usmjereni na osiguranje i poboljšanje materijalnog položaja radnika i financijskih kompenzacija za rad (103). Dvije su temeljne vrste financijskih kompenzacija:

1. izravni financijski dobici koje pojedinac dobiva u novcu,
2. neizravni materijalni dobici koji doprinose podizanju materijalnog standarda zaposlenika i koje ne dobivaju u plaći ili uopće u obliku novca (103).

U prvoj grupi obuhvaćene su izravne nagrade za rad, dok se neizravne materijalne kompenzacije stječu samim zapošljavanjem u poduzeću i ne ovise o radnom učinku i uspješnosti.

Uz materijalne kompenzacije koje čine temelj motivacijskog sustava, potrebno je razraditi i sustav nematerijalnih poticaja za rad koji zadovoljavaju raznolike potrebe radnika u organizacijama. Za većinu radnika sve su važnije tzv. potrebe višeg reda kao što su razvoj i potvrđivanje, uvažavanje, status i drugo (104).

		IZRAVNE MATERIJALNE KOMPENZACIJE	NEIZRAVNE MATERIJALNE KOMPENZACIJE
RAZINA	Pojedinac	Plaća Bonusi i poticaju Naknade za inovaciju Naknade za širenje znanja	Stipendije i školarine Studijska putovanja Specijalizacije Slobodni dani Službeni automobil Menadžerske beneficije
	Tvrtka	Bonusi vezani uz rezultate i dobitak organizacijske jedinice ili poduzeća Udio u profitu Udio u vlasništvu	Mirovinsko osiguranje Zdravstvena zaštita Životna i druga osiguranja Obrazovanje Božićnica

Izvor: Bahtijarević Šiber F. *Management ljudskih potencijala, Golden marketing, Zagreb, 1999;614.*

Slika 4. Oblici materijalne motivacije radnika

Tablica 3. Razlike u menadžerskoj percepciji o tome što radnici žele i stvarnih želja

ŠTO RADNICI ŽELE U SVOM RADU	Rang po mišljenju radnika	Rang po mišljenju menadžmenta
Zanimljiv posao	1	5
Puno poštovanje za obavljeni posao	2	8
Osjećaj da su u tijeku sa zbivanjima	3	10
Sigurnost posla	4	2
Dobra plaća	5	1
Promocija i razvoj u organizaciji	6	3
Dobre radne uvijete	7	4
Osobnu lojalnost menadžera	8	6
Disciplinu s puno takta	9	7
Suosjećajnu pomoć u osobnim problemima	10	9

Izvor: Buntak K., Droždek I., Kovačić R. *Nematerijalna motivacija u funkciji upravljanja ljudskim potencijalima Tehnički glasnik 7, 2(2013), 213-219*

1.4.1.3. Edukacija radnika

Danas edukacija postaje jedan od najvažnijih oblika upravljanja i razvoja ljudskih potencijala, a sama funkcija edukacije radnika provodi se kroz četiri faze:

1. identifikacija potreba za edukacijom,
2. planiranje potrebne edukacije,
3. izvođenje edukacije,
4. evaluacija izvršene edukacije.

Osim što se može koristiti kao oblik motivacije, edukacija je bitna i zbog širenja znanja, vještina, spoznaja i sposobnosti radnika kojima se osposobljavaju za samostalno odlučivanje i djelovanje (95).

Iako se pod edukacijom najčešće podrazumijeva edukacija izvan ustanove (sudjelovanje na seminarima, kongresima, studijska putovanja i slično) postoji cijeni niz edukacija koje je moguće provesti unutar ustanove (individualni zadaci, individualne instrukcije, mentorstvo, rotacija posla).

1.4.1.4. Upravljanje radnom uspješnošću radnika

Upravljanje radnom uspješnošću je kontinuirani proces vrednovanja i usmjeravanja ponašanja i rezultata rada u radnoj situaciji. Upravljanje radnom uspješnošću pretpostavlja razvoj sustava pokazatelja i metoda praćenja radne uspješnosti svakog pojedinog radnika. Procjena radne uspješnosti je proces kojim se mjeri doprinos radnika ostvarivanju zadanih ciljeva u promatranom vremenu. Ako se takva procjena ne obavlja na korektan način može narušiti međuljudske odnose, a nasuprot tome, precizna ocjena može potaknuti radnika na bolju realizaciju postavljenih ciljeva (105).

Upravljanje radnom uspješnošću obuhvaća:

- ❖ Mjerenje uspješnosti odnosno proces kojim organizacija dobiva informacije o tome koliko su radnici uspješni u obavljanju njihovih radnih zadataka,
- ❖ Ocjenu uspjeha odnosno ostvareno ponašanje radnika ocjenjuje se opisno, (deskriptivno) i numerički (bodovima) te objašnjava položaj radnika u odnosu na standarde i očekivanja (zadovoljava ili ne zadovoljava)
- ❖ Priopćavanje ocjene uspjeha radniku odnosno proces kojim se ocjena prenosi radniku kako bi mogao prilagoditi svoj rad ciljevima organizacije.

Procjena radne uspješnosti nije efektivna kada u poduzeću postoji neadekvatno dokumentiranje i ažuriranje podataka, nedostatna suradnja s radnicima te odsustvo priznanja za postignute dobre rezultate.

2. HIPOTEZA ISTRAŽIVANJA

U sustavu javnog zdravstva u Republici Hrvatskoj ne postoji opće prihvaćeni model planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima.

3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Opći cilj istraživanja je na primjeru zdravstvenih ustanova u javnom sektoru, kao najvećem segmentu zdravstvenog sustava, utvrditi način na koji se planira i upravlja ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva u RH te predložiti jedinstveni model planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima

Specifični ciljevi istraživanja su utvrditi:

- ❖ kakva je uloga menadžmenta zdravstvenih ustanova, a kakva je uloga zdravstvene administracije (Ministarstva zdravlja, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje) u planiranju i upravljanju ljudskim potencijalima,
- ❖ organizaciju menadžmenta zdravstvenih ustanova, struku članova, formalnu edukaciju i ulogu pojedinih članova menadžmenta zdravstvene ustanove u planiranju i upravljanju ljudskim potencijalima,
- ❖ koji su modeli, kriteriji i alati koje koristi menadžment zdravstvene ustanove u planiranju i upravljanju ljudskim potencijalima,
- ❖ postojanje i strukturu strategije upravljanja ljudskim potencijalima, plan zapošljavanja, upućivanja na specijalističko usavršavanje i plan edukacije djelatnika.

Na temelju dobivenih rezultata predložit će se model planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima.

4. ISPITANICI I METODE

Istraživanje je dio znanstveno-istraživačkog projekta br. 1080316-0300 Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske, pod nazivom *Zdravlje na radu i zdravi okoliš* koji se provodi na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Prema tipu istraživanja radi se o opservacijskom presječnom istraživanju. Istraživanje je provedeno od 17. ožujka do 15. travnja 2014. godine.

4.1. Ispitanici

Istraživanjem su obuhvaćene zdravstvene ustanove u sustavu javnog zdravstva u RH, uključene u Mrežu javne zdravstvene službe. Uključene su ukupno 64 bolnice i to 5 kliničkih bolničkih centara, 3 kliničke bolnice, 4 klinike, 22 opće bolnice, 27 specijalnih bolnica i 3 lječilišta. Nadalje, uključeno je 49 domova zdravlja i 21 zavod za javno zdravstvo, što ukupno predstavlja 134 zdravstvene ustanove.

4.2. Metode

Istraživanje je provedeno primjenom *Upitnika o planiranju i upravljanju ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva* koji je namijenjen ravnateljima odnosno sanacijskim upraviteljima zdravstvenih ustanova. Ukupno su sudjelovala 134 ravnatelja ili sanacijska upravitelja zdravstvenih ustanova, odnosno osobe koje su oni ovlastili da umjesto njih odgovore na pitanja iz Upitnika.

Upitnik se sastoji od 40 pitanja koja su podijeljena u dvije skupine: opći dio s pitanjima o organizaciji zdravstvene ustanove i specijalni dio s pitanjima o planiranju i upravljanju ljudskim potencijalima.

Ispitanici su svoje stavove iskazati na Likertovoj ljestvici od 1 do 7, zaokruživanjem odgovarajućeg broja, odabirom jednog ili više ponuđenih odgovora ili upisivanjem odgovarajućeg odgovora. Uz svako pitanje ili skupinu pitanja naznačen je način

ispunjavanja upitnika. Sudjelovanje u istraživanju je dragovoljno, a ispitanici su dobili i pismenu obavijest s pojašnjenjem istraživanja. Upitnici su dostavljani poštom na adresu sjedišta zdravstvene ustanove. Uz Upitnik, ispitanicima je dostavljena i Obavijest o istraživanju, te omotnica s plaćenom poštarinom i upisanom povratnom adresom za dostavu ispunjenih Upitnika.

Obavijest o istraživanju sadržavala je osnovne informacije o istraživanju, cilj, postupak, povjerljivost i dragovoljnost. Na kraju upitnika stavljena je dodatna napomena ispitanicima da se ne potpisuju te da odgovore vraćaju u zatvorenoj omotnici koju su dobili s Upitnikom.

Analiza podataka provedena je u Croatia zdravstvenom osiguranju d.d, radnom mjestu pristupnika, te u Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, radnom mjestu mentora.

4.2.1. Statistička obrada podataka

Podaci dobiveni u istraživanju prikazani su tablično i grafički. Deskriptivna statistika korištena je za prikaz rezultata. Korišteni su parametrijski, odnosno neparametrijski testovi, te odgovarajući prikaz kontinuiranih vrijednosti (aritmetičke sredine i standardne devijacije). Kategorijske i nominalne vrijednosti prikazane su kroz apsolutne brojeve i njihove učestalosti. Razlike u kategorijskim varijablama su analizirane χ^2 testom, dok su razlike u kvantitativnim vrijednostima analizirane nezavisnim t-testom.

Za ispitivanje predikcije dobrog planiranja ljudskih potencijala na osnovi organizacijskih karakteristika zdravstvene ustanove i pojedinačne primjene kriterija planiranja ljudskih potencijala, korištena je linearna regresijska analiza, a povezanost je prikazana u obliku standardiziranog β koeficijenta.

Sve P vrijednosti manje od 0,05 smatrane su statistički značajnima. U analizi je korištena programska podrška STATISTICA verzija 10.0 (www.statsoft.com).

4.2.2. Etička dopusnica

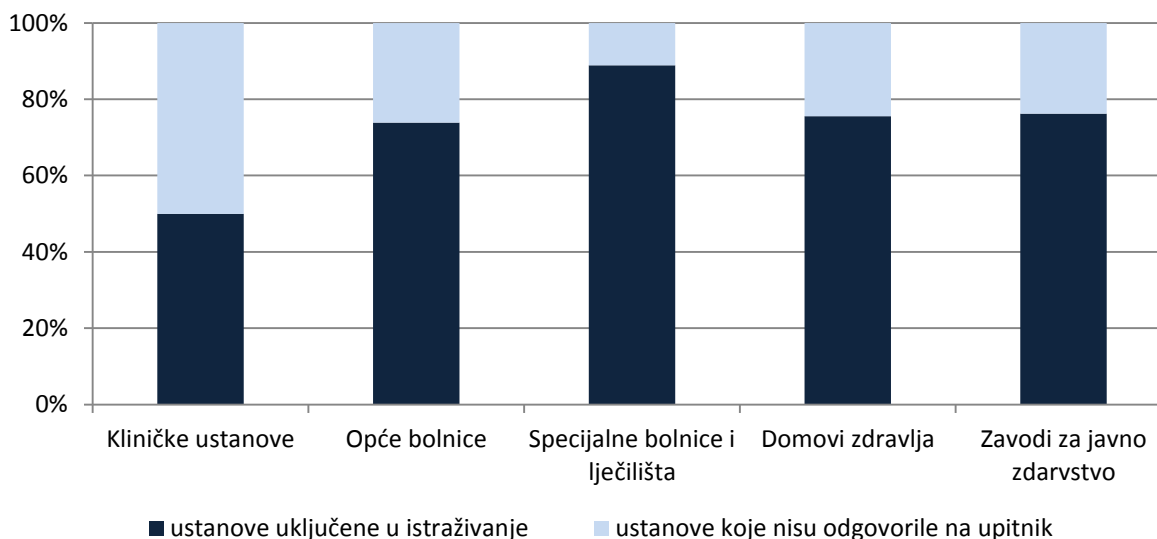
Istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu nakon pažljive procjene dostavljenog prijedloga istraživanja i potrebne dokumentacije. Istraživanje je provedeno u okviru projekta *Zdravlje na radu i zdravi okoliš* u skladu sa svim primjenljivim smjernicama čiji je cilj osigurati pravilno provođenje istraživanja te sigurnost osoba koje u njemu sudjeluju kao i poštivanje *Helsinške deklaracije, Kodeksa liječničke etike i deontologije* Hrvatske liječničke komore i Hrvatskog liječničkog zbora.

5. REZULTATI

5.1. Uzorak

Od ukupno 134 poslana upitnika, vraćen je 101 popunjen upitnik i to 7 iz kliničkih ustanova, 17 iz općih bolnica, 24 iz specijalnih bolnica i lječilišta, 37 iz domova zdravlja, te 16 iz zavoda za javno zdravstvo. Odaziv istraživanju je bio sa stopom odgovora (*engl. response rate*) od 75,4%. Odaziv istraživanju prema vrsti zdravstvenih ustanova je sljedeći: specijalne bolnice i lječilišta (88,9%), zavodi za javno zdravstvo (76,2%), domovi zdravlja (75,5%), opće bolnice (73,9%), kliničke ustanove (50%) (*Slika 5*).

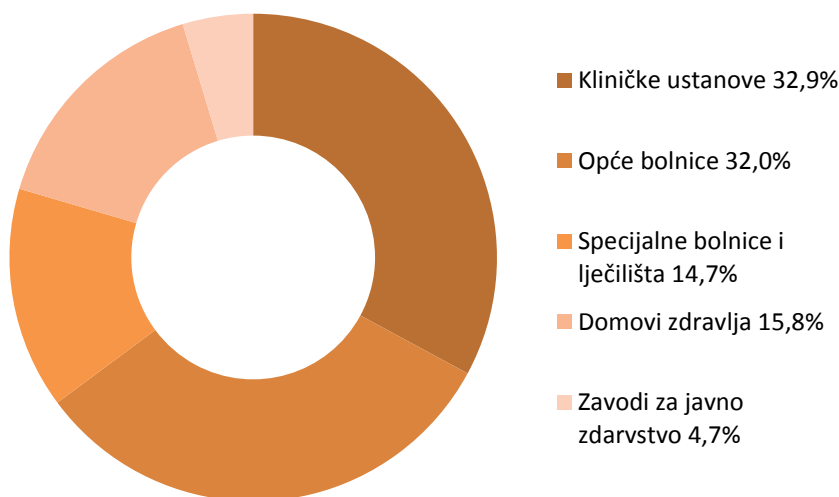
Svi rezultati u istraživanju prikazani su na 101 zdravstvenu ustanovu uključenu u istraživanje. Kako su upitnici poslani svim zdravstvenim ustanovama iz navedenih kategorija, rezultati obuhvaćaju 75,4% svih bolnica, domova zdravlja i zavoda za javno zdravstvu u RH.



Slika 5. Odaziv istraživanju prema vrsti zdravstvenih ustanova (N=101)

U zdravstvenim ustanovama uključenim u istraživanje zaposleno je ukupno 39.447 radnika, što predstavlja 53,0% ukupnog broja radnika u sustavu zdravstva u RH, odnosno 84,0% ukupnog broja radnika zaposlenih u državnim (javnim) zdravstvenim ustanovama.

U kliničkim ustanovama zaposlena su ukupno 12.974 radnika (32,9%), u općim bolnicama 12.606 radnika (32,0%), u specijalnim bolnicama i lječilištima zaposleno je 5.799 radnika (14,7%), u domovima zdravlja 6.226 (15,8%), te u zavodima za javno zdravstvo 1.842 radnika 4,7% (*Slika 6*).



Slika 6. Mjesto rada radnika zaposlenih u ustanovama uključenim u istraživanje (N=39.447)

5.2. Ravnateljstvo zdravstvene ustanove

Radom zdravstvene ustanove rukovodi ravnatelj, donosno sanacijski upravitelj ukoliko je zdravstvena ustanova uključena u sanacijski program. Ukupno 60 ravnatelja/ sanacijskih upravitelja zdravstvenih ustanova u ovom istraživanju prema zvanju su doktori medicine (59,4%), 21 je magistar ekonomije (20,8%), 10 je

magistara prava (9,9%), 7 je doktora dentalne medicine (6,9%) te po 1 magistar farmacije (1%), diplomirani inženjer (1%) i doktor veterine (1%). (Tablica 4).

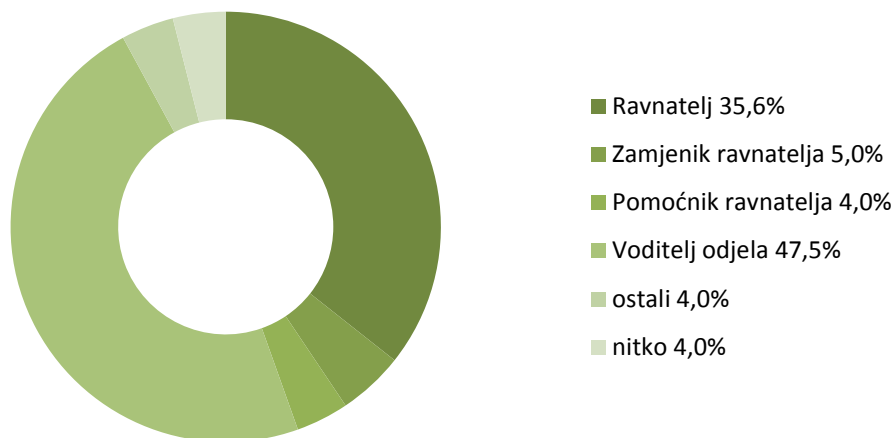
Tablica 4. Prikaz zvanja ravnatelja i sanacijskih upravitelja zdravstvenih ustanova uključenih u istraživanje (N=101)

	Dr.med.	Dr.med.dent.	Mag.oec.	Mag.iur.	Mr.pharm.	Dipl.ing.	Dr.vet.med.
Kliničke ustanove	5		2				
Opće bolnice	14		3				
Specijalne bolnice i lječilišta	14		4	4	1	1	
Domovi zdravlja	15	7	8	6			1
Zavodi za javno zdravstvo	12		4				
UDIO	59,4%	6,9%	20,8%	9,9%	1,0%	1,0%	1,0%

Jedna od funkcija ravnateljstva zdravstvene ustanove je upravljanje ljudskim potencijalima. U ukupno 36 ustanova (28,3%) ta funkcija se provodi kroz specijalizirani odjel za upravljanje ljudskim potencijalima, odnosno putem osobe zadužene za obavljanje poslova upravljanja ljudskim potencijalima. U ukupno 58 ustanova (61,7%) uključenih u istraživanje ne postoji odjel niti funkcija upravljanja ljudskim potencijalima, a tim poslovima se bave osobe kojima je upravljanje ljudskim potencijalima samo jedna od aktivnosti radnog mjesta.

Odgovorna osoba za upravljanje ljudskim potencijalima u 48 ustanova (47,5%) je voditelj odjela za pravne i kadrovske poslove, u 36 ustanova odgovorna osoba je ravnatelj (35,6%), u 5 ustanova zamjenik ravnatelja (5,0%) i u 4 ustanove pomoćnik ravnatelja (4,0%). U tri ustanove kao osoba odgovorna za upravljanje ljudskim potencijalima navedeni su informatičar, poslovni tajnik ustanove i upravni referent, a

u jednoj ustanovi je odgovornost za poslove upravljanja ljudskim potencijalima pripisana upravnom vijeću. U četiri ustanove navedeno je da se nitko ne bavi poslovima upravljanja ljudskim potencijalima (*Slika 7*).



Slika 7. *Odgovorne osobe za poslove upravljanja ljudskim potencijalima (N=101)*

U 73 ustanove (72,3%) osoba odgovorna za obavljanje poslova upravljanja ljudskim potencijalima nema završen nikakav oblik formalne edukacije iz područja upravljanja ljudskim potencijalima te posao obavlja temeljem iskustva. U preostalim 28 ustanova (27,7%) osoba odgovorna za upravljanje ljudskim potencijalima ima završen neki oblik formalne edukacije iz tog područja i to: 18 osoba ima završen kolegij na fakultetu iz područja upravljanja ljudskim potencijalima (17,8%), 2 osobe imaju završen poslijediplomski studij (2,0%), 1 osoba ima završen tečaj iz upravljanja ljudskim potencijalima (1,0%) i 10 osoba ima završen neki drugi oblik edukacije (9,9%) (*Tablica 5*).

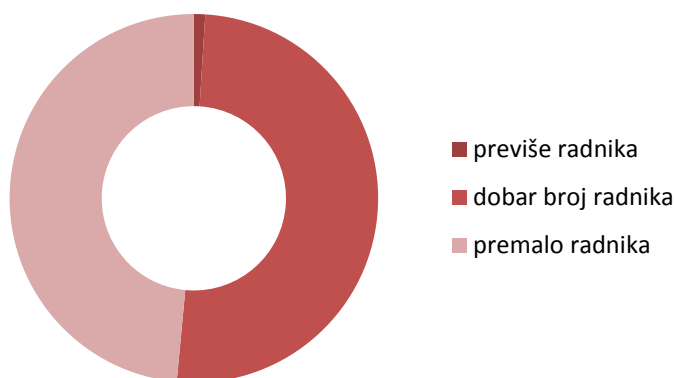
Tablica 5. Prikaz edukacije iz područja upravljanja ljudskim potencijalima osoba odgovornih za područje ljudskih potencijala u zdravstvenim ustanovama

	Nema završenu formalnu edukaciju	Udio	Završen kolegij na fakultetu	Udio	Završen postdipl. studij	Udio	Završen tečaj	Udio	Neki drugi oblik edukacije	Udio
Kliničke ustanove	5	71,4%	2	28,6%		0,0%		0,0%		0,0%
Opće bolnice	12	70,6%	6	35,3%	1	5,9%		0,0%	2	11,8%
Specijalne bolnice i lječilišta	18	75,0%	2	8,3%	1	4,2%		0,0%	2	8,3%
Domovi zdravlja	26	70,3%	5	13,5%		0,0%	1	2,7%	2	5,4%
Zavodi za javno zdravstvo	12	75,0%	3	18,8%		0,0%		0,0%	4	25,0%
UKUPNO	73	72,3%	18	17,8%	2	2,0%	1	1,0%	10	9,9%

5.3. Planiranje ljudskih potencijala

5.3.1. Analiza sadašnje stanja broja i obrazovne strukture radnika

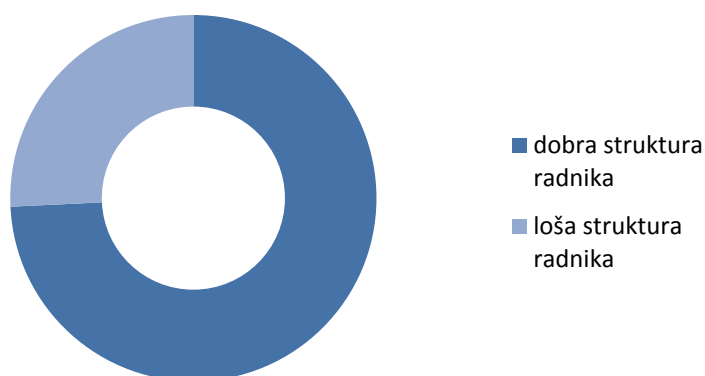
Analiza sadašnjeg stanja ljudskih potencijala u zdravstvenim ustanovama uključenim u istraživanje provedeno je kroz dvije odvojene analize: analiza broja radnika i analiza obrazovne strukture radnika. U 51 zdravstvenoj ustanovi (50,5%) utvrđeno je da broj radnika zadovoljava potrebe zdravstvene ustanove, u 49 zdravstvenih ustanova (48,5%) utvrđeno je da je broj radnika nedovoljan za potrebe zdravstvene ustanove, dok je u svega 1 ustanovi (1,0%) utvrđeno da je broj radnika prevelik (*Slika 8*).



Slika 8. Analiza broja radnika u zdravstvenim ustanovama (N=101)

Prema analizi obrazovne strukture radnika zaposlenih u zdravstvenim ustanovama utvrđeno je da je u 75 ustanova (74,3%) obrazovna struktura radnika zadovoljavajuća, a u 26 ustanova (25,7%) obrazovna struktura radnika ne zadovoljava potrebe zdravstvene ustanove (*Slika 9*).

Od 51 ustanovi u kojima je procijenjeno da broj radnika zadovoljava potrebe zdravstvene ustanove, u 34 ustanove (66,7%) je uz dostatan broj radnika utvrđena i dobra obrazovna struktura radnika, dok je preostalih 17 ustanova (33,3%) broj radnika dostatan, ali obrazovna struktura ne zadovoljava potrebe ustanove.



Slika 9. Analiza strukture radnika u zdravstvenim ustanovama (N=101)

U ustanovama u kojima je zaposlen nedovoljan broj radnika, uglavnom je prisutna dobra obrazovna struktura radnika (40 ustanova ili 81,6%) dok je svega 9 ustanova (18,4%) utvrđeno da je uz nedovoljan broj radnika prisutna i nezadovoljavajuća obrazovna struktura radnika.

U ustanovi u kojoj je utvrđeno da ima višak zaposlenika obrazovna struktura radnika je zadovoljavajuća. Ustanova koja ima višak zaposlenika i pri tome lošu strukturu zaposlenika, nije utvrđena.

Tablica 6. Broj ustanova u pojedinoj kategoriji obzirom na broj i obrazovnu strukturu radnika (N=101)

	Zadovoljavajuća obrazovna struktura radnika	Nezadovoljavajuća obrazovna struktura radnika
Prevelik broj radnika u ustanovi	1	0
Dobar broj radnika u ustanovi	34	17
Nedovoljan broj radnika u ustanovi	40	9

Usporedbom odnosa obrazovne strukture radnika i broja radnika u pojedinoj zdravstvenoj ustanovi, nije utvrđena statistički značajna razlika ($\chi^2=3,278$, $df= 2$, $P=0,194$).

5.3.2. Utjecaj zatečenog broja radnika na planiranje ljudskih potencijala

Analizom utjecaja zatečenog broja radnika na planiranje ljudskih potencijala u zdravstvenim ustanovama utvrđeno je da u 59 ustanova (58,4%) zatečeni broj radnika ima jak utjecaj (jačina utjecaja 5), prevladavajući utjecaj (jačina utjecaja 6) ili isključiv utjecaj (jačina utjecaja 7) na planiranje ljudskih potencijala.

U 16 ustanova (15,8%) zatečeni broj radnika ima mali utjecaj (jačina utjecaja 3), neznatan utjecaj (jačina utjecaja 2) ili nema utjecaja na planiranje ljudskih potencijala (jačina utjecaja 1).

U preostalih 26 ustanova (25,7%) zatečeni broj radnika ima umjeren utjecaj na planiranje ljudskih potencijala u zdravstvenoj ustanovi (jačina utjecaja 4).

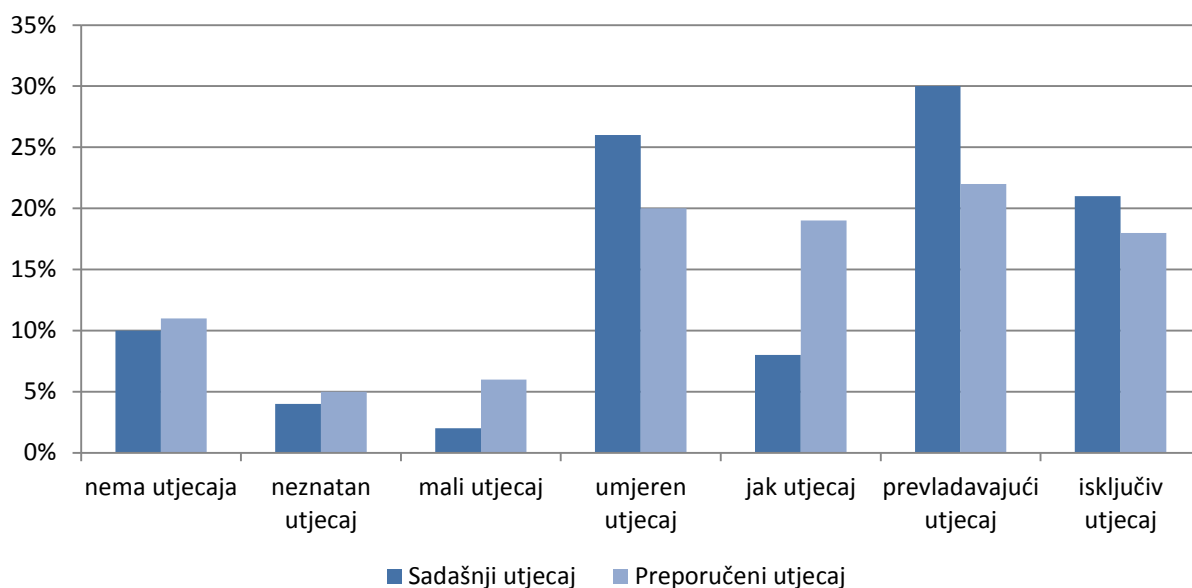
Prosječna sadašnja jačina utjecaja zatečenog broja radnika na planiranje ljudskih potencijala je $4,9 \pm 1,9$.

Prema mišljenju ispitanika zatečeni broj radnika trebalo bi imati manji utjecaj na planiranje ljudskih potencijala s prosječnom jačinom utjecaja od $4,7 \pm 1,9$.

Ustanove koje smatraju da zatečeni broj radnika ima isključiv, prevladavajući, jak i umjeren utjecaj, smatraju da se utjecaj zatečenog broja radnika na planiranje ljudskih potencijala treba smanjiti, dok ustanove koje smatraju da je utjecaj zatečenog broja radnika na planiranje ljudskih potencijala mali, neznatan ili bez utjecaja smatraju da se utjecaj zatečenog broja radnika na planiranje ljudskih potencijala treba povećati.

Prikaz raspodjele sadašnje jačine utjecaja zatečenog broja radnika na planiranje ljudskih potencijala, te preporuka o jačini utjecaja kojeg bi zatečeni broj radnika trebalo imati na planiranje ljudskih potencijala, prikazani su na *Slici 10*.

Usporedbom sadašnje jačine utjecaja zatečenog broja radnika i prijedloga jačine utjecaja zatečenog broja radnika na planiranje ljudskih potencijala na razini cijelog uzorka nije utvrđena statistički značajna razlika ($t=0,764$, $df=200$, $P=0,446$) (*Tablica 13.*).



Slika 10. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja zatečenog broja radnika na planiranje ljudskih potencijala ($t=0,764$, $df=200$, $P=0,446$)

Usporedbom sadašnje jačine utjecaja zatečenog broja radnika i prijedloga jačine utjecaja zatečenog broja radnika na planiranje ljudskih potencijala na razini pojedine vrste ustanova nije utvrđena statistički značajna razlika (Tablica 7.).

Tablica 7. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja zatečenog broja radnika na planiranje ljudskih potencijala

ZATEČENI BROJ RADNIKA						
		ocjena	±	t	df	P*
Kliničke ustanove	Sadašnji utjecaj	4,0	1,5	0,370	12	0,718
	Preporučeni utjecaj	4,3	1,5			
Opće bolnice	Sadašnji utjecaj	5,2	1,4	0,415	32	0,681
	Preporučeni utjecaj	5,0	1,4			
Specijalne bolnice i lječilišta	Sadašnji utjecaj	4,7	2,1	0,765	46	0,448
	Preporučeni utjecaj	5,1	1,5			
Domovi zdravlja	Sadašnji utjecaj	5,0	2,0	1,548	72	0,126
	Preporučeni utjecaj	4,2	2,4			
Zavodi za javno zdravstvo	Sadašnji utjecaj	5,1	4,7	0,165	30	0,870
	Preporučeni utjecaj	4,9	1,4			

*Student t-test, Legenda: ocjena 1-nema utjecaja, 2-neznatan utjecaj, 3-mali utjecaj, 4-umjeren utjecaj, 5-jak utjecaj, 6-prevladavajući utjecaj, 7-isključiv utjecaj

5.3.3. Utjecaj zdravstvenih potreba stanovništva na planiranje ljudskih potencijala

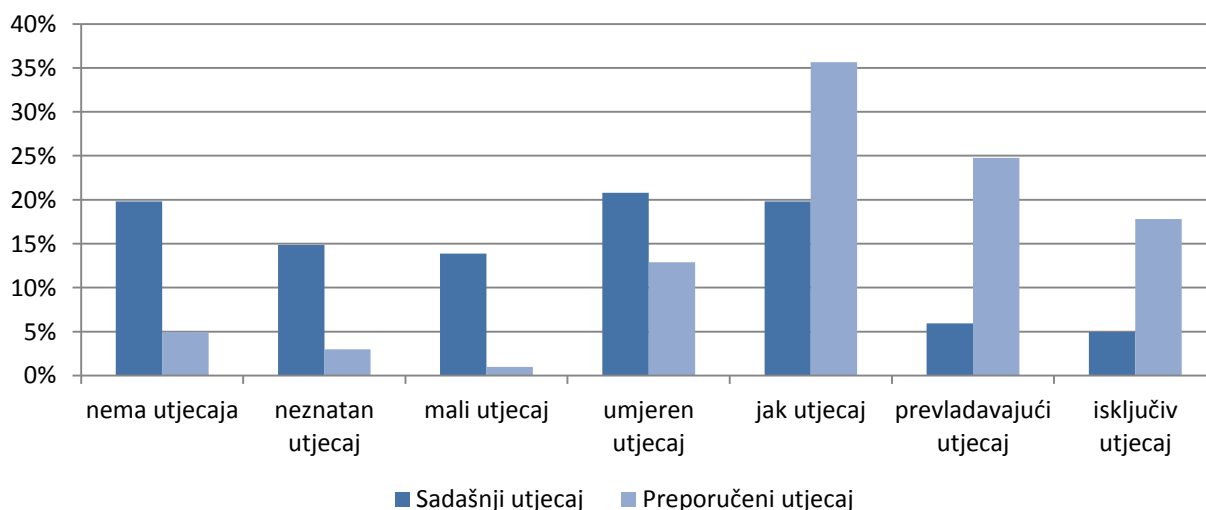
Analizom utjecaj zdravstvenih potreba stanovništva na planiranje ljudskih potencijala utvrđeno je da u 31 ustanovi (30,7%) zdravstvene potrebe stanovništva imaju jak utjecaj (jačina utjecaja 5), prevladavajući utjecaj (jačina utjecaja 6) ili isključiv utjecaj (jačina utjecaja 7) na planiranje ljudskih potencijala.

U 49 ustanova (48,5%) zdravstvene potrebe stanovništva imaju mali utjecaj (jačina utjecaja 3), neznatan utjecaj (jačina utjecaja 2) ili nemaju utjecaja (jačina utjecaja 1) na planiranje ljudskih potencijala.

U preostaloj 21 ustanovi (20,8%) zdravstvene potrebe stanovništva imaju umjeren utjecaj na planiranje ljudskih potencijala (jačina utjecaja 4).

Prosječna sadašnja jačina utjecaja zdravstvenih potreba stanovništva na planiranje ljudskih potencijala je $3,4 \pm 1,8$.

Prema mišljenju ispitanika, zdravstvene potrebe stanovništva trebale bi imati veći utjecaj na planiranje ljudskih potencijala s prosječnom jačinom utjecaja od $5,2 \pm 1,5$.



Slika 11. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja zdravstvenih potreba stanovništva na planiranje ljudskih potencijala ($t=7,887$, $df=200$, $P<0,001$)

Usporedbom sadašnje jačine utjecaja zdravstvenih potreba stanovništva i prijedloga jačine utjecaja zdravstvenih potreba stanovništva na planiranje ljudskih potencijala na razini cijelog uzorka utvrđena je statistički značajna razlika ($t=7,887$, $df=200$, $P<0,001$) (Tablica 13.).

Usporedbom sadašnje jačine utjecaja zdravstvenih potreba stanovništva i prijedloga jačine utjecaja zdravstvenih potreba stanovništva na planiranje ljudskih potencijala na razini pojedine vrste zdravstvenih ustanova utvrđena je statistički značajna razlika kod svih vrsta zdravstvenih ustanova: kliničkih ustanova ($t=2,467$, $df=12$, $P=0,030$), općih bolnica ($t=3,3831$, $df=32$, $P<0,001$), specijalnih bolnica i lječilišta ($t=2,308$, $df=46$, $P=0,026$), domova zdravlja ($t=4,828$, $df=72$, $P<0,001$), te zavoda za javno zdravstvo ($t=3,930$, $df=30$, $P<0,001$) (Tablica 8.).

Tablica 8. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja zdravstvenih potreba stanovništva na planiranje ljudskih potencijala

ZDRAVSTVENE POTREBE STANOVNIŠTVA						
		ocjena	±	t	df	P*
Kliničke ustanove	Sadašnji utjecaj	3,3	1,4	2,467	12	0,030
	Preporučeni utjecaj	5,1	1,4			
Opće bolnice	Sadašnji utjecaj	3,6	1,6	3,831	32	<0,001
	Preporučeni utjecaj	5,3	0,9			
Specijalne bolnice i lječilišta	Sadašnji utjecaj	3,4	2,0	2,308	46	0,026
	Preporučeni utjecaj	4,7	1,9			
Domovi zdravlja	Sadašnji utjecaj	3,5	1,8	4,828	72	<0,001
	Preporučeni utjecaj	5,3	1,4			
Zavodi za javno zdravstvo	Sadašnji utjecaj	3,2	1,8	3,930	30	<0,001
	Preporučeni utjecaj	5,5	1,5			

*Student t-test

Legenda: ocjena 1-nema utjecaja, 2-neznatan utjecaj, 3-mali utjecaj, 4-umjeren utjecaj, 5-jak utjecaj, 6-prevladavajući utjecaj, 7-isključiv utjecaj

5.3.4. Utjecaj uvođenja novih tehnologija na planiranje ljudskih potencijala

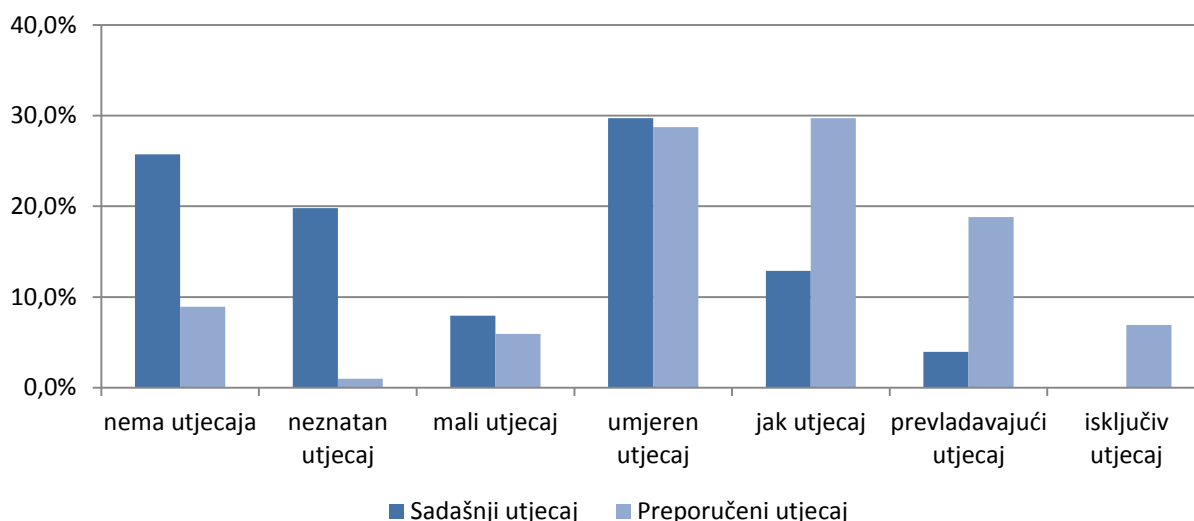
Analizom utjecaja uvođenja novih tehnologija na planiranje ljudskih potencijala utvrđeno je da u 17 ustanova (16,8%) uvođenje novih tehnologija imaju jak utjecaj (jačina utjecaja 5), prevladavajući utjecaj (jačina utjecaja 6) ili isključiv utjecaj (jačina utjecaja 7) na planiranje ljudskih potencijala.

U 54 ustanove (53,5%) uvođenje novih tehnologija ima mali utjecaj (jačina utjecaja 3), neznatan utjecaj (jačina utjecaja 2) ili nema utjecaja (jačina utjecaja 1) na planiranje ljudskih potencijala.

U preostalih 30 ustanova (29,7%) uvođenje novih tehnologija ima umjeren utjecaj na planiranje ljudskih potencijala u zdravstvenoj ustanovi (jačina utjecaja 4).

Prosječna jačina utjecaja uvođenja novih tehnologija na planiranje ljudskih potencijala je $3,0 \pm 1,6$.

Prema mišljenju ispitanika uvođenje novih tehnologija trebalo bi imati veći utjecaj na planiranje ljudskih potencijala s prosječnom jačinom utjecaja od $4,5 \pm 1,5$.



Slika 12. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja uvođenja novih tehnologija na planiranje ljudskih potencijala ($t=6,921$, $df=200$, $P<0,001$)

Usporedbom sadašnje jačine utjecaja uvođenja novih tehnologija i prijedloga jačine utjecaja uvođenja novih tehnologija na planiranje ljudskih potencijala na razini cijelog uzorka utvrđena je statistički značajna razlika ($t=6,921$, $df=200$, $P<0,001$) (*Tablica 13.*).

Usporedbom sadašnje jačine utjecaja uvođenja novih tehnologija i prijedloga jačine utjecaja uvođenja novih tehnologija na planiranje ljudskih potencijala na razini pojedine vrste ustanova utvrđena je statistički značajna razlika kod kliničkih ustanova ($t=3,242$, $df=12$, $P=0,007$), općih bolnica ($t=4,527$, $df=32$, $P<0,001$), specijalnih bolnica i lječilišta ($t=3,432$, $df=46$, $P<0,001$) i domova zdravlja ($t=4,444$, $df=72$, $P<0,001$), dok kod zavoda za javno zdravstvo nije utvrđena statistički značajna razlika ($t=1,826$, $df=30$, $P=0,078$) (*Tablica 9.*).

Tablica 9. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja uvođenja novih tehnologija na planiranje ljudskih potencijala

UVOĐENJE NOVIH TEHNOLOGIJA						
		ocjena	±	t	df	P*
Kliničke ustanove	Sadašnji utjecaj	3,0	1,3	3,242	12	0,007
	Preporučeni utjecaj	5,0	1,0			
Opće bolnice	Sadašnji utjecaj	3,4	1,1	4,527	32	<0,001
	Preporučeni utjecaj	5,0	1,0			
Specijalne bolnice i lječilišta	Sadašnji utjecaj	2,5	1,6	3,432	46	<0,001
	Preporučeni utjecaj	4,1	1,6			
Domovi zdravlja	Sadašnji utjecaj	2,9	1,6	4,444	72	<0,001
	Preporučeni utjecaj	4,6	1,7			
Zavodi za javno zdravstvo	Sadašnji utjecaj	3,3	1,8	1,826	30	0,078
	Preporučeni utjecaj	4,4	1,6			

*Student t-test

Legenda: ocjena 1-nema utjecaja, 2-neznatan utjecaj, 3-mali utjecaj, 4-umjeren utjecaj, 5-jak utjecaj, 6-prevladavajući utjecaj, 7-isključiv utjecaj

5.3.5. Utjecaj visine proračuna zdravstvenih ustanova na planiranje ljudskih potencijala

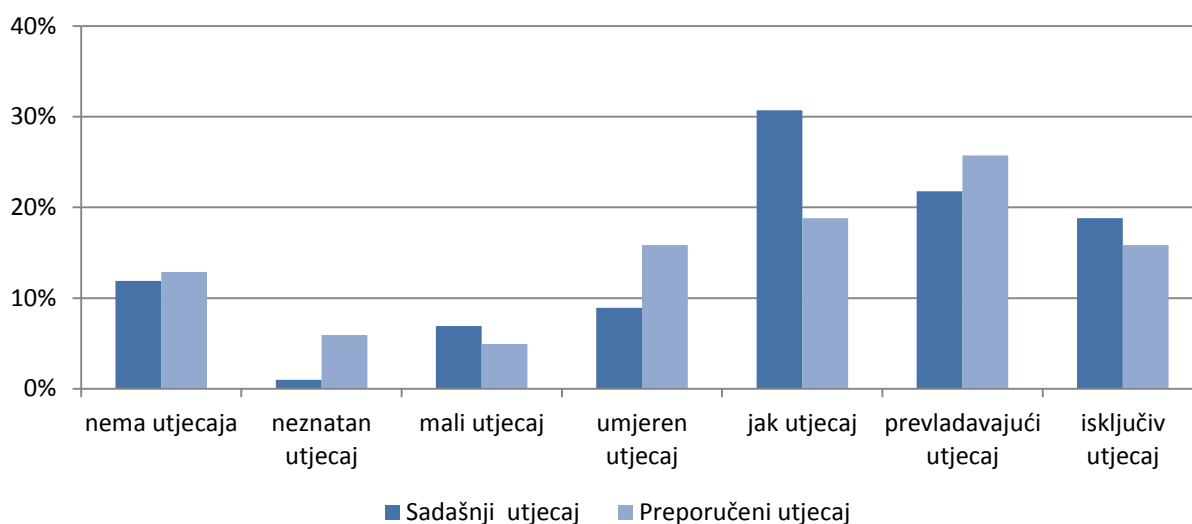
Analizom utjecaja visine proračuna zdravstvenih ustanova na planiranje ljudskih potencijala utvrđeno je da u 72 ustanove (71,3%) proračun zdravstvene ustanove ima jak utjecaj (jačina utjecaja 5), prevladavajući utjecaj (jačina utjecaja 6) ili isključiv utjecaj (jačina utjecaja 7) na planiranje ljudskih potencijala.

U 20 ustanova (19,8%) visina proračuna zdravstvene ustanove ima mali utjecaj (jačina utjecaja 3), neznatan utjecaj (jačina utjecaja 2) ili nema utjecaj (jačina utjecaja 1) na planiranje ljudskih potencijala.

U preostalih 9 ustanova (8,8%) visina proračuna zdravstvene ustanove ima umjeren utjecaj na planiranje ljudskih potencijala u zdravstvenoj ustanovi (jačina utjecaja 4).

Prosječna jačina utjecaja visine proračuna zdravstvenih ustanova na planiranje ljudskih potencijala je $4,9 \pm 1,8$.

Prema mišljenju ispitanika visina proračuna zdravstvene ustanove trebala bi manji veći utjecaj na planiranje ljudskih potencijala s prosječnom jačinom utjecaja od $4,6 \pm 1,9$.



Slika 13. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja visine proračuna zdravstvenih ustanova na planiranje ljudskih potencijala ($t=1,134$, $df=200$, $P=0,258$)

Usporedbom sadašnje jačine utjecaja visine proračuna zdravstvenih ustanova i prijedloga jačine utjecaja visine proračuna zdravstvenih ustanova na planiranje ljudskih potencijala na razini cijelog uzorka nije utvrđena statistički značajna razlika ($t=1,134$, $df=200$, $P=0,258$) (Tablica 13.).

Usporedbom sadašnje jačine utjecaja visine proračuna zdravstvene ustanove i prijedloga jačine utjecaja visine proračuna zdravstvene ustanove na planiranje ljudskih potencijala na razini pojedine vrste ustanova nije utvrđena statistički značajna razlika (Tablica 10.).

Tablica 10. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja visine proračuna zdravstvene ustanove na planiranje ljudskih potencijala

VISINA PRORAČUNA ZDRAVSTVENE USTANOVE						
		ocjena	±	t	df	P*
Kliničke ustanove	Sadašnji utjecaj	5,0	0,6	0,000	12	1,000
	Preporučeni utjecaj	5,0	1,3			
Opće bolnice	Sadašnji utjecaj	5,6	1,0	1,041	32	0,306
	Preporučeni utjecaj	5,1	1,7			
Specijalne bolnice i lječilišta	Sadašnji utjecaj	4,8	2,0	0,705	46	0,484
	Preporučeni utjecaj	4,4	1,9			
Domovi zdravlja	Sadašnji utjecaj	4,5	2,0	0,000	72	1,000
	Preporučeni utjecaj	4,5	2,2			
Zavodi za javno zdravstvo	Sadašnji utjecaj	5,0	2,0	0,425	30	0,674
	Preporučeni utjecaj	4,7	2,0			

*Student t-test

Legenda: ocjena 1-nema utjecaja, 2-neznatan utjecaj, 3-mali utjecaj, 4-umjeren utjecaj, 5-jak utjecaj, 6-prevladavajući utjecaj, 7-isključiv utjecaj

5.3.6. Uloga propisa Ministarstva zdravlja na planiranje ljudskih potencijala

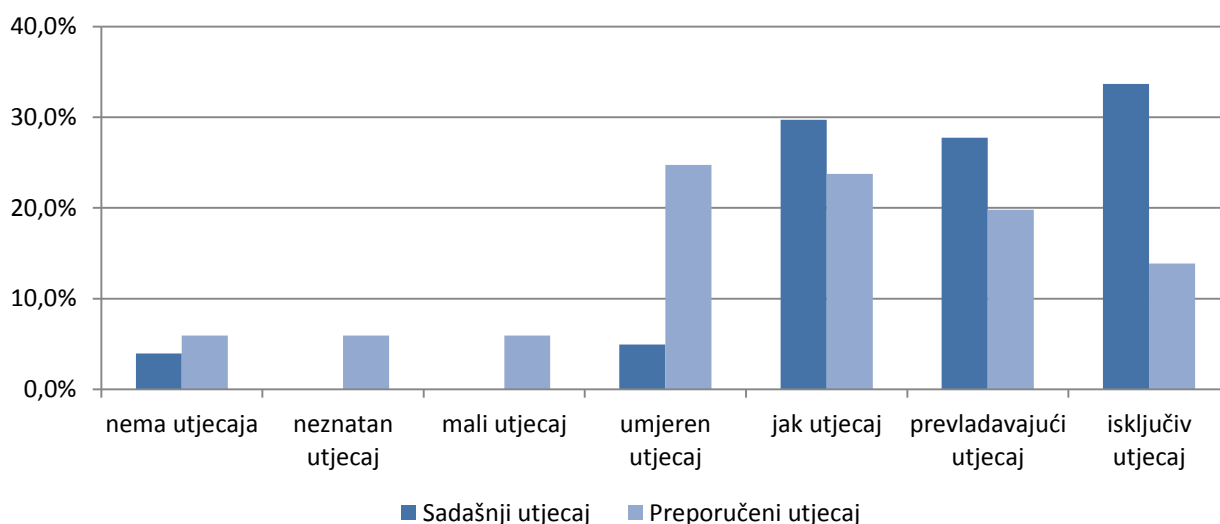
Analizom utjecaja propisa MZ-a utvrđeno je da u 92 ustanove (91,1%) propisi MZ imaju jak utjecaj (jačina utjecaja 5), prevladavajući utjecaj (jačina utjecaja 6) ili isključiv utjecaj (jačina utjecaja 7) na planiranje ljudskih potencijala.

U 4 ustanove (4,0%) propisi MZ imaju mali utjecaj (jačina utjecaja 3), neznatan utjecaj (jačina utjecaja 2) ili nemaju utjecaj (jačina utjecaja 1) na planiranje ljudskih potencijala.

U preostalih 5 ustanova (5,0%) propisi MZ imaju umjeren utjecaj na planiranje ljudskih potencijala u zdravstvenoj ustanovi (jačina utjecaja 4).

Prosječna jačina utjecaja propisa MZ na planiranje ljudskih potencijala je $5,7 \pm 1,3$.

Prema mišljenju ispitanika propisi MZ bi trebali imati manji utjecaj na planiranje ljudskih potencijala s prosječnom jačinom utjecaja od $4,7 \pm 1,6$.



Slika 14. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja propisa Ministarstva zdravlja na planiranje ljudskih potencijala ($t=4,777$, $df=200$, $P<0,001$)

Usporedbom sadašnje jačine utjecaja propisa MZ i prijedloga jačine utjecaja propisa MZ na planiranje ljudskih potencijala na razini cijelog uzorka utvrđena je statistički značajna razlika ($t=4,777$, $df=200$, $P<0,001$) (*Tablica 13.*).

Usporedbom sadašnje jačine utjecaja propisa MZ i prijedloga jačine utjecaja propisa MZ na planiranje ljudskih potencijala na razini pojedine vrste ustanova utvrđena je statistički značajna razlika kod specijalnih bolnica i lječilišta ($t=3,190$, $df=46$, $P=0,003$) i domova zdravlja ($t=4,288$, $df=72$, $P<0,001$), dok kod kliničkih ustanova ($t=0,358$, $df=12$, $P=0,720$), općih bolnica ($t=0,927$, $df=32$, $P=0,361$) i zavoda za javno zdravstvo ($t=1,701$, $df=30$, $P=0,099$) nije utvrđena statistički značajna razlika (*Tablica 11.*).

Tablica 11. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja propisa Ministarstva zdravlja na planiranje ljudskih potencijala

PROPISI MINISTARSTVA ZDRAVLJA						
		ocjena	±	t	df	P*
Kliničke ustanove	Sadašnji utjecaj	4,7	1,8	0,358	12	0,726
	Preporučeni utjecaj	5,0	1,3			
Opće bolnice	Sadašnji utjecaj	5,3	1,5	0,927	32	0,361
	Preporučeni utjecaj	4,9	1,0			
Specijalne bolnice i lječilišta	Sadašnji utjecaj	5,5	1,3	3,190	46	0,003
	Preporučeni utjecaj	4,1	1,8			
Domovi zdravlja	Sadašnji utjecaj	6,2	0,9	4,288	72	<0,001
	Preporučeni utjecaj	4,8	1,8			
Zavodi za javno zdravstvo	Sadašnji utjecaj	5,9	1,6	1,701	30	0,099
	Preporučeni utjecaj	4,9	1,8			

*Student t-test

Legenda: ocjena 1-nema utjecaja, 2-neznatan utjecaj, 3-mali utjecaj, 4-umjeren utjecaj, 5-jak utjecaj, 6-prevladavajući utjecaj, 7-isključiv utjecaj

5.3.7. Utjecaj propisa Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na planiranje ljudskih potencijala

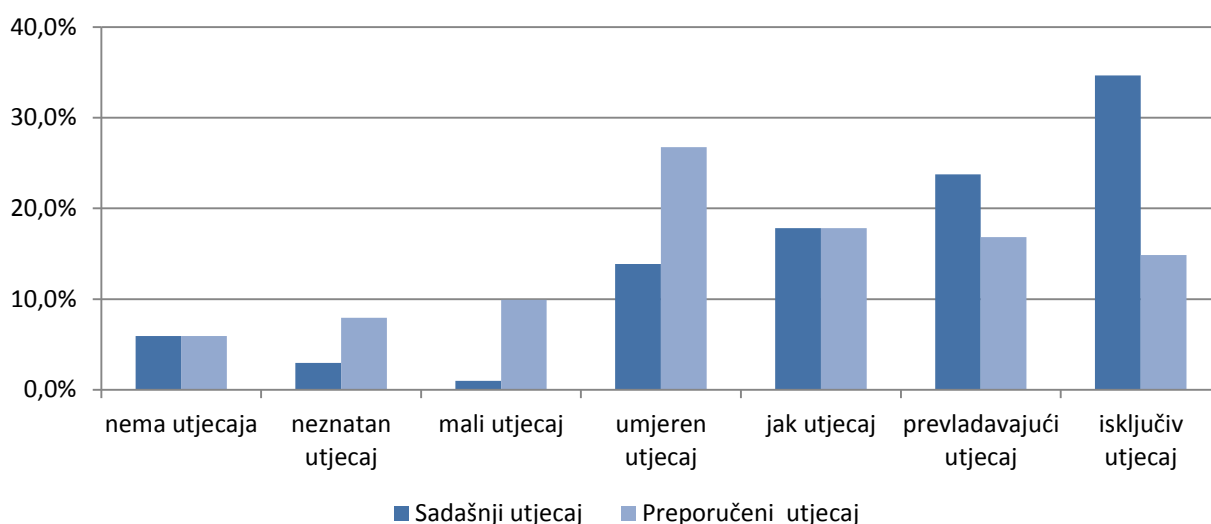
Analizom utjecaja propisa HZZO-a na planiranje ljudskih potencijala utvrđeno je da u 77 ustanova (76,2%) propisi HZZO-a imaju jak utjecaj (jačina utjecaja 5), prevladavajući utjecaj (jačina utjecaja 6) ili isključiv utjecaj (jačina utjecaja 7) na planiranje ljudskih potencijala.

U 10 ustanova (9,9%) propisi HZZO imaju mali utjecaj (jačina utjecaja 3), neznatan utjecaj (jačina utjecaja 2) ili nemaju utjecaj na planiranje ljudskih potencijala (jačina utjecaja 1).

U preostalih 14 ustanova (13,9%) propisi HZZO ima umjeren utjecaj na planiranje ljudskih potencijala u zdravstvenoj ustanovi (jačina utjecaja 4).

Prosječna jačina utjecaja propisa HZZO-a na planiranje ljudskih potencijala je $5,4 \pm 1,7$.

Prema procjeni zdravstvenih ustanova propisi HZZO trebali bi imati manji utjecaj na planiranje ljudskih potencijala s prosječnom jačinom utjecaja od $4,5 \pm 1,7$.



Slika 15. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja propisa Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na planiranje ljudskih potencijala ($t=3,773$, $df=200$, $P<0,001$)

Usporedbom sadašnje jačine utjecaja propisa HZZO-a i prijedloga jačine utjecaja propisa HZZO-a na planiranje ljudskih potencijala na razini cijelog uzorka utvrđena je statistički značajna razlika ($t=3,773$, $df=200$, $P<0,001$) (*Tablica 13.*)

Usporedbom sadašnje jačine utjecaja propisa HZZO-a i prijedloga jačine utjecaja propisa HZZO-a na planiranje ljudskih potencijala na razini pojedine vrste ustanova utvrđena je statistički značajna razlika kod domova zdravlja ($t=5,301$, $df=72$, $P<0,001$), dok kod kliničkih ustanova ($t=0,472$, $df=12$, $P=0,645$), općih bolnica ($t=0,588$, $df=32$, $P=0,561$), specijalnih bolnica i lječilišta ($t=0,950$, $df=46$, $P=0,347$) i zavoda za javno zdravstvo ($t=0,976$, $df=30$, $P=0,337$) nije utvrđena statistički značajna razlika (*Tablica 12.*).

Tablica 12. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja propisa Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na planiranje ljudskih potencijala

PROPISI HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE						
		ocjena	±	t	df	P*
Kliničke ustanove	Sadašnji utjecaj	4,1	1,9	0,472	12	0,645
	Preporučeni utjecaj	3,7	1,6			
Opće bolnice	Sadašnji utjecaj	4,9	1,6	0,588	23	0,561
	Preporučeni utjecaj	4,6	1,3			
Specijalne bolnice i lječilišta	Sadašnji utjecaj	4,5	1,9	0,950	46	0,347
	Preporučeni utjecaj	4,0	1,7			
Domovi zdravlja	Sadašnji utjecaj	6,4	0,9	5,301	72	<0,001
	Preporučeni utjecaj	4,7	1,7			
Zavodi za javno zdravstvo	Sadašnji utjecaj	5,9	1,5	0,976	30	0,337
	Preporučeni utjecaj	5,3	2,0			

*Student t-test

Legenda: ocjena 1-nema utjecaja, 2-neznatan utjecaj, 3-mali utjecaj, 4-umjeren utjecaj, 5-jak utjecaj, 6-prevladavajući utjecaj, 7-isključiv utjecaj

Tablica 13. Jačina utjecaja pojedinih kriterija na planiranje ljudskih potencijala u zdravstvenim ustanovama

		Jačina utjecaja							Prosječna jačina utjecaja	±	t	df	P*
		1	2	3	4	5	6	7					
ZATEČENI BROJ RADNIKA	Sadašnji utjecaj	10	4	2	26	8	30	21	4,9	1,9	0,764	200	0,446
	Preporučeni utjecaj	11	5	6	20	19	22	18	4,7	1,9			
ZDRAVSTVENE POTREBE STANOVNIKA	Sadašnji utjecaj	20	15	14	21	20	6	5	3,4	1,8	7,867	200	<0,001
	Preporučeni utjecaj	5	3	1	13	36	25	18	5,2	1,5			
UVOĐENJE NOVIH TEHNOLOGIJA	Sadašnji utjecaj	26	20	8	30	13	4	0	3,0	1,6	6,921	200	<0,001
	Preporučeni utjecaj	9	1	6	29	30	19	7	4,5	1,6			
PRORAČUN ZDRAVSTVENE USTANOVE	Sadašnji utjecaj	12	1	7	9	31	22	19	4,9	1,8	1,134	200	0,258
	Preporučeni utjecaj	13	6	5	16	19	26	16	4,6	1,9			
PROPISI MINISTARSTVA ZDRAVLJA	Sadašnji utjecaj	4	0	0	5	30	28	34	5,7	1,3	4,777	200	<0,001
	Preporučeni utjecaj	6	6	6	25	24	20	14	4,7	1,6			
PROPISI HZZO-A	Sadašnji utjecaj	6	3	1	14	18	24	35	5,4	1,7	3,773	200	<0,001
	Preporučeni utjecaj	6	8	10	27	18	17	15	4,5	1,7			

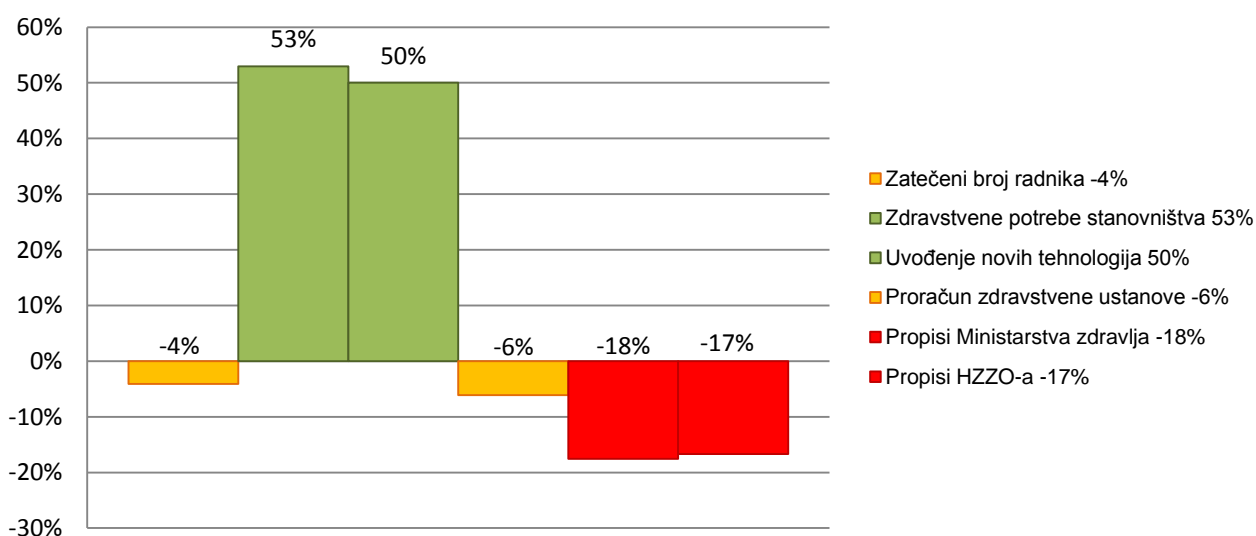
* Student t-test, Legenda: ocjena 1-nema utjecaja, 2-neznatan utjecaj, 3-mali utjecaj, 4-umjeren utjecaj, 5-jak utjecaj, 6-prevladavajući utjecaj, 7-isključiv utjecaj

Usporednom preporučene jačine utjecaja pojedinog kriterija sa sadašnjom jačinom utjecaja na planiranje ljudskih potencijala u zdravstvenim ustanovama, utvrđena je statistički značajna razlika kod četiri kriterija.

Preporučena jačina utjecaja zdravstvenih potreba stanovništva i uvođenja novih tehnologija na planiranje ljudskih potencijala u zdravstvenim ustanovama je statistički značajno veća od sadašnje jačine utjecaja tih kriterija na planiranje ljudskih potencijala.

Preporučena jačina utjecaja propis MZ-a i HZZO-a na planiranje ljudskih potencijala je statistički značajno niža od sadašnje jačine utjecaja tih kriterija na planiranje ljudskih potencijala.

Kod zatečenog broja radnika i visine proračuna zdravstvenih ustanova nije utvrđena statistički značajna razlika između preporučene i sadašnje jačine utjecaja na planiranje ljudskih potencijala.



Slika 16. Usporedba preporučene jačine utjecaja pojedinog kriterija u odnosu na sadašnju jačinu utjecaja na planiranje ljudskih potencijala

Za ispitivanje predikcije dobrog planiranja ljudskih potencijala na osnovi organizacijskih karakteristika zdravstvene ustanove i pojedinačne primjene kriterija planiranja ljudskih potencijala, korištena je linearna regresijska analiza.

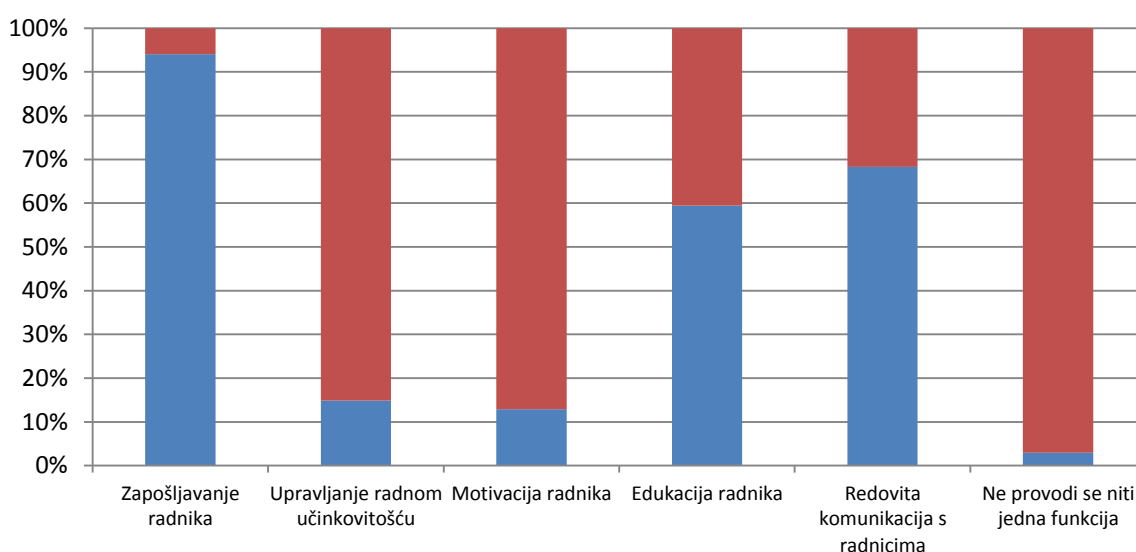
Rezultati linearne regresijske analize pri čemu je kao kriterijska (zavisna) varijabla korišten dovoljan broj radnika u zdravstvenoj ustanovi pokazuju da pojedinačno korišteni prediktori (nezavisne varijable) i to kriteriji za planiranje ljudskih potencijala i organizacijske karakteristike pojedine zdravstvene ustanove, ne mogu značajno predvidjeti dobro planiranje ljudskih potencijala kako je prikazano u *Tablici 14*. Povezanost prediktorskih varijabli i dovoljnog broja radnika u zdravstvenoj ustanovi kao kriterijske varijable, prikazana je u obliku standardiziranog β koeficijenta.

Tablica 14. Rezultati linearne regresijske analize pri čemu je kao kriterijska varijabla korišten dovoljan broj radnika u zdravstvenoj ustanovi

PREDIKTORI (NEZAVISNE VARIJABLE)	β	P
KRITERIJI ZA PLANIRANJE LJUDSKIH POTENCIJALA		
Zatečeni broj radnika	-0,032	0,245
Zdravstvene potrebe stanovništva	0,031	0,311
Uvođenje novih tehnologija	0,05	0,177
Visina proračuna zdravstvene ustanove	-0,014	0,604
Propisi Ministarstva zdravlja	0,019	0,615
Propisi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje	-0,029	0,338
ORGANIZACIJSKE KARAKTERISTIKE		
Edukacija osobe odgovorne za upravljanje ljudskim potencijalima	-0,124	0,282
Postojanje odjela za upravljanje ljudskim potencijalima	-0,045	0,668
Postojanje plana zapošljavanja	0,021	0,848
Postojanje sistematizacije s opisima radnih mjesta	-0,084	0,467

5.4. Upravljanje ljudskim potencijalima

U zdravstvenim ustanovama provodi se svih 5 funkcija upravljanja ljudskim potencijalima koje su ispitivane, a to su: zapošljavanje radnika, upravljanje radnom učinkovitošću, motivacija radnika, edukacija radnika, te redovita komunikacija s radnicima o upravljanju karijerom. Na *Slici 17.* prikazana je zastupljenost svake od pojedine funkcije upravljanja ljudskim potencijalima u zdravstvenim ustanovama.



Slika 17. Zastupljenost pojedine funkcije upravljanja ljudskim potencijalima u zdravstvenim ustanovama

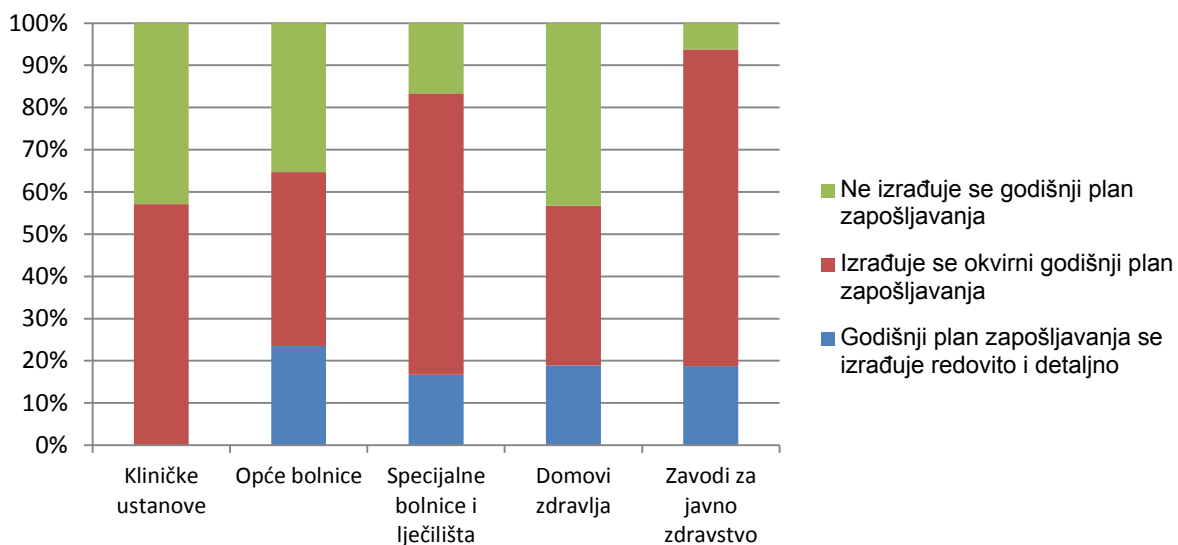
Zapošljavanje radnika kao funkcija upravljanja ljudskim potencijalima provodi se u 95 zdravstvenih ustanova (94,1%) te predstavlja funkciju upravljanja ljudskim potencijalima koja je prisutna u najvećem broju ustanova. U 67 zdravstvenih ustanova (68,3%) provodi se redovita komunikacija s radnicima o upravljanju karijerom, a u 60 zdravstvenih ustanova (59,4%) provodi se edukacija radnika kao funkcija upravljanja ljudskim potencijalima.

Najmanje se provode funkcije upravljanja radnom učinkovitošću koja se provodi u 15 zdravstvenih ustanova (14,9%) i motivacija radnika koja se provodi u 13 zdravstvenih ustanova (12,9%). Prema rezultatima istraživanja u 3 zdravstvene ustanove (3,0%) ne provodi se niti jedna funkcija upravljanja ljudskim potencijalima.

5.4.1. Zapošljavanje

Zapošljavanje radnika u zdravstvenim ustanovama u sustavu javnog zdravstva provodi se na mjesta koja su utvrđena sistematizacijom radnih mjesta, a sistematizacija je izrađena u svim zdravstvenim ustanovama. U 75 zdravstvenih ustanova (74,3%) opis poslova za svako pojedino radno mjesto je ažuriran, dok je u 26 zdravstvenih ustanova (25,7%) potrebno ažurirati opis poslova svakog pojedinog radnog mjesta.

U 53 zdravstvene ustanove (52,5%) izrađuje se okvirni godišnji plan zapošljavanja, a u 18 zdravstvenih ustanova (17,8%) planiranje zapošljavanja provodi se redovito i detaljno. U 30 ustanova (29,7%) ne postoji plan zapošljavanja, već se odluke o zapošljavanju donose *ad hoc*.



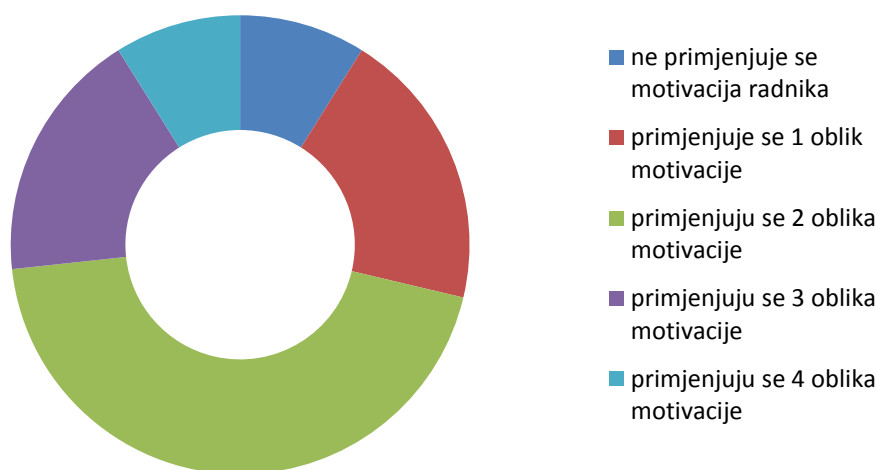
Slika 18. Planiranje zapošljavanja prema vrsti zdravstvenih ustanova

Najčešća metoda privlačenja radnika je korištenje vanjskih izvora i to oglašavanje, a primjenjuje se u 95 ustanova (94,1%), dok se u 6 ustanova (5,9%) kao metoda privlačenja radnika koriste preporuke i usluge specijaliziranih agencija. Kod odabira radnika u 35 zdravstvenih ustanova (34,7%) primjenjuju se jasno definirani kriteriji, a 53 ustanove (52,5%) intervju je najčešće korišten postupak selekcije.

5.4.2. Motivacija

Analizirana je primjena šest oblika motivacije u zdravstvenim ustanovama: povećanje primanja i upućivanje na edukaciju kao izravni i neizravni materijalni oblici motivacije te poboljšanje uvjeta rada, bolje radno mjesto, javno priznanje i veća autonomnost u radu kao nematerijalni oblici motivacije.

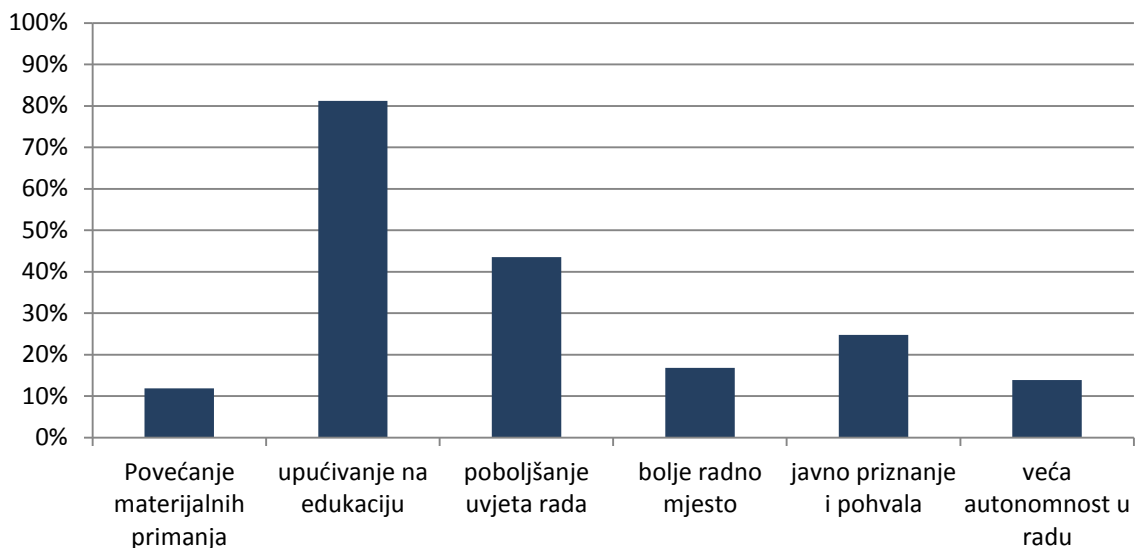
Analizom oblika motivacije koji se provode u zdravstvenim ustanovama, utvrđeno je da se u 92 zdravstvene ustanove (91,1%) provodi barem jedan od ispitanih 6 oblika motivacije radnika. U 20 zdravstvenih ustanova (19,8%) provodi se samo jedan oblik motivacije, dok u preostalim ustanovama u funkciji motivacije radnika koristi više oblika motivacije i to: u 45 ustanova (44,6%) se koriste dva oblika motivacije, u 18 ustanova (17,8%) koriste se tri oblika motivacije, a u 9 zdravstvenih ustanova (8,9%) koriste se četiri oblika motivacije. Broj različitih oblika motivacije koji se primjenjuju u zdravstvenim ustanovama prikazan je na *Slici 19*.



Slika 19. Broj različitih oblika motivacija koji se primjenjuju u pojedinoj ustanovi

Najčešće korišteni oblici motivacije su upućivanje radnika na edukaciju koji se primjenjuje u 82 zdravstvene ustanove (81,2%) te poboljšanje uvjeta rada radnika koji se primjenjuje u 44 ustanove (43,6%). Ostali oblici motivacije se koriste rjeđe i to:

javno priznanje i pohvala radnika primjenjuje se u 25 ustanova (24,8%), postavljenje na bolje radno mjesto kao oblik motivacije primjenjuje se u 17 ustanova (16,8%), veća autonomnost u radu se primjenjuje u 14 ustanova (13,9%), te povećanje materijalnih primanja koje se primjenjuje u 12 ustanova (11,9%).



Slika 20. Primjena pojedinog oblika motivacije u zdravstvenim ustanovama

5.4.3. Upravljanje uspješnošću

Središnje mjesto upravljanja radnom uspješnošću pripada ciljevima kao definiranom očekivanju, pa jedinstvena mjera uspjeha postaje usporedba između definiranog cilja i postignutih rezultata. Primjer definiranih ciljeva u zdravstvenim ustanovama je smanjenje liste čekanja ili smanjenje rashoda. U 82 ustanove (81,2%) jasno su definirani ciljevi, a u gotovo svim ustanovama jasno su definirani radni zadaci kao preduvjet za postizanje što boljih rezultata poslovanja. U *Tablici 15.* prikazane su aktivnosti upravljanja uspješnošću rada po vrstama zdravstvenih ustanova.

Ključni indikatori uspješnosti (*eng. key performance indicators- KPI*) pomažu ustanovi definirati i mjeriti napredak prema definiranim ciljevima, a primjer za to su broj pregledanih bolesnika po liječniku, broj hospitalizacija, prosječna dužina liječenja i slično. Za razliku od visokog postotka ustanova u kojima su jasno definirani ciljevi,

indikatori za praćenje uspješnosti jasno su utvrđeni u 36 ustanova (35,6%) i to najviše u općim bolnicama (47,1%), domovima zdravlja (45,9%) te kliničkim ustanovama (42,9%), dok je broj specijalnih bolnica i lječilišta i zavoda za javno zdravstvo s jasno definiranim indikatorima praćenja uspješnosti znatno niži i to 20,8% među specijalnim bolnicama i lječilištima i 18,8% među domovima zdravlja (*Tablica 15.*).

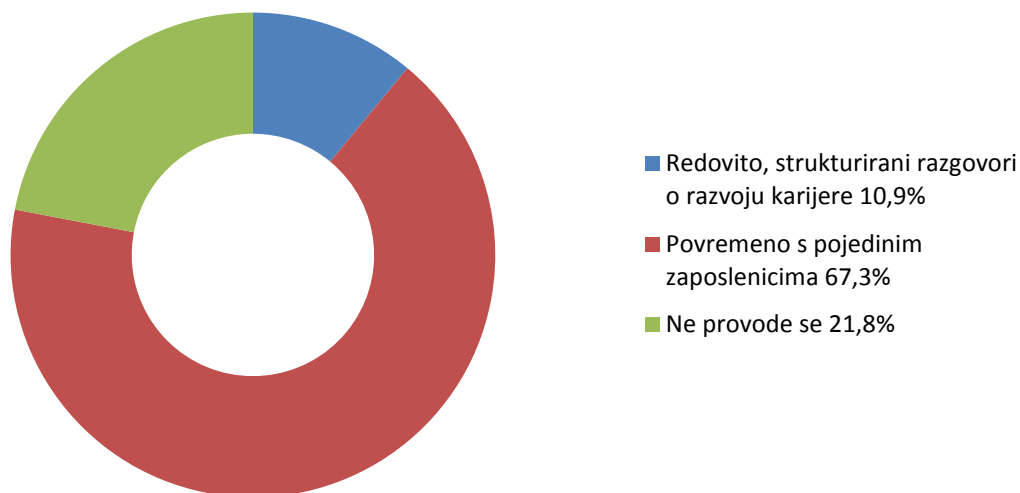
Povratna informacija koju nadređeni radnik daje drugim radnicima o njihovim rezultatima je ključna za upravljanje uspješnošću. Putem povratne informacije radnik dobiva informacije temeljem kojih može reagirati i po potrebi promijeniti način rada ili se usmjeriti na određene procese kojima može utjecati na konačan rezultat. Osim povratne informacije s radnicima se razgovara i o učinkovitosti rada. Zastupljenost jedne i druge aktivnosti upravljanja učinkovitošću prikazana je u *Tablici 15.*

Tablica 15. *Aktivnosti upravljanja učinkovitošću rada po vrstama zdravstvenih ustanova*

	Kliničke ustanove	Opće bolnice	Specijalne bolnice	Domovi zdravlja	Zavodi za javno zdravstvo
Definirani radni ciljevi	71,4%	82,4%	70,8%	86,5%	87,5%
Definirani radni zadaci	100,0%	100,0%	95,8%	100,0%	100,0%
Definirani indikatori za praćenje uspješnosti	42,9%	47,1%	20,8%	45,9%	18,8%
Povratna informacija radnicima o učinkovitosti rada	28,6%	29,4%	20,8%	56,8%	18,8%
Razgovor s radnicima o učinkovitosti rada	71,4%	52,9%	41,7%	62,2%	37,5%
Sustav nagrađivanja prema rezultatima rada	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%

Osim razgovora o učinkovitosti rada, s radnicima zdravstvenih ustanova provode se i razgovori o razvoju karijere kao oblik motivacije. U 68 ustanova (67,3%) razgovori s radnicima o razvoju karijere provode se povremeno i to ne sa svim radnicima nego s pojedinim radnicima. Redoviti strukturirani razgovori o razvoju karijere s većinom

radnika provode se u 11 ustanova (10,9%) dok se u 22 zdravstvene ustanove (21,8%) ne provode razgovori s radnicima o razvoju karijere.



Slika 21. *Provođenje razgovora poslodavca s radnicima o razvoju karijere*

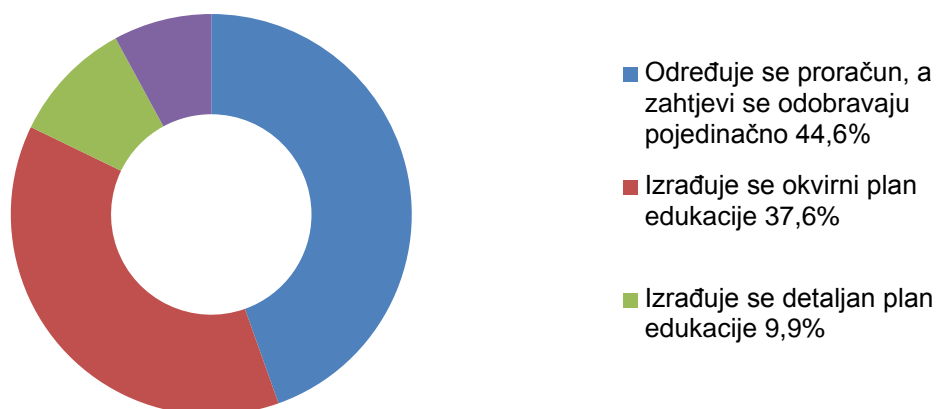
5.4.4. Edukacija

U 58 zdravstvenih ustanova (57,4%) stručno usavršavanje je omogućeno svim radnicima, dok je u dijelu zdravstvenih ustanova stručno usavršavanje ograničeno na jednu skupinu radnika i to: u 33 ustanove (32,7%) na stručno usavršavanje se upućuju samo zdravstveni radnici, u 6 ustanova (5,9%) na stručno usavršavanje se upućuju samo doktori medicine dok se u 1 ustanovi (1,0%) na stručno usavršavanje upućuju voditelji odjela i menadžment ustanove. U 3 ustanove (3,0%) nitko se ne upućuje na stručno usavršavanje.



Slika 22. *Struktura radnika kojoj je omogućeno stručno usavršavanje*

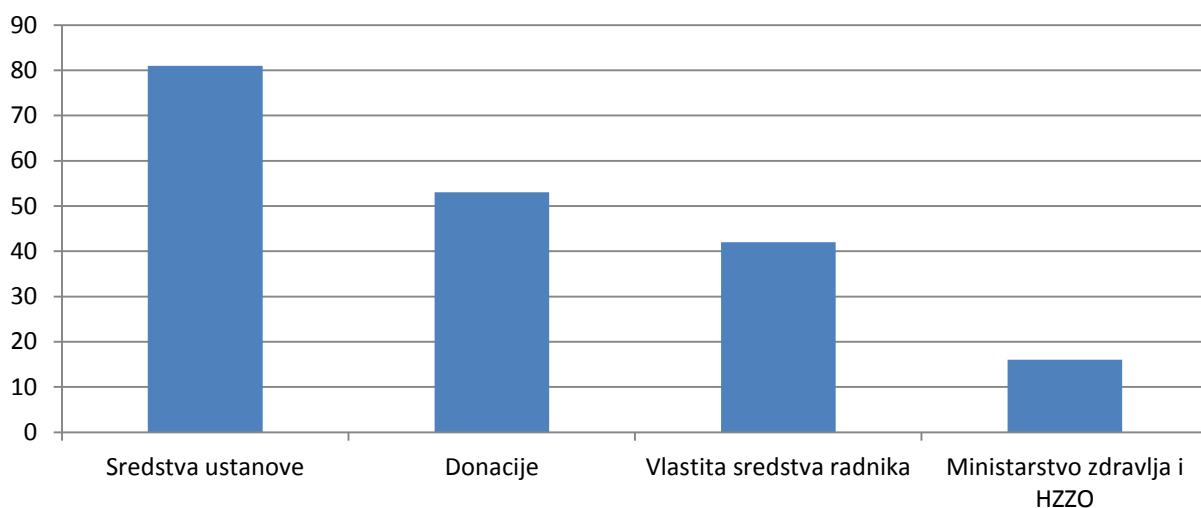
U 48 zdravstvenih ustanova (47,5%) izrađuje se plan edukacije radnika bilo kao detaljan plan edukacije ili okvirni plan edukacije dok se u 45 zdravstvenih ustanova (44,6%) ne izrađuje plan edukacije već se određuju financijska sredstva na razini ustanove koja su namijenjena edukaciji radnika, te se zahtjevi za edukacijom odobravaju pojedinačno.



Slika 23. *Način planiranja edukacije radnika u zdravstvenim ustanovama*

Kod upućivanja na edukaciju, zdravstvene ustanove koriste jedan ili više različitih izvora financiranja. Ukupno 81 zdravstvena ustanova (80,2%) koristi vlastita sredstva

za financiranje edukacije radnika, 53 zdravstvene ustanove (52,5%) pri upućivanju na edukaciju koriste se sredstvima iz donacije, u 42 zdravstvene ustanove (41,6%) radnici se upućuju na edukaciju na vlastiti trošak, a u 16 ustanova (15,8%) koriste se sredstva koja osiguravaju MZ ili HZZO.



Slika 24. Izvori sredstava za financiranje edukacije radnika zdravstvenih ustanova

5.5. Uloga zdravstvene administracije

Sve ispitane ustanove smatraju da planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva može biti učinkovitije, a ulogu u tome imaju i MZ i HZZO kao regulatori sustava. Poboljšanje sustava može se postići poboljšanjem postojećih propisa koji reguliraju upravljanje ljudskim potencijalima u MZ-u smatra 77 ispitanika (76,2%), odnosno poboljšanjem postojećih propisa unutar HZZO-a smatra 59 ispitanika (58,4%).

Manji broj ispitanika smatra da bi trebalo donijeti nove propise. Ukupno 34 ispitanika smatraju da bi trebalo donijeti nove propise unutar MZ-a (33,7%), a 24 ispitanika smatraju da bi trebalo donijeti nove propise unutar HZZO-a (23,8%).

Donošenje nacionalne strategije planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima smatraju važnim iskorakom u planiranju i upravljanju ljudskim potencijalima ukupno 54 ispitanika (53,5%).

Ukupno 64 ispitanika (60,4%) smatraju da bi povećanje proračuna na teret HZZO poboljšalo uvjete planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima.

U 31 zdravstvenoj ustanovi (30,7%) smatraju da MZ ne bi trebalo imati utjecaj na zapošljavanje u zdravstvenim ustanovama, dok u 34 zdravstvene ustanove (33,7%) smatraju da HZZO ne bi trebao imati utjecaj na zapošljavanje u zdravstvenim ustanovama.

U ukupno 62 zdravstvene ustanove (61,4%) smatraju da ravnateljstvo zdravstvene ustanove nema dovoljno ovlasti za učinkovito planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima.

6. RASPRAVA

Planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva u RH ne slijedi temeljne funkcije planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima već se oslanja na propise MZ i HZZO-a. Sama činjenica da je za svako zapošljavanje potrebno odobrenje od strane MZ-a urušava samu doktrinu sustava planiranja i upravljanja u kontekstu organiziranog menadžmenta ustanove.

Utvrđivanje potreba za radnicima u sustavu javnog zdravstva u Hrvatskoj provodi se centralno na razini MZ-a i HZZO-a kroz definiranje standarda potrebnog broja radnika po bolničkom krevetu, ordinaciji, dijagnostičkoj jedinici ili timu (45-47). Obzirom da MZ ujedno izdaje suglasnost na svako zapošljavanje u zdravstvenim ustanovama u sustavu javnog zdravstva, a kao rezultat Odluke Vlade RH o ograničavanju zapošljavanja u javnom sustavu, uloga centralnog planiranja ljudskih potencijala dodatno je naglašena (59).

Prema mišljenju ispitanika trenutno najvažniji parametar u planiranju ljudskih potencijala u zdravstvenim ustanovama su standardi utvrđeni u propisima MZ-a (prosječna ocjena utjecaja $5,9 \pm 1,6$) i HZZO-a (prosječna ocjena utjecaja $5,9 \pm 1,5$). Međutim ispitanici su mišljenja da bi se važnost tih kriterija trebala smanjiti (propisi MZ-a $t=4,777$, $df=200$, $P<0,001$, propisi HZZO-a $t=3,773$, $df=200$, $P<0,001$). Značajniju ulogu u planiranju ljudskih potencijala trebale bi imati zdravstvene potrebe stanovništva ($t=7,887$, $df=200$, $P<0,001$) kao i uvođenje novih tehnologija rada ($t=6,921$, $df=200$, $P<0,001$).

Osim činjenice da propisi MZ-a i HZZO-a imaju najvažniju ulogu u planiranju potreba za radnicima, ispitanici su mišljenja da su standardi u propisima MZ-a i HZZO-a nedovoljno jasno definirani, te je 77 ispitanika (76,2%) mišljenja da bi potreban broj radnika u propisima MZ-a i HZZO-a trebalo jasnije definirati.

Unatoč navedenom, većina ispitanika i dalje smatra da bi MZ kao regulator i HZZO kao najveći izvor financiranja zdravstvenog sustava trebali imati važnu ulogu u planiranju ljudskih potencijala, a 31 ispitanik (30,7%) smatra da MZ ne bi trebalo imati utjecaja na zapošljavanje u zdravstvenim ustanovama.

Uloga MZ-a u osiguranju zadovoljavajućeg broja radnika u sustavu zdravstva kojim se mogu zadovoljiti potrebe stanovništva za zdravstvenim uslugama proizlazi iz Zakona o zdravstvenoj zaštiti prema kojem je MZ između ostalog odgovorno za planiranje zdravstvene zaštite, razvoj zdravstvene djelatnosti i osiguranje uvjeta za edukaciju zdravstvenih radnika (3).

Upravo zbog važnosti zdravstvenih radnika u pružanju zdravstvene zaštite 54 ispitanika (53,5%) smatraju da je nužno donijeti Nacionalnu strategiju upravljanja ljudskim potencijalima kao poseban dokument, a što je i utvrđeno kao jedan od prioriteta Nacionalne strategija zdravstva (30).

U skladu s postavljenim ciljevima Nacionalne strategije, Vlada RH je na sjednici održanoj 28. svibnja 2015. godine donijela Odluku kojom se usvaja *Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu od 2015. do 2020 godine* (23). Dokument je prikazao ključne izazove s kojim se susreće sustav zdravstva kad je u pitanju planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima, međutim nisu navedene konkretne mjere, nositelji niti vremenski okvir za provođenje svake pojedine mjere kojima bi se postigli zadani ciljevi.

Jedan od temeljnih problema planiranja ljudskih potencijala u zdravstvu je nepostojanje jasnog sustava praćenja zdravstvenih djelatnika što ujedno predstavlja izazov planiranja ljudskih potencijala, a to je dostupnost podataka (68,76). Postojeći registri koje održavaju HZJZ i strukovne komore sadržavaju podatke koji se osvježavaju prilikom obnove licence ili prilikom novog zapošljavanja. Slijedom rečenog, ukazuje se potreba za razvojem cjelovitog sustava za praćenje ljudskih potencijala u zdravstvu u RH koji bi omogućio bolje projekcije i procjene dostatnosti broja zdravstvenih radnika (23,32,106). Određeni broj liječnika i drugih zdravstvenih radnika nakon stjecanja diplome odabire karijeru izvan sustava kliničke medicine, posebice u znanosti i istraživanju ili farmaceutskoj industriji i drugim granama gospodarstva. Ovo dodatno ukazuje na potrebu za izradom sustava praćenja ljudskih potencijala jer se odljev zdravstvenih radnika u ova zanimanja također treba uračunati u planiranje budućih potreba zdravstvenog sustava (23,30,68). Nadalje, nazivi profesija u registru kojeg vodi HZJZ nisu usklađeni s nazivljem koje se danas stječe nakon završene edukacije u školama, veleučilištima i sveučilištima te sa nazivima specijalizacija. Problem neusklađenosti prisutan je i u vrsti, odnosno

definiciji atributa koji se prate i u redovitosti, odnosno načinu osvježavanja podataka. Rezultat ovakvog stanja su nedostatni, neažurni i neusporedivi podaci koji bi trebali biti podloga za praćenje i planiranje ljudskih potencijala (23). Upravo u dijelu centralnog vođenja evidencije radnika u zdravstvo postoji mjesto MZ-a ili institucije koju MZ za to ovlasti. Isto je naznačeno i u Strateškom planu razvoja ljudskih resursa u zdravstvu pri čemu se planira ustrojavanje sustav za integraciju informacija i upravljanje ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva kao i Nacionalnog registra pružatelja zdravstvenih usluga. Nakon uspostave, središnje tijelo nadležno za upravljanje ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva bilo bi nadležno za praćenje, procjenu i planiranje ljudskih potencijala u sustavu zdravstva (23).

Premda se kod više dionika u zdravstvenom sustavu pojavljuju nadležnosti ili odgovornosti za segmente upravljanja ljudskim potencijalima u zdravstvu, nije moguće prepoznati niti jednu organizaciju ili strukturu koja ima odgovornost za strateško planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima. S obzirom na važnost i kompleksnost ovog pitanja, kako zbog postojećih izazova tako i zbog složenih odnosa među različitim zdravstvenima profesijama nužno je formirati nadležno tijelo. Tako formirano tijelo imalo bi jasne zadaće, ovlasti i odgovornosti za praćenje i planiranje ljudskih potencijala u sustavu zdravstva, ali i informiranje te usmjeravanje dostupnih profesionalaca, planiranje potreba specijalizacija i održavanje optimalne mreže provoditelja zdravstvene zaštite kojom se zadovoljavaju potrebe stanovništva na lokalnoj i regionalnoj razini, kao i na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite (23).

Formiranjem središnjeg nadzornog tijela stvorile bi se pretpostavke za rješavanje izazova koordinacije i implementacije upravljanja ljudskim potencijalima (23,76). Većina ispitanika (61,4%) mišljenja je da ravnateljstvo zdravstvene ustanove nema dovoljno ovlasti za učinkovito upravljanje ljudskim potencijalima pri čemu se kao zapreka postavljaju propisi koje donose MZ i HZZO. Propisi su prema mišljenju ispitanika nejasni, a i činjenica da se za zapošljavanje svakog radnika treba tražiti suglasnost ministra zdravlja dodatno otežava implementaciju postavljenih ciljeva od strane ravnateljstva zdravstvene ustanove.

Planiranje ljudskih potencijala je proces u kojem se cjelokupni organizacijski ciljevi, planovi i programi i strategije prevode u potreban broj radnika. Međutim, potreban

broj radnika u RH nije iskazan na broj stanovnika ili osiguranika već na kapacitete zdravstvene ustanove iskazane u Mreži javne zdravstvene službe te se izmjenom Mreže javne zdravstvene službe indirektno mijenjaju i planovi potrebnog broja radnika (15).

U desetogodišnjem razdoblju od 2002. do 2012. godine, broj kreveta u bolnicama se povećao sa 21.495 na 22.308 odnosno za 3,8% a broj specijalističkih ordinacija (uključujući i specijalističku dijagnostiku) se povećao sa 2.833 na 3.165 odnosno za 11,7% (107-109). I jedna i druga izmjena za sobom povlače povećanje potrebe za zdravstvenim radnicima. Međutim teško je zaključiti da li povećanje kapaciteta ima u podlozi povećane potrebe stanovništva ili su se pri povećanju kapaciteta primjenjivali neki drugi kriteriji.

Upravo zbog nejasne poveznice između kapaciteta u Mreži javne zdravstvene službe i stvarnih potreba stanovništva, potrebno je napraviti određene promjene u načinu planiranja ljudskih potencijala.

Postojeći model prema kojem se planiranje ljudskih potencijala indirektno provodi kroz definiranje zdravstvenih kapaciteta može se dodatno pojednostaviti na način da se potreban broj radnika iskazuje na broj stanovnika na nekom području (20,27). Obzirom da su zdravstvene ustanove za svoje usluge plaćene u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja kroz pružene usluge, a ne po broju radnika, izmjena postojećeg modela ne bi zahtijevala značajnije izmjene u sustavu ugovaranja zdravstvene zaštite odnosno sustavu financiranja (110).

Da trenutni sustav planiranja ljudskih potencijala nije najbolje riješen potvrđuju rezultati ispitanika prema kojima u 49 ustanova (48,5%) nije zaposlen dovoljan broj radnika.

U Nacionalnoj strategiji sustava zdravstva jasno je navedeno da je upravljački kapacitet važan preduvjet učinkovitog i djelotvornog funkcioniranja zdravstvenog sustava i stoga je nužno nastaviti sa sustavnom izobrazbom upravljačkih struktura u zdravstvu, pri čemu se mora voditi računa o svim, a ne samo o najvišim razinama upravljanja (30).

Upravljačka struktura najviše razine (ravnatelj, zamjenik ravnatelja i pomoćnici ravnatelja) postavlja ciljeve i definira politiku upravljanja ljudskim potencijalima; upravljačka struktura srednje razine (voditelji ustrojstvenih jedinica, predstojnici

klinika, kliničkih zavoda, zavoda i voditelji odjela i centara kao samostalnih ustrojstvenih jedinica) kontrolira operativne postupke i programe potrebne za postizanje ciljeva upravljanja ljudskim potencijalima te provode politiku i programe upravljačkih struktura najviše razine; upravljačka struktura najniže razine odnosno upravljačka struktura prve linije (voditelji nižih ustrojstvenih jedinica, voditelji odjela, poliklinike, dnevne bolnice, ordinacije) interpretira politiku, programe, ciljeve i postupke radnicima, raspravljaju prigovore, utječu na stavove, usmjeravaju rad i povratno prenose interese radnika višim razinama upravljačke strukture. Osoba odgovorna za upravljanje ljudskim potencijalima pomažu svim razinama upravljačkih struktura stručnim savjetima, smjernicama i drugim oblicima pomoći (62, 111, 112).

Upravo u segmentu upravljanja ljudskim potencijalima vidljiva je nedovoljna izobrazba upravljačkih struktura.

U 36 ustanova (38,3%) funkcija upravljanja ljudskim potencijalima se provodi kroz specijalizirani odjel za upravljanje ljudskim potencijalima, odnosno putem osobe zadužene za obavljanje poslova upravljanja ljudskim potencijalima, dok u 58 ustanova (61,7%) ne postoji odjel niti funkcija upravljanja ljudskim potencijalima, a tim poslovima se bave osobe kojima je upravljanje ljudskim potencijalima jedna od aktivnosti radnog mjesta.

U 73 ustanove (72,3%) osoba odgovorna za obavljanje poslova upravljanja ljudskim potencijalima nema završen nikakav oblik formalne edukacije iz područja upravljanja ljudskim potencijalima te posao obavlja temeljem iskustva, dok u 31 ustanovi (27,7%) osoba odgovorna za upravljanje ljudskim potencijalima ima završen neki oblik formalne edukacije iz tog područja i to najčešće kolegij na fakultetu (17,8%).

Važnost edukacije iz područja upravljanja ljudskim potencijalima prepoznala su razvijena društva gdje postoje visokoškolske ustanove specijalizirane upravo za upravljanje ljudskim potencijalima (113). I na visokim učilištima u Zagrebu uvedeni su poslijediplomski studiji *Upravljanje ljudskim potencijalima* koji imaju za cilj pomoći polaznicima u razumijevanju koncepta upravljanja ljudskim potencijalima te koji polaznike pripremaju za najzahtjevnije menadžerske funkcije u izazovnom području ljudskih potencijala. Programi su prepoznati kao jedinstveni u regiji, a pokrenuti su zbog iznimno velike potražnje na tržištu rada za stručnjacima tog profila (114, 115).

Nedovoljna izobrazba iz područja upravljanja ljudskim potencijalima vidljiva je ne samo kod osoba odgovornih za upravljanje ljudskim potencijalima već i kod drugih osoba koje obavljaju rukovodeće funkcije. U 98 (97%) ustanova nitko iz upravljačkih struktura nema završen neki oblik formalne edukacije iz upravljanja ljudskim potencijalima.

Nedovoljna izobrazba osoba na upravljačkim funkcijama iz područja upravljanju ljudskim potencijalima, posebno se vidi kroz primjenu pojedinih funkcija upravljanja ljudskim potencijalima u svakodnevnom radu.

Slijedom navedenog potrebno je uspostaviti sustavnu izobrazbu i jačanje kompetencija osoba na upravljačkim funkcijama u zdravstvenim ustanovama, pri čemu se mora voditi računa o svim, a ne samo o najvišim razinama upravljanja (62, 111, 112).

Rukovoditelji na svim razinama upravljanja (djelatnosti/službi) moraju biti svjesni da upravljanjem, odnosno donošenjem odluka impliciraju financijske učinke te su samim time uključeni i u financijsko upravljanje i kontrolu (23). Obzirom da trošak za radnike u zdravstvu predstavlja oko 70% troška zdravstvene zaštite u cjelini, upravljanje ljudskim potencijalima predstavlja i financijski izazov. Kako su istraživanjem obuhvaćene zdravstvene ustanove koje većinu prihoda ostvaruju temeljem ugovora s HZZO-m, ne čudi mišljenje većine ispitanika (71,3%) da proračun zdravstvene ustanove ima jak utjecaj na planiranje ljudskih potencijala. Iako je jačina utjecaja proračuna zdravstvene ustanove manja od jačine utjecaja propisa MZ-a i HZZO-a ($4,9 \pm 1,8$) ispitanici su mišljenja da bi se utjecaj dostupnih financijskih sredstava na planiranje ljudskih potencijala trebao dodatno smanjiti ($4,6 \pm 1,9$). Značaj dostupnih financijskih sredstava vidljiv je i u provedbi pojedinih funkcija upravljanja ljudskim potencijalima kao što je edukacija. U 53 zdravstvene ustanove (52,5%) pri upućivanju na edukaciju koriste se sredstvima iz donacije, a u 42 zdravstvene ustanove (41,6%) radnici se upućuju na edukaciju na vlastiti trošak. Na primjeru edukacije je jasno vidljiv financijski izazov za kvalitetno upravljanje ljudskim potencijalima.

Poboljšanje upravljačkih kapaciteta zdravstvene ustanove može se postići izobrazbom i diferenciranjem upravljanja s jačanjem upravljačkih ovlasti. Upravo u tom smislu, razdvajanje upravljačke funkcije poslovnog i medicinskog direktora uz kontinuiranu edukaciju može dati dobre rezultate (23,116). Naime, ukupno 62

ispitanika (61,4%) mišljenja su da ravnateljstvo zdravstvene ustanove nema dovoljno ovlasti za učinkovito planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima.

Da planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva može biti učinkovitije smatraju sve ispitanici, a ulogu u tome imaju i MZ i HZZO kao regulatori sustava (105,117).

Poboljšanje sustava planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima može se postići promjenom postojećih propisa koji reguliraju planiranje upravljanje ljudskim potencijalima.

Manji broj ispitanika smatra da bi trebalo donijeti potpuno nove propise i to 34 ispitanika (33,7%) mišljenja je da bi MZ trebalo donijeti potpuno nove propise dok 24 ispitanika (23,8%) smatra da bi HZZO trebao donijeti potpuno nove propise koji imaju utjecaj na planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima.

Temeljem provedenog istraživanja utvrđeno je da zatečeno stanje broja radnika ima važnu ulogu u planiranju zapošljavanja u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj. Međutim, istovremeno je 48,5% ustanova mišljenja da je broj radnika u zdravstvenoj ustanovi nedovoljan, a 25,7% ustanova je mišljenja da je obrazovna struktura radnika neadekvatna. Ako je takvo zatečeno stanje osnova za zapošljavanje novih radnika, teško je za očekivati da će se broj i obrazovna struktura radnika brzo poboljšati odnosno potrebno je koristiti i druge modele planiranja ljudskih potencijala kako bi se broj i obrazovna struktura radnika poboljšali.

Provedenim istraživanjem utvrđeno je da u zdravstvenim ustanovama u RH zdravstvene potrebe stanovništva i uvođenje novih tehnologija imaju manje važnu ulogu u planiranju zapošljavanja radnika od zatečenog broja radnika. Prosječna ocjena jačine utjecaja zdravstvenih potreba stanovništva na planiranje ljudskih potencijala je $3,2 \pm 1,8$, prosječna ocjena jačine utjecaja uvođenja novih tehnologija je $3,3 \pm 1,8$, dok je prosječna ocjena jačine utjecaja zatečenog broja radnika na planiranje zapošljavanja $5,1 \pm 4,7$. Međutim, ispitanici su svjesni važnosti zdravstvenih potreba stanovništva i uvođenja novih tehnologija za planiranje ljudskih potencijala te su mišljenja da bi zdravstvene potrebe stanovništva trebale imati veći utjecaj na planiranje zapošljavanja ($t=7,887$, $df=200$, $P<0,001$) te da bi uvođenje novih tehnologija trebalo imati veći utjecaj na planiranje ljudskih potencijala nego što trenutno ima ($t=6,921$, $df=200$, $P<0,001$).

Upravo planiranje ljudskih potencijala temeljem zdravstvenih potreba stanovništva predstavlja mogući način rješavanja izazova distribucije zdravstvenih radnika. Naime u Hrvatskoj su prisutne statistički značajne regionalne razlike u broju liječnika (86). Mali broj i neujednačena raspodjela liječnika mogu dovesti do smanjene dostupnosti zdravstvene zaštite (118, 119). Jedan od razloga neujednačene raspodjele liječnika pripisuje se migraciji liječnika. Ovisno o ponudi i potražnji na tržištu rada, te o prednostima koje im pruža pojedina sredina, liječnici se odlučuju za mjesto zaposlenja. Glavni razlozi odlaska liječnika iz ruralnih područja su profesionalna opterećenost, razlozi vezani uz stil života, obiteljske obveze i nedostatak stručne potpore u ruralnim područjima (120).

Planiranje ljudskih potencijala temeljem zdravstvenih potreba stanovništva predstavlja način rješavanja još jednog izazova u planiranju ljudskih potencijala a to je demografski izazov. Demografski izazov u planiranju ljudskih potencijala može se promatrati kroz demografske karakteristike stanovništva i demografske karakteristike radnika u zdravstvu.

Razvojem medicine kao znanosti i uvođenjem novih metoda liječenja povećava se životni vijek stanovništva a time i potreba za zdravstvenim uslugama (85,121,122-124). Uz demografske promjene, mnoga ruralna područja sve teže osiguravaju adekvatnu javnu zdravstvenu infrastrukturu, dok u isto vrijeme ta područja postaju sve rjeđe naseljene uz povećan udio slabo pokretljivih populacijskih grupa. Demografski trendovi otežavaju ovu situaciju iz dva razloga: kao prvo, prirodni pad stanovništva i ruralna depopulacija dovest će do promjena u ruralnoj prostornoj strukturi i utjecat će na pružanje zdravstvene skrbi; kao drugo, rastući udio starog stanovništva istovremeno će povećati potražnju za zdravstvenom skrbi jer stariji ljudi češće traže medicinsku pomoć (124). Upravo navedenim izazovima potrebna je takva raspodjela zdravstvenih radnika na teritoriju RH koja će omogućiti, osim u slučajevima tercijarne zdravstvene zaštite, da se zadovolje potrebe stanovništva u blizini mjesta stanovanja (123, 124).

Prosječna dob liječnika specijaliste interne medicine u RH je $49,5 \pm 8,4$ godina, liječnika specijaliste opće kirurgije $49,6 \pm 8,7$ godina, liječnika specijaliste ginekologije i porodništva $48,7 \pm 9,1$ godina i liječnika specijaliste pedijatrije $49,6 \pm 9,0$ godina. Kako nije utvrđena statistički značajna razlika u dobi liječnika specijalista u promatrane

četiri specijalističke discipline ($F_{(1902; 3)} = 0.717, P = 0,542$) dobna struktura liječnika nije problem pojedine specijalističke discipline, nego problem zdravstvene skrbi u cjelini (87). Problem dobne strukture zdravstvenih radnika prisutan je i u drugim zemljama, tako je primjerice prosječna dob liječnika u Novom Zelandu 45 godina, u Francuskoj je 1985. godine 55% liječnika bilo mlađe od 40 godina, a 2000. godine taj je broj pao na 23%. Slična situacija je i u Velikoj Britaniji gdje je 2001. godine svega 19% liječnika bilo mlađe od 40 godina (87,125,126).

Iako je istraživanje pokazalo da bi se određeni kriteriji za planiranje ljudskih potencijala trebali više koristiti od drugih, dobri rezultati planiranja ljudskih potencijala mogu se postići samo kombinacijom više kriterija. Naime, rezultati regresijske analize pokazuju da primjena pojedinačnog kriterija nije značajan prediktor za uspješno planiranje ljudskih potencijala. Takav rezultat nije iznenađujući obzirom na svjetsku praksu prema kojoj se planiranje ljudskih potencijala provodi upravo kombinacijom različitih modela (76).

Tablica 16. Izazovi planiranja ljudskih potencijala i preporuke za prevladavanje izazova

Vrsta izazova	Osnovna obilježja	Cilj	Preporuke
Izazov dostupnosti podataka	<ul style="list-style-type: none"> • razjedinjene baze podataka • neažuriranost podataka • nedostatnost i neusporedivost podataka 	<ul style="list-style-type: none"> • dostupne, povezane i ažurirane baze podataka o ljudskim potencijalima 	<ul style="list-style-type: none"> • uspostava središnjeg tijela nadležnog za upravljanje ljudskim potencijalima u zdravstvu • centralno vođenje evidencije radnika u zdravstvu
Demografski izazov	<ul style="list-style-type: none"> • starenje populacije • povećane zdravstvene potrebe stanovništva 	<ul style="list-style-type: none"> • pružanje adekvatne i pravovremene zdravstvene zaštite 	<ul style="list-style-type: none"> • povećanje utjecaja zdravstvene potrebe stanovništva na planiranje ljudskih potencijala
Financijski izazov	<ul style="list-style-type: none"> • ovisnost o proračunu iz obveznog zdravstvenog osiguranja 	<ul style="list-style-type: none"> • smanjenje utjecaja proračuna zdravstvenih ustanova na planiranje i upravljanje ljudskih potencijala 	<ul style="list-style-type: none"> • veće korištenje funkcija upravljanja ljudskim potencijalima kako bi se postigla maksimalna učinkovitost svakog radnog mjesta • povećanje kapaciteta odjela za upravljanje ljudskih potencijala u zdravstvenim ustanovama • veće korištenje nefinancijskih motivatora
Izazov koordinacije	<ul style="list-style-type: none"> • veliki broj dionika uključenih u planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima 	<ul style="list-style-type: none"> • poboljšati koordinaciju među dionicima 	<ul style="list-style-type: none"> • uspostava središnjeg tijela za upravljanje ljudskim potencijalima koje bi bilo zaduženo i za koordinaciju
Izazov implementacije	<ul style="list-style-type: none"> • složen model planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima, veliki broj zakona i podzakonskih akata te drugih propisa koji uređuju pitanje ljudskih potencijala 	<ul style="list-style-type: none"> • pojednostavljenje postupaka donošenja i provođenja odluka vezanih uz ljudske potencijale 	<ul style="list-style-type: none"> • dodjeljivanje većih ovlasti ravnateljstvu zdravstvene ustanove • pojednostavljenje procedura planiranja i zapošljavanja
Izazov distribucije	<ul style="list-style-type: none"> • regionalne (urbano- ruralne) razlike u broju i strukturi zdravstvenih radnika, regionalne razlike u dostupnosti zdravstvene zaštite 	<ul style="list-style-type: none"> • smanjenje regionalne razlike u dostupnosti zdravstvene zaštite 	<ul style="list-style-type: none"> • povećanje utjecaja zdravstvene potrebe stanovništva na planiranje ljudskih potencijala • motivacija zdravstvenih radnika za rad u manje atraktivnim sredinama

Nakon utvrđivanja potreba za radnicima, provodi se postupak zapošljavanja. Temeljni procesi koji čine funkciju zapošljavanja jesu analiza radnih mjesta, pridobivanje ljudi za zapošljavanje, odabir (selekcija) te zapošljavanje i uvođenje u posao.

Stvarna, operativna aktivnost u području ljudskih potencijala započinje tek analizom radnih mjesta koja se sastoji od osnovnih podataka, zadataka, dužnosti, odgovornosti i uvjeta specifičnih poslova. Uz analizu radnih mjesta potrebno je utvrditi specifikaciju zahtjeva posla koja se sastoji od neophodnih osobina radnika (69).

Zapošljavanje radnika u zdravstvenim ustanovama u sustavu javnog zdravstva provodi se na mjesta koja su utvrđena sistematizacijom radnih mjesta, a sistematizacija je izrađena u svim zdravstvenim ustanovama. U 75 ustanova (74,3%) opis poslova za svako pojedino radno mjesto je ažuriran, dok u 26 ustanova (25,7%) nije ažuriran opis poslova za svako pojedino radno mjesto.

Pridobivanje je proces privlačenja za slobodna radna mjesta kandidata koji imaju sposobnost, vještine i osobine potrebne za uspješno obavljanje poslova i postizanje organizacijskih ciljeva. Međutim ukoliko nije jasno definirano što se očekuje od pojedinog radnog mjesta, odnosno koje sposobnosti, vještine i osobine radnika su potrebne za pojedino radno mjesto, značajno se otežava pronalaženje dobrih radnika.

Selekcija je postupak kojim se primjenom unaprijed utvrđenih i standardiziranih postupaka i metoda za određeni posao izabiru oni koji najbolje udovoljavaju zahtjevima posla. I u segmentu selekcije postoje odstupanja, naime samo u 35 zdravstvenih ustanova (34,7%) primjenjuju se jasno definirani kriteriji kod odabira kandidata.

Motivacija i zadovoljstvo radnika temelj su zanimanja suvremenog upravljanja ljudskim potencijalima jer jedino se s izgradnjom kvalitetnog motivacijskog sustava može pomoći organizaciji da unaprijedi poslovanje. U provedenom istraživanju svega 13 ispitanika (12,9% zdravstvenih ustanova) izjasnilo se da provodi motivaciju radnika kao funkciju upravljanja ljudskim potencijalima. Međutim, analizom primjene pojedinih oblika motivacije, zamjetno je da se pojedini oblici motivacija ipak primjenjuje u 92 ustanove (91,1%) ali ne kao sustavna aktivnost s ciljem povećanja učinkovitosti već kao izolirane i neplanirane aktivnosti. Obzirom da većina odgovornih

osoba upravljanje ljudskim potencijalima provodit temeljem iskustva, bez osnovne izobrazbe iz upravljanja ljudskim potencijalima, ovakav rezultat nije iznenađujući te samo predstavlja odraz nepoznavanja materije. Edukacija iz područja upravljanja ljudskim potencijalima je važna i zbog činjenice da se percepcija upravljačkih struktura o tome što je važno radnicima često razlikuje od onoga što je radnicima uistinu važno, a što je bitno za provođenje funkcije motivacije (104). Najčešće korišteni oblici motivacije su upućivanje radnika na edukaciju koji se primjenjuje u 82 ustanove (81,2%) te poboljšanje uvjeta rada radnika koji se primjenjuje u 44 ustanova (43,6%).

Danas edukacija postaje jedan od najvažnijih oblika upravljanja i razvoja ljudskih potencijala. U 58 zdravstvenih ustanova (57,4%) edukacija je omogućena svim radnicima, dok je u ostalim ustanovama edukacija omogućena samo jednoj skupini radnika, uglavnom zdravstvenim radnicima. Obzirom da se plan edukacije izrađuje u 48 ispitanih ustanova (47,5%), a u 45 ispitanih ustanova (44,6%) utvrđuje se proračun za edukaciju bez jasno definiranog plana, nije jasno zbog čega se edukacija u većini ustanova ne koristi kao oblik motivacije radnika.

Osim što se može koristiti kao oblik motivacije, edukacija je bitna i zbog širenja znanja, vještina, spoznaja i sposobnosti radnika kojima se osposobljavaju za samostalno odlučivanje i djelovanje. Iako se pod edukacijom najčešće podrazumijeva edukacija izvan ustanove (sudjelovanje na seminarima, kongresima, studijska putovanja i slično) postoji cijeni niz edukacija koje je moguće provesti unutar ustanove (individualni zadaci, individualne instrukcije, mentorstvo, rotacija posla).

Obzirom na obvezu kontinuirane edukacije radnika ali i ograničene izvore vlastitih sredstava ustanove te činjenicu da se sredstva iz obveznog zdravstvenog osiguranja mogu koristiti samo za pružanje usluga zdravstvene zaštite, edukacija radnika često se financira iz drugih izvora. Financiranje edukacije radnika iz sredstava donacije provode 53 ustanove (52,5%), dok edukaciju radnici financiraju sami u 42 ustanove (41,6%). Svega 16 ustanova (15,8%) koristi se sredstvima koja osiguravaju Ministarstvo zdravlja ili HZZO i to se najvećim dijelom odnosi na financiranje ciljanih programa edukacije.

Upravljanje radnom uspješnošću je kontinuirani proces vrednovanja i usmjeravanja ponašanja i rezultata rada u radnoj situaciji. Upravljanje uspješnošću je još jedna

funkcija upravljanja ljudskim potencijalima koja se primjenjuje u svega 15 ustanova (14,9%). Da bi se moglo upravljati uspješnošću potrebno je definirati ciljeve i pokazatelje uspješnosti. Potrebno je definirati način i dinamiku mjerenja uspješnosti, izvijestiti zaposlenike o rezultatima, pri čemu procjena radnog učinka treba biti temelj napredovanja. Radnici su u takvim okolnostima motivirani za postizanje izvrsnih rezultata.

U 82 zdravstvene ustanove (81,2%) jasno se definirani ciljevi, a u gotovo svim ustanovama (99,0%) jasno su definirani radni zadaci kao preduvjet za postizanje što boljih rezultata poslovanja. Za razliku od visokog postotka ustanova u kojima su jasno definirani ciljevi, indikatori za praćenje uspješnosti jasno su utvrđeni u svega 36 zdravstvenih ustanova (35,6%).

Određeni pomaci na području praćenja uspješnosti rada vidljivi su na nacionalnoj razini na način da je HZZO kao najveći izvor financiranja zdravstvenih ustanova uveo indikatore uspješnosti u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti, međutim za sada još uvijek samo na razini cijele ustanove (127).

Povratna informacija koju nadređeni radnik daje drugim radnicima o njihovim rezultatima je ključna za upravljanje uspješnošću. Osim razgovora o učinkovitosti rada, s radnicima zdravstvenih ustanova provode se i razgovori o razvoju karijere kao oblik motivacije. U 67 zdravstvenih ustanova (67,3%) razgovori s radnicima o razvoju karijere provode se povremeno i to ne sa svim radnicima nego s pojedinim radnicima. Redoviti strukturirani razgovori o razvoju karijere s većinom radnika provode se u svega 11 ustanova (10,9%) dok se u 22 ustanove (21,8%) ne provode razgovori s radnicima o razvoju karijere.

Iako su stvorene određene pretpostavke za učinkovito upravljanje ljudskim potencijalima kao što su sistematizacija radnih mjesta i opis radnih mjesta, provođenje funkcije zapošljavanja (definirani kriteriji za zapošljavanje), motivacije (oblici i način motivacije) edukacije (obrazovna struktura radnika kojoj je omogućena edukacije) i upravljanje uspješnošću (indikatori za praćenje uspješnosti) razlikuju se od ustanove do ustanove.

Upravljanje ljudskim potencijalima ima jasno postavljene ciljeve koji se mogu sagledati kroz tri aspekta: poslovni aspekt, ekonomski aspekt i socijalni aspekt.

S poslovnog aspekta cilj upravljanja ljudskim potencijalima je na ispravan način iskoristiti potencijale radnika kako bi se osiguralo optimalno provođenje poslovnih procesa i pri tome zadovoljile potrebe stanovništva (optimalan broj radnika odgovarajuće kvalitete koji na pravom mjestu i u pravo vrijeme).

Kako bi se postigao cilj upravljanja ljudskim potencijalima s poslovnog aspekta potrebno je provoditi zapošljavanje radnika prema sistematizaciji radnih mjesta koja treba biti ažurirana s opisom poslova svakog radnog mjesta kao i provoditi motivaciju radnika kako bi radnik dao maksimalni doprinos u provođenju poslovnog procesa.

S ekonomskog aspekta cilj upravljanja ljudskim potencijalima je porast produktivnosti i profitabilnosti, smanjenje troškova i porast ukupne organizacijske uspješnosti. Nakon provedenog zapošljavanja radnika potrebno je uspostaviti sustav upravljanja radnom učinkovitošću s jasno postavljenim ciljevima, definiranim indikatorima za praćenje uspješnosti, mjerenjima i povratnim informacijama prema radnicima o dobivenim rezultatima. Kako bi se povećala produktivnost radnike je potrebno dodatno educirati i motivirati odgovarajućim oblicima motivacije prilagođenim individualnim potrebama radnika. Optimalno iskorištavanje potencijala radnika uz primjenu nematerijalnih oblika motivacije te internim edukacijama moguće je smanjiti troškove poslovanja.

Sa socijalnog aspekta cilj upravljanja ljudskim potencijalima je zadovoljavanje potreba, očekivanja i interesa radnika. Obzirom da su prema ocjeni radnika zanimljiv posao, poštovanje za obavljeni posao i osjećaj da su u tijeku sa zbivanjima puno važniji oblici motivacije od plaće ili napredovanja, za ostvarenje postavljenog cilja sa socijalnog aspekta potrebno je prije sve poznavanje što radnici uistinu žele. Ciljanom edukacijom upravljačkih struktura u zdravstvu o modelima i alatima upravljanja ljudskim potencijalima, odnosno edukacija o funkcijama upravljanja ljudskim potencijalima, moguće je postići cilj upravljanja ljudskim potencijalima sa socijalnog aspekta bez dodatnih financijskih izdataka.

U RH do sada nije rađeno istraživanje ovakvog tipa. Najvažnije su prednosti ovog istraživanja što je obuhvaćen velik broj zdravstvenih ustanova (N=101), te zadovoljavajuća stopa odgovora (75,4%), što povećava mogućnost generalizacije rezultata na sustav javnog zdravstva u RH. U zdravstvenim ustanovama uključenim u istraživanje zaposleno je ukupno 39.447 radnika, što predstavlja 53,0% ukupnog

broja radnika u sustavu zdravstva u RH, odnosno 84,0% ukupnog broja radnika zaposlenih u državnim (javnim) zdravstvenim ustanovama što dodatno pojačava važnost samog istraživanja.

7. PRIJEDLOG MODELA PLANIRANJA I UPRAVLJANJA LJUDSKIM POTENCIJALIMA

7.1. Prijedlog modela planiranja ljudskih potencijala

Najvažniji utjecaj na planiranje ljudskih potencijala u sustavu zdravstva u RH ima zatečeno stanje broja radnika (procjena temeljem ponude) i standardi definirani u propisima prvenstveno MZ-a. Značajniji utjecaj na planiranje ljudskih potencijala trebali bi imati drugi kriteriji, prije svega zdravstvene potrebe stanovništva (procjena temeljem potražnje). Da bi se moglo provesti planiranje temeljem zdravstvenih potreba stanovništva potreban je cijeli niz podataka o radnicima u zdravstvu, zdravstvenoj tehnologiji, broju i vrsti usluga kao i drugi demografski i epidemiološki podaci što predstavlja poseban izazov (*Tablica 17.*).

7.1.1. Analiza zatečenog stanja

Baza podataka o radnicima

Baza podataka o radnicima vodi se na nekoliko razina: na razini zdravstvene ustanove, na razini tijela s javnim ovlastima (HZJZ, strukovne komore), HZZO-a te na razini državnih tvrtki (FINA). Slijedom rečenog, potrebno je uvesti jedinstvenu bazu radnika u sustavu zdravstva u kojoj će se ažurno pratiti broj i obrazovna struktura radnika (Uspostava Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite).

Baza podataka o pruženim zdravstvenim uslugama

Baza podataka o pruženim zdravstvenim uslugama vodi se na razini zdravstvene ustanove i na razini HZZO-a za usluge pružene u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja. Obzirom da HZZO kroz sustav CEZIH-a (Centralni zdravstveni informacijski sustav Hrvatske), te kroz sustav ZOROH-a (Nacionalni sustav obveznog zdravstvenog osiguranja) već godinama sustavno prati pružene usluge po

osiguraniku u obveznom zdravstvenom osiguranju, potrebno je uvesti sustav cjelovitog praćenja usluga i po zdravstvenom radniku kako bi se mogli kvalitetno planirati potrebni kapaciteti.

Demografski i epidemiološki podaci

Demografski i epidemiološki podaci prate se na razini tijela s javnim ovlastima u sustavu zdravstva i izvan njega (HZJZ, HZZO-u, strukovne komore, Državni zavod za statistiku) ali i u stručnim društvima Hrvatskog liječničkog zbora. Potrebno je osigurati dostupnost ažurnih podataka o demografskim i epidemiološkim kretanjima nužnim za planiranje ljudskih potencijala.

7.1.2. Planiranje budućih potreba

Temeljem svih dostupnih podataka potrebno je provesti mjere definirane u Strateškom planu razvoja ljudskih resursa u zdravstvu, te planiranje ljudskih potencijala u sustavu zdravstva provesti na nacionalnoj razini. Pri tome je potrebno aktivno uključiti sve dionike u sustavu zdravstva, od zdravstvenih ustanova i područne samouprave do različitih ministarstva (rad, obrazovanje i znanost) koja izravno utječu na implementaciju modela. Resorno ministarstvo kao centralno mjesto koje bi imalo dostupne sve potrebne podatke kao i viziju razvoja zdravstva na nacionalnoj razini moglo bi temeljem donesene strategije upravljanja ljudskim potencijalima uspješno provoditi planiranje ljudskih potencijala.

Kriteriji planiranja

Uz postojeće najčešće korištene kriterije za planiranje ljudskih potencijala (definirani standardi i zatečeno stanje broja radnika) potrebno je više primjenjivati druge kriterije kao što su zdravstvene potrebe stanovništva i uvođenje novih tehnologija u čemu ključnu ulogu zbog složenosti procjene i dostupnosti podataka ima MZ.

Razdoblje planiranja

Obzirom da je proces školovanja radnika u sustavu zdravstva dug i da je za većinu poticajnih mjera potrebno vrijeme, planiranje ljudskih potencijala u sustavu zdravstva radi se na duže razdoblje. Prema dostupnim podacima iz drugih razvijenih zemalja, planiranje ljudskih potencijala u sustavu zdravstva (prvenstveno liječnika i medicinskih sestara) provodi se na razdoblje od 15 do 35 godina (69). Slijedom rečenog radi se o dugoročnom planiranju ali treba voditi računa i o kratkoročnim i srednjoročnim mjerama nužnim za poboljšanje trenutne situacije po pitanju broja i obrazovne strukture radnika (81).

Prikaz potreba

Kako bi se izbjeglo netočno tumačenje potrebnog broja radnika iskazanog kao standard na ugovorene zdravstvene kapacitete u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja, primjerenije bi bilo iskazati potrebe kroz apsolutne brojeve ili kao potreban broj radnika na broj stanovnika (68). Na taj način bi se izbjegle situacije u kojima se izmjenom Mreže javne zdravstvene službe ili ugovorenih sadržaja u obveznom zdravstvenom osiguranju, automatski mijenja potreban broj radnika u sustavu zdravstva i to bez promjene zdravstvenih potreba stanovništva.

Odstupanja od plana

Obzirom da zdravstvene ustanove samostalno organiziraju rad ustanove, potrebno je definirati minimalno potreban broj radnika, a zdravstvenoj ustanovi dozvoliti odstupanja na više zbog potrebe posla. Odstupanja je potrebno omogućiti dijelom i zbog liberalizacije zdravstvenog tržišta, sve većeg broja dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja, korištenja usluga od državljana drugih država i slično.

Koordinacija rada

Da bi se moglo uspješno provesti planiranje ljudskih potencijala u sustavu zdravstva potrebno je imati na raspolaganju sve informacije od trenutnog broja i strukture

radnika u sustavu zdravstva, populacijske i epidemiološke podatke, te podatke o korištenju zdravstvenih usluga. Većina tih podataka se sustavno prikuplja u različitim institucijama, međutim nisu objedinjene na jednom mjestu. Obzirom da je planiranje ljudskih potencijala dinamičan proces te da se kontinuirano trebaju pratiti promjene gospodarskog okruženja i trendovi pružanja zdravstvenih usluga, ocjenjivanje utjecaja različitih političkih opcija i scenarija, nužno je imati dostupne informacije potrebne za donošenje odluka (68). Temeljem dugoročno iskazanih potreba potrebno je uskladiti ulazak i izlazak iz zdravstvenog sustava korištenjem svih dostupnih metoda: kvote za upise na fakultete, odobravanje specijalizacija, stimulacija ulaska odnosno izlaska iz sustava, godine umirovljenja i slično, a za što je potrebno sudjelovanje svih dionika pod koordinacijom MZ-a.

Tablica 17. Prikaz modela planiranja ljudskih potencijala u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj s preporukama mjera

Planiranje ljudskih potencijala		Zdravstvena ustanova	Tijela s javnim ovlastima na razini zdravstvenog sustava	Ministarstvo zdravlja	HZZO	Druga tijela, državna uprava, javne ustanove	Preporuke
analiza zatečenog stanja	baza podataka o radnicima	Zdravstvena ustanova vodi bazu radnika ustanove	HZJZ- baza zdravstvenih radnika Strukovne komore- baza članova	Nema jedinstvenu bazu radnika (po broju i obrazovnoj strukturi) u sustavu zdravstva	Bazu zdravstvenih radnika za potrebe ugovaranja (ažuriranje jednom godišnje)	FINA- baza podataka za jedinstveni obračun plaća	Uvođenje jedinstvene baze radnika u sustavu javnog zdravstva, praćenje broja i strukture te kretanja broja radnika
	baza podataka o uslugama	Zdravstvene ustanove koje su informatizirane mogu po potrebi izvući podatke o broju i vrsti usluga	Nema podataka o uslugama	Ima podatke o kapitalnoj medicinskoj opremi	Ima bazu usluga iz obveznog zdravstvenog osiguranja	Nema podataka o uslugama	Praćenje usluga po djelatnosti i po zdravstvenom radniku
	demografski i epidemiološki podaci	Ne prate demografske i epidemiološke podatke	HZJZ, ZZJZ- praćenje epidemioloških podataka		Ne prati demografske i epidemiološke podatke za potrebe ugovaranja	Državni zavod za statistiku, stručna društva	Praćenje godišnjeg kretanja podataka o korisnicima zdravstvene zaštite i epidemioloških podataka
planiranje budućih potreba	planiranje temeljem zatečenog broja	u 58,4% ustanova jak utjecaj na planiranje zapošljavanja		Odobrava zapošljavanje temeljem utvrđenih standarda, svaki zahtjev individualno	Izdaje mišljenje Ministarstvu zdravlja o ugovorenim sadržajima za potrebe odobravanja zapošljavanja		Veće korištenje kriterija zdravstvenih potreba stanovništva u planiranju. Definiranje potrebnog broja zdravstvenih radnika na broj stanovnika, te definiranje potrebnog broja zdravstvenih radnika po pojedinoj ustanovi. Izrada srednjoročnih i dugoročnih planova zapošljavanja. Usklađenje planova zapošljavanja sa zdravstvenim ustanovama.
	planiranje temeljem potreba stanovništva	u 30,7% ustanova jak utjecaj na planiranje zapošljavanja					
	uvođenje novih tehnologija	u 16,8% ustanova jak utjecaj na planiranje zapošljavanja					
	propisi Ministarstva zdravlja	u 91,1% ustanova jak utjecaj na planiranje zapošljavanja					
	propisi HZZO-a	u 76,2% ustanova jak utjecaj na planiranje zapošljavanja					

7.2. Prijedlog modela upravljanja ljudskim potencijalima

Upravljačka struktura

Upravljački kapacitet svake zdravstvene ustanove važan je preduvjet učinkovitog i djelotvornog funkcioniranja zdravstvenog sustava i stoga je nužno nastaviti sa sustavnom izobrazbom upravljačkih struktura u zdravstvu, pri čemu se mora voditi računa o svim, a ne samo o najvišim razinama upravljanja.

Kako bi se unaprijedio sustav upravljanja ljudskim potencijalima, potrebno je ustrojiti odjel ili funkciju upravljanja ljudskim potencijalima u svakoj ustanovi te definirati jasne kriterije za zapošljavanje osoba na ključnim funkcijama upravljanja ljudskim potencijalima.

Zapošljavanje

Zapošljavanje radnika potrebno je provoditi planski na temelju srednjoročnih i dugoročnih planova zapošljavanja na način da se odaberu kandidati koji odgovaraju potrebama svakog pojedinog radnog mjesta. Slijedom rečenog potrebno je imati ažurne opise radnih mjesta da se unaprijed zna što se od novog radnika očekuje te jasne kriterije za odabir kandidata.

Motivacija

Motivaciju radnika potrebno je provoditi planski i sustavno s ciljem unapređenja upravljanja ljudskim potencijalima i povećanja učinkovitosti što ima dobre temelje u činjenici da se pojedini oblici motivacija ipak primjenjuju u 91,1% ustanova ali ne kao sustavna aktivnost već kao izolirane i neplanirane aktivnosti.

Edukacija

Edukaciju je potrebno omogućiti svim radnicima ovisno o raspoloživim sredstvima ustanove.

Osim što se može koristiti kao oblik motivacije, edukacija je bitna i zbog širenja znanja, vještina, spoznaja i sposobnosti radnika kojima se osposobljavaju za samostalno odlučivanje i djelovanje. Iako se pod edukacijom najčešće podrazumijeva edukacija izvan ustanove, moguće provesti cijeli niz edukacija unutar ustanove (individualni zadaci, individualne instrukcije, mentorstvo, rotacija posla).

Upravljanje uspješnošću

Kako su postupci definiranja ciljeva i radnih zadataka u zdravstvenim ustanovama u RH u visokom stupnju razvijeni, u modelu je potrebno definirati pokazatelje uspješnosti koji su prisutni u znatno manjem obimu. Definiranje pokazatelja uspješnosti nužno je kako bi se moglo provoditi upravljanje uspješnošću kao funkcija upravljanja ljudskim potencijalima.

Tablica 18. Prikaz modela upravljanja ljudskih potencijala u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj s preporukama mjera

Upravljanje ljudskim potencijalima	Zdravstvena ustanova	Tijela s javnim ovlastima na razini zdravstvenog sustava	Ministarstvo zdravlja	HZZO	Druga tijela, državna uprava, javne ustanove	Preporuke
upravljačke strukture zdravstvene ustanove	38,3% ustanova ima specijalizirani odjel ili funkciju upravljanja ljudskim potencijalima		Ne definira kriterije za zapošljavanje osoba za funkcije upravljanja ljudskim potencijalima			Ustrojavanje odjela odnosno funkcije upravljanja ljudskim potencijalima i definiranje kriterija za zapošljavanje osoba na ključnim funkcijama upravljanja ljudskim potencijalima
zapošljavanje	u 25,7% ustanova nije ažuriran opis poslova, u 70,3% ustanova postoji plan zapošljavanja, u 34,7% ustanova definirani jasni kriteriji za zapošljavanje		Ministarstvo zdravlja odobrava zapošljavanje temeljem zahtjeva ustanove			Ažuriranje opisa radnih mjesta, definiranje kriterija za odabir kandidata, provođenje zapošljavanja temeljem srednjoročnih i dugoročnih planova.
motivacija	u 12,9% ustanova provodi se motivacija, ne provodi se kao ciljana aktivnost					Uvođenje motivacije radnika kao planiranu i sustavnu funkciju
edukacija	Provodi se u većini ustanova, nije omogućena svim radnicima	Strukovne komore definiraju minimum edukacije za obnovu licence	Kroz kolektivni ugovor utvrđeni dani predviđeni za edukaciju	Ciljane edukacije (npr. vađenje krvi u ordinacijama, medicinska oplodnja)	Strukovna društva provode ciljane edukacije (kliničke smjernice)	Uvođenje edukacije za sve strukture radnika, provođenje više edukacija unutar ustanove
upravljanje uspješnošću	u 14,9% ustanova provodi se upravljanje uspješnošću, ne postoje jasno definirani pokazatelji za praćenje uspješnosti					Definiranje pokazatelja za praćenje uspješnosti

8. ZAKLJUČCI

- ❖ Planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva u RH visoko je centralizirano na razini MZ,
- ❖ Nedovoljno se provode osnovne funkcije upravljanja ljudskim potencijalima te nema kriterija i jasnih procedura za donošenje odluka koje utječu na ljudske potencijale,
- ❖ Ravnateljstvo zdravstvene ustanove nema dovoljno ovlasti za učinkovito planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima, a sama činjenica da je za svako zapošljavanje potrebno odobrenje od strane MZ-a urušava samu doktrinu sustava planiranja i upravljanja u kontekstu organiziranog menadžmenta ustanove,
- ❖ U organizacijskim strukturama zdravstvenih ustanova uopće nije prepoznata važnost odjela odnosno funkcije upravljanja ljudskim potencijalima, te u većini zdravstvenih ustanova nije ustrojen odjel ili funkciju upravljanja ljudskim potencijalima,
- ❖ Osobe zaposlene na upravljačkim funkcijama na svim razinama u zdravstvenim ustanovama nedovoljno su educirane o modelima, kriterijima i alatima koji se koriste za planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima,
- ❖ Propisi MZ-a imaju najveći utjecaj na planiranje ljudskih potencijala u zdravstvenim ustanovama međutim propisi MZ nedovoljno precizno definiraju standarde potrebnog broja radnika,
- ❖ Planiranje ljudskih potencijala trebalo bi provoditi uvažavajući zdravstvene potrebe stanovništva i uvođenje novih tehnologija rada, a ne samo prema propisima MZ i zatečenom broju radnika u zdravstvenim ustanovama,
- ❖ Potrebno je urediti javne baze podataka te registre i imenike koji djeluju u HZJZ i strukovnim komorama kako bi se planiranje ljudskih potencijala moglo provoditi temeljem zdravstvenih potreba stanovništva,
- ❖ U svim zdravstvenim ustanovama postoji sistematizacija radnih mjesta, ali ne postoje ažurni opisi radnih mjesta,
- ❖ Nema jasnih kriterija motivacije i nagrađivanja zdravstvenih radnika i zdravstvenih suradnika na temelju produktivnosti rada,

- ❖ Nema jasnih kriteriji upućivanja na edukaciju, te se u proračunima zdravstvenih ustanova ne osigurava dovoljno sredstava za provođenje edukacije,

U zdravstvenim ustanovama u sustavu zdravstva u RH planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima provodi se primjenom dostupnih kriterija i alata u različitim mjerama međutim ne postoji jedinstveni model planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima.

Predloženi model planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva sadrži sljedeće nadogradnje:

- ❖ Planiranje ljudskih potencijala
 - Uređenje baza podataka
 - Korištenje drugih kriterija za planiranje ljudskih potencijala
 - Postavljanje srednjoročnih i dugoročnih planova
 - Jasnije iskazivanje potrebnog broja radnika
 - Sudjelovanje svih dionika pod koordinacijom MZ-a
- ❖ Upravljanje ljudskim potencijalima
 - Ustrojavanje odjela ili funkcije upravljanja ljudskim potencijalima
 - Zapošljavanje radnika temeljem potreba radnog mjesta i jasnih kriterija
 - Provođenje motivacije kao sustavne aktivnosti
 - Provođenje edukacije kao oblika motivacije i načina stjecanja novih znanja
 - Definiranje pokazatelja uspješnosti.

9. SAŽETAK

MODEL PLANIRANJA I UPRAVLJANJA LJUDSKIM POTENCIJALIMA U SUSTAVU ZDRAVSTVA U REPUBLICI HRVATSKOJ

UVOD Sustav zdravstva je radno intenzivan i ljudski potencijali predstavljaju jedan od najvažnijih čimbenika za održivo funkcioniranje zdravstvenog sustava.

CILJ je prikazati na koji način se planira i upravlja ljudskim potencijalima u zdravstvenim ustanovama u sustavu javnog zdravstva u Republici Hrvatskoj te predložiti model planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima.

MATERIJALI I METODE Istraživanjem su obuhvaćene zdravstvene ustanove u sustavu javnog zdravstva u Republici Hrvatskoj uključene u Mrežu javne zdravstvene službe. Istraživanje je provedeno primjenom *Upitnika o planiranju i upravljanju ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva* koji je bio namijenjen ravnateljima odnosno sanacijskim upraviteljima zdravstvenih ustanova.

REZULTATI Odaziv istraživanju bio sa stopom odgovora od 75,4%. Najvažniji utjecaj na planiranje ljudskih potencijala imaju zatečeno stanje broja radnika i standardi definirani u propisima prvenstveno Ministarstva zdravlja. Značajniji utjecaj na planiranje ljudskih potencijala trebali bi imati drugi kriteriji, prije svega zdravstvene potrebe stanovništva. Upravljačke strukture zdravstvenih ustanova nedovoljno su educirane o modelima, kriterijima i alatima koji se koriste za planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima, te funkciju planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima najčešće provode nedovoljno te temeljem vlastitog iskustva.

ZAKLJUČAK U zdravstvenim ustanovama u sustavu zdravstva u Republici Hrvatskoj planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima provodi se primjenom dostupnih kriterija i alata u različitim mjerama međutim ne postoji jedinstveni model planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima te je predložen model koji sadrži nadogradnje kako u planiranju tako i u upravljanju ljudskim potencijalima.

KLJUČNE RIJEČI ljudski potencijali, sustav zdravstva, planiranje, upravljanje

10. SUMMERY

HUMAN RESOURCE PLANNING AND MANAGEMENT MODEL IN HEALTH CARE SYSTEM IN CROATIA

INTRODUCTION Health care system is labor intensive, and human resources are one of the most important factor for the sustainable functioning of the health care system.

AIM was to present the way of planning and management of human resources in the public health care system in the Republic of Croatia and propose a model of human resources planning and management.

MATERIALS AND METHODS The research was conducted using the *Questionnaire on human resources planning and management* in the health care system. Questionnaires were filled by directors of health institutions.

RESULTS Response rate of the research was 75.4%. The most important influence on the planning of human resources are the existing number of the workers and the standards defined in the regulations by Ministry of Health. Significant impact on the planning of human resources should have other criteria, especially the health needs of the population. Management structure of health care institutions are insufficiently educate about the models, criteria and tools used for planning and management of human resources, and the function of planning and human resources management usually carried out insufficient and on the basis of those own experience.

CONCLUSION Human resource planning and management in the public health care system in the Republic of Croatia is performed by using available tools in various frequencies but there is no standardized model of human resources planning and management. Therefor it is proposed a model of human resources planning and management with upgrade in all fields.

KEY WORDS: human resources, health system, planning, management

11. LITERATURA

- 1 Klarić M, Nikolić M. Ustrojstvo javnih službi u Europskom pravnom poretku. Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, 2011;(48):89-102.
- 2 Ustav Republike Hrvatske. Narodne novine 41;(2001):705.
- 3 Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne novine 2008;(150)4097.
- 4 Marković B, Vukić S. Modeli organizacije i financiranja zdravstva u odabranim zemljama svijeta. Ekonomski vjesnik, 2009;(1):183-196.
- 5 Cichon M, Normand C. Between Beveridge and Bismarck- options for health care financing in central and eastern Europe. World Health Forum. 1994;15(4):323-8.
- 6 Svjetska zdravstvena organizacija. Global Health Observatory Data Repository. 2014. Dostupno na: <http://www.who.int/countries/hrv/en/> Pristupljeno: 10. rujna 2015. godine
- 7 Turek S. Reform of health insurance in Croatia. Croat Med J. 1999;40(2):143-51.
- 8 Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju. Narodne novine 2008;(150):4098.
- 9 Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Narodne novine 2006;(85):2016.
- 10 Hrvatski ured za osiguranje. Godišnje izvješće za 2013. godinu. Dostupno na: <http://www.huo.hr> Pristupljeno: 10. rujna 2015. godine
- 11 Svjetska Banka. Zdravstvena reforma u Hrvatskoj. Revija za socijalnu politiku 2000;7(3):311-325.
- 12 Katić M., Jureša V., Orešković S. Family Medicine in Croatia: Past, Present and Forthcoming Challenges, Croat Med J. 2004;45:543-549.
- 13 Bagat M, Radić T. Investicije u bolnički zdravstveni sustav u Hrvatskoj. Medicina 2005;42(41):193-198.
- 14 Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Narodne novine 2010;(43):1092.
- 15 Mreža javne zdravstvene službe. Narodne novine 101;(2012):2236.
- 16 Pravilnik o ortopedskim i drugim pomagalicama. Narodne novine 2012;(7):183.

- 17 Zakon o sanaciji javnih ustanova. Narodne novine 2012;(136):2877.
- 18 Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zdravstveno statistički ljetopis za 2013. godinu. Zagreb 2014.
- 19 Državni zavod za statistiku. Zaposlenost prema djelatnostima u prosincu 2013. godine. Zagreb, 2014.
- 20 Roberfroid D, Leonard C, Stordeur S. Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball? Hum Resour Health. 2009; 7: 10.
- 21 Zurn P et al. Imbalance in the health workforce. Hum Resour Health. 2004;2:13.
- 22 Kabene SK, Orchard C, Howard JM, Soriano MA, Leduc R. The importance of human resource management in health care: a global context. Hum Resour Health. 2006;4:20.
- 23 Vlada Republike Hrvatske. Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015-2020. Zagreb, 2015.
- 24 Hernandez P et al. Measuring Expenditure for thr Health Workforce: Evidence and Challenges. Svjetska zdravstvena organizacija, Geneva, 2006.
- 25 Marčetić G. Upravljanje ljudskim potencijalima u javnoj upravi. Društveno veleučilište u Zagrebu. Zagreb 2007;89-107.
- 26 Birch S. Health human resource planning for the new millennium: inputs in the production of health, illness, and recovery in populations. Can J Nurs Res 2002; 33:109-114.
- 27 Stordeur S, Leonard C. Challenges in physician supply planning: the case of Belgium. Hum Resour Health. 2010;8:28.
- 28 Joyce CM, McNeil JJ, Stoelwinder JU. Time for a new approach to medical workforce planning. MJA 2004; 180: 343-346.
- 29 Dussault G, Dubois CA. Human resources for health policies: a critical component in health policies. Hum Resour Health. 2003 Apr 14;1(1):1.
- 30 Van Greuningen M, Batenburg RS, Van der Velden LF. Ten years of health workforce planning in the Netherlands: a tentative evaluation of GP planning as an example. Hum Resour Health. 2012 Aug 13;10(1):21

- 31 Hrvatski Sabor. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012-2020. Narodne novine 2012;(116):2519.
- 32 Bagat M, Sekelj Kauzlarić K. Physician labor market in Croatia. Croat Med J. 2006 Jun;47(3):376-84.
- 33 Polasek O, Kolcic I, Dzakula A, Bagat M. Internship workplace preferences of final-year medical students at Zagreb University Medical School, Croatia: all roads lead to Zagreb. Hum Resour Health. 2006;4:7.
- 34 Zakon o radu. Narodne novine 2009;(149):3635.
- 35 Zakon o liječništvu. Narodne novine 2003;(121):1707.
- 36 Zakon o ljekarništvu. Narodne novine 2003;(121):1711.
- 37 Zakon o sestrinstvu. Narodne novine 2003;(121):1710.
- 38 Zakon o stomatološkoj djelatnosti. Narodne novine 2009;(120):2958.
- 39 Zakon o primaljstvu. Narodne novine 2008;(120):3436.
- 40 Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti. Narodne novine 2003;(121):1709.
- 41 Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti. Narodne novine 2008;(120):3438
- 42 Zakon o djelatnostima u zdravstvu. Narodne novine 2009;(87):2127.
- 43 Kolektivni ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja. Narodne novine 2013;(143):3074.
- 44 Temeljni kolektivni ugovor za službenike i namještenike u javnim službama. Narodne novine 2012;(141):3004.
- 45 Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti. Narodne novine 2011;(61):1374.
- 46 Pravilnik o uvjetima, organizaciji i načinu obavljanja djelatnosti sanitetskog prijevoza. Narodne novine 2011;(53):1173.
- 47 Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme kojima moraju udovoljiti zdravstvene ustanove koje obavljaju djelatnost hitne medicine. Narodne novine 2011;(42):994.

- 48 Pravilnik o pripravničkom stažu zdravstvenih radnika. Narodne novine 2013;(14):234.
- 49 Pravilnik o pripravničkom stažu doktora dentalne medicine. Narodne novine 2013;(145):3097.
- 50 Pravilnik o pripravničkom stažu doktora medicine. Narodne novine 2013;(114):2489.
- 51 Pravilnik o mjerilima za primanje zdravstvenih radnika na pripravnički staž. Narodne novine 2013;(124):2672.
- 52 Pravilnik o specijalističkom usavršavanju magistara farmacije. Narodne novine 2008;(73):2446.
- 53 Pravilnik o specijalističkom usavršavanju magistara medicinske biokemije. Narodne novine 2008;(73):2448.
- 54 Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora stomatologije. Narodne novine 2007;(115):3369.
- 55 Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine. Narodne novine 2011;(100):2057.
- 56 Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine iz obiteljske medicine. Narodne novine 2011;(129):2598.
- 57 Pravilnik o specijalističkom usavršavanju medicinskih sestara- medicinskih tehničara. Narodne novine 2009;(139):3382.
- 58 Pravilnik o specijalističkom usavršavanju medicinskih sestara- medicinskih tehničara u djelatnosti hitne medicinske pomoći. Narodne novine 2010;(52):1283.
- 59 Odluka o ograničavanju zapošljavanja službenika i namještenika u javnim službama. Narodne novine 2013;(156):3275.
- 60 Zakon o obveznim odnosima. Narodne novine 2005;(35):707.
- 61 Bahtijarevic Šiber F. Management ljudskih potencijala, Golden marketing, Zagreb, 1999;185-186.
- 62 Sikavica i sur. Temelji menadžmenta. Školska knjiga, Zagreb, 2008.
- 63 Buble M. Osnove menadžmenta. Sinergija, Zagreb, 2006.

- 64 Buble M. Menadžment. EF Split, 2000.
- 65 Pološki Vokić N. Menadžment ljudskih potencijala u velikim hrvatskim poduzećima. Ekonomski preglednik, 2004;55(5-6):455-478.
- 66 Dumičić K, Knežević S. Anketno istraživanje prakse predviđanja promjena u vlastitome poslovanju. Ekonomski pregled. 2007;58(3-4):158-180.
- 67 Bača M. Upravljanje ljudskim potencijalima u tijelima državne uprave pomoću ekspertnih sustava. Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu. 2006;43(1):137-148.
- 68 Svjetska zdravstvena organizacija. Models and tools for health workforce planning and projections. WHO, Geneva, 2010.
- 69 Ono T, Lafortune G, Schoenstein M. Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries”, OECD France, 2013.
- 70 Adams O. Management of human resources in health care: the Canadian experience. Health Econ. 1992;1:131–143.
- 71 Joyce C, McNeil J, Stoelwinder J. More doctors, but not enough: Australian medical workforce supply 2001-2012. Med J Aust 2006;184:441-446.
- 72 Doan DBH, Levi D, Pavot J. Demographic forecasts of medical workforce supply in France (2000-2050). What numerus clausus for what future? Cah Sociol Demogr Med 2004;44:101-148.
- 73 Coste E, Doan DBH. Forecast of physician workforce in the 22 Franch regions (1998-2013). Cah Sociol Demogr Med 2003;43:5-70.
- 74 Benahmed N, Alexander S, De Wever A, Deliège D. Focus on planning the supply of physicians in Belgium. Rev Med Brux. 2013 May-Jun;34(3):141-53.
- 75 Bellan L, Buske L, Wang S, Buys YM. The landscape of ophthalmologists in Canada: present and future. Can J Ophthalmol. 2013 Jun;48(3):160-6.
- 76 Crettenden IF, McCarty MV, Fenech BJ1, Heywood T, Taitz MC, Tudman S. How evidence-based workforce planning in Australia is informing policy development in the retention and distribution of the health workforce. Human Resources for Health 2014;12:7.

- 77 Cooper R, Getzen T, Laud P. Economic expansion is a major determinant of physician supply and utilization. *Health Serv Res* 2003;38:675-696.
- 78 Barber P, López-Valcárcel BG. Forecasting the need for medical specialists in Spain: application of a system dynamics model. *Hum Resour Health* 2010 Oct 29;8:24.
- 79 Morgan G, Wigg D, Childs J. Projected requirements for radiation oncologists and trainees in Australia and New Zealand to 2007. *Austral Radiol* 2000; 44:88-97.
- 80 Greenberg L, Cultice JM. Forecasting the need for physicians in the United States: The health resource and services administration's physician requirements model. *Health Service Research* 1997;31(6):723-737.
- 81 Anderson G, Han K, Miller R, Johns M. A comparison of three methods for estimating the requirements for medical specialists: the case of otolaryngologists. *Health Serv Res* 1997;32:139-153.
- 82 Dall TM et al. Supply and demand analysis of the current and future US neurology workforce. *Neurology*. 2013 Jul 30;81(5):470-8
- 83 Rizza R, et al. A model to determine workforce needs for endocrinologists in the United States until 2020. *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88:1979-1987.
- 84 Forte G. US physician workforce forecasting: a tale of two states. *Cah Sociol Demogr Med* 2006;46:123-148.
- 85 Nejašmić I, Toskić A. Starenje stanovništva u Hrvatskoj, sadašnje stanje i perspektive. *Hrvatski geografski glasnik* 2013;75(1); 89-110.
- 86 Drakulić V, Bagat M, Golem AZ. Regionalna distribucija liječnika u Hrvatskoj. *Lijec Vjesn.* 2009;131(11-12):301-5.
- 87 Bagat M, Drakulić V, Sekelj Kauzlarić K, Vlahusić A, Bilić I, Matanić D. Influence of urbanization level and gross domestic product of counties in Croatia on access to health care. *Croat Med J.* 2008;49(3):384-91.
- 88 Kobayashi Y, Toyokawa S. Examination of Spill-over Effects of the Policy Expanding the Number of Medical Schools in Japan. *Investing in Health, IHEA World Congress*. Barcelona: International Health Economics Association; 2005.

- 89 Marchal B, Kegels G. Health workforce imbalances in time of globalization: brain drain or professional mobility? *Int J Health Plann Manage.*2003;18:89-101
- 90 Jambrek I., Penić I. Upravljanje ljudskim potencijalima u poduzećima – ljudski faktor. *Zb. Prav. fak. Sveuč. Rij* 2008;29(2):1181-1206.
- 91 Vujuc V. Upravljanje promjenama i ljudskim kapitalom. *Informatol.* 2010;43(2):90-95.
- 92 Singer S, Šandrik Nukić I. Povećanje konkurentnosti poduzeća kroz upravljanje ljudskim potencijalima. *Ekonom vijesn* 2013;1:189-197.
- 93 Marusic S. Politika ljudskih resursa za europsku konkurenciju. *Privredna kretanja i ekonomska politika* 2001;88(11):29-51.
- 94 Tadić I. Utjecaj stupnja razvijenosti i funkcija upravljanja ljudskim resursima na performanse poduzeća, *Ekonomski fakultet Split, Split, 2011.*
- 95 Armstrong M. *A Handbook of Human Resource Management Practice*, London 2006;1-982.
- 96 DeCenzo DA, Robbins SP. *Fundamentals of human resource management*. New York, 2004;1-425.
- 97 Peters DH, Chakraborty S, Mahapatra P, Steinhardt L. Job satisfaction and motivation of health workers in public and private sectors: cross-sectional analysis from two Indian states. *Hum Resour Health* 2010;8:27.
- 98 Taormina RJ, Gao JH. Maslow and the motivation hierarchy: measuring satisfaction of the needs. *Am J Psychol.* 2013 Summer;126(2):155-77.
- 99 Zalenski RJ, Raspa R. Maslow's hierarchy of needs: a framework for achieving human potential in hospice. *J Palliat Med.* 2006 Oct;9(5):1120-7.
- 100 Alshallah S. Job satisfaction and motivation: how do we inspire employees? *Radiol Manage.* 2004 Mar-Apr;26;(2):47-51.
- 101 Douglas T. Kenrick, Vladas Griskevicius, Steven L. Neuberg, and Mark Schaller. Renovating the Pyramid of Needs: Contemporary Extensions Built Upon Ancient Foundations. *Perspect Psychol Sci.* May 2010;5(3): 292–314.
- 102 Maslow A.H. A theory of human motivation. *Psychological Review* 1943;50(4): 370–96.

- 103 Buntak K, Droždek I, Kovačić R. Materijalna motivacija u funkciji upravljanja ljudskim potencijalima. Tehnički glasnik. 2013;7(1):56-63.
- 104 Buntak K, Droždek I, Kovačić R. Nematerijalna motivacija u funkciji upravljanja ljudskim potencijalima. Tehnički glasnik. 2013;7(2):213-219.
- 105 Varga M. Upravljanje ljudskim potencijalima kroz motivaciju. Zbornik radova Međimurskog veleučilišta u Čakovcu.2011;2(1):152-163.
- 106 Trošelj M, Čikeš N, Kovačić L, Mayer V. Liječnici specijalisti u Hrvatskoj: opći pregled mogućnost planiranja i izobrazbe u budućnosti. Liječ Vjesn 2003; 125:281-91.
- 107 Ugovorni sadržaji zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj za 2002. godinu. HZZO, Zagreb, 2003.
- 108 Mreža zdravstvene djelatnosti. Narodne novine 2002;(85):1396.
- 109 Ugovorni sadržaji zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj za 2012. godinu. HZZO, Zagreb, 2012.
- 110 Prenda T. Modeli ugovaranja i plaćanja zdravstvenih usluga u 2015. godini. TEB Savjetovanje. Opatija 2015.
- 111 Pravilnik o uvjetima za unutarnji ustroj kliničkih zdravstvenih ustanova. Narodne novine. 2013;(145):3099.
- 112 Pravilnik o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica. Narodne novine 2013;(45):3100.
- 113 O'Connor SE. The Politics of Management Thought: A Case Study of the Harvard Business School and The Human Relations School. ACAD MANAGE REV. 1999; 24(1):117-131.
- 114 Zagrebačka škola za ekonomiju i management. Studijski programi: MBA Human Resource Management. Dostupno na:
<http://mba.zsem.hr/index.php/programs/mba-in-human-resource-management>
Pristupljeno: 10. rujna 2015. godine
- 115 Poslovno učilište Experta. Studijski program: Menadžer ljudskih potencijala. Dostupno na:

- <http://www.experta.hr/jednogodisnja-usavrsavanja/edukacija-menadzer-ljudskih-potencijala-hrm-resursa-kadrovska-sluzba/> Pristupljeno: 10. rujna 2015. godine
- 116 Prijedlog Izmjene i dopune Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Dostupno na: http://www.zdravlje.hr/zakonodavstvo/savjetovanje_sa_zainteresiranom_javnoscu Pristupljeno: 10. rujna 2015. godine
- 117 Bagat M. Uloga ministarstva zdravstva i socijalne skrbi u upravljanju ljudskim resursima u sustavu zdravstva: doktori medicine u Republici Hrvatskoj. Magistarski rad, Zagreb, 2008.
- 118 Matorin AA, Venegas-Samuels K, Ruiz P, Butler PM, Abdulla A. U.S. medical students choice of careers and its future impact on health care manpower. J Health Hum Serv Adm. 2000 Spring; 22(4):495-509.
- 119 Hann M, Gravelle H. The maldistribution of general practitioners in England and Wales: 1974-2003. Be J Gen Pract. 2004 Dec; 54(509):890.
- 120 Lu DJ, Hakes J, Bai M, Tolhurst H, Dickinson JA. Rural intentions: factors affecting the career choices of family medicine graduates. Can Fam Physician. 2008 Jul; 54(7):1016-1017.
- 121 Mitka M. Looming shortage of physicians raises concerns about access to care. JAMA. 2007; 297:1045-1046.
- 122 Peračković K, Pokos N. U starom društvu- neki sociodemografski aspekti starenja u Hrvatskoj. Društvena istraživanja. 2015; 24(1):89-110.
- 123 Sartorius N: Medicine in the era of decivilization. Medical Sciences 2009; 33:9-28.
- 124 Noack EN, Bergmann H. Elderly People's Perspective on Rural Medical Care - a Case Study from Northern Germany. Croatian Geographical Bulletin; 2011; 73(1):149-163.
- 125 Novi Zeland, Ministarstvo zdravlja. Wellington: Health workforce development, an overview. Dostupno na: <http://www.moh.govt.nz> Pristupljeno: 30. travnja 2006. godine

- 126 European Observatory on Health Care Systems and Policies. Human recourses for health. Editors: Dubois CA, McKee M, Nolte E. London (United Kingdom); 2006.
- 127 Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Narodne novine 2013;(156):3283.

12. ŽIVOTOPIS

Mario Bagat rođen je u Splitu 1975. godine. Na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci diplomirao je 1999. godine i stekao naziv doktora medicine. Specijalizaciju iz fizikalne medicine i rehabilitacije završio je u Kliničkom bolničkom centru Zagreb te 2008. godine stekao naziv specijaliste fizikalne medicine i rehabilitacije.

Školovao se u Hrvatskoj i inozemstvu te završio stručni poslijediplomski studij „Menadžment u zdravstvu“ na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu; stručni poslijediplomski studij „Fizikalna medicina i rehabilitacija“ na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu; stručni poslijediplomski studij „Leadership and Management of Health Services“ na Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ i London School of Economics and Political Sciences; i doktorski poslijediplomski studij „Biomedicina i zdravstvo“ na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu.

Magistarsku radnju pod nazivom „*Uloga Ministarstva zdravlja i socijalne skrbi u upravljanju ljudskim resursima u sustavu zdravstva*“ obranio je 2008. godine i stekao naziv Magistra menadžmenta u zdravstvu.

Karijeru je započeo u Ministarstvu zdravlja kao koordinator reforme zdravstvenog sustava, gdje je radio i kao načelnik odjela za bolnice i analitičar poslovanja bolnica. U Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje, kao pomoćnik ravnatelja, vodio je Sektor zdravstvene zaštite koji je pokrивao ugovaranje cjelokupnog sustava javnog zdravstva u Hrvatskoj.

U razdoblju od 2006. do 2007. godine je bio nacionalni koordinator Svjetske zdravstvene organizacije za Hrvatsku za područje financiranja zdravstva.

Trenutno je zaposlen u CROATIA zdravstvenom osiguranju d.d. na mjestu direktora Sektora za osiguratelje i medicinske poslove.

Član je Hrvatske liječničke komore, Hrvatskog liječničkog zbora, Hrvatskog društva za fizikalnu i rehabilitacijsku medicinu, Hrvatskog reumatološkog društva, te Hrvatske Mense.

Stalni je predstavnik Republike Hrvatske u Odboru za zdravstvena osiguranja Europske federacije osiguravatelja *Insurance Europe* u Bruxellesu.

Autor je više od 35 znanstvenih i stručnih radova iz područja osiguranja i upravljanja zdravstvenim sustavom od kojih je 5 objavljeno u časopisima indeksiranim u bazi *Current/Contents* te 6 u časopisima indeksiranim u drugim međunarodnim bazama *PubMed/MEDLINE* i *Excerpta medica/EMBASE*.

Član je uredničkog odbora znanstvenog časopisa „*Fizikalna i rehabilitacijska medicina*“ i stručnog časopisa za teoriju i praksu osiguranja „*Osiguranje*“.

Autorske knjige i odlomci u knjigama:

1. Varga, Siniša; Bagat, Mario; Božić-Grigić, Davorka; Maletić, Dean. Hrvatski zdravstveni vodič 2006/7. Sv. 1: Bolnička zdravstvena zaštita. Zagreb: Prospheara, 2006 (adresar). ISBN: 953-7391-01-9.

2. Varga, Siniša; Bagat, Mario; Božić-Grigić, Davorka; Maletić, Dean. Hrvatski zdravstveni vodič 2006/7. Sv. 2: Primarna zdravstvena zaštita. Zagreb: Prospheara, 2006 (adresar). ISBN: 953-7391-02-7.

3. Varga, Siniša; Bagat, Mario; Božić-Grigić, Davorka; Maletić, Dean. Hrvatski zdravstveni vodič 2006/7. Sv. 3: Poliklinike, specijalisti, kućna njega, laboratoriji. Zagreb : Prospheara, 2006 (adresar). ISBN: 953-7391-03-5.

4. Tihomir Strizrep, Renato Mittermayer, Veronika Laušin, Saša Nikšić, Mario Bagat, Marija Hrastinski, Ljubica Đukanović. Jačanje zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj. Zagreb: TEB- poslovno savjetovanje, 2011. ISBN: 9789536290932

5. Miroslav Jelić, Neven Kauzlarić, Ida Kovač, Mario Bagat, Ivo Čala, Ivan Husić, Marko Husić, Sunčica Bulat-Wuersching, Andreas Wuersching. Ortopedska pomagala 2008. Zagreb: Društvo za protetiku i ortotiku - ISPO Croatia, 2008. ISBN: 9789539519634

6. Mogućnosti i prava: Priručna brošura namijenjena osobama s invaliditetom [Urednik Mirko Ivanušić]. Zagreb: Mine Aid, 2011. ISBN: 9789535667308

13. PRILOZI

Prilog 1. Dopis zdravstvenim ustanovama

PROJEKT „ZDRAVLJE NA
RADU I ZDRAVI OKOLIŠ“

PLANIRANJE I UPRAVLJANJE LJUDSKIM POTENCIJALIMA U
SUSTAVU ZDRAVSTVA

Zagreb, 17. ožujka 2014. godine

KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR
KLINIČKA BOLNICA
KLINIKA
OPĆA BOLNICA
SPECIJALNA BOLNICA
DOM ZDRAVLJA
ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO
n/p ravnatelja- sanacijskog upravitelja

PREDMET: Planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva

- dostava upitnika

Poštovani,

na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu provodi se istraživanje o planiranju i upravljanju ljudskim potencijalima kao sastavni dio znanstveno-istraživačkog projekta br. 1080316-0300 Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske.

Istraživanje se provodi uz potporu Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske obzirom da je jedan od strateških prioriteta Ministarstva jačanje i bolje korištenje ljudskih potencijala u zdravstvenoj skrbi.

Istraživanjem su obuhvaćene bolnice, domovi zdravlja i zavodi za javno zdravstvo uključeni u Mrežu javne zdravstvene službe. Istraživanje je anonimno, a provodi se primjenom Upitnika u kojeg se upisuju odgovori koji se odnose na Vašu ustanovu ili najbliže opisuju stav Vaše ustanove.

Kako bi rezultati istraživanja bili primjenjivi potrebno je obuhvatiti što veći broj zdravstvenih ustanova, a obzirom da se radi o važnoj temi za zdravstveni sustav molimo Vas da nam **popunjeni Upitnik dostavite najkasnije do 15. travnja 2014. godine** u priloženoj omotnici na adresu:

„Planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima“

n/p Mario Bagat
Hećimovićeva 3
10 000 Zagreb.

Za sve upite i pojašnjenja slobodno mi se obratite na e-mail adresu mario.bagat@st.t-com.hr

S poštovanjem,

Voditelj istraživanja
mr. Mario Bagat, dr.med.

Adresa za dopisivanje: Planiranje i upravljanje ljudskim potencijalima, Mario Bagat, Hećimovićeva 3, HR-10000 Zagreb | mario.bagat@st.t-com.hr |

Prilog 2. Obavijest o istraživanju

Obavijest o istraživanju

ANALIZA I IZRADA MODELA PLANIRANJA I UPRAVLJANJA LJUDSKIM POTENCIJALIMA U SUSTAVU ZDRAVSTVA U HRVATSKOJ

Istraživanje o planiranju i upravljanju ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva dio je znanstveno-istraživačkog projekta br. 1080316-0300 Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske, pod nazivom „Zdravlje na radu i zdravi okoliš“ koji se provodi na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, a uz potporu Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske.

Istraživanjem su obuhvaćene sve zdravstvene ustanove, bolnice, domovi zdravlja i zavodi za javno zdravstvo, u Republici Hrvatskoj uključene u Mrežu javne zdravstvene službe. Cilj istraživanja je na primjeru zdravstvenih ustanova, kao najvećeg segmenta zdravstvenog sustava, utvrditi način na koji se planira i upravlja ljudskim potencijalima i izraditi jedinstveni model planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva.

Istraživanje de se provoditi primjenom Upitnika o planiranju i upravljanju ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva koji je namijenjen ravnatelju/ici odnosno sanacijskom upravitelju/ici zdravstvene ustanove. Ukupno de se ispitati 134 ravnatelja/ice ili sanacijska upravitelja/ice zdravstvenih ustanova, odnosno osobe koje oni ovlaste da umjesto njih odgovore na pitanja iz Upitnika.

Upitnik se sastoji od 40 pitanja koja su podijeljena u dvije skupine: opći dio s pitanjima o organizaciji zdravstvene ustanove i specijalni dio sa pitanjima o planiranju i upravljanju ljudskim potencijalima. Ispitanik treba zaokružiti jedan ili više odgovora ili upisati odgovor u za to predviđeno mjesto kako je naznačeno u uputama za ispunjavanje. Ispunjeni Upitnik potrebno je vratiti na adresu pošiljatelja u priloženoj omotnici

Sudjelovanje u istraživanju je dragovoljno. Ime zdravstvene ustanove i ime ili potpis ispitanika se ne smiju upisivati na Upitnik. Sve analize bit de rađene na nacionalnoj razini, odnosno na razini skupine zdravstvenih ustanova, te se rezultati i zaključci neće prikazivati za pojedinu zdravstvenu ustanovu, čime se dodatno isključuje mogućnost identifikacije pojedine zdravstvene ustanove. Sve informacije tretirat de se kao povjerljive i upotrijebit de se isključivo za potrebe ovog istraživanja. Vaši odgovori koristit de se kako bi se unaprijedio sustav planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva.

Ovo istraživanje je odobrilo Etičko povjerenstvo Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu na svojoj sjednici nakon pažljive procjene dostavljenog prijedloga istraživanja i potrebne dokumentacije. Istraživanje se provodi u skladu sa svim primjenljivim smjernicama čiji je cilj osigurati pravilno provođenje istraživanja te sigurnost osoba koje u njemu sudjeluju, «Helsinšku deklaraciju», «Kodeks liječničke etike i deontologije Hrvatske liječničke komore i Hrvatskog liječničkog zbora».

Imate li bilo kakvih pitanja u vezi s istraživanjem možete se obratiti voditelju istraživanja na slijedeću e-mail adresu: mario.bagat@st.t-com.hr

Voditelj istraživanja
Mr. Mario Bagat, dr.med.

Prilog 3. Upitnik

UPITNIK O PLANIRANJU I UPRAVLJANJU LJUDSKIM POTENCIJALIMA

Molimo Vas da pažljivo ispunite upitnik i odgovorite na SVAKO pitanje. Na pitanje odgovorite zaokruživanjem broja ponuđenog odgovora ili upisivanjem Vašeg odgovora na predviđeno mjesto. Sve informacije tretirat će se kao povjerljive i upotrijebit će se isključivo za potrebe ovog istraživanja. Vaši odgovori koristit će se kako bi se unaprijedio sustav planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva

OPĆI DIO

- 1 VRSTA USTANOVE (zaokruži odgovor) KBC KB KI OB SB Lječilište DZ ZZJZ
- 2 Ukupan broj radnika u ustanovi _____
- 3 Ukupan broj doktora medicine _____
- 4 Ukupan broj medicinskih sestara _____
- ZVANJE ČLANOVA MENADŽMENTA USTANOVE (upisati zanimanje npr. dr.med., mag.oec. i sl.)
- 5 Ravnatelj/ sanacijski upravitelj _____
- 6 Zamjenik ravnatelja/ sanacijskog upravitelja _____
- 7 TKO JE U VAŠOJ USTANOVI PO OPISU RADNOG MJESTA ZADUŽEN ZA LJUDSKE POTENCIJALE? _____ (upisati radno mjesto)
- 8 DA LI OSOBA ZADUŽENA ZA LJUDSKE POTENCIJALE IMA ZAVRŠENU EDUKACIJU IZ UPRAVLJANJA LJUDSKIM POTENCIJALIMA? (jedan ili više odgovora)
- a Da, kolegij na fakultetu
- b Da, poslijediplomski studij
- c Da, tečaj
- d Neki drugi oblik edukacije (upisati koji) _____
- e Nema završenu formalnu edukaciju, već posao obavlja temeljem iskustva
- 9 DA LI NEKI DRUGI ČLAN MENADŽMENTA USTANOVE IMA FORMALNU EDUKACIJU IZ UPRAVLJANJA LJUDSKIM POTENCIJALIMA I KOJI? (upisati odgovor)
- a DA, _____
- b NE

SPECIJALNI DIO

- 10 POSTOJI LI U VAŠOJ USTANOVI FUNKCIJA/ODJEL UPRAVLJANJA LJUDSKIM POTENCIJALIMA? [zaokružiti jedan odgovor]
- a Ne postoji
- b Ne postoji specijalizirana osoba/odjel, ali se neki zaposlenici bave poslovima iz područja ljudskih potencijala
- c Da, postoji osoba/odjel specijaliziran za područje ljudskih potencijala
- 11 KOJI SE PROCESI IZ PODRUČJA LJUDSKIH POTENCIJALA REDOVITO PROVODE U VAŠOJ USTANOVI? [jedan ili više odgovora]
- a Zapošljavanje (regrutiranje i selekcija) novih radnika
- b Upravljanje radnom učinkovitošću
- c Motivacija radnika
- d Planiranje i provođenje edukacija
- e Redovita komunikacija s radnicima
- f Ne provodi se niti jedan navedeni proces
- 12 IZRAĐUJE LI SE GODIŠNJI PLAN I PRORAČUN ZAPOŠLJAVANJA? [jedan odgovor]
- a Planiranje zapošljavanja se provodi redovito i detaljno
- b Izrađuje se okvirni plan i proračun zapošljavanja
- c Ne postoji plan zapošljavanja, niti postoji proračun za nova zapošljavanja

- 13 ŠTO UKLJUČUJE POSTUPAK REGRUTIRANJA ZAPOSLENIKA? [jedan ili više odgovora]
- a Nema osobitih pravila kako se provodi
 - b Do potencijalnih kandidata se dolazi putem poznanstava
 - c Do potencijalnih kandidata se dolazi oglašavanjem (interno ili javno)
 - d Do potencijalnih kandidata se dolazi putem agencija (head hunting)
 - e Koriste se razni kanali regrutiranja prilagođeni radnom mjestu
- 14 ŠTO UKLJUČUJE POSTUPAK SELEKCIJE RADNIKA KOD ZAPOŠLJAVANJA? (jedan ili više odgovora)
- a Nema osobitih pravila kako se provodi
 - b Selekcija se provodi na temelju mjerljivih i jasno definiranih kriterija
 - c Selekcija se najčešće provodi na temelju intervjua
 - d Koriste se razni modeli selekcijske prilagođeni radnom mjestu
- 15 U KOJOJ MJERI SE KANDIDATI INFORMIRAJU O STATUSU U NATJEČAJU (ULASKU U UŽI KRUG I/ILI ISHODU NATJEČAJA)? [jedan ili više odgovora]
- a Svi kandidati informiraju se o statusu u natječaju pismeno
 - b Kandidati se informiraju o statusu natječaja objavom obavijesti na oglasnoj ploči
 - c Povremeno se informiraju, ovisno o radnom mjestu za koje se provodi natječaj
 - d Uglavnom se ne informiraju o statusu u natječaju
- 16 POSTOJE LI U USTANOVI SISTEMATIZACIJA RADNIH MJESTA I OPISI POSLOVA? [jedan odgovor]
- a Postoji sistematizacija s ažuriranim opisom poslova za sva radna mjesta
 - b Postoji sistematizacija s opisima radnih mjesta ali bi ih trebalo ažurirati
 - c Postoji sistematizacija ali ne i opisi poslova radnih mjesta
 - d Ne postoji sistematizacija radnih mjesta
- 17 ČIJA ULOGA JE VAŽNA U IZRADI SISTEMATIZACIJE RADNIH MJESTA U USTANOVI? [jedan ili više odgovora]
- a Upravno vijeće Ustanove
 - b Ravnatelj
 - c Zamjenik ravnatelja
 - d Pomoćnik ravnatelja/ osoba zadužena za ljudske potencijale
 - e Predstojnik klinike, Voditelj Odjela
- 18 NA KOJI NAČIN SE NAVEDENE TVRDNJE ODOSE NA VAŠU USTANOVU? (obilježiti da li je tvrdnja točna ili nije točna)

		TOČNO	NETOČN.
a	Jasno su postavljene radni ciljevi za radnike za većinu radnih mjesta.		
b	Jasno su definirani zadaci za radnike za većinu radnih mjesta.		
c	Jasno su definirani indikatori za praćenje učinkovitosti rada		
d	Zaposlenici imaju povratnu informaciju o učinkovitosti svog rada.		
e	S radnicima se redovito razgovara o učinkovitosti rada.		
f	Uveden je sustav nagrađivanja prema rezultatima rada.		

- 19 KOJI OD NAVEDENIH MODELA MOTIVACIJE RADNIKA SE PROVODI U VAŠOJ USTANOVI? (jedan ili više odgovora)
- a povećanje materijalnih primanja
 - b upućivanje na edukaciju, seminare, užu specijalizaciju
 - c poboljšanje uvjeta rada
 - d postavljanje na bolje radno mjesto
 - e javno priznanje i pohvala
 - f veća autonomnost u radu

- 20 PROVODE LI SE REDOVITI FORMALNI RAZGOVORI O POTREBNIM EDUKACIJAMA I MOGUĆNOSTI NAPREDOVANJA SA ZAPOSLENICIMA? [jedan odgovor]
- Redovito (npr. godišnje) s većinom zaposlenika provode se strukturirani razgovori o razvoju karijere
 - Provode se povremeno s nekim zaposlenicima, ali nema pravila
 - Takvi razgovori se ne provode
- 21 IZRADUJE LI SE REDOVITO PLAN USAVRŠAVANJA ZAPOSLENIKA, SUKLADNO POSLOVNIM PLANOVIMA? [jedan ili više odgovora]
- Ne
 - Da, postoji okvirni plan
 - Da, planiranje usavršavanja se provodi redovito i detaljno
 - Provodi se interni natječaj za korištenje proračuna za usavršavanje
 - Određuje se proračun za usavršavanje, a zahtjevi se odobravaju pojedinačno
- 22 KOJI SVE ZAPOSLENICI IMAJU PRILIKU IĆI NA USAVRŠAVANJE? [jedan ili više odgovora]
- Uglavnom nitko
 - Samo dio zaposlenika, najčešće menadžment i voditelji
 - Samo dio zaposlenika, uglavnom doktori
 - Samo dio zaposlenika, uglavnom zdravstveno osoblje
 - Uglavnom svi zaposlenici
- 23 KOJI JE NAJČEŠĆI IZVOR FINANCIRANJA STRUČNOG USAVRŠAVANJA? [jedan ili više odgovora]
- Sredstva ustanove
 - Sredstva Ministarstva i HZZO-a
 - Sredstva iz donacije uključujući farmaceutske industriju
 - Osobna sredstva radnika
- 24 NA KOJI NAČIN SE PROVODI ISPITIVANJE STAVOVA, MIŠLJENJA I PRIKUPLJANJE SUGESTIJA ZAPOSLENIKA? [jedan odgovor]
- Ispitivanje mišljenja i sugestija zaposlenika provodi se redovito i sustavno
 - Zaposlenike se povremeno pita za mišljenje ili ga mogu izreći nadređenoj osobi
 - Ne provodi se
- 25 NA KOJI NAČIN BISTE OCIJENILI BROJ I STRUKTURU RADNIKA U VAŠOJ USTANOVI (zaokružite jedan odgovor)
- Zaposleno je previše radnika, nije dobra struktura
 - Zaposleno je previše radnika, struktura je dobra
 - Zaposlen je dovoljan broj radnika, nije dobra struktura
 - Zaposlen je dovoljan broj radnika, dobra je struktura
 - Zaposleno je nedovoljno radnika, nije dobra struktura
 - Zaposleno je nedovoljno radnika, dobra je struktura

U KOJOJ MJERI POJEDINI PARAMETAR SADA UTJEČE NA ZAPOSĀLJAVANJE RADNIKA?		jačina utjecaja							
		nema utjecaja	neznatan	mali	umjeren	jak	prevlađavajući	isključiv	
26	ZATEČENI BROJ RADNIKA	zapošljavanje novog zaposlenika na upražnjeno radno mjesto	1	2	3	4	5	6	7
27	ZDRAVSTVENE POTREBE STANOVNIKA	praćenjem broja pacijenata i opterećenost zdravstvenih radnika	1	2	3	4	5	6	7
28	UVOĐENJE NOVIH TEHNOLOGIJA	potreba za dodatnom radnom snagom zbog uvođenja novih tehnologija ili metoda liječenja	1	2	3	4	5	6	7
29	PRORAČUN ZDRAVSTVENE USTANOVE	Ukupna financijska sredstva koja su na raspolaganju ustanovi	1	2	3	4	5	6	7
30	PROPISI MINISTARSTVA ZDRAVLJA	Pravilnik o minimalnim kriterijima broja zaposlenika i drugi propisi	1	2	3	4	5	6	7
31	PROPISI HZZO-A	Odluke i propisi HZZO-a koji reguliraju standarde zaposlenika za sklapanje ugovora	1	2	3	4	5	6	7

U KOJOJ BI MJERI POJEDINI PARAMETAR TREBAO UTJECATI NA ZAPOSŁJAVANJE RADNIKA?		jačina utjecaja							
		nema utjecaja	neznatan	mali	umjeren	jak	prevlađavajući	isključiv	
32	ZATEČENI BROJ RADNIKA	zapošļavanje novog zaposlenika na upražnjeno radno mjesto	1	2	3	4	5	6	7
33	ZDRAVSTVENE POTREBE STANOVNIKA	praćenjem broja pacijenata i opterećenost zdravstvenih radnika	1	2	3	4	5	6	7
34	UVOĐENJE NOVIH TEHNOLOGIJA	potreba za dodatnom radnom snagom zbog uvođenja novih tehnologija ili metoda liječenja	1	2	3	4	5	6	7
35	PRORAČUN ZDRAVSTVENE USTANOVE	Ukupna financijska sredstva koja su na raspolaganju ustanovi	1	2	3	4	5	6	7
36	PROPISI MINISTARSTVA ZDRAVLJA	Pravilnik o minimalnim kriterijima broja zaposlenika i drugi propisi	1	2	3	4	5	6	7
37	PROPISI HZZO-A	Odluke i propisi HZZO-a koji reguliraju standarde zaposlenika za sklapanje ugovora	1	2	3	4	5	6	7

38 NA KOJI NAČIN BI MINISTARSTVO ZDRAVLJA TREBALO UTJECATI NA PLANIRANJE ZAPOSŁJAVANJA [zaokružiti jedan ili više odgovora]

- a Pobljšanje postojećih propisa, jasnije definiranje standarda zaposlenika
- b Donošenjem novih propisa
- c Donošenjem Nacionalne strategije planiranja ljudskih resursa
- d Centralizacijom odobravanja zapošļavanja
- e Ministarstvo ne bi trebalo imati utjecaj na zapošļavanje u zdravstvenim ustanovama

39 NA KOJI NAČIN BI HZZO TREBAO UTJECATI NA PLANIRANJE ZAPOSŁJAVANJA [zaokružiti jedan ili više odgovora]

- a Pobljšanje postojećih propisa, jasnije definiranje standarda zaposlenika
- b Donošenjem novih propisa
- c Povećanjem proračuna ustanove
- d HZZO ne bi trebalo imati utjecaj na zapošļavanje u zdravstvenim ustanovama

40 DA LI RAVNATELJSTVO ZDRAVSTVENE USTANOVE IMA DOVOLJNO OVLAŠTI ZA UČINKOVITO PLANIRANJE I UPRAVLJANJE LJUDSKIM POTENCIJALIMA?

- a DA
- b NE (navedite zašto) _____

NAPOMENA:

HVALA ŠTO STE SUDJELOVALI U
ISTRAŽIVANJU!

14. POPIS SLIKA I TABLICA

14.1. Popis slika

Slika 1. Provođitelji zdravstvene zaštite po organizacijskom obliku i razini zdravstvene djelatnosti u Republici Hrvatskoj.....	5
Slika 2. Planiranje ljudskih potencijala temeljem ponude.....	16
Slika 3. Maslow piramida potreba.....	28
Slika 4. Oblici materijalne motivacije radnika.....	29
Slika 5. Odaziv istraživanju prema vrsti zdravstvenih ustanova (N=101).....	37
Slika 6. Mjesto rada radnika zaposlenih u ustanovama uključenim u istraživanje (N=39.447)	38
Slika 7. Odgovorne osobe za poslove upravljanja ljudskim potencijalima (N=101)...	40
Slika 8. Analiza broja radnika u zdravstvenim ustanovama (N=101)	42
Slika 9. Analiza strukture radnika u zdravstvenim ustanovama (N=101).	43
Slika 10. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja zatečenog broja radnika na planiranje ljudskih potencijala	45
Slika 11. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja zdravstvenih potreba stanovništva na planiranje ljudskih potencijala	46
Slika 12. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja uvođenja novih tehnologija na planiranje ljudskih potencijala	48
Slika 13. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja visine proračuna zdravstvene ustanove na planiranje ljudskih potencijala.....	50
Slika 14. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja propisa Ministarstva zdravlja na planiranje ljudskih potencijala	52
Slika 15. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja propisa Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na planiranje ljudskih potencijala	54

Slika 16. Usporedba preporučene jačine utjecaja pojedinog kriterija u odnosu na sadašnju jačinu utjecaja na planiranje ljudskih potencijala	57
Slika 17. Zastupljenost pojedine funkcije upravljanja ljudskim potencijalima u zdravstvenim ustanovama	59
Slika 18. Planiranje zapošljavanja prema vrsti zdravstvenih ustanova	60
Slika 19. Broj različitih oblika motivacija koji se primjenjuju u pojedinoj ustanovi.....	61
Slika 20. Primjena pojedinog oblika motivacije u zdravstvenim ustanovama	62
Slika 21. Provođenje razgovora poslodavca s radnicima o razvoju karijere.....	64
Slika 22. Struktura radnika kojoj je omogućeno stručno usavršavanje	65
Slika 23. Način planiranja edukacije radnika u zdravstvenim ustanovama	65
Slika 24. Izvori sredstava za financiranje edukacije radnika zdravstvenih ustanova	66

14.2. Popis tablica

Tablica 1. Planiranje ljudskih potencijala u sustavu zdravstva u pojedinim zemljama	15
Tablica 2. Usporedba broja liječnika između urbanih i ruralnih županija	21
Tablica 3. Razlike u menadžerskoj percepciji o tome što zaposleni žele i stvarnih preferencija zaposlenih.....	29
Tablica 4. Prikaz zvanja ravnatelja/ sanacijskih upravitelja zdravstvenih ustanova uključenih u istraživanje (N=101)	39
Tablica 5. Prikaz edukacije iz područja upravljanja ljudskim potencijalima osoba odgovornih za područje ljudskih potencijala u zdravstvenim ustanovama	41
Tablica 6. Broj ustanova u pojedinoj kategoriji obzirom na broj i obrazovnu strukturu radnika (N=101)	43
Tablica 7. Jačina sadašnje i preporučenog utjecaja zatečenog broja radnika na planiranje ljudskih potencijala	45
Tablica 8. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja zdravstvenih potreba stanovništva za planiranje ljudskih potencijala.	47
Tablica 9. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja uvođenja novih tehnologija na planiranje ljudskih potencijala.....	49
Tablica 10. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja visine proračuna zdravstvenih ustanova na planiranje ljudskih potencijala.....	51
Tablica 11. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja propisa Ministarstva zdravlja na planiranje ljudskih potencijala	53
Tablica 12. Jačina sadašnjeg i preporučenog utjecaja propisa Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na planiranje ljudskih potencijala	55
Tablica 13. Jačina utjecaja pojedinih kriterija na planiranje ljudskih potencijala u zdravstvenim ustanovama.....	56

Tablica 14. Rezultati linearne regresijske analize pri čemu je kao kriterijska varijabla korišten dovoljan broj radnika u zdravstvenoj ustanovi.....	58
Tablica 15. Aktivnosti upravljanja učinkovitošću rada po vrstama zdravstvenih ustanova.....	63
Tablica 16. Izazovi planiranja ljudskih potencijala i preporuke za prevladavanje izazova	77
Tablica 17. Prikaz modela planiranja ljudskih potencijala u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj s preporukama mjera.....	87
Tablica 18. Prikaz modela upravljanja ljudskih potencijala u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj s preporukama mjera.	90