

UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA U HRVATSKOM ZDRAVSTVU KAO DETERMINANTA MIGRACIJA LIJEČNIKA

Stanić, Zrinka

Doctoral thesis / Disertacija

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:236:196939>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-13**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Doctoral School, Josip Juraj University in Osijek](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
DOKTORSKA ŠKOLA DRUŠTVENO-HUMANISTIČKIH
ZNANOSTI**

Doktorski studij Europski studiji

Doktorska disertacija

**UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA U
HRVATSKOM ZDRAVSTVU KAO
DETERMINANTA MIGRACIJA LIJEČNIKA**

Zrinka Stanić

OSIJEK, 2022.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
DOKTORSKA ŠKOLA DRUŠTVENO-HUMANISTIČKIH
ZNANOSTI**

Doktorski studij Europski studiji

Doktorska disertacija

**UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA U
HRVATSKOM ZDRAVSTVU KAO
DETERMINANTA MIGRACIJA LIJEČNIKA**

Zrinka Stanić

OSIJEK, 2022.

JOSIP JURAJ STROSSMAYER UNIVERSITY OF OSIJEK
POSTGRADUATE UNIVERSITY DOCTORAL SCHOOL
Postgraduate University Study Program
European Studies

Doctoral thesis

**HUMAN RESOURCE MANAGEMENT IN THE
CROATIAN HEALTH CARE AS A
DETERMINANT OF PHYSICIAN MIGRATION**

Zrinka Stanić

OSIJEK, 2022

Mentor: prof. dr. sc. Željko Požega, redoviti profesor na Ekonomskom fakultetu Sveučilišta Josipa
Jurja Strossmayera u Osijeku

Zahvala

Zahvaljujem svom suprugu i sinovima na potpori, strpljenju i ljubavi koju su mi pružali tijekom svih faza pisanja ove doktorske disertacije.

Zahvaljujem svom mentoru, prof. dr. sc. Željku Požegi, što je prihvatio biti mi mentor i što je uvijek bio tu za mene za sva pitanja, nejasnoće i pomoć. Zahvaljujem mu na potpori i vjeri u mene.

Zahvaljujem i svima ostalima koji su bili uz mene na ovom putu, od obitelji, rodbine i prijatelja.

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku
Doktorska škola Europski studiji

NASLOV DOKTORSKE DISERTACIJE: Upravljanje ljudskim resursima u hrvatskom
zdravstvu kao determinanta migracija liječnika

Autorica: Zrinka Stanić

Znanstveno/umjetničko područje: Društvene znanosti

Znanstveno/umjetničko polje: Informacijske i komunikacijske znanosti

Doktorska disertacija sadržava:

Broj stranica: 235

Broj slika: 25

Broj tablica: 21

Povjerenstvo za ocjenu doktorske disertacije:

1. Prof. dr. sc. Ivana Barković Bojanić, predsjednik
2. Prof. dr. sc. Jerko Glavaš, član
3. Izv. prof. dr. sc. Željko Vojinović, član

Povjerenstvo za obranu doktorske disertacije:

1. Prof. dr. sc. Ivana Barković Bojanić, predsjednik
2. Prof. dr. sc. Jerko Glavaš, član
3. Izv. prof. dr. sc. Željko Vojinović, član

Disertacija je pohranjena u:

1. Nacionalnoj i sveučilišnoj knjižnici Zagreb, Ul. Hrvatske bratske zajednice 4, Zagreb;
2. Gradskoj i sveučilišnoj knjižnici Osijek, Europska avenija 24, Osijek;
3. Sveučilištu Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Trg Sv. Trojstva 3, Osijek.

Josip Juraj Strossmayer University of Osijek
Doctoral School European Studies

THESIS TITLE: Human resource management in the Croatian health care as a determinant of physician migration

Author: Zrinka Stanić

Scientific/Artistic Area: Social Sciences

Scientific/Artistic Field: Economics, Law, field of Interdisciplinary Social Sciences

Thesis contains:

Number of pages: 235

Number of figures: 25

Number of tables: 21

Commission for assessment of the doctoral thesis:

1. Prof. dr. sc. Ivana Barković Bojanić, President of Commission
2. Prof. dr. sc. Jerko Glavaš, member
3. Izv. prof. dr. sc. Željko Vojinović, member

Commission for the defense of the doctoral thesis:

1. Prof. dr. sc. Ivana Barković Bojanić, President of Commission
2. Prof. dr. sc. Jerko Glavaš, member
3. Izv. prof. dr. sc. Željko Vojinović, member

Thesis deposited in:

1. National and University Library in Zagreb, Ul. Hrvatske bratske zajednice 4, Zagreb;
2. City and University Library of Osijek, Europska avenija 24, Osijek;
3. Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Trg Sv. Trojstva 3, Osijek.

Ime i prezime: Zrinka Stanić

Matični broj studenta: 0046

OIB: 00383811380

E-mail: zrinka@incor.hr

Naziv studija: Poslijediplomski interdisciplinarni sveučilišni studij Europski studiji

Naslov doktorske disertacije: Upravljanje ljudskim resursima u hrvatskom zdravstvu kao determinanta migracija liječnika

Mentor: prof. dr. sc. Željko Požega

**IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI,
NEPLAGIRANJU I SUGLASNOSTI ZA OBJAVU
U INSTITUCIJSKIM REPOZITORIJIMA**

1. Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da je doktorska disertacija isključivo rezultat mog vlastitog rada koji se temelji na mojim istraživanjima i oslanja se na objavljenu literaturu, a što pokazuju korištene bilješke i bibliografija.
2. Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da sam upoznata s pravilima citiranja, znam pravilno citirati izvore drugih autora i da neću (auto)plagirati znanstvene i stručne radove, kao ni mrežne stranice. Također potvrđujem kako ni jedan dio doktorske disertacije nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši ničija autorska prava.
3. Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da bez prethodne suglasnosti voditelja studija neću objavljivati niti stavljati drugima na raspolaganje svoju doktorsku disertaciju ili dijelove doktorske disertacije izrađene u okviru poslijediplomskog interdisciplinarnog sveučilišnog studija Komunikologija u Doktorskoj školi Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.
4. Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da sadržaj elektroničke inačice doktorske disertacije u potpunosti odgovara sadržaju obranjene i nakon obrane uređene disertacije.
5. Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da sam suglasna da se trajno pohrani i objavi moja doktorska disertacija u digitalnom repozitoriju Doktorske škole Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, repozitoriju Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku te javno dostupnom repozitoriju Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu (u skladu s odredbama Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, Narodne novine broj 123/03., 198/03., 105/04., 174/04., 2/07.-Odluka USRH, 46/07., 45/09., 63/11., 94/13., 139/13., 101/14.-Odluka USRH i 60/15.-Odluka USRH).

Studentica



U Osijeku 22.12.2022. godine.

SAŽETAK

Problematika opstojnosti hrvatskog zdravstvenog sustava je, zbog sve većeg broja odlazaka hrvatskih zdravstvenih stručnjaka, iz godine u godinu sve veća i ozbiljnija. Naime, egzodus liječnika, ali i svih ostalih zdravstvenih djelatnika, sve je veći od ulaska Republike Hrvatske u Europsku Uniju. Na koji način upravljanje ljudskim resursima utječe na odlazak liječnika iz Republike Hrvatske? Koji su uzroci nezadovoljstva liječnika u hrvatskom zdravstvenom sustavu? Koji su najvažniji razlozi migracija hrvatskih liječnika? Detektiranje problema s kojima se liječnici svakodnevno susreću, kao i podatak koliko njih razmišlja o odlasku i što bi ih eventualno moglo zadržati u Republici Hrvatskoj, može uvelike doprinijeti stvaranju hodograma za buduće korake uz kvalitetno organizirano upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu. Ovakvim sveobuhvatnim istraživanjem dat će se uvid u stvarnu situaciju i stvarne probleme, a moguće utjecati i na izradu alata pogodnih za uspješno rješavanje detektiranih problema te pronalazak kvalitetne strategije za zadržavanje liječničkih kadrova u domicilnom zdravstvenom sustavu. Cilj i svrha ovog rada bili su analizirati i sistematizirati teorije migracija te stvoriti konceptualni okvir za bolje razumijevanje razloga migracija, zatim istražiti percepcije hrvatskih liječnika o razlozima migracija i zadovoljstvu na radnom mjestu, kao i formulirati znanstveno utemeljenu podlogu za formiranje budućih strategija upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu. Empirijski dio rada proveden je putem metode ankete za koju je kao instrument prikupljanja podataka bio kreiran upitnik. Kao korektivna metoda poslužila je metoda dubinskih intervju.

Ključne riječi: hrvatski liječnici, migracije, upravljanje ljudskim resursima, upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu, specijalističko usavršavanje

ABSTRACT

The problem of the survival of the Croatian health system due to the increasing number of departures of Croatian health professionals is getting bigger and more serious every year. Namely, the exodus of doctors, but also of all other healthcare professionals, has been increasing since the Republic of Croatia's entry into the European Union. How does human resource management affect the departure of doctors from the Republic of Croatia? What are the causes of dissatisfaction among doctors in the Croatian healthcare system? What are the most important reasons for the migration of Croatian doctors? Detecting the problems that doctors face on a daily basis, as well as information on how many of them are thinking about leaving and what could possibly keep them in the Republic of Croatia, can greatly contribute to the creation of a roadmap for future steps with well-organized management of human resources in healthcare. This kind of comprehensive research will give an insight into the real situation and real problems, and it is also possible to influence the creation of tools suitable for successfully solving the detected problems and finding a quality strategy for retaining medical personnel in the domicile health system. The aim and purpose of this work were to analyze and systematize theories of migration and create a conceptual framework for a better understanding of the reasons for migration, then to investigate the perceptions of Croatian doctors about the reasons for migration and satisfaction at the workplace, as well as to formulate a scientifically based basis for the formation of future human resource management strategies in healthcare. The empirical part of the work was conducted using the survey method, for which a questionnaire was created as a data collection instrument. The method of in-depth interviews served as a corrective method.

Keywords: Croatian doctors, migrations, human resource management, human resource management in health care, specialist training

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. PREDMET ISTRAŽIVANJA	1
1.2. PREGLED DOSADAŠNJIH ISTRAŽIVANJA	2
1.3. SVRHA, CILJEVI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA	7
1.4. METODOLOGIJA	8
1.5. STRUKTURA DISERTACIJE.....	10
1.6. ZNANSTVENI DOPRINOS I DETEKTIRANA OGRANIČENJA	11
2. LJUDSKI RESURSI U ZDRAVSTVENOM SEKTORU	12
2.1. SITUACIJA U ZDRAVSTVU U SVIJETU	12
2.1.1. GLOBALNI KODEKS O MEĐUNARODNOM REGRUTIRANJU ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA	14
2.1.2. PUSH I PULL FAKTORI MIGRACIJA LIJEČNIKA.....	17
2.2. SITUACIJA U HRVATSKOM ZDRAVSTVU PRIJE PRISTUPANJA EU	20
2.3. SITUACIJA U HRVATSKOM ZDRAVSTVU NAKON PRISTUPANJA EU	21
2.4. DEMOGRAFSKI ATLAS HRVATSKOG LIJEČNIŠTVA	23
2.4.1. EU POTVRDE U SVRHU RADA U INOZEMSTVU	26
3. MIGRACIJE I MIGRACIJSKE TEORIJE.....	28
3.1. MIKRO TEORIJE MIGRACIJA	29
3.2. MAKRO TEORIJE MIGRACIJA.....	31
3.3. MESO TEORIJE MIGRACIJA.....	32
3.4. MIGRACIJE U REPUBLICI HRVATSKOJ	34
3.4.1. MIGRACIJE HRVATSKIH LIJEČNIKA.....	36
4. UVOD U UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA	39
4.1. ULOGA LJUDSKIH RESURSA DANAS.....	39
4.2. ULRICHOV KONCEPT UPRAVLJANJA LJUDSKIM RESURSIMA	41
5. UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA	45
5.1. FAKTORI UPRAVLJANJA LJUDSKIM RESURSIMA	48
5.1.1. ORGANIZACIJSKA KULTURA	50
5.2. MOTIVACIJA I MOTIVACIJSKI FAKTORI U KONTEKSTU UPRAVLJANJA LJUDSKIM RESURSIMA.....	52
5.3. STRES NA POSLU	53
5.4. MENADŽERI U ORGANIZACIJI	54
5.5. MODELI ZAPOŠLJAVANJA I STRATEGIJA UPRAVLJANJA LJUDIMA	55
5.6. PRIBAVLJANJE, ALOKACIJA I RETENCIJA DJELATNIKA	57
5.7. MENADŽMENT ZAPOŠLJAVANJA I ZADRŽAVANJA DJELATNIKA	58
5.8. PLANIRANJE LJUDSKIH RESURSA.....	59

5.8.1. FLEKSIBILNOST RADNE SNAGE	61
5.9. KONCEPT „RED MATTERS“ U UPRAVLJANJU LJUDSKIM RESURSIMA	62
5.10. NEUROLINGVISTIČKO PROGRAMIRANJE U UPRAVLJANJU LJUDSKIM RESURSIMA.....	64
5.11. ODJELI ZA UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA.....	66
5.12. STRATEGIJSKO UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA.....	68
5.13. BUDUĆNOST UPRAVLJANJA LJUDSKIM RESURSIMA.....	72
6. UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA U ZDRAVSTVU.....	75
6.1. MODELI I ALATI ZA PLANIRANJE I PROJEKCIJE ZDRAVSTVENE RADNE SNAGE SVJETSKE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE (SZO)	76
6.1.1. PROJEKTIRANJE BUDUĆIH POTREBA ZA LJUDSKIM RESURSIMA U ZDRAVSTVU	80
6.1.2. PROVEDBA PLANOVA, STRATEGIJA I PROJEKCIJSKIH MODELA U ZDRAVSTVU	82
6.2. UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA	83
6.3. ALOKACIJA I RAZVIJANJE LJUDSKIH RESURSA U ZDRAVSTVU	85
6.4. STRATEŠKO PLANIRANJE LJUDSKIH RESURSA U ZDRAVSTVU.....	86
6.4.1. STRATEŠKO PLANIRANJE RAZVOJA ZDRAVSTVA NA PRIMJERU JEDNE ZDRAVSTVENE USTANOVE.....	87
6.5. UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA U ZDRAVSTVU NA PRIMJERU KRALJEVINE ŠVEDSKE	88
6.6. ZDRAVSTVENI SUSTAV U RH.....	90
6.6.1. UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA U HRVATSKOM ZDRAVSTVU.....	91
6.6.2. MODEL PLANIRANJA I UPRAVLJANJA LJUDSKIM RESURSIMA U SUSTAVU JAVNOG ZDRAVSTVA U RH.....	94
6.6.3. STRATEŠKI PLAN RAZVOJA LJUDSKIH RESURSA U ZDRAVSTVU 2015. - 2020. U RH	96
6.6.3.1. NACIONALNI REGISTAR PRUŽATELJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U RH	100
6.6.4. NACIONALNI PLAN RAZVOJA ZDRAVSTVA RH ZA RAZDOBLJE OD 2021. DO 2027.	100
6.7. ZAKONODAVNI OKVIR SPECIJALISTIČKOG USAVRŠAVANJA LIJEČNIKA	104
6.7.1. NAKNADA ŠTETE KOD RANIJEG OTKAZIVANJA UGOVORA O RADU IZ SPECIJALISTIČKOG USAVRŠAVANJA LIJEČNIKA.....	104
6.7.2. ODLUKE SUDBENE VLASTI U RH U VEZI S RANIJIM OTKAZOM UGOVORA O RADU IZ UGOVORA O SPECIJALISTIČKOM USAVRŠAVANJU LIJEČNIKA.....	109
6.8. ZAKONSKI OKVIR ZA STIMULACIJU I MOTIVIRANJE ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA U RH	113
7. EMPIRIJSKO ISTRAŽIVANJE	115
7.1. UZORAK I METODE ISTRAŽIVANJA	115
7.2. TESTIRANJE PREDUVJETA ZA KORIŠTENJE PARAMETRIJSKIH POSTUPAKA	117
7.3. DESKRIPTIVNA ANALIZA PROMATRANIH VARIJABLI	119
8. REZULTATI ISTRAŽIVANJA.....	121
9. RASPRAVA	130
9.1. TESTIRANJE HIPOTEZA	130
9.2. RAZLIKE U PERCEPCIJI SPRIJEČENOSTI ODLASKA U INOZEMSTVO ZBOG UGOVORENE OBAVEZE S OBZIROM NA GRANU MEDICINE KOJOJ LIJEČNICI PRIPADAJU	145

9.3. POVEZANOST VELIČINE BOLNICE I ZADOVOLJSTVA POSLOM TE NAMJERE ODLASKA U INOZEMSTVO U BUDUĆNOSTI	147
9.4. POVEZANOST DOBI I ZADOVOLJSTVA POSLOM TE NAMJERE ODLASKA U INOZEMSTVO U BUDUĆNOSTI	149
9.5. POVEZANOST RADNOG STAŽA I ZADOVOLJSTVA POSLOM TE NAMJERE ODLASKA U INOZEMSTVO U BUDUĆNOSTI	150
9.6. RAZLIKE U ZADOVOLJSTVU POSLOM S OBZIROM NA TRENUTNI STATUS LIJEČNIKA	151
9.7. RAZLIKE U ZADOVOLJSTVU POSLOM S OBZIROM NA SUSTAV U KOJEM LIJEČNICI RADE.....	153
9.8. RAZLIKE U NAMJERI ODLASKA U INOZEMSTVO S OBZIROM NA SUSTAV U KOJEM LIJEČNICI RADE.....	155
9.9. RAZLIKE U SPREMNOSTI PREPORUČIVANJA POSLODAVCA IZMEĐU LIJEČNIKA KOJI TRENUTNO RADE U REPUBLICI HRVATSKOJ I ONIH KOJI RADE U INOZEMSTVU.....	158
9.10. RAZLIKE U ODRŽAVANJU RAZGOVORA S KADROVSKOM SLUŽBOM O NAPRETKU U RADU IZMEĐU LIJEČNIKA KOJI TRENUTNO RADE U REPUBLICI HRVATSKOJ I ONIH KOJI RADE U INOZEMSTVU.....	159
9.11. RAZLIKE U ODRŽAVANJU RAZGOVORA S KADROVSKOM SLUŽBOM O PLAĆI IZMEĐU LIJEČNIKA KOJI TRENUTNO RADE U REPUBLICI HRVATSKOJ I ONIH KOJI RADE U INOZEMSTVU	161
9.12. RAZLIKE U ODRŽAVANJU RAZGOVORA S KADROVSKOM SLUŽBOM O PROBLEMIMA NA POSLU IZMEĐU LIJEČNIKA KOJI TRENUTNO RADE U REPUBLICI HRVATSKOJ I ONIH KOJI RADE U INOZEMSTVU	163
9.13. RAZLIKE U SLOBODNOM IZRAŽAVANJU MIŠLJENJA O PACIJENTU I TIJEKU LIJEČENJA IZMEĐU LIJEČNIKA KOJI TRENUTNO RADE U REPUBLICI HRVATSKOJ I ONIH KOJI RADE U INOZEMSTVU	165
9.14. RAZLIKE U ZADOVOLJSTVU MENTOROM IZMEĐU LIJEČNIKA KOJI SU SPECIJALIZACIJU OBAVLJALI U REPUBLICI HRVATSKOJ I ONIH KOJI SU SPECIJALIZACIJU OBAVLJALI U INOZEMSTVU	167
10. PRIMJER DOBRE PRAKSE – UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA U ŠVEDSKOM ZDRAVSTVU	169
10.1. UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA U ZDRAVSTVU U REGIJI SÖDERMANLAND	170
10.2. UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA U ZDRAVSTVU U REGIJI JÖNKÖPING.....	174
10.3. UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA U ZDRAVSTVU U REGIJI NORRBOTTEN	179
10.4. UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA U ZDRAVSTVU U REGIJI ÖSTERGÖTLAND.....	182
10.5. ZAKLJUČAK DUBINSKIH INTERVJUA I USPOREDBA S RH	184
11. PRIJEDLOG MJERA UČINKOVITIJEG UPRAVLJANJA LJUDSKIM RESURSIMA U HRVATSKOM ZDRAVSTVU	188
11.1. CJELOVITE BAZE LIJEČNIŠTVA, ZDRAVSTVENIH OSIGURANIKA I PRAĆENJE PRUŽENIH ZDRAVSTVENIH USLUGA	188
11.2. DEFINIRANJE DEMOGRAFIJE I EPIDEMIOLOGIJE HRVATSKOG STANOVNIŠTVA	189
11.3. STRATEŠKO PLANIRANJE KADRA U ZDRAVSTVU.....	190
11.4. AKTIVNOSTI POTICANJA MOTIVACIJE I ZADRŽAVANJA DJELATNIKA.....	190
11.5. IZMJENE TRENUTNOG PROGRAMA SPECIJALISTIČKOG USAVRŠAVANJA LIJEČNIKA	191
11.6. AKTIVNOSTI ODJELA ZA UPRAVLJANJE LJUDSKIM RESURSIMA PO PITANJU MEĐULJUDSKIH ODNOSA U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA.....	192
11.7. STRATEŠKO PLANIRANJE ALOKACIJE RESURSA	193
12. ZAKLJUČAK	194
13. LITERATURA	198
14. POPIS OZNAKA I KRATICA.....	209

15. POPIS SLIKA I TABLICA	211
16. PRILOZI.....	215

„Train people well enough so they can leave, treat them well enough so they don't want to.“

Sir Richard Branson

1. UVOD

1.1. Predmet istraživanja

U srpnju 2013. godine, po ulasku Republike Hrvatske (RH) u Europsku uniju (EU), 36 liječnika zatražilo je potrebne EU potvrde kako bi ostvarili zaposlenje u nekoj od članica EU, a ukupno 55 ih je napustilo zemlju. Do rujna 2022. godine Hrvatsku je napustilo 1066 liječnika.¹ Hrvatska liječnička komora (HLK) još je početkom 2016. godine tražila od Vlade RH da donese konkretne mjere za zadržavanje liječnika u RH. Na tribini „Odlazak (mladih) liječnika iz RH”, koja se održala u studenom 2013. godine, raspravljalo se o sve većem odlasku mladih liječnika iz RH te su kao glavni razlozi migracija mladih liječnika navedene ugovorne odredbe programa specijalističkog usavršavanja. Jedino do danas provedeno i objavljeno istraživanje na temu zadovoljstva hrvatskih liječnika na trenutnom radnom mjestu te o razlozima njihovih migracija provedeno je 2016. godine, a provelo ga je Povjerenstvo mladih liječnika Hrvatske liječničke komore. Prema tom istraživanju 58 % ispitanika napustilo bi RH ako bi im se pružila prilika, dok je njih 72 % kao motiv za ostankom u RH navelo obiteljske razloge. U istraživanju je sudjelovao 1531 liječnik, u dobi od 29 do 35 godina, što čini 11 % od ukupnog broja liječnika 2016. godine prema hrvatskom zdravstveno-statističkom ljetopisu za 2016. godinu. Isto bi značilo kako je 2016. godine u RH bilo 13 912 liječnika.

Ova doktorska disertacija želi identificirati i razumjeti tri vrste pojava: 1) koji su to faktori koji utječu na migracije hrvatskih liječnika, 2) koji su to faktori koji utječu na nezadovoljstvo na trenutnom radnom mjestu, kao i 3) na koji način upravljanje ljudskim resursima u hrvatskim zdravstvenim ustanovama utječe na migracije liječnika i nezadovoljstvo liječnika u RH. Tema rada „Upravljanje ljudskim resursima u hrvatskom zdravstvu kao determinanta migracija liječnika“ izabrana je kako bi se istražila korelacija između upravljanja ljudskim resursima u hrvatskom zdravstvu i migracija hrvatskih liječnika. Upravo iz naslova i proizlaze dva istraživačka problema kojima se ovaj rad bavi, a to su upravljanje ljudskim resursima u hrvatskom zdravstvu, postoji li isto i na koji način je organizirano te migracije hrvatskih liječnika u smislu faktora koji utječu na migracije. Cilj i svrha ovog rada bili su analizirati i sistematizirati teorije migracija te stvoriti konceptualni okvir za bolje razumijevanje razloga migracija, zatim istražiti percepcije hrvatskih liječnika o razlozima migracija i

¹ Atlas liječništva, (2020).. *Hrvatska liječnička komora*. URL: <http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/> (pristupljeno: 2. rujna 2022. g.)

zadovoljstvu na radnom mjestu, kao i formulirati znanstveno utemeljenu podlogu za formiranje budućih strategija upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu. Glavni istraživački problemi koji su se istražili u ovoj disertaciji jesu uzroci nezadovoljstva liječnika na trenutnom radnom mjestu u RH, razlozi migracija liječnika te utjecaj upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu na migracije liječnika iz RH.

Ova doktorska disertacija bavi se originalnom istraživačkom temom, odnosno dva su eksplicitna istraživačka pitanja: „Koji su razlozi migracija hrvatskih liječnika?” te „Utječe li upravljanje ljudskim resursima u hrvatskim zdravstvenim ustanovama na zadovoljstvo hrvatskih liječnika na radnom mjestu?”. Odgovore na ova dva pitanja, istraživačka problema, istražilo se eksplikativno, pregledom znanstvene i stručne literature, boljim definiranjem istraživačkih pitanja i zadanih ciljeva kojima se dobila teorijska podloga za puno jasnije razumijevanje ove disertacije te analitički kombinacijom kvalitativnih i kvantitativnih metoda. U analitičkom dijelu rada jedna od metoda je svakako anketa, dok je pomoćna metoda strukturirani dubinski intervju.

O razlozima migracija hrvatskih liječnika provedeno je jedno empirijsko istraživanje 2016. godine koje se temeljilo na mladim liječnicima do 45 godina te dva istraživanja 2019. godine koja su se primarno bavila razlozima migracija hrvatskih liječnika iz baze HLK te migracijama liječnika psihijatarata. U tom kontekstu znanstveni doprinos ove disertacije proizlazi iz sistematskog pregleda i preispitivanja postojećih teorija i empirijskih istraživanja u okviru migracija hrvatskih liječnika i upravljanja ljudskim resursima. Znanstveni doprinos također proizlazi i iz empirijskog istraživanja ove disertacije na temelju čijeg rezultata se stvorila podloga za stvaranje strategija efikasnijeg upravljanja ljudskim resursima s ciljem zadržavanja liječničkih kadrova u domicilnom zdravstvenom sustavu. Ova doktorska disertacija predstavlja alat za detektiranje problema u zdravstvenom sustavu RH, a koja bi mogla poslužiti kao podloga za formiranje budućih strategija.

1.2. Pregled dosadašnjih istraživanja

Postoji manji broj teorijskih radova iz područja migracija hrvatskih liječnika i upravljanja ljudskim resursima u hrvatskim zdravstvenim ustanovama u okviru ekonomske znanstvene literature, ali i u okviru drugih društvenih znanosti poput psihologije, prava i medicine. Od empirijskih radova relevantan je rad iz 2016. godine „Zadovoljstvo mladih liječnika u Republici Hrvatskoj: Idemo li u

dobrom smjeru?“, za koji je provedeno istraživanje metodom anketiranja koje je provelo Povjerenstvo za mlade liječnike Hrvatske liječničke komore. Ovim radom evaluiralo se zadovoljstvo mladih liječnika u RH te je upitnik ispunio 1531 mladi liječnik u RH. Prema rezultatima tog istraživanja ukupno 58 % liječnika napustilo bi RH ukoliko bi im se pružila prilika negdje u inozemstvu, a kao glavni razlozi odlaska iz RH navedeni su bolji uvjeti rada, bolja uređenost zdravstvenog sustava i bolja plaća.

Pretražujući domaće i međunarodne baze, utvrđeno je kako postoje dva doktorska rada koja se bave aspektom upravljanja ljudskim resursima u hrvatskim bolnicama i to: Kedačić, A., „Unapređenje bolničkog zdravstvenog sustava Republike Hrvatske pomoću efikasnijeg upravljanja ljudskim resursima“, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Ekonomski fakultet u Osijeku, 2016. g. i Bagat, M., „Model planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva u Republici Hrvatskoj“, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, 2016. g.

U doktorskoj disertaciji Anite Kedačić upravljanje ljudskim resursima u hrvatskim bolnicama promatrano je iz financijskog aspekta i aspekta bolje skrbi za pacijente te kao takvo nije bilo relevantno za pisanje ove doktorske disertacije. Druga doktorska disertacija Marija Bagata iz 2016. godine istražuje postojanje funkcije upravljanja ljudskim resursima u hrvatskim zdravstvenim ustanovama te daje prijedlog novog modela planiranja ljudskih resursa u zdravstvu i kao takva je važna i relevantna podloga za pisanje ove doktorske disertacije. U svojoj disertaciji Bagat je potvrdio hipotezu kako u sustavu javnog zdravstva u RH ne postoji opće prihvaćen model planiranja i upravljanja ljudskim resursima. On je metodom upitnika ispitao 101 zdravstvenu ustanovu u RH o planiranju i upravljanju ljudskim resursima u sustavu zdravstva od ukupno 134 zdravstvene ustanove kojima je upitnik bio dostavljen. Rezultati obuhvaćeni tako provedenim ispitivanjem obuhvaćaju ukupno 75,4 % svih bolnica, domova zdravlja i zavoda za javno zdravstvo u RH. U 58 zdravstvenih ustanova (61,7 %) ne postoji funkcija upravljanja ljudskim resursima, dok u 36 zdravstvenih ustanova u RH (28,3 %) postoji specijalizirani odjel za upravljanje ljudskim resursima koji se sastoji od jedne osobe, najčešće ravnatelja zdravstvene ustanove, zadužene za poslove upravljanja ljudskim resursima cijele zdravstvene ustanove. Ukupno 72,3 % osoba, koje vode upravljanje ljudskim resursima u ispitanim zdravstvenim ustanovama, koje su kroz upitnik potvrdile da imaju specijaliziran odjel za

upravljanje ljudskim resursima, nemaju završen nikakav oblik formalne edukacije iz područja upravljanja ljudskim resursima.

Nadalje, preliminarni pregled domaće i međunarodne literature ukazuje kako se o problemu migracija hrvatskih liječnika i nezadovoljstvu upravljanjem ljudskim resursima u hrvatskim zdravstvenim ustanovama pisalo najviše teorijskih radova. Ti radovi primarno su se temeljili na statistici Hrvatske liječničke komore i podacima iz istraživanja provedenog 2016. godine koje se bavilo primarno mladim liječnicima u dobi do 35 godina.

Od relevantnih teorijskih radova svakako se uzima u obzir: rad Pintarić, L. (2018) Globalizacijski „odljev mozgova“: migracije liječnika iz Hrvatske, a u kojem autori prikazuju moguće pozitivne i negativne učinke trajnog iseljavanja visokoobrazovanih pojedinaca, konkretno liječnika. Naglasak stavljaju upravo na posljedice koje takve migracije mogu imati na hrvatski zdravstveni sustav i samu kvalitetu zdravstvene zaštite u RH. Za sam rad nije provedeno zasebno istraživanje, nego se koristilo gore spomenuto istraživanje HLK iz 2016. godine. Iste godine objavljen je i rad Troškot, Z., Prskalo, M. i Šimić Banović, R. (2019) Ključne odrednice iseljavanja visokokvalificiranog stanovništva: Slučaj Hrvatske s komparativnim osvrtom na nove članice EU u kojem se definiraju pojmovi potisnih faktora i faktora privlačenja u kontekstu odljeva mozgova, navode se ključni razlozi odlaska hrvatskih liječnika, opisuju se migracijski trendovi i posljedice migracija kako bi se kroz studiju slučaja teorijski prikazao problem odlaska liječnika iz RH. I u ovom radu se kao znanstveno istraživačka podloga uzelo istraživanje zadovoljstva mladih liječnika u RH iz 2016. godine. Za bolje razumijevanje same definicije pojma migracija i različitih teorija migracija, važno je istaknuti rad Hagen-Zanker J. „Why do people migrate? A review of a theoretical literature“ iz 2008. godine u kojemu autorica definira migracije i objašnjava ih kroz različite migracijske teorije različitih razina analize na mikro, meso i makro razini. Teorije migracija, osim što se analiziraju prema razini, analiziraju se i prema razlozima migracija koji mogu biti s vrijednosnog stajališta pojedinca, vrijednosnog stajališta kolektiva ili pak s vrijednosnog stajališta ekonomske dobrobiti.

Najnoviji rad relevantan za temu ove doktorske disertacije jest rad Gruber, E., et al. (2020). „Migration of Croatian physicians in the global context“, koji je objavljen od strane šestero specijalista psihijatrije koji su migrirali iz RH u bolnice u Danskoj, Švedskoj, Ujedinjenom

Kraljevstvu, Nizozemskoj i Norveškoj, te sedme koautorice, specijalistice psihijatrije, koja je ostala u RH. Rad se bavi migracijama liječnika iz RH, s posebnim osvrtom na specijaliste psihijatrije te čimbenicima ključnim za donošenje odluke o iseljavanju u inozemstvo. Navode se prednosti, ali i nedostaci života u iseljeništvu, gdje su prednosti prvenstveno viši životni standard, viši prihodi, profesionalni razvoj, bolji radni uvjeti, dok su nedostaci odlazak od šire obitelji, prijatelja, savladavanje novog jezika i prilagođavanje životu u drugoj zemlji. U ovom se radu kao determinanta uzelo empirijsko istraživanje iz 2019. godine provedeno na 62 hrvatska liječnika, psihijatra, koji rade u RH i u inozemstvu, od čega je njih 70 % koji rade u inozemstvu izjavilo kako se planiraju u budućnosti vratiti u RH ako se poboljšaju uvjeti života (prihodi), promijeni politička slika u Hrvatskoj (smanjenje korupcije) i promijeni mentalitet ljudi.

Od ostalih teorijskih radova na temu migracija liječnika i upravljanja ljudskim resursima u hrvatskom zdravstvu izdvajaju se: Draženović, I., Kunovac, M., i Pripužić, D. (2018). 'Dynamics and determinants of emigration: the case of Croatia and the experience of new EU member states', u kojem se promatrao intenzitet hrvatskih migracija općenito te kompariralo iseljavanje prije 2013. godine te nakon 2013. godine kada je RH postala punopravna članica EU. U radovima Vizjak, Maja : Perić , Kaselj, Marina : Duvnjak , Kristina (2020) Ekonomske migracije liječnika i Mesarić Žabčić, R. (2018) Demografska obilježja iseljenih liječnika istraživalo se o planiranju iseljavanja iz RH te o razlozima odlaska, također su istaknute očekivane posljedice koje će nastati u hrvatskom društvu i zdravstvu ukoliko se ovakav trend nastavi, za što su još jednom kao podatci korišteni rezultati istraživanja zadovoljstva mladih liječnika u RH iz 2016. godine kao i rezultati istraživanja HLK provedenog 2019. godine pri kojem je sudjelovalo 3185 liječnika od čega je njih 45 % potvrdilo kako razmišljaju o odlasku iz RH.

Od literature relevantne iz područja upravljanja ljudskim resursima bitni izvori su knjige i udžbenici Torrington, D. et.al. (2004), „Menadžment ljudskih resursa“, zatim Robbins, Stephen P. et.al. (2010), „Organizational Behaviour“, Noe, Raymond, A. et.al. (2006), „Menadžment ljudskih potencijala: postizanje konkurentske prednosti“ te Hamel, G., Breen, B. (2009), „Budućnost menadžmenta“. Od znanstvenih članaka iz teme upravljanja ljudskim resursima u radu su se koristili Barković Bojanić, I., i Gugić, Z. (2017). „Theory and practice of Human Resource Management: the case of medical staff recruitment in the Kingdom of Sweden“ u kojem se definiraju regrutacije kao

važan dio strateškog upravljanja ljudskim resursima te se daje prikaz hodograma procesa inozemne regrutacije zdravstvenih djelatnika na primjerima iz prakse. U radovima Jambrek, I., Penić, I. (2008), „Upravljanje ljudskim potencijalima u poduzećima – ljudski faktor, motivacija zaposlenika kao najbitniji čimbenici uspješnosti poslovanja poduzeća“, Kuka, E. (2011), „Menadžment ljudskih resursa“ te Adamović Topolčić, M. (2000). „Fikreta Bahtijarević Šiber, Menadžment ljudskih potencijala“, predstavlja se teorijska i praktična podloga upravljanja ljudskim resursima u organizacijama uz definiranje osnovnih funkcija upravljanja ljudskim resursima. Daje se pregled znanstvenih disciplina koje sačinjavaju sastavni dio upravljanja ljudskim resursima, pregled ključnih zadataka, uloga i obveza iz domene upravljanja ljudskim resursima. Definiraju se vanjski i unutarnji faktori upravljanja ljudskim resursima, motivacija i motivacijski faktori, kao i stres i posljedice stresa na upravljanje ljudskim resursima. Daje se pregled osnovnih djelatnosti odjela za upravljanje ljudskim resursima te pregled različitih metoda i alata upravljanja ljudskim resursima.

Od literature koja će poslužiti za opis slučaja dobre prakse u pogledu upravljanja ljudskim resursima u Kraljevini Švedskoj koristit će se Holmström, I. et.al. (2004), „Swedish Medical Student's Views of the Changing Professional Role of Medical Doctors and the Organisation of Health Care“, rad u kojem se daje pregled rezultata istraživanja među švedskim studentima medicine o njihovim stajalištima o situaciji u švedskom zdravstvu i mogućim izmjenama, zatim Saltman, R.B., Bergman, S.E. (2005), „Renovating the Commons: Swedish Health Care Reforms in Perspective“ u kojem se definira švedski zdravstveni sustav, predstavljaju se temeljne društvene norme i vrijednosti švedskog društva te razvoj švedskog zdravstva od 1980-ih do danas. U istom radu predstavljaju se izazovi švedskog zdravstvenog sustava, financiranje švedskog zdravstvenog sustava i opći ciljevi švedske zdravstvene politike. U radu Antti, N., Köhler, J. (2017), „Varför tar Sveriges läkare emot så få patienter?“ daje se presjek rada prosječnog švedskog liječnika, odnosno pregled brojeva pacijenata koje prosječni švedski doktor pregleda na dnevnoj, mjesečnoj i godišnjoj razini komparirano s brojem pregleda na istim razinama u drugim članicama EU. Rad nadalje daje pregled stresa i sindroma sagorijevanja u švedskom zdravstvenom sustavu kao i rješenja pitanja stimulacija i nagrađivanja švedskih liječnika za proveden rad.

1.3. Svrha, ciljevi i hipoteze istraživanja

Ciljevi ove doktorske disertacije bili su višestruki: (i) analizirati i sistematizirati teorije iz migracija te stvoriti konceptualni okvir za razmatranje razloga migracija hrvatskih liječnika; (ii) istražiti percepcije hrvatskih liječnika o razlozima migracija i zadovoljstva upravljanjem ljudskim resursima u hrvatskim zdravstvenim ustanovama; (iii) analizirati i sistematizirati teorije upravljanja ljudskim resursima i njegovog utjecaja na zdravstveni sustav u RH te (iv) formulirati znanstveno utemeljenu podlogu za formiranje budućih strategija upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu.

H1: Bolji uvjeti rada koji podrazumijevaju, između ostalog, sigurnost plaće, opremljenost radnog mjesta, dobre međuljudske odnose i zakonom poštivano radno vrijeme, ključni su razlozi zbog kojeg hrvatski liječnici odlaze u inozemstvo.

H1.1.: Liječnici koji su otišli u inozemstvo zadovoljniji su trenutnim radnim mjestom u odnosu na liječnike koji nisu otišli.

H1.2.: Liječnici koji nisu otišli u inozemstvo, ali imaju namjeru otići, manje su zadovoljni trenutnim radnim mjestom u odnosu na liječnike koji ne žele otići.

H2: Među liječnicima na specijalizaciji prevladava nezadovoljstvo trenutnim programom specijalističkog usavršavanja doktora medicine.

H3: Specijalizacija značajno utječe na namjeru odlaska u inozemstvo, tako da izraženiju namjeru odlaska u inozemstvo izražavaju specijalisti kirurških grana i internističkih grana medicine u odnosu na ispitanike ostalih medicinskih grana.

H4: Postoji značajna razlika u migracijskim namjerama s obzirom na radni status, tako da izraženiju namjeru ostanka u Republici Hrvatskoj imaju liječnici s ugovornom obvezom iz specijalističkog usavršavanja u odnosu na ostale liječnike.

1.4. Metodologija

Disertacija se sastoji od teorijskog (eksplikativnog) i analitičkog (empirijskog) dijela rada. Teorijski dio rada temelji se na pregledu znanstvene i stručne literature s ciljem formiranja okvira za razumijevanje značaja teme disertacije. Također, pregled literature pomaže u boljem definiranju istraživačkog pitanja i ciljeva same disertacije te daje važnu teorijsku podlogu za razumijevanje problematike disertacije. U skladu s takvim zahtjevima metodologije znanstvenog istraživanja prvi dio rada temelji se na iznošenju dosadašnjih znanstvenih spoznaja i teorija vezanih uz uvjete rada i zadovoljstvo hrvatskih liječnika u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj, zadovoljstvo provođenjem programa specijalističkog usavršavanja liječnika te općenito razlozima migracija hrvatskih liječnika. U tom prvom dijelu rada primarno se stavlja naglasak na dosad provedena istraživanja, od čega je zadnje napravljeno 2016. godine, a provelo ga je Povjerenstvo za mlade liječnike Hrvatske liječničke komore i primarno je bilo orijentirano na mlade liječnike između 29 i 35 godina te nije obuhvatilo cijelu liječničku struku u RH. Jednako tako, ni to istraživanje iz 2016. godine, niti jedno drugo istraživanje do danas nije diferenciralo odgovore liječnika po granama šire i uže specijalizacije, a što bi kao rezultat pokazalo koji specijalisti su zadovoljni u RH, koji nisu, te koji specijalisti imaju namjeru migrirati u inozemstvo. U istraživačkom projektu Hrvatske liječničke komore iz 2020. godine, pri kojem je realiziran Atlas liječništva, napravljena je sveobuhvatna demografska slika s ukupnim brojem odlazaka hrvatskih liječnika s obzirom na specijalizaciju i dob. Istraživački dio ove disertacije daje sveobuhvatnu sliku o tome koji specijalisti su najmanje zadovoljni radom u hrvatskom zdravstvenom sustavu i imaju namjeru odlaska u inozemstvo. To saznanje može pomoći pri kreiranju dugoročnih planova za raspisivanje specijalizacija koje bi, s obzirom na broj migriranih i umirovljenih liječnika u periodu od idućih deset godina, mogle postati deficitarne.

Pregled literature pokriva nekoliko područja, povezanih s ciljem istraživanja i temeljnim istraživačkim pitanjem ove disertacije: koji su razlozi migracija hrvatskih liječnika te utječe li upravljanje ljudskim resursima u hrvatskim zdravstvenim ustanovama na nezadovoljstvo hrvatskih liječnika na trenutnom radnom mjestu. Ova područja pomažu razumijevanju cilja i problematike kojom se bavi disertacija, daju teorijski okvir za istraživanje razloga migracija hrvatskih liječnika i njihovog zadovoljstva na trenutnom radnom mjestu te pomažu kasnije u donošenju zaključaka u empirijskom dijelu disertacije. U teorijskom (eksplikativnom) dijelu rada koristila se kombinacija

istraživačkih metoda koja uključuje povijesnu, induktivnu, deduktivnu, komparativnu metodu te metode analize i sinteze.

Empirijsko istraživanje temelji se na kombinaciji kvantitativnih i kvalitativnih metoda. Svrha istraživanja bila je istražiti stavove liječnika o migracijskim namjerama, a koje istraživanje je provedeno putem ankete pri čemu je kao instrument prikupljanja podataka bio kreiran upitnik. Anketa se provela elektronskim putem. Kao korektivne metode poslužili su dubinski intervjui s odjelima za ljudske resurse u zdravstvu iz četiri švedske regije. Sudionici istraživanja u metodi anketnog ispitivanja bili su hrvatski liječnici. Istraživanje se provodilo kroz period od 3 mjeseca, a u kojem periodu se putem baza liječnika iz tri hrvatske zdravstvene udruge, KoHOM (Koordinacija hrvatske obiteljske medicine), HUBOL (Hrvatska udruga bolničkih liječnika) i HLS (Hrvatski liječnički sindikat) te liječničkih grupa na društvenim mrežama prikupio relevantan uzorak sudionika ankete, hrvatskih liječnika.

S obzirom na to da KoHOM, HUBOL, HLS te liječničke grupe na društvenim mrežama posjeduju baze i kontakte velikog broja liječnika u RH, uz njihovu pomoć moglo se provesti kvalitetno istraživanje te također izvesti relevantne zaključke o trenutnoj situaciji u hrvatskom zdravstvu i detektirati stvarne problema kojima se liječnici u hrvatskom zdravstvenom sustavu svakodnevno susreću. Na koncu, rezultati dobiveni ovakvim sveobuhvatnim istraživanjem dali su uvid u stvarnu situaciju i stvarne probleme, a lako moguće i stvorili podlogu za izradu alata pogodnih za uspješno rješavanje detektiranih problema te pronalazak kvalitetne strategije za zadržavanje liječničkih kadrova u domicilnom zdravstvenom sustavu.

U funkciji znanstvenog objašnjenja ključnih pojava detektiranih predloženom anketom provedena je i metoda strukturiranih dubinskih intervjua kao korektivna metoda. Metoda dubinskih intervjua provedena je s odjelima za upravljanje ljudskim resursima u zdravstvenim ustanovama nekih od država u koje hrvatski liječnici najčešće migriraju, a koja bilježi niske stope emigracija liječnika, primjerice Kraljevina Švedska. Podatci prikupljeni anketom analizirani su statističkim programom IBM SPSS Statistics (deskriptivna statistika, ANOVA, t-test, korelacijska analiza, neparametrijski statistički testovi).

Znanstveni cilj bio je identificirati i razumjeti čimbenike koji utječu na migracije hrvatskih liječnika i koji utječu na zadovoljstvo hrvatskih liječnika s radnim uvjetima u hrvatskim zdravstvenim ustanovama kao i mogući utjecaj upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu na migracije liječnika. Ciljalo se da rezultati ovog istraživanja predlože alate za promjene svega onoga u hrvatskom zdravstvenom sustavu što utječe na odluku hrvatskih liječnika da migriraju i svega onoga što utječe na zadovoljstvo hrvatskih liječnika na radnom mjestu. Dobivanjem odgovora na navedena pitanja pristupilo se bliže prema stvaranju podloge za kreiranje budućih strategija planiranja ljudskih resursa, liječnika, u hrvatskim zdravstvenim ustanovama.

1.5. Struktura disertacije

U uvodnom dijelu opisuje se područje, problem i predmet istraživanja, opisuju se pokazatelji krizne situacije „odljeva mozgova” u hrvatskom zdravstvu, pregled dosadašnjih istraživanja i definiranje ključnih riječi, konceptualizacija i hipotetski okvir te metodološki pristup i plan istraživanja.

Nakon uvodnog dijela raspisan je teorijski dio rada u kojem se analizirao hrvatski zdravstveni sustav prije ulaska u EU i nakon ulaska u EU. Teorijski dio rada temeljio se na pregledu znanstvene i stručne literature s ciljem formiranja okvira za razumijevanje značaja teme disertacije. Također, pregled literature pomogao je u boljem definiranju istraživačkog pitanja i ciljeva disertacije te dao važnu teorijsku podlogu za razumijevanje problematike disertacije. U teorijskom dijelu rada definirale su se migracije, migracijski tokovi i teorije migracija. Također se definiralo upravljanje ljudskim resursima, načela i procesi s posebnim osvrtom na upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu.

Dalje u radu obradio se empirijski dio rada te su se tumačili rezultati istraživanja i to prvo s opisom sudionika i distinkcije odgovora s obzirom na demografske parametre (spol, dob, radno mjesto, mjesečna primanja, mjesto rada, i sl.). Kroz prezentiranje i tumačenje rezultata provedene ankete obuhvatio se svaki dio zasebno. Podatci prikupljeni anketom analizirani su statističkim programom IBM SPSS Statistics (deskriptivna statistika, ANOVA, t-test, korelacijska analiza, neparametrijski statistički testovi).

Kod prezentiranja i tumačenja rezultata ankete vezanih za same migracije i zadovoljstvo na radnom mjestu u RH prezentirane su spoznaje dobivene kroz dubinske intervju s odjelima za upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu iz Kraljevine Švedske u pogledu ustrojstva i funkcioniranja upravljanja ljudskim resursima u švedskom zdravstvenom sustavu.

Kraljevina Švedska uzeta je kao primjer dobre prakse čije se ustrojstvo i funkcioniranje upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu istražilo metodom dubinskih intervju s njihovim odjelima za upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu.

Na nacionalnom nivou obradile su se dvije strategije, i to Nacionalna strategija reforme hrvatskoga zdravstva 2015. – 2021., sam plan i nacrt strategije te što je poduzeto i napravljeno u periodu od 2015. godine do 2021. godine, kao i Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu RH od 2015. – 2020. godine.

Rezultati istraživanja iskoristili su se za kreiranje potencijalnih alata pogodnih za efikasnije rješavanje detektiranih problema te za stvaranje podloge za kreiranje kvalitetne strategije za zadržavanje liječničkih kadrova u domicilnom zdravstvenom sustavu i na koncu, samim time, unaprjeđenja hrvatskog zdravstvenog sustava.

1.6. Znanstveni doprinos i detektirana ograničenja

Znanstveni doprinos ove disertacije proizlazi iz sistematskog pregleda i preispitivanja postojećih teorija i empirijskih istraživanja u okviru migracija hrvatskih liječnika i upravljanja ljudskim resursima. Znanstveni doprinos također proizlazi i iz empirijskog istraživanja ove disertacije na temelju čijeg rezultata se stvorila podloga za stvaranje strategija efikasnijeg upravljanja ljudskim resursima s ciljem zadržavanja liječničkih kadrova u domicilnom zdravstvenom sustavu. Ova doktorska disertacija predstavlja alat za detektiranje problema u zdravstvenom sustavu RH, a koja bi mogla poslužiti kao podloga za formiranje budućih strategija. Detektirano ograničenje bio je prikup reprezentativnog uzorka ispitanika (metoda ankete).

2. Ljudski resursi u zdravstvenom sektoru

2.1. Situacija u zdravstvu u svijetu

Termin „kriza ljudskih resursa“ u zdravstvenom sektoru opisuje se kao najozbiljnija globalna zdravstvena problematika našeg vremena. O deficitu od 4,3 milijuna doktora medicine, medicinskih sestara i tehničara te drugih zdravstvenih profesionalaca Svjetska je zdravstvena organizacija (SZO/WHO) upozoravala od 2006. godine. Naime, svjetsko zdravstveno izvješće koje izdaje SZO u izdanju 2006. godine bavilo se upravo temom ljudskih resursa u zdravstvu na svjetskoj razini (Pintarić, 2018). Liberalizacija tržišta rada omogućuje zdravstvenim djelatnicima da ponude svoje usluge u inozemstvu i to prvenstveno iz zemalja s niskim prihodima u zemlje s visokim prihodima. Razlog tome su brojni unutarnji i vanjski faktori koji utječu na migracije zdravstvenih djelatnika iz jedne zemlje u drugu te se iz tog razloga zdravstvene usluge i zdravstveni sektor općenito smatraju rapidno rastućim sektorom svjetske ekonomije. Upravo zato se tu više ne radi samo o trgovini zdravstvene tehnologije, već se otvaranjem granica inozemnog tržišta rada (globalizacijom) u svim sektorima, pa tako i u zdravstvenom, omogućilo prekogranično migriranje zdravstvenih djelatnika. Globalizacija radne snage u zdravstvu očitava se u deficitu zdravstvenih djelatnika u pojedinim državama, dok se u drugim državama aktivno stavlja naglasak na zapošljavanje inozemno educiranih zdravstvenih djelatnika. Europska komisija je 2012. godine procijenila nedostatak od 230 000 liječnika do 2020. godine u EU što bi značilo da 13,5 % potreba europskog zdravstva neće biti zadovoljeno. S obzirom na to kako je SZO upozorila zemlje EU koje uvoze inozemne liječnike da trebaju sami educirati dovoljan broj zdravstvenih djelatnika, brojne su zemlje prema tim smjernicama SZO-a počele više novca ulagati u obrazovanje vlastitog nacionalnog liječničkog kadra. S druge strane, brojne zemlje EU i dalje većinu novca investiraju u uvoz inozemnog liječničkog kadra (Gruber, et al., 2020).

O fenomenu međunarodnih zdravstvenih migracija raspravljalo se od 1974. godine, no tek je liberalizacijom tržišta rada broj migracija porastao i to najviše zadnjih trideset godina. Globalizacija tržišta rada rezultirala je globalnim deficitom ljudskih resursa u zdravstvu. U 75 zemalja svijeta manje je od 2,5 zdravstvenih djelatnika na 1000 stanovnika, što predstavlja minimum za pružanje osnovne zdravstvene zaštite. Države s visokim prihodima računaju na fenomen „odljeva mozgova“ iz država s niskim prihodima kako bi riješile pitanje vlastitog deficita zdravstvenog kadra (Aluttis, 2014:1). Problematika u vođenju računa o broju migriranih zdravstvenih radnika pojedine države je u nedostatku registriranih podataka u zemljama iz koje dolaze i u koju odlaze, kompleksnosti

migracijskih puteva te je li migracija privremena ili trajna. Primjerice, Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske (DZZS) podatke o iseljavanju temeljio je samo na ljudima koji su se prilikom emigriranja samostalno prijavili. Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske vodilo se poštenjem migranata – da se prilikom emigriranja iz zemlje odjave iz RH te prijave u zemlji u koju su imigrirali (Draženović, et al., 2018). Prema podacima istraživanja Organizacije za ekonomsku suradnju i razvoj (OECD) postoje podatci o zastupljenosti inozemno obrazovanih liječnika u pojedinim državama. Tako je primjerice u zemljama poput Estonije, Slovačke i Poljske svega mali oslonac na inozemno obrazovanim liječnicima, svega 0,02 % do 0,7 %, dok je s druge strane u Švicarskoj, Sloveniji, Irskoj i Ujedinjenom Kraljevstvu broj inozemno obrazovanih liječnika između 22,5 % i 36,8 % (Aluttis, 2014: 2).

Opstanak zdravstvenih sistema u zemljama u razvoju dolazi u pitanje jer su to zdravstvene ustanove s nedovoljnim brojem osoblja, samim time pada i kvaliteta zdravstvenih usluga, slabi moral među preostalim zdravstvenim osobljem koje je pod pritiskom velikog broja pacijenata preopterećeno i samim time raste rizik da ti zdravstveni djelatnici pokleknju pod sindromom sagorijevanja (SS) ili također donesu odluku o emigriranju. SZO je 2010. godine donijela „*Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*“ u kojem propisuje okvir za etičko regrutiranje zdravstvenih djelatnika. Tim kodeksom, koji je dobrovoljnog, savjetodavnog oblika, predlaže se sklapanje bilateralnih ugovora između matične države (izvorne države zdravstvenog djelatnika) i države primateljice takvog zdravstvenog djelatnika kojim bi se uredila naknada štete koju bi država primateljica trebala naknaditi matičnoj državi za školovanje i usavršavanje tog zdravstvenog djelatnika. Jednako tako, taj Kodeks ne negira pravo svake osobe, u ovom slučaju zdravstvenog djelatnika, da migrira, već traži od matičnih država da samostalno istraže i utvrde faktore zbog kojih zdravstveni djelatnici napuštaju te države. S druge strane, Kodeks traži od država primateljica tih izaslanih zdravstvenih djelatnika da bolje planiraju svoje vlastite zdravstvene kadrove te osiguraju više zdravstvenih djelatnika sami i time smanje potrebu za uvozom zdravstvenog kadra. S obzirom na činjenicu da bi države s visokom stopom prihoda, koje koriste usluge uvoza inozemnog zdravstvenog kadra, bile u velikom financijskom gubitku potpisivanjem tog Kodeksa, iste su ga kao i sve članice SZO-a potpisale, no nisu ga sve implementirale u svoje nacionalne prakse (Aluttis, 2014: 5).

2.1.1. Globalni kodeks o međunarodnom regrutiranju zdravstvenih djelatnika

Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel (hrv. Globalni kodeks prakse o međunarodnom regrutiranju zdravstvenih djelatnika) usvojen je 2010. godine na 63. Svjetskoj zdravstvenoj skupštini. Radi se o globalnom kodeksu Svjetske zdravstvene organizacije o međunarodnom zapošljavanju zdravstvenog osoblja u cilju da se ojača razumijevanje i etičko upravljanje zapošljavanjem međunarodnog zdravstvenog osoblja kroz informiranje i međunarodnu suradnju. Svjesnost o globalnom deficitu zdravstvenog kadra i prihvaćanje činjenice da je prikladna i pristupačna zdravstvena radna snaga od bitne važnosti za integrirano i efektivno zdravstvo rezultiralo je donošenjem ovog Kodeksa (*Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, 2010).

Globalizacija radne snage u zdravstvu očituje se primarno u sve većem deficitu zdravstvenog kadra u zemljama u razvoju u kojima su niži prihodi i sve manjem deficitu zdravstvenog kadra u razvijenim zemljama u kojima su visoki prihodi. U nekim članicama EU postotak inozemno obrazovanih liječnika je 30 %. Na ljestvici država svijeta s najviše inozemno obrazovanih liječnika jesu i neke europske zemlje. Najviše inozemno obrazovanih liječnika u europskim zemljama, prema podacima za 2018. godinu, je u Irskoj, ukupno 41,6 %, zatim u Norveškoj, ukupno 40,3 %, u Švicarskoj 34,1 %, te u Ujedinjenom Kraljevstvu, ukupno 29,2 %. RH pripada državama sa manje od 2 % inozemno obrazovanih liječnika na ljestvici europskih zemalja po pitanju inozemnih regrutacija liječnika (Williams, et al., 2020).

SZO u ovom Kodeksu poziva zemlje EU koje uvoze strane liječnike da više investiraju u edukaciju dovoljnog broja vlastitih zdravstvenih stručnjaka i smanje uvoz zdravstvenih stručnjaka iz drugih država. U svrhu toga donesen je i Globalni kodeks 2010. godine. Svih 27 članica EU također su i članice SZO, kao i Švicarska, Ujedinjeno Kraljevstvo i Norveška.² Ovaj dobrovoljni Kodeks su 2010. godine, kada je donesen, prihvatile i potpisale sve države članice SZO, njih ukupno 193, uključujući i sve članice EU, Švicarsku, Ujedinjeno Kraljevstvo i Norvešku (Siyam, A., et.al., 2013:816). Nastanak Kodeksa posljedica je svijesti o globalnom deficitu zdravstvenog kadra i kako

² The World Health Organisation in the European region. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/215660/The-World-Health-Organization-in-the-European-Region-Eng.pdf (pristupljeno: 5. ožujka 2022. g.).

je taj isti zdravstveni kadar zapravo osnova za stvaranje integriranih i efektivnih zdravstvenih sustava te s tim u skladu pružanja odgovarajućih zdravstvenih usluga stanovništvu svake države. Kodeks sadrži deset članaka i nije obligatornog, već dobrovoljnog karaktera te su stoga nacionalna tijela država članica samostalno odlučivala o potpisivanju istog. Glavna je svrha Kodeksa davanje smjernica za etičku provedbu zdravstvenih regrutacija kako bi se ojačali zdravstveni sustavi država u razvoju koje broje velike deficite zdravstvenog kadra. Člankom tri Kodeksa propisuje se da međunarodne regrutacije zdravstvenog osoblja trebaju biti provođene na način da se ne naruše zdravstveni sustavi država u razvoju koji već broje deficite zdravstvenog kadra, međutim treba biti oprezan i balansirati između prava države da zaposli koga želi, individualnog prava migriranog zdravstvenog djelatnika da migrira i s treće strane zaštite države iz koje taj djelatnik emigrira. Države s visokim BDP-om koje uvoze inozemnu zdravstvenu radnu snagu trebaju donijeti nacionalne razvojne programe po kojima će ulagati više u učinkovito planiranje zdravstvenog kadra, edukaciju i specijalistički trening, kao i strategije zadržavanja zdravstvenih djelatnika, što će smanjiti njihovu potrebu za regrutiranjem inozemnog zdravstvenog kadra. Države članice također se potiče da provode cirkularne migracije zdravstvenog osoblja, tako da vještine i znanja mogu biti od koristi i matičnoj zemlji izaslanog djelatnika i zemlji destinacije u koju je taj djelatnik migrirao. Kodeks isto tako propisuje da zdravstveni djelatnici koji migriraju u druge države trebaju biti regrutirani u pravednom i poštenom regrutacijskom procesu te moraju imati iste uvjete kao i zdravstveni djelatnici države u koju su imigrirali, a s obzirom na njihove kvalifikacije, godine iskustva i vještine. Zdravstveni djelatnici, s druge strane, trebaju biti otvoreni i transparentni u vezi eventualnih postojećih ugovornih obveza koje možda imaju. Člankom petim Kodeks naglašava da benefit mora biti s obje strane, zemlje destinacije trebaju pomoći matičnim državama izaslanih djelatnika u stvaranju održivih zdravstvenih sustava uvođenjem upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu te trebaju propustiti regrutirati zdravstvene djelatnike iz država koje broje kritične deficite zdravstvenog kadra. Mjere koje pomažu ojačavanju zdravstvenih sustava država koje broje deficite zdravstvenog kadra su: mjere za efektivnije zadržavanje zdravstvenog kadra, socijalno i profesionalno priznanje zdravstvenog kadra, podrška u smislu usavršavanja zdravstvenih djelatnika u zemljama destinacija izaslanih djelatnika potrebno za najčešće profile bolesti u matičnim zemljama izaslanih djelatnika, bratimljenje zdravstvenih ustanova među državama, širi pristup specijalističkom usavršavanju, transfer tehnologija i vještina te podrška u smislu povratnih migracija – privremenih i trajnih (Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, 2010: članak 1. – 5.).

Sve države trebale bi ohrabrivati svoje zdravstvene djelatnike da iskoriste priliku radnog iskustva u inozemstvu, a za dobrobit vlastite matične države pri njihovom povratku. S obzirom da je zdravstvena radna snaga bit svakog održivog zdravstvenog sustava, države članice trebaju poduzeti učinkovite mjere obrazovanja, zadržavanja i održavanja zdravstvenog kadra koji je primjeren za specifične uvjete svake zemlje pojedinačno, uključujući i područje najveće potrebe, kako bi se sastavio na činjenicama utemeljen plan potrebne zdravstvene radne snage. Stoga, cilj svake države, prema Kodeksu, treba biti stvaranje dovoljnog broja vlastite zdravstvene radne snage. Trebaju se prilagoditi obrazovni programi i programi specijalističkog usavršavanja država kako bi se zadovoljile trenutne zdravstvene potrebe svake države članice. Prema šestom članku Kodeksa države članice bi trebale razviti, ojačati i održavati primjereni informacijski sustav zdravstvenog kadra kao i voditi brigu o migracijama takvog osoblja i utjecaj takvih migracija na zdravstveni sustav u cijelosti. Zaključak Kodeksa je da države članice trebaju provoditi inozemne regrutacije zdravstvenih djelatnika prema etičkim smjernicama Kodeksa, trebaju se suzdržati od regrutacija iz država koje se suočavaju s kritičnim deficitima zdravstvenog kadra, više investirati u stvaranje vlastitog zdravstvenog kadra i poticati međunarodnu suradnju i cirkularne migracije zdravstvenih djelatnika (Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, 2010: članak 6. – 10.).

Kao članica SZO i Republika Hrvatska je potpisnica ovog Kodeksa i jedna je od 56 država koje su ispunile i dostavile nacionalno Izvješće o implementaciji Kodeksa (Siyam, et al., 2013:817). RH je na inicijativu HLK 2020. godine sastavila i objavila Atlas liječništva koji prema članku šest Kodeksa predstavlja objedinjeni informacijski sustav hrvatskih liječnika te sadrži sve podatke o broju liječnika u RH, broju specijalista, specijalizanata, diplomiranih liječnika, broju migriranih liječnika te podatke o zemljama u koje su migrirali i dr. Isto tako, HLK je u veljači 2022. godine pokrenula program dodjele novčanih sredstava za inozemno stručno usavršavanje liječnika, članova HLK tijekom 2022. i 2023. godine.³ Člankom petim Kodeksa pozvane su države članice na ohrabrivanje svojih liječnika i davanje potpora za cirkularne migracije. Radno iskustvo u inozemstvu bilo bi na dobrobit matične države liječnika, koje bi bilo vidljivo kroz stečena nova inozemna iskustva i stečene vještine toga cirkularno migriranog liječnika pri njegovom povratku u matičnu državu.

³ Natječaj za dodjelu novčanih sredstava za inozemno stručno usavršavanje članova HLK-a, 15. veljače 2022. godine. *Hrvatska Liječnička Komora*, URL: <https://www.hlk.hr/natjecaj-za-dodjelu-novcanih-sredstava-za-inozemno-strucno-usavršavanje-clanova-hlk-a-v2.aspx> (pristupljeno: 6. ožujka 2022. g.).

Kodeks je donesen zbog sve većih deficita zdravstvenog kadra u svijetu i sve većeg popularizma zdravstvenih migracija. Tzv. „odljev mozgova“ može uzrokovati daljnji disbalans na globalnom nivou, pogotovo u zemljama nižih prihoda, u koje se ubraja i RH. Gledanjem iz pozitivnog aspekta, slobodno kretanje liječnika ima i prednosti u vidu stjecanja novih znanja i vještina, napredovanja u karijeri, boljoj zaradi, boljim životnim mogućnostima za liječnike i njihove obitelji. Razmjena znanja putem globalnih migracija liječnika može rezultirati napretkom u medicinskim istraživanjima i poboljšati samu praksu (Gruber, et al. 2020). S druge strane, svaki zdravstveni sustav, koliko velik ili malen bio, treba obrazovati i zadržati dovoljan broj liječnika kako bi bila osigurana primjerena i učinkovita zdravstvena skrb.

Globalna povezanost i dostupnost informacija olakšavaju liječnicima informiranje o mogućnostima u inozemstvu i samim time donošenje odluke o emigriranju. Profesionalna kultura zdravstvenih migracija, po kojoj se iste gledaju kao iznimno važne za karijerni napredak i stjecanje međunarodne karijere, motivator je razmatranja opcija za rad u inozemstvu. U RH postoje politički i ekonomski faktori koji motiviraju na migracije. Pod ekonomskim se prvenstveno misli na nizak BDP i situaciju na tržištu rada, dok se pod političkim faktorima misli na nivo korupcije u gospodarstvu, pristupanje EU i demografske karakteristike. Uz sve navedeno, postoji velik broj agencija koje se bave regrutacijama u zdravstvu i nude organizaciju cjelokupnog procesa preseljenja (pronalažak posla, plaćen tečaj jezika, pronalažak posla za suprugu, pronalažak smještaja i dr.). Regrutacije u zdravstvu gledaju se kao važan dio strateškog upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu. Sve više se prepoznaje važnost čovjeka koji posjeduje specifična znanja, vještine i kompetencije te je zapošljavanje prikladnog djelatnika postalo najvažnija aktivnost upravljanja ljudskim resursima, što je prepoznato i u zdravstvu razvijenih država koje sve više angažiraju regruterske agencije za pronalažak liječnika i smanjenje njihovog nacionalnog deficita zdravstvenog kadra (Barković Bojanić i Gugić, 2017).

2.1.2. Push i pull faktori migracija liječnika

Migracije liječnika u svijetu svrstavaju se pod fenomen „odljeva mozgova“ čija definicija, koja potječe iz 20. stoljeća iz Ujedinjenog Kraljevstva, glasi: „Odljev mozgova predstavlja specifični oblik migracije stanovništva koji se odnosi na odlazak visokoobrazovanih stručnjaka, znanstvenika i

intelektualaca neke zemlje“ (Troskot i Prskalo, 2018: 5). Kako bi se nešto uopće moglo definirati kao „odljev mozгова“ ono mora biti uzrokovano potisnim (push) faktorima u matičnoj zemlji te privlačnim (pull) faktorima u zemlji emigriranja. Takav gubitak ljudskog kadra predstavlja za matičnu zemlju gubitak koji se ne može kompenzirati novcem. Može se zaključiti iz navedenog kako su upravo push i pull faktori glavni determinatori ostanka ili odlaska neke osobe. Potisni ili push faktori unutarnji su čimbenici koji postoje u zemlji u kojoj se zdravstveni djelatnik školovao i u kojoj radi, a koji motiviraju tu osobu na migraciju u neku drugu državu. Za svaku državu koja broji deficit liječničkog kadra bilo bi korisno istražiti koji su to potisni faktori koji utječu na fluktuacije liječnika te njihovo emigriranje u inozemstvo. Privlačni ili pull faktori su pak vanjski čimbenici koji opisuju okolnosti u zemljama u koje liječnici imigriraju i koji ih potiču da migriraju upravo u te države. Za države koje broje deficit liječničkog kadra bilo bi korisno istražiti i koji su to privlačni čimbenici zemalja u koje liječnici emigriraju, kako bi ih potencijalno implementirali u svoje zdravstvene sustave i time smanjili broj migriranih liječnika.

Neka od provedenih istraživanja potvrđuju da različiti financijski, profesionalni, politički, socijalni i personalni faktori mogu biti istovremeno i push i pull faktori koji na taj način doprinose odluci zdravstvenog djelatnika, u ovom slučaju liječnika, da migrira. Visoka globalna potražnja za zdravstvenim djelatnicima i liberalizacija tržišta rada su sve više određeni i raznim agencijama za zapošljavanje zdravstvenog kadra, koje provode aktivne regrutacijske strategije iz zemalja niskih prihoda (engl. *low income countries*) u zemlje visokih prihoda (engl. *high income countries*). Nakon ulaska RH u EU u srpnju 2013. godine, i na području RH pojavile su se brojne regruterske agencije za regrutaciju zdravstvenih djelatnika, a neke posebno specijalizirane za liječnike, kao primjerice Paragona (poljska agencija), Medicarrera (španjolska agencija), Li-reco (švedska agencija), Medicolink (mađarska agencija), Personal International (njemačka agencija), Cro-recruiter (hrvatska agencija sa sjedištem u Ujedinjenom Kraljevstvu) i brojne druge.⁴

Uvriježeno javno mnijenje o migracijama liječnika jest kako ono ima isključivo negativne posljedice na zemlju iz koje liječnik emigrira, odnosno isključivo pozitivne posljedice i benefite na zemlju u koju taj isti liječnik imigrira. Smatra se da postoje dvije grupe koje najviše profitiraju od

⁴ Izvor: informacije prikupljene s različitih novinskih portala i službenih web stranica tih agencija koje se oglašavaju da vrše poslove regrutiranja liječnika iz Hrvatske.

migracija liječnika, a to su s jedne strane sam migrirani liječnik, a s druge strane stanovništvo zemlje u koju je taj liječnik imigrirao. Ovdje se još može dodati potencijalno i treća grupa oko koje nisu svi autori suglasni, a to bi bila ishodišna zemlja iz koje je taj liječnik emigrirao. Nisu svi suglasni s ovom tvrdnjom jer neki smatraju da profit proizlazi iz novca koji takav liječnik šalje obitelji u državu iz koje je emigrirao, dok protivnici ove tvrdnje pak smatraju kako je trošak države za plaćeno školovanje i usavršavanje liječnika ipak bilo većeg iznosa od iznosa koje takav izaslani liječnik potencijalno šalje obitelji u matičnoj državi. Ono što sve više ide u prilog tvrdnji da je veći gubitak za školovanje migriranog liječnika od potencijalnog priljeva novca od strane inozemnog prihoda jest činjenica da sve više liječnika seli s cijelim obiteljima (muž, žena i djeca) i sve je manja potreba da se šalje novac u matičnu državu. S druge strane, ako se gleda toliko široko, moglo bi se onda uzeti u obzir i sve više investicija izaslanih liječnika koji inozemno stečene prihode često ulažu u kupnju nekretnina u matičnoj zemlji ili pak troše na godišnjim odmorima koje provode u matičnoj zemlji. Isto tako, benefit može biti i u povratku izaslanoj liječnika u matičnu zemlju nakon godina rada u inozemstvu gdje se takav liječnik tada vraća sa svim znanjima i iskustvima koja je prikupio radeći u inozemstvu.

Države s visokim prihodima, koje uvoze inozemne zdravstvene djelatnike, imaju financijski benefit na način da štede za obrazovanje vlastitog zdravstvenog kadra. Primjerice, Ujedinjeno Kraljevstvo uštedjelo je 2,7 bilijuna američkih dolara, a Sjedinjene Američke Države 846 milijuna američkih dolara na uvozu inozemno obrazovanih liječnika (Aluttis, 2014: 4).

Čimbenici koji su presudni za donošenje odluke o emigriranju (potisni, push faktori) su ekonomske (primjerice visina plaće, stambeno pitanje, nizak životni standard), edukacijske (primjerice bolji inozemni uvjeti za obavljanje znanstvenog rada, neodgovarajući položaj znanstvene zajednice u matičnoj državi, povoljnije prilike za napredak u struci u inozemstvu), pravne (primjerice pravna nesigurnost, neučinkovito pravosuđe, zastarjela administracija) i političke prirode (primjerice nestabilnost državne vlasti, stopa mita i korupcije) (Troskot i Prskalo, 2018:7-8). U periodu promatranja od 2000. do 2016. godine pratilo se kretanje radne snage iz tek priključene države članice EU u neku drugu članicu, pri čemu se došlo do zaključka kako na migracije utječu materijalni faktori (BDP i kvaliteta tržišta rada) kao i nematerijalni faktori (stupanj korumpiranosti u ekonomiji države te demografija) (Draženović, et al., 2018).

2.2. Situacija u hrvatskom zdravstvu prije pristupanja EU

Godine 2004. provedeno je istraživanje na hrvatskim studentima medicine u kojemu se ispitalo njihovo razmišljanje o migriranju u inozemstvo po završetku fakulteta. S obzirom da je u brojnim drugim državama dokazana povezanost globalizacije s povećanom migracijom visoko obrazovanih stručnjaka, a samim time i naglasak na iseljavanju liječnika i koje sve posljedice ono nosi za zdravstveni sustav i kvalitetu zdravstvene zaštite matične države, htjelo se ispitati mnijenje budućih liječnika, trenutnih studenata medicine na hrvatskim medicinskim fakultetima. U tom istraživanju 44 % ispitanika smatralo je kako neće dobiti željenu specijalizaciju, a od tog broja njih 76 % uzelo je u obzir mogućnost emigracije ako im se ostvari to njihovo očekivanje da u RH neće dobiti željenu specijalizaciju. Kao razloge za emigraciju naveli su bolju zaradu i mogućnosti zaposlenja, bolju organizaciju zdravstvenog sustava, veće karijerne mogućnosti i veće poštovanje društva prema medicinskoj profesiji. Njih 78 % izrazilo je želju za razvojem kliničke karijere u kombinaciji sa znanstveno istraživačkim radom, dok su u tom trenu njih samo 23 % bili uključeni u istraživačke aktivnosti, a samo 2,9 % su postigli cilj da budu suautori na člancima pri *web of science* (hrv. mreža znanosti). U 2013. godini ponovljeno je istraživanje među studentima zadnje godine medicine u kojem je 61 % ispitanika izjavilo kako su spremni na trajnu emigraciju (Pintarić, 2018).

Već početkom 21. stoljeća broj zaposlenih liječnika specijalista u hrvatskim bolnicama bio je manji od procijenjenog potrebnog broja liječnika specijalista. U 2002. godini broj liječnika na 100 000 pacijenata bio je raznolik u Europi, pa je primjerice u Italiji bilo preko 500 liječnika na 100 000 pacijenata, preko 400 u Norveškoj, Španjolskoj i Bjelorusiji, dok je u RH taj broj bio 227 (što je i tada bilo ispod EU prosjeka). U Francuskoj je 2002. godine bilo 334 liječnika na 100 000 stanovnika i oni su tada poduzeli brojne aktivnosti iz područja upravljanja ljudskim resursima te uveli brojne mjere poput boljeg praćenja kvalitete radnih uvjeta, inozemne regrutacije liječnika i dr. kako bi povećali broj liječnika po broju pacijenata te se podignuli iznad određenog EU minimuma. Isto tako u Norveškoj je 408 inozemnih liječnika intervjuirano za preko 500 liječničkih poslova u Norveškoj, od čega 20 % iz Istočne Europe (Bagat i Sekelj Kauzlarić, 2006). Inozemne regrutacije zdravstvenog kadra postale su idealno rješenje manjka zdravstvenog kadra u mnogim državama, što je pak izazvalo još veće deficite zdravstvenog kadra u državama iz kojih ti izaslani zdravstveni djelatnici dolaze. U hrvatskim bolnicama zabilježen je deficit liječnika specijalista još 2007. godine i već tada se upozoravalo na mogućnost velikog odljeva liječnika pristupom RH u EU.

U 2008. godini obavljeno je istraživanje u bolnicama u Zagrebu na temu koji su to stresni faktori koji se pojavljuju u svakodnevnom profesionalnom životu zdravstvenih djelatnika i čime sve mogu rezultirati. U tom istraživanju stresori (stresni podražaji) su definirani kao mogući uzročnici kroničnoga stresa koji je okarakteriziran kao ozbiljna zdravstvena posljedica za ljudski organizam koji može postepeno dovesti do sindroma sagorijevanja (SS). U istraživanju iz 2008. godine oni su nazivani stresorima, a u današnjim istraživanjima se ti isti stresori kvalificiraju kao stupnjevi zadovoljstva odnosno nezadovoljstva zdravstvenih djelatnika na radnome mjestu. Još je sedamdesetih godina 20. stoljeća stres na radu postao glavna tema istraživanja brojnih liječnika i psihologa. Stres na radu definira se dvodimenzionalno i to povećanjem zahtjeva radnoga mjesta (za liječnike je to povećanje broja pacijenata po liječniku i samim time povećanje broja radnih zadataka tog liječnika) te smanjene razine odlučivanja (u hrvatskom zdravstvu je ovo uzrokovano strogom hijerarhijom i političkom slikom). Istraživanje je obavljeno putem anketnog obrasca *Occupational Stress Questionnaire* te je od 1900 podijeljenih anketa njih 1477 potpuno ispunjeno što čini stopu izlaznosti od 78 %. Od ukupno 5500 zaposlenih u bolnici njih 1477 je odgovorilo na upitnik što čini 27 % od ukupno zaposlenih koji su odgovorili na anketu. Od tih 1477 koji su riješili anketu njih 395 su liječnici (Knežević, et al., 2009:88). Prema provedenom istraživanju najveći stresori kod liječnika su financijske mogućnosti, organizacija, neodgovarajuć prostor i kao vanjska okolnost nepravedna javna kritika za svoj rad. Ovo istraživanje iz 2008. godine osim što je izravno ispitalo stres i pritisak koji zdravstveni djelatnici prolaze u svakodnevnom radu u hrvatskim zdravstvenim ustanovama, također je utvrdilo postotak zdravstvenih djelatnika kojima visoki stupanj stresa može potencijalno biti motivator za promjenu radnog mjesta, u RH ili izvan RH.

2.3. Situacija u hrvatskom zdravstvu nakon pristupanja EU

Hrvatska liječnička komora je već u srpnju 2013. godine, po ulasku RH u EU objavila na svojim službenim stranicama kako je u tom trenutku ukupno 36 hrvatskih liječnika zatražilo potrebne EU potvrde u svrhu zaposlenja u inozemstvu (Cafuk, 2013:7). Direktiva 2005/36/EC/EU koja je u RH stupila na snagu u srpnju 2013. godine omogućava automatsko priznavanje pravne kvalifikacije (profesije) radnika koji migriraju iz jedne države članice u drugu. Ista direktiva olakšala je migracije zdravstvenih djelatnika na način da svi zdravstveni djelatnici sa završenim obrazovanjem i radnim iskustvom u RH kao članici EU mogu dobiti automatsko priznavanje stečenih pravnih kvalifikacija i licencu za obavljanje rada u drugoj državi članici. Benefiti su, koje hrvatski liječnici dobiju

preseljenjem u inozemstvo, visok životni standard, veći prihodi, profesionalni napredak i bolji uvjeti rada. RH je među prve tri zemlje EU iz kojih iseljavaju liječnici, a na prvom i drugom mjestu su Rumunjska i Bugarska (Gruber, et al., 2020).

U 2016. godini, tri godine nakon priključenja RH u EU, Povjerenstvo mladih liječnika RH provelo je prvo sveobuhvatno istraživanje na temu zadovoljstva mladih liječnika u dobi od 29 do 35 godina, a koje je bilo vezano uz edukaciju tijekom specijalističkog usavršavanja i uvjete rada. Fokus tog istraživanja bio je na skupini mladih liječnika do 35 godina starosti. Metoda koja se koristila u ovom istraživanju bila je anketa, u svrhu koje je bio sačinjen upitnik. Anketa se provodila putem interneta u razdoblju od dva mjeseca, u veljači i ožujku 2016. godine. Anketu je ispunila 1531 osoba od ukupno 5334 mlada liječnika u dobi do 35 godina starosti u RH, što je činilo izlaznost od 29 %. Ukupno 58 % ispitanika odgovorilo je kako bi napustili RH ako bi im se za to pružila prilika. Među glavne razloge odlaska navedeni su bolji uvjeti rada (74 %), bolje uređenje zdravstvenog sustava (64 %), bolja plaća (64 %) što je dovelo do zaključka kako su glavni razlozi odlaska zapravo pozitivističke pretpostavke da je negdje dalje – bolje. U budućnosti svoj status u RH njih 44 % vidi nepromijenjenim, dok 33 % smatra da će postati znatno lošiji. Rezultati su također pokazali visoku razinu nezadovoljstva zdravstvenim sustavom, segmentima specijalističkog usavršavanja doktora medicine i ulogom mentora u specijalističkom usavršavanju doktora medicine. Njih 91 % je smatralo da su u podređenom položaju s obzirom na EU kolege. Ukupno 12 % ne bi napustilo RH, 58 % bi napustilo RH, a 30 % ih bilo je neodlučno. Kvalitativnom analizom utvrđene su mjere koje bi zadržale liječnike u RH, a koje se dotiču uređenja zdravstvenog sustava (57 %), boljih plaća (50 %), boljih uvjeta rada (32 %), kvalitetnije edukacije i usavršavanja doktora medicine (31 %) te unaprjeđenja programa specijalističkog usavršavanja doktora medicine i sustava mentoriranja (29 %) (Babacanli, et al., 2016). Glavna edukacija liječnika nakon završetka fakulteta i početka rada jest specijalističko usavršavanje doktora medicina pri kojem hrvatski liječnici mogu birati između 47 različitih specijalizacija u trajanju između 4 i 6 godina (Pravilnik, Prilog I: 6/17). Dugoročno gledano, zadovoljstvo liječnika specijalističkim usavršavanjem kao glavnom edukacijom koja ih dalje profilira u profesionalnom smislu, kao i uvjeti rada, plaća i uređenost zdravstvenog sustava bitni su čimbenici jer utječu istovremeno i na kvalitetu medicinske skrbi za pacijenta, na učinkovitost u radu, ali i stopu migracija. Potencijalno je svrha ovog istraživanja bila pronalazak povezanosti faktora koji utječu na odluku o migriranju, odnosno ostanku u RH.

Emigracije liječnika iz RH su se do 2016. godine mogle usporediti s iseljavanjem liječnika iz Poljske, Češke i Rumunjske u druge članice EU. U prve tri godine članstva RH u EU iz Hrvatske se iselilo oko 525 liječnika različitih specijalizacija, prema podacima HLK, što je manje od 5 % ukupnog broja liječnika u RH 2016. godine (Mesarić Žabčić, 2018). Prema službenoj anketi HLK objavljenoj u Liječničkim novinama 2019. godine, koja je provedena na 3185 ispitanika, liječnika svih dobi, utvrđeno je da 14 % ispitanika aktivno traži posao u inozemstvu, dok njih 45 % razmišlja o odlasku. Najveći broj liječnika, koji su prema toj anketi iz 2019. godine bili zainteresirani za odlazak u inozemstvo ili razmatrali opciju odlaska na rad u inozemstvo, liječnici su u dobi između 24 i 28 godina starosti te liječnici u dobi između 34 i 38 godina starosti (Vizjak, et al, 2020).

2.4. Demografski atlas hrvatskog liječništva⁵

„Liječnik je zdravstveni radnik sa završenim medicinskim fakultetom i stečenim nazivom doktor medicine. Liječnik je temeljni i mjerodavni nositelj zdravstvene djelatnosti koju obavlja, a svrha liječničke djelatnosti jest zaštita zdravlja pojedinca, obitelji i cjelokupnog pučanstva“ (Zakon o liječništvu, NN 117/08, čl. 2.-3.).

Prema službenim podacima HLK do prosinca 2022. godine RH je napustilo 1104 liječnika od ukupno 15 700 liječnika u RH, prema podacima dostupnima u Demografskom atlasu hrvatskog liječništva, što znači da je RH u prvih 9 godina napustilo oko 6,5 % liječnika (Demografski atlas hrvatskog liječništva, 2022). Od ukupnog broja liječnika prema Demografskom atlasu hrvatskog liječništva (15 700) njih 535 su umirovljeni liječnici koji rade na 4 sata dnevno po potrebi. Prema Izvješću o zdravlju za RH 2021 OECD-a (engl. *Organisation for Economic Co-operation and Development* (Organizacija za ekonomsku suradnju i razvoj)) u RH je manji broj liječnika na 1000

⁵ Atlas liječništva HLK je sustav razvijen od strane Hrvatske liječničke komore te sadrži sveobuhvatan pregled liječništva u Hrvatskoj. Podaci se, ovisno od izvora, osvježavaju na dnevnoj ili mjesečnoj razini. Digitalni atlas hrvatskog liječništva rezultat je dugogodišnjeg procesa digitalizacije Hrvatske liječničke komore. Digitalni atlas hrvatskog liječništva je najopsežnija i najkompleksnija digitalna baza podataka o liječnicima u Hrvatskoj koja prikazuje brojne sociodemografske pokazatelje i podatke u realnom vremenu te će se kontinuirano nadopunjavati novim analizama i prikazima podataka. Izvještaji prikazani u Digitalnom atlasu hrvatskog liječništva dobiveni su integracijom podataka iz Imenika liječnika Hrvatske liječničke komore s referentnim izvorima podataka iz OIB sustava, HZMO, HZZO, Ministarstva zdravstva i dr. URL: <https://www.hlk.hr/digitalni-atlas-hrvatskog-lijecnistva.aspx> (pristupljeno: 6. ožujka 2022. g.).

stanovnika u odnosu na EU prosjek. EU prosjek broja liječnika na 1000 stanovnika za 2019. godinu bio je 3,9 dok je taj broj za RH 3,5 (Izvešće o zdravlju za RH 2021). U Izvešću je uzet u obzir broj stanovnika prema zadnjem popisu stanovnika iz 2011. godine, a ne broj stanovnika iz popisa stanovnika 2021. godine. S obzirom na broj stanovnika prema popisu stanovništva 2021. godine, a koji je objavljen u siječnju 2022. godine, u RH stalno živi 3 888 529 stanovnika⁶, a broj liječnika u RH prema Demografskom atlasu hrvatskog liječništva za 2022. godinu je 15 703, što rezultira s izračunom kako je u RH 4,0 liječnika na 1000 stanovnika, odnosno iznad EU prosjeka. S druge strane, prema zadnjem popisu stanovnika iz 2021. godine u RH živi 3 888 529 ljudi, a prema podacima Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje (HZMO) na datum 30. travnja 2022. godine u RH je zaposleno 16 727 liječnika/doktora medicine. Prema podacima Hrvatskog zavoda za zapošljavanje (HZZ) u istom periodu, svibanj 2022. godine, u RH je 59 liječnika/doktora medicine u evidencijama nezaposlenih osoba. Prema podacima HZMO-a broj zaposlenih liječnika u RH razlikuje se za 1024 liječnika u odnosu na podatke Demografskog atlasa hrvatskog liječništva. Ukoliko bi se od ukupne brojke oduzela brojka od 535 umirovljenih liječnika, koji rade po potrebi na 4 radna sata i 59 liječnika koji su u istom periodu u bazama HZZ-a kao nezaposleni, razlika između podataka dobivenih od HZMO-a i onih dostupnih u Atlasu liječnika je 1618 liječnika. Prema tim podacima u svibnju 2022. godine u RH ima 4,3 liječnika na 1000 stanovnika što je iznad EU prosjeka te označava jednak broj liječnika na 1000 pacijenata koliko ih ima u Kraljevini Švedskoj. Prema podacima OECD-a za 2020. i 2021. godinu Austrija je na prvom mjestu po broju liječnika na 1000 stanovnika, ukupno 5,4, dok je slijede Norveška s 5,1, Litva s 4,6, Njemačka s 4,5, Švicarska i Španjolska s 4,4 te Švedska s 4,3 liječnika na 1000 stanovnika.⁷

Nadalje, prema dobivenim podacima od Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) u RH je prema podacima iz Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite na dan 1. lipnja 2022. godine evidentirano 14 065 liječnika sa zaposlenjem u javnom dijelu sustava zdravstva (javnom sektoru). Podatci se odnose na zaposlene na neodređeno i određeno radno vrijeme uključujući i liječnike na radu pod nadzorom. Također, prema podacima iz Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite, na dan 1. lipnja 2022. godine bilo je 1490 liječnika sa zaposlenjem u privatnom

⁶ Prema podacima Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske. URL: <https://popis2021.hr/> (pristupljeno: 2. ožujka 2022. g.).

⁷ Prema podacima OECD-a o ukupnom broju liječnika na 1.000 stanovnika za 2020. godinu i kasnije. URL: <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm> (pristupljeno: 18. svibnja 2022. g.).

dijelu sustava zdravstva (privatnom sektoru), što čini ukupnu brojku od 15 555 zaposlenih liječnika u RH. Razlika u podacima zaposlenih liječnika prema podacima iz HZMO-a i podacima HZJZ-a je 1172 liječnika. Neusklađenost ovih podataka dobivenih od državnih institucija pokazuje stvarno stanje problematike upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu. Naime, teško je kvalitetno upravljati ljudskim resursima u zdravstvu kada nam brojke liječnika u RH osciliraju između 1172 i 1618 liječnika razlike. Koju brojku u tom slučaju uzeti kao relevantnu čak i kod izračuna koliko RH doista ima liječnika na 1000 stanovnika? Države moraju raspolagati točnim i redovito ažuriranim bazama podataka dostupnih zdravstvenih djelatnika u državi kako bi se uopće moglo pristupiti ideji upravljanja ljudskim resursima, upravljanja i planiranja ljudskih resursa u zdravstvu.

Prema podacima Demografskog atlasa hrvatskog liječništva za 2022. godinu u RH je ukupno 15 703 liječnika, prosječne dobi 46 godina starosti, od čega 535 liječnika u mirovini koji rade na 4 sata. Od ukupnog broja liječnika, njih 15,7 %, odnosno ukupno 2459 liječnika su 60+ godina i umirovit će se kroz narednih 5 godina. Broj zaposlenih liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je 25,2 % (ukupno 3.987 liječnika), 9,0 % u zdravstvenim zavodima (ukupno 1424 liječnika), 31,8 % u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti (ukupno 5021 liječnik) te 34,0 % u tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti (ukupno 5370 liječnika). Najveći broj liječnika radi u kliničkim bolničkim centrima, ukupno njih 3867, općim bolnicama 3378 i domovima zdravlja 2020 (Demografski atlas hrvatskog liječništva, 2022).

Od ukupnog broja liječnika u RH njih 10 141 su specijalisti, dok je 2956 liječnika na specijalističkom usavršavanju. Prosječna dob specijalista je 51 godina starosti, dok je prosječna dob liječnika na specijalističkom usavršavanju 32 godine starosti. Najviše je specijalista obiteljske medicine u RH, ukupno 1070, zatim ginekologije i opstetricije, njih 731 te na trećem mjestu specijalista pedijatrije ukupno 702. Udio specijalizanata na specijalističkom usavršavanju čini 10,7 % (ukupno 316 liječnika) na primarnoj zdravstvenoj zaštiti, 4,5 % (ukupno 132 liječnika) na razini zdravstvenih zavoda, 37,7 % (ukupno 1114 liječnika) na razini sekundarne zdravstvene zaštite te 47,2 % (ukupno 1394 liječnika) na razini tercijarne zdravstvene zaštite. Najveći broj specijalizanata specijalizira za kliničke bolničke centre, ukupno njih 1006, dok su na drugom mjestu opće bolnice, ukupno njih 957. Najviše njih specijalizira pedijatriju (261), anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivnu medicinu (254), kliničku radiologiju (227), kardiologiju (149) te ginekologiju i opstetriciju (147) (Demografski atlas hrvatskog liječništva, 2022).

Od pristupanja RH u EU u srpnju 2013. godine, ukupno 1018 liječnika je napustilo RH, prosječne dobi 36 godina starosti i 8 godina radnog iskustva. U 2013. godini otišlo je 55 liječnika, u 2014. godini 150, u 2015. godini 141, u 2016. godini 118, u 2017. godini 120, u 2018. godini 132, u 2019. godini 134, u 2020. godini 92, u 2021. godini 63, dok je do svibnja 2022. godine otišlo 17 liječnika. Najviše ih je otišlo u Njemačku, ukupno 277 liječnika i Ujedinjeno Kraljevstvo, ukupno 156. Najveći broj liječnika, koji su migrirali, liječnici su bez specijalizacije, njih ukupno 558, zatim specijalisti anesteziologije, reanimatologije i intenzivne medicine, njih ukupno 62, i na trećem mjestu su specijalisti psihijatrije, njih ukupno 34 (Demografski atlas hrvatskog liječništva, 2022). Utvrđeni pad broja migracija liječnika vidljiv je 2020. i 2021. godine kada se broj migracija liječnika smanjio za 60 %. Nije utvrđena povezanost između smanjenja odlazaka liječnika iz RH u 2020. i 2021. godini s pandemijom virusa covid-19, no bitno je naglasiti kako je pandemija virusa covid-19 započela u studenom 2019. godine u Kini, a u Europi u siječnju 2020. godine.

2.4.1. EU potvrde u svrhu rada u inozemstvu

Prema zahtjevima liječnika za izdavanjem EU potvrda u svrhu rada u inozemstvu, HLK prati namjeru odlaska liječnika po godinama. Prema službenim podacima HLK iz Atlasa liječništva vidljivo je da je od srpnja 2013. godine do srpnja 2022. godine zatraženo 835 EU potvrda u svrhu odlaska na rad u inozemstvo, dok isti podatci tvrde da je u istom periodu otišlo 1032 liječnika. Bitno je naglasiti kako ni jedan liječnik ne može dobiti licencu za rad u inozemstvu bez prilaganja EU potvrda od nadležnog tijela iz matične zemlje, a koje je u RH Hrvatska liječnička komora. Prema tako utvrđenim podacima, 197 liječnika otišlo je u inozemstvo, ali se tamo ne mogu baviti medicinom jer nisu zatražili potrebne EU potvrde. Najmanje zahtjeva za izdavanjem EU potvrda za rad u inozemstvu bilo je 2020. i 2021. godine, ukupno 81 EU potvrda zatražena je u te dvije godine. U 2020. i 2021. godini u cijelom je svijetu bila u jeku pandemija virusa covid-19. Prema namjeri odlaska, najveći broj EU potvrda izdano je za Ujedinjeno Kraljevstvo, ukupno 177, zatim za Sloveniju, ukupno 126, te za Irsku, ukupno 106 (Atlas liječništva, 2022).

Tri su vrste EU potvrda koje izdaje HLK. Potvrda o stečenim pravima izdaje se u svrhu automatskog priznavanja pravne kvalifikacije liječnika u drugoj članici EU ili Europskog gospodarskog prostora (EGP) i ista dokazuje kako je obrazovanje ili radni staž liječnika u skladu s

Direktivom 2005/36/EC/EU. Potvrda o stupnju obrazovanja izdaje se u svrhu priznavanja formalnih kvalifikacija liječnika kojem nije omogućeno automatsko priznavanje pravnih kvalifikacija. Ona se izdaje liječnicima koji su obrazovanje završili izvan EU i nemaju minimum od 3 godine radnog iskustva u nekoj članici EU, a sukladno Direktivi 2005/36/EC/EU. Ove dvije potvrde izdaju se bez vremenskog ograničenja. Treća potvrda, potvrda o dobrom ugledu, jedina je vremenski ograničena potvrda koja vrijedi 3 mjeseca od dana izdavanja. Ova potvrda služi u svrhu dokazivanja da se protiv liječnika ne vodi disciplinski postupak niti mu je zabranjeno obavljanje rada u matičnoj zemlji, a u svrhu toga da se izbjegne da liječnik kojemu je zabranjeno obavljanje rada u jednoj državi može nastaviti raditi u drugoj članici. Na ovaj način svaka država članica zna ima li dotični liječnik dozvolu za obavljanje rada ili mu je ista oduzeta (HLK, 2022).⁸

⁸ EU potvrde. *Hrvatska liječnička komora*. URL: <https://www.hlk.hr/eu-potvrde.aspx> (pristupljeno: 3. ožujka 2022. g.).

3. Migracije i migracijske teorije

Migracije se može definirati kao privremeno ili trajno preseljenje jedne osobe ili pak grupa ljudi s jedne geografske točke na neku drugu. Razlozi zašto osobe migriraju različiti su i mogu biti privatni, poslovni ili pak politički. Migracije same po sebi mogu imati i pozitivne i negativne strane, a brojni su i materijalni i nematerijalni faktori koji utječu na migracije. Nekakva polazna točka sveukupne migracijske literature, koja raspravlja različite migracijske teorije, jest podjela migracija na tri razine: mikro razina migracija, meso razina migracija i makro razina migracija. Iako su migracijske teorije relativno nove, od 1950-ih godina, razvijaju se i nadopunjavaju s obzirom na galopirajuću svjetsku globalizaciju. Kada se govori o migracijama, treba definirati i pojmove emigracija i imigracija. Emigracija označava pojam iseljavanja iz neke države dok imigracija označava pojam useljavanja u neku državu. Migracija podrazumijeva i pojam emigracija i pojam imigracija. Države iz kojih ljudi emigriraju nazivaju se još i države slanja ili države podrijetla, dok se države u koje ljudi imigriraju nazivaju državama primateljicama, odnosno državama odredišta.

Migracije se mogu podijeliti s obzirom na svrhu preseljenja koja može biti iz obiteljskih razloga, političkih razloga, obrazovnih razloga, ekonomskih razloga ili kao posljedica rata. Migracije se isto tako dijele s obzirom na trajanje te mogu biti trajne migracije, privremene migracije i sezonske migracije (Vukorepa, 2018:85-86). Svaka migracija može se podijeliti na tri faze: fazu predmigracije, fazu migracije i fazu postmigracije. U fazi predmigracije osoba koja ima namjeru emigrirati pod utjecajem je razloga zašto želi migrirati, odluka može biti iznenadna ili planirana te osoba u skladu s tim ima pripremu koraka postupanja. U fazi migracije ključne su činjenice poput starosti osobe koja migrira, obrazovanje, odnosno profesionalna orijentacija, sigurnost u odluku itd. U trećoj fazi, fazi postmigracije, osobe prolaze kroz nove tri faze. Prva faza je turistička faza u kojoj osoba još nije potpuno svjesna da je odluka o preseljenju realizirana i da se trenutno nalazi u državi u kojoj po novom živi i radi. U ovoj fazi osoba obično obilazi turistička mjesta i znamenitosti te se turistički upoznaje s državom u koju je preselila. Druga faza je šok faza i ona se manifestira pojavom svijesti da osoba ostaje u novoj državi i da njezin poslovni i privatni život je sada tu. Osoba u ovoj fazi prolazi kroz razmišljanja o vlastitim odlukama i aspiracijama, dotadašnjim postignućima, suočava se ponekad s depresijom i anksioznošću. U trećoj fazi, fazi prilagodbe osoba prolazi kroz procese kulturalnog konflikta, akulturacije i suživljavanja s novom životnom sredinom.

Migracijske teorije dijele se na mikro, meso i makro razinu razloga migracija. Na mikro razini naglasak je na odluci pojedinca da migrira, a na namjeru migriranja primarno utječu osobne vrijednosti pojedinca, želje i očekivanja pojedinca, koja mogu biti na privatnom ili poslovnom planu, primjerice poboljšanje životnog standarda ili mogućnosti napretka. Glavne teorije s mikro razine su push i pull faktori, neoklasična mikro migracijska teorija, modeli ponašanja i teorija društvenih sustava. Ti modeli analiziraju motive pojedinca za migracijom, no isto tako uzimaju u obzir i utjecaj faktora same zajednice na migraciju pojedinca (npr. siromaštvo, neorganiziranost države i sl.). Na makro razini naglasak se stavlja na utjecaj faktora iz makro razine na odluku o migraciji, a koji su državna ekonomija, mogućnosti zaposlenja, mobilna tranzicija i dr. Glavne teorije s makro razine su neoklasična makro migracijska teorija, migracije kao sustav, teorija dualnog tržišta rada i teorija svjetskih sustava. Meso razina razloga migracija točno je u sredini između mikro i makro razine i ona pokušava objediniti te dvije razine i tako ih objasniti. Primjerice, na meso razini migracija naglasak je na domaćinstvu (obitelji), ali i zajednici te se gleda utjecaj odluke obitelji i zajednice na odluku pojedinca na emigriranje. Ovdje je glavni razlog migracije društvo i društveni odnosi koji mogu ili zadržati ili pogurati osobu da emigrira. Glavne migracijske teorije na meso razini su institucionalna teorija, teorija društvenog kapitala, teorija društvene povezanosti, nova ekonomija tržišta rada i kumulativna uzročnost tržišta (Špadina, 2013:19-21). Prema gore navedenom može se zaključiti da se teorije mikro razine usmjeravaju primarno na odluci pojedinca da migrira, dok se teorije makro razine usmjeravaju na utjecaj zajednice na odluku pojedinca da migrira. Teorije meso razine pak pokušavaju objediniti teorije mikro i makro razine gledajući na migracije iz perspektive pojedinca, iz perspektive pojedinčeva domaćinstva te iz perspektive utjecaja zajednice i državnih okolnosti na odluku pojedinca da migrira.

3.1. Mikro teorije migracija

Mikro teorije migracija primarno su orijentirane na pojedinca i razloge pojedinca da migrira. Ovdje postoji nekoliko teorija koje će se definirati i potkrijepiti primjerima, a to su teorija push i pull faktora, neoklasična mikro migracijska teorija, teorija ponašanja (Wolpertsov model praga stresa) i teorija društvenih sustava. Teorija push i pull faktora potječe iz 1966. godine i prva je definirala migracije s obzirom na potisne i privlačne faktore koji utječu na odluku pojedinca da migrira. Prema ovoj teoriji pozitivni i negativni faktori države slanja i države primateljice guraju i privlače osobu koja migrira s obzirom na migracijske zakone i pod utjecajem individualnih percepcijskih faktora same

osobe koja migrira. Neoklasična mikro migracijska teorija tretira odluku o migraciji kao investicijsku odluku pojedinca da poveća svoju produktivnost (vrijednost) u kombinaciji s tim da je naglasak na ponudi na tržištu rada određene države slanja i države primateljice. S obzirom da svaka migracija ima i prednosti i nedostatke, svaki pojedinac pri donošenju odluke o migraciji pravi vlastite realne proračune svega pozitivnog što dobiva migracijom kao i svega negativnog što nestaje iz njegovog života ukoliko se odluči migrirati. Svaka migracijska odluka racionalna je tek onda kad su pozitivne posljedice migracije veće u odnosu na negativne posljedice migracije. Neki od najčešćih negativnih posljedica migracija su financijski troškovi putovanja, nedostatak mogućnosti u državi slanja te psihološki nedostaci. Psihološki aspekti kojima se migranti susreću jesu udaljenost od obitelji i prijatelja, početak života u novom i nepoznatom okruženju, savladavanje novog jezika, pronalazak posla za supružnika, asimilacija načina života u drugoj državi i dr. (Gruber, et al., 2020:89). Ovoj su teoriji primarni interesi profesionalna nadogradnja i napredak pojedinca gdje očekivanu dobit može očekivati do kraja života te s tim u skladu ova teorija predviđa da su mladi i visokoobrazovani oni koji prvi migriraju. U teoriji ponašanja (Wolpertsov model praga stresa) naglasak se također stavlja na analizu prednosti i nedostataka pojedine migracije, no s tom razlikom da po ovoj teoriji pojedinac uspoređuje svoju trenutnu životnu situaciju s potencijalnom budućom životnom situacijom nakon migracije. Dakle, naglasak je na donošenju racionalne odluke migrirati ili ne prije same migracije, a ne poslije. Pojedinac je prema ovoj teoriji jedino bitno da su pozitivne posljedice migracije prema hipotetskoj analizi budućeg života nakon migracije veće od negativnih posljedica migracije, a sve u usporedbi s pojedinčevom trenutnom životnom situacijom. Još jedan model iz teorije ponašanja jest model očekivane dobiti prema kojem pojedinac donosi svjesnu odluku o migraciji koja je zasnovana isključivo na ekonomskim pretpostavkama. Sama snaga migracijske namjere pojedinca ovisi o zbroju vrijednosti migracijskih ishoda i očekivanja da će ta migracija uistinu dovesti do realizacije očekivanih ishoda. Vrijednosti migracijskih ishoda su najčešće ostvarenje bogatstva ili autonomije pojedinca, a izravno su ovisne o stupnju obrazovanja pojedinca, njegovoj obitelji, društvenim normama i dr. Zadnja teorija iz domene mikro migracijskih teorija jest teorija društvenih sustava, tzv. Hoffmann-Novotny model, koja objašnjava migracije kao želje pojedinca da postigne svoj željeni ishod (status) u zemlji primateljici (Hagen-Zanker, 2008:9-12).

3.2. Makro teorije migracija

Makro teorije migracija primarno su orijentirane na utjecaj zajednice (okoline) na donošenje odluke o migraciji. U makro teoriji ne stavlja se naglasak na pojedinca, već na utjecaje iz okoline (društvene, ekonomske, političke i dr.). Makro teorije migracija neoklasična su makro migracijska teorija, teorija dualnog tržišta rada, teorija svjetskih sustava te teorija migracijskih sustava. U neoklasičnoj makro migracijskoj teoriji migracije su objašnjene kao dio ekonomskog razvoja. Migracije prema ovoj teoriji primarno su rezultat geografskih razlika u ponudi i potražnji posla s postojanjem rizika da osoba koja se odluči na migraciju ne zna unaprijed hoće li pronaći posao u novoj sredini nakon što migrira. Ova se teorija najčešće opisuje kroz unutarnje migracije iz ruralnih u urbane sredine. Teorija dualnog tržišta rada definira migracije kao rezultat privremenih privlačnih faktora iz država primateljica koje u nekom trenutku imaju veliku potrebu za radnicima i nude bolje uvjete rada od države slanja. Bolji uvjeti rada u državi primateljici nisu apsolutna istina, oni jesu bolji i stoga privlače migrante iz države slanja ukoliko se radi o siromašnijoj zemlji, dok će državljanima države primateljice ti uvjeti rada biti neprimamljivi, točnije, njihova već postojeća svakodnevnica. Zanimljiva je i činjenica da migrantima nije problem raditi poslove nižeg statusa u državi primateljici, koje bi im potencijalno bio problem raditi u svojoj matičnoj državi (državi slanja), a to iz razloga što se migranti u tim situacijama ne smatraju dijelom društva države primateljice. Kod ove teorije naglasak se stavlja na jednom privlačnom faktoru, a to je faktor bolje ponude radnih mogućnosti u državama primateljicama. Prema teoriji svjetskih sustava, kapitalna ekspanzija ima dalekosežne posljedice na migracijska pitanja. Ova teorija prati dinamiku kreiranja tržišta i strukturu globalne ekonomije, međutim, u ovoj teoriji motivi pojedinca za donošenje odluke o migraciji nisu uzeti u obzir. Ubrzana globalizacija u svijetu dovela je do velike potrebe za radnicima u globalnim višemilijunskim svjetskim gradovima postajući na taj način privlačnim faktorom za sve državljane iz siromašnijih država i ruralnih područja. U teoriji migracijskih sustava (Mabogunje migracije kao sistemski model) nekakvo ishodište ovoj teoriji bile su unutarnje migracije iz ruralnih u urbane sredine, a na koje su utjecali brojni čimbenici, od obitelji, seoskih normi, društvenih i ekonomskih uvjeta, politike i dr. Od 90-ih godina međunarodne se migracije prema ovoj teoriji također počinju gledati kao samostalan dinamički sustav u kojem se isprepliću sistemi država slanja i država primateljica. Prema teoriji migracijskih sustava migracije su dio društvenih i ekonomskih promjena te su s toga obrasci i postotci migracija usko vezani uz stupanj razvijenosti neke države i demografske faktore te iste države (stopa mortaliteta u odnosu na stopu nataliteta). Ono što je važno za istaknuti kod ove teorije jest da, bez obzira što se

ovdje radi o makro teoriji koja primarno prati ekonomske, društvene i političke razloge migracija, ona također stavlja naglasak i na težnju pojedinca za većom osobnom slobodom i samim time nas uvodi u meso migracijske teorije (Špadina, 2013:21-24).

3.3. Meso teorije migracija

Meso teorije migracija pokušavaju objediniti faktore iz mikro i makro migracijskih teorija i utvrditi na koji način pojedini čimbenici zajedno utječu na migracije. Meso teorije migracija su nova ekonomija tržišta rada (engl. *New Economy of the Labour Market*), teorija društvene povezanosti (engl. *social networking*), teorija kumulativne uzročnosti tržišta te teorija društvenog kapitala. Prema teoriji nove ekonomije tržišta rada, odluke o migraciji donose se od strane svih članova domaćinstva zajedno i za dobrobit njih kao zajednice. Ovoj je teoriji ishodište u gledanju na migracije kao na zajedničke odluke cijelog domaćinstva gdje svi članovi računaju prednosti i nedostatke planirane migracije i donose odluku o migriranju tek ako su prednosti migriranja veće u odnosu na nedostatke migriranja. Tako donesene odluke na razini cijelog domaćinstva (jedne obitelji) ne znače nužno emigraciju cijele te obitelji već potencijalno i samo jednog člana koji se odlučio na emigraciju kako bi pomogao obitelji koja ostaje. Ovo je ujedno jedina teorija koja objedinjuje odluku o migraciji te utjecaje same migracije na društvo. Domaćinstvo (obitelj) prilikom donošenja odluke o migriranju proučava tri važna aspekta na temelju kojih donose svoju odluku. To su zajednički prihodi (trenutni prihodi koje članovi kućanstva ostvaruju u matičnoj državi u odnosu na moguće prihode koje bi mogli ostvarivati u državi primateljici), status (članovi domaćinstva prave usporedbu svog trenutnog socijalnog statusa u odnosu na mogući socijalni status u državi primateljici) te minimiziranje rizika (članovi domaćinstva donose odluku o migraciji na temelju čimbenika manjega rizika, gdje manji rizik definira aktivno tržište rada, brojne mogućnosti kreditiranja i osiguranja, dobro upravljanje društvenim kapitalom u državi primateljici u odnosu na državu slanja i sl.). U teoriji društvene povezanosti razlikuju se faktori koji utječu na inicijalnu migraciju i faktori koji utječu na nastavak migriranja po istim osnovama. Migracije postaju samoodržive zahvaljujući prvim migrantima neke skupine koji „probijaju led“ i „otvaraju vrata“ svim budućim migrantima iz iste skupine. Kao prilog ovoj teoriji može se prikazati primjer na migracijama liječnika iz RH. Po ulasku RH u EU europsko tržište rada otvoreno je hrvatskim državljanima koji su dobili priliku iskoristiti slobodu tržišta rada i emigrirati. Onih prvih 36 liječnika, prema podacima HLK-a, koji su migrirali ulaskom RH u EU u srpnju 2013. godine, mogu se nazvati ishodišnim migrantima za skupinu liječnika koji su svojim

primjerom i iskustvom poslužili drugima da na isti način emigriraju vodeći se njihovim primjerom. Povećanim migracijama iz skupine hrvatskih liječnika ova je domena postala samostalni samoodrživi sustav. Upravo uloga društvene poveznice i migrantskih veza na mikro i meso razini važna je za shvaćanje i bolje razumijevanje obrazaca i volumena samih migracija. Danas brojni regrutacijski agenti, tzv. lovci na glave (engl. *headhunter*), i dobrotvorne nevladine organizacije pomažu u održavanju migracijskih tokova i njihovoj cirkulaciji. Ono što je bitno naglasiti u zaključku teorije društvene povezanosti (*networking*) jest svakako smanjenje troškova i rizika migracija kroz vrijeme koji su doveli do većeg povjerenja migranata i lakšeg donošenja odluke o migriranju. Teorija kumulativne i kružne uzročnosti počiva na tvrdnji kako veći broj migracija donosi još veći broj migracija u budućnosti. Odluke koje migranti danas donesu mijenjaju njihov socio-ekonomski kontekst i okruženje i kao takve utječu na odluke budućih migranata. Migracije na taj način postaju dio kulture države slanja i potiču nove migracije sve do trenutka kada migracijski tokovi postanu prezasićeni, nestašica aktivne radne snage u državi slanja biva sve veća, a ostaju na raspolaganju uglavnom stari i djeca. U teoriji društvenog kapitala razlog migracija primarno je loše upravljanje kapitalom u državi slanja u odnosu na dobro upravljanje kapitalom u državi primateljici (Hagen-Zanker, 2008:12-18).

Sve predstavljene ekonomske migracijske teorije nisu u sukobu jedna s drugom, već se međusobno isprepliću i nadopunjavaju pri istraživanju i utvrđivanju razloga svake pojedine migracije koja je u središtu u nekom trenutku. Na mikro razini prvenstveno su razlika u prihodima i siromaštvo razlozi koji djeluju kao potisni i privlačni faktori donošenja odluke o migraciji. Isto tako, na migracije mikro razine utječe i procjena rizika, kreditno tržište matične države, ali i pitanja moći, statusa te osobni ciljevi i vrijednosti pojedinca. Na meso razini utvrđuje se da su češće migracije iz država s višim stupnjem nejednakosti te na same migracije utječu socijalne mreže i povezanost ranije migriranih osoba i osoba koje planiraju migrirati. Na makro razini na migracije primarno utječe potražnja na tržištu rada i migracijski zakoni gdje globalizacija i razvoj svjetske ekonomije izravno doprinose lakšem donošenju odluke o migriranju. Razvoj migracijskih institucija (regrutacijskih agencija, nevladinih organizacija), društvenog kapitala i *networking* s vremenom rezultiraju smanjenjem troška migriranja za sve buduće migrante. Svaka je migracija individualna odluka pojedinca učinjena u specifičnom društvenom kontekstu s obzirom na financije i socijalnu strukturu okoline (Massey, 1993:454-463). Na odluku pojedinca da migrira glavni utjecaj imaju članovi istoga

domaćinstva (obitelji) pri čemu svi zajedno, prilikom kreiranja odluke o migriranju, utvrđuju prednosti i nedostatke migracije prije donošenja konačne odluke.

3.4. Migracije u Republici Hrvatskoj

Republika Hrvatska povijesno pripada zemljama emigracije (iseljavanja). Povijesno gledano, iseljavanje iz RH bilo je najvećim dijelom uvjetovano ekonomskim i političkim potisnim faktorima i tzv. Gastarbeiteri iz RH su iseljavali najviše u Njemačku, Austriju i Švicarsku. RH je uvijek pripadala zemljama iseljavanja jer su iz RH ljudi primarno emigrirali dok su imigracije bile minimalne. Upravo je to u 20. stoljeću dovelo do razlike od 1,2 milijuna ljudi više koji su emigrirali iz RH u odnosu na one koji su u tom istom periodu imigrirali u RH. Početkom 21. stoljeća emigracije iz RH su se i dalje nastavile s vrhuncem 2009. godine kada je bila svjetska kriza i recesija i nastavile su se povećati nakon ulaska RH u EU u srpnju 2013. godine. Upravo su ta iseljavanja u 2013. godini nakon što je RH postala članica EU dovela do poremećaja na tržištu rada i samim time destabilizacije gospodarskog, zdravstvenog, socijalnog, mirovinskog i obrazovnog sustava (Župarić-Iljić, 2016:2). Migracije su kombinacija potisnih faktora iz zemlje podrijetla (slanja) i privlačnih faktora u zemlji odredišta (primanja). U razdoblju između 2008. i 2015. godine glavni razlozi, koji su djelovali kao potisni faktori za državljane RH, bili su nizak BDP, visoke stope nezaposlenosti, neprikladna plaća, loša poduzetnička klima, smanjenje opće stope zaposlenosti, pad životnog standarda, nemogućnost pronalaska posla u struci i dr. Prema podacima Državnog zavoda za statistiku (DZS) iz RH je 2012. godine iselilo 12 877 osoba, 2013. godine njih 15 262, 2014. godine 20 858 osoba, 2015. godine 29 651 (Župarić-Iljić, 2016:3). Ministarstvo unutarnjih poslova u RH uglavnom se vodilo poštenjem da svatko tko migrira učini odjavu u državnim institucijama u RH i prijavu u zemlji u koju su imigrirali. Primjerice, u Poljskoj su, nakon što je ista postala članica EU, također na ovaj način vodili evidenciju migracija pouzdajući se u poštenje svojih građana da će odjaviti svoje prebivalište u Poljskoj i prijaviti ga u državi članici u koju su imigrirali. Kada su vlasti shvatile da je broj migranata podcijenjen, pokrenuli su proces detekcije migracija i ustanovili da se radi o deseterostruko većem broju migracija od do tada smatranog (Draženović, et al., 2018).

Ono što je ipak djelomično usporilo migracije iz novih država članica EU, pa tako i RH nakon ulaska u članstvo EU, jesu tri faze privremenih ograničenja zapošljavanja koje države članice EU mogu primijeniti na svaku novu državu članicu. Ta privremena ograničenja zapošljavanja, tzv.

prijelazne mjere, mogu biti na snazi najviše 2 + 3 + 2 godine za nove države članice. Ukupno, dakle, mogu trajati 7 godina, što je u hrvatskom slučaju bilo do 1. srpnja 2020. godine. Prve dvije godine države članice prema nacionalnom pravu odlučuju pravila slobode kretanja radnika te prema nacionalnom pravu i eventualnim bilateralnim ugovorima s drugim državama odlučuju o načinu zapošljavanja u njima i o tome jesu li osobama migrantima potrebne radne dozvole, vize za boravak i dr. Druga faza može trajati tri godine i stare države članice mogu produljiti period ograničenja slobode kretanja radnika državljanima novih država članica, no moraju o takvoj svojoj odluci o tome obavijestiti Europsku Komisiju. U slučaju ozbiljnijih poremećaja na tržištu rada ili sličnih ozbiljnih prijetnji tržištu rada, države članice mogu iznimno nakon što o tome obavijeste Europsku Komisiju nastaviti i dalje primjenjivati nacionalne mjere još dvije godine što je tzv. treće prijelazno razdoblje ograničenja zapošljavanja državljanima novih država članica (Vukorepa, 2018:110-111). U istom ovom periodu nove države članice imaju pravo uvesti recipročne mjere za radnike onih starih (ranijih) država članica koje su na njihove državljane primijenile prijelazne mjere ograničenja zapošljavanja. Državljan RH su po ulasku RH u članstvo EU u prvoj fazi imali ograničen pristup tržištu rada u ukupno 13 starih država članica na period od dvije godine. U drugoj fazi ukupno 5 starih država članica obavijestilo je Europsku komisiju o produljenju prijelaznih mjera za hrvatske državljane za još tri godine. Dok u trećoj fazi niti jedna stara država članica nije produljila prijelazne mjere ograničenja pristupa tržištu rada za hrvatske državljane. Unatoč prijelaznim mjerama, primjećuje se veliki odljev mladih (eng. *youth drain*) kao i visokoobrazovanih (engl. *brain drain*) iz RH. U periodu između jeseni 2019. godine sve do veljače 2022. godine bila je aktualna pandemija virusa covid-19, unatoč kojoj je odljev mladih i odljev visokoobrazovanih hrvatskih državljana i dalje zadržao svoju konstantu.

EU je suočena i s kvalifikacijskim i s demografskim problemima te isto žele riješiti upravo migracijskom politikom. Migracijska politika kao takva može imati i pozitivne i negativne posljedice i za državu podrijetla kao i za državu primateljicu (destinacije). Neke od pozitivnih posljedica migracija su popunjavanje slobodnih radnih mjesta u državi primateljici i samim time kratkoročno (prividno) smanjenje opće stope nezaposlenosti u državi podrijetla, zatim veći postotak radno sposobnih u državi primateljici, ulaganje, dok u slučaju remigracije (povratka u ishodišnu državu, državu podrijetla) povratnik sa sobom donosi nova znanja i vještine stečene u državi primateljici. Od negativnih posljedica migracija bitno je za istaknuti veće postotke umirovljenih i radno neaktivnih u

državi podrijetla, povećanje rashoda u sustavu socijalne sigurnosti države primateljice, nepovoljan utjecaj na kulturalni identitet države primateljice (primjerice kod velike heterogenosti stanovništva) te gubitak specijaliziranih visokokvalificiranih grupa stručnjaka, kao primjerice zdravstvenih radnika u RH. I u RH i u ostatku EU sve je učestalija „feminizacija migracija“ posebno među visokoobrazovanim migrantima (eng. *female brain drain*) (Vukorepa, 2018:93). Među pozitivne posljedice iseljavanja treba se uzeti protok novca koji iseljenici šalju obiteljima u RH ili ulažu u investicije u RH. Isto tako, neminovno se događa i transfer i implementacija inozemno stečenih kompetencija i znanja u RH. Kako se trenutno nalazimo u digitalnom dobu svaka osoba može živjeti u inozemstvu, a opet neposredno implementirati tako stečena znanja i kompetencije u RH. Digitalizacija je omogućila i da brojni hrvatski stručnjaci rade u inozemstvu, no i dalje žive u RH, budući da im se posao odvija digitalnim putem odnosno, *remotely work* (hrv. rad na daljinu). Kratkoročno ili srednjoročno iseljeničtvo treba se smatrati resursom (stjecanje novih znanja, vještina, kontakata, iskustava) za RH po njihovom povratku. RH bi potencijalno mogla ulagati u remigracije u smislu pronalaska načina kako vratiti iseljene radnike te čak imigracije u smislu privlačenja radnika iz drugih zemalja koji bi bili zainteresirani imigrirati u RH. Ideja bi bila i u većoj mjeri potaknuti cirkularne migracije visokoobrazovanog stanovništva čime bi hrvatski visokoobrazovani radnici imali priliku usavršiti se u inozemstvu, a inozemni visokoobrazovani radnici u RH. Na taj bi način hrvatski visokoobrazovani radnici koji nemaju afinitete migrirati imali priliku učiti od svojih inozemnih kolega dok su oni u cirkularnoj posjeti u RH, a hrvatski visokoobrazovani radnici, koji imaju želju migrirati, imali bi priliku učiti i usavršavati se u inozemstvu u sklopu cirkularne migracije te po svom povratku unaprijediti svoje odjele i oplemeniti svoje kolege s novim vještinama i znanjima koja su stekli radeći u inozemstvu.

3.4.1. Migracije hrvatskih liječnika

U RH je nakon srpnja 2013. godine primijećen porast migracija visokoobrazovanog stručnog kadra, pogotovo iz područja zdravstva. Iako su zdravstvene migracije postojale i prije 2013. i pristupanja RH u članstvo EU, o istima se aktivnije počinje pisati tek nakon srpnja 2013. godine. Prema podacima HLK, za prve tri godine hrvatskog članstva u EU od 2013. do 2016. godine, podneseno je 1511 zahtjeva liječnika za ishođenje EU potvrda potrebnih za rad u inozemstvu. Ukupno 80 % zahtjeva podnijeli su liječnici koji su u tom trenutku bili u radnom odnosu i to 65 % zahtjeva su

podnijeli bolnički liječnici, 11 % liječnici iz privatne prakse, 9 % liječnici iz Domova zdravlja te 15 % liječnici iz ostalih zdravstvenih ustanova (Župarić-Iljić, 2016:9).

Prema službenim podacima Demografskog atlasa hrvatskog liječništva, nastalog u suradnji Hrvatske liječničke komore, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje, Državnog zavoda za statistiku i Državne geodetske uprave, iz RH je u periodu od srpnja 2013. godine do srpnja 2022. godine iselilo ukupno 1020 liječnika. Najviše ih je otišlo u Njemačku, njih čak 281, zatim u Ujedinjeno Kraljevstvo njih 157, u nepoznato njih 106, u Austriju njih 101, u Švedsku njih 93, u Irsku njih 67, u Švicarsku njih 46, u Sloveniju njih 44, u Dansku i Norvešku po 29 liječnika, u Francusku i Italiju po 12 liječnika, u Nizozemsku 8, u Španjolsku 7, u Ujedinjene Arapske Emirate 5, u Belgiju 4, u Sjedinjene Američke Države 4, u Finsku 2, dok je u Australiju, Bosnu i Hercegovinu, Brazil, Estoniju, Island, Izrael, Kanadu, Luksemburg, Martinique, Rusiju i Saudijsku Arabiju otišao po 1 liječnik iz RH (Demografski atlas hrvatskog liječništva, 2022).

Materija radnih migracija u EU uređena je s obzirom na podatak dolazi li migrirani radnik iz EU članice ili iz trećih zemalja. Budući da se za državljane EU primjenjuju odredbe tržišne slobode – slobode kretanja radnika i slobode pružanja usluga i poslovnog nastana – državljanima EU mnogo je lakše kretati se i zapošljavati se unutar njezinih članica. Upravo je Direktiva 2005/36/EZ o automatskom priznavanju pravnih kvalifikacija dala mogućnost automatskog priznavanja diploma unutar EU. Prema toj direktivi svi visokoobrazovani radnici, dakle i liječnici, imaju mogućnost dobiti automatsko priznanje svoje diplome, točnije svojih pravnih kvalifikacija u drugim članicama EU, Norveškoj i Švicarskoj (Direktiva 2005/36/EZ). Tako primjerice hrvatski liječnici, koji žele ishoditi licencu za rad u nekoj od članica EU, Norveškoj ili Švicarskoj, trebaju predati medicinskoj komori zemlje u kojoj žele ishoditi licencu ovjerene prijevode svojih dokumenata i platiti pristojbe kako bi ishodili licencu. Od dokumenata se traži ovjereni prijevod diplome, uvjerenja o položenom specijalističkom ispitu ukoliko je obavljen, dokaz o državljanstvu EU, potvrdu o nekažnjavanju, potvrde koje izdaje HLK (potvrda o stečenim pravima, potvrda o trenutnom profesionalnom statusu i potvrda o dobrom ugledu), izvadak iz matice vjenčanih ukoliko papire predaje liječnica koja je mijenjala prezime i još nekoliko dokumenata koji variraju ovisno o državi u kojoj se liječnik prijavljuje. Ono što je obavezno imati i predati jest službeni certifikat o poznavanju jezika države u

kojoj se želi ishoditi licenca na nivou B2/C1 te platiti trošak procesa automatskog priznavanja licence u toj državi.

Liječnici osim mogućnosti automatskog priznavanja i ishođenja licence imaju priliku putem agencija za posredovanje dobiti uslugu potpuno organiziranog prelaska na novo radno mjesto u novoj državi. Primjerice, skandinavske države investiraju resurse upravo u uvoz zdravstvene radne snage iz svih članica EU pa tako i iz RH. Skandinavske regije u sve tri države nadležne su za tuzemne regrutacije, dok inozemne regrutacije daju *outsourcing* (hrv. eksternaliziranje posla) agencijama koje su time ovlaštene provesti cijeli postupak upravljanja ljudskim resursima za zdravstvene djelatnike koji dolaze iz inozemstva. Procesi se sastoje od faze marketinga, *screening* (hrv. probir) potencijalnih kandidata čiji bi profili odgovarali opisu natječaja, organizacije digitalnog intervjua te posjete zdravstvenoj ustanovi, organizacije tečaja jezika nakon potpisivanja ugovora, pronalaska smještaja, pomoći pri ishođenju licence, samom preseljenju i pomoći u asimilaciji u novoj životnoj i poslovnoj sredini (Barković Bojanić i Gugić, 2017:373-378).

4. Uvod u upravljanje ljudskim resursima

Populariziranje termina upravljanje ljudskim resursima započelo je sredinom 1980-tih godina. Glavni razlozi sve većeg interesa i ulaganja u upravljanje ljudskim resursima bili su brzo promjenjiva tehnologija, promjenjiva uloga klijenata, globalizacija te promjenjiva uloga djelatnika. Današnji suvremeni zahtjevi iz domene upravljanja ljudskim resursima nemaju puno dodirnih točaka s upravljanjem ljudskim resursima u svojim začetcima. Začetci upravljanja ljudskim resursima počeli su početkom prošlog stoljeća kada su se društveni reformatori visokog ugleda osvrnuli na teme izrabljivanja tvorničkih radnika, strašne uvjete rada te na stvaranje novih vrijednosti i uvjerenja kako bi radnici postali bolji i produktivniji kada bi imali humane radne uvjete i kada bi ih se pošteno nagrađivalo za njihov rad. Godine 1913. osnovana je udruga za blagostanje svih zaposlenih (engl. *Welfare Workers' Association*) koja je do 2000. godine dobila svoj konačni oblik i naziv „Ovlašteni institut za osoblje i razvoj“ (Stredwick, 2014:8).

Najranija uloga upravljanja ljudskim resursima 1960. – 70-tih bila je socijalna skrb. Kasnije su sindikati prebacili interes na brigu o osobnim, financijskim i profesionalnim problemima. U 1990-ima počele su se provoditi prve ankete o odnosima djelatnika na radnom mjestu. Do kraja 20. stoljeća postalo je važno razlikovati različita razmišljanja djelatnika te je tako stvoren novi koncept upravljanja ljudskim resursima.

4.1. Uloga ljudskih resursa danas

Prema Guestu (1989) istaknuta su četiri glavna područja identificiranja i analize upravljanja ljudskim resursima i to politički ciljevi upravljanja ljudskim resursima, politike upravljanja ljudskim resursima, „cement“ te organizacijski ciljevi (ishodi). Među političke ciljeve upravljanja ljudskim resursima uvrštavaju se predanost djelatnika većoj efektivnosti te lojalnost prema organizaciji, zatim korelacija kvalitetnog osoblja te kvalitete robe i usluga, fleksibilnost u organiziranju organizacije, sposobnost prilagodljivosti i suosjećanja u odnosima s djelatnicima te integracija ciljeva u strateško planiranje. Politike upravljanja ljudskim resursima koriste se pri upotrebi konvencionalnih kadrovskih praksi (primjerice poslovi selekcije ili obuke). Naglasak je na visokom stupnju kvalitete i ispunjenja organizacijskih ciljeva, osposobljavanju djelatnika itd.. „Cement“ predstavlja razinu potpore vodstvu, stvaranje snažne organizacijske kulture, vrednovanja uspješnosti kroz efektivno upravljanje ljudskim

resursima. Među organizacijskim ciljevima ističe se postizanje niske razine fluktuacija osoblja, niske razine apsentizma, rješavanje potencijalnih problema te inovacije (Stredwick, 2014:10).

Danas postoje različiti modeli upravljanja ljudskim resursima. Najraniji model upravljanja ljudskim resursima kreiran prema Storeyu kreirao je rešetku upravljanja ljudskim resursima koja je na jednoj svojoj osi dijelila poslove na strateške i taktičke, dok je na drugoj osi dijelila stupanj djelovanja menadžera ljudskih resursa u procesu upravljanja. Unutar te rešetke stručnjaci za ljudske resurse podijeljeni su na savjetnike koji su usredotočeni na strateška pitanja, zatim na administrativni (uslužni) dio koji ima minornu ulogu u provedbi politike, no s druge strane aktivnu ulogu na taktičkoj razini (administracija, obuka, osnove zapošljavanja i sl.). Treći su u rešetci regulatori koji su isključivo uključeni u taktička pitanja te su interventni u nastojanjima provedbe politika ljudskih resursa u suradnji s neposrednim rukovoditeljima. Četvrta su skupina u rešetci nositelji promjena koji su i strateški i interventni te imaju za primarni cilj unaprijediti upravljanje ljudima u svojim organizacijama (Storey, 1992).

Prema Purcellu i Ahlstrandu (1994), odjeli za upravljanje ljudskim resursima trebaju biti centralizirani i provoditi sljedeće aktivnosti primjenjive na sve vrste srednjih i velikih organizacija: a) korporativna kultura i komunikacije, b) planiranje ljudskih resursa u strateškom menadžmentu, c) osnovno formuliranje i praćenje politike, d) usluge „kabinetskog ureda“, e) razvoj višeg menadžmenta i planiranje karijera, f) vanjsko propagiranje i interno savjetovanje, g) koordinacija informacija, h) usluge internog savjetovanja i posredovanja te i) ljudski resursi za manje poslovne jedinice (Stredwick, 2014:11). Korporativna kultura i komunikacije odnose se na potrebu definiranja kulture neke organizacije i važnosti dobre komunikacije na svim razinama u organizaciji. Postavljaju se KPI, uvjerenja i vrijednosti organizacije, temeljni cilj upravljanja i dr. Kod planiranja ljudskih resursa u strateškom menadžmentu cilj je razviti plan ljudskih resursa koji će proizlaziti iz strateškog plana. Utvrđene politike i procedure važna su značajka učinkovite organizacije. Usluge „kabinetskog ureda“ odnose se na potrebu savjetovanja izvršnog direktora od strane višeg podređenog o implikacijama za osoblje općenito, planiranje sukcesije za više rukovoditelje, pitanja kulturnog razvoja unutar organizacije i sl. Potreba planiranja sukcesije i razvoja menadžera s velikim iskustvom, a isto u cilju postizanja fleksibilnosti za strateške poteze na nova ili postojeća tržišta dio su plana razvoja višeg menadžmenta i planiranja karijera. Vanjsko propagiranje prvenstveno se odnosi na političko lobiranje

o ključnim pitanjima, kao primjerice vladino zakonodavstvo ili pak tumačenje europskih direktiva. Kvalitetna koordinacija informacija služi kao pomoć velikim organizacijama gdje se provodi unutar timova i diskutiraju se pitanja plaća, pregovora, općih statistika osoblja, kao npr. broja zaposlenih, fluktuacija i apsentizma. Među usluge internog savjetovanja i posredovanja spada i organizacijski dizajn te edukacije.

4.2. Ulrichov koncept upravljanja ljudskim resursima

Profesor poslovne ekonomije David Ulrich i njegov kolega Pritchard su 2010. godine kombinacijama modela upravljanja ljudskim resursima definirali uloge ljudskih resursa i integrirali ih u novi model necentralizirane strukture upravljanja ljudskim resursima. Prema takvom su modernom pristupu par godina ranije Ulrich i Brockbank kreirali novu rešetku podjele uloga upravljanja ljudskim resursima u kojoj X-os mjeri stupanj do kojeg HR stručnjak upravlja procesom, odnosno s druge strane do koje mjere upravlja ljudima uključenima u taj proces. U ovom pristupu su četiri kvadranta i to kvadrant funkcionalnog stručnjaka, zastupnika djelatnika, stručnjaka za razvijanje ljudskog kapitala te strateškog partnera.

Funkcionalni stručnjak (ranije administrativni stručnjak) upravlja procesima na dnevnoj bazi te vodi brigu o učinkovitom funkcioniranju različitih organizacijskih politika. Ova uloga ključna je za neometano funkcioniranje organizacije. Funkcionalni stručnjaci kao glavnu ulogu imaju poboljšavanje odluka u cilju ostvarenja što boljih rezultata. Postoje dvije kategorije funkcionalnog stručnjaka i to temeljni (fundamentalni) funkcionalni stručnjak i razvojni stručnjak prakse upravljanja ljudskim resursima. Temeljne prakse upravljanja ljudskim resursima one su za koje većina odjela za upravljanje ljudskim resursima ima izravnu odgovornost. Oni uključuju poslove zapošljavanja, promaknuća, transfere, zamjene, različita mjerenja, nagrađivanje, obuku i razvoj djelatnika. Nove prakse upravljanja ljudskim resursima imaju ključan utjecaj na ljudsku stranu poslovanja i nisu pod izravnim utjecajem većine HR stručnjaka. Tu pripadaju, primjerice, dizajn procesa rada, interna komunikacija, organizacijske strukture, razvoj izvršnog vodstva neke organizacije itd.. Cilj je ovladati ovim konceptima te osiguravanjem njihove usklađenosti s ključnim poslovnim prioritetima HR stručnjaci mogu optimizirati njihov utjecaj na uspješnost poslovanja.

Zastupnici djelatnika djeluju kao glas svih zaposlenih na svakodnevnom nivou te im je glavna uloga rad na poboljšanju položaja djelatnika. Iako sama briga oko djelatnika, komunikacija s njima (primjerice slušanje i odgovaranje na njihova pitanja, probleme ili potrebe) ostaje pak središnji dio rada odjela za upravljanje ljudskim resursima. Stručnjaci za ljudske resurse trebaju vidjeti organizaciju očima djelatnika, trebaju ih slušati, razumjeti i suosjećati s njima dok istovremeno vide organizaciju i očima klijenata, dioničara i menadžera te na taj način komuniciraju s djelatnicima što im je potrebno da budu uspješni u stvaranju vrijednosti.

Stručnjaci za razvijanje ljudskog kapitala često imaju naziv i stručnjaci za razvijanje talenata. Uloga ovih osoba je staviti naglasak na djelatnike ponaosob i razvijati ih s naglaskom na budućnost. Plan razvoja uvijek je individualan te razrađuje planove koji svakom djelatniku nude prilike za razvoj budućih sposobnosti, kombiniranjem želja i preferencija djelatnika i prilika koje organizacija može pružiti.

Strateški partneri, nazivaju se još i poslovni partneri, stručnjaci su za ljudske resurse zaduženi za implementaciju svojih znanja o poslovanju, promjenama, savjetovanju i učenju u svoje odnose s linijskim rukovoditeljima. Linijski rukovoditelji pak surađuju s linijskim menadžerima kako bi zajednički postignuli organizacijske ciljeve kroz formuliranje i izvršenje strategija. Ti kreatori strategija, što im je još jedan od naziva, provode tri različite uloge: ulogu propitkivanja točnosti strategije i sposobnosti organizacije da je ostvari, zatim ulogu izrade strategija temeljem znanja o sadašnjim i budućim klijentima, što uključuje i istraživanje kako resurse organizacije uskladiti s tim zahtjevima, te ulogu pomaganja podizanja standarda strateškog razmišljanja za upravljački tim. Oni su ti koji usklađuju sustave ljudskih resursa kako bi pomogli ostvariti viziju i misiju organizacije. Oni su ti koji postavljaju dijagnozu problema u organizaciji, definiraju simptome i uzroke problema, postavljaju osnovu plana za budućnost i stvaraju planove za realizaciju plana. Oni su praktičari koji pomažu u realizaciji planova u praksi, oni su treneri, integratori i stjegonoše razvoja (Ulrich i Brockbank, 2005:199-218).

Tablica 1. Evolucija uloga upravljanja ljudskim resursima

Sredina 1990-ih

Sredina 2000-tih

Evolucija mišljenja i stajališta

Prvak među zaposlenima	Zastupnik djelatnika, stručnjak za razvijanje ljudskog kapitala	Zaposlenici su sve važniji u svim organizacijama jer je sve veća svijest o važnosti djelatnika za uspjeh organizacije. Zastupnik djelatnika usmjeren je na današnjeg djelatnika. Stručnjak za razvijanje ljudskog kapitala usredotočava se na to kako se djelatnici pripremaju za budućnost.
Administrativni stručnjak	Funkcionalni stručnjak	Prakse upravljanja ljudskim resursima središnje su vrijednosti ljudskih resursa. Neke od praksi isporučuju se kroz administrativnu učinkovitost (primjerice tehnologija), a druge kroz politike, izbornike i intervencije, proširujući istima ulogu „funkcionalnog stručnjaka“.
Promjena agenta	Strateški partner	Biti strateški partner ima više dimenzija: biti poslovni stručnjak, agent promjena, menadžer znanja i konzultant. Biti agent promjena predstavlja samo dio uloge strateškog partnera.
Strateški partner	Strateški partner	Kao iznad.
	Vodja	Zbroj prve četiri uloge jednak je vodstvu, no biti voditelj ljudskih resursa također ima implikacije na vođenje funkcije ljudskih resursa, suradnju s drugim funkcijama, osiguravanje korporativnog upravljanja i praćenje zajednice ljudskih resursa.

Izvor: Ulrich i Brockbank, 2005:201

Ulrichova struktura odjela za upravljanje ljudskim resursima iz centralizirane u necentraliziranu cjelinu integriranu s poslovanjem organizacije koja počiva na tri potporna stupca podjela je na stručni centar, dijeljene usluge i strateško partnerstvo. Stručni centri predstavljaju središnju uslugu koju čine mali timovi strateških stručnjaka koji savjetuju ostale u organizaciji u osmišljavanju strategija i politika u područjima, kao npr. nagrađivanje, međuljudski odnosi, upravljanje talentima i razvoj karijere. Nadalje, ovdje se istražuju navedena područja, savjetuju se linijski menadžeri, pomaže se boljem razumijevanju poslovanja, educira se, postavljaju se inovativne prakse i prate eksperimenti. Područje dijeljenih usluga područje je rutinskog rada i politike. Isto znači da se rutinske usluge pružaju ne samo matičnoj organizaciji, nego i svim ostalim pod organizacijama unutar istog sistema. To uključuje poslove oglašavanja poslova, testiranja u svrhu zaposlenja, savjetovanje o pojedinostima politike nagrađivanja, savjetovanje iz domene radnoga prava, ažuriranje evidencija svih djelatnika, savjetovanje o pitanjima zdravlja i sigurnosti i sl. Strateški (poslovni) partneri su HR stručnjaci raspoređeni po poslovnim jedinicama koji pak djeluju kao unutarnji konzultanti savjetujući linijske menadžere. Odgovorni su za svakodnevne aktivnosti ljudskih resursa, imaju direktnu odgovornost za zapošljavanje i upravljanje talentima, za organizaciju edukacija i razvoja, planiranje karijere, nagrađivanje, međuljudske odnose i sl. (Stredwick, 2014:15-17).

5. Upravljanje ljudskim resursima

U 21. stoljeću, u vremenu turbulentnosti u poslovnom svijetu, opstaju oni koji se mogu konstantno brzo prilagođavati stalno dolazećim novim uvjetima. Jambrek i Penić (2008) smatraju kako kreativnost i prilagodljivost poslovnih subjekata prvenstveno ovise o znanjima, sposobnostima i kreativnosti djelatnika te da je fokus usmjeren na prihvaćanju važnosti motivacije djelatnika te na prihvaćanju ljudskog faktora kao najvažnijeg resursa svake organizacije. Upravo je ta nova svjetska ekonomija koja se temelji na znanju (intelektu) i stečenim vještinama najpodložnija stalnim promjenama. Nužno je konstantno pratiti i informirati se o tim promjenama kako bismo znali usmjeriti djelovanje i upravljati, planirati i odrediti glavne čimbenike poslovne uspješnosti i kao takve ih dalje unaprjeđivati. Danas, u 21. stoljeću, kada je na svjetskoj razini dosegnut visok stupanj globalizacije i cijeli svijet je digitaliziran pa time i umrežen, ljudski faktor (čovjek) prepoznat je kao glavni i najvažniji čimbenik poslovne uspješnosti i poslovnog napretka. Ljudski faktor sa skupom svojih znanja, iskustava, vještina i sposobnosti čini glavni faktor uspjeha neke organizacije. Neka je organizacija onoliko konkurentna na tržištu koliko je konkurentan ljudski kapital (resurs, potencijal) koji posjeduje. U teoriji se koristi više termina: ljudski kapital, ljudski resurs i ljudski potencijal. Prema nekim autorima termin ljudski resurs širi je pojam od termina ljudskog kapitala. Autorica će u ovom radu koristiti termin ljudski resursi, koji termin je izabran i u naslovu ovoga rada.⁹ Kuka (2011) definira ljudski kapital kao produktivni resurs ukupnih znanja i aktivnosti svakoga pojedinca. Koje je značenje termina ljudski kapital? Ljudski kapital zapravo predstavlja sva znanja pretvorena u vrijednost ili prednost na tržištu.

Prema rezultatima istraživanja o važnosti upravljanja ljudskim resursima iz 2004. godine na prvom mjestu po važnosti bili su stručnost i kredibilitet organizacije, sposobnost privlačenja i zadržavanja kvalitetnih djelatnika te na drugom mjestu povećanje zadovoljstva djelatnika. (Jambrek i Penić, 2008:1182). S novim saznanjima o važnosti ljudskog kapitala za svaku organizaciju i samo upravljanje ljudskim resursima dobilo je na važnosti. Upravljanje ljudskim resursima kao jedan od glavnih zadataka ima reorganizirati postojeće kadrovske službe u suvremenim organizacijama i na njihovom mjestu oformiti posebne specijalizirane odjele koji će se baviti poslovima iz sfere upravljanja ljudskim resursima. To nije opcionalno, nego nužno, a u cilju je napretka, rasta i postizanja

⁹ Za citirane definicije koristit će se pojam ljudski resurs / ljudski potencijal s obzirom na navode citiranog autora.

poslovne uspješnosti svake organizacije neovisno radi li se o organizaciji iz javnog ili privatnog sektora. Upravo iz tog razloga mnoge organizacije pridaju posebnu pažnju upravo upravljanju ljudskim resursima. Organizacije u svom poslovanju prave planove u svezi s gospodarskim ciljevima koje žele postići, ključnim pokazateljima uspješnosti (KPI, eng. *Key performance indicators*) koje žele ostvariti i brojnim drugim segmentima poslovanja za čije postignuće trebaju imati kvalitetan i cjelovit sistem upravljanja ljudskim resursima. Za organizacije je važno znati pronaći, privući i zadržati kvalitetan ljudski kadar. To je od iznimne važnosti upravo danas kada je u jeku digitalno doba i na cijeni su dobili intelekt i intelektualne aktivnosti. Iz navedenog se stoga može izvući zaključak kako je cilj i svrha upravljanja ljudskim resursima efektivnije i efikasnije postizanje rezultata koji su u cilju organizacije te zadovoljno ljudstvo (djelatnike) te organizacije. S obzirom na složenost i opseg djelovanja upravljanja ljudskim resursima isti se istražuje iz više različitih područja. Iz područja prava, ekonomije, psihologije, sociologije, ergonomije, antropologije, andragogije i dr. U središtu istraživanja i promatranja prate se motivacijski čimbenici, utjecaj stresa, kreativnost osobe, rizik od konflikata, hijerarhija, inteligencija, stručnost osobe, itd..

Upravljanje ljudskim resursima kao glavnu ulogu ima brinuti o pribavi ljudskih resursa, njihovoj selekciji, obrazovanju, usavršavanju, nagrađivanju, općem zadovoljstvu na radnom mjestu, itd. On u sebi sadržava upravljanje organizacijom i upravljanje ljudskim kadrom te iste organizacije. Definiirajući upravljanje ljudskim resursima, profesora Šunje (2002) pod navedenim pojmom podrazumijeva se menadžerska funkcija koja ima za cilj implementirati obrasce za odabir onih ljudskih resursa koji po svojim karakteristikama nude organizaciji ukupnost potrebnih vještina potrebnih organizaciji, zatim reguliraju odnose između organizacije i njezinih ljudskih resursa te stvaraju preduvjete da ti angažirani ljudski resursi budu zadovoljni na svome radnom mjestu i visokomotivirani. Jurčević (2007), s druge strane, upravljanje ljudskim resursima definira kao niz međusobno povezanih aktivnosti i zadataka upravljanja s ciljem osiguravanja adekvatnog broja i strukture zaposlenih, njihovih znanja, vještina, osobnosti, motivacija i oblika ponašanja koji su potrebni za ostvarenje aktualnih razvojnih i stratejskih ciljeva organizacije. Jurčević (2007) ističe veliku važnost strateškog upravljanja ljudskim resursima te tvrdi kako su upravo ljudi pokretači i nositelji svih aktivnosti neke organizacije. Upravljanje ljudskim resursima promatra se kroz četiri odijeljena, no opet međusobno isprepletena značenja: kao znanstvena disciplina, kao menadžerska funkcija, kao posebna poslovna funkcija u organizaciji te kao specifična filozofija upravljanja

(Jambrek i Penić, 2008:1185). To da je upravljanje ljudskim resursima znanstvena disciplina proizlazi iz toga da se isti temelji na različitim znanstvenim disciplinama iz kojih izvodi svoje zaključke, kao što su primjerice pravo (praćenje zakonodavnog okvira, pogotovo u području radnog prava, zapošljavanja, otpuštanja, reguliranja plaća/povišica/nagrađivanja i sl.), psihologija (procjena osobnosti i međuljudskih odnosa među djelatnicima neke organizacije, procjena motivacije i sl.), ekonomija (financijski aspekt nekog poslovanja, efektivnost i učinkovitost rada i sl.), sociologija (socijalno integriranje i odnosi na radnom mjestu), andragogija (cjeloživotno obrazovanje djelatnika u smislu usavršavanja, prekvalificiranja i sl.), antropologija (fizičke osobine neke osobe), i dr.

Glavne su zadaće upravljanja ljudskim resursima briga o djelatnicima i briga o organizaciji. Briga o djelatnicima predstavlja redovitu provjeru o zadovoljenju profesionalnih potreba djelatnika, brigu o unaprjeđenju socio-ekonomskog položaja djelatnika, brigu o prikladnim uvjetima rada u kojima ti djelatnici rade, osiguranje dobre i poticajne radne atmosfere i briga o konfliktima te osiguranje dobrih međuljudskih odnosa na radnom mjestu, praćenje zdravlja djelatnika i kvalitete njihovog radnog života. Ljudi kao kapital svake organizacije trebaju biti predmet stalnog proučavanja s obzirom na svijet brzih promjena u kojemu živimo. S obzirom na to kako se i ljudi kao vrsta mijenjaju i velika su odstupanja između različitih profila ljudi, od introvertiranih ličnosti, do ekstrovertiranih pojedinaca, postoji velika potreba za individualnim pristupom u upravljanju ljudskim resursima. Menadžer ljudskih resursa treba biti stručnjak u svim gore navedenim disciplinama (pravu, psihologiji, ekonomiji, sociologiji, ergonomiji, antropologiji itd.) kako bi individualnim pristupom, koristeći znanja iz navedenih disciplina, uspio nadvladati eventualne poteškoće koje bi mogle nastupiti u radnom kolektivu. Svaka osoba koja ulazi u organizaciju ulazi u nju sa svim svojim osobnostima koje mogu biti i pozitivne i negativne. Upravo je to zadaća menadžera ljudskih resursa, pomiriti razlike osoba (djelatnika) različitih osobnosti, a koji su djelatnici iste organizacije i surađuju u njoj. Važnost proizlazi iz osiguravanja ostvarenja organizacijskih ciljeva koji mogu biti pod utjecajem mogućih konflikata proizašlih iz razlika osoba (djelatnika) različitih osobnosti. Menadžeri stoga trebaju na vrijeme prepoznati potencijalne probleme i riješiti ih s pozitivnim ishodom, trebaju biti sposobni probuditi motivaciju kod djelatnika, poticati ih na daljnje obrazovanje i usavršavanje, postići zadovoljstvo djelatnika na radnom mjestu i ključno – zadržati ih na radnom mjestu. Temelj cjelokupne aktivnosti unutar funkcije ljudskih resursa sadržano je u četiri cilja: ciljevi koji se odnose na zaposlene, ciljevi koji se odnose na rad, ciljevi koji se odnose na upravljanje promjenama i

administrativni ciljevi. Među ciljevima koji se odnose na zaposlene glavna je zadaća upravljanja ljudskim resursima osigurati odgovarajući broj odgovarajućih ljudi (djelatnika u organizaciji). Kada se govori o ciljevima koji se odnose na rad, glavne su zadaće upravljanja ljudskim resursima motivirati djelatnike da budu posvećeni radu, obučiti i razvijati djelatnike kako bi njihov rad postao efektivniji i efikasniji. Ciljevi koji se odnose na upravljanje promjenama odnose se na ulogu upravljanja ljudskim resursima na promjene koje se pojave u organizaciji bilo kao posljedica vanjskih ili unutarnjih faktora. Administrativni ciljevi primarno su okrenuti prema dobrom vođenju organizacije bilježenjem detaljnih i jasnih podataka o svim zaposlenima u organizaciji (Torrington et al., 2004:6-7).

5.1. Faktori upravljanja ljudskim resursima

Prema Bahtijarević Šiber, faktori upravljanja ljudskim resursima mogu se podijeliti na vanjske i unutarnje. Vanjski faktori definirani su ekonomskim sustavom, institucionalnim čimbenicima, tržištem rada, kulturom nekog društva (zajednice) i tehnologijom. Kada se govori o vanjskim faktorima ekonomskog sustava, govori se zapravo o ekonomskom položaju organizacije na tržištu i njezinom međuodnosu s drugim ekonomskim subjektima. Kolika je ekonomska razvijenost nekog društva, toliko će razvijeno biti i područje upravljanja ljudskim resursima. Opći uvjeti prihodovanja i globalni ekonomski kriteriji (poslovanje, ponašanja, prihodi i dr.) od iznimne su važnosti za uspješnost neke organizacije. Kada se govori o institucionalnim čimbenicima, govori se o zakonodavnom okviru djelovanja neke organizacije, odnosno o zakonima i propisima prema kojima ta organizacija posluje. Tu je interes usmjeren na radno pravo koje je temelj za interne propise i pravilnike u svezi sa zapošljavanjem, otpuštanjem, opisima pojedinih radnih mjesta i zadataka, nagrađivanju djelatnika, radnom vremenu, sigurnosti na radnom mjestu i dr. Upravo su institucionalni faktori ti koji omogućuju organizaciji autonomiju odlučivanja o načinu rada u organizaciji (godišnji odmori, fleksibilno radno vrijeme, slobodni dani, rad na pola radnog vremena i sl.) unutar zadanog zakonodavnog okvira. Tržište rada kao treći bitni vanjski faktor upravljanja ljudskim resursima stavlja naglasak na pronalazak i privlačenje kvalitetnih ljudi, kao i na njihovom zadržavanju u organizaciji. Upravo na taj način neka organizacija postiže konkurentnost na tržištu rada. Danas je u svijetu interes usmjeren upravo na visokokvalificiranu radnu snagu te sve više bogatih i razvijenih zemalja uvozi stručnjake iz siromašnih i nerazvijenih zemalja (odljev mozgova). Tu možemo povući poveznicu s emigracijama liječnika iz RH u druge razvijenije zemlje u EU i šire. Četvrti je vanjski faktor upravljanja ljudskim resursima kultura društva. Kultura društva zapravo je ono što određuje načine upravljanja ljudskim resursima s

obzirom na kulturu (tradicije, običaje...) određenog društva u kojem djeluje. Kulture društva različite su od države do države i iz tog je razloga nužno upravljanje ljudskim resursima prilagoditi kulturi društva gdje se nalazi organizacija u kojoj posluju. Upravljanje ljudskim resursima prilagođava se određenoj kulturalnoj sredini s obzirom na tradicije, vrijednosti, ponašanja stanovništva, vjerovanja i očekivanja i dr. (Adamović Topolčić, 2000:101). Razlike u kulturi društva vidljive su već i među državama istog kontinenta (primjerice razlike između kulture društava skandinavskih zemalja i kulture društava balkanskih zemalja), a pogotovo među državama različitih kontinenata (primjerice razlike u kulturi društva Sjedinjenih Američkih Država (SAD) i azijskih zemalja). Kultura društva može se istražiti i kroz pojam bihevioralne ekonomije, utjecaja osobina pojedinaca na napredak firme. Menadžeri ljudskih resursa moraju skrenuti posebnu pažnju na kulturu društva kako bi znali prilagoditi svoj rad kulturi društva organizacije. Primjerice, u Švedskoj je kultura društva druženje na fiki (pauza za obrok i kavu) tijekom radnog vremena, a koje je zapravo skriveno značenje za socijalizaciju. Švedsko društvo daje iznimnu vrijednost i značenje fiki te bi dobar menadžer ljudskih resursa u švedskoj organizaciji koja zapošljava švedske djelatnike svakako trebao uzeti u obzir važnost fike za organizaciju i njezine djelatnike. Posljednji je vanjski faktor upravljanja ljudskim resursima tehnologija. Tehnologija i sve brži tehnološki napredak imaju također veliki utjecaj na način upravljanja ljudskim resursima i trebaju biti uzeti u obzir. Razvojni potencijali informacijske tehnologije izravno su ovisni o kreativnosti ljudi.

Unutarnji su faktori, koji utječu na upravljanje ljudskim resursima, samoupravljanje, veličina organizacije, vrsta djelatnosti i tehnološka opremljenost rada i organizacijska kultura (Jambrek i Penić, 2008:1193). Upravljanje je poslovna funkcija u kojoj menadžer kao glavni akter odlučivanja ima zadaću vlastitim procjenama i razmišljanjima donijeti odluke koje će odrediti budućnost organizacije. On svojim odlukama upravlja poslovanjem organizacije, donosi planove i strategije za rad organizacije, alocira ljudske i druge resurse, čime direktno utječe i na rast, razvoj i uspješnost poslovanja organizacije. Drugi unutarnji faktor od važnosti za upravljanje ljudskim resursima veličina je organizacije. Organizacije mogu biti mikro i makro, ovisno o opsegu poslovanja i broju zaposlenih djelatnika. Bez obzira radi li se o maloj ili velikoj organizaciji, važno je imati razrađeno upravljanje ljudskim resursima te znati izabrati djelatnike, zaposliti ih i na kraju motivirati i zadržati na radnom mjestu. Kao treći unutarnji faktor izdvaja se vrsta djelatnosti kojom se organizacija bavi te tehnološka opremljenost radnog mjesta. Kod ovog faktora vrijedi pravilo kako složenije i veće organizacije

zapravo trebaju ustrojiti i napredniji sustav upravljanja ljudskim resursima. Svaka organizacija započinje svojim osnivanjem i počinje raditi od nule. Kako bi organizacija napredovala i dalje se razvijala, treba ulagati u stalno daljnje obrazovanje, usavršavanje i razvijanje. Za postizanje napretka i rasta potrebni su kreativni, motivirani i stručni ljudi koji će svojim znanjima, vještinama i idejama voditi organizaciju na putu prema uspjehu. Četvrti je, i posljednji, unutarnji faktor upravljanja ljudskim resursima organizacijska kultura. Organizacijsku kulturu ne treba poistovjećivati s kulturom društva, već je treba promatrati kao kombinaciju kulture društva i vizije i ciljeva organizacije. Rezultat te kombinacije jest grupna kultura nekog kolektiva (organizacije).

5.1.1. Organizacijska kultura

Od 1947. godine firma Ferrari pobjeđuje svoju konkurenciju te iste godine postaje svjetski luksuzni brend broj jedan. Jedan od ključnih razloga za takav uspjeh bilo je visokokvalitetno radno okruženje za njihovih 2850 djelatnika. Ferrari investira vrijeme i resurse u stvaranje ugodne i stimulativne organizacijske klime, gdje se ljudi osjećaju motivirano i uključeno i gdje mogu dati sve od sebe radeći kao dio tima. Primjerice, u Ferrariju je nekoliko različitih razvojnih programa za djelatnike, kao npr. kutak za učenje i obuku, kreativni klub u kojem se stimulira kreativno razmišljanje kod djelatnika kroz susrete s umjetnicima, vrhunskim kuharima, glumcima i dr. Također, čelnici u Ferrariju posebnu brigu upućuju održavanju čistog i sigurnog radnog okruženja, tvornica i uredi dizajnirani su s kontroliranim temperaturama, prirodnim osvjetljenjem i kontrolom buke. Firma isto tako pruža poticaje kroz razne vrste inovativnih programa nagrađivanja (npr. Grand Qualitz Prix program u kojem se djelatnici utrkuju formulama na metaforičkom trkalištu nudeći ideje, sugestije i inovativna rješenja koja, ako se odobre, budu implementirana i povećavaju njihove individualne bodove koji rezultiraju nagrađivanjem.) Jedan je od najdragocjenijih benefita rada u Ferrariju ponos na rad u ovoj firmi i ljubav prema onim čime se firma bavi – automobilima. Svaki djelatnik dobije dvije karte za Imola i Monza F1 utrku i za GT prvenstvo. Isto tako, djelatnici vide sve nove automobile prije predstavljanja javnosti (Robbins, 2010:2-3). Ono što je zaključak ove priče to je da uspjeh firme Ferrari leži u njegovim djelatnicima. Djelatnici se osjećaju kao dio tima, ponosni su što su dio Ferrarija i imaju za cilj pomoći Ferrariju da nastavi pisati povijest. Vodstvo firme Ferrari svjesno je da je ključ uspjeha neke organizacije njezino ljudstvo i da ako se njime upravlja efikasno, organizacija će imati poticajnu klimu koja će rezultirati rastom i napretkom organizacije.

Robbins (2010) promatra organizacijsku kulturu kao područje koje istražuje utjecaj koji pojedinci, strukture i grupe imaju na ponašanja unutar organizacije, a sve sa svrhom primjene takvih znanja na poboljšanje učinkovitosti organizacije. Organizacijska kultura (ponašanje) proučava tri determinantna ponašanja u organizaciji i to individualna, grupna i strukturu organizacije. Naglasak je na primjeni saznanja o individualnom ponašanju pojedinca koje se prvo izučava, zatim grupnog ponašanja skupine koja se sastoji od različitih pojedinaca te na koncu efekta koji struktura organizacije ima na ponašanja pojedinaca u organizaciji u cilju efektivnijeg rada. Najvažnija pitanja koja se trebaju postaviti jesu što ljudi rade u organizaciji i kako njihova ponašanja utječu na učinkovitost organizacije. Mnogo je znanstvenih disciplina koje doprinose organizacijskom ponašanju, primarno psihologija i socijalna psihologija, a sekundarno sociologija i antropologija. Na organizacijsko ponašanje i kulturu danas sve više utječe i činjenica da je svijet postao „globalno selo“. To izravno utječe na samu organizaciju, samim time i na njihove menadžere koji imaju povećan obujam inozemnih zadataka i rade sve više s ljudima koji dolaze iz različitih kultura. Danas je sve više organizacija koje su heterogene po sastavu ljudi koji u njima rade, a to se naziva raznolikost radne snage neke organizacije. Raznolikost radne snage koncept je u kojem organizacije postaju sve više heterogene u pogledu spola, dobi, rase, etniciteta, seksualne orijentacije i uključivanja drugih različitih skupina. Primjer važnosti organizacijske kulture (ponašanja) za napredak, ali i opstanak neke organizacije najbolje se može prikazati studijom slučaja spajanja farmaceutskih firmi Upjohn i Pharmacia. Spajanje je provedeno 1995. godine između farmaceutske firme Upjohn sa sjedištem u Michiganu, SAD i farmaceutske firme Pharmacia koja je imala sjedište u Stockholmu, a postrojenja u Italiji. Cilj spajanja bio je povećati konkurentnost ovih dviju farmaceutskih firmi na način da se iskoristi veliki izbor obećavajućih lijekova firme Pharmacia na jakoj distribucijskoj mreži firme Upjohn u SAD-u. Spajanje je rezultiralo fijaskom upravo zbog problematike nepoznavanja različitih kultura organizacije koje su ove dvije nekad samostalne firme imale. Primjerice, svi u Europi znaju da Šveđani imaju godišnje odmore u srpnju, a Talijani u kolovozu. Upjohnovi djelatnici bili su Amerikanci, a ne Europljani i dogovorili su niz poslovnih sastanaka baš u srpnju i kolovozu, koje su onda sve morali odgoditi jer su im europski kolege bili na godišnjem odmoru. Isto tako, Šveđani su nevoljko pisali izvještaje koje su Amerikanci tražili, dok su Amerikanci bili vrijeđani stalnim testiranjima na drogu i alkohol koja su Europljani tražili. Troškovi spajanja su na kraju bili 200 milijuna veći od planiranih, a cijene dionica su padale. Većinski krivac bila je činjenica da niti jedna strana nije poznavala organizacijsku kulturu druge strane (Noe Raymond, et al., 2006:60).

5.2. Motivacija i motivacijski faktori u kontekstu upravljanja ljudskim resursima

Prema Jambreč i Penić (2008), motivacija je stanje koje nam u nutrini pobuđuje određene porive, težnje, želje, motive, usmjerene na postizanje nekog cilja koji pak izvana izgleda kao poticaj na određeno ponašanje. Motivacija je naziv za vanjske poticaje koji nas potiču i „privlače“ na neku akciju ili trpljenje, a mogu biti neki okolni predmeti i situacije. Svako ljudsko biće reagira u skladu s vlastitim vjerovanjima, uvjerenjima, mišljenjima, strahovima i predviđanjima. Smatra se da čovjek sve akcije koje poduzima, poduzima iz vlastitih potreba ili strahova. Prema Maslowu, sve su potrebe rangirane i čovjek ima potrebu zadovoljiti svoje potrebe po rangu važnosti koje ta potreba predstavlja. Primjerice, svim ljudskim bićima na prvom je mjestu zadovoljenje esencijalnih životnih potreba za hranom, vodom, obavljanjem nužde, disanjem, itd.) i dok te potrebe nisu zadovoljene, neće se kod čovjeka javljati potreba zadovoljenja potreba drugog ranga što su potrebe za sigurnošću, nakon kojih su potrebe za ugledom i uspjehom te su zadnje rangirana skupina potrebe za afirmacijom (priznanjem). Isto znači da niti jedno ljudsko biće neće razmišljati o zadovoljavanju potrebe za ugledom u situaciji kada nema pristup hrani i vodi i ne može namiriti svoje osnovne, prvorangirane potrebe. Prema Maslowu, motivacija je traganje za onim što nedostaje, traženje podmirenja potreba (Borožan, 1993:22-24). Predviđanje potreba, pak, dio je strategijskog upravljanja ljudskim resursima. Naime, neizvjesnost na svjetskom tržištu, prijetnje i rizici koje ta neizvjesnost donosi sa sobom ne mogu se rješavati planovima, već strategijama. To je pak dio područja strategijskog upravljanja ljudskih resursa pri kojem se kontroliraju segmenti poslovanja u kojima su glavni akteri potrošači.

Redovito praćenje i procjena radne uspješnosti djelatnika od iznimne je važnosti za svaku organizaciju. Motiviranost i radna uspješnost djelatnika trebaju biti prikladno nagrađeni. Nagrada pak može biti materijalna (novčana naknada, i sl.) ili nematerijalna (pohvala, priznanje, i sl.). Motiviranost i radna uspješnost izravno su povezani jer motivirani djelatnik ima i veću produktivnost, pokazuje interes za kvalitetu proizvoda/usluge, identificira se s organizacijom i važan mu je rast, razvoj i napredak organizacije. U slučaju nemotiviranog djelatnika sve je obrnuto. Odgovarajuća nagrada najbolje se procjenjuje sudjelovanjem djelatnika u odlučivanju o nagradi koja bi bila prigodna za postignut rezultat zbog kojeg i slijedi nagrada (npr. povišica, bonus, željena edukacija, promaknuće,

javno priznanje, fleksibilnost radnog vremena, mogućnost rada od kuće nekim danima, pohvala, dodatni dani godišnjeg, itd.).

Motivirati djelatnika bitno je za cjelokupno funkcioniranje poduzeća i to je ujedno jedan od najvažnijih čimbenika upravljanja ljudskim resursima. Rezultat motivacije djelatnika njegovo je zadovoljstvo na radnom mjestu, a samim time i efektivniji i učinkovitiji rad. U trenutku kada se prihvati kao činjenica to da je uloga djelatnika bitan faktor u procesima povećanja učinkovitosti organizacije, dolazi i do rasta i razvoja organizacije. Učinkovitost se može definirati kao odnos uložених resursa (stručnih i motiviranih ljudi, novca, tehnologije) i postignutih poslovnih rezultata. Kako bi ljudski resursi neke organizacije povećali opseg poslovanja te organizacije mora prvotno postojati dobro razrađen sustav upravljanja ljudskim resursima (zadovoljstvo na radnom mjestu, motivacija djelatnika, nagrađivanje rezultata rada, usavršavanje u segmentima koji su potrebni za daljnji razvoj organizacije i od interesa djelatniku kao pojedincu, itd.). Jambrek i Penić (2008) smatraju da su najvažniji čimbenici za gospodarski razvitak neke organizacije upravo motivacija djelatnika i kvalitetno upravljanje ljudskim resursima.

5.3. Stres na poslu

Stres može biti fiziološki, sociološki i psihološki. Psihološki stres ujedno je najčešće prisutan stres u poslovnom svijetu. S obzirom na različitosti među ljudima, individualne percepcije o nekoj situaciji kao stresnoj ne ovise isključivo o procjeni pojedinca. Postojanje stresa očituje se u fiziološkim indikatorima (promjena krvnog tlaka, dijabetes...), doživljajnim indikatorima (strah, ljutnja, bijes...), a mogu se očitovati i u ponašanjima (povlačenje u sebe, nasrtanje na drugoga, manje efikasan i efikasan rad...). Pozitivna je posljedica stresa npr. povećana otpornost pri susretu s novim stresnim situacijama, dok npr. negativne posljedice stresa mogu biti neprilagođeno ponašanje te sve pojave psihičkih ili tjelesnih poremećaja ili bolesti. O pojedincu i njegovoj mogućnosti nošenja sa stresom ovisi hoće li na stres reagirati pozitivno ili negativno. Stres je danas glavni uzročnik radnih i organizacijskih problema, no i dugog niza bolesti (mentalnih, kardio-vaskularnih i dr.).

Posebno je stresan menadžerski posao koji se sastoji od svakodnevnih stresnih situacija u području upravljanja ljudima i upravljanja organizacijom. Posljedice stresa veliki su materijalni

gubitci za organizaciju jer stres izaziva fluktuacije i bolesti zaposlenih djelatnika, ali i nezadovoljstvo na radnom mjestu. Kultura društva ima veliki utjecaj na način doživljaja stresa, tako primjerice u nekim društvima stres stvaraju pritisci vremenskim rokovima za dovršetak nekog posla, u nekim drugim društvima stres stvaraju situacije preopterećenosti poslom te nošenja posla kući, u nekim trećim društvima stres se javlja kao odgovor na nedovoljno znanje o poslu, što indirektno stvara frustraciju, itd. Menadžeri trebaju psihološkim alatima u svakom djelatniku probuditi ono najbolje na opušten način, bez stresa. Stres je prisutan u svakom segmentu poslovnog svijeta i može opasno ugroziti motivaciju, zadovoljstvo i zdravlje svake osobe (primjerice, danas vrlo česta pojava bolesti sindroma sagorijevanja uzrokovana je stresom na radnom mjestu).

5.4. Menadžeri u organizaciji

Menadžeri u organizaciji brinu o potrebama, interesima i zahtjevima i organizacije i njezinog ljudstva jer bez stručnog i kvalitetnog ljudstva nema ni organizacije ni napretka. Razvijanje kompetencija međuljudskih vještina, tzv. soft skills, od iznimne je važnosti za upravljačku efektivnost. Među važne međuljudske vještine svakako se ističu timski rad, efektivna komunikacija, vodstvo i kulturalna osviještenost. Imati menadžera s dobrim međuljudskim vještinama vjerojatno će učiniti radno mjesto ugodnijim i samim time olakšati zapošljavanje i zadržavanje kvalificiranih ljudi. Indirektno to utječe i na financije te organizacije jer organizacija s ugledom dobrog radnog mjesta generira veće utrške na tržištu zbog voljnosti potrošača da baš tu kupuju. Menadžeri rješavaju zadatke putem drugih ljudi (donose odluke, alociraju resurse i delegiraju zadatke drugima) kako bi se postigli ciljevi organizacije. Menadžeri obavljaju svoj posao u organizaciji koja je svjesno koordinirana socijalna jedinica, sačinjena od dvoje ili više ljudi, koja funkcionira na relativno kontinuiranoj osnovi (temelju) kako bi ostvarila zajednički cilj ili set ciljeva. Organizacije su, po gore navedenoj definiciji, sve manufakture i uslužne firme, škole, bolnice, crkve, vojska, itd.. Menadžeri 21. stoljeća provode četiri menadžerske funkcije, a to su planiranje, organiziranje, koordiniranje i kontroliranje. Menadžment je ona važna karika u svakoj organizaciji koja treba definirati ciljeve i smjer kretanja organizacije te način postizanja tih zacrtanih ciljeva. Menadžeri trebaju imati tri vrste vještina koje koriste u svom radu, a to su tehničke vještine (sposobnost primjene specijalnih znanja i ekspertize), međuljudske vještine (sposobnost rada s ljudima, razumijevanje i motiviranje ljudi (individualno i grupno) te konceptualne vještine (mentalnu sposobnost analizirati i dijagnosticirati kompleksne

situacije). Prema istraživanju Freda Luthansea i njegovih suradnika zaključeno je kako su četiri glavne menadžerske aktivnosti tradicionalni menadžment (donošenje odluka, planiranje i kontrola), komunikacijski menadžment (razmjena rutinskih informacija i administracija), upravljanje ljudskim resursima (motivacija, discipliniranje, upravljanje sukobima, zapošljavanje i obuka) i networking (socijaliziranje, politiziranje i interakcija s ljudima izvan organizacije) (Robbins, 2010:6).

5.5. Modeli zapošljavanja i strategija upravljanja ljudima

Trenutni je interes pri zapošljavanju razdijeljen na short-term (karakterizira ih deficit specifičnih vještina u organizaciji) te na long-term (fokusiran na menadžment talenata) pozicije. Engleski izraz *short-term* pozicije odnosi se na pozicije kraćeg perioda trajanja, dok se izraz *long-term* pozicije odnosi na pozicije duljeg perioda trajanja. Nadalje, interes pri zapošljavanju usmjeren je i na reformiranje i ažuriranje procesa na koje utječe promjenjiva priroda posla. Sve je veća prisutnost eksternalizacije (engl. *outsourcing*) kao jedne od mogućih strategija zapošljavanja, prisutni su prošireni materijali o efektima globalizacije na strategije zapošljavanja te postoje novi materijali o odabiru radnog angažmana. Prema Heneman i Judge (2009) zapošljavanje je kritična funkcija u nekoj organizaciji koja ima za ulogu raspoređivati i zadržavati radnu snagu. U procesu zapošljavanja prisutno je pet modela koji utječu na sam proces i pomažu uspješnoj realizaciji istog. Prvi model projicira usporedbu projicirane radne snage (raspoloživost broja zaposlenih) s određivanjem potrebnog broja osoblja za tu organizaciju. Drugi i treći model procesa zapošljavanja ilustriraju kvalitetu osoblja, što se pak odnosi na usklađivanje kvalifikacija osobe sa zahtjevima organizacije i samog posla. Model podudarnosti osobe (kandidata za posao) i samog posla je temelj svih aktivnosti zapošljavanja. Model podudarnosti osobe (kandidata za posao) sa samom organizacijom pokazuje nam kako se podudarnost osoba/posao može dodatno proširiti pa do toga kako se dobro ta osoba može asimilirati u organizaciji. Ovdje su istaknuta dva odnosa koja se uzimaju u obzir i međusobno uspoređuju, a to je odnos osoba/posao i odnos osoba/organizacija. Četvrti model definira tri ključne aktivnosti zapošljavanja, a koje su regrutacija, selekcija i u konačnici samo zapošljavanje. Ono želi ukazati na podatak da i organizacija i osoba (kandidat za posao) međusobno djeluju u tim aktivnostima. Posljednji, peti model, definira cjelokupni okvir za zapošljavanje unutar sustava zapošljavanja u organizacijama.

Pokazalo se kako organizacije, ljudski resursi i strategije zapošljavanja djeluju zajedno kako bi usmjerili provedbu aktivnosti potpore zapošljavanja osoblja i ključnih aktivnosti pri zapošljavanju, zadržavanju djelatnika i upravljanja sustavom zapošljavanja. Upravo iz tog razloga sve aktivnosti u procesu zapošljavanja dijele se na pomoćne aktivnosti u procesima zapošljavanja, koje su zakonska usklađenost, planiranje i analize poslova, te na glavne ili ključne aktivnosti u procesima zapošljavanja koje su regrutacija (novačenje novih djelatnika), selekcija i samo zapošljavanje.

Kako bi se bolje shvatilo gore napisano, potrebno je definirati pojam organizacije koja se prema Heneman i Judge (2009) shvaća kao kombinacija fizičkog, financijskog i ljudskog kapitala. Primarni je fokus na ljudskom kapitalu koji predstavlja znanja, vještine i sposobnosti ljudi kao i njihovu motivaciju da svoje kvalitete koriste na radnom mjestu. Najčešće se sam termin „kvaliteta radne snage“ odnosi na ljudski kapital neke organizacije. Iz toga izvedeno, radna snaga neke organizacije količina je ljudskog kapitala koji ta organizacija stječe, alocira i na kraju zadržava na putu ostvarivanja organizacijskih ishoda (ciljeva) poput profitabilnosti, visokih tržišnih udjela, zadovoljstva klijenata i ekološke održivosti. Zapošljavanje kao organizacijska funkcija koristi se za izgradnju svake organizacije kroz sustav strategija zapošljavanja, planiranja ljudskih resursa, regrutiranja, selekcije, zapošljavanja i retencije djelatnika. Sam proces zapošljavanja veliki je pothvat, kako za organizaciju, tako i za tražitelja posla. Kako trenutno u svjetskom gospodarstvu dominiraju industrije pružanja usluga, upravo iz tog razloga kao ključna pitanja nameću se pitanje troškova djelatnika (radne snage) te pitanja posjeduje li organizacija visokokvalitetnu radnu snagu. Postupno se pojavljuje svijest u načinu promatranja djelatnika ne samo kao troška poslovanja, već se djelatnici počinju vrednovati i kao ljudski kapital koji stvara konkurentnu prednost za organizaciju. Organizacije koje pružaju vrhunsku korisničku uslugu, a koju pružaju njezini visoko obrazovani djelatnici s potrebnim *soft skills*¹⁰ vještinama, imaju u svakom smislu dugoročnu prednost nad svojim konkurentima. Upravo ta konkurentna prednost stvara i financijsku prednost istih organizacija. Takve prednosti organizacije mogu ostvariti upravo putem razrađenih modela i strategija zapošljavanja. Još jedna od općeprihvaćenih definicija zapošljavanja može biti i opis zapošljavanja kao procesa u kojem se stječu, alociraju ili pak zadržavaju djelatnici određenih kvaliteta i sposobnosti potrebnih za ostvarivanje pozitivnih učinaka na produktivnost organizacije. U ekonomiji 21. stoljeća, da bi neka

¹⁰ Engl. *soft skills* vještine jesu vještine koje određuju nečiju osobnost i sposobnost rješavanja zahtjevnih problema i zadataka na poslu. Te vještine također karakteriziraju osobu kao lidera, motivatora, komunikatora itd.

organizacija bila uspješna i konkurentna, ista mora zapošljavati najbolje ljude koji će kroz svoj rad stvarati i provoditi ideje usmjerene prema daljnjem razvoju i napretku organizacije. Bez kompetentne i talentirane radne snage, organizacije stagniraju i s vremenom nestaju. Današnji najvažniji resurs svake organizacije jest pravi, talentirani i lojalni djelatnik.

5.6. Pribavljanje, alokacija i retencija djelatnika

Svaka organizacija treba imati sustav zapošljavanja koji stručno vodi aktivnosti pribavljanja, alokacije i retencije (zadržavanja) djelatnika. Aktivnosti pribavljanja uključuju vanjske strategije zapošljavanja koji pak upravljaju inicijalnim prijemom novih djelatnika u organizaciju. Oni podrazumijevaju planiranje broja i vrste potrebnih djelatnika, uspostavljanje uvjeta samoga posla koje novi djelatnici trebaju ispunjavati, onih znanja, vještina, mogućnosti i drugih karakteristika, zatim uspostavu vrsta nagrađivanja koja će posao nuditi, provođenje vanjskih kampanja zapošljavanja, korištenje selekcijskih alata za procjenu gore navedenih karakteristika koje kandidati posjeduju, odlučivanje o tome koji kandidati su najkvalificiraniji i kojima će stoga biti ponuđen posao te sastavljanje ponude za posao koje će kandidati nadamo se i prihvatiti. Alokacija djelatnika odnosi se na alociranje novih djelatnika na stvarni posao koji će obavljati, a što možda nije bilo do kraja odlučeno u trenutku zapošljavanja, kao rad u posebnoj jedinici ili rad na daljinu. Sistem zadržavanja upravlja protokom djelatnika iz organizacije. Ponekad su te fluktuacije (odljevi djelatnika) nedobrovoljni od strane djelatnika (primjerice otpuštanje djelatnika ili prodaja poslovne jedinice drugoj organizaciji) ili su pak dobrovoljne fluktuacije koje inicira sam djelatnik (kao npr. napuštanje posla zbog drugog posla ili napuštanje posla zbog preseljenja i tome slično).

Cilj organizacija nije potpuna eliminacija odljeva djelatnika, već minimiziranje dobrovoljnih fluktuacija (odljeva djelatnika zbog boljeg posla, boljih radnih uvjeta, migracija u drugu zemlju i sl.). Fluktuacije svakako trebaju ostati prisutne u nekom manjem postotku kako bi organizacije uvijek dobivale priljev novih znanja, vještina, ideja novih djelatnika i s istima obogaćivala ostale djelatnike te organizacije i kretala se po putu razvoja i napretka. Organizacije se imaju mogućnost boriti putem različitih strategija i taktika zadržavanja protiv dobrovoljnih fluktuacija nastojeći na taj način zadržati one djelatnike za koje smatra da si ne može priuštiti njihov gubitak. Proces zapošljavanja iliti kadrovanja zapravo su procesi koji se bave protokom ljudi u organizaciju, unutar organizacije i iz organizacije. Nekoliko je povezanih sistema kojima se organizacije koriste za upravljanje ljudima, a

one uključuju planiranje, regrutaciju, selekciju, donošenje odluke o zapošljavanju, ponudu posla i sisteme retencije (zadržavanja). Aktivnosti učinjene u jednom sistemu neizbježno utječu i na sve ostale sisteme. U svakom sistemu vodi se briga o znanjima, vještinama, mogućnostima i drugim karakteristikama djelatnika, a koji se provodi kroz proces regrutacije, selekcije, itd.. Naglasak kod planiranja treba biti i na količini (broju potrebnih djelatnika) i na kvaliteti (tipovima osoba koje su potrebne kao novi djelatnici). Svi gore navedeni sistemi zapošljavanja (planiranje, regrutacija, selekcija, donošenje odluke o zapošljavanju, ponuda posla i sistem retencije) imaju za cilj ostvarenje opstanka, profitabilnosti te rasta i razvoja organizacije (Pena Garcia Pardo, 2009:41-42).

Podudaranost osobe i posla provjerava se i determinira kroz četiri karakteristike. Prva karakteristika jest da poslove karakteriziraju njihovi zahtjevi (npr. međuljudske vještine, prethodna iskustva u financijama i sl.) i nagrađivanje. Na drugom mjestu ljude pak karakteriziraju njihove kvalifikacije (npr. osnovna razina međuljudskih vještina, veliko iskustvo s financijama) i motivacija. Kao treća karakteristika jest rješavanje problematike stupnja podudaranja karakteristika posla i osobe (kandidata za taj posao). Na četvrtom mjestu moguće su posljedice za poslovanje (npr. lošije interakcije s klijentima no izvrsne financijske računice). Pitanje koja si organizacija tada treba postaviti je svakako pitanje želi li organizacija zadržati toga djelatnika te ukoliko je odgovor na to pitanje da, onda organizacija treba osmisliti načine kako zadržati djelatnika. Primjerice, neki od načina ili sistema zadržavanja mogu biti dodatne edukacije iz komunikacijskih vještina i interakcija. Bilo kakva edukacija koja je u cilju osobnog i profesionalnog razvoja djelatnika rezultirat će podizanjem vještina toga djelatnika, postizanjem boljih rezultata i većeg broja konverzija (prodaja) te će bitno utjecati i na samu motivaciju tog djelatnika. Često organizacije provjeravaju ne samo podudaranje osobe i posla, već i osobe i organizacije, odnosno kako pojedinac sa svojim znanjima, vještinama, mogućnostima i drugim karakteristikama odgovara vrijednostima organizacije, obvezama posla, mnogobrojnim zadacima i sl. Upravo se iz tog podudaranja osobe i organizacije izdvajaju ishodi (ciljevi) upravljanja ljudima: privlačenje, zapošljavanje, zadržavanje (retencija), djelovanje, zadovoljstvo i dr.

5.7. Menadžment zapošljavanja i zadržavanja djelatnika

Komponente sustava zapošljavanja su: 1) organizacija objavljuje potrebu za novim djelatnikom za određeni posao, 2) osoba (tražitelj posla) ukoliko odgovara uvjetima posla prijavljuje

se za oglašeni posao, 3) idući korak je regrutacija (identificiranje osobe s poslom, privlačenje), 4) selekcija (procjena i vrednovanje) prijavljenih kandidata i 5) zapošljavanje (donošenje odluke o zapošljavanju). U svakom procesu zapošljavanja postoje različiti nivoi, točnije pitanja, koja si organizacija treba postaviti. Kao, primjerice, privlačenje djelatnika, relociranje, stjecanje i razvijanje talenata, osiguranje dovoljnog broja djelatnika ili eksternalizacija dijela posla, eksterno ili interno zapošljavanje, nacionalno ili globalno zapošljavanje, ima li organizacija previše ili premalo osoblja, je li interes organizacije na kratkoročno ili dugoročno planiranje, treba li organizacija osnovnu ili fleksibilnu radnu snagu, je li isplativije unajmiti djelatnike ili ih zadržati i još mnogo drugih pitanja koje si organizacije trebaju postaviti kod svakog planiranja novih procesa zapošljavanja.

Kao zaključak glavnih kvaliteta zapošljavanja svakako su na prvom mjestu podudaranja na razini osoba/posao i osoba/organizacija, zatim specifična ili opća znanja, vještine, mogućnosti i druge karakteristike osobe koja je tražitelj posla, eksepacionalna ili prihvatljiva kvaliteta radne snage te aktivna ili pasivna raznolikost.

5.8. Planiranje ljudskih resursa

Planiranje ljudskih resursa proces je predviđanja budućih potreba organizacije za novim djelatnicima i na temelju toga razvijanja plana akcija i strategija za ispunjenje tih potreba. Glavna četiri vanjska utjecaja na planiranje ljudskih resursa su financijski uvjeti, tržište rada, tehnologija i radnički sindikati. Financijski uvjeti mogu biti konkurentnost na tržištu proizvoda i rada, inflacija, kamate, vrijednosti valuta te vladina fiskalna i monetarna politika. Tržište rada, osim što diktira potrebu za djelatnicima, diktira i želje i zahtjeve osoba koje su u potrazi za poslom. Tehnološke promjene mogu utjecati na planiranje zapošljavanja i to na način da tehnologija posluži kao zamjena za djelatnike ili pak kao osnova za stvaranje novih radnih mjesta. Radnički su sindikati legalno zaštićene jedinice koje okupljaju i organiziraju djelatnike te pregovaraju s menadžmentom u cilju ostvarivanja prava i uvjeta zaposlenja kroz ugovor o radu.

Planiranje ljudskih resursa je proces, no istovremeno i skup aktivnosti koje se poduzimaju kako bi se predvidjela potreba organizacije za radnom snagom te interna ponuda radne snage (raspoloživost radne snage u organizaciji), a sve u cilju kako bi se usporedile te projekcije za pronalaženje praznina za djelovanje na temelju kojih se mogu kreirati akcijski planovi za rješavanje

istih. Proces planiranja ljudskih resursa uključuje četiri uzastopna koraka: 1) određivanje budućih potreba za ljudskim resursima, 2) određivanje buduće dostupnosti ljudskih resursa, 3) usklađivanje zahtjeva (potrebe) i raspoloživosti ljudskih resursa te 4) razvijanje akcijskih planova za uklanjanje predviđenih nedostataka (Jaganjac, 2010:2-5). Hodogram planiranja ljudskih resursa jest prvo predvidjeti potrebe za radnom snagom i usporediti ih s predviđenim internim radnim snagama koje su već u organizaciji. Zatim je potrebno definirati nedostatke (manjkove i viškove ljudskih resursa) te na temelju svih podataka razviti akcijski plan.

Strateško planiranje ljudskih resursa, s druge strane, kao svoj sastavni dio, ima planiranje ljudskih resursa temeljeno na planu. Bitno je da se poslovni planovi i planovi ljudskih resursa prožimaju i imaju uzajamnu suradničku vezu. Svi planovi dijele se na dugoročne (tri godine ili više), srednjoročne (jedna do tri godine) i kratkoročne (jedna godina ili kraće). Kada je planiranje ljudskih resursa temeljeno na planu iz strateškog planiranja ljudskih resursa bitno je da su rokovi postavljeni jednako kako za planiranje ljudskih resursa tako i za poslovni plan. U većini organizacija to je između tri i pet godina za tzv. strateško planiranje i nešto manje od tri godine za operativno planiranje. Unutar plana ljudskih resursa važno je sastaviti kategorije poslova i hijerarhijske razine među planovima. Kategorije poslova kreiraju se temeljem jedinica analiza za koju se određuju određeni manjkovi ili viškovi radne snage. Hijerarhijske razine se na drugu stranu biraju u skladu s formalnom organizacijskom hijerarhijom (primjerice na kojoj je hijerarhijskoj razini raspisano radno mjesto, na juniorskom ili voditeljskom nivou). Kao prvi važan korak utvrđuje se broj zaposlenih na početku planskog razdoblja. Nakon toga definiraju se uloge i odgovornosti, predviđaju se potrebe za ljudskim resursima kao i buduća raspoloživost ljudskih resursa.

Ukupno su četiri faze akcijskog planiranja ljudskih resursa koje počinje općim procesom planiranja ljudstva neke organizacije. Planiranje zapošljavanja podijeljeno je na planiranje za osnovnu i fleksibilnu radnu snagu. U prvoj fazi postavljaju se ciljevi zapošljavanja koji se definiraju identifikacijom nedostataka između potreba organizacije i raspoloživosti osoblja u organizaciji. U drugoj fazi identificiraju se načini postizanja ranije utvrđenih kvantitativnih i kvalitativnih ciljeva. Slijedi pristupanje trećoj fazi u kojoj se pristupa procjeni i odabiru alternativa za realizaciju donesenog plana (cilj je promotriti alternative dostupne u samoj organizaciji kao npr. alternativna radna mjesta u

organizaciji), dok se u četvrtoj fazi donosi ocjena svake alternative prema zajedničkim kriterijima za procjenu (kao primjerice trošak, vjerojatnost uspjeha i sl.).

Radna snaga može biti osnovna ili fleksibilna radna snaga. *Osnovna radna snaga* definira se kao obavljanje redovne djelatnosti u nekoj organizaciji s punim radnim vremenom te takva osnovna radna snaga čini većinu radne snage većine organizacija. Njihove ključne prednosti su stabilnost, kontinuitet i predvidljivost. Organizacije se mogu osloniti na svoju osnovnu (temeljnu) radnu snagu i na temelju nje graditi strateške planove. Troškovi rada u svakoj organizaciji za osnovnu radnu snagu mogu biti veći od troškova za fleksibilnu radnu snagu iz različitih razloga od kojih neki mogu biti više plaće, fiksna priroda posla itd. Kod *fleksibilne radne snage* dvije su glavne komponente privremeni djelatnici koje osigurava tvrtka za zapošljavanje te neovisni izvođači. Planiranje korištenja fleksibilne radne snage mora se odvijati uvijek u suradnji s planiranjem osnovne radne snage. Ključna prednost ovakve kombinacije planiranja ljudskih resursa jest fleksibilnost osoblja (Heneman i Judge, 2009:118-122).

5.8.1. Fleksibilnost radne snage

Ranije je istaknuto kako su dvije glavne komponente fleksibilne radne snage privremeni zaposlenici i neovisni izvođači. Međutim, pitanje je na koje sve načine je moguće organizacijama priskrbiti fleksibilnu radnu snagu. Jedna od opcija su firme za zapošljavanje poznate i pod nazivom agencije za privremeno zapošljavanje. One provode aktivnosti regrutiranja, selekcije, obuke, kompenzacije, procjene učinka i zadržavanja (retencije) fleksibilnih djelatnika. Organizacije u slučaju potrebe unajmljuju djelatnike od agencija za privremeno zapošljavanje na one periode koliko dugo su im ti djelatnici potrebni. Organizacije koje koriste ovakve agencijske usluge trebaju takve poteze unaprijed planirati u sklopu planiranja ljudskih resursa. Druga opcija mogu biti nezavisni izvođači, koji su fizičke osobe koje pružaju usluge specifičnih zadataka i rada na projektima koji su u tijeku u organizaciji (primjerice održavanje, knjigovodstvo, marketing, savjetovanje i sl.). Nezavisni izvođači sami su sebi poslodavci, bilo kao *freelancer* (hrv. osoba koja nije formalno zaposlena, a odrađuje poslove po vlastitom izboru) ili kao samozaposleni. Još jedna od mogućnosti fleksibilnog rada jest eksternalizacija ili *outsourcing* pri kojem se neke od radnih funkcija ili specifični zadatci prenose na neku vanjsku organizaciju. Ovo je malo kompleksniji korak od jednostavnog korištenja privremenih (unajmljenih) djelatnika. Primarna je razlika u tome što kada su procesi preneseni nekoj vanjskoj

organizaciji, ta organizacija koja ih je prenijela očekuje dobiti potpuno gotov proizvod od vanjske organizacije (kao primjerice trenutni trend prenošenja procesa inozemnih regrutacija zdravstvenih ustanova u EU na vanjske suradnike – firme za posredovanje u inozemnom zdravstvenom zapošljavanju). To međutim ne treba poistovjećivati s organizacijskim vanjskim i internim regrutacijama. I vanjske i interne regrutacije neke organizacije obavljaju djelatnici koji čine osnovnu radnu snagu te organizacije. Vanjske regrutacije poduzimaju korake planiranja regrutacija, razvoja strategija, potragu za novim djelatnicima izvan organizacije, reakcije apliciranih, tranziciju i selekciju, pravnu problematiku, a sve u cilju samostalnog pronalaska novih djelatnika izvan organizacije. Kod interne regrutacije hodogram je isti, jedino što u toj situaciji organizacija nastoji pronaći djelatnika za novo radno mjesto u svojim redovima, odnosno među već postojećim djelatnicima unutar organizacije. Ono što je bitno kod internih regrutacija jest da se prije identificiranja i privlačenja internih kandidata za slobodna radna mjesta pozornost usmjerava na organizacijska i administrativna pitanja, točnije na učinkovitost podudaranja internih kandidata (postojećih djelatnika) sa slobodnim radnim mjestima unutar organizacije.

Organizacije kreiraju i koriste različite vrste poslova, a kako se oni mijenjaju i razvijaju ponekad su potrebni novi pristupi kreiranju poslova. Rezultat je uvijek kreacija zahtjeva za posao i definiranje sustava nagrađivanja. Analiza posla temeljena na kompetencijama nastoji identificirati znanja, vještine, mogućnosti i druge karakteristike osoba koje bi bile primjenjive na radna mjesta i radne usluge unutar te organizacije.

5.9. Koncept „*Red Matters*“ u upravljanju ljudskim resursima

Koncept „*Red Matters*“ nastao je u Švedskoj 2011. godine s ciljem buđenja revolucije u organizacijama, odnosno evoluiranja organizacija 21. stoljeća. U vremenima brzih promjena, kultura organizacije sve više postaje važan instrument samog upravljanja. Prema Cardell (2011) *Red Matters* koncept je metoda, modela razmišljanja i alata koji se koriste kako bi se dostigao održiv rast i kontinuirano obnavljanje svake organizacije. Kada se ti modeli i metode koriste na pravi način, stvaraju u organizaciji složnost, povjerenje i transparentnost te se u takvim organizacijama svi osjećaju da sudjeluju i nadahnuti su za napredak. Ovaj koncept vodi se načelom uzročnosti, odnosno da bi se upravljalo poslom, mora se prvo upravljati ljudima, a kako bi se bolje upravljalo ljudima, treba se raditi na daljnjem razvijanju svojih vještina upravljanja procesima, a tu modeli, metode i alati, koje

nudi i propagira *Red Matters* koncept, mogu pomoći. *Red Matters* koncept pruža metode i kompetencije za vođenje, osnaživanje, okupljanje i koordinaciju pojedinaca i timova unutar cijele organizacije prema ciljevima i vizijama. Koncept je posebno napravljen za rješavanje problematike raznolikosti, neizvjesnosti, višestrukih izbora i složenosti.

Glavna je metoda, koja se propagira ovim konceptom, podjela organizacije na dvije dimenzije, *plavu dimenziju* koja predstavlja strukturu organizacije i *crvenu dimenziju* koja predstavlja kulturu organizacije. U plavoj dimenziji svake organizacije sortiraju se ciljevi (ishodi), sistemi, strukture i kontrole. To su sve koncepti koji su konkretni, operativni, temeljeni na činjenicama i lako povezivi s djelovanjem i uložnim naporima, drugim riječima, mjerljivi su. U crvenoj dimenziji svake organizacije nalaze se stavovi, ponašanja, vizije, vrijednosti, obećanja prema klijentima i suradnicima, filozofije i sl. Crveni koncepti apstraktni su, složeni i dugoročniji te je kod njih teže primijetiti trud i učinak. Pojašnjavanjem i boljim shvaćanjem razlike između plave i crvene dimenzije može se stvoriti svjesna ravnoteža kao preduvjet za zelenu, treću dimenziju, koja pak predstavlja rezultate, održivi rast i razvoj organizacije te stalnu obnovu organizacije. Plava i crvena dimenzija dva su različita koncepta i jedino se njihovim međusobnim razumijevanjem i suradnjom dolazi do zelene dimenzije koja donosi rezultate, održivi rast i razvoj te stalnu obnovu. Primjerice, zdravstvene ustanove mogu poslužiti kao metafore za objašnjenje plave i crvene dimenzije svake organizacije. Npr. plava se dimenzija može opisati kao hitna služba gdje se konkretne ozljede rješavaju brzo, s odmah vidljivim rezultatima. Crvena dimenzija može se s druge strane usporediti s odjelom za rehabilitaciju, gdje su uloženi naponi dugoročni i teško je vidjeti rezultate uložjenih napora u kratkom roku (Cardell, 2011:34-36).

U današnjem ubrzanom svijetu ne pridaje se previše pažnje crvenim dimenzijama svake organizacije. Shvaćanje uloge *Red Matters* koncepta u upravljanju ljudskim resursima može se objasniti kroz dodjeljivanje boja sustavima. Tako primjerice poslovno planiranje i planiranje ljudskih resursa treba temeljiti i na crvenoj i na plavoj dimenziji kako bi produkt takve suradnje bio održivi rast i razvoj, rezultati i obnova. Plava dimenzija u organizacijama odnosi se na strukturu, konkretne brojke, provođenje poslovnih planova, dok se crvena dimenzija odnosi na soft skillse, na vrijednosti, odnose i međuljudsku komunikaciju. Plava i crvena dimenzija u kombinaciji rezultiraju zelenom dimenzijom koja pokazuje rezultate, inovacije, održivi rast i razvoj.

S obzirom da je konceptu *Red Matters* primarni naglasak na kulturi organizacije, važno je definirati kulturu organizacije. Kultura sama po sebi predstavlja apstraktan pojam koji nije lako shvatljiv. *Red Matters* koncept kulture organizacije objašnjava metaforom „teglice kiselih krastavaca“. Okus krastavaca određuje je li tekućina u kojoj se nalaze kisela, slatka ili slana bez obzira na izvorni okus tih krastavaca. U slučaju teglice kiselih krastavaca kultura organizacije je upravo ta tekućina u kojoj se ti krastavci nalaze te ona unificira sve krastavce da poprime isti okus kao i tekućina. U prenesenom značenju rečeno, svi djelatnici neke organizacije poprimaju ista obilježja i karakteristike te organizacije. U metafori s teglicom kiselih krastavaca sama tekućina predstavlja vizije, temeljne vrijednosti te obećanja klijenata, suradnika i voditelja, začini unutar te tekućine predstavljaju sustave, strukture, kodove, obrasce komuniciranja i ponašanja, dok teglica u cjelini predstavlja sam sustav i strukturu organizacije. Potrebno je promijeniti tekućinu i začine u teglici ako se želi izmijeniti okus krastavaca. Isto vrijedi i za kulturu organizacije u organizacijama (Cardell, 2011:29-30).

5.10. Neurolingvističko Programiranje u upravljanju ljudskim resursima

Jedna je od tehnika čiji se alati sve češće koriste u procesima upravljanja ljudskim resursima Neurolingvističko Programiranje (NLP). NLP je nastao kao rezultat suradnje Johna Grindera, profesora lingvistike, i Richarda Bandlera, prof. psihologije. Oni su temeljem proučavanja troje stručnjaka iz područja obiteljske terapije, „gestalt“ psihoterapije i hipnoterapije sumirali obrasce procesa i ponašanja koje su zatim oformili u tehniku NLP-a dostupnu na korištenje svima. NLP svojim komunikacijskim alatima, alatima za određivanje uvjerenja i vrijednosti, pregovaračkim alatima, alatima određivanja ishoda (ciljeva), postizanja zadovoljstva i sl. nudi, i privatno i profesionalno, široku lepezu tehnika koje, osim što su iskoristive u procesima upravljanja ljudskim resursima, iskoristive su i u drugim područjima poslovanja kao što je poslovno planiranje, marketing, financije, i dr. (O'Connor i Seymour, 1989:17-19).

Kada bi se trebalo definirati NLP, svakako je na početku važno istaknuti da je to disciplina koja pak obuhvaća niz modela, tehnika i vještina koje su nekoj osobi potrebne da razmišlja i djeluje učinkovito, a sve to s ciljem podizanja razine korisnosti, proširivanjem mogućnosti izbora te podizanjem standarda života. Ono što NLP prvenstveno proučava jest način postizanja uspjeha na najrazličitijim područjima (proces modeliranja) te sekundarno podučava ljude načinima korištenja tih

obrazaca. Na taj način dobiveni obrasci, vještine i tehnike nadalje se sve više koriste u obrazovanju, savjetovanju i poslovanju te uvelike pomažu ostvarivanju bržeg učenja, osobnog razvoja i komunikacije s uspješnijim ishodima. (Tukač, 2019:3).

Mnogo se o ljudskoj psihologiji, a samim time i psihologiji same organizacije može saznati putem dva NLP pojma – pojma mape i teritorija. Polazišno tumačenje jest da svaka osoba percipira svoju verziju stvarnosti. Ljudski umovi, tzv. Mape, selektivni su i istodobno i izostavljaju i ujedinjuju informacije te su od neprocijenjive vrijednosti pri istraživanju određivanja prostora. (O'Connor i Seymour, 1989:20). Koju vrstu mape će neka osoba koristiti ovisno je o opažanjima te osobe i individualno postavljenim ciljevima iste. Primjerice, kada su Picassa pitali zašto ne prikazuje predmete onakvima kakvi jesu u stvarnosti, on je odgovorio kako ne razumije na što ispitivač referira jer ih on prikazuje točno takvima kakvi i jesu (točnije kakvima ih on u svojoj mapi percipira da jesu). Teritorij je s druge strane sve ono objektivno u svijetu što nije povezano sa subjektivnom percepcijom svake osobe, već je objektivno i analogno, takvo kakvo je.

NLP svojim tehnikama uči kako postaviti ishode (ciljeve), kako ih realizirati i izgraditi jedinstven pogled na svijet. Svaka osoba unutar sebe ima čula za razmišljanje koja se s pravim tehnikama mogu aktivirati i pomoći uspostavljanju bolje ravnoteže jezika i misli i boljem razumijevanju u komunikaciji s drugim ljudima. NLP uči boljem razumijevanju raspoloženja ljudi u okruženju, objašnjava kako i na koji način motivirati, potaknuti i pomoći ljudima. Na svaku osobu kao ukupnost razmišljanja, stajališta i djelovanja utječe okolina, ponašanje, sposobnosti, uvjerenja, identitet te duhovnost osobe. Načini i tehnike kojima se proširuju komunikacijske vještine i sposobnost rješavanja svake komunikacijske prepreke, apliciraju se putem metamodela tehnika komuniciranja te Miltonovog modela komuniciranja, kao dvije iznimno bitne NLP tehnike za procese upravljanja ljudskim resursima. Postoje također NLP obrasci koji se koriste kod poslovnog planiranja, a koji su povezani s boljim ovladavanjem situacijama sukoba, prilagođavanja, vrijednostima i fleksibilnošću.

Strategije razmišljanja NLP-a iznimno su često korištene u procesima upravljanja ljudima, a neke od najpoznatijih su strategija slovkanja, strategija glazbenog pamćenja te kreativna strategija Walta Disneyja. Danas je poznato da poslovni uspjeh organizacije ovisi o ljudima. Uspješno

upravljanje ljudima određeno je zajedničkim kretanjem prema ciljevima, održavanjem motiviranosti djelatnika, što točnijim procjenama deficitarnih resursa, kao i talenata unutar organizacije, te daljnjim razvojem djelatnika. Dugoročno gledano, jedan od najučinkovitijih alata za održivost i uspjeh svake organizacije jest ulaganje u ljude. U ovom segmentu najviše se ističe važnost posjedovanja soft skillsa koji se danas sve više spominju upravo u kombinaciji s tehnikama NLP-a.

Uz svijest o tome da je svaki čovjek zapravo individua, najučinkovitiji pristup daljnjeg razvoja, motiviranja i usmjeravanja potencijala svakog pojedinca postiže se najbolje kroz individualne procese. Upravo iz navedenog razloga, a u cilju uspješnog upravljanja ljudskim resursima, važno je osposobiti djelatnike unutar odjela za upravljanje ljudskim resursima potrebnim psihološko komunikacijskim modelima koje nudi NLP. Ono što modeli NLP-a pružaju, a od iznimne je važnosti i iskoristivosti u procesima upravljanja ljudskim resursima, jest mogućnost uvida u ljudsku percepciju, osvještavanje značenja riječi i postizanja točnije i jasnije komunikacije, objašnjenje ljudskog ponašanja i načine prepoznavanja mentalnih procesa, pružaju i mogućnost prepoznavanja ljudskih emocija i emotivnih stanja te na koje načina upravljati njima. Upravo to su glavne buduće tehnike i modeli uspješnog, modernog upravljanja ljudima.

5.11. Odjeli za upravljanje ljudskim resursima

Odjeli za upravljanje ljudskim resursima obavljaju sljedeće aktivnosti: 1) zapošljavanje i pribavljanje radne snage (selekcija, intervjui, testiranja, koordinacija privremenih djelatnika i sl.), 2) obuku i razvoj djelatnika (usavršavanje, povećanje produktivnosti, efektivnosti i efikasnosti), 3) kompenzaciju (upravljanje satnicom i plaćom, opisi posla, poticaji, procjena posla i sl.), 4) beneficije (osiguranje, upravljanje dopustom, mirovinski planovi, profit, dionice, godišnji odmori i sl.), 5) usluge djelatnicima (programi pomoći, recimo besplatni vrtići/knjige za djecu, članstvo u sportskim objektima, psihoterapija i sl.), 6) odnosi s djelatnicima i zajednicom (radni odnosi, publikacije, harmonizacija s radnim zakonodavstvom, i sl.), 7) dosjei osoblja (informacijski sustav, bilješke o svakom djelatniku), 8) zdravlje i zaštita na radu (kontrola sigurnosti, zdravlje, wellness, i sl.) i 9) strategijsko planiranje (međunarodni ljudski resursi, primjerice uvoz inozemne radne snage, kratkoročno i dugoročno predviđanje i planiranje i sl.) (Kuka, 2011:65). Osnovni zadatci ureda za upravljanje ljudskim resursima su planiranje kadrovske potrebe, angažman djelatnika, zapošljavanje

djelatnika, napredovanje djelatnika, otpuštanje djelatnika, upravljanje djelatnicima, plaćanje djelatnika, ocjenjivanje rada djelatnika i administracija radne snage.

Svi unutar ureda za upravljanje ljudskim resursima menadžeri su ljudskih resursa te s obzirom na to kako su ljudski resursi specifičan resurs i samo upravljanje ljudskim resursima jest specifična djelatnost. Ono je primarno poslovna funkcija koja se bavi rješavanjem „ljudskih problema“. Upravljanje ljudskim resursima ne stavlja važnost samo na privlačenje podudarnog i kvalitetnog kadra, već i na zadržavanje i daljnje razvijanje djelatnika s ciljem još bolje kvalificiranosti i stručnosti za obavljanje posla. Postoje različite metode i alati koji menadžerima ljudskih resursa pomažu odabrati najbolje kandidate, pri čemu se posebno boduje kreativnost osobe, motivacija, kvalifikacije (znanja i vještine), osobnost, komunikacijske vještine i dr. (Adamović Topolčić, 2000:103). Već u fazi probira kandidata bitno je posebnu pozornost usmjeriti na pronalazak talenata te osmisliti plan iskoristivosti i unaprjeđenja tih talenata u poslovnoj organizaciji. Primarni je zadatak svakog menadžera pronaći „prave ljude“ te ih osposobiti za rad, znati ih motivirati, dalje educirati i voditi prema ostvarenju ciljeva i misije organizacije, a da su oni pri tome zadovoljni i motivirani. Motivacija je potrebna i samim menadžerima jer da bi netko postao dobar i uspješan menadžer ljudskih resursa, mora kod njega postojati motivacija za bavljenje tom profesijom, kao i motivacija za postizanjem uspjeha. Dobar menadžer ljudskih resursa preuzima odgovornost za rješavanje problema, samopouzdan je, postavlja optimalne ciljeve i rizike, očekuje povratne informacije o rezultatima, ima želju dokazati se, pozitivno gleda na hijerarhiju i poštuje autoritete (Jambreč i Penić, 2008:1197-1198).

U organizacijama u kojima vlada poticajna klima djelatnici vjeruju u koncept cjeloživotnog učenja i shvaćaju mogućnosti daljnjeg obrazovanja i usavršavanja kao vrstu nagrađivanja u smislu njihovog daljnjeg osobnog i karijernog razvoja. Uslijed globalizacije postalo je bitno i cjeloživotno obrazovanje menadžera, pogotovo iz područja poznavanja poslovnih običaja i kulture zemalja s kojima se posluje. U 21. stoljeću sve je popularniji koncept planiranja karijera pri kojem se treba uskladiti individualno planiranje karijere pojedinca s planiranjem karijera u organizaciji te svijet današnjice očekuje da ljudi izmijene 3 - 5 karijera tijekom životnog vijeka (Adamović Topolčić, 2000:104). Smatra se također važnim istražiti razloge ostanka djelatnika u organizaciji te napraviti analizu fluktuacija s obzirom na stručnost, radno mjesto, položaj u organizaciji i dr. Na taj način dobit

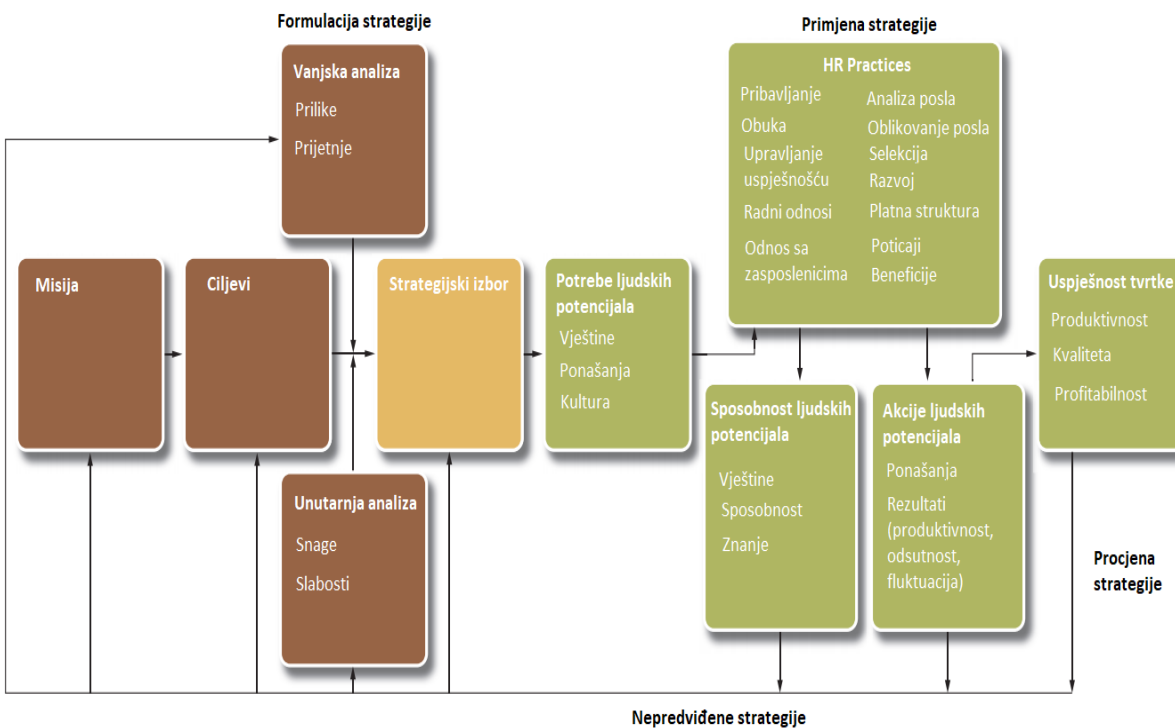
će se i šira slika shvaćanja faktora koji utječu na same fluktuacije u organizaciji. Svrishodno bilo bi istražiti i analizirati i razloge apsentizma (izostajanja s posla bez obzira na trajanje ili razlog izostanka). Ne postoji puno podataka o načinu funkcioniranja upravljanja ljudskim resursima u RH niti shvaćanje važnosti uvažavanja i zadovoljenja potreba zaposlenih. Primjerice, prof. Bahtarijević-Šiber u svojoj knjizi daje primjer kako nezaposlenost u RH zapravo daje privid velikog obilja radne snage (pogotovo kvalificirane i stručne radne snage) što za posljedicu ima pojavu straha kod zaposlenog kadra da su lako zamjenjivi. To na kraju rezultira time da sigurnost radnog mjesta postaje glavni motiv ostanka na radnom mjestu i na neki način oblik kontrole zaposlenih.

5.12. Strategijsko upravljanje ljudskim resursima

Riječ strategija dolazi od grčke riječi *strategos*, što znači plan za bitku. Prema Noe Raymond (2006) strategijsko upravljanje ljudskim resursima opisuje se kao obrazac planiranih raspoređivanja ljudskih resursa i svih onih aktivnosti koje bi trebale pomoći organizaciji u ostvarenju tih ciljeva. Dvije su faze strategijskog upravljanja ljudskim resursima, a to su formulacija strategije i primjena strategije. Formulacija strategije predstavlja određivanje misija i ciljeva organizacije te SWOT analizu (snage, slabosti, prilike i prijetnje), nakon čega se predlažu različite strategijske alternative i usporedbe tih strategija. Primjena strategije prati odabranu strategiju (strukturiranje organizacije, alokacija resursa, zapošljavanje stručnih djelatnika te razvijanje sustava nagrađivanja i motiviranja djelatnika).

Slika 1.

MODEL PROCESA STRATEGIJSKOG MENADŽMENTA



Izvor: Noe Raymond, et al., 2006:44.

Svaka si organizacija primarno treba postaviti tri pitanja: gdje konkurirati, kako konkurirati i čime konkurirati (kojim proizvodom/uslugom/resursom). Kroz povijesni razvoj upravljanja ljudskim resursima i strategijskog planiranja pojavljivale su se četiri vrste povezanosti ovih dviju funkcija. Prva vrsta povezanosti je najstarija i smatra se tradicionalnom povezanosti između strategijskog planiranja i upravljanja ljudskim resursima, a to je administrativna povezanost. Administrativnu povezanost karakterizirala je potpuna odvojenost ovih dviju funkcija koje su djelovale bez utjecaja jedne na drugu. Ova se povezanost danas smatra vrlo lošim izborom jer nema međusuradnje između ovih dviju funkcija i samim time nema rezultata (rasta, razvoja, napretka i sl.). Tijekom osamdesetih godina prošlog stoljeća pojavljuje se oblik jednosmjerne i dvosmjerne povezanosti između funkcija strategijskog planiranja i upravljanja ljudskim resursima. Kod jednosmjerne povezanosti funkcija strategijskog planiranja razvijala je strategijski plan i obavijestila o tome odjel upravljanja ljudskim resursima. Upravljanje ljudskim resursima nema u ovoj vrsti povezanosti utjecaja na moguće potrebe izmjena ili dopuna strategijskog plana što na kraju rezultira time da organizacija ne može uspješno

provesti takve strategijske planove. Kod dvosmjerne povezanosti funkcija ljudskih resursa razmatra pitanja važna za procese formulacije strategija. Prvo tim za strategijsko planiranje dostavlja različite prijedloge strategija odjelu za upravljanje ljudskim resursima. Zatim odjel upravljanja ljudskim resursima radi analize utjecaja različitih strategija na ljudske resurse i rezultate tih analiza prezentira timu za strategijsko planiranje. Na kraju se gotov strategijski plan dostavlja odjelu upravljanja ljudskim resursima koji pak na temelju njega razvija programe za njegovu primjenu. U ovoj vrsti povezanosti funkcije strategijskog planiranja i upravljanja ljudskim resursima su međuovisne. Četvrta vrsta povezanosti najbolja je vrsta povezanosti, koja se pojavljuje tek u 21. stoljeću i kojoj bi sve organizacije sa željom za napretkom, rastom i razvojem trebale težiti, a to je integrativna povezanost. Integrativna povezanost jest povezanost gdje je funkcija upravljanja ljudskim resursima uključena u formulacije strategija i njezinu primjenu. Strategije se formuliraju s obzirom na misiju i ciljeve same organizacije te s obzirom na podatke dobivene SWOT analizom (vanjske (prilike i prijetnje) te unutarnje (snage i slabosti)) što rezultira u konačnici strategijskim izborima. Zaključak na temu četiriju vrsta povezanosti strategijskog planiranja i upravljanja ljudskim resursima jest kako će organizacije s administrativnom vrstom povezanosti izumrijeti, dok će organizacije s integrativnom povezanosti rasti, razvijati se i biti uspješne.

Nakon što su strategije donesene, potrebno ih je primijeniti. Noe Raymond (2006) smatra da je ukupno 5 važnih varijabli koje direktno utječu na uspjeh primjene različitih strategija. Tih pet varijabli su organizacijska struktura, selekcija, oblikovanje zadataka, obuka i daljnji razvoj ljudi, sistematiziran sustav nagrađivanja te na kraju vrste informacija i informacijski sustav. Kako bi se neka strategija uspješno primijenila, zadatci trebaju biti grupirani i oblikovani u sklopu radnih mjesta na efektivan i efikasan način. Funkcija ljudskih resursa mora osigurati da ljudi zaposleni u organizaciji imaju ili steknu potrebne vještine, znanja i sposobnosti za izvršenje svoje uloge u primjeni strategija. Sažeto rečeno, funkcija ljudskih resursa osigurava da organizacija ima odgovarajući broj djelatnika sa znanjima i vještinama potrebnim za ostvarenje strategijskih planova te kontrolira ponašanja djelatnika poradi unaprjeđenja mogućnosti za ostvarenje ciljeva iz strategijskog plana. Prakse ljudskih resursa u dijelu primjene strategije iz primjera na slici 1. su analiza i oblikovanje posla, pribavljanje i selekcija djelatnika, obuka i razvoj djelatnika, upravljanje uspješnošću, platna struktura, poticaji i beneficije, radni odnosi i odnosi s djelatnicima. Analiza posla predstavlja proces prikupljanja detaljnog opisa informacija o poslu i radnom mjestu. Oblikovanje posla proces je grupiranja zadataka u sklopu

određenog radnog mjesta. Pribavljanje djelatnika proces je pronalaska kandidata za potencijalno zapošljavanje. Selekcija djelatnika proces je izdvajanja kandidata s odgovarajućim znanjima, vještinama i sposobnostima od koristi organizaciji u ostvarivanju postavljenih ciljeva. Obuka djelatnika predstavlja planiranje pokušaja da se potakne djelatnika na stjecanje znanja i vještina potrebnih za rad na određenom radnom mjestu. Razvoj djelatnika je, pak, dodatno stjecanje znanja i vještina (oblik usavršavanja) poradi poboljšanja sposobnosti djelatnika za trenutne i/ili buduće izazove određenog posla. Upravljanje uspješnošću predstavlja određene aktivnosti i ishode koji pomažu što uspješnijoj primjeni donesenih strategija. Platna struktura, poticaji i beneficije imaju važnu ulogu u primjeni strategija, a odnose se na platne skale, povezanost plaće uz učinak čime se potiče na efektivniji i efikasniji rad te beneficije koje mogu biti materijalne ili nematerijalne naravi. Radni odnosi i odnosi s djelatnicima definiraju kako opći pristup odnosu prema djelatnicima utječe direktno i na postizanje konkurentske prednosti organizacije (Noe Raymond, et al., 2006:53-56). Bitno je vršiti procjenu i kontrolu strategija tijekom njihovih primjena u cilju pronalaska i rješavanja potencijalnih problema na vrijeme. Najčešće se donose dvije vrste generičkih strategija, troškovna i diferencijacijska. Troškovna strategija stvara konkurentsku prednost smanjivanjem troškova (otpuštanjem djelatnika, smanjenjem kvalitete korištenjem povoljnijih sirovina, energetskim uštedama, prebacivanjem proizvodnje iz zemlje sa skupljim troškovima proizvodnje u zemlju s niskim itd.). Diferencijacijska strategija stvara dojam kod potrošača da se njihov proizvod/usluga razlikuje (bolje kvalitete) od drugih takvih proizvoda na tržištu. Kod troškovne strategije sve je češća upotreba procesa *downsizing* (hrv. smanjenje broja zaposlenih) upotrebom kojeg se ističe sve veća uloga upravljanja ljudskim resursima u procesima smanjivanja broja zaposlenih u organizaciji na pravu mjeru (idealni broj djelatnika).

Sažeto rečeno, funkcija upravljanja ljudskim resursima sve više zauzima vodeći položaj u pitanjima koja utječu na strategijsko usmjerenje poslovanja. Različite poslovne strategije dolaze u radu s različitim profilom kvalificiranih ljudi. Načini rada strategijskog upravljanja i upravljanja ljudskim resursima međusobno se isprepliću u određenim segmentima jer promjena strategije utječe i na upravljanje ljudskim resursima. Tu je od iznimne važnosti i osobnost menadžera koji svojim odlukama i odabirom strategije utječe na sve aspekte poslovanja (vidljivost na tržištu rada, uspješnost, konkurentnost i dr.), a koji prema integrativnoj povezanosti funkcija strategijskog planiranja i upravljanja ljudskim resursima sudjeluje u cijelom procesu donošenja i primjene strategija. Glavni je

cilj operacionalizirati odabranu strategiju i primijeniti je u svim segmentima poslovanja, posebno i primarno u planiranju ljudskih resursa. Poslovne organizacije postoje u konkurentskom okružju i to treba biti uzeti u obzir pri odlučivanju i donošenju strategija i planova. Isto znači da je cilj strateškog planiranja u nekoj organizaciji razmjestiti i rasporediti resurse na način da se organizaciji osigura konkurentska prednost. Svaka organizacija ima tri vrste resursa koje može koristiti u natjecanju s drugim poduzećima. To su fizički resursi (tvornica, oprema, tehnologija i sl.), organizacijski resursi (struktura, planiranje, kontroling i sl.) te ljudski resursi (iskustvo, vještine i inteligencija djelatnika) (Noe Raymond, et al., 2006:42).

5.13. Budućnost upravljanja ljudskim resursima

S obzirom na to kako je danas u sve više organizacija prihvaćeno vrednovanje čovjeka kao ključnog čimbenika gospodarskog razvoja, sve više raste i značaj upravljanja ljudskim resursima i potreba za planiranim i organiziranim upravljanjem ljudstvom svake organizacije koja želi rasti, razvijati se i napredovati. Upravljanje ljudskim resursima danas se sve više sastoji od linijskih menadžera i nove specijalizirane funkcije kadrovske službi (Jambreč i Penić, 2008:1201). Informatizacija kadrovske funkcije pruža bolje mogućnosti kvalitetnog i učinkovitog upravljanja ljudskim resursima. Ona također ima sve manji obujam rutinskih poslova, odnosno povećan obujam specijaliziranih, kreativnih poslova, a naglasak je na razvijanju kreativnosti kod djelatnika. Eksternalizacija (*outsourcing*) značajnog dijela poslovanja upravljanja ljudskim resursima povjerava se vanjskim organizacijama (mnoge zdravstvene ustanove eksternaliziraju poslove inozemnih regrutacija zdravstvenih djelatnika agencijama za regrutaciju zdravstvenih djelatnika). Razlog tomu je ili nedostatak vlastitih odgovarajućih kadrova za provedbu tog dijela poslovanja ili se pak radi o poslovima koji su povremenog i manjeg obujma. Samo strateško odlučivanje unutar organizacije nikada ne smije biti predmet eksternalizacije.

Prema Garyju Hamelu, menadžment 21. stoljeća ne razlikuje se puno od onog u 20. stoljeću, u značenju kako isti nije napredovao. Moderni menadžment, kojem su tvorci iz prve polovine 20. stoljeća, iznjedrio je najznačajnije aktivnosti menadžmenta današnjice: upravljanje projektom, strateško planiranje, plaće prema učinku, kapitalno proračunavanje i dr. Iako se praksa menadžmenta danas ne razvija brzo kao primjerice u 20. stoljeću, okolina u kojoj organizacije rade prevrtljivija je

nego u 20. stoljeću. Izazovi menadžmenta 21. stoljeća brojni su, a neki od njih su primjerice propadanje industrija, deregulacije, gubitak kontrole nad svojim poslovanjem zbog devertikalizacije, eksternalizacija dijela poslovanja, digitalizacija (koja omogućuje povezanost cijeloga svijeta i povećava konkurentnost), internet (daje informacije o cijenama, uslugama i potrošači su zapravo ti koji imaju kontrolu), promjene životnih ciklusa strategija (npr. start up-ovi i brzi rast novih, malih firmi), strmoglavo niske cijene i veća konkurentnost koju su omogućili digitalizacija (komunikacije, Internet) i globalizacija (alociranje industrija gdje su im najjeftiniji troškovi proizvodnje). Opstaju jedino strateški prilagođene i operativno učinkovite organizacije (Grbac, 2009:22-39).

Ocem modernog menadžmenta se, prema mnogima, smatra Frederick Winslow Taylor, koji je vjerovao da bi empirijski pristup planiranju posla temeljen na podacima značajno povećao produktivnost. On je bio tvorac definicije pet aktivnosti menadžmenta iz 1917. godine koji počivaju na planiranju, organiziranju, izdavanju naredbi, usklađivanju i kontroliranju. Danas, u 21. stoljeću, potrebna je inovacija menadžmenta i aktivnosti menadžmenta te usklađivanje s izazovima 21. stoljeća. Hamel i Breen (2009) smatraju da je inovacija menadžmenta u stvarnosti sve ono što značajno mijenja uobičajene organizacijske oblike i na taj način pospješuje ostvarivanje ciljeva neke organizacije. Inovacija menadžmenta zapravo obuhvaća inovaciju procesa menadžerskih načina na koje se odvijaju menadžerski poslovi na svakodnevnoj bazi.

Tri su najveća izazova za organizacije u 21. stoljeću dramatično ubrzavanje ritma strateške obnove u velikim i malim organizacijama, zatim postizanje situacije u kojoj je inovacija svakodnevni posao svih ljudi te stvaranje iznimno ugodne radne okoline koja svakog djelatnika potiče da daje najbolje od sebe (Varga, 2011:6-7). Cilj je stvoriti organizacije koje će biti sposobne stalno se samoobnavljati bez kriznih situacija. Previše upravljanja, premalo slobode i stroga hijerarhija ono su što sputava organizaciju i njezine djelatnike da rastu, razvijaju se i napreduju. Prema Hamelu, pet načela od ključne važnosti za stvaranje organizacija spremnih za budućnost su život (raznolikost), tržišta (fleksibilnost), demokracija (aktivizam), vjera (značenje) i gradovi (slučajne spoznaje).

Tablica 2. Hamelovih pet ključnih načela za stvaranje organizacija spremnih za budućnost

NAČELO	PITANJA KOJA SE TREBAJU POSTAVITI
--------	-----------------------------------

Život / raznolikost	Kako uvesti veću raznolikost podataka, stajališta i mišljenja u ovaj proces? Kako osmisliti proces koji potiče eksperimentiranje i kontinuirani razvoj novih strateških opcija?
Tržišta / fleksibilnost	Kako promijeniti proces da on počiva na mudrostima tržišta, a ne samo na mudrostima stručnjaka? Kako ovaj proces upotrijebiti da ubrza relokaciju resursa od tradicionalnih programa na nove pothvate? Kako inovatorima priskrbiti dobivanje resursa za daljnju razradu njihovih ideja?
Demokracija / aktivizam	Kako da proces potiče glasove neslaganja, umjesto da ih guši? Kako postići da ovaj proces više odgovara potrebama i brigama djelatnika prve razine? Kako ljudima s najniže razine u organizaciji dati veće pravo glasa u oblikovanju politika i strategija?
Vjera / značenje	Kako upotrijebiti ovaj proces da se usmjeri pažnja na više ciljeve kojima organizacija navodno služi? Kako bi ovaj proces pomogao djelatnicima poistovjetiti se i povezati s ciljevima do kojih im je osobno stalo?
Gradovi / slučajne spoznaje	Kako bi se ovaj proces mogao izmijeniti da našoj organizaciji pomogne postati još uzbudljivije i življe radno mjesto i magnet za kreativni talent?

Izvor: Autoričina izrada tablice prema tekstu iz Hamel i Breen, 2009.

6. Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu

Ni jedan sustav ne može funkcionirati bez ljudi, pogotovo zdravstveni sustav. Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu društvena je znanost i upravljačka funkcija koja se bavi upravljanjem i planiranjem ljudi u zdravstvu. Nepravilnom primjenom upravljanja ljudskim resursima dolazi do ekonomske neuspješnosti, konkurentske prednosti drugih i neostvarenih zadanih ciljeva. Bogut Barić (2018) smatra da je uži smisao i cilj upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu pronaći i osigurati adekvatan broj i strukturu kvalitetnih ljudi u zdravstvu, okupiti njihova znanja, vještine, interese, motivacije, obrazovanja te oblike ponašanja koji su potrebni za postizanje rezultata te razvojnih i strategijskih ciljeva zdravstvenih ustanova.

Najveća globalna zdravstvena problematika u 21. stoljeću je „kriza ljudskih resursa“, globalni deficit zdravstvenih djelatnika. Prema podacima iz 194 države članice od 2020. godine, globalna zdravstvena radna snaga procjenjuje se na 65 milijuna, što odražava rast od 29 % od usvajanja Globalne strategije o ljudskim resursima za zdravlje 2016.: radna snaga 2030. Još jedan napredak vidljiv je u poboljšanju dostupnosti podataka i boljim procjenama trendova zapošljavanja i potreba za zapošljavanjem u zdravstvu u budućnosti. Ovi su podatci podržali preispitivanje projekcija manjka zdravstvene radne snage s 18 milijuna u 2016. do 15 milijuna u 2022. i, potencijalno, 10 milijuna u 2030. Unatoč ohrabrujućim skupnim nalazima, postoje upozorenja: podatci i projekcije temelje se uglavnom na trendovima prije COVID-19, a utjecaj pandemije na našu radnu snagu u zdravstvu ozbiljan je i značajan. Slično tome, izvješće rasprave na sedamdeset i petoj Svjetskoj zdravstvenoj skupštini upozorava da će dvije regije – Afrika i istočni Mediteran i Bliski istok – snositi sve veći teret nedostatka radne snage, usred sve veće potražnje za zdravstvenim uslugama te će se morati pratiti utjecaj COVID-19 na te trendove. Studija SZO-a objavljena 2021. godine procjenjuje kako je do danas više od 150 000 zdravstvenih djelatnika izgubilo živote od COVID-19 (WHO, Human resources for health - Working for Health: draft 2022–2030 action plan, 2022:točka 5). U izvješću sa sedamdeset i pete rasprave pri Svjetskoj zdravstvenoj skupštini naglašava se mogućnost napretka u ostvarenju ambicija iz Globalne strategije o ljudskim resursima u zdravstvu. Međusobno povezani ciljevi Globalne strategije – politike utemeljene na dokazima za optimizaciju radne snage, kataliziranje ulaganja u tržište rada u zdravstvu koja odgovaraju potrebama stanovništva i izgradnja institucionalnih

kapaciteta i partnerstava te podateci za praćenje i odgovornosti – vrijede u svim socioekonomskim i regionalnim kontekstima (WHO, Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030).

Na globalni deficit zdravstvene radne snage utjecalo je puno faktora. Liberalizacija tržišta rada omogućila je migracije zdravstvenih djelatnika koje su najčešće realizirane na relaciji iz zemalja s niskim prihodima u zemlje s visokim prihodima. Brojni su vanjski i unutarnji faktori koji utječu na odluke zdravstvenih djelatnika da migriraju. Zdravstvene su usluge sve brže rastući sektor svjetske ekonomije i na svjetskom je tržištu u tijeku prešutna borba za zdravstvene djelatnike. Neke države svijeta imaju većinski zdravstveni kadar regrutiran iz inozemstva. Primjerice, Irska ima 35,3 % liječnika stranaca prema podacima OECD-a (Aluttis, 2014:2). Zbog takve situacije upitan je opstanak zdravstvenih sustava u zemljama s niskim prihodima, zemljama u razvoju gdje su zdravstvene ustanove suočene s deficitom zdravstvenog kadra, padajućom kvalitetom zdravstvenih usluga, opadanjem morala među preostalim osobljem i sl.

6.1. Modeli i alati za planiranje i projekcije zdravstvene radne snage Svjetske zdravstvene organizacije (SZO)

Iz raznih razloga mnoge zemlje imaju deficite ljudskih resursa potrebnih za osnovne zdravstvene potrebe i intervencije, kao primjerice zbog pada nataliteta, emigracija zdravstvenih djelatnika u druge države, oskudnog seta znanja i vještina, demografske neravnoteže i dr. Sve se više shvaća kako je efektivnoj mobilizaciji zdravstvenih djelatnika najveća prepreka nedostatna učinkovitost zdravstvenih sustava za postizanje ključnih zdravstvenih ciljeva i to pogotovo u državama niskih i srednjih prihoda. Formulacija nacionalnih planova upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu, njihovih politika i strategija zahtjeva planiranje temeljeno na dokazima (rezultatima) i na temelju toga racionaliziranje kod donošenja odluka. Alati koji postoje na svjetskoj razini, a koji nastoje pomoći razvoju upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu na nacionalnim razinama, uključuju kratkoročne i dugoročne ciljeve, određivanje budžeta (troškovi edukacija, treninga, usavršavanja zdravstvenih djelatnika), smanjenje neravnoteže unutar radnog kadra u zdravstvu, jačanje učinkovitosti zdravstvenog kadra, poboljšanje retencije (zadržavanja) djelatnika i prilagođavanje bilo kakvim većim zdravstvenim reformama. Trebaju se stoga prioritizirati zdravstveni programi temeljeni na epidemiološkom stanju stanovništva. Potrebno je što prije početi prikupljati

točne i vjerodostojne podatke o situaciji s ljudskim resursima u zdravstvu i zdravstvenim prioritetima te ih planirati za narednih pet do dvadeset godina. Rezultati tih projekcija trebaju služiti informiranju pri stvaranju akcijskog plana i odgovarajućeg okvira za monitoring provedbe istog. Projekcije potrebe za radnom snagom u budućnosti mogu se definirati kao procjene onoga što će se dogoditi u budućnosti koristeći kalkulacije temeljene na pretpostavkama (Models and Tools for HR in Healthcare, 2010:3).

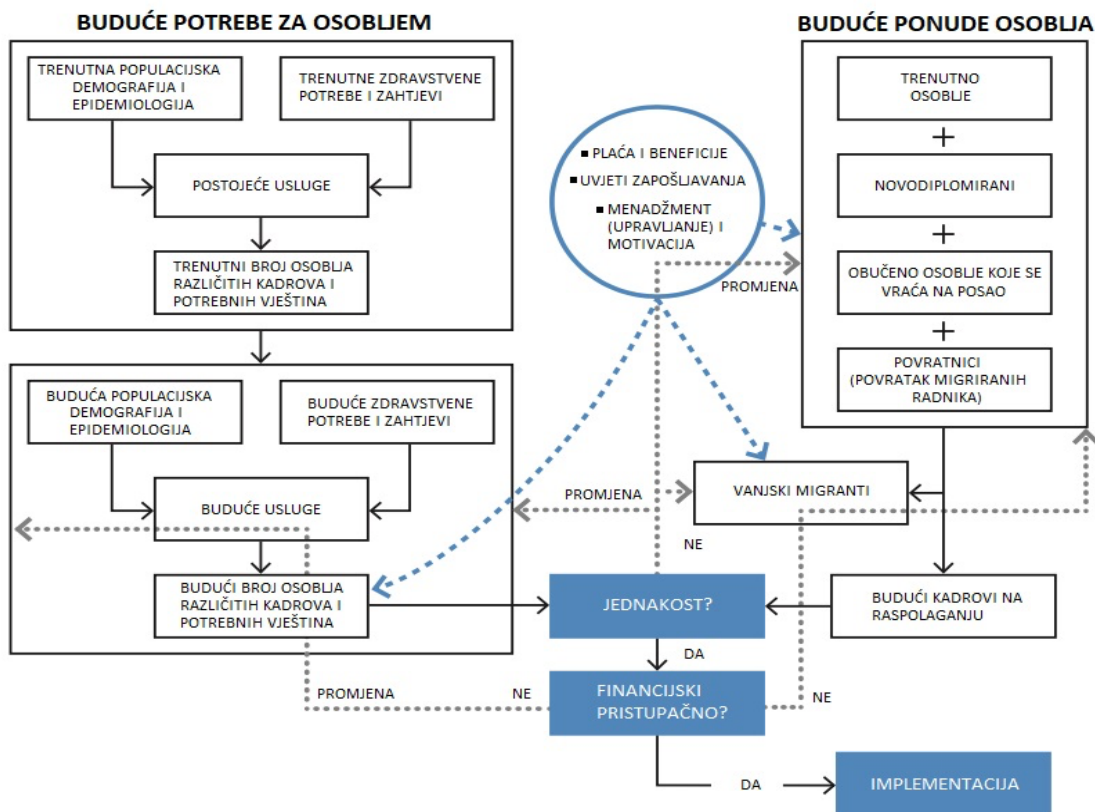
Samo su pojedine razvijene zemlje razvile detaljne pravilnike i strategije upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu kao vodiče za investicije u obrazovanje i zdravstvo, a sve u cilju stvaranja potrebnog stručnog kadra (infrastrukture) za njihov zdravstveni sustav. Planiranje u ostalim zemljama najčešće se temelji na praćenju promjena u pogledu ljudskih kadrova (fluktuacija) iz godine u godinu, i to koristeći statističke standarde i pravila u kombinaciji s kratkoročnim prilagodbama usluga i kadra (osoblja) kao vrste odgovora nadolazećoj zdravstvenoj krizi. To, pak, rezultira time da Ministarstva zdravstva rade bez održivog ili detaljno informiranog smjera i s radnom snagom koja nije u mogućnosti reagirati na specifične zdravstvene potrebe stanovništva kojemu služi. Planiranje ljudskih resursa u zdravstvu treba se primarno temeljiti na podacima iz prošlosti i planiranjima (projekcijama) koje su se izradile za taj period u prošlosti koji se promatra. Trebaju se također uzeti u obzir i migracije zdravstvenog kadra, nacionalna situacija u budućnosti (projekcija, nagađanje), zdravstvene potrebe stanovništva u budućnosti te mogućnosti pružanja usluga te njihove izmjene i eventualne nadopune. Bitno je u planiranje uključiti mehanizme prilagodbe prema promjenjivim tekućim okolnostima. Cilj je identificirati akcije i alate potrebne poduzeti u budućnosti kako bi se osiguralo kretanje prema ostvarivanju dugoročnih planova. Svjetska zdravstvena organizacija i drugi partneri kreirali su Akcijski plan upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu dizajniran na način da pomogne nacionalnim vlastima i menadžerima u zdravstvu u razvoju i implementaciji strategija u cilju ostvarenja efektivne i održive zdravstvene radne snage. Akcijski plan upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu uključuje šest akcijskih polja: upravljanje ljudskim resursima, vodstvo, partnerstvo, financije, obrazovanje i politiku organizacije (Aluttis, 2014:5).

Prvi korak razvoja upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu analiza je trenutnog stanja radne snage. Ista predstavlja temelj iz kojega zatim zakonodavstvo i menadžeri mogu istražiti implikacije unutarnjih i vanjskih čimbenika, potreba i sukladno tome osigurati potrebnu radnu snagu u zdravstvenom sustavu. Cilj je postići ravnotežu između ponude i potrebe (potražnje). Upravo iz tog razloga radi se projekcija radne snage potrebna u nekom budućem periodu gdje se pokušava

racionalizirati političke opcije i financije za realizaciju plana upravljanja ljudskim resursima koji bi odgovarao zahtjevima za osobljem unutar ukupnih planova zdravstvenih usluga. Upravo zato simulacije budućih projekcija upravljanja ljudskim resursima i jesu toliko važne. Neka od pitanja koja se postavljaju pri izradi simulacija i u sklopu nje mogu biti primjerice: Kakve su implikacije na broj zaposlenih ako se kombiniraju povećanje plaća i bonusi bez promjene trenutnog budžeta? Dakle, može li se iz istog budžeta isplatiti veće plaće i bonuse zaposlenima, a da broj zaposlenih ostane isti ili se broj zaposlenih smanji ili pak poveća, a sve s primarnom svrhom da su zdravstvene potrebe stanovništva za skrbi primjereno zbrinute. Ili pak, koje su implikacije obuke (edukacije, usavršavanja) i zamjene jedne kategorije zdravstvenih djelatnika u korist druge koja broji deficite? Kakva je izvedivost ovakve zamjene? Objašnjenje u kontekstu liječnika bilo bi da ako primjerice na nacionalnom nivou nedostaje specijalista psihijatrije, a primjerice ima dovoljan broj specijalista epidemiologije, zamjena bi se odvila na način da bi se broj novih specijalizacija iz psihijatrije otvorio uvećan za broj specijalizacija koje su prvotno bile namijenjene za epidemiologiju. Još jedno bitno pitanje koje se treba postaviti pri izradi simulacije planiranja kadrova u zdravstvu jest i kakav će biti utjecaj širenja privatnog zdravstvenog sektora na obuku i zapošljavanje novog i postojećeg osoblja u javnom sektoru. Ovo pitanje važno je iz više pogleda, prvo konkurentnosti između javnog i privatnog sektora, mogućnosti privlačenja, zapošljavanja i zadržavanja zdravstvenih djelatnika u javnom sektoru. Ovdje se želi naglasiti kako bi javni sektor trebao retenciju (zadržavanje) zdravstvenih djelatnika temeljiti na zadovoljstvu djelatnika na radnom mjestu, a ne na sistemu represijskih ugovora o specijalističkom usavršavanju koji se danas koriste kao mjera retencije liječnika u javnom sektoru. Osnove za izradu projekcija upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu su projekcije potreba, projekcije ponuda, radno opterećenje radne snage i njihove radne aktivnosti te razvoj i kretanje zdravstvenog osoblja (Models and Tools for HR in Healthcare, 2010:6-7).

Slika 2. Nacrt koncepta za povezivanje potreba za zdravstvenom radnom snagom s projekcijama ponude radne snage

NACRT KONCEPTA ZA POVEZIVANJE POTREBA ZA ZDRAVSTVENOM RADNOM SNAGOM S PROJEKCIJAMA PONUDE RADNE SNAGE



Izvor: Models and Tools for HR in Healthcare, 2010:7

Ono što je najatraktivnije kod modela projekcija upravljanja ljudskim resursima upravo je njihov potencijal za istraživanje opcija u budućnosti. Unutar tih projekcija postoje deterministički računalni modeli i stohastički računalni modeli. Deterministički modeli uvijek pretpostavljaju da je ishod siguran (za iste ulazne vrijednosti daju isti rezultat), dok stohastički modeli dopuštaju uvođenje slučajnih promjena kojima uvode neizvjesnost tijekom procesa planiranja (različiti rezultati svaki put).

Identificiranje varijabli koje igraju ulogu u određivanju budućih potreba za zdravstvenom radnom snagom jest prvi korak planiranja projekcija. To pak uključuje: demografski rast i promjene, zdravstvenu politiku i srodno zakonodavstvo, tehnološke promjene, teret bolesti, korištenje usluga i broj pružatelja usluga, relevantni standard kvalitete usluga, organizacijsku učinkovitost, mješavinu vještina, potražnju i očekivanja javnosti te dostupnost i sredstva financiranja. Primjerice, promjena stope nataliteta ima za posljedicu promjenu potreba za zdravstvenom skrbi za majke (ginekolozi),

novorođenčad i djecu (pedijatri). Zemlje različitih razina razvoja imaju različite kapacitete za prikupljanje i analizu podataka.

6.1.1. Projektiranje budućih potreba za ljudskim resursima u zdravstvu

Za projektiranje budućih potreba za ljudskim resursima u zdravstvu koriste se različiti pristupi. Prvi pristup ili model jest omjer radne snage i stanovništva pri kojem se projekcija budućih brojeva potrebnih zdravstvenih djelatnika postavlja s obzirom na broj stanovnika. Rizik kod ovog pristupa jest opasnost od homogenosti, pretpostavka da će svi npr. liječnici biti jednako produktivni i takvi i ostati ili primjerice da sve populacije imaju slične potrebe koje su stalno takve i ne mijenjaju se. Drugi pristup ili model temelji se na zdravstvenim potrebama stanovništva, a projekcija se postavlja kao istraživanje vjerojatnih promjena u potrebama stanovništva za zdravstvenim uslugama. Primjerice, starost stanovništva po kojoj se može procijeniti potreba za saniranjem zdravstvenih stanja karakterističnih za treću životnu dob, procijepljenost stanovništva, učestale bolesti prisutne kod stanovništva, epidemiološko stanje nacije i svijeta i sl. Treći pristup ili metoda temelji se na potražnji za uslugama. Ovaj pristup oslanja se na promatrane stope korištenja zdravstvenih usluga za različite skupine stanovništva, primjenjuje te stope na budući profil populacije kako bi se odredio opseg i priroda očekivanih potreba za uslugama koje se onda pretvaraju u potrebno zdravstveno osoblje. Ovdje se može kao primjer navesti porast stope nataliteta koji podredno dovodi do veće potrebe za specijalistima ginekologije koji vode trudnoću i porod te do veće potrebe za specijalistima pedijatrije koji brinu o zdravlju djece od rođenja do 18. godine. U računicu po ovom primjeru treba uračunati i veću potrebu za specijalistima obiteljske medicine koji potom preuzimaju tu djecu za 18 godina. I na kraju, četvrti pristup ili metoda je metoda ciljanih usluga. To je alternativni pristup koji specificira buduće potrebe zdravstvenih usluga i institucija koje ih pružaju na temelju niza pretpostavki i određuje kako se moraju razvijati u broju institucija (pružatelja zdravstvenih ustanova), veličini i broju osoblja. Specijalizirane bolnice ili klinike za specifične bolesti s dovoljnim brojem zdravstvenih djelatnika koji mogu pokriti potrebe stanovništva na toj klinici, npr. klinika za psihijatriju, klinika za srčane bolesti, klinika za prevenciju debljine i sl. (Models and Tools for HR in Healthcare, 2010:8-9).

Menadžeri ljudskih resursa u zdravstvenim sustavima trebaju biti realni i odrediti koje su varijable najpodložnije političkoj intervenciji i onda njih kao takve ne uzeti kao dominantne pri

odlučivanju kako da plan bude realan, a ne manipuliran politikom. U projekcijama radne snage, kada se govori o ponudi (zdravstvenih usluga koje provode zdravstveni djelatnici), treba voditi računa o broju novih sudionika u zdravstvenoj radnoj snazi; kapacitetima za proizvodnju različitih vrsta zdravstvenih djelatnika u budućnosti te njihovom zapošljavanju u zdravstvenoj industriji; treba također ukalkulirati stope gubitaka zbog umirovljenja, emigracije, smrti ili odlaska prije umirovljenja. Upravo zbog navedenog potrebno je dubinsko proučavanje tematike migracija i razloga zašto zdravstveni djelatnici migriraju, kako politike upravljanja ljudskim resursima utječu na to njihovo kretanje iz jednog u drugi zdravstveni sektor ili pak unutar istog zdravstvenog sektora. Naravno da sama implementacija ranije predstavljenih pristupa (metoda) ima široku lepezu kompleksnosti i da je potrebno učiniti brojne kompromise i pojednostaviti određene varijable.

Upravo iz tog razloga, kod implementacije ovih pristupa koriste se neke dodatne probrane metode i alati. Jedan od alata koji se koristi i koji preporuča SZO jest metodologija pokazatelja radnog opterećenja potreba za osobljem. Za ovaj je alat karakteristično postavljanje standarda provođenja aktivnosti za zapošljavanje novog zdravstvenog kadra u budućem vremenskom periodu temeljenog na potrebama stanovništva. Dakle, planiranje zapošljavanja ne bi se trebalo temeljiti na kapacitetima ustanove (npr. broj kreveta i sl.), već na samom korištenju tih usluga (potrebama stanovništva). Cilj kod upotrebe ovog alata jest odrediti norme za zapošljavanje temeljene na radnom opterećenju. Drugi alat koji SZO predlaže je analiza trendova pri kojoj se koriste promatrani trendovi kao pretpostavka za predviđanje budućnosti. Takve tehnike najčešće se koriste za predviđanje vjerojatnog rasta u privatnom zdravstvenom sektoru (procjena rasta privatnog sektora, promjene u ekonomskom statusu, no i promjene u očekivanjima stanovništva u pogledu zdravstvene skrbi). Treći je alat regresijska analiza koja se koristi za razvoj primjerice baze informacija i dokaza za usmjeravanje planera i menadžera ljudskih resursa u zdravstvu. Meta analiza idući je predloženi alat SZO-a, tehnika za procjenu i usklađivanje potencijalnih varijacija koja pruža kvalitetnije mjerenje metrike zdravstvene radne snage. U menadžerskim se redovima smatra da su najsnažniji dokazi o učinkovitosti različitih kombinacija vještina studije koje koriste upravo meta alate. Idući je alat ekonometrijska analiza koja primjenjuje statističke tehnike usmjerene na predviđanje potražnje stanovništva za liječnicima s obzirom na predviđeni budući rast nacionalnog dohotka zemlje. Posljednji alat koji SZO predlaže jest jednostavni model za razmatranje drugih zdravstvenih aspekata, kao što je primjerice utjecaj neke

zarazne bolesti na radnu snagu i troškove usavršavanja i obrazovanja novog zdravstvenog kadra (Models and Tools for HR in Healthcare, 2010).

6.1.2. Provedba planova, strategija i projekcijskih modela u zdravstvu

Projekcijskim modelima menadžeri prezentiraju održive prijedloge politika upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu. Bitni su podaci, koji se uzimaju u obzir prilikom izrade projekcija, demografija, epidemiologija, zalihe i tokovi zdravstvene radne snage, naknade i ostali tekući troškovi, gospodarski rast i ekonomski podaci privatnog zdravstvenog sektora. Kod demografskih podataka uzima se broj stanovnika, raspored stanovništva prema spolu i dobi i očekivana stopa rasta stanovništva. Kod epidemioloških podataka razmatraju se glavni uzroci morbiditeta i mortaliteta i očekivane promjene u obrascima bolesti. Zalihe i tokovi zdravstvene radne snage uključuju ukupan broj osoblja za svaki kadar u javnom i privatnom zdravstvenom sektoru, raspored osoblja prema spolu i dobi, očekivani godišnji postotak odlaska za svaku kategoriju osoblja tijekom planskog razdoblja i broj novih diplomanata iz područja zdravstva. Kod podataka iz domene naknada i ostalih tekućih troškova uzima se u obzir platni razred za svaku vrstu osoblja, trenutna prosječna godišnja primanja za svaku od kategorija osoblja uključujući sve plaće i druge beneficije te projicirane promjene u godišnjim realnim troškovima plaća. Gospodarski rast uključuje nacionalni bruto dohodak za trenutnu godinu, prosječna predviđanja godišnje postotne promjene nacionalnog bruto dohotka u planskom razdoblju, ukupni tekući rashodi za javni zdravstveni sektor u cjelini, ukupni tekući izdaci javnog zdravstvenog sektora za osoblje te predviđene promjene takvih rashoda tijekom planskog razdoblja. Ekonomski podaci privatnog zdravstvenog sektora služe za usporedbu s istim podacima javnog zdravstvenog sektora (Models and Tools for HR in Healthcare, 2010:10).

Podatci o rezultatima programa zdravstvenog obrazovanja i osposobljavanja dostupniji su, dok je, primjerice, izazov dobiti detaljne podatke za mjerenje stope odljeva radne snage i kretanja osoblja između javnog i privatnog zdravstvenog sektora. Veliki broj zdravstvenog osoblja smješten je izvan zdravstvenih ustanova, a broji se u ukupnom broju zdravstvenog kadra (npr. vladina ministarstva i odjeli, područni uredi za zdravstvo, uredi za javno zdravstvo, zdravstvene usluge pri oružanim snagama, upravljanje i podrška nevladinim organizacijama koje pružaju zdravstvene usluge, istraživački instituti, obrazovanje i osposobljavanje, samozapošljavanje i dr.). U mnogim je zemljama

planiranje i provedba upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu doživjelo ograničen uspjeh zbog problema poput nedovoljne pažnje pri procesu planiranja, nedostatka pristupa i korištenja prikladnih metoda i alata planiranja za rješavanje izazova, nedostatka odgovarajućih i točnih podataka i informacija poput onih koje se odnose na ponudu radne snage, raspoređivanja, zadržavanja i odljeva osoblja, produktivnosti osoblja, potrebe za uslugama i ponuda istih, niske razine uključenosti sudionika u procesu planiranja, nedostatnog zagovaranja za privlačenje sredstava za provedbu i dr.

6.2. Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvenim ustanovama

Zdravstveni sustav po obliku je također organizacija, a zdravstvene usluge temelj su poslovanja te organizacije. Kako bi zdravstveni sustav napredovao i dalje se razvijao, no istovremeno bio uspješan, zdravstvene usluge trebaju biti stručno i kvalitetno pružene. Zadovoljstvo pacijenta pruženim zdravstvenim uslugama pokazatelj je kvalitete istih. Upravo iz gore navedenog zdravstvene ustanove trebaju kontinuirano ulagati i razvijati svoje ljudske resurse jer to je njihov glavni operacijski sustav te bez ljudskog faktora on ne može ni postojati. Tri ključne točke za razvoj i produktivnije upotrebljavanje ljudskih resursa jesu pomoć kod odabira zanimanja i poslova sukladno sposobnostima svake osobe, zatim kod primanja osoba u obrazovne programe ili poslove bitno je pažljivo birati kompetentnosti osobe koja se prima na program odnosno posao te kao treće sustavno obrazovanje i educiranje osoba. (Rajković, 2017:5). Navedena tri načina čine temelj na kojem se temelji strategija razvoja ljudskih resursa.

Sami početci upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu krenuli su u SAD-u početkom 20. stoljeća te su bili prilično skromni, tek pokoja edukacija te mali pomaci u administrativnom dijelu. Danas su pak u cilju što boljeg formalnog osposobljavanja za upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu uvedeni specijalistički poslijediplomski studiji kojima se stječu potrebna znanja i vještine iz područja zdravstvenog menadžmenta i upravljanja ljudskim resursima. U SAD-u je nastao i pojam Potpuno upravljanje kvalitetom (eng. *Total Quality Menagement*). Prema definiciji Potpuno upravljanje kvalitetom jest jedan od mogućih načina upravljanja nekom organizacijom na način da se osigurava sudjelovanje svih zaposlenih i međusobna suradnja među radnim grupama s ciljem poboljšanja kvalitete. (Rajković, 2017:10). Potpuno upravljanje kvalitetom danas je moguće i dovodi do uspjeha putem kvalitetnog upravljanja ljudskim resursima, a zdravstvene ustanove moraju razvijati i ulagati u svoje djelatnike te voditi brigu o njihovom zadovoljstvu na radnom mjestu, kao i o

međuljudskim odnosima na radnom mjestu. U situacijama kada se Potpuno upravljanje kvalitetom u upravljanju ljudskim resursima, no i samo upravljanje ljudskim resursima općenito, ne primjenjuju u zdravstvenim ustanovama, dolazi do nezadovoljstva djelatnika, loših međuljudskih odnosa, a sve skupa kao posljedicu dovodi loše zdravstvene usluge koje se pružaju pacijentima (klijentima tih zdravstvenih ustanova).

Upravljanje resursima zdravstvene ustanove aktivnost je usmjerena na rad koji proizvodi učinkovitost iz čega proizlazi kako uloženi resursi rezultiraju maksimalnom učinkovitošću. Glavna je zadaća menadžmenta stoga održati učinkovitost visokom. Primjerice, brojni pacijenti čije su zdravstvene tegobe mogle biti riješene na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a rješavane su u skupljem procesu na sekundarnoj ili tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, ukazuju upravo na neučinkovitost takvog zdravstvenog sustava. Tri su vrste učinkovitosti koje se koriste kao pokazatelji učinkovitosti upravljanja ljudskim resursima, a to su: tehnička učinkovitost, ekonomska učinkovitost te učinkovitost razmjera (Iswanto, 2018:63.-70.). Tehnička učinkovitost omjer je ulaznih i izlaznih faktora s mješovitim ulaznim faktorima, a što je najbolje objasniti na konkretnom primjeru bolničkog liječenja. Primjerice, učinak liječenja stacionarnih pacijenata (ležećih pacijenata u zdravstvenoj ustanovi) ima ulazni faktor u formi različitih kombinacija liječnikovog utrošenog vremena, samih metoda liječenja i dijagnostičkog rada, a sve u cilju utvrđivanja koliko (vremena, liječenja i dijagnostičkog rada) je potrebno utrošiti kako bi se postigao rezultat (izlazni faktor) postizanja najkraćeg krevetnog dana. Upravo se tehnička učinkovitost zdravstva može promatrati kao pokazatelj uspješnosti neke zdravstvene ustanove.

Ekonomska učinkovitost stremi postizanju najpovoljnijeg ulaznog faktora za postizanje izlaznih faktora. Kako postoje situacije gdje dva različita ulazna faktora mogu imati isti trošak, isto znači kako zdravstvena ustanova može istovremeno biti ekonomski učinkovita, no ne i tehnički učinkovita. Primjerice, ako se uzme da se dva stacionarna pacijenta s istom dijagnozom liječe kod dva različita liječnika, koji unose različite ulazne faktore u formi vremena liječenja, metoda liječenja, dijagnostike i sl., od kojih jedan pacijent postiže brže znakove ozdravljenja i poboljšanja zdravstvenog stanja, a drugi nešto sporije, ostvarena je pretpostavka da je ekonomski učinkovitost postignuta u oba slučaja u smislu troška. Međutim, tehnička učinkovitost u tom smislu nije zadovoljena jer će jedan pacijent ranije napustiti bolnički krevet od drugoga. Učinkovitost razmjera obuhvaća, pak, cijeli

sustav proizvodnje izlaznih faktora (rezultata) uz najniže troškove. Dva su načina za njezino postizanje, kratkoročno ili dugoročno.

6.3. Alokacija i razvijanje ljudskih resursa u zdravstvu

Problematika kod alokacije ljudskih resursa u zdravstvenim ustanovama povezana je s dodijeljenim budžetom i drugim resursima koje zdravstvena ustanova ima, a sve u cilju ostvarivanja maksimalnih rezultata uz istovremeno ostvarivanje jednakosti. Kod alokacije sredstava prate se potrebe svake od zdravstvenih ustanova za ljudstvom te se sukladno tim potrebama alociraju ljudski resursi. Primjerice, ako Vlada procijeni da će 100 liječnika diplomirati tijekom godine dana, onda ta ista Vlada treba napraviti plan alociranja tih 100 liječnika domovima zdravlja i bolnicama po potrebi. Cilj ovakve alokacije jest ostvariti maksimalan učinak svih opcija distribucije tih 100 liječnika (Iswanto, 2018:11-21).

S druge strane, razvijanje ljudskih resursa u zdravstvu ključno je za osiguranje dostatnog broja zdravstvenih stručnjaka i ekonomičnije od zapošljavanja zdravstvenih djelatnika koji dolaze na zamjenu, dodatni posao ili pak angažiranja umirovljenih zdravstvenih djelatnika za rad. Obuka, kao jedan od glavnih formi upravljanja ljudskim resursima, ekonomski je skupa te sadrži dva oblika troškova – izravne i neizravne troškove. Izravni su troškovi plaće zdravstvenih djelatnika za vrijeme dok su na obuci, a u tom vremenu ne obavljaju praktični rad, troškovi edukatora, mjesta obuke, razvoja kurikuluma obuke, administracija polaznika i edukacijskih programa. Neizravni su troškovi razlike u vremenima trajanja obuke, promjene u jediničnoj produktivnosti, varijacije učinkovitosti, razlike u korištenju resursa te režijski troškovi.

Kako bi obuka bila optimalna, ona mora sadržavati sudionike obuke koji obuku shvaćaju i prihvaćaju ozbiljno, treba uključivati pripremu, strategije poučavanja, evaluaciju metoda, kompetentnog edukatora i kvalitetan sadržaj obuke, te na kraju, treba sadržavati radno mjesto na kojem će se rezultati obuke praktično aplicirati. Primjerice, obuka specijalista onkologije iz RH u jednoj od najboljih svjetskih onkoloških bolnica u Houstonu u Texasu za rad na radijacijskom aparatu za koji bolnica, u kojoj je taj specijalist primarno zaposlen, nema financijskih mogućnosti za nabaviti ga ekonomski je neučinkovita, tehnološki neučinkovita te čini takvu obuku neoptimalnom.

Razvojne aktivnosti ljudskih resursa ne uključuju samo obuku te je potrebno najmanje 12 vrsta aktivnosti za razvoj ljudskih resursa koje zdravstvena ustanova treba moći ponuditi svojim djelatnicima. Neke od njih su: izvanbolnička obuka (dva puta godišnje obuka izvan bolnice u kojoj je djelatnik zaposlen), studijski posjeti (mogu biti opći ili specifični), znanstveni skupovi, interna obuka unutar zdravstvene ustanove, sastanak ili obuka na određenim odjelima, specifične grupne aktivnosti (npr. grupa pjevanja, sportske grupe, klub ljubitelja stranih jezika, programi razvoja emocionalne inteligencije i dr.), zdravstveni odgoj i priprema edukativnih materijala za pacijente, potpora studiranju, aktivnosti s upravom, razvoj zajednice na radnom mjestu, promocija zdravlja u cilju prevencije, podrška za korisnike zdravstvenih usluga (pacijente), itd. (Iswanto, 2018:89-90).

6.4. Strateško planiranje ljudskih resursa u zdravstvu

Cilj je zdravstva optimizirati uspjeh kroz planiranje, a u koju svrhu se pristupa strateškom planiranju ljudskih resursa u zdravstvu. Ciljevi koji se postavljaju su: uspostava vizije i misije usmjerene na zadovoljenje zdravstvenih potreba stanovništva, definiranje temeljnih vrijednosti kao temelja pružanja zdravstvene skrbi te procjena okruženja definiranjem SWOT analize. Polazišne točke pri tome su definirati ključne strategije pozicioniranja, napraviti nacrt ciljeva, strategija, polazišnih točaka i programa te primijeniti procese praćenja performansa i upravljanja potrebnim poboljšanjima za optimizaciju željenih rezultata (Sommers, 2013:3). Zdravstvena skrb temelji se na jasnoj viziji i misiji te planu. Specificiraju se željeni mjerljivi ciljevi i polazišne točke. Različitim evaluacijskim metodama mjere se ciljevi temeljeni na učinku. Utvrđuju se razlike između željenih i stvarnih ishoda barem jednom godišnje. Ono što je bitno je kontinuirano raditi na poboljšanju kvalitete. Potrebno je pratiti napredak prema definiranim ciljevima te održavati odgovarajuće aktivnosti i poboljšavati radnje za koje se utvrdi da su niže kvalitete od onih koje su procijenjene kao zadovoljavajuće.

Planiranje kao proces koristi se za vođenje zdravstvenog sustava s trenutne točke gdje se isti nalazi u neku željenu točku u budućnosti za primjerice pet ili deset godina. Kako planiranje s obzirom na rok ostvarivosti određenog plana treba pružiti cjelovitu sliku budućeg smjera neke organizacije, strateško razmišljanje postaje glavni način razvijanja planova te boljeg pozicioniranja zdravstvenog sustava korištenjem prednosti konkurentnosti zdravstvenih planova. (Sommers, 2013:300). Sam proces strateškog planiranja identificira misiju i viziju za budućnost i definira ciljeve i kao odredišne točke koje treba postići kako bi praksa napredovala.

6.4.1. Strateško planiranje razvoja zdravstva na primjeru jedne zdravstvene ustanove

Na samom početku planira se razvoj misije i vizije zdravstvene ustanove. Izjava kojom se definira misija daje sažetak onoga što se očekuje dugoročno, dok izjava kojom se definira vizija ocrta nade i snove za budućnost medicinske prakse. Primjerice, da liječnička praksa nastavi biti inovator u pružanju skrbi vodstvom u istraživanjima i edukaciji, ili razvijanjem prikladnih izvanbolničkih usluga sukladno potrebama stanovništva ili postizanjem visokog stupnja konkurentnosti u cilju postizanja statusa prvog izbora kod pacijenata putem uvođenja iznimno visokog standarda skrbi za pacijente. Nakon definiranja misije i vizije izrađuje se nacrt temeljnih vrijednosti. Temeljne vrijednosti ocrtavaju očekivanja zdravstvene ustanove za svakoga pojedinca unutar iste, a to su: predanost integritetu (pridržavanje vlastitim etičkim i profesionalnim standardima), predanost zaslugama (jedinstvo djelatnika kod vrednovanja misije, vizije, ciljeva i strategije), predanost otvorenosti (koja označava slobodu izražavanja mišljenja, razmišljanja i zauzimanja stavova), predanost jednakim mogućnostima (jednake mogućnosti za sve bez diskriminacije), predanost odgovornom korištenju resursa (potiče se ekonomično korištenje ljudskih, financijskih i drugih resursa) te predanost učenju (predanost i motiviranost koncepta cjeloživotnog učenja i usavršavanja).

Strateški plan redovito se pregledava i mijenja prema potrebi. Strateški plan sastoji se od: ciljeva, SWOT analize, strategija, metoda i programa. Kada se govori o ciljevima kod strateškog planiranja ljudskih resursa u zdravstvu, važno je da su isti postavljeni sukladno zahtjevima i potrebama određene zdravstvene ustanove. Primjerice, liječnici neke zdravstvene ustanove trebaju za ciljeve imati: osiguranje jedinstvenog medicinskog vodstva i strateškog usmjeravanja, pružanje zdravstvene skrbi i zdravstvenih usluga visoke kvalitete, poboljšanje unutarnje politike zdravstvenih ustanova i vanjskog imidža zdravstvene ustanove, povećanje baze pacijenata poboljšanjem usluga, samih objekata i tehnologije, ojačanje financijskog položaja, zapošljavanje kvalificiranog osoblja koje podržava ovakvu viziju i misiju te pojačanje aktivnosti trajne medicinske izobrazbe. SWOT analiza, točnije analiza snaga, slabosti, prilika i prijetnji s kojima se zdravstveni sustav suočava i s kojima mora i upravljati. Strategije su pak pristupi koje liječnici poduzimaju u cilju rješavanja problema, dok su metode i programi zapravo specifični načini rješavanja SWOT analize i same provedbe strategija.

6.5. Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu na primjeru Kraljevine Švedske

U Švedskoj se podupire premisa kako zdravstveni sustav zemlje predstavlja temeljne društvene norme i vrijednosti njezinih građana te da je zdravstveni sustav ogledalo društva. Zadnjih trideset godina Švedska je mnogo radila na stvaranju snažnijeg okvira primarne zdravstvene zaštite i preventive bolesti. Švedsko društvo počiva na načelima jednakosti (šved. *jämlikhet*) i sigurnosti (šved. *trygghet*) (Saltman i Bergman, 2005:253). Švedsko je razmišljanje da temeljne društvene vrijednosti u poveznici s nacionalnom kulturom igraju ključnu ulogu u definiranju strukture postojećih institucija zdravstvenog sektora te rasponu izvedivosti političkih opcija kojima se te institucije mogu modificirati. I u Švedskoj vlada zabrinutost oko dugoročne održivosti sadašnjeg zdravstvenog sustava koji je 80 % financiran iz poreza građana i to zbog starenja stanovništva (sve veće grupe 65+ i 85+). Inicijative koje predlaže švedsko nacionalno povjerenstvo za javno zdravstvo nastoje spriječiti individualna i društvena stanja koja vode do lošeg zdravlja (npr. dugoročna tercijarna preventivna intervencija zbog smanjenja štetnih čestica u zraku ili npr. kontrola razine kontaminacije pesticidima u hrani i sl.). Opći ciljevi zdravstvene politike su: 1) poticati promotivne i preventivne aktivnosti (unutar i izvan zdravstvenog sektora), 2) osigurati jednak pristup zdravstvenim uslugama visoke kvalitete (također i za ljude koji žive u rijetko naseljenim područjima i s ograničenim ekonomskim resursima) te 3) poboljšati prijelaz s bolničke skrbi na izvanbolničku skrb (Saltman i Bergman, 2005:255-269).

Švedska je sedma država u EU po broju liječnika po stanovniku, ukupno 4,3 liječnika na 1000 stanovnika prema OECD-u za 2021. godinu. Liječnici u Švedskoj primaju najmanji broj pacijenata po liječniku u usporedbi s ostalim europskim zemljama. Primjerice, liječnik u Švedskoj koji radi u javnom zdravstvenom sektoru pregleda 704 pacijenata godišnje u usporedbi s prosjekom EU koji iznosi 2145 pacijenata godišnje po liječniku. Ukupan broj pacijenata dnevno po liječniku tijekom normalnog radnog vremena u godini, od 220 radnih dana, jest 3,2 pacijenta po danu po liječniku u usporedbi sa 9,8 pacijenata po danu po liječniku u ostalim članicama EU. S obzirom na to da liječnici rade i administrativni posao vezan uz pacijente i fizički pregled pacijenta, broj pacijenata koje trebaju dnevno pregledati ograničen je. Liječnici u Švedskoj rade po principu tridesetominutnog modela rada prema kojem svaki pacijent ima pravo na barem trideset minuta vremena s liječnikom (Antti i Köhler, 2017:1). Smatra se da liječnici rade intelektualni posao te da su efektivniji i učinkovitiji kada imaju

više vremena po pacijentu, a isto znači da broj pacijenata koji mogu pregledati unutar radnog vremena mora biti ograničen. Broj liječnika u Švedskoj je narastao s 24 000 liječnika 2003. na 40 000 liječnika 2014. godine. U 2019. godini Švedska je imala 42 500 liječnika (Svenska läkarsällskapet, 2022:17). Javno zdravstvo u Švedskoj financira se 80 % od strane države (iz poreza) i 20 % od pacijenata (privatno zdravstveno osiguranje, dopunsko osiguranje, posebni zahvati i sl.) (Antti i Köhler, 2017).

Liječnici u Švedskoj dijele se na starije specijaliste (s više godina iskustva), na specijaliste, specijalizante, licencirane liječnike bez specijalizacije, liječnike na stažu, obiteljske/distriktne liječnike i štafetne liječnike koji rade svugdje unutar zemlje u periodima kada je potrebno. U Švedskoj su menadžeri upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu primijetili poveznicu između apsentizma i zadovoljstva na poslu, odnosno da su oni djelatnici koji više izostaju s posla manje zadovoljni svojim trenutnim radnim mjestom i obrnuto. Šveđani žele spriječiti pojavu sindroma sagorijevanja na poslu i smatraju da osobe koje su zadovoljne na svom radnom mjestu i rade optimalno, bez rizika sagorijevanja, mogu pružiti efektivnije i produktivnije usluge. Stres je faktor koji pridonosi sagorijevanju na poslu. Ranije studije pokazale su da faktori poput obujma posla, pritiska vremenskih okvira i sukobi na radnom mjestu izazivaju stres i sindrom sagorijevanja više nego susreti s pacijentima. Sagorijevanje je snažno povezano sa stresom te zadovoljstvom na radnom mjestu i angažmanom na radnom mjestu (Maslach, et al., 2001:399).

Nagrada (kod liječnika je to adekvatna plaća i beneficije) je uobičajen način motiviranja ljudi da obavljaju svoje radne zadatke na efektivniji način i da samim time postižu i bolje rezultate. Dobra učinkovitost može voditi do nagrade koja pak vodi do zadovoljstva na radnom mjestu. Nagrade u švedskom zdravstvenom sustavu mogu biti vanjske (novčane nagrade) ili unutarnje (nematerijalne nagrade). Npr. unutarnja nagrada može biti pozitivan osjećaj koji dugo traje, a koji nastaje pohvalom nakon dobro obavljenog posla. Sustav nagrađivanja, koji se gradi na učinku/rezultatu, zahtijeva konstantni razvoj i kvalitete i kvantitete. U švedskim organizacijama također se iznimno vodi računa o organizacijskoj kulturi. Ako je organizacijska kultura narušena, onda ona utječe na sve djelatnike i promjena ponašanja samo jednog djelatnika ne može promijeniti organizacijsku kulturu organizacije. Postoji mišljenje da ako se s kulturom neke organizacije postupa na pravi način, ona može biti ultimativni strateški pristup i moćno konkurentsko oruđe za većinu organizacija. „*Culture eats*

strategy for breakfast“ u značenju da je kultura neke organizacije iznad strategije. Primjena strategija neće rezultirati uspjehom dok god kultura organizacije ne bude uređena (Antti i Köhler, 2017:57-60).

Upravljanje zdravstvom u Švedskoj u nadležnosti je županija i općina i one imaju slobodu i mogućnosti stvoriti dobar i dostupan zdravstveni prijem s dobrom kvalitetom. Strateško dugoročno upravljanje u zdravstvu najvećim se dijelom tiče promjena, postavlja se uvijek pitanje koji problemi su prioritet i moraju se prvi rješavati. Oni koji upravljaju zdravstvom moraju biti svjesni da se promjene događaju stalno i da moraju gledati prema naprijed. U Švedskoj je 2004. godine napravljeno istraživanje o mišljenju švedskih studenata medicine o stanju u švedskom zdravstvenom sistemu. Kao pozitivno ističu linearnu hijerarhiju koja postoji u švedskom zdravstvenom sustavu i prema kojoj su svi jednako važni. Početkom 2000-tih godina u švedskom zdravstvenom sustavu bili su značajni rezovi kojima je smanjen broj zaposlenih djelatnika u javnom zdravstvenom sektoru (Holmström, et al., 2004:6). Plan je bio da se smanji broj djelatnika i novac preusmjeri u novu tehnologiju i nove kirurške usluge, međutim, takvo smanjenje broja djelatnika dovelo je do nezadovoljstva pacijenata i potrebe ponovnog zapošljavanja još većeg broja zdravstvenih djelatnika. Naime, shvatilo se i još jednom potvrdilo da rast, razvoj i uspjeh neke organizacije, pa tako i zdravstvene, leži u njezinim djelatnicima. Upravo u tom razdoblju i počinje sve veće ulaganje Švedske u obrazovanje većeg obujma vlastitog medicinskog kadra kao i inozemne regrutacije medicinskog kadra iz drugih država EU.

6.6. Zdravstveni sustav u RH

Svaki zdravstveni sustav u svijetu treba pronaći model za optimizaciju ljudskih i ekonomskih resursa i specifičnosti svoga podneblja. Zdravstveni sustav u RH funkcionira kao javna služba bez komercijalnog karaktera. Osnovna načela na kojima počiva hrvatski zdravstveni sustav su načelo sveobuhvatnosti (obuhvaća sveukupno stanovništvo RH), načelo kontinuiranosti (stalan pristup zdravstvenim uslugama građanima svih životnih dobi), načelo dostupnosti (dostupnost u cijeloj RH npr. granične regije, otoci, dislocirana mjesta i sl.), načelo cjelovitog pristupa kroz primarnu zdravstvenu zaštitu te načelo specijalističkog pristupa kroz bolničku specijalističko konzilijarnu zdravstvenu zaštitu. Zdravstvo u RH dijeli se na primarnu zdravstvenu zaštitu, sekundarnu zdravstvenu zaštitu (specijalističko konzilijarni pristup), tercijarnu zdravstvenu zaštitu (bolnička

zdravstvena zaštita koja uključuje najsloženije zahvate, održavanje nastave i znanstveni rad) te razina zdravstvenih zavoda (Bogut Barić, 2018:3). Zdravstveni sustav u RH financira se prema Bismarck i Beveridge sustavu financiranja iz doprinosa 15 % te iz općeg poreza. Zdravstveno osiguranje može biti obvezno osiguranje i dobrovoljno (dopunsko, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje). Stanovnici u RH samostalno odabiru liječnika obiteljske medicine, primarnog ginekologa, primarnog pedijatra i doktora dentalne medicine. Unatoč brojnim reformama zdravstvenog sustava, od 1991. godine i dalje postoje problemi nedostatnih financijskih sredstava i neodgovarajućeg sustava pružanja zdravstvene zaštite. „RH izdvaja za zdravstvo 852,00 USD po stanovniku i na 24. je mjestu u EU. U razdoblju od 2010. do 2015. godine RH je bila na drugom mjestu, odmah iza Grčke, sa smanjenjem zdravstvene potrošnje po stanovniku za 24,3 %“ (Bogut Barić, 2018:10-12).

U hrvatskom zdravstvu javljaju se problemi poput deficita zdravstvenih djelatnika, nejednakosti u mogućnosti pristupa zdravstvenim uslugama, jazu između ruralnog i urbanog zdravstva te financijskom nestabilnosti zdravstvenog sustava. Unutarnje i vanjske migracije kao i negativni prirodni prirast u RH zadnjih deset godina rezultirali su smanjenjem broja stanovnika u RH. Kako je i ranije u radu rečeno, da zdravstveni sustav neke zemlje čini ogledalo te zemlje, tako i ovdje treba istaknuti kako je porast broja stanovnika izravno povezan sa stabilnošću zdravstvenog sustava neke zemlje, dok pad broja stanovnika ukazuje na nestabilnost zdravstvenog sustava. RH ima visoke stope smrtnosti od kroničnih nezaraznih bolesti što ukazuje također na problematiku organizacije u zdravstvenom sustavu koji bi pri boljoj organizaciji pružao bolje usluge prevencije i zdravstvene skrbi, ali i ranijeg otkrivanja bolesti.

6.6.1. Upravljanje ljudskim resursima u hrvatskom zdravstvu

Dobro planiranje i upravljanje materijalnim i ljudskim resursima od iznimne je važnosti za postizanje uspješnijeg funkcioniranja samog zdravstvenog sustava neke zemlje. I zdravstveni sustav i pružanje zdravstvene zaštite pacijentima pod utjecajem su učinkovitog upravljanja materijalnim i ljudskim resursima sa svrhom pružanja pravovremenih i pravilno usmjerenih zdravstvenih usluga. Ljudski resursi predstavljaju najvažniji ulazni parametar u upravljanju sustavom. U RH su izdatci za zaposlene najveći udio u ukupnim izdacima za zdravstvenu zaštitu, 70 % ukupnih izdvajanja ide za plaće zaposlenih (Bagat, 2016:6). U javnofinanciranim sustavima zdravstva, potrošnja za zdravstvo

izravno utječe na sposobnost upravljanja ljudskim potencijalima. Učinkovito upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu utječe na ekonomski razvoj i napredak cijele zemlje te je u izravnoj korelaciji s održivošću financiranja zdravstva. Financijska nestabilnost zdravstvenog sustava jedan je od razloga za određivanje reformacijskih mjera za reformu zdravstvenog sustava i tu je kao jedna od prioriternih mjera uvrštena i reforma (u RH zapravo uspostava) funkcije upravljanja ljudskim resursima u zdravstvenom sustavu. U Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva u RH 2012-2020 te u Strateškom planu razvoja ljudskih resursa u zdravstvu RH 2015-2020 istaknute su manjkavosti hrvatskog zdravstva upravo zbog nedostatka adekvatnog sustava upravljanja ljudskim resursima u zdravstvenom sustavu.

Planiranje i upravljanje ljudskim resursima ima za svrhu osigurati potreban broj djelatnika određenih kvaliteta i sposobnosti potrebnih za obavljanje nekog posla na pravom mjestu u pravo vrijeme s ciljem zadovoljenja potreba stanovništva. Ako ovu definiciju gledamo kroz prizmu zdravstvenog sustava, ista bi podrazumijevala potrebu točne procjene potrebne radne snage u zdravstvu koja bi zadovoljila potrebe stanovništva za zdravstvenim uslugama. Upravljanje ljudskim resursima ima tri vrste karaktera: strateški, razvojni i dugoročni. Strateški karakter ili strateško upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu ima za cilj postići apsolutno ostvarenje postavljenih ciljeva te ravnotežu odnosa javnog interesa te zadovoljenja potreba i interesa zdravstvenih djelatnika. Razvojni karakter upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu podrazumijeva konstantno ulaganje u obuku, usavršavanje i daljnje razvijanje djelatnika i usluga koje pružaju, dok dugoročni karakter upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu predstavlja planiranje i projekcije zdravstvene radne snage za naredni period od deset ili dvadeset godina. Predlaže se razvijanje modela simulacije potrebnog broja specijalista različitih specijalnosti u RH do 2035. godine temeljeno na očekivanim promjenama u strukturi veličine i starosti populacije te prema procjenama stručnjaka o mogućim potrebama. Predlaže se da simulacija ima različite scenarije specijalističkog usavršavanja liječnika s obzirom na faktore migracija, promjene godina umirovljenja i općenito očekivanog životnog vijeka stanovništva kako bi se usporedile različite mogućnosti i opcije za oporavak hrvatskog zdravstvenog osoblja (Relić, 2016:798-799).

U RH planiranje ljudskih resursa na razini zdravstvene ustanove i zdravstvenog sustava općenito je u nadležnosti Ministarstva zdravstva (MZ). Kod zapošljavanja i kod specijalističkog

usavršavanja prvo se traži suglasnost MZ-a, tek potom se raspisuje natječaj i po pronalasku odgovarajućeg kandidata odvija se proces zapošljavanja. Planiranje ljudskih resursa uvijek kreće od trenutne situacije u zemlji i izazova koji su aktualni. U zdravstvenom sustavu RH postoje sljedeći izazovi: dostupnost podataka, demografski, financijski, koordinacijski, implementacijski i distribucijski. Izazov dostupnosti podataka osvrće se na nepostojanje jedinstvenog registra sveukupnog zdravstvenog osoblja u RH. Trenutni demografski izazov za zdravstvo RH jest činjenica da najveći broj stanovnika RH čine ljudi treće životne dobi. Financijski izazov jest da je trošak za plaće djelatnika u zdravstvu 70 % ukupnog troška zdravstvene zaštite u cjelini. Koordinacijski izazovi polaze od toga da je zdravstveni sustav u RH decentraliziran, a opet se obuka i usavršavanje zdravstvenih djelatnika odvija centralizirano, najvećim dijelom u glavnom gradu Zagrebu. Iz toga zato proizlaze i implementacijski izazovi jer je teško implementirati zdravstvene strategije zbog djelomične decentralizacije zdravstva (postojanje različitih propisa, akata, zakona i samog vlasništva nad zdravstvenim ustanovama). Distribucijski izazovi tiču se urbano ruralnih razlika koje rezultiraju nemogućnošću zadovoljavanja potreba za zdravstvenim djelatnicima u ruralnim područjima (Bagat, 2016:20-21).

Zakonodavni okvir upravljanja ljudskim resursima u hrvatskom zdravstvu sadrži niz propisa i akata kojima se regulira područje ljudskih resursa u zdravstvu. Dva polazna zakonodavna akta su Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o radu. Ta dva zakona su temelj iz kojih proizlaze svi ostali zakoni, propisi i akti za područje zdravstva u RH. Primjerice, Zakon o liječništvu, Zakon o djelatnicima u zdravstvu, Zakon o sestinstvu, itd. Zdravstvo je u RH javna služba, a funkcioniranje istoga većim dijelom uređeno je „Temeljnim kolektivnim ugovorom za službenike i namještenike u javnim službama“. Uz navedeni kolektivni ugovor, egzistira i još jedan kolektivni ugovor usmjeren upravo na zdravstvene djelatnike, i to „Kolektivni ugovor za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja“. Standardi za svaku djelatnost unutar hrvatskog zdravstvenog sustava uređuju se različitim Pravilnicima. Pravilnicima se uređuju i područja obrazovanja u radnom odnosu kao što su pripravnički staž (ranije) i specijalističko usavršavanje, primjerice liječnika/doktora medicine i dr.

U Hrvatskoj se kao glavni alat upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu koristi Mreža javne zdravstvene službe (Mreža) te Mreža hitne medicine i Mreža ugovorne medicine rada. (Bogut Barić, 2018:26). Mreža jest dokument koji donosi Ministarstvo zdravstva, a kojim se propisuje potreban i

najveći broj pružatelja zdravstvene zaštite u RH. Tako propisani podatci u Mreži dalje se koriste kao osnova za sklapanje ugovora između Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) i različitih pružatelja zdravstvene zaštite (bolnica, ordinacija, domova zdravlja i sl.). Mreža se planira i određuje prema različitim mjerilima poput demografije, zdravstvenog stanja nacije, ukupnog broja stanovnika i zdravstveno osiguranih osoba, socijalne strukture, karakteristika pojedinih područja, raspoloživih ljudskih resursa, gospodarskih prilika i utjecaja okoline na zdravlje stanovnika. (Bogut Barić, 2018). Manjkavost kod sistema Mreže jest što se izmjene i dopune Mreže vrše svake tri godine i te izmjene i dopune su minimalne te uopće ne prate stvarno stanje broja stanovnika, broja osiguranika, demografiju, epidemiologiju i dr. Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu treba biti organizirano na tri razine i to na makro razini (nacionalna razina), na mezo razini (razina regionalne i područne samouprave) te na mikro razini (razina zdravstvene ustanove/pružatelja zdravstvene zaštite). Sve te tri razine moraju koordinirano upravljati ljudskim resursima u zdravstvu, u skladu s višim razinama i protokolima. Moraju biti jasno definirana prava, obveze i način upravljanja te alati koji se koriste (možda na način donošenja protokola o postupanju u svakoj situaciji, koji bi se trebali sastaviti na mikro razini (razini zdravstvene ustanove) u skladu sa zakonodavnim aktima donesenim na makro i mezo razini).

6.6.2. Model planiranja i upravljanja ljudskim resursima u sustavu javnog zdravstva u RH

Prema istraživanju iz 2016. godine potvrđeno je kako u sustavu javnog zdravstva u RH ne postoji opće prihvaćeni model planiranja i upravljanja ljudskim resursima. U istraživanju je sudjelovalo 134 zdravstvene ustanove u RH od čega je njih 101 vratila popunjen upitnik tako da su rezultati dobiveni na temelju odgovora te 101 ustanove. S obzirom na takav odaziv, rezultati obuhvaćaju 75,4 % svih bolnica, domova zdravlja i zavoda za javno zdravstvo u RH. U zdravstvenim ustanovama koje su sudjelovale u ovom istraživanju zaposleno je ukupno 39 447 djelatnika, točnije 53,0 % ukupnog broja djelatnika u sustavu zdravstva u RH. Prema ispunjenim upitnicima utvrđeno je kako u 36 zdravstvenih ustanova u RH (28,3 %) postoji specijalizirani odjel za upravljanje ljudskim resursima, točnije jedna osoba koja je zadužena za obavljanje poslova upravljanja ljudskim resursima. Točnije rečeno, jedna od funkcija ravnatelja zdravstvene ustanove jest upravljanje ljudskim resursima. U 58 zdravstvenih ustanova (61,7 %) ne postoji niti odjel niti funkcija upravljanja ljudskim resursima, a tim poslovima se bave osobe kojima je upravljanje ljudskim resursima samo jedna od aktivnosti

radnoga mjesta. U tri ustanove je posao upravljanja ljudskim resursima u nadležnosti tajnika, dok se u preostale četiri ustanove nitko ne bavi poslovima upravljanja ljudskim resursima (Bagat, 2016:37-40).

Ukupno 72,3 % osoba koje vode upravljanje ljudskim resursima u ispitanim zdravstvenim ustanovama nemaju završen nikakav oblik formalne edukacije iz područja upravljanja ljudskim resursima. U preostalih 28 ustanova (27,7 %) osoba odgovorna za upravljanje ljudskim resursima ima nekakav oblik formalne edukacije iz područja upravljanja ljudskim resursima. U 49 ispitanih zdravstvenih ustanova (48,5 %) utvrđeno je kako je broj zdravstvenih djelatnika nedovoljan za potrebe te zdravstvene ustanove. U zdravstvenim ustanovama provodi se pet funkcija upravljanja ljudskim resursima koje su ispitivane i to zapošljavanje djelatnika, upravljanje radnom učinkovitošću, motivacija djelatnika, edukacija djelatnika te redovita komunikacija s djelatnicima o upravljanju karijerom. Zapošljavanje djelatnika kao funkcija upravljanja ljudskim resursima provodi se u 95 zdravstvenih ustanova (94,1 %), upravljanje radnom učinkovitošću provodi se u svega 15 zdravstvenih ustanova (14,9 %), motivacija djelatnika u 13 zdravstvenih ustanova (12,9 %), edukacija djelatnika u 60 zdravstvenih ustanova (59,4 %), redovita komunikacija s djelatnicima o pitanjima upravljanja karijerom u 67 zdravstvenih ustanova (68,3 %), dok se u 3 zdravstvene ustanove (3,0 %) ne provodi niti jedna funkcija upravljanja ljudskim resursima. Ispitanici smatraju da se poboljšanje zdravstvenog sustava može postići poboljšanjem postojećih propisa koji reguliraju upravljanje ljudskim resursima u MZ, ukupno njih 76,2 %, odnosno poboljšanjem postojećih propisa u HZZO ukupno njih 58,4 %. Njih 53,5 % smatra da bi donošenje nacionalne strategije planiranja i upravljanja ljudskim resursima poboljšalo upravljanje ljudskim resursima i samo stanje zdravstvenog sustava. Njih 61,4 % smatra kako ravnatelj zdravstvene ustanove nema dovoljno ovlasti za učinkovito planiranje i upravljanje ljudskim resursima (Bagat, 2016:59-67).

Zaključci su ovog istraživanja mnogobrojni. Naime, u organizacijskoj strukturi zdravstvenih ustanova uopće nije prepoznata važnost odjela odnosno funkcije upravljanja ljudskim resursima te u većini zdravstvenih ustanova nije ustrojen odjel niti funkcija upravljanja ljudskim resursima. Osobe koje su trenutno zadužene za planiranje ljudskih resursa u zdravstvu nisu dovoljno educirane o upravljanju ljudskim resursima. U zdravstvenim ustanovama u RH postoji sistematizacija radnih mjesta, no ne i ažurirani opisi radnih mjesta. Ne postoje jasni kriteriji motivacije i nagrađivanja

zdravstvenih djelatnika na temelju radne produktivnosti. Ne postoje jasni kriteriji za upućivanje na edukaciju, niti je osigurano dovoljno sredstava za provođenje edukacije (Bagat, 2016:91-92).

6.6.3. Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. - 2020. u RH

Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu jest operativni dokument donesen od strane Vlade RH. Donošenje strateškog plana predloženo je Nacionalnom strategijom razvoja zdravstva 2012. - 2020. koja je zajedno s nacionalnim planom razvoja KBC-ova, kliničkih bolnica (KB), klinika i općih bolnica (OB) u RH 2015. - 2016. osnova strateškog plana upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. - 2020. ističe važnost jačanja i boljeg korištenja ljudskih resursa u sustavu zdravstva te odobravanja specijalizacija prema jasno utvrđenim potrebama mreže zdravstvenih ustanova u RH. Upravo iz tog razloga je Vlada RH 2015. godine donijela Odluku kojom je usvojen Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. - 2020. s glavnim razlogom problematike nepostojanja jasnog sustava upravljanja ljudskim resursima u sustavu zdravstva i postojanja potrebe za razvojem cjelovitog sustava praćenja ljudskih resursa u zdravstvu koji bi na taj način omogućio bolje projekcije i procjene dostatnosti broja zdravstvenih radnika. Cilj nacionalne strategije jest unaprjeđenje rada i poboljšanje položaja zdravstvenih djelatnika jer bez njih nije moguća ni ostvariva niti odgovarajuća zdravstvena zaštita. Ona primarno želi riješiti pitanje zaštite zdravstvenih djelatnika, njihove vertikalne i horizontalne mobilnosti. Želi se također uvesti obvezno specijalističko obrazovanje i mogućnost rada i nakon dobi za umirovljenje. U samom je dokumentu navedeno kako je „RH zemlja koja prepoznaje zdravstvene djelatnike kao stratešku snagu za održavanje visoke razine pruženih javnih usluga te snažan potencijal za gospodarski razvoj“ (Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. - 2020., 2015:3-7). U RH ne postoji jasan sustav upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu te postoji potreba za stvaranjem cjelovitog sustava praćenja ljudskih resursa u zdravstvu kako bi se moglo bolje i kvalitetnije planirati dostatne brojeve zdravstvenih djelatnika. Dakle, cilj ovoga plana jest stvoriti učinkovit sustav upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu i time postići učinkovitiju, pravedniju i održiviju zdravstvenu zaštitu te podredno bolji ekonomski razvoj zemlje.

Ovim se planom želi realizirati tri načela: načelo dostupnosti, načelo supsidijarnosti i načelo funkcionalne integracije. Načelom dostupnosti želi se osigurati dostatnost ljudskih resursa u sustavu

zdravstva i omogućiti građanima podjednake uvjete zdravstvene zaštite. Načelom supsidijarnosti želi se postarati da se većina zdravstvenih problema rješava na primarnoj razini zdravstvene zaštite te smanjiti postotak upućivanja na specijalističko-konzilijarne preglede. Također, cilj je pridati veću važnost preventivnoj zdravstvenoj zaštiti građana. Načelom funkcionalne integracije želi se potaknuti i razviti međusobnu suradnju između zdravstvenih ustanova u RH kako bi se realizirali ciljevi bolje kvalitete usluga, povećane učinkovitosti, zadovoljstvo pacijenta i pružatelja usluge itd.. Ideja je razviti ljudske resurse u sustavu zdravstva na način da se odrede brojevi osoba i znanja, vještina i obuke za postizanje postavljenih zdravstvenih ciljeva i stanja, postavljanjem odgovarajućih zdravstvenih stručnjaka na odgovarajuće radno mjesto. Time bi se osiguralo svim građanima dostupnost dobre i kvalitetne zdravstvene zaštite. Ciljevi Nacionalnog plana razvoja bolnica propisanih Strateškim planom razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015.-2020. među ostalim su veća dostupnost bolničke zdravstvene zaštite (sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite), zatim unaprjeđenje kvalitete i efikasnosti u pružanju bolničkih usluga te također povećanje djelotvornosti i organiziranija racionalizacija troškova poslovanja svih bolničkih ustanova u RH.

Analiza za ovaj dokument strateškog razvoja ljudskih resursa u zdravstvu napravljena je između sudionika strateškog planiranja (institucije i ljudski resursi) te važnih veza za razvoj ljudskih resursa u zdravstvu (usluge izvan sustava, npr. suradnja s obrazovnim ustanovama i međunarodna suradnja). SZO je u svojim smjernicama upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu predložila prvo postavljanje realnih ciljeva, realizaciju istih te na temelju dobivenih rezultata postavljanje standarda broja zaposlenih i njihove produktivnosti. Za postavljanje realnih ciljeva i za samo planiranje ljudskih resursa u zdravstvu bitno je imati na umu zdravstvene potrebe određenog stanovništva. Primjerice, najčešći poboli hrvatskog stanovništva su od kroničnih nezaraznih bolesti poput kardiovaskularnih bolesti ili malignih bolesti te bi se planiranje ljudskih resursa u zdravstvu trebalo usmjeriti zadovoljavanju tih potreba za prevencijom, ranim otkrivanjem, pravovremenom akcijom i sl. RH također ima i problematiku slabe dostupnosti zdravstvene zaštite u ruralnim područjima i manjim gradovima. „Prema HZZO zdravstvenih radnika ima 59.426, od čega su njih 15.986 (26,9 %) magistri farmacije, 1.665 (2,8 %) liječnici na specijalizaciji, a njih 8.134 (13,69 %) liječnici specijalisti“ (Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. - 2020., 2015:12-13).

U hrvatskom zdravstvu ne prati se suvremeni pristup timskom radu. Potrebno je detektirati deficitarne specijalizacije, primjerice deficit specijalista hitne medicine koji se može riješiti povećanjem broja specijalizacija iz hitne medicine, poboljšanjem uvjeta rada i mjerama zadržavanja istih. Također, potrebna je optimizacija rada na način da se nadomjesti nedostatak liječnika ili pak medicinskih sestara i tehničara drugim profesionalnim grupama. Ili pak dodatno usavršavanje medicinskih sestara i tehničara putem specijalizacija u područjima u kojima rade. Primjerice, u Švedskoj su sve češće specijalizacije za medicinske sestre i tehničare koji se specijaliziraju za određeno područje rada i preuzimaju dio posla od liječnika. Npr. medicinske sestre/tehničari koji su se specijalizirali za anesteziju u Švedskoj rade veliki dio posla što u RH rade liječnici specijalisti anesteziolozi (postavljajne braunile, uspavlivanje, intubacija, vođenje anestezije, buđenje pacijenta) osim pikanja perifernih blokova, pikanja spinala, budne intubacije, uspavlivanja trudnica za akutni carski rez i sl. Kod uspavlivanja teških pacijenata (ASA 3 i 4) te djece anesteziolog je pored njih u sali prilikom intubacije i buđenja. Ako je sve u redu, one ostaju i same vode anesteziju, ali često zovu za pomoć ako imaju nedoumica ili pitanja. Kod spinala za redovan carski rez, anesteziolog pikne spinal i bude u sali dok se dijete ne izvadi, potom ostaju sestre same ako je sve u redu.¹¹ Prema SWOT analizi razvoja upravljanja ljudskim resursima u hrvatskom zdravstvu naglasak je prvenstveno na praćenju, procjeni, zapošljavanju, obrazovanju, razvoju, angažiranju, raspoređivanju, nagrađivanju i poticanju ljudskih resursa u zdravstvu. Kao snage (*engl. strengths*) ističu se visoke razine kontrole od strane MZ i ustrojene komore koje vode registre zdravstvenih radnika (npr. HLK, HZJZ). Kao slabosti (*engl. weaknesses*) ističu se na prvom i vodećem mjestu – nepovezanosti – nepovezanost strukovnih komora, javnih baza podataka, sustava obrazovanja i sl., zatim podatci o postojećem zdravstvenom kadru neredovito su i rijetko ažurirani, nedostaju kriteriji u segmentu odluka za upravljanje i planiranje ljudskih resursa, zatim za nagrađivanje i stimulaciju zdravstvenih djelatnika, zdravstveni djelatnici nezadovoljni su na radnim mjestima, nepostojanje strukovnih kolektivnih ugovora i suvremenih procesa i struktura za upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu. Prilike (*engl. opportunities*) su integracija informacijskog sustava u zdravstvu, delegiranje radnih zadataka u skladu s razinom obrazovanja, unaprijeđenje uvjeta rada te razvoj novih tehnologija koje olakšavaju uvjete rada (primjerice uvođenje platforme e-health). Prijetnje (*engl. threats*) su na prvom mjestu unutarnje i inozemne migracije zdravstvenih djelatnika, pad interesa za zdravstvene profesije, kao i pad interesa

¹¹ Informacije ustupljene od anesteziološkog tima bolnica regije Jönköping, bolnice Jönköping, Värnamo i Eksjö u Švedskoj.

vlasti za upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu. Prijetnje su također situacije demotiviranosti liječnika u manjim sredinama koji ne provode složene tehnike liječenja te s druge strane preopterećenost liječnika u većim sredinama svim slučajevima koji budu proslijeđeni iz tih manjih sredina na liječenje (Kukovec et. al, 2017:6-7). Stres kao glavni čimbenik narušavanja zdravlja zdravstvenih djelatnika također predstavlja prijetnju upravljanju ljudskim resursima u zdravstvu zbog npr. preopterećenosti, manjka komunikacije na odjelu među djelatnicima, demotiviranosti, smjenskog rada za djelatnike treće životne dobi, majke male djece i dr.

Cilj je strateškog upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu pratiti i procjenjivati fluktuacije zdravstvenog kadra, zapošljavati i obrazovati zdravstvene djelatnike, razvijati njihove vještine i kompetencije, raspoređivati ih sukladno geografskoj i demografskoj potrebi određenih dijelova RH te ih nagrađivati i poticati za njihov rad kao metodu postizanja zadovoljstva i zadržavanja na radnom mjestu. Nagrađivanje i poticanje za rad zdravstvenih djelatnika trebalo bi se provoditi za inovacije u radu ili učinkovitost u radu koje pak povećavaju kvalitetu pružanja usluga i smanjuju troškove ili pak pružaju mogućnosti za nove metode dijagnostike i liječenja. Planiranje ljudskih resursa u zdravstvu mora se temeljiti na utvrđivanju trenutnog stanja ljudskih kapaciteta u zdravstvu te budućih potreba stanovništva. Treba harmonizirati potrebu i potražnju za zdravstvenim uslugama u svakom dijelu RH, dugoročno planirati ljudske resurse u zdravstvu s obzirom na buduće potrebe stanovništva te sukladno tome razvijati ljudske resurse (npr. raspisivati natječaje za deficitarne specijalizacije ili za deficitarna područja i na taj način osigurati održivu radnu snagu, aktivirati građanstvo da sudjeluju u razvoju zdravstvenog sustava svojim doprinosima kao što su mjere preventive ili pak praćenje savjeta i mišljenja) (Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. - 2020., 2015:17-19).

Iako je u samom dokumentu bilo propisano da će do kraja 2015. godine biti uspostavljeno tijelo nadležno za upravljanje ljudskim resursima u sustavu zdravstva, tek je u kolovozu 2020. godine uredbom Vlade RH ustrojen Sektor za ljudske resurse i stručne poslove. Poslovi Sektora vezani su uz planove zapošljavanja, pisanja izvješća o radu, davanje stručnih mišljenja na nacрте prijedloga zakonskih i podzakonskih akata drugih državnih tijela i sl. Sektor je pod sobom dobio ustrojeno tijelo Služba za upravljanje i razvoj ljudskih resursa u zdravstvu koje je opisano člankom 6. Uredbe Vlade RH o unutarnjem ustrojstvu Ministarstva zdravstva (Uredba Vlade, NN 97/2020:čl.6.). Ministarstvo zdravstva također je do kraja 2015. godine trebalo uspostaviti Nacionalni registar pružatelja

zdravstvene zaštite pod vodstvom HZJZ-a, koji je donesen u srpnju 2020. godine. Taj registar sadržavao bi samo popis zdravstvenih radnika u radnom odnosu unutar sustava zdravstva, a ne cjelokupan broj licenciranih zdravstvenih djelatnika.

6.6.3.1. Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite u RH

Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite prvi se puta navodi u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti 2018. godine, ali i u Strateškom planu razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. - 2020. HZJZ utemeljuje i vodi Nacionalni registar i jednom godišnje provodi istraživanje o ljudskim resursima u zdravstvu. Podatke za nacionalni registar HZJZ-u dostavljaju poslodavci u zdravstvu, uključujući i poslodavce u državnom i poslodavce u privatnom vlasništvu. HZJZ kao jednu od temeljnih aktivnosti ima provođenje zdravstveno-statističkih istraživanja. Prema Strateškom planu razvoja ljudskih resursa u zdravstvu, MZ je voditelj upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu i to u suradnji sa HZZO-om i HZJZ-om. HZJZ je ovlaštena ustanova za dostavu podataka u EU, Eurostat, SZO i OECD za tvorbu njihovih statistika na svjetskoj razini. Prema opisu Trošelj i Brkić (2021), nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite sveukupna je baza podataka o zdravstvenim ustanovama koje pružaju usluge zdravstvene zaštite, o djelatnostima koje pružaju te zdravstvene ustanove te o djelatnicima u tim zdravstvenim ustanovama.

Prema mjerilima Eurostata, SZO-a i OECD-a, zdravstveni djelatnici dijele se na „praktičare“ (one koji su zaposleni u praksi), „profesionalno aktivne“ (one koji rade u praksi i znanosti, kombinirano) te na „licencirane“ (one koji posjeduju licencu, ali nisu radno aktivni). Cilj Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite u budućnosti jest iznaći potencijalna rješenja za potrebe planiranja ljudskih resursa i zdravstvene zaštite građanstva općenito. HZJZ je putem Nacionalnog registra pomogao stvaranju Demografskog atlasa hrvatskog liječništva te provodi periodične usporedbe podataka s HZMO-om (Trošelj i Brkić, 2021:57-62).

6.6.4. Nacionalni plan razvoja zdravstva RH za razdoblje od 2021. do 2027.

Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje 2021. – 2027. nastao je kao slijed na raniji Nacionalni plan razvoja zdravstva 2012. - 2020. Nacionalni plan razvoja zdravstva propisuje potrebu promjene načina upravljanja zdravstvenim ustanovama, prevencije bolesti i liječenja pacijenata.

Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje 2021. – 2027. ističe da je primarni naglasak na ljudstvu u zdravstvu te na umrežavanju zdravstvenih ustanova putem sustava e-zdravstvo, a s ciljem veće kvalitete i učinkovitosti zdravstvene skrbi u RH. Među najčešće zdravstvene tegobe na teritoriju RH svrstane su kardiovaskularne bolesti, cerebrovaskularne, onkološke, dijabetes, ugroženo mentalno zdravlje, demencija te neke rijetke bolesti kao i bolesti poremećaja svijesti. Među radnim skupinama u nadležnosti MZ pri izradi ovog dokumenta bila je i radna skupina za ljudske resurse u zdravstvu (Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje 2021. – 2027., 2021:2-5).

Prema Nacionalnom planu razvoja zdravstva za razdoblje 2021.-2027. tvrdi se kako će do 2027. godine zdravstveni sustav RH biti učinkovitiji, dostupniji, kvalitetniji, održiviji nego je trenutni te će osigurati bolju dostupnost svojim korisnicima, stanovnicima RH, bez obzira gdje žive. U planu je iskoristiti puni potencijal mjera za daljnje promicanje zdravlja, preventive bolesti, promicanje metoda liječenja, a sve uz učinkovitu podršku platforme e-zdravstva. Na samom početku dokument navodi da će novi zdravstveni sustav biti učinkovit, otporan i da će imati sustav upravljanja s jasnim ulogama. Prema istom dokumentu planira se razvoj zdravstvene industrije u kontekstu zdravstvenog poduzetništva, kao primjerice lječilišne usluge, usluge medicinskog wellnesa, dentalne usluge i sl. Još jednom se i u ovom dokumentu, kao i u ranija dva, naglašava potreba proširenja kompetencija zdravstvenih djelatnika u skladu s novim obrazovnim programima i potrebama zdravstvenog sustava. I u ovom dokumentu sačinjena je detaljna SWOT analiza sa snagama, slabostima, prilikama i prijetnjama u tom procesu razvoja hrvatskoga zdravstva. Kao glavne snage novog zdravstvenog sustava navedeni su stručni i iskusni djelatnici, međusobna koordiniranost među institucijama te umreženost putem e-zdravstva. Slabosti su neravnomjerna zemljopisna raspoređenost ljudskih resursa, nedostatak mogućnosti kontrole ustanova u vlasništvu županija, nemogućnost nagrađivanja vrijednih i uspješnih djelatnika te nedostatak znanja iz područja zdravstvene ekonomije. Prilike koje su istaknute u ovom dokumentu jesu mapiranje potreba u zdravstvu za svaku regiju te autonomija domova zdravlja. Prijetnje su individualni interesi ustanova iznad nacionalnog interesa i odljev mozгова na bolje plaćena radna mjesta (Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje 2021 - 2027, 2021:8-9).

Nacionalni plan razvoja zdravstva 2021 - 2027 navodi kako u ranijem dokumentu Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012 - 2020 nisu ostvareni bitni pozitivni pomaci u strateški problemskom

području hrvatskoga zdravstva. U novom Nacionalnom planu navodi se kao jedna od srednjoročnih razvojnih potreba unaprjeđenje upravljanja kadrovima i obrazovanje javne administracije u zdravstvu u području zdravstvene ekonomije. Najvažniji su resurs hrvatskog zdravstvenog sustava zdravstveni djelatnici. Bilježi se manjak liječnika i zdravstvenog kadra u pojedinim ruralnim dijelovima RH i na otocima. Stopa upućivanja na specijalističku zdravstvenu skrb smanjena je sa 26,2 % pacijenata 2008. na 15,1 % 2017. godine, no i dalje je previsoka. Nedostaje najviše obiteljskih liječnika, magistara farmacije, specijalista hitne medicine te specijalistički usavršenih medicinskih sestara i tehničara. RH ne zaostaje puno za prosjecima EU, međutim dugi period lošeg planiranja i upravljanja ljudskim resursima te trenutne migracije dovode do ozbiljnih poteškoća s alokacijom zdravstvenih djelatnika po regijama u RH. Nezadovoljstvo zdravstvenih djelatnika u RH uvijek je u vezi istih problema, primjerice nema planiranog i definiranog sustava upravljanja ljudskim resursima, teški uvjeti rada, neadekvatno specijalističko i stručno osposobljavanje i sl. (Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje 2021 - 2027, 2021:13-14).

Ciljevi Nacionalnog plana razvoja zdravstva 2021 - 2027 usmjereni su na jačanje primarne zdravstvene zaštite u RH, uspostavljanje centara izvrsnosti koji bi svaki u svojoj regiji obavljali najsloženije operacije, dok bi se terapije provodile u zdravstvenim ustanovama niže razine te činjenje hrvatskog zdravstvenog sustava poželjnim i atraktivnijim mjestom za rad. Nacionalni plan predlaže da se definiraju kratkoročne i srednjoročne potrebe i dalje razvijaju profesije u skladu s potrebama koje se onda trebaju alocirati sukladno stvarnim geografskim potrebama stanovništva RH. Upravo to daljnje razvijanje profesija planira se realizirati centralnim financiranjem specijalističkog usavršavanja liječnika i medicinskog osoblja, nakon kojeg slijedi alokacija na geografsko mjesto najveće potrebe. Predlaže se također da se upravljanje ljudskim resursima utemelji na razini svake pojedine zdravstvene ustanove i u okviru toga da se omogući vrednovanje profesionalnog razvoja, poticanja izvrsnosti i interdisciplinarnosti zdravstvenih djelatnika. Isto tako, predlaže se unaprjeđenje uvjeta rada (poticanje komunikacijskih dijaloga i timskog rada, transparentnost u poslovanju, ljestvica napretka, fleksibilnost radnog vremena, povećanje prihoda zdravstvenih djelatnika, itd.). Smatra se da bi upravo takvi koraci pomogli u smanjenju postojećih i budućih migracija zdravstvenih djelatnika iz RH (Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje 2021 - 2027, 2021:21-38).

U cilju zadržavanja zdravstvenih djelatnika predlaže se ostvarenje posebnog cilja koji se odnosi na činjenje hrvatskog zdravstvenog sustava poželjnim mjestom za rad. U tu svrhu predložene su četiri mjere za realizaciju: 1) izrada strateškog okvira razvoja ljudskih resursa, 2) poboljšanje materijalnih i radnih uvjeta zaposlenih u sustavu zdravstva, 3) uvođenje sustava vrednovanja rada i poticanje izvrsnosti u zdravstvu te 4) specijalističko usavršavanje zdravstvenih djelatnika i programi cjeloživotnog učenja. Prema Nacionalnom planu razvoja zdravstva za razdoblje 2021.-2027. potrebno je provesti četiri mjere koje za svrhu imaju ostvarenje posebnih ciljeva. Izrada strateškog okvira razvoja ljudskih resursa mora definirati kratkoročne i dugoročne potrebe za zdravstvenim djelatnicima u RH te utemeljiti okvir transfera kompetencija među strukama. Krajnji je cilj u konačnici stvoriti održivi zdravstveni sustav. Poboljšanje materijalnih i radnih uvjeta zaposlenih u sustavu zdravstva treba uvesti veće plaće usklađene s trenutnim financijskim mogućnostima RH, programe cjeloživotnog obrazovanja za daljnji stručni razvoj zdravstvenih djelatnika, sustave novih upravljačkih kapaciteta, fleksibilne radne uvjete za sve koji to žele (primjerice mogućnost rada na 70 % radnog vremena ili na 80 % radnog vremena i sl.), uvesti nepristrani sustav medijacije sporova itd.. Uvođenje sustava vrednovanja rada i poticanje izvrsnosti u zdravstvu znači uvođenje objektivnih programa vrednovanja rada i sustav nagrađivanja djelatnika u cilju prepoznavanja i poticanja izvrsnosti. Specijalističko usavršavanje zdravstvenih djelatnika i programi cjeloživotnog učenja planiraju se donijeti kao mjera koja će pozitivno utjecati na zadovoljstvo zaposlenih provedbom specijalističkog usavršavanja zdravstvenih djelatnika i cjeloživotno obrazovanje te samim time pomoći zdravstvenim djelatnicima da steknu nove kompetencije i unaprijede kvalitetu zdravstvene skrbi.

Jedan od ciljeva je i napraviti financijsku reformu zdravstvenog sustava u cilju njegove održivosti. Trenutno je RH na dnu europske ljestvice zemalja po potrošnji za zdravstvo. Potrebno je uvesti sustav upravljanja u zdravstvene ustanove te implementirati informatička rješenja koja će pratiti uspjeh, financije, terapije i troškove istih, stvarne troškove pružene skrbi te na taj način racionalizirati i optimizirati troškove zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u zdravstvenim ustanovama (primjerice trošak režija, javne nabave, energetske učinkovitosti i sl.). U cilju unaprjeđenja financijske održivosti zdravstvenog sustava kao ključno se navodi i stručan i odgovoran menadžment kao ključ za održivo poslovanje zdravstvenih ustanova. Planirane mjere i financijska sredstva podijelit će se u dva akcijska plana koja će biti pod kontrolom MZ-a. Prvo vrednovanje učinjenog po akcijskom planu

2021 - 2025 planira se za 2025., dok se naknadno vrednovanje planira za 2028. godinu (Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje 2021 - 2027, 2021:40-47).

6.7. Zakonodavni okvir specijalističkog usavršavanja liječnika

Specijalističko usavršavanje liječnika uređeno je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i Pravilnicima o specijalističkom usavršavanju doktora medicine. Zakon o zdravstvenoj zaštiti temeljni je zakon za sve ispod sebe donesene pravilnike i statute te kolektivne ugovore za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja i isti mora biti u skladu s Ustavom RH. Pravilnici o specijalističkom usavršavanju doktora medicine kreću zasebno uređivati radne odnose liječnika na specijalizaciji i zdravstvenih ustanova kod kojih obavljaju specijalistički trening baš u vrijeme kada dolazi i do razdvajanja Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o zdravstvenom osiguranju. Do 1994. godine Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju uređivao je pitanja specijalizacije zdravstvenih djelatnika. Od 1994. do 2022. godine doneseno je ukupno šest Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine koji su u ovom razdoblju imali ukupno sedamnaest izmjena. Pravilnici o specijalističkom usavršavanju doktora medicine uređivali su specijalističko usavršavanje svih liječnika do Pravilnika iz 2011. godine koji je specijalističko usavršavanje liječnika razdvojio na specijalističko usavršavanje liječnika iz obiteljske medicine i specijalističko usavršavanje svih ostalih liječnika.

6.7.1. Naknada štete kod ranijeg otkazivanja ugovora o radu iz specijalističkog usavršavanja liječnika

Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine od 25. kolovoza 2011. godine (NN 100/2011-2057) prvi je Pravilnik o specijalističkom usavršavanju liječnika koji je u sebi definirao naknadu štete kod ranijeg otkazivanja ugovora o radu iz domene specijalističkog usavršavanja liječnika. Naknada štete definirana je u članku 11.: „Zdravstvena ustanova čiji je osnivač Republika Hrvatska, županija i grad sa specijalizantom sklapa ugovor o međusobnim pravima i obvezama. Pri sklapanju ugovora iz stavka 1. ovoga članka obveza rada u radnom odnosu na neodređeno vrijeme nakon završetka specijalističkog usavršavanja i položenog specijalističkog ispita ne smije biti ugovorena u trajanju duljem od vremena trajanja specijalizacije. U ugovoru iz stavka 1. ovoga članka

potrebno je ugovoriti i iznos naknade štete koju je liječnik, u slučaju kad otkazuje ugovor o radu prije isteka ugovorene obveze rada iz stavka 2. ovoga članka, obvezan isplatiti zdravstvenoj ustanovi iz stavka 1. ovoga članka, a koji ne može biti veći od 50 % iznosa troškova specijalizacije iz članka 12. stavka 1. ovoga Pravilnika. Iznimno od stavka 3. ovoga članka, ako liječnik otkáže ugovor o radu i uz pribavljenu suglasnost ministra zasnuje radni odnos u drugoj zdravstvenoj ustanovi čiji je osnivač Republika Hrvatska, županija, odnosno grad, obveza rada iz stavka 2. ovoga članka nastavlja se u toj zdravstvenoj ustanovi. Naknadu štete iz stavka 3. ovog članka snosi pravna, odnosno fizička osoba u kojoj se specijalizant ili specijalist zaposli za vrijeme trajanja obveze iz stavka 2. ovoga članka“ (Pravilnik, 2011:čl.11.). Ovo je prvi puta da se ovakva odredba unosi u Pravilnik o specijalističkom usavršavanju. Radi se o obvezujućoj odredbi prema kojoj liječnici nakon polaganja specijalističkog ispita imaju obvezu odraditi jednaki broj godina koliko im je trajao specijalistički trening u zdravstvenoj ustanovi u kojoj su prolazili specijalistički trening. Dakle, za specijalistički trening u trajanju od 5 godina, liječnik treba odraditi još 5 godina nakon polaganja specijalističkog ispita, u ukupnom trajanju 10 godina rada kod istog poslodavca. Ukoliko liječnik da otkaz ranije, bez obzira na razloge davanja otkaza, obvezan je na isplatu novčane naknade zdravstvenoj ustanovi koja ne može biti veća od 50 % iznosa troškova specijalizacije. Pravilnik ne određuje koliki su to troškovi specijalizacije već propisuje jedino da iznos troškova specijalizacije odlukom utvrđuje ministar“ (Pravilnik, 2011:čl.12.). U studenom 2011. godine tadašnji ministar Darko Milinović donosi, kao ministar zdravstva, Odluku o iznosu troškova specijalizacije (NN 133/2011) koji su tom odlukom utvrđeni u iznosu od 100 000,00 kn neto po godini specijalističkog usavršavanja. Takva odluka donesena je sukladno članku 139. stavku 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 22/11. 84/11) po kojem ministar na prijedlog nadležne komore i stručnih društava utvrđuje grane specijalizacije, trajanje, program specijalizacija, itd. i članku 12. stavku 1. Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 100/11) po kojem je utvrđeno kako iznos troškova specijalizacije odlukom utvrđuje ministar. Trošak specijalizacije u trajanju od pet godina je prema ovom Pravilniku iznosio 500 000 kuna (Vučemilo, 2016:29).

U Pravilniku o izmjenama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine od 10. svibnja 2012. godine (NN 54/2012-1355) u pogledu troškova specijalističkog usavršavanja uvode se izmjene u članku 12. Pravilnika koji se mijenja i glasi: „Troškovi specijalizacije obuhvaćaju bruto plaće doktora medicine, troškove mentorstva, troškove zdravstvene ustanove u kojoj se obavlja

specijalističko usavršavanje i druge troškove vezane uz specijalističko usavršavanje. Troškovi zdravstvene ustanove u kojoj se obavlja specijalističko usavršavanje utvrđuju se u visini četverostrukog iznosa proračunske osnovice“ (Pravilnik NN 54/2012-1355:čl.12.). Tadašnji ministar Rajko Ostojić, kao odgovorna osoba po ovom pitanju, pomogao je u definiranju troška prema članku 12. Pravilnika NN 54/2012-1355. Troškovi specijalizacije liječnika koji bi nakon polaganja specijalističkog ispita otkazali ugovor o radu bili su u milijunskim iznosima, uzimajući u obzir samo činjenicu kako su bruto plaće specijalizanta kroz pet godina specijalističkog usavršavanja između 800 000,00 i 1 000 000,00 kuna (Vučemilo, 2016).

U Pravilniku o izmjenama i dopunama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine od 5. srpnja 2016. godine (NN 62/2016-1581) dolazi do nove izmjene članka 12. koji glasi: „Troškovi specijalizacije obuhvaćaju troškove glavnog mentora, mentora i komentora, trošak zdravstvenih ustanova u kojima se obavlja specijalističko usavršavanje, trošak poslijediplomskog specijalističkog studija, trošak završnog i specijalističkog ispita, trošak knjižice o specijalističkom usavršavanju doktora medicine i trošak dnevnika rada liječnika na specijalističkom usavršavanju. Trošak zdravstvenih ustanova u kojima se obavlja specijalističko usavršavanje utvrđuje se za cijelo razdoblje trajanja specijalizacije u visini četverostrukog iznosa proračunske osnovice koja je važeća u trenutku obavljanja programa“ (Pravilnik NN 62/2016-1581:čl.12.). Za vrijeme važenja ovoga Pravilnika ministar zdravstva bio je Dario Nakić, a ovako definiran trošak specijalističkog usavršavanja iznosio je oko 50 000,00 kn (Vučemilo, 2016). Svakako da je ovakav korak ministra Nakića bio također potaknut i pitanjima ustavnosti ranijeg Pravilnika, a koja su postavljena Ustavnom sudu 2015. i 2016. godine. Još 2013. godine donesena je presuda Vrhovnog suda Republike Hrvatske sa stajalištem da plaće isplaćene za obavljeni rad ni pod kojim okolnostima ne mogu ulaziti u trošak specijalističkog usavršavanja. Specijalizanti su tijekom specijalizacije u radnom odnosu te za to vrijeme za svoj rad primaju plaću. Članak 18. ovog Pravilnika dodatno određuje članak 17. koji se do sada odnosio samo na specijalizante, i to u stavku 1. propisuje obvezu zdravstvenih ustanova da moraju ponuditi sklapanje izmijenjenog ugovora o međusobnim pravima i obvezama i na zahtjev specijalista kojem su ugovorom o međusobnim pravima i obvezama utvrđeni obveza rada i naknada štete te da isto moraju učiniti u roku od 30 dana od dana podnošenja zahtjeva tog specijalista. U stavku 2. navedene su situacije kada se obveza zdravstvene ustanove da nudi na potpisivanje izmijenjene ugovore ne primjenjuje i to kada je izdana ovršna sudska odluka, ovršna sudska nagodba, ovršna

javnobilježnička odluka ili pak ovršna javnobilježnička isprava. Stavak 3. pak propisuje odgovornost ravnatelja zdravstvene ustanove da dostavi ministarstvu obavijest o izmjeni ugovora o međusobnim pravima i obvezama u roku od 15 dana od dana sklapanja izmijenjenog ugovora (Pravilnik NN 62/2016-1581:čl.18.). Sukladno istraživanjima provedenima od strane Hrvatske liječničke komore napravljene su liste zdravstvenih ustanova koje su svojim ugovorno vezanim liječnicima ponudile na potpis anekse ugovora o specijalističkom usavršavanju, a koji su povoljniji za njih, kao i liste onih zdravstvenih ustanova koje to nisu učinile. Liječničke novine koje izdaje HLK objavile su liste s imenima ravnatelja svake od zdravstvenih ustanova. Ukupno 23 zdravstvene ustanove u RH su ponudile anekse svojim kolegama na potpis, ukupno 34 zdravstvene ustanove nisu to učinile, 4 zdravstvene ustanove su manipulirale davanjem ugovora, dok su 2 zdravstvene ustanove ponudile ugovore koji nisu u skladu s Pravilnikom (Liječničke novine 152, 09/2016:25-27).

U Pravilniku o izmjenama i dopunama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine od 16. siječnja 2017. godine (NN 6/2017-200) najvažnije izmjene bile su ponovno u člancima 11. i 12. U članku 11. propisuje se da „ugovorena obveza rada ne smije biti ugovorena u trajanju duljem od propisanog vremena trajanja specijalizacije“. U dodanom članku 11.a propisuje se ponovno obveza naknade stvarnih troškova specijalizacije koji su određeni u iznosu jedne proračunske osnovice za obračun naknada i drugih primanja u RH po mjesecu neodrađene ugovorene obveze rada nakon završene specijalizacije i u roku od godine dana od sklapanja ugovora o radu sa specijalistom. Za vrijeme važenja i donošenja ovog Pravilnika (NN 6/17) ministar zdravstva bio je Milan Kujundžić. Također, ni ovaj Pravilnik nije imao retroaktivnu primjenu te su se u odnosu na sve specijaliste i specijalizante koji su bili potpisnici Ugovora o specijalizacijama prema ranijem Pravilniku iz 2016. godine i dalje obvezivale odredbe tih ranijih Pravilnika. Upravo ta stavka diskriminira sve one specijaliste i specijalizante koji su potpisali Ugovore o specijalizacijama prema ranijem pravilniku prema kojem je postojala obveza vraćanja bruto plaća, a specijalizante koji su potpisali Ugovore o specijalizacijama prema ovom Pravilniku stavlja u nepovoljan položaj time što im je realan trošak specijalizacije koji iznosi između 50 i 70 tisuća kuna uvećan za dodatnih maksimalnih 30 tisuća eura, otprilike 210 tisuća kuna (Pravilnik, NN 6/2017-200).

Zakon o zdravstvenoj zaštiti od 5. studenog 2018. godine (NN 100/2018 – 1929) prvi je Zakon o zdravstvenoj zaštiti koji je definirao naknadu troškova specijalističkog usavršavanja

specijalizantima i specijalistima koji prekinu ugovor o radu prije isteka ugovorne obveze na koju su se obvezali prihvaćanjem specijalizacije. U članku 190. propisano je: „(1) Zdravstvena ustanova u kojoj specijalist zasnuje radni odnos temeljem prethodne suglasnosti Ministarstva, obvezna je naknaditi zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovoga Zakona stvarne troškove specijalizacije iz članka 191. ovoga Zakona i naknadu u iznosu jedne proračunske osnovice za obračun naknada i drugih primanja u Republici Hrvatskoj po mjesecu neodrađene ugovorene obveze rada nakon završene specijalizacije, u roku od godine dana od dana sklapanja ugovora o radu sa specijalistom. (2) Ako specijalist otkáže ugovor o radu u zdravstvenoj ustanovi iz članka 186. stavka 1. ovoga Zakona bez prethodne suglasnosti Ministarstva, obvezan je naknaditi troškove specijalizacije iz članka 191. ovoga Zakona i naknadu iz stavka 1. ovoga članka, u roku od godine dana od dana otkaza ugovora o radu“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/2018 – 1929:čl.190.). Troškovi specijalizacije propisani istim Zakonom u članku 191. su: „(1) Troškovi specijalizacije iz članka 188. stavaka 1. i 2. te članka 190. stavaka 1. i 2. ovoga Zakona obuhvaćaju troškove glavnog mentora, mentora i komentora, trošak zdravstvenih ustanova u kojima se obavlja specijalističko usavršavanje, trošak poslijediplomskog specijalističkog studija, trošak završnog i specijalističkog ispita, trošak knjižice o specijalističkom usavršavanju zdravstvenog radnika i trošak dnevnika rada zdravstvenog radnika na specijalističkom usavršavanju. (2) Trošak zdravstvenih ustanova u kojima se obavlja specijalističko usavršavanje utvrđuje se za cijelo razdoblje trajanja specijalizacije u visini četverostrukog iznosa proračunske osnovice koja je važeća na početku obavljanja programa“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/2018 – 1929:čl.191.). Primjerice, obračunska osnovica za državne službenike i namještenike za period od siječnja 2019. godine do kolovoza 2019. godine propisana je na 5584,19 kuna bruto, a od 1. rujna 2019. godine pa nadalje na iznos od 5695,87 kuna bruto.¹² Što bi značilo da bi specijalizant ili njegovo novo radno mjesto samo po osnovi proračunskih osnovica za specijalistički trening u trajanju od 5 godina (60 mjeseci) dugovao 335 051,40 kuna plus ostale troškove specijalističkog treninga (troškovi mentora, ispitna literatura, trošak ispita, poslijediplomskog i sl.).

HLK je već na prijedlog ovog Zakona o zdravstvenoj zaštiti iznijela svoje primjedbe na isto koje nisu uvažene. Prva primjedba bila je vezana uz potpuno ukidanje pripravničkog staža bez

¹² Nove osnovice za obračun plaće u javnom sektoru, (2019). *RRIF*. URL: https://www.rrif.hr/Nove_osnovice_za_obracun_place_u_javnom_sektoru-1579-vijest.html (pristupljeno: 29. srpnja 2022. g.).

odgovarajućeg zamjenskog zakonskog instituta. Druga primjedba bila je vezana uz specijalističko usavršavanje liječnika i daljnje postojanje novčanih naknada za raniji raskid uz postojeće troškove specijalizacije. Treća primjedba bila je vezana uz odbijanje njihovog prijedloga za legalizacijom prekovremenih sati koji su zakonski gledano protuzakoniti rad liječnika zbog kojeg su mnoge zdravstvene ustanove kao poslodavci završili na prekršajnim sudovima. Naime, kada bi se ograničenje prekovremenih sati propisano Zakonom o radu doista i poštovalo, urušio bi se čitav zdravstveni sustav jer više ne bi bilo moguće pacijentima s ovim trenutnim brojem liječnika pružati dvadesetčetverosatnu zdravstvenu zaštitu. Ova problematika prvenstveno se veže uz moralnu dilemu liječnika da biraju između života pacijenata i poštivanja odredbi Zakona o radu vezano uz prekovremene sate. Četvrta primjedba odnosila se na zadržavanje instituta penalizacije paušalnim iznosima, ali i nepoštivanje odredbe da se specijalizantima i specijalistima ponude na potpis izmijenjeni ugovori o međusobnim pravima i obvezama. Isto je poglavito bitno kako bi se otklonila diskriminacija među liječnicima. Neki, koji su ranije započeli sa svojim specijalizacijama i potpisali ugovor prema ranijem Pravilniku i Zakonu, dugovali su iznose bruto plaća te im je dug mogao dosezati i do preko milijun kuna, dok su njihovi kolege, koji su nešto kasnije započeli sa specijalizacijama i potpisali ugovore po novom Pravilniku i Zakonu, dugovali iznose do maksimalno 250 000 kuna, na istom poslu i kod istog poslodavca (Luetić, 2018). Zadnji doneseni Pravilnik je Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine od 8. lipnja 2022. godine (NN 65/2022 - 927) i isti više ne sadrži odredbe o naknadi troškova specijalizacije pri prijevremenom otkazu ugovora o radu iz ugovora o specijalističkom usavršavanju jer su iste od 2018. godine sadržane u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti.

6.7.2. Odluke sudbene vlasti u RH u vezi s ranijim otkazom ugovora o radu iz ugovora o specijalističkom usavršavanju liječnika

Prema odluci Vrhovnog suda RH, isti je zauzeo stav kako je plaća novčana protuvrijednost rada koji je pojedini djelatnik obavio za poslodavca i za koji je poslodavac sukladno Ustavu RH i Zakonu o radu dužan djelatniku isplatiti plaću za tako obavljeni rad. Upravo to je bio temelj odluke Vrhovnog suda RH u kojoj je odlučio kako plaća koju je specijalizant primio za svoj rad tijekom četiri, pet ili šest godina svog specijalističkog usavršavanja ne može biti tražena nazad niti kao bruto niti kao neto plaća niti se na bilo koji način može smatrati troškom specijalizacije. Smatrati plaću predmetom povrata u smislu vraćanja troškova specijalizacije protivno je i Ustavu RH i Zakonu o radu.

U predmetu Revr 33/11-2 tužitelj je Klinička bolnica Osijek, a tužena je liječnica specijalistica pedijatrije. Ona je odbila potpisivanje ugovora o radu za odjel intenzivne pedijatrijske njege u Kliničkoj bolnici Osijek, a nakon položenog specijalističkog ispita i daljnje obveze rada u toj instituciji. Presudom Općinskog suda u Osijeku broj P-1469/09-19 tuženici je naloženo da tužitelju isplati dug od 907 577,68 kn sa zakonskim zateznim kamatama od 2008. godine te naknadi parnični trošak od 10 000,00 kn. Tužena je pak podigla protutužbu u kojoj je zahtijevala utvrđenje ništavim čl.2 i čl. 5. Ugovora o specijalizaciji. Vrhovni sud odlučio je kako je revizija djelomično osnovana i to u dijelu prigovora tužene kako su niže stupanjski sudovi pogrešno primijenili materijalno pravo, točnije da se u troškove specijalizacije nikako ne može računati kao trošak isplata plaća tuženoj, a što su niže stupanjski sudovi uračunali u trošak specijalizacije. Revizija je u ostalim dijelovima odbijena jer se nisu naveli dostatni razlozi koji bi opravdali zahtjev tuženice za utvrđivanjem čl.2 i čl. 5. Ugovora o specijalizaciji ništetnima.

Naime, tužena je sklopila ugovor na određeno vrijeme s Kliničkom bolnicom Osijek za vrijeme specijalističkog usavršavanja za specijalista pedijatrije u trajanju od 42 mjeseca. Ugovor o specijalizaciji definirao je obvezu ostanka tužene na radu u Kliničkoj bolnici Osijek nakon položenog specijalističkog ispita dvostruki broj godina u odnosu na trajanje specijalističkog usavršavanja, točnije 84 mjeseca. Nakon položenog specijalističkog ispita tužena je odbila potpisivanje ugovora o radu na neodređeno za odjel intenzivnog liječenja pedijatrijskog odjela pod argumentom da nije educirana i praktično osposobljena za to radno mjesto. S obzirom da se tužena u čl.4. Ugovora o specijalizaciji obvezala nakon položenog specijalističkog ispita odraditi kod tužitelja još dvostruki broj godina u odnosu na broj godina koliko joj je trajalo specijalističko usavršavanje, a u čl. 5. da će u slučaju ranijeg prekida ugovorne obveze vratiti poslodavcu sva sredstva utrošena za njezino specijalističko usavršavanje, niže stupanjski sudovi presudili su u korist tužitelja zanemariivši prigovor tužene da se njezina plaća ne može računati kao ukupan trošak specijalizacije (Presuda Vrhovnog suda Revr 33/11-2). U svim sudskim postupcima, pa tako i u ovome, u obzir se uzimaju konkretni ugovori koji onda individualno utječu na ishod pojedinog sudskog postupka s obzirom na odredbe sadržane u njima. Sud uzima u obzir za vrijeme važenja kojeg Pravilnika je neki Ugovor potpisan te je li se pristupilo potpisivanju aneksa ili nije. Uzima u obzir je li vrijeme odrade nakon položenog specijalističkog ispita

definirano u jednostrukom, dvostrukom ili pak trostrukom vremenu trajanja u odnosu na duljinu trajanja specijalizacije.

Konačan stav vezan uz odredbe o novčanoj naknadi pri ranijem otkazu ugovora o radu iz ugovora o specijalističkom usavršavanju liječnika donijela je Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske kojom su ukinuti članci 11., 11.a., 12., 17. i 18. Pravilnika (Odluka Ustavnog suda U-II-187/2015, U-II-2180/2016, U-II-3654/2016, U-II-4440/2016, U-II-4523/2016 i U-II-4649/2016).

U konkretnom slučaju, Ustavnom sudu Republike Hrvatske prvotno su u siječnju 2015. godine i svibnju 2016. godine podnesena dva prijedloga za pokretanje postupka za ocjenu suglasnosti s Ustavom i zakonom članaka 11. i 12. Pravilnika o specijalističkom usavršavanju liječnika. U srpnju, rujnu i listopadu 2016. godine Ustavnom sudu RH podnesena su još četiri prijedloga za pokretanje postupka za ocjenu suglasnosti s Ustavom i zakonom više članaka Pravilnika o specijalističkom usavršavanju liječnika. Spomenute prijedloge podnijeli su Hrvatska liječnička komora, liječnik Miroslav Tomić iz Ivanje Reke, Opća bolnica Bjelovar, Opća bolnica dr. Tomislav Bardek iz Koprivnice, Hrvatska udruga poslodavaca u zdravstvu iz Zagreb te Opća bolnica Pula.

Hrvatska liječnička komora u svom prijedlogu u bitnome je istaknula kako ministar nadležan za zdravstvo nije mjerodavnim zakonom izrijekom ovlašten pravilnikom urediti pitanje troškova specijalizacije liječnika niti je ovlašten pravilnikom urediti obvezu sklapanja ugovora o međusobnim pravima specijalizanta i njegove matične ustanove te obvezni sadržaj tog ugovora. Posebno su istaknuli da bruto plaća specijalizanta ne može ulaziti u trošak specijalizacije niti se može smatrati naknadom štete u slučaju kršenja ugovornih obveza jer je ona naknada za obavljeni rad.

Miroslav Tomić u svom prijedlogu naveo je prigovore istovrsne onima koje je u svom prigovoru istaknula Hrvatska liječnička komora.

Opća bolnica Bjelovar u svom prijedlogu u bitnome je istaknula kako ministar nadležan za zdravlje nije bio ovlašten donijeti sporni pravilnik nakon što je Vladi Republike Hrvatske izglasano nepovjerenje u Saboru. Također, istaknuli su kako je osporenim Pravilnikom ministar nadležan za zdravlje uredio područje koje ne spada u njegovu domenu i utvrdio obveze koje nije ovlašten propisati.

Opća bolnica Dr. Tomislav Bardek iz Koprivnice u svom prijedlogu navela je kako ministar nadležan za zdravstvo nije mjerodavnim zakonom izrijekom ovlašten pravilnikom propisati obvezni sadržaj ugovora o međusobnim pravima i obvezama specijalizanta i njegove matične zdravstvene ustanove te da osporeni Pravilnik ima nedopušteno retroaktivno djelovanje u odnosu na već sklopljene ugovore o pravima i obvezama.

Hrvatska udruga poslodavaca u zdravstvu te Opća bolnica Pula podnijeli su prijedloge u kojima su istaknuti prigovori bili sadržajno istovrsni onima koje je u svom prijedlogu istaknula Opća bolnica Dr. Tomislav Bardek iz Koprivnice.

Ustavni sud Republike Hrvatske u jedinstvenom je ustavnosudskom postupku, razmatrajući sve prethodno pobrojane prijedloge uz pribavu mišljenja ministra zdravstva, donio konačnu ocjenu kojom smatra da je nadležni ministar, propisujući sadržaj čl. 11, 11.a. i 12. Pravilnika izašao izvan okvira ovlaštenja propisanih člankom 139.st.2. i člankom 140. st.6. Zakona o zdravstvenoj zaštiti te da su sadržajem članaka 11., 11.a. i 12. Pravilnika prekoračene zakonom utvrđene granice.

Zaključno, svakako treba posebno istaknuti i stav Hrvatske liječničke komore kao staleške i strukovne organizacije liječnika - doktora medicine na području Republike Hrvatske koja je zadužena zastupati interese liječnika i unaprjeđivati liječničku djelatnost, u pogledu položaja specijalizanata vezano uz ugovore o provođenju specijalističkog i subspecijalističkog usavršavanja.

Izvršni odbor Hrvatske liječničke komore 15. siječnja 2016. godine zauzeo je jedinstven i rezolutan stav kako se u trošak specijalističkog usavršavanja liječnika ne smiju uvrstiti bruto plaće liječnika jer iste predstavljaju naknadu za izvršeni rad. Naime, sukladno navedenom stavu Komore, bruto plaće liječnika ne smiju biti određene kao dio troškova specijalizacije jer sam Ustav Republike Hrvatske u čl. 56. uređuje da svaki zaposleni ima pravo na zaradu kojom može osigurati sebi i obitelji slobodan i dostojan život. Uz to, i sam Zakon o radu kao temeljni zakon koji uređuje ravnopravne odnose u Republici Hrvatskoj, u čl. 7.st.1. uređivao je da je poslodavac obavezan u radnom odnosu radniku dati posao te mu za obavljeni rad isplatiti plaću, a radnik je obavezan prema uputama koje poslodavac daje u skladu s naravi i vrstom rada, osobno obavljati preuzeti posao. Ono što je Hrvatska liječnička komora na ovu temu posebno istaknula jest i sama činjenica da zdravstvenim ustanovama

koje svoje zaposlenike – liječnike pošalju na specijalizaciju, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje u okviru godišnjeg plana financiranja, u određenim slučajevima refundira troškove s naslova njihovih plaća za vrijeme specijalizacije te u tom slučaju nije razvidno kakvu štetu te zdravstvene ustanove trpe u slučaju kad specijalizant ne ostane na obvezi rada ugovorenu duljinu vremena.

Zbog navedenog stava, a kako je to već prethodno i prikazano, Hrvatska liječnička komora 13. siječnja 2015. godine podnijela je Ustavnom sudu Republike Hrvatske prijedlog za pokretanje postupka za ocjenu suglasnosti drugih propisa s ustavom i zakonom, smatrajući odredbe članaka 11. i 12. Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine u nesuglasju s Ustavom Republike Hrvatske, odnosno Zakonom o radu.

6.8. Zakonski okvir za stimulaciju i motiviranje zdravstvenih djelatnika u RH

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti od 5. studenog 2018. godine (NN 100/2018 – 1929) uvedena je novina u vidu članka 162.: ” (1) Za natprosječne rezultate u radu radnici koji obavljaju zdravstvenu djelatnost pružanjem zdravstvene zaštite u procesu dijagnostike i liječenja ili sudjelovanjem u dijelu zdravstvene zaštite obavljanjem dijagnostičkih odnosno terapijskih postupaka, mogu ostvariti dodatak uz plaću. (2) Odredba stavka 1. ovoga članka primjenjuje se na radnike u djelatnosti zdravstva za koje se sredstva u iznosu većem od pedeset posto troškova za plaće i druga materijalna prava radnika osiguravaju u državnom proračunu Republike Hrvatske odnosno proračunu jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba ili iz sredstava Zavoda. (3) Mjerila utvrđivanja natprosječnih rezultata rada i način isplate dodatka za natprosječne rezultate rada radnika iz stavka 1. ovoga članka uređuje Vlada Republike Hrvatske uredbom.” Ova je novina izuzetno pozitivna i mogla bi iznimno utjecati na opće zadovoljstvo zdravstvenih djelatnika na radnom mjestu te na njihovu stimulaciju i motivaciju na radnom mjestu. Ovakav način nagrađivanja osoba koje rade bolje i više od ostalih obećavan je prilično dugo, a ovim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti napokon je i definiran. Problematika ostaje vezana za provedbenu uredbu Vlade RH koja je od iznimne važnosti da ova novina ne ostane samo slovo na papiru, nego da se doista i provodi. Naime, Vlada RH treba donijeti Uredbu o kriterijima utvrđivanja što se sve ima smatrati natprosječnim rezultatima rada i o načinu isplate dodatka za uspješnost na radu. Donesen je samo prijedlog za takvu Uredbu, ali ne i sama uredba. Inače, Vlada RH dobila je razdoblje od šest mjeseci od stupanja na snagu Zakona o

zdravstvenoj zaštiti, za donošenje Uredbe o kriterijima utvrđivanja natprosječnih rezultata rada i načina isplate dodatka za uspješnost na radu.

Zakon o plaćama u javnim službama (NN 27/01, 39/09) u članku 8. propisuje: „Za natprosječne rezultate u radu službenici i namještenici mogu svake godine ostvariti dodatak za uspješnost na radu koji može iznositi najviše tri plaće službenika, odnosno namještenika koji ostvaruje dodatak i ne može se ostvarivati kao stalni dodatak uz plaću. Kriterij utvrđivanja natprosječnih rezultata rada i način isplate dodatka za uspješnost na radu uređuje Vlada uredbom. Sredstva za dodatke za uspješnost u radu u pojedinim javnim službama utvrđuje Vlada sukladno proračunskim osiguranim sredstvima.“ Zakonodavni okvir za ovu izvrsnu ideju postoji, a ako se i Uredba Vlade RH donese, upravo ta odredba bi mogla biti od velikog značaja svim zdravstvenim djelatnicima u RH, ali i stanovništvu RH općenito, kao svojevrsna mjera zadržavanja zdravstvenih djelatnika u zdravstvenom sustavu RH.

Zamjenik ministra zdravstva u vrijeme donošenja ovog Zakona bio je Ivan Bekavac koji je još 2016. godine najavio uvođenje sustava nagrađivanja djelatnika u javnom sektoru te stvaranje jednakih uvjeta rada svim liječnicima u sustavu. On je kao mjere zadržavanja liječnika i njihovo privlačenje u manje atraktivne sredine navodio mjere Vlade po pitanju povoljnijeg stambenog kreditiranja za liječnike, osiguravanje vrtića, prijevoza i dr.. Navodio je kako Vlada planira provesti osnaživanje Domova zdravlja te izjednačavanje domskih liječnika i koncesionara. Još jedna od mjera Vlade RH, kako je on sam naveo, bila je omogućiti liječnicima rad u privatnom sektoru kao i u drugim zdravstvenim ustanovama državnog sektora, bilo tuzemnog ili inozemnog karaktera. Dozvole za takav rad bile bi ograničene na period od godine dana. Neke od mjera za poboljšanje radnih uvjeta liječnika na specijalističkom usavršavanju bile su povećanje plaće, poboljšanje uvjeta rada, rasterećenje od velikog broja dežurstava te bolja kontrola nad radom mentora (Dujmović Ojvan, 2016:22-23).

7. Empirijsko istraživanje

7.1. Uzorak i metode istraživanja

U empirijskom (istraživačkom) dijelu ovoga rada koristila se kombinacija kvantitativnih i kvalitativnih metoda istraživanja. Od kvantitativnih metoda istraživanja koristila se metoda anketiranja u obliku online kreiranog upitnika, dok su se od kvalitativnih metoda istraživanja koristile metode dubinskih intervjua. Prvi dio istraživanja proveden je upotrebom kvantitativne metode upitnika u obliku ankete napravljene putem online Google obrasca koja je bila dostupna na poveznici <https://docs.google.com/forms/d/1dRwmZO3lQmIkVQzMNewyI1XC6rsKhyuWEdbxFA-XKa0/edit> i u potpunosti anonimna. Anketa je bila otvorena za ispunjavanje od 13. ožujka 2022. godine do 13. lipnja 2022. godine. U ovom dijelu istraživanja pomogle su brojne udruge liječnika, opće bolnice i domovi zdravlja, šaljući link za ispunjavanje ankete kontaktima u svojim bazama. U istraživanju su sudjelovali HUBOL (Hrvatska udruga bolničkih liječnika), u čijoj su bazi bolnički liječnici iz svih dijelova RH, KoHOM (Koordinacija hrvatske obiteljske medicine) u čijoj su bazi specijalisti i specijalizanti obiteljske medicine iz svih dijelova RH, HLS (Hrvatski liječnički sindikat) koji je krovna udruga uz HLK za sve liječnike u RH te pojedine OB i DZ (domovi zdravlja) primjerice u Požegi, Našicama, Vukovaru, Slavskom Brodu, Virovitici i Županji. U istraživanju su također pomogle i grupe hrvatskih liječnika koje djeluju na društvenim mrežama Facebook i LinkedIn.

U ovom dijelu istraživanja, putem online ankete, cilj je bio prikupiti odgovore reprezentativnog uzorka liječnika na bazi cijele RH i u tu svrhu koristila se metoda uzorka snježne grude (engl. *snowball sample*) koja je bila primijenjena na populaciju liječnika koju karakterizira teška dostupnost i zatvorenost. U anketi, koja je dostavljana na e-mail adrese liječnika, isti su bili zamoljeni proslijediti anketu i drugim kolegama liječnicima čime su realizirali reprezentativni uzorak korištenjem metode uzorka snježne grude. Anketu je u razdoblju u kojem je bila aktivna ispunilo 1543 liječnika iz RH. S obzirom na broj liječnika u RH koji prema podacima službenih institucija varira za +/- 1.172 i 1.618 liječnika teško je utvrditi točan postotak liječnika koji su ispunili upitnik. Prema Demografskom atlasu hrvatskog liječništva u RH je u srpnju 2022. godine ukupan broj svih liječnika u RH iznosio 15 697 liječnika, uključujući i 533 umirovljena liječnika koji rade po potrebi par sati kao i nezaposleni ili tek diplomirani liječnici, prema HZMO u svibnju 2022. godine u RH je *zaposleno* 16 727 liječnika u javnom i privatnom sektoru, dok je prema podacima HZJZ u lipnju 2022. godine

ukupno 15 555 liječnika *zaposleno* u javnom i privatnom sektoru. Broj *zaposlenih liječnika* u RH u istom razdoblju, prema podacima dviju nadležnih institucija u RH, HZMO-a i HZJZ-a, razlikuje se za 1 172 liječnika. U istom razdoblju svega je 59 liječnika nezaposleno prema podacima HZZ-a. Dakle, ako uzmemo kao relevantan podatak od HZJZ-a, koji vodi Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite u RH, da je u RH zaposleno 15 555 liječnika, od čega 14 065 u javnom sektoru, odnosno 1490 liječnika u privatnom sektoru, a svi ispitanici koji su ispunili anketu zaposleni su u javnom sektoru, postotak ispunjenih anketa je u tom slučaju 12 %.

Ako se uzme u obzir da je povrat ispunjenih anketa ranijih istraživanja provedenih od strane HLK-a, kao krovne organizacije liječnika u RH koja jedina ima sve kontakt adrese svih liječnika u RH i koja prikuplja ispitanike instruiranim podsjetnicima putem e-maila, SMS poruka i poziva, bila 1531 liječnik u istraživanju iz 2016. godine, odnosno izlaznost od 3185 liječnika u istraživanju iz 2019. godine, izlaznost od 1543 liječnika u ovoj anketi se može sa sigurnošću uzeti kao relevantna izlaznost. To, s obzirom da se radi o specifičnoj populaciji stručnjaka, liječnika, koji su teško dostupna i zatvorena skupina i općenito često anketirani od strane različitih udruga, farmaceutskih organizacija i dr. i stoga vrlo inertni u odazivu na sve vrste istraživanja, pogotovo po pitanju trenutnog stanja u zdravstvenom sustavu RH, po pitanju kojeg se već godinama ne događaju promjene. Bitno je naglasiti kako baze kontakata HUBOL-a sadržavaju 2000 liječnika, baze kontakata KoHOM-a 1500 liječnika (od ukupno 2220 obiteljskih liječnika prema Atlasu liječništva) dok baze HLS-a na službenoj Facebook stranici na kojoj je anketa objavljena sadržavaju 822 liječnika i sve su udruge više puta dostavile anketu na ispunjavanje svojim kontaktima iz kontakt lista. Također, liječničke grupe na Facebooku i LinkedIn-u u kojima je anketa više puta objavljena sadržavaju preko 5000 članova, liječnika u RH. U prilog istome ide i podatak kako je 24. rujna 2022. godine održan, prema službenim podacima HLK-a, jedan od najvećih prosvjeda hrvatskih liječnika na kojem je, sukladno procjenama, bilo 900 liječnika (Luetić, 2022:4). S obzirom da je jedan od najvećih prosvjeda hrvatskih liječnika imao procijenjeno 900 prisutnih liječnika, izlaznost liječnika na ovoj anketi od 1543 ispitanika može se smatrati relevantnom izlaznošću.

Anketa se sastojala od ukupno 43 pitanja od kojih prva tri pitanja vezana uz dob, spol i bračno stanje ispitanika nisu bila numerirana. Prvih deset pitanja u anketi bila su pitanja s ponuđenim odgovorima, dok su na preostalih trideset pitanja ispitanici mogli izabrati odgovore gradirane prema

Likertovoj ljestvici od 1 do 5, zaokruživanjem odgovarajućeg broja ili odabirom jednog ili više ponuđenih odgovora. Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno, ispitanici su uz anketu dobili pismeno pojašnjenje istraživanja te zamolbu da anketu proslijede dalje, drugim kolegama liječnicima koji su zaposleni u zdravstvenom sustavu RH.

7.2. Testiranje preduvjeta za korištenje parametrijskih postupaka

Prije početka statističke obrade podataka Shapiro-Wilkovim testom, provjerena je normalnost distribucija sljedećih varijabli koje su ključne za obradu hipoteza: zadovoljstvo poslom, namjera odlaska u inozemstvo u budućnosti te percepcija spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obaveze. Pokazalo se da sve tri distribucije statistički značajno odstupaju od normalne ($p < .01$). Ipak, uvidom u indekse asimetričnosti i spljoštenosti, uočeno je kako su apsolutne vrijednosti indeksa asimetričnosti manje od tri, a indeksa spljoštenosti manje od deset. Naime, Kline (2005) navodi kako se distribucija može smatrati normalnom ukoliko su apsolutne vrijednosti indeksa asimetričnosti manje od tri, a indeksa spljoštenosti manje od deset. Budući da su indeksi asimetričnosti i spljoštenosti svih ispitanih varijabli manji od spomenutih vrijednosti, odlučeno je kako je primjena parametrijskih postupaka na tim podacima opravdana.

Također, prije početka statističke obrade podataka Shapiro-Wilkovim testom provjerena je normalnost distribucija sljedećih varijabli, koje nisu vezane uz hipoteze, ali nad kojima se provodila statistička obrada podataka kao dodana vrijednost radu: zadovoljstvo mentorom, slobodno izražavanje mišljenja o pacijentu i tijeku liječenja, preporuka poslodavca, razgovori s kadrovskom službom o napretku, razgovori s kadrovskom službom o plaći te razgovori s kadrovskom službom o problemima na poslu. Pokazalo se da distribucije statistički značajno odstupaju od normalne ($p < .01$). Ipak, uvidom u indekse asimetričnosti i spljoštenosti, uočeno je kako su apsolutne vrijednosti indeksa asimetričnosti manje od tri, a indeksa spljoštenosti manje od deset. Stoga je odlučeno kako je primjena parametrijskih postupaka na tim podacima opravdana.

Levenovim testom homogenosti varijance provjerena je zadovoljenost preduvjeta o homoscedasticitetu varijabli ključnih za obradu hipoteza. Pokazalo se kako su varijance varijabli koje se odnose na zadovoljstvo poslom homogene ($p > .05$). Za varijable koje se odnose na namjeru odlaska u inozemstvo u budućnosti te percepciju spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obaveze,

test je značajan ($p < .05$), iz čega se može zaključiti da preduvjet o homogenosti varijanci nije zadovoljen. Međutim, Pearson i Hartley (1954; prema Field, 2013) navode kako omjer najveće i najmanje varijance ne bi smio biti veći od tri kako bi se mogli koristiti parametrijski postupci. Budući da niti jedan omjer varijance ne prelazi navedenu vrijednost, odlučeno je kako će se u daljem radu ipak koristiti parametrijski postupci.

Također, Levenovim testom homogenosti varijance provjerena je zadovoljenost preduvjeta o homoscedasticitetu varijabli koje nisu vezane uz hipoteze, ali nad kojima se provodila statistička obrada podataka kao dodana vrijednost radu. Pokazalo se kako su varijance varijabli koje se odnose na zadovoljstvo mentorom i preporuku poslodavca homogene ($p > .05$). Za varijable koje se odnose na slobodno izražavanje mišljenja o pacijentu i tijeku liječenja, razgovore s kadrovskom službom o napretku, razgovore s kadrovskom službom o plaći te razgovore s kadrovskom službom o problemima na poslu, test je značajan ($p < .05$). No niti jedan omjer najveće i najmanje varijance nije veći od tri, stoga je opravdano koristiti parametrijske postupke.

Korišteni statistički postupci u ovom radu su T-test kao legitiman statistički postupak pomoću kojeg se hipoteza može potvrditi, djelomično potvrditi ili odbaciti pri usporedbi dviju grupa ispitanika. Zatim, analiza varijance, koja je također legitiman statistički postupak pomoću kojega se hipoteza može potvrditi u cijelosti, djelomično potvrditi ili odbaciti kada se uspoređuje više od dvije grupe ispitanika. Od korištenih statističkih postupaka korišten je i Kolmogorov Smirnov test. Kolmogorov Smirnov test statistički je test koji se upotrebljava za ispitivanje hipoteze, uspoređujući kumulativnu raspodjelu podataka s očekivanom kumulativnom normalnom raspodjelom. Kao kontrolni testovi korišteni su post hoc testovi i to post hoc testovi - Sheffeov post hoc test i Games-Howel post hoc test. U radu je korištena još jedna statistička metoda, metoda korelacija (Pearsonova metoda). Statistički postupci odabrani su s obzirom na hipoteze. Kada se jednim odgovarajućim statističkim postupkom potvrdi ili odbaci hipoteza, nije potrebno provoditi druge statističke postupke za iste hipoteze.

Pomoću t-testa ili analize varijance (ako se provjerava razlika između više grupa) utvrđeno je postoji li statistički značajna razlika u nekom svojstvu između različitih grupa. Ako se t-test (ili analiza varijance) pokazao statistički značajnim, pomoću aritmetičkih sredina (deskriptivna statistika) utvrdio se smjer razlike. Npr. koja grupa je zadovoljnija poslom (ona koja ima veću aritmetičku sredinu).

7.3. Deskriptivna analiza promatranih varijabli

Sudionici su na česticama zadovoljstvo poslom, namjera odlaska u inozemstvo u budućnosti, percepcija spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obaveze, zadovoljstvo mentorom, slobodno izražavanje mišljenja o pacijentu i tijeku liječenja, preporuka poslodavca, razgovori s kadrovskom službom o napretku, razgovori s kadrovskom službom o plaći te razgovori s kadrovskom službom o problemima na poslu odgovarali na skali Likertova tipa od pet stupnjeva gdje je 1 označavalo „uopće se ne slažem“, a 5 „u potpunosti se slažem“ s navedenom tvrdnjom.

U Tablici 2. prikazani su deskriptivni podatci za navedene varijable – aritmetičke sredine, standardne devijacije te teorijski i ostvareni rasponi rezultata.

Tablica 3. Deskriptivni podatci ispitivanih varijabli ($N = 1\ 543$).

	M	SD	T_{min}	T_{max}	P_{min}	P_{max}
Zadovoljstvo poslom	3.00	1.189	1.00	5.00	1.00	5.00
Namjera odlaska u inozemstvo u budućnosti	3.75	1.302	1.00	5.00	1.00	5.00
Percepcija spriječenosti odlaska u inozemstvo	2.59	2.304	1.00	5.00	1.00	5.00
Zadovoljstvo mentorom	2.32	1.290	1.00	5.00	1.00	5.00
Izražavanje mišljenja o pacijentu i liječenju	3.60	1.186	1.00	5.00	1.00	5.00
Preporuka poslodavca	2.86	1.264	1.00	5.00	1.00	5.00
Razgovori s kadrovskom službom o napretku	1.44	.991	1.00	5.00	1.00	5.00
Razgovori s kadrovskom službom o plaći	1.36	.923	1.00	5.00	1.00	5.00
Razgovori s kadrovskom službom o problemima	1.59	1.084	1.00	5.00	1.00	5.00

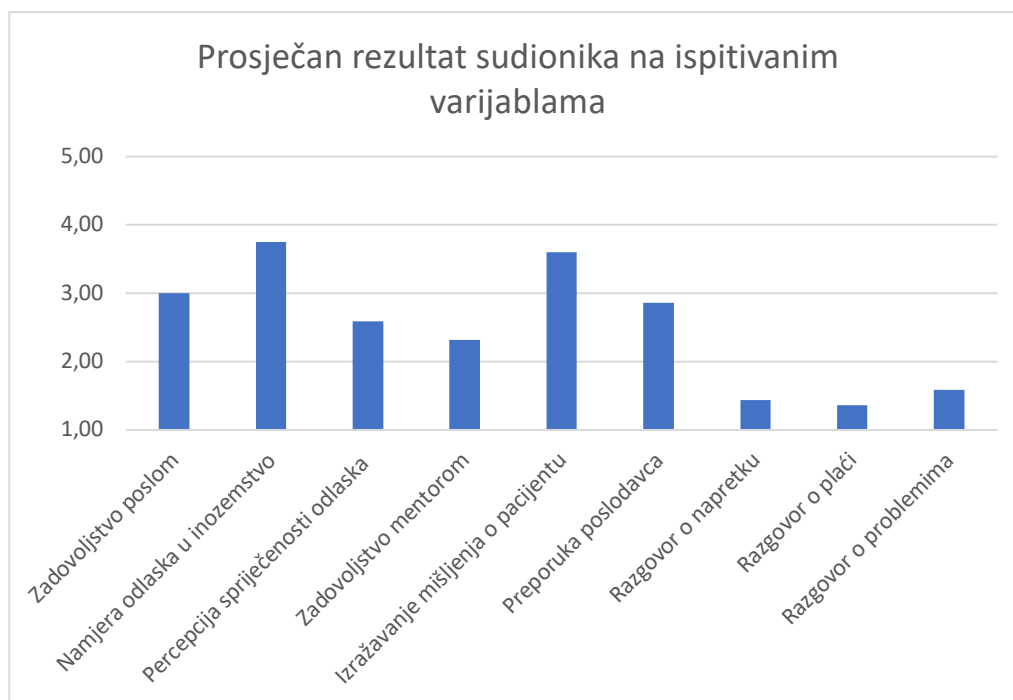
Legenda: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; T_{min} – teorijski minimum; T_{max} – teorijski maksimum; P_{min} – postignuti minimum; P_{max} – postignuti maksimum

Izrada autora

Na varijablama namjera odlaska u inozemstvo u budućnosti te izražavanje mišljenja o pacijentu i tijeku liječenja, sudionici postižu nešto više rezultate odnosno u prosjeku imaju relativno izražene namjere odlaska u inozemstvo u budućnosti te relativno slobodno mogu izraziti svoje mišljenje o pacijentu i tijeku liječenja. Nadalje, na varijablama zadovoljstvo poslom, percepcija

spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obaveze, zadovoljstvo mentorom i preporuka poslodavca, sudionici postižu osrednje rezultate, odnosno u prosjeku nisu niti zadovoljni niti nezadovoljni poslom, percipiraju osrednju spriječenost odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obaveze, nisu niti zadovoljni, niti nezadovoljni svojim mentorima te su osrednje spremni preporučiti svog poslodavca. Konačno, na varijablama razgovori s kadrovskom službom o napretku, razgovori s kadrovskom službom o plaći i razgovori s kadrovskom službom o problemima na poslu, sudionici postižu slabije rezultate odnosno u prosjeku rijetko imaju razgovore s kadrovskom službom o vlastitom napretku, mogućnosti povećanja plaće i problemima vezanim uz posao.

Slika 3. Prosječan rezultat sudionika na ispitivanim varijablama ($N = 1\ 543$).



Izrada autora

8. Rezultati istraživanja

Od 1543 ispitanika njih 1.088, točnije 70,5 % ženskog su roda, dok je svega 455 ispitanika, točnije 29,5 %, muškog roda. Najveći postotak ispitanika su ispitanici u dobi između 25 i 30 godina starosti, točnije njih 675 (43,7 %), dok su na drugom mjestu ispitanici u dobi između 36 i 45 godina starosti kojih je bilo ukupno 454 (29,4 %). Ostali ispitanici, njih 414 stariji su od 45 godina, ukupno 26,8 %. Ukupno 699 ispitanika, njih 45,3 %, liječnici su iz tri najveća grada u RH, Zagrebu, Splitu i Rijeci, dok je preostalih 844 ispitanika, 54,7 %, iz ostalih mjesta u RH. Najveći postotak ispitanika su ispitanici do 10 godina staža, ukupno njih 719, 46,6 % ispitanika. Njih 1.008 (65,5 %) zaposleno je u bolničkom sustavu zdravstvene zaštite, dok je njih 414 (26,8 %) zaposleno u primarnom sektoru zdravstvene zaštite. Ostali ispitanici zaposleni su na Sveučilištima, u Zavodu za javno zdravstvo, klinikama i drugo. Od 1543 ispitanika liječnika njih su 216 (14 %) iz internističkih grana medicine, 303 (19,6 %) je iz kirurških grana medicine, 836 (54,2 %) je iz ostalih grana medicine, dok se njih 188 (12,2 %) opredijelilo da su bez specijalizacije. Od ukupnog broja ispitanih liječnika, njih 602 (39 %) izjavilo je kako nemaju namjeru otići iz RH, dok je njih 511 (33,1 %) izjavilo kako imaju namjeru napustiti RH. Ukupno 317 liječnika (20,5 %) odgovorilo je kako su neodlučni po pitanju ostanka u RH odnosno odlaska iz RH.

Na pitanje od koga su primili najviše znanja tijekom specijalističkog treninga samo njih 113 (8,2 %), od ukupno 1.379 ispitanika, koji specijaliziraju ili su specijalizirali, odgovorilo je kako su najviše znanja primili od svojeg mentora, dok je 91,8 % odgovorilo kako su najviše znanja tijekom specijalističkog treninga primili od drugih kolega, medicinskih sestara/tehničara ili samostalno. Na pitanje o dobivanju naknade za natprosječne rezultate rada sukladno odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti RH njih 755 (48,9 %) odgovorilo je kako istu nisu nikad dobili, dok 746 ispitanika (48,3 %) nikada nije čulo za navedenu odredbu. Samo njih 29 (1,9 %) naknadu za natprosječne rezultate rada dobilo je jedan put, dok je njih 13 (0,8 %) naknadu dobilo više puta. Također, na pitanje o primanju naknade za mentoriranje kolega na specijalističkom treningu, kada izuzmemo 765 ispitanika koji nikada nisu bili mentori na specijalističkom usavršavanju, njih 693 (89 %) nisu nikad primili naknadu ni za jedno odrađeno mentorstvo. Ukupno 20 ispitanika (2,6 %) odgovorilo je kako su svaki puta bili plaćeni za mentorstvo kolega na specijalističkom usavršavanju, dok je njih 65 (8,4 %) odgovorilo kako su za neka mentorstva bili plaćeni, dok za neka nisu.

Na pitanje kako u budućnosti vide svoj profesionalni status i razvoj u karijeri ostankom u RH njih 169 (11,5 %) odgovorilo je znatno lošijim, 450 (30,6 %) odgovorilo je da ga vide lošijim, dok je njih 575 (39 %) odgovorilo kako ga vide nepromijenjenim. Boljim i znatno boljim vide ga 278 ispitanika (18,9 %). Na pitanje o prekovremenim satima 408 ispitanika (26,4 %) odgovorilo je kako nemaju prekovremenih sati, njih 620 (40,2 %) odgovorilo je kako imaju do 32 prekovremena sata mjesečno, 372 (24,1 %) kako imaju do 64 prekovremena sata mjesečno, dok je njih 143 (9,3 %) odgovorilo kako imaju više od 64 prekovremena sata mjesečno.

Tablica 4. Rezultati ankete (n = 1543)

Spol		Od 100.000 do 250.000 stanovnika
Ženski	1.088 (70,5 %)	198 (12,8 %)
Muški	455 (29,5 %)	Veće od 250.000 stanovnika 501 (32,5 %)
Dob		Radni staž
25 do 30 godina	675 (43,7 %)	0 do 10 godina 719 (46,6 %)
36 do 45 godina	454 (29,4 %)	11 do 20 godina 462 (29,9 %)
46 do 55 godina	258 (16,7 %)	21 do 30 godina 229 (14,8 %)
56 godina i stariji	156 (10,1 %)	31 i više godina 133 (8,6 %)
Bračno stanje		Mjesečna primanja (neto plaća):
U braku	898 (58,2 %)	Nemam mjesečna primanja (nezaposlen/a) 8 (0,5 %)
U vezi	362 (23,5 %)	4.000,00 kn do 8.000,00 kn 25 (1,6 %)
Trenutno nisam u vezi	283 (18,3 %)	8.000,00 kn do 12.000,00 kn 614 (39,8 %)
Mjesto u kojem radite je:		12.000,00 kn do 18.000,00 kn 592 (38,4 %)
Do 25.000 stanovnika	312 (20,2 %)	18.000,00 kn i više 304 (19,7 %)
Od 25.000 do 50.000 stanovnika	270 (17,5 %)	Status
Od 50.000 do 100.000 stanovnika	262 (17 %)	Na stažu 10 (0,6 %)
		Položen ispit – nezaposlen/a 8 (0,5 %)

Položen ispit – zaposlen/a (bez započetog specijalističkog treninga) 168 (10,9 %)

Specijalizant 446 (28,9 %)

Specijalist (s manje od pet godina specijalističkog staža) 297 (19,2 %)

Specijalist (s više od pet godina specijalističkog staža) 614 (39,8 %)

Trenutno radim:

U Republici Hrvatskoj 1.456 (94,4 %)

U inozemstvu 79 (5,1 %)

Nezaposlen/a 8 (0,5 %)

Trenutno sam zaposlen/a u:

Primarna zdravstvena zaštita 414 (26,8 %)

Bolnički sustav zdravstvene zaštite
1.008 (65,5 %)

Sveučilište 10 (0,6 %)

Zavod za javno zdravstvo 39 (2,5 %)

Poliklinike 33 (2,1 %)

Drugo 31 (2 %)

Nezaposlen/a 8 (0,5 %)

Koliko prosječno ostvarujete prekovremenih sati mjesečno?

Nemam prekovremenih sati 408 (26,4 %)

Do 32 prekovremena sata mjesečno
620 (40,2 %)

Do 64 prekovremena sata mjesečno
372 (24,1 %)

Više od 64 prekovremena sata mjesečno
143 (9,3 %)

Koja vam je specijalizacija?

Internističke grane 216 (14 %)

Kirurške grane 303 (19,6 %)

Ostale grane 836 (54,2 %)

Bez specijalizacije 188 (12,2 %)

Specijalizaciju sam obavio/la ili obavljam u:

U Republici Hrvatskoj 1.330 (86,2 %)

U inozemstvu 25 (1,6 %)

Nisam na specijalizaciji 188 (12,2 %)

Odaberite kojoj skupini liječnika pripadate:

Nisam otišao/la u inozemstvo i nemam namjeru otići 602 (39 %)

Nisam otišao/la u inozemstvo, ali imam namjeru otići 511 (33,1 %)

Otišao/la sam u inozemstvo 77 (5 %)

Otišao/la sam u inozemstvo i vratio/la se 36 (2,3 %)

Neodlučan/na 317 (20,5 %)

Smatram da su liječnici u Republici Hrvatskoj u podređenom položaju u odnosu prema kolegama u drugim zemljama EU s obzirom na ugovornu obvezu rada i

naknade troškova specijalizacije u slučaju ranijeg raskida ugovora o radu.

Uopće se ne slažem 32 (2,1 %)
Uglavnom se ne slažem 19 (1,2 %)
Niti se slažem niti se ne slažem 114 (7,4 %)
Uglavnom se slažem 143 (9,3 %)
U potpunosti se slažem 1235 (80 %)

Zadovoljan sam ulogom mentora u obavljanju svoje specijalizacije.

Uopće se ne slažem 578 (37,5 %)
Uglavnom se ne slažem 316 (20,5 %)
Niti se slažem niti se ne slažem 356 (23,1 %)
Uglavnom se slažem 170 (11 %)
U potpunosti se slažem 123 (8 %)

Smatram da su potrebne promjene trenutnog programa o specijalističkom usavršavanju doktora medicine u Republici Hrvatskoj.

Uopće se ne slažem 9 (0,6 %)
Uglavnom se ne slažem 14 (0,9 %)
Niti se slažem niti se ne slažem 93 (6 %)
Uglavnom se slažem 253 (16,4 %)
U potpunosti se slažem 1174 (76,1 %)

U sklopu specijalizacije u Republici Hrvatskoj specijalizant prođe sve propisano programom specijalizacije.

Uopće se ne slažem 532 (34,5 %)

Uglavnom se ne slažem 433 (28,1 %)
Niti se slažem niti se ne slažem 381 (24,7 %)
Uglavnom se slažem 154 (10 %)
U potpunosti se slažem 43 (2,8 %)

Od koga ste tijekom specijalizacije primili najviše znanja i stekli najviše vještina?

Od mentora 113 (7,3 %)
Od drugih kolega 807 (52,3 %)
Samostalno 410 (26,6 %)
Od medicinskih sestara/tehničara 49 (3,2 %)
Ne specijaliziram niti sam specijalizirao/a 164 (10,6 %)

Ispred nadređenih kolega na trenutnom radnom mjestu mogu slobodno, bez zadržske i straha izraziti svoje mišljenje o pacijentu i tijeku liječenja.

Uopće se ne slažem 98 (6,4 %)
Uglavnom se ne slažem 173 (11,2 %)
Niti se slažem niti se ne slažem 405 (26,2 %)
Uglavnom se slažem 434 (28,1 %)
U potpunosti se slažem 433 (28,1 %)

Moje trenutno radno mjesto ispunjava moja očekivanja.

Uopće se ne slažem 209 (13,5 %)
Uglavnom se ne slažem 303 (19,6 %)
Niti se slažem niti se ne slažem 475 (30,8 %)
Uglavnom se slažem 394 (25,5 %)
U potpunosti se slažem 162 (10,5 %)

Svoga poslodavca bih preporučio/la drugim kolegama.

Uopće se ne slažem 291 (18,9 %)
Uglavnom se ne slažem 293 (19 %)
Niti se slažem niti se ne slažem 484 (31,4 %)
Uglavnom se slažem 288 (18,7 %)
U potpunosti se slažem 187 (12,1 %)

Smatram da su u hrvatskom zdravstvu potrebne korijenite promjene.

Uopće se ne slažem 4 (0,3 %)
Uglavnom se ne slažem 15 (1 %)
Niti se slažem niti se ne slažem 58 (3,8 %)
Uglavnom se slažem 199 (12,9 %)
U potpunosti se slažem 1267 (82,1 %)

Dobio/la sam naknadu za natprosječne rezultate u radu sukladno odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti u Republici Hrvatskoj.

Nikad 755 (48,9%)
Jedan put 29 (1,9 %)
Više puta 13 (0,8 %)
Nisam čuo/la za tu odredbu 746 (48,3 %)

Primio/la sam naknadu za mentoriranje mladih kolega na specijalističkom usavršavanju u Republici Hrvatskoj.

Niti jednom 693 (44,9 %)

Nisam bio/la mentor na specijalističkom usavršavanju 765 (49,6 %)

Svaki put 20 (1,3 %)

Za neka mentoriranja sam bio/la plaćen/a, a za neka ne 65 (4,2 %)

Imam razgovore s kadrovskom službom u mojoj trenutnoj zdravstvenoj ustanovi vezano uz moj napredak na radu.

Uopće se ne slažem 1225 (79,4 %)
Uglavnom se ne slažem 106 (6,9 %)
Niti se slažem niti se ne slažem 111 (7,2 %)
Uglavnom se slažem 50 (3,2 %)
U potpunosti se slažem 51 (3,3 %)

Imam razgovore s kadrovskom službom u mojoj trenutnoj zdravstvenoj ustanovi vezano uz moju plaću (mogućnosti za povišicu).

Uopće se ne slažem 1288 (83,5 %)
Uglavnom se ne slažem 85 (5,5 %)
Niti se slažem niti se ne slažem 89 (5,8 %)
Uglavnom se slažem 32 (2,1 %)
U potpunosti se slažem 49 (3,2 %)

Imam razgovore s kadrovskom službom u mojoj trenutnoj zdravstvenoj ustanovi vezano uz probleme s kojima se susrećem na poslu.

Uopće se ne slažem 1099 (71,2 %)
Uglavnom se ne slažem 171 (11,1 %)

Niti se slažem niti se ne slažem 143 (9,3 %)

Uglavnom se slažem 68 (4,4 %)

U potpunosti se slažem 62 (4 %)

Smatram da je specijalističko usavršavanje u Republici Hrvatskoj po odredbama trenutnog Pravilnika o specijalističkom usavršavanju i Zakona o zdravstvenoj zaštiti (ostanak na radnom mjestu kao specijalist onoliko dugo koliko je trajalo specijalističko usavršavanje te plaćanje novčane naknade poslodavcu u slučaju davanja ranijeg otkaza ugovora o radu) potrebno i opravdano.

Uopće se ne slažem 921 (59,7 %)

Uglavnom se ne slažem 227 (14,7 %)

Niti se slažem niti se ne slažem 211 (13,7 %)

Uglavnom se slažem 78 (5,1 %)

U potpunosti se slažem 106 (6,9 %)

Smatram da penalizacijske odredbe (vraćanje novčanog duga zdravstvenoj ustanovi u slučaju ranijeg otkaza ugovora o radu) trenutno važećeg Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine i Zakona o zdravstvenoj zaštiti SMANJUJU vjerojatnost prijave na specijalizaciju u RH.

Uopće se ne slažem 105 (6,8 %)

Uglavnom se ne slažem 121 (7,8 %)

Niti se slažem niti se ne slažem 328 (21,3 %)

Uglavnom se slažem 302 (19,6 %)

U potpunosti se slažem 687 (44,5 %)

Moj poslodavac poštuje zakonske odredbe o maksimalnom broju prekovremenih sati koje smijem odraditi mjesečno.

Uopće se ne slažem 572 (37,1 %)

Uglavnom se ne slažem 205 (13,3 %)

Niti se slažem niti se ne slažem 353 (22,9 %)

Uglavnom se slažem 162 (10,5 %)

U potpunosti se slažem 251 (16,3 %)

Smatram da bi se u hrvatskim zdravstvenim ustanovama trebalo pridati više pažnje uređenju međuljudskih odnosa na odjelima.

Uopće se ne slažem 9 (0,6 %)

Uglavnom se ne slažem 8 (0,5 %)

Niti se slažem niti se ne slažem 81 (5,2 %)

Uglavnom se slažem 255 (16,5 %)

U potpunosti se slažem 1190 (77,1 %)

Kako u budućnosti vidite svoj profesionalni status i razvoj u karijeri ostankom u Republici Hrvatskoj?

Znatno lošiji 169 (11 %)

Lošiji 450 (29,2 %)

Nepromijenjen 575 (37,3 %)

Bolji 236 (15,3 %)

Znatno bolji 42 (2,7 %)

Nisam više u Hrvatskoj 71 (4,6 %)

Kada bi mi se U BUDUĆNOSTI pružila prilika za karijeru u inozemstvu, napustio/la bih Republiku Hrvatsku.

Uopće se ne slažem 143 (9,3 %)
Uglavnom se ne slažem 115 (7,5 %)
Niti se slažem niti se ne slažem 341 (22,1 %)
Uglavnom se slažem 324 (21 %)
U potpunosti se slažem 620 (40,2 %)

Kada bi mi se SADA pružila prilika za karijeru u inozemstvu, NE BIH napustio/la Republiku Hrvatsku zbog ugovorne obveze.

Uopće se ne slažem 597 (38,7 %)
Uglavnom se ne slažem 157 (10,2 %)
Niti se slažem niti se ne slažem 344 (22,3 %)
Uglavnom se slažem 171 (11,1 %)
U potpunosti se slažem 274 (17,8 %)

Poznato mi je da na mom odjelu ima situacija mobbinga.

Uopće se ne slažem 344 (22,3 %)
Uglavnom se ne slažem 155 (10 %)
Niti se slažem niti se ne slažem 358 (23,2 %)
Uglavnom se slažem 244 (15,8 %)
U potpunosti se slažem 442 (28,6 %)

Moji stavovi o odlasku iz Republike Hrvatske su se promijenili s obzirom na ranije stavove prije pandemije covid19.

Uopće se ne slažem 746 (48,3 %)

Uglavnom se ne slažem 223 (14,5 %)
Niti se slažem niti se ne slažem 390 (25,3 %)
Uglavnom se slažem 124 (8 %)
U potpunosti se slažem 60 (3,9 %)

Zadovoljstvo uvjetima rada i radnom okolinom mi je važnije od plaće.

Uopće se ne slažem 45 (2,9 %)
Uglavnom se ne slažem 70 (4,5 %)
Niti se slažem niti se ne slažem 343 (22,2 %)
Uglavnom se slažem 535 (34,7 %)
U potpunosti se slažem 550 (35,6 %)

Za donošenje odluke o preseljenju u neku drugu državu presudna je odluka svih članova moje uže obitelji.

Uopće se ne slažem 70 (4,5 %)
Uglavnom se ne slažem 91 (5,9 %)
Niti se slažem niti se ne slažem 141 (9,1 %)
Uglavnom se slažem 312 (20,2 %)
U potpunosti se slažem 929 (60,2 %)

Mišljenja sam kako bi hrvatsko zdravstvo trebalo početi raditi i u komercijalne svrhe (npr uvođenje medicinskog turizma u državne bolnice) kako bi smanjilo troškove i povećalo prihode.

Uopće se ne slažem 73 (4,7 %)
Uglavnom se ne slažem 56 (3,6 %)
Niti se slažem niti se ne slažem 286 (18,5 %)
Uglavnom se slažem 361 (23,4 %)

U potpunosti se slažem 767 (49,7 %)

Uopće se ne slažem 9 (0,6 %)

Mišljenja sam kako bi hrvatsko zdravstvo trebalo razviti međunarodnu suradnju razmjene liječnika s drugim članicama EU, radi razmjene znanja i iskustava, ali isto tako ostvarivanja dodatnih prihoda.

Uglavnom se ne slažem 9 (0,6 %)

Niti se slažem niti se ne slažem 112 (7,3 %)

Uglavnom se slažem 268 (17,4 %)

U potpunosti se slažem 1145 (74,2 %)

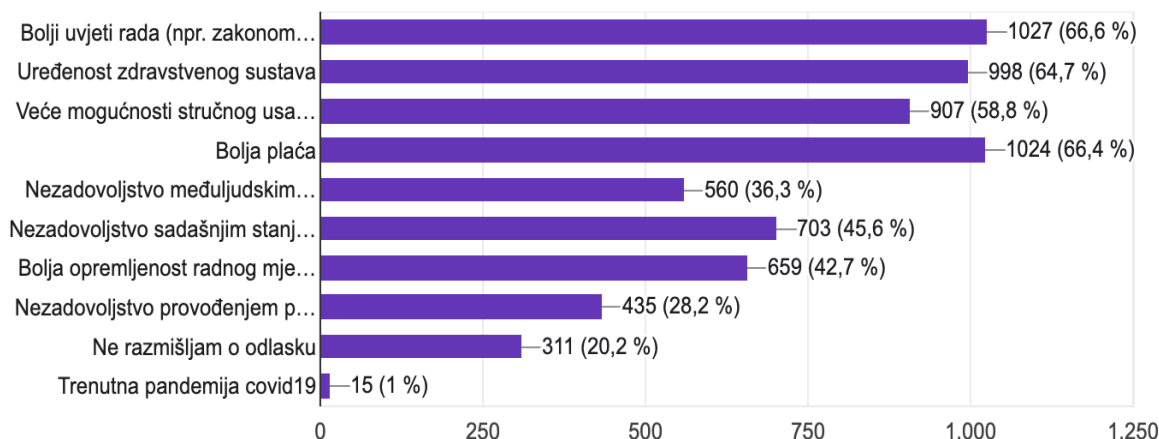
Izrada autora

Među motivima koje su ispitanici naveli da ih motiviraju za odlaskom iz RH, a gdje su ispitanici imali mogućnost višestrukog odgovora, najveći broj ispitanika izabrao je bolje uvjete rada, ukupno njih 1.027 (66,6 %). Uređenost zdravstvenog sustava kao motiv za odlaskom iz RH izabralo je njih 998 (64,7 %), veće mogućnosti za stručno usavršavanje njih 907 (58,8 %), dok je bolju plaću kao motiv za preseljenje izabralo njih 1.024 (66,4 %).

Slika 4. – Motivi liječnika za odlaskom iz Republike Hrvatske

Moji motivi za odlaskom iz Republike Hrvatske su (moguće više odgovora):

1.543 odgovora



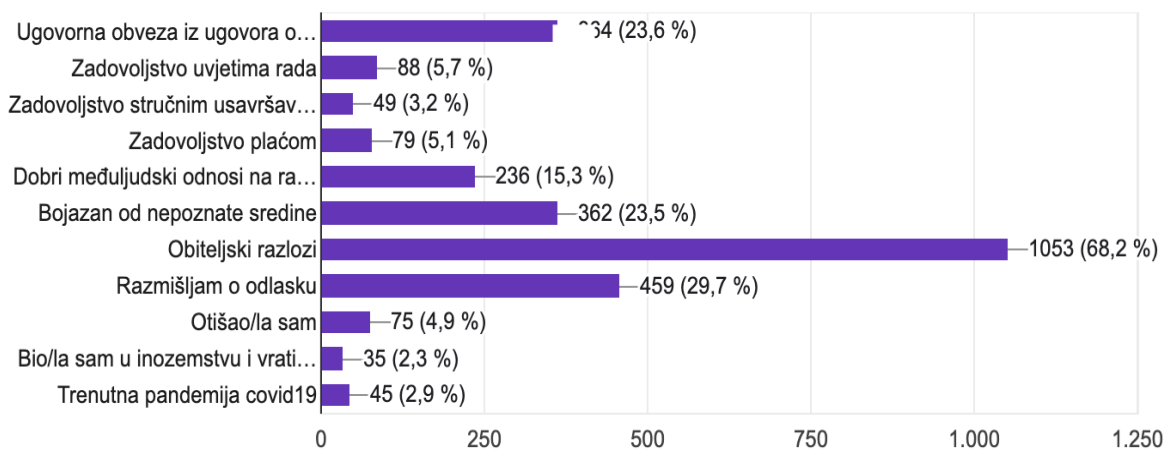
Izrada autora

Motivi koji motiviraju liječnike za ostanak u RH na prvom su mjestu obiteljski razlozi, koje je kao motiv za ostanak u RH označilo 1.053 ispitanika (68,2 %). Idući odgovor po učestalosti jest razmišljanje o odlasku, koji je izabralo 459 ispitanika, ukupno 29,7 %, ističući time kako unatoč motivima za ostanakom u RH, razmišljaju o odlasku iz RH. Njih 364, ukupno 23,6 %, kao motiv za ostanakom u RH navelo je ugovornu obvezu iz ugovora o specijalističkom usavršavanju doktora medicine.

Slika 5. - Motivi liječnika za ostanakom u Republici Hrvatskoj

Moji motivi za ostanakom u Republici Hrvatskoj su (moguće više odgovora):

1.543 odgovora



Izrada autora

9. RASPRAVA

9.1. Testiranje hipoteza

H1: *Bolji uvjeti rada koji podrazumijevaju, između ostalog, sigurnost plaće, opremljenost radnog mjesta, dobre međuljudske odnose i zakonom poštivano radno vrijeme, ključni su razlog zbog kojeg hrvatski liječnici odlaze u inozemstvo.*

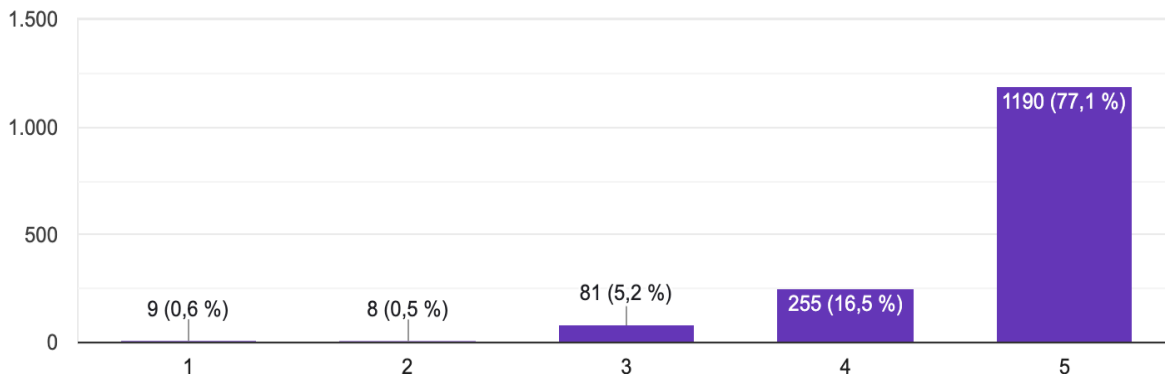
Kako bi se ispitala utemeljenost hipoteze H1, uzeti su u obzir parametri iz nekoliko anketnih pitanja. Na pitanje o motivima koji utječu na odluku liječnika da migriraju i zaposle se u inozemstvu (Slika 4.) najučestaliji odgovori bili su bolji uvjeti rada, koje je kao svoj motiv odlaska iz RH označilo 1.027 ispitanika (66,6 %), uređenost zdravstvenog sustava označilo je njih 998 (64,7 %), bolju plaću označilo je njih 1.024 (66,4 %), nezadovoljstvo međuljudskim odnosima na radnom mjestu njih 560 (36,3 %), bolju opremljenost radnog mjesta njih 659 (42,7 %). Na pitanje o tome poštuje li trenutni poslodavac zakonske odredbe o maksimalnom broju prekovremenih sati na mjesečnoj bazi, a koji svakako utječu na zahtjev liječnika za zakonom poštivanim radnim vremenom, njih 777 (50,4 %) odgovorilo je kako njihov poslodavac ne poštuje zakonom određeno radno vrijeme. U istom pitanju 353 (22,9 %) ispitanika bilo je neodlučno.

Na pitanje o tome smatraju li ispitanici da bi se u hrvatskim zdravstvenim ustanovama trebalo pridati više pažnje uređenju međuljudskih odnosa na odjelima, njih 1.445 (93,6 %) izjavilo je potvrdno (Slika 6.).

Slika 6. – Treba li se u hrvatskim zdravstvenim ustanovama pridati više pažnje uređenju međuljudskih odnosa na odjelima?

Smatram da bi se u hrvatskim zdravstvenim ustanovama trebalo pridati više pažnje uređenju međuljudskih odnosa na odjelima.

1.543 odgovora



Izrada autora

S obzirom na specifičnost postavljene hipoteze i više faktora kroz koje je promatrana, ovu hipotezu obradilo se deskriptivnom statističkom metodom. Statističke metode dijele se na deskriptivne statističke metode i inferencijalne statističke metode (regresijske statističke metode, korelacijske statističke metode, analize vremenskih nizova). S obzirom da su hipoteze i kreirane s ciljem da svaka bude analizirana kroz različite statističke metode i time učine rad relevantnijim, hipoteza H1 kreirana je isključivo kao podloga za analizu deskriptivnom statističkom metodom. Analizom statističkih postupaka koji se koriste u znanstvenim radovima, pogotovo znanstvenim radovima iz područja medicine i zdravstva, pokazalo se kako se najviše koristi upravo deskriptivna statistika (33,9 %) i hi-kvadrat test (33,9 %), a iza njih slijedi t-test (21,4 %) (Švagelj, 2014:10). Temeljem gore navedenog, hipoteza H1 od samog je postavljanja imala za cilj biti deskriptivno (opisno) analizirana s obzirom na rezultate anketnog upitnika.

Rezultati deskriptivne analize hipoteze H1 pokazali su kako se hipotezu H1 može smatrati potvrđenom u cijelosti te kako su bolji uvjeti rada koji podrazumijevaju, između ostalog, sigurnost plaće, opremljenost radnog mjesta, dobre međuljudske odnose i zakonom poštivano radno vrijeme, ključni razlog zbog kojeg hrvatski liječnici odlaze u inozemstvo.

H1.1.: *Liječnici koji su otišli u inozemstvo zadovoljniji su trenutnim radnim mjestom u odnosu na liječnike koji nisu otišli.*

Kako bi se ispitalo postoji li razlika u zadovoljstvu poslom između liječnika koji trenutno rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu, proveden je t-test za nezavisne uzorke gdje je nezavisna varijabla bila mjesto rada (Republika Hrvatska / inozemstvo), a zavisna zadovoljstvo na trenutnom radnom mjestu. Rezultati su prikazani u Tablici 4.

Tablica 5. Rezultati provedenog t-testa za nezavisne uzorke za usporedbu liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu s obzirom na zadovoljstvo poslom.

Varijabla	Kategorija	M	SD	t (1531)
Zadovoljstvo poslom	Liječnici u RH	2.95	1.166	-8.624**
	Liječnici u inozemstvu	4.10	1.045	

Legenda: * – $p < .05$; ** – $p < .01$; M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; $t(ss)$ – t-test (stupnjevi slobode)

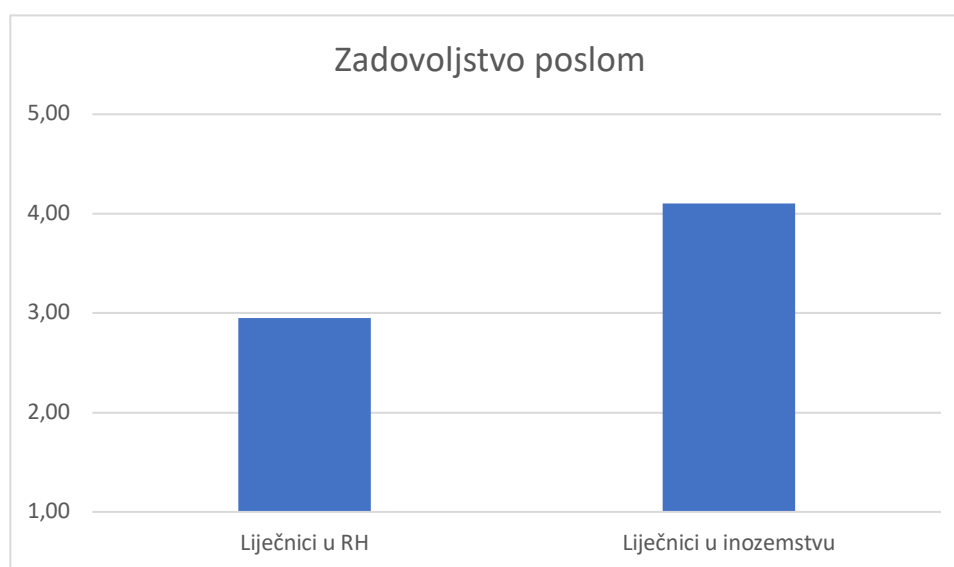
Izrada autora

Rezultati su pokazali da postoje izvjesne razlike u zadovoljstvu poslom između liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i liječnika koji rade u inozemstvu što se vidi iz značajnog t-testa ($t(1531) = -8.624$, $p < .01$) pri čemu su liječnici koji rade u inozemstvu značajno pozitivnije ocijenili svoje zadovoljstvo poslom ($M = 4.10$, $SD = 1.045$) u odnosu na liječnike koji rade u Republici Hrvatskoj ($M = 2.95$, $SD = 1.166$). Istim se hipoteza H1.1. smatra u cijelosti potvrđena. Rezultati su grafički prikazani na Slici 8.

Cilj provjere hipoteze H1.1. primarno je bio provjeriti razlike i odstupanja u zadovoljstvu liječnika u hrvatskom zdravstvenom sustavu s onim u inozemnim zdravstvenim ustanovama. Kao komparativna skupina uzeti su hrvatski liječnici koji su zaposleni u inozemstvu, neovisno u kojoj državi, jer je za uvjet jedino postavljeno da se radi o inozemstvu. Prema odgovorima liječnika koji su zaposleni u inozemstvu vidljivo je kako postoji značajnija pozitivna ocjena zadovoljstva rada u inozemstvu u odnosu na zadovoljstvo rada u hrvatskom zdravstvenom sustavu. H1.1. u cijelosti je

potvrđena značajnim t-testom, dok su odnosi ovih dviju grupa utvrđeni deskriptivnom statistikom u vidu aritmetičke sredine smjera razlike odnosa. Ovakav rezultat može biti povezan s nekim od razloga koje liječnici navode kao razloge za odlazak iz RH, kao i sa značajnim zadovoljstvom hrvatskih liječnika u inozemstvu s poslovima iz područja upravljanja ljudskim resursima kao primjerice razgovorima o problemima s kojima se susreću na poslu, razgovorom o plaći s poslodavcem, o napretku i mogućnostima, a na koja su pitanja u anketi liječnici iz inozemstva većinom odgovorili pozitivno.

Slika 7. Prosječne ocjene zadovoljstva poslom liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i liječnika koji rade u inozemstvu.



Izrada autora

H1.2.: Liječnici koji nisu otišli u inozemstvo, ali imaju namjeru otići, manje su zadovoljni trenutnim radnim mjestom u odnosu na liječnike koji ne žele otići.

Kako bi se ispitalo postoji li razlika u zadovoljstvu poslom između liječnika koji nisu otišli u inozemstvo i nemaju namjeru otići, liječnika koji nisu otišli u inozemstvo, ali imaju namjeru otići, liječnika koji su otišli u inozemstvo, liječnika koji su otišli u inozemstvo i vratili se i liječnika koji su neodlučni, provedena je jednostavna analiza varijance gdje je nezavisna varijabla bila

pripadnost određenoj skupini liječnika (nisu otišli u inozemstvo i nemaju namjeru otići / nisu otišli u inozemstvo, ali imaju namjeru otići / otišli u inozemstvo / otišli u inozemstvo i vratili se / neodlučni), a zavisna zadovoljstvo na trenutnom radnom mjestu. Rezultati su prikazani u Tablici 5.

Tablica 6. Rezultati provedene jednostavne analize varijance za usporedbu liječnika koji pripadaju različitim grupama s obzirom na zadovoljstvo poslom.

Varijabla	Kategorija	M	SD	F
				(4,1538)
Zadovoljstvo poslom	Nisu otišli u inozemstvo, nemaju namjeru	3.39	1.091	70.238**
	Nisu otišli u inozemstvo, imaju namjeru	2.47	1.111	
	Otišli u inozemstvo	4.08	1.048	
	Otišli u inozemstvo i vratili se	3.22	.989	
	Neodlučni	2.82	1.100	

Legenda: * – $p < .05$; ** – $p < .01$; M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; $F(ss)$ – F-omjer (stupnjevi slobode)

Izrada autora

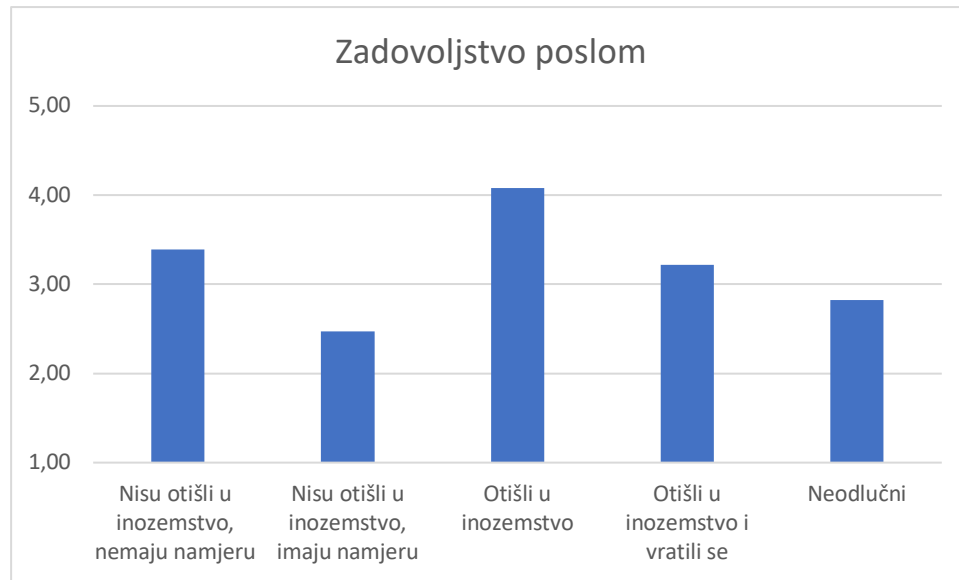
Rezultati su pokazali da postoje izvjesne razlike u zadovoljstvu poslom između liječnika koji pripadaju različitim grupama što se vidi iz F-omjera ($F(4,1538) = 70.238$, $p < .01$) koji se pokazao značajnim. Kako bi se testirale razlike između pojedinih skupina, korišten je Scheffeov post hoc test. Rezultati su pokazali kako postoji statistički značajna razlika između liječnika koji nisu otišli u inozemstvo i nemaju namjeru otići i ostalih skupina liječnika, tj. onih koji nisu otišli, ali imaju namjeru otići (Sheffe = .921, $p < .01$), onih koji su otišli (Sheffe = -.689, $p < .01$) i neodlučnih (Sheffe = .565, $p < .01$). Naime, liječnici koji nisu otišli u inozemstvo i nemaju namjeru otići značajno pozitivnije procjenjuju svoje zadovoljstvo poslom u odnosu na liječnike koji nisu otišli, ali imaju namjeru otići i neodlučne liječnike. No, liječnici koji nisu otišli u inozemstvo i nemaju namjeru otići značajno negativnije procjenjuju svoje zadovoljstvo poslom u odnosu na liječnike koji su otišli u inozemstvo (vidjeti Tablicu 5).

Nadalje, post hoc analiza pokazala je kako postoji statistički značajna razlika između liječnika koji nisu otišli u inozemstvo, ali imaju namjeru otići i ostalih skupina liječnika, tj. onih koji su otišli (Sheffe = -1.610, $p < .01$), onih koji su otišli i vratili se (Sheffe = - .755, $p < .01$) i neodlučnih (Sheffe = - .356, $p < .01$). Naime, liječnici koji nisu otišli u inozemstvo, ali imaju namjeru otići značajno negativnije procjenjuju svoje zadovoljstvo poslom u odnosu na liječnike koji su otišli, one koji su otišli i vratili se te neodlučne liječnike (vidjeti Tablicu 5).

Također, post hoc analiza pokazala je kako postoji statistički značajna razlika između liječnika koji su otišli u inozemstvo i ostalih skupina liječnika, tj. onih koji su otišli i vratili se (Sheffe = .856, $p < .05$) i neodlučnih (Sheffe = 1.255, $p < .01$). Naime, liječnici koji su otišli u inozemstvo značajno pozitivnije procjenjuju svoje zadovoljstvo poslom u odnosu na liječnike koji su otišli i vratili se te neodlučne liječnike (vidjeti Tablicu 5). Istim se hipoteza H1.2. smatra potvrđenom u cijelosti. Rezultati su grafički prikazani na Slici 9.

Ovakav rezultat ima potporu i u H1.1. kojom je potvrđeno u cijelosti veće zadovoljstvo hrvatskih liječnika u inozemstvu u odnosu na hrvatske liječnike u hrvatskom zdravstvenom sustavu. Isto tako, s druge strane, hrvatski liječnici u RH koji pripadaju skupini liječnika koji razmišljaju o odlasku moguće su istražili uvjete rada i mogućnosti rada u inozemstvu, ili su pak situacije vidljive iz anketnih odgovora kao što su nezadovoljstvo programom specijalističkog usavršavanja, nezadovoljstvo mentorom, nezadovoljstvo međuljudskim odnosima na trenutnom radnom mjestu i dr. utjecale i na samo nezadovoljstvo u hrvatskom zdravstvenom sustavu liječnika koji razmišljaju o odlasku. Liječnici koji možda nisu proživjeli neke situacije koje su ispitane anketom ili ih pak nisu doživjeli na jednak način, imaju stoga i manji stupanj nezadovoljstva u hrvatskom zdravstvenom sustavu te manju namjeru odlaska u inozemstvo.

Slika 8. Prosječne ocjene zadovoljstva poslom liječnika koji pripadaju različitim grupama.



Izrada autora

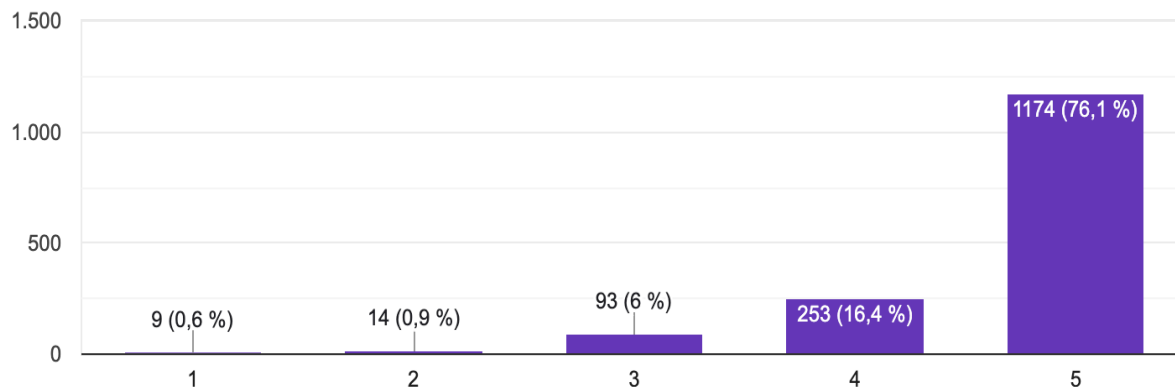
H2: Među liječnicima na specijalizaciji prevladava nezadovoljstvo trenutnim programom specijalističkog usavršavanja doktora medicine.

Kako bi se ispitala utemeljenost hipoteze 2 uzeti su u obzir parametri iz nekoliko anketnih pitanja. Ukupno 1.427 ispitanika, 92,5 %, odgovorilo je kako smatraju da su potrebne promjene trenutnog programa o specijalističkom usavršavanju doktora medicine u Republici Hrvatskoj. (Slika 9.)

Slika 9. – Jesu li potrebne promjene trenutnog programa o specijalističkom usavršavanju doktora medicine u Republici Hrvatskoj?

Smatram da su potrebne promjene trenutnog programa o specijalističkom usavršavanju doktora medicine u Republici Hrvatskoj.

1.543 odgovora



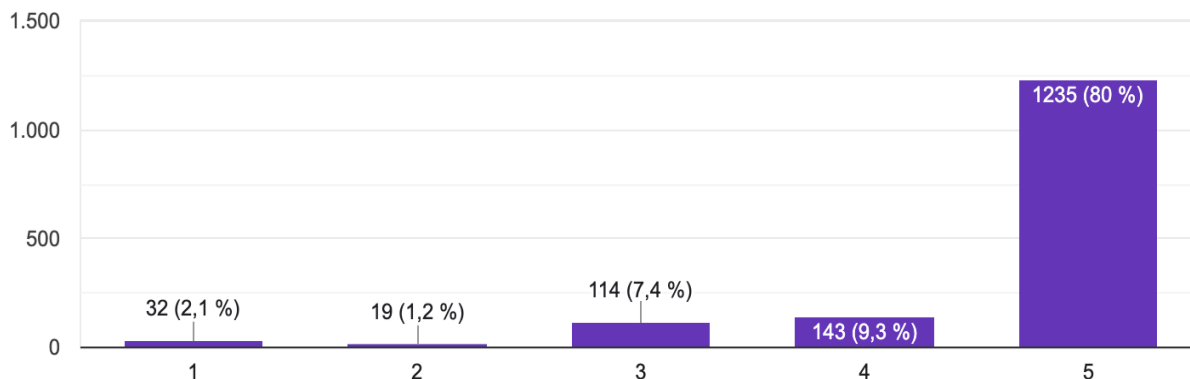
Izrada autora

Ukupno 1.378 ispitanika, 89,3 %, smatra kako su liječnici u RH u podređenom položaju u odnosu prema kolegama u drugim zemljama EU s obzirom na ugovornu obvezu rada i naknade troškova specijalizacije u slučaju ranijeg raskida ugovora o radu (Slika 10.). Njih 894 (58 %) nisu zadovoljni ulogom mentora u obavljanju svoje specijalizacije, dok ih je 356 (23,1 %) neodlučno (Slika 11.). Na pitanje prođe li se u sklopu specijalizacije u RH sve propisano programom specijalizacije 965 ispitanika, 62,6 %, odgovorilo je negativno, dok je 381 ispitanik, 24,7 %, bilo neodlučno (Slika 12.). Kod postavljanja hipoteze H2, kao i kreiranja anketnih pitanja, ispitalo se zadovoljstvo faktorima pravne regulacije specijalizacije te faktorima same provedbe programa specijalizacije.

Slika 10. – Jesu li liječnici u RH u podređenom položaju u odnosu prema kolegama u drugim zemljama EU s obzirom na ugovornu obvezu rada i naknade troškova specijalizacije u slučaju ranijeg raskida ugovora o radu?

Smatram da su liječnici u Republici Hrvatskoj u podređenom položaju u odnosu prema kolegama u drugim zemljama EU s obzirom na ugovornu obvezu rada i naknade troškova specijalizacije u slučaju ranijeg raskida ugovora o radu.

1.543 odgovora

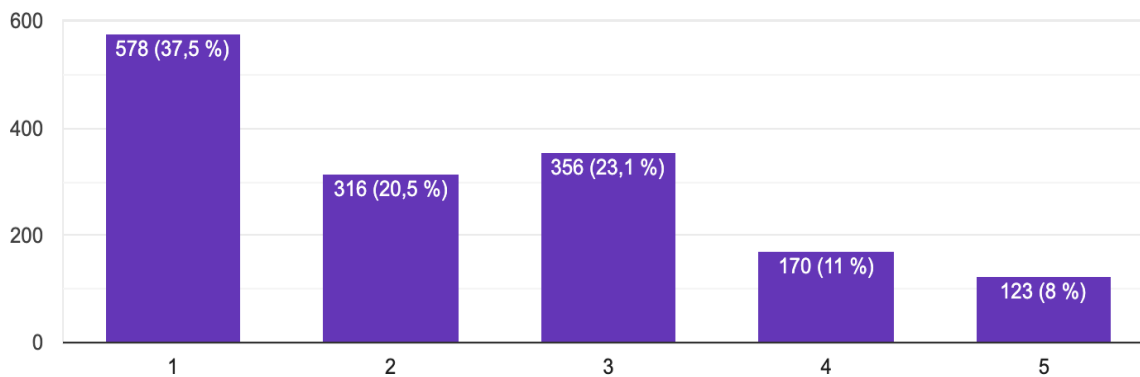


Izrada autora

Slika 11. – Jesu li liječnici u RH zadovoljni ulogom mentora u obavljanju svoje specijalizacije?

Zadovoljan sam ulogom mentora u obavljanju svoje specijalizacije.

1.543 odgovora

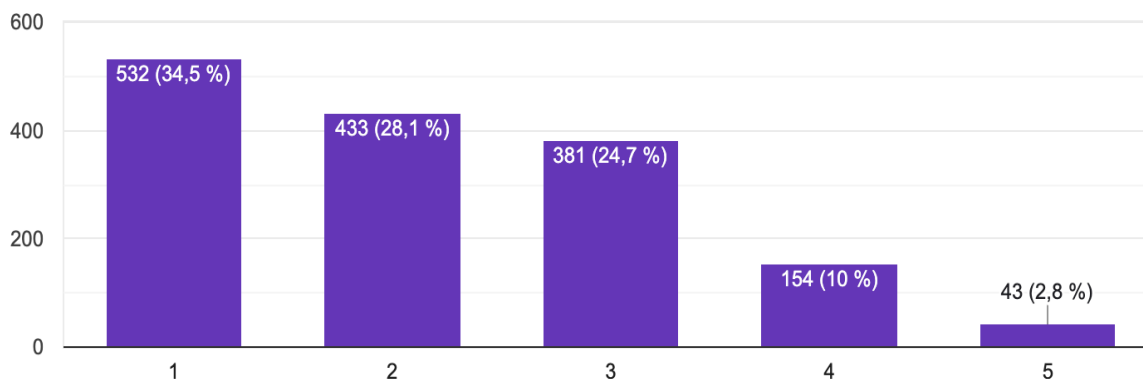


Izrada autora

Slika 12. – Prođe li specijalizant u RH sve propisano programom specijalizacije?

U sklopu specijalizacije u Republici Hrvatskoj specijalizant prođe sve propisano programom specijalizacije.

1.543 odgovora



Izrada autora

Kako bi se ispitalo jesu li gore navedena odstupanja od teorijskih pretpostavki normalne distribucije rezultata statistički značajna, provedena je analiza gore navedenih indikatora Kolmogorov-Smirnovljevim Z testom, od kojih su se svi pokazali statistički značajnim. Kod anketnog pitanja pod brojem jedanaest, a koje se odnosilo na pravnu regulaciju specijalističkog usavršavanja liječnika, Kolmogorov-Smirnov Z test iznosio je 18,34 ($P < 0,01$), što ukazuje na to da ispitanici u statistički značajno većoj mjeri smatraju da su liječnici u podređenom položaju u odnosu prema kolegama u drugim zemljama EU s obzirom na ugovornu obvezu rada i naknade troškova specijalizacije u slučaju ranijeg raskida ugovora o radu.

Kod anketnog pitanja pod brojem dvanaest, koje se odnosilo na samu provedbu programa specijalističkog usavršavanja liječnika, Kolmogorov-Smirnov Z test iznosio je 8,66 ($P < 0,01$), što ukazuje na to da ispitanici u statistički značajno većoj mjeri nisu zadovoljni ulogom mentora u obavljanju svojeg specijalističkog usavršavanja. Kod anketnog pitanja pod brojem trinaest, a koje se odnosilo na samu provedbu programa specijalističkog usavršavanja liječnika, Kolmogorov-Smirnov Z test iznosio je 17,63 ($P < 0,01$), što ukazuje na to da ispitanici u statistički značajno većoj mjeri tvrde kako su potrebne promjene trenutnog programa o specijalističkom usavršavanju liječnika u Republici Hrvatskoj. Kod anketnog pitanja pod brojem četrnaest, koje se odnosilo na samu provedbu programa specijalističkog usavršavanja liječnika, Kolmogorov-Smirnov Z test

iznosio je 8,03 ($P < 0,01$), što ukazuje na to da ispitanici u statistički značajno većoj mjeri tvrde kako ne prođu tijekom specijalističkog usavršavanja sve propisano programom specijalističkog usavršavanja liječnika.

Kod anketnog pitanja pod brojem dvadeset i pet, a koje se odnosilo na pravnu regulaciju specijalističkog usavršavanja liječnika, Kolmogorov-Smirnov Z test iznosio je 13,75 ($P < 0,01$), što ukazuje na to da ispitanici u statistički značajno većoj mjeri smatraju kako specijalističko usavršavanje u RH po odredbama trenutnog Pravilnika o specijalističkom usavršavanju i Zakona o zdravstvenoj zaštiti (ostanak na radnom mjestu kao specijalist onoliko dugo koliko je trajalo specijalističko usavršavanje te plaćanje novčane naknade poslodavcu u slučaju davanja ranijeg otkaza ugovora o radu) nije potrebno niti opravdano. Kod anketnog pitanja pod brojem dvadeset i šest, a koje se odnosilo na pravnu regulaciju specijalističkog usavršavanja liječnika, Kolmogorov-Smirnov Z test iznosio je 10,27 ($P < 0,01$), što ukazuje na to da ispitanici u statistički značajno većoj mjeri smatraju kako penalizacijske odredbe (vraćanje novčanog duga zdravstvenoj ustanovi u slučaju ranijeg otkaza ugovora o radu) trenutno važećeg Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine i Zakona o zdravstvenoj zaštiti smanjuju vjerojatnost prijave liječnika na specijalizaciju u RH.

Rezultati su pokazali kako se hipotezu H2 može smatrati potvrđenom u cijelosti te kako među liječnicima na specijalizaciji doista prevladava nezadovoljstvo trenutnim programom specijalističkog usavršavanja doktora medicine.

H3: Specijalizacija značajno utječe na namjeru odlaska u inozemstvo, tako da izraženiju namjeru odlaska u inozemstvo izražavaju specijalisti kirurških grana i internističkih grana medicine u odnosu na ispitanike ostalih medicinskih grana.

Kako bi se ispitalo postoji li razlika u namjeri odlaska u inozemstvo između liječnika sa specijalizacijom iz internističkih grana, kirurških grana, ostalih grana ili onih bez specijalizacije, provedena je jednostavna analiza varijance gdje je nezavisna varijabla bila grana specijalizacije (internističke/kirurške/ostale/bez specijalizacije), a zavisna namjera odlaska u inozemstvo u budućnosti. Rezultati su prikazani u Tablici 6.

Tablica 7. Rezultati provedene jednostavne analize varijance za usporedbu liječnika koji pripadaju različitim granama specijalizacije s obzirom na namjeru odlaska u inozemstvo u budućnosti.

Varijabla	Kategorija	M	SD	F (3,1539)
Namjera odlaska u inozemstvo u budućnosti	Internističke grane	3.81	1.250	8.561**
	Kirurške grane	4.05	1.217	
	Ostale grane	3.62	1.331	
	Bez specijalizacije	3.80	1.287	

Legenda: * – $p < .05$; ** – $p < .01$; M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; $F(ss)$ – F-omjer (stupnjevi slobode)

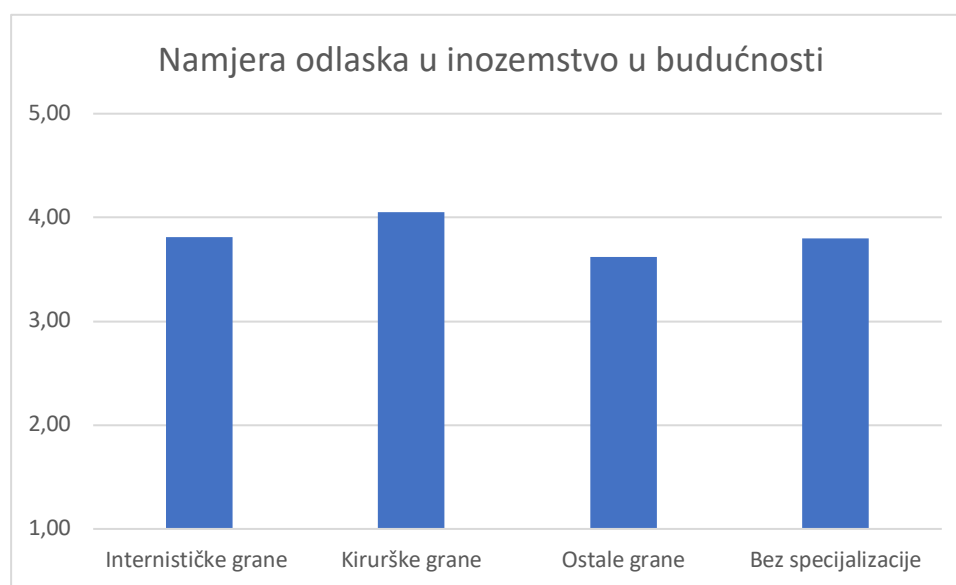
Izrada autora

Rezultati su pokazali da postoje izvjesne razlike u namjeri odlaska u inozemstvo u budućnosti između liječnika koji pripadaju različitim granama specijalizacije, što se vidi iz F-omjera ($F(3,1539) = 8.561, p < .01$) koji se pokazao značajnim. Kako bi se testirale razlike između pojedinih skupina, korišten je Games-Howell post hoc test. Rezultati su pokazali kako postoji statistički značajna razlika između liječnika koji pripadaju kirurškim granama specijalizacije i liječnika koji pripadaju ostalim granama specijalizacije ($G-H = .432, p < .01$). Naime, liječnici koji pripadaju kirurškim granama specijalizacije imaju značajno izraženiju namjeru odlaska u inozemstvo u budućnosti u odnosu na liječnike koji pripadaju ostalim granama specijalizacije (vidjeti Tablicu 6). Između ostalih skupina liječnika nisu pronađene statistički značajne razlike. Istim se hipoteza H3 smatra djelomično potvrđena. Rezultati su grafički prikazani na Slici 14.

Ispitati hipotezu H3 uzelo se za iznimno važno kako bi se među različitim granama medicine utvrdilo koja grana ili grane su najpodložnije odlascima u trenutnom i budućem periodu migracija. Takvo saznanje može se iskoristiti za bolje planiranje budućih potreba za zdravstvenim djelatnicima kao i za problematiku trenutne organizacije rada u tim granama medicine koja očito dovodi do određene vrste nezadovoljstva i na kraju rezultira migracijom. Kako je značajno izražena

namjera odlaska u inozemstvo vidljiva kod liječnika koji pripadaju kirurškim granama medicine u odnosu na liječnike koji pripadaju ostalim granama medicine, od iznimne je važnosti utvrditi stvarne brojeve liječnika kirurških grana u hrvatskom zdravstvenom sustavu i pozabaviti se problematikom razloga koji ih motiviraju za odlazak iz RH. Hipoteza H3 je samo djelomično potvrđena u odnosu na podatak kako značajno izraženiju namjeru odlaska u inozemstvo u budućnosti imaju liječnici koji pripadaju kirurškim granama specijalizacije u odnosu na liječnike koji pripadaju ostalim granama specijalizacije. Statistički značajna razlika namjere odlaska u inozemstvo u budućnosti nije utvrđena u odnosima liječnika koji pripadaju internističkim granama medicine u odnosu na liječnike koji pripadaju ostalim granama medicine.

Slika 13. Prosječne procjene namjere odlaska u inozemstvo u budućnosti između liječnika koji pripadaju različitim granama specijalizacije.



Izrada autora

H4: Postoji značajna razlika u migracijskim namjerama s obzirom na radni status, tako da izraženiju namjeru ostanka u Republici Hrvatskoj imaju liječnici s ugovornom obvezom iz specijalističkog usavršavanja u odnosu na ostale liječnike.

Kako bi se ispitano postojala li razlika u percepciji spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorene obaveze između liječnika na stažu, liječnika s položenim ispitom – nezaposlenih, liječnika s položenim ispitom – zaposlenih (bez započetog specijalističkog treninga), specijalizanata, specijalista s manje od 5 godina specijalističkog staža i specijalista s više od 5 godina specijalističkog staža, provedena je jednostavna analiza varijance gdje je nezavisna varijabla bila status liječnika (na stažu / s položenim ispitom – nezaposleni / s položenim ispitom – zaposleni (bez započetog specijalističkog treninga) / specijalizanti / specijalisti s manje od 5 godina specijalističkog staža / specijalisti s više od 5 godina specijalističkog staža), a zavisna percepcija spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obaveze. Svrha analize bila je ispitati percipiraju li liječnici koji su pod ugovornom obavezom (specijalizanti i specijalisti s manje od 5 godina specijalističkog staža) više razine spriječenosti odlaska u inozemstvo u odnosu na ostale liječnike. Rezultati su prikazani u Tablici 9.

Tablica 8. Rezultati provedene jednostavne analize varijance za usporedbu liječnika različitog statusa s obzirom na percepciju spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorene obaveze.

Varijabla	Kategorija	M	SD	F (5,1537)
Percepcija spriječenosti odlaska u inozemstvo	Na stažu	2.60	1.506	56.964**
	S položenim ispitom – nezaposleni	2.13	1.458	
	S položenim ispitom – zaposleni bez započetog specijalističkog treninga	2.26	1.220	
	Specijalizanti	3.40	1.426	
	Specijalisti s manje od 5g. staža	2.82	1.526	
	Specijalisti s više od 5g. staža	1.98	1.352	

Legenda: * – $p < .05$; ** – $p < .01$; M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; $F(ss)$ – F-omjer (stupnjevi slobode)

Izrada autora

Rezultati su pokazali da postoje izvjesne razlike u percepciji spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obaveze između liječnika različitog statusa što se vidi iz F-omjera ($F(5,1537) = 56.964$, $p < .01$) koji se pokazao značajnim. Kako bi se testirale razlike između

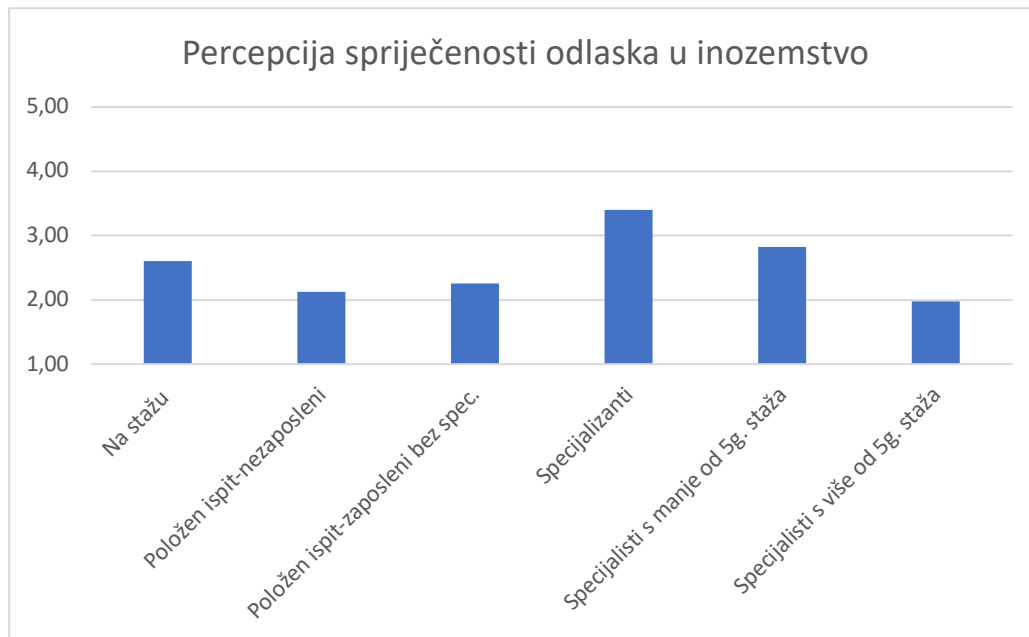
pojedinih skupina, korišten je Games-Howell post hoc test. Rezultati su pokazali kako postoji statistički značajna razlika između specijalizanata i ostalih skupina liječnika, tj. onih s položenim ispitom i zaposlenih, ali bez započetog specijalističkog treninga ($G-H = 1.139, p < .01$), specijalista s manje od 5 godina specijalističkog staža ($G-H = .576, p < .01$) i specijalista s više od 5 godina specijalističkog staža ($G-H = 1.418, p < .01$). Naime, specijalizanti percipiraju značajno više razine spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obaveze u odnosu na liječnike s položenim ispitom i zaposlene, ali bez započetog specijalističkog treninga, specijaliste s manje od 5 godina specijalističkog staža i specijaliste s više od 5 godina specijalističkog staža (vidjeti Tablicu 9).

Nadalje, post hoc analiza pokazala je kako postoji statistički značajna razlika između specijalista s manje od 5 godina specijalističkog staža i ostalih skupina liječnika, tj. onih s položenim ispitom i zaposlenih, ali bez započetog specijalističkog treninga ($G-H = .563, p < .01$) i specijalista s više od 5 godina specijalističkog staža ($G-H = .841, p < .01$). Naime, specijalisti s manje od 5 godina specijalističkog staža percipiraju značajno više razine spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obaveze u odnosu na liječnike s položenim ispitom i zaposlene, ali bez započetog specijalističkog treninga i specijaliste s više od 5 godina specijalističkog staža (vidjeti Tablicu 9). Istim se hipoteza H4 smatra potvrđenom u cijelosti. Rezultati su grafički prikazani na Slici 17.

Ovaj rezultat dobiven putem anketnog obrasca može biti posljedica potpisivanja Ugovora o specijalističkom usavršavanju s ugovornim odredbama utvrđenim prema Pravilnicima o specijalističkom usavršavanju doktora medicine u kojima je za liječnike na specijalizaciji bila utvrđena vrsta ugovorne kazne u slučaju raskida ugovora o radu prije perioda na koji su isti sklopili. Pravilnici su propisivali takve odredbe sve do Pravilnika od 16. siječnja 2017. godine (NN 6/2017-200) koji je bio zadnji Pravilnik koji je propisivao takvu vrstu ugovorne kazne. Od 2018. godine ista je propisana Zakonom o zdravstvenoj zaštiti od 5. studenog 2018. godine (NN 100/2018 – 1929). S obzirom na visinu ugovorne kazne koju bi liječnici u slučaju ranijeg raskida ugovora o radu bili dužni vratiti svojim matičnim zdravstvenim ustanovama, shvatljivo je zašto upravo specijalizanti percipiraju značajno više razine spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obaveze u odnosu na ostale skupine liječnika. Isto tako, s obzirom da se ugovorna kazna smanjuje proporcionalno vremenu koje liječnik odradi kao specijalist, shvatljivo je zašto specijalisti s manje

od 5 godina specijalističkog radnog iskustva imaju nižu razinu spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obaveze u odnosu na specijalizante, a s druge strane višu razinu spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obaveze u odnosu na ostale skupine liječnika. Ukupno gledano, liječnici koji imaju ugovornu obvezu preuzetu temeljem ugovora o specijalističkom usavršavanju liječnika percipiraju značajno više razine spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog tako preuzete ugovorne obaveze u odnosu na liječnike koji nisu preuzeli takvu obvezu ili im ista više nije na snazi.

Slika 16. Prosječne procjene spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obaveze između liječnika različitog statusa.



Izrada autora

9.2. Razlike u percepciji spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorene obaveze s obzirom na granu medicine kojoj liječnici pripadaju

Kako bi se ispitalo postoji li razlika u percepciji spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorene obaveze između liječnika sa specijalizacijom iz internističkih grana, kirurških grana i ostalih grana, provedena je jednostavna analiza varijance gdje je nezavisna varijabla bila grana

specijalizacije (internističke/kirurške/ostale), a zavisna percepcija spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obaveze. Budući da je čestica koja je definirana kao zavisna varijabla glasila: „Kada bi mi se SADA pružila prilika za karijeru u inozemstvu, NE BIH napustio/la Republiku Hrvatsku zbog ugovorne obaveze.“, u ovu analizu uključeni su samo specijalizanti i specijalisti s manje od 5 godina specijalističkog staža budući da su samo oni pod ugovornom obvezom. Rezultati su prikazani u Tablici 7.

Tablica 9. Rezultati provedene jednostavne analize varijance za usporedbu liječnika koji pripadaju različitim granama specijalizacije s obzirom na percepciju spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorene obaveze.

Varijabla	Kategorija	M	SD	F (2,738)
Percepcija spriječenosti odlaska u inozemstvo	Internističke grane	3.04	1.500	2.646
	Kirurške grane	2.99	1.550	
	Ostale grane	3.27	1.465	

Legenda: * – $p < .05$; ** – $p < .01$; M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; $F(ss)$ – F-omjer (stupnjevi slobode)

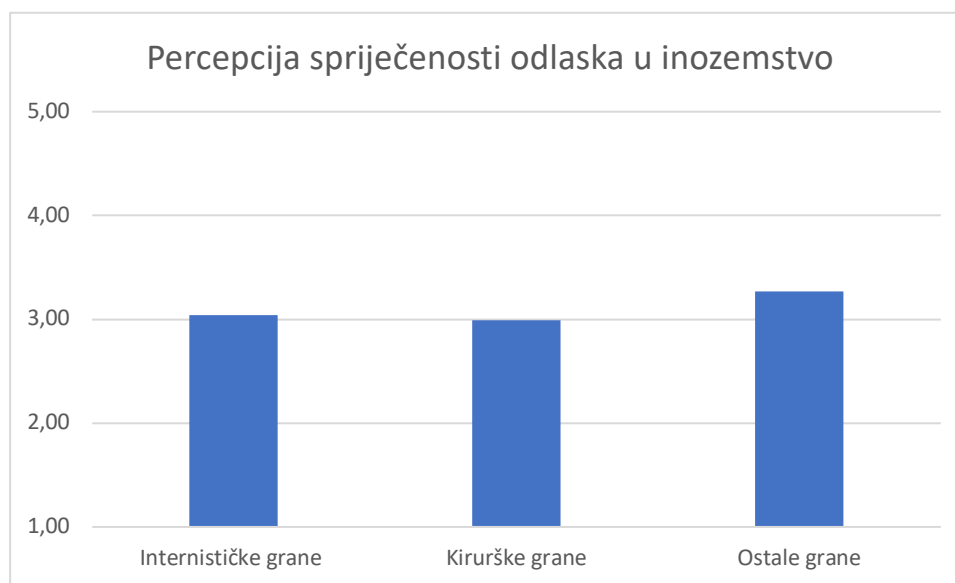
Izrada autora

Rezultati su pokazali da ne postoje značajne razlike u percepciji spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obaveze između liječnika koji pripadaju različitim granama specijalizacije što se vidi iz F-omjera ($F(2,738) = 2.646$, $p > .05$) koji se nije pokazao značajnim. Dakle, svi liječnici koji su pod ugovornom obavezom (specijalizanti i specijalisti s manje od 5 godina specijalističkog staža), bez obzira na granu specijalizacije, podjednako percipiraju razinu vlastite spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obaveze. Rezultati su grafički prikazani na Slici 15.

Nakon što je ispitana hipoteza H4 koja je potvrđena u cijelosti, točnije kako liječnici koji imaju ugovornu obvezu preuzetu temeljem ugovora o specijalističkom usavršavanju liječnika percipiraju značajno više razine spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog tako preuzete ugovorne obaveze u odnosu na liječnike koji nisu preuzeli takvu obvezu ili im ista više nije na snazi,

nametnulo se kao bitno ispitati postoji li možda razlika u percepciji spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obveze između liječnika različitih grana medicine. Cilj ovog ispitivanja bio je utvrditi postoji li značajna razlika u percepciji spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obveze između liječnika kirurških, internističkih i ostalih grana medicine, a koja bi razlika bila od iznimne važnosti za buduća planiranja ljudskih resursa i raspisivanja novih specijalizacija, s obzirom na trenutni i hipotetski budući deficit specijalista određene grane medicine. Kako je ovim ispitivanjem utvrđeno kako ne postoji značajna razlika, odnosno da liječnici svih grana medicine podjednako percipiraju razinu vlastite spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obveze, liječnici svih grana medicine imaju se uzeti u obzir kod budućih planiranja ljudskih resursa u zdravstvu, kao potencijalni kandidati za migracije u budućnosti.

Slika 14. Prosječne procjene spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obaveze između liječnika koji su pod ugovornom obavezom, a pripadaju različitim granama specijalizacije.



Izrada autora

9.3. Povezanost veličine bolnice i zadovoljstva poslom te namjere odlaska u inozemstvo u budućnosti

U svrhu provjeravanja povezanosti između veličine bolnice i zadovoljstva trenutnim radnim mjestom te povezanosti veličine bolnice i namjere odlaska u inozemstvo u budućnosti,

proveden je izračun Pearsonove korelacije. Veličina mjesta u kojem sudionici istraživanja rade, poslužila je kao indikator veličine bolnice. Analizom je utvrđeno kako postoji statistički značajna i negativna povezanost između veličine bolnice, tj. veličine mjesta u kojem sudionik radi i zadovoljstva trenutnim radnim mjestom ($r = - .068$, $p < .01$). Dakle, sudionici koji rade u većoj bolnici, tj. većem naselju, manje su zadovoljni trenutnim radnim mjestom.

Nadalje, utvrđeno je kako postoji statistički značajna i pozitivna povezanost između veličine bolnice, tj. veličine mjesta u kojem sudionik radi i namjere odlaska u inozemstvo u budućnosti ($r = .119$, $p < .01$). Dakle, sudionici koji rade u većoj bolnici tj. većem naselju, imaju izraženiju namjeru odlaska u inozemstvo u budućnosti.

Konačno, analizom je utvrđena statistički značajna i negativna povezanost između zadovoljstva trenutnim radnim mjestom i namjere odlaska u inozemstvo u budućnosti ($r = - .336$, $p < .01$). Dakle, sudionici koji su manje zadovoljni trenutnim radnim mjestom, imaju izraženiju namjeru odlaska u inozemstvo u budućnosti. Rezultati su prikazani u Tablici 10.

Važno je napomenuti da, kada govorimo o korelaciji, ne možemo govoriti o uzročno posljedičnoj vezi između varijabli, odnosno ne možemo zaključivati utječe li jedna varijabla na drugu ili obrnuto. Ono što možemo zaključiti je da postoji ili ne postoji statistički značajna povezanost između dviju ili više varijabli.

Rezultati istraživanja provedenog 2016. godine potvrdili su kako u sustavu javnog zdravstva u RH ne postoji prihvaćeni model planiranja i upravljanja ljudskim resursima te u 28,3 % zdravstvenih ustanova u kojima postoji specijalizirani odjel za upravljanje ljudskim resursima isti se sastoji od jedne osobe, najčešće ravnatelja te ustanove, od kojih 72,3 % osoba koje su zadužene za upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu nemaju završen nikakav oblik formalne edukacije iz područja upravljanja ljudskim resursima. Ovaj podatak smatra se važnim kada se raspravlja o pitanju povezanosti veličine bolnice i zadovoljstva s poslom te namjere odlaska u inozemstvo u budućnosti. Veće bolnice imaju veći broj djelatnika te veći broj pacijenata o kojima vode skrb. Uz nedostatak opće prihvaćenog modela planiranja i upravljanja ljudskim resursima shvatljivo je da su upravo liječnici u većim bolnicama koje imaju veći broj pacijenata u svojoj skrbi

manje zadovoljni na radnom mjestu te da imaju izraženiju namjeru odlaska u inozemstvo u budućnosti. Pretpostavlja se da bi odgovarajući model planiranja i upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu osigurao bolju organizaciju posla i resursa i samim time utjecao i na veće zadovoljstvo liječnika na radnom mjestu, kako u većim tako i u manjim zdravstvenim ustanovama.

Tablica 10. Interkorelacije mjerenih varijabli ($N=1\ 543$).

Varijabla	Veličina bolnice	Zadovoljstvo poslom	Namjera odlaska u inozemstvo
Veličina bolnice (mjesto)	1	-.068**	.119**
Zadovoljstvo poslom		1	-.336**
Namjera odlaska u inozemstvo			1

Legenda: ** $p < .01$; * $p < .05$

Izrada autora

9.4. Povezanost dobi i zadovoljstva poslom te namjere odlaska u inozemstvo u budućnosti

U svrhu provjeravanja povezanosti između dobi sudionika i zadovoljstva trenutnim radnim mjestom te povezanosti dobi sudionika i namjere odlaska u inozemstvo u budućnosti, proveden je izračun Pearsonove korelacije. Analizom je utvrđeno kako postoji statistički značajna i pozitivna povezanost između dobi sudionika i zadovoljstva trenutnim radnim mjestom ($r = .090$, $p < .01$). Dakle, stariji sudionici više su zadovoljni trenutnim radnim mjestom.

Nadalje, utvrđeno je kako postoji statistički značajna i negativna povezanost između dobi sudionika i namjere odlaska u inozemstvo u budućnosti ($r = -.108$, $p < .01$). Dakle, stariji sudionici imaju manje izraženu namjeru odlaska u inozemstvo u budućnosti. Rezultati su prikazani u Tablici 11.

Tablica 11. Interkorelacije mjerenih varijabli ($N=1\ 543$).

Varijabla	Veličina bolnice	Zadovoljstvo poslom	Namjera odlaska u inozemstvo
Veličina bolnice (mjesto)	1	.090**	-.108**

Zadovoljstvo poslom	1	-.336**
Namjera odlaska u inozemstvo		1

Legenda: **p < .01; *p < .05

Izrada autora

Ovaj rezultat može se logički objasniti iz više uglova. Možda primarni razlog ovakvom rezultatu jest piramidalna hijerarhija u hrvatskom zdravstvenom sustavu, gdje se napreduje kroz godine iskustva i životnu dob te isto moguće utječe i na osjećaj zadovoljstva na poslu, a samim time i na manje izraženu namjeru odlaska u inozemstvo u budućnosti. Stariji liječnici već su se etablirali u hrvatskom zdravstvenom sustavu, stekli statute, te zahvaljujući piramidalnoj hijerarhiji stekli poštovanje mlađih kolega.

9.5. Povezanost radnog staža i zadovoljstva poslom te namjere odlaska u inozemstvo u budućnosti

U svrhu provjeravanja povezanosti između radnog staža sudionika i zadovoljstva trenutnim radnim mjestom te povezanosti radnog staža sudionika i namjere odlaska u inozemstvo u budućnosti, proveden je izračun Pearsonove korelacije. Analizom je utvrđeno kako postoji statistički značajna i pozitivna povezanost između radnog staža sudionika i zadovoljstva trenutnim radnim mjestom ($r = .089$, $p < .01$). Dakle, sudionici s većim radnim stažem, više su zadovoljni trenutnim radnim mjestom.

Nadalje, utvrđeno je kako postoji statistički značajna i negativna povezanost između radnog staža sudionika i namjere odlaska u inozemstvo u budućnosti ($r = -.116$, $p < .01$). Dakle, sudionici s većim radnim stažem imaju manje izraženu namjeru odlaska u inozemstvo u budućnosti. Rezultati su prikazani u Tablici 12.

Ovaj rezultat moguć je u izravnoj poveznici s prethodnim tumačenjem rezultata povezanosti dobi sudionika i zadovoljstva na poslu te namjere odlaska u inozemstvo u budućnosti. U hrvatskom zdravstvenom sustavu, gdje je na snazi piramidalna hijerarhija, djelatnici s većim radnim stažem više su na hijerarhijskoj ljestvici što izravno utječe na zadovoljstvo na trenutnom radnom mjestu i

stoga manje izraženu namjeru odlaska u inozemstvo u budućnosti. S druge strane, liječnici s kraćim radnim stažem, gdje se ubrajaju diplomirani liječnici, specijalizanti te specijalisti s manje od pet godina radnoga iskustva, pod vodstvom su voditelja odjela, starijih kolega te mentora od kojih bi trebali primati radne zadatke, pomoć i učiti se poslu. Iz rezultata istraživanja ankete utvrđeno je kako je svega 19 % liječnika izrazilo zadovoljstvo ulogom mentora u obavljanju programa specijalističkog usavršavanja, od čega je samo 7,3 % odgovorilo da su tijekom specijalizacije najviše znanja i vještina primili upravo od mentora. Njih 93,6 % izjavilo je kako bi se u hrvatskim zdravstvenim ustanovama trebalo pridati više pažnje uređenju međuljudskih odnosa na odjelima. Takvi rezultati idu u prilog logičnosti rezultata kako sudionici s većim radnim stažem imaju manje izraženu namjeru odlaska u inozemstvo u budućnosti.

Tablica 12. Interkorelacije mjerenih varijabli (N = 1 543).

Varijabla	Veličina bolnice	Zadovoljstvo poslom	Namjera odlaska u inozemstvo
Veličina bolnice (mjesto)	1	.089**	- .116**
Zadovoljstvo poslom		1	- .336**
Namjera odlaska u inozemstvo			1

Legenda: **p < .01; *p < .05

Izrada autora

9.6. Razlike u zadovoljstvu poslom s obzirom na trenutni status liječnika

Kako bi se ispitalo postoji li razlika u zadovoljstvu na trenutnom radnom mjestu između liječnika na stažu, liječnika s položenim ispitom – zaposlenih (bez započetog specijalističkog treninga), specijalizanata, specijalista s manje od 5 godina specijalističkog staža i specijalista s više od 5 godina specijalističkog staža, provedena je jednostavna analiza varijance gdje je nezavisna varijabla bila status liječnika (na stažu /s položenim ispitom – zaposleni (bez započetog specijalističkog treninga) / specijalizanti / specijalisti s manje od 5 godina specijalističkog staža / specijalisti s više od 5 godina specijalističkog staža), a zavisna zadovoljstvo na trenutnom radnom mjestu. Budući da se ispitalo zadovoljstvo na trenutnom radnom mjestu, u ovu analizu nisu uključeni trenutno nezaposleni liječnici. Rezultati su prikazani u Tablici 13.

Tablica 13. Rezultati provedene jednostavne analize varijance za usporedbu liječnika različitog statusa s obzirom na zadovoljstvo poslom.

Varijabla	Kategorija	M	SD	F (4,1530)
Zadovoljstvo poslom	Na stažu	3.90	1.287	7.299**
	S položenim ispitom – zaposleni bez započetog specijalističkog treninga	2.96	1.254	
	Specijalizanti	2.93	1.095	
	Specijalisti s manje od 5 g. staža	2.78	1.121	
	Specijalisti s više od 5 g. staža	3.16	1.235	

Legenda: * – $p < .05$; ** – $p < .01$; M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; $F(ss)$ – F-omjer (stupnjevi slobode)

Izrada autora

Rezultati su pokazali da postoje izvjesne razlike u zadovoljstvu poslom između liječnika različitog statusa što se vidi iz F-omjera ($F(4,1530) = 7.299$, $p < .01$) koji se pokazao značajnim. Kako bi se testirale razlike između pojedinih skupina, korišten je Games-Howell post hoc test. Rezultati su pokazali kako postoji statistički značajna razlika između specijalista s više od 5 godina specijalističkog staža i ostalih skupina liječnika, tj. specijalizanata ($G-H = .203$, $p < .05$) i specijalista s manje od 5 godina specijalističkog staža ($G-H = .378$, $p < .01$). Naime, specijalisti s više od 5 godina specijalističkog staža značajno su zadovoljniji na trenutnom radnom mjestu od specijalizanata i specijalista s manje od 5 godina specijalističkog staža (vidjeti Tablicu 13). Između ostalih skupina liječnika nisu pronađene statistički značajne razlike. Rezultati su grafički prikazani na Slici 18.

Ovako dobiveni rezultat može se objasniti korelacijom više faktora od čega na prvom mjestu činjenicom kako specijalizanti i specijalisti s manje od 5 godina specijalističkog staža imaju ugovornu obvezu rada u zdravstvenoj ustanovi pri kojoj su obavili specijalističko usavršavanje u trajanju jednakom trajanju specijalističkog usavršavanja te u slučaju ranijeg odlaska s tog radnog mjesta imaju obvezu novčano naknaditi zdravstvenoj ustanovi svoj odlazak. Ta činjenica može

značajno utjecati na postotak zadovoljstva specijalizanata i specijalista s manje od 5 godina specijalističkog staža na trenutnom radnom mjestu. Drugi faktor koji može utjecati na zadovoljstvo na trenutnom radnom mjestu kraći je radni staž, koji ove dvije skupine liječnika stavlja hijerarhijski niže od liječnika s više od 5 godina specijalističkog iskustva. Isto tako, rezultati ankete pokazali su kako postoji veliko nezadovoljstvo provođenjem programa specijalističkog usavršavanja liječnika gdje većina ispitanika smatra da su potrebne promjene trenutnog programa specijalističkog usavršavanja liječnika. Većina ispitanika također smatra kako mentor ne obavlja svoju ulogu na odgovarajući način te kako specijalizanti ne prođu sve propisano programom specijalizacije. Sve to izravno utječe na manji stupanj zadovoljstva na radnom mjestu liječnika u statusu specijalizanta i specijalista s manje od 5 godina specijalističkog iskustva.

Slika 17. Prosječne procjene zadovoljstva poslom između liječnika različitog statusa.



Izrada autora

9.7. Razlike u zadovoljstvu poslom s obzirom na sustav u kojem liječnici rade

Kako bi se ispitalo postoji li razlika u zadovoljstvu na trenutnom radnom mjestu između liječnika zaposlenih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, bolničkom sustavu, sveučilištu, zavodu za javno zdravstvo, poliklinikama i ostalim sustavima, provedena je jednostavna analiza varijance gdje je nezavisna varijabla bila sustav u kojem su liječnici zaposleni (primarna zdravstvena zaštita

/ bolnički sustav / sveučilište / zavod za javno zdravstvo / poliklinike / drugo), a zavisna zadovoljstvo na trenutnom radnom mjestu. Budući da se ispitivalo zadovoljstvo na trenutnom radnom mjestu, u ovu analizu nisu uključeni trenutno nezaposleni liječnici. Rezultati su prikazani u Tablici 14.

Tablica 14. Rezultati provedene jednostavne analize varijance za usporedbu liječnika zaposlenih u različitim sustavima rada s obzirom na zadovoljstvo poslom.

Varijabla	Kategorija	M	SD	F (5,1526)
Zadovoljstvo poslom	Primarna zdravstvena zaštita	3.14	1.214	5.843**
	Bolnički sustav	2.90	1.157	
	Sveučilište	3.40	1.430	
	Zavod za javno zdravstvo	3.33	1.108	
	Poliklinike	3.45	1.175	
	Drugo	3.58	1.361	

Legenda: * – $p < .05$; ** – $p < .01$; M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; $F(ss)$ – F-omjer (stupnjevi slobode)

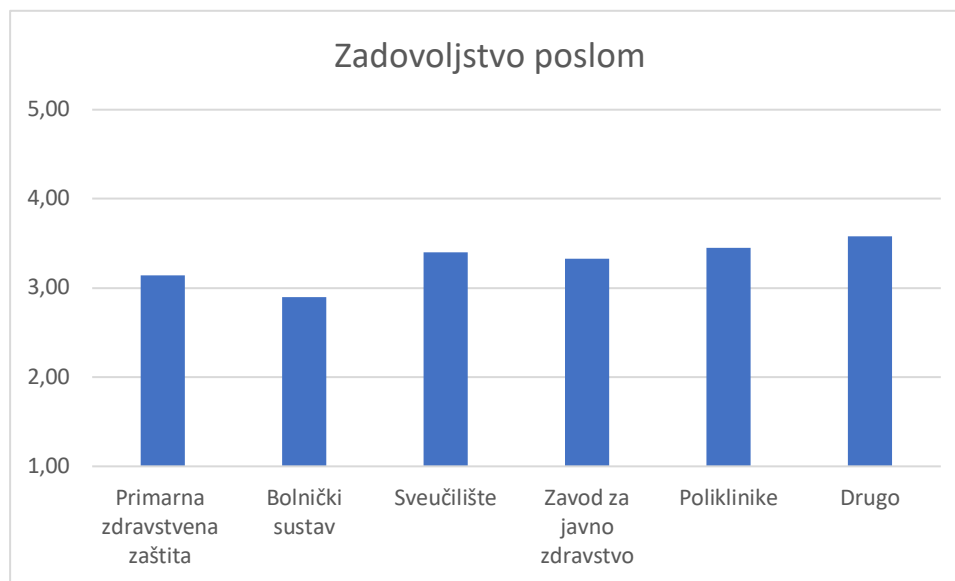
Izrada autora

Rezultati su pokazali da postoje izvjesne razlike u zadovoljstvu poslom između liječnika zaposlenih u različitim sustavima rada, što se vidi iz F-omjera ($F(5,1526) = 5.843$, $p < .01$) koji se pokazao značajnim. Kako bi se testirale razlike između pojedinih skupina, korišten je Scheffeov post hoc test. Rezultati su pokazali kako postoji statistički značajna razlika između liječnika zaposlenih u sustavu primarne zdravstvene zaštite i liječnika zaposlenih u bolničkom sustavu zdravstvene zaštite (Scheffe = .235, $p < .05$). Naime, liječnici zaposleni u sustavu primarne zdravstvene zaštite značajno su zadovoljniji na trenutnom radnom mjestu od liječnika zaposlenih u bolničkom sustavu zdravstvene zaštite (vidjeti Tablicu 14). Između ostalih skupina liječnika nisu pronađene statistički značajne razlike. Rezultati su grafički prikazani na Slici 19.

Statistički značajna razlika utvrđena je između liječnika zaposlenih u sustavu primarne zdravstvene zaštite i liječnika zaposlenih u bolničkom sustavu zdravstvene zaštite, a koja je bila i

očekivana. U zdravstvenom sustavu RH u sklopu modela planiranja i upravljanja ljudskim resursima potrebno je napraviti reorganizaciju primarne razine zdravstvene zaštite kako bi se ista rasteretila administrativnih poslova, odnosno više usredotočila na medicinske poslove te time rasteretila sekundarnu i tercijarnu razinu zdravstvene zaštite (bolnički sustavi). U trenutnoj situaciji bolnički su sustavi preopterećeni, a primarna razina zdravstvene zaštite zatrpána papirima i administracijom. Postizanjem standarda rješavanja 85 % zdravstvenih problema na razini primarne zdravstvene zaštite i upućivanjem svega 15 % pacijenata na liječenje na sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite (bolnice) poraslo bi zadovoljstvo na radnom mjestu na svim trima razinama zdravstvene zaštite iz razloga što bi preopterećenost liječnika na svim razinama bila smanjena.

Slika 18. Prosječne procjene zadovoljstva poslom između liječnika zaposlenih u različitim sustavima rada.



Izrada autora

9.8. Razlike u namjeri odlaska u inozemstvo s obzirom na sustav u kojem liječnici rade

Kako bi se ispitalo postoji li razlika u namjeri odlaska u inozemstvo između liječnika zaposlenih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, bolničkom sustavu, sveučilištu, zavodu za javno zdravstvo, poliklinikama, ostalim sustavima i trenutno nezaposlenih, provedena je jednostavna

analiza varijance gdje je nezavisna varijabla bila sustav u kojem su liječnici zaposleni (primarna zdravstvena zaštita / bolnički sustav / sveučilište / zavod za javno zdravstvo / poliklinike / drugo / nezaposleni), a zavisna namjera odlaska u inozemstvo u budućnosti. Rezultati su prikazani u Tablici 15.

Tablica 15. Rezultati provedene jednostavne analize varijance za usporedbu liječnika zaposlenih u različitim sustavima rada s obzirom na namjeru odlaska u inozemstvo u budućnosti.

Varijabla	Kategorija	M	SD	F (6,1536)
Namjera odlaska u inozemstvo u budućnosti	Primarna zdravstvena zaštita	3.42	1.408	9.178**
	Bolnički sustav	3.89	1.229	
	Sveučilište	4.60	.699	
	Zavod za javno zdravstvo	3.21	1.321	
	Poliklinike	4.06	1.116	
	Drugo	3.84	1.393	
	Nezaposleni	4.36	1.433	

Legenda: * – $p < .05$; ** – $p < .01$; M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; $F(ss)$ – F-omjer (stupnjevi slobode)

Izrada autora

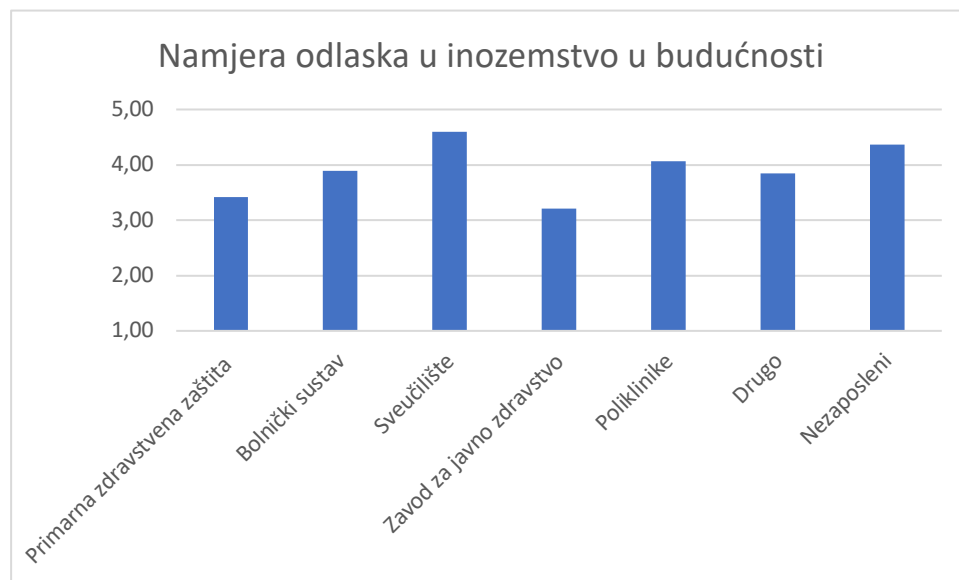
Rezultati su pokazali da postoje izvjesne razlike u namjeri odlaska u inozemstvo između liječnika zaposlenih u različitim sustavima rada, što se vidi iz F-omjera ($F(6,1536) = 9.178$, $p < .01$) koji se pokazao značajnim. Kako bi se testirale razlike između pojedinih skupina, korišten je Games-Howell post hoc test. Rezultati su pokazali kako postoji statistički značajna razlika između liječnika zaposlenih u sustavu primarne zdravstvene zaštite i ostalih skupina liječnika, tj. liječnika zaposlenih u bolničkom sustavu zdravstvene zaštite ($G-H = -.468$, $p < .01$), liječnika zaposlenih na sveučilištu ($G-H = -1.182$, $p < .05$) i liječnika zaposlenih u poliklinikama ($G-H = -.643$, $p < .05$). Naime, liječnici zaposleni u sustavu primarne zdravstvene zaštite imaju značajno manje izraženu namjeru odlaska u inozemstvo od liječnika zaposlenih u bolničkom sustavu zdravstvene

zaštite, liječnika zaposlenih na sveučilištu i liječnika zaposlenih u poliklinikama (vidjeti Tablicu 15).

Nadalje, rezultati su pokazali kako postoji statistički značajna razlika između liječnika zaposlenih u bolničkom sustavu zdravstvene zaštite i liječnika zaposlenih na zavodu za javno zdravstvo ($G-H = .680, p < .05$). Naime, liječnici zaposleni u bolničkom sustavu zdravstvene zaštite imaju značajno izraženiju namjeru odlaska u inozemstvo od liječnika zaposlenih na zavodu za javno zdravstvo (vidjeti Tablicu 15).

Također, rezultati su pokazali kako postoji statistički značajna razlika između liječnika zaposlenih na sveučilištu i liječnika zaposlenih na zavodu za javno zdravstvo ($G-H = 1.395, p < .01$). Naime, liječnici zaposleni na sveučilištu imaju značajno izraženiju namjeru odlaska u inozemstvo od liječnika zaposlenih na zavodu za javno zdravstvo (vidjeti Tablicu 15). Između ostalih skupina liječnika nisu pronađene statistički značajne razlike. Rezultati su grafički prikazani na Slici 20.

Slika 19. Prosječne procjene namjere odlaska u inozemstvo između liječnika zaposlenih u različitim sustavima rada.



Izrada autora

9.9. Razlike u spremnosti preporučivanja poslodavca između liječnika koji trenutno rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu

Kako bi se ispitalo postoji li razlika u spremnosti preporučivanja poslodavca između liječnika koji trenutno rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu, proveden je t-test za nezavisne uzorke gdje je nezavisna varijabla bila mjesto rada (Republika Hrvatska / inozemstvo), a zavisna spremnost preporučivanja poslodavca. Budući da su se željele ispitati razlike u spremnosti preporučivanja trenutnog poslodavca, iz ove analize isključeni su trenutno nezaposleni liječnici. Rezultati su prikazani u Tablici 16.

Tablica 16. Rezultati provedenog t-testa za nezavisne uzorke za usporedbu liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu s obzirom na spremnost preporučivanja poslodavca.

Varijabla	Kategorija	M	SD	t(1531)
Spremnost preporučivanja poslodavca	Liječnici u RH	2.80	1.235	-9.538**
	Liječnici u inozemstvu	4.15	1.075	

Legenda: * – $p < .05$; ** – $p < .01$; *M* – aritmetička sredina; *SD* – standardna devijacija; *t(ss)* – t-test (stupnjevi slobode)

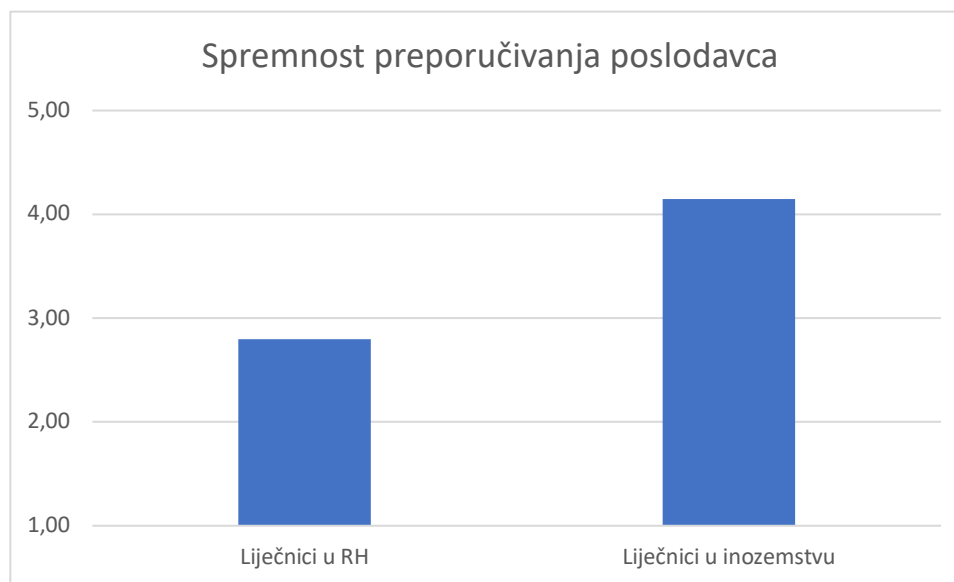
Izrada autora

Rezultati su pokazali da postoje izvjesne razlike u spremnosti preporučivanja poslodavca između liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i liječnika koji rade u inozemstvu što se vidi iz značajnog t-testa ($t(1531) = -9.538$, $p < .01$) pri čemu su liječnici koji rade u inozemstvu značajno spremniji preporučiti svog poslodavca kolegama ($M = 4.15$, $SD = 1.075$) u odnosu na liječnike koji rade u Republici Hrvatskoj ($M = 2.80$, $SD = 1.235$). Rezultati su grafički prikazani na Slici 21.

Ovaj rezultat dobiven anketnim ispitivanjem može se potvrditi u jednom dijelu i rezultatima dobivenima metodom dubinskih intervjua provedenih s četiri švedske regije po pitanju upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu. Naime, prema podacima iz dubinskih intervjua više od 90 % djelatnika zaposlenih u švedskom zdravstvenom sustavu unutar ove četiri regije pokazuje

spremnost preporučiti svog poslodavca kolegama. Ovaj su podatak regije utvrdile svojim godišnjim anketama o zadovoljstvu djelatnika na radnom mjestu. Može se povući korelacija između stupnja zadovoljstva na radnom mjestu i spremnosti preporučivanja svog poslodavca kolegama s objašnjenjem kako djelatnici koji su zadovoljniji na radnom mjestu spremniji su i preporučiti svoga poslodavca drugim kolegama.

Slika 20. Prosječne procjene spremnosti preporučivanja poslodavca liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i liječnika koji rade u inozemstvu.



Izrada autora

9.10. Razlike u održavanju razgovora s kadrovskom službom o napretku u radu između liječnika koji trenutno rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu

Kako bi se ispitalo postoji li razlika u održavanju razgovora s kadrovskom službom o napretku u radu između liječnika koji trenutno rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu, proveden je t-test za nezavisne uzorke gdje je nezavisna varijabla bila mjesto rada (Republika Hrvatska / inozemstvo), a zavisna održavanje razgovora s kadrovskom službom o napretku u radu. Iz analize su isključeni trenutno nezaposleni liječnici. Rezultati su prikazani u Tablici 17.

Tablica 17. Rezultati provedenog t-testa za nezavisne uzorke za usporedbu liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu s obzirom na održavanje razgovora s kadrovskom službom o napretku u radu.

Varijabla	Kategorija	M	SD	t (80.125)
Održavanje razgovora o napretku u radu	Liječnici u RH	1.32	.798	-12.476**
	Liječnici u inozemstvu	3.58	1.598	

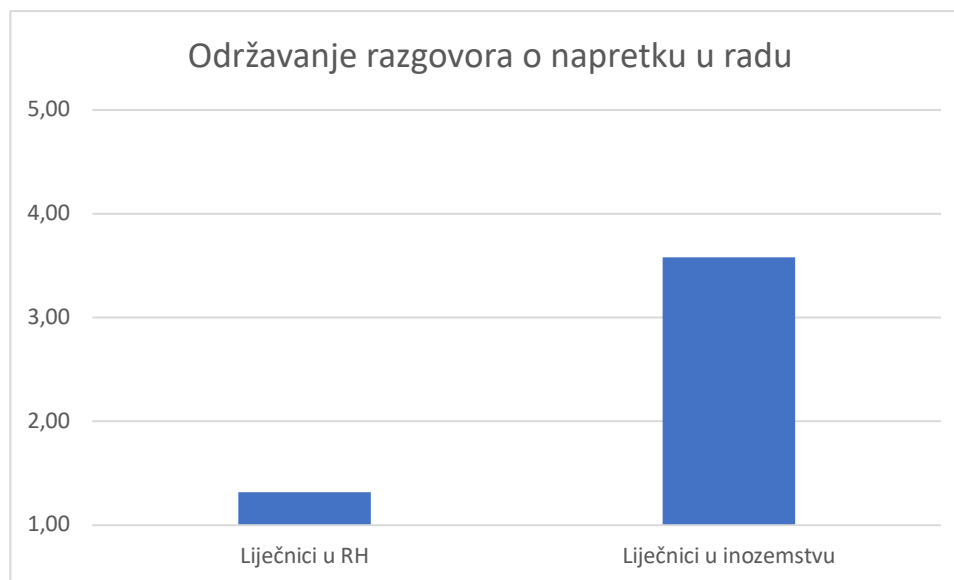
Legenda: * – $p < .05$; ** – $p < .01$; M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; $t(ss)$ – t-test (stupnjevi slobode)

Izrada autora

Rezultati su pokazali da postoje izvjesne razlike u održavanju razgovora s kadrovskom službom o napretku u radu između liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i liječnika koji rade u inozemstvu, što se vidi iz značajnog t-testa ($t(80.125) = -12.476$, $p < .01$), pri čemu liječnici koji rade u inozemstvu značajno češće izvještavaju da se u zdravstvenoj ustanovi u kojoj rade održavani razgovori s kadrovskom službom o napretku u radu ($M = 3.58$, $SD = 1.598$) u odnosu na liječnike koji rade u Republici Hrvatskoj ($M = 1.32$, $SD = .798$). Rezultati su grafički prikazani na Slici 22.

S obzirom na ranije istražen i utvrđen nedostatak općeprihvaćenog modela planiranja i upravljanja ljudskim resursima u hrvatskom zdravstvenom sustavu prema istraživanju iz 2016. godine, kao i nerealiziran Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu u RH 2015. – 2020., ovaj podatak dobiven istraživanjem ukazuje na logičnost istog. Naime, u hrvatskom zdravstvenom sustavu, u kojem samo 28,3 % zdravstvenih ustanova ima specijaliziran odjel za upravljanje ljudskim resursima koji se sastoji od jedne osobe zadužene za poslove iz domene upravljanja ljudskim resursima, teško se može organizirati održavanje razgovora o napretku u radu sa svakim od djelatnika te zdravstvene ustanove i istovremeno obavljati sve ostale poslove iz domene upravljanja ljudskim resursima.

Slika 21. Prosječne procjene održavanja razgovora s kadrovskom službom o napretku u radu liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i liječnika koji rade u inozemstvu.



Izrada autora

9.11. Razlike u održavanju razgovora s kadrovskom službom o plaći između liječnika koji trenutno rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu

Kako bi se ispitalo postoji li razlika u održavanju razgovora s kadrovskom službom o plaći (mogućnost povišice) između liječnika koji trenutno rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu, proveden je t-test za nezavisne uzorke gdje je nezavisna varijabla bila mjesto rada (Republika Hrvatska / inozemstvo), a zavisna održavanje razgovora s kadrovskom službom o plaći. Iz analize su isključeni trenutno nezaposleni liječnici. Rezultati su prikazani u Tablici 18.

Tablica 18. Rezultati provedenog t-testa za nezavisne uzorke za usporedbu liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu s obzirom na održavanje razgovora s kadrovskom službom o plaći.

Varijabla	Kategorija	M	SD	t (79.528)
Održavanje razgovora o plaći	Liječnici u RH	1.25	.713	-11.278**
	Liječnici u inozemstvu	3.39	1.683	

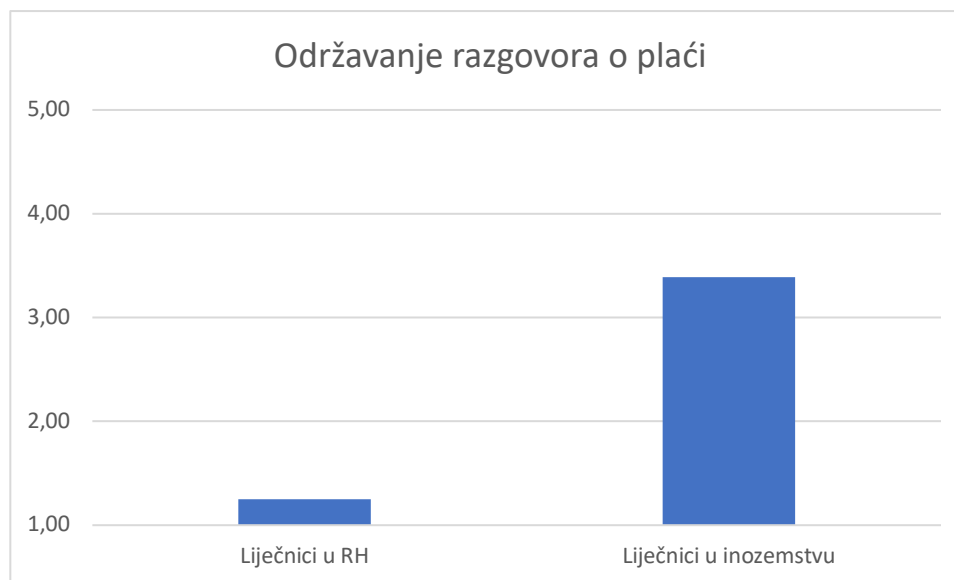
Legenda: * – $p < .05$; ** – $p < .01$; *M* – aritmetička sredina; *SD* – standardna devijacija; *t(ss)* – t-test (stupnjevi slobode)

Izrada autora

Rezultati su pokazali da postoje izvjesne razlike u održavanju razgovora s kadrovskom službom o plaći između liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i liječnika koji rade u inozemstvu što se vidi iz značajnog t-testa ($t(79.528) = -11.278, p < .01$), pri čemu liječnici koji rade u inozemstvu značajno češće izvještavaju da su u zdravstvenoj ustanovi u kojoj rade održavani razgovori s kadrovskom službom o plaći ($M = 3.39, SD = 1.683$) u odnosu na liječnike koji rade u Republici Hrvatskoj ($M = 1.25, SD = .713$). Rezultati su grafički prikazani na Slici 23.

Ovdje se može iznijeti isto tumačenje dobivenog rezultata kao i u dijelu o razlikama u održavanju razgovora s kadrovskom službom o napretku u radu između liječnika koji trenutno rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu. Naime, temeljem iste osnove, može se objasniti logičnost dobivenog rezultata kako su u zdravstvenom sustavu u RH razgovori s djelatnicima o plaći održavani rjeđe u odnosu na provođenje istih razgovora u zdravstvenim ustanovama u inozemstvu s obzirom na nedostatak opće prihvaćenog modela planiranja i upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu. Ovaj rezultat također je važan pokazatelj korelacije između razgovora o plaći s liječnicima i stupnja migracija liječnika, s obzirom da je plaća jedan od važnih razloga zašto se hrvatski liječnici odlučuju na migraciju i zaposlenje u inozemstvu. U anketnom ispitivanju je 66,4 % liječnika navelo upravo bolju plaću kao razlog za odlazak iz RH.

Slika 22. Prosječne procjene održavanja razgovora s kadrovskom službom o plaći liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i liječnika koji rade u inozemstvu.



Izrada autora

9.12. Razlike u održavanju razgovora s kadrovskom službom o problemima na poslu između liječnika koji trenutno rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu

Kako bi se ispitalo postoji li razlika u održavanju razgovora s kadrovskom službom o problemima na poslu između liječnika koji trenutno rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu, proveden je t-test za nezavisne uzorke gdje je nezavisna varijabla bila mjesto rada (Republika Hrvatska / inozemstvo), a zavisna održavanje razgovora s kadrovskom službom o problemima na poslu. Iz analize su isključeni trenutno nezaposleni liječnici. Rezultati su prikazani u Tablici 19.

Tablica 19. Rezultati provedenog t-testa za nezavisne uzorke za usporedbu liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu s obzirom na održavanje razgovora s kadrovskom službom o problemima na poslu.

Varijabla	Kategorija	M	SD	t (81.489)
Održavanje razgovora o problemima na poslu	Liječnici u RH	1.47	.935	-13.179**
	Liječnici u inozemstvu	3.67	1.465	

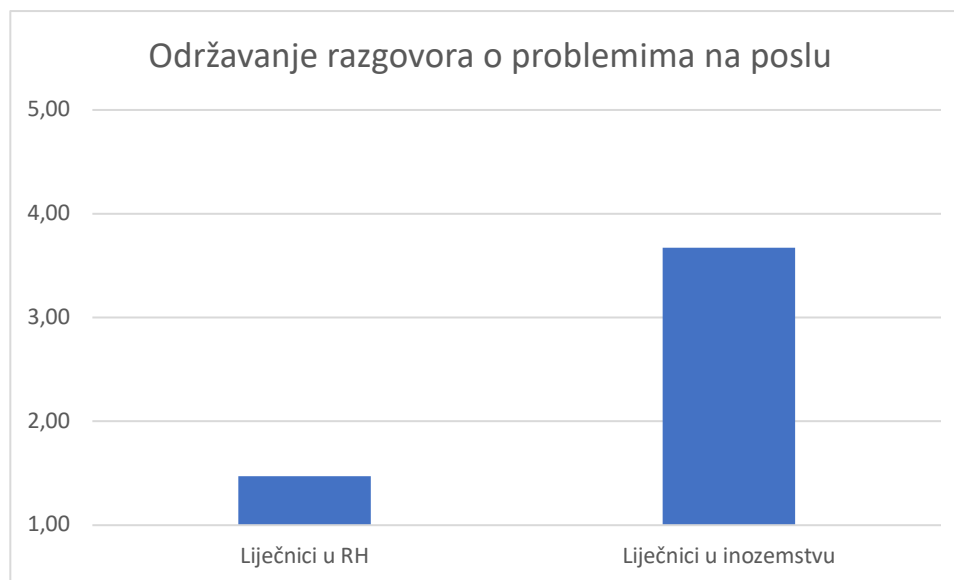
Legenda: * – $p < .05$; ** – $p < .01$; *M* – aritmetička sredina; *SD* – standardna devijacija; *t(ss)* – t-test (stupnjevi slobode)

Izrada autora

Rezultati su pokazali da postoje izvjesne razlike u održavanju razgovora s kadrovskom službom o problemima na poslu između liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i liječnika koji rade u inozemstvu, što se vidi iz značajnog t-testa ($t(81.489) = -13.179, p < .01$), pri čemu liječnici koji rade u inozemstvu značajno češće izvještavaju da se u zdravstvenoj ustanovi u kojoj rade održavaju razgovori s kadrovskom službom o problemima na poslu ($M = 3.67, SD = 1.465$) u odnosu na liječnike koji rade u Republici Hrvatskoj ($M = 1.47, SD = .935$). Rezultati su grafički prikazani na Slici 24.

Problemi na poslu mogu biti loša opremljenost radnog mjesta, loši uvjeti rada, loši međuljudski odnosi na radnom mjestu i sl. Sve navedene razloge u anketnom ispitivanju liječnici su naveli kao razloge za odlaskom iz RH. Ukupno 82,3 % ispitanika navelo je kako u svojoj trenutnoj zdravstvenoj ustanovi nemaju razgovore vezano uz probleme s kojima se susreću na radnom mjestu. Njih 93,6 % smatra kako bi se u hrvatskim zdravstvenim ustanovama trebalo pridati više pažnje uređenju međuljudskih odnosa na odjelima. S obzirom na ranije spomenut podatak kako u hrvatskom zdravstvu ne postoji opće prihvaćen model planiranja i upravljanja ljudskim resursima, ovako je dobiven rezultat logičan. Isti upućuje na korelaciju podatka da se u hrvatskim zdravstvenim ustanovama ne provode razgovori s liječnicima o problemima s kojima se susreću na poslu, dok su istovremeno problemi s kojima se liječnici susreću na poslu u hrvatskom zdravstvenom sustavu jedan od ključnih razloga migracija liječnika.

Slika 23. Prosječne procjene održavanja razgovora s kadrovskom službom o problemima na poslu liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i liječnika koji rade u inozemstvu.



Izrada autora

9.13. Razlike u slobodnom izražavanju mišljenja o pacijentu i tijekom liječenja između liječnika koji trenutno rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu

Kako bi se ispitalo postoji li razlika u slobodnom izražavanju mišljenja o pacijentu i tijekom liječenja ispred nadređenih između liječnika koji trenutno rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu, proveden je t-test za nezavisne uzorke gdje je nezavisna varijabla bila mjesto rada (Republika Hrvatska / inozemstvo), a zavisna slobodno izražavanje mišljenja o pacijentu i tijekom liječenja. Iz analize su isključeni trenutno nezaposleni liječnici. Rezultati su prikazani u Tablici 20.

Tablica 20. Rezultati provedenog t-testa za nezavisne uzorke za usporedbu liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu s obzirom na slobodno izražavanje mišljenja o pacijentu i tijekom liječenja.

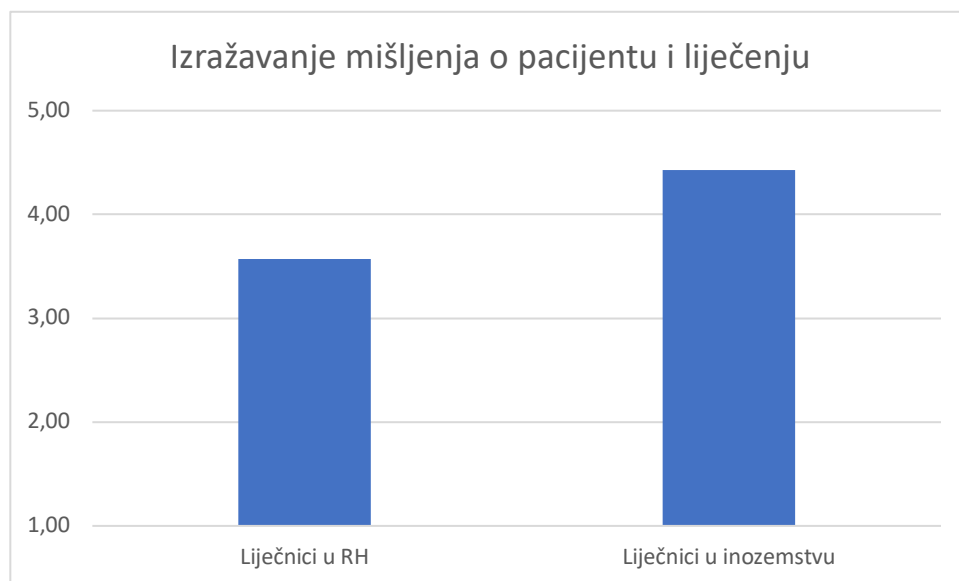
Varijabla	Kategorija	M	SD	t (93.176)
Izražavanje mišljenja o pacijentu i liječenju	Liječnici u RH	3.57	1.181	-8.152**
	Liječnici u inozemstvu	4.43	.901	

Legenda: * – $p < .05$; ** – $p < .01$; M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; $t(ss)$ – t-test (stupnjevi slobode)

Rezultati su pokazali da postoje izvjesne razlike u slobodnom izražavanju mišljenja o pacijentu i tijekom liječenja između liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i liječnika koji rade u inozemstvu, što se vidi iz značajnog t-testa ($t(93.176) = -8.152, p < .01$) pri čemu liječnici koji rade u inozemstvu percipiraju značajno veću slobodu izražavanja mišljenja o pacijentu i tijekom liječenja ispred nadređenih kolega ($M = 4.43, SD = .901$) u odnosu na liječnike koji rade u Republici Hrvatskoj ($M = 3.57, SD = 1.181$). Rezultati su grafički prikazani na Slici 25.

Unatoč tome što su razlike u odgovoru na ovo pitanje bile male, moguće je da su iste prisutne iz razloga što u hrvatskom zdravstvenom sustavu postoji hijerarhijski ustroj piramidalnog oblika, dok u inozemstvu postoje sustavi s piramidalnom hijerarhijom kao i oni s linearnom hijerarhijom. Smatra se da je odstupanje upravo u tom djelu ovisno o tome gdje su zaposleni liječnici (ispitanici) u inozemstvu, u državama koje imaju piramidalni ili linearni hijerarhijski ustroj. U svakom slučaju, odstupanje je nisko i liječnici u hrvatskom zdravstvenom sustavu također izražavaju visok stupanj slobode izražavanja mišljenja o pacijentu i tijekom liječenja ispred nadređenih kolega.

Slika 24. Prosječne procjene percipirane slobode izražavanja mišljenja o pacijentu i tijekom liječenja liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i liječnika koji rade u inozemstvu.



9.14. Razlike u zadovoljstvu mentorom između liječnika koji su specijalizaciju obavljali u Republici Hrvatskoj i onih koji su specijalizaciju obavljali u inozemstvu

Kako bi se ispitalo postoji li razlika u zadovoljstvu mentorom između liječnika koji su specijalizaciju obavljali u Republici Hrvatskoj i onih koji su specijalizaciju obavljali u inozemstvu, proveden je t-test za nezavisne uzorke gdje je nezavisna varijabla bila mjesto obavljanja specijalizacije (Republika Hrvatska / inozemstvo), a zavisna zadovoljstvo mentorom. Iz analize su isključeni liječnici koji nisu obavljali specijalizaciju. Rezultati su prikazani u Tablici 21.

Tablica 21. Rezultati provedenog t-testa za nezavisne uzorke za usporedbu liječnika koji su specijalizaciju obavljali u Republici Hrvatskoj i onih koji su specijalizaciju obavljali u inozemstvu s obzirom na zadovoljstvo mentorom.

Varijabla	Kategorija	M	SD	t (1353)
Zadovoljstvo mentorom	Specijalizacija u RH	2.28	1.314	-3.745**
	Specijalizacija u inozemstvu	3.28	1.458	

Legenda: * – $p < .05$; ** – $p < .01$; M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; $t(ss)$ – t-test (stupnjevi slobode)

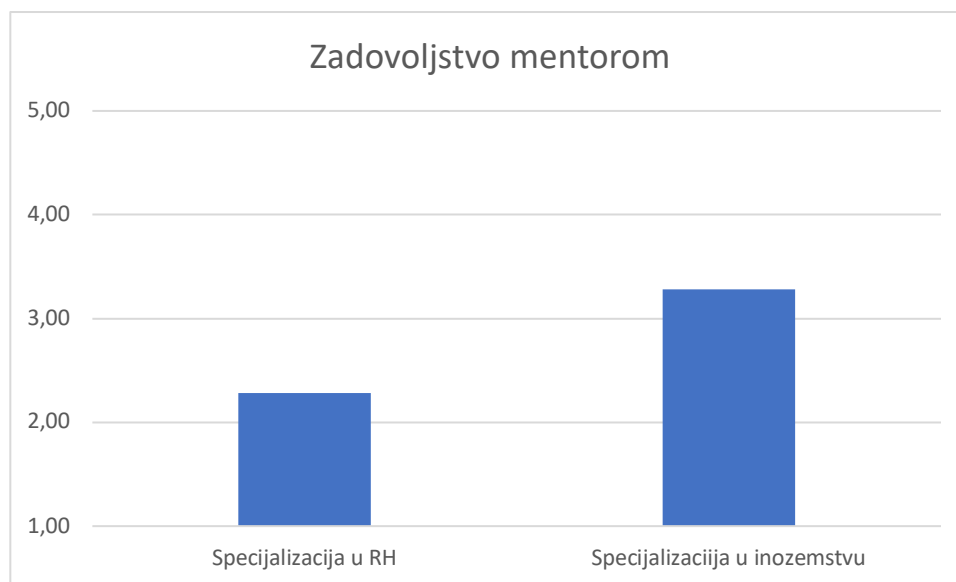
Izrada autora

Rezultati su pokazali da postoje izvjesne razlike u zadovoljstvu mentorom u obavljanju specijalizacije između liječnika koji su specijalizaciju obavljali u Republici Hrvatskoj i onih koji su specijalizaciju obavljali u inozemstvu što se vidi iz značajnog t-testa ($t(1353) = -3.745$, $p < .01$) pri čemu su liječnici, koji su specijalizaciju obavljali u inozemstvu, značajno zadovoljniji ulogom mentora u obavljanju svoje specijalizacije ($M = 3.28$, $SD = 1.458$) u odnosu na liječnike koji su specijalizaciju obavljali u Republici Hrvatskoj ($M = 2.28$, $SD = 1.314$). Rezultati su grafički prikazani na Slici 26.

Ovakav rezultat bio je očekivan s obzirom na rezultate u anketi gdje je većina ispitanika koji obavljaju ili su obavljali specijalizaciju u RH odgovorilo kako nisu zadovoljni ulogom mentora u obavljanju svojeg specijalističkog usavršavanja, kako se tijekom programa specijalističkog

usavršavanja ne nauči i ne odradi sve propisano u programu specijalističkog usavršavanja te kako su trenutnom programu specijalističkog usavršavanja liječnika potrebne promjene. Isto tako, na pitanje od koga su tijekom specijalizacije primili najviše znanja i stekli najviše vještina samo njih 7,3 % izjavilo je kako su iste stekli od mentora, a koji podatak također ide u prilog nižeg stupnja zadovoljstva hrvatskih specijalizanata ulogom mentora u odnosu na zadovoljstvo specijalizanata na specijalizaciji u inozemstvu.

Slika 25. Prosječne ocjene zadovoljstva mentorom liječnika koji su specijalizaciju obavljali u Republici Hrvatskoj i liječnika koji su specijalizaciju obavljali u inozemstvu.



Izrada autora

10. Primjer dobre prakse – upravljanje ljudskim resursima u švedskom zdravstvu

Provedenim dubinskim intervjuima s četirima regijama u Kraljevini Švedskoj unutar zadnje tri godine dobila se slika funkcioniranja odjela za upravljanje ljudskim resursima u zdravstvenom sustavu Kraljevine Švedske. Podatci o funkcioniranju švedskih odjela za ljudske resurse u zdravstvenim ustanovama dobiveni su putem dubinskih intervjuja provedenih kroz razdoblje od 2019. do 2022. godine. Regije obuhvaćene ovim istraživanjem su regija Södermanland, regija Jönköping, regija Norrbotten i regija Östergötland. Svaka regija ima nekoliko bolnica i domova zdravlja pod svojom nadležnošću.

Regija Södermanland ili Sörmland jedna je od 23 županije u Kraljevini Švedskoj, tzv. län (švedski izraz za županiju), koja leži uz Baltičko more u blizini Stockholma. Regija Södermanland putem svoga odjela za ljudske resurse ima od 2015. godine zacrtano u planu postati najzdravija švedska regija do 2025. godine. Regija Södermanland ima ukupno četiri bolnice: Mälarsjukhuset u Eskilstuni, Nyköpings lasarett, Regionsjukhuset Karsudden i Kullbergska sjukhuset (hrv. bolnica) u Katrineholmu.¹³

Iduća regija obuhvaćena trogodišnjim ispitivanjem jest regija Jönköping. Regija Jönköping regija je u južnoj Švedskoj koja se nalazi na jezeru Vätter, koje je drugo jezero po veličini u Švedskoj. U ovoj regiji djeluju tri bolnice: Värnamo sjukhus, Höglandssjukhuset Eksjö te Länsjukhuset Ryhov u Jönköpingu.¹⁴ Bolnice iz regije Jönköping do 2019. godine zauzimale su vodeća mjesta na listi najboljih bolnica u Švedskoj za tu godinu. Od 2019. godine lista najboljih bolnica po veličini i po pruženim uslugama pauzirana je do daljnjeg zbog pandemije covid19.

Regija Norrbotten nalazi se na sjeveru Švedske, na sjeverozapadnoj obali Botničkog zaljeva. Regija jednim dijelom graniči s Finskom, a čini 25 % površine Švedske i time je najveći švedski okrug. Veličine je gotovo 100 000 četvornih kilometara. Ovdje živi oko četvrt milijuna,

¹³ Region Sörmland. URL: <https://regionsormland.se/halsa-var/sjukhus-i-sormland/> (pristupljeno: 20. kolovoza 2022. g.).

¹⁴ Region Jönköpings län. URL: <https://www.rjl.se/folkhalsa-och-var/sa-kontaktar-du-varden/besok-pa-vara-sjukhus/> (pristupljeno: 21. kolovoza 2022. g.).

odnosno 250 000 ljudi, što znači da je gotovo 3 % stanovništva Švedske iz Norrbottena. U regiji se nalazi pet bolnica i to bolnice u gradovima Gällivare, Kalix, Kiruna, Piteå i Sunderby.¹⁵

Zadnja regija uključena u ovo istraživanje je regija Östergötland. Regija Östergötland tradicionalna je švedska regija na jugu Švedske. U njoj se nalaze tri bolnice od kojih je jedna sveučilišna bolnica. To su Sveučilišna bolnica u Linköpingu, bolnica u Norrköpingu i bolnica u Motali. Regija je nadležna za pitanja zdravstva, regionalnog razvoja i javnog prijevoza.¹⁶

Sve četiri regije u svojoj nadležnosti imaju brigu o primarnoj zdravstvenoj te bolničkoj skrbi, o javnom prijevozu, regionalnom rastu i razvoju te planiranju infrastrukture. Odjeli za ljudske resurse svake regije, iako se bave svim gore navedenim sektorima u nadležnosti regije, u najvećem postotku zaduženi su za zdravstvo budući da samo zdravstvo i zauzima najveći dio poslovanja svake od regija. Odjel za ljudske resurse upravlja različitim dijelovima iz područja strateškog upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu, kao primjerice kompetentnost i daljnji razvoj zdravstvenih djelatnika, podrška su poslodavcima u radu u smislu preuzimanja brige oko problema s kojima se poslodavci u zdravstvu susreću, brinu o pitanjima radnog okruženja i zdravlja zdravstvenih djelatnika, za međusobnu suradnju svih zdravstvenih djelatnika, za zapošljavanje i tržište rada, za vođenje pregovora i formiranje plaća, prisutni su kao podrška voditeljima odjela, odnosno šefovima različitih jedinica i za razvoj kompetencija kod zdravstvenih djelatnika.

10.1. Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu u regiji Södermanland

Odjel za ljudske resurse regije Södermanland podijeljen je na četiri jedinice: podrška zdravstvenoj i bolničkoj skrbi, podrška regionalnoj djelatnosti, razvoj vještina i sposobnosti, regrutacija i tržište rada. Unutar odjela za upravljanje ljudskim resursima više je od pedeset djelatnika, dok je u cijeloj regiji ukupno 8000 zdravstvenih djelatnika. Unutar odjela za upravljanje ljudskim resursima najzastupljeniji su upravo HR-specijalisti i konzultanti koji su iz redova ekonomista, pravnika i psihologa. Zatim, imaju zaposlene administratore, koordinate obuke,

¹⁵ Region Norrbotten. URL: <https://www.norrbotten.se/sv/Halsa-och-sjukvard/Sjukhus/> (pristupljeno: 21. kolovoza 2022. g.).

¹⁶ Region Östergötland. URL: <https://www.regionostergotland.se/Halsa-och-varld/Vara-sjukhus/> (pristupljeno: 21. kolovoza 2022. g.).

osobe zadužene za razvoj u zdravstvu, osobe zadužene za pregovore i medijaciju, voditelje projekata, specijaliste zadužene za rješavanje različitih problema u smislu odnosa na odjelima, problema manjka opreme, aparata i sl., specijaliste za regrutaciju kojima je glavni zadatak provođenje postupka zapošljavanja i briga o fluktuacijama u zdravstvenoj ustanovi iz njihove regije. Budžetiranje se provodi na način da se već na početku kalendarske godine kreće s budžetiranjem za iduću godinu, koje, naravno, mora biti odobreno od strane vlasti jer se radi o javnom zdravstvenom sustavu. Primjerice, tijekom siječnja i veljače provodi se postupak završnog računa i knjigovodstvenog obračuna za prethodnu godinu. Isto tako, paralelno s tim, također u siječnju i veljači, rade se analize kratkoročnih i dugoročnih planova i analiza okoline odnosno regije. U ožujku i travnju izrađuje se prijedlog proračuna za iduću godinu za koji se onda u svibnju priprema izrada provedbe istoga. Od travnja do kolovoza aktivno se radi na zajedničkom usmjeravanju na osmišljeni program za iduću kalendarsku godinu i izradi smjernica i uputa. U rujnu i listopadu stvaraju se KPI (engl. *Key performance indicators*, hrv. ključni pokazatelji uspješnosti) ciljevi i planira se konačan budžet, dok se u listopadu, studenom i prosincu pravi poslovni plan prema zadanim ciljevima, smjernicama i budžetu. Iz navedenog vidljivo je da se svake godine paralelno provodi budžetiranje i izrada KPI ciljeva za iduću godinu i provedba ciljeva i programa za tekuću godinu.

Zadovoljstvo djelatnika u zdravstvu podrazumijeva se kao iznimno važno pitanje jer se želi postići zadovoljstvo djelatnika na radnom mjestu i ojačati brend atraktivnog poslodavca. Pitanje zadovoljstva djelatnika na radnom mjestu od visoke je važnosti i ono je uvijek aktualno. Odjeli za upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu pokušavaju ojačati i dati podršku voditeljima odjela u zdravstvenim ustanovama kako bi oni kao odgovorni za svoje odjele također provodili sve smjernice za jačanje zadovoljstva djelatnika na radnome mjestu. Dakle, prva linija su voditelji odjela koji zadovoljstvo djelatnika održavaju uz pomoć i potporu odjela za upravljanje ljudskim resursima. Odjeli za upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu imaju posebno osmišljene programe nagrađivanja. Primjerice, imaju nagradu za najboljeg voditelja odjela koje voditelje nominiraju sami djelatnici. Njihovi djelatnici imaju mogućnost kretati se unutar zdravstvenih ustanova unutar regije ili izvan regije te dalje razvijati svoju karijeru i medicinske sposobnosti. Imaju također vlastito udruženje za slobodne aktivnosti putem kojeg organiziraju putovanja, događaje i druge razonode i po nekoliko puta godišnje. Nude svakom djelatniku tzv. doprinos za

zdrav život u iznosu od 2500 SEK (240 euro) godišnje za primjerice rekreaciju ili odlazak na wellness. Još jedna od povlastica koju imaju je osobna mogućnost svakog stalno zaposlenog ili zaposlenog na određeno vrijeme na najmanje tri godine da preko bolnice uzmu hibridno ili električno vozilo. Vozilo se daje djelatniku po mjesečnom trošku koji se plaća iz bruto dijela plaće i maksimalno može iznositi 20 % od bruto iznosa plaće. Djelatnik osobno odgovara za stvarne troškove auta u periodu dok je pod ugovorom s bolnicom, a postotak koji se uzima na bruto plaći ovisi o veličini i modelu automobila te naravno opremi u automobilu, prijeđenim kilometrima i samoj vrijednosti automobila. Djelatnici su zaštićeni kolektivnim ugovorima o mirovini. Mirovina se može sastojati od dva dijela. Definirana mirovina znači da se može odabrati kako će se upravljati novcem, ako se želi uštedjeti na tradicionalnom mirovinskom osiguranju ili na štednom udjelu. Također, odjeli za ljudske resurse često provode razgovore sa zaposlenima o željenim naprecima i povišicama, povećavanju dana godišnjeg odmora s obzirom na radno iskustvo djelatnika i životnu dob. U Švedskoj je porodiljini dopust 480 dana, od čega je 90 dana rezervirano za očeve. Prvih 180 dana od poroda odjeli za upravljanje ljudskim resursima u sklopu programa nagrađivanja svojih djelatnika svojim djelatnicima isplaćuju doprinos za dijete uz redovitu državnu isplatu.

Svaka klinika/odjel u zdravstvenoj ustanovi ima svog HR-specijalista koji brine o organizaciji, rastu i razvoju same klinike i potreba klinike i njezinih djelatnika. Svaki voditelj odjela zajedno sa HR-specijalistom zaduženim za taj odjel i financijskim odjelom planira i analizira sve mogućnosti koje su na raspolaganju. Potiče se unutarinja mobilnost djelatnika, između ostaloga *modus operandi* upravo je taj da se sve trenutne poslovne mogućnosti prvenstveno predstavljaju postojećim djelatnicima, a tek onda oglašavaju prema van. Dakle, prvo se uvijek da prednost internoj regrutaciji, a tek kasnije vanjskoj regrutaciji. Inače, svaki voditelj odjela, u suradnji sa HR-specijalistom zaduženim za taj odjel, zadužen je za stvaranje dobrog i motivirajućeg radnog okruženja s dobrim uvjetima za zadovoljstvo djelatnika i njihov daljnji napredak. Upravo je to ono što čini razliku i smanjuje fluktuaciju te podiže zadovoljstvo zaposlenih na radnom mjestu, briga HR-specijalista i voditelja odjela o svakom djelatniku. Cijeli je odjel za upravljanje ljudskim resursima, naravno, podrška HR-specijalistima pojedinačno i samim voditeljima odjela u tim pitanjima.

Po pitanju specijalističkog usavršavanja liječnika, ne potpisuju se ugovori o radu koji u sebi nose obvezu rada nakon odrađenog specijalističkog usavršavanja. Specijalizanti su zaposleni u jednom obliku obrazovne radne uloge, međutim, uvjeti su slični kao i za sve druge zaposlene u bolnici po pitanju otkaznog roka, godišnjeg i sl. Nakon što postanu specijalisti, nudi im se ugovor u obliku specijalističke radne uloge kojeg mogu i ne moraju prihvatiti, ovisno o tome gdje žele dalje nastaviti karijeru, u zdravstvenoj ustanovi u kojoj su odradili specijalistički trening ili možda u nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi.

Sudjelovanje na edukacijama, kongresima i konferencijama budžetira se iz godine u godinu i obuhvaćeno je pod dijelom razvoja kompetencija. Voditelj odjela i suradnici na odjelu imaju za zadatak napraviti plan i zajednički se dogovoriti tko ima želju posjetiti neki od kongresa i edukacija. Također se organiziraju i brojne interne edukacije na kojima djelatnici educiraju jedni druge u različitim područjima sposobnosti i vještina. Po pitanju hrane na svim većim sastancima organiziran je ručak, to je otprilike jednom mjesečno, dok je u menzi restoran koji djelatnicima nudi obroke po povoljnijim cijenama. Voće i kava se nalaze u sobi za sastanke i pri svim redovnim svakodnevnim sastancima organizira se *fika* (hrv. pauza za socijalizaciju).

Provode se godišnja istraživanja zadovoljstva i postignuća i pomoću istih se dobivaju indikatori o zadovoljstvu na radnom mjestu, problemima s kojima se djelatnici susreću na radnom mjestu i dr. Na temelju dobivenih rezultata na voditelju odjela je da prođe kroz rezultate i djeluje u cilju da se oni poprave ako nisu pozitivni, odnosno da se održe takvima ako jesu pozitivni. Primjerice, trenutni rezultati u regiji pokazuju kako 91 % djelatnika koji su odgovorili na godišnje istraživanje, a izlaznost je bila 75 %, mogu i žele preporučiti svoje radno mjesto i upravo taj podatak je svojevrsna smjernica dobre ocjene rada odjela za upravljanje ljudskim resursima.

Najčešće su na rukovodećim pozicijama na odjelima unutar zdravstvenih ustanova osobe koje su se dodatno obrazovale kako bi stekle kompetencija vodstva i organizacije. To mogu biti liječnici, medicinske sestre / tehničari, fizioterapeuti ili bilo tko drugi tko je zainteresiran za takvu karijeru. Ukoliko voditelj odjela nije medicinski djelatnik, nego osoba obučena za vodstvo i organizaciju posla, onda se uvijek stremi da ta osoba ima potporu zdravstvenog djelatnika koji će joj pomoći da shvati bitnosti iz medicinskog dijela organizacije poslovanja. U švedskom je sustavu

hijerarhija u zdravstvenim ustanovama linearna. Naime, na čelu je voditelj odjela koji ima poslovnu dužnost napraviti organizaciju i planiranje posla, a djelatnici odjela odgovaraju svaki za svoje obveze prihvaćene iz takve organizacije i plana. Dakle, svaki djelatnik je zapravo odgovoran izravno sebi i zdravstvenoj ustanovi kao instituciji.

Svaki voditelj odjela provodi godišnje razgovore sa svojim djelatnicima po pitanju plaće, povišice i mogućeg napretka. Međutim, tijekom godine postoji još razgovora koji su neovisni o ovom godišnjem koji je obavezan svake godine. Svaki djelatnik, bez obzira s kojim problemom se susreće u privatnom ili poslovnom životu, uvijek može razgovarati s voditeljem odjela i HR-specijalistom zaduženim za njegov odjel. Iz ovog dubinskog intervjua vidljivo je da se primat rada i funkcioniranja odjela za upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu stavlja na međuljudske odnose, komunikaciju i osluškivanje želja svojih djelatnika.

10.2. Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu u regiji Jönköping

Pri odjelu za upravljanje ljudskim resursima u regiji Jönköping zaposleno je otprilike 60 HR-specijalista koji su dalje podijeljeni po odjelima i odgovornostima te oni odgovaraju za 10 000 zaposlenih zdravstvenih djelatnika unutar regije. Dije se na HR-partnere koji su zapravo kolege zaduženi za sve projekte i partnerske odnose organizacije, zatim specijaliste za regrutacije/zapošljavanja te specijaliste za rehabilitaciju odnosa u bolnicama. Imaju šefa za svako odjeljenje i fizički su raspodijeljeni u svim trima bolnicama unutar regije. Svi unutar odjela za upravljanje ljudskim odnosima specijalizirali su se za određeno područje unutar HR-a, a po profesijama su raznoliki, od pravnika, ekonomista, socijalnih radnika, informatologa, psihologa itd. Vlast je ta koja određuje budžet za svaku regiju i općenito svaku bolnicu. Međutim, oni pri određivanju budžeta surađuju s kolegama koji čine kontrolu i savjetovanje za svako planirano područje. Dakle, postoji mali utjecaj odjela za upravljanje ljudskim resursima na određivanje budžeta u vidu iznošenja kratkoročnih i dugoročnih planova te potreba kao regije, već je na vodećima u politici što će se usvojiti od predloženog, a što ne.

Svaki voditelj odjela ima odgovornost za održavanje ugodne i zdrave radne sredine za svoje djelatnike. Svi su odjeli također raspoređeni po HR-specijalistima zaduženima za njih te HR-

specijalisti sudjeluju kao menadžerska podrška voditeljima odjela u planiranju i realizaciji projekata, unaprjeđenju i održavanju ugodne i zdrave radne sredine. Imaju utvrđene osnovne vrijednosti iz 13 različitih područja koje služe kao osnovica za rad. Te osnovne vrijednosti moraju biti žive i biti vodilje zdravstvenih institucija i same regije. U svakom godišnjem izvješću uvijek se na početku navedu te osnovne vrijednosti. Prva je svakako orijentacija prema klijentu, u ovom slučaju pacijentu. Dugoročni uspjeh svake organizacije leži u sposobnosti stvaranja važnosti te organizacije u očima onih za koje ta institucija i postoji, a to su – klijenti. Druga je vrijednost predano vodstvo. Kako bi se stvorila kultura organizacije koja stavlja klijenta na prvo mjesto, svakako iziskuje osobnu, aktivnu i vidljivu predanost svakoga voditelja kojemu je glavni zadatak dati jasne i razumljive smjernice¹⁷ svojim djelatnicima te u dijalogu s njima doći do plana kako da se dođe do zadanoga cilja. Treća je vrijednost angažiranost svih djelatnika. Izuzetno važno za uspješnost organizacije je da svaki djelatnik te organizacije osjeća pripadnost istoj i povjerenje da može raditi i razvijati svoje poslovne zadatke i mogućnosti. Svaki djelatnik ponaosob treba imati svoju ulogu u cjelini organizacije i shvaćati važnost i bitnost iste¹⁸, treba imati jasan cilj te uz sredstva i znanja koja posjeduje raditi u cilju ostvarenja zadanog rezultata. Četvrta je vrijednost razvijanje vještina i sposobnosti djelatnika bolnice. Sve vještine i sposobnosti njezinih djelatnika zapravo su vještine i sposobnosti cijele organizacije koje su ujedno podloga za uspjeh organizacije i njezinu konkurentnost¹⁹ na tržištu rada. Upravo iz tog razloga se razvoj vještina i sposobnosti mora gledati iz organizacijske, ali i individualne perspektive njezinih zaposlenih i to na način da se te vještine i sposobnosti razvijaju jačajući pojedinca kao i organizaciju u cjelini. Peta je vrijednost dugoročnost. Aktivnosti organizacije moraju se vrednovati razmišljajući o razvoju i konkurentnosti i u budućnosti. Kontinuiran rad na poboljšavanju same organizacije²⁰ dovodi do povećane produktivnosti i učinkovitosti, boljeg radnog okruženja, zadovoljnijih klijenata i

¹⁷ U ovom dijelu je svakako od velike važnosti suradnja koju svaki voditelj odjela ima sa HR-specijalistom zaduženim za njegov odjel. HR-specijalist ovdje svojim ekonomskim, pravnim, psihološkim i drugim vještinama može pomoći voditelju odjela koji je pak stručnjak za medicinski dio da smjernice koje zajednički donesu doista budu izvodljive i realistične za provedbu svim djelatnicima toga odjela.

¹⁸ Samo djelatnik koji je uistinu sretan i zadovoljan na svojem radnom mjestu može biti svjestan važnosti svoje uloge za odjel i bolnicu te biti motiviran da daje sve od sebe za ostvarivanje zadanih ciljeva svoje bolnice (organizacije).

¹⁹ Primjerice, ako bolnica ulaže u razvijanje vještina i sposobnosti svojih djelatnika svakako će postati konkurentnija na tržištu jer će pacijenti (klijenti) birati upravo tu bolnicu gdje rade djelatnici s određenim vještinama i sposobnostima, a takav njihov izbor će se na kraju krajeva ogledati i u financijskom sektoru te bolnice.

²⁰ Od velike je važnosti imati i kratkoročne i dugoročne planove i ciljeve kako bi se osigurala uspješnost poslovanja i profitabilnost neke organizacije ne samo trenutno nego i u daljoj budućnosti.

dugoročne profitabilnosti. Šesta je vrijednost društvena odgovornost. Svaka organizacija ima društvenu odgovornost²¹ povrh zakona i propisa. Organizacija i njezini djelatnici moraju sagledati svoje procese, usluge i dužnosti kao dijelove veće cjeline te aktivno doprinosti napredovanju zajednice i okoline. Sedma je vrijednost usmjerenost na procese. Djelatnosti organizacije trebaju se gledati kao procesi koji stvaraju vrijednosti za klijente. Usmjerenost na procese²² stimulira provođenje analiza i unaprjeđenje radnog toka i radne klime te postavlja temelje za razvoj djelatnosti usmjerenih na klijente. Osmu su vrijednost preventivne mjere²³. Financijski je isplativo predvidjeti moguće pogreške i ukloniti rizike u procesima, uslugama i samim dužnostima. Predviđanje i pravilno planiranje ključne su riječi kada se govori o unaprjeđenju poslovanja gdje čak i klijenti mogu pridonijeti istom. Deveta je vrijednost konstantno poboljšavanje poslovnog okruženja²⁴. Konkurentnost tržišta zahtijeva konstantna poboljšavanja i modernizaciju svih dijelova neke organizacije. Preduvjet za isto je metodičko poboljšavanje uvjeta rada koje je vidljivo prvenstveno kroz napore organizacije i kulture te organizacije da ohrabri i motivira svoje djelatnike na daljnje učenje, kreativnost i davanje novih ideja. Deseta je vrijednost učenje od drugih²⁵. Kako bi se organizacija i njezini djelatnici mogli dalje razvijati na svim područjima, moraju imati mogućnost stjecanja novih znanja i vještina o mogućnostima koje se mogu realizirati i načinima na koje se iste mogu realizirati. Ova vrijednost zahtijeva usporedbe s onima najboljima u određenim

²¹ Društvena odgovornost ponajviše proizlazi iz moralne i profesionalne odgovornosti djelatnika bolnice prema stanovnicima područja za koje ta bolnica odgovara i takva njihova odgovornost je iznad zakona i propisa.

²² Tek kada su i djelatnici i sama organizacija usmjereni na procese i njihovu provedbu tek tada se može garantirati uspješnost organizacije.

²³ Ova vrijednost nije karakteristična samo za regiju Jönköpings län već i za ostale regije u Švedskoj pogotovo po pitanju fluktuacija. Naime, bolnice u Švedskoj planiraju fluktuacije za svaku godinu unaprijed, imaju podatke o odlascima u mirovinu, o mogućim prelascima s odjela na odjel, o datumima kada je kojem specijalizantu predviđen specijalistički ispit i samim time planiranja uzimanja novih specijalizanata ali također i predviđanja broja zaposlenih koji će prijeći na neko novo radno mjesto u nekoj drugoj bolnici u Švedskoj ili inozemstvu. U Švedskoj se jako daje prednost ovakvim metodama predviđanja koje odstupaju od predviđenog u vrlo malim postotcima. Upravo ova predviđanja stavljaju švedske bolnice u prednost nad hrvatskim bolnicama jer Šveđani znajući točne brojeve mogućih odlazaka i dolazaka djelatnika vrlo lako mogu isplanirati i pokriti iste planom za iduću godinu.

²⁴ Ova vrijednost od velike je važnosti za niske i zdrave fluktuacije. Konstantnim ulaganjem u poboljšavanje uvjeta rada i samog radnog okruženja potiče se djelatnike da budu otvoreni, hrabri, ispunjeni i zadovoljni na svojem radnom mjestu i samim time smanjuje se mogućnost njihovog odlaska. Radna sredina koja potiče na učenje, kreativnost i davanje novih ideja je motivirajuća radna sredina koja svakako najviše utječe na zadovoljstvo djelatnika na njihovom radnom mjestu.

²⁵ Svaka organizacija ima pojedine najbolje djelatnike u nekom području koji vrlo lako ta znanja i vještine mogu prenositi svojim kolegama. Bitno je da sama organizacija prepozna takve djelatnike unutar svakog područja i osigura što je više moguće internih edukacija gdje i ostali djelatnici mogu naučiti više i napredovati u području koje ih zanima, za zadovoljenje osobnih potreba za napretkom te zadovoljenje potreba same organizacije.

procesima, neovisno o kojoj se profesiji ili sektoru radi. Jedanaesta su vrijednost brže reakcije (efektivnost)²⁶. U svim djelatnostima organizacije teži se kraćim vremenima za odgovor, kraćim listama čekanja i bržim reakcijama na potrebe klijenata. To se također odnosi i na daljnji razvoj, proizvodnju i isporuku usluga, ali i na administrativne i druge procese unutar organizacije. Dvanaesta su vrijednost odluke temeljene na činjenicama²⁷. Odluke koje se donose na razini organizacije (bolnice) trebaju se temeljiti na dokumentiranim i pouzdanim činjenicama. Svaki djelatnik u bolnici mora imati mogućnost da unutar svog područja rada mjeri i analizira činjenice od značaja za ispunjavanje svojih ciljeva, ali i radi zadovoljavanja svojih klijenata (pacijenata). Trinaesta je, i zadnja, vrijednost regije Jönköping suradnja²⁸. Suradnja ističe svaku uspješnu organizaciju. Anketiranje djelatnika, koje se provodi u redovitim intervalima, pridonosi održavanju dobrog radnog okruženja. Svake godine organizirani su individualni razgovori djelatnika s njihovim neposrednim nadležnima o daljnjem razvoju njihovih vještina i znanja.

U ranije spomenutim individualnim razgovorima s neposredno nadređenima i kolegama iz HR odjela, djelatnik može pokazati želju za dodatnom zaradom ili dodatnim educiranjem i razgovarati o istome s nadređenim. Na djelatniku je da pokaže motivaciju, a na voditelju odjela je da odluči na koji način će je djelatnik generirati. Odjel za upravljanje ljudskim resursima radi kao podrška voditeljima odjela u bolnicama unutar regije i uključeni su u sva bitna pitanja u bolnici. Potpora su u pitanjima oporavka i harmonizacije međuljudskih odnosa na odjelima, bave se pitanjima iz radnog prava, regrutacijama odnosno zapošljavanjima, fluktuacijama općenito od odlazaka iz bolnice, dolazaka u bolnicu, umirovljenjima i sl., bave se razvojem odjela po pitanjima opremljenosti, ali i ono bitnije - edukacijama, usavršavanjima i razvojem vještina djelatnika, bolovanjima, pitanjima odgovornosti za obrazovanje specijalizanata, specijalista i sveg ostalog medicinskog osoblja. Imaju jedinicu koja se bavi razvojem vještina i sposobnosti djelatnika u kojoj primarno rade HR-specijalisti zaduženi za regrutacije. Oni rade sve, od pitanja odlazaka djelatnika,

²⁶ Povećanjem efektivnosti u bolnicama povećava se i zadovoljstvo pacijenata (klijenata) ali i djelatnika koji su zaslužni za izvrsno obavljen posao i zadovoljstvo svojih klijenata (pacijenata). Primjerice, od postizanja povjerenja pacijenata (klijenata), postizanja zadovoljstva i pacijenata i djelatnika ali i velikih ušteda koje se dalje mogu reinvestirati za poboljšavanje uvjeta rada.

²⁷ Ako bolnice odluke, statute i pravilnike donose temeljem vjerodostojnih činjenica manje su mogućnosti za pogreške i samim time gubitke i u ljudstvu i u financijama. Postupanjem na temelju vrijednosti donošenja odluka temeljenih na pouzdanim i dokumentiranim činjenicama je u jednu ruku osiguranje bolnici od činjenja pogrešaka i suočavanja sa posljedicama tih pogrešaka.

²⁸ Suradnja kao temelj napretka i općenito funkcioniranja timskoga rada svakako mora biti prisutna u svim bolnicama.

privlačenja novih djelatnika, premještanja, napredovanja, zamjena ili pak umirovljenja. Općenito, imaju nekoliko područja odgovornosti prema kojima su raspoređeni i kao takvi odgovaraju za sva pitanja vezana uz dodijeljeno im područje. HR-partneri surađuju blisko s klinikama i također kao takvi preuzimaju odgovornosti za različita područja i različite jedinice pod svojom nadležnosti.

Osigurava se i konstantno se radi na stvaranju i održavanju ugodne radne sredine i dobrih uvjeta rada i u cilju je postići imidž atraktivnog poslodavca svim trenutnim i potencijalnim budućim djelatnicima. Upravo na taj način trude se zadržati zadovoljstvo djelatnika da oni i dalje prvenstveno žele ostati u regiji. Nude i brojne programe osposobljavanja, uvježbavanja novih vještina i daju velike mogućnosti nastavka obrazovanja uz programe edukacija, subspecijalizacija, odlazaka na kongrese, konferencije, seminare i sl. Uz brojne eksterne programe edukacija organizira se i veliki broj internih programa edukacija.

Imaju ugovore sa specijalizantima, no ti su ugovori klasični ugovori o radu. Nakon što liječnik postane specijalist, ima mogućnost nastaviti raditi u zdravstvenoj ustanovi kao specijalist ili pak početi raditi u nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi po svom izboru. Pravi se razvojni plan za svaku iduću godinu o potrebama i mogućnostima za raspisivanje specijalizacija isto kao i razvojni plan za daljnju edukaciju specijalista, subspecijalista i sl. Na taj način svi djelatnici mogu pristupiti listama mogućnosti za iduću godinu kojima ih se prvenstveno želi motivirati da se dalje educiraju.

Nude se brojne pogodnosti djelatnicima, kao primjerice, sudjelovanje na konferencijama i kongresima s pravednom podjelom za sve djelatnike s obzirom na potrebe i znanja svakoga od njih, što bi značilo da svaki djelatnik ima mogućnost sudjelovanja na njemu zanimljivim i korisnim kongresima i konferencijama. Programi obrazovanja uključeni su u razvojne planove svakog djelatnika. Pružaju djelatnicima novčane doprinose za brigu o zdravlju djelatnika u formi odlazaka u wellness, na terapije opuštanja, za zdravu hranu i sl. Svaka bolnica ima besplatan pristup fitness centru za svoje djelatnike.

U bolnicama unutar regije postoji linearna hijerarhija gdje je svatko odgovoran za svoj dio posla. Preventivno se radi na suzbijanju hijerarhije na odjelima, pogotovo kada se radi o piramidalnoj hijerarhiji koja u Švedskoj nije prisutna. Aktivno se radi na osiguravanju i održavanju

ugodnog i motivirajućeg radnog okruženja za djelatnike. Iznimno su rijetko zabilježeni bilo kakvi problemi po pitanju mobinga, loših međuljudskih odnosa i dr. Odjeli za upravljanje ljudskim resursima potpora su voditeljima odjela. Voditelji odjela imaju godišnje i mjesečne razgovore sa svojim djelatnicima uz potporu odjela za upravljanje ljudskim resursima. Odjeli imaju samostalne individualne razgovore s djelatnicima samo po pitanju eventualno nastalih problema na odjelu ili pak razgovora o otpremnini i odlascima, ako djelatnici ne žele o istome razgovarati sa svojim voditeljem odjela.

10.3. Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu u regiji Norrbotten

Pri odjelu za upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu regije Norrbotten ukupno je 80 djelatnika koji brinu o ukupno 7000 zdravstvenih djelatnika u regiji. Odjel za upravljanje ljudskim resursima regije Norrbotten dijeli se na nekoliko jedinica unutar odjela na čelu kojih su voditelji tih jedinica, stratezi za ljudske resurse i HR-specijalisti. Oni zajedno brinu o cijelom ustrojstvu svojih zdravstvenih organizacija, od vještina i sposobnosti djelatnika, radnom pravu, radnoj okolini i zdravlju djelatnika, itd. Na čelu je cijelog odjela direktor, odnosno menadžer za sve djelatnike odjela za upravljanje ljudskim resursima. Svaka jedinica, ovisno o broju djelatnika svakog odjela u zdravstvenoj ustanovi, ima odgovarajući broj HR-specijalista zaduženih za pitanja tog odjela. Naglasak je na specifičnim pitanjima svakog odjela te je uska suradnja djelatnika odjela za upravljanje ljudskim resursima s voditeljima odjela u zdravstvenim ustanovama.

Neke od dužnosti HR-specijalista jest uvođenje menadžera za ljudske resurse u rad svakog od odjela (strateška razina), sustavan rad na radnom okruženju i uvjetima rada, procjena rizika i mogućih posljedica, suradnja i potpora, rješavanje prigovora, pregovaranje, nadgledanje pregovaračkih pitanja, savjetovanje, razrada perspektiva upravljanja ljudskim resursima, rad menadžerskog tima kao doprinos perspektivi ljudskih resursa, upravljanje i prilagodba promjenama, coaching menadžera, strategije upravljanja ljudskim resursima povezane s poslovanjem, ponuda/planiranje strateških kompetencija, izvješća ljudskih resursa, analize i statistike, planiranje i praćenje (primjerice grupe za analizu djelatnika) itd.

Odjel za upravljanje ljudskim resursima definirao je cjelovite procese temeljene na strategijama upravljanja ljudskim resursima iz područja privlačenja djelatnika, zapošljavanja djelatnika, razvoja djelatnika, zadržavanja djelatnika i otpuštanja djelatnika. Uz navedene dužnosti unutar cjelovitih procesa temeljenih na strategijama upravljanja ljudskim resursima, pet stratega za upravljanje ljudskim resursima iz regije Norrbotten imaju također i funkciju vođenja rada timova operativne podrške ljudskim resursima.

Odjel ima razvijenu funkciju podrške cijeloj regiji s pitanjima koja se tiču svih menadžera i djelatnika u sklopu koje je razvijen tzv. HR Direkt, telefonski broj linije za podršku dostupan svim menadžerima u regiji za pitanja iz domene upravljanja ljudskim resursima. Ta linija ima osoblje dostupno svaki radni dan te obradi prosječno 4500 predmeta mjesečno od strane menadžera, djelatnika, stručnjaka za razna pitanja i sl. Primjeri nekih od pitanja pristiglih putem HR Direkta su objavljivanje oglasa i podrška menadžerima za upravljanje ljudskim resursima, pomoć pri izradi starih reklamnih dokumenata ako je potrebno, podrška za zapošljavanje temeljeno na kompetencijama, dizajn oglasa na temelju dobivenog profila zahtjeva, podrška u pogledu dodatnih usluga, inozemno zapošljavanje, jezična podrška za osobe koje još ne govore dobro švedski jezik, provođenje medicinskog vještačenja, savjetovanje o plaćama, tumačenje odredbi i uvjeta (zakon, kolektivni ugovor, politika, smjernice itd.), podrška u rehabilitaciji usmjerenoj na radni život, podrška i usmjeravanje u kadrovskim sustavima (zapošljavanje u sustavu upravljanja ljudskim resursima), vodič za informacije o ljudskim resursima iznutra (zapošljavanje i radno okruženje) i brojna druga pitanja.

Budžet regije za sve zdravstvene ustanove za svaku godinu određuje vlast u regiji, no oni se pri odlučivanju vode planovima i strategijama odjela za upravljanje ljudskim resursima.

Odjel za upravljanje ljudskim resursima regije Norrbotten iznimnu pažnju posvećuje brizi o svojim djelatnicima i njihovom zadovoljstvu na radnom mjestu. Mjere se različite metrike godišnje putem ankete djelatnika, radi se na organizacijskom i socijalnom radnom okruženju kroz sigurnosne krugove, sastanke na radnom mjestu, razgovore s djelatnicima. Imaju nultu toleranciju prema uznemiravanju, zlostavljanju i maltretiranju. Postoji također skupina za suradnju na regionalnoj razini između organizacija djelatnika i regije Norrbotten kao poslodavca. Cilj je dobro

funkcioniranje demokracije na radnom mjestu. Dobro funkcioniranje demokracije na radnom mjestu temelj je svakodnevnog poslovanja i polazište svakog novog sklopljenog ugovora. To znači da svi djelatnici imaju jednaku vrijednost. Suradnja vodstva i suradnja svih djelatnika na radnom mjestu važan je preduvjet za dobro funkcioniranje poslovanja. Sve vještine i kreativnost djelatnika koriste se kao osnova za razvoj poslovanja. Vodstvo se provodi jasno i aktivno i stvaraju se uvjeti za mjesta susreta gdje se stručnost i kreativnost djelatnika čine vidljivom i razvijaju u svakodnevnom radu. Aktivno se radi na sistematičnom razvoju radnog okruženja kroz istraživanje, procjene rizika, sanaciju i praćenje radnog okruženja. Također, organiziraju tečajeve i radionice za regionalne menadžere koji na različite načine utječu na dobrobit djelatnika. Sustavno se radi s radnom okolinom, provodeći inicijative za promicanje zdravlja, radi se s podrškom menadžmenta gdje se obučava sigurne i obrazovane menadžere i slijede se jasne rutine o tome što se događa u slučaju zlostavljanja, uvredljive diskriminacije itd. Radno okruženje, uvredljiva diskriminacija, ravnopravnost spolova stalno su aktualne teme o kojima se također obučavaju i djelatnici tijekom, primjerice, sastanaka na radnom mjestu.

S djelatnicima se provode individualni razgovori o plaćama, napretku u karijeri i dodatnim edukacijama i usavršavanjima za koje je djelatnik zainteresiran. Kod razgovora o plaći, prema kolektivnom ugovoru, utvrđeno je kako učinak rada (efikasnost i efektivnost u radu) jest komponenta koja na kraju generira veće plaće i povišice. Regija također nudi stipendije za najbolji rad i rezultat rada u području poboljšanja zdravstvene skrbi, a koje se od 2006. godine dodjeljuje svake godine u lipnju u iznosima od 100 000 švedskih kruna. Isto tako, s obzirom na radni staž osobe, dodjeljuju se dodatni dani godišnjeg odmora. U području strategije zadržavanja regija Norrbotten već dulji niz godina ima utemeljenu tzv. „Ostani premiju“, strategiju upravljanja ljudskim resursima iz područja zadržavanja djelatnika. Inicijativa je prvo krenula za liječnike specijaliste u primarnoj zdravstvenoj zaštiti gdje su svi specijalisti s primarne zdravstvene zaštite nakon četvrte godine rada u regiji počeli dobivati poseban „bonus za zadržavanje“ uz postojeće plaće i mirovine. Premija se sastoji od isplata mirovina u kapitalnom osiguranju koja pritječu liječniku nakon što je četiri godine radio kao liječnik u primarnoj zdravstvenoj zaštiti unutar regije Norrbotten. Unutar regije općenito imaju vrlo povoljne mirovinske uvjete u okviru kolektivnih ugovora, a ova vrsta premije osigurava i kontinuitet za pacijenta koji zadržava svojeg liječnika na kojeg je naviknuo, a sam liječnik je zadovoljniji i odlučniji ostati na trenutnom radnom mjestu.

Premija u brojkama za one koji su zaposleni na puno radno vrijeme iznosi 8000 sek mjesečno, za one zaposlene na 75 % radnog vremena 5000 sek mjesečno, dok liječnici zaposleni na 50 % radnog vremena primaju premije u iznosima od 3000 sek mjesečno. Svaki liječnik ima svoj profil unutar zdravstvenog sustava regije na kojem može pratiti svoj status i stanje svojih premija. Zabilježeni su i pomaci u daljnjem razvoju zdravstva na način da je veliki postotak pacijenata uspješno prebačen s bolničke na izvanbolničku skrb, a sve zahvaljujući jakoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti koja je uspjela s prevencijom izbjeći pojavnost određenih zdravstvenih stanja pacijenata i samim time izbjeći potrebu za bolničkom zdravstvenom skrbi.

Regija s liječnicima specijalizantima ima uobičajene ugovore o radu, iste kao i sa svim ostalim djelatnicima. Liječnici na specijalističkom usavršavanju samostalno odlučuju žele li potpisati novi ugovor o radu sa zdravstvenom ustanovom ili ne. U regiji je također razvijen sustav različitih beneficija za daljnje obrazovanje koje obično uključuju putovanja potrebna za obrazovanje, plaćeno vrijeme za učenje, knjige, zatim mogućnosti i poticaje za bavljenje znanstvenim radom, i druge slične mogućnosti.

10.4. Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu u regiji Östergötland

Odjel za upravljanje ljudskim resursima regije Östergötland broji sto djelatnika koji su zaduženi za 13 000 djelatnika u zdravstvenom sustavu unutar regije. Odjel za upravljanje ljudskim resursima slijedi organizaciju regije Östergötland, koja je podijeljena na zasebne jedinice. Takve zasebne jedinice rade poslove iz svog djelokruga u više zdravstvenih ustanova u regiji, na primjer istovremeno u Sveučilišnoj bolnici u Linköpingu i u bolnici Vrinnevis u Norrköpingu. U svakoj jedinici postoji menadžer za ljudske resurse i određeni broj HR-specijalista, otprilike 3 - 4 ovisno o veličini jedinice. Njihova je misija podržati menadžere unutar jedinice u pogledu zapošljavanja, ispomoći djelatnika izvana, radnog prava, radnog okruženja i rehabilitacije. Menadžer za ljudske resurse dio je upravljačkog tima svake jedinice, a voditelj, odnosno šef zasebne jedinice odgovoran je za sve HR-specijaliste i samog menadžera. Općenito, regionalno rukovodeće osoblje uključuje i direktora ljudskih resursa koji je, pak, dio regionalnog menadžment tima za cijelu regiju. Regionalni direktor šef je direktora za ljudske resurse. Menadžment također ima stratege za ljudske resurse koji se bave pitanjima strateškog upravljanja ljudskim resursima. Unutar regije

Östergötland također postoji centar za podršku i usluge koji, između ostalog, sadrži ured za obračun plaća, aktivnost kontinuirane edukacije i servisni centar (HR Direct) koji može odgovoriti na pitanja menadžera i djelatnika putem telefona i e-pošte.

Na odjelu rade kolege različitih profila među kojima su menadžeri ljudskih resursa, stratezi ljudskih resursa, HR-specijalisti, konzultanti za ljudske resurse, voditelji te administratori za obračun plaća. Formalno obrazovanje, kako bi osoba mogla raditi na odjelu za upravljanje ljudskim resursima, traje najmanje tri godine. Proračun za iduću godinu planira se i odlučuje u jesen prethodne godine. O proračunu cijele regije Östergötland odlučuje Regionalni odbor, koji je političko tijelo s izabranim članovima. O proračunu za pojedinu jedinicu odlučuje voditelj svake od jedinica.

Zadovoljstvo djelatnika na radnom mjestu dio je domene rada kolega koji su zaduženi za razvoj radnog okruženja i radnog mjesta koje promiče zdravlje. Mjeri se na godišnjoj razini putem ankete koja broji izlaznost iznad 90 %. Nagrađivanje djelatnika provodi se u obliku godišnje revizije plaće u suradnji sa sindikatima u skladu sa središnjim (nacionalnim) dogovorima i na temelju ispunjenja individualnih ciljeva svakog od djelatnika. Nagrada je tada, primjerice, povećana mjesečna plaća. Strategije privlačenja i zadržavanja djelatnika su raznolike, kao primjerice dobri radni uvjeti, razvoj karijere u struci, pristup plaćenom daljnjem i dodatnom obrazovanju, suradnja sa sveučilištem na istraživanju i razvoju, npr. kombinirano zapošljavanje u praksi i znanosti.

Švedsko zdravstvo poznato je po relativno maloj hijerarhiji. Djelatnikovo iskustvo uvredljive diskriminacije i uznemiravanja kao što je maltretiranje mjeri se u godišnjoj anketi za djelatnike. Rješava se dijalogom između voditelja i djelatnika uz podršku odjela za ljudske resurse, u težim slučajevima stegovnim mjerama. Svi djelatnici imaju najmanje jedan razvojni razgovor godišnje sa svojim neposrednim rukovoditeljem. Zatim se izrađuje individualni plan razvoja i postavljaju ciljevi djelatnika za sljedeću godinu, koji se dokumentiraju i prate sljedeće godine.

10.5. Zaključak dubinskih intervjuja i usporedba s RH

U Švedskoj je odgovornost za zdravstvenu skrb podijeljena između vlade, regija i općina. Cilj je zdravstvene zaštite dobro zdravlje i skrb pod jednakim uvjetima za cjelokupno stanovništvo. Švedski zdravstveni sustav podijeljen je na tri administrativne razine, a svima njima upravljaju demokratski izabrana vlast na razini države, regije i općine. Švedsko zdravstvo financira se najvećim dijelom putem regionalnih i općinskih poreza, a i regije i općine također primaju subvencije od države.²⁹

Zdravstvena skrb u RH u nadležnosti je Vlade RH, odnosno Ministarstva zdravstva te je polazno načelo zdravstvene politike osigurati kvalitetnu zdravstvenu zaštitu dostupnu svima, prema načelu sveobuhvatnosti, dostupnosti i solidarnosti. Jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave organiziraju i osiguravaju ostvarivanje zdravstvene zaštite na svom području (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 119/22, čl. 6. st. 2.). U RH se zdravstveni sustav financira prema Bismarckovom modelu financiranja koji funkcionira na načelima solidarnosti i uzajamnosti. Prema ovom se modelu na temelju rada plaćaju doprinosi za zdravstveno osiguranje, javno zdravstvo financira se iz fonda za zdravstveno osiguranje, a fond se financira iz posebnih poreza radno aktivnog stanovništva. Vlada RH određuje stopu doprinosa koja se plaća za javno zdravstvo (Jakešević, 2021:12).

Prema dubinskim intervjuima iz četiri švedske regije koje upravljaju ljudskim resursima u zdravstvu za ukupno 15 bolnica i velikim brojem domova zdravlja može se izvesti zaključak kako u švedskom zdravstvenom sustavu ne postoji piramidalna hijerarhija već blagi oblik linearne hijerarhije, gdje je voditelj odjela ujedno osoba zadužena za organizaciju posla, no ne i za nadzor obavljanja tog posla. Zdravstvene ustanove u Švedskoj ne potpisuju obvezujuće ugovore sa svojim liječnicima na specijalističkom usavršavanju, već liječnici nakon što postanu specijalisti samostalno odlučuju žele li ostati na istom radnom mjestu i kao specijalisti ili otići raditi negdje dalje. Odjeli za ljudske resurse u zdravstvu sastoje se od odgovarajućeg broja stručnjaka s obzirom na broj zaposlenih u zdravstvu i provode poslove iz domene upravljanja ljudskim resursima te

²⁹ Kliniska studier. URL: <https://www.kliniskastudier.se/forskningslandet-sverige/det-svenska-sjukvardssystemet.html#> (pristupljeno: 28. kolovoza 2022. g.).

strateškog upravljanja ljudskim resursima. Svi djelatnici odjela za upravljanje ljudskim resursima imaju formalno obrazovanje iz upravljanja ljudskim resursima i dijele se na uloge unutar odjela s obzirom na daljnje edukacije i razvoj vlastitih kompetencija unutar odjela.

U RH, s druge strane, postoji strogo utvrđena piramidalna struktura u zdravstvu s ravnateljem na čelu zdravstvene ustanove, zatim upravom, voditeljima odjela, specijalistima, specijalizantima te zaposlenim liječnicima bez započete specijalizacije. U RH zdravstvene ustanove sa svojim specijalizantima potpisuju ugovore o radu s ugovornom kaznom u slučaju ranijeg odlaska s radnog mjesta. Specijalizanti se ugovorom o radu iz ugovora o specijalističkom obrazovanju obvezuju zdravstvenoj ustanovi s kojom potpišu ugovor o radu raditi kao specijalist onoliko vremena koliko je trajao njihov specijalistički trening. Kako su programi specijalističkog usavršavanja u RH između 4 i 6 godina, isto znači da specijalizanti po stjecanju titule specijalista trebaju ostati u istoj zdravstvenoj ustanovi još toliko godina pod prijetnjom ugovorne kazne (naknade troškova specijalizacije) u slučaju ranijeg odlaska iz ustanove. Odredbe o obvezi vraćanja novčane naknade u slučaju raskida ugovora o radu prije isteka vremena na koje su se liječnici obvezali raditi u zdravstvenoj ustanovi do 2018. godine bile su propisane Pravilnicima o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, a od 2018. godine propisane su Zakonom o zdravstvenoj zaštiti koji je po snazi iznad Pravilnika.

Problematika naknade troškova specijalizacije proizlazi iz odredbe kojom se bruto plaće liječnika za vrijeme rada kao specijalizanta smatraju troškom specijalizacije i potražuju nazad od strane zdravstvene ustanove u kojoj je taj liječnik uredno obavljao svoje dužnosti iz ugovora o radu tijekom specijalizacije za koji je dobivao plaću. Odlukama Vrhovnog suda i Ustavnog suda presuđeno je kako se u troškove specijalizacije nikako ne može računati kao trošak isplata plaća liječniku. Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 2018. godine, koji propisuje nužnost povrata novčane naknade zdravstvenoj ustanovi u kojoj je liječnik obavio specijalistički trening, s obzirom na ranije odluke Vrhovnog i Ustavnog suda, ne može propisivati povrat bruto plaća već propisuje nužnost „naknade u iznosu jedne proračunske osnovice za obračun naknada i drugih primanja u Republici Hrvatskoj po mjesecu neodrađene ugovorene obveze rada nakon završene specijalizacije“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 100-2018:190:1). Liječnici u RH održali su 24. rujna 2022. godine najveći prosvjed liječnika u hrvatskoj povijesti na kojem ih je nazočilo prema procjenama njih 900

(Luetić, 2022). Ovaj podatak također ide u prilog ranije iznesenoj tvrdnji da su liječnici u RH inertni po pitanju izricanja mišljenja, nezadovoljstva pa samim time i borbe za promjene u zdravstvu, činjenicom da ih se na najvećem prosvjedu liječnika u hrvatskoj povijesti okupilo svega 900.

U švedskom zdravstvenom sustavu odjeli za upravljanje ljudskim resursima sastoje se od odgovarajućeg broja formalno obrazovanog ljudstva za poslove upravljanja ljudskim resursima, dok u RH većina zdravstvenih ustanova nema specijalizirane odjele za upravljanje ljudskim resursima. Zdravstvene ustanove koje tvrde da ih imaju oslanjaju se na jednu osobu zaduženu za poslove iz domene upravljanja ljudskim resursima, a te osobe - njih većina, nema nikakav oblik formalnog obrazovanja iz domene upravljanja ljudskim resursima.

Daljnji zaključak temeljen na podacima dobivenima iz dubinskih intervjua s četirima švedskim regijama jest da na ankete o ispitivanju zadovoljstva djelatnika u zdravstvenim ustanovama izlaznost je iznad 90 %, a pozitivni rezultati koji pokazuju visoku razinu zadovoljstva na radnom mjestu te spremnost na preporučivanje svojeg poslodavca i drugim kolegama su iznad 85 %. Odjeli za ljudske resurse dijele se na manje odjele ili jedinice od kojih je svaka zadužena za jedan spektar unutar domene upravljanja ljudskim resursima pa tako postoji jedinica za privlačenje, jedinica za zapošljavanje, jedinica za razvoj kompetencija djelatnika, jedinica za zadržavanje te jedinica za otpuštanje. Odjel u svojem timu ima menadžere, voditelje, HR-specijaliste, stratege za ljudske resurse, konzultante, kao i direktora ljudskih resursa na čelu cijelog ureda. Provede se razne aktivnosti s djelatnicima od provođenja godišnjih anketa, mjesečnih razgovora o planovima, edukacijama, plaći, problemima s kojima se djelatnici susreću na poslu, a koje provodi voditelj zdravstvenog odjela uz podršku kolega s odjela za upravljanje ljudskim resursima, do raznih edukacija, usavršavanja na kojima djelatnici razvijaju svoje vještine i znanja. Svaka regija ima razvijen vlastiti sustav nagrađivanja i poticanja za dobre rezultate u radu gdje nagrade mogu biti različite materijalne nagrade, ali i domišljate nematerijalne nagrade. Djelatnici imaju fleksibilnost u svom poslu iz razloga jer ih se redovito sasluša, savjetuje i usmjeri, imaju sigurnost i lojalnost prema poslodavcu jer je poslodavac tu za njih i kroz posao, plaću kao i programe stimulacije i nagrađivanja. Djelatnici dobivaju povratne informacije na svoj rad što im pomaže da postanu bolji, dalje se razvijaju, ali i da znaju da su potrebni i cijenjeni, da se njihov rad vidi i cijeni.

U zdravstvenom sustavu RH prema rezultatima anketnog istraživanja u ovome radu svega 30,8 % liječnika preporučilo bi svoga poslodavca drugim kolegama. Odjeli za upravljanje ljudskim resursima u većini zdravstvenih ustanova unutar sustava javnog zdravstva u RH uopće ne postoji, a u malom postotku zdravstvenih ustanova koje imaju utemeljenu funkciju upravljanja ljudskim resursima poslove iz domene upravljanja ljudskim resursima provodi jedna osoba samostalno uz druge poslove koji su joj dodijeljeni. S obzirom na takav model planiranja i upravljanja ljudskim resursima u hrvatskom zdravstvu, trenutno je nemoguće osigurati zdravstvenim djelatnicima aktivnosti opisane u modelu upravljanja ljudskim resursima u švedskom zdravstvenom sustavu.

U Švedskoj se potiču cirkularne migracije liječnika koji putovanjima i radom u nekim drugim zdravstvenim ustanovama kasnije donose nova znanja i vještine u svoju matičnu bolnicu koja onda prenose drugim kolegama. U švedskom zdravstvenom sustavu specijalizant prolazi sve opisano programom specijalističkog usavršavanja, a mentor je taj koji ga nadzire, uči i ispravlja u radu. Ono čemu se pridaje posebna pozornost jesu dobri međuljudski odnosi na odjelima te definicija radnih mjesta u zdravstvu kao zone nulte tolerancije na nasilje i zlostavljanje.

U zdravstvenom sustavu RH ne postoji mogućnost ni za tuzemne cirkularne migracije niti za inozemne cirkularne migracije. Liječnici su strogo vezani ugovorima o radu uz zdravstvenu ustanovu u kojoj su odradili specijalistički trening te mogu prijeći u drugu zdravstvenu ustanovu jedino uz plaćanje naknade troška specijalizacije svojoj matičnoj zdravstvenoj ustanovi. Kako je bilo vidljivo i prema rezultatima anketnog istraživanja u ovome radu, većina ispitanika smatra da su programu specijalističkog usavršavanja u RH potrebne promjene, kako nisu zadovoljni ulogom mentora u obavljanju svoje specijalizacije te kako specijalizant tijekom specijalističkog treninga ne prolazi sve opisano programom specijalističkog usavršavanja. Većina smatra kako bi se u hrvatskom zdravstvenom sustavu trebalo pozabaviti rješavanjem pitanja loših međuljudskih odnosa na odjelima te je to također jedan od primarnih razloga migracija liječnika iz RH.

11. Prijedlog mjera učinkovitijeg upravljanja ljudskim resursima u hrvatskom zdravstvu

Efikasno i efektivno upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu važan je čimbenik postizanja napretka zdravstva neke države i stvaranja samoodrživog i modernog zdravstvenog sustava. Isto utječe i na veći stupanj zadovoljstva zdravstvenih djelatnika i smanjenje postotka migracija. U tu svrhu potrebno je napraviti reformu trenutnog modela upravljanja ljudskim resursima u kojoj mogu pomoći različite mjere i koraci poput rješavanja problematike cjelovite baze liječnika, zdravstvenih osiguranika te praćenja pruženih zdravstvenih usluga, zatim definiranje demografije i epidemiologije hrvatskog stanovništva, strateško planiranje zdravstvenog kadra, aktivnosti poticanja motivacije i zadržavanja djelatnika, izmjene trenutnog programa specijalističkog usavršavanja liječnika, aktivnosti odjela za upravljanje ljudskim resursima po pitanju međuljudskih odnosa u zdravstvenim ustanovama te strateško planiranje alokacije resursa.

11.1. Cjelovite baze liječništva, zdravstvenih osiguranika i praćenje pruženih zdravstvenih usluga

U RH trenutno postoji baza liječništva u formi Demografskog atlasa hrvatskog liječništva koja je nastala u suradnji krovnih hrvatskih institucija za praćenje broja liječnika, točnije Hrvatske liječničke komore, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje, Državnog zavoda za statistiku i Državne geodetske uprave. Podatci o broju liječnika u RH razlikuju se za preko 1000 liječnika prema podacima u Demografskom atlasu hrvatskog liječništva, podacima od HZJZ-a prema Nacionalnom registru pružatelja zdravstvene zaštite i podacima od HZMO-a koji su podatci ukupnog broja zaposlenih liječnika u RH koji je za 1000 liječnika veći u odnosu na ukupan broj liječnika u RH prema Demografskom atlasu hrvatskog liječništva. Mreže potreba za zdravstvenim djelatnicima, koje propisuje Ministarstvo zdravstva, podijeljene su na Mrežu javne zdravstvene službe (Mreža), Mrežu hitne medicine i Mrežu ugovorne medicine rada te se iste trenutno koriste kao glavni alat upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu na način da se prema njima propisuje potreban broj zdravstvenih djelatnika, timova, raspisuju specijalizacije i sl. Mreže se trenutno osvježavaju svake tri godine. Slijedom navedenog, prvi problem koji se treba riješiti za učinkovitije

upravljanje ljudskim resursima u hrvatskom zdravstvu jest usklađivanje postojećih baza hrvatskih liječnika i ostalih zdravstvenih djelatnika, kako bi se stvorila osnova za planiranje budućih potreba.

Isto tako, prema popisu stanovnika iz 2021. godine, utvrđeno je kako u RH živi 3 888 529 stanovnika te je potrebno istražiti odgovara li broj stanovnika koji žive u RH broju zdravstveno osiguranih osoba koje su zdravstveno osigurane u RH. Utvrđivanje vjerodostojnog broja zdravstvenih osiguranika može smanjiti troškove, uštedjeti resurse koji se tada mogu investirati u druge kanale unutar zdravstva.

Cjelovito praćenje pruženih zdravstvenih usluga dat će vjerodostojne podatke o stvarnim potrebama hrvatskog stanovništva, uvid u zdravstvena stanja za koja se na vrijeme trebaju početi akcije prevencije i edukacije stanovništva te samim time stvoriti temelj za buduće uštede.

11.2. Definiranje demografije i epidemiologije hrvatskog stanovništva

U suradnji s epidemiolozima, a temeljem demografske slike hrvatskog stanovništva, trebalo bi izraditi liste preporuka o najvjerojatnijim pobolima koji očekuju hrvatsko stanovništvo u razdobljima od idućih 10 do 20 godina. Isto se treba istražiti s obzirom na trenutne pobole i demografiju stanovnika u smislu starosti, spola, kroničnih bolesti, prehrane, konzumiranja alkohola, cigareta i dr. Potrebno je također stvoriti model planiranja edukacija o prevenciji najučestalijih bolesti od kojih pobolijevaju hrvatski stanovnici, a koje će provoditi zdravstveni timovi u primjerice vrtićima, školama te na radnim mjestima. Na nacionalnoj razini stanovništvo se može educirati o prevenciji bolesti putem raznih medijskih kanala (radio, televizija, društvene mreže) ili pak offline kanalima poput reklamnih panoa, biltena, letaka u zdravstvenim ustanovama. Financijska regulacija manjih nameta na primjerice zdrave namirnice i sportsku opremu, odnosno većih nameta na primjerice cigarete, alkohol, brzu hranu itd. može postati također mjera prevencije bolesti.

11.3. Strateško planiranje kadra u zdravstvu

Kako bi hrvatsko zdravstvo bilo snažnije i naprednije, potrebno je osigurati dostatne brojeve zdravstvenih djelatnika za zadovoljenje zdravstvenih potreba stanovništva. U tu svrhu potrebno je modificirati trenutne modele planiranja zdravstvenog kadra koji trebaju u obzir uzeti sve postojeće i potencijalne buduće faktore poput starosti pojedine skupine djelatnika. Primjerice, prosječna je dob hrvatskih liječnika, prema Demografskom atlasu hrvatskog liječništva, 46 godina starosti. U obzir također treba uzeti zdravstvena stanja djelatnika, procjene migracija koje će uvijek postojati u nekom postotku, no cilj treba biti da je taj postotak što niži. Obiteljske situacije zdravstvenih djelatnika također utječu na planiranje i trebaju biti uzete u obzir. Planiranje zdravstvenog kadra treba se učiniti na tri razine i to kratkoročnoj (trenutna planiranja kroz iduće tri godine), srednjoročnoj (plan za idućih pet do deset godina) te dugoročni plan kroz idućih dvadeset godina.

Potrebna je, također, suradnja obrazovnih institucija i zdravstvenog sustava u smislu prilagodbe upisnih kvota stvarnim potrebama zdravstvenog sustava, također učestale kontrole, izmjene i dopune sustava Mreže kako bi se raspisivale točno potrebne i deficitarne specijalizacije prema utvrđenim srednjoročnim i dugoročnim planovima. Efektivno planiranje ljudskih kadrova u zdravstvu dovest će do kraćih redova čekanja na zdravstvene usluge, povećati zadovoljstvo pacijenata kao krajnjih korisnika tih usluga, smanjiti preopterećenost zdravstvenih djelatnika te povećati njihovo zadovoljstvo na radnom mjestu.

11.4. Aktivnosti poticanja motivacije i zadržavanja djelatnika

Dobro planiran i organiziran zdravstveni sustav održiv je ukoliko isti uključuje mjere motiviranja i zadržavanja zdravstvenih djelatnika. Provođenje redovitih razgovora sa zdravstvenim djelatnicima po pitanjima karijernog napretka, željenog smjera razvoja karijere, plaća i povišica, sustava nagrađivanja, problema s kojima se susreću na poslu (kao primjerice loši međuljudski odnosi na odjelu, mobing i sl.) svakako su ključni čimbenici koji utječu na osjećaj zadovoljstva na radnom mjestu i osjećaja pripadnosti i sigurnosti u nekom radnom kolektivu.

Sudjelovanje zdravstvenih djelatnika u odlučivanju o bitnim odlukama rada zdravstvenih ustanova također je bitno za postizanje motiviranosti u radu i zadržavanju djelatnika, kao primjerice uključivanje zdravstvenih djelatnika pri utvrđivanju kriterija za nagrađivanje za natprosječne rezultate. Također, davanje povratnih informacija na rad (i pozitivnih i negativnih) u cilju pohvale ili pružanja pomoći u radu može biti svojevrsan motivator i faktor većeg zadovoljstva te samim time zadržavanja na radnom mjestu. Kako je i u istraživanju ovog rada potvrđeno, većini ispitanika su zadovoljstvo uvjetima rada i radnom okolinom puno važniji faktori za zadovoljstvo na radnom mjestu u odnosu na faktor plaće.

Na viši stupanj motivacije i zadržavanje zdravstvenih djelatnika na radnom mjestu utjecala bi i zamjena trenutne horizontalne (piramidalne) hijerarhije linearnom hijerarhijom. Naime, u trenutnom sustavu horizontalne hijerarhije naglašen je odnos podređenosti i nadređenosti u zdravstvenom sustavu koji može imati negativan utjecaj na zadovoljstvo djelatnika na radnom mjestu. Promjenom u linearni hijerarhijski sustav ne bi više postojao strogi odnos nadređenosti i podređenosti, voditelji, odnosno šefovi, bi zadržali funkciju osoba koje organiziraju i raspodjeljuju posao, dok bi svaki djelatnik bio odgovoran za izvršavanje svog dijela posla sukladno planu i rasporedu, no ne i izravno voditelju/šefu.

11.5. Izmjene trenutnog programa specijalističkog usavršavanja liječnika

S obzirom na trenutni podatak zabilježen u već spomenutim istraživanjima na temu zadovoljstva liječnika u RH iz 2016. i 2019. godine, čiji su rezultati potvrđeni i istraživanjem u sklopu ovog rada, gdje 92,5 % liječnika smatra kako su potrebne promjene trenutnog programa o specijalističkom usavršavanju doktora medicine u Republici Hrvatskoj, potrebna je reforma trenutnog programa specijalističkog usavršavanja. Primarno je važno da se doista provede sve unutar propisanog programa specijalističkog usavršavanja te da je isto pod kvalitetnim vodstvom za to dodijeljenog i plaćenog mentora. Mentori trebaju primiti materijalnu naknadu za svoj mentorski rad te je potrebno uvesti sustav kontrole rada mentora.

Poželjno je da se uvedu izmjene po pitanju ukidanja svih vrsta materijalnih nameta trenutno propisanih čl. 190. i 191. Zakona o zdravstvenoj zaštiti NN 100/2018 u slučaju ranijeg raskida

ugovora o radu proizašlog iz ugovora o specijalističkom usavršavanju liječnika. Rezultati istraživanja utvrdili su kako trenutne odredbe materijalnih nameta negativno utječu općenito na započinjanje specijalističkog usavršavanja liječnika u RH kao i na samo zadovoljstvo i motivaciju na trenutnom radnom mjestu. Trenutne odredbe čl. 190. i 191. Zakona o zdravstvenoj zaštiti NN 100/2018 ne mogu biti glavno sredstvo zadržavanja liječnika u hrvatskom sustavu zdravstva niti temelj daljnjeg planiranja, rasta i razvoja hrvatskoga zdravstva.

Motiviranost liječnika za započinjanje specijalističkog usavršavanja u RH kao i zadržavanje liječnika u sustavu hrvatskoga zdravstva treba se postići dobrim međuljudskim odnosima na odjelima, motiviranim i posvećenim radom mentora koji želi biti mentor i prenijeti znanje, zadovoljavajućom plaćom, smanjenjem preopterećenosti specijalizanata i mlađih specijalista (također posljedice trenutnog sustava horizontalne hijerarhije), uvođenjem specijalizanta u tim i kolektiv i dr.

11.6. Aktivnosti odjela za upravljanje ljudskim resursima po pitanju međuljudskih odnosa u zdravstvenim ustanovama

Odjeli za upravljanje ljudskim resursima u zdravstvenim ustanovama imaju također i svrhu pružanja podrške u radu voditeljima/šefovima odjela u smislu planiranja ljudstva, selekcije i zapošljavanja, vođenja pregovora oko formiranja plaća, povišica, napredovanja, utvrđivanja kriterija za nagrađivanje, planiranja edukacija i daljnjeg razvoja odjela i djelatnika svakog odjela, i dr. Njihova uloga jest biti komunikacijski posrednik i spona između menadžmenta zdravstvene ustanove i djelatnika iste. Zdravstveni sustav jest organizacija, a svaka je organizacija živi organizam kojeg predstavljaju njezini djelatnici (zaposlenici). Upravo iz tog razloga bitno je biti otvoren i transparentan, slušati prijedloge i mišljenja svakog pojedinog dijela tog sustava, kojeg čini svaki pojedini djelatnik.

Važnost leži na međusobnoj suradnji svih zaposlenih te na planiranju rasta i razvoja svakog odjela kao dijela jedne cjeline i svakog djelatnika ponaosob.

11.7. Strateško planiranje alokacije resursa

Nakon što su ažurirane baze zdravstvenih djelatnika, zdravstvenih osiguranika te pruženih zdravstvenih usluga, potrebno je utvrditi trenutno stanje zdravstvenog sustava. Na tako utvrđenom trenutnom stanju potrebno je temeljiti sva daljnja planiranja i projekcije rasta i razvoja zdravstvenog sustava, od broja potrebnih timova, raspisivanja novih specijalizacija, alociranja ljudskih resursa s obzirom na stvarne geografske i demografske potrebe. Krajnji cilj treba biti ojačati i razviti primarnu zdravstvenu zaštitu kako bi primarna zdravstvena zaštita imala povećanu učinkovitost i efikasnost u rješavanju 85 % svih zdravstvenih potreba. Svega preostalih 15 % zdravstvenih potreba trebalo bi biti upućeno na daljnju obradu na sekundarnu i tercijarnu razinu zdravstvene zaštite.

Timovi primarne zdravstvene zaštite radili bi koordinirano s većim brojem djelatnika na manjem broju pacijenata, provodili bi edukacije prevencije trenutnih najučestalijih pobola građana i skrbi o zdravstvenim potrebama pacijenata pod svojom skrbi. Iako je istraživanjem utvrđeno kako su liječnici zaposleni na razini primarne zdravstvene zaštite zadovoljniji na radnom mjestu i manje skloni migrirati iz RH u odnosu na liječnike zaposlene na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, potrebno je uskladiti rad svih razina zdravstvene zaštite, alocirati ljudske resurse sukladno stvarnim potrebama te time smanjiti preopterećenost na svim razinama i povećati razinu zadovoljstva na radnom mjestu te želju za ostankom. Motiviranost liječnika iz primarne zdravstvene zaštite može se potaknuti osmišljavanjem sustava nagrađivanja liječnika iz primarne zdravstvene zaštite za samostalno rješavanje zdravstvenih potreba pacijenata pod svojom skrbi te smanjenjem slanja pacijenata na zdravstvenu skrb na specijalističko-konzilijarne preglede iz sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Na taj način smanjit će se preopterećenost bolničkih liječnika i uštedjeti novčana sredstva kojim se inače financiraju ti pregledi te će ih tada biti moguće preusmjeriti u daljnji razvoj i opremanje zdravstvenog sustava.

Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu treba biti koordinirano između triju razina, makro razine koja predstavlja nacionalnu razinu, mezo razine koju predstavlja razina regionalne i područne samouprave te mikro razine koja je razina zdravstvenih ustanova/pružatelja zdravstvene zaštite.

12. Zaključak

Upravljanje ljudskim resursima danas je izazovnije nego ikada prije (Ulrich). Upravljanje ljudskim resursima za glavni cilj ima upravljanje talentima, vodstvom i organizacijom te je već odavno nadišlo prepoznatljivost samo u sferi funkcionalne izvrsnosti i ostvarenju donesenih strategija. Uloga upravljanja ljudskim resursima u zdravstvenim ustanovama trebala bi se baviti uz osnovne poslove razvoja radne snage i sposobnosti djelatnika, razvijanjem alata za zapošljavanje, razvojem karijera, nagrađivanjem izvrsnosti, kreiranjem mjernih instrumenata za praćenje kvalitete rada i uvjeta rada, ali i samom organizacijskom kulturom neke zdravstvene ustanove. Svrha ove disertacije bila je istražiti koliko trenutno upravljanje ljudskim resursima u hrvatskim zdravstvenim ustanovama utječe na migracije hrvatskih liječnika i njihovo zadovoljstvo na trenutnom radnom mjestu.

Ovim istraživanjem dobiven je uvid u razloge migracija liječnika iz hrvatskog zdravstvenog sustava, organizaciju i aktivnosti iz domene upravljanja ljudskim resursima u hrvatskim zdravstvenim ustanovama, kao i uvid u organizaciju i aktivnosti upravljanja ljudskim resursima u zdravstvenom sustavu Kraljevine Švedske. Rezultati istraživanja razloga migracija liječnika iz hrvatskog zdravstvenog sustava upućuju na visoke razine nezadovoljstva hrvatskih liječnika različitim segmentima hrvatskog zdravstvenog sustava kao primjerice trenutnog provođenja programa specijalističkog usavršavanja liječnika, ulogom mentora u specijalističkom usavršavanju liječnika, prekovremenim satima, lošim međuljudskim odnosima, nedostatkom komunikacije poslodavca (zdravstvene ustanove) sa svojim djelatnicima o pitanjima plaće i povišice, napretka i daljnjeg razvoja u karijeri, problemima s kojima se susreću na radnom mjestu i sl., zatim nedostatka programa motiviranja djelatnika, nagrađivanja, educiranja i daljnjeg razvoja znanja i vještina djelatnika. Hipoteza jedan potvrđena je u ovom istraživanju te su bolji uvjeti rada koji podrazumijevaju, između ostalog, sigurnost plaće, opremljenost radnog mjesta, dobre međuljudske odnose i zakonom poštivano radno vrijeme, doista ključni razlozi zbog kojeg hrvatski liječnici odlaze u inozemstvo. Rezultati su istraživanja nadalje pokazali kako su liječnici primarne razine zdravstvene zaštite nešto zadovoljniji na radnom mjestu u odnosu na liječnike zaposlene u bolnicama. U preko 90 % slučajeva mentori specijalizanata nisu plaćeni za svoj rad, a program specijalizacije ne provodi se prema propisanom planu. Isto je potvrđeno hipotezom dva kojom se

se tvrdilo kako među liječnicima na specijalizaciji prevladava nezadovoljstvo trenutnim programom specijalističkog usavršavanja doktora medicine. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, a ranije Pravilnici o specijalističkom usavršavanju doktora medicine, propisuje troškove specijalizacije koje liječnik treba naknaditi zdravstvenoj ustanovi u slučaju ranijeg odlaska s radnog mjesta od vremena na koje se obvezao raditi. U tako propisanim troškovima specijalizacije uključeni su i troškovi plaćanja mentora. Iako se odredba o naknadi troškova specijalizacije može smatrati svojevrsnom prisilnom mjerom zadržavanja liječnika u hrvatskom zdravstvenom sustavu, ista je prema rezultatima ankete i opovrgnutom hipotezom četiri potvrđena kao oblik potisnog faktora liječnicima koji se zbog postojanja iste odlučuju ne prijaviti na specijalističko usavršavanje u RH već u inozemstvu. Hipoteza četiri opovrgnuta je te je zaključeno kako ne postoji značajna razlika u migracijskim namjerama s obzirom na radni status te da liječnici s ugovornom obvezom iz specijalističkog usavršavanja nemaju izraženiju namjeru ostanka u Republici Hrvatskoj u odnosu na ostale liječnike.

Iako je plaća navedena kao jedan od bitnih faktora zašto liječnici migriraju, ipak većina iskazuje kako su im zadovoljstvo uvjetima rada i radnom okolinom važniji od plaće. Većina također smatra kako bi se trebalo dodatno pridati pažnju uređenju međuljudskih odnosa na odjelima unutar zdravstvenih ustanova. Zdravstvene ustanove ne komuniciraju sa svojim djelatnicima o problemima s kojima se susreću na radnom mjestu, niti o plaći i povišici, niti o napretku u karijeri i planiranju svojeg rasta i razvoja i kao takvog doprinosa na svom trenutnom radnom mjestu, a što su poslovi iz domene upravljanja ljudskim resursima. Rezultati ovog istraživanja u kontekstu migracija hrvatskih liječnika potvrđuju odgovornost nedostatka kvalitetnog i efikasnog upravljanja ljudskim resursima u hrvatskom zdravstvu kao razloga migracija liječnika.

Liječnici, prema svim ranijim istraživanjima na ovu temu, kao i prema ovom istraživanju, traže uređenost zdravstvenog sustava. Sustav u kojem se ljudski resursi planiraju srednjoročno i dugoročno, sustav organizirane i planirane alokacije resursa, sustav koji zna motivirati i stimulirati svoje djelatnike i potaknuti ih na efektivniji i efikasniji rad, sustav koji komunicira sa svojim djelatnicima te ih sluša i savjetuje. Liječnici žele raditi u sustavu koji potiče edukaciju, rast i razvoj zdravstvenih djelatnika, modernizaciju i unaprjeđenje zdravstvenih ustanova te time podiže efektivnost i efikasnost u pružanju zdravstvene skrbi. Sustav gdje je raspodjela pacijenata alocirana

prema, na činjeničnim podacima, utvrđenom planu prema kojem ne dolazi do preopterećenosti neke od razina zdravstvene zaštite (primarne, sekundarne, tercijarne). Svaka organizacija koja pažljivo planira svoje resurse, postavlja ciljeve u skladu s ključnim pokazateljima uspješnosti sa svrhom postizanja većeg zadovoljstva svojih djelatnika i boljih usluga za svoje klijente (pacijente) organizacija je koja zadržava svoje djelatnike te dalje raste i napreduje. Zadovoljstvo liječnika na radnom mjestu utječe i na zadovoljstvo pacijenata pruženim zdravstvenim uslugama. Primarni cilj jest stvoriti održiv, efektivan i efikasan zdravstveni sustav koji je ogledalo države i temelj daljnjeg razvoja i napretka RH.

Prema rezultatima ovog istraživanja hipoteza tri također je potvrđena te je uočeno kako su liječnici iz kirurških i internističkih grana medicine manje zadovoljni na radnom mjestu te više skloni migrirati iz RH u odnosu na liječnike iz grupe ostalih grana medicine. Potvrđeno je kako specijalizacija značajno utječe na namjeru odlaska u inozemstvo te da izraženiju namjeru odlaska u inozemstvo izražavaju specijalisti kirurških grana i internističkih grana medicine u odnosu na ispitanike ostalih medicinskih grana. Potrebna su dodatna istraživanja koja će utvrditi koji su to specifični faktori koji utječu na odluku o migraciji liječnika kirurških i internističkih grana medicine. Postoji potreba rada na vraćanju i jačanju povjerenja hrvatskih zdravstvenih djelatnika u budućnost i opstojnost hrvatskog zdravstvenog sustava. Trenutni rezultati pokazuju kako su glavni razlog ostanka u RH za većinu liječnika obiteljski razlozi, koji su, pak, izrazito varijabilan i promjenjiv faktor.

Povijesno gledajući, kako na globalnom planu, tako i u samoj Republici Hrvatskoj, migracije su uvijek bile prisutne u nekom postotku i one će uvijek i ostati prisutne. Cilj nije ni potpuno iskorijeniti migracije zdravstvenih djelatnika, nego ih smanjiti na onaj postotak koji neće značiti prijetnju opstojnosti hrvatskog zdravstvenog sustava, već potaknuti imigracije zdravstvenih djelatnika u RH, cirkularne migracije i remigracije zdravstvenih djelatnika. Kreiranje okružja za porast motivacije liječnika, zadržavanje liječnika i privlačenje novih liječnika moguće je realizirati uspostavom plana upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu, što je utvrđeno zaključkom dubinskih intervjua provedenih s četirima švedskim regijama. Prema tim dubinskim intervjuima može se potvrditi kako trenutni sustav upravljanja ljudskim resursima u hrvatskom zdravstvu, prema rezultatima istraživanja M. Bagata iz 2016. godine, kao i rezultatima ovog istraživanja, nije

funkcionalan niti cjelovit sustav upravljanja ljudskim resursima. Jer, kao i prema rečenici Sir Richarda Bransona, potrebno je obučiti ljude dovoljno dobro da mogu otići, a postupati s njima dovoljno dobro da to ne žele.

13. LITERATURA

KNJIGE

1. Cardell, L. (2011). *Red Matters*. Malmö: Exaktaprinting Malmö AB.
2. Field, A. P. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics (4th Edition)*. London: Sage publications.
3. Grbac, B. (2009). *Izazovi međunarodnog tržišta*. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Ekonomski fakultet. URL: <https://repository.efri.uniri.hr/islandora/object/efri%3A2334/datastream/FILE0/view> (pristupljeno: 19. kolovoza 2022. g.).
4. Hamel, G. and Breen, B. (2009). *Budućnost menadžmenta*. Zagreb: MATE.
5. Heneman, H. G. III and Judge, T.A. (2009). *Staffing Organizations, Sixth Edition*. New York: McGraw-Hill International edition.
6. Iswanto, A.H. (2018). *Hospital Economics – A primer on Resource Allocation to Improve Productivity & Sustainability*. New York: Taylor and Francis Group.
7. Kline, R.B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
8. Noe Raymond, A., Hollenbeck, R.J., Gerhart, B. and Wright, M.P. (2006). *Menadžment ljudskih potencijala: postizanje konkurentske prednosti, treće izdanje..* Zagreb: Mate.
9. O'Connor, J. and Seymour, J. (1989). *Uvod u neurolingvističko programiranje*. London: Teledisk.
10. Robbins, S.P., Judge, A.T. and Campbell, T.T. (2010). *Organizational Behaviour*. United Kingdom: Pearson Education.
11. Sommers, Paul, A. (2013). *Medical Group Management in Turbulent Times: How Physician Leadership Can Optimize Health Plan, Hospital and Medical Group Performance*. New York: Taylor and Francis Group.
12. Storey, J. (1992). *Developments in the Management of Human Resources*. Oxford: Blackwell.
13. Stredwick, J. (2014). *An Introduction to Human Resource Management, Third Edition*. London: Taylor and Francis Group.

14. Torrington, D., Hall, L. and Taylor, S. (2004). *Menadžment ljudskih resursa, peto izdanje*. Novi Sad: Dana status.
15. Ulrich, D. and Brockbank, W. (2005) *The HR Value Proposition, People Management*. (Online) Personnel Publications. URL: [http://www.eiimlibrary.com/library/58025_Dave%20Ulrich_%20Wayne%20Brockbank%20-%20The%20HR%20Value%20Proposition-Harvard%20Business%20Review%20Press%20\(2005\).pdf](http://www.eiimlibrary.com/library/58025_Dave%20Ulrich_%20Wayne%20Brockbank%20-%20The%20HR%20Value%20Proposition-Harvard%20Business%20Review%20Press%20(2005).pdf) (pristupljeno: 05. studenog 2022. g.).

STRUČNI ČLANCI

1. Aluttis, C., Bishaw T. and W. Frank M. (2014). The workforce for health in a globalized context – global shortages and international migration. *Global Health Action*. 7:1, 23611, str. 1.-7. DOI: 10.3402/gha.v7.23611. URL: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23611> (pristupljeno: 27. veljače 2022. g.).
2. Babacanli, A., Balen, I., Brechelmacher, A., Dodig, D., Đula, K., Gulić, S., Hostić, V., Juras, J., Katavić, M., Kopjar, T., Kust, D., Pintarić Japec, V., Štefančić, V., Vučemilo, L., Vučur, K. i Goluža, T. (2016). Zadovoljstvo mladih liječnika u Republici Hrvatskoj: Idemo li u pravom smjeru? *Liječnički Vjesnik*. (Online) Hrčak, godište 138, str. 179.–188. URL: <https://hrcak.srce.hr/file/255096> (pristupljeno: 15. lipnja 2022. g.).
3. Bagat, M. and Sekelj Kauzlarić, K. (2006). Physician Labour Market in Croatia. *Croat Med J*. 2006;47, str. 376.-384. URL: <https://hrcak.srce.hr/file/6605> (pristupljeno: 25. svibnja 2022. g.).
4. Barković Bojanić, I. i Gugić, Z. (2017). THEORY AND PRACTICE OF HUMAN RESOURCE MANAGEMENT: THE CASE OF MEDICAL STAFF RECRUITMENT IN THE KINGDOM OF SWEDEN. *Ekonomski vjesnik*, 30(2), str. 371-380. URL: <https://hrcak.srce.hr/191905> (pristupljeno: 03. ožujka 2022. g.).
5. Borozan, Đ. (1993). Potreba, temeljni parametar čovjekovih aktivnosti. *EKONOMSKI VJESNIK* 1 (6): str. 13.-24. URL: <https://hrcak.srce.hr/file/331938> (pristupljeno: 06. kolovoza 2022. g.).

6. Draženović, I., Kunovac, M. i Pripužić, D. (2018). Dynamics and determinants of emigration: the case of Croatia and the experience of new EU member states. *Public sector – Economics*, 42 (4), str. 415.-447. DOI: <https://doi.org/10.3326/pse.42.4.3>. URL: <https://hrcak.srce.hr/file/310958> (pristupljeno: 08. kolovoza 2022. g.).
7. Gruber, E., Sarajlic Vukovic, I., Musovic, M., Moravek, D., Starcevic, B., Martic Biocina, S. and Knez, R. (2020). Migration of Croatian physicians in the global context. *Medicina Fluminensis*, 56(2), str. 88-96. DOI: 10.21860/medflum2020_237296. URL: <https://hrcak.srce.hr/en/file/344591> (pristupljeno: 05. srpnja 2022. g.).
8. Holmström, I., A. Sanner, M. and Rosenqvist, U. (2004). Swedish Medical Student's Views of the Changing Professional Role of Medical Doctors and the Organisation of Health Care. *Advances in Health Sciences Education* 9: str. 5.-14. DOI: <https://doi.org/10.1023/B:AHSE.0000012207.88241.8b>. URL: https://www.researchgate.net/publication/8905600_Swedish_Medical_Students'_Views_of_the_Changing_Professional_Role_of_Medical_Doctors_and_the_Organisation_of_Health_Care (pristupljeno: 07. srpnja 2022. g.).
9. Jaganjac, J. (2010). Planiranje ljudskih resursa u funkciji uspješnosti na radu. *Tranzicija*, 12(25-26), str. 137-145. URL: <https://hrcak.srce.hr/63506> (pristupljeno: 18. kolovoza 2023. g.).
10. Jakešević, I. (2021). FINANCIRANJE ZDRAVSTVA U REPUBLICI HRVATSKOJ. Sveučilište u Splitu, Ekonomski fakultet, URL: <https://repositorij.efst.unist.hr/islandora/object/efst%3A4445/datastream/PDF/view> (pristupljeno: 19. listopada 2022. g.).
11. Jambrek, I. i Penić, I. (2008). Upravljanje ljudskim potencijalima u poduzećima – ljudski faktor, motivacija zaposlenika kao najbitniji čimbenici uspješnosti poslovanja poduzeća. *Zb. Prav. fak. Sveuč. Rij. (1991) v. 29, br. 2*, str. 1181.-1206. URL: <https://hrcak.srce.hr/en/file/63808> (pristupljeno: 25. srpnja 2022. g.).
12. Jurčević, J. (2007). Uloga upravljanja ljudskim potencijalima u unapređenju sustava kvalitete. *Poslovna izvrsnost*, 1(2), str. 99-108. URL: <https://hrcak.srce.hr/38536> (pristupljeno: 12. kolovoza 2023. g.).
13. Knežević, B., Golubić, R., Milošević, M., Matec, L. i Mustajbegović, J. (2009). Zdravstveni djelatnici u bolnicama i stres na radu: istraživanje u Zagrebu. *Sigurnost : časopis za*

- sigurnost u radnoj i životnoj okolini*, Vol. 51 No. 2, str. 85.-92. URL: <https://hrcak.srce.hr/en/file/60517> (pristupljeno: 15. svibnja 2022. g.).
14. Kuka, E. (2011). Menadžment ljudskih resursa. *Praktični menadžment*, 2(2), Vol. II, br. 3, str. 64-66. URL: <https://hrcak.srce.hr/en/file/113566> (pristupljeno: 15. lipnja 2022. g.).
 15. Kukovec, D., Čanadi, V., i Trstenjak, M. (2017). Planiranje ljudskih potencijala u zdravstvu. U: *Zbornik radova Međimurskog veleučilišta u Čakovcu*, 8(2), str. 47-51. URL: <https://hrcak.srce.hr/192104> (pristupljeno: 19. kolovoza 2023. g.).
 16. Maslach, C., Schaufeli W.B. and Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52, str. 397–422. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>. URL: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397> (pristupljeno: 21. srpnja 2022. g.).
 17. Massey, S.D., Arango, J., Hugo, G., Kouaouci, A., Pellegrino, A. and Taylor, J.E. (1993). Theories of International Migration: A Review and Appraisal. *Population and Development Review*, Vol. 19, No. 3, str. 431-466. DOI: 10.2307/2938462. URL: https://isfcolombia.uniandes.edu.co/images/2019-intersemestral/14_de_junio/Theories_of_International_Migration.pdf (pristupljeno: 17. travnja 2022. g.).
 18. Mesarić Žabčić, R. (2018) Demografska obilježja iseljenih liječnika. U: Perić Kaselj, M. & Škiljan, F. (ur.) *Dijasporski i nacionalno manjinski identiteti: migracije, kultura, granice, države*. Zagreb, IMIN, str. 104-124.. URL: <https://www.bib.irb.hr/1037233> (pristupljeno: 15. lipnja 2022. g.).
 19. Peña Garcia Pardo, I., i Fernández Moreno, M.d.V. (2009). Istraživanje crne kutije: analiza učinkovitosti strategije ljudskih potencijala. *Zbornik radova Ekonomskog fakulteta u Rijeci*, 27(1), str. 31-56. URL: <https://hrcak.srce.hr/38388> (pristupljeno: 12. kolovoza 2023. g.).
 20. Pintarić, Lj. (2018). Globalizacijski „odljev mozgova“: Migracije liječnika iz Hrvatske“. U: *Zbornik radova sa znanstvenog skupa – Globalizacija i regionalni identitet 2018*, Filozofski fakultet Sveučilišta J.J. Strossmayera u Osijeku, str. 279.-291. URL: <https://www.bib.irb.hr/955817> (pristupljeno: 16. travnja 2022. g.).
 21. Relić, D. (2016). Development of a Model for Planning Specialist Education of MD's in Croatia. *Andrija Stampar School of Public Health, School of Medicine, University of Zagreb*, str. 798.-800. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27577497/> (pristupljeno: 10. travnja 2022. g.).

22. Saltman, R.B. and Bergman, S.E. (2005). Renovating the Commons: Swedish Health Care Reforms in Perspective. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, Nos. 1–2, str. 253.-275. DOI: 10.1215/03616878-30-1-2-253. URL: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.873.2806&rep=rep1&type=pdf> (pristupljeno: 05. kolovoza 2022. g.).
23. Siyam, A., Zurn, P., Ro, O.C., Gedik, G., Ronquillo, K., Co, C.J., Vaillantcourt-Laflamme, C., dela Rosa, J., Perfilieva, G. and Dal Poz, M.R. (2013). Monitoring the implementation of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. *Bull World Health Organ* 2013;91, str. 816.–823. DOI: 10.2471/BLT.13.118778. URL: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.118778> (pristupljeno: 05. ožujka 2022. g.).
24. Šunje, A. (2002). Menadžment u obrazovanju. *Obrazovanje odraslih*, Vol 1/2002.
25. Troškot, Z. i Prskalo, M.E. (2018). Ključne odrednice iseljavanja visokokvalificiranog stanovništva: Slučaj Hrvatske s komparativnim osvrtom na nove članice EU. *Pravni fakultet u Zagrebu*, str. 1.-55. URL: <https://hrcak.srce.hr/en/file/331625> (pristupljeno: 15. veljače 2022. g.).
26. Trošelj, M. i Brkić, M. (2021). Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite. *Bilt. Hrvat. druš. med. inform.* 2021:27(1), Zagreb, str. 51.-64. URL: <https://hrcak.srce.hr/255208> (pristupljeno: 15. lipnja 2022. g.).
27. Varga, M. (2011). Upravljanje ljudskim potencijalima kroz motivaciju. U: *Zbornik radova Međimurskog veleučilišta u Čakovcu*, 2(1), str. 152-169. URL: <https://hrcak.srce.hr/71338> (pristupljeno: 13. kolovoza 2023. g.).
28. Vizjak, M. (2020). Ekonomske migracije liječnika. *Suvremena trgovina*, 45 (2), str. 94.-96. URL: <https://issuu.com/st-1-2015-online/docs/suvremenatrgovina-2-2020> (pristupljeno: 01. ožujka 2022. g.).
29. Vukorepa, I. (2018). Migracije i pravo na rad u Europskoj uniji. U: *Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu*, 68, (1), str. 85.-120. URL: <https://hrcak.srce.hr/en/file/288285> (pristupljeno: 22. veljače 2022. g.).
30. Williams, G. A., Jacob, G., Rakovac, I., Scotter, C. and Wismar, M. (2020). Health professional mobility in the WHO European Region and the WHO Global Code of Practice: data from the joint OECD/EUROSTAT/WHO-Europe questionnaire. *European journal of*

public health, 30 (Suppl_4), iv5–iv11. DOI: 10.1093/eurpub/ckaa124. URL: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa124> (pristupljeno: 05. ožujka 2022. g.).

31. Župarić-Iljić, D. (2016). Iseljavanje iz Republike Hrvatske nakon ulaska u Europsku uniju. *Friedrich Ebert Stiftung*, str. 1.-30. URL: <https://www.bib.irb.hr/855708> (pristupljeno: 15. ožujka 2022. g.).

SPECIJALISTIČKI RADOVI I DOKTORSKE DISERTACIJE

1. Antti, N. and Köhler, J. (2017). Varför tar Sveriges läkare emot så få patienter? *Luleå tekniska universitet Institutionen för ekonomi, teknik och samhälle*, str. 1.-68. URL: <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1110565/FULLTEXT02> (pristupljeno: 10. svibnja 2022. g.).
2. Bagat, M. (2016). Model planiranja i upravljanja ljudskim potencijalima u sustavu zdravstva u RH. *Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet*, str. 1.-116. URL: <http://medlib.mef.hr/2706/> (pristupljeno: 25. ožujka 2022. g.).
3. Bogut Barić, M. (2018). Alati za unaprjeđenje upravljanja ljudskim resursima na primarnoj razini zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj. *Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet*, str. 1.-78. URL: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:856235> (pristupljeno: 07. srpnja 2022. g.).
4. Hagen-Zanker, J. (2008). Why do people migrate? A review of the theoretical literature. *Maastricht University, Working Paper MGSOG/2008/WP002 PhD*, January 2008, str. 1.-25. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/6726677.pdf> (pristupljeno: 15. travnja 2022. g.).
5. Rajković, I. (2017). Upravljanje ljudskim resursima u privatnoj zdravstvenoj ustanovi. *Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet u Zagrebu, Zagreb*, str. 1.-41. URL: <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A4103/datastream/PDF/view> (pristupljeno: 08. studenog 2022. g.).
6. Špadina, H. (2013). Radne migracije državljanima trećih država u EU: pravni okvir, problemi i perspektive. *Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Osijek*, str. 1.-513. URL: <https://repozitorij.ds.unios.hr/islandora/object/dsos%3A13/datastream/PDF/view> (pristupljeno: 20. studenog 2021. g.).

7. Švagelj, I. (2014). Analiza statističkih postupaka u znanstvenim radovima objavljenim u hrvatskim medicinskim časopisima. *Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb*, str. 1.-41. URL: <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A44/datastream/PDF/view> (pristupljeno: 11. studenog 2022. g.).
8. Tukač, J. (2019). Neurolingvističko programiranje – put do učinkovitije poslovne komunikacije. *Sveučilište Sjever, Varaždin*, str. 1.-76. URL: file:///Users/zrinkagugic/Downloads/neurolingvisticko_programiranje_tukac.pdf (pristupljeno: 06. studenog 2022. g.).

ZAKONODAVNI AKTI

1. Direktiva 2005/36/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 7. rujna 2005. o priznavanju stručnih kvalifikacija. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/?uri=CELEX%3A32005L0036> (pristupljeno: 25. svibnja 2022. g.).
2. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 65/2022 - 927) od 08. lipnja 2022. godine. URL: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2022_06_65_927.html (pristupljeno: 31. srpnja 2022. g.).
3. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 100/11 – NN 6/17), Prilog I. *Narodne novine*. URL: <http://www.propisi.hr/print.php?id=8228> (pristupljeno: 01. ožujka 2022. g.).
4. Pravilnik o izmjenama i dopuni Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 6/2017-200) od 16. siječnja 2017. godine. URL: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2017_01_6_200.html (pristupljeno: 31. srpnja 2022. g.).
5. Pravilnik o izmjenama i dopunama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 62/2016-1581) od 05. srpnja 2016. godine. URL: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2016_07_62_1581.html (pristupljeno: 31. srpnja 2022. g.).
6. Pravilnik o izmjenama Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 54/2012-1355) od 10. svibnja 2012. godine. URL: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2012_05_54_1355.html (pristupljeno: 31. srpnja 2022. g.).

7. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 100/2011-2057) od 25. kolovoza 2011. godine. URL https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_09_100_2057.html (pristupljeno: 28. srpnja 2022. g.).
8. Zakon o liječništvu (NN 121/03, 117/08). URL: <https://www.zakon.hr/z/405/Zakon-o-lije%C4%8Dni%C5%A1tvu> (pristupljeno: 25. svibnja 2022. g.).
9. Zakon o plaćama u javnim službama (NN 27/01, 39/09). URL [https://www.zakon.hr/z/541/Zakon-o-plaćama-u-javnim-slžbama](https://www.zakon.hr/z/541/Zakon-o-pla%C4%87ama-u-javnim-sluzbama) (pristupljeno: 1. kolovoza 2022. g.).
10. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/2018 – 1929) od 05. studenog 2018. godine. URL: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_11_100_1929.html (pristupljeno: 31. srpnja 2022. g.).
11. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/2008 - 4097) od 22. prosinca 2008. godine. URL: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2008_12_150_4097.html (pristupljeno: 30. srpnja 2022. g.).
12. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 119/2022 - 1838) od 15. listopada 2022. godine. URL: <https://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-za%C5%A1titi> (pristupljeno: 19. listopada 2022. g.).

SUDSKA PRAKSA

1. Odluka Ustavnog suda od 11. srpnja 2017. godine (U-II-187/2015, U-II-2180/2016, U-II-3654/2016, U-II-4440/2016, U-II-4523/2016 i U-II-4649/2016). Ustavni sud Republike Hrvatske.
2. Presuda i Rješenje Vrhovnog suda Republike Hrvatske, Revr 33/11-2 od 22. listopada 2013. godine. Vrhovni sud Republike Hrvatske.

AKTI IZVRŠNE VLASTI

1. „Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine“, *Ministarstvo zdravstva*, siječanj 2022., Zagreb, str. 1. – 47. URL:

- <https://zdravstvo.gov.hr/UserDocsImages//2022%20Objave//Nacionalni%20plan%20razvoja%20zdravstva%202021.-2027..pdf> (pristupljeno: 14. srpnja 2022. g.).
2. „Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015.-2020.“, *Vlada RH*, travanj 2015., Zagreb, str. 1.-39. URL: https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki_plan_razvoja_ljudskih_resursa_u_zdravstvu.pdf (pristupljeno: 20. srpnja 2022. g.).
 3. Uredba Vlade RH o unutarnjem ustrojstvu Ministarstva zdravstva, NN 97/2020 (31.08.2020.). URL: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2020_08_97_1827.html (pristupljeno: 25. srpnja 2022. g.).

IZVJEŠĆA I SMJERNICE

1. Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel (2010), *World Health Organization*. URL: https://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf (pristupljeno: 03. ožujka 2022. g.).
2. „State of Health in the EU – Croatia, Country Health profile 2021“ (2021), *The Organization for Economic Co-operation and Development i Europska Komisija*. URL: https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_hr_english.pdf (pristupljeno: 02. ožujka 2022. g.).
3. Svenska läkarsällskapet (2022). Fakta om medicinsk och hälsovetenskaplig forskning – en statistiksammanställning. URL: https://www.sls.se/globalassets/sls/dokument/sls-rapport_-fakta-om-medicinsk-och-halsovetenskaplig-forskning-2022.pdf (pristupljeno: 21. srpnja 2022. g.).
4. World Health Organization (2022). Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030: Reporting at Seventy-fifth World Health Assembly, 02. lipnja 2022. godine. URL: <https://www.who.int/news/item/02-06-2022-global-strategy-on-human-resources-for-health--workforce-2030> (pristupljeno: 16. srpnja 2022. g.).
5. World Health Organization (2022). Human resources for health - Working for Health: draft 2022–2030 action plan, Seventy-fifth World Health Assembly, Provisional agenda item 15,

22. travnja 2022. godine. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_12-en.pdf (pristupljeno: 16. srpnja 2022. g.).
6. World Health Organization (2010). Models and Tools for health workforce planning and projections, treće izdanje. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44263> (pristupljeno: 14. svibnja 2022. g.).

RECENZIJU UDŽBENIKA

1. Adamović Topolčić, M. (2000). Fikreta Bahtijarević Šiber, Menadžment ljudskih potencijala, *Revija za sociologiju*, 31(1-2), str. 101-105. URL: <https://hrcak.srce.hr/154354> (pristupljeno: 06. srpnja 2022. g.).

WEB IZVORI

1. Atlas liječništva, Hrvatska liječnička komora, 2020. godina. URL: <http://atlas.hlk.hr:8080/atlas/> (pristupljeno: 26. veljače 2022. g.).
2. Cafuk, B. (2013). Već u srpnju 36 liječnika zatražilo potvrde nužne prilikom zapošljavanja u zemljama članicama EU-a. *Liječničke novine*, godina XIII, br. 122. URL: <https://www.hlk.hr/EasyEdit/UserFiles/lnpdf/2013/LN-122-za-web.pdf> (pristupljeno: 01. ožujka 2022. g.).
3. Dujmović Ojvan, D. (2016). Liječnici postali najbolji hrvatski izvozni proizvod! *Liječničke novine*, god. XV, br. 148., travanj 2016. godine. URL: https://issuu.com/lijecnicke-novine/docs/ln_148_04_web-3 (pristupljeno: 1. kolovoza 2022. g.).
4. Luetić, K. (2022). Gdje si bio 24. rujna 2022.? *Liječničke novine*, god. XXII, br. 213, listopad 2022. godine. URL: <https://www.hlk.hr/EasyEdit/UserFiles/lnpdf/2022/ln213.pdf> (pristupljeno: 20. listopada 2022. g.).
5. Luetić, K. (2018). Imamo zakon! Kada će izmjene i dopune? *Liječničke novine*, god. XVIII, Br. 175, studeni 2018. godine. URL: <https://issuu.com/lijecnicke-novine/docs/ln-174web> (pristupljeno: 29. srpnja 2022. g.).

6. Vučemilo, L. (2016). Kronologija definiranja troškova specijalističkog usavršavanja. *Liječničke novine*, br. 152., rujan 2016. godine. URL: <https://issuu.com/lijecnicke-novine/docs/ln-152web/28> (pristupljeno: 30. srpnja 2022. g.).

14. POPIS OZNAKA I KRATICA

RH – Republika Hrvatska

EU – Europska unija

HLK – Hrvatska liječnička komora

KBC – Klinički bolnički centar

KoHOM – Koordinacija hrvatske obiteljske medicine

HUBOL – Hrvatska udruga bolničkih liječnika

HSL – Hrvatski sindikat liječnika

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija (engl. World Health Organisation, WHO)

OECD – engl. Organisation for Economic Cooperation and Development (Organizacija za ekonomsku suradnju i razvoj)

SS – Sindrom sagorijevanja

HZMO – Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

HZZ – Hrvatski zavod za zapošljavanje

HZJZ – Hrvatski zavod za javno zdravstvo

EGP – Europski gospodarski prostor

DZZS – Državni zavod za statistiku

DČ – država članica

KPI – engl. Key performance indicators (Ključni pokazatelji uspješnosti)

UFEU - Ugovor o funkcioniranju Europske unije

UN – Ujedinjeni narodi

SAD – Sjedinjene Američke Države

NELM – engl. New Economy of the Labour Market (Nova ekonomija tržišta rada)

EJD – engl. European Junior Doctors (europski mladi doktori)

SWOT – engl. Strengths, Weakness, Opportunities, Threats (snage, slabosti, prilike, prijetnje)

HRM – engl. Human Resources for Health (Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu)

USD – engl. United States Dollar (američki dolar)

MZ – Ministarstvo zdravstva

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

KB – Klinička bolnica

OB – Opća bolnica

NN – Narodne novine

DZ – Dom zdravlja

COP – Centralizirani obračun plaća

SEK – švedska kruna (valuta)

HR – engl. Human Resources (ljudski resursi)

HR-specijalist – Human Resources specijalist (specijalist za ljudske resurse)

KSAO – engl. knowledge, skills, abilities and other characteristics (znanja, vještine, mogućnosti i druge karakteristike)

NLP – Neurolingvističko Programiranje

TQM – engl. Total Quality Management (Potpuno upravljanje kvalitetom)

15. POPIS SLIKA I TABLICA

15.1. Popis slika

Slika 1. – Model procesa strategijskog upravljanja

Slika 2. – Nacrt koncepta za povezivanje potreba za zdravstvenom radnom snagom s projekcijama ponude radne snage

Slika 3. – Prosječan rezultat sudionika na ispitivanim varijablama ($N=1\ 543$)

Slika 4. – Motivi liječnika za odlaskom iz Republike Hrvatske

Slika 5. – Motivi liječnika za ostankom u Republici Hrvatskoj

Slika 6. – Treba li se u hrvatskim zdravstvenim ustanovama pridati više pažnje uređenju međuljudskih odnosa na odjelima?

Slika 7. – Prosječne ocjene zadovoljstva poslom liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i liječnika koji rade u inozemstvu

Slika 8. – Prosječne ocjene zadovoljstva poslom liječnika koji pripadaju različitim grupama

Slika 9. – Jesu li potrebne promjene trenutnog programa o specijalističkom usavršavanju doktora medicine u Republici Hrvatskoj?

Slika 10. – Jesu li liječnici u RH u podređenom položaju u odnosu prema kolegama u drugim zemljama EU s obzirom na ugovornu obvezu rada i naknade troškova specijalizacije u slučaju ranijeg raskida ugovora o radu?

Slika 11. – Jesu li liječnici u RH zadovoljni ulogom mentora u obavljanju svoje specijalizacije?

Slika 12. – Prođe li specijalizant u RH sve propisano programom specijalizacije?

Slika 13. – Prosječne procjene namjere odlaska u inozemstvo u budućnosti između liječnika koji pripadaju različitim granama specijalizacije.

Slika 14. – Prosječne procjene spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obaveze između liječnika koji su pod ugovornom obavezom, a pripadaju različitim granama specijalizacije.

Slika 15. – Prosječne procjene namjere odlaska u inozemstvo u budućnosti između liječnika različitog statusa

Slika 16. – Prosječne procjene spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorne obaveze između liječnika različitog statusa

Slika 17. – Prosječne procjene zadovoljstva poslom između liječnika različitog statusa

Slika 18. – Prosječne procjene zadovoljstva poslom između liječnika zaposlenih u različitim sustavima rada

Slika 19. – Prosječne procjene namjere odlaska u inozemstvo između liječnika zaposlenih u različitim sustavima rada

Slika 20. - Prosječne procjene spremnosti preporučivanja poslodavca liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i liječnika koji rade u inozemstvu

Slika 21. – Prosječne procjene održavanja razgovora s kadrovskom službom o napretku u radu liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i liječnika koji rade u inozemstvu

Slika 22. – Prosječne procjene održavanja razgovora s kadrovskom službom o plaći liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i liječnika koji rade u inozemstvu

Slika 23. – Prosječne procjene održavanja razgovora s kadrovskom službom o problemima na poslu liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i liječnika koji rade u inozemstvu

Slika 24. - Prosječne procjene percipirane slobode izražavanja mišljenja o pacijentu i tijeku liječenja liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i liječnika koji rade u inozemstvu

Slika 25. – Prosječne ocjene zadovoljstva mentorom liječnika koji su specijalizaciju obavljali u Republici Hrvatskoj i liječnika koji su specijalizaciju obavljali u inozemstvu

15.2. Popis tablica

Tablica 1. – Evolucija uloga upravljanja ljudskim resursima

Tablica 2. - Hamelovih pet ključnih načela za stvaranje organizacija spremnih za budućnost

Tablica 3. – Deskriptivni podaci ispitivanih varijabli (N =1 543)

Tablica 4. – Rezultati ankete (n =1543)

Tablica 5. – Rezultati provedenog t-testa za nezavisne uzorke za usporedbu liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu s obzirom na zadovoljstvo poslom

Tablica 6. – Rezultati provedene jednostavne analize varijance za usporedbu liječnika koji pripadaju različitim grupama s obzirom na zadovoljstvo poslom

Tablica 7. – Rezultati provedene jednostavne analize varijance za usporedbu liječnika koji pripadaju različitim granama specijalizacije s obzirom na namjeru odlaska u inozemstvo u budućnosti

Tablica 8. – Rezultati provedene jednostavne analize varijance za usporedbu liječnika različitog statusa s obzirom na percepciju spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorene obaveze

Tablica 9. – Rezultati provedene jednostavne analize varijance za usporedbu liječnika koji pripadaju različitim granama specijalizacije s obzirom na percepciju spriječenosti odlaska u inozemstvo zbog ugovorene obaveze

Tablica 10. – Interkorelacije mjerenih varijabli (N =1 543)

Tablica 11. - Interkorelacije mjerenih varijabli (N =1 543)

Tablica 12. – Interkorelacije mjerenih varijabli (N =1 543)

Tablica 13. – Rezultati provedene jednostavne analize varijance za usporedbu liječnika različitog statusa s obzirom na zadovoljstvo poslom

Tablica 14. – Rezultati provedene jednostavne analize varijance za usporedbu liječnika zaposlenih u različitim sustavima rada s obzirom na zadovoljstvo poslom

Tablica 15. – Rezultati provedene jednostavne analize varijance za usporedbu liječnika zaposlenih u različitim sustavima rada s obzirom na namjeru odlaska u inozemstvo u budućnosti

Tablica 16. – Rezultati provedenog t-testa za nezavisne uzorke za usporedbu liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu s obzirom na spremnost preporučivanja poslodavca

Tablica 17. – Rezultati provedenog t-testa za nezavisne uzorke za usporedbu liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu s obzirom na održavanje razgovora s kadrovskom službom o napretku u radu

Tablica 18. – Rezultati provedenog t-testa za nezavisne uzorke za usporedbu liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu s obzirom na održavanje razgovora s kadrovskom službom o plaći

Tablica 19. – Rezultati provedenog t-testa za nezavisne uzorke za usporedbu liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu s obzirom na održavanje razgovora s kadrovskom službom o problemima na poslu

Tablica 20. – Rezultati provedenog t-testa za nezavisne uzorke za usporedbu liječnika koji rade u Republici Hrvatskoj i onih koji rade u inozemstvu s obzirom na slobodno izražavanje mišljenja o pacijentu i tijeku liječenja

Tablica 21. – Rezultati provedenog t-testa za nezavisne uzorke za usporedbu liječnika koji su specijalizaciju obavljali u Republici Hrvatskoj i onih koji su specijalizaciju obavljali u inozemstvu s obzirom na zadovoljstvo mentorom

16. PRILOZI

Prilog 1. Upitnik

Odjeljak 1 od 6

Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu kao determinanta migracija liječnika

Ova anketa služi kao mjerni instrument migracija hrvatskih liječnika i općenito detektiranja onoga što je u hrvatskom zdravstvenom sustavu dobro i funkcionira kao i onoga što nije dobro i ne funkcionira. Rezultati ankete iskoristit će se u svrhu pisanja doktorske disertacije. Sudjelovanje u anketi je potpuno anonimno te se ni na koji način neće prikupljati osobni podaci sudionika ankete.

VAŽNO! Molim vas da prilikom odgovaranja na pitanja u ovoj anketi odgovarate neovisno o pandemiji covid19 jer je cilj dobiti generalni stav hrvatskih liječnika o stanju u hrvatskom zdravstvu i razlozima migracija bez obzira na trenutno stanje hrvatskog zdravstvenog sustava uzrokovano pandemijom. Anketa je aktivna od 13. ožujka 2022. godine do 13. lipnja 2022. godine.

Spol: *

Muški

Ženski

Dob: *

25 do 35 godina

36 do 45 godina

46 do 55 godina

56 godina i stariji

Bračno stanje: *

U braku

- U vezi
- Trenutno nisam u vezi

Nakon odjeljka 1 Idi na odjeljak 5 (Općenito o vašem radnom mjestu) ▼

Odjeljak 2 od 6

Internističke grane



Molim vas specificirajte vašu užu granu specijalizacije unutar internističkih grana.

Koja vam je specijalizacija?

Internističke grane

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Endokrinologija i dijabetologija | <input type="checkbox"/> |
| Gastroenterologija | <input type="checkbox"/> |
| Hematologija | <input type="checkbox"/> |
| Internistička onkologija | <input type="checkbox"/> |
| Kardiologija | <input type="checkbox"/> |
| Nefrologija | <input type="checkbox"/> |
| Alergologija i klinička imunologija | <input type="checkbox"/> |
| Opća interna medicina | <input type="checkbox"/> |
| Pulmologija | <input type="checkbox"/> |

Reumatologija

Nakon odjeljka 2 Idi na odjeljak 6 (Nastavak:)

Odjeljak 3 od 6

Kirurške grane



Molim vas specificirajte vašu užu granu specijalizacije unutar kirurških grana.

Koja vam je specijalizacija?

Kirurške grane

Abdominalna kirurgija

Dječja kirurgija

Ginekologija i opstetricija

Kardiorakalna kirurgija

Maksilofacijalna kirurgija

Neurokirurgija

Opća kirurgija

Ortopedija i traumatologija

Otorinolaringologija

Plastična, rekonstrukcijska i estetska kirurgija

- Urologija
- Vaskularna kirurgija
- Oftalmologija i optometrija

Nakon odjeljka 3 Idi na odjeljak 6 (Nastavak:)

Odjeljak 4 od 6

Ostale grane



Molim vas specificirajte vašu užu granu specijalizacije unutar ostalih grana.

Koja vam je specijalizacija?

Ostale grane

- Transfuzijska medicina
- Anesteziologija, reanimatologija i intenzivna medic...
- Dermatologija i venerologija
- Dječja i adolescentna psihijatrija
- Epidemiologija
- Fizikalna medicina i rehabilitacija
- Hitna medicina
- Infektologija

- Javnozdravstvena medicina
- Klinička farmakologija s toksikologijom
- Klinička mikrobiologija
- Klinička radiologija
- Laboratorijska imunologija
- Medicina rada i sporta
- Nuklearna medicina
- Obiteljska medicina
- Neurologija
- Onkologija i radioterapija
- Patologija i citologija
- Pedijatrija
- Psihijatrija
- Sudska medicina
- Školska i adolescentna medicina

Nakon odjeljka 4 [Idi na odjeljak 6 \(Nastavak:\)](#) ▼

Odjeljak 5 od 6

Općenito o vašem radnom mjestu



Opis (po izboru)

1. Mjesto u kojem radite je: *

- Do 25.000 stanovnika
- Od 25.000 do 50.000 stanovnika
- Od 50.000 do 100.000 stanovnika
- Od 100.000 do 250.000 stanovnika
- Veće od 250.000 stanovnika

2. Radni staž: *

- 0 do 10 godina
- 11 do 20 godina
- 21 do 30 godina
- 31 i više godina

3. Mjesečna primanja (neto plaća): *

- Nemam mjesečna primanja (nezaposlen/a)
- 4.000,00 kn do 8.000,00 kn
- 8.000,00 kn do 12.000,00 kn
- 12.000,00 kn do 16.000,00 kn

12.000,00 kn do 18.000,00 kn

18.000,00 kn i više

4. Koliko prosječno ostvarujete prekovremenih sati mjesečno? *

Nemam prekovremenih sati

do 32 prekovremena sata mjesečno

do 64 prekovremena sata mjesečno

više od 64 prekovremena sata mjesečno

5. Status: *

Na stažu

Položen ispit - nezaposlen

Položen ispit - zaposlen (bez započetog specijalističkog treninga)

Specijalizant

Specijalist (s manje od 5 godina specijalističkog staža)

Specijalist (s više od 5 godina specijalističkog staža)

6. Koja vam je specijalizacija: *

Ako ste trenutno na specijalizaciji, odaberite granu u kojoj se specijalizirate.

Internističke grane

Kirurške grane

- Kirurške grane
- Ostale grane
- Bez specijalizacije

Nakon odjeljka 5 [Idi na odjeljak 6 \(Nastavak:\)](#) ▼

Odjeljak 6 od 6

Nastavak:



Opis (po izboru)

7. Trenutno radim: *

- U Republici Hrvatskoj
- U inozemstvu
- Nezaposlen

8. Trenutno sam zaposlen/a u: *

- Primarna zdravstvena zaštita
- Bolnički sustav zdravstvene zaštite
- Sveučilište
- Zavod za javno zdravstvo
- Poliklinike

- Drugo
- Nezaposlen

9. Odaberite kojoj skupini liječnika pripadate: *

- Nisam otišao/la u inozemstvo i nemam namjeru otići
- Nisam otišao/la u inozemstvo, ali imam namjeru otići
- Otišao/la sam u inozemstvo
- Otišao/la sam u inozemstvo i vratio/la se
- Neodlučan/na

10. Specijalizaciju sam obavio/la ili obavljam u: *

- U Republici Hrvatskoj
- U inozemstvu
- Nisam na specijalizaciji

11. Smatram da su liječnici u Republici Hrvatskoj u podređenom položaju u odnosu prema kolegama u drugim zemljama EU s obzirom na ugovornu obvezu rada i naknade troškova specijalizacije u slučaju ranijeg raskida ugovora o radu. *

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

- | | | | | | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Uopće se ne slažem | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | U potpunosti se slažem |

12. Zadovoljan sam ulogom mentora u obavljanju svoje specijalizacije. *

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

13. Smatram da su potrebne promjene trenutnog programa o specijalističkom usavršavanju doktora medicine u Republici Hrvatskoj. *

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

14. U sklopu specijalizacije u Republici Hrvatskoj specijalizant prođe sve propisano programom specijalizacije. *

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

15. Od koga ste tijekom specijalizacije primili najviše znanja i stekli najviše vještina? *

- Od mentora
- Od drugih kolega

- Samostalno
- Od medicinskih sestara/tehničara
- Ne specijaliziram niti sam specijalizirao

16. Ispred nadređenih kolega na trenutnom radnom mjestu mogu slobodno, bez zadržke i straha izraziti svoje mišljenje o pacijentu i tijekom liječenja. *

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

17. Moje trenutno radno mjesto ispunjava moja očekivanja. *

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

18. Svoga poslodavca bih preporučio/la drugim kolegama. *

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

19. Smatram da su u hrvatskom zdravstvu potrebne korijenite promjene. *

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

20. Dobio/la sam naknadu za natprosječne rezultate u radu sukladno odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti u Republici Hrvatskoj. *

- Nikad
- Jedan put
- Više puta
- Nisam čuo/la za tu odredbu

21. Primio/la sam naknadu za mentoriranje mlađih kolega na specijalističkom usavršavanju u Republici Hrvatskoj. *

- Niti jednom
- Nisam bio/la mentor na specijalističkom usavršavanju
- Svaki put
- Za neka mentoriranja sam bio/la plaćen/a, a za neka ne

22. Imam razgovore s kadrovskom službom u mojoj trenutnoj zdravstvenoj ustanovi vezano uz moj napredak na radu. *

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se

slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

23. Imam razgovore s kadrovskom službom u mojoj trenutnoj zdravstvenoj ustanovi vezano uz *
moju plaću (mogućnosti za povišicu).

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se
slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

24. Imam razgovore s kadrovskom službom u mojoj trenutnoj zdravstvenoj ustanovi vezano uz *
probleme s kojima se susrećem na poslu.

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se
slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

25. Smatram da je specijalističko usavršavanje u Republici Hrvatskoj po odredbama trenutnog *
Pravilnika o specijalističkom usavršavanju i Zakona o zdravstvenoj zaštiti (ostanak na radnom
mjestu kao specijalist onoliko dugo koliko je trajalo specijalističko usavršavanje te plaćanje
novčane naknade poslodavcu u slučaju davanja ranijeg otkaza ugovora o radu) potrebno i
opravdano.

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se
slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

1 2 3 4 5

Uopće se ne slažem U potpunosti se slažem

26. Smatram da penalizacijske odredbe (vraćanje novčanog duga zdravstvenoj ustanovi u slučaju ranijeg otkaza ugovora o radu) trenutno važećeg Pravilnika o specijalističkom usavršavanju doktora medicine i Zakona o zdravstvenoj zaštiti SMANJUJU vjerojatnost prijave na specijalizaciju u RH. *

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

1 2 3 4 5

Uopće se ne slažem U potpunosti se slažem

27. Moj poslodavac poštuje zakonske odredbe o maksimalnom broju prekovremenih sati koje smijem odraditi mjesečno. *

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

1 2 3 4 5

Uopće se ne slažem U potpunosti se slažem

28. Smatram da bi se u hrvatskim zdravstvenim ustanovama trebalo pridati više pažnje uređenju međuljudskih odnosa na odjelima. *

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

1 2 3 4 5

29. Kako u budućnosti vidite svoj profesionalni status i razvoj u karijeri ostankom u Republici Hrvatskoj? *

- Znatno lošiji
- Lošiji
- Nepromijenjen
- Bolji
- Znatno bolji
- Nisam više u Hrvatskoj

30. Kada bi mi se U BUDUĆNOSTI pružila prilika za karijeru u inozemstvu, napustio/la bih Republiku Hrvatsku. *

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

31. Kada bi mi se SADA pružila prilika za karijeru u inozemstvu, NE BIH napustio/la Republiku Hrvatsku zbog ugovorne obveze. *

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

32. (za sve koji su započeli karijeru izvan Republike Hrvatske i nakon nekog vremena se vratili nazad u Republiku Hrvatsku): Koji su bili glavni razlozi zbog kojih ste se vratili nazad u Republiku Hrvatsku? (moguće više odgovora)

- Obitelj
- Bolest
- Nezadovoljstvo zdravstvenim sustavom u inozemstvu
- Otišao/la sam na kraću, privremenu poziciju u inozemstvu
- trenutna pandemija covid19
- Ostalo

33. Moji motivi za odlaskom iz Republike Hrvatske su (moguće više odgovora): *

- Bolji uvjeti rada (npr. zakonom poštivano radno vrijeme)
- Uređenost zdravstvenog sustava
- Veće mogućnosti stručnog usavršavanja i napredovanja
- Bolja plaća
- Nezadovoljstvo međuljudskim odnosima na radnom mjestu
- Nezadovoljstvo sadašnjim stanjem u Republici Hrvatskoj
- Bolja opremljenost radnog mjesta (tehnologija, aparati)
- Nezadovoljstvo provođenjem programa specijalističkog usavršavanja u RH
- Ne razmišljam o odlasku
- Trenutna pandemija covid19

34. Moji motivi za ostankom u Republici Hrvatskoj su (moguće više odgovora): *

- Ugovorna obveza iz ugovora o specijalizaciji
- Zadovoljstvo uvjetima rada
- Zadovoljstvo stručnim usavršavanjem i napredovanjem
- Zadovoljstvo plaćom
- Dobri međuljudski odnosi na radnom mjestu
- Bojazan od nepoznate sredine
- Obiteljski razlozi
- Razmišljam o odlasku
- Otišao/la sam
- Bio/la sam u inozemstvu i vratio/la se
- Trenutna pandemija covid19

35. Poznato mi je da na mom odjelu ima situacija mobbinga. *

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

36. Moji stavovi o odlasku iz Republike Hrvatske su se promijenili s obzirom na ranije stavove prije pandemije covid19. *

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se

slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

37. Zadovoljstvo uvjetima rada i radnom okolinom mi je važnije od plaće. *

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

38. Za donošenje odluke o preseljenju u neku drugu državu presudna je odluka svih članova moje uže obitelji. *

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

	1	2	3	4	5	
Uopće se ne slažem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	U potpunosti se slažem

39. Mišljenja sam kako bi hrvatsko zdravstvo trebalo početi raditi i u komercijalne svrhe (npr uvođenje medicinskog turizma u državne bolnice) kako bi smanjilo troškove i povećalo prihode. *

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

	1	2	3	4	5	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Uopće se ne slažem

U potpunosti se slažem

40. Mišljenja sam kako bi hrvatsko zdravstvo trebalo razviti međunarodnu suradnju razmjene ^{*} liječnika s drugim članicama EU, radi razmjene znanja i iskustava, ali isto tako ostvarivanja dodatnih prihoda.

U sljedećim pitanjima birate odgovore od 1 do 5 (1 - uopće se ne slažem, 2 - uglavnom se ne slažem, 3 - niti se slažem niti se ne slažem, 4 - uglavnom se slažem, 5 - u potpunosti se slažem)

1

2

3

4

5

Uopće se ne slažem

U potpunosti se slažem

ŽIVOTOPIS AUTORA

Zrinka Stanić rođena je u Vinkovcima 29. ožujka 1989. godine. Osnovnoškolsko i srednjoškolsko obrazovanje stekla je u Osijeku. Završila je Pravni fakultet u Osijeku 2013. godine čime je stekla zvanje magistre prava. Poslijediplomski studij Doktorski studij „Europski studiji“ upisala je 2014. godine. Zaposlena je u vlastitoj firmi koja se bavi menadžmentom ljudskih resursa u zdravstvu, vlasnica je koncepta hibridne škole švedskog jezika „Zrinkina škola švedskog“, stalni sudski tumač za švedski jezik u Republici Hrvatskoj te potpredsjednica Instituta za društvene integracije. Nakon formalnog obrazovanja završila je brojne edukacije od kojih je najvažnije za istaknuti stečene titule NLP Master Practitioner, Red Matters Master Practitioner, specijalista za upravljanje ljudskim resursima pri Akademiji za upravljanje ljudskim resursima te Social Media Officera pri Londonskoj školi za odnose s javnošću. Aktivno govori engleski, švedski i ruski jezik te pasivno njemački i španjolski. Udana je i majka dvoje djece.

Popis javno predstavljenih znanstvenih radova:

1. Zekić Eberhard, N. i Stanić, Z., (2020). Implications of a new era of media on third aged persons in the context of media literacy. *Aging Society – rethinking and redesigning retirement*, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Economics in Osijek.
2. Stanić, Z., Zekić Eberhard N. i Baban Bulat M., (2020). Impact of a different media trends on fluctuations in healthcare institutions in the Republic of Croatia. U: *Zbornik Interdisciplinary Management Research 2020*, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Economics in Osijek.
3. Stanić, Z. i Stanić, V., (2018). Pensions acquired abroad and their impact on the economy of the Republic of Croatia. *Public Sphere between Theory and Artistic Intervention: proceedings from the PhD and Post-Doc Students Conference in Osijek*, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek.
4. Bienfeld, M., Stanić, Z. i Štimac, H., (2018). The importance of establishing Human Resource offices in Croatian Healthcare Institutions – a key to their subsistence. U: *Zbornik Interdisciplinary*

Management Research 2018, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Economics in Osijek.

5. Barković Bojanić, I. i Gugić, Z., (2017). Human Resource Management in the case of medical staff recruitment in the Kingdom of Sweden. *EKONOMSKI VJESNIK / ECONVIEWS - Review of contemporary business, entrepreneurship and economic issues*, Vol 30, No 2.

6. Gugić, Z., (2014). Trgovanje ljudima pod krinkom seks turizma u Jugoistočnoj Aziji – reakcije Europske Unije. *Pravni Vjesnik - Časopis za pravne i društveno-humanističke znanosti Pravnog fakulteta Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku*, Vol. 30., No.2.