

ŠTO NAS MOTIVIRA NA KVALITETAN RAD?

BRUNO MAZZI*

*Predsjednik HDOD-HLZ, Prim.mr.sc., spec. opće med.

SAŽETAK

Motivacija je utjecaj koji pokreće, usmjerava i održava željeno ponašanje ljudi. Na motiviranost pojedinca utječu njegove osobne karakteristike, karakteristike posla i karakteristike organizacije u kojoj radi. Današnje stanje motiviranosti u našoj struci je loše i posljedica je stalnih reformi sustava, koje državni sustav zdravstva sve više pretvaraju u poluprivatni sustav, u kojem sve više jača sukob interesa, razjedinjenost i raspuštenost struke. Radna i socijalna prava liječnika su sve lošija, a uvjeti rada su sve više prepušteni materijalnim mogućnostima pojedinaca. Nedovoljna materijalna i organizacijska stimulacija struke dovodi do slabljenja etičkih principa i rezultira sve nekvalitetnijim radom i sve lošijom primarnom zdravstvenom zaštitom stanovništva.

Iz provedene ankete je uočljivo da kod naših obiteljskih liječnika još uvijek postoji svjesnost o bitnim elementima motivacije, međutim oni nažalost sve manje utječu na efekte rada. Uočljiva je visoko rangirana želja za mogućnosti dodatne zarade (usprkos neizvršavanju potrebnih zadataka u redovno radno vrijeme), što je posljedica nedovoljnih sredstava za normalno poslovanje, ali i posljedica utjecaja procesa privatizacije. Zanemarena je važnost brojnosti pacijenata u skrbi, stručnog i savjetodavnog nadzora, zaštite sindikalnih i radnih prava te djelovanja stručnih društava i liječničke komore. Očito je da još uvijek mnogi naši kolege ne raspolažu sa dovoljnim znanjem o elementima kvalitetnog rada struke, a postojeći manjkav sustav motivacije ih u tome i ne podržava. Zato zdravstveni sustav, u državi koja je proklamirala socijalne elemente zdravstvene zaštite, mora biti u državnim rukama i to naročito u području primarne zdravstvene zaštite, ukoliko želimo efikasno i racionalno zdravstvo. Privatno zdravstvo može samo dopunjavati taj sustav, ali nikako koristiti državna sredstva jer su posljedice po cijeli zdravstveni sustav i zdravstvenu zaštitu stanovništva dokazano štetne.

Ključne riječi: kvalitetan rad, motivacija, stimulacija, etički principi.

UVOD

Motivacija je utjecaj koji pokreće, usmjerava i održava željeno ponašanje ljudi. Kod upravljanja sustavima i radnim organizacijama ona igra bitnu ulogu jer svaki dobar menadžer, koristeći različite motivatore, nastoji zadovoljiti želje i porive svojih suradnika, kako bi njihovo ponašanje postalo poželjno i prihvatljivo za radnu organizaciju. Na motiviranost pojedinca utječu njegove **osobne karakteristike**, kao što su potrebe, stavovi i interesi, **karakteristike posla** sa potrebom poznavanja raznih vještina, značaj i sličnost radnih zadataka, samostalnost izvođenja i povratna veza, te **karakteristike organizacije** koje uvelike utječu na specifičnosti pojedinih rješenja i strategiju motivacije.

Motivacijski sustav svake organizacije mora osigurati tri osnovna pristupa:

- 1) način privlačenja i zadržavanja ljudi u sustavu.
- 2) motiviranje ljudi da izvršavaju preuzete zadatke i obveze na zadovoljavajući način i
- 3) razvijanje inovativnosti i kreativnosti u svrhu razvoja organizacije.

Kako bi sve to motivacijski sustav osigurao, potrebno je kombinirati **financijske i nefinancijske motivatore**, među kojima posebno izdvajamo *novac, učešće u organizaciji i upravljanju, kvalitetu radne sredine i obogaćivanje posla* kako bi ga učinili izazovnijim i odgovornijim, *priznavanje rada i uloženog truda*, te *umijeće kritiziranja uz izbjegavanje demotivacije*.

U važnije motivatore ubrajamo **financijsku stimulaciju** koju treba racionalno koristiti prema tzv. **John Stacy Adamsovoj teoriji pravednosti**, pri čemu je subjektivni sud pojedinca o pravednosti njegove nagrade u odnosu na druge članove organizacije vrlo važan. Tako, niska ili nepravedna nagrada rezultira nezadovoljstvom, smanjenjem aktivnosti ili napuštanjem organizacije. Pravedna nagrada održava ujednačenost izvršenja i radne aktivnosti, a više nego pravedna nagrada rezultira napornijim radom jer se doživljava kao isplaćenom unaprijed. Osim toga, pri novčanom nagrađivanju treba uvijek misliti na to da *novac potiče ljudsku pohlepu, otupljuje savjest i može voditi ka neetičnom i nezakonitom ponašanju*. Značajan motivator je **mogućnost učešća u organizaciji posla i upravljanju s organizacijom**, jer je to ujedno i sredstvo priznanja i mogućnost informiranosti o svim događanjima. **Kvaliteta radne sredine** sama po sebi motivira na bolji rad i ponašanje te osigurava napredak u struci, a **obogaćivanje posla** dovodi do veće slobode u odlučivanju o metodama rada, redoslijedu i brzini radnji te potiče interakcije među zaposlenicima, razvoju osjećaja osobne odgovornosti i omogućuje povratnu informaciju o izvršenju, dok **uključivanje u analizu izvršenja** utječe i na promjenu radnog okruženja te povećanje kvalitete rada. **Procjena i kritika nečijeg rada** dio je svakog radnog procesa i ona mora i može biti motivirajuća ukoliko se umješno vrši. Zato uvijek treba korektno, obzirno i osobno izreći manjkavosti te ponuditi rješenje, bez uključivanja javnosti, jer se inače samo može izazvati obrambeni stav sa ljutnjom, ogorčenjem i distanciranjem od izrečenog.

Danas su u uporabi razne teorije motivacije od kojih treba spomenuti **Maslowljevu teoriju hijerarhije potreba (Abraham Maslow)**, pri čemu je osnovno – *zadovoljavanje fizioloških potreba* (prehrana, stan itd.), *potreba za sigurnošću* (fizička sigurnost, sigurnost zaposlenja), *potreba za povezivanjem* (prijateljstvo, društvo), *potreba za štovanošću* (moć, ugled, status) i *potreba za samopotvrđivanjem*. **Herzbergova teorija motivacije (Frederick Herzberg)** ističe dva čimbenika – tzv. *čimbenike održavanja* (koje ne smatra motivatorima, ali ukoliko ih nema dovode do nezadovoljstva – i tu ubraja životne potrebe, politiku kompanije, administraciju, uvjete rada, status, plaću i sl.) i *čimbenike motivacije* (koji izazivaju zadovoljstvo, ali njihov izostanak ne rezultira nezadovoljstvom – kao što su

izazovan posao, postignuća, odgovornost, napredovanje, priznanje, itd.). **McClellandova teorija potreba (David McClelland)** razlikuje pak tri osnovne motivirajuće potrebe kod ljudi: *potrebu za moći* (kad se velika pažnja posvećuje utjecaju i kontroli, teži se poziciji vođe, govorništvu, raspravi, tvrdoglavosti i zahtjevnosti uz uživanje u poučavanju i javnim nastupima), *potrebu za povezivanjem* (iskazuju ljudi koji osjećaju zadovoljstvo ako su voljeni i prihvaćeni te uživaju u osjećaju intimnosti i razumijevanja i spremni su pomoći i utješiti) te *potrebu za postignućem* (iskazuju oni kod kojih je intenzivna želja za uspjehom, ali i veliki strah od neuspjeha, pa si postavljaju teže ciljeve i vole puno raditi). **Vroomova teorija očekivanja (Victor Vroom)** ukazuje pak na to da su ljudi motivirani za ostvarivanje cilja, ako vjeruju u vrijednost cilja i ako mogu vidjeti ono što pomaže u njegovu ostvarenju, pa motivaciju označava formulom *valencija x očekivanje*, gdje se valencijom označava želja pojedinca ka rezultatu, a očekivanje procjenu vrijednosti od strane radnika da će djelovanje voditi do željenog rezultata. Slabost te teorije je u tome da je teško primjenjiva u praksi jer percepcije vrijednosti variraju među pojedincima tj. nisu za sve jednake. Poznavajući navedene teorije motivacije vrlo lako ćemo si objasniti problematiku sa kojom se naša struka posljednjih godina susreće.^{3,4,9,10,11,12}

POSTOJEĆE STANJE MOTIVIRANOSTI U NAŠOJ STRUCI

Današnje stanje organizacije obiteljske medicine iz koje proizlazi i sustav motivacije, posljedica je dugogodišnjih reformi zdravstva, kojima je proklamirani stav bio poboljšanje rada obiteljskih doktora i zdravstvene zaštite pacijenata u promijenjenom društveno-političkom uređenju. Na žalost, zbog nestručnog uplitanja u zdravstveni sustav, rezultati te zdravstvene zaštite su bili sve lošiji. Zaboravilo se na osnovno načelo, da će dobar rad obiteljskih liječnika učiniti nepotrebnim mnoge bolničke obrade i liječenja i da trošak sprječavanja bolesti predstavlja tek desetinu troška potrebnog za njeno liječenje. Iz državnog sustava organizacije zdravstvene zaštite postepeno se sve više, pod utjecajem raznih medicinskih lobija i zdravstvenih sustava razvijenijih zemalja koji su nastajali u drugim uvjetima, prelazilo u privatni i poluprivatni sustav, mijenjajući organizacijske forme, ne vodeći računa o razvojnom stupnju naše sredine i bez ikakve znanstvene osnove.

Ukinulo se programiranje i planiranje u PZZ, kao i cijeli sustav stručnog i upravnog nadzora rada, uz promjene načina plaćanja usluga i posljedično smanjenje spektra rada i ukidanje osnovnih principa rada obiteljskog doktora. Na mala se vrata uvodilo zadovoljavanje materijalnih potreba raznih interesnih grupa, usprkos ustavom zagwarantiranih prava na jednakost uvjeta i socijalno zdravstvo. Cilj je bio, što je danas u potpunosti jasno, oslabiti jedinstvo PZZ organizirane u Domu zdravlja i izdvojiti sve profitabilne sadržaje i predati ih u privatne ruke, uz istodobno političko uvjeravanje o promjenama koje se vrše za dobrobit pacijenata i liječnika te bolju kvalitetu zdravstvene zaštite. Proračunska sredstva države su se tako sve više slijevala u privatne džepove, a zdravstvena zaštita je postajala sve nedostupnija općoj populaciji. Takve promjene su naišle na plodno tlo i u stručnim krugovima, jer se smatralo da će se time liječnici riješiti dosadašnjih administrativnih stega, radničkog samoupravljanja i iskorištavanja te loše stimulacije u bivšim socijalističkim ustanovama. Nije se naime mislilo na to da se te ustanove mogu prilagoditi novim uvjetima i osigurati sve ono zbog čega se struka bunila, od pravilnijeg radnog opterećenja i zaštite radnih prava, do boljih plaća i stimulativnijih uvjeta rada, a da se pri tome sačuvaju pozitivne strane u socijalnoj sferi zdravstvene zaštite, kao i moralne te stručne postavke naše struke. Međutim, interes zakonodavca i mnogih zdravstvenih lobija je tada bio jači, pa su započele promjene kojima imamo zahvaliti današnje stanje u zdravstvenom sustavu. Obiteljska medicina je kao nosilac PZZ rascijepljena na potpuno privatnu i koncesijsku, a u najmanjem – neprofitabilnom dijelu je zadržana u državnoj službi. Tako smo umjesto

jačanja javno zdravstvenog opredjeljenja, povoljnog omjera broja pacijenata na liječnika, stimulativnih metoda plaćanja, usmjeravanja kontinuiranoj izobrazbi, timskom radu i suradnji različitih stručnjaka te sudjelovanja pacijenata i javnosti u donošenju odluka u zdravstvenom sustavu, kao i umjesto zajedništva PZZ, poliklinika i bolnica te potrebnu potporu politike i gospodarstva, dobili upravo suprotno. Danas, tako imamo rasap sustava zasnovan na otvorenom sukobu interesa, bez efikasnog stručnog i upravnog nadzora i bez ikakve strategije razvoja.^{1,2,5,8,13}

Imamo PZZ u kojoj postoje upravno i stručno razvlaštene državne ustanove sa nedostatnim sredstvima za poslovanje. Imamo mnoštvo ugovorno vezanih privatnih subjekata u predškolskoj, općoj, specifičnoj, dijagnostičkoj i ljekarničkoj djelatnosti, koje su nedovoljno stručno i upravno nadzirane te koje su sve više usmjerene na profit. Stvaraju se tako u zdravstvu jezgre budućih neoliberalnih stavova, po kojima treba iskorijeniti socijalne elemente u društvu, kao što je razvijanje besplatnog školstva i zdravstva, jer zašto bi država rješavala sve probleme stanovništva, kad za to postoje karitativne ustanove. Ako je netko bolehljiv, genetski oštećen, invalid, nezaposlen ili neosiguran neka se sam snalazi jer i tako nismo svi jednaki. Sve češće se i u našim redovima tako čuju mišljenja o potrebi naplaćivanja svih mogućih usluga, o potrebi omeđivanja prava na liječenje i o uskraćivanju liječničke pomoći, jer se navodno dolazi za svaku glupost. Što bi se moglo i objasniti nespretno izrečenom ljutnjom na radnu preopterećenost, da se onda ne javljaju prijedlozi o uslugama koje bi trebalo dodatno direktno naplaćivati, usprkos današnjem vrlo uskom spektru rada u obiteljskoj medicini i dozvoliti potpuno privatni dopunski rad u kojem bi se onda pružale sve moguće usluge za koje su sada naši državni osiguranici zakinuti. Zato se nije za čuditi da su uvijek glavni protivnici reforme zdravstva i uvođenja općeg zdravstvenog osiguranja u SAD-u bili Američko liječničko udruženje, privatni osiguravatelji i farmaceutske kuće. Financijska stimulacija kao jedan od važnijih motivatora i kod nas je na djelu i teško je danas kolegama pričati o humanosti, socijalnim pravima i jednakosti kad sustav kod mnogih ne osigurava osnovne čimbenike kao što su zadovoljavanje prosječnog životnog standarda, potrebu za sigurnošću i zaštiti radnih prava. Međutim, većina se nas starijih liječnika dobro sjeća nižeg standarda koji smo u bivšoj državi imali i boljih zdravstvenih pokazatelja koje smo vlastitim radom dosegali.^{14,15,16}

U 2001. god. je 50-tak stručnjaka Velike Britanije posjetilo Kubu da upozna njihov zdravstveni sustav, zbog vrhunskih zdravstvenih pokazatelja u očekivanom trajanju života, smrtnosti djece i novorođenčadi. Izvješće koje je predstavljeno vladi ukazalo je na razlike u kvaliteti zdravstvene zaštite koju posjeduje kubansko zdravstvo s mnogo manje uloženi sredstava. Ustanovljene su razlike u sustavu ukazale i na potrebu prilagodbe NHS-a (Nacionalnog zdravstvenog sustava) u V. Britaniji, a naročito su naglašeni slijedeći elementi:

1. Objedinjenost javnog zdravstva i obiteljske medicine te preventive uklopljene u svakodnevni rad.
2. Vrlo povoljan omjer broja obiteljskih liječnika na broj pacijenata od 1:600 dok je u V. B. 1:1.800.
3. Struka je usmjerena na stalnu izobrazbu. 90% liječnika provodi 3 godine u obiteljskoj medicini, s time da se prvu godinu mora raditi na selu. Svaka dijagnoza mora sadržavati fizički, psihološki i društveni aspekt bolesti.
4. Svi statistički podaci sakupljaju se i obrađuju na primarnoj razini i zatim analiziraju u kliničkom radu.
5. Uspostavljen je sustav poliklinika, kojih ima 470 i u kojima radi pedijatar, ginekolog, dermatolog i psihijatar, a na svaku polikliniku dolazi 10 - 15 obiteljskih doktora. Preko poliklinika povezana je zajednica sa svim bolnicama.
6. Razvijen je više profesionalni pristup i timski rad različitih stručnjaka.
7. Postoji sustav upravljanja bez profesionalnih upravitelja, jer su sve zdravstvene jedinice vođene od liječnika i medicinskih sestara, kao što je to i samo Ministarstvo zdravstva.

8. Postoji sudjelovanje pacijenata i javnosti u donošenju odluka na svim razinama zdravstvenog sustava.
9. Vlada kontinuirano i bez obzira na opću ekonomsku situaciju pruža ekonomsku i političku potporu zdravstvu.
10. Uočene su i teškoće, kao što su niske plaće, zapuštenost građevina, slaba opremljenost i derutnost opreme, učestalo pomanjkanje lijekova i nedostatak slobodnog izbora.

Osnovno je da se taj sustav održava na snažnoj i sposobnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti, čime se uvelike smanjuje bolnička obrada i liječenje te postižu se evidentni uspjesi u kvaliteti zdravstvene zaštite i zdravstvenih pokazatelja, sa minimalnim financijskim sredstvima od 251 dolara po stanovniku, za razliku od naših 1.000 dolara, Engleskih 3.000 i Američkih 6.000 dolara po stanovniku.

Jasno je da se u takvom sustavu radi o specifičnoj situaciji u kojoj se ta zemlja nalazi i da je tu silom prilika financijska motiviranost na zadnjem mjestu, ali se usprkos tome kvaliteta rada i z.z. zadržava na visokoj razini. Naime, tu su zato svi ostali faktori ljudske motivacije prisutni, pa se time kompenzira manjak sredstava. To je jasan pokazatelj da je u našoj struci, dok se održava profesionalna etika, važnija sređenost sustava, osjećaj korisnosti i profesionalnog zadovoljstva od financijske dobiti. Uostalom i sve dosadašnje analize svjetskih zdravstvenih sustava ukazuju na to da poznato načelo „*što više to bolje*“, u zdravstvu vrijedi samo do određenih granica zadovoljavanja uvjeta rada, a zatim se pretvara u bunar bez dna sa sve slabijim zdravstvenim pokazateljima.^{5,6,7}

Da bi provjerili realno stanje među našim liječnicima, proveli smo anketu uputivši elektronskim putem 500 anketnih listića, na koje smo dobili 116 odgovora (što predstavlja 4,9% svih obiteljskih liječnika i statistički je signifikantno). Anketa je sadržavala 15 činjenica koje je trebalo razvrstati po slijedu važnosti za motivaciju na kvalitetan rad. Jasno je da slične ankete u mnogome zavise od karakteristika pojedine ličnosti, međutim ipak one daju okvirnu sliku postojeće problematike.

Tablica 1. Rezultati anketnog upitnika – Što nas motivira na kvalitetan rad?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Primanja koja omogućuju kvalitetan život	46	10	5	10	18	12	12	3							
Opremljenost radnog mjesta	24	10	18	20	18	16			2	2	2	2	2		
Organizacija posla	30	26	20	6	18	10				2		4			
Kvalitetni suradnici	34	20	18	8	16	12	2	2			2	2			
Stručna osposobljenost	46	18	20	12	6	4	8			2					
Brojnost pacijenata u skrbi	6	4	14	6	20	20	12	4	6	8	4	4		2	6
Mogućnost dodatne zarade	32	6	12	6	16	22	8	6	5		3				
Stručni i savjetodavni nadzor	10	6	4	6	32	8	8	20	4	6	2	4	2		4
Mogućnost stručnog i položajnog napredovanja	20	12	4	6	16	16	10	4	2	10	10	4	2		
Sindikalna zaštita radnih prava	8	4	4	10	14	10	4	20	10	10	4	2	2	2	10
Aktivnost liječničke komore	8	6	2	10	10	14	12	6	8	8	4	10	4	8	6
Aktivnost HLZ i stručnih društava	6	4	4	12	10	12	14	12	6	4	4	8	10	2	8
Sređene obiteljske prilike	52	22	4	14	6	4	4	4	4	2	2				
Dobri međuljudski odnosi na radu	48	20	4	10	6	12	6	4	2	2	2				
Okolina koja cijeni uloženi trud	40	18	6	8	6	4	4	12	2	2		4	2	8	

Rezultati provedene ankete ukazuju na raznovrsnost vrednovanja pojedinih ponuđenih elemenata motivacije, što ukazuje na karakternu, stručnu i etičku raznovrsnost ispitanog uzorka. Međutim, ipak su lako uočljivi bitni elementi motivacije među našim liječnicima.

Tablica 2. Redosljed najvažnijeg elementa motivacije sa brojem opredijeljenih

1	Sređene obiteljske prilike	52
2	Dobri međuljudski odnosi	48
3-4	Primanja koja omogućuju kvalitetan život	46
4-3	Stručna osposobljenost	46
5	Okolina koja cijeni uloženi trud	40
6	Kvalitetni suradnici	34
7	Mogućnost dodatne zarade	32
8	Organizacija posla	30
9	Opremljenost radnog mjesta	24
10	Mogućnost stručnog i položajnog napredovanja	20
11	Stručni i savjetodavni nadzor	10
12-13	Sindikalna zaštita radnih prava	8
13-12	Aktivnost Liječničke komore	8
14-15	Aktivnost HLZ i stručnih društava	6
15-14	Brojnost pacijenata u skrbi	6

Uočljivo je u tablici 2 da je na prvo mjesto većina obiteljskih doktora svrstala sređene obiteljske prilike, a na drugo dobre međuljudske odnose na radu, dok stručna osposobljenost i primanja koja omogućuju kvalitetan život dijele treće mjesto. Na četvrto mjesto je svrstana okolina koja cijeni uloženi trud, na peto mjesto kvalitetni suradnici, na šesto mogućnost dodatne zarade, na sedmo mjesto organizacija posla, na osmo opremljenost radnog mjesta, na deveto mogućnost stručnog i položajnog napredovanja te na deseto stručni i savjetodavni nadzor.

Međutim, ukoliko zbrojimo najčešću ukupnu opredijeljenost kod 100 i više ispitanika za pojedini element motivacije razvrstan u prvih 6 mjesta, dobivamo na prvom mjestu organizaciju posla, na drugom kvalitetne suradnike, pa zatim opremljenost radnog mjesta, sređene obiteljske prilike, primanja koja omogućuju kvalitetan život i dobre međuljudske odnose.

Tablica 3. Ukupna opredijeljenost većine(100 i više) ispitanika po elementu motivacije

1	Organizacija posla	110
2	Kvalitetni suradnici	108
3	Opremljenost radnog mjesta i stručna osposobljenost	106
4	Sređene obiteljske prilike	102
5	Primanja koja omogućuju kvalitetan život	101
6	Dobri međuljudski odnosi	100

U tim podacima je pak uočljiva razlika, jer su više rangirani elementi koji karakteriziraju kvalitetu radnog mjesta od onih koji direktno utječu na našu osobnost, što je bliže realnom stanju.

RASPRAVA I ZAKLJUČAK

Iz provedene ankete je uočljivo da kod naših obiteljskih liječnika još uvijek postoji svjesnost o bitnim elementima motivacije. Uočljiva je ipak visoko rangirana mogućnost dodatne zarade, što je posljedica nedovoljnih sredstava za normalno poslovanje, ali i utjecaja procesa privatizacije. Zanemarena je važnost brojnosti pacijenata u skrbi, stručnog i savjetodavnog nadzora, zaštite sindikalnih i radnih prava te djelovanja stručnih društava i liječničke komore. Očito je da još uvijek mnogi naši kolege ne raspolažu sa dovoljnim znanjem o bitnim elementima za kvalitetan rad naše struke.

Naime, svi dosad proučeni pokazatelji ukazuju da bez dovoljne edukacije i stvaranja približno jednakih stručnih stavova (kroz dodiplomsku, postdiplomsku, specijalističku i kontinuiranu edukaciju), dobrih radnih uvjeta (propisana prostorna i instrumentalna opremljenost), dobre organizacije posla (prilagođeno radno vrijeme, dostupnost, organizacija zamjena, naručivanje), kvalitetnih standarda i normativa rada, kvalitetnog stručnog i savjetodavnog nadzora, kvalitetnih suradnika i dobrih međuljudskih odnosa na radu nema mogućnosti za kvalitetan rad. Jasno je da je naša psihofizička sposobnost za rad bitna i da njeno održavanje uvelike zavisi od mogućnosti stručnog i položajnog napredovanja, sređenih obiteljskih prilika, dohotka koji nam omogućuje kvalitetan život i okoline koja cijeni naš rad. Međutim, u svemu tome mogućnost dodatne zarade ne smije biti važnija od osnovnih elemenata stimulacije jer je to znak da smo svoju aktivnost usmjerili u stjecanje materijalnih dobara nauštrb etičkih i moralnih principa struke za koju smo se opredijelili. Iz ankete je također vidljiv manjak svijesti o važnosti stručnih društava, komore i sindikata, bez čijeg djelovanja je naša struka potpuno nezaštićena. Privatizacija je uvelike poremetila te odnose i mnogi misle da od takvog načina organiziranja nemaju koristi, ne uviđajući da i privatnik koji je vezan koncesijskim ugovorom mora zaštititi svoja radna prava ukoliko si želi stvoriti uvjete za normalan rad.

Jasno je da bez poboljšavanja radnih i stručnih uvjeta kroz aktivnost tih organizacija, kvaliteta i održivost njegova rada vremenom postaje upitna. Netko mora brinuti o cijenama naših usluga, izvedivim normativima i standardima, našem radnom opterećenju i održavanju kvalitete našeg života i rada, jer to nitko u postojećem sustavu nije samostalno u mogućnosti.

Činjenica je da kvalitetniju zdravstvenu zaštitu stanovništvu pruža državno zdravstvo, a privatne zdravstvene ustanove mogu pružiti pojedine kvalitetnije usluge, ali samo onima koji za to imaju sredstava. Zato se ta dva sustava ne smiju miješati već samo nadopunjavati, ali bez korištenja proračunskih sredstava u privatne svrhe. Zdravstveni sustav u državi koja je proklamirala svoje socijalne elemente mora zato biti u državnim rukama i to naročito u području primarne zdravstvene zaštite, ukoliko želimo efikasno i racionalno zdravstvo.

Korištenje državnih sredstava u privatnim zdravstvenim ustanovama dokazano dovodi do rušenja etičkih principa rada, povećanja troškova za zdravstvenu zaštitu, nejednakosti u pravima na zdravstvenu zaštitu i pogoršanju zdravstvenih pokazatelja u populaciji.

Zato je nužno stvoriti u državnoj službi takve uvjete rada u kojima će biti zadovoljeni stručni i materijalni uvjeti za kvalitetan rad svakog zdravstvenog djelatnika, a ne tražiti rješenja u uvođenju privatizacije i stimulaciji privatnog kapitala.

LITERATURA

1. Kovačić L. i sur., Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti., Udžbenici sveučilišta u Zagrebu. Medicinska naklada Zagreb, 2003.
2. Šošić Z., Sustav zdravstvene zaštite. Osnovne karakteristike sustava zdravstvene zaštite., Medicus, Zagreb 1994;3:89-95.
3. World Health Organisation, Health 21 - health for all in 21st century., WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1999.
4. World Health Report 2002., Reducing Risk, Preomoting Healthy Life. World Health Organisation, New York 2002.
5. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2009.godinu, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb 2010.
6. Waitzkin H., Wold K. et alt., Primary care in Cuba: Low and high tecnology development pertinet to family medicine., Journal of Family Practice 45(3):250-8.1999 sep.
7. www-parliament.uk., Appendix 60., Cuban health care system and its implication for the NHS plan, 2001.
8. Gorjanski D., Obnova zdravstva., Fond Hipokrat-Zaklada Slagalica, Osijek, siječanj 2011.
9. www.poslovniforum.hr/management/Upravljanje ljudskim potencijalima.asp, 2010.
10. www.poslovniforum.hr/management/Motivacijske tehnike.asp, 2010.
11. Goleman D., Emocionalna inteligencija, Mozaik knjiga, Zageb 1997.
12. www.hr.wikipedia.org/wiki/Motivacija-teorije motivacije.
13. Pavić J., Problem je koncepcijski, a tek onda financijski., Glas Koncila 30.05.2010.
14. Jakšić Ž., Peršić L., Je li bolje šutjeti ili znati i djelovati?, Komunikacija i kvaliteta prakse iliti razgovor o razlikama između slušanja i poslušnosti. U:Zbornik Dani primarne zdravstvene zaštite, Ur:L. Peršić, Dom zdravlja Labin, Labin 1966.:11-22.
15. Gorjanski D., Različitost interesa u zdravstvenom sustavu. Zbornik radova medicinskih vještaka HZZO, Šibenik, HZZO Zagreb 2007.
16. Radošević D., Osnove teorije sustava, Nakladni zavod Matice hrvatske, Zagreb 2001.