



WWW.MEDIAEDUCATIONCENTRE.EU

MEC

Miomir Rajčević,
Medijski edukativni centar

Milena Šantrić Milićević,
istraživač MEC

Stefan Mandić-Rajčević,
istraživač MEC

AHEAD

Action for Health and Equity
Addressing medical Deserts

Website: www.ahead.health

OKRUGLI STO NACIONALNIH STEJKHOLDERA I EKSPERATA

**Prioritetne mere za ublažavanje
negativnih efekata potencijalnih
“medicinskih pustinja” u Srbiji i
migracije zdravstvenog kadra**

O projektu

Medijski edukativni centar (MEC) je u Srbiji sproveo istraživanje u sklopu EU/HADEA 2020 projekata AHEAD i PoH, u periodu od 2021. do 2022. godine, koristeći odobrenu metodologiju i dijagnostički alat za “medicinske pustinje” (<https://ahead.health/results/medical-deserts-diagnostic-tool/>), koja je uključivala situacionu analizu, kvantitativne procene i kvalitativno sagledavanje za sintezu dokaza i dedukciju zaključaka o prioritetnim merama za ublažavanje negativnih efekata potencijalnih “medicinskih pustinja” u Srbiji i migracije zdravstvenog kadra.

Medicinske pustinje su izolovane oblasti ili oblasti sa tendencijom smanjenja broja stanovnika praćene smanjenjem broja ili nedostatkom lekara i ostalih zdravstvenih radnika u toj meri da onemogućavaju dostupnost zdravstvenih radnika i pogoršavaju zdravstvene nejednakosti u populaciji, posebno među ranjivim grupama.

POH

Pillars of Health

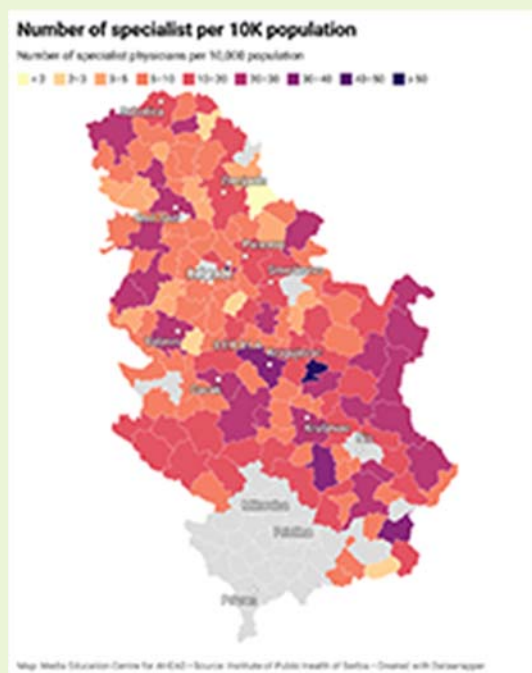
Website ENG:

www.pillars-of-health.eu/

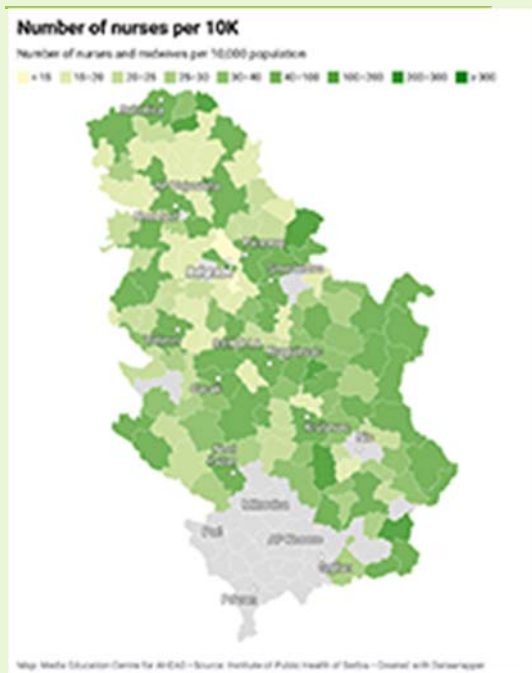
Stubovi zdravlja

www.stubovizdravlja.net

GRAFIKON SRBIJA I



GRAFIKON SRBIJA II



Svrha AHEAD i PoH projekata jeste da se postigne bolji pristup zdravstvenim uslugama, posebno u oblastima sa nedostatkom usluga, i ravnopravni pristup dovoljnom broju, obučenih i motivisanih zdravstvenih radnika, počevši od zemalja uključenih u projekat: Italije, Moldavije, Holandije, Rumunije i Srbije. **Cilj** nam je da to uradimo izgradnjom znanja koje podstiče (digitalne) inovacije u pružanju zdravstvenih usluga i primenom participativnog pristupa u kreiranju politike javnog zdravlja.

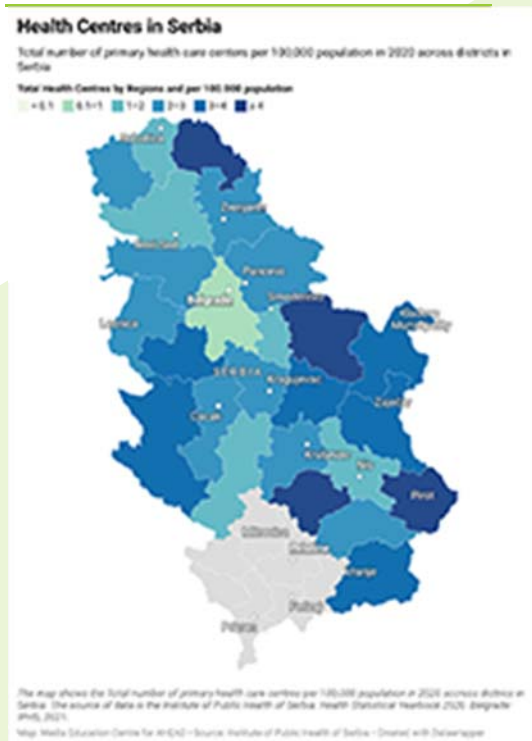
U Srbiji, glavni učesnici u onlajn anketi bili su predstavnici pacijenta, zdravstvenih radnika, i lokalne samouprave u oblastima identifikovanim kao “potencijalne medicinske pustinje”, kao i najviših stejkholdera na nacionalnom nivou, zatim studenti medicine, članovi dijaspore, agencija za regrutovanje, i eksperti za pitanja planiranja zdravstvenih kadrova.

U ovom tekstu biće ukratko navedeni najznačajniji rezultati iz ankete počev od poimanja izraza “medicinske pustinje”, kriterijuma za procenu dostupnosti medicinskih pustinja, problema u vezi sa medicinskim pustinjama i sa migracijama zdravstvenih kadrova, olakšavajuće i otežavajuće faktore za odlazak u inostranstvo, s tim u vezi rodnu ravnopravnost, kontramere odnosno moguće načine delovanja na medicinske pustinje i migracije zdravstvenih radnika, kao i kako izgleda Srbija koja primenjuje kontramere za emigracije i medicinske pustinje. Najzad, na osnovu istaknutih problema, formulisane su i projektne akcije strateškog plana razvoja zdravstvenih kadrova, kojima je posvećen ovaj Okrugli sto.

Tokom istraživanja, za prioritetne probleme (kao što su nedovoljnost novčanih sredstava ustanova i zarada zdravstvenih radnika, manjak radnih mesta i osoblja, nemogućnost napredovanja i loši uslovi rada, nerazumevanje državnih institucija i migracije kadra), izdvojili su se predlozi kontramera (kao što su formiranje vladinog/nacionalnog radnog tela, skupa indikatotra i regulativnih akata) koji se odnose na medicinske pustinje i migracije zdravstvenih kadrova.

S obzirom na finansijska i druga ograničenja, potrebno je usaglasiti se oko prioritetnih nacionalnih mera a koje će biti predmet diskusije na sastanku Evropskog parlamenta. Sastanak Evropskog

GRAFIKON SRBIJA III



parlamenta posvećen ovim pitanjima planiran je da se održi u drugoj ili četvrtoj nedelji februara meseca 2023. godine u Briselu. **Cilj** Okruglog stola je da se od ponuđenih opcija izdvoje nacionalne i lokalne mere koje su istovremeno najizvodljivije i korisne kratkoročno posmatrano (do 3 godine). Dobijen konsenzus prisutnih stejkholdera i eksperta za ova pitanja, biće smernica za razvoj poslovnog slučaja u nastavku investicionog planiranja.

POTENCIJALNA PUSTINJA?

Predlog



NAJVAŽNIJE IZ ANKETE

Iako za mnoge ispitanike izraz „medicinske pustinje“ nije poznat, skoro svi ispitanici smatraju da je prikladan da objasni fenomen nedovoljne ili neadekvatne pokrivenosti potrebnim zdravstvenim uslugama i dostupnosti kadrova u zajednici. Da bi se pojam bolje opisao potrebno je da se koriste pokazatelji i informacije o dostupnosti zdravstvenih usluga, u smislu fizičke i vremenske dostupnosti i finansijske pristupačnosti. Učesnici u istraživanju su bili mišljenja da je važan pokazatelj za medicinsku pustinju dostupnost javnog prevoza, kao udaljenost koju osoba može da pređe peške ili da se preveze, sama ili uz podršku u stanju potrebe za zdravstvenom uslugom. Od ostalih pokazatelja, navode se broj medicinskih radnika u odnosu na broj korisnika usluga, broj radnih sati kada su lekari i sestre dostupni, vreme *čekanja na uslugu*, i vreme u kom pacijent može da *ostvari* adekvatnu zdravstvenu zaštitu. U pogledu adekvatnosti zdravstvene zaštite, učesnici smatraju da usluge primarne zdravstvene zaštite moraju da odgovaraju lokalno najčešće zastupljenim bolestima i potrebama stanovnika. Sa aspekta finansijske pristupačnosti, smatraju da je potrebno više i češće organizovati dane kada su usluge besplatne za stanovnike, zaposlene i siromašne (preventivni dani). Iako nisu svi učesnici upoznati sa standardima, predložili su da maksimalna udaljenost lekara opšte medicine bude 1-5 km ili manje od 20 minuta, a hitna pomoć i apoteka do 10 km ili manje od 30 minuta.

Najčešće identifikovani problemi u vezi sa medicinskim pustinjama su manjak prihoda u ustanovama na lokalnu, niska zarada zdravstvenih radnika, manjak radnih mesta, premalo osoblja, nemogućnost napredovanja, loši uslovi rada, nerazumevanje državnih institucija, a veliki problem (za privredu i medicinu) predstavljaju migracije, posebno tek školovanog kadra.

Najčešće identifikovani problemi u vezi sa migracijama zdravstvenog kadra manifestuju se smanjenjem broja usluga koje se pružaju jer nemaju

kadar, a neke ustanove su morale da zatvore odeljenja. Takodje, produktivnost u zdravstvenim ustanovama je opala (npr. smanjio se broj obrađenih pacijenata po jednom zdravstvenom radniku), a povećao se prekovremeni rad i obim posla zdravstvenih radnika. Međutim, visina zarade zdravstvenih kadrova ne prati porast opterećenosti poslom. Dolazi do prenošenja zaduženja na niže kvalifikovane zdravstvene radnike, i pogoršanja uslova za timski rad. Smanjila se dostupnost sestrinske nege i kvalitet zdravstvene usluge je opao. Uporedo sa intenzivnijim radom agencija za regrutovanje zdravstvenih kadrova ka inostranstvu povećale su se i tendencije zdravstvenih radnika ka emigraciji, a opala je motivacija zdravstvenih radnika koji su ostali u zemlji.

Sa stanovišta **rodne ravnopravnosti**, identifikovane su razlike među polovima u visine zarada, u početnoj poziciji u poslu i mogućnostima za napredovanje, u tipu zaposlenja (na određeno neodređeno, volontiranje, plaćanje na crno, povremeni poslovi, samo-zaposlenje), u aspektima bezbednosti i uslovima rada, kao i mehanizmima za zadržavanje i za povratak na radno mesto.

Učesnici su identifikovali da **odlazak u inostranstvo olakšavaju** bolja radna politika i mogućnost za napredovanje (i za ženski pol) u inostranstvu, otvorenost strane (nemačke) privrede, veća zarada, mogućnost napredovanja, lako dobijanje radne vize i veće zarade, priznanje srpskih diploma, bolja ekonomska slika zemlje u kojoj žele da rade, i podrška iz velike dijaspore.

Kao otežavajući za odlazak u inostranstvo naveden je manji broj faktora, koji se u krajnjoj liniji mogu prevazići, a među njima porodični odnosi (ostavljanje porodice), lični razlozi (napuštanje privatnog života), neizvesnost koju nosi nepoznato, osećanje nepripadanja u stranoj zemlji, strah od neuspeha, teškoće u prilagođevanju stranoj zajednici, učenje jezika, pribavljanje papira za rad u inostranstvu, i nostrifikacija diplome.

Kao kontramere odnosno, za moguće načine delovanja na medicinske pustinje potrebno je da postoji vladino / nacionalno telo (npr. radna grupa) koje se bavi medicinskim pustinjama, da su u nacionalni Integrirani zdravstveni informacioni sistem

(IZIS) uključeni indikatori medicinskih pustinja. Zatim da se razvije regulativa kojom se sprečava nastanak i razvoj medicinskih pustinja putem subvencija za zapošljavanje i dualnu praksu, kreiranjem raznovrsnih beneficija i većih zarada za rad u medicinskim pustinjama, otvaranjem medicinskih škola ili obuka u blizini medicinskih pustinja, zatim povećanjem dostupnosti lekova i modernih tehnologija kako bi se implementirala telemedicina (korišćenje mobilnih telefona za telemedicinu, superviziju, timski rad na daljinu, digitalnu medicinsku dokumentaciju...). Stvaranjem uslova za razvoj različitih modela, edukacije, finansiranja i primene mobilne prakse u medicinskim pustinjama, kao što su timovi mobilnih doktora i dijagnostike, mobilnih sestara i kućne nega, mobilne apoteke, mobilne terapija i hirurških ambulanti smanjili bi se pomenuti problemi u vezi sa medicinskim pustinjama.

Kontramere za emigracije takođe podrazumevaju da postoji Vladino / nacionalno telo (npr. radna grupa) koje se bavi migracijom zdravstvenih kadrova i prati emigracije i tokove zdravstvenih radnika preko skupa indikatora u IZISu, analizira tržište rada i otklanja barijere za zapošljavanje i formuliše politike koje ciljaju mobilnost zdravstvenog osoblja i primenjuju mere zaštite u skladu sa SZO Kodeksom za etičko regrutovanje zdravstvenih radnika. Kontramere u oblasti migracije zdravstvenih kadrova uključuju implementaciju regulativnih akata koji se odnose na povećanje zarada, beneficije, stipendije i druge vidove podrške za zdravstvene radnike, veće zapošljavanje u državnom zdravstvenom sektoru, više modela radnih ugovora, Regulisanje dualne prakse i privatnog sektora, kao i unapređenjem menadžmenta, tehnologija i uslova rada, uz pomoć sistema za napredovanje i nagrađivanje da se radi na podizanju motivacije za rad u zemlji.

Vizija Srbije koja primenjuje **kontramere** za emigracije i medicinske pustinje jeste zemlja koja strateški razvija zdravstvene kadrove u saglasnosti sa potrebama građana (odgovorno vladino telo i politike), i ima moderan menadžment zdravstvenih radnika, sistem alata i mehanizama, kojim se regulisao mito i korupcija, različiti modeli rada i vrste privatne prakse, sprovodi samo opravdana privatizacija zdravstvenih

ustanova, funkcionišu mobilne medicinske prakse, sprovodi informatizacija, digitalizacija, i umrežavanje ustanova i primenjuje telemedicina, što sve doprinosi smanjenju privatnih rashoda korisnika u zdravstvenoj zaštiti.

Strateški plan razvoja zdravstvenih kadrova sadži projektne aktivnosti usmerene na beneficije i subvencije za zapošljavanje zdravstvenih radnika u medicinskim pustinjama, povećanje zarada zdravstvenih radnika, usklađivanje normativa za zapošljavanje i strukture profila zdravstvenih radnika potrebama, epidemiološkoj i demografskoj slici korisnika, razvoj (edukaciju, finansiranje i ustanovljavanje) mobilne prakse (mobilni doktori i dijagnostika, mobilna sestra i kućna nega, mobilne apoteke, mobilna terapija i hirurške ambulante) i jačanje uloge zaposlenih u medicinskim pustinjama uz pomoć telemedicine (mobilni telefoni, supervizija, timski rad na daljinu, digitalna medicinska dokumentacija, itd). Akcioni plan razvoja zdravstvenih radnika (podržan je **SZO Kodeksom** i **SZO NHWA**) kontinuirano dovodi do značajnog smanjenja nezaposlenosti zdravstvenih radnika, a povećava se broj zdravstvenih obrazovnih profila u skladu sa potrebama stanovnika i predstavlja referencu da se u zemlji poštuju ljudske slobode i prava – kao tekovine zakonskih propisa (**acquis communautaire**) Evropske Unije.

Ovaj Okrugli sto je posvećen razmatranju opcija koje su nacionalno i lokalno najizvodljivije i korisne, kako kratkoročno posmatrano (do 3 godine), tako i dugoročno. Dobijen konsenzus prisutnih stejkholdera i eksperta za ova pitanja, biće smernica za razvoj poslovnog slučaja u nastavku investicionog planiranja.

Hvala na učešću!

Prilog:

Acquis communautaire

**12 pitanja/činjenica o SZO globalnom kodeksu za
etičku praksu regrutovanja zdravstvenog kadra**

Medijski edukativni centar

Authored by: Media Education Centre

SZO Globalni Kodeks o etičkom regrutovanju zdravstvenih radnika i EU COMMUNITY ACQUIS

Acquis communautaire je francuski izraz koji u osnovi znači „EU kakva jeste“ – drugim rečima, to je skup zajedničkih prava i obaveza koje povezuju sve Države članice sa Evropskom unijom.

Acquis ili Pravne tekovine EU obuhvataju sve ugovore i zakone EU, deklaracije i rezolucije, međunarodne sporazume o pitanjima EU i presude koje je doneo Sud pravde.

Tokom ovog procesa, o pravnim tekovinama pregovaraju članice Evropske unije i Država kandidat za članicu. Pravne tekovine su podeljene u 35 pregovaračkih poglavlja.

NOVEMBER 2

Medijski edukativni centar

Authored by: MEDIA EDUCATION CENTRE



EU COMMUNITY ACQUIS

Politika proširenja EU ima za cilj da ujedini evropske zemlje u zajednički politički i ekonomski projekat. Vođeno vrednostima Unije i pod strogim uslovima, proširenje se pokazalo kao jedno od najuspešnijih oruđa u promovisanju političkih, ekonomskih i društvenih reformi i u konsolidaciji mira, stabilnosti i demokratije širom kontinenta. Politika proširenja takođe jača prisustvo EU na globalnoj sceni.

Srbija je otvorila 18 od 35 pregovaračkih poglavlja, od kojih su dva privremeno zatvorena. Od decembra 2019. godine Srbija nije otvorila nijedno novo poglavlje. U svojoj Strategiji za Zapadni Balkan, objavljenoj u februaru 2018. godine, Komisija je navela da bi Srbija mogla da se pridruži EU do 2025. godine, priznajući da je ta perspektiva „izuzetno ambiciozna“.

Evropski parlament daje svoju saglasnost za svako novo pristupanje EU. On takođe ima značajnu reč o finansijskim aspektima pristupanja: njegova budžetska ovlašćenja daju mu direktan uticaj na iznose koji se dodeljuju Instrumentu za pretpristupnu pomoć (IPA). Parlamentarni odbor za spoljne poslove imenuje stalne izvestioce za sve zemlje kandidate i potencijalne kandidate. Parlament izražava svoje stavove o proširenju u obliku godišnjih rezolucija koje su odgovor na poslednje godišnje izveštaje Komisije za zemlje. *Evropska komisija* usvojila je Novu evropsku agendu za inovacije (5. jula) kako bi Evropu postavila na čelo novog talasa dubokih tehnoloških inovacija i startapa. To će pomoći Evropi da razvije nove tehnologije za rešavanje najhitnijih društvenih izazova i da ih iznese na tržište. Vodeći u inovacijama, posebno u novom talasu dubokih tehnoloških inovacija koje zahtevaju prodore u istraživanju i razvoju i velika ulaganja kapitala, Evropa će ojačati svoju centralnu ulogu u oblikovanju zelene i digitalne tranzicije. Takve inovacije će verovatno doprineti i doneti koristi za zdravstveni sektor, i poboljšati mobilnost i zdravlje ljudi i učiniti naše privrede konkurentnijim. *S tim u vezi, važna je primena Globalnog kodeksa za etičku praksu regrutovanja zdravstvenog kadra, koji je Svetska zdravstvena organizacija usvojila na 63. Skupštini (WHA Res 63.16) 2010. godine.*

Nova evropska agenda za inovacije postavlja 25 namenskih akcija u okviru pet vodećih, među kojima je Unapređenje alata za kreiranje politike, što će biti ključ za razvoj i upotrebu robusnih, uporedivih skupova podataka i zajedničkih definicija koje mogu da informišu politike na svim nivoima širom EU i da obezbede bolju koordinaciju politika na evropskom nivou kroz Forum Evropskog saveta za inovacije.

Unapređenje alata za kreiranje politike razvoja zdravstvenih kadrova i sprečavanje nastanka i širenja medicinskih pustinja.

GLOBALNI KODEKS ZA ETIČKU PRAKSU REGRUTOVANJA ZDRAVSTVENOG KADRA

12 ČINJENICA

1. Pitanje: Šta je SZO Globalni kodeks za etičku praksu regrutovanja zdravstvenog kadra?

Odgovor: SZO Globalni kodeks za etičku praksu regrutovanja zdravstvenog kadra („Kodeks“) obezbeđuje etičke principe za međunarodno regrutovanje zdravstvenog osoblja na način kojim jača zdravstvene sisteme zemalja, privreda u tranziciji i malih ostrvskih država (pre svega, zdravstveno osoblje, osobe koji se regrutuju, poslodavce, profesionalne organizacije zdravstvenih radnika, relevantne zdravstvene organizacije u javnom, privatnom i nevladinom sektoru).

2. Pitanje: Koja je svrha SZO Globalnog kodeksa za etičku praksu regrutovanja zdravstvenog kadra?

Odgovor: Svrha Kodeksa je višestruka:

- Kodeks osnažuje razumevanje i etičko upravljanje međunarodnim regrutovanjem zdravstvenog osoblja, kroz poboljšane podatke, informacije i međunarodnu saradnju.
- Kodeks služi da se uspostave i promovišu dobrovoljni principi i prakse za etičko regrutovanje zdravstvenog osoblja u svim državama članicama SZO, tako što se upravljačke prakse zasnivaju na pravima, obavezama i očekivanjima sve tri strane u procesu regrutovanja - zemlje porekla, zemlje odredišta i zdravstvenog osoblja koje migrira.
- Kodeks je referenca za sve države članice da one rade na jačanju zakonskih i institucionalnih okvira za međunarodno regrutovanje zdravstvenog osoblja.
- Kodeks pruža smernice u razvoju bilateralnih i međunarodnih sporazuma kako bi se smanjili negativni efekti migracije zdravstvenog osoblja.
- Kodeks svojom primenom u zemlji promoviše i unapređuje vođenje međunarodne diskusije i saradnje o pitanjima vezanim za etičko međunarodno regrutovanje zdravstvenog osoblja.

3. Pitanje: Na kojim principima se zasniva Kodeks?

Odgovor: Jedinstveni principi primene Kodeksa u zemljama članicama zasnivaju se na:

- a. Pravednosti – Zasniva se na pravu svih ljudi na najviši mogući standard zdravlja, i pravu svakog pojedinca, uključujući zdravstveno osoblje, da napusti bilo koju zemlju i da migrira u bilo koju drugu zemlju koja želi da ih primi i zaposli.
- b. Jednakosti - Kodeks naglašava važnost jednakog tretmana zdravstvenih radnika migranata i radne snage u zdravstvu obučene u zemlji. Svo zdravstveno osoblje treba da ima priliku da proceni koristi i rizike povezane sa različitim pozicijama na radu.

- c. Pravičnosti - Države članice treba, u meri u kojoj je to moguće, da nastoje da stvore održivu radnu snagu u zdravstvu i da rade na uspostavljanju delotvornog planiranja radne snage u zdravstvu, na obrazovanju i obuci i strategiji zadržavanja kako bi smanjile svoju potrebu za regrutovanjem zdravstvenog osoblja migranata.
- d. Specifičnosti – treba uzeti specifične potrebe zemalja i ekonomija (u tranziciji) koje su ugrožene sa aspekta zdravstvenih radnika i imaju ograničenje kapaciteta, a koje su posebno podložne fluktuacijama u broju zdravstvenih radnika.
- e. Solidarnosti - Razvijene zemlje treba da pruže tehničku i finansijsku pomoć ovim zemljama da jačaju zdravstvene sisteme, uključujući razvoj zdravstvenog osoblja.
- f. Transparentnosti - Za postizanje ciljeva ovog Kodeksa potrebni su efikasno prikupljanje domaćih i međunarodnih podataka, istraživanje i razmena informacija o međunarodnom regrutovanju zdravstvenog osoblja u skladu sa važećim regulativama u zemljama članicama.
- g. Dobrovoljnosti – iako neobavezujući po prirodi, Kodeks se primenjuje na države članice kao i na sve relevantne zainteresovane strane
- h. Međunarodnosti - Koordinacija nacionalnih politika sa međunarodnim principima o međunarodnom regrutovanju zdravstvenog osoblja je poželjna kako bi se na pravičan način ojačali zdravstveni sistemi, ublažili negativni efekti migracije zdravstvenog osoblja na zdravstvene sisteme zemalja i zaštitila prava zdravstvenog osoblja.
- i. Promociji - Države članice treba da olakšaju cirkularnu migraciju zdravstvenog osoblja tako da zemlje i porekla i destinacije imaju koristi od njihovih veština i znanja.

4. Pitanje: Kome je Kodeks namenjen?

Odgovor: Kodeks je globalnog obima - za vođenje vlada svih Država članica i zainteresovane strane u pitanjima koja se odnose na međunarodno regrutovanje zdravstvenog osoblja.

5. Pitanje: Koji je etički osnov Kodeksa?

Odgovor: Kodeks obeshrabruje aktivno regrutovanje zdravstvenog osoblja iz zemalja koje se suočavaju sa kritičnim nedostatkom zdravstvenog osoblja. Kodeks naglašava važnost jednakog tretmana zdravstvenih radnika migranta i domaće zdravstvene radne snage, posebno u pogledu procena koristi i rizike povezane sa različitim pozicijama na radu koje imaju.

6. Pitanje: Kako Kodeks pomaže upravljanju zdravstvenim kadrovima u državama članicama SZO?

Odgovor: Kontinuiranom primenom Kodeksa, zemlje članice dobijaju skup podataka i informacija za delotvorno planiranje zdravstvene radne snage, obrazovanje, obuku i strategije zadržavanja koje je specifične za uslove svake zemlje. Osim toga, Kodeks sadrži smernice i podstiče saradnju između zemlje destinacije i zemlje porekla kako bi obe imale koristi od međunarodne migracije zdravstvenog osoblja.

7. Pitanje: Kako Kodeks podstiče razvoj zdravstvenog osoblja u zemljama u razvoju (u tranziciji)?

Odgovor: Države članice se podstiču da pruže tehničku pomoć i finansijsku podršku zemljama u razvoju ili privredama u tranziciji koje se suočavaju sa kritičnim nedostatkom radne snage u zdravstvu.

8. Pitanje: Koje obaveze države članice preuzimaju prihvatanjem i primenom Kodeksa?

Odgovor: Prihvatanjem i primenom Kodeksa zemlja se obavezuje da će raditi na pitanjima međunarodne migracije zdravstvenog osoblja, posebno nacionalnim i međunarodnim pitanjima koje se tiču održivosti zdravstvenih sistema:

- Prikupljanju podataka - Države članice se podstiču da ojačaju ili uspostave informacione sisteme o zdravstvenom osoblju, uključujući informacije o migraciji zdravstvenog osoblja, i da prevedu podatke u efikasne politike i planove za radnu snagu u zdravstvenom sektoru.
- Razmenu informacija - Države članice treba da periodično prikupljaju i izveštavaju (svake treće godine) Sekretarijat SZO o podacima o zakonima i propisima koji se odnose na regrutovanje i migraciju zdravstvenog osoblja, kao i podatke iz informacionih sistema zdravstvenog osoblja.
- Praćenje primene Kodeksa - Države članice se podstiču da u saradnji sa svim zainteresovanim stranama, prate pojedinačnu i kolektivnu primenu Kodeksa, i izveštavaju o postignutim rezultatima, poteškoćama na koje su naišle i naučenim lekcijama. Generalni direktor SZO će potom izvestiti Svetsku zdravstvenu skupštinu o efikasnosti primene Kodeksa u postizanju navedenih ciljeva i dati predloge za poboljšanje. Informacije dobijene od država članica pomažu SZO da identifikuje oblasti koje zahtevaju tehničku pomoć, da koordinira između zemalja i zainteresovanih strana i da pruži informisane savete i preporuke o politikama koje se odnose na mobilnost zdravstvenog osoblja od čega na kraju imaju koristi sve zemlje na njihovom putu ka Univerzalnoj zdravstvenoj pokrivenosti (UHC).

9. Pitanje: Koje mehanizme sadrži Kodeks?

Odgovor: Kodeks sadrži mehanizam razvijen od strane Sekretarijata SZO. Mehanizam obuhvata Nacionalni instrument za izveštavanje, Nacionalno odgovorno telo, i SZO - Nacionalni informacioni sistema o zdravstvenoj radnoj snazi. Nacionalni instrument za izveštavanje je alat za samoprocenu u zemlji za razmenu informacija i praćenje primene Kodeksa i s tim povezanih izazova. Za potrebe međunarodne komunikacije, svaka država članica treba, prema potrebi, da odredi Nacionalni organ odgovoran za razmenu informacija u vezi sa migracijom zdravstvenog osoblja i primenom Kodeksa. Sekretarijat SZO komunicira sa Nacionalnim odgovornim telom iz svake države članice da bi izveštavao o primeni Kodeksa i da bi se povezao sa faktorima iz SZO - Nacionalnog informacionog sistema o zdravstvenoj radnoj snazi.

10. Pitanje: Šta je SZO Nacionalni informacijski sistem o zdravstvenoj radnoj snazi?

Odgovor: SZO Nacionalni informacijski sistem o zdravstvenoj radnoj snazi (National Health Workforce Accounts - NHWA) je sistematizovan skup indikatora i metod pomoću kojeg zemlje progresivno poboljšavaju dostupnost, kvalitet i upotrebu podataka o radnoj snazi u zdravstvu kroz praćenje skupa indikatora koji podržavaju postizanje Univerzalne zdravstvene pokrivenosti (UHC), ciljeva održivog razvoja (SDG) i drugih zdravstvenih ciljeva. Zemlje ga mogu u potpunosti ili delimično primenjivati, za šta je SZO spreman da pruža tehničku podršku.

11. Koliko država članica primenjuje Kodeks?

Odgovor: Tri runde nacionalnog izveštavanja (2010-2019) dokazuju jačanje pravne i bihevioralne delotvornosti Globalnog Kodeks SZO. Od 2010 do 2019, 110 od svih 194 država članica SZO, podnelo je SZO Sekretarijatu kompletan nacionalni izveštaj. Ove Države članice predstavljaju preko 80% svetske populacije. Dvadeset devet Država članica je to učinilo prvi put u 2019. godini. Od maja 2019. godine, tri četvrtine Država članica SZO (146 od 194) imenovalo je nacionalno telo za razmenu informacija i podršku primeni Kodeksa. Dokazi o međunarodnoj mobilnosti zdravstvenih radnika su znatno ojačali, čime je načinjen ključni prvi korak ka usaglašenosti i primeni pravno delotvornih principa i preporuka Kodeksa u nacionalno zakonodavstvo i politike, kao i u međunarodne sporazume.

12. Pitanje: Šta se dešava ako zemlje ne primenjuju Kodeks?

Odgovor: Kodeks se primenjuje na dobrovoljnoj osnovi. Zemlje koje ne primenjuju Kodeks, za razliku od zemalja koje ga primenjuju, koriste svoje alate i kapacitete za odgovorno suočavanje sa sve većim obimom i složenošću mobilnosti zdravstvenih radnika. Ipak, mnoge od najugroženijih zemalja najmanje su angažovane vezano za Globalni Kodeks SZO, zbog čega Međunarodna organizacija rada (ILO), Organizacija za ekonomsku saradnju i razvoj (OECD), SZO platforma o mobilnosti zdravstvenih radnika, pružaju važan put za mobilizaciju resursa i partnerstava potrebnih za dalje jačanje relevantnosti i delotvornosti Kodeksa. Osim toga, Sekretarijat SZO je ažurirao *Listu zemalja vezano za ciljanu podršku zdravstvenoj radnoj snazi i Mere zaštite* koje će se koristiti zajedno sa *Kodeksom*. Zemlje na Listi za podršku i zaštitu zdravstvene radne snage u zdravstvu, 2020. godine, imaju indeks pokrivenosti UHC uslugama ispod 50 i obezbeđenost lekarima, medicinskim sestrama i babicama ispod globalne medijane od 48,6 na 10.000 stanovnika.

Medijski edukativni centar

Authored by: Media Education Centre