



Sveučilište u Zagrebu

Pravni fakultet

Studijski centar socijalnog rada

Gordana Šimunković

**ANALIZA DOPRINOSA VOLONTIRANJA I
DONIRANJA RAZVOJU KOMBINIRANOGA
MODELA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U
REPUBLICI HRVATSKOJ**

DOKTORSKI RAD

Zagreb, 2024.



Sveučilište u Zagrebu

Pravni fakultet

Studijski centar socijalnog rada

Gordana Šimunković

**ANALIZA DOPRINOSA VOLONTIRANJA I
DONIRANJA RAZVOJU KOMBINIRANOGA
MODELA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U
REPUBLICI HRVATSKOJ**

DOKTORSKI RAD

Mentori:

prof. dr. sc. Gojko Bežovan

izv. prof. dr. sc. Jelena Matančević

Zagreb, 2024.



University of Zagreb

Faculty of Law

Social Work Study Centre

Gordana Šimunković

**ANALYSIS OF CONTRIBUTION OF
VOLUNTEERING AND DONATIONS TO THE
DEVELOPMENT OF A WELFARE MIX
HEALTH CARE MODEL IN THE REPUBLIC
OF CROATIA**

DOCTORAL DISSERTATION

Supervisors:

Prof. Gojko Bežovan, PhD Assist.

Prof. Jelena Matančević, PhD Assist.

Rijeka, 2024.

O MENTORIMA

Prof. dr. sc. Gojko Bežovan rođen je 1958. godine u Runovićima (Imotski). Osnovnu školu završio je u Runovićima, a gimnaziju u Imotskom. Studirao je politologiju i sociologiju na Sveučilištu u Zagrebu. Na Studiju sociologije Filozofskog fakulteta u Zagrebu stekao je zvanje magistra znanosti, a potom 1990. godine i titulu doktora znanosti. Završio je poslijediplomski studij na *Institute of Housing Policy* u Rotterdamu. Krajem 1981. godine zapošljava se u Tehničkoj vojnoj akademiji u Zagrebu kao suradnik u nastavi. Od 1984. radi u Zavodu za samoupravljanje u Zagrebu i bavi se istraživanjima socijalne politike. Krajem 1990. godine tajnik je Saveza stambenih zadruga Hrvatske. Od ožujka 1993. zaposlen je na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu pri Katedri za socijalnu politiku, a od 2023. godine nastavlja rad iz mirovine. Voditelj je Poslijediplomskog doktorskog studija Socijalna politika, kao i sveučilišnih interdisciplinarnih poslijediplomskih specijalističkih studija Upravljanje gradom te Priprema i provedba EU projekata. Obnašao je i dužnost predstojnika Katedre za socijalnu politiku te predstojnika Studijskog centra socijalnog rada na Pravnom fakultetu. Nositelj je kolegija: Civilno društvo, Civilno društvo i javne politike, Civilno društvo i socijalna politika, Civilno društvo i javna uprava, Socijalna država i socijalna sigurnost, Socijalna politika, Sustavi socijalne politike, Teorije i sustavi socijalne politike, Metode analize u socijalnoj politici, *Comparative Social Policy*, Socijalna politika i socijalni razvoj, Strategijsko planiranje u socijalnoj politici te Pristup socijalnim pravima.

Osnivač je i predsjednik Centra za razvoj neprofitnih organizacija (CERANEO) od 1996. godine, *think tank* organizacije za razvoj socijalne politike i civilnog društva. Čelnik je hrvatskog tima u *European Social Policy Analysis Network* (ESPAN) pri Europskoj komisiji. Član je: Hrvatskog sociološkog društva, Hrvatske sekcije Europskog udruženja regionalnih istraživanja, *European Network for Housing Research*, *International Society for Third Sector Research*, *European Research Network on Philanthropy* te *International Network for Social Policy Teaching and Research*. Član je uprave Zaklade Adris i Upravnog odbora Zaklade Sveučilišta u Zagrebu.

Partnerski je bio uključen u projekte: *Third Sector Impact –The Contribution of the Third Sector to Europe’s Socio-economic Development* (2014-2018.); *OIKONET- A Global Multidisciplinary Network on Housing Research and Learning* (2014-2018.); *FP7 WILCO - Welfare innovation at local level in favour of cohesion* (2010.-2014.), *RE-DWELL - Delivering affordable and sustainable housing in Europe*, H2020-MSCA-ITN-2020 i dr.

Glavna područja njegova istraživanja su: hrvatska socijalna politika, stanovanje i stambena politika, razvoj kombinirane socijalne politike, europeizacija hrvatske socijalne države, civilno društvo, socijalne inovacije, usluge za starije osobe, mirovinska politika, lokalni socijalni programi, socijalna ekonomija, filantropija i socijalno poduzetništvo.

Izv. prof. dr. sc. Jelena Matančević rođena je 1982. godine u Zagrebu, gdje završava osnovnu školu i gimnaziju. Na Studiju socijalnog rada na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu diplomirala je 2006. godine, nakon čega upisuje *Master of Arts in Comparative European Social Studies* u Maastrichtu, koji završava 2007. godine. Od studenog 2007. zaposlena je kao znanstvena novakinja, od 2014. godine kao znanstveni novak – poslijedoktorand, 2016. godine izabrana je u zvanje docentice, a 2022. godine u zvanje izvanredne profesorice na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, na Katedri za socijalnu politiku.

Područja znanstvenog interesa uključuju civilno društvo i neprofitni sektor, filantropiju, socijalne inovacije te razvoj kombiniranog modela socijalne politike i ulogu trećeg sektora u pružanju socijalnih usluga. Sudjelovala je u većem broju domaćih i međunarodnih istraživačkih projekata, poput Civicus Civil Society Index, FP7, Interreg Dunav, Erasmus+ te ESF.

Sudjelovala je i izlagala na više domaćih i međunarodnih znanstvenih i stručnih skupova. Sudjeluje u izvođenju nastave na prijediplomskim i diplomskim studijima socijalnog rada i socijalne politike, studiju javne uprave, doktorskom studiju iz Socijalnog rada i socijalne politike te sveučilišnom interdisciplinarnom poslijediplomskom studiju Priprema i provedba EU projekata.

Članica je organizacija *International Society for Third Sector Research (ISTR)*, *Association for Research on Nonprofit Organizations and Voluntary Action (ARNOVA)*, *European Research Network on Philanthropy (ERNOP)* i Centra za razvoj neprofitnih organizacija (CERANEO), u kojem je surađivala na većem broju akcijsko-istraživačkih projekata.

Veliko, veliko hvala svim sudionicima istraživanja koji su poklonili svoje vrijeme za daljnji rast finih vrijednosti koje će činiti mala čuda u ljudskosti života. Dio ste promjene već sada, kao i one koja stiže.

Hvala ministru zdravstva Viliju Berošu i predsjednici Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora Renati Sabljar-Dračevac na pismima podrške za uključivanje zdravstvenih ustanova u istraživanje.

-

Hvala mentorima, profesoru Gojku Bežovanu i profesorici Jeleni Matančević, na poticajima, strpljivosti, razumijevanju i povjerenju.

Izuzetno veliko hvala profesorici Josipi Bašić jer ste davali podršku u svim trenucima i prije upisa doktorskog studija socijalne politike, bili uvijek dostupni i vodili me kroz pitanja i informacije koje su se ugradile u mene kao trajno široko učenje. Još više, učili ste me kako biti dobar učitelj i dobar čovjek. Moja davna želja da učim od Vas se ispunila i iako ste u mirovini, meni ste vrlo aktivna učiteljica.

Hvala profesorici Ivani Borić jer si bila tu i pokazivala mi na normalnost muka po doktoratu i obradi kvalitativnih podataka. Puno je trenutaka bilo olakšano i izgrađeno u ustrajnost zahvaljujući tebi.

Hvala profesorici Ivani Dobrotić na svojoj otvorenosti i spremnosti na pomoć. Jednog dana, kada znanstveno narastem još više, zaista bih voljela da to nosi obrise onoga što vidim da ti jesi.

Hvala profesoru Milanu Jazbecu jer ste se pojavili i dali čovječnosti čovjeka povezujući nevidljive niti dobra u čaroliju snage.

Hvala profesoru Amiru Muzuru jer ste mi otvorili vrata za brojne mogućnosti s ključem povjerenja. Ništa od postignutog ne bi bilo moguće bez toga.

Hvala profesorici Sekušak-Galešev na preporuci pri upisu doktorskog studija. Vi ste bili dobar duh koji me svojim davnim iskustvom nosio prema naprijed i koji je kontinuirano pisao zajedno s mnom.

Hvala profesoru Branku Kolariću. Hvala Dinku Štajduharu. Bez vas bih vrata put doktorata i djelovanja u akademskoj zajednici, zatvorila.

Hvala Vedranu Čurkoviću, na strpljivoj tehničkoj podršci...

Hvala DKolektivu, Bojani, Vedranu Soldo, Luciji, Mihaelu, Majama, Marti Maši, Riti, Ivi Emanuelu, Ančici, Franji, Mariji, Miri, Ivi, Ani, Leili, Ines, Ivanu Domagoju, Katarini, Branki, Antunu, Branimiru, Zrinki, Izidoru, Zorici, Aci, Gordanama, Flaviju, Nikolini, Toniju,...

jer su sve vaše iskre podrške satkane u jednu dobru vatru motivacije.

Hvala vam svima jer postojite i jer postojite u mojem životu. Vi ste dio mog osmijeha i uspjeha.

SAŽETAK

Noseći se s izazovima rastuće potražnje i ograničenih resursa, države su se okrenule prema dostupnim resursima poput suradnje s različitim dionicima, volontiranju i doniranju. Zdravstveni sustav Republike Hrvatske, kao jedan od najvećih socijalnih sustava, u sklopu toga je zahvaćen istim izazovima. Njegovo promatranje u istraživanjima kroz prizmu suradnje s drugim dionicima u financiranju i pružanju usluga rijetko je prisutno, dok je doprinos volontiranja i doniranja tome dijelu tek područje za razotkriti. Prema tome postavljen je cilj istraživanja: procijeniti doprinose volontiranja i doniranja razvoju kombiniranoga modela zdravstvene zaštite.

Obilježja kombiniranoga modela zdravstvene zaštite u aspektima financiranja i pluralizma pružatelja usluga istražilo se kroz analizu zakona i strategija od 90-ih godina prošlog stoljeća do danas. Kapaciteti i praksa zdravstvenih ustanova u implementaciji volontiranja i prikupljanju donacija odredili su se kroz *online* anketno istraživanje zdravstvenih ustanova (N=45), polustrukturirane intervjuje (N=40, pri čemu su neke osobe obuhvaćene s obje pojave) s predstavnicima vodstva / menadžmenta zdravstvenih ustanova, predstavnicima djelatnika zdravstvenih ustanova, predstavnicima osoba koje volontiraju pri zdravstvenoj ustanovi i predstavnicima organizacija koje doniraju zdravstvenim ustanovama te kroz dvije studije slučaja koje su uključile analizu relevantnih dokumenata zdravstvenih ustanova i intervjuje s ključnim osobama (N=5). Podaci su primarno analizirani deskriptivnom statistikom i tematskom analizom.

Pokazuje se da kroz promatrane dimenzije (*financiranje, pružanje usluga, regulacija*) na makro razini, od 90-tih godina prošlog stoljeća zdravstvena zaštita kontinuirano nosi obilježje kombinirane socijalne politike. Ujedno postoji dobar okvir za doprinos volontiranja i doniranja razvoju kombiniranoga modela zdravstvene zaštite kroz postojeću regulaciju zdravstvene zaštite, volontiranja i doniranja. No, rezultati na mikro razini ograničavaju mogući utjecaj obje pojave na razvoj kombiniranoga modela zdravstvene zaštite. Na mikro razini, kroz promatranu dimenziju *resursi*, pokazalo se da je volontiranje izolirana praksa za razliku od prikupljanja donacija koje, iako je raširenije, ima mali udio u ukupnim prihodima. Kapaciteti i praksa za implementaciju volontiranja promatrani kroz standarde kvalitete volonterskih programa te kapaciteti i praksa za prikupljanje donacija promatrani kroz SMART model planiranja, procijenjeni su niskim srednjim vrijednostima. Kapaciteti promatrani kroz model spremnosti zajednice za obje pojave, ukazuju da se zdravstvene ustanove nalaze tek na trećoj ili četvrtoj od

devet razina spremnosti. Rezultati promatrani kroz ostale dimenzije na mikro razini (*ciljevi, upravljanje, korporativni identitet, ulaganje, inovacije*) ukazuju na prostor veće mogućnosti usmjeravanja potencijala prema razvoju kombiniranoga modela.

Dobiveni rezultati interpretirani su u kontekstu postavljenog konceptualno / teorijskog okvira istraživanja, kreiranja smjernica za izgradnju mogućnosti većeg utjecaja volontiranja i doniranja razvoju kombiniranoga modela zdravstvene zaštite te perspektive za naredna istraživanja.

Ključne riječi: kombinirani model zdravstvene zaštite, filantropija, volontiranje, doniranje, spremnost za volontiranje, spremnost za prikupljanje donacija

SUMMARY

Introduction:

Dealing with the challenges of growing demand, limited resources and limited capacities of governments, countries has turned to available resources such as state cooperation with other stakeholders, volunteering and donations. The health system, as one of the largest social systems, is rarely present in scientific analyses. Its observation through the prism of cooperation with other stakeholders in financing and providing services is even less common, while the contribution of volunteering and donating to that segment is still an area to reveal. Accordingly, the goal of the research was set: to assess the contributions of volunteering and donating to the development of a welfare mix of health care in the Republic of Croatia. The characteristics of the welfare mix care model in terms of financing and pluralism of service providers was explored through policy analysis. The capacities and practice of health institutions in the implementation of volunteering and donation was determined through survey, interviews and case studies.

Participants:

In the policy analysis, secondary sources of information were used - laws, regulations and strategies related to the financing and provision of health services. The survey covered 45 public health institutions with the exception for health institutions of pharmacy and dental medicine. The interviews included 40 people (some persons were interviewed for both phenomena): representatives of the management of health institutions that implement volunteering; representatives of the management of healthcare institutions that receive donations; representatives of employees of health institutions that implement volunteering; representatives of the management of healthcare institutions that receive donations, representatives of volunteers who volunteer in healthcare institutions and representatives of donors who donate to healthcare institutions. The case study covered 2 health institutions with document analysis and interviews with key persons (N=5).

Data collection:

A complex design of a mixed research approach was used, namely an explanatory sequential design. In the first phase, a combination of data collection methods was used, i.e. policy analysis and online survey were carried out. In the second phase, interviews and case studies were conducted. Policy analysis was used to obtain an answer to the first research question: What

are the characteristics of the welfare mix health care in terms of financing and pluralism of service providers? To answer the second and third research questions: What is the capacity and practice of health institutions in the implementation of volunteering? and What is the capacity and practice of health institutions for fundraising? survey and interviews were conducted. The survey was created for research purposes. For the detection of practice and capacity the community readiness model, volunteer management quality standards, recommendations for collecting data on volunteering, i.e. measuring volunteering, and the SMART intervention planning model - Social Marketing Assessment and Response Tool were used. Semi-structured interviews were conducted according to a pre-created protocol and processed through thematic analysis. Case studies included document analysis of selected health institutions and interviews with key persons. The interviews were analyzed through thematic analysis.

Results:

It is shown that through the observed dimensions (financing, provision of services, regulation) at the macro level, since the 90s of the last century, health care has continuously been characterized by a welfare mix. At the same time, there is a good framework for the contribution of volunteering and donating to the development of a welfare mix health care model through the existing regulation of health care, volunteering and donating. However, the micro-level results limit the possible influence of both phenomena on the development of the combined health care model. At the micro level, through the observed dimension of resources, it was shown that volunteering is an isolated practice in contrast to collecting donations, which, although more widespread, has a small share in total income. At the level of the Republic of Croatia, only 16.76% of public health institutions (excluding pharmacy and dental medicine) were recognized as having included volunteers in their activities in the last five years.

Capacities and practice for implementing volunteering, observed through the quality standards of volunteer programs, and capacities and practice for fundraising, observed through the SMART planning model, were evaluated with low mean values. The average value for all observed criteria for volunteering is 1.85 and 2.84 for fundraising. Capacities observed through the community readiness model (viewed through the dimensions of resources, leadership, climate and knowledge) for both phenomena indicate that health institutions are only at the third or fourth of nine levels of readiness. Healthcare institutions are at the third level of readiness for implementing volunteering, i.e. they are at the level of Weak awareness and on fourth level for fundraising, i.e. they are at the Start of planning level.

The results observed through other dimensions at the micro level (goals, management, corporate identity, investment, innovations) point to the area of greater possibility of directing potential towards the development of a welfare mix.

Conclusion:

Observing the historical development, combined health care is a reflection of the response to the challenges that arose in certain historical contexts. The influence of volunteering and donating on the development of the welfare mix of health care is important to observe through the specific development path of health care financing and service provision since the 90s of the last century, but also through the specific development path of space that enabled the positioning of volunteering and donation in the territory of the Republic of Croatia. Respecting the characteristics of the welfare mix health care model and the practice and capacity of health care institutions to include volunteering and for fundraising, the impact of volunteering and donating on the development of the welfare mix health care model largely depends on the space that is open for improving the provision of services and funding of health care. The more space there is, the more the view will be directed towards the available resources. Furthermore, the increasing presence of volunteering and donating as a resource at individual health care institutions contributes to the greater development of the welfare mix model of health care. Observed through the conceptual / theoretical framework of the research, at the level of the entire system, there is an open space for volunteering and donating in a combination of resources, building goals, governance as well as innovation and investment activities at the level of individual health institutions. This also leads to the development of a welfare mix health care model.

Keywords: welfare mix of health care, philanthropy, volunteering, donation, readiness for volunteering, readiness for fundraising

SADRŽAJ

1. UVOD.....	15
1.1. Kombinirani model socijalne politike	22
1.1.1. Teorije i metodologija u pozadini dosadašnjih istraživanja kombiniranog modela socijalne politike.....	27
1.2. Zdravstveni sustav i zdravstvena politika Republike Hrvatske	33
1.2.1. Istraživanja zdravstvene politike Republike Hrvatske	35
1.2.2. Istraživanja zdravstvenog sustava Republike Hrvatske kroz koncept kombiniranog modela socijalne politike.....	37
1.3. Filantropija	38
1.3.1. Filantropija i zdravstvo.....	41
1.3.2. Volontiranje.....	44
1.3.3. Doniranje	54
2. CILJ ISTRAŽIVANJA I ISTRAŽIVAČKA PITANJA.....	63
3. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA.....	67
3.1. Analiza politike (<i>policy analiza</i>)	68
3.2. Anketno istraživanje.....	69
3.2.1. Uzorak	70
3.2.2. Mjerni instrument	73
3.2.3. Provedba istraživanja	77
3.2.4. Obrada podataka.....	78
3.3. Intervjui	78
3.3.1. Uzorak	79
3.3.2. Metode prikupljanja podataka	89
3.3.3. Provedba istraživanja	90
3.3.4. Obrada podataka.....	90
3.4. Studije slučaja	94
3.4.1. Uzorak	94
3.4.2. Metode prikupljanja podataka	97
3.4.3. Provedba istraživanja	98
3.4.4. Obrada podataka.....	99
4. ETIČKI ASPEKTI ISTRAŽIVANJA	100
5. REZULTATI	103

5.1.	Analiza politike (<i>policy</i> analiza)	103
5.1.1.	Struktura i obilježja financiranja i pružanja usluga zdravstvene zaštite	103
5.1.2.	Zakonski okvir volontiranja u Republici Hrvatskoj	113
5.1.3.	Volontiranje u <i>policy</i> dokumentima sektora zdravstva	113
5.1.4.	Zakonski okvir doniranja u Republici Hrvatskoj	116
5.1.1.	Doniranje u <i>policy</i> dokumentima sektora zdravstva	119
5.2.	Prikaz rezultata anketnog istraživanja	120
5.2.1.	Prikaz rezultata anketnog istraživanja – volontiranje	120
5.2.2.	Prikaz rezultata anketnog istraživanja – doniranje	130
5.3.	Intervjui	136
5.3.1.	Intervjui s predstavnicima vodstva zdravstvene ustanove – volontiranje	137
5.3.2.	Intervjui s predstavnicima djelatnika zdravstvenih ustanova - volontiranje	170
5.3.3.	Intervjui s predstavnicima volontera	186
5.3.4.	Intervjui s predstavnicima vodstva zdravstvene ustanove – doniranje	198
5.3.5.	Intervjui s predstavnicima djelatnika zdravstvene ustanove - doniranje	214
5.3.6.	Intervjui s predstavnicima donatora	223
5.4.	Studije slučaja	233
5.4.1.	Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac	233
5.4.2.	Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra	244
6.	RASPRAVA	258
6.1.	Obilježja kombiniranoga modela zdravstvene zaštite	258
6.1.1.	Struktura i obilježja financiranja i pružanja usluga zdravstvene zaštite	258
6.1.2.	Regulatorni dokumenti u području volontiranja	264
6.1.3.	Regulatorni dokumenti u području doniranja	268
6.2.	Kapacitet i praksa zdravstvenih ustanova u implementaciji volontiranja	271
6.2.1.	Obilježja prakse volontiranja u zdravstvenim ustanovama	271
6.2.2.	Spremnost za implementaciju volontiranja	279
6.2.3.	Obilježja volontiranja tijekom epidemije COVID-19	286
6.2.4.	Ciljevi i vladavina	288
6.2.5.	Volontiranje i inovacije	290
6.2.6.	Volontiranje i ulaganje	292
6.2.7.	Unaprjeđenje volontiranja u zdravstvenim ustanovama	296
6.3.	Kapacitet i praksa zdravstvenih ustanova za prikupljanje donacija	299

6.3.1. Obilježja prakse doniranja u zdravstvenim ustanovama	299
6.3.2. Spremnost za prikupljanje donacija	308
6.3.3. Obilježja doniranja tijekom epidemije COVID-19	315
6.3.4. Doniranje i inovacije	318
6.3.5. Doniranje i ulaganje	319
6.3.6. Unaprjeđenje doniranja u zdravstvenim ustanovama.....	320
6.4. Analiza doprinosa volontiranja i doniranja razvoju kombiniranoga modela zdravstvene zaštite	322
7. METODOLOŠKA OGRANIČENJA I SMJERNICE ZA ISTRAŽIVANJA.....	336
8. ZNANSTVENI I PRAKTIČNI DOPRINOS ISTRAŽIVANJA.....	341
9. ZAKLJUČAK.....	344
10. POPIS LITERATURE.....	350
11. POPIS PRILOGA.....	383
12. ŽIVOTOPIS AUTORICE S POPISOM OBJAVLJENIH DJELA	428

1. UVOD

Kao rezultat ekonomskih i socijalnih promjena vezanih uz tranziciju u postindustrijsko društvo, u drugoj polovici prošlog stoljeća javili su se novi socijalni rizici. Među njima se izdvajaju porast udjela žena na tržištu rada, transformacija obitelji (porast samačkih kućanstava i jednoroditeljskih obitelji, slabljenje obiteljskih veza), posjedovanje nedostatnih ili zastarjelih vještina zbog promjene obrazaca ekonomije i rada, poteškoće u usklađivanju radnih i obiteljskih obaveza, smanjen fertilitet, produljeno očekivano trajanje života, porast udjela starije populacije, migracije i dr. (Babić i Baturina, 2016.; Morel, Palier i Palme, 2012.; Taylor-Gooby, 2004.; Puljiz i sur, 2005.; Esping-Andersen i sur, 2002.; Ascoli i Ranci, 2002.). Novi rizici stavili su dodatne pritiske na strukture europske socijalne države konstruirane za nošenje s potrebama generiranima u industrijalizmu. Kriza (ili izazov) u kojoj se time našla socijalna država obuhvaća tri istodobno djelujuća čimbenika: rastuća potražnja, ograničeni resursi i ograničeni kapaciteti vlada da pomire to dvoje (Taylor-Gooby, 2004.; Ascoli i Ranci, 2002.). Teškoće odgovora na nove rizike podržavale su rasprave o kraju i/ili restrukturiranju socijalne države. Kao odgovor da je socijalna država u krizi, Esping-Andersen (1999.) naglašavao je da je socijalna država od svog početka u krizi. Taylor-Gooby (1999.) izdvajao je da ona prolazi kroz restrukturiranje, transformaciju ili tranziciju, a Puljiz (2004.) je govorio o promjeni sadržaja, usmjerenosti i ulozi socijalne države slijedom prilagodbe novim okolnostima. Pojedini autori govorili su o restrukturiranju socijalne države kroz prelazak iz pasivnih u aktivne socijalne politike, a pojedini o izgradnji nove socijalne države kroz strategiju ulaganja i strategije zaštite i/ili novoj socijalnoj državi koja se temelji na konceptu bazena rizika (Morel, Palier i Palme, 2012.; Ottmann, 2010.). Nedvojbeno, novi rizici socijalnu državu su stavljali u nove pozicije (i krizne) traženja i razmatranja stabilnih rješenja.

Resurs koji se aktualizirao 80-ih godina prošlog stoljeća kao odgovor na nove rizike i ulogu socijalne države, suradnja je države s dionicima iz zajednice u rješavanju problema. Svi dijelovi zajednice tu su dobili vidljiviju svoju ulogu uključujući i privatni sektor koji se pojačano javlja kao pružatelj usluga i korisnici koji participiraju u usluzi. Iako istraživači navode da se ne radi o novome konceptu jer je kombinacija suradnje postojala i ranije kroz povijest (Stewart, 2019.), takva suradnja prepoznata je pod konceptom kombiniranog modela socijalne politike kao novi trend i koncept (Bežovan, Dimić Vugec i Radović, 2015.; Bežovan, 2009.; Ostojić Baus, 2018.) i kao dio šire paradigme pluralizma koji čini jedan od okvira modernizacije socijalne države (Matančević, 2014.).

Osim suradnje različitih dijelova zajednice, kao odgovor na situaciju višestrukih izazova, 90-ih godina prošlog stoljeća aktualiziraju se i koncepti socijalnog ulaganja i socijalnih inovacija (Morel, Palier i Palme, 2012.; Hemerjick, 2012.; European Commission (EC), 2013.a; Edwards-Schachter i Wallace, 2017.). Danas bilježimo da se u vodećim inicijativama na Europskoj razini, socijalno ulaganje i socijalne inovacije identificiraju kao moćno oruđe za suočavanje s društvenim izazovima i kao odgovor na nedovoljno zadovoljene socijalne potrebe. Npr., u kontekstu zdravstva izdvaja se dokument *Investing in Health* (EC, 2013.a), koji nadovezujući se na temeljni dokument o socijalnom ulaganju: *Towards Social Investment for Growth and Cohesion* (EC, 2013.b), u području održivog zdravstvenog sustava posebnu pozornost daje segmentu unaprjeđenja financijske učinkovitosti kroz inovacije. Opisuje ih kao primarne pokretače troškova u zdravstvenoj zaštiti ali ih prepoznaje i da doprinose financijskoj učinkovitosti te time i održivosti.

Paralelno, dolazi do porasta interesa vlada za resurs volontiranja i doniranja. Volontiranje i doniranje se tradicionalno primarno povezuju s civilnim društvom (volonterskim, nezavisnim, neformalnim, trećim sektorom), koji čini jednu od komponenti kombiniranog modela socijalne politike. U kontekstu hibridizacije vezanim uz koncept kombinirane socijalne politike, sve se više prepoznaje da se granice u obilježjima pojedinog sektora ili organizacija unutar njega mijenjaju i da obilježja jednog sektora budu prisutna pri drugom čime dolazi do nadvladavanja slabosti jednog sektora, snagom drugog (Evers, 2008.). Takova situacija je i s volontiranjem i doniranjem koji bivaju suradnik i partner u redovnom pružanju usluga dajući doprinos inovativnom unaprjeđenju usluga, rasterećenju potrebnih financija za provedbu usluga, i podizanju kvalitete pružanja usluga bivajući time dio promišljenog mudrog socijalnog ulaganja. Villadsen (2011.) navodi da su volonterske i filantropske organizacije zadnjih dvadeset godina stavljene u centar rasprave kako inovirati socijalnu državu. Taj potencijal prenosi se i u druge sektore, odnosno organizacijama u drugim sektorima koje nisu primarno volonterske, odnosno filantropske, omogućavajući im kvalitetnije pružanje usluga.

Prepoznato je da diskursi o ulozi volontiranja u socijalnoj državi sadrže različita tematska usmjerenja reflektirajući time i različito razumijevanje volonterskog sektora: a) borba između volonterskih organizacije i tržišnih aktera oko javnih ugovora za pružanje socijalnih usluga, b) novi načini uključivanja volontera i povećanja volontiranja unutra i izvan volonterskih organizacija (npr. lokalne zajednice i javnih institucija) uz pozivanje na demokratsko sudjelovanje i potrebu povećanja legitimiteta socijalnog modela i c) potencijal volonterskog sektora kao arene za inovacije i to u stvaranju novih odgovora na socijalne probleme i u

ustupljanju multisektorske platforme za participaciju i suradnju aktera iz različitih sektora – volonterski, javni, tržišni (Essen, Frederiksen i Loga, 2019.). Boje, Hermansen i Juul Møberg (2019.) prepoznaju da ovisno o socijalnom modelu i konstrukciji kombiniranog modela socijalne politike veza između volontiranja, plaćenog rada i neformalnog pružanja pomoći varira među državama Europe. Npr., Skandinavske zemlje, uz organizirano pružanje usluga kroz javni sektor i stručnih zaposlenih osoba imale su zahtjev za volonterima no zbog ekonomskih ograničenja, autori najavljuju mogućnost da će sve veći dio aktivnosti skrbi biti kroz volontiranje i neformalne oblike pružanja skrbi.

Prepoznaje se i potreba daljnjeg proučavanja pojave volontiranja u pružanju socijalnih usluga, kako bi se osiguralo da uloga države, volontera i organizacija koje organiziraju volontere, ostane u pružanju usluga komplementarna i s potrebama korisnika u fokusu. Na taj način zadržava se volontiranje kao komplementarna značajka socijalnoj državi, a ne iskorištava se kao njegovo sastavno obilježje (Civico, Nagy i Adamson, 2013.). Posljednji izvještaj o stanju volonterstva u svijetu (United Nations Volunteers (UNV), 2021.), identificira tri modela odnosa između volontera i države kategorizirajući ih prema uključenim akterima, odnosima među akterima i u kojoj mjeri se bave davanjem glasa i inkluzijom, inovacijama i vlasništvom: model deliberativne vladavine, model suproizvodnje usluga i model socijalnih inovacija. Kod deliberativnog modela vladavine razmatra se koliko su različiti glasovi i težnje uvedeni u procese donošenja odluka na razini države. Kod modela suproizvodnje razmatra se opseg do kojeg volonteri mogu oblikovati javne politike i programe, od njihova kreiranja do provedbe i evaluacije usluga. Kod modela socijalnih inovacija razmatra se kako volonteri mogu biti uključeni u generiranje, provedbu i širenje novih ideja i praksi usmjerenih na rješavanje tekućih i novih društvenih izazova.

Cunningham (2020.) baveći se filantropijom izdvaja da je njena povijest u 20. stoljeću privukla malo pažnje i da se uobičajeno javljala u okviru studija uspona socijalne države s temom njezine neadekvatnosti u suočavanju s društvenim problemima i njezine posljedične sve manje uloge. Za porast filantropske aktivnosti izazvane dvama svjetskim ratovima navodi da su više smatrane iznimkom nego trendom. Navodi da se često tvrdi da je filantropija i dalje imala ulogu u socijalnoj državi, posebice kao inovator u rješavanju društvenih problema no da se veći dio stoljeća smatra kao stvar prošlosti. Krajem 20. stoljeća i početkom 21. stoljeća, situacija se pomaknula time što je od 80-ih godina 20. stoljeća koncept civilnog društva privukao veliki interes. Dobrovoljne organizacije, mnoge od njih izričito filantropske, pozicionirane između države, obitelji i tržišta, često se uzimaju kao utjelovljenje civilnog društva. Volonteri su bili

drugi element civilnog društva. Nova filantropija ili renesansa filantropije, djelomično je potaknuta neuspjesima u socijalnoj državi. Ono što obilježava novu filantropiju je primjena poduzetničke kulture na filantropiju.

Sve spomenute pojave, u većoj ili manjoj mjeri dolaze u interes istraživačke zajednice ukazujući na neke kontinuirane i neke nove izazove. Kako bi se pristupilo adekvatnijem razmatranju pojava unutar koncepta socijalne države, fokus istraživanja usmjeravao se na pojedini sustav (npr. sustav pružanja usluga starijim osobama, sustav zdravstva itd.), tragajući za što sveobuhvatnijim pristupom no istom i usmjeravajući pozornost na manje segmente koncepta. Longo, Notarnicola i Tassellia (2015.) tako navode da su se istraživanja socijalne države zaokrenula od istraživanja socijalne države prema istraživanju sustava socijalne skrbi pri čemu se uočilo da su i istraživanja sustava skrbi izazovan zadatak u kojem nedostaje sustavnost i za koji se ponekada čini kao da zahvaća samo jedan njegov manji dio. Pri tome, pitanje konceptualizacije, operacionalizacije i mjerenja promjena unutar socijalne države označena su kao „problem ovisne varijable“ koji bi početno trebalo smatrati teorijskim problemom (Clasen i Siegel, 2007., 4).

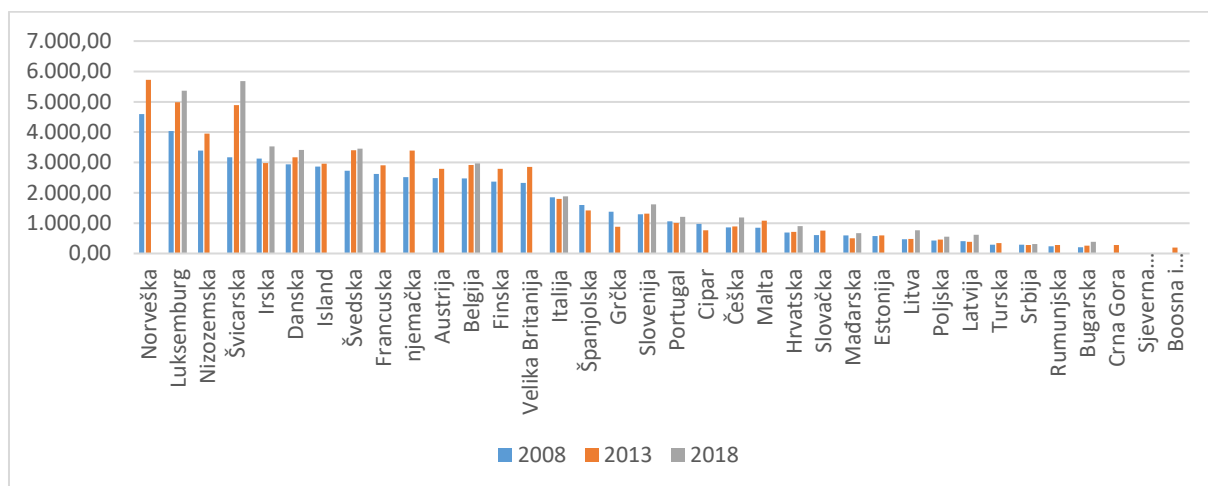
Istaknuto je i da se sustavi socijalne skrbi bitno razlikuju obzirom na sektor politike koji se razmatra (Kuhlmann i Blum, 2020.). Ascoli i Ranci (2002., 22), daju značajnu napomenu govoreći o istraživanjima sustava skrbi, izdvajanjem da je intenzivna interakcija između države i neprofitnog sektora oduvijek obilježila mnoge sfere politika skrbi od zdravstva do socijalnih usluga. No, znanje o tome gotovo se i nije proširilo među studentima socijalne skrbi koji su „zarobljenici ekonomsko-strukturalne ili političko-institucionalne analize koja se temelji na identificiranju samo tradicionalnih aktera kreiranja politike“. Na temelju toga naglašavaju i nužnost rekonstrukcije pojedinačnih nacionalnih slučajeva sa sociološkim pristupom, koji uključuje socio-kulturno stajalište uz usmjerenost na proširenje polja istraživanja (uključivanje društvene dimenzije usredotočene na orijentacije, vrijednosti i kolektivne identitete). Time bi se dobio i pomak od koncepta socijalne države prema sustavu skrbi.

U zaokretu istraživanja od socijalne države prema pojedinom sustavu skrbi, nameće se pitanje koji sustav zahvatiti i iz kojeg razloga. Moran (2000.) izdvaja da bi rasprave o zdravstvenoj politici trebale biti središnje za razumijevanje socijalne države obzirom da je zdravstvena zaštita glavna komponenta u dobrima i uslugama koji su ugrađeni u socijalnu državu. Tu centralnu poziciju pojašnjava potrošenim resursima, broju zaposlenih u stvaranju i pružanju dobara i usluga zdravstvene zaštite, povijesnoj važnosti zdravstva u izgradnji socijalne države te

vezanosti građana za usluge zdravstvenih ustanova. Izdvaja i da je uz mirovinski sustav, zdravstvo najveći pojedinačni potrošač resursa u socijalnim državama pri čemu je država izravni prevladavajući financijer zdravstvene zaštite ili u centralnoj ulozi pri regulaciji institucija koje osiguravaju novac. Ono što se događa u zdravstvenoj zaštiti generirano je potrošnjom, pružanjem usluga i tehnologijom pri čemu je potrošnja najviše zahvaćena u relaciji sa socijalnom državom. Relaciju potrošnje i socijalne države, Moran (2000.) opisuje kroz povijesni aspekt promjena krajem 19. stoljeća kada je slijedom društvenih i tehnoloških inovacija došlo do transformacije učinka medicine i kada bolnice bivaju transformirane prema centralnim institucijama s praksom nove medicine. Zdravstvena zaštita postaje visoko poželjno dobro i njeno financiranje dobiva zaokret od sustava osiguranja u svrhu zaštite od gubitka plaće među radnicima prema izravnom financiranju troškova njege. Te promjene su u korijenu potrošnje vlada koje su se našle pred zahtjevom da odgovore na koji način odlučivati o količini sredstava za zdravstvenu zaštitu i prema kojim načelima urediti pristup medicini.

Zemlje su usvojile različite modele kako bi upravljale pristupom korištenja zdravstvene zaštite (Kaštelan Brumen, Konatar i Kaštelan, 2022.; Stamat i Baeten, 2014.; Cichon i Normand, 1994.) pri čemu se izdvaja standardna klasifikacija na Bismarckov, Beveridgeov i tržišni model. Bismarckov model zasnovan je na obveznom, univerzalnom socijalnom osiguranju. Beveridgeovski model (ili model nacionalne zdravstvene službe) zasnovan je na financiranju zdravstva iz državnog proračuna porezno financiran, dok je tržišni model zasnovan na tržištu, privatnom osiguranju i osiguranim rizicima (Kaštelan Brumen, Konatar i Kaštelan, 2022.; Zrinščak, 2000.; Zrinščak 1999.; Cichon i Normand, 1994.; Kovač, 2015.). Bismarckov model daje veću samostalnost u odlučivanju u zdravstvenom sustavu, transparentnost u količini namjenski prikupljenog novca, veću transparentnost namjenskog trošenja i isključivo se financiraju zdravstvene usluge. Kod njega je snažnija kombinacija javnog i privatnog izražena u privatnom osiguranju i privatnoj opskrbi. Beveridgeov model se izdvaja po općoj pristupačnosti zdravstvenim uslugama, visokom stupanju pravednosti, laganom upravljanju i efikasnosti kontrole troškova. Tržišni model slabo kontrolira troškove, stvara nejednakost pristupa zdravstvenoj zaštiti i veće transakcijske troškove (Kovač, 2015.; Zrinščak, 2000.). Nude se i razrađeniji modeli koji jasnije naglašavaju konkretnu realnost pojedine zemlje (Zrinščak, 1999.) iako se izdvaja nepostojanje koherentne tipologije (Stamat i Baeten, 2014.). Svaki od modela na specifičan način otvara prostor mogućnosti i potreba u financiranju i pružanju usluga.

Kao sustav koji konzumira veliki dio financijskih sredstava unutar ostalih sustava socijalne politike¹, zdravstveni sustav² ujedno je i suočen s kontinuiranim rastom troškova³ (Zrinščak, 2019.; Zrinščak, 2007.; Zrinščak i Matković, 2006.; Dobrotić, 2020.; EC, 2019.a; EC, 2013.a). Na razini Europe, podaci koji se prate za zemlje članice Europske unije o izdacima za različite funkcije socijalne zaštite koji uključuju i izdatke za funkciju bolesti/zdravstvene zaštite, ukazuju na porast izdataka za zdravstvenu zaštitu kroz period od desetak godina, kod većine zemalja članica Europske unije uključujući i Republiku Hrvatsku (Slika 1.1.).



Slika 1.1. Izdaci za bolest/zdravstvenu zaštitu u zemljama članicama Europske unije za razdoblje od 2008. do 2018. (prema glavi stanovnika)⁴
Kreirano prema: EUROSTAT (2020.).

Pojašnjenje rasta troškova veže se uz porast korištenja usluga i porast troškova samih usluga, uključujući i kapitalne i operativne troškove (Klein, Brown i Detsky, 2016.). Dio porasta korištenja usluga veže se i uz produljeno očekivano trajanje života te porast udjela starije

¹ Socijalnu politiku prema Puljiz (2008., XI) definiramo kao „organiziranu djelatnost države i drugih društvenih čimbenika kojoj je cilj prevladavanje socijalnih rizika, pomoć siromašnima i isključenim pojedincima i socijalnim skupinama, ujednačavanje životnih šansi te, općenito, unapređivanje socijalne dobrobiti građana.“

² Zdravstveni sustav pokriven je zdravstvenom politikom koja se prema taksonomiji temeljnih nacionalnih javnih politika svrstava pod socijalne politike. Zdravstvena politika je uz mirovinsku politiku temeljna zdravstvena politika. Uz njih, pod socijalnu politiku spada i politika socijalne skrbi i socijalne pomoći, obrazovna politika, stambena politika i urbano planiranje, politika prema ženama, politika prema manjinama i obiteljska politika (Petek, 2012.).

³ Vidjeti i: European Commission (2019). *Fiscal Sustainability Report 2018*, European Economy, Institutional Paper 094 and European Commission (DG ECFIN)-EPC (AWG); European Commission (2018). *The 2018 Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070)*, European Economy, Institutional Papers 079.

⁴ Podaci obuhvaćaju novčane naknade koje u cijelosti ili djelomično zamjenjuju gubitak zarade tijekom privremene nesposobnosti za rad zbog bolesti ili ozljede te medicinsku skrb pruženu u okviru socijalne zaštite radi održavanja, vraćanja ili unaprjeđenja zdravlja (EUROSTAT, 2019.).

populacije koji su prepoznati pod novim socijalnim rizicima koji su doveli i do govora o krizi socijalne države.

Zdravstveni sustav Republike Hrvatske pri tome je rijetko prisutan u znanstvenim analizama i široj stručnoj i društvenoj raspravi, iako bi se slijedom velike zastupljenosti zdravstvenog sustava unutar sustava socijalne zaštite (Zrinščak, 2019.; Zrinščak, 2007.; Zrinščak i Matković, 2006.), financijskih resursa koji se ugrađuju u njega (Dobrotić, 2020.; EC, 2019.a; EC, 2013.a) i utjecaja na kvalitetu života pojedinca, očekivalo drugačije. Financijska održivost, redovno je prisutna kao predmet reformi u zdravstvu Republike Hrvatske, uz koju se vežu i drugi izazovi (Dobrotić, 2020.; Zrinščak, 2019.) kao što je učinkovitost, kvaliteta usluga i dr. (Ministarstvo zdravstva (MZ), 2021.; Džakula i sur., 2021.; Zrinščak, 2019.; Vončina i Rubil, 2018.).

Cjelokupnu sliku daljnjeg razvoja socijalne države i odgovora na socijalne rizike, možemo promatrati kroz model kombinirane socijalne politike gdje će se postavljeni trend socijalnih inovacija i socijalnog ulaganja provlačiti kroz sinergijske oblike različitih resursa uključujući i volontiranje i doniranje. Ako se u težnji razmatranja uloga države na aktualne izazove, usmjerimo na promatranje jednog sustava i odaberemo zdravstveni sustav kao onaj koji konzumira najveći dio financija, ostaje otvoreno pitanje koja su to obilježja kombiniranog modela zdravstvene politike u Republici Hrvatskoj i u takvoj, koje je mjesto volontiranja i doniranja kao resursa u unaprjeđenju usluga koji će između ostalog pratiti i trendove inovativnosti i ulaganja.

Slijedom analize doprinosa volontiranja i doniranja kao resursa u kombiniranom modelu zdravstvene zaštite, naredna uvodna poglavlja primarno zahvaćaju tri koncepta: kombinirani model socijalne politike, volontiranje i doniranje. Kombinirani model socijalne politike obuhvaća se pregledom teorijskih razmatranjima na kojima se kasnije gradi konceptualni okvir istraživanja. Volontiranje i doniranje obuhvaćeno je kroz osnovne značajke i njihova obilježja u sustavu zdravstva. Dodatno se daje pregled dosadašnjih istraživanja modela kombinirane socijalne politike u Republici Hrvatskoj, istraživanja sustava zdravstva općenito i u okviru kombinirane socijalne politike.

1.1. Kombinirani model socijalne politike

Kombinacija uključenosti različitih sektora⁵ u pružanje skrbi, postojala je uvijek, no uloga pojedinog aktera, raspon njegove uključenosti i odnos između pojedinih aktera, mijenjao se kroz vrijeme ovisno o prevladavajućim povijesnim okolnostima (Stewart, 2019.). Tako se prepoznaje da se kombinirana socijalna politika kao koncept aktualizirala 80-ih godina prošlog stoljeća kao novi okvir (Bežovan, Dimić Vugec i Radović, 2015.), sustav (Bežovan, 2019.; Bežovan, 2009.), trend (Bežovan, 2009.), koncept (Ostojić Baus, 2018.) socijalne politike u kojem kojemu „vlada, lokalne vlasti, organizacije civilnog društva, trgovačka društva (profitni sektor), obitelj (neformalni sektor) te drugi dionici djeluju na mjestu ranijeg monopolističkog položaja države“ (Bežovan, 2009., 355; Bežovan, 2019.). Kao glavnu težnju, kombinirana socijalna politika, postavila je kako na najučinkovitiji način u ekonomskim i socijalnim terminima kombinirati i iskoristiti sve raspoložive potencijale različitih sektora u zajednici (Bežovan, 1998.). Država je jedan od ravnopravnih dionika s regulatornom ulogom (Ostojić Baus, 2018.), prepoznajući druge dionike kao partnere za suradnju u pripremi, odlučivanju i provedbi socijalnih programa (Bežovan, 2009., Ostojić Baus, 2018.; Bežovan, Dimić Vugec i Radović, 2015.). Prema Powellu (2011.) kombinirani model socijalne politike je “kombinirani, međuovisni način u kojem se blagostanje proizvodi i raspoređuje između države, tržišta, obitelj i trećeg sektora”, odnosno on se odnosi na „artikulaciju tržišta, države i obitelji u produkciji skrbi“ (Powell i Barrientos 2004., 86).

Uz pojam kombiniranog modela socijalne politike, koriste se i pojmovi *pluralne ekonomije*, *mješovite ekonomije skrbi*, *pluralizam skrbi*, *trokut skrbi* i *dijamant skrbi* pri čemu se pojmovi koriste i kao sinonimi (Powell, 2019.; Heuer i sur., 2016.; Heitzmann, 2010.). Powel (2019.) navodi da se čini da nema široko prihvaćenog i dominantnog termina koji bi se koristio za oznaku distribucije usluga skrbi kroz različite socijalne mehanizme izvan same države. Ujedno, u svom razmatranju socijalne politike i kombiniranog modela socijalne politike, opisuju deskriptivni i preskriptivni pristup pojmovima mješovite ekonomije skrbi i pluralizma skrbi.

⁵ Kombinirani model socijalne politike uz sebe veže nekoliko koncepata koje je dobro razmotriti radi boljeg razumijevanja samog kombiniranog modela: *treći sektor*, *civilno društvo*, *neprofitni sektor*, *dobrovoljni sektor*. U ovome radu za određenje navedenih pojmova koristiti će se definicije Bežovana i sur. (2005.). Pod trećim sektorom razumijevati će se: „treće područje aktivnosti koje, pored države i privatnog biznisa utječe na razvoj društva“ (Bežovan i sur., 2005., 471). Pod civilnim društvom razumijevati će se: „institucije, organizacije, socijalne mreže i pojedinci koji djeluju između obitelji, države i tržišta, povezani nizom civilnih prava koja zajedno dijele, a koji se dobrovoljno udružuju radi zagovaranja općih i specifičnih interesa“ (Bežovan i sur., 2005., 429). Pod neprofitnim sektorom razumijevati će se „organizacije koje primarno ne djeluju radi ostvarivanja profita“ kao pojam koji je "u pravilu rezerviran za organizacije koje pružaju različite javne usluge“ (Bežovan i sur., 2005., 447).

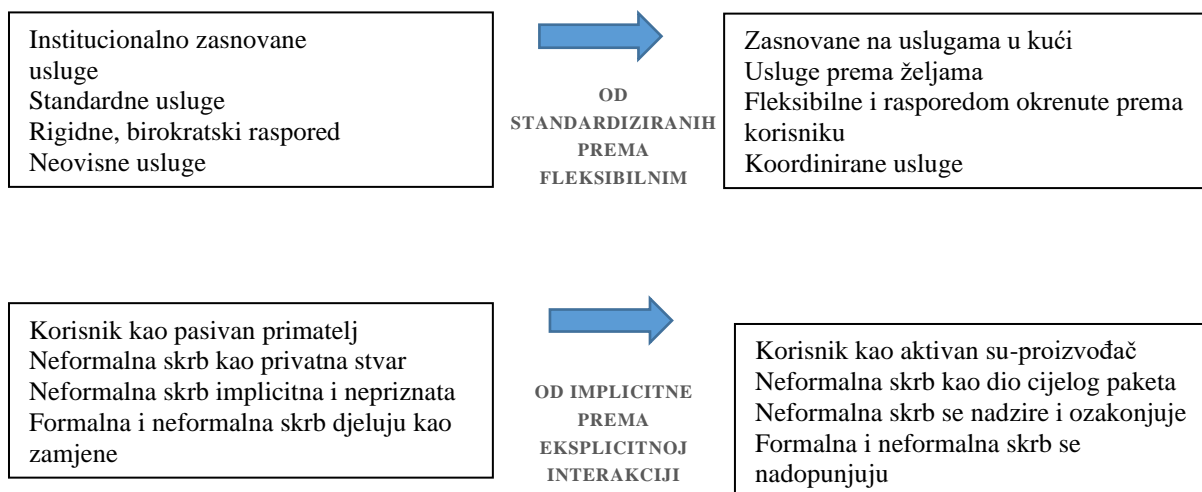
Lewis (2004.) navodi da se pristup kombiniranom modelu socijalne politike razlikuje kod istraživača te da je u engleskom govornom području najčešća konceptualizacija bila *mješovita ekonomija skrbi* koja je naglašavala raspon pružatelja skrbi (države, tržišta, poslodavca, obitelji i trećeg sektora) i rastući pluralni izvor financiranja. *Mješovita ekonomija skrbi* nastoji identificirati koji element dominira određenom vrstom socijalne ponude, a temeljna pretpostavka je da su oni alternative. Heuer i sur. (2016.) s konceptualne razine razlikuju tri korištenja pojma kombiniranog modela socijalne skrbi: analitički (naglašava aktere i njihovo poslagivanje u pružanju skrbi), komparativni (istražuje odnose među akterima) i normativni (debatira o idealnom poslagivanju aktera). U analitičkom korištenju pojma autori izdvajaju razvoj povijesnog fokusa ekonomije politike i istraživanja socijalne politike od dihotomnog (država – tržište), prema uključivanju obitelji u istraživanja trijade skrbi i trećeg sektora unutar koncepta pluralizma skrbi. Izdvajaju debatu oko razumijevanja informalnih aktera i udruženja kao zasebne kategorije koje preoblikuju trokut skrbi u dijamant skrbi ili kao intermedijalnog prostora smještenog između ostale tri glavne odrednice skrbi. Evers i Laville (2004.) navode da pojmovi *kombinirane socijalne politike*, *mješovite ekonomije skrbi* i *pluralizma skrbi*, sugeriraju analizu trećeg sektora povezanog s povijesti socijalnog režima, društveno i politički ugrađenog u političko djelovanje, institucije i pravne okvire socijalne politike. Različiti dijelovi trećeg sektora usvojili su poseban status osobito u europskim socijaldemokratskim i korporativnim režimima i to na način i do stupnja koji je poprilično različit od iskustva u američkim državama što treba imati u vidu kod provedbe istraživanja i razumijevanja rezultata.

U slučaju Republike Hrvatske, treći sektor u Republici Hrvatskoj djelovao je početkom 90-ih godina prošlog stoljeća uz ograničenja, kada se istom prepoznaju zametci kombiniranog modela socijalne politike (Bežovan, 1995.). S vremenom se situacija mijenja, a relativno slab utjecaj civilnog društva kroz vrijeme, prepoznavao se u relaciji upravo s ograničenjima koja su se generirala kroz zakonski okvir osnivanja i djelovanja organizacija trećeg sektora te sociokulturnim okvirom (Bežovan, 2002.; Bežovan 2003.a). Postepeno se prepoznaje potreba uvođenja tema vezanih uz razvoj trećeg sektora u redovite obrazovne programe, ukazivanje većeg povjerenja Vlade i države trećem sektoru, davanje nove kvalitete trećem sektoru kroz partnerstvo s gospodarstvom itd. (Zrinščak i Bežovan, 2007.). Prema indeksu održivosti organizacija civilnog društva, koji uzima u obzir cjelokupno poticajno okruženje za razvoj civilnog društva, s naglaskom na: pravno okruženje, organizacijske kapacitete, financijsku

održivost, zagovaranje, pružanje usluga, infrastrukturu i javnu sliku, uočavaju se srednje vrijednosti održivosti, pri čemu je financijska održivost najslabije pozicionirana⁶.

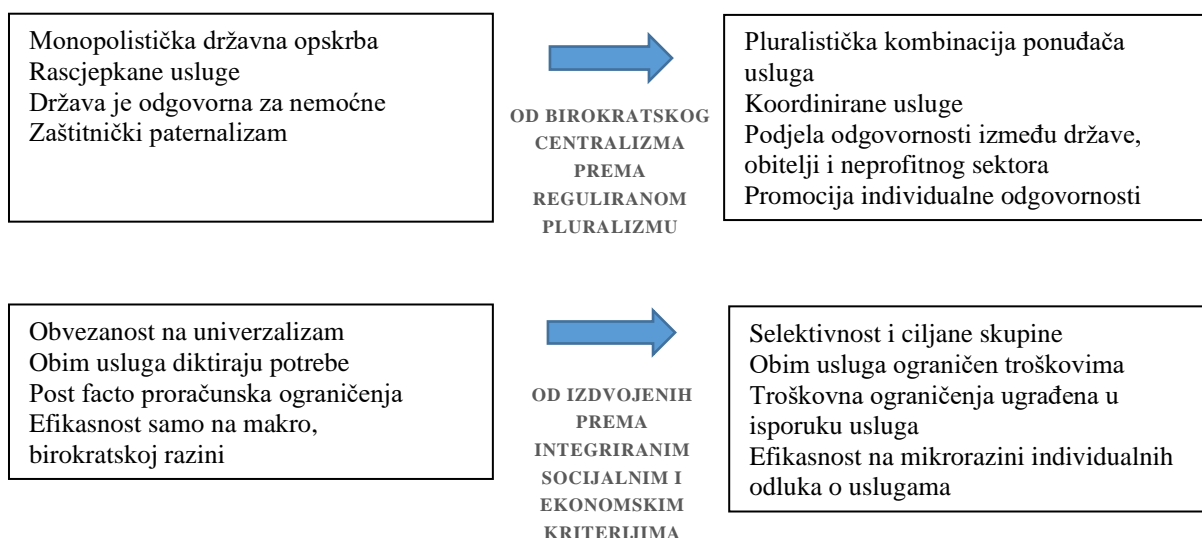
Povijesni kontekst nastanka kombiniranog modela socijalne politike veže se uz nekoliko momenata. Prepoznaje se da je nastao kao odgovor popunjavanja praznina pri redukciji državnih socijalnih programa i diferenciranju socijalne potražnje (Bežovan, 1998.), a ujedno i kao kritika na dominantnu ulogu države u pružanju socijalnih usluga (Bežovan, 2000.) gdje se prepoznaje birokratiziranost, neučinkovitost i neinovativnost socijalnih programa (Bežovan, 2020., Bežovan, 2000.). Moment nastanka veže se i uz krizu socijalne države uslijed pojave novih socijalnih rizika 80-ih godina prošlog stoljeća (Bežovan, Dimić – Vugec i Radović, 2015.; Bežovan, 2009.). Sam razvoj kombiniranog modela socijalne politike uočava se da se opisuje jezikom ekonomije (Bežovan, 2009.). Evers (1995.) izdvaja da su moderna društva bila uvijek kombinirana, gradeći na tržištu, državi i javnom sektoru s njegovom udruženjima, zajednicom i obitelji te da može biti upitno koliko je pluralizam skrbi kao koncept zaista nešto novo i u osnovi različito. Izdvaja da značajni odmak može biti u stupnju do kojeg je treći sektor i sektor informalne ekonomije oko privatnog kućanstva eksplicitno shvaćen kao dio socijalnog sustava. Autor izdvaja i da je koncept kombinirane socijalne politike s jedne strane korišten za opis empirijske i povijesne raznolikosti socijalnih sustava, a s druge strane kao referentna točka za razvoj socio-političkih analiza pluralizma. Moment nastanka tako možemo vezati na proces promjena u socijalnoj politici kako ih opisuje Evers (1991.): od tradicionalnih oblika usluga skrbi i socijalne politike prema novim oblicima. Osobne usluge skrbi mijenjaju se od standardiziranih prema fleksibiliziranim i od implicitnih prema eksplicitnim u interakciji s neformalnim sustavom skrbi (Slika 1.1.1.). Sustavi socijalne politike mijenjaju se od birokratskog centralizma prema reguliranom pluralizmu i od izdvojenih kriterija prema integriranim socijalnim i ekonomskim kriterijima (Slika 1.1.2.).

⁶ Vidjeti: *Indeks održivosti OCD-a za 2020. – Hrvatska*. Dostupno na: <http://ceraneo.hr/objavljen-indeks-odrzivosti-ocd-a-u-hrvatskoj-za-2020-godinu/> (Pristup: 1.9.2022.); *Indeks održivosti OCD-a za 2019. – Hrvatska* Dostupno na: http://ceraneo.hr/wp-content/uploads/2020/10/Croatia_Index-2019_final_pdf.pdf (Pristup: 1.9.2022.).



Slika 1.1.1. Prikaz promjena usluga skrbi

Izvor: Evers, 1991.



Slika 1.1.2. Prikaz promjena u sustavu socijalne politike

Izvor: Evers, 1991.

Iako je u suvremenim studijama socijalne politike distribucija usluga skrbi kroz različite mehanizme postala jedna od najvažnijih kategorija (Spicker, prema Powell, 2019.), uočava se usmjerenost na istraživanje izolirane pojedine komponente skrbi, dok su u manjoj mjeri prisutni pristupi koji razmatraju odnose među njima koji bi dali cjelokupnu sliku (Powell, 2019.). Istom, samo istraživanje kombiniranog modela socijalne politike kao sastavnog dijela sustava skrbi ostalo je u značajnoj mjeri neistraženo (Powell, 2019.).

Pri govoru o kontekstu promjena u sustavu socijalne politike, osobito razvoja socijalne politike na području Republike Hrvatske, značajno je za izdvojiti i procese globalizacije i europeizacije. Međuigra globalnog, europskog i nacionalnog, razmatrana je sustavno od strane niza autora u kontekstu razvoja socijalne politike gdje se može iščitati da uvijek ostaje prilagodba pojedine zemlje na globalne izazove⁷. U svezi s time, Zrinščak (2006., 2) izdvaja da društveni procesi kao što su globalizacija i europeizacija nisu jednoznačni i da je „nemoguće jednim uzorkom pa ni kombinacijom više njih, objašnjavati niz društvenih pojava“. Uz to iznosi stav da su oba termina postali odviše „neodređeni, opterećeni različitim značenjima i uporabama“ no i da usprkos tome je značajno zahvatiti ih kod analiza socijalne politike. U razmatranju socijalne politike u procjepima globalizacije i europeizacije, zaključuje da je glavni čimbenik oblikovanja socijalne politike pojedine zemlje, „nacionalna povijest i nacionalni kapaciteti u suočavanju s globalnim silnicima i aktualnim procesima“. Kostovicova i Bojičić-Dželilović (prema Stubbs i Zrinščak, 2015.) izdvajaju potrebu analize europeizacije zajedno s ostalim utjecajima uključujući i globalizaciju. Prepoznaje se izloženost država članica Europske unije učincima globalizacije ali se i Europska unija doživljava kao pokretač globalnih silnica (Europska komisija (EK), 2017.). Ogromna brzina, sila i dubina globalne povezanosti dobiva pažnju Lendvaia (Stubbs i Lendvai, 2016.) unutar razmatranja alternativnog kritičkog pristupa izgrađenog od performative (donošenja i izvođenja politika), relacija (procesa dominacije i podređenosti unutar Europske unije, između Europske unije i ne Europske unije), višestrukosti (iluzija sličnosti uz shvaćanje globalne povezanosti) i političkog (aktivna produkcija ugnjetavanja i ontološkog izjednačavanja unutar projekta Europske unije). Globalni povijesni utjecaj možda možemo iščitati i iz promatranja procesa unutar Europske unije kroz prizmu imperijalizma i kolonijalizma kako nalazimo kod Stubbsa i Lendvaia (2016.) koji jednake elemente vide u odnosima prisutnima unutar Europske unije. U kontekstu socijalne politike, Abrahamson (2000.) navodi da je rast proizvodnje modela socijalne politike usko vezan uz rasprave o globalizaciji i europeizaciji.

Kako se ranije spomenulo, termini globalizacije i europeizacije su nedovoljno određeni. Jedinstvene teorije europeizacije nema i slabi su izgledi za to. Govorimo o „kompleksnom i fluidnom fenomenu europeizacije“ koji se „odnosi na učinak Europske unije na svoje države članice“ (Trnski, 2015., 9). No ona je „samo jedna od varijabli u kompliciranoj areni domaćih aktera“ (Stubbs i Zrinščak, 2012., 290). Utjecaj europske razine možemo promatrati kroz

⁷ Više vidjeti u zborniku radova: Zrinščak, S. (ur.) (1998.). *Globalizacija i socijalna država*, Zagreb: Studijski centar socijalnog rada Pravnog fakulteta; Savez samostalnih sindikata Hrvatske.

prilagodbe koje je Republika Hrvatska učinila u pretpristupnom procesu Europskoj uniji i kao država članica. Kroz usklađivanje s postavljenom agendom djelovanja na različitim razinama sa spektrom različitih aktera, odnosno sa strategijom Europa 2020, njenim specifičnim ciljevima, inicijativama i smjericama, koliko god one bile prepoznate od pojedinih autora kao nedovoljno konkretne i ciljane. Utjecaj možemo promatrati i u postupanju Republike Hrvatske na povratne informacije Europske komisije na dostavljene izvještaje. Jednako i u segmentima kao što je „konfuzija...povezana s kasnom europeizacijom unutar koje se harmonizacija s europskom statistikom odvija jako sporo“, a koja je svojevremeno rezultirala „sagom o socijalnim troškovima“ prema kojoj je Republika Hrvatska trošila dvostruko veći iznos svog BDP-a za programe socijalne pomoći u usporedbi s drugim zemljama uzetima u obzir (Stubbs i Zrinščak, 2012., 278). Rekli bi da se Republika Hrvatska oblikuje kako bi odgovarala željenoj viziji od strane Europske unije i da slika koja se o Republici Hrvatskoj širi dalje, ovisi o dubini znalačkog pogleda iste te Europske unije.

Na nacionalnoj razini Stubbs i Zrinščak (2012., 274) ističu nekoliko važnih tendencija vezanih uz specifičnu tranziciju Republike Hrvatske: a) fokusiranost na izgradnju vlastite države nakon rata koja se odrazila na specifičnu regulaciju državljanstva, snažnu centralizaciju sustava socijalne skrbi, poteškoće razvoja i definiranja uloga profitnog sektora i civilnog društva te b) fokusiranost na demografska pitanja što se odrazilo na obiteljske naknade i postulaciji konzervativne uloge žene u obitelji i društvu. Dominacija umirovljenika i branitelja javnim diskursom, upravo kao što autori i sami navode, nasljeđe je „kolapsa socijalističkog gospodarstva i prijelaza na novi ekonomski sustav“ s ratom kao otežavajućom okolnosti. Socijalni klijentizam identificiran kroz socijalna prava Hrvata u Bosni i Hercegovini, široki opseg prava branitelja i invalidske mirovine (Stubbs i Zrinščak, 2015.; Stubbs i Zrinščak, 2012.) još je jedna specifičnost vidljiva kroz razvoje socijale politike u Republici Hrvatskoj koja govori u prilog međuigri globalno – europsko – nacionalno.

1.1.1. Teorije i metodologija u pozadini dosadašnjih istraživanja kombiniranog modela socijalne politike

Kao temeljni autori koji su se bavili kombiniranim modelom socijalne politike, odnosno čiji doprinos možemo razmatrati kroz teoretski pristup konceptu izdvajaju se Evers (2008.; 1995.), Eversa i Svetlika (1993.), Evers i Laville (2004.), Longo, Notarnicola i Tasselli (2015.), Esping

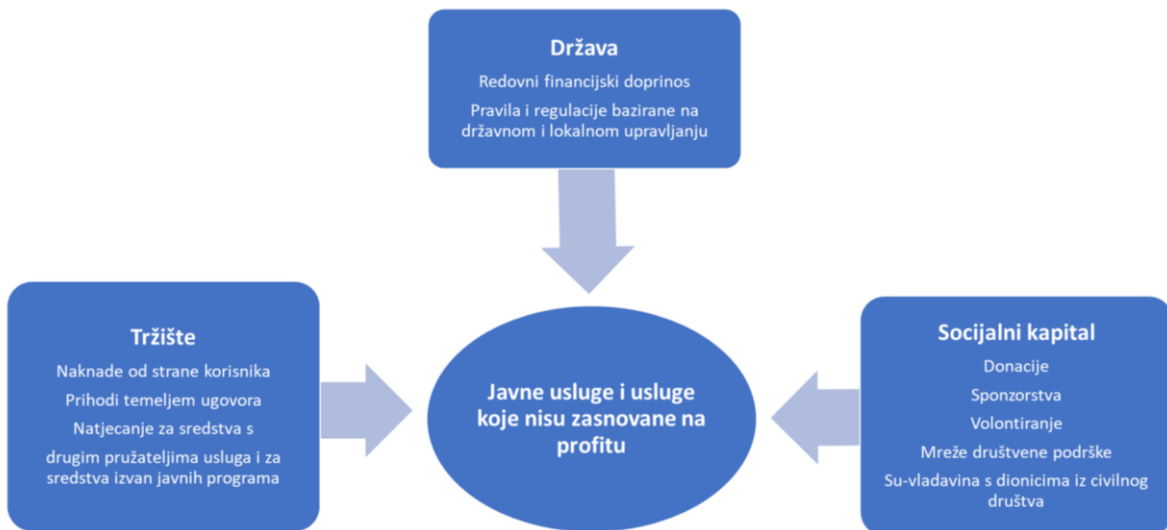
Andersen (1990.; 1999.), Theobald 2012., Powell (2019.), Powell i Barrientos (2004.; 2011.), Ascoli i Ranci (2002.), Ranci (2002.) i dr.

U pokušaju sumiranja glavnih teoretskih pretpostavki i pogleda na karakteristike koncepta modela kombinirane socijalne politike, Evers (1995.) izdvaja nekoliko teza:

- „treći sektor“ trebao bi se konceptualizirati kao jedna dimenzija javnog prostora u civilnim društvima, odnosno kao polje napetosti bez jasnih granica u kojem će različite logičke podloge i diskursi koegzistirati i presijecati se
- većina organizacija u „trećem sektoru“ ima posredničku ulogu, zadaću održavanja i uravnoteženja brojnih međusektorskih odnosa
- mnoge organizacije u području napetosti između tržišta, države i sektora zajednice same su kombinacija i kombiniranom sustavu socijalne politike.

Evers (1995.), nastavljajući se na dane teze, navodi da je na razini konceptualne rasprave o prikladnijoj kombinaciji i podjeli odgovornosti, jedno od ključnih pitanja potraga za više sinergijskim modelom kombinirane socijalne politike i to i na mikro razini (razini pojedinačnih inicijativa i organizacija) i na makro razini (razini međusektorskih aranžmana). Na mikro razini to može značiti proučavanje pozitivnih učinka „hibridnih“ oblika organizacija što njihova mješovita rješenja može učiniti učinkovitijima. Autor to potkrepljuje ukazivanjem na studije koje su pokazale da su određena „inteligentna“ rješenja rezultat prožimanja javnih i privatnih doprinosa, profesije i privatne dobrovoljne suradnje te općih normi i standarda. Definicija sinergijske kombinacije resursa pri tome varira ovisno o okruženju, stavovima i prioritetima (Evers, 1995.). Na makro razini, gdje se također može pronaći velika raznolikost inovativnih političkih i organizacijskih rješenja, sinergijski učinci traže se u učinkovitijim međusektorskim kombinacijama i mrežama tržišta, države, neformalnih i neprofitnih doprinosa. Različiti sektori djeluju sinergijski pri čemu su snage jednog sektora suprotstavljene slabosti drugog sektora (Evers i Olk, prema Theobald, 2012.).

Pojam „hibridno“ znači da elementi koji uobičajeno ne idu zajedno ili spadaju u neko drugo područje bivaju isprepleteni unutar jedne organizacije. Odnosno, takve organizacije povezuju zajedno karakteristike koje su uobičajeno vezane uz državu, tržište i treći sektor (Slika 1.1.1.1.).



Slika 1.1.1.1. *Javne usluge i usluge koje nisu zasnovane na profitu kao hibridne organizacije*
Izvor: Evers, 2008.

U pozadini hibridnih organizacija nalazi se treći sektor kao svojevrsni pluralni javni prostor gdje koegzistiraju različite vrijednosti, uz pretpostavku da je on uz tržište, državu i zajednicu/obitelj još jedan kamen temeljac (Evers, 2008.). Analitički Evers (2008.) razlikuje četiri dimenzije hibridizacije: resurse, ciljeve, vladavinu i korporativni identitet. U kontekstu resursa različite oblike društvene podrške (npr. uz financiranje od strane države, uključivanje i drugih resursa kao što je prikupljanje donacija, uključivanje volontiranja i dr.) svrstava pod socijalni kapital uz naglasak da ta podrška ne znači samo korištenje i iskorištavanje već i njegovanje duha brige i povjerenja među građanima što i je logika socijalnog kapitala. Oblik vladavine kao dimenzija uključivalo bi oblike vladavine koji se u literaturi nalaze i pod pojmovima su-vladavine ili mješovite vladavine, odnosno onog gdje postoji mogućnost koprodukcije usluga (npr. kroz uključivanje korisnika davanjem im glasa i izbora). Ciljevi kod hibridnih organizacija su raznovrsni uz izazov balansiranja njihove raznolikosti i kompatibilnosti (npr. državna škola koja ispunjava univerzalne kriterije i istovremeno razvija jedinstveni profil s posebnom ponudom koji je aktualan u natjecanju s drugim školama na tržištu). Korporativni identitet kao četvrta dimenzija, proizlazi iz prethodnih reflektirajući višestruke uloge i svrhe organizacije.

Kramer (2004.) prepoznaje da temeljni koncept kombiniranog modela socijalne politike od Eversa i Svetlika (1993.) može biti u svrhu četiri političke i istraživačke funkcije: (1) kao analitički, povijesni i sociopolitički pristup izvorima odgovornosti za socijalne probleme, od kojih svi ne uključuju državu, i kao mjera promjene kombiniranog modela socijalne politike;

(2) kao deskriptivno sredstvo za prepoznavanje empirijskih prednosti i nedostataka različitih organizacijskih kombinacija u različitim zemljama i njihove povijesne uloge u svakom sektoru; (3) kao pristup ocjenjivanju potencijala i granica različitih organizacijskih oblika (na primjer, vlada je najbolja za pravednost i uniformnost, ali sporo odgovara na specifične potrebe; neprofitne organizacije osjetljive su na potrebe kulturno-društvenih podskupina, ali su obično neučinkovite u smanjenju regionalne nejednakosti) te (4) kao alat za opisivanje različitih političkih koncepata u socijalnoj politici, kao što je promjena odgovornosti između različitih aktera u sektoru socijalnih usluga, te u formalnoj i neformalnoj proizvodnji i pružanju socijalnih usluga.

Powell (2019.a) izdvaja četiri komponente miješane ekonomije skrbi (država; tržište; volonterski sektor za koji se koriste i pojmovi nezavisnog, neprofitnog i nevladinog sektora; informalna skrb) i naglašava nužnost pomaka od jednodimenzionalnog prema trodimenzionalnom pristupu koji istražuje pružanje usluga, financiranje i regulaciju. Powell i Barrientos (2004.), dajući doprinos analizi socijalnih sustava, pristupaju kroz model socijalne politike izdvajajući varijable kako bi zahvatili njegove značajne komponente: artikulaciju socijalne države, tržišta i produkcije blagostanja kućanstva (uključujući i politiku aktivnog tržišta rada kao ključne varijable). Model kombinirane socijalne politike u njihovoj analizi zastupljen je podacima o javnim troškovima za socijalnu zaštitu, edukaciju i politiku aktivnog tržišta rada. Za odabrane varijable ujedno izdvajaju da su dobri prepoznavatelji socijalnih režima jer mjere različite specifikacije socijalnih rizika tijekom kontinuuma. Time na konceptualnoj razini model kombinirane socijalne politike vežu na specifikaciju socijalnih rizika koji je u srži reformulacije socijalnih režima od Esping-Andresena. Koriste hijerarhijsku i *k-means* klaster analizu kako bi u podacima identificirali socijalne režime i ujedno ih uspoređuju kroz vrijeme.

Esping-Andersen (1990.; 1999.) nudi rekonceptualizaciju karakteristika socijalne države u pojmovima socijalnih prava, socijalne stratifikacije i mješavine javnog – privatnog. Razvija ocjene dekomodifikacije (stupanj do kojeg osoba može živjeti neovisno od tržišta, tj. stupanj do kojeg su državna dobra i usluge odvojene od tržišta) bazirane na kriterijima kao što su zamjenska stopa i uvjeti prihvatljivosti za mirovine, naknade za bolovanje i naknade za nezaposlenost. Stratifikaciju mjeri u pojmovima korporatizma, etatizma, testiranja sredstava, trošenje privatnih sredstava na zdravlje, univerzalizma i jednakosti u benefitima. U kasnijem radu dekomodifikaciji pridodaje i defamilizaciju (stupanj do kojeg su žene odvojene od rodnih uloga i neplaćenog rada unutar kućanstva) i veći naglasak na socijalnim rizicima i

kombiniranom modelu socijalne politike. Država, obitelj i tržište su tri izvora za nošenje sa socijalnim rizicima. Odnosno, početno se fokusira na odnos države i tržišta posebno kroz dekomodifikaciju, a defamilizaciju dodaje kao odgovor na feminističke kritike i dalje razrađuje trokut: država, tržište i obitelj. Prema Powellu (2019.b) to ostavlja prazninu za volonterski sektor pri komparaciji modela komparativne socijalne politike, odnosno, u pojmu koji Powell koristi: mješovite ekonomije skrbi. Powell (2019.b), nije bio jedini koji je uočio tu prazninu. Isto su uočili i Ascoli i Ranci (2002.).

Ascoli i Ranci (2002.), višestruka rješenja problema s kojima su se suočili novi oblici regulacije i novi oblici odnosa između države, profitnih i neprofitnih pružatelja usluga, opisuju kao dileme kombiniranog modela socijalne politike. Izdvajaju devet dilema: delegacija ili podjela odgovornosti; suradnja ili natjecanje kao oblik interakcije; organizacijska učinkovitost ili kvaliteta usluga; stabilnost suradnih odnosa ili prilika za inovacije; centralna ili posredna uloga volontiranja; identitet pružanja usluga; uključivanje građana ili korisnika; očuvanje ili nestanak uloge javnog sektora u pružanju usluge; jedinstvene ili raznolike usluge. U svojoj analizi, pristupaju kroz širi teoretski prostor, stavljajući sustav skrbi u centar s posebnom pozornosti na socijalne usluge. Kroz nacionalne slučajeve polaze od korijena socijalne države prema fokusu na odnose između aktera u oblikovanju novih politika pri čemu odnos promatraju kroz međuorganizacijske pojmove, institucionalne pojmove i pojmove politike. U analizi govore o mješovitoj ekonomiji skrbi prepoznajući najmanje četiri aktera: državu, profitne organizacije, neprofitne organizacije i obitelj (Ascoli i Ranci, 2002.; Ranci, 2002.). Kao posljedicu mješovitog sustava Ranci (2002.) prepoznaje širenje politika socijalne skrbi koje je obilježeno preklapanjem funkcija i tijesnom međuovisnošću između sektora. Ujedno prepoznaje da takve prakse podijeljene vladavine imaju široke margine za inovacije, ali i za amaterizam, tradicionalizam i institucionalnu inerciju. Theobald (2012.), uz fokus na dugotrajnu skrb, u svom konceptualnom okviru razmatranja kombiniranog modela socijalne politike u Njemačkoj, kombinira kombinirani model socijalne politike i novi javni menadžment primarno se oslanjajući na autore poput Eversa, Rothganga i Zimmera. Empirijski se nadograđuje na konceptualni okvir s pregledom literature i relevantnim statističkim podacima.

Longo, Notarnicola i Tasselli (2015.), razvijajući teoretski okvir za razumijevanje financiranja i pružanja usluga u sustavima zdravstvene i socijalne skrbi koje karakterizira raznolikost odnosa između različitih aktera, izdvajaju da nedostaje jedinstvena i čista definicija onoga što je uključeno u kombinirani model socijalne politike i da postoji nedostatak identifikacija varijabli koje ga određuju. Navode da se kombinirani model socijalne politike često smatra apstraktnim

konceptom i da nije uvijek jasno koliko je definiran kao odrednica ili rezultat socijalnog sustava. Teoretski okvir koji su autori razvili, testirali su u dvije talijanske pokrajine sugerirajući kao rezultat nove smjerove politike skrbi i menadžmenta. Teoretski postavljeni okvir pokazao im se sveobuhvatan i učinkovit u zahvaćanju svih važnih pitanja, ujedno uspostavljajući jasne granice u istraživanom području politike za bolje razumijevanje njihovih unutarnjih korelacija i dinamika. Ujedno se pokazao i fleksibilan omogućujući dubok i analitički pristup kao i jednostavniju izvedbu zahvaćanjem nekoliko od indikatora.

Polazeći od definicije kombiniranog modela socijalne politike od Powella (2011.), Longo, Notarnicola i Tasselli (2015.) ponudili su kako istražiti tu međuovisnost i na koja pitanja usredotočiti analizu. Sumirajući različite teoretske pristupe iz dotadašnje literature o kombiniranom modelu socijalne politike u području zdravstvene i socijalne skrbi, razlikuju tri pristupa pri kojemu svaki kreće od različitih stavki analize kojima se ističe značajka modela kombinirane socijalne politike i identificira skup stavki kojima se on definira: a) pružanje skrbi, b) regulacija i vladavina i c) norme, vrijednosti i odnosi. Kod pristupa **pružanja skrbi**, koncept kombinirane socijalne politike se istražuje samo vezano uz opskrbu i produkciju socijalnih usluga u kontekstu teorija mješovitog tržišta. Ključna varijabla je priroda i rasprostranjenost (engl. *geography*) pružatelja što znači analizu različitih modela proizvodnje, karakteristike pojedinog pružatelja i sustava pristupa tržištu te reguliranje javnog sektora. Kod pristupa **regulacije i vladavine**, mreže kombiniranog modela socijalne politike, promatraju se iz šire perspektive dodavanjem drugih dimenzija definiciji pružanja skrbi. Ovdje se koriste multiple varijable i to uz navedenu kod prvog pristupa, pravila vladavine, resursi i obilježja usluga i standardi. Pitanje vladavine usmjerava se na alokaciju funkcija kao što su regulacija, planiranje i praćenje između javnih i privatnih aktera. Pitanje resursa se usmjerava na analizu mješavine privatnih i javnih resursa ali i na mehanizme financiranja sustava. Pitanje usluga donosi perspektivu korisnika i građana u istraživanju pokrivenosti njihovih potreba i specifičnosti zajamčenih beneficija. Kod trećeg pristupa (**norme, vrijednosti i odnosi**) analiziraju se okolnosti koje uključuju javne i privatne aktere da sudjeluju u modelu socijalne politike istražujući norme i vrijednosti koje generiraju participaciju i/ili se fokus usmjerava na odnose između aktera. Ključne varijable su definicije politika i vrijednosti. Temeljem detektiranih elemenata, razvijeni sveobuhvatni okvir od strane Longa, Notarnicola i Tassellia (2015.), sadrži šest setova indikatora: (1) formalna definicija polja politike i njezina ideološka pozadina i vrijednosti; (2) institucionalna vladavina; (3) uključeni javni i privatni resursi; (4) priroda i zemljopis pružatelja usluga; (5) vrste usluga, standardi (intenzitet usluge po korisniku), i

odredbe; i (6) mehanizmi pristupa korisnika, implicitni i *de facto* kriteriji odabira i pokrivenost potreba.

1.2. Zdravstveni sustav i zdravstvena politika Republike Hrvatske

Zdravstveni sustav⁸ je uz mirovinski jedan od najvećih sustava unutar sustava socijalne zaštite (Zrinščak, 2019.; Zrinščak, 2007.; Zrinščak i Matković, 2006.) konzumirajući relativno veliki udio u ukupnim javnim troškovima u zemljama Europske unije pa tako i u Republici Hrvatskoj (Dobrotić, 2020.; EC, 2019.a; EC, 2013.a). Na razini Republike Hrvatske, izdaci za bolest/zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj u periodu od deset godina (od 2008. do 2018.), bilježe rast i čine kontinuirani udio od 1/3 ukupnih socijalnih izdataka (Šimunković i Babić, 2022.). U 2008. godini izdaci za bolest/zdravstvenu zaštitu u Republici Hrvatskoj iznose 691,12 eura po glavi stanovnika, a deset godina kasnije, u 2018. godini 903 eura po glavi stanovnika (EUROSTAT, 2020.) s čime se u usporedbi s drugim zemljama Europske unije, pozicionirala u skupinu zemalja s nižim izdvajanjima po glavi stanovnika za zdravstvo bez obzira na važnost zdravlja.

Zdravlje se prepoznaje kao kapital koji doprinosi ekonomskom prosperitetu (EC, 2013.a). Slijedom toga što će zdrave osobe ostati duže aktivne, bit će produktivnije i doprinositi s većim prihodom (EC, 2013.a; Gumbau Albert, 2020.; Bloom, Kuhn i Prettner, 2020.; Bloom, Canning i Sevilla, 2004., Suhrcke i sur., 2005.). Prepoznajući kako ulaganje u zdravlje može doprinijeti pametnom, održivom i uključivom rastu, Europska komisija kreirala je dokument *Investing in Health* (EC, 2013.a) koji se nadovezuje na temeljni dokument o socijalnom ulaganju: *Towards Social Investment for Growth and Cohesion* (EC, 2013.b). *Investing in Health* (EC, 2013.a) jasno ističe da je zdravlje kao vrijednost za sebe temeljni preduvjet za ekonomski razvoj kroz

⁸ Definicije zdravstvenog sustava variraju, od širih shvaćanja do užih. Svjetska zdravstvena organizacija definira zdravstveni sustav kao "sve aktivnosti čija je primarna svrha promovirati, obnoviti ili održati zdravlje" (World Health Organization (WHO), 2000., 5). Europska komisija u svojem komunikacijskom dokumentu o učinkovitom, pristupačnom i održivom zdravstvenom sustavu koristi definiciju prema kojoj su zdravstveni sustavi oni čiji je cilj pružanje zdravstvenih usluga pacijentima, bilo da su preventivni, dijagnostički, kurativni i palijativni, a čija je primarna svrha poboljšati zdravlje. Definicije šireg obuhvata pod zdravstvenim sustavom obuhvaćaju sve organizacije, ustanove i resurse koji su posvećeni proizvodnji zdravstvenih radnji odnosno ikojeg napora, bilo u osobnoj zdravstvenoj zaštiti, javnim zdravstvenim službama ili preko intersektorskih inicijativa čija je primarna svrha poboljšati zdravlje (WHO, 2000.). Ovdje se zdravstveni sustav razumijeva u skladu s užom definicijom Svjetske zdravstvene organizacije. Zdravstvena zaštita razumijeva se kako je definirana na razini Republike Hrvatske u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23): sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja, sprječavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu, rehabilitaciju i palijativnu skrb.

porast ljudskog kapitala i rast produktivnosti gdje se ključnim prepoznaje dobivanje više vrijednosti za novac kroz reforme i ulaganje gdje samo ulaganje ne znači nužno i rast ukupnih izdataka već racionalniju raspodjelu ukupno uloženih sredstava.

Ostaje izazov kako osigurati kapital zdravlja kroz sustav zdravstva u Republici Hrvatskoj koji se suočava s održivosti, učinkovitosti i kvalitetom uslijed rasta potražnje za zdravstvenom zaštitom, uslijed rasta troškova lijekova i inovativnih tehnologija, uslijed nedostatka zdravstvenih djelatnika i njihovu neravnomjernu raspoređenost, uslijed nejednake dostupnosti zdravstvene zaštite i uslijed prirodnog toka ekonomskog razvoja (Džakula i sur., 2021.; EC, 2019.a; EC, 2017.; Stubbs i Zrinščak, 2018.; Džakula i sur., 2014.; Mihaljek, 2014.; Mihaljek, 2007.). U nošenju s tim izazovom, zdravstveni sustav Republike Hrvatske nalazi se pod kontinuiranim pritiskom za reforme od 90-ih godina prošlog stoljeća kada je naslijeđen kao decentraliziran, hibridni sustav zdravstvene zaštite s kombinacijom elemenata socijalnog i nacionalnog osiguranja, pri čemu su reforme generirane primarno financijskom održivosti nakon čega slijedi učinkovitost i dostupnost (Dobrotić, 2020.; Zrinščak, 2019.). Tako, u reformskom valu u 2000. godini, glavni cilj je ograničavanje rasta zdravstvene potrošnje iz javnih izvora i smanjivanje stope doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje te povećanje efikasnosti zdravstva, odnosno rješavanje financijskih problema zdravstvenog sustava te reorganizacija sustava. Od 2006. godine postoji i dalje usredotočenost na obuzdavanje rasta troškova i u 2012. godini prepoznaje se da zdravstveni sustav nije financiran održivo i da je u stalnom deficitu (pre mali je broj onih koji plaćaju doprinose, sustav ovisi o plaćama što ga čini ovisnim o tržištu rada i slično, aktualno je starenje stanovništva te smanjenje udjela radno aktivnog stanovništva) (Džakula i sur., 2021.; Stubbs i Zrinščak, 2018., Džakula i sur., 2014.; Švaljek, 2014.; MZ, 2012.; Mihaljek, 2007.). Prepoznaje se da je mnogim reformama nedostajalo sveobuhvatnih implementacijskih planova (Džakula i sur., 2014.) uz varijaciju napretka u implementaciji (Džakula i sur., 2021.), odnosno da su reforme provedene djelomično (Zrinščak, 2019.) uz izostanak evaluacije (Džakula i sur., 2021.; Džakula i sur., 2014.) i izostanak solidnih analitičkih podloga (Švaljek, 2014.) u čemu možemo tražiti i razloge njihova neuspjeha.

Danas prepoznajemo da je zdravstveni sustav Republike Hrvatske centraliziran i baziran na obaveznom zdravstvenom osiguranju uz gotovo univerzalnu pokrivenost i značajne pakete benefita (MZ, 2021.; Džakula i sur., 2021.; Zrinščak, 2019.). Niz usluga je javno financiran paketom usluga, relativno je visoki udio javne potrošnje, izdaci za izravna plaćanja su niži nego u EU-u, omogućeno je oslobađanje od participacije za ranjive skupine stanovništva, ograničeno

je sudjelovanje pacijenata u troškovima gornjim limitom u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti itd. (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2023.b). Izazov pokrivenosti fizičkim i ljudskim resursima primarno je vezan uz ruralna područja i otoke gdje nedostaje liječnika na primarnoj razini zdravstvene zaštite (OECD, 2023.b; MZ, 2021.; Džakula i sur., 2021.; Zrinščak, 2019.). U tom smislu, samoprijavljene nezadovoljene potrebe za zdravstvenom zaštitom (zbog troškova, udaljenosti ili čekanja) su relativno niske i prema pojedinim procjenama niže u odnosu na prosjek u Europskoj uniji no veće kod skupine osoba s nižim dohotkom (OECD, 2023.b). Izdvaja se i nedovoljna razvijenost dugotrajne skrbi s problematikom koordinacije između različitih sustava (sustava socijalne skrbi, sustava zdravstva, sustava zaštite branitelja), razina (nacionalne razine, županijske razine, lokalne razine) i pružatelja usluga (javni i privatni, profitni i neprofitni) (Džakula i sur., 2021.). U svezi s time, promjenama u zdravstvenoj zaštiti iz 2023. godine stavljen je naglasak na koordinaciji i integraciji skrbi (OECD, 2023.b). Postoji prostor kod unaprjeđenja zdravstvenih ishoda, unaprjeđenja sustava praćenja kvalitete i rješavanja problema lista čekanja (OECD, 2023.b; Džakula i sur., 2021.). Vončina i Rubil (2018.) izdvajaju i prostor za unaprjeđenje financijske zaštite u području poboljšanja pristupa komplementarnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za siromašnija kućanstva, jačanje dizajna participacije i poboljšanje pristupačnosti lijekovima koji nisu pokriveni unutar sustava.

1.2.1. Istraživanja zdravstvene politike Republike Hrvatske

Zdravstvena politika Republike Hrvatske rijetko je prisutna u znanstvenim analizama i široj stručnoj i društvenoj raspravi. Zrinščak (2019., 159; 2007., 194), analizirajući razvoj zdravstvene politike Republike Hrvatske, prepoznaje u razdoblju većem od desetljeća, da zdravstvena politika nije „predmet šire stručne i društvene rasprave“ uz „malo znanstvenih analiza“. Unazad 15-tak godina, bilježe se za područje Republike Hrvatske obuhvatnije i/ili segmentarne analize zdravstvenog sustava i zdravstvene politike poput analize zdravstva iz ekonomske perspektive (Vehovec, 2014.), analize zdravstvenog sustava temeljem zdravstvenih organizacija, prava iz zdravstvenog osiguranja, financiranja i troškova zdravstva, stanja zdravlja, pokazatelja uspješnosti i dostupnosti (Zrinščak, 2019.), opisi i analize zdravstvenog sustava te reformskih i političkih inicijativa koje su u tijeku ili u razvoju (Džakula i sur., 2021.; Vončina i sur., 2018.; Džakula i sur., 2014.; Švaljek, 2014.; Vončina i sur., 2012.; Vončina,

Džakula i Mastilica, 2007.), zahvat zdravstvene politike unutar analize promjena cjelokupnog sustava skrbi (Dobrotić, 2020.), analiza pristupa zdravstvenoj zaštiti (Bobinac, 2017.), analiza zdravstvenih politika predizbornih političkih stranaka (Ivanković, Handanagić i Džakula, 2019.), sposobnost županija da planiraju i implementiraju lokalno prepoznate zdravstvene potrebe (Šogorić i sur., 2018.), odnos javnog i privatnog partnerstva (Kovač, 2015.; Ostojić, Bilas i Franc, 2012.c), unapređenje kvalitete zdravstvenih sustava (Ostojić, Bilas i Franc, 2012.a) i dr. Među analizama izdvajaju se i tematski izvještaji na razini Europe (OECD, 2021.; EC, 2019.a; Vončina i Rubil, 2018.; Bodiroga-Vukobrat, 2013.). Sve analize nastojale su dati doprinos unaprjeđenju situacije u zdravstvu pridružujući se time nastojanjima i drugih zemalja na europskoj razini koje su se pojavom novih socijalnih rizika suočili s izazovom kako da unutar socijalnih politika odgovore na njih na učinkovit i održivi načini.

Kod pojedinih navedenih istraživanja moguće je uočiti teoretsku pozadinu i strukturalni pristup na koju se oslanjaju no kod većine ona izostaje. Primjerice, analizu zdravstvene politike u sklopu promjena cjelokupnog sustava, Dobrotić (2020.) oslanja na širi trodimenzionalni pristup (dimenzije: sadržaj/propisi, ideje, ishod/tip promjene) razrađen za komparativnu analizu na razini EU28 kako bi se zahvatilo procese reformi, restrukturiranja, smanjenja i širenja tijekom vremena i za različite sektore politike (Kuhlmann i Blum, 2020.). Pristup je oslonjen na kratki pregled teorijskih trendova u komparativnim istraživanjima. Sličan sveobuhvatniji multidimenzionalni pristup pri analizi reforme socijalne države primijenjen je od strane Palier (2010.) u kojem je zahvaćen kontekst, određivanje problema, sadržaj reformi, tip promijene, politika reformi s fokusom na aktere i njihovu međusobnu pozicioniranost te rezultati na dimenziji sadržaja političkog odlučivanja (engl. *policy*) i političkog odlučivanja temeljenog na moći i interesima (engl. *politics*) (Kuhlmann i Blum, 2020.). Džakula i sur. (2021.; 2014.) daju detaljan opis zdravstvenog sustava, reformi i inicijativa temeljem predloška od *European Observatory on Health Systems and Policies* razvijenog za seriju nacionalnih pregleda. Vončina i Rubil (2018.) su svoju analizu financijske zaštite bazirali na pristupu razvijenom od strane Regionalnog ureda za Europu Svjetske zdravstvene organizacije izgrađenom na metodama mjerenja financijske zaštite i koji zahvaća dva glavna indikatora temeljena na izravnim plaćanjima građana (engl. *catastrophic out-of-pocket payments* i *impoverishing out-of-pocket payments*).

Metodološki su se istraživanja primarno vezala uz analizu postojećih podataka iz različitih izvora uključujući regulatorne dokumente, nacionalnu i međunarodnu statistiku. Izuzetak je npr. analiza sposobnosti županija da planiraju i implementiraju lokalno prepoznate zdravstvene

potrebe koje Šogorić i sur. (2018.) promatraju u sklopu vrednovanja programa usmjerenog na jačanje kapaciteta županija u tom tematskom području. Koristili su tri grupe instrumenata: instrument za mjerenje učinka javno-zdravstvene prakse, listu procedura za samoprocjenu i vođene bilješke kreirane od pisanih materijala.

1.2.2. Istraživanja zdravstvenog sustava Republike Hrvatske kroz koncept kombiniranog modela socijalne politike

Istraživanja kombiniranog modela socijalne politike na razini Republike Hrvatske prisutna su posljednja dva desetljeća uz pokrivanje različitih tematskih područja. Tematski su istraživanja obuhvatila analizu okvira i potencijala za razvoj kombinirane socijalne politike (Bežovan, 2003.a; Bežovan, 2000.; Bežovan, 1998.), razmatranje civilnog društva i javne uprave kao dionike u razvoju modela kombinirane socijalne politike (Bežovan, 2009.), analizu uloge neprofitnih organizacija (Bežovan, 1995.), pregled politike prema osobama s invaliditetom kroz model kombinirane socijalne politike (Ostojić Baus, 2018.), reformu socijalnih usluga (Bošnjak i Stubbs, 2007.) te analizu obilježja modela kombinirane socijalne politike u pružanju socijalnih usluga (Matančević, 2018.). Generalni nalazi provedenih istraživanja upućuju da su tada prepoznate prepreke za razvoj kombinirane socijalne politike u Republici Hrvatskoj bili vezani uz „preveliku centralizaciju, neodgovarajuće zakonodavstvo, nedostatak tehničke i financijske pomoći iz inozemstva, nedostatak poduzetništva među stručnjacima, prevelika očekivanja građana da država treba riješiti sve njihove probleme“ (Bežovan, 1998., 423), a povoljnosti uz „rast socijalne potražnje, povlačenje države iz socijalnih programa“ te „rast socijalnog pritiska na državu radi rješavanja socijalnih problema“ (Bežovan, 1998., 423). Bošnjak i Stubbs (2007.), baveći se reformama socijalne skrbi u trima državama uključujući i Republiku Hrvatsku, izdvajaju da reforme socijalnih usluga u tranzicijskim zemljama teže novom modelu kombinirane socijalne politike koji je vođen trima širim principima koji se ponekad opisuju kao 3D: deinstitucionalizacijom, diverzifikacijom i decentralizacijom. U sklopu rezultata sugeriraju da se ti principi tretiraju više odvojeno nego u međusobnoj vezi i da je veći naglasak potrebno dati na razvoj i implementaciju okvira na mezo razini unutar cjelokupnog sustava kako bi se uspostavile alternative usluge, bazirane u zajednici i na obitelji. Prepoznaju da su reforme ili blokirane ili s neželjenim posljedicama uslijed široke legislative i nedostatka brige o jednakosti, poticajima za pružatelje usluga, kreativne načine nadilaženja otpornosti promjeni i dr.

Zdravstveni sustav zahvaćen je u navedenim istraživanjima u kontekstu preispitivanja okvira i potencijala za razvoj kombinirane socijalne politike u Republici Hrvatskoj. U problematiziranju povijesnog, političkog, zakonskog i financijskog okvira za razvoj kombinirane socijalne politike, prepoznato je da je razvoj najdalje otišao u području zdravstva (Bežovan, 2003.a). Istom je prepoznato da je za ocjenu učinkovitosti zdravstvenog sustava potrebno istražiti stajališta i mišljenja korisnika (Bežovan, 2003.a). Zakon o zdravstvenoj zaštiti je u tome periodu prepoznat kao onaj koji daje okvir za razvoj kombiniranog modela socijalne politike, obzirom da se prepoznalo da su usluge u zdravstvu najviše privatizirane, odnosno da postoji kombinacija usluga od strane države, privatnih neprofitnih organizacija, privatnih zdravstvenih djelatnika te onih koji pružaju usluge na tržišnoj osnovi uz participaciju građana u troškovima zdravstvene zaštite (Bežovan, 2003.a). Kod razmatranja neprofitnog sektora i razvoja socijalnog režima u Republici Hrvatskoj (Bežovan, 1996.), uočeno je da sustavnija politika razvoja neprofitnih organizacija postoji jedino u zdravstvenoj zaštiti, odnosno da u socijalnom području neprofitne organizacije imaju najjače uporište u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti. Ujedno je primjer privatizacije unutar zdravstvenog sustava izdvojen kao primjer privatizacije socijalnih službi kojeg treba ozbiljno istražiti. U komparativnom istraživanju razvoja kombinirane socijalne politike triju zemalja Hrvatske, Poljske i Mađarske (Bežovan, 1998.), prepoznato je da zdravstveni sustav prije tog perioda nije bio utemeljen na ekonomskoj efikasnosti i potrebama građana te da za sve analizirane zemlje, pa i Hrvatsku vrijedi da je sustav infrastrukturno predimenzioniran, financijski pred krahom s liječnicima koji uzimaju mito, a privatizacija, iako zavidna, bez pouzdanih indikatora i daljnjih strategija. Uz prepoznati prostor za razvoj kombiniranog modela zdravstvene zaštite, detaljnijih daljnjih razmatranja o njemu se ne nalazi.

1.3. Filantropija

Filantropija je pojava kojoj se teško može odrediti konkretan početak, kao što su i njena obilježja pod kontinuiranim razmatranjem. Reich (2018.) navodi da je filantropija prisutna koliko je prisutan i ljudski rod, od davnih vremena od kada postoji i čovječanstvo. Za izvorno značenje „ljubav prema čovječanstvu“⁹, izdvaja da je ona uobičajeno vezana na usmjeravanje povijesne povezanosti filantropije s vjerskim, osobito kršćanskim korijenima milosrđa. Sulek (2010.a) izdvaja da je jasno da se korištenje i značenje filantropije značajno razvilo između 5.

⁹ Filantropija, grč. *philos* – prijatelj, *anthropos* – čovjek. Vidjeti dodatno: Sargeant i George, 2022.; Schuyt, 2016.; Grant, 2012.

i 4. st. Po. Kr. Uz značajni utjecaj klasičnih Atenjana. Prema Suleku (2010.a), varijacije korištenja filantropije, koje su se pojavile kroz vrijeme, mogu se prema osnovnom subjektu na koji se odnosi filantropija svrstati u šest širih kategorija: teološki (u odnosu na božanska bića), filozofski (u odnosu na spoznavatelja, znanje, učenje, kulturu i dr.), politički (u odnosu na vlade, zakone i druge političke entitete), ontološki (u odnosu na urođenu naklonost ili privlačnost prema ljudskim bićima), društveni (u odnosu na posjedovanje određenih društvenih blagodati) te fiducijarno (u odnosu na financijsku velikodušnost). Schnurbein, Rey-Garcia i Neumayr (2021., 185) opisuju filantropiju kao „drevnu, složenu i globalno sveprisutnu društvenu praksu koja obuhvaća vrlo raznolik niz manifestacija i tradicionalno je podložna zabludama i kritici“. Navode da je suvremena filantropija obilježena brzinom svoje evolucije i globalnom društvenom vidljivosti, pri čemu promjene u okolini brzinski mijenjaju aktere filantropije i njihovo ponašanje. Opisana duga prisutnost pojave filantropije u društvu uz njen razvoj, zablude i kritike, odrazio se i na njeno definiranje.

Filantropija se nalazi u literaturi isprepletana različitim tumačenjima i poimanjima pri čemu joj se pripisuje neodređenost i različito kontekstualno značenje u ovisnosti o povijesnoj, socijalnoj i legislativnoj pozadini pri pojedinoj zemlji (Cunningham, 2020.; Schnurbein, Rey-Garcia i Neumayr, 2021.; Schuyt, 2016.; Gautier i Pache, 2015.). Ponekada se uzima kao krovni pojam za volontiranje i doniranje (ili darivanje), nekada se izravno povezuje s doniranjem, a nekada se izravno veže uz zakladništvo. Takva situacija, povela je istraživače k tome da koriste regulatorne definicije (Gautier i Pache, 2015.) i da prilagođavaju definiranje svojim posebnim interesima (Sulek, 2010.a). Cunningham (2020., 21), pišući o reputaciji filantropije u periodu od sredine 18. stoljeća i nadalje, izdvaja da je ona neodređeno područje i da je ona znanstvenicima značila različite stvari pri čemu su kretali od definicije utemeljene u sadašnjosti. Izdvaja dvije tipične definicije naglašavajući da postoji tendencija da definicije postaju složenije, a njihova primjena time postaje vježba označavanja okvira kako bi se utvrdilo jel neka akcija spada pod filantropiju. Po jednoj od definicija koju daje filantropija je „dobrovoljno davanje i primanje vremena i novca usmjereno (mada nesavršeno) na potrebe dobročinstva i interese svih u boljoj kvaliteti života“. Po drugoj definiciji, to je „društveni odnos koji upravlja moralnom obvezom koja usklađuje ponudu privatnih resursa s potražnjom neispunjenih potreba i želja koje se priopćavaju molbom“. Takvo definiranje možemo označiti kao širi pogled na filantropiju.

U šire shvaćanje filantropije pripadale bi i definicije i pogledi kakve nude primjerice Schnurbein, Rey-Garcia i Neumayr (2021.), Sulek (2010.b), Smith, Stebbins i Dover (2006.) i

dr. Sulek (2010.b, 201) navodi da je najviše korištena Salamonova definicija prema kojem je filantropija „privatno davanje vremena ili vrijednosti (novaca, sigurnosti, imovine) za javne svrhe“. Smith, Stebbins i Dover (2006., 172) filantropiju opisuju kao „dodjeljivanje novaca, dobara i druge imovine ili usluga (vrijeme) jednom pojedincu ili više njih“, a koje je u altruističku svrhu ili u svrhu pružanja javnih usluga bez očekivanja koristi zauzvrat. Schnurbein, Rey-Garcia i Neumayr (2021.) izdvajaju da se filantropija može sastojati od novčanih davanja ili nenovčanih koja obuhvaćaju davanje u naturi, vremenu, stručnosti, drugoj imovini te darivanje krvi i organa. Grant (2012., 21) razmatrajući filantropiju i socijalno ulaganje, opisuje da je filantropija širi pojam od socijalnog ulaganja i da pokriva sve aktivnosti za javno dobro bilo da su one operativne kroz uključivanje same osobe ili omogućavaju drugima da djeluju davanjem sredstava. Specifična definicija odnosila bi se na altruističku brigu za ljudsku dobrobit i napredak kroz darivanje u novcu, imovini ili radu osobama u potrebi, darivanjem institucija i velikodušnošću u druge društveno korisne svrhe. Gautier i Pache (2015.) u svom sustavnom preglednom radu, baveći se korporativnom filantropijom definiraju ju kroz financijske doprinose (bilo u obliku izravnih bespovratnih sredstava ili putem sredstava poput korporativnih zaklada) tj. kao dobrovoljne donacije korporativnih resursa u dobrotvorne svrhe. Ujedno izdvajaju da su donacije u naturi i volontiranje često uključeni u definicije korporativne filantropije, no da se te prakse po prirodi značajno razlikuju od financijskih darova.

Uže promatranje filantropije možemo pronaći u razmatranjima usmjerenima na financijske aspekte. Raymond (2004.) tako razmatrajući budućnost filantropije kroz prizmu ekonomije, etike i menadžmenta, uz prikupljanje financijskih sredstava navodi i bezgotovinski model filantropije: volontiranje. Anheier, Simmons i Winder (2007.) su usmjereni na financijsko darivanje pri opisivanju lokalne i globalne perspektive u inovacijama pri strateškoj filantropiji. McGinly (2008.) pišući o ulozi filantropije u zdravstvenoj zaštiti, opisuje darivanje u novcu. Saunders-Hastings (2022.) u svojoj knjizi *Private Virtues, Public Vices: Philanthropy and Democratic Equality*, pod filantropijom podrazumijeva dobrovoljne priloge privatnih sredstava (roba, usluge, novac) za široke javne svrhe (isključuje darove prijateljima i članovima obitelji) i za koje davatelj ne prima naknadu. Ujedno naizmjenično koristi pojmove: filantropija, dobrotvornost i dobrovoljno davanje imajući na umu da oni imaju ponekad različite konotacije.

U kontekstu različitog značenja filantropije pri pojedinim zemljama, najviše se izdvajaju razlike za američko i europsko područje. Villadsen (2011.) tako razlikuje filantropske i volonterske organizacije naglašavajući da postoji razlika u korištenju pojma između Amerike i Europe. U Američkom kontekstu on ukazuje na privatne inicijative koje se nalaze u suprotnosti s

državnom intervencijom, a u Europskom kontekstu naglasak je na suradnji i povezanosti filantropije i države. Haibach i Kreuzer (2004., 367) razliku u filantropiji između Amerike i Europe naznačuju kroz opis da je ona u Americi „javna vrlina“ utemeljena na pojmu privatne odgovornosti za javno dobro, dok se u Europi odgovornost za javno dobro češće delegira državi i povijesno je filantropija „privatna vrlina“. Schuyt (2016.) razliku opisuje kroz prihvaćenost filantropije kao svakodnevnog široko prihvaćenog koncepta u Americi, za razliku od Zapadne Europe gdje ona ima negativni prizvuk. Ove razlike, usprkos isticanju od Rey-Garcia i Neumayr (2021.), kod definiranja filantropije nisu toliko vidljive.

Za potrebe ovog rada, pojam filantropija koristi će se ako je on bio korišten od strane autora koji ga navode. Uz njega će se i pojasniti kako autori koriste pojam (širi kontekst ili už). Nadalje, fokus ovog rada biti će na volontiranju i doniranju za koje se razumijeva da su oboje pojave pod širim pojmom filantropije. Volontiranje i doniranje detaljnije će se definirati i opisati u narednim poglavljima.

1.3.1. Filantropija i zdravstvo

Filantropija bilježi svoj utjecaj na pojedinca i na društvo kroz različita područja pri čemu je zdravstvo jedno od njih. Iako se povezanost filantropije i zdravstva uočava kroz povijest, u inozemnoj literaturi značajnija povezanost pripisuje se rastu zahtjeva u pružanju skrbi uslijed demografskog starenja i tehnološkog razvoja u kombinaciji s ekonomskom nesigurnosti s kraja prošlog stoljeća (Naylor i sur., 2013.; Handy i Srinivasan, 2004.). U tom svjetlu, prema Bannett (2018.) dokazi o filantropskim besplatnim zdravstvenim ustanovama sežu u treće stoljeće prije Krista za područje Egipta, Šri Lanke i Indije što govori u prilog ranim počecima na koje su se nadovezala recentnija stremljenja. Nadalje, Youde (2018.) izdvajajući povijesnu ulogu privatne filantropije izraženu u globalnom upravljanju zdravljem, opisuje proširenje aktera u periodu od 1990. godine do 2015. godine. Prema autoru u početku je globalna zdravstvena pomoć bila gotovo u potpunosti u nadležnosti državnih i vladinih aktera, no nakon 90-ih godina prošlog stoljeća, dolazi do uključivanja više različitih aktera gdje se posebno ističu privatne filantropske organizacije. Privatne zaklade i nevladine organizacije, do 2000. godine doprinose s najmanje 20% ukupne svjetske pomoći pri čemu zdravlje postaje nevjerojatno popularno područje fokusa. Jednako tako, Handy i Srinivasan (2004., 29) navode za Kanadu da su bolnice tradicionalno vezane uz privatne donacije novaca i vremena no da je smanjenje financija 90-ih

godina prošlog stoljeća dovelo do povećane potrebe za filantropskim resursima. Autori ističu i da je „povijesno utjecaj volontiranja bio vezan uz prikupljanje sredstava, vođenje suvenirnica i pružanje pomoći pacijentima, dok se kasnije fokus usmjerio prema uslugama, vladavini i prikupljanju sredstava uz jasno razgraničenje odgovornosti među područjima“.

Osim toga, Breeze (2016.) opisujući najveća filantropska postignuća u Ujedinjenom Kraljevstvu u periodu do 20. stoljeća, izdvaja pružanje socijalnih usluga prije kreiranja socijalne države, kampanje koje su dovele do ukidanja trgovanja robljem te pružanje edukacije i aktivnosti slobodnog vremena za sve. Za period 20. stoljeća (period tzv. moderne filantropije) navodi pomoć za gladne i dugoročnu pomoć zemljama u razvoju, istraživanja u zdravstvu i nove zdravstvene usluge te kampanje koje su dovele do velikih društvenih promjena. Naylor i sur. (2013.) opisujući promjene koje se događaju u volontiranju u području zdravstva u Ujedinjenom Kraljevstvu od 90-ih godina, izdvajaju pomake prema strateškom promišljanju uključivanja volontiranja unutar bolnica gdje osobe koje volontiraju bivaju dio tima te težnje bolnica za povećanjem broja osoba uključenih u volontiranje i povećanjem broja volonterskih pozicija što za sobom povlači i pitanje definiranja uloga osoba koje volontiraju. Hurst i sur. (2019.) ističu da je volontiranje u zdravstvenoj skrbi jedno od prvih područja koje je uključivalo volontere u Australiji i to kroz Crveni križ uspostavljen 1914. godine.

Nastavak značaja i povezanosti filantropije u području zdravstva možemo pratiti kroz podatke za posljednje desetljeće. Kao ilustracija daju se podaci analize doprinosa privatnih filantropskih zaklada održivom razvoju od OECD-a (2023.). Prema procjeni, potpora zaklada u razdoblju od 2018. godine do 2020. godine, uglavnom je usmjerena na zdravlje i dobrobit. Najveći primatelji pri tome su zemlje istočne i zapadne Afrike te južne Azije. Najviše se financiralo kontrolu zaraznih bolesti, reproduktivno zdravlje i planiranje obitelji, osnovnu zdravstvenu skrb i infrastrukturu. K tomu, Youde (2018.) izdvaja podatak od Spero da je tijekom 2008. godine 39% svih sredstava filantropskih organizacija sa sjedištem u Sjedinjenim Američkim Državama otišlo na zdravstvo. Reich (2018.) prema podacima *Giving USA Foundation* izdvaja da je u Sjedinjenim Američkim Državama u 2014. godini zdravstvo uz obrazovanje s 22% udjela bilo na prvom mjestu kao područje za koje zaklade najviše doniraju. Individualna davanja građana, koja su prema podatku za 2016. godinu najviše zastupljena pri doniranju, imala su na prvom mjestu kao područje doniranja vjerske svrhe¹⁰. Osim toga, Sargeant i George (2022.) izdvajaju

¹⁰ Individualne donacije činile su 72% ukupnog udjela u donacijama, zaklade 15%, a korporacije 5%.

podatke prema kojima su socijalna skrbi i zdravstvo primarni primatelji donacija kod skupine velikih donatora u Ujedinjenom Kraljevstvu.

Povezanost filantropije i zdravstvenog sustava na području Republike Hrvatske datira iz davnina kada su značajni kapaciteti pružanja zdravstvenih usluga izgrađeni zahvaljujući donacijama građana i zakladnim sredstvima. Tako je krajem 18. stoljeća i početkom 19. stoljeća (1794. – 1800.), nakon velike epidemije influence, izgrađena Zakladna bolnica Milosrdne braće financijama iz oporučnih donacija građanina Stillera, zaklade triju već postojećih hospitala (Zagreb, Varaždin, Krapina) i dobrovoljnih priloga građana Zagreba (osobito biskupa Maksimilijana Vrhovca). Kasnije (1930. godine), nakon rušenja i seljenja na novu lokaciju, preimenovana je u Zakladnu bolnicu Sv. Duh (Dugački, 2007.). Za vrijeme Nezavisne države Hrvatske, preimenovana je u Državnu bolnicu, dok se naziv „zakladna bolnica“ prenosi na novu bolnicu na Rebru (Mikulec i Habek, 2019.). Početkom 19. stoljeća (1806. godine), prilike u splitskoj bolnici i nahodištu povezane s nedostatkom sredstava, potaknule su filantropsko djelovanje građana. Odredbom generalnog providura predviđeni su načini kako će se istaknutim dobročiniteljima iskazati zahvalnost za izdvojene svote novaca (mramornim pločama s njihovim imenima, spomenom u crkvi nakon smrti dobročinitelja). Negdje godinu dana kasnije, po otvaranju nove splitske bolnice, donesena je Odredba o ustanovama javne dobrotvornosti u Dalmaciji kojom se uređuje poslovanje svih ustanova na tom području, uključujući i bolnice. Nadzor nad ustanovama i fondovima „javne dobrotvornosti“, bio je u rukama Središnje uprave čiji su članovi radili bez naknade (Brisky, 2010., 279). U drugoj polovici 19. stoljeća (1874. godine), u Osijeku je osnovana Huttler-Kolhoffer-Monsperger zakladna bolnica, kao preteča današnjeg Kliničkog bolničkog centra Osijek, kao najveća i najmodernija bolnica u Trojednoj Kraljevini (Atalić, Lučin Atalić i Toth, 2021.; Vranješ i Glavina, 2009.). Škola narodnog zdravlja osnovana je početkom 20. stoljeća (1926. godine) uz pomoć Rockefellerove zaklade. Rockefellerova zaklada, kao jedna od najvećih filantropskih fondacija u svijetu, utemeljena je 1913. godine glavnicom Johna Davida Rockefellera i zaslužna za veliki broj zdravstvenih projekata na području Kraljevine Srba, Hrvata i Slovenaca, a kasnije Kraljevine Jugoslavije u uskoj suradnji s lokalnim stručnjacima korisnicima donacija. Kod nas je to bio Andrija Štampar s narodnom ideologijom da medicina mora biti socijalizirana i njene blagodati svima jednako pristupačne (Borovečki i Vuletić, 2007.). Kao preteču današnjeg Kliničkog bolničkog centra Zagreb, bilježi se Zakladnu bolnicu na Rebru, izgrađenu početkom 20. stoljeća (1942. godine) sredstvima Zaklade „Zakladna bolnica Zagreb“ osnivatelja zagrebačkog Kaptola i Nadbiskupije i sredstvima zaklade Milana Amruša, koja je spadala u najveće i najbolje uređene bolnice u

Europi (Mikulec i Habek, 2019.). Njena izgradnja vezana je i uz donošenje Zakona o zakladi – Zakladna bolnica u Zagrebu iz 1929. godine kojim se je regulirao način financiranja „doprinosa grada, banovine, ministarstva, invalidskog fonda i prodajom svih nekretnina u vlasništvu Zaklade“ (Bjažić Klarin, 2012.).

1.3.2. Volontiranje

Prepoznaje se da se pojmovi kojima se definira volontiranje i njegovi pojavni oblici, mogu razlikovati u različitim kontekstima, jezicima i kulturama (Powel, 2020; United Nations Volunteers, 2021.; United Nations Volunteers, 2011.), ali vrijednosti koje ga pokreću su zajedničke i univerzalne: želja da se doprinese općem dobru slobodnom voljom, u duhu solidarnosti i ne očekujući materijalnu naknadu (United Nations Volunteers, 2011.). Teškoća definiranja volontiranja okupirala je znanstvenu zajednicu (Skov Henriksen i sur., 2008.; Hustinx, Cnaan i Handy, 2010.) no uočava se da su pri govoru o volontiranju tri elementa kontinuirano prisutna bez obzira radi li se o teoretskoj, regulativnoj ili operativnoj definiciji: davanje, slobodna volja i nematerijalna dobit. Smith i Puyvelde (2016., 61) daju definiciju Smitha:

Volontiranje je (a) neobavezna, dobrovoljna (slobodna volja) aktivnost ili napor koji (b) usmjerava pojedinac prema osobi, ljudima ili situacijama izvan nečijeg kućanstva ili uže obitelji koji (c) ima namjeru biti od koristi drugoj osobi ili osobama, grupi/organizaciji, lokalnoj zajednici, širem društvu i/ili ekosustavu na određenom stupnju, (d) s tim da je djelatnost u cijelosti neplaćena (nenaplaćena) financijski ili u naturi, prema trenutnoj tržišnoj vrijednosti izvršene aktivnosti, ostavljajući neto trošak volonteru.

Smith, Stebbins i Dover (2006., 245) opisuju volontiranje kao „čin volonterskog rada, bilo u formalnom ili neformalnom kontekstu, bilo za javnu dobrobit ili dobrotvorno udruženje, no koji se ipak obavlja izvan nečije obitelji“. Volontiranje prepoznaju kao vrijednu aktivnost volontera zbog pomaganja da se osigura javno dobro. Van Til (1988., 6) volontiranje opisuje kao „neprisilnu pomagačku aktivnost koja se ne radi prvenstveno radi financijske dobiti“. Rezolucija Ujedinjenih naroda iz 2002. godine (United Nations General Assembly (UNGA), 2002.) pod volontiranjem razumijeva „široki raspon aktivnosti, uključujući tradicionalne oblike međusobne pomoći i samopomoći, formalne usluge i druge oblike građanske participacije,

poduzete slobodnom voljom, za opće javno dobro i gdje novčana nagrada nije glavni motivirajući faktor“. Manifest za volonterstvo u Europi (engl. *Manifesto for volunteering in Europe*; EVC, 2006.) o volontiranju govori kao o aktivnosti koja se poduzima slobodnom voljom pojedinca te osobnim izborom i motivacijom, bez želje za financijskom dobiti, u organiziranom okruženju, u želji da se pomogne drugim osobama i društvu u cjelini pridonoseći zajedničkim vrijednostima i bez osobnih interesa. U težnji da se omogući adekvatno statističko mjerenje volontiranja, prihvaćena je standardizirana definicija volontiranja kao „neplaćene, neobavezne aktivnosti kojom se proizvodi neko dobro ili usluga za druge“ (ILO, 2013.). Zakon o volonterstvu Republike Hrvatske (NN 58/07, 22/13, 84/21), definira volontiranje kao „dobrovoljno ulaganje osobnog vremena, truda, znanja i vještina kojima se obavljaju usluge ili aktivnosti za dobrobit druge osobe ili zajednice, a obavljaju ih osobe na način predviđen Zakonom, bez postojanja uvjeta isplate novčane nagrade ili potraživanja druge imovinske koristi za obavljeno volontiranje“. Uz pojam „volontiranje“, javljaju se i dodatni vezani pojmovi ovisno o kontekstu u kojem se oni koriste (Tablica 1.3.2.1.), odnosno ovisno o tome koji oblik volontiranja opisuju.

Tablica 1.3.2.1. Pregled vrsta volontiranja obzirom na različite kontekste

Osnova podijele	Vrsta volontiranja	Teorijske definicije / Praktične i zakonodavne definicije / Operativne definicije
Organiziranost	Formalno	<p>Obavljanje usluga ili aktivnosti čije je obavljanje organizirano na način uređen Zakonom o volonterstvu (NN 22/13, 84/21).</p> <p>Neplaćani rad za ili kroz organizaciju, formalnu grupu ili klub. Uključuje i neplaćeni rad za karitativnu ili religijsku organizaciju (EUROSTAT, 2021.b).</p> <p>Aktivnost formalnog volontera tj. one gdje je volonter aktivan u formalnoj neprofitnoj skupini ili volonterskom odjelu koji sponzorira ili usmjerava individualnu volontersku akciju (Smith, Stebbins i Dover, 2006.).</p> <p>Provodi se u organiziranom okruženju i obično se pomoć nudi nepoznatim primateljima (Damian, 2018.).</p> <p>Provodi se kroz organizacije, udruženja ili grupe, tipično od strane volontera sa stalnom i neprekidnom predanošću organizaciji, koji doprinosi svojim vremenom na regularnoj bazi. Statistika vezana uz radnu snagu prepoznaje ga pod organiziranim volontiranjem (UNV, 2021.).</p>
	Neformalno	<p>Neplaćeni rad koji nije bio organiziran od strane neke organizacije. Uključuju aktivnosti poput pomaganja drugim ljudima, uključujući članove obitelji koji ne žive u istom kućanstvu, pomaganje životinjama itd. (EUROSTAT, 2021.b).</p> <p>Dio volonterske akcije široko shvaćen kao dio neprofitnog sektora. Neki to vide kao dio neformalnog sektora, a neki da je to više slobodno vrijeme pa stoga nije relevantno za neprofitni sektor (Smith, Stebbins i Dover, 2006.).</p> <p>Odnosi se na pomoć koja se nudi susjedu ili članu zajednice i nije strukturirana aktivnost (Damian, 2018.).</p>

		Javlja se direktno između osoba i zajednica bez posredovanja organizacije. Statistika vezana uz radnu snagu prepoznaje ga pod direktnim volontiranjem (UNV, 2021.).
Trajanje	Kratkoročno	Ono koje volonter obavlja jednokratno ili povremeno u vremenski ograničenom trajanju (Zakon o volonterstvu, NN 22/13, 84/21).
	Dugotrajno	Ono koje volonter obavlja redovito i kontinuirano, najmanje dva puta mjesečno u razdoblju od najmanje tri mjeseca bez prekida (Zakon o volonterstvu, NN 22/13, 84/21).
Pravni status uključenog subjekta	Volontiranje fizičke osobe	Fizička osoba koja volontira u Republici Hrvatskoj ili u inozemstvu, sukladno važećim nacionalnim i međunarodnim propisima. (prilagođeno prema definiciji volontera Zakona o volonterstvu, NN 22/13, 84/21).
	Volontiranje poslovnog subjekta	Volontiranje koje poslovni subjekt, koji posluje s ciljem stjecanja dobiti, provodi za dobrobit zajednice, obavezno u suradnji s organizatorom volontiranja, a koje njegovi djelatnici obavljaju dobrovoljno i koje ne predstavlja radnu obavezu (Zakon o volonterstvu, NN 22/13, 84/21).
Dob	Volonter	Fizička osoba koja volontira u Republici Hrvatskoj ili inozemstvu, sukladno važećim nacionalnim i međunarodnim propisima, ako nije drukčije uređeno Zakonom (Zakon o volonterstvu, NN 22/13, 84/21).
	Maloljetni volonter	Maloljetna volonterka ili volonter je osoba mlađa od 18 godina koja volontira u Republici Hrvatskoj, sukladno Zakonu o volonterstvu (Zakon o volonterstvu, NN 22/13, 84/21).
	Odgoj za volontiranje	Specifični oblik uključenosti djece mlađe od 15 godina u obavljanje odgojno obrazovnih volonterskih aktivnosti kojim se osigurava njihova zaštita i svrha odgoja i obrazovanja, a koje prepoznaje Zakon o volonterstvu (NN 22/13, 84/21).

Izvor: Kreirano od strane autorice.

Uz različite vrste volontiranja, od značaja je razlikovati pojmove koji će pridonijeti jasnoći daljnje razrade teme: organizator volontiranja, volonterski program i menadžment volontera. Organizator volontiranja je onaj koji organizira volontiranje, što prema Zakonu o volonterstvu u Republici Hrvatskoj može biti udruga, zaklada, ustanova i svaka druga pravna osoba iz čijeg osnivačkog akta proizlazi da nije osnovana s ciljem stjecanja dobiti tj. da je neprofitna pravna osoba. Ustanova gdje je osnivač fizička osoba može biti organizator volontiranja samo u dijelu neprofitnih aktivnosti. Organizator volontiranja imenuje koordinatora volontera i izrađuje program volontiranja kojim utvrđuje potrebu za uključivanjem volontera, vrstu aktivnosti, odnosno usluga, način i postupke pružanja tih usluga te druge elemente od važnosti za provedbu programa volontiranja. Iz samog opisa organizatora volontiranja proizlazi i značenje volonterskog programa koji možemo promatrati kao dokument koji sadrži navedeno. Za koordinatora volontera, Zakon o volonterstvu (Članak 5.) je predvidio da se radi o osobi koja je zadužena za učinkovito upravljanje programom volontiranja pri čemu: „nadgleda uključivanje volontera u organizaciju, osigurava kvalitetu procesa upravljanja volonterima, usmjerava interakciju između volontera i svih unutarnjih i vanjskih dionika organizacije te je odgovorna za dokumentiranje i osiguranje priznanja volonterskog doprinosa u postizanju ciljeva organizatora volontiranja“.

U literaturi se nalazi i pojam volonterskog programa pružanja usluga (engl. *Volunteer Service Programs* – VSP). Pojam se koristi za programe koji su dio većih neprofitnih organizacija i koji se mogu promatrati kao njihov odjel koji im pomaže u postizanju njihove svrhe uz sklonost promatranja volontiranja kao neplaćenog ljudskog resursa (uz uvažavanje njihove motivacije i interesa) (Brudney i sur., 2016.). Pojava takvih programa pripisuje se novijem datumu u usporedbi s volontiranjem u udruženjima i primarno se povezuje uz razvijene zemlje. Primarna razlika između programa u udruženjima i programa u velikim neprofitnim organizacijama je u autonomnosti, samostalnosti i skupini na koju su usmjereni pri čemu je autonomnost, samostalnost i usmjerenost na članove obilježje od udruženja (VSP je usmjeren na korisnike). Istraživanja programa pružanja usluga usmjerena su na sagledavanje odnosa volonter – organizacija i to iz perspektive organizacije i zadovoljenja njenih ciljeva u kontekstu potrebe za podrškom, radom i pomoći pri čemu se izdvajaju istraživanja primjene najbolje prakse menadžmenta volontera (Brudney i sur., 2016.).

Menadžment volontera opisuje se kao proces s različitim međuovisnim fazama koje omogućuju učinkovitost volontiranja uz uvažavanje specifičnosti njegovog resursa¹¹. Primjerice, prema Forčić, Čulum i Šehić Relić, (2016.), menadžment volontera predstavlja usmjereni proces planiranja od 8 faza: planiranje uključivanja volontera, izrada opisa volonterske pozicije, pronalaženje volontera, selekcija i uključivanje, orijentacija i trening, supervizija i praćenje, prepoznavanje rada volontera (nagrađivanje) te procjena rada volontera i volonterskog programa organizacije¹². K tomu, u odnosu na zaposlenike, volonteri su manje ovisni o organizaciji, mogu lakše otići iz nje, selektivniji su u prihvaćanju zadataka, poticaji poput plaće i napredovanja nisu efektivni za njih i dr. Takve specifičnosti traže i primjenu drugačijih tehnika i poticaja kako bi se potencijal volontera usmjeravao prema ciljevima organizacije i šire. U suprotnosti, implementacija volontiranja biti će neučinkovita (Brudney, 2016.; Pynes, 2004.; Sozanska, Tošner i Frič, 2004.).

Postupnik pri uvođenju volonterskog programa, razvijen u okviru razmatranja volontiranja u zdravstvenim ustanovama (Šimunković, 2015.), također slijedi dobru praksu menadžmenta volontera i kroz tri glavna cilja vodi zdravstvenu ustanovu, korak po korak, zadatak po zadatak, u kreiranju kvalitetnog volonterskog programa ugrađenog u praksu ustanove: 1) Pripremiti zdravstvenu ustanovu za izradu volonterskog programa, 2) Izraditi volonterski program i 3)

¹¹ Vidjeti: Connors, 2011.

¹² Modularna edukacija iz menadžmenta volontera, temeljena na nacionalnom kurikulumu Hrvatskog centra za razvoj volonterstva, sadrži navedenih 8 faza.

Provesti volonterski program u zdravstvenoj ustanovi. Postupnik je kreiran kao podsjetnik pri pokretanju volonterskog programa u zdravstvenu ustanovu (uz podložnost korekciji obzirom na specifičnosti pojedine ustanove i nadležnosti sukladno statutu ustanove). Postupnik uz svaki cilj sadrži vezane aktivnosti, rezultate i odgovorne osobe. Rezultati su postavljeni tako da omogućavaju mjerenje uspješnosti i predviđaju konzultaciju s drugim dionicima i kreiranje postupanja sukladno zatečenom stanju npr. kod pripreme: uvid u stavove djelatnika i korisnika i sukladno tome definiranje postupanja.

Menadžment volontera varira među zemljama, uključujući i resurse za njegovu primjenu, iako se kod osobito europskih zemalja prepoznaju postavljeni standardi za njegovu provedbu (Brudney i sur., 2016.). Za područje Velike Britanije razrađeni su standardi kvalitete za dobru praksu menadžmenta volontera kao okvir od šest područja kvalitete (vizija volontiranja, planiranje volontiranja, uključivanje, regrutacija i dočekivanje volontera, podrška volonterima, procjenjivanje i unaprjeđenje) gdje se za svako procjenjuje gdje je organizacija sada i gdje planira biti uz kreiranje akcijskog plana za unaprjeđenje (Volunteer Scotland, 2021.; National Council for Voluntary Organisations (NCVO), 2021.; NCVO, 2019.; Brudney i sur., 2016.; Forčić, Čulum i Šehić Relić, 2016.). Nadalje, Australija ima razrađene nacionalne standarde koji prate osam standarda (vodstvo i menadžment, posvećenost uključivanju volontera, uloge volontera, regrutacija i selekcija, podrška i razvoj, sigurnost i dobrobit mjesta volontiranja, prepoznavanje volontera, menadžment kvalitete i kontinuirano unaprjeđenje) s pripadajućim kriterijima. Kako takvi, standardi predstavljaju okvir organizacijama da razmotre ulogu volontiranja unutar organizacije i utjecaj koji ono može imati na postizanje strateških ciljeva organizacije (Volunteering Australia, 2015.).

Isto tako, u Republici Hrvatskoj su od strane Hrvatskog centra za razvoj volonterstva (HCV, 2016.) razvijeni standardi kvalitete za organizatore volontiranja koji prate ciklus menadžmenta volontera i imaju tri područja kvalitete: 1) postavljanje temelja za razvoj volonterskog programa, 2) priprema volonterskih pozicija i koraka za uključivanje volontera i 3) kreiranje poticajnog i motivirajućeg okruženja^{13,14}. Standardi kvalitete bazirani su na samoprocjeni kroz četiri ocjene (nemamo/nismo ispunili, započeli smo, imamo, ali nismo završili, imao/ispunili

¹³ Hrvatski centar za razvoj volonterstva (2016). *Standardi kvalitete volonterskih programa za organizatore volontiranja*. Dostupno na: <https://www.hcrv.hr/hv/images/doc/Standardi.pdf> (Pristup: 20.2.2022.).

¹⁴ Početno je u prosincu 2015. godine predstavljeno 8 standarda i najavljena daljnja razrada standarda u narednoj 2016. godini. Vidjeti: Volonterski centar Rijeka (2015). *Standardi kvalitete za volonterske programe*. Dostupno na: <http://www.volonterski-centar-ri.org/standardi-kvalitete-za-volonterske-programe/> (Pristup: 20.2.2022.). Vidjeti i: Forčić, Čulum i Šehić Relić, 2016.

smo) gdje se svaki standard i kriterij procjenjuje prema popisu predloženih dokaza, a za kriterije koje je potrebno unaprijediti, potrebno je razviti akcijski plan (zadatak, odgovorna osoba, rok) kao rezultat samoprocjene u konzultaciji sa svim uključenima u program (suradnicima, volonterima i korisnicima).

1.3.2.1. Raširenost volontiranja

Unazad desetak godina, tematika socijalnog i ekonomskog doprinosa volontiranja postala je centralni fokus u dokumentima na razini Europske unije (GHK, 2010.) što je vidljivo i kroz poziv vladama da surađuju blisko s volonterima kako bi se postigli ciljevi održivog razvoja postavljenih kroz Agendu za održivi razvoj 2030. (engl. *2030 Sustainable Development Agenda*)¹⁵. Prepoznaje se da je volontiranje dio svih zajednica i značajan društveni i ekonomski doprinos u svim društvima, premašujući globalne radne snage mnogih velikih industrija (UNV, 2018.a). Procjenjuje se da globalna uključenost u volonterske aktivnosti prelazi broj osoba zaposlenih u više od polovice od 10 najnaseljenijih zemalja (UNV, 2018.a; UNV, 2018.b). Analize stavljaju globalnu volontersku snagu ekvivalentu od 109 milijuna zaposlenih u punom radnom vremenu, što je broj koji je veći od broja mnogih velikih svjetskih industrija. Od tih 109 milijuna, 30% je volonterstvo koje se formalno odvija kroz organizacije, udruge i skupine (UNV, 2018.a; UNV, 2018.b). Prema podacima o socijalnoj participaciji na razini Europske unije, u 2015. godini 22,2% osoba je bilo uključeno u formalne aktivnosti i 19,3% u neformalne volonterske aktivnosti. Za Republiku Hrvatsku udio uključenosti u formalne volonterske aktivnosti iznosio je 9,7%, a uključenost u neformalne volonterske aktivnosti iznosio je 17,2% (EUROSTAT, 2021.a). Na razini Republike Hrvatske postotak ljudi koji izjavljuje da su uključeni u volonterske aktivnosti varira kroz različita istraživanja od 5% do više od 40% (Charities Aid Foundation (CAF), 2019.; Bežovan i Matančević, 2017.; CERANEO, 2016.; Centre for European Volunteering (CEV), 2011.; Bežovan i Matančević, 2011.a; Forčić, 2007.; Ledić, 2007.). Najnovije istraživanje provedeno na reprezentativnom uzorku, pokazuje da trenutno volontira 7% stanovnika Republike Hrvatske, dok je barem jednom u životu volontiralo 25% stanovnika Republike Hrvatske starijih od 16 godina (Ćulum Ilić i Kozjak, 2023.)¹⁶. Pri tome, osobe koje trenutno volontiraju, najviše su uključene u polje sporta, humanitarnih aktivnosti i polje kriznog djelovanja. Takav podatak blizak je podacima od CAF-a (CAF, 2019.) prema kojima je Republika Hrvatska među skupinama zemalja s najnižim

¹⁵ Vidjeti i: UNGA, 2019.

¹⁶ Istraživanje je obuhvatilo i neformalno volontiranje, odnosno volontiranje kao dio građanske inicijative.

volontiranjem promatrano u periodu od deset godina (od 2019. do 2018. godine) u rasponu od 7% do 10% (CAF, 2022.; CAF, 2021.a; CAF, 2020.; CAF, 2019.) .

Podaci o broju osoba koje volontiraju u području zdravstvene i socijalne skrbi nedostaju na međunarodnoj razini (Naylor i sur., 2013.), no i unatoč tome, procjenjuje se da je npr. u Engleskoj u akutnim bolnicama uključeno 78000 volontera koji doprinose s više od 13 milijuna radnih sati godišnje (Galea i sur., 2013.), a 125000 u hospiciju i palijativnoj skrbi¹⁷. Obzirom na broj stanovnika u Engleskoj to bi činilo udio od 0,1% stanovništva koje volontira u akutnim bolnicama, odnosno 0,2% stanovništva koje volontira u hospiciju i palijativnoj skrbi. U Republici Hrvatskoj, od 7% osoba koje trenutno volontiraju, u području zdravstva djeluje 9% osoba (Ćulum Ilić i Kozjak, 2023.). Na razini Republike Hrvatske ne raspolaže se s brojem zdravstvenih ustanova koje uključuju volontiranje u svoje djelovanje.

Pri razmatranju raširenosti volontiranja među zemljama, važno je imati na umu da su varijacije u volontiranju među zemljama u ovisnosti o činiteljima na razini individue i konteksta. U tom smislu, je Enjolras (2021.) istražujući varijacije u volontiranju na razini Europe potvrdio da činitelji na individualnoj razini, kao što su ljudski kapital u edukaciji i zdravlju, ekonomski kapital u prihodu kućanstva i radnom statusu te socijalni kapital u učestalosti kontakata s prijateljima te broj djece u susjedstvu, pozitivno utječu na vjerojatnost volontiranja. Na kontekstualnoj razini, makro strukturalni indikatori socijalne jednakosti kao što je Ginijev indeks negativno se odražava na volontiranje, a indikatori kao što su demokracija i horizontalni kapital (društveno povjerenje), pozitivno su povezani s volontiranjem. Bear i sur. (2016.) u svom preglednom radu identificirali su faktore od utjecaja na varijaciju podataka o volontiranju među zemljama poput: tipa socijalnog sustava države, uključenost države u ekonomiju, etničke heterogenosti, ekonomske razvijenosti, demokracije, religioznosti, kulturalnih vrijednosti i povjerenja. U tom kontekstu, zemlje s najvećim neprofitnim sektorom, kao što su Sjedinjene Američke Države, Australija, Novi Zeland, Belgija i Izrael, imat će najveću stopu volontiranja. U Europi će prevladavati uključivanje u sportske aktivnosti, a u Sjedinjenim Američkim Državama u vjerske skupine (Powel, 2020.). Uz to treba uzeti u obzir i definicije volontiranja među istraživačima. Varijacije u podacima o volontiranju na razini Republike Hrvatske tako se mogu tumačiti kao posljedica metodoloških razlika i dilema istraživača (Bežovan i Matančević, 2017.; CEV, 2011.) te različitog definiranja i razumijevanja volontiranja (Eustance, 2019.; Forčić, 2007.).

¹⁷ *Hospice UK. Facts and figures 2019.* Dostupno na: <https://www.hospiceuk.org/about-hospice-care/media-centre/facts-and-figures> (Pristup: 18.8.2021.).

1.3.2.2. Obilježja volontiranja u zdravstvenim ustanovama

Postoji kontinuirani rast interesa znanstvene zajednice za istraživački rad u temi volontiranja u zdravstvenim ustanovama iako i dalje njihov broj ostaje malen (Cheng i sur., 2020.) uz različite nedostatke. Pregledni radovi u temi volontiranja u području palijativne skrbi i demencije u bolnicama ukazuju da istraživanja dugoročnog učinka nisu zastupljena, kratkoročni utjecaj je malen ili srednje veličine i dokazani učinci unutar i između studija ostaju nekonzistentni (Goehner i sur., 2019.), nedostaju formalna mjerenja koja zahvaćaju dobrobit pacijenata, kvalitetu života, zdravstvene ishode i zadovoljstvo djelatnika (Hall i sur., 2017.) i uzorci su maleni (Saunders i sur., 2019.). Usprkos limitiranostima prepoznaje se da radovi sugeriraju da volontiranje može biti vrijedna i izvediva intervencija u poboljšanju skrbi (Hall i sur., 2017.).

Otkrila se dobrobit od volontiranja na razini organizatora volonterskih aktivnosti, korisnika volonterskih aktivnosti i volontera. Prema radovima temeljnima na sustavnim pregledima, dobrobit na razini pacijenata kao korisnika volonterskih aktivnosti i zdravstvenih ustanova kao organizatora volonterskih aktivnosti uključuju utjecaj na anksioznost, kvalitetu života, fizičko funkcioniranje, korištenje usluga, sigurnost uzimanja lijekova (Goehner i sur., 2019.), smanjenje duljine boravka pacijenta, smanjenje korištenja analgetika i antipsihotika, povećanje unosa nutritivnih vrijednosti, smanjenje troškova bolnice zbog smanjenja duljine boravka pacijenta, smanjenje radnog opterećenja osoblja, nižu incidenciju delirijuma te nižu incidenciju padova (Hrust i sur., 2019.; Saunders i sur., 2019.; Hal i sur., 2019.). Meyer, Lucilaine Pascucci i Murphy (2013.) razmatrajući ulogu volontiranja u neprofitnim bolnicama izdvajaju tri osnovne uloge: pomoć i skrb o pacijentu, generiranje značajne vrijednosti kroz aktivnosti prikupljanja financijskih sredstava, marketing i odnose sa zajednicom te generiranje financijske dobiti za instituciju reduciranjem bolničkih troškova.

Osobe koje volontiraju su pri tome dominantno uključene u indirektnu brigu za pacijenta (Baczynska i sur., 2016.; Roberts i sur., 2014.) no uspješno bivaju uključene i u pružanje direktne skrbi (Roberts i sur., 2014.). Aktivnosti u koje su uključene su raznolike i kreću se od pomoći oko hranjenja (hranjenje ili prisutnost pri hranjenju – sjedenje uz pacijenta i otvaranje paketa, usitnjavanje hrane, ohrabrivanje i generalna konverzacija) i hidratacije; pomoći oko kretanja; pomoći pri prevenciji padova (promatranje pacijenata u visokom riziku od padova, uključivanje pacijenta u komunikaciju i socijalnu interakciju, usmjeravanje pozornosti djelatnicima kada se kod pacijenata povećava rizik od pada); pomoći oko socijalizacije (npr. igranje igara, slušanje glazbe, čitanje, konverzacija); masaže; pomoći pri mobilizaciji pacijenta,

orijentaciji, psihosocijalnoj podršci (uvjeravanje i ohrabivanje pri hospitalizaciji, kognitivnoj stimulaciji), pomoći oko slušanja i gledanja do pomoći pri tranziciji kući iz bolnice (Hurst i sur., 2019.; Goehner i sur., 2019.; Saunders i sur., 2019.; Hall i sur., 2017.).

Značajno je za izdvojiti trenove koji su se javili slijedom odgovora na krizu tijekom pandemije bolesti COVID-19. Pandemija COVID-19 imala je različite valove i zatekla je cijeli svijet nespreman gdje su se pojedine zemlje i pojedine zajednice unutar njih u tome snalazile s različitim stupnjem organiziranosti što se svakako odražavalo i odražavati će se i na rezultate istraživanja vezanih uz COVID-19 i volontiranje. Slijedom brze reakcije kako bi se umanjilo širenje bolesti, brojne usluge pružanja podrške u socijalnoj i zdravstvenoj zaštiti bile su stavljene na čekanje dok je uključivanje zajednice i volontiranje bilo osnova javne reakcije. U odgovoru na takvu situaciju javile su se formalne i neformalne inicijative volontiranja koje su otvorile i/ili neka nova razmatranja (Mao i sur., 2021.; Bang Carlsen, Toubøl i Brincker, 2021.). U tom svjetlu, Bang Carlsen, Toubøl i Brincker (2021., 123) naglašavaju kako je volontiranje tijekom COVID-19 istaklo važnost mapiranja formalne i neformalne pomoći i kako se ono može razmatrati kao „paradigmatski slučaj koji nudi jedinstveni pogled u dinamiku između formalnih državnih pružatelja usluga i ne-državnih aktera na jednoj strani i neformalnog volonterskog civilnog društva na drugoj strani“. Rezultati sustavnog pregleda literature s ciljem uvida u naučene lekcije tijekom pandemije COVID-19 u Ujedinjenom Kraljevstvu od Mao i sur. (2021.), sugeriraju ograničenu uključenost zajednice i ograničenu suradnju između grupa koje su volontirale i drugih organizacija iz zajednice. Kao ključne dimenzije vezane uz volontiranje i organiziranje zajednice izdvajaju socijalne mreže i povezanost, lokalno znanje i povjerenje. Pri svemu tome, aktivnosti volontiranja tijekom pandemije bile su raznovrsne uz prevladavanje aktivnosti poput kupovine, emocionalne podrške, pomoći oko praćenja nastave kod kuće i transporta (Mao i sur., 2021.; Bang Carlsen, Toubøl i Brincker, 2021.).

Nadalje, jedan od ključnih izazova tijekom pandemije COVID-19 koji se odrazio na trendove u volontiranju, bio je vezan uz nedostatak djelatnika u zdravstvu. Na njega se nastojalo odgovoriti uključivanjem umirovljenih zdravstvenih djelatnika i uključivanjem studenata medicine. Uključivanje studenata medicine u volontiranje, prepoznato je kao primjer građanske odgovornosti i kao mogućnost za učenje, no s druge strane, pojedina istraživanja ukazuju da su studenti u volontiranje ušli nedovoljno pripremljeni, uz manjak socijalnih vještina, manjak psihološke podrške i bili meta stigmatizacije i diskriminacije (Domaradzki, 2022.). Mihatsch i sur. (2022.) u svom istraživanju na području Njemačke izdvajaju nešto drugačije iskustvo gdje

je kod uključenih studenata u volontiranje tijekom pandemije uočena niža razina anksioznosti no izdvajaju i prisutnu adekvatnu psihološku podršku kroz superviziju.

1.3.2.3. Istraživanja o volontiranju i volontiranju u zdravstvu na području Republike Hrvatske

Na razini Republike Hrvatske u posljednjih dvadesetak godina, provedeno je nekoliko istraživanja u temi volontiranja koja su primarno bila usmjerena na stavove i motivaciju za volontiranje (Tablica 1.3.2.3.1.) s prepoznatim ograničenjima poput provedbe na prigodnom uzorku koji onemogućava empirijske zaključke, prisutnost različitih definicija i različitog razumijevanja volontiranja (Eustace, 2019.).

Tablica 1.3.2.3.1. Prikaz istraživanja o volontiranju

Tema	Autori
profil volontera, stavovi prema volonterima i volonterstvu, područja i organizacijski oblici djelovanja volontera, motivacijske odrednice volontera	Ćulum Ilić i Kozjak, 2023.
vrijednosti i politička participacija u objašnjenju volonterske motivacije	Tonković, Marcelić i Krolo, 2023
uloga i samopercepcija volontera u jezičnom osposobljavanju izbjegličke populacije	Podboj i Cvitanušić, 2022.
korištenje stečenih znanja i vještina tijekom volontiranja u profesionalnom radu	Hamer Vidmar i Bajto, 2020.
utjecaj marketinških aktivnosti neprofitnih organizacija na šest motivacijskih funkcija za volontiranje među mladima	Glavinić i Najev Čačija, 2018.
stavovi i zastupljenost volontiranja	Čavar, Pavić i Racz, 2018.
stavovi o volontiranju i vrednovanju volontiranja studenata	Kotlar i sur., 2016.
osobine ličnosti i motive za volontiranje	Juzbašić i Vukasović Hlupić, 2015.
pristup sreći, motivi za volontiranje i subjektivna dobrobit	Miljković i Jurčec, 2015.
volontiranje u starijoj životnoj dobi	Rusac i Dujmović, 2014.
motivacija za volontiranjem u povezanosti sa spolom, ličnosti i područjem studiranja	Pološki Vokić, Marić i Horvat., 2013.
iskustvo, osnovni oblici, razlozi i koristi volontiranja, vrijednosti povezanih s volontiranjem	Zrinščak i sur., 2012.
evaluacija volonterskog programa u bolnici	Tatalović Vorkapić, Jančec i Vičić, 2012.
iskustvo, osjećaj zadovoljstva i razloge za volontiranje	Skočić Mihić, Lončarić i Rudelić, 2011.
vrednovanje volontiranja	Ćulum, 2008.
stavovi o volontiranju, volonterske aktivnosti, učestalost volontiranja, usmjerenost pomaganja i motivacija za volontiranje	Ledić, 2007.
stavovi, sudjelovanje u volonterskim aktivnostima, učestalost volontiranja i motivacija	Forčić, 2007.
utjecaj volontera u kreiranju uvjeta izgradnje mira i zajednice u multietničkim zajednicama	Jindra, Munjiza i Peko, 2007.
stavovi o volontiranju, volonterske aktivnosti, učestalost volontiranja, usmjerenost pomaganja i motivaciju za volontiranje	Ledić, 2001.

Istraživanje koje je nadvladalo ograničenje prigodnih uzoraka, provedeno je tijekom 2023. godine na reprezentativnom uzorku Republike Hrvatske, s ciljem boljeg razumijevanja

aktualnog stanja fenomena volontiranja, obuhvaćajući profil osoba koje volontiraju, stavove prema osobama koje volontiraju i volonterstvu, područja i organizacijske oblike djelovanja pri volontiranju te motivacijske odrednice osoba koje volontiraju (Ćulum Ilić i Kozjak, 2023.). Uz ranije istaknuti rezultat o udjelu stanovnika koji trenutno volontira (7%) i sl., izdvaja se iz rezultata istraživanja da opća populacija pozitivno gleda na volontiranje i najčešći razlog neuključivanja u volontiranje je manjak vremena i obiteljske obaveze. Motivacijski razlog za uključivanje je bolji osjećaj kod volontiranja, važnost pomaganja drugima, razvoj osjećaja zajedništva i solidarnosti te doprinos promjeni u društvu.

Znanstveni radovi koji su usmjereni na volontiranje u zdravstvenim ustanovama, gotovo da i nisu prisutni. Izuzetak je evaluacijsko istraživanje volonterskog programa koji se provodi u bolnici: Pripovjedač/ice priča za laku noć u Dječjoj bolnici Kantrida. Evaluacija provedenog volonterskog programa ukazala je da on pridonosi lakšem podnošenju hospitalizacije, smanjenju negativnog efekta hospitalizacije te da je njegova provedba pozitivno povezana s optimističnim stavom prema bolesti tj. uvjerenjem djece da će ozdraviti (Tatalović Vorkapić, Jančec i Vičić, 2012.). U istraživanjima šireg konteksta, za zdravstvene ustanove prepoznato je da su zatvorene za volonterske aktivnosti (Bežovan i Matančević, 2017.; Bežovan i Matančević, 2011.a; Bežovan i Matančević, 2011.b). Uz to kreirane su preporuke o važnosti promoviranja značajnijeg uključivanja volontiranja u zdravstvene institucije (Bežovan i Matančević, 2011.a; Bežovan i Matančević, 2011.b).

1.3.3. Doniranje

Kod opisa filantropije vidljivo je da se financijsko i drugo materijalno davanje obuhvaća pojmovima darivanje (engl. *giving*) i doniranje (engl. *donation*). Prema rječniku neprofitnih pojmova i koncepata (Smith, Stebbins i Dover, 2006., 71) donacije su „poklon u novcu, robi ili drugoj imovini od strane pojedinca ili grupe osoba neprofitnoj grupi bez očekivanja izravne ekonomske koristi“. Ujedno su i filantropija primijenjena na neprofitne organizacije, doprinos koji se ne veže uz rad što donacije razlikuje od volontiranja. Autori (Smith, Stebbins i Dover, 2006., 97 – 98) pod darom i darovanjem (engl. *gift, giving*) razumijevaju „davanje nečega individui ili grupi“ bez očekivanja zauzvrat direktnog, visoko vjerojatnog, recipročnog transfera, opisujući pri tome da dar može biti donacija ili volontiranje. Hrvatski regulatorni

okvir koristi pojam „darovanje“¹⁸ i „donacije“¹⁹. Prema Zakonu o porezu na dobit, darovanjima se smatraju darovanja u naravi ili novcu, učinjena u tuzemstvu za kulturne, znanstvene, odgojno-obrazovne, zdravstvene, humanitarne, sportske, vjerske, ekološke i druge općekorisne svrhe.

Iz ranijih razmatranja filantropije i definiranja doniranja, proizlazi da je donator osoba ili grupa koja donira. Kad se osoba javlja kao donator koriste se pojmovi individualni donator, individualna filantropija²⁰ i individualno davanje²¹. Negdje se u istraživanjima donacija od strane individua (fizičkih osoba) proširuje obuhvat i na kućanstava²². Kada se radi o grupi kao donatoru, naziv će ovisiti o specifičnosti grupe. Primjerice, doniranje od strane korporacija obuhvaćeno je pojmom korporativne filantropije²³. Postoji i razlikovanje donatora ovisno o tome radi li se o doniranju privatnih ili javnih sredstava. Haibach i Kreuzer (2004.) tako izdvajaju tri glavne grupe privatnih donatora: individue, korporacije i zaklade.

Davanje od strane korporacija, tj. korporativna filantropija, prepoznata je kao pojava u porastu (Liket i Mass, 2015.; Gautier i Pache, 2013.). Razumijevanje pojma razlikuje se kod pojedinih istraživača (Liketa i Simaensa, 2015., Madden i Scaife, 2008.) sukladno različitim pogledima na filantropiju. Tako Liket i Simaens (2013.) pod tim pojmom razumijevaju donaciju novaca, proizvoda, usluga ali i volontiranje zaposlenika. Gautier i Pache (2013., 344) se usmjeravaju na financijski doprinos definirajući korporativnu filantropiju kao „dobrovoljno darivanje korporativnih resursa“ isključujući volontiranje i donacije u naturi uz naznaku kako se te prakse razlikuju od financijskih darova. Madden i Scaife (2008.) koriste pojam korporativne filantropije uz pojam kojim se zahvaća uključenost korporacija u zajednicu (engl. *corporate community involvement*) želeći obuhvatiti cijelu širinu moguće suradnje. Korporativna filantropija povezuje se i s konceptom društveno odgovornog poduzeća pri čemu se korporativna filantropija promatra primarno kao sredstvo ispunjavanja društvene odgovornosti prema lokalnim zajednicama (Liket i Mass, 2015.; Liket i Simaens, 2013.; Madden i Scaife, 2008.). Kroz literaturu se usmjerava pozornost potrebe njihovog razlikovanja kako bi se

¹⁸ Vidjeti: Zakon o obveznim odnosima (NN 35/05, 41/08, 125/11, 78/15, 29/18, 126/21) i Zakon o porezu na dobit (NN 177/04, 90/05, 57/06, 146/08, 80/10, 22/12, 148/13, 143/14, 50/16, 115/16, 106/18, 121/19, 32/20, 138/20, 114/22, 114/23).

¹⁹ Vidjeti: Zakon o proračunu (NN 144/21) i Zakon o financijskom poslovanju i računovodstvu neprofitnih organizacija (NN 121/14).

²⁰ Vidjeti primjerice: Sargeant i George, 2022.; Dimić-Vugec i Pavić-Rogošić, 2017.

²¹ Vidjeti primjerice: Sargeant i Woodliffe, 2008.

²² Vidjeti primjerice: Bekkers i Wiepking, 2011.

²³ Vidjeti primjerice: Sargeant i George, 2022.

omogućila bolja konceptualizacija i posljedično, adekvatnije kreiranje istraživanja (Liket i Mass, 2015.; Liket i Simaens, 2013.).

Zaklade su obilježene različitim konceptima, zakonskim sustavima, institucionalnim obilježjima i regulacijama (Anheier, 2018.; Bežovan, 2008.). Anheier (2018., 2) koristi definiciju zaklada²⁴ prema kojoj su one „formalne organizacije, značajno utemeljene na imovini, privatne, samoupravne, neprofitne distribucije koje služe javnoj svrsi“. Prema Zakonu o zakladama Republike Hrvatske (NN 106/18, 98/19, 151/22, Članak 2.), zaklada je neprofitna pravna osoba, „imovina namijenjena da sama odnosno prihodima što ih stječe trajno služi ostvarivanju neke općekorisne svrhe ili dobrotvorne svrhe“ pri čemu imovnu zaklade čini „osnovna imovina navedena u aktu osnivanja zaklade i druga imovina koju je stekla od donacija, dobrovoljnih priloga i drugih prihoda ostvarenih u skladu sa zakonom“ (Članak 34.). Prema Anheieru (2018.) zaklade se razlikuju prema kombinaciji svoje svrhe (što žele postići), pristupa (kako nešto žele postići) i uloge (što je to što čine). U toj kombinaciji nalaze se i zaklade koje su primarno usmjerene na davanje donacija²⁵.

Prikupljanje donacija zasebno se razmatra kroz literaturu pod temom menadžmenta prikupljanja sredstava (engl. *fundraising management*) ili samo pod prikupljanjem sredstava (engl. *fundraising*). Opisuje ga se kao „složeni zadatak koji ovisi o uspješnoj interakciji niza čimbenika“ (Haibach i Kreuzer, 2004., 379). Složenost prikupljanja donacija možemo iščitati iz pogleda koji se veže uz šire djelovanje organizacije koja prikuplja sredstva. Primjerice, Nathan i Tample (2016, 489) pišući o prikupljanju sredstava kao integriranoj funkciji upravljanja neprofitnom organizacijom, utemeljeno na Rossovoj filozofiji, navode da je prikupljanje sredstava „više od primjene tehničkih vještina ili procesa – to je transformacijski odnos ukorijenjen u misiji organizacije“. U svezi s menadžmentom prikupljanja sredstava, proces na koje se usmjerava neprofitne organizacije u prikupljanju, uključuje oblikovanje dugoročnog plana prikupljanja sredstava koji nosi obilježja planiranja u marketingu. Plan će pri tome obuhvatiti analizu čimbenika na makro razini (političkih, ekonomskih, socio/kulturalnih, tehnoloških, legalnih), analizu konkurencije (svih onih koji također prikupljaju sredstva), analizu suradnika, analizu tržišta (tko donira, što motivira donatore, koje su potrebe i/ili prioriteti donatora, kako se donator ponaša), uvid u karakteristike same organizacije, analizu

²⁴ Anheier (2018.) govori o filantropskim zakladama.

²⁵ Bežovan (2008.) razlikuje šest tipova uloga zaklada: komplementarnost, supstitucija, redistribucija, inovacija, socijalna i politička promjena te očuvanje tradicije i kulture.

strategija prikupljanja sredstava uz razmatranje gdje se želi biti i kako stići do tamo i dr.²⁶. Važnost planiranja, uključujući i koncept marketinga, izdvaja se kroz literaturu kao nužnost za uspjeh u prikupljanju donacija (Bannett, 2018.; Nathan i Temple, 2016.; Haibach i Kreuzer, 2004.), a područje istraživanja menadžmenta prikupljanja donacija kao vrijedno problemsko područje (Bhati i Hansen, 2019.).

Načini prikupljanja donacija su raznovrsni i razvijaju se sukladno tehnološkom razvoju, varirajući među zemljama i organizacijama prilagođavajući se potrebama ciljane grupe donatora (Paxton, 2020.; Haibach i Kreuzer, 2004.). Izdvajaju se načini prikupljanja od direktnog upit licem u lice (npr. na ulicama, u trgovačkim centrima) i od vrata do vrata, preko elektroničke pošte, telefonskim kontaktom, oglašavanjem u medijima, organizacijom posebnih događaja (nagradne igre, utrke i dr.) do *online* doniranja preko društvenih mreža (Sargeant i George, 2022.; Paxton, 2020.; Haibach i Kreuzer, 2004.). Sargeant i George (2022.) razmatrajući učinak pojedinih oblika prikupljanja donacija izdvajaju kao glavne oblike: korporativno prikupljanje, velike donacije, ostavštine, prikupljanje u zajednici i direktni marketing. Kod direktnog marketinga izdvajaju davanje novca koje nema obilježje redovitog mehanizma (engl. *cash giving*) te mjesečno, redovito i trajno davanje²⁷. Nadalje, uz načine prikupljanja donacija, variraju i namjene prikupljenih donacija. Prema Nathan i Temple (2016.) organizacije obično imaju četiri različite namjene sredstava: tekuće operacije, posebni projekti, ažuriranje opreme ili objekata i dodavanje u investicijske fondove.

1.3.3.1. Raširenost doniranja

Doniranje je raširena pojava na svjetskoj razini kod koje se bilježi značajni resursi uloženi za dobrobit pojedinca i zajednice. Procjenjuje se da se godišnje na razini Europe donira oko 87.5 milijuna eura pri čemu prednjači individualno doniranje s udjelom od oko 53%. Uz individualno doniranje, prisutne su i donacije zaklada, korporacija i dobrotvorne lutrije. Pri tome se procjenjuje da je udio osoba koje doniraju na redovnoj bazi 38% uz trend povećanja u zadnjem desetljeću od 5% slijedom tehnološkog razvoja i korištenja društvenih mreža koje su značajno utjecale na način doniranja (Euraxess, n.d.). CAF (2021.b) na temelju podataka za 160 zemalja

²⁶ Vidjeti primjerice: Sargeant, A. i George, J. (2022). *Foundraising management*. Fourth edition. Abingdon i New York: Routledge.; Weinstein, S. i Barden, P. (2017). *The complete guide to fundraising management*. New Jersey: Wiley.

²⁷ Autori napominju da je mjesečno i redovito doniranje u Ujedinjenom Kraljevstvu obilježeno pojmom koji je ovdje preveden kao trajno davanje. Autori koriste pojam eng. *sustainers*.

izdvaja da jedna od tri odrasle osobe donira novac. Nastavno na ranije podatke dane kod razmatranja povezanosti i značaja filantropije i zdravstva, ovdje se izdvaja da Reich (2018.) prema podacima *Giving USA Foundation* navodi da ukupan donirani iznos kao postotak bruto domaćeg proizvoda (BDP) iznosi u Sjedinjenim Američkim Državama oko 2% i da je to brojka koja je više-manje nepromijenjena tijekom četrdeset godina. U Nizozemskoj u 2011. godini je to 0,7% (Schuyt, 2016.).

Republika Hrvatska prema dostupnim podacima ne spada u zemlje s raširenom praksom doniranja. Prema Svjetskom indeksu davanja (engl. *World Giving Indeks*)²⁸ u prosječnom rezultatu za period od deset godina (od 2009. do 2018. godine) Republika Hrvatska je pozicionirana među deset zemalja s najnižim rezultatima za doniranje koje uključuje doniranje novca, volontiranje i pomaganje strancu (CAF, 2019.). Izvješća o stanju filantropije u Republici Hrvatskoj (Antić i Gligorić, 2021.; Gligorić i Bekčić, 2020.) govore o porastu doniranja u 2019. i 2020. godini u usporedbi s prethodnim godinama, nakon 2015. godine od kada se bilježio pad doniranja²⁹. Porast u 2019. i 2020. godini tumači se izvanrednim okolnostima kao što su pandemija bolesti COVID-19 i potresi koji su pogodili Republiku Hrvatsku u 2020. godini (Antić i Gligorić, 2021.) te pojedinim specifičnim većim humanitarnim akcijama u ranijoj godini (Gligorić i Bekčić, 2020.).

Prema vrsti donatora u Republici Hrvatskoj su najaktivniji u 2019. godini bili građani, a osobe sa zdravstvenim teškoćama skupina krajnjih korisnika koja je bilježila najveću potporu. Neprofitni sektor³⁰ bio je najučestaliji primatelj, a kod doniranja državi najveću je potporu imalo zdravstvo. U kontekstu transparentnosti, informacija o vrijednosti donacija podastrta je za polovicu donacija (Gligorić i Bekčić, 2020.). U 2020. godini kao najčešće donacijsko područje bilježio se COVID-19 (na njega je otpalo gotovo 45 % zabilježenih iznosa), a oko 1/3 izdvojena je za ublažavanje posljedica potresa. Ostali dio bio je primarno distribuiran za marginalizirane skupine i za zdravstvenu zaštitu. Građani su također bili najaktivniji donatori uz porast udjela korporativnog sektora. Glavni primatelj je bila država, dok je neprofitni sektor

²⁸ Svjetski indeks davanja (engl. *World Giving Indeks*) producira britanska organizacija Charities Aid Foundation (CAF) na godišnjoj razini kako bi omogućila uvid u opseg i prirodu donacija na svjetskoj razini. Kako bi osigurali da indeks zahvaća različite oblike davanja, indeks je baziran na trima segmenta: doniranje novca u dobrotvorne svrhe, volontiranje u nekoj organizaciji te pomaganje strancu ili drugoj osobi kojoj je pomoć potrebna (CAF, 2019.).

²⁹ Podaci se temelje na bazi *Giving Balkans* gdje se podaci prikupljaju uglavnom iz medijskih izvješća te izvješća donatora i primatelja, i koji mogu poslužiti za utvrđivanje minimalnog stupnja razvoja filantropije u Republici Hrvatskoj.

³⁰ Izvješća pod primateljima prepoznaju neprofitne organizacije, pojedince/obitelji, ustanove i lokalnu vlast/nacionalna tijela vlasti. Pod neprofitnim organizacijama prepoznaju organizacije civilnog društva, privatne zaklade i strane udruge, a pod državom prepoznaju ustanove, državnu, nacionalnu i lokalnu vlast.

zadržao važnu posredničku ulogu. Većina donacija je bila u novcu, a četvrtina je bila u obliku dobara ili materijala (Antić i Gligorić, 2021.).

1.3.3.2. Obilježja doniranja u zdravstvenim ustanovama

Iako donacije u području zdravstva nisu novitet, i iako se prepoznaje da su one uvijek imale važnu ulogu u zdravstvu (Klein, Brown i Detsky, 2016.) što je već ranije istaknuto kod razmatranja filantropije, mnogo više fokusa na njih se uočava na području Sjedinjenih Američkih Država nego na npr. području Europe (Anheier, Simmons i Winder; 2007.; Raymond, 2004.). Razlog tome može se vezati i uz obilježja zdravstvenih sustava pojedinih zemalja no i uz okruženja koja su poticajna za takve pojave³¹.

U okviru razmatranja o ulozi donacija u području zdravstva, ukazuje se na njihov značajni doprinos odgovoru na sve veće zahtjeve unutar zdravstvenog sustava (Bassani, Marinelli i Vismara, 2019.; Klein, Brown i Detsky, 2016.; McGinly, 2008.; Costa, 2005.; Raymond, 2004.). Sve veći zahtjevi, vezani su uz rast troškova kao posljedicu povećanog korištenja usluga i porasta troškova samih usluga (Klein, Brown i Detsky, 2016.; Haderlein, 2006.). Uz povećane zahtjeve, prisutna je i nedostupnost zdravstvenih usluga, osobito u ruralnim područjima (Proelss, Schweizer i Zhou, 2021.). McGinly (2008.), u kontekstu neprofitnih bolnica u Americi, izdvaja tri pokretačka faktora važnosti doniranja: visoke troškove vezane uz nadogradnju infrastrukture uključujući i nove tehnologije, rast očekivanja javnosti da prime zdravstvenu uslugu najviše kvalitete i olakšanje financijskog tereta izazvanog nekompenziranim troškovima i nejednakim povratkom troškova vezanih uz različite vrste osiguranja. Uočava se i stav gdje je prikupljanje donacija nužnost u proračunu. Primjerice, Haderlein (2006.) izdvaja da više institucija na području Kalifornije ugrađuje specifična očekivanja od prikupljanja donacija ugrađujući ih u svoje financijske planove kao nešto što mora biti prisutno. Sumirano, izdvaja se doprinos donacija: financiranje kapitalnih ulaganja, pokrivanju nužnih unaprjeđenja, pokrivanju operativnih troškova, pokrivanju inovacija u pružanju usluga te pokrivanju troškova zdravstvene zaštite uključujući i zadovoljenje zdravstvenih potreba najsiromašnijih građana (Klein, Brown i Detsky, 2016.; Haderlein, 2006.; Raymon, 2004.).

Načini kako zdravstvene ustanove pristupaju prikupljanju donacija je različit. U svrhu prikupljanja donacija zapošljavaju se osobe na puno radno vrijeme za prikupljanje donacija,

³¹ Vidjeti i: Pape i sur., 2019.

osnivanju se i posebne zaklade ili organiziraju posebni odjeli usmjereni na prikupljanje donacija unutar kojih će postojati varijacija načina i tehnika (Erwin i Landry, 2015.; Marlin, Geiger i Ritchie, 2013.). Uočava se i potreba ulaganja u proces prikupljanja donacija kako bi on mogao postati značajni izvor kapitala bolnica iako se naglašava da je mala vjerojatnost da će donacije biti glavni izvor njihova kapitala (Cleverley i Cleverley, 2005.). Neki od izazova koji se prepoznaju uz doniranje u području zdravstva, uključuje njihov pad tijekom ekonomske recesije čime se stvara teškoća organizacijama koje se oslanjaju na njih kao izvor financiranja (Klein, Brown i Detsky, 2016.). Uz navedeno, uočava se i da doniranje često slijedi prioritete financiranja donatora, a ne potrebe sustava čime određena područja, kao što su mentalno zdravlje i zaštita za marginaliziranu populaciju, obično bivaju nedovoljno financirana (Klein, Brown i Detsky, 2016.).

Nedvojbeno, istraživanja donacija u kontekstu zdravstvenih ustanova obuhvaćaju raznolika područja, ostavljajući prostor za intenzivnija naredna istraživanja. Primjerice, Erwin i Landry (2015.) navode da su se među ograničenim brojem studija o prikupljanju sredstava u bolničkom kontekstu, pojavile dvije glavne teme: uloga upravnog odbora i njihov odnos s prikupljanjem sredstava te odnos između različitih pokazatelja uspješnosti prikupljanja sredstava i odabranih organizacijskih karakteristika. Kao dio naznake raznolikosti istraživanja, ovdje se izdvaja širina od istraživanja usmjerenih na razumijevanje uloge donacija u području poremećaja mentalnog zdravlja i razmatranje kako donacijama povećati ulaganje (Iemmi, 2020.), istraživanja kampanja grupnog financiranja (engl. *crowdfunding*) u temi zdravlja uključujući i analizu povezanosti *crowdfunding* kampanja u temi zdravlja i nacionalnih zdravstvenih sustava (Proelss, Schweizer i Zhou, 2021.; Bassani, Marinelli i Vismara, 2019.), istraživanja koliko je korporativna filantropija usmjerena na poboljšanje zdravlja zajednice (McHugh i sur., 2018.), istraživanja organizacijskih karakteristika u kontekstu uspjeha prikupljanja donacija od strane bolnica (Erwin i Landry, 2015.) i dr.

Dobiveni rezultati iz spomenutih istraživanja dodatno govore o širini različitih područja interesa pri prikupljanju donacija. Tako, u kontekstu razumijevanja uloge donacija u području poremećaja mentalnog zdravlja, rezultati su ukazali da se doprinos donacija u posljednjih 16 godina udvostručio i da doniranje ima potencijalnu kritičnu ulogu u razvoju pomoći za teškoće mentalnog zdravlja. Ujedno teškoće mentalnog zdravlja, unutar zahvaćenih zdravstvenih stanja, zaprimaju najmanji iznos donacija (Iemmi, 2020.). Kod *crowdfunding* kampanja rezultati ukazuju da se postavljeni ciljevi postižu mnogo brže ako je pacijent djevojčica i ako je kampanja čitljivija kroz davanje više opisivanja nego tehničkih detalja (Proelss, Schweizer i Zhou, 2021.).

Pokazalo se i da će *crowdfunding* kampanje biti prisutnije u zemljama gdje je pokrivenost javnim zdravstvenim osiguranjem niska. Broj uspješno financiranih zdravstvenih projekata veći je kod platforma sa sjedištem u zemljama u kojima su financijski resursi dodijeljeni zdravstvu visoki, ali gdje je u isto vrijeme pokrivenost javnim zdravstvenim osiguranjem niža (Bassani, Marinelli i Vismara, 2019.). Nadalje, nalazi ukazuju i da povećanje svijesti o izazovima povezanim s uspjehom prikupljanja donacija poboljšavaju strateško upravljanje procesima prikupljanja donacija od strane vodstva bolnica (Erwin i Landry, 2015.).

1.3.3.1. Istraživanja o doniranju na području Republike Hrvatske

Istraživanja na području Republike Hrvatske o doniranju (Tablica 1.1.6.1.1.), variraju u pokrivenosti tema pri čemu pojedina, iako temom usmjeravaju na neprofitne organizacije, detaljnijim uvidom uočava se da su usmjerena primjerice samo na udruge. Prevladavaju radovi koji se u okviru šire teme (npr. marketinga neprofitnih organizacija) usmjeravaju dijelom na donacije i/ili koji se uz pregled stanja na međunarodnoj razini usmjeravaju pri tome i na analizu stanja u Republici Hrvatskoj. Istraživanja koja su usmjerena na zdravstvene ustanove Republike Hrvatske i prikupljanje donacija s njihove strane, ne nalaze se.

Tablica 1.1.6.1.1. Prikaz dijela istraživanja o doniranju

Tema	Autori
uloga vanjskih faktora motivacije, socio-demografskih obilježja i kanala komunikacije u učestalosti doniranja neprofitnim organizacijama	Bavčević, Najev Čačija i Pepur, 2022.
predstavljanje organizacijskih mogućnosti izgradnje banke hrane individualna i korporativna filantropija – stavovi i praksa građana i tvrtki o filantropiji	Vretenar, 2022. Dimić-Vugec i Pavić-Rogošić, 2017.
mogućnost primijene postojećeg zakonodavstva na <i>crowdfunding</i> i preispitivanje potrebe za uvođenjem novog zakonodavstva zasebno za <i>crowdfunding</i>	Đurđenić, 2017.
utjecaj neprofitnih marketinških aktivnosti na uspješnost prikupljanja donacija	Najev Čačija, 2016.
važnost prikupljanja donacija za održivost neprofitnih organizacija	Dadić, 2016.
uloga menadžmenta i države u financiranju kazališta	Bestvina Bukvić, Mihaljević i Tokić, 2016.
stanje <i>crowdfundinga</i> u Hrvatskoj	Čondić-Jurkić, 2015.
sociološke, marketinške odrednice i empirijska analiza segmentacije prikupljanja donacija preko interneta	Pavičić i sur., 2015.
analizira stanje i perspektive prikupljanja donacija u neprofitnom sektoru u Hrvatskoj	Najev Čačija, 2013.
poslovanje knjižnica u zadaći prikupljanja sredstava	Balog, 2010.
oblici i mehanizmi potpore neprofitnim organizacijama	Pavičić, Alfirević i Ivelja, 2006.
mogućnosti za razvoj filantropije na lokalnoj razini te za financiranje aktivnosti civilnih inicijativa; mogućnosti osnivanja zaklada lokalnih zajednica	Pavić-Rogošić i Kunović, 2004.

Provedena istraživanja, govore o filantropskom potencijalu i voljnosti građana za sudjelovanjem u akcijama za opće dobro i izdvajanjem sredstava u općekorisne svrhe, a koji je pod negativnim utjecajem transparentnosti i informiranosti o rezultatima akcija (Dimić-Vugec i Pavić-Rogošić, 2017.; Bežovan, Zrinščak i Vugec, 2005.; Pavić-Rogošić i Kunović, 2004.). *Crowdfunding* je prepoznat kao novi način prikupljanja donacija (od velikog broja osoba najčešće *online*) za koji se razmatrala potreba zasebne zakonske regulacije koja se pokazala nepotrebnom zbog mogućnosti kategorizacije pod postojeći zakonski okvir (Đurđenić, 2017.; Čondić-Jurkić, 2015.). Istraživanje utjecaja neprofitnih marketinških aktivnosti na dimenzije uspješnosti prikupljanja donacija pokazalo je pozitivnu povezanost (Najev Čačija, 2016.). Kao dio znanja o ponašanju donatora, Bavčević, Najev Čačija i Pepur (2022.), temeljem istraživanja na uzorku individualnih donatora u Republici Hrvatskoj, zaključuju o značajnim razlikama u učestalosti doniranja u odnosu na samoprocjenu utjecaja činitelja poput nagrade, vodstva neprofitne organizacije, osobne koristi i budućih interesa te korištene kanale komunikacije (korištenje društvenih mreža).

Nadalje, Pavičić i sur. (2015.) daju vrlo praktičan doprinos prikupljanju donacija razvojem analitičke procedure na nacionalno reprezentativnom uzorku Republike Hrvatske koja omogućuje predviđanje vjerojatnosti doniranja od strane pojedinca. Svoj pristup segmentaciji prikupljanja sredstava predlažu kao proširenje postojećih analiza i kao pomoć menadžerima neprofitnih organizacija da ciljaju relevantne pojedince primjenom internetskih marketinških alata. Prema njihovom nalazu, osobe koje su pogodne za uspješno usmjeravanje na *online* prikupljanje donacija, nemaju dugo internetsko iskustvo i ne koriste često internet, imaju prilično visoku razinu pripadnosti zajednici, a njihove aktivnosti na internetu povezane su s održavanjem postojećih društvenih veza i dobivanjem informacija o lokalnim organizacijama. Bestvina Bukvić, Mihaljević i Tokić (2016.) baveći se financiranjem kazališta u Republici Hrvatskoj predlažu, između ostalog, za povećanje razine operativne izvrsnosti usmjeravanje prema vlastitim sredstvima, uključujući i donacije. Za veću ulogu donacija u financiranju razmatraju i povećanje poreznih poticaja i poreznih olakšica vezanih uz donacije.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA I ISTRAŽIVAČKA PITANJA

Cilj istraživanja:

Procijeniti doprinose volontiranja i doniranja razvoju kombiniranoga modela zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj.

Istraživačka pitanja:

1. Kakva su obilježja kombiniranoga (engl. *welfare mix*) modela zdravstvene zaštite, u aspektima financiranja i pluralizma pružatelja³² usluga?
2. Kakav je kapacitet i praksa zdravstvenih ustanova u implementaciji volontiranja?
3. Kakav je kapacitet i praksa zdravstvenih ustanova u prikupljanju donacija?

Kao operativna definicija kombiniranoga modela zdravstvene zaštite uzima se prilagođena definicija prema Powellu (2011.). Kombinirani model zdravstvene zaštite je način pružanja usluga zdravstvene zaštite pri kojemu u financiranje i pružanje usluga bivaju uključeni različiti sektori uključujući državu, tržište, obitelj i treći sektor.

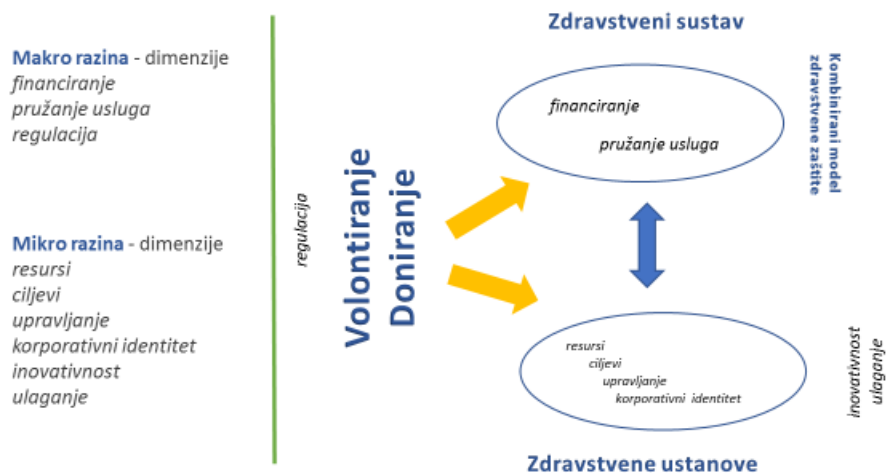
Kao operativna definicija volontiranja, uzima se definicija prema Zakonu o volonterstvu. Pod volontiranjem se smatra dobrovoljno ulaganje osobnog vremena, truda, znanja i vještina kojima se obavljaju usluge ili aktivnosti za dobrobit druge osobe ili zajednice, bez postojanja uvjeta isplate novčane nagrade ili potraživanja druge imovinske koristi za obavljeno volontiranje. Interes kod pojave volontiranja usmjeren je na formalni oblik volontiranja gdje je organizator volontiranja zdravstvena ustanova kao neprofitna pravna osoba ili je organizator volontiranja druga pravna osoba, no aktivnosti volontiranja se odvijaju u zdravstvenoj ustanovi. Pod pojmom volontera razumijeva se fizička osoba bez obzira na dob. U tekstu se koristi pojam *volontiranje* ili *volonterski angažman*. Pojam *volonterski rad* se ne koristi kao bi se izbjeglo povezivanje volontiranja s mjerama za zapošljavanje.

Kao operativna definicija doniranja uzima se definicija prema Smith, Stebbins i Dover, (2006., 71). Pod donacijama se smatra poklon u novcu, robi ili drugoj imovini od strane pojedinca ili grupe osoba neprofitnoj grupi bez očekivanja izravne ekonomske koristi.

³² Prema Pravilniku o sadržaju i načinu vođenja Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite (NN 118/2023) pružatelj zdravstvene zaštite je „fizička i/ili pravna osoba u zdravstvu (nositelj privatne prakse, zdravstvena ustanova i trgovačko društvo za obavljanje zdravstvene djelatnosti) koja poduzima odgovarajuće mjere i aktivnosti te pruža zdravstvene usluge za očuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju.“

U kontekstu rada, pod **kapacitetom za volontiranje** razumijeva se mogućnost primanja volontera u zdravstvenu ustanovu i njihova vođenja (menadžmenta), odnosno mogućnost za provedbu volonterskog programa. Pod **praksom za volontiranje** razumijeva se djelovanje kao organizator volontiranja i korisnik (kada je organizator volontiranja druga pravna osoba, no aktivnosti volontiranja se odvijaju u zdravstvenoj ustanovi). Pod **kapacitetom za prikupljanje donacija** razumijeva se mogućnost primanja donacija i rukovođenja njima. Pod **praksom za prikupljanje donacija** razumijeva se djelovanje kao organizator prikupljanja donacija i primatelj donacija.

Kao konceptualni okvir rada koristi se kombinirani model socijalne politike (Slika 2.1.). Promatra se sinergija različitih elemenata na mikro razini (razina zdravstvene organizacije) i makro razini (razini zdravstvenog sustava Republike Hrvatske). Takvim pristupom promatraju se zdravstvene organizacije kao kombinacija kombiniranom modelu zdravstvene zaštite.



Slika 2.1. Konceptualni / teorijski okvir istraživanja

Na makro razini kao dimenzija analize kombiniranog modela zdravstvenog sustava uzimaju se dvije dimenzije: *financiranje* i *pružanje usluga*. Na mikro razini, za dublju analizu pristupa vezanih za dimenzije *financiranje* i *pružanje usluga* uzima se dimenzija *resursa* kao jedna od četiri dimenzije koje prema Eversu (2008.) čine obilježje hibridizacije i to kroz resurse volontiranja i doniranja – koliko su oni prisutni u praksi zdravstvenih ustanova i koji su kapaciteti zdravstvenih ustanova za implementaciju volontiranja i prikupljanje donacija kako bi se potencijalno doprinijelo raznovrsnosti financiranja zdravstvene ustanove i raznovrsnosti uključenih strana u pružanje usluga. Za analizu obilježja hibridnosti zdravstvenih ustanova na mikro razini, kada je u pitanju volontiranje i doniranje, uzimaju se i preostale tri dimenzije

prema Eversu (2008.): *ciljevi, vladavina i korporativni identitet* kroz koje se razmatra volontiranje i doniranje. Dodaje se i dimenzija *inovativnosti i ulaganja* kako bi se popratilo koliko su volontiranje i doniranje u sinergijskom odnosu u zdravstvenom sustavu prisutni kao inovacijski element i element ulaganja, a koliko kao generatori inovacija u pružanju usluga i generatori mogućnosti ulaganja.

Na makro razini, osim financiranja i pružanja usluga, dimenzijom *regulacije* zahvaća se i pojava volontiranja i doniranja kako bi se upoznao regulatorni kontekst u koji je smješteno volontiranje i doniranje u zdravstvenom sustavu. Time on biva dio informacija o kapacitetima za volontiranje i doniranje na makro razini. Ova dimenzija bit će zahvaćena pregledom regulatornih dokumenata u području zdravstva te pozicioniranosti volontiranja i doniranja unutra njih.

Indikatori koji se prate prema pojedinoj dimenziji:

- *financiranje*: tko financira, promjene kroz vrijeme
- *pružanje usluga*: tko pruža, promjene kroz vrijeme
- *regulacija*: način regulacije, sadržaj regulacije
- *resursi*: kapacitet i praksa za implementaciju volontiranja, kapacitet i praksa za prikupljanje donacija
- *ciljevi*: raznolikost, kompatibilnost
- *vladavina*: davanje glasa i izbora
- *korporativni identitet*: reflektiranje višestrukih uloga i svrha
- *inovativnost*: doprinos volontiranja razvoju inovacija, doprinos doniranja razvoju inovacija
- *ulaganje*: volontiranje kao ulaganje, doniranje kao ulaganje, doprinos volontiranja razvoju ulaganja, doprinos doniranja razvoju ulaganja

Prema konceptualnom okviru rada, unutar zdravstvenog sustava odvija se pri financiranju usluga određena kombinacija različitih izvora financiranja. Jednako tako i kod pružanja usluga postoje različiti pružatelji usluga. Volontiranje i doniranje dio su resursa iz zajednice koji doprinose financijskom aspektu zdravstvenih ustanova i koji doprinose pružanju usluga. Njihov doprinos čini zdravstvene ustanove i hibridnim ustanovama, obzirom da se volontiranje i doniranje smatra primarno obilježjem drugog sektora u kojeg ne spadaju zdravstvene ustanove.

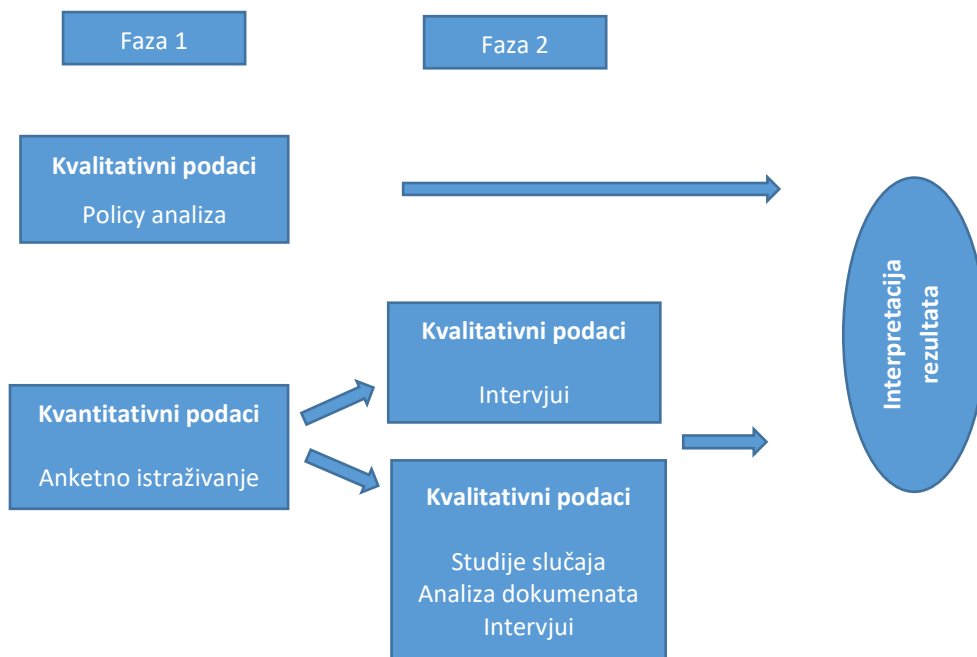
Volontiranje i doniranje tu dolaze kao inovativni odgovor, ali i kao resursi koji doprinose inovacijama. Ujedno, volontiranje i doniranje su ulaganje sami po sebi, ali isto tako i omogućuju ulaganje.

Hibridnost ustanova opisuje se kroz raznolikost resursa koje ustanova koristi, mješovitost ciljeva, omogućavanje davanja glasa kroz vladavinu i korporativni identitet. Prepoznavanjem tih dimenzija za volontiranje i doniranje (koliko i kako je volontiranje i doniranje njima pokriveno), mnogo je lakše procjenjivati doprinos volontiranja i doniranja kombiniranom modelu zdravstvenog sustava, obzirom da se kroz te dimenzije određuje hibridnost ustanova ili koliko su same ustanove kombinirane.

Glavni okvir koji omogućuje da volontiranje i doniranje budu resursi za zdravstvene ustanove i zdravstveni sustav, je regulatorni okvir (zakoni, strateški planovi). On je prvi i osnovni kapacitet i praksa na makro razini (razini zdravstvenog sustava) na koji se naslanjaju kapacitet i praksa na mikro razini (razini zdravstvenih ustanova). Regulatorni okvir je glavni „propusni ventil“ koji omogućava kombinirani model zdravstvene zaštite i koji omogućava da volontiranje i doniranje budu doprinos kombiniranom modelu zdravstvene zaštite.

3. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

U svrhu postizanja postavljenog cilja istraživanja koristio se mješoviti istraživački pristup (engl. *Mixed Method Research*) i to eksplanatorni sekvencijalan nacrt (Plano Clark i Ivankova, prema Creswell i Creswell, 2018.) (Slika 3.1.).



Slika 3.1. Eksplanatorni sekvencijalni nacrt istraživanja

Eksplanatorni sekvencijalni nacrt uključio je prikupljanje podataka u dvije faze pri čemu se kvantitativni podaci prikupljaju i analiziraju u prvoj fazi, a rezultati se koriste kako bi se planiralo drugu fazu koja je obično kvalitativna. Pri tome se rezultati obično koriste za planiranje namjernog uzorkovanja tj. koji tip sudionika je pogodan za drugu fazu istraživanja i koji tip pitanja im postaviti. Kvantitativni i kvalitativni podaci se analiziraju zasebno, a nakon toga se podaci integriraju tako da se povezuju kvantitativni rezultati s kvalitativnim podacima. Ujedno, kvalitativni podaci pomažu pojasniti kvantitativne podatke (Creswell i Creswell, 2018.).

U prvoj fazi koristila se kombinacija metoda prikupljanja podataka odnosno provela se *policy* analiza i anketno istraživanje. U drugoj fazi provedeni su intervjui i studije slučaja. *Policy* analiza koristila se za dobivanje odgovora na prvo istraživačko pitanje: „Kakva su obilježja kombiniranog modela zdravstvene zaštite u aspektima financiranja i pluralizma pružatelja usluga?“. Za odgovor na drugo i treće istraživačko pitanje: „Kakav je kapacitet i praksa zdravstvenih ustanova u implementaciji volontiranja?“ i „Kakav je kapacitet i praksa

zdravstvenih ustanova u prikupljanju donacija?“, provedeno je anketno istraživanje, intervjui i studije slučaja. Anketno istraživanje koristilo se za oblikovanje druge faze istraživanja, tj. prikupljanje kvalitativnih podataka. Intervjui i studije slučaja korišteni su za dobivanje podatka kako bi se detaljnije pojasnilo rezultate prve faze istraživanja, tj. anketnog istraživanja.

Radi preglednosti daje se tabelarni prikaz korištenih metoda te uključenih sudionika, odnosno materijala (Tablica 3.1.) koji se detaljnije opisuju u nastavku.

Tablica 3.1. Prikaz korištenih metoda i uključenih sudionika prema pojedinom istraživačkom pitanju

Istraživačko pitanje	Metode	Sudionici / materijali obuhvaćeni istraživanjem i uključeni u obradu
Prvo / Drugo i treće	Analiza zakona i strategija	Zakoni Strateški dokumenti
Drugo i treće	Online anketa	Zdravstvene ustanove javnih osnivača isključujući ljekarničku djelatnost i djelatnost dentalne medicine (N=45)
Drugo i treće	Intervjui	Vodstvo zdravstvenih ustanova koje implementiraju volontiranje (N=10) Vodstvo zdravstvenih ustanova koje prikupljaju donacije (N=7) Djelatnici zdravstvenih ustanova koje implementiraju volontiranje (N=10) Djelatnici zdravstvenih ustanova koje prikupljaju donacije (N=4) Volonteri u zdravstvenim ustanovama (N=10) Donatori zdravstvenim ustanovama (N=5)
Drugo i treće	Studije slučaja - Analiza dokumenata zdravstvenih ustanova - Intervjui	Zdravstvene ustanove (N=2) Ključne osobe (N=5) Dokumenti zdravstvenih ustanova

Napomena: Jedan dio osoba obuhvaćen je intervjuima za obje pojave (i za volontiranje i za doniranje).

3.1. Analiza politike (*policy* analiza)

Prvo istraživačko pitanje, i *policy* analiza koja se provela kako bi se odgovorilo na njega, ima objašnjavajući karakter u odnosu na postavljeni cilj istraživanja i druga dva istraživačka pitanja. Svrha ovog dijela istraživanja je da se jasno pruži kontekst i istakne uloga volontiranja i doniranja u kombiniranom modelu zdravstvene zaštite: na što se to volontiranje i doniranje kao resursi nadovezuju u kombiniranom modelu zdravstvene zaštite.

Policy analiza je „proces multidisciplinarnog istraživanja čiji je cilj stvaranje, kritička procjena i komunikacija znanja relevantnog za politiku“ (Dunn, 2018., 3). Znanje relevantno za politiku obuhvaća pitanja vezana uz problem politike, očekivane ishode politike, preferirane politike,

promatrane ishode politike i izvedbu politike. *Policy* analiza koristi različitu metodologiju koja se oslanja na metode društvenih znanosti, teorije i značajna otkrića za rješavanje praktičnih problema. Cilj te metodologije je da pomogne u razumijevanju i propitivanju ne samo produkta istraživanja, već i procesa njegova kreiranja (Dunn, 2018.). Prema Dunnu (2018.) razlikujemo metodu strukturiranja problema (engl. *Problem structuring*), metodu predviđanja (engl. *Forecasting*), metodu preskripcije (engl. *Prescription*), metodu praćenja (engl. *Monitoring*) i metodu evaluacije (engl. *Evaluation*). Metode su međuoavisne i nije moguće koristiti jednu bez korištenja druge.

U *policy* analizi koristili su se sekundarni izvori informacija. Obuhvatilo se *policy* dokumente koji se odnose na regulatorni okvir zdravstvene politike na nacionalnoj razini (zakone, pravilnike i strategije) od 90-ih godina prošlog stoljeća. Relevantnost regulatornih dokumenata detektirala se slijedom ključnih pojmova vezanih uz financiranje i pružanje usluga.

Sukladno interesu rada prema volontiranju i doniranju, obuhvatilo se i regulatorne dokumente vezane uz volontiranje i doniranje. Napravio se kratki osvrt na začetke doniranja, ali je opsežnija analiza od trenutka od kada su oba mehanizma prisutna, tj. od 2007. godine. Zakonska regulacija volontiranja postoji od 2007. godine, a zakonska regulacija doniranja seže u raniji period. Time godina 2007. postaje godina preklapanja postojanja zakonskih regulacija za volontiranje i doniranje pa se periodu nakon 2007. dala povećana pozornost.

Fokus u analizi je na strukturi i obilježjima financiranja zdravstvenih ustanova (tko financira zdravstvenu zaštitu), strukturi i obilježjima pružatelja usluga u zdravstvenim ustanovama (tko pruža usluge zdravstvene zaštite) i koje su značajne promjene vezane uz to, bile aktualne kroz vrijeme u regulaciji. Pri tome se zahvatilo dimenzije: *financiranje*, *pružanje usluga* i *regulacija*. U kontekstu postavljenog cilja istraživanja, dimenzijom *regulacije* zahvatilo se i volontiranje i doniranje (kako su generalno regulirani i koje su specifičnosti njihove regulacije unutar zdravstvene politike).

3.2. Anketno istraživanje

Anketno istraživanje primijenilo se za potrebe odgovara na drugo i treće istraživačko pitanje. Njime su se prikupile informacije o kapacitetima i praksi zdravstvenih ustanova za implementaciju volontiranja i prikupljanje donacija. Prikupljeni podaci su se analizirali i

koristili i za oblikovanje druge faze istraživanja, tj. prikupljanje kvalitativnih podataka. Kroz anketno istraživanje obuhvatilo se dimenzije: *resursi, ciljevi, vladavina, korporativni identitet, inovativnost i ulaganje*.

3.2.1. Uzorak

U anketnom istraživanju, pri uzorkovanju se koristio neprobabilistički uzorak i to namjerni uzorak (engl. *purposive sampling*). Istraživanjem se obuhvatilo zdravstvene ustanove koje mogu biti organizatori volonterskih aktivnosti sukladno Zakonu o volonterstvu i primatelji donacija, odnosno javne i privatne zdravstvene ustanove sa svake razine zdravstvene djelatnosti u cilju postizanja heterogenosti uzorka.

Kriteriji uključivanja:

- zdravstvena ustanova može biti organizator volontiranja i primatelj donacija
- djelatnost zdravstvene ustanove se ne odnosi na dentalnu medicinu
- djelatnost zdravstvene ustanove se ne odnosi na ljekarništvo.

Prema stanju u bazi podataka Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite³³ o zdravstvenim ustanovama na dan 25.8.2021.³⁴ bilo je aktivnih (otvorenih) 918 ustanova, od toga 181 javnih i 737 privatnih. Među 181 javnom ustanovom, 21 se odnosi na ljekarničku djelatnost, a među 739 privatnih ustanova, 164 se odnosi na ljekarničku djelatnost. Među javnim ustanovama 2 se odnose na dentalnu medicinu, a kod privatnih 54.

Izdvajaju se javne zdravstvene ustanove koje su bile predviđene za obuhvat istraživanjem (N=157³⁵):

- zdravstvene ustanove na primarnoj razini zdravstvene zaštite (N=45): domovi zdravlja (N=44), ustanova za zdravstvenu njegu (N=1)

³³ Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23) sadrži upisane pravne i fizičke osobe koje u Republici Hrvatskoj obavljaju zdravstvenu djelatnost. Nacionalni registar vodi Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

³⁴ Podaci su zaprimljeni na pisani upit.

³⁵ Prema stanju u bazi podataka Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite na 1.1.2023. godine, broj javnih zdravstvenih ustanova iznosi 156. Podatak se odnosi na sjedišta (nadležna, matična) ustanova, a ne uključuje ljekarničke ustanove te one ustanove koje isključivo obavljaju djelatnosti dentalne medicine.

- zdravstvene ustanove na sekundarnoj razini (N=56): poliklinika (N=8), opća bolnica (N=22), specijalna bolnica (N=23), lječilište (N=2)
- zdravstvene ustanove na tercijarnoj razini (N=12): klinika (N=4), klinička bolnica (N=3), klinički bolnički centar (N=5)
- zdravstvene ustanove na razini zdravstvenih zavoda (N=45): zavodi za javno zdravstvo (N=22), zavodi za hitnu medicinu (N=22), zavod za transfuzijsku medicinu (N=1) – od toga državni zdravstveni zavodi (N=3).

Izdvajaju se privatne zdravstvene ustanove koje su bile predviđene za obuhvat istraživanjem (N=519):

- zdravstvene ustanove na primarnoj razini zdravstvene zaštite (229): ustanova za zdravstvenu njegu (140), ustanova za zdravstvenu zaštitu (84), ustanova za palijativnu skrb (2), ustanova za medicinu rada (3)
- zdravstvene ustanove na sekundarnoj razini (289): poliklinika (272), specijalna bolnica (12), lječilište (5)
- zdravstvene ustanove na tercijarnoj razini (1): klinika (1).

Od strane Ministarstva zdravstva primljeni su kontakti od javnih zdravstvenih ustanova – ukupno 160 adresa elektroničke pošte primatelja (ravnateljstvo) u javnim zdravstvenim ustanovama. Kontakti privatnih zdravstvenih ustanova, prikupljeni su pretraživanjem interneta prema stanju u bazi podataka Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite³⁶ o zdravstvenim ustanovama na dan 25.8.2021.³⁷ Ukupno je pronađeno 339 kontakata privatnih zdravstvenih ustanova na koje je poslan poziv za sudjelovanje u istraživanju s pristupom anketi. Unutar zdravstvene ustanove, sudionike istraživanja činili su ravnatelj/ica zdravstvene ustanove ili njegov/njen zamjenik/ica ili osoba delegirana s njihove strane koja je upoznata s podacima potrebnima za ispunu ankete.

Zaprimljene su ankete od **50 zdravstvenih ustanova**, od čega je jedna od ustanove u djelatnosti dentalne medicine koja je isključena. Od 49 zdravstvenih ustanova 4 su privatne zdravstvene ustanove (dvije poliklinike, jedna ustanova za zdravstvenu njegu te jedna opća i specijalna bolnica). Obzirom na mali odaziv privatnih zdravstvenih ustanova, koje su ujedno i manje u mogućnosti njegovati filantropske aktivnosti, u daljnju obradu uključene su samo ankete od

³⁶ Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20) sadrži upisane pravne i fizičke osobe koje u Republici Hrvatskoj obavljaju zdravstvenu djelatnost. Nacionalni registar vodi Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

³⁷ Podaci su zaprimljeni na pisani upit.

javnih zdravstvenih ustanova – njih **45**. Prema podacima Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite o zdravstvenim ustanovama na dan 1.1.2023., prema kojima je zabilježeno 156 javnih zdravstvenih ustanova³⁸, anketu je ispunilo 28,85% javnih zdravstvenih ustanova.

Među zdravstvenim ustanovama koje su ispunile anketu najviše je domova zdravlja (Tablica 3.2.1.1.). Kod upita o ulozi u zdravstvenoj ustanovi, dana je mogućnost odabira više odgovora zbog mogućeg preklapanja uloga. Primarno su osobe koje su ispunile anketu predstavnici menadžmenta ustanova (Tablica 3.2.1.2.). Kod odgovora pod ostalo zabilježeni su odgovori koji se također mogu svrstati pod vodstvo i menadžment ustanove (npr. četiri odgovora odnose se na ulogu ravnatelja/ice i/ili pomoćnika/ce ravnatelja/ice).

Tablica 3.2.1.1. *Prikaz odaziva javnih zdravstvenih ustanova obuhvaćenih istraživanjem prema vrsti ustanove*

Vrsta zdravstvene ustanove	N	%
Dom zdravlja	15	33,33
Ustanova za zdravstvenu zaštitu	0	0,00
Ustanova za zdravstvenu njegu	0	0,00
Ustanova za palijativnu skrb	0	0,0
Poliklinika	3	6,67
Opća i specijalna bolnica	15	33,33
Lječilište	1	2,22
Klinika	1	2,22
Klinička bolnica	1	2,22
Klinički bolnički centar	1	2,22
Državni zdravstveni zavodi	1	2,22
Zavod za javno zdravstvo	7	15,56
Zavod za hitnu medicinu	0	0,00
Zavod za transfuzijsku medicinu	0	0,00
Ostalo	0	0,00
Ukupno	45	100,00

Tablica 3.2.1.2. *Prikaz uloga osoba koje su ispunile anketu unutar zdravstvene ustanove*

Odgovor	N	%
predstavnik/ica vodstva ustanove	28	62,22
predstavnik/ica menadžmenta zdravstvene ustanove	6	13,33
koordinator/ica volonterskog programa	1	2,22
voditelj/ica odjela pri kojem se provodi volonterski program	0	0,00
voditelj/ica odjela prema kojem se usmjerava velika količina donacija	0	0,00
Ostalo	12	26,67
Ukupno	47	100

³⁸ Prema stanju u bazi podataka Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite na 1.1.2023. godine, broj javnih zdravstvenih ustanova iznosi 156. Podatak se odnosi na sjedišta (nadležna, matična) ustanova, a ne uključuje ljekarničke ustanove te one ustanove koje isključivo obavljaju djelatnosti dentalne medicine.

3.2.2. *Mjerni instrument*

Anketa (Prilog 1) je kreirana za potrebe istraživanja tako da sadržava:

- zajednički jedinstveni dio podatka o osnovnim obilježjima zdravstvenih ustanova (vrsta zdravstvene ustanove, uloga osobe koja ispunjava upitnik)
- pitanja o kapacitetu i praksi zdravstvenih ustanova za implementaciju volontiranja (broj volontera, broj sati, uloga volontera, aktivnosti volontera, razlog uključivanja volontiranja, način uključivanja volontera, učestalost uključivanja volontera, period od kada se uključuju volonteri, suradnja s drugima pri uključivanju volontera, promjene pri uključivanju volontera tijekom pandemije COVID-19, doprinos inovacijama, doprinos ulaganju, način provedbe menadžmenta volontera, spremnost na implementaciju volontiranja – znanje, vodstvo, klima i resursi) i
- pitanja o kapacitetu i praksi zdravstvenih ustanova za prikupljanje donacija (količina donacija, primanje različitih oblika donacija, period od kada se primaju donacije, doprinos inovacijama, doprinos ulaganju, način provedbe menadžmenta prikupljanja donacija, spremnost na prikupljanje donacija – znanje, vodstvo, klima i resursi).

Anketa je obuhvatila iskustvo u periodu od posljednjih 5 godina kako bi se zahvatio i period prije epidemije COVID-19 za koji se pretpostavlja da je specifičniji u svim segmentima teme istraživanja.

U oblikovanju ankete, za detekciju prakse i kapaciteta, korišten je model spremnosti zajednice (Oetting i sur., 2001.; Edwards i sur., 2000.; Donnermeyer i sur., 1997.; Oetting i sur., 1995., Jumper-Thurman i sur., 2001.), standardi kvalitete menadžmenta volontera (HCV, 2016.), preporuke za prikupljanje podataka o volontiranju tj. mjerenju volontiranja (ILO, 2021.) i SMART model planiranja intervencija (engl. *Social Marketing Assessment and Response Tool* (McKenzie, Neiger i Thackeray, 2017.; Neiger i sur., 2003.; Neiger i Thackeray, 2002.).

Kapacitet za implementaciju volontiranja te za prikupljanje donacija, razmatrao se kroz model spremnosti zajednice (Oetting i sur., 2001.; Edwards i sur., 2000.; Donnermeyer i sur., 1997.; Oetting i sur., 1995., Jumper-Thurman i sur., 2001.)³⁹, pri čemu zajednicu na mikro

³⁹ Model spremnosti zajednice bazira se na nekoliko pozadinskih premisa (Edwards i sur., 2000.): 1) zajednica se nalazi na različitom stupnju spremnosti za nošenje sa specifičnim problemom; 2) stupanj spremnosti može se točno procijeniti; 3) zajednice se mogu kretati kroz seriju stupnjeva za razvoj, implementaciju, provedbu i unaprjeđenje

razini predstavlja pojedina zdravstvena ustanova, odnosno na makro razini zbroj zdravstvenih ustanova Republike Hrvatske⁴⁰. Model spremnosti zajednice sadrži pet dimenzija (Tablica 3.2.2.1.) i devet razina modela spremnosti zajednice: tolerancija ili neosvijestjenost, negiranje problema, slaba svijest o problemu, početak planiranja, priprema, početak aktivnosti, institucionalizacija ili stabilizacija, potvrda / širenje programa i profesionalizacija (Oetting i sur., 2014.; Oetting i sur., 2002.; Edwards i sur., 2000.; Oetting i sur., 1995.).

Za potrebe anketnog istraživanja, prilagođena je skala procjene za bodovanje dimenzija spremnosti prema Oetting i sur. (2014.). Odabrano je četiri od pet dimenzija: vodstvo⁴¹, klima, znanje o pojavama i resursi. Prva dimenzija (znanje zdravstvene ustanove o postojećim nastojanjima uključivanja resursa volontiranja i doniranja) nije uključena obzirom na podudaranje s četvrtom dimenzijom (znanje zdravstvene ustanove o resursu volontiranja / doniranja). Svaka dimenzija u upitniku je zastupljena s devet tvrdnji pri čemu se svaka od tvrdnji odnosi na jednu od devet razina spremnosti. Sudionik kod svake dimenzije odabire tvrdnju za koju procjenjuje da najviše odgovara trenutnom stanju u njegovoj zdravstvenoj ustanovi. Viša razina spremnosti smatra se i višom razinom kapaciteta za volontiranje i doniranje. Anketa sadrži isti set od 36 tvrdnji i za volontiranje i za prikupljanje donacija.

Tablica 3.2.2.1. Dimenzije spremnosti zdravstvene ustanove za resurse volontiranja i doniranja

Dimenzija	Opis
Znanje zdravstvene ustanove o postojećim nastojanjima uključivanja resursa volontiranja i doniranja	Koliko ustanova zna o postojećim programima i aktivnostima za implementaciju resursa volontiranja / doniranja?
Vodstvo zdravstvene ustanove	Koji je stav vodstva prema resursu volontiranja / doniranja?
Klima u zdravstvenoj ustanovi	Koji je stav ustanove prema resursu volontiranja / doniranja?
Znanje zdravstvene ustanove o resursu volontiranja / doniranja	Koliko mnogo ustanova zna o resursu volontiranja / doniranja?
Resursi zdravstvene ustanove	Koji su resursi korišteni ili bi se mogli koristiti?

Izvor: prilagođeno prema Oetting i sur., 2014.; Donnermeyer i sur., 1997.; Oetting i sur., 2001.

učinkovitih programa; 4) ključno je identificirati stupanj spremnosti jer se intervencije temeljem kojih zajednica prelazi u iduću fazu razlikuju za svaki stupanj spremnosti.

⁴⁰ Zajednica se može promatrati kroz geografsko područje (npr. grad, županija ili područje omeđeno određenim granicama), podgrupu ili zajednicu definiranu s dobi ili etničkom pripadnošću, interes (npr. područje provedbe nekog zakona, medicinska zajednica i dr.), sustav (npr. razvoj mentalnog zdravlja, razvoj djece) i/ili organizaciju (npr. fakultet, odjel) (Oetting i sur., 2014.).

⁴¹ Model koristi pojam vodstva (engl. *leaders*) sukladno njegovom izvornom temelju u zajednici kao geografsko područje. Primjena modela se vremenom širila uključujući i zajednicu promatranu na razini organizacije. U daljnjem tekstu koristiti će se negdje i pojam menadžmenta kao širi pojam od vodstva. U ovom istraživanju će se pod vodstvom razumijevati ravnatelj/icu, zamjenika ravnatelja/ice te pomoćnike/ice. Pod menadžmentom će se razumijevati „skup znanja i vještina u planiranju, odlučivanju, rukovođenju i nadzoru u sustavu zdravstva“ Dubovečak i sur. (2019., 61). Prema Dubovečak i sur. (2019.) u Republici Hrvatskoj menadžment u zdravstvu nije definiran važećim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti već je definiran pojam uže uprave. Uobičajeni termini za menadžment su uprava (uža i šira), ravnateljstvo, stručne službe, administracija itd.

Za određivanje **kapaciteta i prakse zdravstvenih ustanova u implementaciji volontiranja** kao organizatora volontiranja (za pripremu, provedbu i vrednovanje volonterskog programa), koristili su se standardi dobre prakse menadžmenta volontera, odnosno standardi kvalitete, postavljeni na nacionalnoj razini Republike Hrvatske. U tu svrhu pratili su se kriteriji njihovih temeljnih područja i potpodručja kvalitete (HCV, 2016.):

1) postavljanje temelja za razvoj volonterskog programa

1.1. Strateško promišljanje organizacije o uključivanju volontera

1.2. Praćenje i ispunjavanje pravne regulative za volontiranje u RH

1.3. Koordinacija volonterskog programa u organizaciji

1.4. Planiranje volonterskog programa

2) priprema volonterskih pozicija i koraka za uključivanju volontera

2.1. Izrada opisa volonterske pozicije

2.2. Pronalazak volontera

2.3. Odabir volontera

3) kreiranje poticajnog i motivirajućeg okruženja

3.1. Orijehtacija i obuka volontera

3.2. Podrška i supervizija volontera

3.3. Vrednovanje i nagrađivanje volontera

Kriteriji za svako potpodručje preoblikovani su u tvrdnje (npr. *Upravljačko tijelo zdravstvene ustanove donijelo je odluku o ključnoj ulozi volontera u ostvarivanju ciljeva zdravstvene ustanove; Organizacija djeluje u skladu s odredbama Zakona o volonterstvu i Etičkog kodeksa volontera; Postoji kontakt osoba ili osobe zadužene za koordinaciju volonterskog programa u organizaciji, s jasnim pravima i odgovornostima; Organizacija procjenjuje rizik za svaku volontersku poziciju i u skladu s tim poduzima korake za osiguranje volontera; Organizacija ima jasne kriterije za odabir volontera koji su u skladu s opisom volonterske pozicije; itd.*). Ukupno je kreirano 59 tvrdnji koje su bile poslane stručnjacima u regionalnim volonterskim centrima uključenima u kreiranje standarda kvalitete. Stručnjaci su zamoljeni da procjene

relevantnost svake tvrdnje. Tvrdnje koje su se pokazale kao najrelevantnije, uključene su u anketu. Ukupno je zadržano 23 tvrdnji za koje su predviđeni mogući odgovori: *Uopće se ne odnosi, Uglavnom se ne odnosi, Niti se odnosi, niti se ne odnosi, Uglavnom se odnosi, U potpunosti se odnosi.*

Za određivanje **prakse zdravstvenih ustanova u implementaciji volontiranja**, pratile su se i preporuke za prikupljanje podataka o volontiranju (mjerenje volontiranja) dane od ILO-a (2021.) s time da se u ovom istraživanju polazilo od perspektive zdravstvenih ustanova kao organizatora volontiranja.

Indikatori koji su se pratili:

- zadaci koji se izvode kako bi se pomoglo ili pružila podrška drugima (npr. *Na kojima aktivnostima su bili aktivni volonteri?; Navedite tri najprisutnije direktne aktivnosti u koje su bili uključeni volonteri.; Navedite tri najprisutnije indirektno aktivnosti u koje su bili uključeni volonteri.*)
- broj sati volontiranja (npr. *Koliki broj sati obuhvate volonteri na godišnjoj razini?*)
- vrsta korisnika volontiranja (osoba ili organizacija) (npr. *Na kojima aktivnostima su bili aktivni volonteri?*)
- glavni razlog angažmana u volontiranju (npr. *Koji su glavni razlozi za uključivanje volontera u navedene aktivnosti?*)
- organizatori volontiranja (zdravstvena ustanova ili organizacija iz zajednice) (npr. *Tko je bio organizator volonterskog programa?; Suraduje li ustanova pri uključivanju volontera s poslovnim subjektima u dijelu tzv. korporativnog volontiranja volonterskog programa?*)
- glavna aktivnost organizacije kroz koju se odvijalo volontiranje (npr. *Molimo da označite vrstu Vaše zdravstvene ustanove.*)

Za određivanje **kapaciteta i prakse zdravstvenih ustanova za prikupljanje donacija** koristili su se koraci prilagođeni potrebama rada, prema SMART modelu planiranja intervencija (McKenzie, Neiger i Thackeray, 2017., Neiger i sur., 2003., Neiger i Thackeray, 2002.). Model SMART prati korake projektnog menadžmenta imajući u fokusu socijalni marketing. Prateći korake projektnog menadžmenta postiže se usklađenost u procjenama kapaciteta i prakse doniranja s volontiranjem, obzirom da standardi prakse za volontiranje prate projektni

menadžment. Za doniranje nisu uočeni standardi kakvi postoje za volontiranje. S fokusom na socijalni marketing, djelovanje je usmjereno preferencijama ciljne skupine kroz cijeli proces planiranja i provedbe. Kod doniranja, donatori daju za određenu svrhu, za određenu ideju što traži prepoznavanje preferencije ciljne skupine od koje se želi sakupiti novac. Sukladno SMART modelu pratilo se kapacitet i praksu po sedam faza pri čemu su koraci pojedine faze u anketi preoblikovani u tvrdnje:

Faza 1. Početno planiranje (npr. *Postavljen je opći, dugoročni cilj prikupljanja donacija.*)

Faza 2. Analiza ciljane skupine (npr. *Identificirana je ciljna skupina donatora prema kojoj se usmjerava zamolba za donacijom.*)

Faza 3. Analiza tržišta (npr. *Određeno je koja se donacija traži od potencijalnih donatora i koliko.*)

Faza 4. Analiza kanala (npr. *Prepoznate su pogodne poruke za komunikaciju s potencijalnim donatorima.*)

Faza 5. Razvoj intervencije i materijala (npr. *Razvijeni su materijali za pristup potencijalnim donatorima temeljem prepoznatog.*)

Faza 6. Implementacija (npr. *Vodi se dokumentacija o prikupljenim donacijama i njihovom usmjeravanju za traženu svrhu.*)

Faza 7. Evaluacija (npr. *Vrednuje se učinak usmjeravanja donacija za traženu svrhu.*)

Ukupno je kreirana 21 tvrdnja za koje su predviđeni mogući odgovori: *Uopće se ne odnosi; Uglavnom se ne odnosi; Niti se odnosi, niti se ne odnosi; Uglavnom se odnosi; U potpunosti se odnosi.*

3.2.3. Provedba istraživanja

Anketa je provedena putem interneta kao *online* anketa uz korištenje alata *LimeSurvey* (<https://www.srce.unizg.hr/limesurvey>) koji kao uslugu nudi Sveučilišni računski centar Sveučilišta u Zagrebu. Pristupni link za anketu, preko kojeg se pristupalo anketi, poslan je elektroničkom poštom na sudionike istraživanja zajedno s pozivom za sudjelovanje (Prilog 2), informacijama o istraživanju (Prilog 3) i pismima podrške za provedbu istraživanja dobivenima

od Ministarstva zdravstva (Prilog 4) i Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora (Prilog 5).

Anketa je poslana elektroničkom poštom s maila gordana.simunkovic@medri.uniri.hr u dva navrata u periodu od siječnja do veljače 2023. godine. Nakon toga, prema zdravstvenim ustanovama koje nisu ispunile anketu, upućen je telefonski poziv na ravnateljstvo koji je za neke ustanove ponovljen. Na traženje pojedinih zdravstvenih ustanova pri telefonskom pozivu, anketa je prema njima poslana i treći puta. Pet zdravstvenih ustanova javilo je da je istraživanje poslano ili potrebno poslati na etičko povjerenstvo njihove ustanove. Odobrenja su primljena zaključno sa svibnjem 2023. godine.

3.2.4. Obrada podataka

U obradi podataka prikupljenih anketom koristila se deskriptivna statistika tj. mjere centralne tendencije i mjere varijabilnosti. Od mjera centralnih tendencija korištena je aritmetička sredina, a od mjera disperzije standardna varijacija.

Podaci koji se odnose na spremnost obrađeni su tako da se za svaku od obuhvaćenih četiri dimenzija (vodstvo, klima u zajednici, znanje zajednice o pojavi, resursi) računala prosječna vrijednost. Krajnja, opća prosječna vrijednost spremnosti zajednice dobila se izračunom prosjeka svih četiri dimenzija i prema njoj se odredio stupanj spremnosti.

3.3. Intervjui

Za potrebe odgovara na drugo i treće istraživačko pitanje, planirala se provedba fokusnih grupa. Fokusnim grupama željelo se prikupiti informacije o kapacitetima i praksi zdravstvenih ustanova za provedbu volonterskog programa i prikupljanje donacija kako bi se detaljnije pojasnilo rezultate prve faze istraživanja, tj. anketnog istraživanja. Kako se je pri kontaktima prema zdravstvenim ustanovama pojavila teškoća da se sudionike iz različitih zdravstvenih ustanova okupi u isto vrijeme (detaljnije pod točkom 3.1.3.3.), pristupilo se provedbi intervjua. Kao i kroz anketno istraživanje, i provedbom intervjua obuhvatile su se dimenzije: *resursi, ciljevi, vladavina, korporativni identitet, inovativnost i ulaganje*.

3.3.1. Uzorak

Intervjui su provedeni sa slijedećim skupinama sudionika:

1. predstavnicima vodstva / menadžmenta zdravstvenih ustanova koje implementiraju volontiranje
2. predstavnicima vodstva / menadžmenta zdravstvenih ustanova koje prikupljaju donacije
3. predstavnicima djelatnika zdravstvenih ustanova koje implementiraju volontiranje
4. predstavnicima djelatnika zdravstvenih ustanova koje prikupljaju donacije
5. predstavnicima volontera koji volontiraju u zdravstvenim ustanovama
6. predstavnicima donatora koji doniraju za zdravstvene ustanove.

Skupina predstavnika pacijenata koji koriste zdravstvene usluge u zdravstvenim ustanovama koje implementiraju volontiranje i prikupljaju donacije nije zahvaćena jer se isti nisu odazvali na poziv i/ili nije učinjeno povezivanje s njima preko zdravstvenih ustanova.

Za odabir sudionika intervjuja, koristilo se neprobabilističko uzorkovanje odnosno namjerni uzorak (engl. *purposive sampling* ili *purposeful sampling*). Unutar toga primijenila se miješana strategija uzorkovanja (Patton, 2014.), odnosno, odabir metode uzorkovanja razlikovao se za pojedinu populaciju pri čemu je uzorkovanje za svaku pojedinu populaciju detaljnije opisano u nastavku.

Zdravstvene ustanove koje su odabrane kako bi se iz njih uključili sudionici u intervjuje, primarno su bile homogene (dijelile su ključne značajke) (Willig, 2013.). Njihova homogenost bila je vezana uz značajku da implementiraju volontiranje i/ili doniranje. Ujedno se koristio maksimalno varirajući uzorak zdravstvenih ustanova vezanih uz implementaciju volontiranja i doniranja od strane zdravstvenih ustanova s područja Republike Hrvatske. Varijacija se postigla u skladu s indikatorima koje su u fokusu istraživanja (*broj osoba koje volontiraju, broj sati volontiranja, količina prikupljenih donacija, period implementacije volontiranja, period prikupljanja donacija*) i šire: *organizator volontiranja, primatelj volontera gdje je organizator volontiranja druga organizacija iz zajednice, samostalno prikupljanje donacija i primanje donacija gdje je prikupljanje provedeno od druge organizacije*. Time se željelo osigurati visoko kvalitetni, detaljni opisi pojedinog područja, korisni za bilježenje različitosti koji ujedno omogućavaju i uvid u važne zajedničke obrasce (Patton, 2014.). Tako su zadovoljena i dva

kriterija koja izdvajaju Blatter i Haverland (2012.) da je potrebno zadovoljiti kod namjerno biranih slučajeva.

Odabir metode uzorkovanja dalje se je razlikovalo za pojedinu populaciju:

a) analiza rezultata anketnog istraživanja

Za odabir zdravstvenih ustanova temeljem rezultata anketnog istraživanja, primijenilo se uzorkovanje ekstremnih / izuzetnih slučajeva (engl. *extreme or deviant case sampling; outlier sampling*) (Patton, 2014.; Seawright i Gerring, 2008.). Sukladno tome, zahvatilo se neuobičajene ili atipične slučajeve u odnosu na uzorak obuhvaćen anketom: zdravstvene ustanove koji su organizatori volonterskog programa s najvećim brojem volontera / najvećim brojem sati volontiranja, zdravstvene ustanove koji primaju volontere od drugih organizatora s najvećim brojem volontera / najvećim brojem sati volontiranja, zdravstvene ustanove s najdužim periodom implementacije volontiranja, zdravstvene ustanove s najvećim iznosom donacija, zdravstvene ustanove s najdužim periodom primanja donacija.

Sudionike intervjua činile su osobe koje su se odazvale na zamolbu za sudjelovanjem upućenoj prema odabranoj zdravstvenoj ustanovi. Zamolba je bila usmjerena na menadžment (ravnateljstvo, uprava) i po kontaktu s njima ujedno se uputila zamolba za omogućavanjem uključivanja djelatnika pri čijim je odjelima prisutno volontiranje i usmjeravanje donacija, volontera koji volontiraju kod njih, pacijenata koji su u dužem periodu korisnici usluga pri tim odjelima i donatorima. Tražilo se dobivanje kontakata uz prethodnu dozvolu osobe čiji kontakt se daje. Zamolilo se da se među djelatnicima kontaktiraju oni koji se ističu prema učestalosti dolaska u kontakt s volonterima, zaprimljenim donacijama (i/ili opremom koja je kupljena zaprimljenim donacijama) i pacijentima koji su korisnici volontiranja i zaprimljenih donacija. Među volonterima zamolilo se da se kontaktiraju oni koji se izdvajaju prema većem broju sati i dugotrajnosti volontiranja. Među pacijentima zamolilo se da se kontaktiraju oni koji su u dužem kontaktu s volonterima. Među donatorima, zamolilo se da se kontaktiraju oni koji se izdvajaju prema količini donacija i dugotrajnosti doniranja.

Analizom rezultata anketnog istraživanja odabrano je **5 zdravstvenih ustanova** u području volontiranja. Kriteriji njihovog odabira:

- dugotrajnost uključivanja volontiranja
- kontinuiranost uključivanja volontiranja
- prosječni godišnji broj sati volontiranja

- prosječni godišnji broj volontera.

Od pet odabranih zdravstvenih ustanova, jedna se je izdvojila i kod analize popisa zdravstvenih ustanova koje su u posljednjih pet godina dostavile Izvješće o obavljenim uslugama i aktivnostima organizatora volontiranja nadležnom ministarstvu. Od njih pet, **tri su se odazvale na poziv** za sudjelovanje u istraživanju.

b) analiza popisa zdravstvenih ustanova koje su u posljednjih pet godina dostavile Izvješće o obavljenim uslugama i aktivnostima organizatora volontiranja nadležnom ministarstvu

Kod analize popisa zdravstvenih ustanova koje su u posljednjih pet godina dostavile Izvješće o obavljenim uslugama i aktivnostima organizatora volontiranja nadležnom ministarstvu, koristilo se ukupno uzorkovanje populacije (engl. *complete target population sampling strategy*) (Patton, 2014.). Zahvatila se cjelokupna populacija zdravstvenih ustanova koja je zadovoljavala kriterij da je u periodu od posljednjih pet godina (2017. - 2021.) dostavila nadležnom ministarstvu izvješće o obavljenim uslugama ili aktivnostima organizatora volontiranja. Zdravstvene ustanove koje su kao organizatori volontiranja, sukladno Zakonu o volonterstvu i Pravilniku o sadržaju izvješća o obavljenim uslugama i aktivnostima organizatora volontiranja predale Izvješće o obavljenim uslugama ili volonterskim aktivnostima time su ujedno ukazale na aktivnu praksu (tj. aktivni volonterski program).

Na razini Republike Hrvatske, kao osnova za evidenciju o broju organizatora volontiranja i volonterskih sati, broju volontera, dobnoj strukturi volontera te drugih podataka o volontiranju čini obrazac Izvješća o obavljenim uslugama ili aktivnostima organizatora volontiranja kojeg je prema Zakonu o volonterstvu, odnosno Pravilniku o sadržaju izvješća o obavljenim uslugama ili aktivnostima organizatora volontiranja (NN 9/18, 109/21) (u daljnjem tekstu: Pravilnik) svaki organizator volontiranja obavezan dostaviti nadležnom ministarstvu. Prema Pravilniku obrazac izvješća sadrži opće podatke o organizatoru volontiranja, podatke o organiziranom volontiranju tijekom izvještajnog razdoblja i podatke o vrsti aktivnosti/usluga u koju su volonteri bili uključeni tijekom izvještajnog razdoblja. Izvješće se podnosi za vremensko razdoblje od jedne kalendarske godine, nadležnom ministarstvu: Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike. Nadležno ministarstvo temeljem zaprimljenih Izvješća kreira na godišnjoj razini Popis organizatora volontiranja koji sadrži naziv organizatora volontiranja, broj volontera i broj sati volontiranja.

Uvidom u javno dostupne Popise organizatora volontiranja nadležnog ministarstva za period od 2014. do 2021. godine, odnosno od početka prvog dostupnog Popisa, uočava se 18 zdravstvenih ustanova kao organizatori volontiranja (Tablica 3.3.1.1.) u sklopu kojih se bilježi 2 062 volontera i 105 010,9 sati volontiranja.

Tablica 3.3.1.1. Prikaz broja volontera i sati volontiranja u zdravstvenim ustanovama koje su organizatori volontiranja 2014. - 2021.

Br.	Zdravstvena ustanova organizator volontiranja	Godina	Broj vol.	Broj sati vol.	Prosječni godišnji broj vol.	Prosječni godišnji broj sati vol.
1	Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac	2021., 2020., 2019., 2018., 2017., 2016., 2015.	88	14986,35	12,57	2140,91
2	Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija štampar	2021., 2020., 2019., 2018., 2017., 2016.	47	10474	7,83	1745,67
3	Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije	2021., 2020., 2019., 2016., 2015., 2014.	30	833,5	5	138,92
4	Županijska bolnica Čakovec	2019., 2018., 2017., 2016., 2015.	147	2905	29,4	581
5	Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež	2018., 2017., 2016., 2014.	31	644	7,75	161
6	Poliklinika za rehabilitaciju slušanja i govora Suvag	2017., 2015., 2016., 2014.	14	942	3,5	235,5
7	Poliklinika Zlatni cekin	2017., 2016., 2015., 2014.	141	7474	35,25	1868,5
8	Klinički bolnički centar Rijeka	2021., 2020., 2019.	89	5074	29,67	1691,33
9	Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Lipik	2017., 2015., 2014.	5	1776	1,67	592
10	Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević"	2021., 2020.	68	7376	34	3688
11	Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra	2021., 2018.	1317	47092	658,5	23546
12	Ustanova za palijativnu zdravstvenu skrb Hospicij "Marija K. Kozulić"	2021., 2014.	11	1446	5,5	723
13	Opća bolnica "Dr. Josip Benčević" Slavonski Brod	2019., 2018.	29	315	14,5	157,50
14	Neuropsihijatrijska bolnica dr. Ivan Barbot Popovača	2018., 2017.	4	452	2	226
15	Zavod za javno zdravstvo Varaždinske županije	2021.	38	2998	38	2998
16	Dom zdravlja Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske	2020.	1	168	1	168
17	Opća županijska bolnica Požega	2020.	1	20	1	20
18	Poliklinika Medical Body Balance	2018.	1	35	1	35
Ukupno			1802	87699,85		

Izvor: Izračun autora prema MROSP, 2023., MROSP, 2022., MROSP, 2021., MDOMSP, 2020., MDOMSP, 2019., MDOMSP, 2018., MDOMSP, 2017., MSPM, 2016., MSPM, 2015.

Napomena: Broj volontera ne prepoznaje ako je ista osoba prisutna kod više organizatora volontiranja.

Uvidom u Popise organizatora volontiranja nadležnog ministarstva za period od 2017. do 2021. godine, kao relevantan period za potrebe ovog istraživanja, uočava se 18 zdravstvenih ustanova kao organizatori volontiranja (Tablica 3.3.1.2.) u sklopu kojih se bilježi 1802 volontera i 87699,85 sati volontiranja.

Tablica 3.3.1.2. Prikaz broja volontera i sati volontiranja u zdravstvenim ustanovama koje su organizatori volontiranja 2017. - 2021.

Br.	Zdravstvena ustanova organizator volontiranja	Godina	Broj vol.	Broj sati vol.	Prosječni godišnji broj vol.	Prosječni godišnji broj sati vol.
1	Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija štampar	2021., 2020., 2019., 2018., 2017.	33	5338	6,6	1067,60
2	Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac	2021., 2020., 2019., 2018., 2017.	79	14633,35	15,8	2926,67
3	Klinički bolnički centar Rijeka	2021., 2020., 2019.	89	5074	29,67	1691,33
4	Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije	2021., 2020., 2019..	5	272,5	1,67	90,83
5	Županijska bolnica Čakovec	2019., 2018., 2017.	95	1908	31,67	636
6	Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević"	2021., 2020.	68	7376	34	3688
7	Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra	2021., 2018.	1317	47092	658,5	23546
8	Opća bolnica "Dr. Josip Benčević" Slavonski Brod	2019., 2018.	29	315	14,5	157,50
9	Neuropsihijatrijska bolnica dr. Ivan Barbot Popovača	2018., 2017.	4	452	2	226
10	Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež	2018., 2017.	6	88	3	44
11	Zavod za javno zdravstvo Varaždinske županije	2021.	38	2998	38	2998
12	Ustanova za palijativnu zdravstvenu skrb Hospicij "Marija K.Kozulić"	2021.	6	221	6	221
13	Dom zdravlja Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske	2020.	1	168	1	168
14	Opća županijska bolnica Požega	2020.	1	20	1	20
15	Poliklinika Medical Body Balance	2018.	1	35	1	35
16	Poliklinika za rehabilitaciju slušanja i govora Suvag	2017.	4	28	4	28
17	Poliklinika Zlatni cekin	2017.	24	1369	24	1369
18	Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Lipik	2017.	2	312	2	312
Ukupno			1802	87699,85		

Izvor: Izračun autora prema MROSP, 2023., MROSP, 2022., MROSP, 2021., MDOMSP, 2020., MDOMSP, 2019., MDOMSP, 2018.

Napomena: Broj volontera ne prepoznaje ako je ista osoba prisutna kod više organizatora volontiranja.

Analizom udjela zdravstvenih ustanova kao organizatora volontiranja u ukupnom broju organizatora volontiranja koji su dostavili Izvješće o obavljenim uslugama ili aktivnostima

organizatora volontiranja, u periodu od 2014. do 2022. godine, uočava se da zdravstvene ustanove čine udio od 0,10% prema broju uključenih volontera i udio od 0,39% prema broju sati volontiranja (Tablica 3.3.1.3.).

Tablica 3.3.1.3. Prikaz broja organizatora volontiranja, broja volontera i sati volontiranja kod svih organizatora volontiranja i u zdravstvenim ustanovama 2014. - 2022.

	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.	2019.	2020.	2021.	2022.	2014. – 2022.
Broj organizatora volontiranja										
svi	1032	1367	1217	1168	1497	1502	1574	1607	1720	NA
z.u.	6	6	7	8	8	6	7	8	2	NA
%	0,58	0,44	0,58	0,68	0,53	0,40	0,44	0,50	0,12	NA
Broj volontera										
svi	45955	52208	48731	47372	62699	64280	48386	59161	63275	492067
z.u.	50	106	104	105	1345	61	100	191	53	2115
%	0,11	0,20	0,21	0,22	2,15	0,09	0,10	0,10	0,10	0,10
Broj sati volontiranja										
svi	2597121	2943902	3332984	2603676	3253667	3043954	2819655	3181557	3236884	27013400
z.u.	5046	4284	7981	7625	51140	6100	8123	14712	867	105878
%	0,19	0,15	0,18	0,29	1,57	0,20	0,29	0,46	0,03	0,39

Izvor: Izračun autora prema MROSP, 2023., MROSP, 2022., MROSP, 2021., MDOMSP, 2020., MDOMSP, 2019., MDOMSP, 2018., MDOMSP, 2017., MSPM, 2016., MSPM, 2015.

Napomena: Broj volontera ne prepoznaje ako je ista osoba prisutna kod više organizatora volontiranja.

Od 18 zdravstvenih ustanova zabilježenih da je predalo Izvješće u periodu od 2017. do 2021. godine, poziv je upućen na **10 zdravstvenih ustanova**. Prednost za uključivanje dana je zdravstvenim ustanovama koje su duže aktivne kao organizatori volontiranja i onima koje uključuju veći broj volontera. Primjerice, izuzete su dvije zdravstvene ustanove koje su predale Izvješće u promatranom periodu samo jednom i koje su istom imale mali broj volontera (jedan volonter). Na poziv se odazvalo **8 zdravstvenih ustanova**.

Jednako kao što je opisano kod analize rezultata anketnog istraživanja, sudionike intervjua iz zdravstvenih ustanova odabranih analizom popisa zdravstvenih ustanova koje su u posljednjih pet godina dostavile Izvješće o obavljenim uslugama i aktivnostima organizatora volontiranja nadležnom ministarstvu, činile su osobe koje su se odazvale na zamolbu za sudjelovanjem, a koja je bila upućena prema odabranoj zdravstvenoj ustanovi. Zamolba je bila usmjerena na menadžment (ravnateljstvo, uprava) i po kontaktu s njima ujedno se uputila zamolba za omogućavanjem uključivanja djelatnika pri čijim je odjelima prisutno volontiranje, volontera koji volontiraju kod njih i pacijenata koji su u dužem periodu korisnici usluga pri tim odjelima. Zamolilo se da se među djelatnicima kontaktira one koji se ističu prema učestalosti dolaska u

kontakt s volonterima. Među volonterima zamolilo se da se kontaktiraju oni koji se izdvajaju prema većem broju sati i dugotrajnosti volontiranja. Među pacijentima zamolilo se da se kontaktiraju oni koji su u dužem kontaktu s volonterima.

c) analiza baze organizatora volontiranja

Kod analize baze organizatora volontiranja, koristilo se ukupno uzorkovanje populacije (engl. *complete target population sampling strategy*) (Patton, 2014.). Zahvatila se cjelokupna populacija koja zadovoljava kriterij da se radi o zdravstvenoj ustanovi koja je u periodu od posljednjih pet godina (od 2017. do 2021. godine) uključena u bazu organizatora volontiranja i koja je u tom periodu bila aktivna i/ili da se radi o zdravstvenoj ustanovi koja je detektirana kao korisnik volontiranja gdje je organizator volontiranja neka druga organizacija iz baze.

Kao mehanizam posredovanja između (potencijalnih) volontera i organizatora volontiranja, na razini Republike Hrvatske, aktualne su *online* baze organizatora volontiranja, volontera i volonterskih pozicija koje omogućavaju pristupačan i brzi način povezivanja zainteresiranih strana⁴². Za potrebe rada i odabir sudionika istraživanja, koristila se *online* baza organizatora volontiranja, javno dostupna na stranicama dva od četiri regionalnih volonterskih centara: Volonterskog centra Zagreb (<https://volonteka.vcz.hr/>) i Volonterskog centra Rijeka: (<http://www.volonterski-centar-ri.org/baza-organizatora-volontiranja/>). Volonterski centar Split i Volonterski centar Osijek, u vrijeme provedbe istraživanja, nisu raspolagali s javno dostupnom bazom koja bi omogućila adekvatan odabir sudionika istraživanja.

Analizom baza organizatora volontiranja uočeno je 5 zdravstvenih ustanova od kojih su tri uočene i pri drugim analizama (analizi ankete i analizi Izvješća o obavljenim uslugama i aktivnostima organizatora volontiranja nadležnom ministarstvu). Poziv je usmjeren na **4 zdravstvene ustanove** od kojih se odazvalo **2 zdravstvene ustanove**.

Jednako kao što je opisano kod analize popisa zdravstvenih ustanova koje su u posljednjih pet godina dostavile Izvješće o obavljenim uslugama i aktivnostima organizatora volontiranja nadležnom ministarstvu, sudionike intervjuja iz zdravstvenih ustanova selektiranim analizom baze organizatora volontiranja, činile su osobe koje su se odazvale na zamolbu za sudjelovanjem upućenoj prema selektiranoj zdravstvenoj ustanovi. Zamolba je bila usmjerena na menadžment (ravnateljstvo, uprava) i po kontaktu s njima ujedno se uputila zamolba za omogućavanjem uključivanja djelatnika pri čijim je odjelima prisutno volontiranje, volontera

⁴² Vidjeti: *Volonteka*. Dostupno na: <<https://volonteka.vcz.hr/>> (Pristup: 2.8.2022.).

koji volontiraju kod njih i pacijenata koji su u dužem periodu korisnici usluga pri tim odjelima. Zamolilo se da se među djelatnicima kontaktiraju oni koji se ističu prema učestalosti dolaska u kontakt s volonterima. Među volonterima zamolilo se da se kontaktiraju oni koji se izdvajaju prema većem broju sati i dugotrajnosti volontiranja. Među pacijentima zamolilo se da se kontaktiraju oni koji su u dužem kontaktu s volonterima.

d) analiza Registra zaklada Republike Hrvatske

Kod analize Registra zaklada Republike Hrvatske, koristilo se ukupno uzorkovanje populacije (engl. *complete target population sampling strategy*) (Patton, 2014.). Zahvatila se cjelokupna populacija koja zadovoljava kriterij da je zdravstvena ustanova imenovana kod svrhe djelovanja zaklade kao primatelj sredstava zaklade.

Zdravstvene ustanove koje su prema aktualnim podacima Registra zaklada Republike Hrvatske, korisnici zaklada osnovanih sa svrhom unaprjeđenja zdravstvene ustanove, smatralo se aktivnim u prikupljanju donacija. Uočene su u analizi tri zaklade koje djeluju sa svrhom opremanja zdravstvenih ustanova kod kojih je kod dvije vidljivo usmjerenje na jednu zdravstvenu ustanovu. Kod 9 zaklada vidljivo je da u svojoj svrsi imaju edukaciju, nagrađivanje studenata medicine i razvoj medicine kao znanosti⁴³ no nije bilo vidljivo usmjerenje na pojedinu zdravstvenu ustanovu. Zamolba za uključivanjem upućena je na **dvije zaklade** no **nitijedna** se nije odazvala pozivu.

e) analiza Evidencije izdanih rješenja kojima se odobrava provođenje humanitarne akcije

Za selekciju zdravstvenih ustanova iz Evidencije izdanih rješenja kojima se odobrava provođenje humanitarne akcije, koristilo se ukupno uzorkovanje populacije (engl. *complete target population sampling strategy*) (Patton, 2014.). Zahvatila se cjelokupna populacija koja zadovoljava kriterij da je kao primatelj donacija zdravstvena ustanova tj. gdje humanitarna akcija prema Pravilniku o razvrstavanju humanitarnih akcija (NN 120/15) nosi oznaku nabave medicinskih uređaja i opreme (NMU) i/ili oznaku obnove javnih i drugih objekata (OJO), a da je primatelj zdravstvena ustanova.

Zdravstvene ustanove koje su bili primatelji donacija prikupljenih humanitarnim akcijama sukladno Zakonu o humanitarnoj pomoći (NN 102/15, 98/19), također se u okviru istraživanja

⁴³ Pregled prema stanju na dan 10.9.2021.: Zaklada hrvatska kuća disanja, Zaklada kirurškog centra KBC Zagreb, Zaklada dječja onkologija Rebro.

smatraju aktivnima u prikupljanju donacija. Njih se uočilo kroz javno dostupne Evidencije izdanih rješenja kojima se odobrava provođenje humanitarne akcije koje su nadležna upravna tijela županije odnosno Grada Zagreba, izdali organizatorima humanitarnih akcija u Republici Hrvatskoj, temeljem Zakona o humanitarnoj pomoći. Obuhvaćena su dva popisa koja su pronađena javno dostupna: popis za period od 1.5.2021. do 17.9.2021. i popis za period od 1.1.2022. do 12.10.2022. U popisima je uočeno 7 organizacija i 1 individua koji su bili organizatori humanitarnih akcija s oznakama NMU ili OJO gdje je primatelj bila zdravstvena ustanova. Poziv je usmjeren prema **5 organizacija** (4 udruge i 1 javnoj ustanovi) kao sudionicima u skupini donatora od kojih se odazvala **1 udruga**. Ujedno je uočeno **5 zdravstvenih ustanova** koje su bile korisnice humanitarnih akcija analiziranih popisa od koji su se **3 odazvale pozivu** za sudjelovanje u istraživanju.

Zdravstvene ustanove detektirane analizom Evidencije izdanih rješenja kojima se odobrava provođenje humanitarne akcije, zamolilo se za sudjelovanje u istraživanju. Zamolilo se i da među djelatnicima kontaktiraju one koji se ističu prema učestalosti dolaska u kontakt sa zaprimljenim donacijama (i/ili opremom koja je kupljena zaprimljenim novčanim donacijama) i pacijentima koji su korisnici zaprimljenih donacija.

f) analiza izvještaja odabranih zdravstvenih ustanova o prikupljenim donacijama

Dio zdravstvenih ustanova, odabranih za uključivanje u istraživanju u području doniranja, su za sudionike u skupini donatora, usmjeravale na popise donatora na njihovim internetskim stranicama tako da je napravljena i analiza izvještaja odabranih zdravstvenih ustanova o prikupljenim donacijama. Odabrani su klinički bolnički centri koji su imali javno dostupni izvještaj o prikupljenim donacijama te dvije klinike koje su se izdvojile obzirom na skupinu korisnika (jedna s izrazito osjetljivom skupinom korisnika, druga obzirom na skupinu od značajnog interesa tijekom epidemije COVID-19). Pojedine zdravstvene ustanove imale su dostupan popis za jednu godinu, a neke za više godina.

Ukupno je obuhvaćeno 23 godišnjih popisa koji su pokrivali period od 2018. do 2022. godine. Izdvojeni su donatori koji su donirali novčani iznos veći od 200.000,00 kn i donatori novčanih iznosa ili u naturi koji su se više puta ponovili bilo kod jedne zdravstvene ustanove ili kod više njih. Izdvojeno je **20 donatora**, od kojih 16 trgovačkih društva (društva s ograničenom odgovornošću – d.o.o. i dionička društva – d.d.), 2 zaklade i 2 udruge. Odazvalo se **5 donatora**: 3 trgovačka društva (2 d.d.; 1 d.o.o.), 1 zaklada i 1 udruga.

Dio zdravstvenih ustanova nije bio u mogućnosti omogućiti povezivanje s volonterima i s pacijentima. Kako bi se došlo do volontera koji volontiraju u zdravstvenim ustanovama, uputila se zamolba regionalnim volonterskim centrima (Volonterskom centru Zagreb, Volonterskom centru Osijek, Volonterskom centru Split, Volonterskom centru Rijeka) za upućivanjem poziva volonterima u svojim bazama. Preko regionalnih volonterskih centara, dobivena je preporuka i povezivanje s udrugama koje kroz svoje volonterske programe uključuju volontere u zdravstvene ustanove. Stupljeno je u kontakt s pet udruga preko kojih je uključeno **5 volontera** u istraživanje. Volonteri koji su se odazvali, volontirali su u zdravstvenim ustanovama koje su odabrane za sudjelovanje u istraživanju prema nekom od ranije opisanih izvora i kriterija. Kako bi se došlo do pacijenata koji su koristili usluge zdravstvenih ustanova gdje su uključeni volonteri i usmjerene donacije, stupilo se u kontakt s **15 udruga pacijenata** koje su redom članice Koalicije udruga u zdravstvu. Nitko od pacijenata se nije odazvao na poziv koje su iste proslijedile svojim članovima i/ili javno objavile.

Ukupno je za uključivanje u istraživanje upućen poziv prema **20 zdravstvenih ustanova za područje volontiranja** i prema **14 zdravstvenih ustanova za područje doniranja** (Tablica 3.3.1.4.). Kod 10 zdravstvenih ustanova postojalo je preklapanje što znači da su primile poziv za uključivanje u istraživanje i u području volontiranja i u području doniranja. Ako se preklapanje uzme u obzir, poziv za uključivanje u istraživanje primilo je **23 zdravstvenih ustanova**. Odazvalo se **14 zdravstvenih ustanova u području volontiranja** i **10 zdravstvenih ustanova u području doniranja**. Preklapanje je postojalo kod 9 zdravstvenih ustanova. Ako se preklapanje uzme u obzir, pozivu za uključivanje u istraživanje odazvalo se **15 zdravstvenih ustanova**, pri čemu je najveći odaziv bio za područje volontiranja (Tablica 3.3.1.5.).

Tablica 3.3.1.4. Prikaz broja pravnih osoba kojima je upućen poziv sa svrhom dolaska do sudionika istraživanja

	Zdravstvene ustanove	Udruge	Zaklade	Trgovačka društva (d.o.o.; d.d.)	Javne ustanove	UKUPNO
Volontiranje						
Pozvano	20	25	0	0	0	45
Odazvano	14	25*	0	0	0	39
Doniranje						
Pozvano	14	6	3	16	1	40
Odazvano	10	1	1	3	0	15
Ukupno (uvažavajući preklapanja)						
Pozvano	23	31	3	16	1	74
Odazvano	15	26*	1	3	0	45

*Kod udruga brojane su i one kojima je poslana zamolba za slanjem poziva svojim članovima / članicama.

Tablica 3.3.1.5. Prikaz broja sudionika istraživanja (osobe) po skupini

Menadžment volontiranje	Menadžment doniranje	Djelatnici volontiranje	Djelatnici doniranje	Volonteri	Donatori
10	7	10	4	10	5

Kako bi se pratilo koliki je udio zdravstvenih ustanova koje uključuju volontiranje obuhvaćen intervjuima, kreirao se popis koji je objedinio zdravstvene ustanove otkrivene preko ankete, Izvješća organizatora volontiranja i preko javnih baza. Dodatno je napravljena i pretraga preko *Google* tražilice. Preko Izvješća organizatora volontiranja, otkriveno je 18 zdravstvenih ustanova koje su uključivale volontiranje u periodu od 2014. do 2021. godine. Prema javnim bazama organizatora volontiranja otkriveno je 5 ustanova. Provedenom anketom otkriveno je 7 zdravstvenih ustanova koje uključuju volontiranje. Pojedine ustanove su se preklapale tako da se došlo do 24 ustanova. Pregledom interneta (tražilice *Google*) otkrivene su dodatne 4 ustanove koje se nisu nalazile na prethodnim popisima. Ako se njih uzme u obzir to je 28 zdravstvenih ustanova (među kojima su 4 zdravstvene ustanove gdje je privatni osnivač) koje su otkrivene da su u istaknutom periodu uključivale volontiranje, bilo da to čine kao organizatori volonterskih aktivnosti ili je organizator volontiranja neka druga organizacija iz zajednice. Promatrano kroz udio u ukupnom broju zdravstvenih ustanova, to je 16,67% zdravstvenih ustanova s javnim osnivačem (isključujući ljekarničku djelatnost i djelatnost dentalne medicine) koje su otkrivene da uključuju volontiranje. Intervjuima je obuhvaćeno 57,69% zdravstvenih ustanova koje su otkrivene da uključuju volontiranje.

3.3.2. Metode prikupljanja podataka

Intervjui su provedeni prema unaprijed oblikovanom protokolu sukladno konceptualnom okviru istraživanja tako da se zahvate postavljene dimenzije: *resursi (kapacitet i praksa za volontiranje / spremnost, standardi menadžmenta volontera; kapacitet i praksa za doniranje / spremnost, menadžment planiranja prikupljanja donacija), ciljevi (raznolikost, kompatibilnost), vladavina (davanje glasa i izbora), korporativni identitet (reflektiranje višestrukih uloga i svrha), inovativnost (doprinos volontiranja razvoju inovacija, doprinos doniranja razvoju inovacija) i ulaganje (volontiranje kao ulaganje, doniranje kao ulaganje, doprinos volontiranja razvoju ulaganja, doprinos doniranja razvoju ulaganja)* (Privitak 6). Dio pitanja za intervjuje prilagođen je prema Matančević (2014.) i prema Oetting (2014.).

3.3.3. *Provedba istraživanja*

Svaka zdravstvena ustanova i druga organizacija koja je odabrana za uključivanje u istraživanje kroz provedbu intervjua, kontaktirana je elektroničkom poštom i telefonskim kontaktom. Prema pojedinim kontakt je ponovljen i 23 puta kroz različite kanale, a kod pojedinih je dogovor za intervjue trajao nekoliko mjeseci, čak i ako nije bila istaknuta potreba slanja istraživanja i na etičko povjerenstvo zdravstvene ustanove. Razlozi učestalih kontakata i dugotrajnosti procesa kod pojedinih zdravstvenih ustanova i drugih organizacija vezani su uz druge obaveze i zadatke osoba, dogovor oko predlaganje adekvatne/ih osoba za intervju i drugo. Za svaku zdravstvenu ustanovu i drugu organizaciju, bilježeno je kada je ostvaren kontakt (datum) i kratka informacija sadržaja kontakta kako bi se olakšalo praćenje procesa.

Intervjui su bili u trajanju do 60 minuta. Provedeni su primarno *online* preko aplikacije *Zoom*, a nakon toga kroz susret „licem u lice“. Po jedan intervju proveden je preko aplikacije *WhatsApp* i telefonski, obzirom na mogućnosti sudionika. Svi intervjui provedeni su od strane doktorandice, kao osobe s višegodišnjim iskustvom u provedbi intervjua. Svim sudionicima dana je pisana informacija o istraživanju (Prilog 3) te potpisana Izjava o povjerljivosti prikupljenih podataka (Prilog 7). Suglasnost za sudjelovanje u istraživanju bila je usmena. Svi intervju su bili snimani (diktafon ili u sklopu aplikacije *Zoom*) kako bi se kasnije transkribirali i kako bi se olakšala daljnja tematska analiza.

3.3.4. *Obrada podataka*

Kod analize transkripata provedenih intervjua fokusnih grupa koristila se **tematska analiza**. Tematska analiza je metoda za identifikaciju, analizu i izvještavanje o uzorcima (temama) među podacima (Braun i Clarke, 2006.; Braun i Clarke, 2013.), odnosno metoda za reorganizaciju i organizaciju uzoraka u sadržaju i značenja u kvalitativnim analizama (Willig, 2013.). Prednost tematske analize je što između ostalog omogućuje pristupačan i fleksibilan teoretski okvir za analizu kvalitativnih podataka, omogućuje sažimanje ključnih značajki velikog broja podataka, isticanje sličnosti i razlika u skupu podataka, generiranje neočekivanih uvida, omogućavanje društvenih i psiholoških interpretacija podataka i prepoznata je kao korisna za izradu kvalitativnih analiza prikladnih za informiranje o razvoju politike (Braun i Clarke, 2006.).

U identifikaciji tema, tematska analiza se može usredotočiti na različite vrste značenja: manifestna ili semantička značenja (npr. koja odražavaju eksplicitan sadržaj onoga što je sudionik istraživanja rekao) ili latentna značenja (npr. koja odražavaju interpretaciju onoga što je rekao sudionik istraživanja) iako često predstavlja kombinaciju oba (Willig, 2013.; Braun i Clarke, 2013.). Prema Joffe (2012.), dva su glavna teoretska okvira koja se koriste da se teoretiziraju nalazi tematske analize: društvena fenomenologija (razumijevanje društvene stvarnosti koju subjektivno doživljavaju grupe ljudi u svom svakodnevnom životu) i teorija društvenih reprezentacija (načini na koje se društvene pojave konceptualiziraju i predstavljaju od strane pojedinaca i organizacija ili institucija; također i njihove promjene i razvoj tijekom vremena). Willig (2013.) ističe da nema potrebe da se istraživač definira uz pojedinu no da je važna jasnoća teoretskog statusa koji se pripisuje identificiranim temama. Odnosno, prema Willig (2013.), važno je razviti jasan konceptualni okvir istraživanja kako bi bilo jasno što će identificirane teme predstavljati. U protivnom može doći do pojave tema koje ne predstavljaju ništa značajno.

Pri govoru o temama, značajno je za izdvojiti da su u analizi primarno prisutna dva pristupa: deduktivni (koristi određeni predložak za kodiranje podataka i izvođenje tema; obično kreiran iz relevantne literature) i induktivni (od dolje prema gore; pristupanje podacima bez teoretskog okvira). Uz njih se javlja i kombinacija oba (predložak se koristi za organizaciju podataka no dozvoljena je pojava novih tema u analizi) (Willig, 2013.). Samo deduktivni pristup mogao bi voditi tome da se neke značajne nove teme propuste obuhvatiti što će onemogućiti puni razvoj doprinosa konceptualnom okviru koji se koristi. Braun i Clark (2013.) opisujući induktivni i deduktivni pristup, govore da je induktivni pristup pogodan za zahvaćanje iskustva, perspektiva i značenja sudionika. Deduktivni pristup reflektira teoretske i konceptualne ideje koje se nastoji razumjeti kroz podatke.

Istraživanje i pitanja za intervjue, utemeljeni su na jasnom konceptualnom okviru. Sukladno tome, u ranoj fazi procesa tematske analize, uočena je snažna veza s konceptualnim / teoretskim okvirom istraživanja tako da se kodiranje oblikovalo oko postavljenih koncepata. Postojeći konceptualni okvir istraživanja korišten je i kao leća u analizi i interpretaciji podataka.

U analizi, koristila se i *check* lista kriterija dobre kvalitativne analize kreirana od strane Braun i Clark (2006.) uz obuhvat i prilagodbu šest faza postavljenih s njihove strane: 1) upoznavanje s podacima, 2) generiranje inicijalnih kodova, 3) traženje tema, 4) pregled tema, 5) definiranje i imenovanje tema te 6) oblikovanje izvještaja (Tablica 3.3.4.1.).

Tablica 3.3.4.1. Faze procesa tematske analize prema Braun i Clark (2006.)

Faza	Opis procesa
upoznavanje s podacima	Prijepis podataka, čitanje i ponovljeno čitanje, bilježenje početnih Ideja.
generiranje inicijalnih kodova	Sistematično kodiranje zanimljivih značajki u podacima kroz cijeli set podataka, razvrstavanje podataka relevantnih za pojedini kod.
traženje tema	Razvrstavanje kodova u potencijalne teme, sakupljanje svih podataka važnih za potencijalnu temu.
pregled tema	Provjera da li su teme relevantne u odnosu na postavljene kodove (Razina 1) i u odnosu na cijeli set podataka (Razina 2), generiranje tematske mape analize.
definiranje i imenovanje tema	Daljnja analiza s ciljem redefiniranja specifičnosti pojedine teme i ukupna priča koju proizlazi iz analize, generiranje jasnih definicija i naziva za pojedinu temu.
oblikovanje izvještaja	Izdvajanje pogodnih primjera teksta, konačna analiza, povezivanje analize s istraživačkim pitanjima i literaturom, pisanje izvještaja.

Izvor: Braun i Clark, 2006.

Faza 1. Upoznavanje s podacima

Upoznavanje s podacima obuhvatilo je nekoliko elemenata. Početno se krenulo od kreiranja transkripata audio zapisa. Za izradu transkripata koristio se online softver *Sonix* (<https://my.sonix.ai/>). Svaki intervju je nakon transkripcije kroz softver bio dodatno korigiran preslušavanjem snimke uz paralelni pregled transkribiranog teksta i njegovu korekciju. Svaki transkript je nakon toga pročitano nekoliko puta uz promišljanje značenja podataka i kreiranje bilješki o idejama, pitanjima i komentarima koji su se javili tijekom čitanja. U ovoj fazi, pristupilo se i uočavanju dijelova teksta koji se odnose na dimenzije unutar konceptualnog okvira, što je korak uobičajen za selektivno kodiranje (vidjeti: Braun i Clark, 2013.). No, ovdje je učinjen u svrhu dubljeg promišljanja o tekstu vezanom uz pojedinu dimenziju.

Faza 2. Generiranje inicijalnih kodova i kodova

Generiranje inicijalnih kodova i kodiranje, odvijalo se uz korištenje softvera *MAXQDA* (*MAXQDA Analytics Pro 2022, Release 22.7.0*). Inicijalni kodovi generirani su kroz potpuno kodiranje (vidjeti: Braun i Clark, 2013.) tj. kodiralo se sve što je relevantno za postavljena istraživačka pitanja. Kako su istraživačka pitanja postavljena široko, tako je i ovaj proces bio širok i obuhvatan i tražio je kreiranje potpitanja u skladu s teoretsko/konceptualnim okvirom istraživanja, odnosno dimenzijama ugrađenima u njega. Pojedini dijelovi teksta kodirani su više puta s različitim inicijalnim kodovima. Negdje su zahvaćeni veći, a negdje manji dijelovi teksta. Veći dijelovi teksta negdje su zahvaćeni kako bi se olakšalo svrstavanje inicijalnog koda u kontekst. Kod inicijalnih kodova pratilo se vrlo usko originalni tekst sudionika. Svaki inicijalni kod tako predstavlja oznaku najbližnju označenom tekstu, tj. najbližu parafraziranu oznaku. Inicijalni kodovi kod kojih je uočena povezanost, grupirani su kako bi se odredio krajnji kod.

U tom koraku, kod definiranja kodova, nastojalo se zahvatiti više konceptualno/teorijsku interpretaciju podataka iako generirani kodovi predstavljaju kombinaciju semantičkog i latentnog značenja.

Kroz inicijalne kodove i kodove, prolazilo se više puta. I inicijalni kodovi i kodovi redefinirani su kroz ciklički proces u kojem se je kretalo kroz podatke. Ponekad se je krenulo od prvog seta podataka, ponekad od zadnjeg ili negdje drugdje. Provjeravalo se koliko pojedini inicijalni kod odgovara odabranom dijelu teksta kao i koliko koji kod odražava inicijalne kodove, ono što je sadržano u njima i o čemu govore.

Faza 3. Traženje tema

Nakon kreiranih kodova pristupilo se njihovom povezivanju u apstraktnije razine tj. otkrivanju tema među njima. Negdje su prepoznate međurazine imenovane kao pod teme, koje su omogućile strukturiraniju organizaciju podataka zahvaćajući specifične segmente pojava u fokusu istraživanja. Ovaj proces traženja tema, obzirom da je istraživanje obuhvatilo više skupina sudionika, išao je smjerom izgradnje okvira koji je omogućio otkrivanje zajedničkih i različitih elemenata. To je značilo da su se izgradile teme, koje su tada ostale okvir kroz koji se je provelo cjelokupno kodiranje. Pojedine teme koje su se javile kod određenih skupina sudionika provjerene su koliko su prisutne i kod drugih skupina sudionika.

Faza 4. Pregled tema

Postavljene teme i pod teme provjeravane su koliko odražavaju generirane kodove i inicijalne kodove, a koliko tekst na temelju koje su generirani. I u ovoj fazi došlo je negdje do redefiniranja pojedinog koda i/ili inicijalnog koda kao i preslagivanja tema. Zasićenost pojedinih tema postignuta je na različitim razinama obzirom da su se transkripti razlikovali u opsegu opisa pojedine prakse i kapaciteta. Svaka otkrivena tema je u ovoj fazi okvirno opisana.

Faza 5. Definiranje i imenovanje tema

Otkrivene teme definirane su kratkim opisom njihova značenja kako bi bile jasni okvir svega što se odvija unutar njih. Pojedine teme su kod opisivanja doručene u svom nazivu. U ovoj fazi promatralo se i kako se redosljed tema može poslagati da daju jasniji put za priču o podacima unutar konceptualnog/teoretskog okvira.

Faza 6. Oblikovanje izvještaja

Kod analize podataka izvadci teksta korišteni su kao ilustrativni primjeri analitičkog pogleda u opisu pojedine teme i/ili podteme. Kako bi se olakšao pregled povezanosti između kodova, inicijalnih kodova, podtema i tema, korišten je tablični prikaz. Kod prikaza rezultata nastojalo se nadići deskriptivan prikaz i kretati se smjerom analitičnosti i interpretativnosti, uočavanja veza među temama/podtemama i povezivanja s konceptualnim/teoretskim okvirom. Kod diskusije, interpretativni elementi nadograđeni su kroz istraživanje teoretske, znanstvene i kontekstualne povezanosti i primjene (vidjeti: Braun i Clarke, 2013.).

3.4. Studije slučaja

Za potrebe odgovara na drugo i treće istraživačko pitanje provedene su i studije slučaja. Kao i kod intervjua, i s njima su se prikupile informacije o kapacitetima i praksi zdravstvenih ustanova za implementaciju volontiranja i doniranja kako bi se detaljnije pojasnilo rezultate iz prve faze istraživanja, tj. anketnog istraživanja.

Uloga studija slučaja je da daju uvid koje su to specifičnosti zdravstvenih ustanova koje odstupaju i/ili su različite od drugih ustanova pri implementaciji volontiranja i doniranja. Odnosno, studije daju pogled na proces i pogled na okolnosti i razlike koje su dovele do prepoznatih odstupanja i različitosti:

- što je to početno bilo prisutno kod zdravstvenih ustanova da je došlo do implementacije volontiranja i prikupljanja donacija (kontekst)
- što je to što se događa pri zdravstvenoj ustanovi i kakve to ima učinke da odskače u broju sati volontiranja i/ili po trajanju implementacije volontiranja tj. u implementaciji doniranja (menadžment volontera, menadžment prikupljanja donacija)
- što zadržava zdravstvene ustanove u implementaciji volontiranja i prikupljanju donacija.

3.4.1. Uzorak

Slučaj označava prostorno ograničenu pojavu (jedinicu) promatranu u jednom trenutku ili u nekom vremenskom razdoblju. Može se stvoriti iz bilo kojeg fenomena sve dok ima prepoznatljive granice i ako sadrži primarni objekt zaključka. Naime, slučaj sadrži vrstu fenomena koju zaključak pokušava objasniti. Studija slučaja može se shvatiti kao intenzivno

proučavanje jednog slučaja gdje je svrha te studije rasvijetliti populaciju. Studija slučaja može uključivati nekoliko slučajeva, no važno je razlikovati točku kada studija kreće biti unakrsna (kada se naglasak studije pomiče s pojedinačnog slučaja na uzorak slučajeva) (Gerring, 2007.). Pri tome je važno posvetiti pozornost odabiru samog slučaja (slučajeva). Seawright i Gerring, (2008.) navode da se u studijama slučaja, od odabranog slučaja traži da izvrši herojsku ulogu zastupajući populaciju slučajeva. Izdvajaju da je reprezentativni slučaj teško identificirati, da se često ne prepoznaje da odabrani slučajevi moraju postići varijacije u relevantnim dimenzijama i da je kod njih teško razlikovati slučaj i populaciju koja ga okružuje. Potonje je vezano uz poteškoću da pozadinski slučajevi često igraju ključnu ulogu u analizi studije slučaja. Odabir slučajeva često biva pragmatičan bez metodoloških pojašnjenja zašto se jedan slučaj preferira pred drugim. Metodološki argumenti koji se koriste slabo se razumiju i često pogrešno primjenjuju (npr. ekstremni, ključni, najsličniji i dr.) čime bude i važnije da se razumije koliko su svojstva odabranih slučajeva usklađena s populacijom (Seawright i Gerring, 2008.).

Za odabir zdravstvenih ustanova koje su se obuhvatile kroz studije slučaja, primijenilo se namjerno uzorkovanje (engl. *purposive sampling* ili *purposeful sampling*). Unutar toga primijenilo se uzorkovanje ekstremnih / izuzetnih slučajeva (engl. *extreme or deviant case sampling; outlier sampling*) (Patton, 2014.; Seawright i Gerring, 2008.). Sukladno tome, predvidjelo se da studije slučaja budu usmjerene na:

- a) zdravstvene ustanove koje su detektirane ekstremno i/ili različito u Izvješćima o obavljenim uslugama i aktivnostima organizatora volontiranja po učestalosti izvješćivanja o volonterskim aktivnostima kroz godine, broju volontera i broju sati volontiranja
- b) zdravstvene ustanove koje su detektirane ekstremno i/ili različito u Evidencijama izdanih rješenja kojima se odobrava provođenje humanitarne akcije
- c) zdravstvene ustanove koje su detektirane ekstremno i/ili različito pri Registru zaklada Republike Hrvatske prema svrsi usmjerenoj na opremanje pojedine zdravstvene ustanove.

Ukupno se obuhvatilo **2 zdravstvene ustanove** i to zdravstvene ustanove koje su detektirane ekstremno i/ili različito u Izvješćima o obavljenim uslugama i aktivnostima organizatora volontiranja po učestalosti izvješćivanja o volonterskim aktivnostima kroz godine, broju volontera i broju sati volontiranja: Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac i Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra.

Kod analize Izvješća o obavljenim uslugama i aktivnostima organizatora volontiranja, uočeno je 18 zdravstvenih organizacija u periodu od kada postoji zakonska obaveza predaja izvješća za organizatore volontiranja (prva podaci za koje je bila moguća realizacija zakonske odredbe, bili su podaci za 2014. godinu). Za svih 18 zdravstvenih ustanova organizatora volontiranja, u promatranom periodu (2014. – 2021.), prosječni broj volontera po godini iznosi $A = 55,05$ ($MAX = 658,50$; $MIN = 1$), a prosječni broj sati $A = 2\,439,01$ ($MAX = 23\,546$; $MIN = 20$). Prosječni broj godina izvješćivanja o volonterskim aktivnostima je $A = 2,94$ ($MAX = 7$; $MIN = 1$). Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac izdvojila se od ostalih zdravstvenih ustanova po tome što je na prvom mjestu prema učestalosti izvješćivanja o volonterskim aktivnostima kroz godine. Uočeni su podaci iz izvješća za 7 godina (od 2015. do 2021. godine). Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra izdvojila se od ostalih zdravstvenih ustanova po tome što je na prvom mjestu po broju volontera i sati iako su uočeni podaci za samo dvije godine u promatranom periodu (za 2021. i 2018. godinu). Prosječni broj volontera za dvije dane godine je $A = 658,50$, a prosječan broj sati volontiranja $A = 23\,546$.

Prema analizi Evidencija izdanih rješenja kojima se odobrava provođenje humanitarne akcije, nisu uočene zdravstvene ustanove koje su detektirane ekstremno i/ili različito. Analiziralo se dva popisa tj. dvije Evidencije izdanih rješenja kojima se odobrava provođenje humanitarne akcije koje su nadležna upravna tijela županije odnosno Grada Zagreba, izdali organizatorima humanitarnih akcija u Republici Hrvatskoj, temeljem Zakona o humanitarnoj pomoći, a koja su pronađena javno dostupna: popis za period od 1.5.2021. do 17.9.2021. i popis za period od 1.1.2022. do 12.10.2022. U popisima je uočeno 5 zdravstvenih ustanova koje su bile korisnice humanitarnih akcija no zbog obuhvata malog broja popisa, bilo je teško izdvojiti kriterij selekcije ekstremnog i/ili različitog.

Kod analize Registra zaklada Republike Hrvatske prema svrsi usmjerenoj na opremanje pojedine zdravstvene ustanove, uočene su u analizi tri zaklade koje djeluju sa svrhom opremanja zdravstvenih ustanova kod kojih je kod dvije vidljivo usmjeravanje na jednu zdravstvenu ustanovu. Odabrana je zaklada koja se usmjerava na izgradnju jednog novog odjela no ista se nije odazvala na poziv.

Unutar odabranih zdravstvenih ustanova, odabrani su sudionici za polustrukturirane intervjuje prema uzorkovanju koje služi svrsi (engl. *purposive sampling* ili *purposeful sampling*) i to identifikacijom ključnih osoba (osobe koje obiluju informacijama u temi studija slučaja), (engl.

key informants, key knowledgeable and reputational sampling) (Patton, 2014.). Takvom selekcijom unutar selekcije, primijenila se miješana strategija uzorkovanja (Patton, 2014.).

Ukupno se za potrebe studije slučaja intervjuima obuhvatilo 5 ključnih osoba. Ključne osobe (engl. *key informants*) na razini ustanove u temi volontiranja i doniranja činile su: koordinatori volonterskog programa / voditelji programa prikupljanja donacija i/ili predstavnici djelatnika pri čijim se odjelima implementira volontiranje / usmjeravaju prikupljene donacije. Predstavnici djelatnika pri čijim se odjelima implementira volontiranje / usmjeravaju prikupljene donacije birali su se kao osobe za koje se pretpostavlja da su u učestalom kontaktu s volonterima i primateljima usluga od strane volontera te korisnicima usluga pri odjelu gdje su usmjerene donacije. Radi se osobama koje imaju izravan doticaj i uvid u učinke, procese i koji mogu objasniti specifičnosti i razlike vezane uz volontiranje i doniranje.

Studijom slučaja zahvatilo se i organizacijske dokumente odabranih zdravstvenih ustanova. Uzeli su se u obzir regulatorni dokumenti na razini ustanove koji su vezani uz volontiranje i/ili doniranje (pravilnici, odluke i sl.), dokumenti proceduralne prirode vezani uz volontiranje i/ili doniranje (izvješća, programi provedbe i sl.) te regulatorni dokumenti koji nisu primarno usmjereni prema volontiranju i/ili doniranju no mogu sadržavati informacije o njima i/ili se mogu odražavati na njih (strateški plan, izvještaji o provedbi strateškog plana i sl.). Kao vremenski okvir uzeo se period od kada je ustanova aktivna kao organizator volontiranja / kao ustanova koja planski prikuplja donacije. Kod Specijalne bolnice za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac, obuhvatili su se dokumenti dostupni na internetskim stranicama bolnice⁴⁴ i zaprimljeni na upit. Kod Specijalne bolnice za kronične bolesti dječje dobi – Gornja Bistra, obuhvatili su se dokumenti dostupni na internetskim stranicama bolnice⁴⁵.

3.4.2. Metode prikupljanja podataka

Studija slučaja provela se uz metodu triangulacije (Patton, 2014.) pri čemu se primijenila **analiza relevantnih dokumenata i polustrukturirani intervjui**. Triangulacija se primijenila

⁴⁴ *Dokumenti*. Dostupno na: <https://bolnicasvetirafael.eu/dokumenti/>

⁴⁵ *Akti bolnice*. Dostupno na: <https://www.bolnica-bistra.hr/dokumenti/>; *Volonterska dokumentacija*. Dostupno na: <https://www.bolnica-bistra.hr/volonterska-dokumentacija/>; *Financijsko poslovanje*. Dostupno na: <https://www.bolnica-bistra.hr/financijsko-poslovanje/> Napomena: Kod Financijskog poslovanja, uzeti su obzir dokumenti koji se odnose na 2022. godinu.

kako bi se povećala točnost i kredibilitet prikupljenih podataka i kako bi se dobilo na snazi samih studija (Patton, 2014.; Bowen, 2009.).

Kod analize relevantnih dokumenata, primijenila se sadržajna analiza kojom se je zahvatilo produkcija dokumenta i lokacija (razlog kreiranja dokumenta, kreirano na vlastitom iskustvu ili temeljem sekundarnih izvora, nadograđivano kroz vrijeme ili ne), autorstvo i ciljanu publiku (tko je kreirao dokument, ciljna skupina), kontekst (zahvaća li opis specifičnih procedura – vodič kroz praksu, koji su ključni elementi teksta), posljedice (koji je očekivani utjecaj dokumenta, kako se prati implementacija dokumenta – ako je relevantno, kako dokument naglašava važne aspekte) (prilagođeno prema Cardno, 2018.; prilagođeno prema Bowen, 2009.). Takav pristup omogućio je razumijevanje okruženja organizacijske politike prema volontiranju i/ili doniranju.

Polustrukturirani intervjui provedeni su prema unaprijed definiranom protokolu koji zahvaća teme vezane uz procese, okolnosti i razlike koje su dovele do prepoznatih odstupanja i različitosti (Privitak 8).

3.4.3. Provedba istraživanja

Po odabiru slučaja, kontaktirano je ravnateljstvo odabrane zdravstvene ustanove, pisanim i usmenim putem. Uz davanje osnovnih informacija o istraživanju zamoljeni su za sudjelovanje, kontaktiranje ključnih osoba koje će se zahvatiti intervjuom i stavljanje relevantnih dokumenata na raspolaganje.

Intervjui su bili u trajanju do 45 minuta. Provedeni su *online* i licem u lice, ovisno o fizičkoj rasprostranjenosti i mogućnosti sudionika. Provedeni su od strane doktorandice, kao osobe s višegodišnjim iskustvom u provedbi intervjua. Svim sudionicima dana je informacija o istraživanju (Prilog 3) i potpisana Izjava o povjerljivosti prikupljenih podataka (Prilog 7.). Suglasnost za sudjelovanje u istraživanju bila je usmena. Svaki intervju bio je sniman i kasnije transkribiran kako bi se olakšala kasnija analiza.

3.4.4. Obrada podataka

Podaci prikupljeni analizom organizacijskih dokumenata obrađeni su zasebno za svaku obuhvaćenu zdravstvenu ustanovu kao i podaci prikupljeni intervjuima. Podaci prikupljeni analizom dokumenata prvo su prikazani tabelarno obzirom na prisustvo traženih elemenata, a nakon toga opisani kroz dominantna obilježja traženih elemenata. Intervjui su preoblikovani u tekstualni zapis korištenjem *online* softvera *Sonix* (<https://my.sonix.ai/>) i analizirani tematskom analizom prema fazama ranije opisanima pod poglavljem 3.3. Intervjui: Upoznavanje s podacima; Generiranje inicijalnih kodova i kodova; Traženje tema; Pregled tema; Definiranje i imenovanje tema te Oblikovanje izvještaja.

4. ETIČKI ASPEKTI ISTRAŽIVANJA

U dijelu istraživanja koje obuhvaća ljudske ispitanike, uvažavali su se etički aspekti kroz sljedeće načine:

a. Način poštivanja načela informiranog pristanka sudionika

Preduvjet sudjelovanja u istraživanju bila je dragovoljnost nakon cjelovitog informiranja o svrsi istraživanja. U svrhu informiranja o istraživanju kreiran je Poziv za sudjelovanje u istraživanju (Prilog 2) i kratke informacije o istraživanju (Prilog 3). Kod intervjua primijenio se usmeni pristanak. Kod provedbe *online* ankete, kreiran je informativni tekst koji je bio sastavni dio njegovog uvoda i tek nakon uvida u njega, moglo se nastaviti s ispunjavanjem ankete.

Početni kontakt sa sudionicima intervjua ostvario se putem elektroničke pošte i/ili telefonski pri čemu su potencijalni sudionici bili informirani o osnovnim informacijama istraživanja i usmjereni na detaljne informacije o istraživanju koji je slan u privitku elektroničke pošte (Prilog 3). Istom je potencijalnim sudionicima bila poslana i potpisana Izjava o povjerljivosti prikupljenih podataka (Prilog 7).

Prije ostvarivanja kontakta sa zdravstvenim ustanovama i/ili drugim pravnim i fizičkim osobama za sudjelovanje u istraživanju, zaprimljeno je odobrenje istraživanja od Etičkog povjerenstva Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i zatražilo se pismo preporuke od strane Ministarstva zdravstva i Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora za provedbu istraživanja u zdravstvenim ustanovama. Dobivena pisma preporuke (Prilog 4, Prilog 5), također su dostavljena sudionicima pri pozivu za ispunu ankete, za sudjelovanje u intervjuiima i/ili studijama slučaja.

b. Način uvažavanja prava i dostojanstva sudionika

U svrhu postizanja uvažavanja prava i dostojanstva sudionika, primijenilo se načelo dobrovoljnog sudjelovanja, načelo omogućavanja prava na sudjelovanje u istraživanju za sve, načelo poštovanja, načelo dobrobiti i načelo ne nanošenja i izbjegavanja štete.

Svi sudionici uključili su se dobrovoljno i upoznati su s mogućnosti da odustanu od sudjelovanja u bilo kojoj fazi istraživanja, a da će istraživačica u skladu s time isključiti njihove podatke iz daljnje analize. U tu svrhu, sudionicima je dan na raspolaganje kontakt istraživačice: gordana.simunkovic@medri.uniri.hr.

Sve detektirane osobe mogle su se jednako uključiti u istraživanje bez obzira na njihovu dob, spol, nacionalnost, religiju i/ili druga obilježja. Poštovalo se sudionike uvažavanjem njihovih vrijednosti, interesa i uvjerenja koja su iskazali tijekom istraživanja. Obzirom na epidemiološku situaciju, preferirala se provedba intervjua *online* putem, a u slučaju susreta koristila se relevantna zaštita (fizička distanca, maska, sredstvo za dezinfekciju). Intervjue je provodila istraživačica s višegodišnjim iskustvom provedbe istih koja se obavezala na povjerljivost (Prilog 7).

c. Način poštivanja anonimnosti i povjerljivosti podataka

Podaci prikupljeni istraživanjem bili su dostupni samo istraživačici i mentorima. Osobni podaci nisu se prosljeđivali trećoj strani i pohranjeni su odvojeno od rezultata tako da se povezivanje rezultata i sudionika svelo na najmanju moguću mjeru. U svrhu osiguranja više razine povjerljivosti, kreirana je Izjava o čuvanju povjerljivosti podataka koja je potpisana od strane provoditeljice istraživanja i koja se dostavila sudionicima intervjua i zdravstvenim ustanovama.

Kod provedbe intervjua, informacije o pojedinom sudioniku (ime i prezime, uloga, kontakt) pohranjene su odvojeno od snimki intervjua i kreiranih transkripata, pri čemu su i snimke i transkripti označeni posebnom šifrom. Prikupljene informacije obrađene su skupno uz korištenje generalizacije kako bi se smanjila mogućnost povezivanja informacija s pojedinom osobom. U slučaju nužnosti korištenja citiranja, koristio se pseudonim.

Kod provedbe ankete, anketa je postavljena u online obliku kroz alat otvorenog koda *LimeSurvey* (<https://www.srce.unizg.hr/limesurvey>) koji kao uslugu nudi Sveučilišni računski centar Sveučilišta u Zagrebu. Anketa se poslala elektroničkom poštom i kroz anketu nije bilo prikupljanja osobnih podataka. Ako je kod otvorenih pitanja sudionik naveo osobne informacije treće strane, isti podaci su uklonjeni iz daljnje obrade, odnosno, zamijenjeni su šifrom. Prikupljene informacije obrađene su skupno.

Zdravstvenim ustanovama koje su uključene u studiju, poslani su na uvid dobiveni rezultati i na odobrenje za njihovo daljnje javno predstavljanje.

d. Način informiranja sudionika o dobivenim rezultatima

Sudionicima je najavljeno da će se dobiveni rezultati javno prezentirati u sklopu obrane doktorske disertacije i objavom vezanih radova. Najavljeno je i da će se informacija o obrani i objavama prosljediti uključenim sudionicima elektroničkim putem uz zahvalu za njihovo sudjelovanje i doprinos.

Uz poziv za sudjelovanje u istraživanju, naznačeno je da ako netko od sudionika iskaže specifičniji interes za dostavu rezultata i zaključaka, isto će biti ispoštovano ukoliko će to biti u skladu s dobrom etičkom praksom.

e. Potencijalni rizici za sudionike i način rješavanja rizika

Nisu uočeni dodatni rizici uz ranije obuhvaćene uz opise njihova rješavanja.

Sudionicima je dana mogućnost, ako će imati dodatna pitanja o istraživanju ili imati potrebu za dodatnom podrškom vezano uz temu istraživanja, da se obrate provoditeljici istraživanja: Gordani Šimunković, adresa elektroničke pošte: gordana.simunkovic@medri.uniri.hr.

f. Načini čuvanja tajnosti podataka prikupljenih istraživanjem

Kako bi se osigurala tajnost podataka, pristup podacima imala je isključivo istraživačica. Podaci su pohranjeni putem tvrdog diska uz ograničavanje pristupa drugim osobama. Istraživačica je potpisala Izjavu o čuvanju povjerljivosti podataka čime se obavezala na čuvanje podataka u procesu prikupljanja i analize i na onemogućavanje pristupa drugim osobama (zaštita elektroničkih podataka lozinkom, fizičke brave i ograničavanje broja osoba koje mogu imati pristup podacima).

5. REZULTATI

Prikaz rezultata slijedi istraživačka pitanja tako da se prvo prikazuju podaci vezani uz analizu politika prema sekundarnim izvorima informacija. Nakon njih slijedi prikaz za preostala dva istraživačka pitanja i to tako da se daje prvo prikaz podataka prikupljenih anketom, a nakon toga prikaz podataka prikupljenih intervjuima i studijama slučaja. Radi lakšeg praćenja prikaza, pojedina područja izdvojena su pod zasebne podnaslove. Skraćeni prikaz glavnih rezultata prema istraživačkim pitanjima i metodama dan je u prilogu (Prilog 10).

5.1. Analiza politike (*policy analiza*)

Daje se prikaz analize sekundarnih izvora informacija tako da se pruži uvid u strukturu i obilježja financiranja i pružanja usluga zdravstvene zaštite (tko financira zdravstvenu zaštitu, tko pruža usluge zdravstvene zaštite) i koje su značajne promjene vezane uz to bile aktualne kroz vrijeme u regulaciji. Nakon toga slijedi prikaz regulacije volontiranja i doniranja (kako su generalno regulirani i koje su specifičnosti njihove regulacije unutar zdravstvene politike).

5.1.1. *Struktura i obilježja financiranja i pružanja usluga zdravstvene zaštite*

Financiranje i pružanje usluga zdravstvene zaštite, regulirano je od 1990. godine do danas kroz nekoliko zakona, izmjena i dopuna zakona te odluka. Izdvajaju se:

- Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju iz 1989. godine (NN 8/89 – pročišćeni tekst)
- Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju iz srpnja 1990. godine (NN 31/90-621)
- Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju iz prosinca 1990. godine (NN 59/1990)
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju (pročišćeni tekst) iz 1991. godine (NN 12/91)
- Zakon o zdravstvenom osiguranju iz 1993. godine (NN 75/93, 55/96, 1/97 – pročišćeni tekst, 109/97, 13/98, 88/98, 10/99, 34/99, 69/00, 59/01)

- Zakon o stopama doprinosa za zdravstveno osiguranje iz 1993. godine (NN 117/93, 95/94, 13/97, 13/98)
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 1993. godine (NN 75/1993-1534, 11/94, 55/96, 1/97 – pročišćeni tekst, 111/97, 95/00, 129/00)
- Zakon o zdravstvenom osiguranju (pročišćeni tekst) iz 1997. godine (NN 1/97)
- Zakon o stopama doprinosa za zdravstveno osiguranje iz 2000. godine (NN 54/00)
- Zakon o zdravstvenom osiguranju iz 2001. godine (NN 94/01)
- Zakon o obveznom osiguranju iz 2001. godine (NN 94/01)
- Zakon o plaćanju doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje iz 2001. godine (NN 114/01)
- Zakon o doprinosima za obvezna osiguranja iz 2002. godine (NN 147/02)
- Zakon o doprinosima za obvezna osiguranja iz 2003. godine (NN 175/03, 147/02, 177/04)
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 2003. godine (NN 121/03)
- Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju iz 2006. godine (NN 85/06)
- Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz 2006. godine (NN 85/06, 150/08, 71/10, 53/20, 120/21, 23/23)
- Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju iz 2008. godine (NN 150/08)
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 2008. godine (NN 150/08., 71/10., 139/10., 22/11., 84/11., 12/12., 35/12. – Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske, 70/12., 82/13. i 22/14. – Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske)
- Zakon o doprinosima iz 2008. godine (NN 84/08, 152/08, 94/09, 18/11, 22/12, 144/12, 148/13, 41/14, 143/14, 115/16, 106/18, 33/23, 114/23)
- Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj iz 2013. godine (NN 80/13, 15/18, 26/21, 46/22)
- Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju iz 2013. godine (NN 80/13, 137/13, 98/19, 33/23)
- Zakon o financiranju jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave (NN 127/17, 138/20, 151/22, 114/23)
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23)
- Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje iz 2006. godine (NN 120/06)

- Odluka o utvrđivanju osnovne liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje iz 2006. godine (NN 120/06).

Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju iz 1991. godine predstavlja pročišćeni tekst koji obuhvaća Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju iz 1989.⁴⁶ godine te njegove izmjene i dopune iz 1989. godine i 1990. godine. Prema njemu, sredstva za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu i drugih prava iz zdravstvenog osiguranja osiguravaju i udružuju građani iz dohotka poduzeća i iz svog osobnog dohotka te društveno-političke zajednice iz svojih sredstava (Članak 6.). Sredstva za zadovoljavanje potreba u zdravstvenoj zaštiti i drugih prava iz zdravstvenog osiguranja udružuju se u Republičkom fondu po definiranim jedinstvenim stopama doprinosa (Članak 239.). Zakon je bio definirao i da Skupština Republičkog fonda propiše odlukom obvezu da dio troškova za pojedine usluge u zdravstvenoj zaštiti na jedinstven način neposredno podmiruju osiguranici, uzimajući u obzir socijalne prilike i vrstu bolesti. Ugovorom Republičkog fonda i Vlade Republike Hrvatske predviđeno je uređivanje udruživanja sredstva Republike koje ona izdvaja za posebno definirane skupine osiguranika. Zdravstvena zaštita ostvaruje se u organizacijama zdravstva, a određene poslove u zdravstvenoj zaštiti, mogu obavljati i organizacije drugih djelatnosti, te zdravstveni radnici samostalno osobnim radom. Organizacija zdravstva ostvaruje prihod temeljem ugovornog odnosa s Republičkim fondom i drugim subjektima tako da ukupne prihode čine sredstva Fonda, sredstva društveno – političkih zajednica i sredstva iz drugih izvora (Članak 107.). Za zdravstvenu zaštitu koja se obavlja samostalno osobnim radom, pod za to propisanim uvjetima, bilo je definirano da se može „pružati i u ugovornim odnosima (kooperativni odnos) s organizacijama zdravstva i društvenom vlasništvu, poduzećima i drugim pravnim osobama ako ispunjavaju uvjete za pružanje zdravstvene zaštite te ugovornim odnosima s drugim zdravstvenim radnicima koji samostalno osobnim radom pružaju zdravstvenu zaštitu“.

Tijekom 1993. godine donesen je Zakon o zdravstvenom osiguranju i Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Prema njima, poslovanje Republičkog fonda preuzima Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) koji postaje središnja ustanova za financiranje zdravstva, smanjen je opseg zdravstvenih usluga pokrivenih obveznim zdravstvenim osiguranjem, uvode se pružatelji zdravstvenih usluga koji nisu pokriveni obveznim zdravstvenim osiguranjem i postavljeni su

⁴⁶ Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju iz 1989. predstavlja pročišćeni tekst zakona iz 1980. godine koji je nekoliko puta dopunjavao (Kovačić, 1996.).

temelji za privatno zdravstveno osiguranje. Zakonom o zdravstvenom osiguranju iz 1993. uređuje se tko su osiguranici, vrste osiguranja, izvori financiranja, način upravljanja sredstvima osiguranja, način naplate doprinosa, prava osiguranih osoba i dr. Zakonom se propisuje obvezno i dobrovoljno osiguranje (Članak 2.) koje se dalje raščlanjuje na dopunsko i privatno zdravstveno osiguranje (Članak 60.). Provedba obaveznog osiguranja određena je HZZO-u, a za dobrovoljno zdravstveno osiguranje definirano je da ga provode druge pravne osobe: osiguravatelji koji posluju po principima tržišta. Kroz Članak 41. Zakona, određeno je kako se sredstva za obvezno zdravstveno osiguranje osiguravaju iz: „a) doprinosa „iz“ i „na“ plaće djelatnika koji su u radnom odnosu u pravnoj ili kod fizičke osobe, b) doprinosa „iz“ i „na“ prihod osoba koje obavljaju privrednu ili neprivrednu djelatnost osobnim radom, c) doprinosa osoba koje su vlasnici privatnih poduzeća, d) doprinosa osoba koje same plaćaju doprinos, e) doprinosa korisnika mirovine, korisnika prava na profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje te invalida sa skraćenim radnim vremenom, f) doprinosa seljaka, g) dodatnog doprinosa za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu, h) prihoda iz proračuna za pokriće izdataka nastalih kao obveza Republike Hrvatske, županije odnosno Grada Zagreba, i) sudjelovanja osiguranih osoba u pokriću dijela troškova zdravstvene zaštite, j) prihoda od kamata, dividendi i dr. Dopunsko zdravstveno osiguranje (Članak 61.) „uvodi se kao razlika iznad vrijednosti zdravstvenih usluga obaveznog zdravstvenog osiguranja“ koje se može „odnositi i na veći opseg prava, odnosno standard usluga koji su određeni Zakonom“, a „ustanovljuje se ugovornim odnosom između osiguravatelja i osiguranika, odnosno između osiguranika i zdravstvene ustanove neposredno“. Za privatno zdravstveno osiguranje (Članak 62.) navodi se da „cjelovito rješava zdravstveno osiguranje osiguranika, a ustanovljuje se individualnim ugovorom između osiguravatelja i osiguranika. Pristupanjem privatnom zdravstvenom osiguranju osiguranik gubi pravo korištenja obaveznog zdravstvenog osiguranja. Osiguranik se može privatno osigurati pod uvjetom imovinskog cenzusa kojeg utvrđuje ministar zdravstva.“ Zdravstvena zaštita pruža se osiguranim osobama u zdravstvenim ustanovama i kod privatnih zdravstvenih djelatnika s kojima je Zavod sklopio ugovor o pružanju zdravstvene zaštite.

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti iz 1993. godine uređuju se načela, način organiziranja i provođenja zdravstvene zaštite, uključujući i osnivanje i organiziranje zdravstvenih ustanova. Prema Članku 31, zdravstvenu djelatnost obavljaju zdravstvene ustanove u državnom vlasništvu, vlasništvu županija, odnosno Grada Zagreba te zdravstvene ustanove u vlasništvu domaćih i stranih fizičkih i pravnih osoba pri čemu se definira koje ustanove mogu biti u državnom vlasništvu, u vlasništvu županija te u privatnom i mješovitom vlasništvu. Sredstva

za rad zdravstvenih ustanova definirana su kroz Članak 46. prema kojem se ona ostvaruju: ugovorom sa Zavodom, ugovorom s Ministarstvom zdravstva za poslove koji se na osnovi zakona financiraju iz proračuna Republike Hrvatske, ugovorom s dobrovoljnim osiguravateljima, iz sredstava osnivača u skladu s aktom o osnivanju, iz sredstava proračuna županije, odnosno Grada Zagreba, iz sudjelovanja korisnika zdravstvene zaštite u pokriću dijela ili ukupnih troškova zdravstvene zaštite te iz drugih izvora na način i pod uvjetima određenim zakonom, aktom o osnivanju i statutom zdravstvene ustanove. Definirano je da se zdravstvene ustanove osnivaju u skladu s mrežom zdravstvene djelatnosti koju donosi ministar zdravstva na prijedlog Zavoda i nadležne komore, s time da se zdravstvene ustanove mogu osnovati i izvan mreže zdravstvene djelatnosti. Zavod raspisuje natječaj za popunjenje mreže zdravstvenih djelatnosti, a s najpovoljnijim ponuđačem zaključuje se ugovor kojim se uređuju odnosi vezani uz obavljanje zdravstvene djelatnosti. Zakon je definirao i da županije te Grad Zagreb donose odluku o prodaji zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite i lječilišta te da se one mogu davati u zakup do donošenja posebnog zakona. Pravilnikom o uvjetima za davanje u zakup zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite i lječilišta (NN 6/1996-100) uređeni su uvjeti zakupa.

Zakon o zdravstvenom osiguranju iz 1997. zadržava sličan smjer zakona iz 1993. godine. Prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju iz 2001. godine, osiguranje je osnovno, dopunsko i privatno. Dopunskim zdravstvenim osiguranjem osigurava se osiguranim osobama Zavoda plaćanje razlike u vrijednosti zdravstvenih usluga koje u okviru osnovnoga zdravstvenog osiguranja ne podmiruje Zavod, a u okviru privatnoga zdravstvenog osiguranja osigurane osobe Zavoda mogu se osigurati i na druga prava iz zdravstvenog osiguranja koja nisu obuhvaćena osnovnim zdravstvenim osiguranjem. Definirano je da su prihodi osnovnoga zdravstvenog osiguranja: 1) doprinosi osiguranika, 2) doprinosi poslodavaca, 3) doprinosi drugih obveznika plaćanja doprinosa utvrđenih ovim i drugim zakonom, 4) posebni doprinos za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti, 5) posebni doprinos za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu, 6) prihodi iz državnog proračuna i proračuna jedinica pod-ručne (regionalne) samouprave, 7) prihodi od dividendi, kamata i drugi prihodi. Zakonom o obveznom osiguranju iz 2001. ograničen je obuhvat zdravstvenih usluga pokrivenih obaveznim osiguranjem, povećani su prihodi Zavoda i povećano je pokrivanje razlike do pune vrijednosti prava za niz zdravstvenih usluga.

U 2006. godini dolazi do uvođenja dvije liste lijekova: osnovna lista na kojoj su lijekovi u cijelosti pokriveni osnovnim osiguranjem i druga, dopunska na kojoj su lijekovi čiju cijenu dijelom podmiruje obvezno osiguranje, a dijelom osiguranik izravnim plaćanjem (doplatom ili dobrovoljnim osiguranjem). Navedeno je regulirano kroz Odluku o utvrđivanju dopunske liste lijekova HZZO-a i Odluku o utvrđivanju osnovne liste lijekova HZZO-a.

Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju iz 2006. godine, upućuje da je dobrovoljno zdravstveno osiguranje regulirano posebnim zakonom. Dolazi do uvođenja administrativnih pristojbi, tako da izvore financiranja obaveznog osiguranja čine: „1) doprinosi osiguranika, 2) doprinosi poslodavaca, 3) doprinosi drugih obveznika plaćanja doprinosa utvrđenih ovim i drugim zakonom, 4) posebni doprinos za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu, 5) prihodi iz državnog proračuna, 6) prihodi od doplata, 7) prihodi od administrativnih pristojbi, 8) prihodi od dividendi, kamata i drugi prihodi“ (Članak 57.). Zakonom se propisuje da vrstu, opseg i cijenu usluga ugovara Zavod za obvezno zdravstveno osiguranje uz suglasnost Ministarstva zdravstva i uz prethodno mišljenje nadležnih zdravstvenih komora s javnim i privatnim pružateljima zdravstvenih usluga (Članak 72.) i to u pravilu svake treće godine (Članak 73.), a ugovori moraju biti potpisani najkasnije 90 dana od donošenja odluka (Članak 76.). To predstavlja promjenu u odnosu na ranija zakonska rješenja, po kojima su se ugovori sklapali posebno za svaku godinu.

Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz 2006. godine uređuje se vrsta, uvjeti i način provođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja: dopuskog, dodatnog i privatnog zdravstvenog osiguranja (Članak 2.). Dodatno zdravstveno osiguranje provode društva za osiguranje koja su dobila dozvolu i suglasnost za isto, a Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje može također provoditi dodatno zdravstveno osiguranje. Mijenja se obuhvat osiguranika Zavoda, za koje se sredstva za premiju dopuskog zdravstvenog osiguranja koje provodi Zavod, osiguravaju u proračunu. Uređuje se i za koga se premija dopuskog zdravstvenog osiguranja osigurava u državnom proračunu.

Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju iz 2008. godine, dolazi do uvođenja novih izvora financiranja obaveznog osiguranja i jačanja postojećih izvora. Izdvaja se odluka da dio prihoda od obaveznog osiguranja od automobilske odgovornosti i dio od ukupnog prihoda od posebnog poreza na duhanske prerađevine također čine izvor financiranja. Prihodi obaveznoga zdravstvenog osiguranja time su (Članak 53.): 1) doprinosi osiguranika, 2) doprinosi poslodavaca, 3) doprinos za nezaposlene osobe 4) doprinosi drugih obveznika plaćanja

doprinosu utvrđenih ovim i drugim zakonom, 5) posebni doprinos za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu, 6) prihodi iz državnog proračuna, 7) prihodi od sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite osiguranih osoba, odnosno njihovih osiguravatelja u dopunskom zdravstvenom osiguranju, 8) prihodi od dividendi, kamata i drugih prihoda, 9) 32% od ukupnog prihoda od posebnog poreza na duhanske prerađevine, 10) prihodi od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti. Dolazi i do povećanja obvezna izravnog plaćanja građana, povećanje broja osoba koje su ugovorile dopunsko zdravstveno osiguranje i proširenja obuhvata osoba koje plaćaju obvezno zdravstveno osiguranje.

U periodu od 2013. do 2023. godine bilježi se nekoliko zakonskih regulacija vezanih uz obavezno zdravstveno osiguranje u kojima dolazi do proširenja obveznika obveznog zdravstvenog osiguranja. Na obvezno zdravstveno osiguranje, „obvezno se osiguravaju i državljani drugih država članica Europske unije, državljani države Europskog gospodarskog prostora, Švicarske Konfederacije i Ujedinjene Kraljevine Velike Britanije i Sjeverne Irske, državljani države koja s Republikom Hrvatskom ima sklopljen ugovor o socijalnom osiguranju kojim je uređeno pitanje zdravstvenog osiguranja te državljani države koja nije država članica s odobrenim privremenim boravkom u Republici Hrvatskoj, a na temelju radnog odnosa, odnosno na temelju obavljanja gospodarske ili profesionalne djelatnosti na području Republike Hrvatske, ako su ispunjeni uvjeti prema posebnim propisima koji uređuju pitanje boravka i rada stranaca u Republici Hrvatskoj i ako propisima Europske unije, odnosno međunarodnim ugovorom nije drukčije određeno.“ (Članak 5, Zakona o obaveznom osiguranju). Obavezno osiguranje stranaca regulirano je dodatno Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj. Kod ugovaranja zdravstvenih usluga iz obveznog zdravstvenog osiguranja, nije došlo do nikakvih značajnijih promjena, budući da se i dalje ugovaraju na 3 godine, pod istim pretpostavkama kao i u prethodnom zakonskom rješenju, osim što je rok za potpisivanje istih skraćen sa 90 na 60 dana. Prema aktualnom Zakonu o obaveznom zdravstvenom osiguranju, prihodi obveznoga zdravstvenog osiguranja (Članak 72.) su: doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje; posebni doprinos za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu; prihodi iz državnog proračuna; prihodi od sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite osiguranih osoba, odnosno njihovih osiguravatelja u dopunskom zdravstvenom osiguranju; prihodi od dividendi, kamata i drugih prihoda te prihodi od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti.

Aktualni Zakon o zdravstvenoj zaštiti, donesen 2018. godine i nadograđivan kroz pet izmjena i dopuna, Člankom 41, propisuje da zdravstvenu djelatnost obavljaju zdravstvene ustanove, trgovačka društva i privatni zdravstveni radnici te u iznimnim slučajevima, i druge pravne i fizičke osobe u skladu s posebnim zakonom kao i ustrojstvene jedinice Ministarstva obrane i Oružanih snaga te ministarstva nadležnog za pravosuđe. Propisano je i za koje djelatnosti se privatna praksa ne može obavljati. Sredstva za rad zdravstvena ustanova u mreži javne zdravstvene službe može ostvariti: „ugovorom sa Zavodom, ugovorom s Ministarstvom odnosno drugim tijelima državne vlasti za poslove koji se na osnovi zakona financiraju iz državnog proračuna Republike Hrvatske, ugovorom s visokim učilištem koje izvodi studijski program za zdravstveno zanimanje, iz sredstava osnivača u skladu s aktom o osnivanju, ugovorom s jedinicom područne (regionalne) samouprave odnosno Gradom Zagrebom, ugovorom s jedinicom lokalne samouprave, ugovorom s dobrovoljnim osiguravateljima, ugovorom s pravnom osobom o višem standardu smještaja za vrijeme boravka u zdravstvenoj ustanovi u odnosu na standard određen propisima o obveznom zdravstvenom osiguranju, ugovorom s trgovačkim društvima i drugim pravnim osobama za provedbu posebnih projekata, iz sudjelovanja korisnika zdravstvene zaštite u pokriću dijela ili ukupnih troškova zdravstvene zaštite te iz drugih izvora na način i pod uvjetima određenim zakonom, aktom o osnivanju i statutom zdravstvene ustanove“ (Članak 81.). Ustanove koje nisu u mreži javne zdravstvene službe mogu primiti sredstva ugovorom sa Zavodom iznimno uz prethodnu suglasnost ministra.

Zakonima kojima se uređuju stope doprinosa, stope doprinosa su se od 1993. godine do danas mijenjale više puta. Primjerice, stopa doprinosa za zdravstveno osiguranje iz plaća, u periodu od 1994. godine do 2002. godine se kreće od 7% do 9%, doprinos na plaću u periodu od 1994. do danas kreće se po stopi od 7% do 16,5% (2003. godine bilježi se porast sa 7% na 15%)⁴⁷, a doprinos korisnika mirovina, korisnika prava na profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje, te invalida sa skraćenim radnim vremenom u periodu od 1993. do ukidanja 1998. godine kretao se po stopi od 18% do 25%.

Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2006. – 2011. (NN 72/2006-1719), kao ključni razlog za izradu plana razvitka zdravstva, navodila je „sve teže podnošljiv jaz između porasta i raznolikosti zdravstvenih potreba te osiguranja potrebnih sredstava za zadovoljenje tih

⁴⁷Prema aktualnom Zakonu o doprinosima, doprinos za zdravstveno osiguranje se obračunava po stopi od 16,5% na osnovicu prema mjesečnoj osnovici. Stope doprinosa bile su razdvojene u jednom periodu na zdravstveno osiguranje i zaštitu zdravlja na radu (doprinos za osiguranje od posljedica ozljede na radu i profesionalne bolesti) S 2019. godinom ukinuo se doprinos za zaštitu zdravlja na radu 0,5% (- 0,5% obaveze) kada se primijenila stopa doprinosa za zdravstveno osiguranje od 16,5% (+1,5% obaveze).

potreba,“ dajući time problemu politike i strategije financiranja zdravstva posebnu pozornost. Izdvajala je i protok od 15 godina od prelaska sa socijalističkog na tržišni model u kojemu nije izrađena strategija razvitka koja bi pružila odrednice smjera opsežnih i nužnih reformi. U okviru smjera razvoja izdvajala se potreba da se pronađu novi izvori financiranja zdravstvene zaštite, radi smanjenja javne potrošnje na račun privatne potrošnje za zdravstvo koja treba zauzeti značajniju poziciju u izvoru financiranja zdravstvene zaštite. To se promatralo kroz unapređenje sustava direktnog plaćanja bolesnika sudjelovanjem u cijeni zdravstvene usluge, odnosno administrativnom pristojbom i dobrovoljnim osiguranjem. U razdoblju stabilizacije, razmatralo se povećanje sredstva za zdravstvo na osnovi povećanja BDP-a, osiguranje djelomičnog financiranja iz dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja i izravnog plaćanja korisnika te ograničavanje rasta zdravstvene potrošnje regulacijom ponude i potražnje zdravstvenih usluga (održavanje diferencijacije zdravstvenih usluga koje financira nacionalni sustav za cjelokupne zdravstvene usluge – paket usluga).

Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020. (NN 116/2012), detaljno je opisivala suvremene izazove politika financiranja zdravstva u Europskoj uniji i Republici Hrvatskoj. U kontekstu financiranja zdravstvenih usluga, isticala je da „snošenje dijela troškova od strane građana može znatno smanjiti teret državnog proračuna, ali može i spriječiti prekomjernu potražnju zdravstvenih usluga“. Strategija je prepoznavala da je suradnja između javnog i privatnog sektora uznapredovala posljednjih godina uključivanjem privatnog sektora u financiranje, izgradnju i održavanje bolničke opreme, zgrada i sličnih projekata i jasno se je prepoznavala uloga te suradnje: „Javno-privatna partnerstva predstavljaju rješenje problema stroge regulacije kojoj su podložne javne institucije i nedostatka financijskih sredstva kojima raspolažu“. Uočavajući da budući razvoj politika financiranja može ići, između ostalog i u smjeru jačanja veće privatizacije ili u smjeru decentralizacije uz više fleksibilnosti u razvijanju rješenja financijskih problema, u sklopu *Prioriteta 7: Očuvanje financijske stabilnosti zdravstva*, pozornost je dana jačanju tržišta dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja. Isticalo se da se privatna plaćanja kroz police zdravstvenog osiguranja trebaju povećati za one koji si to mogu priuštiti i koji želi proširiti opseg zdravstvenih usluga, razinu nezdravstvene usluge ili skratiti vrijeme čekanja do obavljanja postupka koji nije visokog stupnja hitnoće. Uočavalo se da dobrovoljna osiguranja mogu biti dobar poticaj razvoju novih privatnih zdravstvenih usluga i da privatne pružatelje zdravstvenih usluga treba poticati da dijelom prijeđu na plaćanje preko privatnih osiguranja.

Nacionalni plan razvoja zdravstva od 2021. do 2027. godine (NN 147/2021-2536) u svrhu ostvarenja Posebnog cilja 5: *Unaprjeđenje financijske održivosti zdravstvenog sustava*, predvidio je izradu strateškog okvira za dugoročno održivo financiranje zdravstva. Okvir bi trebao analizirati prihodovnu i rashodovnu stranu zdravstva te definirati konkretne kratkoročne i dugoročne korake kako bi financiranje zdravstva došlo u ravnotežu. Prepoznaje se da sustav zdravstvenog osiguranja od svog postavljanja nije unaprijeđen u smislu definiranja kriterija i prava te da je potrebno definirati terapijski standard obveznog osiguranja i referentnu cijenu standarda. U smislu postizanja financijske održivosti predviđeno je i unaprjeđenje sustava objedinjene javne nabave, unaprjeđenje upravljanja bolnicama, uvođenje sustava određivanja cijena zdravstvenih usluga koje odražavaju troškove učinkovito provedenog liječenja te unaprjeđenje modela plaćanja zdravstvenih usluga.

Proizlazi da su promjene koje su se odvijale od 90-ih godina prošlog stoljeća u dijelu tko financira zdravstvenu zaštitu i tko pruža zdravstvenu zaštitu, obilježene kontinuiranim promjenama s intenzivnim usmjeravanjem na financijsku stabilizaciju i financijsku učinkovitost uz kreiranje prostora za međusobno djelovanje različitih aktera u zajednici u pružanju i financiranju zdravstvenih usluga. Istom je, taj proces prelaska sa socijalističkog sustava na uvjete tržišne ekonomije, uz uvažavanje svih situacijskih okolnosti, tražio i usklađivanje s propisima Europske unije slijedom pregovora Republike Hrvatske za članstvo u Europskoj uniji. Zdravstvena zaštita u Republici Hrvatskoj razvija se tako da je većinski financirana izravnim financiranjem putem doprinosa na plaću, manjim udjelom sredstvima iz državnog i županijskog proračuna tj. poreza, donacijama, sredstvima iz dobrovoljnih osiguranja te izravnim plaćanjem pacijenata kroz doplatu, administrativne pristojbe te ostala plaćanja. Pozicija Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje se mijenja u tome procesu razvoja gdje on postaje dio državnog proračuna i izlazi iz njega. Pružanje zdravstvenih usluga razvijeno je tako da zdravstvenu djelatnost mogu pružati zdravstvene ustanove, trgovačka društva⁴⁸, privatni zdravstveni radnici i druge pravne i fizičke osobe. U procesu promjena, razvija se poslovanje po tržišnim principima, razvija se prostor za osnivanje privatnih ustanova, primarna zdravstvena zaštita temeljem zakupa prostora značajno je obilježena privatizacijom, jača značaj dobrovoljnih osiguranja, dolazi do promjena vezanih uz decentralizaciju, uvode se administrativne pristojbe i sudjelovanje u cijeni zdravstvene usluge (participacija) i dr.

⁴⁸ Trgovačka društva mogu pružati zdravstvenu zaštitu, ali ne mogu sklopiti ugovor s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje za provedbu zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

5.1.2. Zakonski okvir volontiranja u Republici Hrvatskoj

U Hrvatskoj je na snazi Zakon o volonterstvu (NN 58/07, 22/13, 84/21) koji je po prvi puta donesen 2007. godine i nakon toga u dva navrata bio dodatno dopunjen i izmijenjen: Zakonom o izmjenama i dopunama Zakona o volonterstvu u 2013. godini (NN 22/13) i Zakonom o izmjenama i dopunama Zakona o volonterstvu u 2021. godini (NN 84/21). Nakon njegovog donošenja, donesen je i Etički kodeks volontera (NN 55/08), Pravilnik o državnoj nagradi za volontiranje (NN 106/07; NN 109/21) te Pravilnik o sadržaju izvješća o obavljenim uslugama i aktivnostima organizatora volontiranja (NN 104/15; NN 9/18, NN 109/21). Zakonom o volonterstvu uređeni su osnovni pojmovi vezani za volontiranje, temeljna načela volontiranja, uvjeti volontiranja, prava i dužnosti volontera te organizatora volontiranja, uvjeti sklapanja ugovora o volontiranju, donošenje Etičkog kodeksa volontera, izdavanje potvrde o volontiranju, državna nagrada za volontiranje te nadzor nad izvršenjem Zakona. Etički kodeks volontera donesen je s ciljem poticanja razumijevanja i prihvaćanja propisanih načela i standarda te njihovu primjenu u svakodnevnoj organizaciji i pružanju volonterskih usluga kao minimalni zajednički sustav vrijednosti koji organizatori volontiranja i volonteri prihvaćaju u svom području djelovanja. Pravilnik o državnoj nagradi za volontiranje uređuje postupak za dodjelu Državne nagrade za volontiranje kao najvišeg priznanja što ga Republika Hrvatska godišnje dodjeljuje za volontiranje, doprinos promicanju volonterstva i druge volonterske aktivnosti. Pravilnik o sadržaju izvješća o obavljenim uslugama i aktivnostima organizatora volontiranja propisuje sadržaj izvješća o obavljenim uslugama ili aktivnostima organizatora volontiranja, način izvještavanja, izvještajno razdoblje i rok za dostavljanje izvješća te druga pitanja važna za izvješće. Podaci iz Izvješća osnova su za evidenciju o broju organizatora volontiranja i volonterskih sati, broju volontera u Republici Hrvatskoj i broju državljana Republike Hrvatske koji volontiraju u inozemstvu, dobnoj strukturi volontera te drugih podataka o volontiranju.

5.1.3. Volontiranje u policy dokumentima sektora zdravstva

Od analiziranih strateških dokumenata ključni pojmovi vezani uz volontiranje pronađeni su u šest od osam pretraživanih dokumenata: Strateškom planu Ministarstva zdravstva za razdoblje od 2020. do 2022. godine (MZ, 2019.), Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012. – 2020. (MZ, 2012.), Nacionalnom programu razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2014. –

2016. (MZ, 2014.), Nacionalnom programu razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. – 2020. (MZ, 2017.), Strateškom planu razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. – 2020. (MZ, 2015.) i Nacionalnom planu protiv raka 2020. – 2030. (MZ, 2020.). Nisu pronađeni u Nacionalnom planu razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine (MZ, 2021.) i Nacionalnom programu za rijetke bolesti 2015 – 2020. (MZ, 2015.).

U Strateškom planu Ministarstva zdravstva za razdoblje od 2020. – 2022. (MZ, 2019, 45) koristi se pojam „voluntarizma“ i to u kontekstu plana Ministarstva zdravstva da nastavi „suradnju s udrugama građana koje djeluju na području zdravstva osiguravajući potporu u njihovu radu posebno u dijelu provođenja nacionalnih programa, voluntarizma te humanitarnog rada uključujući aktivnosti Hrvatskog Crvenog križa“. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020. (MZ, 2012) prepoznavala je volonterski rad kao jedan od odgovora na strateške probleme u zdravstvu. Razmatrajući nedovoljnu učinkovitost zdravstvenog sustava, u kontekstu manjka ljudskih resursa, navodila je da je “volonterstvo gotovo posve neregulirano i nerazvijeno” (MZ, 2012, str. 379). U dijelu suradnje s organizacijama civilnog društva i medijima, u sklopu Prioriteta 8: Suradnja s drugim resorima i društvom u cjelini, dodatno se izdvajalo da se kratkoročno i srednjoročno, na problem nedovoljnog broja i neravnomjerne raspoređenosti zdravstvenih djelatnika u sustavu zdravstva, može utjecati kroz sustav volontiranja. Pri tome se izdvajalo, da se to može učiniti uz odgovarajuće zakonsko reguliranje i izobrazbu volontera i to osobito u segmentima kao što su palijativna skrb ili pružanje hitne pomoći na otocima.

Potreba za odgovarajućom zakonskom regulacijom volontera, izdvojena je i u uvodnom djelu Nacionalnog programa razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. – 2020. (MZ, 2017). Jednaki tekst prenesen je i u Prijedlog zakona o zdravstvenoj zaštiti 2018. godine (MZ, 2018). Izostalo je pojašnjenje o kojoj se zakonskoj regulaciji radi: radi li se odgovarajućem zakonskom reguliranju drugačijem od onoga koje je bilo na snazi ili o nedovoljnoj upućenosti u regulaciju volontiranja u vrijeme kreiranja izdvojenih strateških dokumenata.

Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. – 2020. (MZ, 2017), jednako kao i raniji Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2014. – 2016. (MZ, 2014, 20), u svom uvodnom dijelu izdvaja uključivanje volontera u razvoj palijativne skrbi kao prioritetnu mjeru i prepoznaje uključivanje volontera u sve razine pružanja palijativne skrbi kao jedno od načela organizacije sustava palijativne skrbi. Imenovani su i na općoj i specijalističkoj razini, prepoznati da imaju “dragocjenu i humanu ulogu u razvoju i

pružanju palijativne skrbi”, da doprinose kvaliteti palijativne skrbi, razvoju palijativne skrbi u lokalnoj zajednici i u podizanju svijesti građana o palijativnoj skrbi te da njihov rad ima “potpunu vrijednost i smisao samo ako djeluju kao dio sustava palijativne skrbi”.

Uz Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva 2012. – 2020. (MZ, 2012.) i Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. – 2020. (MZ, 2017.), o volontiranju progovara i Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. – 2020. (MZ, 2015.), koji je predvidio da uspostavom edukacijskih centara u zdravstvenim ustanovama te njihovim povezivanjem s medicinskim školama, veleučilištima i fakultetima, zdravstvena ustanova postane učilište za profesionalni razvoj vlastitih zaposlenika, drugih potrebnih kadrova koji se školuju u obližnjima obrazovnim ustanovama i za obrazovanje volontera.

Od svih zahvaćenih dokumenata, Nacionalni plan protiv raka 2020. – 2030. (MZ, 2020.), najviše je imao fokus na volontere i to kod pedijatrijske onkologije kao posebnog područja onkologije. U mjerama za postizanje ciljeva volonteri su zahvaćeni kroz dvije mjere: a) mjeru sinkroniziranja rada udruga s potrebama odjela gdje se naznačuje razrada modela volontiranja educiranih volontera na odjelima za dječju onkologiju, koji bi znatno poboljšali kvalitetu života djece i njihovih obitelji kao i uvjete rada radnicima na tim odjelima i b) mjeru educiranja i planiranja sudjelovanja volontera s odgovarajućim kompetencijama. Razrada preciznih opisa volonterskih poslova, volonterskih ugovora te selekcija i edukacija volontera, naznačuje se da se prepusti udrugama. Osim kod pedijatrijske onkologije volonteri su izdvojeni i kod analize trenutačnog stanja u području palijativne skrbi i ublažavanja boli. Prepoznato je 16 organizacija volontera u palijativnoj skrbi te edukacija volontera koji sudjeluju u palijativnoj skrbi od strane pojedinih fakulteta i udruga. Izdvojena je i važnost senzibilizacije javnosti i udruga da se uključe u sustav palijativne skrbi, između ostalog i kroz volontiranje što je postavljeno i kao jedna od mjera u području palijativne skrbi i ublažavanja boli. Područje edukacije u onkologiji također za ostvarenje postavljenih ciljeva izdvaja mjeru uključivanja volontera u aktivnosti podizanja svijesti o potrebi borbe protiv raka.

Prijedlog Zakona o izmjenama i dopunama zakona o zdravstvenoj zaštiti, s konačnim prijedlogom Zakona (MZ, 2015.) iz 2015. godine sadržavao je prijedlog da se u Članku 27. u stavku 3. dodaju i volonteri. Prijedlog je glasio: “U promicanju zdravlja i provođenju pojedinačnih mjera zdravstvene zaštite u zdravstvenoj djelatnosti na primarnoj razini, a posebno palijativnoj skrbi, zdravstvenoj zaštiti radnika, djece predškolske i školske dobi, osoba starijih od 65 godina mogu sudjelovati i psiholog, logoped i socijalni radnik, odnosno drugi stručnjaci,

suradnici i volonteri za pojedina specifična pitanja te zaštite“. Prijedlog nije prošao no u aktualnom Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, u Glavi VII. Zdravstvene ustanove na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti, u Članku 103. prepoznato je da dom zdravlja osigurava koordinatora palijativne skrbi koji povezuje i koordinira radom mobilnog palijativnog tima i svih drugih dionika palijativne skrbi, pri čemu se volonteri navode kao jedni od dionika.

5.1.4. Zakonski okvir doniranja u Republici Hrvatskoj

Doniranje je u Republici Hrvatskoj regulirano kroz nekoliko zakona pri čemu se izdvaja:

- Zakon o obveznim odnosima (NN 35/05, 41/08, 125/11, 78/15, 29/18, 126/21)
- Zakon o porezu na dobit (NN 177/04, 90/05, 57/06, 146/08, 80/10, 22/12, 148/13, 143/14, 50/16, 115/16, 106/18, 121/19, 32/20, 138/20, 114/22, 114/23)
- Zakon o porezu na dohodak (NN 115/16, 106/18, 121/19, 32/20, 138/20)
- Zakon o porezu na dodanu vrijednost (NN 73/13, 99/13, 148/13, 153/13, 143/14, 115/16, 106/18, 121/19, 138/20, 39/22, 113/22, 33/23, 114/23)
- Zakon o proračunu (NN 144/21)
- Zakon o financijskom poslovanju i računovodstvu neprofitnih organizacija (NN 121/14)
- Zakon o humanitarnoj pomoći (NN 156/23).

Zakon o obveznim odnosima, Zakon o porezu na dobit i Zakon o porezu na dohodak, koriste pojam „darovanje“ i „dar“. Zakon o obveznim odnosima regulira odnose među darovateljem i obdarenikom i prema njemu, mogu se darovati sadašnje i buduće stvari, prenosiva imovinska prava te sadašnja i najviše polovina buduće imovine. Zakon o porezu na dobit uređuje koje se darovanje smatra porezno priznatim troškom. Porezno priznatim rashodima darovanja smatraju se darovanja u naravi ili novcu učinjena u tuzemstvu za kulturne, znanstvene, odgojno-obrazovne, zdravstvene, humanitarne, sportske, vjerske, ekološke i druge općekorisne svrhe udrugama, tijelima državne uprave, lokalne i područne samouprave i drugim osobama koje navedene djelatnosti obavljaju u skladu s posebnim propisima, u iznosu do 2% prihoda ostvarenog prethodnog ili tekućeg poreznog razdoblja. Iznimno, iznos može biti i veći od 2% prihoda prethodnog ili tekućeg poreznog razdoblja ako je darovanje dano za svrhe utvrđene strateškim projektima (prema posebnim propisima ili strategijom nadležnih ministarstva, temeljem odluke nadležnog ministarstva uz suglasnost Vlade Republike Hrvatske). U darovanje

pri tome spada i plaćanje troškova za zdravstvene potrebe fizičkih osoba (operativne zahvate, liječenja, nabavu lijekova i ortopedskih pomagala te troškovi prijevoza i smještaja u zdravstvene ustanove) rješavanje kojih nije plaćeno osnovnim, dopunskim, dodatnim i privatnim zdravstvenim osiguranjem niti sredstvima fizičke osobe, pod uvjetom da je plaćanje obavljeno na žiroračun primatelja dara ili zdravstvene ustanove na temelju vjerodostojnih isprava. Prema Zakonu o porezu na dohodak, poreznom obvezniku se može uvećati osobni odbitak za darovanja dana u tuzemstvu u naravi i novcu doznačenim na račun za plaćanje sukladno propisu kojim se uređuje platni promet, do visine 2% primitka (iznimno i više) za koje je u tekućoj godini podnesena godišnja porezna prijava i utvrđen godišnji porez na dohodak (Članak 15.).

Zakon o financijskom poslovanju i računovodstvu neprofitnih organizacija koristi pojam „donacije“ i zahvaća ih u segmentu članka koji se odnosi na priznavanje prihoda i rashoda. Odnosi se na domaće i strane udruge i njihove saveze, zaklade, fundacije, ustanove, umjetničke organizacije, komore, sindikate, udruge poslodavaca te sve druge pravne osobe kojima temeljni cilj osnivanja i djelovanja nije stjecanje dobiti, za koje iz posebnih propisa proizlazi da su neprofitnog karaktera. Zakon o financijskom poslovanju i računovodstvu neprofitnih organizacija, između ostalog, definira da se poslovanje neprofitnih organizacija treba temeljiti na „načelu dobrog financijskog upravljanja i kontrola te načelu javnosti i transparentnosti“. Dobro upravljanje vezano je uz ostvarivanje ciljeva namjenskim, etičnim, ekonomičnim, djelotvornim i učinkovitim korištenjem sredstava, a javnost i transparentnost kroz obvezu osiguranja javnosti u područjima koja se odnose na financijsko izvještavanje. Uz Zakon se vežu i pravilnici koji se izdvajaju u svrhu uvida u postupke kontrole i nadzora. Pravilnik o izvještavanju u neprofitnom računovodstvu i Registru neprofitnih organizacija (NN 31/15, 67/17, 115/18,16, Članak 1.) propisuje „oblik i sadržaj financijskih izvještaja i izjave o neaktivnosti, razdoblja za koja se financijski izvještaji sastavljaju te obveza i rokovi njihovog podnošenja“. Pravilnik o neprofitnom računovodstvu i računskom planu (NN 1/15, 25/17, 96/18 i 103/18, NN 134/22) definira „raspored, sadržaj i primjenu računa u računskom planu, način vođenja jednostavnog knjigovodstva i primjenu novčanog računovodstvenog načela, minimalni sadržaj poslovnih knjiga jednostavnog knjigovodstva te stope amortizacije“. Pravilnik o sustavu financijskog upravljanja i kontrola te izradi i izvršavanju financijskih planova neprofitnih organizacija (NN 119/15, NN 134/22), „utvrđuje način provođenja samoprocjene funkcioniranja sustava financijskog upravljanja i kontrola neprofitne

organizacije te se propisuje metodologija izrade financijskog plana, izmjena i dopuna financijskog plana, kao i način i uvjeti izvršavanja financijskog plana“.

Temeljem Zakona o porezu na dodanu vrijednost donesen je Pravilnik o izmjenama i dopunama Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost (NN 130/2015) kojim se donacija hrane priznaje kao porezno priznati manjak poreznom obvezniku koju istu donira u svrhu sprječavanja njenog uništavanja, zaštite okoliša i pomoći krajnjim primateljima sukladno posebnom propisu o doniranju hrane tj. Pravilniku o uvjetima, kriterijima i načinima doniranja hrane i hrane za životinje (NN 119/15, 118/18, 91/19). Pravilnik o uvjetima, kriterijima i načinima doniranja hrane i hrane za životinje propisuje detaljna pravila za doniranje hrane i hrane za životinje, uvjete koje mora ispunjavati posrednik u lancu doniranja hrane te sadržaj i način vođenja Registra posrednika u doniranju hrane.

Prema Zakonu o proračunu (Članak 4.) „dane donacije su tekući ili kapitalni prijenosi sredstava neprofitnim organizacijama te građanima i kućanstvima koji uključuju i prijenose u naravi, a koje proračuni i proračunski korisnici mogu davati za određenu namjenu“, a primljene donacije „prihodi ostvareni bez bilo kakve naknade ili protučinidbe od fizičkih osoba, neprofitnih organizacija, trgovačkih društava i ostalih subjekta izvan općeg proračuna“. Donacije se nalaze i pod definiranjem namjenskih prihoda (Članak 52.), dok se zasebnim člankom (Člankom 56.) o nadzoru ostvarenja i trošenja namjenskih prihoda i primitaka te vlastitih prihoda, propisalo donošenje pravilnika o mjerilima i načinu korištenja nenamjenskih donacija od strane nadležnih ministarstva i drugih državnih tijela na razini razdjela organizacijske klasifikacije. Dodatno se ovdje izdvaja Pravilnik o proračunskom računovodstvu i Računskom planu (NN 158/2023) koji regulirajući segmente od značaja za proračunsko računovodstvo, zahvaća i donacije razlikujući tekuće (donacije u novcu, donacije u naravi, donacije iz EU sredstava) i kapitalne donacije (kapitalne donacije neprofitnim organizacijama, kapitalne donacije građanima i kućanstvima, kapitalne donacije iz EU sredstava).

Specifični zakon koji se odnosi na donacije je Zakon o humanitarnoj pomoći kojim se propisuju uvjeti i načini prikupljanja i pružanja humanitarne pomoći uz izuzetak donacije hrane i hrane za životinje. Humanitarna pomoć su „prikupljena i pružena materijalna i financijska dobra i humanitarne aktivnosti u svrhu zaštite i spašavanja žrtava katastrofa i velikih nesreća te žrtava kriza izazvanih ljudskim djelovanjem, kao i prikupljena i pružena materijalna i financijska dobra i humanitarne aktivnosti u svrhu podmirivanja potreba socijalno osjetljivih skupina“ (Članak 9.). Zakon o humanitarnoj pomoći mijenjao se u nekoliko navrata u promatranom

periodu unaprjeđujući regulaciju da se smanji mogućnost zlorabe i poveća transparentnost. Zakonom iz 2023. prestao je važiti Zakon o humanitarnoj pomoći iz 2015. godine (NN 102/15, 98/19). Njime je proširena mogućnost inspekcijskog nadzora, proširena je nemogućnost pokretanja humanitarnih akcija (osim za svoje osobne potrebe i na „bračnog ili izvanbračnog druga, životnog ili neformalnog životnog partnera, srodnika u ravnoj lozi i srodnika u pobočnoj lozi do drugog stupnja srodstva“, Članak 23.), doradene su odredbe vezane uz status stalnog prikupljača humanitarne pomoći i dr. Novost u Zakonu o humanitarnoj pomoći od 2015. godine (koji je zamijenio zakon iz 2010. godine), između ostalog bila je i uvođenje obveza podnošenja zahtjeva za provođenje humanitarnih akcija i za pravne osobe koje imaju rješenje o stalnom prikupljanju i pružanju humanitarne pomoći, uz pravne i fizičke osobe. Nadalje, uveden je postupak raspolaganja neutrošenim financijskim sredstvima prikupljenima u humanitarnoj akciji. Donesen je i Pravilnik o izgledu logotipa za prikupljanje humanitarne pomoći (NN 120/15), Pravilnik o razvrstavanju humanitarnih akcija (NN 120/15), Pravilnik o izmjenama Pravilnika o evidencijskoj oznaci humanitarne akcije (NN 16/20), Pravilnik o sadržaju i načinu vođenja evidencije humanitarne pomoći (NN 16/20) i Pravilnik o obrascima za prikupljanje humanitarne pomoći (NN 16/20). Prema Pravilniku o razvrstavanju humanitarnih akcija, one se mogu odnositi na liječenje bolesti, liječenje djece, liječenje odraslih osoba, rehabilitaciju djece s teškoćama u razvoju i osoba s invaliditetom, nabavu medicinskih uređaja i opreme, nabavu ortopedskih i drugih pomagala, zadovoljavanje stambenih potreba socijalno osjetljivih skupina, zadovoljavanje potreba za prehranom i odjećom, unaprjeđenje uvjeta školovanja, obnovu javnih i drugih objekata, smanjenje uzroka i posljedica katastrofa, velikih nesreća i kriza uzrokovanih ljudskim djelovanjem, ublažavanje ili sprječavanje mogućih uzroka socijalne isključenosti te ostalo u smislu Zakona.

5.1.1. Doniranje u policy dokumentima sektora zdravstva

Doniranje je pri analizi strateških dokumenata pronađeno u tri od osam pretraživanih dokumenata⁴⁹. Pronađeno je spominjanje doniranja u: Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012. – 2020., Nacionalnom planu protiv raka 2020. – 2030. (MZ, 2020.) i Nacionalnom programu za rijetke bolesti 2015 – 2020. (MZ, 2015.). Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., pod temom suzbijanja korupcije i neformalnih plaćanja, bila je istaknula potrebu

⁴⁹ Pretraživani su isti strateški dokumenti sektora zdravstva i za volontiranje i za doniranje.

da se pravnim aktima osiguraju ravnomjerne mogućnosti i transparentnost u dodjeli sredstava koje se odnosi na izobrazbu zdravstvenih djelatnika financiranu donacijama farmaceutske industrije i drugih privrednih subjekata. Nacionalni plan protiv raka 2020. – 2030., u sklopu jedne od mjera za postizanje ciljeva u području patologije i molekularne dijagnostike, navodi osiguranje donacije opreme i kemikalija za molekularne testove. Jednako tako, u području pedijatrijske onkologije, pod mjerama za postizanje podizanja razine sveukupne zdravstvene zaštite djece oboljele od zloćudnih bolesti, izdvaja se "sinkroniziranje rada udruga s potrebama odjela na kojima se provodi dijagnostika, liječenje, praćenje komplikacija i rehabilitacija djeteta s malignim tumorom uz prioritarno usmjeravanje donacija; usuglašavanje potreba i osiguravanje jasnog i transparentnog sustava donacija" (str 76). Nacionalni program za rijetke bolesti 2015 – 2020. u kontekstu liječenja rijetkih bolesti navodi mogućnost liječenja donacijom (odnosno, engl. *compassionate use*) od postavljanja dijagnoze do trenutka kada je lijek odobren.

5.2. Prikaz rezultata anketnog istraživanja

Rezultati anketnog istraživanja daju se prvo za pojavu volontiranja, a nakon toga slijedi prikaz za pojavu doniranja. U prikazu se naizmjenično koristi tekst i tablice. Dio prikaza obuhvaća rezultate za sve zdravstvene ustanove koje su ispunile anketu, a dio prikaza se odnosi na izdvojene rezultate za zdravstvene ustanove koje uključuju volontere ili ne uključuju volontere, odnosno ne prikupljaju donacije kroz sve promatrane oblike ili prikupljaju donacije kroz sve promatrane oblike.

5.2.1. Prikaz rezultata anketnog istraživanja – volontiranje

Rezultati o praksi implementacije volontiranja ukazuju na mali broj zdravstvenih ustanova koje uključuju volontere u svoje djelovanje (N=7, 15,56%). Od ukupnog broja zdravstvenih ustanova koje su odgovorile na upitnik, 84,44% njih ne **uključuje volontere** u obavljanje svoje svakodnevne djelatnosti. S druge strane, kod ustanova koje ne uključuju volontere, postoji srednji interes za njihovo uključivanje. Na upit da u rasponu od 1 (*Uopće nemamo interes*) do 5 (*U potpunosti smo zainteresirani*) procijene interes za pokretanjem svog volonterskog programa, najveći udio zdravstvenih ustanova koje ne uključuju volontere birao je srednju vrijednost (Tablica 5.2.1.1) pri čemu je srednja vrijednost za zainteresiranost pokretanja svojeg

volonterskog programa 2,87 (Min=1, Max=5, SD=1,30), a za uključivanjem volontera u sklopu volonterskih programa drugih organizator volontiranja nešto viša i iznosi 3,16 (Min=1, Max=5, SD=1,29).

Tablica 5.2.1.1. Zainteresiranost zdravstvenih ustanova za uključivanje volontiranja

Odgovor	Pokretanje svojeg volonterskog programa	Uključivanje volontera u sklopu volonterskih programa drugih organizatora volontiranja
	%	%
1 – Uopće nemamo interes	15,79	13,16
2	21,05	18,42
3	34,21	26,31
4	10,53	23,68
5 – U potpunosti smo zainteresirani	18,42	18,42
Ukupno	100	100

Ustanove koje uključuju volontere obično to čine duži niz godina uz vrlo različiti prosječni broj sati volontiranja i prosječni broj volontera (Tablica 5.2.1.2.). Srednja vrijednost odgovora zdravstvenih ustanova koje uključuju volontere, na upitu koliko godina uključuju volontere u svoje rad, iznosi 9 godina s minimalnom vrijednosti 2 godine i maksimalnom vrijednosti 20 godina (SD=5,24). Prosječni godišnji broj volontera je u rasponu od 2 do 50 volontera sa srednjom vrijednosti 12,71 (SD=19,79). Prosječan broj sati volontiranja velikog je raspona (Min=5, Max=2000).

Tablica 5.2.1.2. Prikaz rezultata o godinama uključivanja volontiranja, broju uključenih volontera i sati volontiranja

	M	SD	Min	Max
broj godina uključivanja volontera	9	5,24	2	20
broj volontera uključeno u zadnjih 5 godina	26,86	19,79	5	61
prosječni godišnji broj volontera	12,71	15,55	2	50
prosječni godišnji broj sati volontiranja	545	659,37	5	2000

Najveći udio zdravstvenih ustanova uključuje volontere nekoliko puta godišnje (57,14%), bilo da je pri tome zdravstvena ustanova organizator volontiranja (28,57%) ili je zdravstvena ustanova korisnik volonterskog programa organiziranog od strane neke druge organizacije iz zajednice (28,57%) ili oboje (14,29%). Samoinicijativno javljanje volontera zabilježeno je pod kategoriju odgovora: „Ostalo“ (28,57%). Kada je zdravstvena ustanova korisnik volonterskog programa tada je to udruga ili odgojno – obrazovna ustanova. Niti jedna zdravstvena ustanova

koja je navela da uključuje volontere, pri uključivanju volontera ne surađuje s poslovnim subjektom u dijelu tzv. korporativnog volontiranja.

Volonteri su pri pojedinoj zdravstvenoj ustanovi bili uključeni najviše u kombinaciji i direktnih i indirektnih aktivnosti (N=5, 71,43%). Pri upitu na kojim **direktnim i indirektnim aktivnostima** su bili uključeni volonteri, dobiveni odgovori idu od priprema potvrda do razgovora (Tablica 5.2.1.3). Kod aktivnosti na kojima bi još željeli uključiti volontere, izdvajaju se područja aktivnosti više nego konkretna aktivnost.

Tablica 5.2.1.3. Prikaz direktnih i indirektnih aktivnosti volontera

Direktne aktivnosti	Indirektne aktivnosti	Željene aktivnosti
<p><i>komunikacija</i> <i>pomoć i usmjeravanje</i> <i>čitanje pacijentima</i> <i>provođenje animacije</i> <i>pacijenata na hrvatskom i talijanskom jeziku</i> <i>animacija pacijenata molitvom, pjesmom i razgovorom</i> <i>radna terapija uz radnog terapeuta</i> <i>igra s djecom</i> <i>šetnja s djecom</i> <i>terapijske aktivnosti – terapija plesom, pokretom, art terapija, muzikoterapija</i> <i>cijepljenja pacijenata</i> <i>mjerenje tlaka</i></p>	<p><i>izdavanje potvrda</i> <i>pisana korespondencija i analiza</i> <i>donacije poklona za odjel pedijatrije</i> <i>posjeta djeci prilikom blagdana i obilježavanja dječjeg dana</i> <i>oslikavanje prostora</i> <i>sistematično slaganje knjiga u Biblioteci Bolnice</i> <i>uređivanje bolničke kapele</i> <i>održavanje bilja</i> <i>priprema materijala za radnu terapiju</i> <i>priprema prostora za fizikalnu terapiju</i> <i>priprema strunjača i ostalih predmeta za terapiju</i> <i>učenje primjene psihologijske obrade</i> <i>učenje primjene kreativnih radionica</i> <i>učenje primjene fizioterapijskog programa rehabilitacije</i> <i>vođenje zapisnika</i> <i>priprema pića i jela</i> <i>nadzor nad aktivnostima djece</i></p>	<p><i>promocija zdravstvene ustanove</i> <i>šetnje s pacijentima</i> <i>kreativne radionice</i> <i>igra s djecom na odjelima</i> <i>pomoć u jedinici za centralno naručivanje</i> <i>klub pacijenata</i> <i>uređenje okoliša</i> <i>aktivnosti unutar djelatnosti za javno zdravstvo i promicanje zdravlja</i> <i>aktivnosti unutar djelatnosti za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti</i></p>

Kao primarni **razlog uključivanja volontera** (Tablica 5.2.1.4.), primarni razlog je *Želja da se poveća doprinos ispunjenu svrhe i ciljeva zdravstvene ustanove* i *Želja da se poveća razna kvalitete usluga*. Tek nakon toga slijede razlozi: *Situacija uzrokovana povećanim obimom posla*; *Situacija uzrokovana nedostatkom ljudskih resursa* i *Želja da se doprinese razvoju inovativnih aktivnosti*.

Tablica 5.2.1.4. Prikaz razloga uključivanja volontera

	N	%
Situacija uzrokovana nedostatkom ljudskih resursa	2	28,57%
Situacija uzrokovana nedostatkom financijskih resursa	0	0,00%
Situacija uzrokovana povećanim obimom posla	2	28,57%
Želja da se izgradi veće povjerenje među članovima zajednice	1	14,29%
Želja da se poveća doprinos ispunjenu svrhe i ciljeva zdravstvene ustanove	5	71,43%
Želja da se poveća razna kvalitete usluga	5	71,43%
Želja da se doprinese razvoju inovativnih aktivnosti	2	28,57%
Ostalo	0	0,00%

Promjene u uključivanju volontera tijekom epidemije COVID-19, uočilo je šest zdravstvenih ustanova. Promjene su, prema ponuđenim odgovorima uključile *smanjenje broja uključenih volontera* (N=3, 42,86%), *drugačiju strukturu volontera* (N=1, 14,29%), *povećanje broja uključenih volontera* (N=1, 14,29%) te *ostalo*, tj. *organizaciju volontiranja sukladno preporukama Stožera* (N=1, 14,29%). Kod aktivnosti na kojima su volonteri bili uključeni tijekom epidemije, navodi se: *komunikacija s građanima i izdavanje COVID potvrda; donacije poklona za blagdane; njega bilja unutar ustanove; aktivnosti u biblioteci ustanove, cijepljenje i administrativni poslovi*. Zabilježena su i dva odgovora da volonteri nisu bili uključeni zbog strogih pandemijskih mjera.

Procjena o tome *koliko trenutna praksa uključivanja volontera u zdravstvenu ustanovu otvara mogućnost za razvoj inovacija u pružanju usluga (nove načine pružanja usluga, suradnje s korisnicima/pacijentima, suradnje s drugim dionicima)*, pokazuje da četiri od sedam zdravstvenih ustanova koje **uključuju volontere** bira srednju procjenu tako da je srednja vrijednost svih odgovora M=2,86 (Min=1, Max=5, SD=1,12). Kod procijene *koliko trenutna praksa zdravstvene ustanove u uključivanju volontera, omogućuje kvalitetnije pružanje usluga*, šest od sedam ustanova koje uključuju volontere bira srednju procjenu čime srednja vrijednost iznosi M=3,14 (Min=3, Max=4, SD=0,35). Kod zdravstvenih ustanova koje **ne uključuju volontere** (N = 38), srednja vrijednost procijene koliko bi potencijalno uključivanje volontera u zdravstvenu ustanovu otvorilo mogućnost za razvoj inovacija u pružanju usluga, iznosi M=3,24 (Min=1, Max=5, SD=1,13). Procjena doprinosa kvalitetnijem pružanju usluga iznosi A=3,37 (Min=1, Max=5, SD=1,13).

Kapacitet i praksa zdravstvenih ustanova u implementaciji volontiranja, koji su se pratili kroz standarde dobre prakse menadžmenta volontera, odnosno standarda kvalitete, ukazuju da su najniži rezultati kod kriterija potpodručja *Koordinacija volonterskog programa u organizaciji*, a najviši u potpodručju *Praćenje i ispunjavanje pravne regulative za volontiranje u RH* (Tablica

5.2.1.5.). Prema rezultatima, zdravstvene ustanove procjenjuju da se pojedini kriterij *Uopće ne odnosi na njih* i/ili da se *Uglavnom ne odnosi*.

Tablica 5.2.1.5. Prikaz rezultata o kapacitetima i praski za implementaciju volontiranja prema kriterijima standarda kvalitete

Kriterij kvalitete	Sve obuhvaćene zdravstvene ustanove			
	M	SD	Min	Max
Strateško promišljanje o uključivanju volontera				
Upravljačko tijelo zdravstvene ustanove donijelo je odluku o ključnoj ulozi volontera u ostvarivanju ciljeva zdravstvene ustanove.	1,55	1,00	1	5
Svi zaposlenici su upoznati s uključivanjem volontera u organizaciju.	1,89	1,14	1	4
Svi zaposlenici prihvaćaju uključivanje volontera u organizaciju.	2,29	1,39	1	5
Volonterima su za obavljanje njihovih zadataka dodijeljeni odgovarajući prostor i oprema.	1,71	1,31	1	5
Planiranje volonterskog programa				
Zdravstvena ustanova priprema i planira volonterski program.	1,64	0,99	1	5
Predviđena su materijalna i financijska sredstva za uključivanje volontera.	1,40	0,77	1	4
Koordinacija volonterskog programa u organizaciji				
Postoji kontakt osoba ili osobe zadužene za koordinaciju volonterskog programa u organizaciji, s jasnim pravima i odgovornostima.	1,56	1,07	1	5
Koordinator volonterskog programa surađuje sa zaposlenicima unutar zdravstvene ustanove u provedbi volonterskog programa.	1,49	1,05	1	5
Koordinator volonterskog programa surađuje s drugim dionicima iz zajednice u provedbi volonterskog programa.	1,42	0,91	1	5
Volonteri poznaju procedure unutar volonterskog programa.	1,51	1,05	1	5
Volonteri poznaju nadležnosti unutar volonterskog programa.	1,51	1,05	1	5
Praćenje i ispunjavanje pravne regulative za volontiranje u RH				
Zdravstvena ustanova djeluje u skladu s odredbama Zakona o volonterstvu .	2,24	1,52	1	5
Zdravstvena ustanova djeluje u skladu s odredbama Etičkog kodeksa volontera.	2,27	1,54	1	5
Prava volontera su jasno definirana i volonteri ih prihvaćaju.	2,24	1,52	1	5
Obveze volontera su jasno definirane i volonteri ih prihvaćaju.	2,22	1,50	1	5
Zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor volontiranju (usmeni ili pismeni) s volonterima prema Zakonu o volonterstvu.	1,93	1,40	1	5
Zdravstvena ustanova procjenjuje rizik za svaku volontersku poziciju.	1,98	1,42	1	5
Zdravstvena ustanova u skladu s procijenjenim rizikom za svaku volontersku poziciju poduzima korake za osiguranje volontera.	1,98	1,37	1	5
Izrada opisa volonterske pozicije				
Opisi volonterskih pozicija odražavaju potrebe Zdravstvena ustanova.	1,78	1,23	1	5
Opisi volonterskih pozicija uključuju pismene opise koji sadrže dužnosti, odgovornosti, očekivane rezultate, potrebna znanja i vještine, potrebno vrijeme i koristi od volontiranja.	1,80	1,33	1	5
Pronalazak volontera				
Pronalaženje volontera radi se prema potrebama i kapacitetima organizacije.	1,87	1,33	1	5
Pronalaženje volontera provodi se sukladno opisu volonterske pozicije.	1,78	1,25	1	5
Odabir volontera				
Zdravstvena ustanova ima jasne kriterije za odabir volontera koji su u skladu s opisom volonterske pozicije.	1,91	1,33	1	5
Osobe zainteresirane za volontiranje dobivaju jasne informacije o postupku odabira i uključivanja volontera.	1,98	1,37	1	5
Orijentacija i obuka				
Volonteri se upoznaju i informiraju o odlukama i pravilnicima koji se odnose na njihovu ulogu u organizaciji.	1,96	1,38	1	5
Svi novi volonteri su upoznati s relevantnim zaposlenicima.	2,02	1,44	1	5

Svi novi volonteri su upoznati s drugim volonterima.	1,84	1,23	1	5
Svi novi volonteri su upoznati s korisnicima s kojima će doći u kontakt.	2,00	1,40	1	5
Volonteri imaju odgovarajuću obuku za obavljanje svoje uloge.	1,98	1,34	1	5
Podrška i supervizija				
Zdravstvena ustanova nudi podršku (ili jedan-na-jedan i/ili grupno) koja je relevantna za razinu odgovornosti i emocionalnog angažmana za obavljanje volonterske uloge.	1,98	1,37	1	5
Svi volonteri znaju koji oblici podrške organizacija nudi.	2,00	1,33	1	5
Svi volonteri znaju i kome se mogu obratiti u vezi svoje volonterske pozicije.	2,04	1,49	1	5
Vrednovanje i nagrađivanje				
Zdravstvena ustanova je razvila formalni sustav nagrađivanja volontera na temelju uloženog vremena, kontinuirane evaluacije ili praćenja rezultata rada volontera.	1,53	0,83	1	4
Zdravstvena ustanova je razvila neformalni sustav nagrađivanja volontera na temelju uloženog vremena, kontinuirane evaluacije ili praćenja rezultata rada volontera.	1,67	1,12	1	5
Zdravstvena ustanova omogućuje praćenje stjecanja i nadogradnje različitih vještina, znanja i kompetencija uključenih volontera.	1,71	1,09	1	5

Legenda: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; Min – minimum; Max – maksimum

Kod izdvojenog promatranja rezultata za zdravstvene ustanove koje uključuju volontere i za zdravstvene ustanove koje ne uključuju volontere (Tablica 5.2.1.6.), uočavaju se očekivano više vrijednosti kod ustanova koje uključuju volontere iako su ti rezultati i dalje niskih vrijednosti. Jedina je razlika da se kod ustanova koje uključuju volontere, kod nijednog kriterija srednja vrijednost ne nalazi ispod 2,0, dok se kod zdravstvenih ustanova koje ne uključuju volontere, sve srednje vrijednosti nalaze ispod 1,97. U skladu s rezultatima za sve zdravstvene ustanove obuhvaćene anketom, uočavaju se najniži rezultati kod kriterija potpodručja *Koordinacija volonterskog programa u organizaciji* i *Planiranje volonterskog programa*, a najviši u potpodručju *Praćenje i ispunjavanje pravne regulative za volontiranje u RH*.

Tablica 5.2.1.6. Prikaz rezultata o kapacitetima i praski za implementaciju volontiranja prema kriterijima standarda kvalitete – usporedba

Kriterij kvalitete	Zdravstvene ustanove koje uključuju volontere				Zdravstvene ustanove koje ne uključuju volontere			
	N=7				N=38			
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Strateško promišljanje o uključivanju volontera								
Upravljačko tijelo zdravstvene ustanove donijelo je odluku o ključnoj ulozi volontera u ostvarivanju ciljeva zdravstvene ustanove.	2,00	1,41	1	5	1,47	0,88	1	5
Svi zaposlenici su upoznati s uključivanjem volontera u organizaciju.	3,57	0,73	2	4	1,58	0,91	1	4
Svi zaposlenici prihvaćaju uključivanje volontera u organizaciju.	4,00	0,93	2	5	1,97	1,22	1	5
Volonterima su za obavljanje njihovih zadataka dodijeljeni odgovarajući prostor i oprema.	3,43	1,84	1	5	1,39	0,87	1	4
Planiranje volonterskog programa								
Zdravstvena ustanova priprema i planira volonterski program.	2,29	1,39	1	5	1,53	0,85	1	5
Predviđena su materijalna i financijska sredstva za uključivanje volontera.	2,00	1,07	1	4	1,29	0,65	1	4

Koordinacija volonterskog programa u organizaciji									
Postoji kontakt osoba ili osobe zadužene za koordinaciju volonterskog programa u organizaciji, s jasnim pravima i odgovornostima.	2,57	1,59	1	5	1,37	0,81	1	5	
Koordinator volonterskog programa surađuje sa zaposlenicima unutar zdravstvene ustanove u provedbi volonterskog programa.	2,57	1,59	1	4	1,29	0,76	1	5	
Koordinator volonterskog programa surađuje s drugim dionicima iz zajednice u provedbi volonterskog programa.	2,14	1,25	1	5	1,29	0,76	1	5	
Volonteri poznaju procedure unutar volonterskog programa.	3,00	1,51	1	5	1,24	0,63	1	4	
Volonteri poznaju nadležnosti unutar volonterskog programa.	3,00	1,51	1	5	1,24	0,63	1	4	
Praćenje i ispunjavanje pravne regulative za voloniranje u RH									
Zdravstvena ustanova djeluje u skladu s odredbama Zakona o volonterstvu.	4,29	1,16	2	5	1,87	1,26	1	5	
Zdravstvena ustanova djeluje u skladu s odredbama Etičkog kodeksa volontera.	4,57	1,05	2	5	1,84	1,20	1	5	
Prava volontera su jasno definirana i volonteri ih prihvaćaju.	4,57	1,05	2	5	1,82	1,17	1	5	
Obveze volontera su jasno definirane i volonteri ih prihvaćaju.	4,57	1,05	2	5	1,79	1,13	1	5	
Zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor volontiranja (usmeni ili pismeni) s volonterima prema Zakonu o volonterstvu.	4,00	1,60	1	5	1,55	0,97	1	4	
Zdravstvena ustanova procjenjuje rizik za svaku volontersku poziciju.	4,00	1,60	1	5	1,61	1,01	1	5	
Zdravstvena ustanova u skladu s procijenjenim rizikom za svaku volontersku poziciju poduzima korake za osiguranje volontera.	3,86	1,55	1	5	1,63	1,01	1	5	
Izrada opisa volonterske pozicije									
Opisi volonterskih pozicija odražavaju potrebe Zdravstvena ustanova.	3,57	1,40	1	5	1,45	0,85	1	4	
Opisi volonterskih pozicija uključuju pismene opise koji sadrže dužnosti, odgovornosti, očekivane rezultate, potrebna znanja i vještine, potrebno vrijeme i koristi od voloniranja.	3,43	1,59	1	5	1,50	1,02	1	5	
Pronalazak volontera									
Pronalaženje volontera radi se prema potrebama i kapacitetima organizacije.	3,14	1,64	1	5	1,63	1,11	1	5	
Pronalaženje volontera provodi se sukladno opisu volonterske pozicije.	3,14	1,64	1	5	1,53	0,97	1	5	
Odabir volontera									
Zdravstvena ustanova ima jasne kriterije za odabir volontera koji su u skladu s opisom volonterske pozicije	3,57	1,40	1	5	1,61	1,06	1	5	
Osobe zainteresirane za voloniranje dobivaju jasne informacije o postupku odabira i uključivanja volontera.	4,29	1,03	2	5	1,55	0,94	1	4	
Orijentacija i obuka									
Volonteri se upoznaju i informiraju o odlukama i pravilnicima koji se odnose na njihovu ulogu u organizaciji.	3,71	1,48	1	5	1,63	1,09	1	5	
Svi novi volonteri su upoznati s relevantnim zaposlenicima.	3,86	1,55	1	5	1,68	1,13	1	5	
Svi novi volonteri su upoznati s drugim volonterima.	3,29	1,48	1	5	1,58	0,96	1	5	

Svi novi volonteri su upoznati s korisnicima s kojima će doći u kontakt.	3,86	1,55	1	5	1,66	1,06	1	5
Volonteri imaju odgovarajuću obuku za obavljanje svoje uloge.	3,71	1,48	1	5	1,66	1,03	1	4
Podrška i supervizija								
Zdravstvena ustanova nudi podršku (ili jedan-na-jedan i/ili grupno) koja je relevantna za razinu odgovornosti i emocionalnog angažmana za obavljanje volonterske uloge.	4,29	1,03	2	5	1,58	0,88	1	4
Svi volonteri znaju koji oblici podrške organizacija nudi.	4,57	1,05	2	5	1,58	0,91	1	4
Svi volonteri znaju i kome se mogu obratiti u vezi svoje volonterske pozicije.	4,43	1,05	2	5	1,68	1,13	1	5
Vrednovanje i nagrađivanje								
Zdravstvena ustanova je razvila formalni sustav nagrađivanja volontera na temelju uloženog vremena, kontinuirane evaluacije ili praćenja rezultata rada volontera.	2,71	0,70	2	4	1,32	0,65	1	3
Zdravstvena ustanova je razvila neformalni sustav nagrađivanja volontera na temelju uloženog vremena, kontinuirane evaluacije ili praćenja rezultata rada volontera.	3,14	1,24	1	5	1,39	0,84	1	4
Zdravstvena ustanova omogućuje praćenje stjecanja i nadogradnje različitih vještina, znanja i kompetencija uključenih volontera.	2,71	1,03	1	4	1,53	0,99	1	5

Rezultati o kapacitetima zdravstvenih ustanova promatrani kroz **model spremnosti**, ukazuju da se zdravstvene ustanove nalaze na trećoj od devet razina **spremnosti** za implementaciju volontiranja, tj. nalaze se na razini slabe svijesti o pojavi (Tablica 5.2.1.7.). Od svih obuhvaćenih dimenzija, dimenzija *Resursa* ima najnižu razinu spremnosti, a *Znanje* najvišu razinu spremnosti.

Tablica 5.2.1.7. *Razine spremnosti zdravstvenih ustanova za implementaciju volontiranja – sve zdravstvene ustanove (N=45)*


Dimenzija	Prosjek	Razina spremnosti
Vodstvo	3,4	slaba svijest o pojavi
Klima u zajednici	3,6	slaba svijest o pojavi
Znanje	3,8	slaba svijest o pojavi
Resursi	2,3	negiranje pojave
Opća razina spremnosti	3,3	slaba svijest o pojavi

Rezultati za spremnost, promatrani odvojeno za zdravstvene ustanove koje uključuju volontere i koje ne uključuju volontere (Tablica 5.2.1.8.), očekivano ukazuju na više razine spremnosti kod ustanova koje uključuju volontere. Dimenzija *Resursa* i dalje ima najnižu razinu spremnosti kod obje promatrane skupine, a najviša razina spremnosti je za dimenziju *Znanja*.

Tablica 5.2.1.8. *Razine spremnosti zdravstvenih ustanova koje uključuju volontere i koje ne uključuju volontere za implementaciju volontiranja*


Dimenzija	Uključuju volontiranje		Ne uključuju volontiranje	
	Prosjek	Razina spremnosti	Prosjek	Razina spremnosti
Vodstvo	4,43	početak planiranja	3,21	slaba svijest o pojavi
Klima u zajednici	4,00	početak planiranja	3,50	slaba svijest o pojavi
Znanje	5,57	priprema (razina 5)	3,55	slaba svijest o pojavi
Resursi	3,00	slaba svijest o pojavi	2,21	negiranje pojave
Opća razina spremnosti	4,25	početak planiranja	3,12	slaba svijest o pojavi

Dimenzija *Resursa* nalazi se na drugoj razini od devet razina spremnosti, odnosno nalazi se na razini *negiranja pojave*: na raspolaganju su vrlo ograničeni resursi (ljudski, financijski i prostorni resursi) koji se mogu koristiti za uključivanje volontiranja, ne poduzimaju se nikakve radnje za razvoj resursa, a postojeći resursi nisu stabilni (Slika 5.2.1.1.).

	Razina	Opis
	9	Osigurani su različiti resursi i sredstva, očekuje se da će implementacija volontiranja biti kontinuirana i postoji dodatna podrška za implementaciju.
	8	Znatan dio dodijeljenih sredstava dolazi iz stabilnih i sigurnih izvora i uz njih djelatnici traže dodatne izvore za provedbu novih nastojanja.
	7	Znatan dio dodijeljenih sredstava za nastojanja dolazi iz stabilnih i sigurnih izvora.
	6	Dobiveni su i/ili dodijeljeni novi resursi za podršku implementaciji volontiranja.
	5	Identificirani su neki resursi koji bi se mogli koristiti i neki djelatnici aktivno rade na njima (npr. prikupljanje donacija, pišu prijedloge za bespovratna sredstava i dr.)
	4	Identificirani su neki resursi koji bi se mogli koristiti za implementaciju volontiranja i neki djelatnici su istražili ili razmatraju neke od njih.
	3	Postoje neki resursi (npr. prostor, stručnjaci, sredstva iz drugih izvora itd.) koji bi se mogli koristiti za implementaciju no radnji za dodjelu tih sredstava je malo ili ih nema.
	2	Na raspolaganju su vrlo ograničeni resursi (prostorni, ljudski i sl.) koji bi se mogli koristiti za implementaciju i ne poduzimaju se nikakve aktivnosti za dodjelu sredstava.
1	Nema dostupnih sredstava za (daljnja) nastojanja implementiranja volontiranja.	

Slika 5.2.1.1. *Prikaz razina spremnosti za dimenziju Resursa*


Dimenzija *Znanje*, iako od svih promatranih dimenzija ima najvišu razinu spremnosti, i dalje je nisko. Ni sama razina *Počетка planiranja* nije u potpunosti postignuta: neki djelatnici znaju malo o specifičnostima volontiranja u zdravstvenim ustanovama (Slika 5.2.1.2.).



Razina	Opis
9	Većina djelatnika ima detaljno znanje o volontiranju u zdravstvenoj ustanovi, poznaje detaljne informacije o njegovim specifičnostima, implementaciji i utjecaju.
8	Većina djelatnika zna mnogo o specifičnostima volontiranja u zdravstvenoj ustanovi, a neki imaju puno znanja o tome koliko se implementira i koji je njegov učinak.
7	Neki djelatnici znaju mnogo o specifičnostima volontiranja u zdravstvenim ustanovama, a neki imaju neko znanje o tome koliko se implementira i koji je njegov učinak.
6	Neki djelatnici znaju nešto o specifičnostima volontiranja u zdravstvenoj ustanovi, a neki imaju i znanje o tome koliko se implementira i koji je njegov učinak.
5	Neki djelatnici znaju nešto o specifičnostima volontiranja u zdravstvenoj ustanovi (zašto koristiti, na kojim aktivnostima uključiti volontere i dr.).
4	Neki djelatnici znaju malo o specifičnostima volontiranja u zdravstvenim ustanovama (kako pronaći volontere, kako ih selekcionirati, kako ih pratiti i dr.).
3	Neki djelatnici čuli su malo više o no među nekim djelatnicima mogu postojati zablude.
2	Nekoliko djelatnika ima neka znanja no dio djelatnika ima zablude ili netočno znanje.
1	Djelatnici nemaju saznanja.

Slika 5.2.1.2. Prikaz razina spremnosti za dimenziju Znanja


Dimenzija *Klima*, s prosječnom procjenom od 3,6 označava također, kao i dimenzija *Znanja* skoro četvrtu razinu od devet razina spremnosti, odnosno skoro razinu *Počетка planiranja*: neki djelatnici vjeruju da je volontiranje korisno za zdravstvenu ustanovu i vjeruju da je potrebno uložiti određeno nastojanje kako bi se ono implementiralo u ustanovu, a neki su i pasivni podupiratelji uključivanja volontiranja (Slika 5.2.1.3.).



Razina	Opis
9	Većina djelatnika u velikoj mjeri podržava nastojanja implementacije volontiranja u zdravstvenu ustanovu i ujedno zahtijevaju odgovorno odnošenje prema njoj.
8	Većina djelatnika snažno podržava implementaciju volontiranja u zdravstvenu ustanovu i razina njihova sudjelovanja je visoka.
7	Neki djelatnici imaju ključnu ulogu u osiguravanju ili poboljšanju dugoročne održivosti nastojanja implementacije volontiranja.
6	Neki djelatnici imaju ključnu ulogu u razvoju i/ili provedbi nastojanja implementacije volontiranja, kao članovi radnih grupa i dr.
5	Neki djelatnici sudjeluju u razvoju ili provedbi nastojanja implementacije volontiranja i to kroz radne sastanke u temi volontiranja i sl.
4	Neki djelatnici vjeruju da je volontiranje korisno za zdravstvenu ustanovu i da je potrebno uložiti određeno nastojanje kako bi se implementiralo. Neki su pasivni podupiratelji.
3	Neki djelatnici vjeruju da bi se volontiranje moglo implementirati u zdravstvenoj ustanovi, ali to ne smatraju prioritetom i ne pokazuju motivaciju da djeluju oko toga.
2	Djelatnici vjeruju da bi volontiranje moglo biti za implementaciju u zdravstvenoj ustanovi, ali ne misli da ga se može ili treba koristiti.
1	Djelatnici smatraju da volontiranje nije za implementaciju u zdravstvenoj ustanovi.

Slika 5.2.1.3. Prikaz razina spremnosti za dimenziju Klima

Dimenzija *Vodstvo*, nalazi se na trećoj od devet razina spremnosti, odnosno na razini *Slabe svijesti o pojavi*: dio vodstva vjeruje da bi volontiranje moglo koristiti zdravstvenoj ustanovi, no to ne smatraju prioritetom i ne pokazuju neposrednu motivaciju da se to ostvari (Slika 5.2.1.4.).



Razina	Opis
9	Dio vodstva neprestano pregledava rezultate evaluacije nastojanja za implementaciju volontiranja i u skladu s tim mijenja financijsku potporu .
8	Dio vodstva ima ključnu ulogu u proširenju i poboljšanju nastojanja za implementaciju volontiranja kroz njihovu procjenu i izmjenu, traženje novih resursa, pomaganje u razvoju i sl.
7	Dio vodstva ima ključnu ulogu u osiguravanju ili poboljšanju dugoročne održivosti nastojanja za implementaciju volontiranja, npr. dodjelom dugoročnih sredstava.
6	Dio vodstva ima ključnu ulogu pri razvijanju i/ili provedbi tih nastojanja bilo kroz vođenje sastanaka o tome ili javno govoreći u prilog tome i dr.
5	Dio vodstva sudjeluje u razvoju ili provedbi nastojanja za implementaciju volontiranja kao član grupe koja radi na njima ili podržava dodjelu sredstava za njih.
4	Dio vodstva vjeruje da je volontiranje korisno i da je potrebno uložiti određena nastojanja da se implementira . Neki su pasivni podupiratelji.
3	Dio vodstva vjeruje da bi volontiranje moglo koristiti zdravstvenoj ustanovi , no to ne smatraju prioritetom i ne pokazuju neposrednu motivaciju da se to ostvari.
2	Vodstvo vjeruje da bi se volontiranje moglo implementirati, ali ne misli da ga se treba implementirati .
1	Vodstvo vjeruje da volontiranje nije za implementaciju u zdravstvenoj ustanovi.

Slika 5.2.1.4. Prikaz razina spremnosti za dimenziju Vodstvo

5.2.2. Prikaz rezultata anketnog istraživanja – doniranje

Od ukupno obuhvaćenih ustanova istraživanjem, **donacije u novcu od pojedinaca** većina ne prima (71,11%), a gotovo je jednak udio zdravstvenih ustanova koje primaju (48,89%) i ne primaju donacije (51,11%) **od pravnih osoba. Donacije u robi i imovini od pojedinaca** (fizičkih osoba) prima 37,78% zdravstvenih ustanova obuhvaćenih anketom, 80% prima **donacije u robi i imovini od pravnih osoba**. Svega osam zdravstvenih ustanova (17,78% u ukupno obuhvaćenom uzorku) prima donacije u novcu od pojedinaca i pravnih osoba te donacije u robi i imovini od pojedinaca i pravnih osoba i svega osam zdravstvenih ustanova koje ne primaju nikakve donacije. Kod zdravstvenih ustanova koje primaju donacije od pojedinaca (N=13), prevladavaju one koje donacije od pojedinaca primaju više od tri godine (njih 69,23%). Jednako je i za zdravstvene ustanove koje primaju donacije u novcu od pravnih osoba – njih 77,27% primaju donacije od pravnih osoba više od tri godine.

Mali broj zdravstvenih ustanova je odgovorio na upit o udjelu zaprimljenih donacija u ukupnoj strukturi prihoda (N=11). Prema zabilježenim odgovorima, donacije čini udio do 5% ukupnih prihoda (kod pet ustanova on je manji od 2%, kod dvije ustanove je u rasponu od 3% do 5%, kod četiri ustanove ispitaniku podatak nije bio poznat).

Djelovanje **zaklade** u užoj ili široj zajednici, čija svrha doprinosi ostvarivanju ciljeva zdravstvene ustanove, prepoznaju svega tri obuhvaćene ustanove (6,67%), pri čemu dvije

navode novčanu vrijednost na godišnjoj razini u zadnjih pet godina koju su zaprimile od zaklade. Na upit da procijene koliko su upoznati s registracijom i djelovanjem zaklada, pola (51,11%) od obuhvaćenih zdravstvenih ustanova procjenjuje da nije uopće upoznato, tako da srednja vrijednost procijene iznosi $M=1,93$ ($Min=1$, $Max=5$, $SD=1,12$).

Odgovor za koju **svrhu** ustanova najčešće usmjerava prikupljene donacije, daje tek osam ustanova među kojima prevladava odgovor *poboljšanje kvalitete zdravstvenih usluga i medicinska oprema* i odgovori koji se mogu svrstati pod *drugu opremu* (npr. klima uređaji, oprema za čekaonice, oprema za bolesničke sobe). Kao glavne razloge za prikupljanje donacija, slično kao i kod svrhe prikupljanja donacija, izdvaja se najviše odgovor *Želja da se poveća razina kvalitete usluga* no i *Situacija uzrokovana nedostatkom financijskih resursa* (Tablica 5.2.2.1.).

Tablica 5.2.2.1. Prikaz glavnih razloga zdravstvene ustanove za prikupljanje donacija

Razlog	N	%
Situacija uzrokovana nedostatkom ljudskih resursa.	0	0,00
Situacija uzrokovana nedostatkom financijskih resursa.	7	15,56
Situacija uzrokovana povećanim obimom posla.	1	2,22
Želja da se izgradi veće povjerenje među članovima zajednice.	2	4,44
Želja da se poveća doprinos ispunjenu svrhe i ciljeva zdravstvene ustanove.	5	11,11
Želja da se poveća razina kvalitete usluga.	7	15,56
Želja da se doprinese razvoju inovativnih aktivnosti.	1	2,22
Ostalo.	0	0,00
Ukupno	23	100

Što se tiče *uočenih promjena u prikupljanju donacija tijekom epidemije COVID-19*, prevladava odgovor o uočavanju promjena, a promjene su primarno smanjenje donacija i drugačija struktura donacija. Procjena o tome *koliko trenutna praksa zdravstvene ustanove u prikupljanju donacija omogućuje razvoj inovacija u pružanju usluga (nove načine pružanja usluga, suradnje s korisnicima/pacijentima, suradnje s drugim dionicima)*, zdravstvene ustanove koje **prikupljaju donacije** biraju podjednako sve procjene tako da je srednja vrijednost svih odgovora $M=3,08$ ($Min=1$, $Max=5$, $SD=1,38$).

Rezultati za kapacitet i praksu zdravstvenih ustanova za prikupljanje donacija, koji su se pratili kroz korake SMART modela, ukazuju da su najniži rezultati kod potpodručja Analiza kanala komunikacije s potencijalnim donatorima: *Razvijeni su materijali za pristup potencijalnim donatorima*, a najviši u potpodručju Implementacija i praćenje: *Vodi se dokumentacija o prikupljenim donacijama i njihovom usmjeravanju za traženu svrhu* (Tablica 5.2.2.2.).

Tablica 5.2.2.2. Prikaz procjene tvrdnji o kapacitetima i praksi za prikupljanje donacija prema SMART modelu

Faze i koraci	Sve obuhvaćene zdravstvene ustanove			
	N=45			
	M	SD	Min	Max
Početno planiranje				
Određeno je za koju svrhu će se usmjeriti donacije.	3,33	1,66	1	5
Postavljen je opći, dugoročni cilj prikupljanja donacija.	2,67	1,43	1	5
Oblikovan je plan evaluacije prikupljanja donacija (kako se prikupljalo, koliko se prikupilo, kako su se donacije usmjerile, kako se komunicira s donatorima).	2,64	1,43	1	5
Oblikovan je plan procjene potrebnih resursa (financijskih, ljudskih, tehničkih i dr.) za prikupljanje donacija.	2,51	1,38	1	5
Analiza ciljane skupine donatora				
Identificirana je ciljna skupina donatora prema kojoj se usmjerava zamolba za donacijom.	2,73	1,45	1	5
Identificirane su želje, potrebe i preferencije ciljane skupine donatora.	2,69	1,44	1	5
Prema identificiranim željama, potrebama i preferencijama kreirani su poželjni načini pristupa prema ciljnoj skupini donatora.	2,67	1,46	1	5
Analiza konteksta za doniranje				
Određeno je koja se donacija traži od potencijalnih donatora i koliko.	2,82	1,55	1	5
Određeno je gdje i kako potencijalni donatori mogu dati donacije.	2,87	1,61	1	5
Identificirani su suradnici i partneri koji mogu pružiti podršku, dati svoje resurse i dr. za prikupljanje donacija.	2,67	1,46	1	5
Analiza kanala komunikacije s potencijalnim donatorima				
Identificirane su pogodne poruke za komunikaciju s potencijalnim donatorima.	2,51	1,50	1	5
Razvijeni su materijali za pristup potencijalnim donatorima.	2,31	1,40	1	5
Određeno je na koji način će poruka doći do donatora (tj. koji će se kanali koristiti za komunikaciju).	2,53	1,54	1	5
Implementacija i praćenje				
Vodi se dokumentacija o prikupljenim donacijama i njihovom usmjeravanju za traženu svrhu.	3,73	1,54	1	5
Prati se koliko je prikupljanje donacija u skladu s planiranim.	3,13	1,48	1	5
Prema potrebi prilagođava se pristup u prikupljanju donacija.	3,09	1,56	1	5
Suradnike i partnere se informira o prikupljenim donacijama: kako su one usmjerene za traženu svrhu i koji je njihov učinak.	3,29	1,6	1	5
Donatore se informira o prikupljenim donacijama: kako su one usmjerene za traženu svrhu i koji je njihov učinak.	3,44	1,60	1	5
Vrednovanje učinka				
Vrednuje se utjecaj načina komunikacije o donacijama na potencijalne donatore.	2,56	1,31	1	5
Vrednuje se utjecaj načina komunikacije o donacijama na donatore.	2,60	1,32	1	5
Vrednuje se učinak usmjeravanja donacija za traženu svrhu.	2,84	1,49	1	5

Legenda: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; Min – minimum; Max – maksimum

Kod izdvojenog promatranja rezultata za zdravstvene ustanove koje prikupljaju donacije kroz sve promatrane oblike i za zdravstvene ustanove koje ne prikupljaju donacije (Tablica 5.2.2.3.), uočavaju se očekivano više vrijednosti kod ustanova koje prikupljaju donacije.

Tablica 5.2.2.3. Prikaz procjene tvrdnji o kapacitetima i praksi za prikupljanje donacija prema SMART modelu

Faze i koraci	Zdravstvene ustanove koje prikupljaju donacije				Zdravstvene ustanove koje <u>ne</u> prikupljaju donacije			
	N=8				N=8			
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Početno planiranje								
Određeno je za koju svrhu će se usmjeriti donacije.	4,38	0,70	3	5	1,38	0,70	1	3
Postavljen je opći, dugoročni cilj prikupljanja donacija.	4,25	0,83	3	5	1,50	0,71	1	3
Oblikovan je plan evaluacije prikupljanja donacija (kako se prikupljalo, koliko se prikupilo, kako su se donacije usmjerile, kako se komunicira s donatorima).	3,75	0,97	2	5	1,50	0,71	1	3
Oblikovan je plan procjene potrebnih resursa (fin., ljudskih, tehničkih i dr.) za prikupljanje donacija.	4,00	1,00	2	5	1,50	0,71	1	3
Analiza ciljane skupine donatora								
Identificirana je ciljna skupina donatora prema kojoj se usmjerava zamolba za donacijom.	3,50	0,87	2	5	1,38	0,70	1	3
Identificirane su želje, potrebe i preferencije ciljne skupine donatora.	3,88	0,60	3	5	1,25	0,66	1	3
Prema identificiranim željama, potrebama i preferencijama kreirani su poželjni načini pristupa prema ciljnoj skupini donatora.	3,88	0,78	3	5	1,25	0,66	1	3
Analiza konteksta za doniranje								
Određeno je koja se donacija traži od potencijalnih donatora i koliko.	4,00	0,50	3	5	1,50	0,87	1	3
Određeno je gdje i kako potencijalni donatori mogu dati donacije.	4,38	0,48	4	5	1,50	0,87	1	3
Identificirani su suradnici i partneri koji mogu pružiti podršku, dati svoje resurse i dr. za prikupljanje donacija.	3,88	0,93	2	5	1,50	0,87	1	3
Analiza kanala komunikacije s potencijalnim donatorima								
Identificirane su pogodne poruke za komunikaciju s potencijalnim donatorima.	4,13	0,60	3	5	1,25	0,66	1	3
Razvijeni su materijali za pristup potencijalnim donatorima.	3,75	0,97	2	5	1,25	0,66	1	3
Određeno je na koji način će poruka doći do donatora (tj. koji će se kanali koristiti za komunikaciju).	4,25	0,43	4	5	1,25	0,66	1	3
Implementacija i praćenje								
Vodi se dokumentacija o prikupljenim donacijama i njihovom usmjeravanju za traženu svrhu.	4,50	0,50	4	5	1,75	0,97	1	3
Prati se koliko je prikupljanje donacija u skladu s planiranim.	4,13	0,78	3	5	1,50	0,87	1	3
Prema potrebi prilagođava se pristup u prikupljanju donacija.	4,25	0,66	3	5	1,25	0,66	1	3
Suradnike i partnere se informira o prikupljenim donacijama: kako su one usmjerene za traženu svrhu i koji je njihov učinak.	4,25	0,43	4	5	1,25	0,66	1	3
Donatore se informira o prikupljenim don.: kako su one usmjerene za traženu svrhu i koji je njihov učinak.	3,88	0,60	3	5	1,38	0,70	1	3
Vrednovanje učinka								
Vrednuje se utjecaj načina komunikacije o donacijama na potencijalne donatore.	3,38	0,86	2	5	1,50	0,87	1	3
Vrednuje se utjecaj načina komunikacije o donacijama na donatore.	3,38	0,86	2	5	1,50	0,87	1	3
Vrednuje se učinak usmjeravanja donacija za traženu svrhu.	3,88	0,93	2	5	1,50	0,87	1	3

Rezultati o kapacitetima zdravstvenih ustanova promatrani kroz **model spremnosti**, ukazuju da se zdravstvene ustanove nalaze na četvrtoj od devet razina **spremnosti**, za prikupljanje donacija, tj. nalaze se na razini početka planiranja (Tablica 5.2.2.4.).

Tablica 5.2.2.4. *Razine spremnosti zdravstvenih ustanova za prikupljanje donacija*


Dimenzija	Prosjek	Razina spremnosti
Vodstvo	4,4	početak planiranja
Klima u zajednici	4,5	početak planiranja
Znanje	4,4	početak planiranja
Resursi	3,3	slaba svijest o pojavi
Opća razina spremnosti	4,2	početak planiranja

Dimenzija *Resursa* ima najnižu vrijednost. Nalazi se na trećoj razini od devet razina spremnosti, odnosno, nalazi se na razini *slabe svijesti o pojavi*: postoje neki resursi (npr. prostor, stručnjaci, sredstva iz drugih izvora itd.) koji bi se mogli koristiti za prikupljanje donacija no radnji za dodjelu tih sredstava je malo ili ih nema (Slika 5.2.2.1.).

Razina	Opis
9	Osigurani su različiti resursi i sredstva, očekuje se da će prikupljanje donacija biti kontinuirano i postoji dodatna podrška za prikupljanje.
8	Znatan dio dodijeljenih sredstava dolazi iz stabilnih i sigurnih izvora i uz njih djelatnici traže dodatne izvore za provedbu novih nastojanja u prikupljanju donacija.
7	Znatan dio dodijeljenih sredstava za prikupljanje donacija dolazi iz stabilnih i sigurnih izvora.
6	Dobiveni su i/ili dodijeljeni novi resursi za podršku prikupljanja donacija.
5	Identificirani su neki resursi koji bi se mogli koristiti i neki djelatnici aktivno rade na njima.
4	Identificirani su neki resursi koji bi se mogli koristiti za prikupljanje donacija i neki djelatnici su ih istražili ili razmatraju neke od njih.
3	Postoje neki resursi (npr. prostor, stručnjaci, sredstva iz drugih izvora itd.) koji bi se mogli koristiti za prikupljanje donacija no radnji za dodjelu tih sredstava je malo ili ih nema.
2	Na raspolaganju su vrlo ograničeni resursi (prostorni, ljudski i sl.) koji bi se mogli koristiti za prikupljanje donacija i ne poduzimaju se nikakve aktivnosti za dodjelu sredstava.
1	Nema dostupnih sredstava za (daljnja) nastojanja prikupljanja donacija.

Slika 5.2.2.1. *Prikaz razina spremnosti za dimenziju Resursa*


Za razliku od dimenzije *Resursi*, sve ostale dimenzije, *Vodstvo*, *Klima u zajednici* i *Znanje* nalaze se na četvrtoj od devet razina spremnosti, odnosno nalaze se na razini *Počетка planiranja*. Razina *Počетка planiranja* za dimenziju *Znanja* znači da neki djelatnici znaju malo o specifičnostima prikupljanja donacija pri zdravstvenim ustanovama (Slika 5.2.2.2.).



Razina	Opis
9	Većina djelatnika ima detaljno znanje o prikupljanju donacija pri zdravstvenim ustanovama i detaljne informacije o specifičnostima prikupljanja i utjecaju donacija.
8	Većina djelatnika zna mnogo o specifičnostima prikupljanja donacija pri zdravstvenim ustanovama, a neki imaju puno znanja o tome kako se prikupljaju donacije i koji je njegov učinak.
7	Neki djelatnici znaju mnogo o specifičnostima doniranja pri zdravstvenim ustanovama, a neki imaju neko znanje o tome koliko se implementira i koji je njegov učinak.
6	Neki djelatnici znaju nešto o specifičnostima doniranja pri zdravstvenim ustanovama, a neki imaju i znanje o tome koliko se implementira i koji je njegov učinak.
5	Neki djelatnici znaju nešto o specifičnostima doniranja zdravstvenoj ustanovi (zašto koristiti, gdje i kako usmjeriti, kako izvještavati o njima i dr.).
4	Neki djelatnici znaju malo o specifičnostima doniranja zdravstvenim ustanovama (zašto koristiti, gdje i kako usmjeriti, kako izvještavati o njima i dr.).
3	Neki djelatnici čuli su malo više o no među nekim djelatnicima mogu postojati zablude.
2	Nekoliko djelatnika ima neka znanja no dio djelatnika ima zablude ili netočno znanje.
1	Djelatnici nemaju saznanja.

Slika 5.2.2.2. Prikaz razina spremnosti za dimenziju Znanja


Za dimenziju *Klima*, razina *Počетка planiranja* označava da neki djelatnici vjeruju da je prikupljanje donacija korisno za zdravstvenu ustanovu i da je potrebno uložiti određeno nastojanje oko njegove implementacije u ustanovu, dok su ujedno neki članovi zdravstvene ustanove pasivni podupiratelji uključivanja prikupljanja donacija (Slika 5.2.2.3.).



Razina	Opis
9	Većina djelatnika u velikoj mjeri podržava nastojanja prikupljanja donacija pri zdravstvenoj ustanovi i ujedno zahtijevaju odgovorno odnošenje prema njoj.
8	Većina djelatnika snažno podržava prikupljanje donacija pri zdravstvenoj ustanovi i razina njihova sudjelovanja je visoka.
7	Neki djelatnici imaju ključnu ulogu u osiguravanju ili poboljšanju dugoročne održivosti nastojanja implementacije doniranja.
6	Neki djelatnici imaju ključnu ulogu u razvoju i/ili provedbi nastojanja implementacije doniranja, kao članovi radnih grupa i dr.
5	Neki djelatnici sudjeluju u razvoju ili provedbi nastojanja implementacije doniranja i to kroz radne sastanke u temi doniranja i sl.
4	Neki djelatnici vjeruju da je doniranje korisno za zdravstvenu ustanovu i da je potrebno uložiti određeno nastojanje kako bi se implementiralo. Neki su pasivni podupiratelji.
3	Neki djelatnici vjeruju da bi se doniranje moglo implementirati u zdravstvenoj ustanovi, ali to ne smatraju prioritetom i ne pokazuju motivaciju da djeluju oko toga.
2	Djelatnici vjeruju da bi doniranje moglo biti za implementaciju u zdravstvenoj ustanovi, ali ne misli da ga se može ili treba koristiti.
1	Djelatnici smatraju da doniranje nije za implementaciju u zdravstvenoj ustanovi.

Slika 5.2.2.3. Prikaz razina spremnosti za dimenziju Klima

Razina *Počетка planiranja* za dimenziju *Vodstvo* znači da dio vodstva vjeruje da je doniranje korisno za zdravstvenu ustanovu i da je potrebno uložiti određena nastojanja kako bi se ono implementiralo pri čemu se neki pasivni podupiratelji (Slika 5.2.2.4.).



Razina	Opis
9	Dio vodstva neprestano pregledava rezultate evaluacije nastojanja za prikupljanja donacija i u skladu s tim mijenja financijsku potporu .
8	Dio vodstva ima ključnu ulogu u proširenju i poboljšanju nastojanja za prikupljanja donacija i kroz njihovu procjenu i izmjenu, traženje novih resursa , pomaganje u razvoju i sl.
7	Dio vodstva ima ključnu ulogu u osiguravanju ili poboljšanju dugoročne održivosti nastojanja za prikupljanje donacija, npr. dodjelom dugoročnih sredstava.
6	Dio vodstva ima ključnu ulogu pri razvijanju i/ili provedbi tih nastojanja bilo kroz vođenje sastanaka o tome ili javno govoreći u prilog tome i dr.
5	Dio vodstva sudjeluje u razvoju ili provedbi nastojanja za implementaciju doniranja kao član grupe koja radi na njima ili podržava dodjelu sredstava za njih.
4	Dio vodstva vjeruje da je doniranje korisno i da je potrebno uložiti određena nastojanja da se implementira . Neki su pasivni podupiratelji.
3	Dio vodstva vjeruje da bi doniranje moglo koristiti zdravstvenoj ustanovi , no to ne smatraju prioritetom i ne pokazuju neposrednu motivaciju da se to ostvari.
2	Vodstvo vjeruje da bi se doniranje moglo implementirati, ali ne misli da ga se treba implementirati .
1	Vodstvo vjeruje da doniranje nije za implementaciju u zdravstvenoj ustanovi.

Slika 5.2.2.4. Prikaz razina spremnosti za dimenziju Vodstvo

5.3. Intervjui

Rezultati intervjua prikazuju se prema pojedinoj skupini sudionika i to zasebno za pojavu volontiranja i zasebno za pojavu doniranja. Podaci su prikazani u tablicama tako da su za svaku temu vidljivi pripadajući kodovi i inicijalni kodovi. Dio tema opisan je i kroz podteme. Inicijalni kodovi zadržani su u prikazu kroz tablice kako bi se omogućila veća transparentnost i kvalitetnije praćenje gradnje pojedinog koda i teme. Citati su prikazani uz šifre koje odgovaraju šifri dodijeljenoj pojedinom transkriptu. Dio teksta u citatima kojim bi se potencijalno moglo otkriti o kojem se sudioniku radi izdvojen je iz citata, a mjesto je označeno zagradom s naznakom unutar zgrade na što se odnosio izdvojeni tekst (naziv ustanove, ulogu ili dr.). Radi olakšanog praćenja analize, podebljanim slovima u nastavku teksta označeni su nazivi tema, podebljanim ukošenim slovima označene su podteme, a kodovi i citati su u tekstu označeni ukošeno.

Analizom transkripata intervjua otkriveno je 11 tema koje su se pratile za obje pojave: volontiranje i doniranje i koje su činile okvir za sve skupine obuhvaćenih sudionika: menadžment – volontiranje, djelatnici – volontiranje, volonteri, menadžment – doniranje, djelatnici – doniranje i donatori. Za pojavu volontiranja, prisutno je svih 11 tema. Kod pojave doniranja, prisutno je deset tema jer se tema vezana uz ciljeve, nije otkrila.

Popis tema:

1. Ulaganje u dobrobit
2. Volontiranjem do cilja / Doniranjem do cilja
3. Slušanje i davanje glasa
4. Od manikure i cijepjenja do sadnje i pakiranja / Od maske do nasljedstva
5. Upravljanje procesom uključivanja volontera / Upravljanje procesom prikupljanja donacija
6. Volontiranje zaraženo COVID-om / Doniranje zaraženo COVID-om
7. Klima u široj zajednici
8. Klima u ustanovi
9. Znanje je moć
10. Odnos menadžmenta prema volontiranju / Odnos menadžmenta prema doniranju
11. Područja unaprjeđenja volontiranja / Područja unaprjeđenja doniranja.

Rezultati se prikazuju prema pojedinoj temi tako da se svaka skupina koja slijedi uspoređuje sa skupinom ili skupinama prije toga, npr. za pojavu volontiranja: skupina djelatnika sa skupinom menadžmenta, skupina volontera sa skupinom djelatnika i skupinom menadžmenta. Podteme i kodovi koji se razlikuju u odnosu na prethodnu skupinu, označeni su podcrtavanjem teksta. Razlog takvog pristupa prikaza rezultata je smanjenje ponavljanja istovjetnih područja i smanjenje opsežnost prikaza rezultata zbog broja obuhvaćenih skupina i obuhvaćenih pojava unutar koncepta rada.

5.3.1. Intervjui s predstavnicima vodstva zdravstvene ustanove – volontiranje

Za skupinu predstavnika menadžmenta zdravstvenih ustanova, prikazane su sve teme tako da je svaka tema odvojena kraćim naslovom za lakše snalaženje u tekstu.

Ulaganje u dobrobit

Tema **Ulaganje u dobrobit** (Tablica 5.3.1.1.), opisuje sve dobrobiti koje se prepoznaju pri uključivanju volontiranja u zdravstvenu ustanovu, bez obzira zahvaća li ona pojedinca, ustanovu ili širu zajednicu. Tema ujedno daje odgovor koliko je volontiranje ulaganje samo po sebi, a koliko je pokretač ulaganja. Izgrađena je na nekoliko podtema sukladno tome kako su sudionici iznosili pozitivne aspekte volontiranja: *dobrobit na razini zajednice, dobrobit na*

razini ustanove, dobrobit na razini korisnika, dobrobit na razini volontera i doprinos inovacijama. U nastavku se daje prikaz teme prema pojedinim podtemama, i to od one koja se odnosi na šire aspekte (zajednica) pa prema užem (pojedincu) i specifična područja (inovacije).

Tablica 5.3.1.1. Prikaz teme Ulaganje u dobrobit s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Ulaganje u dobrobit	dobrobit za zajednicu	<i>povezivanje različitih dionika</i>	suradnja cijele zajednice i upoznavanje
		<i>edukacija javnosti o zdravstvenim temama</i>	doprinos javnozdravstvenom prosvjećivanju javno prosvjećivanje da je COVID realan
	dobrobit za ustanovu	<i>učinkovitije djelovanje ustanove</i>	bolje čuvanje onoga za što se volontiralo preuzimanje više poslova širenje djelatnosti ustanove nemogućnost življenja bez volontera nema administracije za uključivanje brzo i efikasno rješavanje problema lakša i veća provedba akcija uspješno ažuriranje i administriranje nekih stvari brže obavljanje pojedinih zadataka poboljšanje zdravstvene usluge ljepša okolina za korisnike učiniti nešto više korisnicima i djelatnicima
		<i>drugačije pozicioniranje ustanove u odnosu na javnost / postizanje posebnog statusa u zajednici</i>	drugačije gledanje na sustav promocija ustanove kroz volontiranje doprinos javnozdravstvenom prosvjećivanju smanjenje negativnih emocija prema ustanovi davanje druge dimenzije ustanovi razumijevanje uloge zdravstvene ustanove upoznavanje građanstva s ustanovom micanje granice između građana i ustanove promijeniti mišljenje o ustanovi ispunjavanje uvjeta za posebni naslov
		<i>doprinos volontiranja financiranju ustanove</i>	moгуćnost financijskog potpomaganja volontiranjem postizanje pozitivnog rezultata poslovanja besplatna radna snaga ne izdvajanje sredstava za dio koji pokriva volonter ograničeni financijski doprinos volontiranja manji izdaci za naknadu obavljanja određenih poslova
		<i>rasterećenje djelatnika ustanove</i>	pokrivanje dijela posla djelatnika kojem se ne mogu posvetiti djelatnici ne moraju prekidati njegu bolesnika
		<i>dodatna radna snaga</i>	korištenje radnih kapaciteta osoba dodatna radna snaga
		<i>pokrivanje potrebe za pomoći</i>	nemogućnost sistematizacije radnog mjesta za uočenu potrebu uočavanje potrebe za informiranjem korisnika u snalaženju nedostatne financije nagla potreba za velikim brojem osoba potrebna pomoć u organizaciji aktivnosti potrebna administrativna pomoć nedovoljni ljudski resursi potrebna osoba na porti
		dobrobit za korisn.	<i>pozitivnije reakcije korisnika na skrb</i>
	<i>unaprijeđeni uvjeti skrbi</i>		provedba aktivnosti koje pacijent ne može sam provesti ljepša okolina za korisnike

		<i>moćnost predaha njeovatelja</i>	roditelji djeteta mogu otići na sat vremena
	<i>dobrobit za volontera</i>	<i>razvoj profesionalnih kompetencija</i>	iskustvo za budući poziv/posao
		<i>razvoj osobnih kompetencija</i>	razvoj empatije kod volontera
		<i>socijalno uključivanje</i>	povratak u socijalnu okolinu kroz volontiranje uključivanje posebnih skupina da postanu socijalno uključivi
	<i>doprinos inovacijama</i>	<i>volontiranja kao odgovor na nove izazove</i>	korištenje volontiranja za slanje poruke da je COVID realan
		<i>volontiranje kao pokretač inovacija</i>	volontiranje kao pomoć u provedbi inovativnih ideja pomoć u organizaciji postojeće inovativne ideje izrada određenog inovativnog programa volonterski donošenje novih ideja i pristupa volontiranjem

Ulaganje u dobrobit je tema koja se na određeni način nalazi u temelju svih ostalih tema. Sve druge teme govore kako se pristupa (kakva je praksa) i s čime (kakvi su kapaciteti) prema ostvarivanju dobrobiti koja se prepoznaje prilikom uključivanja volontiranja u zdravstvenu ustanovu. One govore kako se ulaže da se postigne prepoznata dobrobit i da se omogući doprinos pružanju usluga.

Dobrobit za zajednicu kao podtema, opisuje dobrobit koja se prepoznaje za širu zajednicu od same ustanove bilo da se radi o lokalnoj ili nacionalnoj razini. Podtema je izgrađena na kodovima *povezivanje različitih dionika u zajednici* i *edukacija javnosti o zdravstvenim temama*. Dobrobiti koje se prepoznaju na razini ustanove i pojedinca, također direktno ili indirektno imaju vezu sa zajednicom. Uloženo vrijeme i kompetencije volontera unutar zdravstvene ustanove, koje donosi promjene na razini pojedinca (korisnika, djelatnika, volontera) i na razini ustanove, ujedno ima odjek i van zidova ustanove. Kod ove podteme izdvojeni su segmenti gdje sudionici prepoznaju jasnu vezu volontiranja u zdravstvenoj ustanovi sa zajednicom. Takvo prepoznavanje sudionici opisuju npr. kroz uključenost volontera koji upoznavanjem sa zdravstvenom ustanovom dobivaju dodatnu dimenziju znanja o njoj i postaju njen glas u okruženju pronoseći informaciju o realnosti svakodnevnih izazova unutar nje: „...kroz uvođenje u proces rada mislim da bi onda ljudi bili puno svjesniji što je u pozadini samih bolnica...To nam je bio cilj i apel, osim da nam pomognu...kroz prizmu javnog prosvjeđivanja opće populacije da je covid realan, a ne izmišljena retorika u to vrijeme...“ (27VV). Ovdje, osim zadovoljavanja potrebe za pomoći, zdravstvena ustanova djeluje sa širom misijom kroz uključivanje volontera. S druge strane kroz opise se uočava i djelovanje kroz uključivanje volontera kako bi se izgradila veća razina suradnje i povezivanja, kojom se mijenja dinamika povezanosti dvaju sektora. Primjerice: „A prednost je uvijek suradnja cijele zajednice i upoznavanje, učenje, micanje barijera nekakvih između nas, recimo unutar bolnice i

građanstva izvan bolnice...“ (20VV). U svakom slučaju, s cjelokupnim opisima na kojima se gradi podtema *Dobrobit u zajednici* otkriva se širina utjecaja volontiranja koja nadilazi očekivane doprinose na razini pojedinca i ustanove, a sudionici su kroz njih otkrili dalekosežnost promišljanja u upravljanju resursima.

Podtema *Dobrobit za ustanovu* govori o pozitivnim doprinosima volontiranja koji su prepoznati na razini ustanove. Kroz svoja dva koda *efikasnije djelovanje ustanove* i *drugačije pozicioniranje ustanove u odnosu na javnost*, ova podtema dopunjuje podtemu *dobrobit za zajednicu*. Dopuna se odvija u sprezi izgradnje drugačije snage socijalne kohezije kroz efikasniju zdravstvenu ustanovu u zajednici otvaranjem mogućnosti za različite (dodatne) mreže podrške. Jednaka sprega se odvija i kroz drugačije pozicioniranje ustanove. Podtema *Dobrobit za ustanovu*, centralna je podtema obzirom na fokus interesa prema zdravstvenoj ustanovi. Ključno je da se u kodovima prema kojima je podtema identificirana, uočava gradacija. Sudionici su opisivali praksu uključivanja volontera u zdravstvenu ustanovu tako da su izdvojeni kodovi: *učinkovitije djelovanje ustanove*, *drugačije pozicioniranje ustanove u odnosu na javnost*, *doprinosi volontiranja financiranju ustanove*, *rasterećenje djelatnika ustanove* i *dodatna radna snaga*. Radna snaga koja dolazi kroz volontiranje, rasterećuje djelatnike u njihovom radu bilo da se pokriva dio posla koji ne stižu obaviti ili se mogu usmjeriti na posao koji rade bez prekida zbog nekih drugih potreba: „...a nama su dobrodošli jer su nam bili dodatna radna snaga...“ (22VV). Ako se pokriju volontiranjem neki zadaci koji bi tražili dodatna financijska sredstva, i/ili ako se volonteri angažiraju na prikupljanju donacija, dolazi do izravnog doprinosa financiranju zdravstvene ustanove: „...sigurno će unaprijediti financijski jer nećete morati odvajati sredstva za to.“ (27VV). To sve doprinosi učinkovitijem djelovanju ustanove koja će biti u mogućnosti ne samo efikasnije obaviti zadatke u postojećem opsegu već će se omogućiti i proširenje djelovanja što je slučaj npr. kod provedbe masovnih javnozdravstvenih akcija. Dubinu značenja volontiranja za učinkovitije djelovanje ustanove vrlo fino oslikava izjava: „...mi ne možemo živjeti bez volontera...“ (20VV). Takva izjava odraz je i punine mogućnosti doprinosa koje volontiranje sadrži u sebi.

Specifični dio koji je ugrađen u ranije opisane kodove, otkiva i problematiku zdravstvenih ustanova s kojima se nose u svakodnevici: manjak ljudskih resursa i nedostatna financijska sredstva. Izravno ta problematika progovara kroz kod *pokrivanje potrebe za pomoći* i može se oslikati kroz izjavu koja se odnosi na period epidemije COVID-a: „...jednostavno nije bilo dovoljno zdravstvenih djelatnika i svaka njihova pomoć, od opisa bolesnika, dijela pregleda do praćenja je bila od ogromne pomoći.“ (17VV).

Drugačije pozicioniranje ustanove u odnosu na javnost, paralelno se odvija uz rasterećenje djelatnika i učinkovitije djelovanje ustanove. Jedan dio drugačijeg pozicioniranja ustanove zahvaćen je kroz edukaciju javnosti o zdravstvenim temama opisanim pod podtemom dobrobit za zajednicu. No, osim upoznavanja s ulogom zdravstvene ustanove gdje volonteri postaju njen glas, dolazi i do kreiranje nove dimenzije ustanove koja proizlazi iz srži onoga što volontiranje je - davanje sebe bez očekivane dobiti za sebe: „Gledajte, imamo mi svoje odgojiteljice, mogle su i one čitati tamo i radile su to...ali kad dođe netko tko nije tu ni zaposlen, nije ni na nekakvoj plaći...onda vam se to jednostavno drugačije doživljavalo...“ (38VV). Ustanova se otvara javnosti ujedno preuzimajući još jednu humaniju nit djelovanja koja ju stavlja u drugačiju perspektivu javnosti. Ta perspektiva čak biva i formalno prepoznata kod jedne od zdravstvenih ustanova u stjecanju posebnog naslova, između ostalog i zahvaljujući volontiranju: „... ali ono na čemu su uvijek padali su bili volonteri po onim propozicijama koje su propisane.“ (38VV).

Kodovi pod teme **Dobrobit za ustanovu**, otkrivaju ulaganje u održivi i učinkovit zdravstveni sustav, ali i ulaganje u zapošljivost u zdravstvenom sektoru čuvanjem ljudskog kapitala djelatnika njihovim rasterećenjem. Segment edukacije i drugačijeg pozicioniranja ustanove, može se promatrati kao dio promocije zdravlja koja je pak u vezi s ulaganjem u zdravlje kao ljudski kapital.

Pod tema **Dobrobit za korisnika**, odnosi se na opise što to volontiranje čini za pacijenta i njegovu obitelj kao korisnike. Ova pod tema gradi i dio pod teme *dobrobiti za ustanovu* kroz učinkovitije djelovanje zdravstvene ustanove. Što je veća dobrobit za korisnika, to je veća i učinkovitost ustanove u kojoj se nalazi korisnik. Tri su koda unutar identificirane pod teme koji također sadrže gradaciju: *pozitivnije reakcije korisnika na skrb, unaprijeđeni uvjeti skrbi i mogućnost predaha njegovatelja*. Njegovatelji korisnika tj. pacijenta, koji su uz njega u zdravstvenoj ustanovi, također su korisnici i njihova dobrobit predstavlja ulaganje u njihovo zdravlje, tj. očuvanje njih kao ljudskog kapitala. Već i sama mogućnost predaha njegovatelja, unaprijeđuje skrb za primarnog korisnika (pacijenta) i doprinosi njihovim pozitivnijim reakcijama. Taj predah može ići direktno od mogućnosti da njegovatelj možda izvrši neku obavezu dok zna da pacijent ima dodatnu pažnju: „...ali onda bi znale mame otić tih sat vremena...“ (38VV) ili indirektno znajući da je član njegove obitelji uvažen u potpunosti pri skrbi i u potrebama koje nisu fizičke naravi:

„... bila je pobožna jako gospođa i pita ona mene da bi ona čitala sveto pismo, ali ne može jer je bila na kisiku i nije mogla samo čitati... Sin je htio, nakon što mu je majka

preminula, on je vidio što mu je majka pričala...kaže da kad su se toliko povezali i koliko joj je značilo...“(34VV).

Prethodni izvadak odnosi se na situaciju gdje je član obitelji nakon preminuća pacijenta izrazio želju da osoba koja je bila uključena u volontiranje s njegovom majke, bude i na njenom ispraćaju. Vrlo specifični segment jer se radi o kraju života gdje je uključenost volontera bila kraćeg perioda, no opet prepoznata u značaju od člana obitelji pacijenta. Tu je dobrobit za pacijenta ostvarena i kroz dodanu vrijednost međuljudskog odnosa koju volontiranje unosi u pružanju zdravstvenih usluga.

Podtema ***Dobrobit za volontere***, opisuje pozitivni utjecaj volontiranja po volontera. Podtema je zadržana u analizi kako bi postala izvorište planiranog pristupa pri uključivanju volontera. Pri kreiranju javnog poziva za volontiranje pri uključivanju volontera, tekst poziva može ugrađivati isticanje prepoznatih dobrobiti kao dio motivacijske podloge za odaziv. Dodatni razlog zadržavanja ove pod teme je i to što se kroz odgovore sudionika uočilo da među volonterima postoji dio volontera koji radi u zdravstvenim ustanovama ili je u edukaciji za zdravstvenog radnika i planira raditi u zdravstvenoj ustanovi. Kroz taj razlog dobrobit za volontere postaje dio ulaganja u trenutni i/ili budući ljudski resurs. Naime, podtema *dobrobit za volontere*, identificirala se je kroz kodove koji otkrivaju kako je od strane sudionika prepoznata dobrobit za volontera u *razvoju profesionalnih i osobnih kompetencija*: „*To je jako dobro i za njih i za nas s obzirom na njihov budući poziv...“(34VV).*“. Kroz takvu izjavu vidi se da volontiranje može biti izgradnja budućeg resursa koji će pružati direktne zdravstvene usluge.

Pri podtemi ***Dobrobit za volontere***, izdvojio se kod *socijalno uključivanje*. Prema opisima sudionika to socijalno uključivanje primarno je vezano uz osobe iz ranjivih skupina kao što su npr. osobe s teškoćama u razvoju i/ili osobe s teškoćama mentalnog zdravlja koje su uključene u volontiranje pri zdravstvenoj ustanovi. Njima volontiranje biva radna terapija i povratak u socijalnu okolinu. Ovdje se osobito izdvaja i ideja uključivanja višestruko ranjivih osoba:

„...bilo bi jako dobro da kroz volontiranje određene posebne skupine/populacije, tipa djeca s posebnim potrebama...kao prvo ih omogućiti da oni postanu socijalno uključivi, odnosno da budu uključeni u dnevne i javne usluge gdje može njima biti svrha kroz socijalizaciju...“(27VV)“

Dobrobit za volontera, nije u opisima bila višestruko izdvajana, no dani opisi govore o svjesnosti sudionika kao dobrih menadžera, što sve volontiranje može donijeti: koje su njegove (nad)vrijednosti.

Doprinos inovacijama kao podtema sažima informacije sudionika o međuodnosu volontiranja i inovacija. Iako se može promatrati unutar doprinosa ustanovi i/ili zajednici, podtema je izdvojena zasebno obzirom na interes unutar konceptualnog okvira koliko se volontiranje javlja kao inovacija, a koliko kao pokretač inovacija. Ujedno, doprinos volontiranja inovacijama, promatra se kao dio ulaganja u inovacije. Koliko je volontiranje prisutno kao inovacija, a koliko kao pokretač inovacija, ovisi o svjesnosti što se dešava u procesu uključivanja volontera. Osobito to vrijedi kada se volontiranjem donose nove ideje i novi pristupi. To je vidljivo i kroz otkrivene kodove: *volontiranje kao odgovor na nove izazove* i *volontiranje kao pokretač inovacija*. Tijekom epidemije COVID-a, gdje je volontiranje korišteno kako bi se uključivanjem osoba u ustanovu kroz njega, približila slika situacije i poslala poruka da je epidemija realna, volontiranje je predstavljalo odgovor na nove izazove. Kao pokretač inovacija, volontiranje je prisutno kroz dualnost: pomoć da se provedu inovativne ideje ili u donošenju novih ideja. Ta dualnost može se uočiti kroz opise: „*Znači inovativne ideje koje postoje da nam pomognu izorganizirati ja mislim da nema spremnije osobe od nas dvije koje bi to prihvatile. (27VV).*“ i „*Možda u donošenju novih ideja i pristupa, osobito pozitivnog pristupa prema našim korisnicima, da se preuzme taj osjećaj nesebičnosti i bezuvjetnog davanja. (15VV).* Prvi opis proizlazi iz konteksta govora o uključivanju osoba vičnih programiranju u realizaciji specifične inovativne ideje koja zbog krutosti struke nije realizirana. Takvim kontekstom progovara o odrednicama vezanima uz inovacije koje su izvan područja volontiranja, no osim što onemogućuju realizaciju inovativne ideje, onemogućuju i potencijalno usmjeravanje resursa volontiranja prema inovativnosti. Drugi opis nudi pogled prema pristupu unutar međuljudskog odnosa kao području prostora primjene novih ideja. Takvim pogledom ukazuje se na širinu kretanja inovativnosti.

Na temelju iznesenih informacija, može se sažeti da menadžment zdravstvenih ustanova, prepoznaje prvenstveno dobrobit od volontiranja za zdravstvenu ustanovu. Ta dobrobit odnosi se na učinkovitije djelovanje zdravstvene ustanove zahvaljujući tome što se kroz volontiranje pokriva dio teškoća kao što je nedostatak ljudskih resursa i financijskih sredstava, omogućuje se rasterećenje djelatnika kroz usmjeravanje pozornosti na segmente koji nisu na prioritarnim mjestima pri skrbi i omogućuje se drugačije pozicioniranje ustanove u javnosti. Drugačije pozicioniranje ustanove ogleda se u njenom otvaranju prema volontiranju pri čemu dolazi do

većeg upoznavanja i razumijevanja njenih procesa i uloga za sve one koji kroz proces volontiranja dolaze u susret s njom. Upravo kroz to drugačije pozicioniranje mijenja se dinamika unutra zajednice i otvara se prostor izgradnje većih socijalnih kohezivnih veza. Dobrobit za korisnike (pacijente) prepoznaje se kroz unaprjeđenje skrbi, što je u skladu s prepoznavanjem učinkovitijeg djelovanja ustanove. Inovativni elementi koji se u toj dobrobiti mogu njegovati i poticati kroz volontiranje, prisutni su kroz donošenje novih ideja od strane osoba koje su uključuju u volontiranje te mogućnost da se uz resurs volontiranja (lakše) provedu određene inovacije.

Volontiranjem do cilja

Tema **Volontiranjem do cilja** (Tablica 5.3.1.2.) opisuje koliko se volontiranje odrazilo na promjenu ciljeva zdravstvene ustanove. Ovdje se progovara o praksi zdravstvene ustanove koja stavlja u suodnos volontiranje i ciljeve. Tema omogućuje uvid, koliko volontiranje, obzirom na njegovu prepoznatu dobrobit prikazanu kroz raniju temu, biva ugrađeno u oblikovanje ciljeva, kratkoročnih i/ili dugoročnih.

Tablica 5.3.1.2. *Prikaz teme Volontiranjem do cilja s pripadajućim podtemama i kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Volontiranjem do cilja		<i>prilagodba ciljeva prema mogućnostima volontiranja</i>	utjecaj volontiranja na odluke o masovnosti akcija
		<i>doprinos volontiranja ostvarenju postavljenih ciljeva</i>	lakše dostizanje planiranih ciljeva pozitivni učinak u izvršenju planiranog cilja

Tema **Volontiranjem do cilja** otkrivena je kroz kodove *prilagodba ciljeva prema mogućnostima volontiranja* i *doprinos volontiranja ostvarenju postavljenih ciljeva*. Zasićenost teme je slaba, no zbog interesa unutar konceptualno/teoretskog okvira za ciljeve zdravstvenih ustanova, koliko su oni raznovrsni i odražavaju li elemente koji čine hibridnost, zadržani su u prikazu. Nadalje, postupak organizacijskog planiranja koji uključuje volontere kao resurs za postizanje cjelokupne misije organizacije, spada pod strateško promišljanje o uključivanju volontera kao dio upravljanja procesom uključivanja volontera.

U odgovorima sudionika prepoznavanje povezanosti volontiranja s ciljevima ustanove, vrlo je rijetko, tako da su i ovi kodovi generirani tek iz par dijelova teksta transkripata. Postojeći ciljevi zdravstvene ustanove bili su lakše postignuti uz volontiranje: „Dosta je utjecalo zbog lakšeg dostizanja planiranih ciljeva. (15VV)“. Eventualno je dolazilo do prilagodbe manjih ciljeva u smislu obuhvata veće skupine korisnika kod ciljeva koji nisu strateški: „Spoznaja da

*volontiranje kao oblik pomoći u radu i organizaciji aktivnosti uvelike olakšava provedbu tih aktivnosti značajno utječe kod donošenja odluka oko masovnosti organiziranja akcija, te spoznaja da će se iste lakše sprovesti uz njihovu pomoć. (22VV).“ Izjava o prilagodbi ciljeva, vezana je uz temu **Ulaganje u dobrobit**, i kroz potencijalno pozicioniranje otkrivenih kodova pod tu temu na način da bi tada nosilo oznaku da volontiranje doprinosi učinkovitijem djelovanju kroz lakše ostvarenje postavljenih ciljeva.*

Sažeto, tema **Volontiranjem do cilja**, pokazuje da postoji prepoznavanje od strane menadžmenta zdravstvenih ustanova da volontiranje omogućuje lakše ostvarivanje postavljenih ciljeva, a ponekad i njihovo proširenje u dijelu opsežnosti pojedinih aktivnosti. Samo volontiranje nije ugrađeno u ciljeve niti je dio njih.

Slušanje i davanje glasa

Tema **Slušanje i davanje glasa** (Tablica 5.3.1.3.) opisuje kako je suodlučivanje prisutno u zdravstvenoj ustanovi, ako je prisutno. Opisuje različite dionike koji dolaze u kontakt i odnos sa zdravstvenom ustanovom kroz prostor koji im je dan za predlaganje promjena i zajedničko donošenje odluka, a sve u svrhu učinkovitijeg ostvarenja djelovanja zdravstvene ustanove. I ova tema opisuje praksu zdravstvenih ustanova i to koliko dionici u pojavi volontiranja imaju glas u djelovanju zdravstvene ustanove.

Kod teme **Slušanje i davanje glasa**, otkriveno je tri podteme obzirom na različitu skupinu kojoj se (ne)daje glas i izbor: *suodlučivanje s lokalnom zajednicom, suodlučivanje s volonterima i suodlučivanje s korisnicima*. Kroz takvu organizaciju podtema, lakše se zahvaćaju različiti dionici i prostor koji imaju za predlaganje i suodlučivanje. Prema podtemama i dioniku na kojeg se pojedina odnosi, proizlazi iz podteme *suodlučivanje s korisnicima*, da su korisnici kao dionici najmanje prisutni u predlaganju iako imaju mogućnost za davanje prijedloga kroz npr. javno dostupne kontakte. Mogućnost davanja glasa i predlaganja od strane korisnika vidljiva je i kroz obrnuti sistem: kroz žalbe. Npr.: *„...da poboljšamo zdravstvenu uslugu, da poboljšamo na način da one probleme koje uviđamo i na koje nam se pacijenti sami žale, da probamo poboljšati... nedavno smo u tim nekakvim pritužbama, bilo da su one bile iznesene dobronamjerno...(37VV).“*

Nadalje, volonteri nisu uključeni u neku formalnu strukturu za donošenje odluka, što se opisuje i kao nerealno očekivanje. Ipak, kod pojedinih zdravstvenih ustanova postoji *otvorenost za prijedloge*, a negdje su volonteri uključeni kroz predlaganje u rješavanje problema.

Tablica 5.3.1.3. Prikaz teme Slušanje i davanje glasa s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Slušanje i davanje glasa	suodlučivanje s lokalnom zajednicom	<i>otvorenost za prijedloge lokalne zajednice</i>	prihvatanje svih inicijativa od udruga prihvatanje prijedloga lokalne zajednice mogućnost predlaganja preko jedinica lokalne samouprave
		<i>specifični oblici suradnje s udrugama</i>	prihvatanje svih inicijativa od udruga povjerenstvo za koordinaciju i rad s udrugama redoviti sastanci i zajedničke aktivnosti s udrugama dugogodišnja suradnja s udrugama potpisivanje ugovora s udrugama u projektima razlika između organiziranog od ustanove i udruga prividni resurs udruga usprkos javnom proklamiranju
	suodl. s volonter.	<i>neuključenost volontera u donošenje odluka i upravljačku strukturu</i>	neuključivanje volontera u donošenje odluka neuključenost volontera u upravljačku strukturu nerealnost očekivanja uključivanja volontera u upravljanje
		<i>otvorenost za prijedloge volontera</i>	uključivanje volontera u rješavanje problema mogućnost davanja prijedloga od strane volontera
	suol. s kori.	<i>mogućnost davanja prijedloga od strane korisnika</i>	traženje odgovora na poteškoće iskazane od korisnika bez puno prostora za predlaganje promjena javni kontakt brojevi djelatnosti

Podtema **Suodlučivanje s lokalnom zajednicom**, sažima informacije o predlaganju promjena i zajedničkom donošenju odluka s lokalnom zajednicom kroz dva koda: *otvorenost za prijedloge lokalne zajednice* i *specifični oblici suradnje s udrugama*. Uz otvorenost za prijedloge, specifični oblici suradnje s udrugama koji su prisutni kod nekolicine obuhvaćenih zdravstvenih ustanova, dolaze u rasponu od oblika dobre prakse s pozitivnim iskustvima do negativnih iskustva. Pozitivna iskustva uključuju redovite sastanke, zajedničko prijavljivanje projekata i zasebno povjerenstvo za suradnju s udrugama: „*Mi imamo u bolnici koordinaciju takozvanu, to je jedno povjerenstvo ustvari u kojem nas ima više i koje je zaduženo za koordinaciju i rad s udrugama. To je isto pod kvalitetom.*“ (37VV). Negativna iskustva uključuju prividnu funkcionalnost udruga usprkos javnom iskazivanju volje: „*...moje iskustvo s udrugama koje se javno...mislim da vam to sve padne na čistoj priči i kada bude konkretan primjer o aktu samog volontiranja da vam to padne u vodu...*“ (27VV).“

Nedvojbeno, pokazuje se da postoji otvorenost za prijedloge od strane lokalne zajednice, korisnika (pacijenata) i volontera. Formalni i organizirani oblici predlaganja odvijaju se kroz aktivnosti poput kutija žalbe (pacijenti) i sastancima s povjerenstvom zaduženom za suradnju (udruge). Uključivanje u organizacijske strukture nije prisutno.

Od manikure i cijepjenja do sadnje i pakiranja

Tema **Od manikure i cijepjenja do sadnje i pakiranja** (Tablica 5.3.1.4.) govori o raznovrsnosti aktivnosti u koje su uključeni volonteri i koje su sve volonterske pozicije prisutne

u zdravstvenim ustanovama. Tema je prikazana kroz dvije podteme: **indirektna uključenost u pružanje usluga** i **direktna uključenost u pružanje usluga**.

Podtema **Indirektna uključenost u pružanje usluga**, sažima informacije o aktivnostima koje su pokrivene volontiranjem, a pri kojima ne dolazi do direktnog kontakta s korisnikom. **Indirektna uključenost** obuhvaća skupine aktivnosti: *pomoć u pripremi javnozdravstvenih akcija, pomoć u administrativnim zadacima, uređenje prostora i okoliša ustanove i pomoć u prikupljanju donacija*. Svi kodovi ukazuju na širinu raspona aktivnosti koja se može pokriti volontiranjem i daju jasniju sliku kako dolazi do učinkovitijeg djelovanja zdravstvene ustanove i ulaganja o čemu je bilo govora kod teme **Ulaganje u dobrobit**. Ako se učini uvid u inicijalne kodove, ta raznolikost dolazi još više do vidljivosti. Vrlo je slično i kod podteme **Direktna uključenost u pružanje usluga**. Aktivnosti u koje su uključeni volonteri kroz direktni kontakt s korisnikom idu od raspona uključenosti kao *pomoć u provedbi javnozdravstvenih akcija, pomoć pri provedbi epidemioloških mjera, pomoć pri pregledu korisnika tijekom COVID-a, pomoć u njezi i hranjenju, pružanje psihološke podrške korisnicima, pomoć u snalaženju i kretanju te animiranje korisnika*. Među podacima izdvaja se situacija povećanih potreba tijekom epidemije COVID-19 gdje je došlo do uključivanja volontera u skupinu aktivnosti kao što su *pomoć pri provedbi epidemioloških mjera, pomoć pri pregledu korisnika tijekom COVID-a i pomoć u administrativnim zadacima*.

Zaključno se može reći da je raspon aktivnosti u koje se uključuju volonteri izrazito širok. On uključuje aktivnosti gdje nema nikakvog kontakta s korisnicima (pacijentima), jednako kao i aktivnosti gdje postoji direktni kontakt.

Tablica 5.3.1.4. Prikaz teme *Od manikure i cijepljenja do sadnje i pakiranja s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Od manikure i cijepljenja do sadnje i pakiranja	indirektna uključenost u pružanje usluga	<i>pomoć u pripremi javnozdravstvenih akcija</i>	evidencija sudionika javnozdravstvenih akcija izrada zapisnika sportskih rezultata javnozdravstvenih akcija pakiranje hrane pakiranje rekvizita
		<i>pomoć u administrativnim zadacima</i>	izrada zapisnika sportskih rezultata javnozdravstvenih akcija evidencija sudionika javnozdravstvenih akcija kontakt oboljelih od COVID-a putem call centra pomoć u opisu bolesnika tijekom COVID-a upis podataka tijekom COVID-a izdavanje COVID potvrda
		<i>uređenje prostora i okoliša ustanove</i>	ocrtavanje zidova ustanove uređivanje vrta bojanje stolarije sadnja biljaka i cvijeća uređivanje kovanih vrata

		<i>pomoć u prikupljanju donacija</i>	organizacija prikupljanja potrebnih materijala pomoć u prikupljanju knjiga i igračaka izrada proizvoda za prodaju izrada različitih rukotvorina izrada kapa za onkološke pacijente
<i>direktna uključenost u pružanje usluga</i>		<i>pomoć u provedbi javnozdravstvenih akcija</i>	sudjelovanje u javnozdravstvenim akcijama
		<i>pomoć pri provedbi epidemioloških mjera</i>	cijepljenje pacijenata tijekom COVID-a pomoć u dezinfekciji ruku tijekom COVID-a pomoć u mjerenju temperature na ulazu tijekom COVID-a
		<i>pomoć pri pregledu korisnika tijekom COVID-a</i>	uzimanje briseva od pacijenata uzimanje podataka o zdravstvenom stanju
		<i>pomoć u njezi i hranjenju</i>	manikura u dnevnoj bolnici izrada frizura pacijentima izrada/priprema i dostava odjeće i higijenskih potrepština nutricionističko savjetovanje pomoć u hranjenju pacijenata
		<i>pružanje psihološke podrške korisnicima</i>	psihološko savjetovanje ohrabrenje pacijenata u dnevnoj bolnici
		<i>pomoć u snalaženju i kretanju</i>	pomoć u praćenju bolesnika snalaženje kao jednostavan zadatak za volontere pomoć starijima i teže pokretnima volonteri na ulazu i okolišu za snalaženje potrebitima vođenje korisnika do odjela
		<i>animiranje korisnika</i>	podjela poklona djeci bajkaonice predstave za djecu izdavanje knjiga čitanje pacijentima sviranje i pjevanje

Upravljanje procesom uključivanja volontera

Tema **Upravljanje procesom uključivanja volontera** opisuje konkretne dijelove i procese menadžmenta volontera. Podteme (*postavljanje temelja za razvoj volonterskog programa; adekvatan volonter za adekvatnu poziciju; kreiranje poticajnog i motivirajućeg okruženja*) prate temeljna područja standarda kvalitete volonterskih programa. Ova tema progovara o praksi zdravstvene ustanove pri implementaciji volontiranja kroz usklađenost s preporučenom praksom menadžmenta volontera.

Svaki sudionik iz skupine predstavnika menadžmenta zdravstvenih ustanova, opisao je dio koji se odnosi na **Upravljanje procesom uključivanja volontera**. Ne uočava se da je kod jednog postojala zastupljenost svih elemenata koje uobičajeno pripisujemo dobroj praksi upravljanja resursom volontiranja. No, ovako skupno sabrani podaci, otkrivaju elemente koji se iz nekog razloga izdvajaju u opisima dajući im skrivenu važnost.

Tablica 5.3.1.5. Prikaz teme Upravljanje procesom uključivanja volontera s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Upravljanje procesom uključivanja volontera	postavljanje temelja	<i>raspoređivanje zadataka u koordinaciji volontera na više osoba</i>	imenovan provoditelj uz koordinatora volontera određene glavne sestre odjela kao pomoć na pojedinim punktovima
		<i>određen koordinador volontera unutar ustanove</i>	imenovan koordinador volontera u ustanovi preuzimanje koordinacije volontera u okviru drugih poslova socijalna radnica kao koordinatorica volontera u dijelu vremena glavna sestra bolnice surađuje s udrugama za volontere povjerenstvo za koordinaciju rada s udrugama preokupiranost koordinadora volontera drugim poslovima koordinacija od strane osobe zadužene za koordin. liječnika
		<i>neraspolaganje u punom vremenu osobom za koordinaciju volontera</i>	preuzimanje koordinacije volontera u okviru drugih poslova koordinacija od strane osobe zadužene za koordin. liječnika preokupiranost koordinadora volontera drugim poslovima povjerenstvo za koordinaciju rada s udrugama želja za koordinatorom volontera u punom vremenu neuspjeh u detektiranju jedne osobe u punom vremenu
		<i>suradnja s različitim dionicima</i>	suradnja s neprofitnim organizacijama suradnja s Crvenim križem suradnja s vjerskim zajednicama suradnja s udrugama suradnja s drugim javnim ustanovama suradnja s lokalnom knjižnicom suradnja s akademskom zajednicom suradnja s osnovnim i srednjim školama suradnja s ustanovom za osobe s teškoćama ment. zdravlja
		<i>neraspolaganje zasebnim financijama ustanove za volontiranje</i>	kupovanje osvježenja za volontere osobnim sredstvima slaba potpora u financijama korištenje čaja iz kuhinje ustanove za osvježenje kupnja materijala sredstvima ustanove financiranje osvježenja sredstvima ustanove
		<i>korištenje raspoloživih sredstava unutar i van ustanove</i>	kupovanje osvježenja za volontere osobnim sredstvima slaba potpora u financijama korištenje čaja iz kuhinje ustanove za osvježenje kupnja materijala sredstvima ustanove financiranje osvježenja sredstvima ustanove projektna sredstva udruga za materijal
		<i>poticanje na daljnju edukaciju o volontiranju</i>	edukacije za djelatnike
	adekvatan volonter za adekvatnu poziciju	<i>odabir volontera različitog statusa i iskustva</i>	suradnja s udrugama uključivanje studenata medicine i zdravstvenih studija suradnja s osnovnim i srednjim školama uključivanje djelatnika ustanove u volontiranje uključivanje inkluzivnih volontera suradnja s Crvenim križem
		<i>traženje informacija i dokumenata od volontera</i>	traženje dokumentacije od/za volontera prijavnice za volontere razgovor sa zainteresiranim osobama
	kreiranje poticajnog i motivirajućeg okruženja	<i>davanje priznanja volonterima</i>	pozitivno vrednovanje volontiranja pri zapošljavanju davanje priznanja volonterima od njihovih matičnih ustanova ispunjavanje volonterskih knjižica pozivanje volontera na zajednička događanja izdavanje zahvalnica za volontiranje
		<i>organizirani oblici podrške pri volontiranju</i>	supervizija s volonterima
		<i>provedba obuke za volontiranje</i>	edukacije za volontere

Postavljanje temelja za razvoj volonterskog programa kao podtema govori o temeljnim resursima (financijskim i ljudskim) značajnima za dobar menadžment volontera. Prema opisima, temelji za razvoj volonterskog programa, zasnovani su na slabim resursima koji ne omogućavaju puno usmjeravanje potencijala volontiranja. Uočava se *određivanje koordinatora volontera unutar ustanove* koji taj dio zadatka obavlja u dijelu radnog vremena, odnosno *nije na raspolaganju u punom vremenu*. Dio zadataka u koordinaciji volontera kod nekih se zdravstvenih ustanova *raspoređuje na više osoba*. Osoba koja je imenovana kao koordinator volontera razlikuje se od ustanove do ustanove, a nekada se javlja i situacijski. Primjerice, kod epidemije bolesti COVID-19, kada je kod nekih ustanova došlo do brzog prvog uključivanja volontera, ulogu je preuzela osoba koja je najbliže bila „skupu“ zadataka u koordinaciji ljudskih resursa: „*Uglavnom što se tiče volontera, tu se angažirao predstojnik koji je inače zadužen za koordinaciju i rad liječnika...*“ (17VV). Kod drugih ustanova ta je uloga u okviru radnih zadataka socijalne radnice, glavne sestre itd.

Problematika vezana uz imenovanje koordinacije volontera u okviru drugih poslova, vezana je uz nemogućnost davanja pune pažnje koordinaciji volontera slijedom hitnosti drugih radnih zadataka. Time ni volonterski program ne doživljava svoj puni potencijal. Iako nije raspoloživ u punom dijelu radnog vremena za koordinaciju volontera, prepoznaje se značaj koordinatora volontera u razvoju punog potencijala volontiranja. Takvo prepoznavanje značaja potvrđuje dodatno koordinatora volontera kao temeljnog resursa u uključivanju volontiranja u zdravstvenu ustanovu. Takvu situaciju izvrsno oslikava naredna izjava:

„ona je preokupiran na poslovima koje ona obavlja kao (radna pozicija) da bi se samo tim mogla baviti, ...kad bi ona bila osoba koja bi se samo time bavila u xxx, vjerujte mi tu bi bilo itekakvih pomaka jer prostora ima. Prostora ima, samo nema se tko time baviti. (37VV).

Dio nadvladavanja izazova raspolaganja osobom za koordinaciju volontera u dijelu radnog vremena, odražava se u *suradnji s različitim dionicima*. Ta suradnja je prema opisima sudionika trostruka. Preko suradnje zdravstvena ustanova prima osobe zainteresirane za volontiranje na svojem volonterskom programu ili prima volontere u okviru volonterskog programa organizacije/institucije s kojom surađuje. Treći dio suradnje odvija se na pripremi ili dostupnosti materijala za volontiranje.

Suradnja uključuje različite neprofitne organizacije i druge javne ustanove u lokalnoj zajednici gdje djeluje zdravstvena ustanova. Izuzetno je vrijedno uočiti postojanje suradnje s osnovnim i

srednjim školama u dijelu odgoja za volontiranje: „...*mislim nije sad da mi toga nemamo, ali žele učiti djecu od malih nogu da rade na volontiranju.*“ (20VV). Iz opisa je jasno vidljivo da prihvaćaju suradnju prvenstveno zbog više vrijednosti po odgoj i obrazovanje maloljetnika.

Ono što se izdvojilo u opisima je prihvaćanje volontera na temelju povjerenja u dionike s kojima se surađuje naznačujući problem povjerenja prema osobama uključenima kroz volontiranje: „*U našoj ustanovi volontiranje je prihvaćeno s dosta povjerenja jer se radilo o osobama koje su ipak imale svoje uporište u organizaciji poput Crvenog križa i Sveučilišta...*“ (VV15). Za takvu potrebu za povjerenjem može se pretpostaviti podloga u potrebi zaštite korisnika (pacijenata). U toj potrebi povjerenje se daje organizacijama s jakim ugledom u zajednici i koje raspolažu osobama sa specifičnim znanjima.

Specifična znanja osobito su bila tražena tijekom epidemije COVID-a i uključivala su znanje s područja medicine:

„...u vrijeme COVID-a, tada smo imali i nama je jako dobro došlo – volontiranje studenata Medicinskog fakulteta i studenata Fakulteta zdravstvenih studija. To su ...ljudi koji su došli volontirati u naše covid odjele i to su ljudi koji su imali znanja medicinskog.“ (37VV).

Suradnja s različitim dionicima dobiva dodatni interes u okviru konceptualnog/teorijskog dijela istraživanja jer govori koji su sve dijelovi zajednice uključeni u pružanje usluga. U tom kontekstu izdvaja se suradnja s udrugama koja je učestalo prisutna. Ranije je kod pod teme **Postavljanje temelja** izdvojen opis suradnje koji uključuje i zasebno povjerenstvo. Opisujući suradnju s udrugama kroz redovne sastanke i zajedničke aktivnosti, osoba iznosi i informaciju da jedna od udruga ima i prostor u zdravstvenoj ustanovi gdje su na raspolaganju pacijentima osobe iz udruge: „*I treća udruga koja čak ima i prostor u našoj bolnici, to je (naziv udruge). Oni baš na samoj (naziv odjela) imaju svoju sobu, gospođu koja je unutra i koja im je tako na usluzi.*“ (37VV). Takav opis govori o mogućnostima realizacije suradnje koja će redovno donositi višestruke dobrobiti u skladu s prepoznatim kod teme **Ulaganje u dobrobit**. No i ta suradnja traži planski pristup što je kod izdvojenog opisa vidljivo kroz zasebno povjerenstvo pri jedinici kvalitete koje je na raspolaganju za planiranje i provedbu suradnje.

Uz *raspolaganje osobama za koordinaciju volontera*, koje obilježava vremenska ograničenost, sudionici se suočavaju s *neraspolaganjem zasebnim financijama za volontiranje*. Zdravstvena ustanova, kako bi nadvladala tu prepreku, *koristi raspoloživa sredstva unutar i van ustanove*.

Proizlazi da je na raspolaganju dio redovno dostupnih resursa u zdravstvenoj ustanovi kao što je osvježenje iz kuhinje. Iznimku čine izdvajanja za vanjska obilježja volontera (npr. majice, pult): „...*pa je tu moja uloga bila da u nabavnoj službi organiziram nešto s čim ćemo, kako ćemo ih označiti pa smo naručili posebne majice...* (37VV).“ Kod opisa raspoloživih sredstava *van ustanove*, izdvojilo se pokrivanje potrebnog materijala za volontiranje kroz sredstva udruga s kojima se surađuje pri uključivanju volontera: „...*A onda su te udruge povukle iz nekakvih svojih drugih resursa, recimo, novce za bojanje konkretno - dobili novce ili ne znam što iz nekih projekata...* (20VV).“ Kroz ovaj opis jasno se naznačuje širina podrške u uključivanju volontera koja se može ostvariti kroz suradnju s različitim dionicima iz zajednice.

Pozornost u okviru podteme ***Postavljanje temelja za razvoj volonterskog programa*** privlači *poticanje djelatnika na daljnju edukaciju o volontiranju*. Poticanje djelatnika na daljnje usavršavanje i obuku dio je kvalitete u menadžmentu volontera. Iako se pri standardima uobičajeno izdvaja koordinator volontera, ovdje, kod sudionika predstavnika menadžmenta zdravstvene ustanove, vrlo jasno biva vidljivo da se radi o menadžmentu koje je uključen u edukaciju: „*Iako sam sudjelovala na edukacijama. Imali smo mi edukacije i za volontere i s ljudstvom.*“ (20VV). Dodatno je vidljivo iz opisa i uključivanje djelatnika u edukaciju što je pozitivan element za izgradnju odgovarajućeg okružja u zdravstvenoj ustanovi za volontiranje (vidjeti: **Klima u ustanovi i Znanje o volontiranju**).

Podtema ***Adekvatan volonter za adekvatnu poziciju*** sadrži u sebi informacije o drugom značajnom elementu u procesu upravljanja resursom volontiranja, tj. menadžmenta volontera. Ona opisuje pristup prema odabiru osobe koja će preuzeti ulogu volontera i najbolje odgovoriti na specifičnu potrebu prema kojoj je usmjerena aktivnost volontera tj. volonterska pozicija. Izgrađena je na dva koda: *odabir volontera različitog statusa i iskustva* i *traženje informacija i dokumenata od volontera*. Na *odabir volontera različitog statusa i iskustva*, proteže se dio suradnje s udrugama koji se ranije opisivao kod podteme ***Postavljanje temelja***. Postoji raznovrsnost uključenih osoba u volontiranje u smislu njihove povezanosti s nekom organizacijom ili ustanovom iz zajednice i njihovih kompetencija. Ta povezanost može biti na način da organizacija iz zajednice odabire volontere u sklopu svojeg volonterskog programa i uključuje ih kroz suradnju sa zdravstvenom ustanovom u njeno djelovanje: „*A udruga imamo bezbroj s kojima imamo volontere.*“ (20VV). Drugi je način da zdravstvena ustanova preko organizacije dolazi do osoba zainteresiranih za volontiranje u okviru svojeg volonterskog programa: „*Tada su nam se nesebično pridružile osobe za volontiranje ispred organizacije (naziv organizacije) i studenata našeg Sveučilišta (naziv sveučilišta)...*“ (15VV).

Nadalje, kada dolazi do uključivanja volontera od strane organizacija s kojima se surađuje na način da one prođu proces odabira i pripreme volontera, zdravstvena ustanova ima „skraćeni put“ jer je dio menadžmenta ostvaren od nekog drugog:

„Onda smo negdje već mislim početkom 2016. s udrugom (naziv udruge) i (naziv volonterskog programa) krenuli u sudjelovanje u edukaciji volontera, jer oni su u zdravstvenoj školi imali edukaciju od tri dana. To su držali njihovi psiholozi... Oni su educirali te volontere...“ (38VV).

Iz izdvojenog opisa vidljiv je dio edukacije, kao dio pripreme osobe za volontiranje. I edukacija služi kao dio procesa odabira volontera kroz upoznavanja osobe u interakciji s drugima te se stoga i izdvaja ovdje kao ilustracija.

Specifičnu suradnju pri *odabiru volontera* predstavlja uključivanje inkluzivnih volontera:

„...sklopljen je ugovor između dvije ustanove na način da korisnici (naziv ustanove), oni procijene koji njihovi korisnici, to su osobe s psihičkim poteškoćama, koji korisnici njihovi mogu obavljati tu službu da dođu kod nas kao volonteri. (34VV).

Inkluzivni volonteri u povezanosti su s ranijim opisom podteme ***Dobrobiti od volontiranja*** za samog volontera u dijelu *socijalnog uključivanja*. Kroz izdvojenu izjavu vidljivi je promišljeni planski pristup uključivanju volontera obzirom na sklopljen ugovor dvaju ustanova. Izazov je uključivati volontere u zdravstvene ustanove zbog balansa zaštite korisnika. Kada se radi o inkluzivnim volonterima, izazov je višestruki zbog zaštite ranjivih osoba koje ulaze u ulogu volontera u odnosu na korisnike (pacijente). Pozornost prema zaštiti volontera postoji redovno, samo kod ranjivih skupina on dolazi na veću razinu.

Dio balansa zaštite ugrađen je i u *traženje informacija i dokumenata od volontera* kao dijela procesa utkanog u podtemu ***Adekvatan volonter za adekvatnu poziciju***. U procesu odabira volontera, osobe zainteresirane za volontiranje ispunjavaju prijavnicu i prolaze razgovore kako bi se procijenila adekvatnost njihovog uključivanja. Prema potrebi u razgovor sa zainteresiranim osobama uključuju se i dodatni stručnjaci kao što je psihoterapeut, psihijatar itd.: *„...zovemo ako procijenimo...da li nam je potrebna pomoć psihoterapeuta ili psihijatra, zovemo i njih. Da znači da oni dođu, da se uključe u razgovor, da dođu na razgovor ili da idu da samo obave samostalni razgovor ili nešto slično. (34VV).*

Podtema *Kreiranje poticajnog i motivirajućeg okruženja* informira o elementima koji su prisutni pri uključivanju volontera kao podrška njihovoj ulozi i mehanizam vrednovanja volontiranja. Izdvojeni su kodovi: *davanje priznanja volonterima, organizirani oblici podrške pri volontiranju* i *provedba obuke za volontiranje*. Sudionici iz skupine predstavnika menadžmenta opisuju davanje priznanja za volontiranje od strane zdravstvene ustanove, kroz zahvalnice, pozivanje na događanja ali i kroz vrednovanje pri zapošljavanju. Vrednovanje pri zapošljavanju izdvaja se kao dodatni oblik priznanja, gdje osoba uključena u volontiranje prima „dugoročniju“ nagradu: „*Pa i na neki način smo pozitivno gledali na prijemu bivših studenata, naših budućih specijalizanata ako su spomenuli da su oni volontirali, to bi bilo na neki način pozitivno razvijanje i našeg pozitivnog stava prema njima.*“ (17VV). Ovakav pristup od strane menadžmenta otvara mogućnost za kvalitetno pozicioniranje volontiranja pri ustanovi vrednujući ga ne samo kao doprinos unaprjeđenju pružanja usluga (vidjeti: **Ulaganje u dobrobit**) već i kao ulaganje u razvoj osobnih kompetencija i potvrdu kvalitete. Zanimljivo je promatrati kako se resurs volontiranja, koji se prepoznaje kroz oblike vrednovanja, čuva u samom procesu volontiranja. Kod volontiranja gdje je organizator volontiranja druga organizacija, ti oblici čuvanja resursa mogu promaknuti menadžmentu zdravstvene ustanove. No, kod situacije gdje je zdravstvena ustanova organizator volontiranja, mehanizmi čuvanja su vidljiviji. Ovdje bi se pod čuvanjem podrazumijevalo sve što omogućuje kvalitetno zadržavanje osobe u volontiranju tako da bi se i podtema mogla imenovati: Čuvanje resursa volontiranja. U tom smislu, osim istaknutog davanja priznanja, kao dio čuvanja resursa prisutna je *obuka za volontiranje* kroz edukaciju volontera i *organizirani oblik podrške* pri odvijanju volontiranja kao što je supervizija. *Obuka za volontiranje* predstavlja mogućnost volonteru za kontinuirano usavršavanje i nadogradnju osobnih znanja, vještina i kompetencija.

Kao primjer *organiziranog oblika podrške* daje se opis u kojemu je vidljivo da je pri tome uključena osoba izvana (iz druge institucije): „*Supervisorica nam dolazi, ona je psihoterapeutkinja (naziv ustanove) pa imamo za volontere znači supervizije.*“ (34VV). Iz njega je vidljiv i specifičan način suradnje s drugim institucijama u provedbi volonterskog programa naznačujući bogatstvo mreže povezanosti koja se može izgraditi pri uključivanju volontiranja u zdravstvenu ustanovu. Time se dobiva na kvaliteti provedbe volontiranja, otvara mogućnost učinkovitijem dugoročnijem volontiranju i olakšava se upravljanje procesom volontiranja (vidjeti *Postavljanje temelja*).

Ukratko, tema **Upravljanje procesom uključivanja volontera** otkriva da su temelji za uključivanje volontiranja u zdravstvenu ustanovu vrlo slabi. Oslanjaju se na osobe koje dio

radnog vremena izdvajaju za upravljanje resursom volontiranja, a snažniji element postaje suradnja s različitim dionicima iz zajednice. Zdravstvene ustanove, bez obzira jesu li one organizatori volonterskog programa ili ne, surađuju s različitim dionicima iz zajednice pri čemu im je važno povjerenje i poželjno raspolaganje znanjima iz područje medicine. Težnja prema znanjima iz područja medicine, osobito je bila aktualna tijekom epidemije COVID-a.

K tomu, nekih zasebnih izdvajanja financija za volontiranje nema ili nisu značajnije vidljive. Nepostojanje zasebnog izdvajanja financija, nadoknađuje se korištenjem dostupnih materijala u okviru redovnog poslovanja ustanove. Dio pokrivanja potrebnog materijala odvija se i u okviru proračuna organizacije s kojom se surađuje pri uključivanju volontera. Osim toga, proces odabira volontera i pružanje podrške tijekom volontiranja ovisi o tome jel zdravstvena ustanova organizator volonterskog programa ili ne. Situacije kada zdravstvena ustanova provodi odabir i podršku, uključit će i povezivanje s drugim dionicima kao što je npr. kod provedbe supervizije volontera. Njegovanje resursa volontiranja, odvija se kroz davanje zahvalnica, pozivanje na događanja ali i kod njegova vrednovanja pri procesu zapošljavanja.

Volontiranje zaraženo s COVID-om

Tema **Volontiranje zaraženo s COVID-om** (Tablica 5.3.1.6.) opisuje kako se volontiranje oblikovalo tijekom epidemije bolesti COVID-19: što se događalo s volontiranjem obzirom na izazove koje je donijela epidemija.

Tablica 5.3.1.6. Prikaz teme *Volontiranje zaraženo COVID-om s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Volontiranje zaraženo COVID-om	promjena u motivaciji za volontiranjem	<i>razvoj svijesti o važnosti volontiranja</i>	otkrivanje pozitivnih učinka volontiranja spoznavanje važnosti volontiranja pojava svijesti o koristi kontinuiranog razvijenog volontiranja
		<i>povećana zainteresiranost zajednice</i>	buđenje nesebičnih pozitivnih razmišljanja izrazita motiviranost, empatičnost i želja za pomaganjem
		<i>uočavanje volontiranja kao odgovora na nove izazove</i>	dobrodošli volonteri za dijeljenje maski i dezinfekciju ruku korištenje volontiranja za slanje poruke da je COVID realan manjak resursa kao pokretač za uključivanje volontera praktični dio nastave u vrijeme restrikcije ulazaka u ustan.
	promjena dinamike uključivanja volontera	<i>početak uključivanja volontera tijekom COVID-a</i>	odluka za volontiranjem zbog potreba tijekom COVID-a COVID kao okidač za uključivanje volontera
		<i>Prestanak ili smanjenje uključivanja volontera</i>	zakočeno/reducirano uključivanje volontera prekid volontiranja zbog COVID-a volontiranje se unazadilo
		<i>ponovno pokretanje volontiranja nakon COVID-a</i>	ponovno kretanje s volonterima nakon COVID-a vraćanje nazad volontiranju nakon COVID-a

	<i>razvoj volonterskih pozicija</i>	<i>prilagodba postojećih volonterskih pozicija</i>	angažman volontera na balkonu s vanjske strane
		<i>otvaranje novih volonterskih pozicija</i>	pomoć u trijaži na ulazu tijekom COVID-a pomoć u mjerenju temperature na ulazu tijekom COVID-a pomoć u dezinfekciji ruku tijekom COVID-a cijepjenje tijekom COVID-a kontakt oboljelih od COVID-a putem <i>call</i> centra izdavanje COVID potvrda pomoć u opisu bolesnika tijekom COVID-a pomoć u dijelu pregleda bolesnika uz nadzor upis podataka tijekom COVID-a uključivanje volontera u dežuranje na porti
	<i>posebne dileme</i>	<i>uključivanje osoba sa specifičnim stručnim medicinskim znanjima</i>	uključivanje studenata medicine i zdravstvenih studija uključivanje zdravstvenih radnika kao volontera uključivanje volontera Crvenog križa
		<i>razmatranje ugrozbe volontera uključivanjem u volontiranje</i>	pitanje ugrožavanja volontera u doticaju s drugima
		<i>razmatranje mogućnosti ulaska volontera u ustanovu</i>	upitne mogućnosti dolazaka u ustanovu oprečne informacije o mogućnosti dolaska volontera izlaganje trošku za testiranje volontera

Pri temi **Volontiranje zaraženo COVID-om**, otkriveno je nekoliko podtema koje označavaju nastale promjene: *promjena u motivaciji za volontiranjem, promjena dinamike uključivanja volontera, razvoj volonterskih pozicija, specifična struktura volontera i posebne dileme oko uključivanja volontera.*

U okviru podteme **Promjena u motivaciji za volontiranjem** okupljene su informacije oko motivacije zdravstvenih ustanova prema volontiranju. Prema opisima sudionika, tijekom epidemije COVID-a došlo je do *razvoja svijesti o važnosti volontiranja* uz što se nadovezala i *povećana zainteresiranost zajednice* za volontiranjem u zdravstvenim ustanovama. *Razvoj svijesti* obuhvatio je uočavanje važnosti volontiranja i njegovih pozitivnih učinaka na više razina:

„Tada smo svi spoznali veliku važnost volontiranja i otkrili pozitivne učinke volontiranja i to za samu zdravstvenu ustanovu, populaciju i naravno volontere...U uobičajenim situacijama teško se probudi interes za volontiranjem. Moj dojam je da jedino iznenadni i masovni javnozdravstveni događaji, kao što je bila ova pandemija ili neka druga katastrofa pobuđuje nesebična pozitivna razmišljanja u ljudima.“ (15VV).

Izdvojena izjava usmjerava pozornost kako je do tog razvoja svijesti došlo kod više strana, ne samo kod zdravstvenih ustanova već i šire zajednice. Također, izjava usmjerava kako je razvoj svijesti obuhvatio spoznaju dobrobiti na više razina (vidjeti: **Volontiranjem do dobrobiti**). Prema izjavi, situacija pojačanih potreba i izuzetne ugroženosti vratila je ljude na ljudski pogled

prema drugome, osobito jer se radilo o situaciji koja je bila ugrožavajuća za sve. No, čini se da je kod pandemije došlo do izuzetno specifičnog spoja želje za davanjem i velike potrebe uslijed nedostatka ljudskih resursa gdje su, inače zatvorene zdravstvene ustanove, otvorile svoja vrata. U tom nedostatku ljudskih resursa, koja je generalno utkana na određeni način u pozadinu volontiranja pri zdravstvenim ustanovama (vidjeti: **Ulaganje u volontiranje**), zdravstvene ustanove su uočile *volontiranje kao odgovor na nove izazove*. Nedostatak resursa da se osigura sve što je tražila situacija uslijed epidemije bolesti COVID-19 ponavlja se u opisima sudionika. Srž te potrebe vidljiva je u opisu: „Tada je bilo manjak svih resursa, ljudskih, ničeg nije bilo viška niti je bilo mogućnosti od nekud ih dobiti.“ (28VV). Dodatni odgovor na nove izazove, desio se i kroz uključivanje studenata medicine. U periodu kada je dostupnost za praktični dio nastave bio ograničen, studenti medicine su sa svojim specifičnim znanjima iz područja medicine bili izuzetno dobrodošli. Promatrani i uključeni kao volonteri, njihova aktivnost je nekima priznata kao stručni dio nastave: „Taj dio rada kao volonterski im je priznat kasnije kao *stručna praksa*.“ (37VV). Priznavanje volontiranja kao stručne prakse otvara prostor za razmatranjem i koliko se tu u tom slučaju, zaista radilo o volontiranju.

Pojačani interes za volontiranjem s jedne strane, i nužnost poštivanja epidemioloških mjera s druge strane, donio je vrlo specifičnu dinamiku. Ta dinamika opisana je kroz podtemu **Promjena dinamike uključivanja volontera**. Jedna krajnost u dinamici bila je potpuni *prestanak uključivanja volontera* kod nekih zdravstvenih ustanova ili *smanjenje*, što je rezultiralo *ponovnim pokretanjem volontiranja* pred kraj i završetkom epidemije bolesti COVID-19. Druga krajnost bila je *početak uključivanja volontera* kod nekih zdravstvenih ustanova koje do tada nisu uključivale volontere: „Razlog za uključivanje volontera u rad naše Ustanove, bio je trenutak organizacije masovnog procjepljivanja organizacija velikih cijepnih punktova gdje se protiv COVID -19 procjepljivalo u jednom danu do 2000 osoba...“ (15VV). Tu se desila kontradiktornost uslijed kombinacije potrebe i zaštite. U prostoru prepoznatih izuzetnih potreba dolazi do uključivanja volontera, dok u drugom prostoru, dolazi do smanjenja ili prestanka slijedom zaštite.

Podtema **Razvoj volonterskih pozicija** pobliže pojašnjava što se dešavalo pri uključivanju volontera tijekom epidemije bolesti COVID-19 i koje su to potrebe bile nezadovoljene uslijed manjka ljudskog resursa. U skladu s iznesenim da je došlo do *prestanaka ili smanjenja uključivanja volontera*, vidljive su izolirane situacije *prilagodbe volonterskih pozicija* kojima bi se nastavilo volontiranje uz poštivanje epidemioloških mjera. Jedna od njih odnosi se na prilagodbu gdje su volonteri tada angažirani s vanjske strane balkona: „Međutim, odmah smo,

čim su se otvorile prve mjere i tako čak već na početku 2021. smo mi počeli (naziv volontera u volonterskom programu) voditi preko balkona...“ (38VV). Takva prilagodba bila je moguća obzirom na specifične prostorne uvjete zdravstvene ustanove i omogućila je da nema kontakta između volontera i korisnika (pacijenata). Mnogo je češća bila situacija da je dolazilo do *otvaranja novih volonterskih pozicija*. Nove volonterske pozicije, uključile su (vidjeti: **Od manikure i cijepljenja do sadnje i pakiranja**) aktivnosti s direktnim i indirektnim kontaktom s korisnicima (pacijentima) no sve su obilježene specifičnim potrebama uslijed epidemije bolesti COVID-19:

„...pomoć, od opisa bolesnika, dijela pregleda do praćenja je bila od ogromne pomoći... Pregledi pacijenata, uzimanje podataka o zdravstvenom stanju, dakle anamneze, statusa, uzimanje briseva, uglavnom to sve. Dakle, onih nekih postupaka koji pod nadzorom studenti smiju raditi.“ (17VV).

U opisu je vidljiv i naglasak da se radi o postupcima pod nadzorom i koji uključene osobe smiju raditi. Aktivnosti s direktnim kontaktom, koje su zbog epidemioloških mjera tražile izuzetne mjere opreznosti i čuvanja svih uključenih, dane su u provedbi primarno osobama koje su raspolagale sa znanjima iz područja medicine. Tu je došlo do „pomirbe“ s povjerenjem koje menadžment zdravstvenih ustanova ima ugrađeno kao dio važnosti (vidjeti: **Postavljanje temelja za razvoj volonterskog programa**). No, valjda izdvojiti da uvid u aktivnosti otkriva da se dobrim dijelom i radi o aktivnostima koje traže znanje iz područja medicine: trijaža, cijepljenje, opis pacijenta i dr.

Kod podteme **Znanje je važno** sabrane su informacije koje se isključivo odnose na *uključivanje osoba sa specifičnim medicinskim znanjima*. Ponavlja se u opisima da su kao volonteri uključeni studenti medicine i zdravstvenih studija, zdravstveni radnici drugih zdravstvenih ustanova, liječnici u mirovini te volonteri Crvenog križa. Dio takvog uključivanja odraz je i dilema oko uključivanja volontera koje su se pojavile tijekom epidemije.

Podtema **Posebne dileme** opisuje pitanja koja su se javila menadžmentu zdravstvenih ustanova tijekom epidemije bolesti COVID-19 vezano uz volontiranje. Dileme *razmatranje ugroze volontera i razmatranje mogućnosti ulaska volontera u ustanovu* proizlazile su iz samih epidemioloških mjera i nekada je upravo njihovo nerješavanje ili biranje lakšeg puta, dovelo do prekida ili smanjenja volontiranja:

„...dapače, još bi nam i te kako dobro došli u koroni...Međutim, to je bilo, ja ne znam kako reći, ali oprečne informacije - u smislu čim manje ljudi unutra, pa zatvaramo vrata, ne zatvaramo vrata, čim manje ljudi u bolnicu da ili ne...Onda je bilo pitanje jesu li nam onda oni potrebni još, da li njih ugrožavamo time što ih stavljamo na punkt da imaju doticaj s velikim brojem ljudi i tako bezbroj dvojbi/pitanja/problema koji su se pojavili. Mi smo tada rekli da nam je možda ipak najlakše da to prekinemo dok se to ne iskristalizira što će biti s tom pandemijom - jel to opasno ili nije opasno za njih, za nas, za druge ljude. I tako smo nekako prekinuli to sve.“ (37VV).

Izdvojeni opis naglašava potrebu koja je i dalje prisutna, dapače, i povećana u epidemiji, no volontiranje kao resurs se napušta kao odgovor na nju. Još jedna kontradiktornost u skladu s ranije iznesenim: dok jedne ustanove kreću s uključivanjem volontera bez obzira na epidemiološke mjere, druge uslijed tih istih mjera napuštaju usmjeravanje resursa volontiranja za zadovoljenje potreba. Biranje „lakšeg puta“ vidljivo je i u opisu: *„...a ne možete vi sad dovesti volontere unutra, ne možete se ni izložiti tolikom trošku da vi sad sve te skupine testirate, dokažete tim roditeljima, pogotovo (naziv skupine pacijenata) djece da su svi oni testirani i da mogu dolaziti.“ (38VV).* Iz oba opisa proizlazi, da su mogućnosti bile jasnije i dostupnije, volontiranje kao resurs bilo bi prisutnije tijekom epidemije bolesti COVID-19. Kako je kod volontiranja u zdravstvenoj ustanovi pri direktnom kontaktu uključeno više strana: menadžment – djelatnici – volonter – pacijent – pacijentova obitelj, komunikacija o tome što je moguće što ne, dobiva specifičnu ulogu. To je dijelom naznačeno i u ranije danom opisu: *„...dokažete tim roditeljima...“ (38VV).*

Epidemija bolesti COVID-19, donijela je specifične izazove za zdravstvene ustanove. Ti izazovi uključivali su povećane potrebe i nedostatne (ljudske) resurse. Uslijed njih, neke zdravstvene ustanove krenule su s uključivanjem volontera, primarno se usmjeravajući na osobe sa znanjima iz područja medicine. Nejasne mogućnosti vezane uz epidemiološke mjere, drugim su ustanovama bile podloga za smanjenje ili prekid uključivanja volontera. Pojačana motivacija zajednice za volontiranjem u vrijeme epidemije i otvaranje zdravstvenih ustanova za volontiranje iako do tada nisu uključivale volontere, govori u prilog značaja resursa volontiranja kao odgovora na izazovne situacije. Važno je pri tome raspolagati jasnim informacijama i kanalima komunikacije kroz koje će se prenositi informacije o mogućnostima.

Klima u široj zajednici

Klima u široj zajednici (Tablica 5.3.1.7.) opisuje stavove zajednice prema volontiranju u zdravstvu: koliko volontiranje u zdravstvenim ustanovama okupira zajednicu, koliko je to prioritet, kako zajednica iskazuje svoju podršku takvom volontiranju te koliko i kako je uključena u davanje podrške.

Tablica 5.3.1.7. Prikaz teme *Klima u široj zajednici* s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Klima u široj zajednici		<i>rijetka prisutnost volontiranja</i>	slabi interes za volontiranjem češće ponude donacija od volontiranja jako rijetko prisutno volontiranje mali broj osoba s izraženom potrebom za volontiranjem
		<i>neosviještenost o mogućnostima i važnosti volontiranja</i>	ne doživljavanje volonterstva u društvu neosviještenost sustava o mogućnosti uključivanja volontera nerazvijena svijest o volontiranju u RH
		<i>pozitivne reakcije na volontiranje u zdravstvenim ustanovama</i>	inicijativa za volontiranjem od strane studenata pozitivne reakcije građana na volontere podrška političkih institucija volontiranju
		<i>pozitivna inozemna iskustva volontiranja</i>	preuzimanje razvijene prakse zapadnog svijeta prednost pri zapošljavanju temeljem volontiranja volontiranje učenika i studenata tijekom praznika na Zapadu

Tema **Klima u široj zajednici** ujedno daje okvir za razumijevanje što se dešava u zajednici što podržava ili otežava uključivanje volontera u zdravstvene ustanove. Proizašla je iz razgovora sa sudionicima kao značajna iako nije postojao izdvojeni interes unutar konceptualnog/teorijskog okvira. Prema opisima sudionika u široj zajednici postoji *rijetka prisutnost volontiranja* na generalnoj razini. Sudionici to dovode u vezu s odrazom šireg mentaliteta u zajednici: „...koliko je tu interes, koliko je naš mentalitet ljudi i koliko uopće imamo to kao potrebu da neku volontira izraženu u stanovništvu. Nije to bio baš jako velik broj ljudi.“ (37VV). Kada se ovu izjavu stavi u kontekst situacije tijekom epidemije bolesti COVID-19 (vidjeti: **Volontiranje zaraženo COVID-om**), pokazuje se da to (mentalitet) može biti odraz situacijske procjene hitnosti i opsega potrebe. U skladu s time je i kod: *neosviještenost o mogućnostima i važnosti volontiranja*. Primjerice, sudionici opisuju kako volontiranje nije doživljeno u društvu i kako postoji neosviještenost o mogućnosti uključivanja volontiranja. Ovaj dio neosviještenosti snažno je povezan sa znanjima o volontiranju (vidjeti: **Znanje o volontiranju**). Tu situaciju vrlo dobro oslikava izjava:

„...čini mi se više to nekako osviještenost cjelokupnog ustvari zdravstvenog sustava da potencijalno bi mogli na poslovima adekvatnim za volontere možda i volontere imat. Mislim da ovo pitanje će vam ustvari u svim zdravstvenim ustanovama isto tako ljudi reć,,: "Kaj mi možemo imati volontere?" (18VV).

U kontrastu s rijetkom prisutnošću volontiranja i neosviještenosti o mogućnostima i važnosti volontiranja, dolazi situacija pozitivnih reakcija na volontiranje u zdravstvenim ustanovama. Te su reakcije vidljive kroz podršku koju zdravstvena ustanova prima od različitih dionika iz zajednice ali i kroz postupanje pojedinih skupina koje su pristupale zdravstvenim ustanovama s inicijativama za volontiranje: *„...i sama inicijativa od strane studenata Medicinskog fakulteta koji su išli prema nama s nekakvim izražavanjem želje da bi sudjelovali i volontirali. I to je onda na neki način shvaćeno kao jako dobrodošlo...“ (17VV).* Dani opis daje zanimljivi pogled kako je skupina zainteresiranih mladih promijenila otvorenost zdravstvene ustanove za volontiranje. Kako se radi o skupini mladih sa znanjima iz područja medicine, to je bio moment prevladavanja povjerenja (vidjeti: **Ulaganje u volontiranje**).

Drugi kontrast na rijetku prisutnost volontiranja i neosviještenost o mogućnostima i važnosti volontiranja, čini prepoznavanje pozitivnih inozemnih iskustva volontiranja. Sudionici opisuju prakse gdje učenici i studenti dio praznika posvete volontiranju i daju prednost pri zapošljavanju osobama koje su volontirale. Prepoznavanje dobrih praksi iz inozemstva ide i do mjere da se predlaže njihovo preuzimanje: *„Ja mislim da ne treba uopće osmišljavati toplu vodu, da samo treba propisati, odnosno prepisati ono što se na Zapadu događa.“ (28VV).*

Možemo zaključiti da nema prepoznavanja izraženog velikog interesa za volontiranjem općenito u zajednici te slijedom toga, nije neobična i mala prisutnost volontiranja pri zdravstvenim ustanovama. Obzirom na pozitivne reakcije na volontiranje u zdravstvenim ustanovama i prepoznavanje pozitivnih iskustva iz inozemstva, čini se da se prevladavanjem problematike neosviještenosti o mogućnostima i važnosti volontiranja mogu postići promjene prema povoljnijoj klimi za volontiranje u zdravstvenim ustanovama na razini šire zajednice.

Klima u zdravstvenoj ustanovi

Klima u zdravstvenoj ustanovi (Tablica 5.3.1.8.) opisuje ponašanja prisutna u zdravstvenoj ustanovi prema volontiranju koja otkrivaju stav prema njemu. Kroz tu temu donosi se informacije o spremnosti ustanove za uključivanje volontiranja kao dio kapaciteta.

Tablica 5.3.1.8. Prikaz teme *Klima u zdravstvenoj ustanovi s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Klima u zdravstvenoj ustanovi		<i>pozitivne reakcije djelatnika ustanove / aktivno podržavanje volontiranja</i>	smatranje volontera ravnopravnim sudionicima jako dobro prihvaćanje pozitivna reakcija zbog dosadašnje podrške pozitivan stav zaposlenika prema volonterima uzimanje volontiranja uvijek u obzir kod većih akcija uočavanje dodatnog prostora za uključivanje volontera želja za više volontera u ustanovi uključivanje volontera u dodatne aktivnosti pozitivno vrednovanje volontiranja pri zapošljavanju raspitivanje djelatnika i korisnika o dolascima volontera razmatranje svake inicijative za volontiranje predlaganje uključivanja volontera od strane djelatnika pomaganje volonterima da se što prije snađu
		<i>pozitivne reakcije korisnika</i>	uvijek pozitivne reakcije jako pozitivne reakcije osmjesi na licu dobrodošli i prihvaćeni volonteri zainteresiranost roditelja i djece za vol. aktivnosti
		<i>početne sumnje i otpor</i>	teškoća prihvaćanja novina strah od nečeg novog početna sumnja u uspjeh
		<i>promjena stava prema volontiranju po iskustvu s njim</i>	pozitivna reakcija zbog dosadašnje podrške spoznavanje važnosti volontiranja tijekom COVID-19 pozitivan stav zbog primljene pomoći pojava svijesti o koristi kontinuiranog razvijenog volontiranja
		<i>izgradnja specifičnog odnosa s volonterima</i>	uspostavljen dobar odnos i kontakti volonteri su ravnopravni sudionici aktivnosti osjećaj veće opuštenosti i sigurnosti od strane korisnika korektan i srdačan odnos s volonterima pozivanje suradnih organizacija na događanja odnos s rodbinskim obilježjima povezivanje s volonterima i razmjena usluga povezanost volontera i korisnika
		<i>višegodišnje iskustvo uključivanja volontera</i>	početak suradnje u uključivanju volontera 2014/2015

Vrlo slično kao prethodna tema, **Klima u široj zajednici**, tako i ova tema daje okvir za razumijevanje što se dešava: što podržava ili otežava uključivanje volontera u zdravstvene ustanove, samo što se ovdje dobiva informacija o razini zdravstvene ustanove kao zajednice. Kako se radi o zdravstvenim ustanovama koje uključuju volontiranje u svoje svakodnevno djelovanje, tako se kroz temu provlače pozitivni aspekti. Postoji opisivanje *pozitivnih reakcija djelatnika ustanove* i *pozitivnih reakcija korisnika*. Kod pozitivnih reakcija djelatnika ustanove izdvajaju se aktivni pristupi poput predlaganja uključivanja volontera, propitivanja o njihovom dolasku, razmatranja inicijativa za volontiranje koje dolaze od strane organizacija iz zajednice, pomaganje volonterima da se snađu u zdravstvenoj ustanovi i dr.:

„Sukladno dosadašnjim iskustvima u uključivanje volontera reakcije zaposlenih u (naziv ustanove) na uključivanje volontera su uvijek bile pozitivne i poželjne, te se baš od njihove strane često i predlaže uključivanje volontera kod masivnijih aktivnosti.“ (22VV).

Opis naznačuje kako su pozitivne reakcije (i) rezultat dosadašnjih iskustava s uključivanjem volontera. Puno više informacija o takvom utjecaju nalazi se sadržano u kodovima *početna sumnja i otpor* i *promjene stava prema volontiranju*. Iako je kod nekih zdravstvenih ustanova postojala *početna sumnja i otpor*, po iskustvu s volontiranjem došlo je do *promjene stava prema volontiranju*. Sumnja i otpor proizlazi i iz općenite bojazni od novih stvari što se ponavljalo u opisima:

„...Ma ljudi, gledajte, kad vam je nešto novo, bez obzira koliko to bilo dobro, ljudi vam to teško prihvaćaju...Vi jednostavno ljude trebate naučiti, ali vi s vremenom...ali vi i te roditelje trebate educirati, kako djelatnike tako i roditelje, koja je njihova uloga tu. Ali treba vremena, ali u konačnici se sve to skupa posloži i jedno vam vuče drugo i onda to tako ide naprijed.“ (38VV).

Kod opisa je vidljiv vrlo strpljivi pristup koji polazi iz pozicije da je ulaganje u pripremu okoline dio uspješnog uključivanja volontiranja i da je to dio normalnog procesa za koje je potrebno vrijeme. Uspjeh koji proizlazi iz takvog pristupa vidljiv je kroz *izgradnju specifičnog odnosa s volonterima*. Sudionici opisuju odnos s volonterima i organizacijama s kojima surađuju u njihovom uključivanju kao odnos koji nosi obiteljska obilježja otkrivajući razinu povezanosti s njima: *„Ma mi smo vam ko rodbina bi ja rekla već. Stvarno se poznajemo svi...razumijete uz sve ostalo pratimo i slijedimo jedni druge.“ (20VV)*. Opis je dan od strane predstavnika zdravstvene ustanove koja ima *višegodišnje iskustvo uključivanja volontera* (desetak godina) i to kroz suradnju s udrugama iz lokalne zajednice. Uz takav odnos, izrazito razvijen odnos odražava se iz pogleda prema volonterima kao ravnopravnih sudionika aktivnosti: *„Naši djelatnici volontere smatraju svojim ravnopravnim sudionicima u obavljanju aktivnosti.“ (15VV)*. Nekako se čini da je to ideal kojem se teži u određenim kontekstima, osobito kako bi se zadržao resurs volontiranja (vidjeti: **Upravljanje**).

Sabrano iz svih danih informacija može se iznijeti kako je normalna pojava da pri početnom uključivanju volontiranja u zdravstvenu ustanovu postoji sumnja i otpor. Informiranje i edukacija svih strana (djelatnika, pacijenata i njihovih obitelji) jedan je od puteva nadvladavanja takve situacije uz iskustvo s volontiranjem koje se stječe kroz vrijeme. Kakav

će se odnos razviti s volonterima i organizacijama s kojima se surađuje pri njihovom uključivanju, ovisi o ulaganju u proces njihova uključivanja.

Znanje je moć

Znanje je moć (Tablica 5.3.1.9.) opisuje razinu znanja o volontiranju kod djelatnika zdravstvene ustanove. Posebna je usmjerenost u temi na znanje o volontiranju u zdravstvenim ustanovama i prisutne zablude.

Tablica 5.3.1.9. Prikaz teme Znanje je moć s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Znanje je moć		<i>niska razina znanja o volontiranju</i>	nevjerovanje da postoji neko posebno znanje shvaćanje neznanja o volontiranju nesvjesnost mogućnosti uključivanja volontera neznanje tko su volonteri osrednje premalo znanje postepeno otkrivanje neznanja o volontiranju nepoznavanje stanja volontiranja unutar ustanove neraspolaganje s pretjeranim znanjem
		<i>zabluda o volontiranju</i>	zabluda o puno znanja o volontiranju izjednačavanje stažiranja s volontiranjem državne institucije ne mogu uključivati volontere volontiranje je moguće samo izvan djelatnosti ustanove
		<i>informiranje i edukacija djelatnika o volontiranju</i>	prijenos znanja među djelatnicima na internim sastancima uključivanje djelatnika u edukacije lokalne zajednice

Kroz opise u okviru teme, uočava se *niska razina znanja* o volontiranju koja ide od nedovoljne informiranosti o uključenosti volontera u zdravstvenoj ustanovi do shvaćanja da ne postoji znanje usprkos želji za uključivanjem volontiranja: „*Lako je reći ja želim volontere, ali što sad? Što ćemo staviti oglas u novine? Kako da krenemo? Nitko od nas nije bio upućen jer uglavnom u Upravi sjedimo svi koji smo medicinske struke.*“ (37VV). Opis naznačuje i zabludu da ako je netko medicinske struke, uobičajeno je da ne raspolaže znanjem o volontiranju. Ovdje se može raditi i o zabludi „kome pripada znanje o volontiranju“. To je samo jedna od zabluda koja se otkrila kroz razgovore sa sudionicima.

Otkriveno je nekoliko *zabluda* koje postoje vezano uz volontiranje u zdravstvenim ustanovama. Sve su vezane uz pozadinu niske razine znanja o volontiranju. Uz ranije istaknutu potencijalnu zabludu „kome pripada znanje o volontiranju“, izdvojila se zabluda da državne institucije ne mogu uključivati volontere, da je volontiranje moguće samo izvan djelatnosti ustanove, zabluda o puno znanja o volontiranju te zabluda izjednačavanja stažiranja s volontiranjem. Za dio zabluda postoji svjesnost da su stajale u nekom periodu neutemeljene i pri njihovom opisanju jasno se naznačuje da su one bile prepreka za uključivanje volontera. Prepreka se prelomila pod

intenzivnom voljnosti vrha menadžmenta za volontiranjem u situaciji povećane potrebe za dodatnim resursima. Radi se o zabludi da državne institucije ne mogu uključivati volontere te da je volontiranje moguće samo izvan djelatnosti ustanove:

„Informacija je bila od našeg pravnika da u pravilu državne institucije ne mogu angažirati volontere. Ono što je navodno da ako se radi o djelatnosti kojom se vi bavite, onda u pravilu ne bi mogli angažirati volontere, nego samo za neke druge djelatnosti što ustvari odvraća mogućnost rada i uopće efikasnosti volontera.“ (17VV).

Zabluda o izjednačavanju stažiranja s volontiranjem uočila se kod opisa problema s volontiranjem pri čemu se opisivao problem pripravničkog staža: *„...imali smo problem kod pripravničkog staža i to je bilo vezano za sestre i fizioterapeute...ali dio osoba, naravno, ne uđe u kvotu plaćenog i onda su puno puta oni htjeli odvolontirat, znači raditi u bolnici, odraditi pripravnički staž kroz volonterstvo.“ (27VV).* Zabluda o puno znanja nadovezuje se na raniju temu **Znanje o volontiranju**, i više se odnosi na osvještavanje neznanja: *„Baš nas je onako osvijestila po tom pitanju jer smo svi mislili da znamo puno, ali na kraju je ispalo da znamo vrlo malo.“ (37VV).* Izjava jasno naznačuje promjenu koja se je desila po osvještavanju od strane druge osobe. U ovom slučaju radilo se o osobi iz zdravstvene ustanove koja je imala od ranije znanja o volontiranju i organizaciji volontiranja i koja je u konačnici i imenovana za koordinatora/icu volontera.

Doduše, načini informiranja i edukacije djelatnika o volontiranju rjeđe se javljaju u opisima sudionika. Uz navedeni opis iz kojeg proizlazi da je do informiranja došlo kroz interne sastanke, prepoznato je i uključivanje u edukacije koje su dostupne u lokalnoj zajednici.

Sve upućuje na zaključak, da je znanje o volontiranju općenito, a potom o volontiranju u zdravstvenim ustanovama na niskoj razini. Još su uvijek prisutne neke zablude kao prepreke za uključivanje volontiranja koje se snažnom voljom vrha menadžmenta nadilaze. Nedostaju informaciju o volontiranju i edukacije, koje su kroz opise bili vrlo izolirano prisutni. Čak je i na razini informiranja unutar ustanove postojao nedostatak informiranosti o stanju volontiranja unutar ustanove.

Odnos menadžmenta prema volontiranju

Odnos menadžmenta prema volontiranju (Tablica 5.3.1.10.) opisuje ponašanje menadžmenta prema volontiranju u zdravstvenoj ustanovi koja time bivaju naznaka njihova stava.

Tablica 5.3.1.10. *Prikaz teme Odnos menadžmenta prema volontiranju s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Odnos menadžmenta		<i>inicijative za uključivanjem volontera od strane uprave</i>	ideja za uključivanje volontera iznikla na sastanku uprave uprava uzima volontiranje u obzir za provedbu akcija
		<i>uključivanje vodstva u aktivnosti vezane uz volontere</i>	uključivanje ravnatelja u zajedničke akcije sudjelovanje vodstva na edukacijama o volontiranju
		<i>razumijevanje ravnatelja za volontiranje</i>	davanje dozvole za volonterske aktivnosti

Aktivni pristup menadžmenta prema volontiranju vidljiv je kroz tri koda koja su se izgradila na temelju opisa sudionika: *inicijative za uključivanjem volontera od strane uprave*, *uključivanje vodstva u aktivnosti vezane uz volontere* i *razumijevanje ravnatelja za volontiranje*.

Sudionici su u skladu sa svojom ulogom opisivali prvenstveno svoje osobno iskustvo kao predstavnika menadžmenta u odnosu na volontiranje. U opisima je vidljiva gradacija od situacije gdje inicijativa za uključivanjem volontera dolazi od uprave: „*Znači, zapravo je ta ideja iznikla na jednom od sastanaka Uprave i onda smo zapravo shvatili da o tome zapravo ništa ne znamo, da smo dosta ono...*“ (37VV) do situacije gdje je ideja uključivanja „*naslijeđena*“: „*I kažem, uz puno razumijevanje uprave, ravnatelja. Ja sam sad (naziv uloge) možda s četvrtim ravnateljem, ali okej, svaki je imao razumijevanja i svaki je to podržao.*“ (20VV). Negdje unutar tog raspona nalaze se situacije gdje ravnatelj/ica bude prisutan/na u aktivnostima koje uključuju volontere i/ili se uključuje u edukacije o volontiranju. Prvi opis informira o snažnoj motivaciji koja je nadišla i situaciju otkrivanja da se o volontiranju ne zna. Naime, svi sudionici su iz zdravstvenih ustanova koje uključuju volontere i koje su se izdvojile prema kontinuiranosti uključivanja volontera, višegodišnjoj uključenosti, broju volontera ili sati volontiranja. To ujedno govori u prilog važnosti podrške koja dolazi od strane vrha same zdravstvene ustanove. I drugi opis govori u prilog važnosti podrške iz vrha. Kod drugog opisa je situacija koja proizlazi iz razgovora s zamjenikom/icom ravnatelja/ice. Iz njega je vidljivo da ostaje jedna osoba konstantna u podržavanju volontiranja koja uz promjene ravnatelja i dalje dobiva podršku u uključivanju volontera.

Zaključno, možemo izdvojiti dva značajna elementa kada govorimo o menadžmentu zdravstvene ustanove: značaj podrške od strane menadžmenta i značaj kontinuirano prisutne osobe u menadžmentu koja podržava volontiranje.

Područja unaprjeđenja volontiranja

Područja unaprjeđenja volontiranja (Tablica 5.3.1.11.) obuhvaća dijelove opisa o elementima na koje je potrebno i/ili poželjno obratiti pozornost kako bi se unaprijedilo volontiranje u zdravstvenim ustanovama. Jedan dio područja unaprjeđenja proizlazi iz samih zaključaka kod ranije predstavljenih tema. Jedan dio podtema koje slijede potencijalno se mogao razlomiti i prikazati kod drugih tema. Razlog njihovog zadržavanja ovdje, dijelom je i praktične naravi kako bi se olakšalo kreiranje preporuka za utjecaj na javne politike u području volontiranja i zdravstva.

Tablica 5.3.1.11. Prikaz teme Područja unaprjeđenja volontiranja s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Područja unaprjeđenja volontiranja	važni elementi u uključivanju volontera	<i>važnost kontinuiranog resursa koji podržava volontiranje</i>	ista ključna osoba s interesom za volontiranjem kroz više uprava mogućnosti jedne osobe kroz duži niz godina
		<i>važnost povjerenja i odgovornosti</i>	važnost odgovornosti volontera važnost opravdanog povjerenja važnost brzog odaziva o mogućnosti volontiranja
		<i>važnost raspolaganja znanjem vezanim uz volontiranje</i>	važnost edukacije volontera važnost stručnosti važnost znanja što se želi i koji je zadatak volontera
		<i>teškoća davanja povjerenja volonterima</i>	povjerenje i sigurnost kao mogući problem povjerenje zbog uporišta u ustanovama od povjerenja teškoća povjerenja prema volonteru bez zdrav. edukacije
	izazovi u uključivanju volontera	<i>različite specifičnosti zdravstvenih ustanova</i>	akutna stanja i rizici od infekcija indirektno pružanje zdravstvene zaštite osjetljiva skupina korisnika posebna znanja i osjetljivi podaci puno prostora za uključivanje u administrativne poslove
		<i>administrativni zahtjevi</i>	administrativni zahtjevi vezani uz sigurnost i povjerenje
		<i>osiguranje stabilnog kontinuiranog resursa</i>	nemogućnost oslanjanja na volontere kao stalni resurs teškoća dogovora termina volontiranja teškoća pronalaska osoba koje će se uklopiti u zadatke
		<i>raspolaganje jasnim informacijama o volontiranju</i>	informacija da državne institucije ne mogu angažirati volontere nejasna zakonska regulacija mogućnosti volontera neosvijestjenost sustava o mogućnosti uključivanja volontera neprotok informacija o mogućnosti uključivanja volontiranja
		<i>raspolaganje s osobom za koordinaciju volontera</i>	drugi prioriteti u poslu i obavezama koordinator vol. nije sistematiziran u zdravstvenim ustanovama preokupiranost koordinatora volontera drugim poslovima
		<i>uključivanje volontera u sva područja djelovanja</i>	dilema uključivanja volontera u određene segmente skrbi nemogućnost uključivanja zbog nedostatka edukacije neraspolaganje sustavom za određene volonterske pozicije strah od odgovornosti pri potencijalnim neželjenim događajima veći interes volontera za specifične populacije
	<i>pr ep or uk</i>	<i>smanjenje administrativnih zahtjeva</i>	smanjenje administrativnih zahtjeva prilagoditi regulativu da se smanje procedure

	<i>izgraditi učinkoviti sustav informiranja o volontiranju</i>	javno objaviti konkretne potrebe za volontiranjem povezivanje s lokalnim radio postajama za objavu veći protok informacija o mogućnosti volontiranja u zdravstvu
	<i>osigurati kontinuirani ljudski resurs za koordinaciju volontera</i>	koordinacija volontera od kadrovske službe ili PR-a odrediti jednu osobu za rad s volonterima određivanje jedne osobe na puno vrijeme za koordinaciju važnost kontinuiranog resursa
	<i>otvaranje ustanove prema javnosti</i>	napraviti dane otvorenih vrata s naglaskom na volontiranje otvoriti mogućnost javnosti da dođu i vide ustanovu
	<i>proširenje aktivnosti na kojima su uključeni volonteri</i>	pomoć u hranjenju pacijenata odlazak volontera pacijentu na teren izvan ustanove pomoć u vožnji pacijenata uključivanje volontera u organizaciju turističke sezone volonterska ambulanta
	<i>razvijati svijest o važnosti i mogućnostima volontiranja</i>	odgajati da je volontiranje vrijedno osvijestiti doprinos volontiranja financiranju ustanove prepoznati volontiranje kao poželjni oblik pomoći razvijati svijest o mogućnosti doprinosa svake osobe senzibilizacija javnosti o potrebama bližnjih senzibilizacija o mogućem konstruktivnom uključivanju volontera uvesti obavezu uključivanja volontera u zdravstvene ustanove
	<i>unaprijediti vrednovanje volontiranja u zajednici</i>	davati olakotne okolnosti temeljem volontiranja nagraditi ustanove za uključivanje volontera u sustavu kvalitete priznati volontiranje kod zapošljavanja
	<i>unaprjeđenje i pojašnjenje zakonske regulacije</i>	jasnije zakonski regulirati što smije volonter u bolnici regulirati volontiranje u odnosu na pripravnički staž

Tri su podteme koje su izdvojene u okviru teme **Područja unaprjeđenja: važni elementi u uključivanju volontera, izazovi u uključivanju volontera i preporuke u uključivanju volontera.**

Podtema **Važni elementi u uključivanju volontera**, opisuje segmente koje su sudionici istaknuli kao značajne, bez obzira jesu li im uz to pridali i obilježje izazova ili preporuke. Kroz opise sudionika izdvojilo se da je *važan kontinuirani resurs koji podržava volontiranje*. Taj dio značaja vidljiv je i kod ranijih opisa tema (vidjeti: **Odnos menadžmenta prema volontiranju**). Ovdje se izdvaja izjava prepoznavanja značaja kontinuiranog resursa kod druge zdravstvene ustanove: „*I ona je dugogodišnja (naziv uloge) i tu se vidi recimo, ne mislim ništa loše...vidi se kad imate jednog čovjeka kroz duži niz godina, da taj čovjek možda ima priliku nešto više napraviti.*“ (20VV). Opis odražava problematiku ugrađenu u rotacije i promjene kojima se gubi stručno znanje na određenim pozicijama ali i ostvarenje nastavka realizacije uspješnih inicijativa. Uz kontinuirani resurs izdvojila se i *važnost povjerenja i odgovornosti* koja se ponajprije odnosi na povjerenje prema osobama uključenim u volontiranje od kojih se očekuje

da će to povjerenje i opravdati: „*Važna nam je i odgovornost volontera u obavljanju poslova, zbog specifičnosti djelatnosti kojom se bavimo.*“ (22VV). Obzirom na ranjivu skupinu s kojom su u svakodnevnom doticaju, važnost isticanja povjerenja i odgovornosti, u skladu je s njihovom zaštitom. Specifičnost zdravstvenih ustanova koja je istaknuta u opisu, traži i raspolaganje sa specifičnim znanjima koja su u skladu s obilježjima same zdravstvene ustanove, njenih korisnika (pacijenata), dobrom praksom menadžmenta volontiranja i zakonskim odredbama. To je prepoznato i od strane sudionika i sažeto kodom: *važnost raspolaganja znanjem vezanim uz volontiranje*. No, kod sadrži i opis koji se odnosi i na znanje vezano uz zdravstvenu ustanovu u smislu jasnog cilja koji se želi ostvariti s volonterima: „*Prvenstveno da mi znamo što želimo, da znamo im reć koji je njihov zadatak.*“ (33VV).

Podtema ***Izazovi u uključivanju volontera*** opisuje sve elemente u uključivanju volontiranja koji su prepoznati kao nešto što traži dodatnu pažnju. I kod ove podteme javlja se *teškoća davanja povjerenja volonterima i specifičnosti zdravstvenih ustanova*. Sudionici povjerenje opisuju kao prepreku koju nadilaze (ili izbjegavaju) uključivanjem osoba u volontiranje u području koji ne zahvaća specifičnost njihove ustanove:

„...*najveća prepreka je pokloniti povjerenje volonterima koji nemaju zdravstvenu naobrazbu u obavljanju poslova koji se makar i djelomično dotiču zdravstvene djelatnosti. Stoga mi konkretno angažiramo volontere u obavljanju aktivnosti koje nemaju usku vezu sa samom zdravstvenom djelatnošću.*“ (22VV).

Odabir volontera kao dio procesa menadžmenta volontera, uvijek uključuje odabir odgovarajuće osobe za volontiranje na konkretnoj specifičnoj volonterskoj poziciji. To je područje poklapanja, i odgovornog postupanja. Uz to se nadovezuje i priprema osobe kroz edukacije. Dani opis, naznačuje potrebu većeg usmjeravanja na informiranje koraka menadžmenta volontera, odnosno standarda u uključivanju volontera, koje upravo odabiru i pripremi daje posebnu pažnju kako bi se odgovorilo na specifičnosti potreba kod korisnika (pacijenata) i same ustanove gdje se odvija volontiranje.

Zdravstvene ustanova imaju dio specifičnosti koja im je zajednička i vezana uz obavljanje djelatnosti iz područja zdravstva. Raznovrsnost zdravstvenih ustanova unutar obavljanja te djelatnosti nosi specifičnosti za uvažavanje i pri uključivanju volontiranja. Neke zdravstvene ustanove imati će manje direktnog kontakta sa svojim korisnicima dok će druge u svakodnevnom 24/7 kontaktu s korisnicima (pacijentima) imati i veću potrebu njihove zaštite i time naglašenu potrebu razine povjerenja, odgovornosti i specifičnih znanja. Ta dva kraja

kontinuumu mogu se ilustrativno prikazati kroz izjave koje slijede u nastavku. Kontinuum gdje postoji manje direktnog kontakta sadržan je u izjavi: „*Mi smo specifična ustanova. Specifična ustanova zbog toga jer mi imamo poslove...recimo tako, nije direktno pružanje zdravstvene zaštite pacijentu, nego se radi o nizu tih javnozdravstvenih poslova...*“ (18VV). Drugi dio kontinuumu s direktnim kontaktom sadržan je u izjavi: „*...ali znate što nas koči recimo u nekim stvarima? Mi smo akutna bolnica i tu su vam za vratom odmah infekcije recimo i nešto što se može napraviti drugo i tako dalje.*“ (20VV).

Iz toga kontinuumu proizlazi i *izazov uključivanja volontiranja u sva područja djelovanja*. Njega se u opisima pronalazi kroz govor o strahu od odgovornosti pri potencijalnim nepoželjnim događajima koji također u pozadini povlači pitanje odabira i pripreme: „*...imamo te probleme, i medicine i nemedicine - da li uključiti volontere u taj dio? Ali uvijek se nekako libimo toga jer nam je to specifičan prostor. Ipak za taj prostor trebaju neka određena znanja i neke predispozicije...mi jednostavno nemamo vremena i nemamo razrađen sustav koji bi mogao prihvatiti čovjeka koji želi hraniti nekog...*“ (37VV). Kroz opise se otkriva i da je dio tog straha izgrađen iz nesigurnosti što govori zakon oko toga i nespremnosti u prevenciji i postupanju kod neželjenih događaja. Upravo ono što je sadržano u zadnjem dijelu izdvojene izjave.

U preostale izazove spada i *raspolaganje s osobom za koordinaciju volontera* koje je naznačeno ranije kod teme **Upravljanje procesom uključivanja volontera**. Uz ograničeni resurs za koordinaciju izazov je upravljati volontiranjem. Jednako tako, *nedostatak točnih i pravovremenih informacija* o volontiranju, usporiti će proces uključivanja volontiranja (vidjeti: **Znanje je moć**) i predstavljati izazov u njihovu uključivanju. Od dodatnih izazova izdvajaju se *administrativni zahtjevi* koji proizlaze iz cjelokupnog procesa uključivanja volontera.

5.3.2. Intervjui s predstavnicima djelatnika zdravstvenih ustanova - volontiranje

Slijedi prikaz rezultata za skupinu djelatnika zdravstvenih ustanova. Daje se prikaz pojedine teme u tablici s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima. U analizi je usmjerenje na specifičnosti i nove aspekte koji pri ranijoj skupini nisu uočeni, odnosno u prikazu se radi usporedba s ranije prikazanom skupinom predstavnika menadžmenta zdravstvenih ustanova. Kodovi i inicijalni kodovi koji su različiti u odnosu na prethodnu skupinu, označeni su u tablici podcrtanim tekstom.

Ulaganje u dobrobit

U sklopu teme **Ulaganje u dobrobit** (Tablica 5.3.2.1.), zadržane su jednake podteme i gotovo svi kodovi kao i pri skupini predstavnika menadžmenta. Razlika se uočava kod sadržaja opisa pojedinih kodova. Naime, sadržaji pod kodovima u svoj srži su odgovarajući kao i kod prethodne prikazane skupine no negdje se otkrivaju dodatne nijanse.

Primjerice, razlika je kod podteme **dobrobit za zajednicu** gdje se otkrio kod: *unaprijediti vrednovanje volontiranja u zajednici*. Pod njim je sadržana dodatna dobrobit za zajednicu kroz promoviranje volontiranja. Takav opis usmjerava na uočavanje dodatne šire dobrobiti pri uključivanju volontiranja. S druge strane, kod *edukacija javnosti o zdravstvenim temama* koji je prisutan pri skupini predstavnika menadžmenta, nije uočen pri skupini predstavnika djelatnika.

Tablica 5.3.2.1. Prikaz teme Ulaganje u dobrobit s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Ulaganje u dobrobit	dobrobit za zajednicu	<i>povezivanje različitih dionika</i>	približavanje zajednice javnoj ustanovi suradnja cijele zajednice i upoznavanje
		<i>unaprijediti vrednovanje volontiranja u zajednici</i>	<u>promoviranje volontiranja</u>
	dobrobit za ustanovu	<i>učinkovitije djelovanje ustanove</i>	kvalitetnija provedba javnozdravstvenih akcija <u>poboljšanje analitičkih postupaka</u> <u>osobna promjena djelatnika ustanove</u> dodati kvalitetu približiti ustanovu kao mjesto topline i sigurnosti
		<i>drugačije pozicioniranje ustanove u odnosu na javnost</i>	<u>dobrodošlica ljudima</u> doprinos <u>domaćoj</u> atmosferi za korisnike doprinos javnozdravstvenom prosvjećivanju razumijevanje uloge zdravstvene ustanove upoznavanje građanstva s ustanovom
		<i>doprinos volontiranja financiranju ustanove</i>	<u>doniranje materijala za volontiranje</u>
		<i>dodatna radna snaga</i>	dodatna radna snaga
		<i>postojanje potrebe za pomoći</i>	dobiti konkretnu pomoć nedovoljni ljudski resursi potrebna osoba na porti
	dobrobit za korisnika	<i>pozitivnije reakcije korisnika na skrb</i>	<u>mirniji korisnici</u> <u>kraći tijek bolesti</u> <u>veseliji korisnici</u> <u>otvaranje volonterima slične dobi</u> <u>volonteri razvesele korisnika</u>
		<i>unaprijeđeni uvjeti skrbi</i>	<u>uvid u potrebe korisnika koje sustavu ostaju nevidljive</u> <u>uljepšavanje vremena boravka u bolnici</u> <u>pružanje nadstandarda u usluzi</u> <u>dodana kvaliteta uslugama</u> <u>korisnik nije vezan uz krevet</u> <u>dodatna skrb za dijete bez adekvatne roditeljske skrbi</u> <u>omogućavanje stvari djetetu po prvi puta</u> <u>dodatna dimenzija u razvoju</u>

		<i>mogućnost predaha njevogatelja</i>	roditelji djeteta mogu otići van sobe djeteta
	<i>dobrobit za volontera</i>	<i>razvoj profesionalnih kompetencija</i>	iskustvo za budući poziv/posao
		<i>razvoj osobnih kompetencija</i>	razvoj empatije kod volontera
		<i>socijalno uključivanje</i>	povratak u socijalnu okolinu kroz volontiranje uključivanje posebnih skupina da postanu socijalno uključivi
		<i>prednost na fakultetu</i>	prikupljanje Bodova na fakultetu
	<i>doprin. inovac.</i>	<i>neiskorištena mogućnost</i>	<u>nedostatak podrške države suradnjama za inovativnost</u>
		<i>volontiranje kao pokretač inovacija</i>	volontiranje kao pomoć u provedbi inovativnih ideja donošenje novih ideja i pristupa volontiranjem

K tomu, prepoznavanje **Dobrobiti za korisnike**, mnogo je detaljnije zastupljeno pri predstavnicima skupine djelatnika nego što je to uočeno kod predstavnika skupine menadžmenta. Kodovi su jednaki no unutar njih nalaze se obilniji opisi. *Pozitivnije reakcije korisnika na skrb* opisuju se kroz mirnije korisnike, veselije pacijente, kraći tijek bolesti te otvaranje pacijenata volonterima slične dobi: „...*kad je dijete više nekako sretno i radosno i mirno i sam taj tijek bolesti je, usudio bih se reći, možda kraći ili brže nastupi pozitivan ishod nego što je to kad dijete nije možda u kontaktu toliko s volonterima, odnosno s ljudima koji bi ga uveseljavali.*“ (40DV).

Osim toga, *unaprijeđeni uvjeti skrbi* opisani su od strane sudionika kroz prepoznavanje volontiranja kao nadstandarda: „*Mislim da su volonteri zapravo neophodni u našem zdravstvenom sustavu da nam pomognu da omogućimo pacijentima sav ovaj neki ajmo reći nadstandard u odnosu na ovo samo pružanje zdravstvene usluge.*“ (40DV). Unutar tog nadstandarda odvijaju se vrlo različite situacije ovisno o aktivnosti volontiranja. Kroz neke aktivnosti omogućen je emotivni dobitak iz činjenice da je netko bez računice došao pomoći, negdje se prepoznaje dobrobit kroz dodatnu fizičku aktivnost makar ona znači dolazak na okupljanje pacijenata u sklopu aktivnosti koje se provode uz volontiranje. Vrlo specifičan primjer dobrobiti proizlazi iz opisa dugoročnog boravka djeteta kao pacijenta u zdravstvenoj ustanovi gdje je upravo uz volontiranje postignuta dobrobit koja se opisuje kao dodatna dimenzija u razvoju djeteta: „...*tako da je ona zapravo odrasla u jednu krasnu djevojčicu koja je uza sve zadano što je tu bilo specifično u njezinom razvoju, bar donekle stekla dojam o vanjskom svijetu i bar donekle dobila dimenziju koju ne bi dobila da je bilo stalno između četiri zida.*“ (08DV).

Razlika u odnosu na prethodnu skupinu je i u sklopu podteme **Doprinos inovacijama** gdje nije uočeno prepoznavanje *volontiranja kao odgovora na nove izazove*. S druge strane, uočeno je

prepoznavanje da za puninu postizanja dobrobiti doprinosa inovacijama, nedostaje podrška na razini države. Postoji težnja da postoji povezivanje makar i kroz registar potencijalnih volonterskih resursa koji se bave tehnologijom ili inovativnim konceptima, a koji bi bili dostupni za kontakt zainteresiranoj zdravstvenoj ustanovi.

Volontiranjem do cilja

Tema **Volontiranjem do cilja** nije prepoznata kao što je prepoznata kod skupine predstavnika menadžmenta (Tablica 5.3.2.2.). Uočava se da volontiranje nije ugrađeno u ciljeve, odnosno da postoji *nepovezanost sa ciljevima*.

Tablica 5.3.2.2. Prikaz teme Volontiranjem do cilja s pripadajućim kodom i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
		<i>nepovezanost ciljeva i volontiranja</i>	neuključenost volontera u neki dio ciljeva nema preoblikovanja ciljeva pod utjecajem volontiranja

Slušanje i davanje glasa

Unutar teme **Slušanje i davanje glasa** (Tablica 5.3.2.3.), otkrivene su samo dvije podteme obzirom na skupinu kojoj se (ne)daje glas i izbor: *suodlučivanje s volonterima* i *suodlučivanje s korisnicima* za razliku od skupine predstavnika menadžmenta zdravstvene ustanove gdje su uočene tri podteme. Naime, pri skupini predstavnika djelatnika, u opisima nema uočavanja *suodlučivanja s lokalnom zajednicom*.

Tablica 5.3.2.3. Prikaz teme Slušanje i davanje glasa s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Slušanje i davanje glasa	<i>suodlučivanje s volonterima</i>	<i>neuključenost u donošenje odluka i upravljačku strukturu</i>	neuključivanje volontera u donošenje odluka neuključenost volontera u upravljačku strukturu nerealnost očekivanja uključivanja volontera u upravljanje
		<i>otvorenost za prijedloge volontera</i>	<u>radovanje konstruktivnim prijedlozima</u> <u>prepoznavanje važnosti slušanja prijedloga od volontera</u> <u>prihvatanje prijedloga volontera</u> <u>daljnje prosljeđivanje prijedloga od strane volontera</u> <u>prihvatanje prijedloga o volontiranju od strane volontera</u> <u>uključivanje volontera u rješavanje problema</u> <u>moгуćnost davanja prijedloga od strane volontera</u>
		<i>voljnost volontera za sudjelovanje u prijedlozima</i>	davanje prijedloga brzo po početku volontiranja volonteri su htjeli puno
		<i>kruta struktura koja onemogućuje sudjelovanje</i>	nedovoljan prostor za predlaganje promjena zdravstvene ustanove s hijerarhijskom strukturom su rigidne

	<i>suodlučivanje s korisnicima</i>	<i>mogućnost davanja prijedloga od strane korisnika</i>	jedinica za kvalitetu hoda i pita primanje prijedloga preko ankete za kvalitetu traženje odgovora na poteškoće iskazane od korisnika bez puno prostora za predlaganje promjena javni kontakt brojevi djelatnosti
--	------------------------------------	---	--

Razlika u odnosu na prethodnu skupinu je u sklopu podteme ***Suodlučivanje s volonterima***, gdje dolazi do dva nova koda: *voljnost volontera za sudjelovanje u prijedlozima* i *kruta struktura koja onemogućuje sudjelovanje*. Oba su nadogradnja razumijevanju što se odvija u zdravstvenoj ustanovi s „glasom“ osoba koje volontiraju. Kroz mnogo obilnije opisivanje elemenata *otvorenosti za prijedloge*, vidljiva je otvorenost iz perspektive predstavnika djelatnika za slušanje „glasa“ osoba uključenih u volontiranje. Upravo u skladu s tom otvorenosti je i *voljnost volontera za sudjelovanje u prijedlozima* koji već pri početku svog uključivanja kreću s davanjem prijedloga. Prepreka u slušanju njihova „glasa“ je *kruta struktura* koja daje mali prostor za predlaganje promjena.

Od manikure i cijepljenja do sadnje i pakiranja

U odnosu na skupinu predstavnika menadžmenta zdravstvenih ustanova, unutar teme **Od manikure i cijepljenja do sadnje i pakiranja**, kao ***Indirektna aktivnost*** nevidljiva je *priprema javnozdravstvenih akcija i pomoć u administrativnim zadacima* (Tablica 5.3.2.4.). Ujedno se pojavilo uočavanje aktivnosti koje se mogu svrstati pod *izgradnju ugodnije atmosfere u ustanovi* i *unaprjeđenje procesa izvedbe svakodnevnih zadataka*. Pod oba koda nalaze se izuzetno kreativne aktivnosti na način da odudaraju od uobičajeno očekivanih aktivnosti volontiranja u zdravstvenoj ustanovi: vođenje radio stanice ustanove, izrada slastica te pretraživanje znanstvenih radova.

Tablica 5.3.2.4. *Prikaz teme Od manikure i cijepljenja do sadnje i pakiranja s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Od manikure i cijepljenja do sadnje i pakiranja	<i>indirektna uključenost u pružanje usluga</i>	<i>izgradnja ugodnije atmosfere u ustanovi</i>	vođenje radio stanice ustanove izrada slastica - slastičar
		<i>unaprjeđenje procesa izvedbe svakodnevnih zadataka</i>	kreiranje aplikacije za lakše kretanje korisnika po ustanovi upis rezultata u tablice pisanje članaka za časopis pretraživanje znanstvenih radova
		<i>uređenje prostora i okoliša ustanove</i>	bojanje ograde sadnja biljaka i cvijeća
		<i>pomoć u prikupljanju donacija</i>	izrada proizvoda za prodaju izrada različitih rukotvorina
	<i>dir</i> <i>ek</i> <i>tn</i> <i>a</i>	<i>pomoć u provedbi javnozdravstvenih akcija</i>	uključenost u provedbu javnozdravstvenih radionica sudjelovanje u javnozdravstvenim akcijama

		<i>pomoć u njezi i hranjenju</i>	pedikura manikura izrada frizura pacijentima
		<i>pružanje psihološke podrške korisnicima</i>	psihološko savjetovanje ohrabrenje pacijenata u dnevnoj bolnici
		<i>pomoć u snalaženju i kretanju</i>	dežuranje na porti i otvaranje vrata volonteri na ulazu i okolišu za snalaženje potrebitima
		<i>animiranje korisnika</i>	<u>boravak uz palijativnog korisnika u sobi</u> pričanje priča u kostimima <u>provedba bezopasnih kemijskih pokusa</u> <u>informatička radionica</u> druženje s terapijskim psom vožnja knjiga za odabir na kolicima čitanje pacijentima

Povrh toga, u sklopu podteme **Direktna uključenost u pružanje usluga**, ne uočava se dio aktivnosti vezan uz epidemiju COVID-19 kao što je pomoć pri provedbi epidemioloških mjera i pomoć pri pregledu korisnika koji se nalaze u opisima skupine predstavnika menadžmenta. S druge strane, pri kodovima koji su podudarni s prethodnom skupinom, izdvojile su se nove aktivnosti volontiranja: boravak uz palijativnog korisnika u sobi, provedba pokusa i informatička radionica.

Upravljanje procesom uključivanja volontera

Razlika pri temi **Upravljanje procesom uključivanja volontera**, u odnosu na prethodnu skupinu, je u otkrivena dodatna dva koda: *planiranje volonterskog programa* i *davanje jasnih informacija o postupku volontiranja* (Tablica 5.3.2.5.). *Planiranje volonterskog programa*, temeljni je strateški korak u promišljenom uključivanju volontiranja no usprkos tome, opisan je samo jednom. Naime, u sklopu opisivanja svoje uloge koordinacije volontera osoba je opisala i zadatak izrade prijedloga uključivanja volontera u zdravstvenu ustanovu (plana uključivanja).

Tablica 5.3.2.5. *Prikaz teme Upravljanje procesom uključivanja volontera s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Upravljanje procesom uključivanja volontera	<i>postavljanje temelja za razvoj volonterskog programa</i>	<i>planiranje volonterskog programa</i>	izrada volonterskog programa
		<i>raspoređivanje zadataka u koordinaciji volontera na više osoba</i>	glavna sestra bolnice upoznata sa svime imenovanje <u>mentora</u> volonterima osobe koje bi mogle preuzeti bavljenje volonterima
		<i>određen koordinator volontera unutar ustanove</i>	imenovan koordinator volontera u ustanovi preuzimanje koordinacije volontera u okviru drugih poslova
		<i>neraspolaganje u punom vremenu osobom za koordinaciju volontera</i>	preuzimanje koordinacije volontera u okviru drugih poslova
		<i>raspolaganje osobama za koordinaciju volontera</i>	imenovan koordinator volontera u ustanovi

		<i>suradnja s različitim dionicima iz lokalne zajednice</i>	uključivanje studenata medicine i zdravstvenih studija razvijenost suradnje s udrugama suradnja s Crvenim križem suradnja s akademskom zajednicom suradnja s osnovnim i srednjim školama
		<i>neraspolaganje zasebnim financijama za volontiranje</i>	nema financijskih sredstava za volontere materijali dostupni djelatnicima jednako dostupni i volonterima
		<i>osigurani određeni materijali za volontiranje</i>	raspolaganje prostorom za materijale potrebne volonterima materijali dostupni djelatnicima jednako dostupni i volonterima materijali za volontere dobiveni <u>donacijama</u> materijali za druženje s korisnicima na raspolaganju napravljen pult za volontere osiguranje obroka za volontere majice s oznakom volontera
		<i>poticanje na daljnju edukaciju djelatnika o volontiranju</i>	edukacija djelatnika o volontiranju
	<i>adekvatan volonter za adekvatnu poziciju</i>	<i>davanje jasnih informacija o postupku volontiranja</i>	početni razgovor s volonterima objava volonterskih pozicija na internetu javna objava potrebe za volonterima
		<i>odabir volontera različitog statusa i iskustva</i>	individualna procjena volontera uključivanje liječnika u volontiranje uključivanje <u>ranijih djelatnika</u> u volontiranje manji broj zaposlenih osoba uključivanje <u>umirovljenika</u> mlade zaposlene osobe koje nastave volontirati nakon fakulteta <u>penzionerke</u> najdugovječnije volonterke uključivanje studenata uključivanje studenata medicine i zdravstvenih studija suradnja s osnovnim i srednjim školama suradnja s udrugama suradnja s Crvenim križem samoinicijativno javljanje osoba za volontiranje
		<i>traženje informacija i dokumenata od volontera</i>	<u>aplikacija</u> za prijavu volontera <u>formular za prijavu na internetskim stranicama</u> prijavnice za volontere
	<i>kreiranje poticajnog i motivirajućeg okruženja</i>	<i>davanje priznanja volonterima</i>	izdavanje <u>preporuka</u> za volontiranje
		<i>organizirani oblici podrške pri volontiranju</i>	<u>kontinuirane povratne informacije volonteru</u> <u>povratne informacije volontera na volontiranje</u> <u>definiranje očekivanja i komunikacija nakon zadatka</u> <u>razgovori volontera s psihologom</u> <u>tjedni sastanci s volonterima</u>
		<i>provedba obuke za volontiranje</i>	<u>individualno praćenje volontera pri početnom volontiranju</u> <u>individualna edukacija volontera</u> <u>godišnje edukacije za volontere</u>

Kako je skupina predstavnika djelatnika obuhvatila i dio osoba koje u sklopu svoje uloge imaju i koordinaciju volontera, u opisima je više informacija o konkretnim koracima određenih faza menadžmenta volontera. Tako je dio koraka menadžmenta vidljiv i pri opisima *Davanje jasnih informacija o postupku volontiranja* koji se odnose na odabir **adekvatnog volontera za**

adekvatnu poziciju. Kako bi informacija za zainteresirane osobe bila što jasnija i dostupnija, zdravstvene ustanove koriste informiranje kroz internetske stranice i osobni kontakt po javljanju zainteresirane osobe. Osobni kontakt odvija se kroz individualni ili grupni sastanak (ovisno o prethodnim procesima) prilikom kojeg se detaljnije opisuju volonterske pozicije i očekivanja:

„I onda smo nakon selekcije napravili sastanak s ljudima i objasnili im još jedanput koja bi to bila uloga, koja su očekivanja naša, koja su njihova. Tako nekako smo to podijelili i onda se počelo iskristalizirati koliko zapravo ljudi imaju mogućnosti posvetiti i dati svoje vrijeme za volontiranje.“ (32DV).

Unutar ostalih kodova koji su jednaki kao i pri skupini predstavnika menadžmenta zdravstvenih ustanova izdvojilo se u sklopu *odabira volontera različitog statusa i iskustva*, iskustvo s uključivanjem ranijih djelatnika u volontiranje te uključivanje umirovljenika. Prilikom uključivanja ranijih djelatnika dolazi do situacije da osobe koje su bile uključene u rad zdravstvene ustanove kroz ugovore na određeno ili kao zamjena za porodiljni, iskazuju voljnost za volontiranje obzirom da im se svidjelo raditi pri ustanovi, a pokazali su se i kao dobro radnici. Tako se na vrlo specifičan način odvio odabir osoba za uključivanje u volontiranje koje su ujedno bile i upoznate s ustanovom, njenim okruženjem i zadacima. Uključivanje umirovljenika izdvojilo se slijedom prepoznavanja da oni predstavljaju dugoročni stabilni resurs:

„...ako da, zapravo mi se najviše, najdugovječnije su mi penzionerke, one su mi odlične. To su žene sa životnim iskustvom koje su najčešće i majke i bake i koje su pune energije, a imaju puno slobodnog vremena. I onda vam one dođu po nekoliko sati dnevno i vrlo redovito. I onda kod njih znam imati ono pola godine dolazaka, godinu dana i tako.“ (08DV).

Iz opisa proizlazi i problematika kontinuiranog resursa (vidjeti i: *osiguranje stabilnog kontinuiranog resursa - Područja unaprjeđenja volontiranja*) koja se kroz skupinu umirovljenika značajnije prevladava.

Osim toga, još je u sklopu dva koda došlo do sadržajnijih opisa. Primjerice, pri *organiziranim oblicima podrške*, uočava se da se kao podrška (osim supervizije koja je bila prisutna kod prethodne skupine) javljaju i tjedni sastanci s volonterima, razgovori s psihologom i individualni razgovori s osobom koja prati volontiranje na određenoj poziciji:

„U to vrijeme sam uvijek sa volonterima popričala šta očekujemo od njih. Znači, dali smo im zadatak, kad su napravili zadatak lijepo smo zajedno to sve iskomentirali.“ (21DV).

Izdvojena izjava je primjer dobrog vođenja resursa volontiranja, koja traži vrijeme no i daje nazad. Kada se promatra u usporedbi s ostalim naznačenim oblicima podrške, ona predstavlja srž podrške: komuniciranje očekivanja i povratnih informacija na obavljenu aktivnost.

Volontiranje zaraženo s COVID-om

Usporedbom s prethodnom skupinom uočava se pri temi **Volontiranje zaraženo s COVID-om** razlika u odnosu na *promjenu dinamike uključivanja volontera*. S jedne strane i pri skupini djelatnika uočava se da se neke zdravstven ustanove suočavaju sa smanjenjem ili prekidom volonterskih aktivnosti, što je nakon COVID-a popraćeno s ponovnim pokretanjem volontiranja. S druge strane, odskaču informacije o *dodatnom razvoju volontiranja i redovnom nastavku volontiranja* (Tablica 5.3.2.6.). Pri tome, nije se izdvojila zdravstvena ustanova koja je prvi puta krenula uključivati volontiranje tijekom epidemije bolesti COVID-19.

Dodatni razvoj volontiranja ilustrativno je naznačen u izjavi: *„Mislim da prije toga volontiranja je bilo vrlo malo...No, tijekom pandemije i epidemije razvila se ta nekakva potreba i nekakav način i smjer u kojem smo mogli onda ići.“ (19DV)*. Izjava je dana u kontekstu da se interes za volontiranjem pokazao i po drugim službama u zdravstvenoj ustanovi i to ne samo vezano uz COVID-19. Nadalje, nastavak redovnog volontiranja bio je s jedne strane omogućen tako da je zdravstvena ustanova pustila volontiranje osobama koje nisu u rizičnoj skupini, a koje su željele i dalje volontirati. S druge strane, primjenom jednakog pristupa i za djelatnika i za volontere, volontiranje je nastavljeno i za vrijeme COVID-a:

„Znači, volonteri su isto bili prisutni u odjelima kao i mi zaposleni, naravno, pod određenim režimi—a - nošenja maske, testiranja periodičkih. Mi smo se testirali dva puta tjedno. U slučaju nekakvih simptoma odmah se išlo na testiranje i tako dalje, ali uz pridržavanje svih uvjeta ovih epidemioloških nitko nije bio izostavljen.“ (21DV).

Promatrano u kontrastu s *dilemama* koje su se javile pri prethodnoj skupini sudionika, u ovoj skupini dileme se nisu javile, što je u skladu sa situacijom nastavka volontiranja i/ili dodatnog razvoja volontiranja. To može potencijalno biti i odraz sastava obuhvaćenih skupina: dio sudionika u skupini predstavnika djelatnika je iz istih zdravstvenih ustanova kao i predstavnici menadžmenta, a dio nije.

Tablica 5.3.2.6. Prikaz teme Volontiranje zaraženo s COVID-om s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Volontiranje zaraženo s COVID-om	promjena u motivaciji za volontiranjem	razvoj svijesti o važnosti volontiranja	spoznavanje važnosti volontiranja
		povećana zainteresiranost zajednice	svatko želi dati dio sebe sinergija volontera i zdravstva ljudi su htjeli izaći van
		uočavanje volontiranja kao odgovora na nove izazove	manjak resursa kao pokretač za uključivanje volontera
	promjena dinamike uključivanja volontera	<u>dodatni razvoj volontiranja tijekom COVID-a</u>	<u>pojava interesa za volontiranjem i u drugim službama</u> <u>razvoj potrebe i smjera za volontiranje tijekom pandemije</u>
		<u>nastavak uključivanja volontera</u>	<u>prisutnost volontera bez ograničenja</u> <u>zadržavanje volontera koji nisu u rizičnoj skupini</u>
		ponovno pokretanje volontiranja nakon COVID-a	ponovno kretanje s volonterima nakon COVID-a
		smanjenje ili prekid volonterskih aktivnosti tijekom COVID-a	osobe za koordinaciju volontera zaokupljene drugim zadacima zakočeno/reducirano uključivanje volontera prekid volontiranja zbog COVID-19
	razvoj vol. pozicija	otvaranje novih volonterskih pozicija	informiranje građana putem pozivnog centra pomoć u trijaži na ulazu tijekom COVID-a kontakt oboljelih od COVID-a putem pozivnog centra
	spec. strukt. vol.	uključivanje osoba sa specifičnim stručnim medicinskim znanjima	veće javljanje <u>zaposlenih</u> osoba uključivanje osoba sa specifičnim stručnim medicinskim znanjima

Klima u široj zajednici

U sklopu teme **Klima u široj zajednici** (Tablica 5.3.2.7.) prisutni su jednaki kodovi kao i pri prethodnoj skupini, uz otkrivanje dva nova. U sklopu koda koji je prisutan i pri prethodnoj skupini, *pozitivne reakcije na volontiranje u zdravstvenim ustanovama*, izdvaja se situacija traženja podijele iskustva u volontiranju među zdravstvenim ustanovama:

„Da. I nas su onda nakon toga i druge bolnice kontaktirale...Zagreb, Dubrovnik, Pula. Puno bolnica je imalo pitanja oko toga. Malo sjeme što se posijalo, doduše, malo se ugasilo, ali su nas počeli sve više pitati. Mi smo podijelili naše materijale, znači naš manual što smo imali za sve, rekli im da je na našem web sajtu. Mi smo nastojali biti transparentni koliko god smo mogli i dijelili smo ono što mi imamo kao iskustvo i poticali ako trebaju bilo kakvu...“ (32DV).

Takva situacija primjer je motiviranosti određenih zdravstvenih ustanova u zajednici da dobru praksu preslikaju kod sebe. Uz takvu klimu u široj zajednici *moćnosti snažnijeg razvijanja*

volontiranja, još više dolaze do izražaja. Kod ove skupine, te *mogućnosti* opisane su i kroz povjerenje u potencijal volontiranja obzirom na reagiranja u kriznim situacijama. Uviđa se volontiranje koje je nedovoljno promovirano, a koje bi se uz ulaganje kroz vrijeme moglo lijepo razviti. Opisivanje te *mogućnosti*, nije uočeno kod prethodne skupine.

Tablica 5.3.2.7. Prikaz teme Klima u široj zajednici s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Klima u široj zajednici		<i>mogućnosti snažnijeg razvijanja volontiranja</i>	veliki potencijal u volontiranju pozitivno reagiranje u jako kriznim situacijama
		<i>ukorijenjenost povezanosti ustanove i zajednice</i>	jaka isprepletenost s lokalnom zajednicom povijesna povezanost ustanove sa zajednicom
		<i>rijetka prisutnost volontiranja</i>	volonteri rijetko prisutni u zdravstvenim ustanovama
		<i>neosvijestjenost o mogućnostima i važnosti volontiranja</i>	ljudi se boje volontiranja bez znanja o njemu niska razina prihvaćenosti volontiranja u Hrvatskoj nerazvijena svijest o volontiranju u RH
		<i>pozitivne reakcije na volontiranje u zdravstvenim ustanovama</i>	<u>zainteresiranost drugih ustanova za uključivanje volontera aktivacija uže zajednice</u>
		<i>pozitivna inozemna iskustva volontiranja</i>	hospicij na volonterskoj bazi razvijeno volontiranje u inozemstvu mogućnost učenja iz inozemnih iskustva

Nadalje, pri ovoj skupini sudionika, kao novi javio se opis *ukorijenjenosti povezanosti ustanove i zajednice*:

„Mi smo kao ustanova i kao djelatnici ustanove jako isprepleteni s našom zajednicom i onda nam je to jako drago da vidimo da se zajednica vrlo aktivno uključuje u taj segment zdravstva i rada unutar naše ustanove...Znači, prije svega da smo mi mala zajednica, a veliki smo kolektiv. I zapravo “(naziv zajednice) je malo i tu više manje svi sve znamo.” (40DV).

Kod ovog opisa, progovara značaj lokalnog obilježja zajedništva kao dio uspjeha u volontiranju. Radi se o zajednici koja ima dugu povijest uključivanja svojih članova u razvoj zdravstvene ustanove, gdje se taj odnos kontinuirano njegovao.

Klima u zdravstvenoj ustanovi

Pri temi **Klima u zdravstvenoj ustanovi**, svi su kodovi jednaki uz javljanje jednog novog: *ograničenja u uključivanju volontera* (Tablica 5.3.2.8.). Jedan dio ograničenja vezan je uz

negativne reakcije korisnika koji nisu imali razumijevanja za volontere (studente uključene u volontiranje tijekom epidemije COVID-19) nedovoljno pripremljene za svoju ulogu:

„...ljudi nisu imali niti živaca, niti ništa i očekivali su odmah informaciju od nas sve što treba, a mislim možda ti ju ne bi mogao dati niti doktor. Tako da je bila u narodu ta negativna reakcija na same volontere...Nije dovoljno brzo, ne znaju ništa. Bilo je dosta recimo i kritika da nitko nije na tom telefonu ili da se ne javljaju na telefon, da nije zauzeta linija, nego da jednostavno nitko ne radi ništa i tako dalje.“ (19DV).

Tablica 5.3.2.8. Prikaz teme Klima u zdravstvenoj ustanovi s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Klima u ustanovi		<i>pozitivne reakcije djelatnika ustanove</i>	volontiranje je raj na zemlji raspitivanje kada će doći volonteri cijeni se kada netko volontira zadovoljstvo uključivanjem volontera predlaganje uključivanja volontera od strane djelatnika predlaganje osnaživanja volontera otvorenije reakcije od očekivanih veliki interes većina se veseli volonterima uključenost djelatnika ustanova u volontiranje raspitivanje drugih djelatnika kako da uključe volontere
		<i>pozitivne reakcije korisnika</i>	korisnici uvijek vole volontere pisane pohvale od strane korisnika oduševljeni roditelji otvaranje volonterima slične dobi veselija djeca raspitivanje kada će doći volonteri
		<i>početne sumnje i otpor</i>	početna skepsa oko volontiranja početne skepse u razlog volontiranja početna barijera od djelatnika
		<i>promjena stava prema volontiranju po iskustvu s njim</i>	razbijene predrasude po iskustvu s volonterkom kad krene volontiranje na jednom odjelu, žele ga i drugdje brzo prepoznavanje značaja po uočavanju koristi proširenje interesa nakon volontiranja tijekom COVID-a raspitivanje kad će doći volonteri nakon početnog otpora spoznavanje mogućnosti volontiranja tijekom COVID-19
		<i>izgradnja specifičnog odnosa s volonterima</i>	prihvatanje volontera kao dio tima
		<i>višegodišnje iskustvo uključivanja volontera</i>	duga praksa uključivanja volontera
		<i>ograničenja u uključivanju volontera</i>	<u>postoje odjeli gdje volonter ne može uči</u> <u>negativne reakcije korisnika na volontiranje</u>

Drugi dio ograničenja vezan je nemogućnost pristupa pojedinim odjelima gdje nalazimo i dobru ilustraciju raznolikosti klime unutar iste zdravstvene ustanove: „*Međutim, no ja moram reći otvoreno, ima odjela za koje znam da ja s volonterom ne mogu ni uči....I opet je vezano za osobnost osoba koje su na tom radilištu, jer su, eto, takve. Onda se ja provlačim, pa izvodim*

svašta, izvodim svašta.“ (08DV). Uz raznolikost, izjava otkriva značaj pojedine osobe u razvoju povoljnog okruženja za uključivanje volontiranja.

Znanje je moć

Tema **Znanje je moć**, izgrađena je na jednakim kodovima (Tablica 5.3.2.9.) kao i pri prethodnoj skupini sudionika, no uočavaju se dodatni sadržaji pod njima. Osobito to vrijedi za *različite postupke informiranja i edukacije o volontiranju* gdje dolazi do vrlo specifičnih oblika kao što je uključivanje u edukacije lokalne zajednice ali i korištenje publikacije s detaljno razrađenim koracima uključivanja volontiranja u zdravstvene ustanove. Uočava se i opisivanje dodatnih *zabluda*. Primjerice, izdvaja se zabluda da će uvođenje volontera ići brzo i situacija potpisivanja ugovora o volontiranju sa studentima koji su par sati bili uključeni u trijažu kao dio obaveze pri kolegiju na fakultetu. Naime, postojalo je očekivanje brzog uvođenja volontiranja, no pokazalo se da je potrebno „utabati put“ što je uzelo vremena. Nadalje, za potpisivanje ugovora sa studentima kojima je volontiranje obaveza, otvara se pitanje koliko se tu uvažava srži volontiranja kao dobrovoljne aktivnosti bez očekivanja ikakve koristi.

Tablica 5.3.2.9. Prikaz teme *Znanje je moć* s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Znanje je moć		<i>niska razina znanja o volontiranju</i>	<u>djelatnici nisu nikada prošli edukaciju o volontiranju</u> nedostatno znanje nema previše znanja <u>službe koje uključuju volontere imaju znanja</u> slabo znanje obzirom na broj djelatnika shvaćanje neznanja o volontiranju postepeno otkrivanje neznanja o volontiranju nepoznavanje stanja volontiranja unutar ustanove
		<i>različiti postupci informiranja i edukacije o volontiranju</i>	<u>uključivanje djelatnika u edukacije lokalne zajednice</u> <u>razmjena iskustva i informacija među ustanovama</u> <u>detaljno razrađeni koraci u publikaciji od velike koristi</u>
		<i>zablude o volontiranju</i>	<u>uvođenje volontera ići će brzo</u> <u>potpisivanje ugovora za volontiranje od par sati za obavezu</u>

Odnos menadžmenta prema volontiranju

Pri opisu **Odnosa menadžmenta prema volontiranju**, pojavili su se *moćni rizici za volontiranje promjenom menadžmenta* (Tablica 5.3.2.10.), a izgubilo se opisivanje *uključenosti vodstva u aktivnosti*. Iz perspektive sudionika predstavnika skupine djelatnika, menadžment može značajno ubrzati i osnažiti procese uključivanja volontera ili ih usporiti i otežati. S jedne strane krajnost bi se mogla prikazati kroz izjavu:

„I kada god je bio možda nekakav izazov u nečemu, ne bi rekla problem, nego izazov kako ćemo nešto, uvijek smo dobili i riješili vrlo brzo problem i izazov taj. Kada je trebalo

nešto, to je išlo jako glatko, začuđujuće dobro. Tako se i nastavilo, ne mogu reći, bez obzira na promjenu. Mislim da i novo vodstvo ima simpatije prema tom projektu i ne samo simpatije, vjerujem i u budućnosti planove.“ (32DV)

Tablica 5.3.2.10. Prikaz teme Odnos menadžmenta prema volontiranju s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Odnos menadžmenta prema volontiranju		<i>inicijative za uključivanjem volontera od strane uprave</i>	zainteresiranost vodstva kao pokretač za volontiranje odluka ravnatelja za uključivanje volontera inicijativa za uključivanje volontera od uprave/ravnatelja
		<i>razumijevanje ravnatelja za volontiranje</i>	<u>volontiranje se prepoznaje kao jedna velika stavka</u> <u>vrlo brzo rješavanje izazova koji se jave</u> <u>odobrenje uz veliki oprez</u> <u>dostupnost ravnatelja za ideje</u> <u>davanje dozvole za volonterske aktivnosti</u>
		<i>moćni rizici za volontiranje promjenom menadžmenta</i>	<u>opreznost ravnatelja usporava uhadavanje volontera</u> <u>ново vodstvo zadržalo simpatije prema volontiranju</u> <u>nema podrške novog ravnatelja</u> <u>nemogućnost dobivanja potpisa ravnatelja Za ugovore</u> <u>nema povratne informacije na predloženi vol. program</u>

Druga krajnost sadržana je u izjavi: „Evo, znači ravnatelj koji je sada na čelu bolnice je nešto oprezniji i nešto stroži u kriterijima, tako da mi...ah moram reći, nije baš jednostavno onako kako mi je nekad bilo da tako to kažem.“ (08DV).

Dodatno se uočavaju i sadržajni opisi kod *razumijevanja ravnatelja za volontiranje*. Kako je ovo skupina koja ima pogled usmjeren na menadžment zdravstvene ustanove, očekivano je uočavanje postupaka koji dolaze od njih.

Područja unaprjeđenja volontiranja

U okviru teme **Područja unaprjeđenja volontiranja** pri podtemi **Važni elementi u uključivanju volontera**, u odnosu na prethodnu skupinu predstavnika menadžmenta, izgubilo se opisivanje *važnosti povjerenja i odgovornosti*, no, pojavilo se opisivanje *važnosti raspolaganja osobnim vrijednostima* (Tablica 5.3.2.11.). Skupina djelatnika opisuje ljudske osobine koje nose kvalitetu u dimenziji pristupa drugoj osobi u svakodnevnom kontaktu i neki ju stavljaju i ispred stručnosti. Iskrenost u motivaciji, otvorenost, želja za rad neke su od opisanih osobina. Dobar prikaz dan je u izjavi: „I naravno, da je humana, čovječna i tako, da i to treba paziti jer mi radimo s ljudima pa je važno da je osoba kvalitetna u ljudskom smislu, čak više to jer onaj drugi stručni dio se nauči.“ (13DV). K tome, kako se u skupini djelatnika nalaze osobe koje su svakodnevno mnogo češće u kontaktu s volonterima, potencijalno se otkrila dimenzija koju uočavaju kao značajnu vrijednost u odnosu volonter – pacijent –

djelatnici, a koja nadilazi segment istaknut kod skupine predstavnika menadžmenta: *važnost povjerenja i odgovornosti* baziran na brzom odazivu i/ili odgovornom pristupu u volontiranju.

Tablica 5.3.2.11. Prikaz teme Područja unaprjeđenja volontiranja s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Područja unaprjeđenja volontiranja	važni elementi u uključivanju volontera	<i>važnost ljudskog resursa u ustanovi koji podržava volontiranje</i>	<u>mora biti pokretač volonterskih aktivnosti</u> <u>važnost ljudskih resursa za uključivanje volontera</u> <u>važnost koordinatora volontera</u>
		<u>važnost raspolaganja osobnim vrijednostima</u>	najbitnije da volonteri žele raditi humanost i čovječnost volontera iskrena motivacija volontera važnost povjerenja
		<i>važnost raspolaganja znanjem vezanim uz volontiranje</i>	važnost komunikacije u edukaciji volontera važnost karakteristika različitih životnih dobi u edukaciji volontera važnost informiranja djelatnika važnost edukacije volontera važnost stručnosti važnost znanja što se želi i koji je zadatak volontera
	izazovi u uključivanju volontera	<u>adekvatna priprema volontera</u>	u volontiranje treba ulagati educirati volontere na pravilan način
		<u>očuvanje sigurnosti volontera</u>	čuvanje volontera od infekcija
		<i>ispunjavanje zakonskih obaveza</i>	zakonske prepreke administrativni zahtjevi vezani uz sigurnost i povjerenje <u>preopširna i prevelika pravna procedura za volontiranje</u>
		<i>različite specifičnosti zdravstvenih ustanova</i>	možda neke službe nisu u mogućnosti primiti volontere različite službe s jako različitim aktivnostima puno starijeg stanovništva sitnice koje čine život u bolnici specifičnim osjetljiva skupina korisnika
		<i>osiguranje stabilnog kontinuiranog resursa</i>	dugotrajnost specifičnih edukacija u odnosu na period volontiranja uključivanje studenata s obavezom volontiranja kratko aktualna volonterska pozicija zbog obaveza volontera ogromna fluktuacija volontera studenata
		<i>raspolaganje jasnim informacijama o volontiranju</i>	nejasna zakonska regulacija mogućnosti volontera
		<i>raspolaganje s osobom za koordinaciju volontera</i>	teškoća određivanja jedne osobe za vođenje volontera volontere nema tko dočekati
		<i>uključivanje volontera u sva područja djelovanja</i>	volontiranje na zadacima koji nisu u opisima radnih mjesta neraspolaganje sustavom za određene volonterske pozicije
	preporuke za unaprjeđenje volontiranja	<u>planirati volonterski program</u>	edukaciju ugraditi u proces volontiranja planirana infrastruktura izraditi plan prikupljanja financijskih sredstava strateški planirati volonterski program usustaviti potencijal volontiranja
		<i>smanjenje administrativnih zahtjeva</i>	smanjenje administrativnih zahtjeva
		<i>izgraditi učinkoviti sustav informiranja o</i>	udruge sa znanjem menadžmenta volontera kompetentne za edukaciju

	<i>volontiranju</i>	<p>uvijek netko iz medicinskog kruga mora biti u edukaciji volontere</p> <p>volonteri u zdravstvu kao dio zasebne mreže edukacije o volontiranju na razini cijele ustanove</p> <p>izgradnja informativne mreže o volontiranju</p> <p>razvoj protokola gdje i kako uključiti volontere</p> <p>kako doći do volontera</p> <p>olakšati pristup informacijama o volontiranju</p>
	<i>osigurati kontinuirani ljudski resurs za koordinaciju volontera</i>	<p>motivirati dodatno osobe u koordinaciji volontera</p> <p>odrediti jednu osobu za rad s volonterima</p> <p>određivanje jedne osobe na puno vrijeme za koordinaciju</p>
	<i>otvaranje ustanove prema javnosti</i>	povećati suradnju različitih dionika
	<i>proširenje aktivnosti na kojima su uključeni volonteri</i>	neograničavanje perioda volontiranja na par mjeseci
	<i>razvijati svijest o važnosti i mogućnostima volontiranja</i>	<p>uvođenje nekog predmeta vezanog uz volontiranje na fakultetima</p> <p>evaluirati volonterski program</p> <p>omogućiti volontiranje u srednjim školama kroz ljetnu praksu</p> <p>ugraditi važnost volontiranja od osnovne i srednje škole</p> <p>dio koji postoji da bude vidljiviji</p> <p>pokazati djeci primjerom značaj volontiranja</p> <p>podučavati volonterstvu od najranije vrtićke dobi</p> <p>usustaviti naviku uključivanja mlade osobe u volontiranje</p> <p>naglasiti pozitivne stvari volontiranja</p> <p>razvijati svijest o mogućnosti doprinosa kroz volontiranje</p> <p>senzibilizacija javnosti o potrebama bližnjih</p>
	<i>unaprijediti vrednovanje volontiranja u zajednici</i>	<p>napraviti razliku među onim koji stvarno poklanjaju i koji ne osvijestiti volonterima koliko su dragocjeni</p> <p>vrednovanje od strane lokalne zajednice i države</p> <p>nagraditi kroz javnu pohvalu</p> <p>dati neku privilegiju volonteru</p> <p>potaknuti volontere na volontiranje kroz nagrade</p>
	<i>unaprjeđenje i pojašnjenje zakonske regulacije</i>	fleksibilnija zakonska regulacija

Dio povjerenja i odgovornosti može biti ugrađen u važnost raspolaganja znanjem vezanim uz volontiranje koja se obilnije opisuje od strane djelatnika. Kod djelatnika se nalazi na detaljnije opise pripreme osoba zainteresiranih za volontiranje kako bi raspolagale adekvatnim znanjem. Taj dio pripreme uključuje i odlazak koordinatora/ice volontiranja zajedno s volonterom na odjel gdje se odvija volontiranje te boravak uz njega uz edukaciju i usmjeravanje:

„Ali velim kad volonter prođe sa mnom tu individualnu edukaciju koja ovisno o čovjeku traje tri do pet dana. Onda ih ja još pratim na odjelu. Znači dok god oni ne budu se osjećali kao da su na poznatom terenu. Znači, mora on znati i prostor, a mora znati i kome se može obratiti, koga mora poslušati, kome će se javiti ako dijete treba nešto, pa da pozove sestru ili tko je ta osoba...“ (08DV).

U danom opisu naznačena je individualna edukacija koja omogućuje prilagodbu specifičnostima osobe zainteresirane za volontiranje, specifičnostima volonterske pozicije i specifičnostima okruženja u kojem se volontiranje odvija. Prilagodba koja traži izuzetno vremensko i stručno ulaganje i koja kao takva predstavlja i ***Izazov u uključivanju volontera*** u njihovoj *adekvatnoj pripremi*. *Adekvatna priprema* još je jedan segment koji se pojavio kod skupine djelatnika, zajedno s *očuvanjem sigurnosti volontera*, što kod skupine menadžmenta nije bilo prisutno. *Očuvanje sigurnosti volontera*, dio je i *adekvatne pripreme*, no ovdje je izdvojeno radi naglaska rizika za volontera: „*Ja isto uvijek volontera moram čuvati od infekcije. Ja svakog volontera pitam: "Da li ste vi imunokompetentni? Da li imate kakvu kroničnu bolest? Jer ja vas apsolutno želim i moram sačuvati vaše zdravlje."* (08DV).

5.3.3. Intervjui s predstavnicima volontera

Slijedi prikaz rezultata za skupinu volontera, odnosno osoba koje volontiraju u zdravstvenim ustanovama. Svaka tema prikazana je u tablici s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima. U analizi je usmjerenje na specifičnosti i nove aspekte koji kod ranijih skupina nisu uočeni, odnosno u prikazu se radi usporedba s ranije prikazanom skupinom predstavnika vodstva / menadžmenta zdravstvenih ustanova i skupinom predstavnika djelatnika zdravstvenih ustanova.

Ulaganje u dobrobit

Pri skupini volontera, izgubila se podtema ***Dobrobit za zajednicu*** (Tablica 5.3.3.1.). K tomu, pri podtemi ***Dobrobit za ustanovu*** pojavilo se opisivanje *olakšanog rada s korisnicima*. Takvo prepoznavanje može biti specifično za skupinu volontera koji dodatno traže u svom angažmanu potvrdu korisnosti svoga doprinosa, a koja se odvija kroz spontane trenutke. *Olakšani rad s korisnicima*, odnosi se na situacije gdje su npr. djeca kao pacijenti mirniji nakon aktivnosti kroz volontiranje, odnosno situacije gdje dolazi do izgradnje drugačije atmosfere povjerenja i drugačijeg raspoloženja s potencijalnim pozitivnim utjecajem na daljnji tijek liječenja. Nadalje, kroz opise volontera, ***Dobrobit za pacijenta*** biva opisivana mnogo sadržajnije pri *pozitivnim reakcijama na skrb* i pri *unaprijedećim uvjetima skrbi*. Treba istaknuti da su oba elementa međusobno prožeta i povezana. Primjerice, unaprijedeći uvjeti skrbi vode do pozitivnih reakcija na skrb. Povrh toga, izuzetno specifični elementi koji su došli do izražaja kod ove teme,

Ulaganje u dobrobit, odnose se na opisivanje dobrobiti za samog volontera i to kroz *stjecanje iskustva za budući posao* i „*usmjeravanje*“ *prethodnog osobnog iskustva tijekom bolesti*.

Tablica 5.3.3.1. Prikaz teme Ulaganje u dobrobit s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Ulaganje u dobrobit	dobrobit za ustanovu	<u>olakšan rad s korisnicima</u>	djeca nisu uplakana poveznica između pacijenta i djelatnika pomoć u osnovnim potrebama: dodati vodu, popraviti jastuk lakši rad s korisnicima nakon volontera olakšano otvaranje korisnika prema doktorima
		<u>učinkovitije djelovanje ustanove</u>	ugodniji boravak u sobi osobna promjena djelatnika ustanove zadovoljniji djelatnici djelatnik se može usmjeriti na nešto drugo volonteri nadomještaju usluge koje bi zdravstvo trebalo pružiti
		<u>drugačije pozicioniranje ustanove u odnosu na javnost</u>	radi se razlika da nije bolnica samo bolnica atmosfera prihvaćanja da svi nekome mogu pomoći veće razumijevanje djelatnika zdravstvene ustanove
		<u>doprinos volontiranja financiranju ustanove</u>	volontiranjem su se postigle donacije mogućnost povlačenja većih sredstava volonteri nadomještaju usluge doprinos volontiranja jer je pozitivna stvar mogućnost doprinosa financijama kroz promociju ne izdvajanje sredstava za dio koji pokriva volonter
		<u>rasterećenje djelatnika ustanove</u>	lakši rad s korisnicima pokrivanje dijela posla djelatnika
	dobrobit za korisnika	<u>pozitivnije reakcije korisnika na skrb</u>	<u>bolji osjećaj obitelji korisnika jer je netko uz pacijenta</u> <u>pacijent bolje jede</u> <u>ugodnije liječenje</u> <u>olakšavanje prolaska kroz teške situacije</u> <u>mirniji korisnik</u> <u>veseliji korisnici</u>
		unaprijeđeni uvjeti skrbi	<u>drugačiji kontakt s vanjskim svijetom</u> <u>čovječniji pristup</u> <u>na sat vremena zaboraviti da si u ustanovi</u> <u>iskoristiti vrijeme na drugačiji način</u> <u>nešto normalno u nenormalnim uvjetima</u> <u>ublaženi uvjeti</u> <u>promjena tijeka dana u ustanovi</u> <u>dostojanstvena smrt</u> <u>imaju osobu za razgovor</u> <u>topla riječ, razgovor, fizički kontakt umirućem</u> <u>boravak uz palijativnog pacijenta</u> <u>smisleniji boravak u ustanovi za korisnika</u> <u>ublažavanje negativnih posljedica hospitalizacije</u> <u>smanjena deprivacija korisnika</u> <u>uljepšavanje vremena boravka u bolnici</u>
		<u>mogućnost predaha njegovatelja</u>	roditelji djeteta mogu otići van sobe djeteta
	dobrobit za volontera	<u>unutarnja izgradnja</u>	volontiranje je odmor razbijanje osobnih strahova osobno zadovoljstvo sreća i ispunjenost volontiranje te čini boljim čovjekom izgradnja volontera kao osobe

		<i>razvoj novih znanja i vještina</i>	izoštavanje socijalnih vještina učenje od korisnika učenje o medicini, zdravstvenoj skrbi i bolnici učenje od djece novih vještina
		<i>stjecanje iskustva za budući posao</i>	<u>moгуćnost vidjeti pravu situaciju za budući posao</u> <u>povezivanje iskustva sa studijem</u> <u>pomoć za daljnje školovanje i posao</u> <u>vidjeti snalaženje u takvim situacijama</u> <u>provjera jel za rad s djecom</u> <u>učenje nečeg novog</u> <u>stjecanje poznanstva</u> <u>CV</u>
		<i>prethodno osobno iskustvo tijekom bolesti</i>	<u>osobno traumatično iskustvo s boravkom u ustanovi</u> <u>osobno iskustvo boravka u ustanovi</u> <u>vratiti dio onoga što je osobno primljeno</u> <u>osobna obiteljska zdravstvena situacija</u>
<i>doprin. inovac.</i>	<i>volontiranje kao pokretač inovacija</i>	volonter pušten da razvija taktike i metode volontiranje donosi drugačiji pogled donošenje novih ideja i pristupa volontiranjem	

Volontiranjem do cilja

Tema **Volontiranjem do cilja** nije uopće došla do izražaja kod skupine predstavnika volontera. Postoji jedino neupoznatost s poveznicom ciljeva zdravstvene ustanove i volontiranja.

Slušanje i davanje glasa

U sklopu teme **Slušanje i davanje glasa** uočava se da postoji *neuključenost volontera u donošenje odluka i upravljačku strukturu*. U drugu ruku postoji prepoznavanje *otvorenosti za prijedloge s njihove strane* iako se izražava i *nevoljnost za sudjelovanje u predlaganju* (Tablica 5.3.3.2.).

Tablica 5.3.3.2. Prikaz teme *Slušanje i davanje glasa s pripadajućom podtemom, kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Slušanje i davanje glasa	suodlučivanje s volonterima	<i>neuključenost u donošenje odluka i upravljačku strukturu</i>	neuključivanje volontera u donošenje odluka neuključenost volontera u upravljačku strukturu
		<i>otvorenost za prijedloge volontera</i>	doživljaj da bi se prijedlozi prihvatili voditeljice programa otvorene za prijedloge prijedlozi unutar postojećeg volonterskog programa stalno se ispituje mogućnost promjene
		<i>nevoljnost volontera za sudjelovanje u prijedlozima</i>	volonteri nemaju interes za zajedničko odnošenje odluka volonteri se ograđuju od momenata zajedničkih odluka

Od manikure i cijepjenja do sadnje i pakiranja

Pri skupini volontera, ostala je nevidljiva priprema javnozdravstvenih akcija kao aktivnost no pojavile su se aktivnosti koje se mogu grupirati pod *izgradnju ugodnije atmosfere u ustanovi* i

unaprjeđenje procesa izvedbe svakodnevnih zadataka (Tablica 5.3.3.3.). Dio aktivnosti vezanih uz pomoć pri provedbi epidemioloških mjera i pomoć pri pregledu korisnika tijekom epidemije bolesti COVID-19, nije uočen kod ove skupine kao što je primjerice uočen pri skupini predstavnika menadžmenta.

Tablica 5.3.3.3. Prikaz teme Od manikure i cijepjenja do sadnje i pakiranja s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Od manikure i cijepjenja do sadnje i pakiranja	indirektna uključenost u pružanje usluga	<i>izgradnja ugodnije atmosfere u ustanovi</i>	priprema individualiziranih poklona snimanje priča za online upotrebu
		<i>unaprjeđenje procesa izvedbe svakodnevnih zadataka</i>	koordinacija volontera
		<i>pomoć u prikupljanju donacija</i>	izrada proizvoda za prodaju izrada različitih rukotvorina
	direktna uključenost u pružanje usluga	<i>pomoć u njezi i hranjenju</i>	vođenje od sobe do igraonice vođenje pacijenta na ručak i nazad pomoć u hranjenju pacijenata
		<i>pružanje psihološke podrške korisnicima</i>	razgovor s članovima obitelji palijativnog bolesnika podrška razgovorom osobi s istim iskustvom (mentorski program)
		<i>animiranje korisnika</i>	boravak s pacijentom u igraonici aktivnosti s djecom u prostoru dnevnog boravka nošenje individualiziranih poklona korisnicima prikupljanje želja o poklonima za blagdane druženje s djecom (igra, animiranje...) boravak uz palijativnog korisnika u sobi čitanje pacijentima
		<i>pomoć pri pregledu korisnika tijekom COVID-a</i>	uzimanje briseva od pacijenata

Upravljanje procesom uključivanja volontera

Skupina volontera mnogo više u odnosu na prethodno prikazane skupine sudionika prepoznaje određene segmente u procesu menadžmenta volontiranja, osobito pojedine elemente pripreme i podrške. Jasno se prepoznaje u iskustvu nekih od volontera *dnevni, tjedni i mjesečni plan volontiranja te praćenje i ispunjavanje pravne regulative* kao dio **temeljnih** elemenata (Tablica 5.3.3.4.). Davanje jasnih informacija o postupku volontiranja te upoznavanje volontera sa svojim pravima i obavezama, dodatni su elementi koji se izdvajaju u opisima kao dio procesa odabira adekvatnog volontera za adekvatnu poziciju, a koji kod prethodnih skupina sudionika nisu bili prisutni. Nadalje, iako moguće za promatrati u okviru upoznavanja volontera s pravima i obavezama, posebno se izdvojilo upoznavanje s ustanovom i djelatnicima kao dio Kreiranja poticajnog i motivirajućeg okruženja. Izdvojilo se i traženje povratnih informacija od volontera.

Tablica 5.3.3.4. Prikaz teme Upravljanje procesom uključivanja volontera s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Upravljanje procesom uključivanja volontera	postavljanje temelja za razvoj	<i>raspolaganje osobama za koordinaciju volontera</i>	dostupna osoba za kontakt volonteru koordinator volontera koordinatrica se konzultira po odjelima osoba koja „hendla“ volontere koordinatrica stvara balans i ravnotežu <u>volonter iz udruge koordinira volontere</u> <u>dostupan koordinator volontera u udruzi</u>
		<u>dnevni, tjedni i mjesečni plan volontiranja</u>	svaki volonter ima svoj dan dogovaranje dolazaka s vodstvom odjela upisivanje mogućnosti dolaska volontera u kalendar
		<i>neraspolaganje zasebnim financijama ustanove za volontiranje</i>	kupnja materijala od udruge za online kontakt s korisnicima
		<i>osigurani određeni materijali za volontiranje</i>	raspolaganje prostorom za materijale potrebne volonterima besplatno članstvo u knjižnici za volontere
		<u>praćenje i ispunjavanje pravne regulative</u>	potpisivanje ugovora o volontiranju
	adekvatan volonter za adekvatnu poziciju	<u>davanje jasnih informacija o postupku volontiranja</u>	početni razgovor s volonterima objava volonterskih pozicija na internetu
		<u>volonteri su upoznati sa svojim pravima i obavezama</u>	prilagodba potrebama korisnika otvaranje djeteta/korisnika je proces svako dijete/korisnik je zasebno ne forsiranje nezainteresiranog korisnika osjetiti na što korisnik reagira razgovor ovisno o profilu korisnika upoznavanje sklonosti korisnika sve se mora podesiti korisniku djeci/korisnicima s infekcijama se ne može nekad dulji boravak, nekad kraći boravak uz korisnika osobna priprema za volontiranje konzultacija volontera s djelatnicima nošenje maski, zaštitnih odijela, kapica
		<i>odabir volontera različitog statusa i iskustva</i>	pomno praćen i podučavan ulazak u ustanovu procjena volontera od strane koordinatrice jako se pazi tko će biti volonter
		<i>traženje informacija i dokumenata od volontera</i>	traženje životopisa traženje potvrde o nekažnjavanju
	kreiranje poticajnog i motivirajućeg okruženja	<u>upoznavanje s ustanovom i djelatnicima</u>	dolazak s koordinatricom na prvi susret u ustanovu informiranje o protokolu dolasku na odjel odlazak s koordinatorom volontera na upoznavanje ustanove doček volontera od glavne sestre s informacijama
		<i>provedba obuke za volontiranje</i>	volontiranje novog volontera uz iskusnijeg volontera edukacija za volontere individualno praćenje volontera pri početnom volontiranju godišnje edukacije za volontere
		<i>davanje priznanja volonterima</i>	poruka i pohvala koordinatora volontera
		<i>organizirani oblici podrške pri volontiranju</i>	pružanje podrške volonteru nakon preminuća pacijenta mogućnost individualnog sastanka voditeljica odjela na raspolaganju volonterima supervizija s volonterima
		<u>traženje povratnih informacija od volontera</u>	upitnik za volontere nakon volontiranja povratne informacije volontera na volontiranje pisanje izvješća o volontiranju

Volontiranje zaraženo s COVID-om

Skupina volontera zadržava gotovo jednaki pogled na dinamiku koja se odvijala tijekom epidemije bolesti COVID-19 (Tablica 5.3.3.5.). Iz njihovog pogleda bilo je prisutno *smanjenje ili prekid aktivnosti te ponovno pokretanje volontiranja nakon epidemije. Promjenu u motivaciji* se pri opisima nalazi jedino u dijelu prepoznavanja *smanjenog interesa volontera* no na specifičnim aktivnostima gdje su se aktivnosti iz direktnog kontakta s pacijentom „lice u lice“ prebacila na *online* susrete.

Tablica 5.3.3.5. Prikaz teme *Volontiranje zaraženo s COVID-om s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Volontiranje zaraženo s COVID-om	<i> promjena u motivaciji</i>	<i> smanjen interes volontera</i>	pala je zainteresiranost jer je prebačeno na online
	<i> promjena dinamike uključivanja</i>	<i> ponovno pokretanje volontiranja nakon COVID-a</i>	ponovno kretanje s volonterima nakon COVID-a vraćanje nazad volontiranju nakon COVID-a
		<i> smanjenje ili prekid volonterskih aktivnosti tijekom COVID-a</i>	zakočeno/reducirano uključivanje volontera prekid volontiranja zbog COVID-19 volontiranje se unazadilo
	<i> razvoj volonterskih pozicija</i>	<i> prilagodba postojećih volonterskih pozicija</i>	kupovanje materijala korisnicima za online kontakt prebacivanje aktivnosti online snimanje priča da budu dostupne online
		<i> otvaranje novih volonterskih pozicija</i>	pojačano volontiranje u smjeru zaštite od COVID-a
	<i> specifična struktura volontera</i>	<i> uključivanje osoba sa specifičnim stručnim medicinskim znanjima</i>	uključivanje studenata medicine i zdravstvenih studija
<i> posebne dileme oko uključivanja</i>	„ <i> Tko smo mi? </i> “	<u>jesu li volonteri posjetitelji ili medicinsko osoblje razmatranje ugrozbe volontera uključivanjem u volontiranje</u> neizlaganje nepotrebnim rizicima	

Posebna dilema koja se je pojavila pri opisima odnosi se na pitanje uloge volontera unutar zdravstvenog sustava i zdravstvene ustanove. Takva dilema može se iščitati pri pitanju odgovornosti uključivanja volontera sa specifičnim znanjima i u vrijeme izvan epidemije. Glavno je pitanje „ *Tko smo mi?* “ u kontekstu svih „stalih osoba. Srž dileme otkriva opis:

„Međutim, došlo je do ono,,: "Da li su volonteri u bolničkom odjeljenju, da li smo mi posjetitelji ili smo medicinsko osoblje?" To je prvi put potegnuto to pitanje i mi smo se...ja sam se osobno doživljavala kao produžena ruka osoblja, bez obzira što što nisam struka.

Bilo je dvojno mišljenje u toj bolnici da li smo mi posjetitelji ili smo medicinsko osoblje. “
(11V).

Opis naznačuje i doživljaj volontera kao dijela skrbi („*produžena ruka osoblja*“) što nije obilježje epidemije, no predstavlja značajno područje za razmatranje u kontekstu unaprjeđenja uključivanja volontera u zdravstvene ustanove.

Klima u široj zajednici

Uz sve ostale segmente koji se nalaze i kod skupine menadžmenta i kod skupine djelatnika, kao dio **Klime u široj zajednici**, skupina volontera ističe i *ograničeni pogled na volontiranje u zdravstvenim ustanovama i različite reakcije različitih zajednica* (Tablica 5.3.3.6.).

Tablica 5.3.3.6. *Prikaz teme Klima u široj zajednici s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Klima u široj zajednici		<i>ograničeni pogled na volontiranje u zdravstvenim ustanovama</i>	oni koji manje poznaju volontera teže shvaćaju ljudi traže sređivanje preko usluga reda puno ljudi ne razumije volontiranje mlađa generacija gleda materijalno podržavanje ali bi se teško sami odlučili
		<i>rijetka prisutnost volontiranja</i>	ustanove nisu otvorene za volontere volonteri još nisu u zdravstvenom sustavu premalo volonterskih projekata u zdravstvenim ustanovama nedovoljno zastupljeno volontiranje u zdravstvenim ustanovama
		<i>neosviještenost o mogućnostima i važnosti volontiranja</i>	slika o ustanovama obeshrabruje osobe za volontiranje o volontiranju se ne priča dovoljno mnogi ne znaju za volontiranje u zdravstvenim ustanovama borba volontera da budu priznati
		<i>pozitivne reakcije na volontiranje u zdravstvenim ustanovama</i>	širenje prepoznatog volonterskog programa sve veće otvaranje zdravstvenog sustava volonterima sreća i euforija za volontiranje osobe koje znaju užem krugu drago ta tako nešto ima u ustanovi uvijek samo krasni komentari bližeg okruženja oduševljeni su svi drugi pitaju kako se mogu uključiti svima je zanimljivo čuti za volontiranje u ustanovi mediji prate rad volontera ogroman plus kad se kaže da ste volonter usmeno priznaje užeg okoline za volontiranje prihvaćanje s ljubavlju od najbliže okoline jako pozitivne reakcije lokalne zajednice
		<i>različite reakcije različitih zajednica</i>	različita otvorenost ustanova u pojedinim regijama RH različita spremnost građana za volontiranje u raznim gradovima

Od strane svoje uže zajednice, volonteri bivaju različito promatrani. S jedne strane dobivaju odobrenje i pohvale, a s druge strane nerazumijevanje zbog čega to čine: „*Svi stariji od mene budu oduševljeni kao u wow, izvrsno, pohvalno, baš lijepo. No, moja generacija...ja sam 2000.*

godište, oni su uvijek kao, a kako imaš vremena za to, zar ti nije bolje raditi nešto za što ćeš biti plaćena? Uglavnom pretežito gledaju kroz materijalne stvari.“ (07V). K tomu, izdvaja se iskustvo gdje poznanici traže volontera sređivanje usluga u zdravstvenoj ustanovi što dodatno govori o percepciji stanja u zdravstvenim ustanovama.

Klima u zdravstvenoj ustanovi

Volonteri vrlo opsežno opisuju *pozitivne reakcije djelatnika ustanove* prema njima (Tablica 5.3.3.7.). Uočavaju i *početne sumnje i otpor* koje sadržavaju vrlo fine uvide u to kako ustanova „diše“ kada su volonteri u pitanju, osobito kod volontiranja sa specifičnom skupinom pacijenata: „Šta ćete vi radit? Što vi sad možete raditi s palijativnom bolesnikom? Netko može reći dvije rečenice. Naporan mu je uopće razgovor... Šta vi sad tu možete napraviti?... Čak me je i jedna medicinska sestra pozvala na razgovor da me pita u biti, zašto ja to radim.“ (11V) Takve početne sumnje i otpori dio su *ograničenja u uključivanju volontiranja* koje volonteri vrlo dobro uočavaju. Tako, s druge strane pozitivnih reakcija stoje ograničenja koja proizlaze kroz osjećaj volontera da smetaju u zdravstvenoj ustanovi uočavajući prigovaranje djelatnika, neprimjeren komentare djelatnika („Tražite nove žrtve?“) i strah djelatnika da će ih se krivo procijeniti od strane volontera.

Tablica 5.3.3.7. Prikaz teme *Klima u zdravstvenoj ustanovi s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Klima u ustanovi		<i>pozitivne reakcije djelatnika ustanove</i>	dobrodošli smo voditeljica odjela razumije potrebu volontera u ustanovi naletili na osobe koje su htjele slušati dosta dobar odnos osoblje je uvijek srdačno pristupačna glavna sestra pristupačni djelatnici zahvalne sestre - zahvala od djelatnice za dolazak lakše im je raditi s korisnicima ljubazni djelatnici tu su za pomoć super smo primljeni super odnosi s ustanovom djelatnici zadovoljni s volonterima prelijepi kontakt s djelatnicima zadovoljstvo uključivanjem volontera poticanje djece/korisnika na uključivanje prošireno volontiranje u ustanovi
		<i>pozitivne reakcije korisnika</i>	uvijek s osmijehom zainteresiran roditelj prepozitivna iskustva oduševljeni korisnici fenomenalne reakcije povjerenje roditelja prema volonterima apsolutno oduševljeni korisnici

			super odnosi s korisnicima veselje korisnika dolaska volontera očekivanje dolaska volontera
		<i>početne sumnje i otpor</i>	početno skeptično gledanje propitivanje razloga volontiranja propitivanje što će i kako će volonter biti aktivan veliki napor pri pokušaju ulaska u ustanovu
		<i>promjena stava prema volontiranju po iskustvu s njim</i>	pohvatali su s vremenom neke osnovne stvari vidio se napredak u reakcijama djelatnika vidjela se promjena nakon dva i pol mjeseca korisnici se prepuste nakon iskustva drugih korisnika shvaćanje da volontiranje svim čini dobro
		<i>izgradnja specifičnog odnosa s volonterima</i>	povezivanje s pacijentom i obitelji u kratko vrijeme poziv na sahranu pacijenta od obitelji
		<i>ograničenja u uključivanju volontera</i>	<u>strah djelatnika od krivih prosudbi volontera</u> <u>osjećaj volontera kao da smetaju</u> <u>bez puno kontakata s djelatnicima</u> <u>zadržavanje starog stava o neuključivanju volontera</u> <u>ustanova ne želi nekoga izvana da se petlja</u> <u>postoje oni koji prigovaraju dolasku volontera</u> <u>manji dio mora prihvatiti jer im je tako naređeno</u> <u>brzinski prvi susret u ustanovi s djelatnicima</u> <u>neprimjereni komentari („Tražite nove žrtve?“)</u> <u>djelatnici samo prođu pored volontera bez reakcija</u>
		<i>višegodišnje iskustvo uključivanja volontera</i>	postojanje volonterskog programa više od 10 godina volonterski program ide 6-tu godinu

Znanje je moć

Volonteri prepoznaju jednaku problematiku kod **Znanja** kao i ostale dvije skupine sudionika (Tablica 5.3.3.8.): nisku razinu znanja o volontiranju. Prepoznaju i zablude no one su drugačijeg sadržaja nego kod prethodne dvije skupine sudionika. Zablude je u uvjerenju da volonter dolazi radi samopromocije što se može promatrati vezano uz propitivanje motivacije volontera za volontiranje od strane djelatnika (vidjeti: **Klima u zdravstvenoj ustanovi**).

Tablica 5.3.3.8. Prikaz teme Znanje je moć s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
<i>Znanje je moć</i>		<i>niska razina znanja o volontiranju</i>	glavna sestra dobro upoznata, ostali ne nepoznavanje stanja u ustanovi po pitanju znanja propitivanje što će i kako će volonter biti aktivan ne razumijevanje zašto bi netko želio volontirati ne znanje što bi se moglo volontirati mnogi ne znaju o mogućnosti volontiranja u ustanovi mogla bi biti bolja situacija djelatnici malo znaju o pripremljenosti volontera ustanova malo zna o volonterima nema puno znanja
		<i>zablude o volontiranju</i>	volonter će doći radi samopromocije

Odnos menadžmenta prema volontiranju

Volonteri uglavnom nisu u kontaktu s vodstvom / menadžmentom zdravstvene ustanove. Izuzetak su volonteri koji su ujedno u ulozi koordinacije drugih volontera. To je slučaj ako je organizator volontiranja neka druga organizacija iz okruženja. Tada dolazi do uočavanja *razumijevanja ravnatelja za volontiranje* slijedom omogućenog ulaska u zdravstvenu ustanovu (Tablica 5.3.3.9.).

Tablica 5.3.3.9. Prikaz teme Odnos menadžmenta prema volontiranju s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
		<i>razumijevanje ravnatelja za volontiranje</i>	dobivanje odobrenja od ravnatelja potpis suradnje s ravnateljem ustanove susretljivost i otvorenost uprave kontinuirani kontakt s upravom

Područja unaprjeđenja volontiranja

Tema **Područja unaprjeđenja** (Tablica 5.3.3.10.), pri skupini volontera otkrila je još neka područja koja su *važna* volonterima ili ih uočavaju kao *izazove* ili kao *područje za unaprjeđenje*.

Od *važnih* elemenata pri skupini volontera dodatno se izdvaja *uočavanje individualnih potreba korisnika, otvorenost ustanove i djelatnika te organizacija snažne podrške volonterima*. Kao dio *uočavanja individualnih potreba korisnika*, volonteri su opisivali koliko je važno prilagoditi se. Ta se prilagodba odvija ovisno o karakteristikama pojedine volonterske pozicije. Ako volonterska pozicija sadrži kontakt s pacijentom temeljnom na razgovoru, tada će prilagodba uz uvažavanje individualnih mogućnosti obzirom na zdravstveno stanje u pojedinom trenutku i voljnost za uključenost, biti vezana i uz prilagodbu interesima pacijenata:

„Uvijek vam je u zadatku da već nekako kod upoznavanja otkrijete čemu je sklon pacijent, je li voli nešto u vezi glazbe ili voli nešto u vezi umjetnosti, jel voli nešto u vezi djece, ovoga onoga, čemu naginje. Pacijenti su raznolikog obrazovanja i raznolike naravi, i raznolikog spola.“ (V09).; „Kad ti uspiješ izmamiti osmijeh nekakav i tako onda okrenuti priču o nečem sasvim desetom normalnom u toj situaciji, to mi je bilo važno, da znam da to djeluje onda.“ (V26).

Tablica 5.3.3.10. Prikaz teme Područja unaprjeđenja volontiranja s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Područja unaprjeđenja volontiranja	važni elementi u uključivanju volontera	<u>uočavanje individualnih potreba korisnika</u>	važnost prilagodbe korisniku pružiti podršku korisniku i učiniti nešto za njega
		<u>otvorenost ustanove i djelatnika</u>	važnost uzajamne usklađenosti dobra suradnja sa zdravstvenim sustavom suradnja s djelatnicima ustanove otvorenost vodstva pojedinog odjela za volontere prihvaćenost u zdravstvenoj ustanovi od djelatnika
		<u>organizirati snažnu podršku volonterima</u>	sebi ne naštetiti davanje povratnih informacija od volontera imati dobru psihološku podršku važnost supervizije volontera važnost povratne informacije volonteru bolje je uz podršku potpora pomaže postaviti ispravan način razmišljanja
		<u>važnost ljudskog resursa u ustanovi koji podržava volontiranje</u>	bez koordinatora volontera program bi bio promašen
		<u>važnost raspolaganja osobnim vrijednostima</u>	biti prihvatljiva osoba sklop činiti dobro
		<u>važnost pripreme volontera i djelatnika za volontiranje</u>	dodatne edukacije za stručnu pozadinu edukacija o ograničenjima edukacija kako funkcionira zdravstvena ustanova edukacije su puno pomogle educirati kako se ponašati pri ulazu u ustanovu ne može svatko volontirati svugdje najvažnije je imati dobru pripremu volontera važnost poznavanja života bolnice znati da možeš svašta doživjeti važnost informiranja djelatnika
		<u>važnost strateškog pristupa planiranju volonterskog programa</u>	organiziranost, cilj, namjera i svrha je bitna bitan je cilj, dugoročnost i dobro planiranje
	izazovi u uključivanju volontera	<u>čuvanje granica</u>	poštovanje onoga što se kaže da je potrebno uočavanje neprofesionalnog odnosa prema pacijentu ne smije se raditi ništa više od volonterskog zadatka paziti da se ne prijeđe granica u volontiranju strah da se učini nešto što ne bi trebalo škakljive situacije
		<u>prihvaćenost od strane ustanove i djelatnika</u>	implementirati se u sustav sa strogim pravilima strah zdravstvenog sustava od prevelikog upliva ljudi krut zdravstveni sustav djelatnici koji volontiranje prihvaćaju po naređenju prihvaćanje na odjelu
		<u>kontakt s ustanovom i korisnicima</u>	pacijenti mogu u mucu svašta reći interakcija s roditeljima pacijenta/djeteta neznanje kako će korisnik reagirati na volontera početni kontakt s korisnicima nikada ne znaš što ćete dočekati u ustanovi svaki puta dolazak kod različitog pacijenta
		<u>emocionalno izazovne situacije</u>	emocionalna teškoća gledanja raznih stanja psihički utjecaj volontiranja prolazak kroz razne emocije
		<u>očuvanje sigurnosti volontera</u>	rizik za zdravlje
		<u>različite specifičnosti zdravstvenih ustanova</u>	mjesta s najviše zabrinutih ljudi potreba nošenja maski

		<i>uključivanje volontera u sva područja djelovanja</i>	uključivanje volontera sa specifičnim iskustvom
<i>preporuke za unaprjeđenje volontiranja</i>		<i>osigurati adekvatni stručni resurs volontera</i>	primanje specifično kvalificiranih osoba na volontiranje stručno obrazovani volonteri
		<i>planirati volonterski program</i>	organizirati prehranu za volontera ići s dobro organiziranim održivim dugoročnim programima dobra organizacija i koordinacija organizirati volontiranje
		<i>izgraditi učinkoviti sustav informiranja o volontiranju</i>	educirati zdravstvene djelatnike o volontiranju objavljivanje volonterskih poziva sve osoblje ustanove uputiti u volontere u ustanovi educirati djelatnike o volonteru u ustanovi edukacije o volontiranju na razini cijele ustanove
		<i>otvaranje ustanove prema javnosti</i>	napraviti podlogu za uključivanje volontera u zdravstveni sustav veća dostupnost volonterskih programa u zdravstvenim ustanovama otvaranje zdravstvene ustanove za volontere otvoriti zdravstveni sustav za volontere
		<i>proširenje aktivnosti na kojima su uključeni volonteri</i>	duži i češći boravak u ustanovi za volontiranje raširiti granice primitka volontera uzeti u obzir veći broj različitih skupina volontera napraviti širi spektar za uključivanje različitog znanja proširiti volonterske aktivnosti i na druge korisnike u ustanovi organizirati događanja za korisnike intenzivnije organizirati volontiranje
		<i>razvijati svijest o važnosti i mogućnostima volontiranja</i>	puno ravnati put da se prihvate volonteri u ustanovu razgovarati s pravim ljudima unutar zdravstvenog sustava osvijestiti vodstvo o volonterstvu i njegovom učinku puno više razgovarati o volontiranju u zdravstvu veća promocija volontiranja u zdravstvu pokazati djeci primjerom značaj volontiranja podučavati volonterstvu od najranije dobi
		<i>unaprijediti vrednovanje volontiranja u zajednici</i>	veća podrška grada da se vidi da smo tu za druge bolja prezentacija postojećih volonterskih programa dati priznanje volonterima da su potrebni javno priznati volonterstvo od zdravstvene ustanove
		<i>unaprjeđenje i pojašnjenje zakonske regulacije</i>	uvesti volontere u zakon kao što su sestre i njegovateljice

Pri opisivanju *otvorenosti ustanove*, volonteri naglašavaju značaj dobre suradnje sa djelatnicima i cijelim sustavom kako bi moglo doći do uspjeha u volontiranju:

„...ni jedna vrsta volontiranja ne može proći dobro jer ako nemamo njihovu ne samo pristanak, nego njihovu apsolutnu suradnju i podršku i konstantnu komunikaciju i tako dalje, onda mi kao volonteri u biti ne možemo puno napraviti. Znači, moramo doći do toga da se zdravstveni sustav otvori za volontere kao za neke koji nisu tu da bi niti smetali, niti nešto poremetili, nego da bi poboljšali ustvari uslugu zdravstvenog sustava jer onda taj doživljaj bolnice i doživljaj svega je potpuno drugačiji i za roditelja i za dijete.“ (V24).

Na značaj dobre suradnje naslanja se prepoznata *važnost podrške* koju volonteri primaju bilo od strane osoba unutar zdravstvene ustanove i/ili od strane osoba iz suradničkih organizacija (ako su volonteri organizirani i koordinirani od neke druge organizacije iz zajednice). Vrlo specifični trenutak važnosti podrške sadržan je u izjavi:

„A i bilo mi je jako važno da sebi ne naštetim s time. Recimo, kad sam bio u (naziv programa), ja sam onda vidio da ono psihički to dosta utječe na mene i baš me spušta - danima nisam mogao sebi doći, baš energija pada. Tako da smo onda procijenili da je najbolje da se maknem iz tog programa...“ (V26).

U svim situacijama susreta sa zdravstvenom ustanovom, djelatnicima i pacijentima, od strane volontera nastoji se nadvladati *izazove čuvanja granica, prihvaćenosti od strane ustanove i djelatnika, kontakt s ustanovom i korisnicima* te *emocionalno izazovne situacije*. To su izazovi koji nisu prepoznati kod prethodnih skupina sudionika. *Čuvanje granica i emocionalne izazovne situacije, izazovi* su koji se pod dobrom koordinacijom i supervizijom mogu dobro balansirati da ne dođe do štete po neku od strana. To je sadržano i u ranijoj izjavi gdje je došlo do prestanka volontiranja. Kod izjave je kontekst izuzetno specifičan jer je vezan uz osobu koja je prolazila slično iskustvo kao i pacijent s kojim je dolazila u kontakt. *Prihvaćenost od strane ustanove i kontakt s ustanovom*, bivaju manji izazov ako je **klima u ustanovi** (i široj **zajednici**) takva da predstavlja pripremljen teren za prihvata i čuvanje resursa volontiranja. U tome smjeru ide i *preporuka* koja se izdvojila kod skupine volontera: *planirati volonterski program*. Kroz dobro *planiran volonterski program*, zahvatiti će se i priprema okruženja ustanove i organizirati kvalitetna kontinuirana podrška za osobe uključene u volontiranje.

5.3.4. Intervjui s predstavnicima vodstva zdravstvene ustanove – doniranje

Za skupinu predstavnika vodstva / menadžmenta zdravstvenih ustanova koje prikupljaju donacije, prikazane su sve teme tako da je svaka tema odvojena kraćim naslovom za lakše snalaženje u tekstu. Kod skupine predstavnika menadžmenta, naveden je i opis teme.

Ulaganje u dobrobit

Tema **Ulaganje u dobrobit** (Tablica 5.3.4.1), opisuje sve dobrobiti koje se prepoznaju prilikom prikupljanja donacija od strane zdravstvene ustanove, bez obzira zahvaća li ona pojedinca, ustanovu ili širu zajednicu. Tema ujedno daje odgovor koliko je doniranje ulaganje samo po

sebi, a koliko je pokretač ulaganja. Izgrađena je na nekoliko podtema sukladno tome kako su sudionici iznosili pozitivne aspekte: *dobrobit na razini ustanove, dobrobit na razini korisnika, dobrobit na razini donatora i doprinos inovacijama*. U nastavku se daje prikaz teme prema pojedinim podtemama, i to od one koja se odnosi na šire aspekte (na ustanovu) pa prema užem (na pojedinca) i specifična područja (na inovacije).

Ulaganje u dobrobit je tema koja se nalazi u temelju svih ostalih tema. Sve druge teme govore kako se pristupa (koja je praksa) i s čime (koji su kapaciteti) prema ostvarivanju dobrobiti koja se prepoznaje prilikom prikupljanja donacija od strane zdravstvene ustanove. One govore kako se ulaže da se postigne prepoznata dobrobit i da se omogući doprinos pružanju usluga.

Dobrobit za ustanovu koja proizlazi iz doniranja vezana je uz mogućnosti različitih *sanacija i obnova ustanove* koje će se protegnuti od sanacije prostora nakon poplava do izgradnje cijele zgrade odjela. Već i kroz samu obnovu dolazi do *učinkovitijeg djelovanja ustanove*, a kada se tome pridodaju i sve dobrobiti koje proizlaze iz doniranih uređaja, uslijed kojih negdje dolazi i do smanjenja lista čekanja, to učinkovitije djelovanje raste. *Učinkovitije djelovanje ustanove*, vezano je i uz *rješavanje potreba koje bi ostale nezadovoljene* kada donacije ne bi bile prisutne te *omogućavanju nadstandarda u pružanju usluga*. Nadstandard je negdje u opisima vidljiv kroz raspoložive zaposlenike i prostor, a negdje i kroz prilagodbu obroka pacijentu, sve u ovisnosti o karakteristikama pojedine ustanove:“

„...kod nas njegovateljice pitaju pacijent,,: "Što bi vi htjeli za večeru jest?" i spremne im ono šta bi one htjele. To je nešto što jednostavno kad gledate realno nije moguće u bolnici, nije izvedivo ako bi i htjeli. Vjerujem da bi htjeli zaposlenici, ali to nije izvedivo. Evo kod nas zahvaljujući tim donacijama je moguće, da mi nemamo taj dio, financijski dio, mi to ne bi bili u mogućnosti dati našim pacijentima ni članovima obitelji.“ (VD34).

Iz gornjeg opisa jasno je vidljiv *doprinos doniranja financiranju ustanove* koji omogućuje sve ranije navedene doprinose. Vrlo je zanimljiv raspon odgovora kada je u pitanju *doprinos doniranja financiranju ustanove*. Opisi idu od toga da je doniranje mali udio u proračunu do toga da je doniranje značajna stavka u onom dijelu troškova koji nije pokriven kroz Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Vjerojatno je to odraz realnog stanja uvjetovanog karakteristikama ustanove i njenog okruženja.

Tablica 5.3.4.1. Prikaz teme Ulaganje u dobrobit s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Ulaganje u dobrobit	dobrobit za ustanovu	<i>sanacija i obnova ustanove kroz donacije</i>	izgradnja zgrade odjela s donacijama financijski plan uređenja parka pokriven donacijama obnova nakon potresa kroz donacije sanacija nakon poplave donacijama uređenje parka pokriveno donacijama
		<i>učinkovitije djelovanje ustanove</i>	moгуćnost doprinosa budućem razvoju poboljšava se djelatnost uređeniji odjeli smanjenje liste čekanja dio kreveta je električni sada su svi kreveti na kotače
		<i>rješavanje potreba koje bi ostale nezadovoljene</i>	saniranje i obnova ustanove rješavanje građevinskih stvari nema brige za dobavu opreme rješavanje problema ustanove koji se ne bi tako mogli riješiti rješavanje dijagnostike kroz donirani uređaj donacije omogućuju ono što tanki proračun ne kupovanje opreme i pokrivanje edukacija koje ne idu preko HZZOa ustanova ne može zaraditi toliko koliko može potrošiti zdravstveni proračun je vrlo tanak
		<i>omogućavanje nadstandarda u pružanju usluga</i>	pacijentima se može pripremiti hrana koju žele omogućen razvoj novih tehnologija donacije omogućuju nadstandard omogućeno podizanje standarda u ustanovi poboljšava se pružanje usluga malo sredstava ostane za povišeni zdravstveni standard
		<i>doprinos doniranja financiranja ustanove</i>	mali udio donacija u ukupnim financijama doniranje je izvor financiranja doprinos za općenito funkcioniranje je samoporažavajuće donacije su značajna stavka u proračunu mala vjerojatnost većeg udjela donacija u financijama
	dobrobit za korisnika	<i>dostupnija usluga skrbi</i>	rješavanje dijagnostike kroz donirani uređaj smanjenje liste čekanja
		<i>pozitivnije reakcije korisnika na skrb</i>	sretan korisnik/dijete zadovoljni korisnici
		<i>unaprijeđeni uvjeti skrbi</i>	donacije pomagala uređeniji odjeli dio kreveta je električni
	<i>dob. za don.</i>	<i>povoljnije financijsko poslovanje</i>	odbijanje od PDV-a
	doprinos inovacijama	<i>donacije kao generator inovacija</i>	korist donacija za indirektni doprinos inovacijama oprema koja se može koristiti u dijagnostici voditelji traže donacije za nove investicije i nove tehnologije
		<i>donacije kao pomoć u provedbi inovativnih ideja</i>	doniranje znanstvene, dijagnostičke, istraživačke opreme dron za laboratorijske uzorke iz EU fondova i donacija
		<i>donacija inovacija</i>	doniran inovativni isprogramirani program
		<i>povećanje podrške za razvoj inovacija</i>	prije EU fondova za inovacije donacije su bile jedini izvor
		<i>otvorenost za inovacije</i>	jako bi pomoglo u pojednostavljenju procesa rada donacije bi trebale biti usmjerene novim tehnologijama spremnost za inovativne ideje

Vrlo realnu procjenu, koja stavlja u ravnotežu sve utjecaje koji se mogu u Republici Hrvatskoj odraziti na doniranje, sadrži izjava:

„Mislim da to treba osvijestiti, ali mislim da je mala vjerojatnost da će bolnice ikada doživjeti da kroz donaciju i volontiranje dobe, nemam pojma, pedeset posto financijskih sredstava koje su im potrebne, to teško. Ljudi kod nas podrazumijevaju da je zdravstvo jednostavno njihovo pravo, košarice usluga nema, tako da ne vjerujem da će to u zdravstvo tako lako ući.“ (DV27).

Kontrast gotovo svim opisima nalazi se u izjavi da je skupljanje donacija za općenito funkcioniranje bolnica na jedna način samoporažavajuće za bolnicu:

„...donacije ne bi se nikad smjele trošiti za održavanje hladnog pogona, za funkcioniranje onoga zbog čega bolnica postoji, za usluge koje su ugovorene. Bolnica to mora pružiti i mora moći pružiti iz osnovnih sredstava, a ako ne, onda će ići u manjak...i mi gledamo donacije nikad trošiti na funkcioniranje općenito. Ne možete vi kupiti iz donacije jedan rendgen uređaj koji je tovarna mazga i koji služi samo za odrađivanje nečeg zbog čega si tu jer to je onda samoporažavajuće ako ćemo mi skupljat... A na kraju krajeva svi izdvajaju za doprinos za zdravstvo iz čega bi se to moralo moći pokriti, novi uređaj ako ga treba.“ (VD31).

Na razini **Dobrobiti za korisnika**, u opisima se naznačuje *dostupnija usluga skrbi, pozitivnije reakcije korisnika na skrb i unaprijeđeni uvjeti skrbi*. To su sve elementi koji su ugrađeni i pri dobrobiti za ustanovu. Slijedom bolje, kvalitetnije usluge za korisnika, automatski dolazi i do dobrobiti po samu ustanovu.

Dobrobit za donatora najmanje je bila prisutna kroz opise i tu se prepoznaje dobrobit kroz poreznu olakšicu. *Doprinos inovacijama*, više zaokuplja sudionike i tu se prepoznaje koliko donacije mogu biti i jesu *pokretač inovacija te pomoć u provedbi inovativnih ideja*. To pokretanje ili pomoć može se odraziti kroz značajnu opremu dobivenu kroz donacije koja se može koristiti i za dijagnostiku ali i za istraživanja kojima će se doći do novih lijekova, cjepiva i dr. Nekada će i sama *donacija biti inovacija* ako se radi o donaciji usluge: *„...imamo jednu, rekla bih, doniranu volonterski odrađenu ideju koju ne znam da li ima ijedna zdravstvena ustanova, a to je da nam je naš (naziv donatora) donirao uslugu - isprogramirali su program snalaženja po bolnici...“ (VD27)*. U tom doprinosu donacija inovacijama, prepoznalo se da se kroz vrijeme razvila *podrška za razvoj inovacija* kroz fondove Europske unije koja je

omogućila da se uz donacije ustanova usmjeri i na fondove i kroz to dobije značajna financijska sredstva. Vrlo je pozitivan element što se kroz opise raspoznaje *otvorenost za inovacije*, bilo da su realizirane ili podržane kroz donacije.

Doniranjem do cilja

Tema **Doniranjem do ciljeva** nije se izdvojila kroz opise sudionika, odnosno nije se uočilo da sudionici prepoznaju da je došlo do utjecaja doniranja na ciljeve ustanove i/ili da postoji neki suodnos doniranja i ciljeva.

Slušanje i davanje glasa donatorima

Tema **Slušanje i davanje glasa** (Tablica 5.3.4.2.) opisuje kako je suodlučivanje prisutno u zdravstvenoj ustanovi, ako je prisutno. Opisuje donatore kao aktere koji dolaze u kontakt i odnos sa zdravstvenom ustanovom kroz prostor koji im je dan za predlaganje promjena i zajedničko donošenje odluka, a sve u svrhu učinkovitijeg ostvarenja djelovanja zdravstvene ustanove.

Kroz temu se izdvojila *neuključenost u donošenje odluka i upravljačku strukturu*, koja je generirana i time što donatori nemaju zahtjeva za tako nečim, ali i time što je zdravstvena ustanova *kruta struktura koja onemogućuje sudjelovanje*. Ipak, u jednom opisu se *uočava inozemno iskustvo uključenosti donatora* kao suprotnost situacije u Republici Hrvatskoj:

„Ne, ne, nama su zadane, a upravljačke strukture su kod nas jako zadane, nemamo nekakve zaklade. To još ja ne znam je li u ijednu bolnicu ušlo...kako ima na Zapadu. Ako tamo gledate, znači ono veliki donatori recimo u Houston bolnici, pa onda uđu u upravljačku strukturu, toga na Zapadu ima, u Americi, kod nas ne. Niti smo imali ikad.“
(VD28).

Tablica 5.3.4.2. Prikaz teme *Slušanje i davanje glasa* s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Slušanje i davanje glasa		<i>neuključenost u donošenje odluka i upravljačku strukturu</i>	donatori nemaju zahtjev za uključenost u upravljačku strukturu neuključenost donatora u upravljačku strukturu
		<i>uočavanje inozemnih iskustva uključenosti donatora</i>	veliki donatori u upravljačkoj strukturi na Zapadu
		<i>kruta struktura koja onemogućuje sudjelovanje</i>	upravljačke strukture su jako zadane

Od maske do nasljedstva

Tema **Od maske do nasljedstva** opisuje koje su sve vrste donacija prisutne u zdravstvenim ustanovama (Tablica 5.3.4.3.). Tema kao takva govori o praksi prikupljanja donacija pri zdravstvenim ustanovama. Povrh toga, ova tema je konkretan prikaz kako dolazi do **Ulaganja u dobrobit**, odnosno koji su to elementi koji omogućavaju dobrobit na različitim razinama.

Tablica 5.3.4.3. Prikaz teme *Od maske do nasljedstva* s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Od maske do nasljedstva		<i>donacije u naturi</i>	doniranje maski i sredstva za dezinfekciju doniranje medicinskih uređaja doniranje stare funkcionalne opreme donacija lampi za dezinfekciju najčešće se doniraju aparati/uređaji donacija ultrazvuka donacija kirurške opreme uređaj za nuklearnu medicinu kupnja CT-a za opću bolnicu donacija odjeće za djelatnike ustanove donacija odjeće za sestre donacije medicinskih pomagala donacija odjeće i igara za djecu česte donacije u obliku robe - dječje robice doniranje pidžama za manju djecu donacija autića za vožnju po odjelu Playstation za djecu donacija hrane doniranje maslinovog ulja donacija hrane za donatorsko druženje donacija hrane za zaposlenike u gužvi nošenje hrane za zaposlenike donacije za ugodniji boravak u ustanovi doniranje knjiga donirane društvene igre za korisnike doniranje izrađenih jastučića
		<i>donacija financija</i>	doniranje nepotrošenog budžeta kroz kupnju potrebnog donacija novaca od odricanja od vatrometa individualna kontinuirana mala donacija niskog iznosa donacija odštete donacija dobivenih novaca od tužbe donacija sredstava od božićnih poklona poslovnih partnera
		<i>donacija ostavine/nasljedstva</i>	doniranje naslijeđenog novca donacija ostavine (+)
		<i>donacija usluge</i>	doniran isprogramirani program snalaženja po ustanovi

Opisi donacija koje pristižu u ustanove vrlo su raznolike i ne uočava se neko ograničenje u opisima što je to što se prima. *Donacije u naturi* je skupina donacija koja je uz *donaciju financija* najčešće opisivana. U toj skupini opisuju se redovito donirani medicinski uređaji, hrana, medicinska pomagala, odjeća i igračke za djecu i dr. Opisi *doniranih financija*, otkrivaju različite izvore iz kojih dolaze donirana financijska sredstva. I tu se nalazi raspon od kontinuiranog izdvajanja malog iznosa do doniranja novaca od dobivenih tužbi i *naslijeđenog novca*: „...imate, recimo, jednog gospodina koji svaki mjesec uplaćuje 40 kuna...imamo dosta

ljudi koji dobiju nekakve ostavine, ali nije kao takva potrebna i isto nam tako prebace...“ (DV01). *Donacija usluga* prisutna je rijetko u opisima, no izdvaja se kako bi ostala naznaka širine koliko donacije mogu ići u svojoj raznolikosti.

Upravljanje procesom prikupljanja donacija

Tema **Upravljanje procesom prikupljanja donacija** (Tablica 5.3.4.4.) opisuje konkretne dijelove i procese vezane uz prikupljanje donacija. Podteme (*početno planiranje, analiza konteksta za doniranje, implementacija i praćenje*) dio su temeljnih koraka SMART modela koji se u okviru ovog rada uzeo kao okvir za praćenje kapaciteta i prakse pri prikupljanju donacija. Ova tema progovara o praksi zdravstvene ustanove pri prikupljanju donacija kroz usklađenost s koracima dobrog menadžmenta.

Dvije su podteme prepoznate u okviru ove teme dok je dio kodova ostao bez grupiranja u neku podtemu. *Izostanak planskog pristupa prikupljanju donacija* koji je opisan od strane sudionika i *jasno određena procedura primanja donacija*, dio su koji bi se mogao prepoznati pod **Početnim planiranjem** unutar SMART modela. Ono što odudara u tom dijelu je kontrast između *izostanaka planskog pristupa* i *jasno određene procedure primanja donacija*. Dok se *jasno određena procedura primanja donacija* može razumjeti kao dio planiranja, *izostanak planskog pristupa*, u tome potpuno odudara tako da je podtemi dodan dio negacije u zagradi (Tablica 5.3.4.4.).

Jasno određena procedura primanja donacija određena je i zakonskom regulacijom tako da se uobičajeno opisuju suglasnosti, ugovori, informiranja, odobrenja i sl. Dio koji u opisima odudara od redovno prisutne regulirane procedure je postojanje dva potpisnika zasebnog račun na koji se prikupljaju donirana sredstva za određenu namjenu za koju je potreban veliki iznos sredstava: „*Potpisnici tih računa nisam ja koji sam (uloga), nego je predsjednik (naziv ustanove/organizacije) i (uloga). Tako da bez ta dva potpisa s tog računa ja ne mogu potrošiti niti kunu.*“ (VD31). Dio opisa naznačuje i tematiku transparentnosti i povjerenja koja će se kasnije razraditi u analizi.

Nadalje, *izostanak planskog pristupa* obilježje je koje se odražava i kod drugih izdvojenih kodova. Ovdje se nalaze opisi iz kojih je vidljivo da u praksi ponekada nema postavljenog dugoročnog cilja prikupljanja sredstva i/ili određivanja svrhe na koju će se usmjeriti donacije: „*Evo, tako da smo jučer baš o tome razgovarali na nivou Uprave - znači da nam nude toliko i*

toliko novca i mi smo sad išli vidjeti što je to što bi bio predmet njihove donacije. Mi ćemo njima reći: "Evo, kupite nam to jer to će nam dobro doći." (DV37).

Tablica 5.3.4.4. Prikaz teme Upravljanje procesom prikupljanja donacija s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Upravljanje procesom prikupljanja donacija	početno (ne)planiranje	<i>izostanak planskog pristupa prikupljanju donacija</i>	spajanje donatora s odjelom koji će primiti donaciju upit donatora što je potrebno samoinicijativno javljanje donatora iskazivanje potreba za aparatima prema Ministarstvu popis potreba kreiran tek na inicijativu donatora razmatranje predmeta donacije po upitu donatora doniranje nije organizirana i posložena djelatnost dogovor potrebnog prema ponuđenom iznosu donacija
		<i>jasno određena procedura primanja donacija</i>	nešto mora ići na upravno vijeće dva supotpisnika za podračun dobivanje suglasnosti upravnog vijeća ugovor o donaciji je obavezan obrazac pisma namjere se šalje donatoru informiranje i suglasnost Ministarstva informiranje i suglasnost Upravnog vijeća tablice o donacijama ugovor o donacijama potrebno pismo namjere donatora potrebna suglasnost ravnatelja i ravnateljstva s donacijom procedura propisana pravilnicima raspisivanje javnog natječaja za uređaj
		<i>različita struktura donatora</i>	doniranje od strane udruge doniranje tvrtki s velikom dobiti doniranje od strane same ustanove doniranje od strane osoba koje su se liječile u ustanovi doniranje od strane Crkve udruga redovito donira doniranje osoba iz inozemstva
	analiza konteksta za doniranje	<i>određivanje tražene donacije (koja i koliko)</i>	uvijek se nastoji da donacije budu namjenske razmatranje potrebe i primjene donacije akcije prikupljanja donacija predstavljanje tražene donacije na donatorskoj večeri
		<i>određivanje gdje i kako se mogu dati donacije</i>	informacije o postupku doniranja na internetskoj stranici aplikacija za doniranje otvaranje zasebnog podračuna za ciljanu donaciju
		<i>identificirani suradnici u prikupljanju donacija</i>	udruga osvijesti što je potrebno kroz razgovor s pacijentima (naziv organizacije) provodi akcije prikupljanja
		<i>različiti načini prikupljanja donacija</i>	donatori se najčešće javljaju u ravnateljstvo uplata donacija bez ugovora ljudi se javljaju za donacije različitim osobama u ustanovi provođenje akcije prikupljanja sredstava od fakulteta voditelji odjela sami traže donatore provođenje akcija prikupljanja sredstava od udruge samoinicijativna uplata na račun slanje zahtjeva za donacijama kada nešto treba prodaja rukotvorina na štandu za prikupljanje donacija humanitarni koncert za uređaj donatorsko druženje

	<i>informiranje javnosti o prikupljenim donacijama</i>	javna zahvala donatorima zahvala za veće donacije na javnoj televiziji svaki donator bira gdje će biti oznaka donacije provjera s donatorima o objavi njihova imena vrijednost i svrha donacije je uvijek objavljena javna objava svih donacija javna objava svih donacija je i obaveza najčešće lokalni mediji poprate donacije svaku donaciju medijski popratiti slikica donacije na internetskoj stranici
	<i>informiranje donatora o prikupljenim donacijama</i>	slanje ponude, računa i informacije što je kupljeno donatori traže izvješće o utrošenoj donaciji
	<i>raspoređivanje zadataka u upravljanju donacijama na više osoba</i>	komunikaciju s donatorima obavlja pomoćnica ravnatelja osoba iz ureda nabave radi ugovore osoba zadužena za donacije unutar drugih poslova suradnja administrativne osobe i operativnog dijela tajnica ustanove pokriva i dio donacija zahvalnice odrađuje tajnica ustanove zadaci u prikupljanju raspoređeni na više osoba pravna služba se bavi regulativom i suglasnostima financijska služba pokriva zakonito trošenje sredstava
	<i>upravljanje donacijama dodijeljeno različitim upravama</i>	donacije „pripadaju“ odjelu nabave služba za financije zadužena za donacije praćenje preko sustava financija po protokolu
	<i>povezivanje s resursima lokalne zajednice</i>	ustupanje štanda za doniranje na besplatno korištenje od Grada suradnja s udrugama udruga provodi akcije prikupljanja suradnja s vjerskim zajednicama suradnja s akademskom zajednicom

Povrh toga, kao dio svojevrzne **analize konteksta za doniranje**, prisutno je **određivanje tražene donacije (koja i koliko)**, te **gdje i kako se mogu dati donacije**. To određivanje odvija se vrlo različito. Negdje je prisutno kroz situacijske dogovore koji se odvijaju po upitu prema ustanovi (upitu što je potrebno pokriti donacijom), do situacija da je unaprijed razrađen financijski plan koji će se predstaviti na donatorskoj večeri: „...*Najprije je izfinancirao od neke donacije plan uređenja i financijski plan...I onda je na donatorskoj večeri/druženju prezentirao prostor...kako bi to trebalo izgledati...*“ (VD37). Izdvojena izjava primjer je planskog pristupa. Odvijala se u kontekstu koje je uključio povezivanje s različitim osobama i organizacijama iz zajednice, a na samom susretu s donatorima dana je informacija *gdje i kako se mogu dati donacije*. Taj postupak informiranja odvija se ponegdje među ustanovama kroz informacije na internetskim stranicama i/ili zasebne aplikacije.

U procesu prikupljanja donacija dolazi i do *identifikacije suradnika u prikupljanju* koje će se odraziti na donacije tako da će se suradnik (npr. udruga) više povezati s pacijentima i raspolagati s opsežnijim informacijama o njihovim potrebama koje se mogu pokriti kroz donacije ili će

suradnička organizacija preuzeti ulogu organizatora kontinuiranih humanitarnih akcija za potrebe zdravstvene ustanove. Tu se već dolazi i do *različitih načina prikupljanja donacija*, od spomenutih humanitarnih akcija do slanja zamolbe za donacijom. Ono o čemu se jako vodi računa pri tome svemu je *informiranje javnosti i donatora o prikupljenim donacijama*.

Kada se promatra tko sve to radi, odnosno koji su resursi na raspolaganju za prikupljanje donacija, uviđa se da je aktualno *raspoređivanje zadataka u upravljanju donacijama na više osoba*, da je *upravljanje donacijama dodijeljeno različitim upravama* ovisno od ustanove do ustanove i da postoji *povezivanje s resursima lokalne zajednice*.

Doniranje zaraženo COVID-om

Tema **Doniranje zaraženo s COVID-om** (Tablica 5.3.4.5.) opisuje kako se doniranje prema zdravstvenim ustanovama oblikovalo tijekom epidemije bolesti COVID-19: što se događalo s doniranjem obzirom na izazove koje je donijela epidemija. U tom smislu otkriveno je nekoliko podtema koje označavaju nastale promjene: *promjena u motivaciji, promjena dinamike i prilagodba doniranja*.

U okviru podteme *Promjena u motivaciji* okupljene su informacije oko motivacije zdravstvenih ustanova prema doniranju tijekom epidemije bolesti COVID-19. Prema opisima sudionika, tijekom epidemije COVID-a došlo je do *porasta motivacije za doniranjem* koja se je vrlo specifično odrazila na *promjenu dinamike* samog doniranja. Postoji i iskustvo da *nije bilo promjene u donacijama* i iskustvo da je došlo do njihova *smanjenja*. Ipak, primarno se bilježi *porast donacija tijekom COVID-a*. Vrlo izražena *motivacija* vidljiva je kroz *prilagodbu doniranja*, gdje se bilježi i *prilagodba poslovanja donatora potrebama za donacije*: „*Tankerska plovidba je pustila brod koji je išao u (naziv zemlje) i koji je nama dovezio materijale tu direktno.*“ (DV31). I sam *proces upravljanja donacijama bio je prilagođen* tako da je negdje zbog nedostatka vremena izostalo traženje donacija od potencijalnih drugih donatora, a negdje se upućivala zamolba donatorima da se prilagodi namjena donacijama. Pojavila se i *specifična struktura donacija* koja je bila prilagođena potrebama novonastale situacije, no i odraz posebne motivacije tako da se dio donacija odnosio i na obroke za zaposlenike.

Tablica 5.3.4.5. Prikaz teme Doniranje zaraženo COVID-om s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Doniranje zaraženo COVID-om	promjena u motivaciji	<i>porast motivacije za doniranjem</i>	jako puno ljudi je imalo potrebu donirati vidljiv osjećaj zajedništva samoinicijativni dolazak osoba ovisno o mogućnostima vidljiv osjećaj lokalne zajednice prema ustanovi posebna dodatna motivacija u prvoj godini epidemije javnost dodatno motivirana za donirati ljudi su bili više senzibilizirani
		<i>bez promijene u donacijama</i>	nije se promijenilo ništa kod doniranja
	promjena dinamike	<i>porast donacija tijekom COVID-a</i>	jako puno dobivenih donacija toliko donacija da su se dijelile dalje puno više donacija
		<i> smanjenje ili prekid donacija nakon COVID-a</i>	povremeno se javljaju donatori donacije su u puno nižem iznosu
		<i>prilagodba procesa upravljanja donacijama</i>	pauza u druženjima s donatorima nije bilo vremena tražiti donacije od drugih zamolba kod većih financija prilagodbe namjene
	prilagodba doniranja	<i>donatori prilagodili svoje poslovanje potrebama za donacije</i>	tankerska plovidba dovezla respiratore pogon preoblikovan za proizvodnju medicinskog alkohola
		<i>specifična struktura donacija</i>	više doniranja potrebnog materijala (maske, dezinficijensi...) svi su donosili sve nošenje hrane za zaposlenike donacija lampi za dezinfekciju donacija kirurške opreme donacija odjeće za sestre

Klima u široj zajednici

Klima u široj zajednici (Tablica 5.3.4.6.) opisuje stavove šire zajednice o doniranju prema zdravstvenim ustanovama: koliko ono okupira širu zajednicu, koliko je to prioritet, kako šira zajednica iskazuje svoju podršku takvom postupanju te koliko i kako je uključena u davanje podrške. Tema **Klima u široj zajednici** ujedno daje okvir za razumijevanje što se dešava u zajednici što podržava ili otežava prikupljanje donacija od strane zdravstvenih ustanova. Proizašla je iz razgovora sa sudionicima kao značajna iako nije postojao izdvojeni interes za takav okvir u okviru konceptualnog/teorijskog okvira.

Prema opisima sudionika u široj zajednici postoji *neosvijestjenost o mogućnostima i važnosti doniranja* iako postoji *mogućnosti snažnijeg razvijanja doniranja*. Prepoznaje se i da su prisutni *neprihvatljivi pristupi u prikupljanju donacija* koji se odražavaju na doniranje. Dva su segmenta osobito istaknuta u okviru opisivane situacije. Jedan je to da su se djeca izdvojila kao *skupina s posebnim interesom donatora*, odnosno skupina za koju postoji veća osjetljivost u odnosu na

druge. To će rezultirati s većim priljevom donacija. Drugi segment koji se istaknuo je da je *prostor doniranja pogrešno generiran*. To se nadovezuje na opisano kod *doprinosna doniranja financiranju ustanove* (vidjeti: **Ulaganje u dobrobit**) gdje se izdvojilo promišljanje sudionika da su donacije za općenito funkcioniranje samoporažavajuće. Ovdje se daje izvadak iz intervjua koji naznačuje drugi ton u tome, a to je neadekvatnu raspoređenost financija uslijed čega dolazi da se donacijama pokrivaju potrebe koje bi trebale biti drugačije pokriveno:

„...znači naš zdravstveni sustav koji...ne bih ja rekla da on nema novaca, možda je to sve malo krivo raspoređeno. Znači šta hoću reć? Da mi je ponekad žao nekih ljudi koji se odriču svoga nečega jer je današnje vrijeme teško, da bi donirali, a možda je to stvar nekog drugog koji bi trebao namiriti da ustanova to sve dobiva.“ (DV31).

Tablica 5.3.4.6. Prikaz teme *Klima u široj zajednici s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Klima u široj zajednici		<i>neosviještenost o mogućnostima i važnosti doniranja</i>	polako se razvija kod pojedinih institucija da doniraju nema sustava doniranja koji je uobičajen nemamo preveliku kulturu doniranja djelatnostima nerazvijena svijest o potrebi doniranja dugo će trebati da se shvati značenje donacija
		<i>mogućnosti snažnijeg razvijanja doniranja</i>	50% istih donatora svake godine donatori koji su prije donirali se ponovno javljaju ljudi se odriču sredstava na uštrb sebe puno komunikacije oko donacija nakon potresa prvaci davanja kada je neka velika potreba svatko može donirati rijetke nesvrshodne donacije svaka objava donacije potiče ostale da doniraju donira preko 30 godina puno zainteresiranih privatnih osoba puno zainteresiranih za doniranje
		<i>neprihvatljivi pristupi u prikupljanju donacija</i>	ljudi su se opekli svjesnost postojanja manipulacija da novac ode u krive ruke donatori od drugih ustanova nisu dobili ugovor i zahvalnicu
		<i>skupine s posebnim interesom donatora</i>	ljudi osjetljivi na djecu najčešće su donacije usmjeren djeci veći senzibilitet za djecu
		<i>prostor doniranja pogrešno generiran</i>	doprinos za općenito funkcioniranje je samoporažavajuće novac je krivo raspoređen u zdravstvenom sustav

Klima u zdravstvenoj ustanovi

Klima u zdravstvenoj ustanovi (Tablica 5.3.4.7.) opisuje ponašanja prisutna u zdravstvenoj ustanovi prema doniranju. Ta tema donosi informacije o spremnosti ustanove za prikupljanje donacija kao dio kapaciteta.

Tablica 5.3.4.7. Prikaz teme *Klima u zdravstvenoj ustanovi s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Klima u ustanovi		<i>pozitivno vrednovanje transparentnosti u prikupljanju donacija</i>	donatori se ponovno javljaju zbog transparentnosti svatko tko donira ima pravo znati kako donira lokalna zajednica ima sigurnost o namjenskoj potrošnji transparentnost da se zadrži odnos s lokalnom zajednicom ljudi vole vidjeti i znati što su kupili donatori gledaju drugačije kada upoznaju proceduru doniranja
		<i>otvorenost prema donatorima</i>	prihvaćanje svih inicijativa za doniranje otvorenost za bilo što kod doniranja nezahvalno je ne primiti donaciju pozitivne reakcije djelatnika na donacije
		<i>prilagodba individualnom donatoru</i>	izražena potreba u skladu s budžetom donatora donatori se ponovno javljaju jer se uvijek nađe rješenje donator koji je vrlo neugodan odlazak po teže pokretnog donatora da vidi ustanovu saslušali donatora u pritužbi na svoju obitelj

I ova tema, kao i prethodna, daje okvir za razumijevanje što se dešava: što podržava ili otežava prikupljanje donacija pri zdravstvenim ustanovama, jedino što se ovdje dobiva informacija o razini zdravstvene ustanove kao zajednice. Ono što je odskočilo kao važno je *pozitivno vrednovanje transparentnosti u prikupljanju donacija*. Postoji vrlo jasno prepoznavanje koliko je transparentnost važna donatorima i javnosti i koliko je upravo njeno prakticiranje temelj da se neki donatori kontinuirano zadržavaju:

„...nama se u nemalom broju slučajeva desi da osobe ili institucije koju su nam već jednom donirale da se opet jave za donaciju, a mislim da im je to upravo ta naša transparentnost osigurala da sredstva koja se ovdje daju da uvijek budu namjenski iskorištena i da budu veselo prihvaćena.“ (DV27).

Tu je vidljiv mehanizam koji podržava doniranje. Mehanizam koji podržava doniranje vidljiv je i kroz *otvorenost prema donatorima* i *prilagodbi individualnom donatoru*, što se također otkrilo kroz opise *klike u ustanovi*. Otvorenost se odražava kroz prihvaćanje i razmatranje svih inicijativa za doniranje, ali i pozitivne reakcije djelatnika ustanove na donacije. *Prilagodba donatoru*, odraz je *otvorenosti*. Kroz opise izražena je spremnošću da se ode i dovede donatora da vidi ustanovu i da se prilagodi svrha na koju će se usmjeriti donacija.

Znanje je moć

Znanje je moć (Tablica 5.3.4.8.) opisuje razinu znanja o doniranju u zdravstvenim ustanovama kod djelatnika zdravstvene ustanove.

Tablica 5.3.4.8. Prikaz teme Znanje o doniranju s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Znanje je moć		<i>puno znanja o donacijama u ustanovi</i>	donacije opće poznate u ustanovi sve donacije na tijelima ustanove
		<i>kreiranje pretpostavki bez njihove provjere</i>	donatori ne očekuju više od hvala nema osviještenosti specifičnih potreba pretpostavka održavanja donacija
		<i>zablude o doniranju</i>	masa stvari se rješava donacijama pa nema predrasuda teže ide shvaćanje da je svaka donacija donacija ustanovi donacija pripada onome tko ju je osigurao smatranje donacijama svojim,; "To su moji novci." osiguranim donacijama individua može bezuvjetno raspolagati plišanci su pogodni u bolničkom prostoru

Sudionici opisuju da postoji *puno znanja o donacijama u ustanovi* što je posljedica da su donacije općepoznate u ustanovi, između ostalog i jer postoje traženja donacija od različitih odjela pri ustanovi. Uz to, kroz opise sudionika prisutno je *kreiranje pretpostavki bez njihove provjere*. Dobar primjer za to je izjava: „...*mislim da donatori niti ne očekuju ništa više nego kroz tu jednu, da tako kažemo, riječ hvala i da to njima uglavnom bude zadovoljavajuće...*“ (DV27). Iako se *kreiranje pretpostavki bez njihove provjere*, može nazvati zabludom, kod ove teme se pod *zablude o doniranju*, uvrstilo opise koje su sudionici prepoznali kao pogrešne misli unutar ustanove ili od strane donatora. Jedna od zabluda unutar ustanove je da donacija pripada osobi koja ju je osigurala. Zabluda da su plišanci pogodni za prostor bolnice, zabluda je uočena kod donatora. Zanimljivo je vidjeti u opisima, kako zdravstvene ustanove zadržavaju svoju *otvorenost* (vidjeti: **Klima u ustanovi**), i prihvaćaju plišance prilagodivši se tako da ih daju djeci npr. pri otpustu iz bolnice.

Odnos menadžmenta prema doniranju

Odnos menadžmenta prema doniranju (Tablica 5.3.4.9.) opisuje ponašanje menadžmenta prema prikupljanju donacija od zdravstvene ustanove. Kod ove teme nema puno prepoznatih kodova osim da se *menadžment zdravstvene ustanove uključuje u aktivnosti vezane uz doniranje*. To je vidljivo već i kod *raspoređivanja zadataka u upravljanju donacijama na više osoba* (vidjeti: **Upravljanje procesom donacija**). Uloge su tu raspoređene tako da ravnatelj zaduži nekoga za komunikaciju s donatorima ili se komunikacija odvija preko ravnatelja. Dolazi i do toga da je ravnatelj taj koji unutar ustanove sabire koje su potrebe za donacijama.

Tablica 5.3.4.9. Prikaz teme *Odnos menadžmenta prema doniranju s pripadajućim podtemama i kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
		<i>uključivanje vodstva u aktivnosti vezane uz doniranje</i>	ravnatelj zaduži nekoga za komunikaciju s donatorom ravnatelj komunicira s voditeljima odjelima o potrebama ravnatelj dijelom zadužen za donacije komunikacija s donatorom ide preko ravnatelja komunikaciju s donatorima obavlja pomoćnica ravnatelja

Područja unaprjeđenja doniranja

Tema **Područja unaprjeđenja doniranja** (Tablica 5.3.4.10.) obuhvaća dijelove opisa o elementima na koje je potrebno i/ili poželjno obratiti pozornost kako bi se unaprijedilo prikupljanje donacija pri zdravstvenim ustanovama. Jedan dio podtema koje slijede potencijalno se mogao razlomiti i prikazati kod drugih tema. Razlog njihovog zadržavanja ovdje, dijelom je i praktične naravi kako bi se olakšalo kreiranje preporuka za utjecaj na javne politike u području doniranja i zdravstva.

Podtema *Važni elementi*, opisuje segmente koje su sudionici istaknuli kao značajne, bez obzira jesu li im uz to pridali i obilježje izazova ili preporuke. Kao *Važni elementi u prikupljanju donacija*, pokazali su se *odnos uvažavanja i povjerenja s donatorima*, *moгуćnost prilagodbe donacije potrebama u ustanovi* i *transparentnost procesa prikupljanja donacija*. Sva tri elementa su međusobno povezana i dio su izgradnje kvalitetnog i trajnog odnosa s donatorima.

Tablica 5.3.4.10. Prikaz teme *Područja unaprjeđenja doniranja s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Područja unaprjeđenja doniranja	važni elementi	<i>odnos uvažavanja i povjerenja s donatorima</i>	biti strpljiv svakoga donatora navesti kao donatora ugovor i pismo namjere brza povratna informacija donatoru korektan odnos s donatorima
		<i>moгуćnost prilagodbe donacije potrebama</i>	pogodno kada donator kaže da se kupi što treba
		<i>transparentnost procesa prikupljanja donacija</i>	zaštititi se ugovorom i popisom institucija povjerenje se brzo izgubi, a teško gradi da donator zna kamo je donacija otišla i njenu korist uvijek ljudima sve transparentno pokazati i objasniti ljudi znaju da radimo transparentno i zato su svi davali sve
	izazovi	<i>osvijestiti potrebe svih skupina i područja</i>	ukazati da nije samo pedijatrijska populacija u potrebi
		<i>komunikacija s donatorima</i>	uvijek ima nekih obiteljskih odnosa
		<i>obuhvatnost procesa upravljanja donacijama</i>	koordinacija je zahtjevna (tajništva, financija, nabave i dr.)
		<i>komplicirana procedura prihvata donacija</i>	kada se donira u naturi sve je brže suglasnost za donacije uređaja i lijekova od ministarstva svaka donacija treba ići na upravno vijeće

		<i>teškoća primanja i davanja specifičnih donacija</i>	sprječavanje nelojalnog tržišta razlikovanje donacije od sponzorstva kako pokriti edukacije i kongrese bez protučinidbe kako objasniti neprihvatanje neupotrebljive donacije mogućnost ozljede kod rabljenih stvari prihvatanje plišanih igračka kao donacija nemogućnost prihvata nekih donacija kako donirati preostalu hranu iz ustanove
	<i>preporuke za unaprjeđenje</i>	<i>usmjeriti donacije na nadstandard</i>	doprinos za općenito funkcioniranje je samoporažavajuće donacija ne bi nikada trebala ići za hladni pogon drugačije rasporediti sredstva da se ne ide toliko na donacija
		<i>izgraditi učinkoviti sustav upravljanja donacijama</i>	imenovanje osobe koordinatora donacija imati spreman popis potreba za donatore odrediti centralno mjesto u ustanovi za prikupljanje donac. napisati na internetskoj stranici kontakt osobu za donacije
		<i>razvijati svijest o važnosti i mogućnostima doniranja</i>	napraviti dane otvorenih vrata kontinuirano odvijanje doniranja maknuti stereotipe lošeg upravljanja donacijama davanje za opće dobro kao kodeks ponašanja velikih firmi od malih nogu učiti da daje za nešto korisno
		<i>unaprijediti vrednovanje doniranja</i>	medijski popratiti donacije izraditi zid donatora u ustanovi
		<i>uvažavati lokalne specifičnosti</i>	zadržati lokalno prikupljanje donacija
		<i>unaprjeđenje zakonske regulacije</i>	oslobađanje od PDV-a kod doniranja

Uz **Važne elemente**, nadovezuju se podtema **Izazovi u prikupljanju donacija** koja opisuje sve elemente u prikupljanju donacija koji su prepoznati kao nešto što traži dodatnu pažnju. **Izazovi** koji zaista trebaju biti prevladani kako bi se izgradio *odnos uvažavanja i povjerenja* te osigurala *transparentnost procesa*. Sudionici su opisivali kao izazov, *osvještavanje potreba svih skupina i područja, komunikaciju s donatorima, obuhvatnost procesa upravljanja donacijama, kompliciranu proceduru prihvata donacija i teškoću primanja i davanja specifičnih donacija*. Podtema **Preporuke za unaprjeđenje**, obuhvaća opise koji su dani od sudionika kao konkretni koraci za razvoj doniranja pri zdravstvenim ustanovama. Jedna od njih je *usmjeravanje donacije na nadstandard* čime će se nadići problematika izdvojena kod tema **Ulaganje u dobrobit i Klima u široj zajednici**: donacije za općenito funkcioniranje su samoporažavajuće i postoji neadekvatna raspoređenost financija uslijed čega dolazi da se donacijama pokrivaju potrebe koje bi trebale biti drugačije pokriveno. Preporuka *izgradnje učinkovitog sustava upravljanja donacijama*, odnosi se na unaprjeđenje planskog pristupa u prikupljanju donacija. Daljnje preporuke vezne su uz okruženje koje nadilazi pojedinu zdravstvenu ustanovu: *razvijati svijest o važnosti i mogućnostima doniranja, unaprijediti vrednovanje doniranja u zajednici, uvažavati lokalne specifičnosti pri doniranju i unaprjeđenje zakonske regulacije*.

5.3.5. Intervjui s predstavnicima djelatnika zdravstvene ustanove - doniranje

Slijedi prikaz rezultata za skupinu djelatnika zdravstvenih ustanova koje prikupljaju donacije. Daje se prikaz pojedine teme u tablici s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima. U analizi je usmjerenje na specifičnosti i nove aspekte koji kod ranije skupine vodstva / menadžmenta nisu uočeni. Kodovi i inicijalni kodovi koji su različiti u odnosu na prethodnu skupinu, označeni su u tablici podcrtanim tekstom.

Ulaganje u dobrobit

Pri temi **Ulaganje u dobrobit** (Tablica 5.3.5.1.), zadržani su jednaki kodovi kao i pri skupini predstavnika menadžmenta.

Tablica 5.3.5.1. Prikaz teme *Ulaganje u dobrobit s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Ulaganje u dobrobit	dobrobit za ustanovu	<u>educiraniji djelatnici</u>	svaki djelatnik odjela na nekoj edukaciji pokrivenoj donacijama
		<u>drugačije pozicioniranje ustanove u odnosu na javnost</u>	objava monografije ustanove iz donacija promijenjena slika ustanove iz donacijskih sredstava stjecanje posebnog statusa u zajednici
		<u>sanacija i obnova ustanove kroz donacije</u>	rekonstrukcija odjela iz donacija donacijskim sredstvima uređena klinika
		<u>učinkovitije djelovanje ustanove</u>	donacijskim sredstvima uređena klinika poboljšani uvjeti za boravak korisnika
		<u>rješavanje potreba koje bi ostale nezadovoljene</u>	opremanje dječjih soba preko donacija prilično toga se zaokružilo donacijama s uređenjem prostora i kupnjom namještaja uvijek problem promjena poda, spuštanje plafona, uvođenje wi-fi-a... uređenje stvari koje do tada nisu bile uređene
		<u>omogućavanje nadstandarda u pružanju usluga</u>	donacijama se razvija jedan nadstandard
		<u>doprinos doniranja financiranju ustanovu</u>	limiti su minimum s kojim se jedva preživljava
	dobrobit za korisnika	<u>dostupnija usluga skrbi</u>	donacijama napravljena pristupna rampa i pristup za hitnu
		<u>unaprijeđeni uvjeti skrbi</u>	uljepšan boravak poboljšani uvjeti za boravak korisnika korisnik/roditelj ne mora plaćati tv na dnevnoj bazi televizor u svaku sobu donacijama kupljeni kreveti za boravak roditelja promjena poda, spuštanje plafona i uvođenje wi-fi-a donacijskim sredstvima uređena klinika
	doprinos inovacijama	<u>donacije kao pomoć u provedbi inovativnih ideja</u>	uvedene pametne ploče da se djeca mogu uključiti u svoj razred
		<u>povećanje podrške za razvoj inovacija</u>	izrada registra udruga koje se bave inovativnim konceptima nedostaje podrška u poticanju zajedničkog djelovanja
		<u>otvorenost za inovacije</u>	postojanje prostora za nove usluge koje su važne korisnicima

Nije bilo prepoznavanja da doniranje dovodi do pozitivnijih reakcija pacijenata na skrb te da su donacije pokretači inovacija ili da je sama donacija nekad inovacija. Pojavilo se prepoznavanje dodatnih dobrobiti za ustanovu: *educiraniji djelatnici i drugačije pozicioniranje ustanove u odnosu na javnost*. Kroz pokrivanje odlazaka na edukacije, dolazi do povećanja kapaciteta ustanove u stručnom znanju što u konačnici predstavlja i dobrobit za pacijenta. Donacijama kojima će se obnoviti prostor ustanove, gradi se i drugačija slika na van, koja se prepoznaje i u okviru dobivanja posebnih statusa (npr. koliko je prostor uređen da je zaista prijateljski za dijete i roditelje). To su dijelovi koji grade, prema opisima sudionika, *drugačije pozicioniranje ustanove u odnosu na javnost*.

Doniranjem do cilja

Tema **Doniranjem do ciljeva** nije se izdvojila ni kroz opise predstavnika djelatnika, odnosno nije se uočilo da sudionici prepoznaju da je došlo do utjecaja doniranja na ciljeve ustanove i/ili da postoji neki suodnos doniranja i ciljeva.

Slušanje i davanje glasa

U okviru teme **Slušanje i davanje glasa** (Tablica 5.3.5.2.) prisutni su jednaki elementi prepoznavanja *neuključenosti u donošenje odluka i upravljačku strukturu te krute strukture koja onemogućuje sudjelovanje*. *Inozemna iskustva* se ne prepoznaju no dolazi do prepoznavanja *otvorenosti za predlaganja od strane djelatnika* kao dijela **Suodlučivanja s djelatnicima**, naravno, u okviru predlaganja potreba koje će se pokriti kroz donacije.

Tablica 5.3.5.2. Prikaz teme *Slušanje i davanje glasa s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim temama*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Slušanje i davanje glasa	suodlučivanje s donatorima	<i>neuključenost u donošenje odluka i upravljačku strukturu</i>	neuključenost u donošenje odluka neuključenost donatora u upravljačku strukturu
		<i>kruta struktura koja onemogućuje sudjelovanje</i>	procedura doniranja je takva kakva je
	suod.s djel.	<u><i>otvorenost za predlaganja od strane djelatnika</i></u>	predlaganje potreba kod doniranja

Od maske do nasljedstva

Pri opisivanju raznovrsnosti donacija (Tablica 5.3.5.3.), opisuju se jednake grupe donacija kao i kod prethodne skupine sudionika. Dolazi do uočavanja nekih oblika donacija koje nisu bile vidljive u opisima prethodne skupine. Primjerice, kod *donacija u naturi*, uočavaju se sredstva

za higijenu kao što su toaletni papir, vlažne maramice i pelene te hrana kao što je med i suho voće. Ovdje se izdvajaju jer govore kolika je raznovrsnost donacija, ili gledano s druge strane, koliko raznovrsnost potreba zdravstvenih ustanova ide široko. Pri opisivanju *donacija usluga*, izdvaja se usluga kao što su iskapanje kanala i/ili čišćenje cesta što su neki novi momenti u odnosu na ranije opise, a ujedno su odraz odlične suradnje s lokalnom zajednicom gdje je prisutan donator usluga koji se više puta ponovio u toj ulozi (vidjeti: **Upravljanje procesom prikupljanja donacija** – povezivanje s resursima lokalne zajednice. *Donacije iz ostavine* opisuju se u razmjeru da je omogućen veći zahvat pri ulaganju u ustanovu: „Imali smo gospodina koji je ostavio, sad ne znam točno koliki iznos novaca, ali dosta velike novce da smo pomoću toga napravili kompletnu pristupnu rampu i pristup bolnici za hitnu, za pacijente itd.“ (DD40).

Tablica 5.3.5.3. Prikaz teme *Od maske do nasljedstva* s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Od maske do nasljedstva		<i>donacije u naturi</i>	<u>donacija sredstava za higijenu</u> donacija toaletnog papira donacija pelena donacija vlažnih maramica donacija namještaja pregledni stol sestrinski pult doniranje medicinskih uređaja <u>donacija hrane</u> donacija meda donacija suhog voća ostale donacije za ugodniji boravak u ustanovi oslikavanje soba televizor za svaku sobu
		<i>donacija financija</i>	uplata novaca na račun novcem iz akcije kupljen namještaj (krevetići, ormarići...) donacija novaca za uređenje klinike donacija sredstava od božićnih poklona poslovnih partnera
		<i>donacija ostavine/nasljedstva</i>	donacija ostavine
		<i>donacija usluge</i>	<u>iskapanje kanala bagerima</u> <u>čišćenje ceste bagerima</u>

Upravljanje procesom prikupljanja donacija

Sve podteme i kodovi prepoznati pri skupini predstavnika menadžmenta u sklopu teme **Upravljanje procesom prikupljanja donacija**, prepoznati su i pri skupini predstavnika djelatnika (Tablica 5.3.5.4.). Razlika je što se pri skupini predstavnika djelatnika otkrio dodatni kod: *vođenje dokumentacije o prikupljenim donacijama*. Pod njime su sadržane informacije o redovnoj evidenciji donatora, no i o redovnoj izradi liste potrebnih donacija:

„...oni skupe po našoj onoj listi svega i svačega. Razlog zbog kojeg imamo listu...jednostavno da ukinemo predrasude jer kad meni netko kaže dječja bolnica, prvo na što pomislim su slatkiši i igračke, a nama to uopće ne treba. I onda da bi olakšali ljudima koji žele donirati, mi smo otvorili jednu podstranicu koja se zove "Što nam je najpotrebnije" i to uređuje kolegica skladištarka s kolegicom nutricionisticom. Njih dvije vode evidenciju tih namirnica koje su nama potrebne...“ (DD03)

Opis se izdvaja zbog vrlo dobrog usmjeravanja procesa prikupljanja donatora pri kojem uvijek postoji jasan uvid u potrebe za sve strane i prema kojem se može brzo i usklađeno djelovati od strane donatora.

Tablica 5.3.5.4. Prikaz teme Upravljanje procesom prikupljanja donacija s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Upravljanje procesom prikupljanja donacija	početno-planira-je	<i>jasno određena procedura upravljanja donacijama</i>	slanje donatoru dopisa o potrebama dopis - pismo - ugovor za ispunu zakona treba pismo, ugovor i suglasnost poseban donacijski račun sa stavkom donatora i namjene pismo namjere ide na znanje ravnatelju postojanje jasne procedure sukladno odluci Vlade RH dužnost tražiti dopuštenje upravnog vijeća za donaciju dobivanje suglasnosti upravnog vijeća ugovor o donaciji je obavezan ugovor o donacijama potrebno pismo namjere donatora
		<i>različiti načini prikupljanja donacija</i>	javna objava popisa potreba akcije izrada slika za prodaju donatori mobiliziraju svoje prijatelje provedba javnih akcija prikupljanja sredstava dogovor naturalnih donacija da se ubrza uređenje dovođenje ljudi na kliniku uz predstavljanje plana prikupljanje bez direktnih poziva i iskaza interesa samoinicijativno javljanje donatora
	analiza ciljne skupine donatora	<i>različita struktura donatora</i>	uključivanja osoba iz kruga poznanika u doniranje doniranje od strane osoba iz prijateljskog kruga doniranje od strane udruge doniranje tvrtki s velikom dobiti doniranje od strane same ustanove doniranje od strane osoba koje su se liječile u ustanovi doniranje od strane Crkve udruga redovito donira doniranje osoba iz inozemstva
	analiza konteksta za doniranje	<i>određivanje tražene donacije (koja i koliko)</i>	jasno komuniciranja namjene donacije donatoru komunikacija s donatorima o iznosu dopis o potrebnoj donaciji dogovaranje s donatorom oko količine i vrste donacija izrada liste potreba uređivanje ambulanti jednu po jednu uređenje i stvaranje boljih uvjeta je bilo u prvom redu sve donacije su korištene u svrhu za koju su i primljene
		<i>određivanje gdje i kako se mogu dati donacije</i>	dovođenje ljudi na kliniku uz predstavljanje plana

		<i>identificirani suradnici – prikupljanju donacija</i>	općina kao redovni donator usluga dugogodišnji visokopozicionirani djelatnici - donatorski partner
<i>implementacija i praćenje</i>		<i>vođenje dokumentacije o prikupljenim donacijama</i>	redovna izrada evidencije potreba evidencija svih donatora
		<i>informiranje javnosti o prikupljenim donacijama</i>	javna zahvala donatorima
		<i>informiranje donatora o prikupljenim donacijama</i>	pozivanje donatora u ustanovu
		<i>raspoređivanje zadataka u upravljanju donacijama na više osoba</i>	komunikaciju s donatorima obavlja pomoćnica ravnatelja osoba iz ureda nabave radi ugovore osoba zadužena za donacije unutar drugih poslova suradnja administrativne osobe i operativnog dijela tajnica ustanove pokriva i dio donacija zahvalnice odrađuje tajnica ustanove zadaci u prikupljanju raspoređeni na više osoba pravna služba se bavi regulativom i suglasnostima financijska služba pokriva zakonito trošenje sredstava
		<i>upravljanje donacijama dodijeljeno različitim upravama</i>	papirnati dio odrađuje služba ekonomskih poslova pravna i gospodarstvena služba na raspolaganju pravna služba priprema cjelokupnu dokumentaciju
		<i>povezivanje s resursima lokalne zajednice</i>	sugestije vezane uz prikupljanje sredstava uključivanje kao donatori suradnja s udrugama

Doniranje zaraženo COVID-om

Iz opisa utjecaja kako se doniranje prema zdravstvenim ustanovama oblikovalo tijekom epidemije bolesti COVID-19, vidljivi su jednaki kodovi i podteme (Tablica 5.3.5.5.) kao i pri skupini predstavnika menadžmenta no nisu prisutni svi kodovi za sve podteme. Uočava se samo *porast donacija* pri ***promjeni dinamike*** i *specifična struktura donacija* pri ***prilagodbi doniranja***. Potencijalno je to odraz tijeka komunikacije preko menadžmenta čime se može promaknuti uvid u neke specifičnosti (vidjeti temu pri skupini predstavnika menadžmenta: **Odnos menadžmenta prema doniranju**).

Tablica 5.3.5.5. *Prikaz teme Doniranje zaraženo COVID-om s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Doniranje zaraženo COVID-om	<i>promjena u motivaciji</i>	<i>promjena u motivaciji za doniranjem</i>	svatko je htio dati od najbolje od sebe za opće dobro sinergija između donacija i volontera vrlo spremno reagiranje privatnih osoba i poduzetnik
	<i>promjena dinamike</i>	<i>porast donacija tijekom COVID-a</i>	više doniranja tijekom COVID-a puno javljanja s namjerama donacija prije COVID-a vrlo malo donacija

	<i>prilagodba doniranja</i>	<i>specifična struktura donacija</i>	oprema vezana uz COVID respiratori uređaji za testiranje i sekvencioniranje reagensi testovi
--	-----------------------------	--------------------------------------	--

Klima u široj zajednici

Pri skupini predstavnika djelatnika, nema prepoznavanja *neosvijesćenosti o mogućnostima i važnosti doniranja, neprihvatljivih pristupa u prikupljanju donacija* te da je *prostor doniranja pogrešno generiran*, kao što je to pri skupini predstavnika menadžmenta (Tablica 5.3.5.6.). Pri skupini djelatnika, opisivanje stavova zajednice o doniranju prema zdravstvenim ustanovama (koliko ono okupira zajednicu, koliko je to prioritet, kako zajednica iskazuje svoju podršku takvom postupanju te koliko i kako je uključena u davanje podrške) otkriva nove elemente: *sklonost izbjegavanja osobne promocije donatora kroz doniranje i različiti senzibilitet lokalne uprave.*

Tablica 5.3.5.6. Prikaz teme *Klima u široj zajednici s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Klima u široj zajednici		<i>mogućnosti snažnijeg razvijanja doniranja</i>	50% istih donatora svake godine donatori koji su prije donirali se ponovno javljaju
		<i>sklonost izbjegavanja osobne promocije kroz doniranje</i>	najviše donatora ne želi biti eksponirano dio donatora želi ostati anoniman
		<i>skupine s posebnim interesom donatora</i>	na djecu su svi osjetljivi
		<i>različiti senzibilitet lokalne uprave</i>	županija velika potpora u donacijama bez značajne koristi od grada

Klima u zdravstvenoj ustanovi

Prilikom opisivanja ponašanja prisutnih u zdravstvenoj ustanovi prema doniranju, dajući time naznaku o spremnosti ustanove za uključivanje doniranja kao dio kapaciteta, predstavnici djelatnika otkrivaju međuigru različitih manjih procesa koji se odvijaju unutar (uspješnog) prikupljanja donacija. Kao dio **klime u ustanovi**, predstavnici prepoznaju *ulaganje u izgradnju odnosa s donatorima* (Tablica 5.3.5.7.) koje ide u rasponu od pozivanja donatora na zajednička događanja do toga da će po preminuću donatora dati priznanje za njegovo djelovanje prema ustanovi. Između tog raspona odvija se niz kontakata kojima se izgrađuje odnos do te mjere da se pri pojavi potrebe može nazvati donatora i zamoliti za reagiranje. Jedan dio *ulaganja u izgradnju odnosa* odvija se kao odraz *snažne povezanosti ustanove i pomaganja zajednice*. Dio ustanova djeluje u manjim lokalnim zajednicama gdje postoji tradicija uključenosti građana u izgradnju ustanove i njen razvoj, tako da su tu i odnosi i veze unutar zajednice snažnije.

Također, i gdje su djelatnici ustanove uključeni u različite aktivnosti pri lokalnoj zajednici tako da zajednica prepoznaje ustanovu „kao svoju“ i spremnije reagira na njene potrebe.

Negdje između tih trenutaka *ulaganja u odnos* i *snažne povezanosti*, za neke ustanove odvijala se *postepena izgradnja najučinkovitijeg pristupa* u prikupljanju donacija. Ovdje, u okviru teme **Klima u ustanovi**, taj se najučinkovitiji pristup oslikava kroz reakcije djelatnika ustanove:

„Naravno da je meni, kad sam došla tamo, bilo silno teško to sve skupa probati. "Šta ćemo se mi prostituirati? Šta će oni nama donirati?"... To nisi znao tko pije tko plaća, kako se to ide tamo vamo. Ali onda uglavnom vi naučite put, da mi sjednemo s tim ljudima...A onda se sve to ustalilo. I sve je bilo transparentno, jasno i po špranci." (DD38).

Dana izjava se odnosi na kontekst opisa građenja sustava u procesu prikupljanja donacija, gdje je dolazilo do mnogo ulaganja u smislu ljudskog resursa. Dolazilo je do pozivanja donatora u ustanovu kako bi se predstavile potrebe i kasnije pokazalo učinjeno, uz paralelno djelovanje na strukturu u ustanovi kako bi prihvatile doniranje i kako bi se izgradila jasna struktura njihova prikupljanja.

Tablica 5.3.5.7. Prikaz teme *Klima u zdravstvenoj ustanovi s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Klima u ustanovi		<i>ulaganje u izgradnju odnosa s donatorima</i>	pozivanje donatora na događanja pozivanje donatora na susret za zahvalu objava zahvale u novine i slanje cvijeća po smrti donatora donator kojeg mogu nazvati i reći što treba kontinuirana komunikacija za izgradnju odnosa s donatorima pozivanje donatora na zajednička događanja
		<i>snažna povezanost ustanove i pomaganja zajednice</i>	zadržan duh doniranja uže zajednice kroz povijest zgrada ustanove povijesno izgrađena donacijama građana djelatnici iz ustanove uključeni u rad u zajednici jaka povezanost ustanove sa zajednicom iskustvo suradnje ustanove i zajednice kroz povijest
		<i>postepena izgradnja najučinkovitijeg pristupa</i>	ustaljivanje procesa prikupljanja donacija kroz vrijeme teško početno probiti sređivanje donacijama nije se znalo tko pije tko plaća
		<i>pozitivno vrednovanje transparentnosti</i>	dogovaranje s donatorima o namjeni donacije poziv donatorima da vide što je učinjeno
		<i>prilagodba individualnom donatoru</i>	usmjerenost na prihvaćanje onoga što se ponudi ne može se nekoga zavljučiti dvije godine treba naći najbolji način iskoristiti donirano

Znanje je moć

Dajući informacije koje se odnose na znanje o doniranju u zdravstvenim ustanovama, pri djelatnicima zdravstvene ustanove ne uočava se da postoji *puno znanja o donacijama u ustanovi*

ni kreiranje pretpostavki bez njihove provjere. Postoji uočavanje s njihove strane neravnomjerno raspoređenog znanja koje se kreira uslijed nedovoljne dostupnosti i protoka informacija, čime se informacije „zadržavaju“ pri onim osobama i službama koje se bave donacijama ili onim osobama i odjelima koje primaju/traže donacije (Tablica 5.3.5.8.).

Dodatno se, pri *zabludama o doniranju*, javljaju zablude koje nisu bile vidljive kod skupine predstavnika menadžmenta, a odraz su znanja o procesu prikupljanja donacija. Izdvajaju se zablude oko toga što je kome potrebno (vidjeti: **Upravljanje procesom prikupljanja donacija**), zablude koje mogu biti odraz nerazumijevanje uloge donatora i primatelja donacije (vidjeti: **Klima u zdravstvenoj ustanovi**) izražene su kroz upit: "Što ćemo se mi prostituirati?" (DD11) ili "Što će se oni reklamirati preko nas?" (DD38) te zablude oko nepotrebnosti ulaganja u prikupljanje donacije. Ove potonje izražene su kroz stavove da je dovoljno napisati dopis i da će donacija stići. Djelatnici uključeni u procese prikupljanja jasno naznačuju da je proces prikupljanja donacija dugotrajno ulaganje. Sve navedene zablude mogu se nadvladati konkretnim informiranjem što će negdje biti provedeno kroz izradu javno dostupnog popisa potrebnih donacija, a negdje zahtjevnijom izgradnjom protoka informacija prema potrebnim razinama (vidjeti: **Upravljanje procesom prikupljanja donacija i Klima u zdravstvenoj ustanovi**).

Tablica 5.3.5.8. Prikaz teme Znanje je moć s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Znanje je moć		<i>neravnomjerno raspoređeno znanje</i>	informacije su nedovoljno dostupne slabo znanje općenito znanje imaju službe na koje se donacije odnose
		<i>zablude o doniranju</i>	slatkiši i igračke su redovno potrebni izrada liste potreba da se izbjegnu predrasude što je potrebno sve se shvati kada se dobro objasni "Što ćemo se mi prostituirati?" "Što će se oni reklamirati preko nas?" mišljenje da je dovoljno napisati dopis za realizaciju očekivanje da će netko nazvati i donirati samo po sebi

Odnos menadžmenta prema doniranju

Predstavnici djelatnika zdravstvene ustanove, prepoznaju da se *menadžment zdravstvene ustanove uključuje u aktivnosti vezane uz doniranje* (Tablica 5.3.5.9.). Uz to javlja se i uočavanje *ovisnosti smjera djelovanja pri doniranju o ravnateljstvu*. To je i vrlo očekivano: „...ovisno o tome tko je opet ravnatelj bolnice, kako se to isto mijenja kroz godine, ali nekako je uvijek ta komunikacija dvosmjerna...“ (DD40).

Tablica 5.3.5.9. Prikaz teme Odnos menadžmenta prema doniranju s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
		<u>ovisnost smjera djelovanja o ravnateljstvu</u>	komunikacija s donatorima ovisi o ravnatelju ustanove
		<u>uključivanje vodstva u aktivnosti vezane uz doniranje</u>	slanje dopisa o potrebnoj donaciji ispred ravnateljstva pismo namjere ide na znanje ravnatelju

Područja unaprjeđenja doniranja

Pri temi **Područja unaprjeđenja doniranja** (Tablica 5.3.5.10.) kod skupine predstavnika djelatnika, dolazi do odudaranja pri **važnim elemenata, izazovima i preporukama** u odnosu na skupinu menadžmenta. Postoji preklapanje pri **važnosti transparentnosti procesa prikupljanja donacija, izazova komunikacije s donatorima** te **preporuka** za izgradnju učinkovitog sustava upravljanja donacijama i razvijanja svijesti o važnosti i mogućnostima doniranja. Kao dodatni **važni elementi** javlja se **informiranje javnosti, dobar ugled donatora i izgradnja kontinuirane komunikacije s donatorima**. Pod **izazovima** javlja se **dugotrajnost procesa od doniranog novca do nabave** što se nadovezuje na izazov **obuhvatnosti procesa prikupljanja donacija**. **Preporuka** da se **olakša pristup informacijama o doniranju (propisi i dr.)** nova je u odnosu na skupinu predstavnika menadžmenta.

Tablica 5.3.5.10. Prikaz teme Područja unaprjeđenja doniranja u zdravstvenim ustanovama s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Područja unaprjeđenja doniranja	važni elementi	<u>informiranje javnosti</u>	potrebno je sve medijski popratiti i izprezentirati
		<u>dobar ugled donatora</u>	poslovanje donatora u skladu sa zakonom ne očekivanje protuusluge od donatora
		<u>izgradnja kontinuirane komunikacije s donatorima</u>	treba biti puno uključen u prikupljanje donacija kada postoji uključenost tada to povlači druge donacije treba puno komunicirati s donatorima treba stalno razgovarati s donatorima
		<u>transparentnost procesa prikupljanja donacija</u>	strogo namjenska donirana sredstva
	izazovi	<u>upravljanje donacijama traži vrijeme i resurse / obuhvatnost procesa</u>	prikupljanje donacija uzima <u>puno vremena</u> postupak doniranja traje mjesecima treba <u>puno raditi</u> da bi netko nešto donirao objašnjavanje i pojašnjavanje da se shvati bit
		<u>dugotrajnost procesa od doniranog novca do nabave</u>	naučen put da se sjedne s donatorima uzme vremena od uplate do realizacije uređenja
		<u>komunikacija s donatorima</u>	kako pristupiti donatorima
	preporuke za unaprjeđenje	<u>olakšati pristup informacijama o doniranju (propisi i dr.)</u>	raditi na pristupu informacijama (propisi i drugo vezano uz to) olakšati nepoznanice o legalnosti i oporezivanju donacija puno bolje informirati o propisima i mogućnostima

		izgraditi učinkoviti sustav upravljanja donacijama	postavljanje zajedničkog plana i cilja postojanje jedne osobe unutar ustanove za donacije
		razvijati svijest o važnosti i mogućnostima doniranja	promijeniti cjelokupno stanje u svijesti ljudi obrazovati građane da steknu dojam mogućnosti
		unaprijediti vrednovanje doniranja u zajednici	donatorima treba dati važnost za njihov rad i donaciju počasno imenovanje donatora u savjet ustanove stimulirati doniranje na nacionalnom nivou
		unaprjeđenje zakonske regulacije	olakšati pravne aspekte doniranja (plaćanje/odbijanje poreza)

5.3.6. Intervjui s predstavnicima donatora

Slijedi prikaz rezultata za skupinu donatora koji doniraju zdravstvenim ustanovama. Kao i ranije, svaka tema prikazana je u tablici s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima. U analizi je usmjerenje na specifičnosti i nove aspekte koji pri ranijim skupinama nisu uočeni, odnosno u prikazu se radi usporedba s ranije prikazanom skupinom vodstva / menadžmenta i skupinom djelatnika.

Ulaganje u dobrobit

Pri opisima dobrobiti koje se prepoznaju prilikom prikupljanja donacija od strane zdravstvene ustanove, bez obzira zahvaća li ona pojedinca, ustanovu ili širu zajednicu, pri skupini predstavnika donatora dolazi do prepoznavanja **dobrobit za zajednicu**. Ta dobrobit prepoznaje se kroz *razvoj društveno odgovornog poslovanja* koji je pri određenim donatorima dio njihovog redovnog poslovanja i kroz *učinkovitiji zdravstveni sustav*. Kroz potonje se javlja pogled prema sustavu u cjelini što se nije javilo pri prethodnim skupinama sudionika (Tablica 5.3.6.1.).

Tablica 5.3.6.1. Prikaz teme Ulaganje u dobrobit s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Ulaganje u dobrobit	dobrobit za zajednicu	<i>razvoj društveno odgovornog poslovanja</i>	društveno odgovorno poslovanje bitan dio poslovne politike društveno odgovorno poslovanje je svakodnevni dio poslovanja doniranje se odvija kao dio društveno odgovornog poslovanja
		<i>učinkovitiji zdravstveni sustav</i>	olakšanje za zdravstveni sustav
	dobrobit za ustanovu	<i>sanacija i obnova ustanove kroz donacije</i>	rekonstrukcija odjela iz donacija donacijskim sredstvima uređena klinika izgradnja zgrade odjela s donacijama financijski plan uređenja parka pokriven donacijama obnova nakon potresa kroz donacije sanacija nakon poplave donacijama

			uređenje parka pokriveno donacijama
		<i>učinkovitije djelovanje ustanove</i>	olakšan posao djelatnicima ustanove
		<i>rješavanje potreba koje bi ostale nezadovoljene</i>	ubrzavanje postupaka za neke uređaje ili uređenje 30-40 vozila u sanitetu od kojih 25 nije u funkciji pacijent pao u vozilu jer nije bilo kaiš za vezanje
		<i>doprinos doniranja financiranju ustanove</i>	preraspodjela sredstava iz budžeta ne druge stvari
		<i>zadovoljniji djelatnici</i>	zadovoljniji djelatnici
	<i>dobrobit za korisnika</i>	<i>dostupnija usluga skrbi</i>	provedba pregleda odmah pri dolasku kraće čekanje na pregled ne ide se u drugi grad na pregled
		<i>unaprijeđeni uvjeti skrbi</i>	održavanje nivoa zdravstvene zaštite doniran bitan aparat za dijagnostiku poboljšanje razine zdravstvene skrbi poboljšani uvjeti za boravak korisnika
		<i>pozitivnije reakcije korisnika na skrb</i>	kad je bolnica derutna, boravak i oporavak je teži zadovoljni pacijenti
	<i>dobrobit za donatora</i>	<i>„intrizično“ zadovoljstvo</i>	zadovoljniji donator potvrda da je učinjeno priznato i cijenjeno
	<i>doprinos inovacijama</i>	<i>inovacije kako dio djelovanja i svrhe donatora</i>	prenošenje <i>know how</i> iz inozemstva razvoj znanstvenih projekata da se pomogne većem broju osoba svrha donatora usmjerena prema inovativnim istraživanjima
		<i>ograničenja razvoja inovacija</i>	ključni su ljudi - pravi ljudi na pravim mjestima RH nije na razini napretka zdravstvene skrbi za inovativnost raspodijeljeni budžet je možda nedovoljan za neku inovaciju bolnice nemaju najosnovnije za rad
		<i>povećanje podrške za razvoj inovacija</i>	uz veće ulaganje od države moguć i veći doprinos
		<i>donacije kao generator inovacija</i>	donacijama omogućeno personalizirano liječenje (dijagnostika) dio doniranih uređaja je nadogradnja i inovativnost

Dobrobiti za ustanovu i **Dobrobiti za korisnika**, jednaki su kao i pri skupini predstavnika menadžmenta. Razlika dolazi pri temi **Dobrobiti za donatora**, gdje se javlja prepoznavanje dobiti na *unutarnjem zadovoljstvu* i pri podtemi **Doprinos inovacijama**. Nekim donatorima su inovacije ugrađene u njihovu svrhu, što potencijalno, zbog upoznatosti tematike, olakšava i prepoznavanje *ograničenja razvoja inovacija*.

Doniranjem do cilja

Tema **Doniranjem do ciljeva** nije se izdvojila kroz opise sudionika, odnosno nije se uočilo da sudionici prepoznaju da je došlo do utjecaja doniranja na ciljeve ustanove i/ili da postoji neki sudnos doniranja i ciljeva.

Slušanje i davanje glasa

U okviru teme **Slušanje i davanje glasa** (Tablica 5.3.6.2.) pri predstavnicima skupine donatora, prisutni su jednaki elementi prepoznavanja *neuključenosti u donošenje odluka i upravljačku strukturu*. Javlja se opisivanje *inicijative donatora za prostor davanja glasa pacijentu koja nije zaživjela*, kao jedan novi trenutak. Kontekst takve inicijative je vrlo specifičan i vezan uz donatora koji djeluje na određeni način kao predstavnik pacijenata. Nastojalo se u okviru inicijative osnovati savjetodavno tijelo no on je bio kratko postojeći.

Tablica 5.3.6.2. Prikaz teme *Slušanje i davanje glasa s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Slušanje i davanje glasa	suodlučivanje s donatorima	<i>neuključenost u donošenje odluka i upravljačku strukturu</i>	donatoru nije cilj biti dio strukture upravljanja nepoznavanje jel netko uključen u upravljačku strukturu
		<i>inicijativa donatora za prostor davanja glasa pacijentu nije zaživjela</i>	neuspjeh uz veliki trud izostanak suradnje zbog osjećaja ugroženosti ustanova osjećala prisilu izostanak partnerstva pokušaj osnivanja savjeta pri ustanovi

Od maske do nasljedstva

Tema **Od maske do nasljedstva** pri skupini donatora nije u usporedbi s prethodne dvije skupine sudionika pokazala neke nove elemente (Tablica 5.3.6.3.).

Tablica 5.3.6.3. Prikaz teme *Od maske do nasljedstva s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Od maske do nasljedstva		<i>donacije u naturi</i>	donacija namještaja nabava ormarića nabavka dodatnih kreveta doniranje medicinskih uređaja doniran prijenosni inkubator nabava uređaja za preglede i liječenje donacija za kupnju aparata/uređaja donacija ultrazvuka
		<i>donacija financija</i>	donacija novaca za uređenje prostora za boravak roditelja donacija financija za lijek financije za uređaje potrebne prilikom pregleda
		<i>donacija ostavine/nasljedstva</i>	ostavljen stan nakon smrti udruzi - od najma za uređaj

Upravljanje procesom prikupljanja donacija

Tema **Upravljanje procesom prikupljanja donacija** donijela je mnogo razlika u odnosu na prethodne dvije skupine (Tablica 5.3.6.4.). Pogledi na proces prikupljanja donacija, odražavaju njihovu posebnost kao donatora koja često nosi obilježje da donator prikuplja sredstva koja

donira. S takvim iskustvom dolazi do kombiniranja njihovog iskustva s prikupljanjem donacija i iskustva daljnjeg doniranja tih sredstava. Nadalje, donatori jasno komuniciraju da *odabiru prioritete* u svom doniranju koji se mijenjaju kroz vrijeme i u odrazu su informacija dobivenih od primatelja donacija. Pri *odabiru prioriteta* nastoje da dođe i do *nacionalnog pokrivanja donacijama*, što je izraženije kod većih donatora (većih tvrtki). Povrh toga, *izuzetno transparentan proces upravljanja donacijama*, obilježje je koje se prepoznaje u različitim dijelovima komunikacije sa zdravstvenim ustanovama, a *projektni menadžment prepoznaje se kao nužan u prikupljanju donacija*.

Odudarajući opis vezan je uz *zaobilaženje teškoća* do kojih dolazi zbog dugotrajnosti i obimnosti procesa prikupljanja donacija od strane zdravstvenih ustanova. Da se izbjegne dugo čekanje realizacije donacije, dolazi do dogovora s donatorima da prilagode svoju donaciju na način da umjesto direktno doniranih financijskih sredstava, uplate dobavljaču potrebni iznos za uređaj i sl.

Još jedan odudarajući dio pri donatorima je prikaz njihovih *načina prikupljanja i upravljanja sredstvima za donacije*. Tu dolazi do velikog raspona od kompleksnih programa do jednostavnijih aktivnosti. Na jednom kraju je izdvajanje financija unutar budžeta za donacije ustanovama i humanitarne akcije prikupljanja sredstava, a s druge humanitarni dugoročni projekti pomaganja zajednici. Primjerice, kroz kartice se odvija ili dodatno doniranje od strane korisnika kartica ili odricanje nagradnih bodova za doniranje ili odricanje tvrtke od zarade kod svake transakcije ili odricanje dijela iznosa od članarine itd. Pokretanje zaklade također predstavlja jedan vrlo specifični kraj u rasponu kompleksnih programa doniranja. Najspecifičniji se odvija kroz suradnju s Ministarstvom zdravstva gdje se suradnički dogovaraju potrebe prema kojima se usmjeravaju donacijska sredstva. Suradnja je regulirana ugovorom prema kojim za svako usmjeravanje sredstava negdje drugdje od strane donatora, treba postojati zasebna suglasnost Ministarstva:

„...Ministarstvo zna kojim bolnicama treba najviše uređaj i Ministarstvo je to koje zna koji im uređaji trebaju. Znači, oni nama šalju na nekakvoj dinamici koju smo mi dogovorili listu bolnica, prioriteta i mi točno idemo od bolnice do bolnice, koji uređaj treba i kad prikupimo dovoljno sredstava mi doniramo ta sredstva...Imamo ugovore po kojima doniramo njihovim projektima i onda nam oni trebaju dati suglasnost da su oni suglasni da ta sredstva budu izdvojena u neke druge svrhe, a opet na pomoć društva.“

(DD36)

Pri ovoj temi, iz intervjua s predstavnicima donatora otkrila se i podtema *situacijskog generiranog načina prikupljanja i upravljanja sredstvima*. Naime, uslijed različitih situacija s kojima se donatori susreću, dolazi do *situacijskih razloga odabira specifičnog načina prikupljanja i upravljanja donacijama* ali i *mehanizama donošenja kvalitetnih odluka*.

Tablica 5.3.6.4. Prikaz teme Upravljanje procesom prikupljanja donacija s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Upravljanje procesom prikupljanja donacija		<u>odabir prioriteta pri doniranju</u>	svaka akcija mora navesti gdje su usmjerena sredstva djeca su najranjivija usmjeravanje prošle godine na dječje odjele prikupljanje zahtjeva kroz godinu donošenje odluke u koje će se ustanove ulagati ciljevi doniranja se revidiraju suradnja s ministarstvom koje šalje listu bolnica i prioriteta odabir najosjetljivijih/najpotrebitijih promatranje s kime se želi povezati ugled manji grad koji se na bavi donacijama ustanova pretrpila veliki potres
		<u>izuzetno transparentan proces upravljanja donacijama</u>	obavijest donatora o kupnji s doniranim novcem sve ustanove kažu unaprijed za što će poslužiti donirani novac akcije prikupljanja sredstava se jako prate svaka akcija prikupljanja sredstava mora se prijaviti Županiji ustanovi se uplaćuje iznos koji je potreban za uređaj kod donacija zdr. ustanovama detaljiziran način doniranja donacije zdravstvenim ustanovama omogućuju 100% usuglašenost ministarstvo ima svoje procese, procedure i pravila internetska stranica s informacijama o prikupljenom i doniranom raspolaganje s dokumentacijom javnog natječaja od bolnice zna se kamo ide svaki cent od donacije pismo namjere upućuje se ravnatelju ugovor o donaciji s iznosom i namjenom
		<u>nastojanje nacionalnog pokrivanja donacijama</u>	usmjeravanje da se pokriju ustanove kroz cijelu RH pokrivanje lokalnih zajednica u kojima je tvrtka prisutna pokušava se povezati sjever i jug pri doniranju donator „šeće“ po cijeloj RH
		<u>nužan projektni menadžment u prikupljanju donacija</u>	dobro se pripremiti proučavanje pravne tematike kao dio pripreme napraviti SWOT napraviti <i>risk assessment</i> potrebno definirati cilj i <i>gantogram</i> partnerstvo s medijima uvid u posljedice godinama unaprijed
		<u>zaobilazanje teškoća</u>	ustanove traže donatora da plati iznos dobavljaču jer je kraće zbog dugotrajnosti stalno je nekoliko donacija u procesu
		<u>različiti načini prikupljanja i upravljanja sredstvima za donacije</u>	humanitarne akcije prikupljanja sredstava (udruga) humanitarni dugoročni projekt pomaganja zajednici kroz kartice partneri/prijatelji koji dodatno doniraju kod korištenja kartica

			<p> mogućnost odricanja bodova za doniranje odricanje od zarade kod svake transakcije odricanje dijela iznosa od članarine pokretanje zaklade nema prikupljanja sredstava zakladi povremene uplate donacije zaklade na zaklade prenesena sva imovina obitelji pokrenut donatorski program koji uključuje klijente klijenti zaokružuju iznos pri kupnji unutar budžeta izdvajanje financija za donacije ustanovama ugovor s ministarstvom za suradnju u projektu doniranja strateška usmjerenost s Ministarstvom u programu doniranja ugovor s Ministarstvom o doniranju projektima višegodišnja suradnja s Ministarstvom doniranje uz suglasnost ministarstva i u druge potrebe porast sredstava zbog veće upotrebe kartica razvijena mehanika sakupljanja sredstava za doniranje partneri/prijatelji koji dodatno doniraju kod korištenja kartica mogućnost odricanja bodova za doniranje odricanje od zarade kod svake transakcije odricanje dijela iznosa od članarine </p>
<i>situacijski generirani načini prikupljanja i upravljanja sredstvima</i>	<u>razlozi odabira specifičnog načina prikupljanja i upravljanja donacijama</u>	<p> podizanje svjesnosti koliko se dobrog može napraviti imati širi doseg kontinuirani način davanja uz uključivanje drugih način da se društveno odgovorno poslovanje digne na viši nivo dana zakletva ljudima i Bogu novac ide slijedećoj akciji na temelju administrativnih uvjeta medicinski djelatnici nisu uključeni u odobravanje hum. akcija novac ne smije ići onima koji nemaju ključne medicinske problem humanitarne akcije su poluga za pranje novca </p>	
	<u>mehanizam donošenja kvalitetnih odluka</u>	<p> savjetodavni odbor nadzorni odbor upravni odbor povezivanje s osobama značajnih medicinskih znanja svakodnevna suradnja s upravnim odborom na procjeni slučajeva neutemeljeni medicinski slučajevi se odmah odbacuju podnošenje godišnjeg izvještaja </p>	
<i>implementacija i praćenje</i>	<u>informiranje javnosti o donacijama</u>	<p> automatizmom objave iz medija idu na internetsku stranicu </p>	
	<i>informiranje donatora o prikupljenim donacijama</i>	<p> posjet doniranog odjela poziv donatoru za dolazak u ustanovu posjetio bi se jedan odjel od doniranih za posjetu fiktivna primopredaja zbog komunikacijskih aktivnosti </p>	

Doniranje zaraženo COVID-om

Pri opisu promjena koje su se odvijale tijekom epidemije bolesti COVID-19, skupina predstavnika donatora, razlikuje se od prethodnih samo u segmentu *prilagodbe prikupljanja*

donacija koja se odrazila kroz odvijanje akcija na otvorenom prostoru zbog epidemioloških mjera (Tablica 5.3.6.5.).

Tablica 5.3.6.5. Prikaz teme Doniranje zaraženo COVID-om s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Doniranje zaraženo COVID-om		<i>prilagodba prikupljanja donacija</i>	akcije prikupljanja su provedene na otvorenom
		<i>promjena u motivaciji za doniranjem</i>	porast potrebe za doniranjem COVID naglasio potrebu društveno odgovornog poslovanja
		<i>prilagodba procesa upravljanja donacijama</i>	dobivene potrebe od Ministarstva prema kojima se doniralo doniranje bolnicama i izvan ugovorenog projekta uz suglasnost nije bilo obilaska ustanova (komuniciralo se mailom i dopisima)
		<i>donatori prilagodili svoje poslovanje potrebama za donacije</i>	proizvedeno sredstvo za dezinfekciju
		<i>specifična struktura donacija</i>	tematski sve usmjereno na COVID

Klima u široj zajednici

Tema **Klima u široj zajednici** pri skupini donatora donijela je neke nove kodove u usporedbi sa skupinom menadžmenta i skupinom djelatnika (Tablica 5.3.6.6.). Pri tome, *mogućnosti snažnijeg razvijanja doniranja* ostao je zajednički element za sve tri obuhvaćene skupine sudionika. Pri donatorima dolazi do dodatnih nijansa u tim mogućnostima na koje se može utjecati da se ta mogućnost ostvari (npr. povlastice za donatore, informiranje od strane medija). Ostale nijanse potvrđuju voljnost građana za sudjelovanje u transparentnom, jasno vođenom procesu doniranja.

Tablica 5.3.6.6. Prikaz teme Klima u široj zajednici s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Klima u široj zajednici		<i>nepovjerenje članova zajednice prema doniranju</i>	korisnici se žale dok im se ne objasni situacija politička volja u RH je takva se ništa ne radi transparentno negativno razmišljanje o humanitarnim ustanovama malverzacije s doniranim novcem potakle veći oprez poznato da je bilo afera oko donacija zabrinutost hoće li odobrena donacija doći do tražitelja danas se u institucije manje vjeruje“ lokalna zajednica nije sklona ustanovi no sklona je udruzi "Ne znamo jel otišlo tamo gdje je trebalo. objašnjavanje zakladnika koji auto vozi dok je dao gotovo sve uvjerenje da se novac pere preko zaklade imputiranje raznih stvari i prozivanje osuda javnosti svih koji su u humanitarnim projektima

	<i>mogućnosti snažnijeg razvijanja doniranja</i>	povlastice kod doniranja nisu takve da bi bile motiv doniranja mediji poprate akcije prikupljanja sredstava što je zajednica manja, lokalna uprava je više uključena oformljen klub volontera kod donatora djelatnici donatora ponosni na firmu u kojoj rade zbog donacija broj klijenata pokazuje koliko se cijeni donatorski program od početka tvrtke postoji budžet za doniranje
	<i><u>prostor doniranja ukazuje na širu problematiku</u></i>	djelatnici ustanove zatrpani poslom u zahtjevima odjel traži nešto za sebe potrebe u ustanovi su veće od dobivenog traženje sredstava za bitne uređaje čuđenje u inozemstvu zbog doniranja bolnicama

U skladu s tim nijansama stoji opisivanje *nepovjerenja članova zajednice prema doniranju* koje je utemeljeno na različitim negativnim iskustvima. Taj temelj nadovezuje se na *neprihvatljive pristupe u prikupljanju donacija* (vidjeti pri skupini menadžmenta: **Klima u široj zajednici**). Nadalje, još jedno prepoznavanje pri donatorima koje se oslanja na neke dijelove prepoznate pri ostalim skupinama je izdvajanje da *prostor doniranja ukazuje na širu problematiku*. Tu možemo vidjeti povezanost s izdvajanjem kod skupine predstavnika menadžmenta da je *prostor doniranja pogrešno generiran* (vidjeti pri skupini menadžmenta: **Klima u široj zajednici**). Donatori prepoznaju da su potrebe ustanova veće od dobivenog (dobivenog i kroz donacije), a problem situacija se očituje i kroz traženje sredstava od strane ustanova za bitne uređaje u svakodnevnom radu.

Klima u zdravstvenoj ustanovi

Vrlo slično kao i pri prethodnoj temi, i tema **Klima u zdravstvenoj ustanovi** donijela je pri skupini donatora neke nove kodove u usporedbi sa skupinom menadžmenta i skupinom djelatnika (Tablica 5.3.6.7.) i to redom sve nove kodove. Kao nastavak na prepoznavanje da *prostor doniranja ukazuje na širu problematiku*, donatori progovaraju o *nužnosti revidiranja prostora potreba za donacije* no na način da se ono odnosi na razinu ustanove, a ne na razinu sustava. To je i razlog zašto je kod kategoriziran pod temom **Klima u zdravstvenoj ustanovi**. Donatori opisuju *pozitivna iskustva suradnje*, iako pri jednom od donatora dolazi do opisivanja *neuočavanja uloženog truda u prikupljanje donacija i nedostatka senzibiliteta za funkcionalnost donacija*. Skupina donatora, obuhvatila je manji broj osoba, tako da se svi elementi koji se javljaju po prvi puta u okviru tema, osobito u odnosu sa ostale dvije obuhvaćene skupine (menadžment i djelatnici) treba uzeti s intencijom proširenja istraživanja.

Tablica 5.3.6.7. Prikaz teme *Klima u zdravstvenoj ustanovi s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Klima u zdravstvenoj ustanovi		<u>nužnost revidiranja prostora potreba za donacije</u>	poražavajuće da se stalno donira nekome pljačkanje ljudi da daju sredstva za ono što su već dali ustanove se javljaju kao ti kojima su potrebna sredstva donatori ponudili svojeg menadžera ustanovi pacijenti se tuže na nedostatak toaletnog papira dugo vremena zahtjevi za istim donacijama ustanovama vladaju šefovi računovodstva ravnatelji ustanova ne znaju raditi menadžerski posao
		<u>pozitivna iskustva suradnje</u>	dio djelatnika jedva čeka uređaje i dodatno se educira susretljivi djelatnici u ustanovama tijekom 25 godina uvijek dobra iskustva sve dogovoreno je uvijek kupljeno, nabavljeno ili obnovljeno svi otvoreni i susretljivi kod doniranja neki u sustavu shvaćaju cijeli posao prikupljanja donacija
		<u>neuočavanje uloženog truda u prikupljanje donacija</u>	sretni da im se olakšao posao i ide se dalje sutra se već donacija zaboravi i ide se dalje ne uočavaju uloženi trud u senzibilizaciju donatora
		<u>nedostatak senzibiliteta za funkcionalnost donacija</u>	donirani kreveti stavljeni u vlažan podrum korisnik stavljen tako da ne vidi donacijama oslikan zid donacija stavljena u funkciju po intervenciji donatora

Znanje je moć

Tema **Znanje je moć** nije pri skupini predstavnika donatora donijela nikakve nove poglede (Tablica 5.3.6.8.).

Tablica 5.3.6.8. Prikaz teme *Znanje je moć s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Znanje je moć		<i>neravnomjerno raspoređeno znanje</i>	suvereno poznavanje procesa doniranja uprava s kojom se komunicira ima znanje znanje imaju osobe s kojima se komunicira o donacijama
		<i>zablude o doniranju</i>	mišljenje o favoriziranju nekog dobavljača traženje od donatora da urgira na odabir javnog natječaja

Odnos menadžmenta prema doniranju

Skupina donatora u opisima nije dala neke informacije koje bi izgradile izdvojeni element u okviru teme **Odnos menadžmenta prema doniranju**.

Područja unaprjeđenja doniranja

Tema **Područja unaprjeđenja doniranja** donijela je od strane donatora nove uvide koji nisu ranije bili prisutni. Postoji podudaranje s ostale dvije obuhvaćene skupine sudionika u **važnim elementima** kao što je *transparentnost procesa prikupljanja donacija*. Uz njega se pri donatorima naglašava i *važnost učinkovitosti doniranih sredstava* i *važnost suradnje različitih dijelova i članova zajednice* (Tablica 5.3.6.9.).

Pri *izazovima*, postoji podudaranje pri prepoznavanju *obuhvatnosti procesa upravljanja donacijama*, odnosno *dugotrajnosti procesa od doniranog novca do nabave*. Kao novi izazov javlja se *neusklađenost sustava* uslijed kojeg dolazi do „cjepkanja“ iznosa sredstava na više zdravstvenih ustanove pri čemu svatko dobije malo, a nedovoljno da pokrije potrebito. Kako je vidljivo pri temi **Upravljanje procesom donacija**, i to se može nadići kreiranjem ugovornih odnosa koje će strukturirano pratiti potrebe i usmjeravanje sredstava na njih. Kao izazov koji kod skupine menadžmenta i djelatnika nije uočen, izdvojili su se i *popratni troškovi doniranja* (npr. troškovi bankovnih transakcija za doniranje).

Preporuke donose preklapanje pri potrebi *izgradnje učinkovitog sustava upravljanja donacijama* i *razvijanja svijest o važnosti i mogućnostima doniranja*. Nova preporuka koja se otkriva pri donatorima je *povećanje transparentnosti u poslovanju* koja je dana od strane jednog donatora u kontekstu revoltiranosti iskustva s određenim neutemeljenim osudama dijela javnosti. U tom kontekstu donator predlaže kaznu zatvora za netransparentno vođenje evidencije zaklade, omogućavanje uvida u sve ulazne i izlazne račune jednim klikom te izradu baze podataka zaklada sa spoznajnom bruto bilancom.

Tablica 5.3.6.9. *Prikaz teme Područja unaprjeđenja doniranja s pripadajućim podtemama, kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Područja unaprjeđenja doniranja	važni elementi	<i>transparentnost procesa prikupljanja donacija</i>	zadržati kredibilitet u doniranju jasno definirani postupci i procedure sigurnost ljudi da znaju kamo ide njihov novac dodatni angažman za vidljivost sredstava na internetskim stranicama jako bitno da se zna da su novci otišli kako je najavljeno uplata i svrha mora biti transparentno "Jedna kriva lova u kešu i gotov si." transparentnost je baza svega apsolutna transparentnost važno da bude sve transparentno otvaranje posebnog računa da se vidi kuda idu sredstva transparentan način rada ulio povjerenje donatorima transparentno u svemu kod provedbe akcija prikupljanja sredstava
		<i>učinkovitost doniranih sredstava</i>	prepoznavanje doprinosa je ključno da sredstva budu potrošena za pravu svrhu pojedine životne priče utjecaja donacija učiniti nešto dobro donacijom poticanje pozitivnih promjena i razvoja
		<i>suradnja različitih dijelova i članova zajednice</i>	suradnja s različitim dionicima stvaranje nove zajednice ljudi koji sudjeluju u realizaciji
	izazovi	<i>dugotrajne i komplicirane procedure doniranja</i>	zbog dugotrajnosti stalno je nekoliko donacija u procesu čeka se realizacija donacija dok pacijenti putuju u drugi grad sve mora proći silna odobrenja dugotrajan proces koji malo koči javni natječaj se nekada ruši pa se ponavlja

<i>preporuke za unaprjeđenje</i>		prođe i godina dana od namjere do uplate nakon gotovog procesa javljeno da je donacija sponzorstvo cijeli proces doniranja je dugotrajan i mukotrpan ostali bez tapeta zbog birokracije ustanove traže donatora da plati dobavljaču jer je kraće donator piše pismo namjere, a tražen je za donaciju tražena donacija ide na odobravanje kroz pismo namjere trajat će i godinu dana dok se dođe d., uređaja“
	<u>neusklađenost sustava</u>	raspodjelom iznosa ne ostaje puno prostora za velike zahvate treba "kemijati" više donacija za napraviti nešto konkretno puno akcija prikupljanja sredstava koje su individualne solidaran sustav u kojem se lijek ne može nabaviti preko HZZO-a
	<u>popratni troškovi doniranja</u>	kod svake transakcije donacije plaća se bankovna naknada
	<u>izgraditi učinkoviti sustav upravljanja donacijama</u>	imati centar izvrsnosti gdje će se vodeći liječnici dogovarati pojednostaviti proces doniranja
	<u>razvijati svijest o važnosti i mogućnostima doniranja</u>	senzibilizirati javnost, medije i lokalnu upravu
	<u>povećati transparentnost u poslovanju</u>	kazna zatvora za netransparentno vođenje evidencije zaklade omogućiti Uvid u sve ulazne i izlazne račune jednim klikom oformiti transparentniji način funkcioniranja svih zdr. ustanova izrada baze podataka zaklada s spoznajnom bruto bilancom

5.4. Studije slučaja

Za svaku od studija slučaja, dane su kratke informacije o zdravstvenoj ustanovi koja je zahvaćena studijom. Nakon toga slijedi prikaz analize dokumenata, analize intervjua i glavnih zaključnih smjerova proizašlih iz studije. Analiza dokumenata prikazana je kroz tablicu i opisno prema promatranim elementima. Analiza intervjua, također je prikazana kroz tablicu i opisno s elementima interpretacije i povezivanja s konceptualno/teoretskim okvirom.

5.4.1. Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac

Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac, katolička je neprofitna zdravstvena ustanova koja obavlja specijalističko – konzilijarno i bolničko liječenje iz područja psihijatrije i palijativne skrbi te Dnevnu bolnicu.⁵⁰ Odjel kroničnih duševnih bolesti ima 110 ležajeva i uz nekoliko odsjeka, sadrži i Odsjek za radnu terapiju, Dnevnu bolnicu i Opću

⁵⁰ Statut Specijalne bolnice za psihijatriju i palijativnu skrb „Sveti Rafael“ Strmac.

psihijatrijsku ordinaciju. Odjel palijativne skrbi i dugotrajnog liječenja broji 30 kreveta. Sadrži Odsjek za palijativnu skrb i Odsjek za dugotrajno liječenje⁵¹.

Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac izdvojila se od ostalih zdravstvenih ustanova po tome što je na prvom mjestu prema učestalosti izvješćivanja o volonterskim aktivnostima kroz godine. Uočeni su podaci iz izvješća za 7 godina (od 2015. do 2021. godine). Prema analizi popisa izvješća organizatora volontiranja, Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac, je u tome periodu uključila kao organizator volontiranja 88 volontera koji su ukupno volontirali 14986,35 sati. Prosječni broj volontera u pojedinoj godini iznosi 12,57, a prosječni broj sati u godini iznos 2140,91.

Na svojim internetskim stranicama, ustanova ima zasebnu podstranicu *Volonteri*⁵². Stranica sadržava stav prema volonterima kao resursu koji nije „nadomjestak manjka osoblja već snaga koja doprinosi podizanju standarda, kao resurs i potencijal za usluge koje se ne tiču neposredno liječenja i medicinskog postupanja prema bolesniku“. Stranica sadrži upute za osobe zainteresirane za volontiranje, uključujući: Pravilnik o radu s volonterima, Smjernice za uključivanje volontera u skrb za bolesnike, viziju volontiranja u Specijalnoj bolnici za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael, hodogram postupanja za volontera i za koordinatore volontera, informacije o inkluzivnom volontiranju, informacije o koordinacijskom timu za rad s volonterima, prijavnicu za volontiranje, volonterske pozicije, etički kodeks volontera i informacije o edukaciji volontera.

5.4.1.1. Analiza dokumenata

Kod prikaza dokumenata obuhvaćen je jedan strateški dokument ustanove i tri dokumenta koja se konkretno odnose na volontiranje (Tablica 6.2.1.1.1.). Zaprimiti su i obrasci koji se koriste u procesu odabira i uključivanja volontera koji nisu obuhvaćeni analizom, a navedeni su izdvojeno u tablici.

⁵¹ *O bolnici*. Dostupno na: <https://bolnicavetirafael.eu/o-bolnici/> Pristup: 5.10.2023.

⁵² *Volonteri*. Dostupno na: <https://bolnicavetirafael.eu/volonteri/> Pristup: 5.10.2023.

Tablica 5.4.1.1.1. Prikaz analiziranih dokumenata Specijalne bolnice za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac prema pojedinom promatranom elementu

Dokument	Element			
	<i>produkcija dokumenta i lokacija (razlog kreiranja dokumenta, kreirano na vlastitom iskustvu ili temeljem sekundarnih izvora, nadograđivano kroz vrijeme ili ne)</i>	<i>autorstvo i ciljna publika (tko je kreirao dokument, ciljna skupina)</i>	<i>kontekst (zahvaća li opis specifičnih procedura – vodič kroz praksu, koji su ključni elementi teksta)</i>	<i>posljedice (koji je očekivani utjecaj dokumenta, kako se prati implementacija dokumenta – ako je relevantno, kako dokument naglašava važne aspekte)</i>
Statut	Ne spominje volontiranje Lokacija: internetske stranice zdravstvene ustanove			
Pravilnik o radu s volonterima	Procjenjuje se razlog: utvrđivanje načina postupanja oko volontiranja kao razlog kreiranja dokumenta Lokacija: internetske stranice zdravstvene ustanove Nije vidljivo na kojem je iskustvu kreiran dokument i nadogradnja kroz vrijeme Datum kreiranja dokumenta: 2020.	Autorstvo: Zdravstvena ustanova / Upravno vijeće bolnice Ciljna skupina: volonteri i djelatnici	Zahvaća definiciju volontiranja i volontera; praktične smjernice za volontiranje i koordinaciju volontera (uključivanje volontera, standarde volontiranja, koordinator volontera, evidencija rada volontera, orijentacija i obuka, ugovor o volontiranju, naknadu troškova, nagrađivanje, procjenu volontiranja); te prestanak volontiranja	Namjera dokumenta je: postizanje ravnoteže između uloženog truda i postignutih rezultata, kako kod volontera tako i kod organizacije; pružanje praktičnog usmjerenja u svakodnevnoj komunikaciji i suradnji; minimalizacija problema koji bi se mogli pojaviti u radu; i postavljanje okvira za brzo rješavanje mogućih problema Nije definiran način praćenja dokumenta Samim uključivanjem pojedinog sadržaja u dokument istaknuta je njegova važnost
Upute za koordinatoru volontera	Procjenjuje se razlog: definiranje uloga i obaveza koordinatora volontera Lokacija: primljeno na upit Nije vidljivo na kojem je iskustvu kreiran dokument i nadogradnja kroz vrijeme Datum kreiranja dokumenta: 2020.	Autorstvo: Zdravstvena ustanova/ Poslovna tajnica Ciljna skupina - procjenjuje se: koordinator volontera	Zahvaća dužnosti koordinatora volontera u odnosu na volontera i zdravstvenu ustanovu	Nije definiran utjecaj Nije definiran način praćenja dokumenta Samim uključivanjem pojedinog sadržaja u dokument istaknuta je njegova važnost
Odluka o utvrđivanju baze volonterskih pozicija u	Razlog: utvrđivanje baze volonterskih pozicija Lokacija: primljeno na upit	Autorstvo: Zdravstvena ustanova/ Ravnateljica	Zahvaća popis volonterskih pozicija i njihov opis	Nije definiran utjecaj Nije definiran način praćenja dokumenta

Specijalnoj bolnici za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac	Nije vidljivo na kojem je iskustvu kreiran dokument i nadogradnja kroz vrijeme Datum kreiranja dokumenta: 2021. (u izradi)	Ciljna skupina - procjenjuje se: djelatnici i volonteri		
Ostalo zaprimljeno – nije analizirano: Izjava za volontere; Potvrda o volontiranju; Privola volontera; Suglasnost volontera za pribavljanje posebnog izvodka iz kaznene evidencije; Ugovor o volontiranju; Upitnik za volontere; Zahtjev za izdavanje posebnog uvjerenja za fizičku osobu				

Pravilnik o radu s volonterima, dokument je koji je donesen od strane Upravnog vijeća Bolnice. Javno je dostupan i vrlo jasno izdvaja svoju svrhu naznačujući koja je njegova ciljna skupina: nuđenje smjernica zaposlenicima i angažiranim volonterima za uključivanje i rad s volonterima te osnovu za upravljanje volonterskim programom. Pravilnik opisuje dodatno i svoju namjeru postizanja ravnoteže između uloženog truda i postignutih rezultata pri volonterima i pri organizaciji; smanjenje potencijalnih problema koji bi se mogli pojaviti te postavljanje okvira za brzo rješavanje mogućih problema. Time i vrlo mudro pristupa nošenju s izazovima koji se pojavljuju tijekom volontiranja. U korištenim opisima i procedurama, usklađen je sa Zakonskom regulativom, što je vidljivo iz pozivanja na nju. Iz značajnih elemenata izdvaja se zasebno opisivanje uloge koordinatora volontera kojeg imenuje ravnatelj ustanove posebnom odlukom. Uz njega izdvaja se sadržaj uputa za volontere pri njegovom upoznavanju s organizacijom, zaposlenicima i radnim mjestom. Pri tome je kao dio Orijehtacije i obuke, predviđena i dodatna edukacija ako to nalaže priroda volonterskog angažmana.

Upute za koordinate volontera, nisu javno dostupne, već su primjene na upit. Zahvaćanjem dužnosti koordinatora volontera u odnosu na volontera i zdravstvenu ustanovu, Upute opisuju postupak za koordinatora od prvog sastanka s volonterom, do posljednjeg dolaska volontera u ustanovu. Kroz upute je vidljivo drugačije postupanje ako je planirano da volonter dolazi u direktni kontakt s korisnikom (pacijentom). U tom slučaju, uz poštivanje zakonske regulacije vezano uz dokumente kao što su Ugovor o volontiranju, Privola za obradu osobnih podataka, Suglasnost za ishođenje izvotka iz Kaznene evidencije i dr., uočava se i provedba psihotestiranja, kao preduvjeta za potpisivanje Ugovora o volontiranju. Iz opisanih procedura vidljivo je i definiranje komunikacije na relaciji koordinator volontera – Uprava i to osobito kada će osoba volontirati s pacijentima te pri prekidu volontiranja.

Odluka o utvrđivanju baze volonterskih pozicija, također je dobivena na upit no kao radni dokument. Odlukom se utvrđuje Baza volonterskih pozicija u ustanovi i definira se da Baza sadržava opis svake volonterske pozicije s njenim nazivom, aktivnosti, mjestom volontiranja te

stečene kompetencije kao dobit volontera nakon završenog volontiranja. Odluka predviđa i promjene i dopune novim volonterskim pozicijama na prijedlog koordinatora volontera. Prema Odluci, Ugovore o volontiranju moguće je sklopiti samo za volonterske pozicije u Bazi. I ovdje je, kao i kod Uputa za koordinatore, vidljivo psihološko testiranje kao mogući dio procesa odabira volontera: „*temeljem procjene interesa i sposobnosti volontera nakon provedenog inicijalnog razgovora, prikupljenih podataka kroz Upitnik za volontere i provedenog psihološkog testiranja ili motivacijskog razgovora s potencijalnim inkluzivnim volonterom.*“

5.4.1.2. Tematska analiza intervjua

Tematskom analizom intervjua otkriveno je četiri teme: **Snažna podrška volontiranju od strane menadžmenta ustanove, Strukturirani pristup koordinaciji volontera, Razvoj volonterskog programa kroz vrijeme te Prepoznavanje dobrobiti volontiranja.** Svaka tema opisana je kroz svoje značenje i prikazana kroz tablicu s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima. Kodovi su u tekstu označeni ukošeno, a teme podebljano.

Snažna podrška volontiranju od strane menadžmenta ustanove

Snažna podrška volontiranju od strane menadžmenta ustanove kao tema govori o svim elementima koji su prepoznati da dolaze od strane menadžmenta zdravstvene ustanove, a doprinose kvalitetnom i dugoročnom uključivanju volontiranja u ustanovu (Tablica 6.2.1.2.1.). **Podrška** se odnosi na *uključenost ravnateljice ustanove i predstavnika osnivača* (priora) u proces uključivanja volontera. Oboje povezuju osobe zainteresirane za volontiranje s koordinaticom volontera i upoznaju se sa svakom osobom uključenom u volontiranje pri ustanovi. Snažna podrška postoji od samog početka uključivanja volontiranja u ustanovu kroz *inicijativu za uvođenje volontiranja od strane ravnateljice* koja se javila u trenutku zaprimanja upita zainteresiranih osoba za volontiranjem iz okruženja. Dodatnu snagu tome daje i situacija što osnivači imaju *višegodišnje iskustvo uključivanja volontera u svom djelovanju u inozemstvu.* Radi se pozadini koja snažno prepoznaje vrijednost volontiranja koju se tada mnogo lakše prenosi uz pokazivanje osobnim primjerom koliko je volontiranje vrijedno (npr. upoznavanje svakog volontera, povezivanje zainteresiranih s koordinaticom). Tu djelatnici mogu primiti vrlo jasnu poruku što je i njima činiti u svakodnevicu s osobama uključenima u volontiranje. Dodatno, susret od strane menadžmenata s volonterom, ujedno je i snažna motivacijska podrška

za volontera (vidjeti: **Strukturirani pristup**). To su koraci izgradnje poticajnog i motivirajućeg okruženja koji je dio dobrog standarda u uključivanju volontera.

Tablica 5.4.1.2.1. Prikaz teme Snažna podrška volontiranju od strane menadžmenta ustanove s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Snažna podrška		<i>inozemna dobra praksa osnivača u uključivanju volontera</i>	rašireno volontiranje kod osnivača vani je volontiranje uobičajena praksa
		<i>uključenost predstavnika osnivača u uključivanju volontera</i>	susret svakog volontera s predstavnikom osnivača osnivač povezuje volontere i koordinatora volontera
		<i>uključenost ravnateljice u proces uključivanja volontera</i>	inicijativa ravnateljice za uključivanjem volontera svaki volonter se sretno s ravnateljicom povezivanje volontera i koordinatora volontera

Dobar prikaz uključenosti menadžmenta sadržan je u izjavi:

„...i predstavnik osnivača, koji se uvijek nalazi unutar ustanove, sudjelovao je u tome i uz ravnateljicu također dovodio nove volontere...On je isto komunicirao s koordinatorima volontera i spajao volontere s koordinatorima kako bi se čuli dalje i to sve su organizirali... I ono što vam je kod nas uobičajeno, znači ni jedna osoba ne može biti u bolnici da se ne susretne s priorom i ravnateljicom. Tako da se i volonteri susreću s priorom i ravnateljicom i upoznaju u biti.“ (SRS05).

Opis otkriva prirodnost postupka uključenosti menadžmenta u kontaktu s osobama zainteresiranim za volontiranje i uključenima u volontiranje. To dodatno potvrđuje pozitivno okruženje za volontiranje.

Strukturirani pristup koordinaciji volontera

Uz menadžment koji gradi pozitivno okruženje za volontiranje, izdvojio se i vrlo **Strukturirani pristup koordinaciji volontera**. Tom temom opisuju se svi koraci upravljanja volontiranjem kao resursom. Kroz intervjuje su opisani *višestruki ljudski resursi za koordinaciju volontera* koji su otkrili i vrlo jasno strukturiranje uloga i zadataka. Dva su koordinatora volontera od kojih je jedan usmjeren na inkluzivne volontere. U dijelu ispunjavanja zakonskih propisa za određenom dokumentacijom pri volontiranju u ustanovama kao što je Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac, uključena je dodatna osoba. Uz njih, tu je i ranije izdvojeni menadžment ustanove. Cjelokupni volonterski program *usklađen je s djelovanjem ustanove* na razini standarda ustanove, što otkriva elemente vrlo strateškog i planskog pristupa u koordinaciji volonterskog programa. **Strukturiranost** postoji od *pripreme djelatnika i korisnika*, kao dijela

pripreme okruženja za uključivanje volontera, do *podrške pri volontiranju*, uključujući i *odabir volontera*, *pripremu volontera za volontiranje*, *vođenje dokumentacije o volontiranju* i *usklađenost dokumentacije sa zakonskim propisima* (Tablica 5.4.1.2.2.).

Tablica 5.4.1.2.2. Prikaz teme *Strukturirani pristup koordinaciji volontera s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Strukturirani pristup		<i>višestruki ljudski resursi za koordinaciju volontera</i>	uključenost osnivača u dovođenje novih volontera ravnateljica sudjeluje u kontaktiranju novih vanjskih volontera službenik za zaštitu osobnih podataka i opće poslove osoba imenovana za koordinatora volontera zasebni koordinator volontera za inkluzivne volontere
		<i>usklađivanje koordinacije volontera s djelovanjem ustanove</i>	usklađivanje standarda volontiranja sa standardima ustanove
		<i>priprema djelatnika i korisnika</i>	informiranje korisnika preko koordinatora volontera članovi tima upoznati s volonterom i njegovom ulogom
		<i>odabir volontera</i>	izrada volonterskih pozicija popunjavanje početnog upitnika od strane volontera traženje dokumentacije od/za volontera izvadak iz kaznene evidencije izjava o volontiranju i privola psihološko testiranje volontera inicijalni razgovor s volonterom
		<i>priprema volontera za volontiranje</i>	informiranje volontera o specifičnostima pojedinog korisnika objašnjavanje strukture i načina funkcioniranja
		<i>vođenje dokumentacije o volontiranju</i>	kreiranje izvještaja o volontiranju vođenje evidencije sati volontiranja
		<i>usklađenost dokumentacije sa zakonskim propisima</i>	sklapanje ugovora o volontiranju izdavanje potvrde o volontiranju praćenje zakonske regulative
		<i>podrška pri volontiranju</i>	kava ili slično s volonterima unutar bolnice volonter prođe koordinatora i upravu članovi tima i djelatnici uvijek tu za podršku i potporu povremeni dolazak do volontera pokrivanje troška prijevoza volonterima osiguravanje obroka za volontere kontinuirana podrška volonterima

Koliko je strukturiranost ugrađena u proces koordinacije volontera, sadržana je u opisu koraka prilikom odabira volontera:

„...ostvariti prvi kontakt s volonterima vanjskim koji se javljaju, organizirati prvi sastanak na kojem onda isto zajedno s volonterom ispunjavamo upitnik. Upitnik se sastoji od nekih pitanja vezano za njih - koje je njihovo obrazovanje, kakvo imaju područje zanimanja, iskustvo u radu s ljudima, jesu li dosad volontirali, na kojim pozicijama, koji su njihovi interesi i želje, mogućnosti. I prema tom upitniku onda bi zajedno izrađivali neku volontersku poziciju i aktivnosti koje bi oni voljeli ovdje obavljati i raditi. I na tom

prvom sastanku znači, nakon tog upitnika organiziramo psihologijsko testiranje koje radi psihologinja naša bolnička. Nakon tog prvog susreta i rezultata tih testiranja i ovog upitnika, izrađuje se volonterska pozicija koju imamo u nekoj bazi podataka i uz suglasnost ravnateljice. A onda nakon dobivene te volonterske pozicije dalje dogovaramo kada bi bio početak volontiranja, educiramo i razgovaramo njegovim pravima i obvezama, koliko su upoznati sa Zakonom o volontiranju i dalje imamo neke obrasce - izjava o volontiranju, privola...“ (SRS06).

Iz prethodno danog opisa, vidi se i element zaštite ugrađen u psihologijsko testiranje zainteresiranih osoba za volontiranje. Testiranje je ovdje vrlo konkretan alat za odabir volontera usklađeno s potrebama specifične ustanove, u ovom slučaju ustanove koja radi s izuzetno osjetljivom skupinom korisnika: palijativni pacijenti i osobe s teškoćama mentalnog zdravlja. Kroz opis se ponavlja još jedan dio značajno vezan uz usklađivanje s potrebama specifične ustanove, a to je izrada volonterske pozicije (vidjeti: **Razvoj volonterskog programa kroz vrijeme – kreiranje baze volonterskih pozicija**). Razrađene kroz jasna očekivanja svih strana, čvrsti su okvir za djelovanje.

U danoj izjavi, volonterske pozicije dane su i u kontekstu prilagodbe individui. Taj dio prilagodbe individui ugrađen je i u *pripremu volontera* i to dvojako. S jedne strane volonteru se daje informacija koja je specifična za korisnika (pacijenta) s kojim dolazi u kontakt. S druge strane, individualno će se pristupiti volonteru prilikom pojašnjavanja strukture i načina funkcioniranja ustanove i odjela, pri čemu će volonter biti pitan koja su njegova saznanja i prema tome ih nadograditi.

Nadalje, *vođenje dokumentacije*, dio je *usklađivanja sa zakonskim propisima*, obzirom da osim evidencije koja će poslužiti ustanovi za praćenje programa, isti podaci se koriste za slanje izvještaja nadležnom ministarstvu. *Usklađivanje sa zakonskim propisima*, vidljivo je i kroz sklapanje ugovora o volontiranju, izdavanje potvrde o volontiranju i slično. Značajnost tog usklađivanja ugrađena je i u opisivanje kako se redovno prate promijenjene zakonske regulative kako bi se uskladilo s njima.

Isto tako, *pružanje podrške* tijekom volontiranja, opisano je kroz kontinuiranu dostupnost osoba za podršku: članova tima pojedinog odjela (psihijatrijski ili palijativni) i drugih djelatnika ustanove. Volonterima je pokriven trošak prijevoza i osiguran obrok tijekom volontiranja. U *pružanju podrške*, odskade opisivanje neformalnog susreta s volonterima kroz mogućnost da ih se okupi i odvede na kavu ili sl. u kantu unutar ustanove. Takav postupak dodatno gradi

izuzetno pozitivno okruženje za volontiranje, klimu dobrodošlice i prihvaćenosti uz motivirajući element za volontera da se zadrži u volontiranju pri ustanovi.

Razvoj volonterskog programa kroz vrijeme

Tema **Razvoj volonterskog programa kroz vrijeme**, opisuje ključne trenutke u periodu provedbe volonterskog programa, kojima su napravljeni značajni pomaci prema naprijed u upravljanju volontiranjem kao resursom. Nekoliko se takvih trenutaka izdvojilo (Tablica 5.4.1.2.3.). Od trenutka kada se početno željelo ići s volonterima, a nije postojalo znanje, prepoznaje se kretanje prema naprijed. Tada se je krenulo tražiti informacije o volontiranju uz postepeno jasno raspoređivanje i zadataka i aktivnosti. To je bio proces učenja i prilagodbe za sve u kojem se je razvijalo povjerenje prema volontiranju. U tom procesu *od ne znam do znam*, dolazi do razrade i širenja volonterskih pozicija. Razrada volonterskih pozicija prerasla je u *kreiranje baze volonterskih pozicija*, gdje je za svaku poziciju opisana aktivnost, preferencije unutar nje te kompetencije koje se mogu razviti kroz uključenost u nju. Baza je tako postala alat za olakšanu koordinaciju volontera. Na tom putu *razrađene su brojne raznovrsne pozicije*, što je potencijalno odraz individualnog pristupanja pri *odabiru volontera* (vidjeti: *odabir volontera*) koji je omogućio dobar uvid u resurse i potrebe te pronalazak njihovog preklapanja kroz razvoj specifične volonterske pozicije. Vrlo specifičan trenutak razvoja volonterskih pozicija jest prikaz razmatranja resursa i potreba tijekom epidemije bolesti COVID-19. U tom periodu, kada dolazi do ograničenog ulaska osoba u zdravstvenu ustanovu zbog epidemioloških mjera, zdravstvena ustanova je kreirala volonterske pozicije za uključivanje svojih korisnika (pacijenata) koji su u tom periodu boravili u ustanovi. Zakonska regulacija omogućuje uključivanje ranjivih skupina u volontiranje, kao dio tzv. inkluzivnog volontiranja. Tu priliku je zdravstvena ustanova ostvarila *pokretanjem inkluzivnih volontera unutar ustanove* kreirajući time inovativan pristup u pružanju usluga:

„...a tu smo u biti uglavnom uključivali te inkluzivne volontere da bi mogli vidjeti uopće na kojim će mjestima ti ljudi volontirati i kakve su njihove mogućnosti, obzirom na zdravstveno stanje i cjelokupno stanje u biti te osobe. Znači, to bi uglavnom bila volonterska pozicija zalijevanja cvijeća na hodniku uz nadgledanje koordinatorice volontera, slaganje knjiga u našoj biblioteci, znači brišu prašinu, slažu knjige, čitaju drugim pacijentima. Onda je bilo pacijenata koji dobro barataju s drugim jezicima, primjerice njemačkim i talijanskim, pa smo imali u tom vidu ovoga, recimo, animirali su druge pacijente na stranim jezicima, čak ih i podučavali...” (SRS05).

Za uključene osobe u inkluzivno volontiranje, to je značio dobitak na mentalnoj razini da su sudjelovali u nečemu tijekom svog liječenja, na što se veže i potvrda o volontiranju koja se koristila kao element kod susreta s poslodavcem pri odlasku s liječenja.

Tablica 5.4.1.2.3. Prikaz teme Razvoj volonterskog programa kroz vrijeme s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Razvoj volonterskog programa		<i>od ne znam do znam</i>	razvoj povjerenja prema volontiranju početni problemi u jasnoći uloga jasno raspoređivanje zadataka i aktivnosti s vremenom kaotični početak smišljanje volonterskih pozicija u hodu prikupljanje informacija u hodu početno neznanje o uključivanju volontera
		<i>kreiranje baze volonterskih pozicija</i>	baza podložna promjenama baza za lakše snalaženje koordinatora, uprave i volontera kreirane preferencije, opis aktivnosti i kompetencije
		<i>brojnost raznovrsnih aktivnosti volontera</i>	pomaganje u slaganju dokumentacije sređivanje arhive kao aktivnost volontera sudac na sportskim igrama kao aktivnost volontera pomoć pri izradi suvenira u okviru radne terapije lakiranje noktiju kao aktivnost inkl.volo. izrada frizura kao aktivnost inkluzivnih volontera glumljenje u blagdanskim predstavama kao aktivnost in.vol. animacija pacijenata na stranim jezicima - ak.in.vol. čitanje drugim pacijentima kao aktivnost volontera (i inkl.) slaganje knjiga kao aktivnost inkluzivnih volontera šetnje kao aktivnost volontera
		<i>pokretanje inkluzivnih volontera unutar ustanove</i>	tijekom epidemije primarno inkluzivni volonteri inkluzivni volonteri velika promjena u sustavu razvoj pozicija obzirom na mogućnosti osobe ideja organiziranja bolesnika unutar ustanove u volontiranje

Prepoznavanje dobrobiti volontiranja

Dobitak na mentalnoj razini i potvrda o volontiranju, prepoznati su kroz opise kao *važnosti volontiranja za korisnika* (Tablica 5.4.1.2.4.). Prepoznaje se i dobrobit kroz smirenost korisnika (pacijenta) koja može biti i posljedica drugih prepoznatih dobrobiti: promjena rutine, aktivnosti s pacijentima koji nemaju člana obitelji i dr. Dobrobit koja odskače u opisima je prepoznavanje da je dolazak volontera u ustanovu dio rehabilitacije za korisnike (pacijente) i da je uključivanje volontiranja ulaganje da pacijentima bude ugodnije:

„Medicinske sestre i njegovatelji takve stvari ne stignu raditi. Oni rade svoj posao. Ovo je sve nekakav dodatan trud i napor koji se ulaže da bi tim pacijentima u ovoj ustanovi bilo ugodno, a to bez volontera je uopće nemoguće zamisliti. Kao i svugdje i ovdje je nedostatak medicinskog osoblja, tako da, volonteri su dodatak našem timu.“ (SRS05).

Opis naznačuje i problematiku nedostatka ljudskog resursa kao dio općenite problematike zdravstvenog sustava. To daje dodatnu važnost da se uključivanje volontera prepoznaje kao ulaganje, osobito zbog resursa (broja osoba) uključenih u koordinaciju volontera (vidjeti: **Strukturirani pristup**). Izdvojena izjava naglašava vezu na relaciji ulaganje – volontiranje – dobrobit, a ugrađenost u strateško djelovanje otkriva kroz prepoznavanje volontera kao dio tima.

Tablica 5.4.1.2.4. Prikaz teme Prepoznavanje dobrobiti volontiranja s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Prepoznavanje dobrobiti		<i>važnost volontiranja za korisnika</i>	dolazak volontera je dio rehabilitacije korisnika volonteri su dodatak timu promjena za pacijenta u rutini bolnice smireniji pacijenti aktivnosti s pacijentima koji nemaju članova obitelji aktivnosti volontera koje pacijent ne može sam provesti mentalni dobitak od sudjelovanja (inkl.vol.) potvrda o aktivnosti za poslodavca (inkl.vol.) ulaganje u ugodniji boravak u ustanovi

5.4.1.3. Glavni elementi studije Specijalne bolnice za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac

Ako se promatra što je to početno bilo prisutno pri Specijalnoj bolnici za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac da je došlo do uključivanja volontiranja, tada se izdvaja inicijativa za uključivanje volontera od strane ravnateljice kojem se udružio upit za volontiranjem iz okruženja i iskustvo osnivača ustanove s volontiranjem u inozemstvu. Događanja pri zdravstvenoj ustanovi koje ju pozicioniraju tako da odskoče u broju sati volontiranja i/ili po trajanju uključivanju volontiranja, mogu se pripisati snažnoj podršci menadžmenta ustanove uključivanju volontera te strukturiranom pristupu u koordinaciji volonterskog programa koji omogućuje daljnji razvoj volonterskog programa. Taj daljnji razvoj utemeljen je na promatranju potreba i resursa uz usklađivanje s mogućnostima koji zdravstvenu ustanovu dovode i do inovativnih elemenata u pružanju usluga temeljem volontiranja. Prepoznavanje volontiranja kao ulaganja u dobrobit korisnika (pacijenta), a volontera kao člana tima u pružanju usluge, procjenjuje se kao element koji zadržava Specijalnu bolnicu za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac u uključivanju volontiranja.

Snažan strukturirani planski pristup volonterima koji su strateški odabir u svakodnevnom djelovanju uočava se i kroz dokumente i kroz intervjuje. Kroz dokumente je vidljiv već i pri samom odabiru njihova kreiranja, a nadalje kroz njihov sadržaj. U tom strateškom pristupu

odskake broj osoba koje su na raspolaganju za koordinaciju volontera kroz vrlo jasno definiranu ulogu i svakodnevne zadatke. Jasnoća definiranja uloga i zadataka, odskake i pri određivanju volonterskih pozicija. Kroz donošenje dokumenata vidljiva je uključenost i podrška menadžmenta zdravstvene ustanove koja se je dodatno potvrdila kroz tematsku analizu. Strukturirani pristup i osobe na raspolaganju za koordinaciju volontera, smatraju se također dijelom podrške menadžmenta ustanove koji nosi odgovornost za usmjeravanje svih resursa ustanove i učinkovito djelovanje. Inovativni element uključivanja korisnika (pacijenta) u volontiranje tijekom epidemije bolesti COVID-19, još jednom potvrđuje otvorenost menadžmenta za volontiranje koje je dalo osnovni okvir poticaja i slobode za kreiranje i zadržavanje takvog pristupa. Inkluzivno volontiranje, snažno se potiče i kroz to što je na raspolaganju zasebna osoba za koordinaciju inkluzivnih volontera, a i u dokumentima, kao i na samim stranicama zdravstvene ustanove, inkluzivni volonteri imaju zasebno spominjanje. Zaključno, snažna podrška menadžmenta zdravstvene ustanove, otvorenost za razvoj i inovativne pristupe te strukturirani planski pristup koordinaciji volontera, elementi su za koje se procjenjuje da ustanovi donose uspjeh u uključivanju volontiranja.

5.4.2. Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra

Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra zdravstvena je ustanova koja pruža specijalističko – konzilijarno i bolničko liječenje kroničnih bolesti dječje dobi i palijativnu zdravstvenu skrb dječje dobi.⁵³ U sklopu zdravstvene djelatnosti nalaze se odjel intenzivnog liječenja i neuropedijatrijske skrbi te odjel neuropedijatrije, fizioterapije i rehabilitacije⁵⁴.

Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra izdvojila se od ostalih zdravstvenih ustanova po tome što je na prvom mjestu po broju volontera i sati volontiranja iako su uočeni podaci za samo dvije godine u promatranom periodu (2021. i 2018.). Prosječni broj volontera za dvije dane godine je $A = 658,50$, a prosječan broj sati volontiranja $A = 23\ 546$.

⁵³ *Statut*. Dostupno na: https://www.bolnica-bistra.hr/bbupdocs/Statut_23.pdf (Pristup: 5.10.2023.)

⁵⁴ *Rad bolnice*. Dostupno na: <https://www.bolnica-bistra.hr/rad-bolnice/> (Pristup: 5.10.2023.)

Na internetskim stranicama ustanove postoji zasebno izdvojeni dio koji se odnosi na volontiranje i donacije⁵⁵. Stranice koje se odnose na volontiranje sadrže Volonterski upitnik koji je svojevrsna *online* aplikacija za prijavu za volontiranje (opći podaci, motivacija, očekivanja, školovanje i dr.) i Volontersku dokumentaciju (Protokol rada volontera, Priručnik za ispravnu higijenu ruku). Na dijelu internetskih stranica koje se odnosi na donacije, naznačene su informacije značajne pri organiziranju donacijskih akcija i popis najpotrebnijih namirnica za donacije s naznakom datuma obnavljanja popisa. Popis je razdijeljen na skupine: „hrana“ i „ostalo“. Zasebno je izdvojen dio za donacije kao pomoć uključivanju volontera. Stranica sadržava i link za daljnji detaljniji pregled primljenih donacija.

5.4.2.1. Analiza dokumenata

U nastavku se daje prikaz analize relevantnih organizacijskih dokumenata kroz tablični i opisni prikaz te prikaz rezultata tematske analize provedenih intervjua, također tablično i opisno. Kod prikaza dokumenata obuhvaćeno je četiri dokumenta: jedan strateški dokument ustanove i tri dokumenta koja se konkretno odnose na volontiranje (Tablica 6.2.2.1.1.). Statut, kao strateški dokument ne sadrži informacije o volontiranju, tako da se nije dalje razmatrao po odabranim elementima.

Tablica 5.4.2.1.1. Prikaz analiziranih dokumenata Specijalne bolnice za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra prema pojedinom promatranom elementu

Dokument	Element			
	<i>produkcija dokumenta i lokacija (razlog kreiranja dokumenta, kreirano na vlastitom iskustvu ili temeljem sekundarnih izvora, nadograđivano kroz vrijeme ili ne)</i>	<i>autorstvo i ciljna publika (tko je kreirao dokument, ciljna skupina)</i>	<i>kontekst (zahvaća li opis specifičnih procedura – vodič kroz praksu, koji su ključni elementi teksta)</i>	<i>posljedice (koji je očekivani utjecaj dokumenta, kako se prati implementacija dokumenta – ako je relevantno, kako dokument naglašava važne aspekte)</i>
Statut	Ne spominje volontiranje Lokacija: internetske stranice zdravstvene ustanove			
Pravilnik o ustrojstvu, organizaciji i sistemat.	Ne spominje volontiranje Lokacija: internetske stranice zdravstvene ustanove			
Pravilnik o radnom vremenu bolnice	Ne spominje volontiranje Lokacija: internetske stranice zdravstvene ustanove			
Etički kodeks	Ne spominje volontiranje			

⁵⁵ Što nam je najpotrebnije? Dostupno na: <https://www.bolnica-bistra.hr/sto-nam-je-najpotrebnije/> (Pristup: 5.10.2023.)

	Lokacija: internetske stranice zdravstvene ustanove			
Pravilnik o postupanju unutarnjeg neprijavljiva nja nepravil.	Ne spominje volontiranje Lokacija: internetske stranice zdravstvene ustanove			
Izvadak iz Pravilnika o kućnom redu	Lokacija: internetske stranice zdravstvene ustanove Nije vidljivo na kojem je iskustvu kreiran dokument i nadogradnja kroz vrijeme Datum kreiranja dokumenta: 2016.	Autorstvo: Zdravstvena ustanova Ciljna skupina: pretpostavlja se – djelatnici, korisnici, volonteri	Zahvaća informacije o posjetama i općim pravilima održavanja reda	Nije definiran utjecaj dokumenta i način praćenja njegove implementacije – pretpostavlja se: organizacija poslovanja
Protokol rada volontera	Procjenjuje se informiranje kao razlog kreiranja dokumenta Lokacija: internetske stranice zdravstvene ustanove Nije vidljivo na kojem je iskustvu kreiran dokument i nadogradnja kroz vrijeme	Autorstvo: Zdravstvena ustanova Ciljna skupina: pretpostavlja se – volonteri i djelatnici	Zahvaća opis postupaka od dolaska do tijeka boravka u zdravstvenoj ustanovi kroz volontiranje, što je dozvoljeno, a što nije	Nije definiran utjecaj dokumenta i način praćenja njegove implementacije – pretpostavlja se: organizacija volontiranja Pojedini važni aspekti dodatno su naglašeni podcrtavanjem pojedinih riječi
Pravilnik rada s volonterima	Procjenjuje se utvrđivanje načina postupanja oko volontiranja kao razlog kreiranja dokumenta Lokacija: internetske stranice zdravstvene ustanove Nije vidljivo na kojem je iskustvu kreiran dokument i nadogradnja kroz vrijeme Datum kreiranja dokumenta: 2013.	Autorstvo: Zdravstvena ustanova Ciljna skupina: pretpostavlja se – volonteri i djelatnici	Zahvaća cilj zdravstvene ustanove u kontekstu volontiranja, načela, praktične smjernice, ugovor volontera, podršku volontiranju, koordinatora volontera te način rješavanja problema	Nije definiran utjecaj dokumenta i način praćenja njegove implementacije – pretpostavlja se: organizacija volontiranja Samim uključivanjem pojedinog sadržaja u dokument istaknuta je njegova važnost

Dio obuhvaćenih dokumenata (Tablica 5.4.2.1.1.) u sebi ne sadrži zasebni osvrt prema volontiranju, no oni su nužni okvir na koji se drugi dokumenti, zasebno kreirani za potrebe volontiranja, pozivaju. Izdvaja se primjerice Etički kodeks koji u dijelu Općih odredbi, Članak 1., navodi da se Etičkim kodeksom „uređuju pravila dobrog ponašanja radnika...s ciljem unaprjeđenja međuljudskih odnosa i međusobne komunikacije kako u međusobnim odnosima radnika Bolnice, tako i u odnosima s pacijentima i drugim osobama koje se nađu u poslovnom ili drugom odnosu s Bolnicom...“ Smatra se da se izdvajanjem „i drugim osobama“ zahvatilo i potrebe u području volontiranja.

U **Izvatku iz Pravilnika o kućnom redu** uočava se uključivanje volontera u odredbe. Prema navedenom i volonteri su se dužni pridržavati odredba Pravilnika. Izdvojeno je da se odnosi, prava i obveze s volonterima uređuju posebnim aktom. Kod vremena posjeta, navedena je mogućnost da volonteri u dogovoru s ravnateljem, obzirom na specifičnost Bolnice, dođu i van vremena navedenog vremena posjeta i koji tada pod nadzorom zdravstvenog osoblja sudjeluju u radu s bolesnicima. Kod opisa općih pravila održavanja reda, kod pojedinog članka, naveden je i pojam „volonter“. Nadalje, **protokol rada volontera**, u svom zahvaćanju opisa postupaka od dolaska do tijeka boravka u zdravstvenoj ustanovi, dodatno naglašava upis u evidenciju volontera, vođenje brige o higijeni, zabranu fotografiranja, što činiti pri boravku s djetetom u igraonici, što činiti ako se ide s djetetom u parku, preporuku za novog volontera (pratnja iskusnijeg volontera), dokumentaciju uz Ugovor o volontiranju te postupak davanja primjedbi ili prijedloga.

Kod **Pravilnika rada s volonterima**, jasno je istaknuto da zdravstvena ustanova za svoj cilj ima promicanje volontiranja kao aktivnosti od interesa za Republiku Hrvatsku i dobrobit djece u njoj. Dodano je izdvojeno i da se promicanjem volontiranja i uključivanjem volontera u zdravstvenu ustanovu želi: senzibilizirati javnost za život djece u zdravstvenoj ustanovi, povećati kvalitetu života djece u zdravstvenoj ustanovi te približiti djelatnost zdravstvene ustanove javnosti. Pod načelima je izdvojeno da se Bolnica obvezuje i poziva svoje djelatnike na suradnju s volonterima. Zasebnim člankom naglašeno je da će se s volonterima postupati jednako kao i s djelatnicima. Praktične smjernice vezane su uz način uključivanja volontera vezano uz zakonom propisanu dokumentaciju i na njih se nadovezuje opis procesa sklapanja ugovora o volontiranju. Pravilnikom je predviđeno i davanje uputa volonterima s kojima je sklopljen ugovor, opće informacije o zdravstvenoj ustanovi, informacije o organizacijskoj strukturi bolnice te upoznavanje s osobama s kojima će surađivati. Uloga koordinatora je opisana na više mjesta kroz njegove obveze. Koordinator volontera u svojim zadacima ima vođenje Registra volontera, vođenje evidencije dolazaka i praćenja volontiranja (vrijeme i sadržaj volontiranja) te organizaciju susreta volontera u svrhu dobivanja povratnih informacija. Obaveza mu je da bude uključen u aktivnosti volontera kako bi poznao njihovu ulogu, položaj i odgovornosti.

5.4.2.2. Tematska analiza intervjua

Tematskom analizom intervjua otkriveno je pet tema: **Dugoročna tradicija uključivanja volontera**, **Aktivan menadžment u razvoju volontiranja**, **Razvijenost suradnje s različitim dionicima**, „**Mi smo malo ipak specifični**“ i **Prilagodljivost potrebama**. Svaka tema opisana je kroz svoje značenje i prikazana kroz tablicu s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima. Kodovi su u tekstu označeni ukošeno, a teme podebljano.

Dugoročna tradicija uključivanja volontera

Tema **Dugoročna tradicija uključivanja volontera**, opisuje uključivanje volontera u ustanovu prije više desetaka godina uz njihovo naknadno kontinuirano uključivanje (Tablica 5.4.2.2.1.).

Tablica 5.4.2.2.1. Prikaz teme *Dugoročna tradicija uključivanja volontera s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Dugoročna tradicija		<i>davni početak volontiranja</i>	talijski volonteri prije desetak godina početak volontiranja prije sadašnje uprave
		<i>dugoročnost volonterskog kampa</i>	zahvalnica za dugogodišnji trud uključivanja volontera kamp s volonterima iz Italije već 17. godina

Iz opisa je vidljiv *davni početak volontiranja* i *dugoročnost volonterskog kampa* kao jedne od prvih volonterskih aktivnosti u ustanovi. *Davni početak volontiranja* odnosi se na period prije sadašnje uprave zdravstvene ustanove i vezan je uz *volonterski kamp*, koji se odvija preko 17 godina s volonterima iz Italije. To znači da mnogo prije zakonske regulacije volontiranja u Republici Hrvatskoj, u Specijalnoj bolnici za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra, dolazi do organiziranog kontinuiranog uključivanja volontera. Kamp se opisuje kao aktivnost koja je imala pauzu samo tijekom epidemije bolesti COVID-19. Trenutak koji se može u tome izdvojiti kao ključan je nastavak uključivanja volontera s promjenom uprave:

„Početak implementacije volontiranja seže i prije našeg vremena. Međutim, početak volontiranja u bolničkim ustanovama u Republici Hrvatskoj baš nije od početka bio prihvaćen...Rekao bih da nije bio podržan i samim time je i ova ustanova tražila mišljenje Ministarstva o volontiranju. I 2005. godine dobivamo mišljenje iz Ministarstva da se podržava volontiranje u ovoj ustanovi.“ (SGB02).

Iz opisa, osim trenutka naznačavanja dugoročnosti prisustva uključivanja volontiranja, vidljiv je i dodatni trenutak traženja službenog stava nadležnog ministarstva. Takav aktivni stav

menadžmenta ustanove, ovdje realiziran kroz traženje dodatnih informacija, obilježja su opisa koji se stavio pod zasebnu temu: **Aktivan menadžment u razvoju volontiranja.**

Aktivan menadžment u razvoju volontiranja

Aktivan menadžment u razvoju volontiranja, opisuje kao tema sve postupke od strane menadžmenta zdravstvene ustanove koji su se izdvojili u opisima kao snažni momenti usmjeravanja uključivanja volontiranja prema naprijed. Uz ranije istaknuti trenutak, nastavka interesa prema volontiranju po promjeni uprave ustanove, prepoznaju se tri izdvojena trenutka: *inicijativa za unaprjeđenje volontiranja, uključenost u pozivanje osoba na volontiranje i prepoznavanje važnosti podrške menadžmenta* (Tablica 5.4.2.2.2.).

Tablica 5.4.2.2.2. Prikaz teme *Aktivan menadžment u razvoju volontiranja s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Aktivan menadžment		<i>inicijativa za unaprjeđenje volontiranja</i>	uspostavljanje kataloga volontiranja s novom upravom
		<i>uključenost u pozivanje osoba na volontiranje</i>	obilazak interesnih skupina za volontiranje
		<i>prepoznavanje važnosti podrške menadžmenta</i>	važnost podrške menadžmenta / uprave želja za volontiranjem od uprave utjecala na prihvaćenost volontiranja

Promjenom menadžmenta, dolazi do kontinuiranih *inicijativa za unaprjeđenje volontiranja* čime volontiranje dobiva dodatna obilježja u proširenju na volontere iz Republike Hrvatske i u sustavnijoj organizaciji volontiranja. U tome je važno i dodjeljivanje voditelju Jedinice za kvalitetu i uloge koordinatora volontera: „...*uspostavlja se i katalog, odnosno svi podaci o volontiranju i dolaskom voditelja Jedinice za kvalitetu volontiranje poprima jedan kvalitetniji oblik...*“ (SGB02). **Aktivan menadžment** nastavlja se kroz *uključenost u pozivanje osoba na volontiranje*. Ravnatelj ustanove, zajedno s koordinatorom volontera, po saznanju da se neka srednja škola ili fakultet bavi volontiranjem ili humanitarnim radom, odlaze im u posjetu predstaviti zdravstvenu ustanovu uz poziv za uključivanje u volontiranje. To je vrlo snažna poruka cijeloj ustanovi i zajednici, što volontiranje znači za ustanovu i njene korisnike, kada od najvišeg menadžmenta ustanove dolazi do pozivanja i dolaska do onih koje žele uključiti u volontiranje. Specifični segment koji je ugrađen u takav potez je i što se dolazi do skupina koje već imaju izraženu motivaciju za volontiranjem tako da se dešava jedan „pred odabir“ osoba za uključivanje u volontiranje:

„I onda, kada smo mi to saznali, mi smo krenuli obilaziti interesne skupine. Dakle, ravnatelj i ja smo bili na Pedagoškom fakultetu, na Pedagoškoj akademiji gdje su dvije profesorice pokrenule kolegij koji se zove Odgoj za dobrotu. I oni su, recimo, dolazili na mjesečnoj bazi sa svojim studentima, svima, kod nas u bolnicu. Mi smo išli tamo predstaviti bolnicu. Na jedan sličan način ravnatelj je predstavio bolnicu medicinskim sekcijama: sekcijama Medicinskog fakulteta...Pa nam je dolazila pedijatrijska sekcija volontirati, pa nam je dolazila sekcija za rijetke bolesti Medicinskog fakulteta...“
(SGB03).

Određeni „pred odabir“ vidljiv je u izdvojenom opisu i jer se pristupa npr. studentima u okviru određenog kolegija za koji se može pretpostaviti da pruža određeni edukacijski okvir polaznicima i time ih priprema u znanju za volontiranje. Slično je i s navedenim sekcijama koje već imaju izdvojeni specifični interes, a k tome raspoložu i sa specifičnim znanjima iz područja medicine. Tu se dešava vrlo snažni element prepoznavanja resursa iz zajednice, kojima se mudro pristupa uz poziv i usmjerava u potrebe ustanove.

Jasno se kroz opise *prepoznaje značaj podrške menadžmenta* i da bi se bez takve podrške volontiranje raspalo. Izdvaja se i ta izjava zbog važnosti u stvaranju povoljnih uvjeta za volontiranje na mikrorazini (razini ustanove):

„...Važne su dakle, koordinacija volontera, veoma važna situacija je obrazovanje volontera, znači jedno iskustvo volontera i edukacija volontera je veoma bitna stvar jer na taj način osiguravamo kvalitetno volontiranje, odnosno, usmjereno volontiranje prema našim pacijentima. I naravno, da menadžment, odnosno Uprava podržava volontiranje. U momentima gdje nije bilo podržano volontiranje, tu se volontiranje praktički raspalo. Znači, smjer uprave mora biti taj da podržava isključivo volontiranje i da nameće svojom snagom želju da što više volontera bude u zdravstvenoj ustanovi jer uvijek postoji jedan mali otpor zdravstvenih djelatnika na ljude koji su izvan sustava koji na neki način mogu kontrolirati njihov rad kroz boravak u ustanovi...“, (SGB02).

Izjava otkriva vrlo jasno preuzimanje odgovornosti za uspjeh prihvaćanja volontiranja u ustanovi što se održava kroz sve opise na kojima je određena tema **Aktivan menadžment u razvoju volontiranja**.

Razvijenost suradnje s različitim dionicima

Kao odraz **Aktivnog menadžmenta u razvoju volontiranja**, izgrađena je široka mreža suradnika u uključivanju volontiranja pri ustanovi. Tema **Razvijenost suradnje s različitim dionicima**, opisuje različite organizacije i ustanove s kojima je izgrađena suradnja (Tablica 5.4.2.2.3.).

Tablica 5.4.2.2.3. Prikaz teme Razvijenost suradnje s različitim dionicima s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Razvijenost suradnje s različitim dionicima		<i>suradnja s inozemnom zajednicom</i>	volonteri iz Italije
		<i>suradnja s vjerskim zajednicama</i>	volonteri iz crkvenih društava
		<i>suradnja s udrugama</i>	raniji djelatnici kao volonteri djelovanje udruge pri bolnici prijava na natječaje preko udruge pri bolnici uključivanje udruga u volontiranje
		<i>suradnja sa srednjim školama</i>	uključivanje srednjih škola u volontiranje
		<i>suradnja s korporacijama</i>	suradnja s Croatia Airlinesom u volontiranju volonteri iz korporativnih poduzeća
		<i>suradnja s fakultetima</i>	suradnja s Policijskom akademijom u volontiranju studij sestrinstva Medicinski fakultet Pedagoški fakultet / Odgoj za dobrotu

Opisi koji odskaču vezani su uz suradnju s udrugom Vrt plavih ruža. Udruga djeluje pri Specijalnoj bolnici za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra, a njeni članovi obuhvaćaju i neke umirovljene djelatnike ustanove, između ostalog i osobu koja je koordinirala inozemne volontere dok je uključivanje volontera iz Republike Hrvatske bilo još vrlo rijetko: „*...to je Udruga Vrt plavih ruža, to je Hrvatska volonterska udruga koja djeluje pri bolnici i koja znači okuplja... Tu je čak predsjednica udruge jedna naša bivša djelatnica koja je u mirovini...*“ (SGB03). Udruga raspolaže i s kućom za smještaj volontera u mjestu gdje se nalazi zdravstvena ustanova, a koja može primiti do 25 osoba. S udrugom se i zajednički planiraju potrebe, ali i prijavljuje na natječaje kroz koje se podmiruju potrebni troškovi npr. režije u kući za smještaj volontera. Iako ta suradnja između udruge i Specijalne bolnice za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra, postoji već neko vrijeme, vrlo je inovativan mehanizam suradnje i još jedan vrlo kvalitetan način povezivanja resursa koji omogućuju dugoročnost uključivanja volontera.

Suradnja postoji i s nizom drugih organizacija i ustanova. Uz spomenutu suradnju s *fakultetima* (vidjeti: **Aktivan menadžment**), tu su *srednje škole, korporacije i vjerske zajednice*. Kako se Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra, nalazi udaljena od Zagreba, te

suradnje bivaju odraz vrlo dobre međusobne povezanosti i motivacije: „*Tu smo uvijek imali sistem rada obzirom da su oni dolazili petkom poslijepodne i subotom prijepodne. Imali su svoj prijevoz, svoj kombi i njih je uvijek dolazilo vozač +8. Uvijek je od tih osam, tako je bio plan, uvijek je morao biti jedan koji je bio barem dva puta već.*“ (SGB03). Iz opisa je jasno vidljivo kontinuirano organiziranje prijevoza za dolazak na volontiranje. Uz motivaciju koja je tu prisutna, prisutan je i element dogovorenog kontinuiranog resursa koji tada olakšava odvijanje ritma ustanove. U opisu je sadržan, uz jasni dogovor dolazaka, i još jedan dio dobre prakse uključivanja volontera: volontiranje uz volontera s više iskustva, a kojemu će se dati pozornost u narednoj temi.

Pri **Razvijenosti suradnje**, odskače i iskustvo s korporativnim volontiranjem, gdje je iz opisa vidljiva spremnost primanja i velikog broja osoba: „*...Njih ima 380 i sad kako njih 380 pa smo ih mi podijelili u 18 grupa i onda smo s tim 18 grupa imali prvo nekakvih sat vremena predstavljanja bolnice...volontiranje u bolnici i nakon toga su onda oni nastavili, volontirali možda jedno sat i pol do dva...*“ (SGB03). To su snažni trenuci otvaranja ustanove prema javnosti i zajednici kada dolazi do upoznavanja ustanove i njenih potreba. Na tom upoznavanju dalje se mogu graditi različite suradnje za unaprjeđenje uvjeta skrbi, što je sadržano u narednom opisu:

„...prije smo bili dosta zatvorenog tipa. Vi kad se otvorite na van, kad više udruga čuje za potrebitost, naravno da se sve više njih uključuje i sve više njih žele volontirati, i studenti. Znači svi više postavljaju veća pitanja...I naravno da je onda sve više ljudi počelo dolaziti. Sve više se to budilo i svijest, pogotovo u mladim ljudima, da ipak svoje slobodno vrijeme mogu i kvalitetno dati od sebe i tada opet netko drugi jako puno toga dobije. A isto tako što je više, otvorili smo vrata prema tome i više se posvetili tome, naravno da su i ti ljudi uvidjeli da postoje i neke potrebe s kojima bi se moglo poboljšati i sami život te djece koja žive ovdje i u samom radu koju je njima potreban...“ (SGB04).

„Mi smo malo ipak specifični“

Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra jedinstvena je zdravstvena ustanova u Republici Hrvatskoj obzirom na svoje korisnike (pacijente). Njena jedinstvenost i specifičnost potreba koja proizlazi iz toga sadržana je u temi **„Mi smo malo ipak specifični“**:

„Znači nije isto volontirati u nekom staračkom domu ili u pučkim kuhinjama, nego što je recimo ovdje tu. Mi smo malo ipak specifični, osjetljiviji smo. Radi se o djeci koja su teško

bolesna i isto se bojite kakva grupa ljudi će doći, s kime ćete surađivati jer ste opet na neki način i odgovorni i za tu djecu i za te volontere koji dolaze ovdje.“ (SGB04).

Kod skupine korisnika dolazi do preklapanja ranjivosti (bolesni, djeca), a kroz opise je vidljivo i da bude slučaj da su korisnici (pacijenti) socijalni slučajevi. Kako se radi o jedinstvenoj ustanovi u Republici Hrvatskoj, ima slučaja i gdje su roditelji djeteta jako udaljeni i u nemogućnosti redovitih dolazaka. Iz svega toga proizlazi važnost volontiranja za korisnika i važnost volontiranja za ustanovu. Uz dobrobiti po korisnika (pacijenta) na fizičkoj razini, dolazi i do one socijalne i psihološke koju će, zbog posebnosti svoga stanja, teško moći izraziti:

„...riječ je o težim oštećenjima, tu nije stvar gdje vi možete neposredno dobit...da vam dijete kaže da je zadovoljno vašom uslugom i da je zadovoljno uslugom u bolnici...Naravno da neki pokazuju veliku važnost i velik interes za volontiranje, međutim, većina njih to, nažalost, nije u mogućnosti pokazati, iako smo mi svjesni dobrobiti za njih od volontiranja“ (SGB03).

Baš iz te nemogućnosti korisnika (pacijenta) da iskažu svoju povratnu informacije, dolazi još više do izražaja važnost menadžmenta i djelatnika da prepoznaju dobrobiti i omoguće ju kao dodatnu vrijednost skrbi koju pružaju kao ustanova. *Važnost volontiranja za ustanovu* (Tablica 5.4.2.2.4.), proizlazi i iz dobrobiti za korisnike (pacijente) ali i iz mogućnosti nadvladavanja izazova nedostataka djelatnika. Zbog nedostatka djelatnika, bez volontera, dolazilo bi do male mogućnosti da se dijete više aktivira što opet za sobom ima druge posljedice:

„Jer kad vi uzmete dijete koje 23 sata dnevno leži u krevetu i kad ga samo sat vremena sjednete u sjedeći položaj, ukoliko je u mogućnosti i provezete ga vani, njemu se cijeli svijet okrene u tih sat vremena. Znači drugi mišići mu rade. Sad da ne ulazimo u te medicinske...dručkije diše.“ (SGB02).

Tablica 5.4.2.2.4. Prikaz teme „Mi smo malo ipak specifični“ s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
„Mi smo malo ipak specifični“		jedinstvenost/posebnost ustanove u RH	dosta pacijenata koji su socijalni slučajevi nemogućnost korisnika da pokaže dobrobit volontiranja teško bolesna djeca neadekvatni smještaj
		važnost volontiranja za korisnika	problem nedostatka medicinskog osoblja djeca su zadovoljnija nakon volontiranja pažnja volontera prema djeci koju roditelji rijetko posjećuju promjena pozicije djeteta nakon dugog ležanja drugačiji rad mišića djeteta drugačije disanje djeteta

		važnost volontiranja za ustanovu	neraspolaganje djelatnika vremenom za šetnju s djecom problem nedovoljnog broja djelatnika volontiranje je rasterećenje zdravstvenog sustava volontiranje daje djelatnicima pauzu u svakodnevnoj njezi
--	--	----------------------------------	---

Volonteri pri preuzimanja djeteta, omogućuju svojevrsnu malu pauzu u svakodnevnoj njezi što je na određeni način rasterećenje zdravstvenog sustava. Obzirom na specifičnu skupinu djece, gdje su primarno djeca koja ne mogu kontrolirati stolicu, djelatnici uz sve zadatke, nemaju vremena uzeti dijete u kolica i prošetati s njime pola sata, sat. Tu se uključuju volonteri dajući značajan doprinos za napredak i razvoj djeteta. Specifični doprinos volontera je i u tome što dio roditelja može u najboljem slučaju doći jednom mjesečno djetetu, a da im to ne bude financijsko opterećenje. Roditelji su s te strane dobro prihvatili volontere jer će njihovo dijete netko drugi izvesti, prošetati, poigrati se s njime i dr. Dijete u svom razvoju i odgoju ima djelatnike i volontere: „...ima nas kao djelatnike i nastojimo mi biti nekakva obitelj, naravno da ne prava, ali možemo nešto napraviti po tom pitanju...“ (SGB03).

Prilagodljivost potrebama

Kroz vrijeme, uz interes za unaprjeđenjem volontiranja, dolazi do uočavanja različitih potreba koje su rješavane kako bi se omogućilo što uspješnije djelovanje. Situacije koje su rješavane kao dio izazova u sadržane su pod temom **Prilagodljivost potrebama** (Tablica 5.4.2.2.5.).

Tablica 5.4.2.2.5. Prikaz teme *Prilagodljivost potrebama s pripadajućim kodovima i inicijalnim kodovima*

Tema	Podtema	Kodovi	Inicijalni kodovi
Prilagodljivost potrebama		<i>prilagodbe u uključivanju volontera</i>	želja za proširenjem na volontere iz RH / jezična barijera inozemnih volontera različito volontiranje u pojedinom dijelu godine dogovaranje da su svi volonteri sa svom djecom uspostavljanje kataloga volontiranja s novom upravom želja za evidencijom volontera obilazak interesnih skupina za volontiranje snažna PR odluka prema volonterima uvođenje okvirne satnice volontiranja dogovaranje rasporeda volontera uključivanje starijih volontera u uvođenju novih kreiranje volonterske bilježnice

Pri početku uključivanja volontera, uz volontere iz Italije postojao je problem *jezične prepreke*. U tom početnom periodu, postojalo je i manje iskustva djelatnika ustanove s volonterima. Uključivanjem volontera iz Republike Hrvatske, jezična prepreka se smanjila, a kroz vrijeme i iskustvo djelatnika ustanove se povećalo. Kako prostor ustanove nije adekvatan za primiti veći broj volontera, što je jedna od specifičnosti ustanove (vidjeti: „**Mi smo malo ipak specifični**“),

volontiranje je različito u ovisnosti od doba godine. Ustanova se nalazi okružena velikim parkom koji se prostire na 78 000 m², što ljeti omogućuje primanje većeg broja volontera jer postoji mogućnost boravka na otvorenom. Primjerice, redovita aktivnost tijekom ljeta je volonterski kamp Tendopli u trajanju od deset dana u kojemu sudjeluje oko 90 volontera pri čemu su volonteri smješteni u šatorima na prostoru parka. Zimi, kada je ograničenost na unutarnji prostor, može se primiti manji broj volontera.

Kod situacija koje su tražile *prilagodbu*, je i problem *vezivanja volontera uz određeno dijete* što se nadvladalo dogovorom da volonteri ne mogu birati dijete već svi rade sve, ovisno o tome kada dođu. Vođeno željom za boljim usmjeravanjem volontera, uspostavio se katalog volontera s podacima o volontiranju, što predstavlja veće vođenje i evidentiranje volontiranja.

U organizacijskom dijelu, da se lakše uskladi dolazak volontera s ritmom ustanove, kreira se raspored tako da se zna tko će doći, kada, što će raditi i tko će ga dočekati. Poslagali su se određeni dijelovi tako da djeca dobiju najviše od vremena volontera, a i volonteri da najbolje iskoriste svoje vrijeme. Prema takvoj okvirnoj satnici volontiranja, volontiranje ne može biti cjelodnevno već je ograničeno na prijednevna dva sata i poslijepodnevna dva do tri sata čime nisu ometene druge obaveze i aktivnosti djeteta, od terapija do obroka. Kroz to se i vodi računa da nema previše volontera kako ne bi došlo do opterećenja među samim volonterima i među djelatnicima.

Među *prilagodbama* izdvaja se *radna bilježnica* i *stalni volonter*. Radna bilježnica kreirana je kako bi se uputilo volontera u posebnosti oko pojedinog djeteta važne za volontiranje (što se smije, a što ne):

„...ona volontera nekako uputi u rad što dijete smije, a što nikako ne smije. Jer imamo djecu koja ne smiju sjediti radi kičmice, radi bilo čega i imamo djecu koju ne smijete stavljati na noge, ne smijete ih dizati, ne smijete ih dizat ispod pazuha, itd. Znači neke stvari koje moraju znati o tom djetetu prije nego što ga uzmu...što nastojimo, normalno, uvijek u suradnji s fizioterapeutima i edukacijskim rehabilitatorima ažurirati.“ (SGB03).

Bilježnica je time odličan način da se volontiranje prilagodi individualnoj potrebi pojedinog djeteta, a da se nadvlada uključivanje različitih volontera. Na to se značajno nadograđuje i uključivanje tzv. stalnih volontera – volontera koji su duže vremena uključeni u ustanovu. Njih se zamoli da dođu i dočekaju nove volontere, da ih provedu kroz ustanovu i budu uz nove

volontere cijelo vrijeme njihova volontiranja. To se osobito primjenjuje ako uprava ustanove nije prisutna u vrijeme dolaska novih volontera.

Dio prilagodbe, koji je ujedno i odraz **Aktivnog menadžmenta**, a spadao bi pod dobru praksu slanja poziva za volontiranje, bila je i snažna PR kampanja. Kampanja je dio realizacije želje da se u ustanovu više uključe volonteri iz Republike Hrvatske, u onom ranijem povijesnom dijelu uključivanja volontera, gdje su postojali prvenstveno volonteri iz Italije. Iz opisa proizlazi da se radilo o snažnoj PR odluci prema volonterima koja je ustanovu dovela u sve medije:

„...jako puno se radilo na tome da kolega za kvalitetu proširi glas na van, da su potrebni volonteri i da su oni dobrodošli, da time čine dobro djelo, da će biti od velike pomoći i djeci i djelatnicima, tako da se...ne znam kako bi to nazvala, nije nekakva reklama, ali se ustvari radilo na tome da to izađe van u javnost, da su volonteri dobrodošli i da su potrebni.“ (SGB04).

Svi opisi koji su sadržani pod *prilagodbom u uključivanju volontera*, govore o ulaganju u proces uključivanja volontera i potvrđuju prepoznavanje važnosti volontiranja za ustanovu.

Iako se ne izdvaja zasebno kako tema, daje se kratki uvid u proces koordinacije volontera pri ustanovi kao dio konteksta svih ranije iznesenih informacija. Trenutno, proces uključivanja volontera obuhvaća informiranje o volontiranju koje je moguće preko internetske stranice. Preko nje dane su osnovne informacije za osobu prije dolaska u ustanovu da zna što može očekivati i koji je proces njenog uključivanja. Za potrebe informiranja koristi se i interni film koji prikazuje način rada u ustanovi, aktivnosti volontera, značenje volontiranja za ustanovu i sl. Proces uključivanja uključuje i ispunjavanje opsežnog upitnika o očekivanjima, dosadašnjem iskustvu, motivaciji i dr. Zainteresirane osobe za volontiranje javljaju se svaki tjedan, a tijekom ljeta se odvija veliki volonterski kamp. Za komunikaciju s volonterima, koristi se i *WhatcApp* grupa. Preko nje se odvija i poziv na sastanak volontera koji su aktualni u periodu od proljeća do ljeta jer ih se tada može primiti izvan ustanove, u šatorima, što omogućava njihov kvalitetniji prihvata. Ako nema nikoga od uprave pri dolasku novog volontera, dogovoreno je da netko od volontera koji su duže u ustanovi bude uz novog volontera i informira ga o potrebnome. U uključivanju volontera, zdravstvenoj ustanovi važna je koordinacija volontera, edukacija te praćenje potreba i prilagodba sukladno uočenom.

Postojao je mali otpor i skepticizam zdravstvenih radnika na osobe izvan sustava koji na neki način mogu kontrolirati njihov rad tj. angažman prema pacijentima, boravkom u ustanovi te

mjere opreza i strah jer se bolesno dijete daje osobi koja je nepoznata: „...u početku je to bilo onako, svi smo bili prestrašeni, svima je tu bilo sve novo, ali nakon određenog vremena...“ (SGB04). Višegodišnje iskustvo s volonterima rezultiralo je da toga više nema, da su se djelatnici opustili, stekli povjerenje i da daju apsolutnu potporu volonterima: „...svi se oni dočekuju s velikim oduševljenjem od svih nas, jer oni nama čine stvarno dobro...“ (SGB04). Na povjerenje je utjecalo i postavljanje definicija kako bi volontiranje točno izgledalo i mogućnost rada na poboljšanjima. Postoji svjesnost da uvođenje novih procesa traži vrijeme za prilagodbu: „...sve što vam je nešto novo i što mijenja u vašem sustavu rada treba vremena da se poradi na tome, da se ljudi priviknu na to...“ (SGB04).

Dodatno se izdvaja iz bilješki vođenih tijekom posjete Specijalnoj bolnici za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra, informacija o udomljavanju djece od strane osoba koje su bile uključene u volontiranje. Od 2000. godine do 2022. godine, udomljeno je 16 djece (uključujući udomljavanje u Italiju) i pri tome je kod svih situacija udomljavanje bilo direktna posljedica volontiranja.

5.4.2.3. Glavni elementi studije Specijalne bolnice za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra

Specijalna bolnica za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra jedinstvena je zdravstvena ustanova u Republici Hrvatskoj i to je nešto što je prisutno kontinuirano. Dugoročno uključivanja volontera, koje je krenulo s volonterima iz Italije kroz volonterski kamp, kreiralo je dobar temelj za uključivanje volontera s područje Republike Hrvatske. Postojalo je već iskustvo što je to što volontiranje može donijeti ustanovi i korisniku (pacijentu). Toj dugoročnosti pripojio se vrlo aktivni menadžment ustanove koji jasno prepoznaje važnost da od njih dolazi poruka podrške prema uključivanju volontiranja. U tom procesu aktivnog menadžmenta, razvijaju se brojne suradnje i događaju se kontinuirane prilagodbe u koordinaciji volontera pri čemu svaka predstavlja nadvladavanje izazova u uvažavanju specifičnosti ustanove. Neke prilagodbe ukazuju i na značajno povezivanje s postojećim/mogućim resursima u zajednici. Takvo povezivanje, najviše je vidljivo kod pokretanja udruge koja djeluje pri ustanovi, a preko koje se odvija dio koordinacije volontiranja uključujući i smještaj volontera. Odgovor koji volontiranje daje potrebama, zadržava ustanovu u daljnjem uključivanju volontera.

6. RASPRAVA

Konceptualno / teorijski okvir istraživanja promatra sinergiju različitih elemenata na mikro razini (razini zdravstvene organizacije) i makro razini (razini zdravstvenog sustava Republike Hrvatske). Unutar njega ugrađene su dimenzije: *resursi, financiranje, pružanje usluga, regulacija, ciljevi, vladavina, korporativni identitet, inovativnost i ulaganje*. Radi preglednosti i lakšeg praćenja, rasprava će u daljnjem tekstu slijediti istraživačka pitanja, a nakon toga će biti dan osvrt u okviru konceptualno / teorijskog okvira i postavljenih dimenzija, odnosno u okviru postavljenog cilja istraživanja.

6.1. Obilježja kombiniranoga modela zdravstvene zaštite

Prvo istraživačko pitanje: „Kakva su obilježja kombiniranog (engl. *welfare mix*) modela zdravstvene zaštite, u aspektima financiranja i pluralizma pružatelja usluga?“, imalo je svrhu da jasno pruži kontekst i istakne ulogu volontiranja i doniranja u kombiniranom modelu zdravstvene zaštite: na što se to volontiranje i doniranje kao resursi nadovezuju u kombiniranom modelu zdravstvene zaštite. Rasprava se ovdje usmjerava prvo na analizu strukture i obilježja financiranja zdravstvene zaštite (tko financira zdravstvenu zaštitu), strukturu i obilježja pružatelja usluga zdravstvene zaštite (tko pruža usluge zdravstvene zaštite) i koje su značajne promjene vezane uz to, bile aktualne kroz vrijeme u regulaciji. Nakon toga rasprava se usmjerava na volontiranje i doniranje (kako su generalno regulirani i koje su specifičnosti njihove regulacije unutar zdravstvene politike). Pri navedenom zahvatilo se dimenzije: *financiranje, pružanje usluga i regulacija* (za volontiranje i doniranje).

6.1.1. Struktura i obilježja financiranja i pružanja usluga zdravstvene zaštite

Teško je sažeto zahvatiti sve činitelje globalno, na razini Europe i nacionalno, koji su se kroz vrijeme pozicionirali kao utjecajne silnice na razvoj zdravstvene zaštite Republike Hrvatske, odnosno promjene u njejoj strukturi i obilježjima financiranja i pružanja usluga, no važno je imati na umu njihovu opsežnost za razumijevanje procesa razvoja, sadašnjeg stanja i budućeg

djelovanja⁵⁶. Za zdravstveni sustav Hrvatske značajni je period na prijelazu dva stoljeća, kada se suočava s disfunkcionalnošću, lošom organiziranosti i traženjem restrukture (Zrinščak, 2019.; Bežovan, 1998.). Naime, u periodu nakon Drugog svjetskog rata, rastu izazovi vezani uz socijalnu zaštitu i ekonomski rast. Sustav sigurnosti razvijen je temeljem radnog odnosa, a kategorije poput obrtnika i poljoprivrednika ostvaruju pravo na socijalno osiguranje primarno kroz mirovinsko i zdravstveno osiguranje. Kako socijalno osiguranje nije bilo dovoljno za rješavanje rastućih problema, razvija se i mreža ustanova za usluge ranjivim skupinama. S vremenom, rast socijalnih problema poput siromaštva, nezaposlenosti i devijantnog ponašanja, dovodi do potrebe razvoja novih odgovora jer se postojeće ne uspijeva razriješiti aktualnom organizacijom društva (Bejaković, 2021.; Puljiz, 2000.).

Slijedom navedenoga, slom socijalizma donio je, ne samo Hrvatskoj, već Srednjoj i Istočnoj Europi promjene zakonskih okvira, politike, vlasništva, proizvodnje, financiranja i naknade zdravstvene zaštite (Orešković, 1998.). U zdravstvenim sustavima europskih zemalja od početka 1990. tih godina, u postkomunističkim zemljama aktualan je prijelaz s modela gdje se zdravstveni sustav financira porezima i državnim proračunom na model baziran na doprinosima (Kaštelan, Matančević i Bežovan 2022.; Zrinščak, 1999.). No, Hrvatska se uz pad socijalizma u tom periodu nosila i s izgradnjom svoje nezavisnosti i ratom (Bejaković, 2021.; Puljiz 2000.). Time, procesi promjena u zdravstvenoj zaštiti označeni tranzicijom, europeizacijom, globalizacijom i reformama (Zrinščak, 2019.) imaju dodatne utjecaje.

Rat je donio ljudske gubitke, materijalnu štetu, pad proizvodnje zaposlenosti i životnog standarda (Puljiz, 2000.). Posljedice rata združene s tranzicijskim problemima, usporili su proces demokratizacije i produžili postranzicijski oporavak (Bejaković, 2021.). Privatizacija se odvija obilježena ratom, kada su ekonomske aktivnosti smanjenje, pri padu zaposlenosti i specifičnoj podjeli u društvu, uz uočavanje utjecaja novih elita na proces privatizacije (Puljiz, 2000.). Hrvatska postaje članica Vijeća Europe, potpisuje Sporazum o stabilizaciji i pridruživanju i postaje članica Europske unije, što su sve procesi koji su tražili usklađivanje, restrukturiranje i dr., između ostalog i u području zdravstva, uz balansiranje s globalnim izazovima (Bejaković, 2021.). Uz sve navedeno, niz promjena u području zdravstva u promatranom periodu, očekivan je.

⁵⁶ Vidjeti i: Ostojić, Bilas i Franc, 2012.b; Stubbs i Zrinščak, 2012.; Hebrang, Ljubičić i Baklaić, 2007.; Zrinščak, 2020.; Zrinščak, 1999., Orešković i Skupnjak, 1999.; Orešković, 1998.;

Za očekivati je da će Republika Hrvatska imati i u narednom periodu daljnje reforme zdravstva koje će zahvatiti i financiranje i pružanje zdravstvene zaštite, slijedom obilježja nacionalne ekonomije, različitih zahtjeva u području zdravstva i šire te rizicima kriza (kao što je bila epidemija COVID-19). Primjerice, analize unazad pet godina vezane uz financiranje zdravstvene zaštite, kao prijedloge za unaprjeđenje izdvajale su poboljšanja pristupa dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za siromašnija kućanstva, jačanje dizajna participacije, poboljšanje pristupačnosti lijekovima koji nisu pokriveni unutar sustava, podizanje dohodovnog praga za ispunjavanje uvjeta za pokrivanje sredstava dopunskog zdravstvenog osiguranja, povećanje prihoda od dopunskog osiguranja, povećanje prihoda zdravstvenih ustanova kroz istraživanje i razvoj i dr. (Šimović, Mihelja Žaja i Primorac, 2022.; Vončina i Rubil, 2018.).

Nadalje, Bejaković (2021.) razmatrajući reforme i izazove socijalnih sustava u Republici Hrvatskoj ističe tri preduvjeta za postizanje rasta: izgradnju makroekonomske stabilnosti, kreiranje podražavajućeg okruženja za privatne poduzetničke inicijative te porast ulaganja u ljudski kapital. Po autoru, to bi trebalo uključiti redefiniranje granice između države i tržišta temeljem učinkovitosti gdje bi se odgovornost države trebala povećavati u kontekstu intervencije u područja koja su kritična i gdje snage tržišta ne mogu pružiti učinkovitu raspodjelu resursa ili gdje je nepravedan pristup osnovnim sredstvima za život. Preduvjeti koje navodi Bejaković, nisu izolirani od područja zdravstva. Nacionalna razvojna strategija Republike Hrvatske do 2030. godine (NN 13/2021), izdvaja da razvoj Hrvatske ovisi o sposobnosti prepoznavanja i prilagođavanja europskim i globalnim trendovima. Razvojni smjerovi i strateški ciljevi Nacionalne razvojne strategije Republike Hrvatske do 2030. godine, usmjeravaju djelovanja u području zdravstva slijedom očekivanja da su oni osnova za planiranje proračuna i programiranje financijskih sredstava iz fondova Europske unije i drugih međunarodnih izvora (Džakula i sur., 2021.). U okviru strateškog cilja 5 „Zdrav, aktivan i kvalitetan život“ planira se unaprjeđenje kvalitete i dostupnosti zdravstvene zaštite i zdravstvene skrbi kao ključnog nacionalnog prioriteta u odgovoru na izazove „unaprjeđenja zdravstvenih ishoda i ostvarivanja ravnoteže između financijskih mogućnosti i rastućih troškova povezanih s novim i naprednijim metodama liječenja zbog tehnološkog i znanstvenog napretka, ali i povećane potražnje za zdravstvenom zaštitom zbog starenja stanovništva“. Predviđeno je i razmatranje da se eventualni nedostatak resursa u javnom bolničkom sustavu nadomjestiti i uključivanjem privatnih pružatelja zdravstvene zaštite; sagledavanje dodatnih

moćnosti financiranja razvijanjem potencijala tržišnog zdravstvenog klastera usmjerenog prema izvozu zdravstvenih usluga i zdravstvenom turizmu i dr.

Republika Hrvatska u izgradnji rješenja u području zdravstva, kao što je istaknuto u uvodnom dijelu, nosi se sa sličnim izazovima (rastući izdaci i financijska učinkovitost) i rješenjima kao i druge zemlje na razini Europe. To je prepoznato i kroz strateške dokumente. Primjerice, Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. (NN 16/12) isticala je da financijske reforme koje su zemlje članice Europske unije najčešće provodile u svrhu postizanja održivosti financiranja uključuju: „centralizaciju sustava prikupljanja sredstava, širenje baze prihoda, stratešku alokaciju resursa i stratešku kupovinu usluga, širenje pokrivenosti stanovnika i osiguravanje pristupa, poticanje konkurencije među osiguravateljima, povećanje kvalitete i učinkovitosti zdravstvenog sustava“. Razvoj politika financiranja zdravstvenog sustava, Strategija je prepoznavala da može ići u smjeru „jačanja razvoja tehnologije, poticanja harmonizacije, veće privatizacije, ili u smjeru decentralizacije te jačanja javnog zdravstva, uz više fleksibilnosti u razvijanju rješenja suvremenih financijskih problema“. Temeljeno na politici financiranja zdravstvenih sustava u zemljama članicama Europske unije, Strategija je izdvajala da nema univerzalnog odgovora o načinu financiranja zdravstvenih sustava te da podjela na sustave postaje irelevantna zbog korištenja kombinacije različitih izvora sredstava financiranja zdravstvenog sustava.

Financiranje zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, razvijeno tako da je većina izvora javna, slično je trendu u zemljama Istočne i Srednje Europe. Recentno istraživanje o stanju i trendovima financiranja zdravstva u zemljama Istočne i Srednje Europe, pokazalo je da su javni izvori u većini zemalja glavni izvor financiranja uz trend smanjenja. Izravna plaćanja građana (plaćanja iz vlastitog džepa) čine najveći dio privatnih sredstava i pokazuju trend rasta (Kaštelan Brumen, Konatar i Kaštelan, 2022.). Bilježi se da je u Republici Hrvatskoj u 2021. godini udio javnog financiranja iznosio 85,5% i time bio veći nego kod većine zemalja u Europskoj uniji (81,1%). Izravna plaćanja građana bila su ispod prosjeka Europske unije (15%) i činila su 9% (OECD, 2023.b). Takvi podaci slični su stanju iz 2019. godine kada se bilježi udio javnih izdataka od 81,9%, a izravna plaćanja građana kao drugi najznačajniji izvor financiranja zdravstva, bilježe udio od 11,5% što je također bilo ispod tadašnjeg prosjeka Europske unije od 15,4% (OECD, 2021.). Promatrano po tekućoj zdravstvenoj potrošnji u milijunima kuna, država i sheme obaveznog financiranja zdravstvene zaštite iznosile su u 2020. godini 24.734,4 milijuna kuna (84,2%), sheme dobrovoljnog financiranja zdravstvene zaštite

1.574,2 milijuna kuna (5,4%), a privatna potrošnja kućanstva putem izravnog plaćanja 3.069,7 milijuna kuna (10,4%) (Stevanović, Capak i Benjak, 2022.).

Promjene u području pružatelja usluga (tko pruža), u promatranom periodu, obilježene su procesom privatizacije. Mogućnost privatne prakse bilježi se u Zakonu iz 1991. kao čin privatizacije u zdravstvenom sustavu, koji se Zakonom iz 1993. godine nastavlja kroz otvorene mogućnosti takvog procesa za primarnu zdravstvenu zaštitu⁵⁷. Privatni pružatelji usluga porasli su kroz vrijeme u broju i to osobito u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, stomatološkim službama i specijaliziranim klinikama tako da je većina ordinacija primarne zdravstvene zaštite privatizirana (Džakula i sur., 2021.). Prema stanju u bazi podataka Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite⁵⁸ o zdravstvenim ustanovama na dan 25.8.2021.⁵⁹ bilo je aktivnih (otvorenih) 918 ustanova, od toga 181 javnih i 737 privatnih. Prema podacima Hrvatskog zdravstveno-statističkog ljetopisa, krajem 2021. godine bilo je registrirano 4.615 jedinica privatne prakse (ordinacije, laboratoriji, privatna praksa ljekarnika, privatna praksa fizioterapeuta i zdravstvene njege u kući). Od 78 bolničkih ustanova i lječilišta, jedna klinika, trinaest specijalnih bolnica i pet lječilišta nalazilo se u privatnom vlasništvu (Stevanović, Capak i Benjak, 2022.).

U kontekstu povećanja izravnih plaćanja građana za zdravstvenu zaštitu, izdvaja se od strane istraživača uočavanje problematike povećanja izdataka kućanstva za zdravlje te time i smanjenje pristupačnosti zdravstvenih usluga i utjecaj na pravednost u financiranju zdravstva (Švaljek, 2014.). Takvo je usmjeravanje isticalo i da kućanstva u nižim dohodovnim skupinama općenito troše veći udio svog dohotka na zdravlje nego kućanstva u višim dohodovnim skupinama (Vončina i Rubil, 2018.; Švaljek, 2014.). Vezano uz to, izdvaja se da je Republika Hrvatska imala stopu samoprijavljenih nezadovoljenih potreba za medicinskom skrbi (zbog troškova, udaljenosti ili čekanja) ispod prosjeka Europske unije pri čemu je ona mnogo viša kod skupine osoba s niskim primanjima nego kod skupina s visokim primanjima (OECD, 2023.b; OECD, 2021.).⁶⁰ Dakle, unatoč jakim mjerama financijske zaštite (visoka razina javne potrošnje, oslobađanje plaćanje participacije za ranjive skupine, široko prihvaćanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u ostalim skupinama stanovništva radi pokrivanja

⁵⁷ Mogućnost privatne prakse bilježi se i ranije iako u ograničenom obliku (Zrinščak, 2007.).

⁵⁸ Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23) sadrži upisane pravne i fizičke osobe koje u Republici Hrvatskoj obavljaju zdravstvenu djelatnost. Nacionalni registar vodi Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

⁵⁹ Podaci su zaprimljeni na pisani upit.

⁶⁰ Postoje razlike u razini nezadovoljenih potreba prema podacima EU-SILC-a i Eurofounda. Vidjeti: OECD, 2023.b

participacije), kojim su izravna plaćanja mala i ljudi su zaštićeni od izdataka koji bi mogli ozbiljno ugroziti životni standard (OECD, 2023.b), postoji razlika između skupine stanovništva obzirom na dohodak. Nastavno na takvu situaciju, u sklopu Smjernica za unaprjeđenje dostupnosti zdravstvene skrbi u Republici Hrvatskoj od Vončine (2023., 7), predloženo je ostvarivanje cilja: Unaprjeđenje dostupnosti zdravstvene zaštite mjereno stopom nezadovoljenih zdravstvenih potreba stanovništva, s jednim od indikatora vezanim uz priuštivost: „Smanjenje učestalosti katastrofalnih troškova za zdravstvenu zaštitu (više od 40% kapaciteta potrošnje kućanstava nakon zadovoljenja osnovnih životnih potreba) u prvoj dohodovnoj kvintili populacije u 2025. godini za najmanje 10% u odnosu na 2019. godinu“. To je negdje na tragu i ranijih preporuka od Vončine i Rubila (2018.) o području poboljšanja pristupa komplementarnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za siromašnija kućanstva, jačanje dizajna participacije i poboljšanje pristupačnosti lijekovima koji nisu pokriveni unutar sustava.

Prema svemu iznesenom, zdravstvena zaštita Republike Hrvatske, kroz svoju strukturu i obilježja financiranja (tko financira) i pružanja usluga (tko pruža), od početka promatranog perioda nosi oznake kombiniranog modela socijalne politike i kao takva razvijala se pod različitim okolnostima i pritiskom postizanja ciljeva definiranih reformama koje su i dalje u tijeku. Vidljivo je da kontinuirano postoje različiti izvori financiranja i kombinacija pružatelja usluga i da će se takva tendencija zadržati. Kombinacija izvora financiranja i kombinacija pružatelja, najuži je pogled prema obilježjima kombiniranog modela zdravstvene zaštite. Malo uži pogled može biti po obilježjima hibridizacije prema Eversu. Naknade od strane korisnika, prihodi temeljem ugovora te natjecanje za sredstva s drugim pružateljima usluga, vidljivi u obilježjima zdravstvene zaštite Republike Hrvatske, dio su obilježja tržišta koji prema Eversu (2008.) čine dio hibridnosti javnih usluga i usluga koje nisu zasnovane na profitu. Drugi dio obilježja, također vidljiv kroz analizu, odnosi se na državu, njen redoviti financijski doprinos te regulaciju na lokalnoj i nacionalnoj razini. Treći dio obilježja, vezan je uz elemente koji grade socijalni kapital kao što su volontiranje i doniranje čija će prisutnost biti razmatrana u narednim poglavljima.

6.1.2. Regulatorni dokumenti u području volontiranja

Analiza regulatornih dokumenata u području volontiranja ukazuje da je postojalo nastojanje da se u dokumente u području zdravstva uključi tematika volontiranja, termin *volonter* i *volonterski rad* no da je izostao kontinuitet takvog djelovanja ali i određena jasnoća. Naime, pojedini strateški dokumenti u zdravstvu prepoznaju vrijednost volontiranja no ostaje upitno koliko je ta vrijednost ispravno pozicionirana i koliko se prepoznaje postojeća infrastruktura volontiranja. Zanimljivo je da su pojedini strateški dokumenti prepoznavali potrebu za adekvatnom zakonskom regulacijom volontiranja u vrijeme kada je ono već bilo aktualno pet godina i više, u vrijeme njihova donošenja. Izostalo je pojašnjenje u dokumentima o kojoj se zakonskoj regulaciji radi: radi li se odgovarajućem zakonskom reguliranju drugačijem od onoga koje je bilo na snazi ili o nedovoljnoj upućenosti u regulaciju volontiranja i generalno infrastrukturu volontiranja u vrijeme kreiranja izdvojenih strateških dokumenata. Ostalo je i otvoreno, koja je to poruka poslana čitateljima strateških dokumenata o regulaciji volontiranja.

Kada se radi o volontiranju, Republika Hrvatska je izgradila obuhvatnu infrastrukturu volontiranja prateći događanja na europskoj razini. Zahvaljujući takvoj infrastrukturi, omogućeno je stvaranje poticajnog političkog, socijalnog i ekonomskog okruženja za podržavanje, povećanje i razvoj volonterstva. Još pred desetak godina detektirana je infrastruktura volontiranja u Republici Hrvatskoj koja je obuhvaćala: a) Zakonodavni okvir, b) Vladine politike o volonterstvu, c) Organizatore volonterskih aktivnosti: organizacije i mreže na lokalnoj, regionalnoj i nacionalnoj razini d) Volonterske centre i Hrvatski centar za razvoj volonterstva, e) Mogućnosti za volontiranje i mehanizme posredovanja između (potencijalnih) volontera i volonterskih pozicija, uključujući on-line baze podataka, f) Promociju i podizanje svijesti javnosti o vrijednosti volontiranja, g) Financijsku podršku kako bi se osigurala održivost volonterskih programa te h) Istraživačke projekte od strane akademske zajednice i organizacija civilnog društva (Forčić i Čulum, 2012.). Takva infrastruktura aktualna je i dalje, uz dodatnu nadogradnju i osnaženje kroz vrijeme. Nadogradnja je uključivala i odgovore na izazove detektirane pred desetak godina: uspostavljanje sustavnog istraživanja volontiranja i prikupljanja podataka, povećanje međusektorske suradnje među dionicima (osobito korporacijama i sveučilištima), prepoznavanje volontiranja osobito u procesu zapošljavanja i

edukacije, prilagodba sustava mjerenja ekonomske vrijednosti volontiranja te osiguranje različitih prilika za financiranje volontiranja⁶¹.

Isticanje potrebe za dodatnom regulacijom volontiranja u strateškim dokumentima može proizlaziti i iz potrebe zaštite korisnika zdravstvenih usluga. U tom kontekstu zakonska regulativa volontiranja dala je vrlo snažan okvir kroz definiranje prava, obaveza i odgovornosti volontera i organizatora volontiranja. Između ostalog, izdvaja se u Zakonu o volonterstvu da je volonter obavezan volontirati u skladu sa stručnim propisima i etičkim pravilima, po primljenim uputama organizatora volontiranja, čuvati poslovnu ili profesionalnu tajnu i povjerljive i osobne podatke o organizatoru ili korisniku volontiranja, odbiti volontiranje koje je suprotno propisima, poštivati integritet, misiju, ciljeve i vrijednosti organizatora volontiranja te prilikom početka, tijeka i prekida volontiranja paziti da svojim postupcima ne prouzroči štetu organizatoru ili korisniku volontiranja. Kod organizatora volontiranja, Zakon o volonterstvu između ostalog, izdvaja da je obavezan razviti standarde kvalitete koji osiguravaju pripremu i izvješćivanje, nude osobno vođenje i podršku, nadzor i mentorstvo kroz čitav tijek volontiranja kao i jasne sustave vrednovanja i praćenja, poželjno kroz razvoj sustava osiguranja kvalitete.

Zaštita korisnika dodatno je u Zakonu o volonterstvu, naglašena i kroz Načelo zaštite korisnika. Prema Načelu zaštite korisnika, kod volontiranja s djecom, osobama s invaliditetom, starim i nemoćnim osobama, bolesnim osobama ili osobama koje su lišene poslovne sposobnosti, osobitu pozornost potrebno je posveti izboru i edukaciji volontera te primjerenom stručnoj pomoći i nadzoru nad njihovim radom, uz posjedovanje osobnih znanja, iskustava i sposobnosti organizatora volontiranja za rad s tim skupinama korisnika volontiranja. Načelo ne dopušta da za navedene skupine korisnika kao osoba koja volontira budu uključene osobe koje su pokazale određeno specifično rizično ponašanje. Načelo je tu vrlo konkretno i navodi skupinu po skupinu (npr. osobe kojima traje sigurnosna mjera obaveznog psihijatrijskog liječenja, osobama koje su pravomoćno osuđene ili se protiv njih vodi kazneni postupak za neko od kaznenih djela protiv života i tijela, protiv osobne slobode itd.). Načelo takvo nedopuštanje proširuje i na organizatore volontiranja kod kojih je kod odgovornih osoba utvrđeno takvo ponašanje. Izbor i edukacija osoba koje volontiraju te primjerena stručna pomoći i nadzor njihovom radu, istaknuta u Zakonu o volonterstvu (a koja je kao nužnost naglašena i pojedinim analiziranim strateškim dokumentima u zdravstvu) sastavni je dio dobre prakse menadžmenta volontiranja (SMART, 2017.; Šimunković, 2015.; Forčić i sur., 2007.) i standarda kvalitete za organizatore volontiranja

⁶¹ Vidjeti i: *Volunteering in Croatia – Fact Sheet*. Dostupno na: <https://voluntaris.cat/wp-content/uploads/2020/06/Volunteering-in-Croacia.pdf> (Pristup: 9.8.2022.).

(Volunteer Scotland, 2021.; NCVO, 2021.; NCVO, 2019.; Brudney i sur., 2016.; Forčić, Čulum i Šehić Relić, 2016.). Zaštita korisnika specifično je u Zakonu o volonterstvu istaknuta i u Načelu zabrane diskriminacije osoba koje volontiraju i korisnika volontiranja. Uz navedeno, kao dodatni element zaštite korisnika volontiranja, izdvaja se i Etički kodeks volontiranja kojim su propisana pravila ponašanja volontera, organizatora volontiranja i korisnika volontiranja sukladno načelima volontiranja Zakona o volonterstvu, tako da prema svemu iznesenom, postoji zakonska regulativa koja omogućuje adekvatni razvoj volontiranja u zdravstvenim ustanovama.

Kroz analizirane regulatorne dokumente iz područja zdravstva, stječe se dojam da je volontiranje najviše prepoznato u području palijativne skrbi. Takvo prepoznavanje možemo promatrati kroz to što su organizacije civilnog društva i volontiranje, značajno doprinijeli pozicioniranju palijativne skrbi kao prioriteta u zdravstvenoj politici Republike Hrvatske (Franinović Marković i Vučevac, 2016.). Pružanje palijativne skrbi kod kuće (uključujući potporu članovima obitelji i pružateljima skrbi), u Republici Hrvatskoj pilotirano je od strane „volonterskih organizacija“. Rezultati i inicijative koje su procijenjene održivima i prenosivima, ukomponirane su u strateški plan. Nacionalni odbor za razvoj palijativne skrbi, tijekom razvoja strateškog plana, usmjerio se na rad s civilnim društvom kako bi ohrabrio kreiranje novih grupa osoba koje volontiraju, a koje će biti blisko povezane sa zdravstvenim ustanovama i ustanovama socijalne skrbi i koji će uspostaviti suradnju s županijskim koordinacijskim centrima (Lončarek i sur., 2018.). Također, Republika Hrvatska je u tome potencijalno slijedila i međunarodne smjernice. Preporuke Europskog udruženja za palijativnu skrb (engl. *European Association for Palliative Care*) iznesene u Bijeloj knjizi o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi, navode da volontiranje pruža nezamjenjiv doprinos palijativnoj skrbi te da se hospicijski pokret, kao pokret za građanska prava, temelji na volontiranju (Candy i sur., 2019.; Radbruch i Payne, 2009.b). Vijeće Europe u svojim preporukama za organizaciju palijativne skrbi posebnu pažnju daju volontiranju, navodeći da imaju važnu ulogu u palijativnoj skrbi, često podcijenjenju. Vijeće govori o ulozi volontiranja u direktnom pružanju pomoći palijativnom pacijentu, članovima obitelji, profesionalnom pružatelju skrbi, te o ulozi kao predstavnika društva koji budi susjedsku solidarnost, resocijalizira smrt i ukazuje da je ona problem cijelog društva u cjelini (CE, 2003.).

Pri **analizi intervjua**, u opisima je odskočila zakonska regulativa prepoznata kao izazov i/ili preporuka kod skupine predstavnika menadžmenta i kod skupine predstavnika djelatnika. Izdvojila se preporuka *unaprjeđenja i pojašnjenja zakonske regulacije*. U kontekstu toga

prijedlozi su da se izgradi fleksibilnija zakonska regulacija koja će uključiti smanjenje procedure uključivanja volontera i smanjenje administrativnih zahtjeva; da se jasnije regulira što volonter smije, a što ne (npr. u bolnici) te da se u zakon uvedu osobe koje volontiraju. Važno je obratiti pozornost na preporuku unaprjeđenja i pojašnjenja zakonske regulacije, osobito zbog nesigurnosti do koje dolazi zbog različitog tumačenja zakonske regulative. Naime, kod teme **Znanje je moć**, pri analizi intervjua izdvojila se zabluda da državne institucije ne mogu uključivati volontiranje i da je volontiranje moguće samo izvan djelatnosti ustanove. Iz konteksta opisa zabluda, proizlazi da je razvijena svjesnost od vrha menadžmenta da su te zablude neutemeljene i prelomile su se pod intenzivnom voljnosti vrha za volontiranjem u situaciji povećane potrebe za resursima. Pitanje je, koliko se još zdravstvenih ustanova nose s takvim zabludama kao preprekama. Zablude je pogodno nadvladati kvalitetnim i dostupnim informacijama, što znači raditi na porastu razine spremnosti na dimenziji *Znanje*. U tom kontekstu, zanimljivo je uočiti da ustanove koje uključuju volontiranje, najviše rezultate pri procjeni kriterija prema standardima kvalitete volonterskih programa, pokazuju u području *Praćenja i ispunjavanja pravne regulative* uz osobito visoke procjene za djelovanje u skladu s Etičkim kodeksom volontera te jasno definiranje prava i obaveza volontera. Takvom procjenom kao da se istaknula važnost tog dijela za zdravstvene ustanove.

Preporuka fleksibilnije zakonske regulacije je svakako za razmotriti kod narednog unaprjeđenja zakonske regulacije volontiranja, uz nužnost imanja na umu da je sadašnja regulacija, uključujući procedure i administraciju, postavljena kako bi se osigurao zahtjev zaštite korisnika volontiranja. U kontekstu smanjenja administrativnih zahtjeva, Studer i Schnurbein (2013.) izdvajaju da je razina administracije činitelj koji utječe negativno na volontiranje smanjujući predanost volontiranju, a povećavajući opterećenje.

Zaključno, obzirom na razvijenost regulatornog okvira za volontiranje, pogodno je razmotriti kako je moguće u narednim regulatornim dokumentima u području zdravstva, što ispravnije pozicionirati volontiranje kako bi se poslala poruka da se radi o prihvatljivom resursu kojeg je pogodno planski ugrađivati u svakodnevni rad zdravstvene ustanove u svim područjima. Dodatno, dodavanje pojma „volontiranje“, „volonter/ka“ u zakonske regulacije u području zdravstva te u strateške dokumente ima svoju vrijednost ukazujući time na značaj volontiranja ujedno informirajući javnost o poziciji volontiranja kao resursa. Istom je nužno za zdravstvene ustanove razviti mehanizam pojačane vidljivosti dostupnih informacija o volontiranju i mehanizam jasnog i konkretnog informiranja o postojećoj infrastrukturi volontiranja u Republici Hrvatskoj.

6.1.3. *Regulatorni dokumenti u području doniranja*

Doniranje je na razini Republike Hrvatske regulirano kroz više zakona i pravilnika koje traži dobro poznavanje pojedinih propisa koji se odnose na financijsko poslovanje ustanova i šire, uz prostor za razmatranje dodatnih povoljni(ji)h poticaja za doniranje. Razmatranje dodatnih poticaja za doniranje proizašlo je i iz analize intervjua nadovezujući se na analiziranu regulaciju i zaključke dosadašnjih istraživanja za područje Republike Hrvatske i šire. Primarno je proizašla potreba razvoja poticajnijeg poreznog okruženja.

Naime, kroz analizu intervjua i temu **Područja unaprjeđenja**, pokazalo se kroz *preporuke* uočavanje prostora za *unaprjeđenje zakonske regulacije* kroz olakšanje plaćanja/odbijanja poreza kod doniranja. Takva preporuka u skladu je s ranijim nacionalnim istraživanjem za područje Republike Hrvatske o individualnoj i korporativnoj filantropiji od Dimić-Vugec i Pavić-Rogošić (2017.) prema kojem je uočena potreba za boljom zakonskom regulativom. Manji dio tvrtki (6,3%) obuhvaćen istraživanjem⁶² kao jedan od razloga zbog čega ne doniraju istaknuo je nepovoljnu zakonsku regulativu tj. male porezne olakšice. Istom su tvrtke (njih 56%) pri ponuđenim odgovorima birale da bi najviše bile motivirane za doniranje kroz poticajnu zakonsku regulaciju za davanje tj. veće porezne olakšice. Gotovo polovica tvrtki (57%) bila je vrlo dobro upoznata sa zakonskim i poreznim okvirom (ostale donekle, malo ili nije bilo upoznato), a njih 47% je smatralo da je zakonski i porezni okvir uglavnom poticajan za doniranje. Nadalje, Bestvina Bukvić, Mihaljević i Tokić (2016.) ukazuju na značaj oblikovanja većih poreznih poticaja i poreznih olakšica za ulogu donacija u financiranju kazališta u Republici Hrvatskoj. U tom kontekstu zanimljivo je izdvojiti navod od Vretenar (2022.) da se oslobađanjem donirane hrane PDV-a nije značajno povećala količina i vrijednost donirane hrane u Republici Hrvatskoj.

Inozemni istraživački radovi u temi utjecaja poreza na doniranje ukazuju na pozitivnu vezu između poreznih odbitaka i doniranja (Sargeant i George, 2022.; Sargeant i Woodliffe, 2008.; Madden i Scaife, 2008.). Prema istraživanjima, smanjenje troškova donatora pri doniranju, povećava vjerojatnost doniranja (Sargeant i George, 2022.). Postoje i specifična promišljanja opravdanosti poreznih olakšica. Primjerice, prema Paxton (2020.) da bi odbitak poreza na donacije bio učinkovit, odbitak mora povećati doprinose za više od državnog troška pružanja

⁶² Ukupno je obuhvaćeno 100 tvrtki različite vlasničke strukture koje ne odražavaju cjelovitu sliku stavova tvrtki (Dimić-Vugec i Pavić-Rogošić, 2017.).

odbitka. U suprotnom, država ne bi trebala ponuditi porezne olakšice već samo prenijeti organizacijama novac koji prikupi od poreza. U tom kontekstu, Reich (2018., 114), razmatrajući opravdanost poreznih olakšica za građane pri doniranju, izdvaja da su one subvencije države i gubitak njenih prihoda i time da se njima „subvencionira sloboda ljudi da daju novac odričući se poreznih prihoda za aktivnost koja je trajala tisućljećima nesubvencionirana od države“⁶³. S druge strane, važnost izgradnje poticajnog okruženja, uključujući i poreze, izdvojena je i u preporuci Europskog i gospodarskog odbora. Europski gospodarski i socijalni odbor, uvažavajući komplementarnu i inovativnu dodanu vrijednost koju filantropija jačanjem zajedničkih vrijednosti i stvaranjem otpornijeg društva može donijeti socijalnoj koheziji, u 2019. godini je u svome mišljenju o neiskorištenom potencijalu filantropije, preporučio državama članicama da „priznaju filantropiju kao oblik iskazivanja društvene predanosti i angažmana i stvore prostor za nju te da uz pomoć odgovarajućih zakonodavnih ili nezakonodavnih inicijativa surađuju s akterima uključenima u filantropsko djelovanje“⁶⁴.

U kontekstu izgradnje poticajnog okvira za doniranje, Republika Hrvatska ima pozitivan smjer koji traži daljnje djelovanje. Izdvaja se da se Republika Hrvatska u razvoju poticajnih poreznih propisa za doniranje, kretala od ukidanja mogućnosti da davanja u općepriznate svrhe budu porezno priznati rashod u 1994. godini do porezno priznatog rashoda promjenama u 2000. godini. U tom kretanju porezni propisi uočeni su kao kompleksni uz slabo korištenje njihovih pogodnosti te miješanje doniranja i sponzorstva (Bežovan i Zrinščak, 2007.; Bežovan, 2003.b). Prema indeksu održivosti organizacija civilnog društva u Republici Hrvatskoj za 2020. godinu, izdvajalo se da bi značajne korporativne donacije koje su bile vidljive tijekom nepogoda mogle utjecati na razvoj poticajnijeg zakonodavnog okvira korporativne filantropije⁶⁵ ukazujući na potrebu u tom području. Godinu dana kasnije, indeks održivosti organizacija civilnog društva u Republici Hrvatskoj⁶⁶, uočavao je i prostor za unaprjeđenje jasnoće zakonodavnog okvira u području organiziranja akcija prikupljanja sredstava. Ovdje se izdvaja da je u 2023. godini

⁶³ Raich (2018.) u svoj knjizi navodi podatak da Sjedinjene Američke Države imaju najizdašnije porezne olakšice za građane pri doniranju. Daje i podatke o doniranju građana pri čemu upravo građani čine većinu udjela u doniranju.

⁶⁴ *Mišljenje Europskog gospodarskog i socijalnog odbora o neiskorištenom potencijalu filantropije u Europi*. Službeni list Europske unije. 2019/C 240/06.

⁶⁵ Vidjeti: *2020 Civil Society Organization Sustainability Indeks for Central and Eastern Europe and Eurasia*. Dostupno na: <https://ceraneo.hr/wp-content/uploads/2023/03/INDEKS-ODRZIVOSTI-OCD-A-U-HRVATSKOJ-ZA-2020.-GODINU.pdf> (Pristup: 29.1.2024.).

⁶⁶ Vidjeti: *2021 Civil Society Organization Sustainability Indeks for Croatia*. Dostupno na: <https://ceraneo.hr/wp-content/uploads/2023/03/CIVIL-SOCIETY-INDEX-IN-CROATIA-FOR-2021.pdf> (Pristup: 29.1.2024.).

donesen novi Zakon o humanitarnoj pomoći koji je donio dodatne jasnoće pri provedbi humanitarnih akcija.

Pri analizi zakonske regulacije doniranja izdvojilo se kontinuirano unaprjeđenje Zakona o humanitarnoj pomoći vođeno, između ostalog, i povećanjem transparentnosti. Donošenje novog zakona u 2023. godini također je, uz ostalo, izdvajalo i promjene vezane uz načelo transparentnosti kao potrebno zbog povjerenja građana u sve dionike procesa prikupljanja pomoći⁶⁷. Promjene su se vezale uz obvezu javne objave podataka vezanih uz prikupljanje i pružanje pomoći na mrežni stranicama. Ovdje se izdvaja i podatak dobiven analizom intervjua donatora gdje se kod teme **Upravljanje procesom prikupljanja donacija**, pri izgradnji koda *razlozi odabira specifičnog načina prikupljanja i upravljanja donacijama* pojavila situacija da donator bira drugačije načine prikupljanja financijskih sredstava za doniranje obzirom na stav da su *humanitarne akcije poluga za pranje novca*. Sama transparentnost pojavila se u više navrata pri analizi intervjua kao važna i značajna što doprinosi potrebi izgradnje povjerenja (i) kod provedbe humanitarnih akcija. Izdvajanje transparentnosti uočeno je i pri analizi doniranja u *policy* dokumentima iz sektora zdravstva.

Dodatno, jedno od unaprjeđenja zakona iz 2023. godine je i propisana iznimka prilikom provođenju humanitarnih akcija pri katastrofama i krizama gdje organizator nije dužan otvoriti račun za humanitarnu akciju već samo dostaviti podatak o broju računu na kojem će se primati uplate, čim se ubrzao postupak prikupljanja pomoći. Dugotrajnost postupka prikupljanja donacija, također je jedno od područja izazova koje je proizašlo kroz analizu intervjua iako se nije specifično usmjeravalo na humanitarne akcije, već općenito na proces prikupljanja donacija. Kod teme **Doniranje zaraženo COVID-om** nije proizašla teškoća vezana uz dugotrajnost što je vjerojatno zbog specifičnosti prikupljanja donacija od strane zdravstvenih ustanova koje nisu uočene kao primarni organizatori humanitarnih akcija, već su za njih humanitarne akcije organizirale druge organizacije iz zajednice. No, kod epidemije bolesti COVID-19 uočeno je da su i procedure zdravstvenih ustanova bile prilagođene tako da se donacija mogla izvršiti bez prethodnih procedura direktnom uplatom na račun s definiranim opisom plaćanja da se donacija odnosi na borbu protiv bolesti COVID-19⁶⁸.

⁶⁷ Vidjeti: *Konačni prijedlog zakon o humanitarnoj pomoći*. Dostupno na: https://www.sabor.hr/sites/default/files/uploads/sabor/2023-11-23/170801/PZ_540.pdf (Pristup: 29.1.2024.).

⁶⁸ Vidjeti primjerice: *Donacije*. Dostupno na: <https://www.bolnica-zadar.hr/aktualnosti/donacije/> (Pristup: 29.1.2024.).

Ukratko, u okviru unaprjeđenja regulacije doniranja, tri su glavna smjera kojima se preporučuje pružiti pažnju kroz daljnju izgradnju vezanih politika. Prvi smjer je daljnji razvoj poticajnog poreznog okruženja, drugi smjer je daljnja izgradnja transparentnosti u prikupljanju donacija i treći smjer je razmatranje procedura koje je moguće skratiti / ubrzati.

6.2. Kapacitet i praksa zdravstvenih ustanova u implementaciji volontiranja

Drugo istraživačko pitanje: „Kakav je kapacitet i praksa zdravstvenih ustanova u implementaciji volontiranja?“ obuhvatilo je dimenzije: *resursi (kapacitet i praksa za volontiranje), ciljevi, vladavina, korporativni identitet, inovativnost i ulaganje* kroz provedbu anketnog istraživanja, intervju a i studija slučaja. U nastavku se daje osvrt na opću raširenost volontiranja u zdravstvenim ustanovama kao uvid u raširenost prakse volontiranja te osvrt na volonterske pozicije, korisnike i organizatore volonterskih aktivnosti. Nakon toga daje se osvrt na podatke vezano uz standarde kvalitete volonterskog programa koji prate ciklus menadžmenta volontera i osvrt na podatke o spremnosti zdravstvenih ustanova na implementaciju volontiranja. Slijedi osvrt na specifičnosti tijekom epidemije bolesti COVID-19, doprinos volontiranja razvoju inovacija i na volontiranje kao ulaganje, odnosno doprinos volontiranja razvoju ulaganja.

6.2.1. Obilježja prakse volontiranja u zdravstvenim ustanovama

Raširenost prakse volontiranja u zdravstvenim ustanovama Republike Hrvatske vrlo je slaba. Naime, kombinacijom podataka dobivenih anketom, analizom popisa izvješća organizatora volontiranja, analizom javnih baza organizatora volontiranja i dodatnim uvidom u tražilicu *Google*, došlo se do podataka od 28 zdravstvenih ustanova (isključujući ljekarničku djelatnost i djelatnost dentalne medicine) koje uključuju volontiranje, odnosno o udjelu od 16,67%⁶⁹ zdravstvenih ustanova s javnim osnivačem. Od obuhvaćenih 45 zdravstvenih ustanova anketom, svega 15,56% njih implementira volontiranje pri čemu su podaci o broju osoba koje volontiraju i satima volontiranja niski (npr. prosječni godišnji broj volontera je u rasponu od 2

⁶⁹ Na dan 1.1.2023. bilježi se 156 zdravstvenih ustanova javnih osnivača u bazi podataka Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite (isključujući ljekarničke ustanove te one ustanove koje isključivo obavljaju djelatnosti dentalne medicine).

do 50 volontera sa srednjom vrijednosti 12,71, SD=19,79). Analiza udjela zdravstvenih ustanova kao organizatora volontiranja u ukupnom broju organizatora volontiranja koji su dostavili Izvješće o obavljenim uslugama ili aktivnostima organizatora volontiranja, otkriva nizak udio zdravstvenih ustanova među organizatorima volontiranja. U periodu od 2014. do 2022. godine, uočava se da zdravstvene ustanove među organizatorima volontiranja čine udio od 0,10% prema broju uključenih osoba u volontiranje i udio od 0,39% prema broju sati volontiranja (Tablica 3.1.3.1.3.).

Na podatke o raširenosti prakse volontiranja u zdravstvenim ustanovama svakako se odražava način prikupljanja informacija (što se u istraživanju nastojalo nadvladati kombinacijom različitih pristupa) ali i kapacitet zdravstvenih ustanova za uključivanje volontiranja kao i okvir za volontiranje dan na razini zdravstvenog sustava. Naime, podaci prikupljeni kroz popise izvješća organizatora volontiranja, ne mogu pružiti puni uvid o broju zdravstvenih ustanova koje se javljaju kao organizatori volontiranja ni o volonterskim aktivnostima unutar njih. Može se pretpostaviti da dio organizatora volontiranja propusti dostaviti izvješće, iako su to temeljem Pravilnika o sadržaju izvješća o obavljenim uslugama i aktivnostima organizatora volontiranja i Zakona o volonterstvu obavezni učiniti. Izvješća kao takva pojedinu osobu ne prepoznaju kao jednu jedinicu, već će se osobu koja volontira kod više organizatora volontiranja, zabilježiti kod svakog organizatora volontiranja što se odražava na ukupni broj osoba koje volontiraju. Povrh toga, sastav podataka u obrascu izvješća se je mijenjao kroz vrijeme, tako da je u nekim elementima otežana usporedba za sve godine od postojanja obaveze dostave izvješća. Takvom situacijom otežana je usporedba i s trendovima na međunarodnoj razini koja je značajna iz više razloga.

Prikupljanje podataka o volontiranju u zdravstvenim ustanovama, usklađeno prema nacionalnim i međunarodnim pokazateljima, omogućuje adekvatno prepoznavanje partnerskog potencijala volontiranja u odgovoru na potrebe. Općenito se malo zna koliko osoba volontira, na koji način i kako se njihov doprinos može maksimizirati (UNV, 2021.). U skladu s time istaknuta je na međunarodnoj razini važnost kreiranja metodologije koja će omogućiti što veću usporedivost i objedinjavanje podataka kao dio prepoznavanja doprinosa volontiranja ekonomskom i socijalnom razvoju (CEV, 2021.; UNV, 2021.)⁷⁰.

⁷⁰ Vidjeti i: *Opinion of the European Economic and Social Committee on „Volunteers - Citizens building the future of Europe“*, (2022/C 152/04). Dostupno na: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021IE3078> (Pristup: 19.1.2024.).

U svrhu kreiranja metodologije koja će omogućiti veću usporedivost i objedinjavanje podataka, razvijaju se alati i pokreću inicijative na međunarodnoj razini⁷¹. Kao primjer izdvaja se paket alata temeljen na smjernicama tijela Ujedinjenih naroda, inicijativama nacionalnih vlada, civilnog društva, privatnog sektora i istraživanjima od Kuonqui (2020.a, 2020.b). Paket alata predstavlja resurse vezane uz identifikaciju raširenosti, opsega i trendova volontiranja (tko volontira, kada i kako), intrinzičnih vrijednosti volontiranja (koja je ekonomska i socijalna vrijednost volontiranja), instrumentalnih vrijednosti (koji je doprinos održivim ciljevima - *2030 Sustainable Development Agenda*) i volonterskih inicijativa (koji su obrasci i povezanosti prisutni u intervencijama i koji je učinak specifičnih instrumenata). Kao alate za identifikaciju raširenosti volontiranja, Kuonqui (2020.a, 2020.b) prikazuje anketu o radnoj snazi, anketu o korištenju vremena, cenzus i istraživanja o tipu volonterskih aktivnosti. Intrinzične vrijednosti volontiranja moguće je zahvatiti organizacijskim anketama, nacionalnim i kros-nacionalnim anketama te prikupljanjem kvalitativnih podataka kako bi se zahvatile kolektivne mogućnosti. Za zahvat instrumentalnih vrijednosti koristi se modeli ekonomsko-socijalnog doprinosa. Inicijative su u vrednovanju učinkovitosti zahvaćene kvazi-eksperimentima, studijama slučaja i miješanim metodama. U svezi s time, uvažavajući trenutni kontekst razvoja volonterstva u Republici Hrvatskoj, kroz 2023. godinu razvijena je metodologija mjerenja utjecaja volontiranja na osobni razvoj pojedinca i društveno-ekonomskog utjecaja volonterskih programa i organizacija u području razvoja volonterstva.⁷² Preporuka programa Volontera Ujedinjenih naroda (*United Nations Volunteers programme – UNV program*) je da se za bolje mjerenje volonterskih aktivnosti na nacionalnoj razini, koriste novo razvijeni alati od strane Međunarodne organizacije rada (*International Labour Organization – ILO*) i UNV programa (UNV, 2021.). ILO (2021.) je u suradnji s UNV programom, slijedom težnje da podrži zemlje koje žele prikupiti podatke o participaciji u volonterskim aktivnostima, razvio modul pitanja koji predstavlja prilagođenu i nadograđenu raniju verziju modula ankete radne snage iz 2011. godine, usklađenu s aktualnim međunarodnim statističkim standardima. Takvo prikupljanje podataka vidi se i kao mogući doprinos za generiranje vrijednih dokaza koji se koriste u izradi ekonomske i socijalne politike, osobito ako se koristi u kombinaciji s drugim podacima. ILO

⁷¹ Vidjeti i: Bere, I., Bere, D. i Pintea, C. (2019). *Measuring and Communicating the Impact of Volunteering – Handbook for Social Institutions*. Budapest: Önkéntes Központ Alapítvány, Volunteering Hungary - Centre of Social Innovation. Dostupno na: https://sovol.files.wordpress.com/2019/09/measuringimpactofvolunteering_final.pdf (Pristup: 11.12.2023.).

⁷² DKolektiv – organizacija za društveni razvoj, ACT Grupa, Udruga za razvoj civilnog društva SMART, Udruga „MI“ – Split, Volonterski centar Zagreb, Centar za civilne inicijative i PRONI Centar za socijalno podučavanje (Ur.) (2023). *Metodologija mjerenja utjecaja volontiranja na osobni razvoj pojedinca i društveno-ekonomskog utjecaja volonterskih programa i organizacija u području razvoja volonterstva*. Dostupno na: <https://drive.google.com/file/d/16SB9qPsdXSToUwh4crHOKWWDgLK44wcv/view> (Pristup: 11.12.2023.).

(2021) izdvaja tri osnovna indikatora: broj osoba koje volontiraju, udio osoba koje volontiraju i broj sati volontiranja. Glavne preporučene teme od strane ILO (2021.) za prikupljanje podataka obuhvaćaju:

- zadatke koji se izvode kako bi se pomoglo ili pružila podrška drugima
- broj odrađenih sati
- vrsta korisnika volontiranja
- glavni razlog angažmana u volontiranju
- organizatori volontiranja
- glavna aktivnost organizacije kroz koju se odvijalo volontiranje
- potpora ili poticaj pružen osobama koje volontiraju.

Metodologijom je predloženo da klasifikacija zadataka koje se obavlja volontiranjem bude usklađena sa Standardnom klasifikacijom okupacijskih aktivnosti (ISCO-08) prema kojoj bi se kodirala svaka aktivnost koja se prikupi upitnikom, a sve kako bi se olakšao kasniji izračun ekonomskog doprinosa volontiranja (ILO, 2021.). Važno je imati na umu da se istraživanja ne ograniče samo na ekonomsku vrijednost volontiranja već da zahvate i doprinos osobnoj dobrobiti, zdravlju, sigurnosti, društvenim vezama i građanskom angažmanu, a prikupljene informacije da se koriste za promjenu politika vezanih uz volontiranje (CEV, 2021.). Takva obuhvatnost na tragu je onoga što Kuonqui (2020.a, 2020.b) daje u paketu alata *Measuring Volunteering for the 2030 Agenda*.

Opisani alati i koraci imaju značaj za razmatranje praćenja volontiranja na nacionalnoj razini za sva područja no dobro ih je imati dodatno na umu u području zdravstva kako bi ono ostalo usklađeno s inicijativama i kako bi se ispravno pozicioniralo volontiranje u provedbi politika kao odgovoru na izazove u društvu. Kombinacija različitih pristupa u praćenju raširenosti volontiranja u zdravstvenim ustanovama i općenito, jedan je dio rješenja dolaska do što relevantnijih podataka. U sklopu njega, pogodno je razmotriti koliko je moguće praćenje volontiranja u zdravstvenim ustanovama osloniti na postojeće sustave praćenja rada u zdravstvenim ustanovama: koji su to indikatori koji se mogu dodati na postojeću izgrađenu mrežu prikupljanja informacija, a koji će biti usklađeni s prikupljanjem podataka na nacionalnoj i međunarodnoj razini.

Način prikupljanja informacija, iako utječe na dobivene podatke o raširenosti prakse volontiranja u zdravstvenim ustanovama, ne može dati puno pojašnjenje niske raširenosti prakse volontiranja u zdravstvenim ustanovama. U tom svjetlu, uz nizak udio zdravstvenih

ustanova koje uključuju volontiranje, zanimljivo je promatrati podatak iz ankete prema kojem su zdravstvene ustanove koje ne implementiraju volontiranje, iskazale tek srednju vrijednost pri procjeni interesa za pokretanjem svojeg volonterskog programa ili volonterskih aktivnosti u sklopu programa drugih organizatora volontiranja. Slaba raširenost prakse volontiranja u zdravstvenim ustanovama i srednja vrijednost interesa za implementacijom volontiranja kod zdravstvenih ustanova obuhvaćenih anketom koje ne implementiraju volontiranje, možemo promatrati u kontekstu ranije opisanih dobivenih rezultata o pozicioniranosti volontiranja u strateškim i zakonodavnim dokumentima u području zdravstva ali i u kontekstu rezultata o kapacitetima i spremnosti zdravstvenih ustanova za implementaciju volontiranja. Uz neadekvatno pozicioniranje volontiranja i nedovoljno prepoznavanje postojeće volonterske infrastrukture i resursa volontiranja u strateškim i zakonodavnim dokumentima, nije neobična niska razina zastupljenosti volonterskih programa u zdravstvenim ustanovama. Preporuke proizašle iz analize intervjua o potrebi *unaprjeđenja i pojašnjenja zakonske regulacije* govore i da postojeća regulacija nije dovoljno jasna u nekim segmentima za zdravstvene ustanove što može biti, i pokazalo se kroz istraživanje, da i je od utjecaja na uključivanje volontiranja. Nadalje, ako su uz to i kapaciteti zdravstvenih ustanova za implementaciju volontiranja promatrani kroz standarde kvalitete koji prate ciklus menadžmenta volontera niski, jednako kao i kapaciteti promatrani kroz razinu spremnosti zdravstvenih ustanova na implementaciju volontiranja, tada ne postoje nužni preduvjeti da se volontiranje u zdravstvenim ustanovama može adekvatno razvijati.

Podaci iz ankete o kapacitetu i praksi zdravstvenih ustanova u implementaciji volontiranja, praćeni kroz standarde kvalitete koji prate ciklus menadžmenta volontera (HCV, 2016.), pokazuju najniže rezultate kod kriterija potpodručja *Koordinacija volonterskog programa u organizaciji* i *Planiranje volonterskog programa*, a najviše u potpodručju *Praćenje i ispunjavanje pravne regulative za volontiranje u Republici Hrvatskoj*. Obzirom na takve rezultate i obzirom da su *Koordinacija volonterskog programa u organizaciji* i *Planiranje volonterskog programa*, dio standarda kvalitete ugrađenih pod područje *Postavljanje temelja za razvoj volonterskog programa* (HCV, 2016.), teško je očekivati da praksa volontiranja bude raširena u većem opsegu ako temelji nedostaju.

Sadržajni uvid u pojašnjenje slabog temelja za uključivanje volontera u području koordinacije dobiven je kroz analizu intervjua. Standardi kvalitete koji prate ciklus menadžmenta volontera, kod analiziranih intervjua za sve tri skupine sudionika, najviše su sadržani pod temom **Upravljanje procesom uključivanja volontera**. Ta tema opisuje konkretne dijelove i procese

menadžmenta volontera progovarajući o praksi zdravstvenih ustanova kroz usklađenost sa standardima kvalitete. Oslanjanje na osobe koje dio radnog vremena izdvajaju za upravljanje resursom volontiranja (što je najčešći slučaj) čak i uz element suradnje s različitim dionicima iz zajednice, teško može dati puni odgovor na potrebe u koordinaciji volontiranja na način da dođe do izražaja njegov puni potencijal. Proces odabira volontera i pružanje podrške tijekom volontiranja, odvija se usuglašeno s dostupnim resursom za koordinaciju volontiranja. Što je osoba dostupnija, to je i proces odabira i podrška sadržajnije.

Važnost menadžmenta volontera, koordinacije i raspolaganja osobom za koordinaciju volontera prepoznata je kroz istraživanja kao ključni element za zahvatiti sve izazove koje volontiranje nosi sa sobom (Brudney, 2016.; Studer i Schnurbein, 2013.; Pynes, 2004.; Sozanska, Tošner i Frič, 2004.). Primjerice, Studer i Schnurbein (2013.) u sustavnom pregledu literature u temi koordinacije volontera, zaključuju da je koordinacija volontera uz organizacijske stavove prema volonterima, jedan od ključnih čimbenika od utjecaja na volontiranje. Nadalje, Fredriksen i sur. (2021.) su u sustavnom pregledu literature u temi koordinacije volontera u zdravstvenim uslugama pronašli da je najuspješnija praksa koordinacije volontera u okruženjima zdravstvene skrbi, prisustvo koordinatora volontera kao i protokola i smjernica usmjerenih na kreiranje formalne strukture. Naylor i sur. (2013.) kao dio izazova za postizanje potencijala volontiranja u području zdravstvene i socijalne skrbi izdvajaju strateško promišljanje o ulozi volontiranja u okviru djelovanja ustanove, odabir adekvatne osobe za pojedinu volontersku poziciju, pružanje podrške osobama uključenima u volontiranje te odnos osoba uključenih u volontiranje i zaposlenika. Svaki od izazova koje navode Naylor i sur. (2013.) dio su procesa menadžmenta volontiranja koji se nadvladavaju djelovanjem osobe zadužene za koordinaciju volontiranja. S druge strane, ako zadaci koji se ispunjavaju kroz koordinaciju volontiranja, poput edukacije, podrške, praćenja volontiranja i vrednovanja nisu ispunjeni, dolazi do nezadovoljstva i odustajanja od volontiranja u pružanju zdravstvenih usluga (McDonnell i sur., 2014., Chung, 2009.).

U prilog važnosti koordinatora volontera ali i strukturiranog planskog pristupa u koordinaciji volontera, govori osobito studija slučaja Specijalne bolnice za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac, koja se je izdvojila u dobroj praksi po snažnom strukturiranom planskom pristupu volontiranju koji su ustanovi strateški odabir u svakodnevnom djelovanju. U tom strukturiranom planskom pristupu ustanova raspolaže s nekoliko osoba koje su usmjerene koordinaciji volontiranja. U Republici Hrvatskoj i sami zakonski okvir govori u prilog važnosti koordinatora volontera navodeći da je koordinator volontera osoba zadužena „za učinkovito

upravljanje programom volontiranja“. Sve upućuje na zaključak da je za rašireniju praksu volontiranja pri zdravstvenim ustanovama nužno graditi njihove resurse za menadžment volontiranja kroz ulogu koordinatora i koji će biti dio strukturiranog planiranja.

Pri zadacima koji se izvode kroz volontiranje, uočava se u rezultatima ankete i intervjuja (pri temi **Od manikure i cijepljenja do sadnje i pakiranja**) širina raznovrsnih aktivnosti uz kombinaciju aktivnosti gdje nema nikakvog kontakta s pacijentima i aktivnosti gdje postoji direktni kontakt. Istom se širina prisutnih aktivnosti prilagođava specifičnostima pojedine ustanove no uz ograničenost dilemama oko uključivanja volontera. Prema informacijama dobivenima kroz temu **Područja unaprjeđenja**, postoji izazov uključivanja volontera u sva područja djelovanja. Izazov je vezan uz dileme i strahove uključivanja volontera u određene segmente skrbi bilo zbog straha vezanog uz odgovornost od potencijalnih neželjenih događanja ili zbog neraspologanja sustavom za određene volonterske pozicije. Prema tome se može pretpostaviti da bi širina i raznolikost volonterskih pozicija bila još i veća kada bi se nadišle dileme i strahovi. Dio njih moguće je nadvladati informacijama o volontiranju, odnosno povećanjem razine spremnosti za dimenziju *Znanja*, a dio realizacijom preporuke da se jasnije regulira što se smije, a što ne zahvatiti volontiranjem u zdravstvenim ustanovama (npr. u bolnici). Odnosno, obzirom na *posebne dileme oko uključivanja volontiranja* koje su se pojavile u okviru teme **Specifičnosti volontiranja tijekom COVID epidemije**: pitanje uloge volontera unutar zdravstvenog sustava i zdravstvene ustanove, potrebno je i jasno odrediti ulogu volontiranja na razini zdravstvenog sustava i razini pojedine zdravstvene ustanove.

Raznovrsnost volonterskih pozicija u zdravstvenim ustanovama prisutna je i kod inozemnih istraživanja što je osobito vidljivo kod rezultata sustavnog pregleda literature (Hurst i sur., 2019.; Goehner i sur., 2019.; Saunders i sur., 2019.; Naylor i sur., 2013.) no i dileme su sa sličnim naglaskom. Jedna od dilema koje raste u ekonomskim izazovnim situacijama, je izazov koliko volontiranje nadopunjuje rad zaposlenih osoba, a koliko zamjenjuje (Naylor i sur., 2013.). Iako postoji stav da volontiranje treba uvijek biti dodana vrijednost u pružanju usluga, postoji u praksi teškoća razlikovanja koliko je volontiranje nadopuna, a koliko zamjena. Navedeno je vezano uz nejasnoću što je ključna usluga kod pružanja skrbi te uz situaciju što dio zadataka koje bi u teoriji mogle provesti zaposlene osobe u praksi se ne odvijaju uslijed ograničenih resursa (Naylor i sur., 2013.). Gonella i sur. (2019.) u rezultatima kvalitativnog istraživanja s osobama koje tjedno volontiraju u bolnicama, opisuju potrebu za većom jasnoćom oko granica između uloga osoba koje volontiraju i zaposlenih osoba. Opisuju i kako je pomoć oko hranjenja pacijenata, iako nije bilo u zadatku u okviru volontiranja, kod sudionika

istraživanja izazvalo različite reakcije od voljnosti uključivanja u takav zadatak do nevoljnosti, s pozadinskim pojašnjenjem u rasponu da je ono opasno i da podrazumijeva odgovornost do toga da je to korisna aktivnost, pomaže pacijentima i da zaposlene osobe često nemaju vremena. Sličnu potrebu za jasnoćom oko granica uloga opisuju i Gallea i sur. u svome istraživanju (2013.) navodeći otpore oko uključivanja osoba u hranjenje obzirom da se to promatra kao uloga medicinske sestre koja se kod situacije nedostatka zaposlenih osoba ne bi trebala zamijeniti kroz volontiranje. Nadalje, opisuju i da uslijed nerazumijevanja koncepta volontiranja zaposlenici mogu tražiti neke zadatke od osoba uključenih u volontiranje koji im ne pripadaju. Edwards, Carrier i Hopkinson (2017.) kao zaključak u sustavnom pregledu literature o pomoći oko hranjenja u bolničkom okruženju i odjelima rehabilitacije, izdvajaju kako osobe uključene u volontiranje vrednuju, između ostaloga i pojašnjenje njihovih uloga i odgovornosti u pristupu pojedinom pacijentu. Preporuke nadilaženja situacija nejasnih uloga i granica, vezane su uz mišljenje da ne postoji jedinstveni odgovor na takve situacije no dio odgovora je donošenje jasnih politika na lokalnim razinama (uključujući i razinu zdravstvene ustanove) uz definiranje, pojašnjavanje i održavanje granica između uloga (Gonella i sur., 2019.; Edwards, Carrier i Hopkinson, 2017.; Naylor i sur., 2013., Galea i sur., 2013.). U okviru nepostojanja jedinstvenog odgovora, Naylor i sur. (2013.) izdvajaju da unutar Nacionalnog sustava zdravstvene skrbi Ujedinjenog kraljevstva (engl. *National health service* – NHS) postoji neujednačenost između bolnica u zaključku o adekvatnim ulogama pri volontiranju što je dobro imati na umu i za područje Republike Hrvatske pri određivanju uloge volontiranja u zdravstvenom sustavu i zdravstvenim ustanovama.

Kada se promatra korisnike volontiranja, zdravstvene ustanove se prilagođavaju potrebama tako da se skupina korisnika volontiranja (direktnih i/ili indirektnih) veže uz specifičnost same zdravstvene ustanove. *Različite specifičnosti zdravstvenih ustanova* dio su ***Izazova u uključivanju volontera***. Prepoznaje se da određene zdravstvene ustanove imaju izuzetno osjetljive skupine korisnika, skupine korisnika s akutnim stanjem i rizicima od infekcije, dok su druge usmjerene na opću populaciju građana kroz npr. preventivne javnozdravstvene akcije. U tom smislu, specifičnost skupine korisnika osobito je vidljiva kod studije Specijalne bolnice za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra gdje se vidi nekoliko preklapanja ranjivosti. Prema tomu, korisnici volontiranja, koje se odvija pri zdravstvenim ustanovama, su vrlo široka skupina koja nužno traži prilagodbu. Prilagodba će se odraziti kroz sam menadžment volontiranja: oblikovanje volonterskih pozicija, pripremu i praćenje volontera te dr. gdje se ponovno vraćamo

na značaj koordinatora i planskog pristupa volontiranju ali i značaj određivanja uloge volontiranja pri pojedinoj zdravstvenoj ustanovi.

Vrlo karakteristično obilježje prakse zdravstvenih ustanova u uključivanju volontiranja je koliko se one javljaju kao organizatori volontiranja, a koliko je organizator volontiranja neki drugi akter iz zajednice. U oba slučaja, suradnja s različitim dionicima koja je pri tome prisutna, donosi dodatnu kvalitetu i elemente rasterećenja pojedinih koraka u menadžmentu volontera (od odabira volontera, pripreme volontera do praćenja i pružanja podrške). Drugim riječima, ona je smjer doprinosa kvalitetnijoj provedbi volontiranja pri zdravstvenim ustanovama bez obzira tko je organizator volontiranja. Međutim, iako postoji suradnja s različitim dionicima (vidjeti temu: **Upravljanje procesom uključivanja volontera**), opseg i potencijal te suradnje je vrlo raznoliko ugrađen u djelovanje ustanova ne omogućavajući time njeno puno ostvarenje. Primjer dobre prakse suradnje vidljiv je pri studiji Specijalne bolnice za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra (vidjeti temu: **Razvijenost suradnje s različitim dionicima**), gdje se uočava koliko suradnja s drugim organizacijama koje organiziraju volonterske aktivnosti i/ili promiču volontiranje, može osnažiti provedbu volonterskog programa.

6.2.2. Spremnost za implementaciju volontiranja

Rezultati o kapacitetima zdravstvenih ustanova za implementaciju volontiranja, praćeni prema modelu spremnosti zajednice (Oetting i sur., 2001.; Edwards i sur., 2000.; Donnermeyer i sur., 1997.; Oetting i sur., 1995.; Jumper-Thurman i sur., 2001.), u skladu su s rezultatima dobivenima pri standardima kvalitete koji prate ciklus menadžmenta volontera. Naime, procjena razine spremnosti koja ukazuje da se zdravstvene ustanove nalaze na trećoj od devet razina spremnosti za uključivanje volontiranja (razini *Slabe svijesti o pojavi*) govori o niskoj razini kapaciteta s kojom je teško očekivati veću prisutnost volontiranja pri zdravstvenim ustanovama⁷³. Drugim riječima, ako postoji niska razina spremnosti za uključivanje volontiranja, očekivane su niske razine raspoloživih kapaciteta za implementaciju volontiranja

⁷³ Prema autorima modela spremnosti zajednice (Oetting i sur., 2014.; Oetting i sur., 2001.; Edwards i sur., 2000.; Donnermeyer i sur., 1997.) takva razina znači da postoji opći osjećaj među nekim od zdravstvenih ustanova da volontiranje postoji kao resurs i da bi se trebalo nešto poduzeti u vezi s njim, ali ne postoji trenutna motivacija da se nešto učini. Nekoliko članova zajednice (zdravstvenih ustanova) barem je čulo za volontiranje u zdravstvenim ustanovama, ali se malo zna o tome. Ideje kako se uključuje volontiranje i od strane koga su uglavnom nejasne ili povezane samo sa „studijom slučaja”. Ne postoji prepoznatljiva neposredna motivacija menadžmenta za uključivanje volontiranja, a klima zdravstvene ustanove nije takva da motivira na isto. Prepoznati su tek ograničeni resursi koji bi se mogli koristiti za daljnje ulaganje u uključivanje volontiranja u zdravstvene ustanove.

i niske razine raširenosti volontiranja u zdravstvenim ustanovama. Prema modelu spremnosti zajednice, prvi je korak raditi na povećanju razine spremnosti tako da se postigne najviša moguća razina spremnosti pri čemu se kreće od dimenzije koja ima najnižu razinu spremnosti (Oetting i sur., 2014.).

To će reći, prilagođeno u skladu s dosadašnjim istraživanjima temeljenima na modelu spremnosti prema Jumper Thurman i sur. (2003.), da je potrebno podignuti svijest da zdravstvene ustanove mogu uključivati volontiranje. To je moguće postići kroz nastavak postojećih aktivnosti uključivanja volontiranja, pregled postojećih praksi kako bi se uočili dobrobiti i stupanj njihova uspjeha, provedbu fokusnih grupa na lokalnoj razini kako bi se raspravile teškoće uključivanja volontiranja u zdravstvene ustanove i razvile strategije njihova otklanjanja, edukacije vodstva/menadžmenta zdravstvenih ustanova o volonterskim programima i primjerima dobre prakse te povećanje prisustva u medijima s primjerima utjecaja volontiranja pri zdravstvenim ustanovama (prilagođeno prema: Oetting i sur., 2014.; Jumper Thurman i sur., 2003.; Donnermeyer i sur., 1997). Jumper Thurman i sur. (2003.) napominju da u ovoj fazi spremnosti neke osobe mogu biti u otporu na pokretanje takvih aktivnosti, no da ih je moguće (raz)uvjeriti kroz posjete i/ili kontaktima od strane onih koji ih poznaju i tko može apelirati na njihovu ukupnu zabrinutost. Postizanje najviše razine spremnosti za zdravstvene ustanove značilo bi da se prepoznaje da je volontiranje značajni dio „tkiva“ ustanove (prilagođeno prema Oetting i sur., 2014.).

Nadalje, kako je dimenzija *Resursa* na najnižoj razini (druga razina od devet razina spremnosti, odnosno razina *Negiranja pojave*), to bi značilo da je potrebno posebnu dodatnu pažnju usmjeriti na podizanje razine spremnosti na toj dimenziji no uz paralelni rad i na ostalim dimenzijama (Oetting i sur., 2014.). Dimenzija *Resursa*, obuhvaćana je kod analize intervjua pod temom **Postavljanje temelja za razvoj volonterskog programa** i ranije je razmatrana u sklopu rezultata za standarde kvalitete koji prate ciklus menadžmenta volontera. Osim istaknute problematike uz ljudske resurse (*neraspologanja u punom vremenu s osobom za koordinaciju volontera*), čak i kada je imenovana osoba za koordinaciju volontiranja unutar ustanove, izdvojilo se i *neraspologanje zasebnim financijama za volontiranje* što zdravstvena ustanova, nadvladava *korištenjem raspoloživih sredstva unutar i van ustanove*. Nije se kroz opis izdvojilo da se radi o značajnijim financijskim resursima koji bi narušavali koordinaciju volontiranja. To je uglavnom osvježenje, trošak prijevoza i materijal za volontiranje u ovisnosti o volonterskoj poziciji. Vrlo je pozitivan aspekt jačanja resursa kroz *suradnju s različitim dionicima* kroz koju se pokrivaju različite potrebe. U nekom budućem planiranju volonterskog programa (koje je u

sklopu procjene standarda kvalitete koji prate ciklus menadžmenta volontera također nisko procijenjeno), i u planiranju povećanja razine spremnosti, bit će poželjno razmatrati (i) financije za osobe koje volontiraju ali i za osobu koja će u punom vremenu biti u ulozi koordinacije volontiranja. To je u skladu i s prepoznatim **izazovima u uključivanju volontiranja** od strane predstavnika sudionika vodstva/menadžmenta i djelatnika zdravstvenih ustanova kod teme **Područja unaprjeđenja volontiranja: raspolaganje s osobom za koordinaciju volontera**, odnosno **preporukom: osigurati kontinuirani ljudski resurs za koordinaciju volontiranja**. Kod skupine predstavnika osoba uključenih u volontiranje značaj osobe za koordinaciju volontiranja vidljiv je kod **važnih elemenata: osigurati snažnu podršku volonterima** što je mnogo lakše izgraditi uz raspoloživu osobu za koordinaciju.

Troškovi volonterskog programa uvijek uključuju trošak koji ima osoba koja volontira i organizacija koja uključuje volontere⁷⁴. Trošak osobe koja volontira odnosi se na prijevoz, parking, osvježanje i sl. dok se trošak organizacije odnosi na troškove vezane uz koordinaciju volontiranja: pronalazak osoba za volontiranje, njihovo uključivanje, njihovu edukaciju i pružanje podrške tijekom volontiranja. Iako postoji trošak vezan uz volontiranje u području zdravstvene zaštite, procjene donose rezultat o višestrukom povratu uloženog (Galea i sur., 2013.; Teasdale, 2008.; Handy i Srinivasan, 2004.; Sozanska, Tošner i Frič, 2004.). Postoje i preporuke da koordinacija volontiranja i podupiruća infrastruktura treba biti adekvatno opremljena resursima obzirom da u suprotnom postoji rizik da volontiranje neće postići svoj potencijal (Naylor i sur., 2013.).

Također, kako se kod analize intervjua, kod teme **Znanje je moć** izdvojilo da nedostaju informacije o volontiranju i edukacijama, koje su generirane i nedovoljno adekvatnim protokom informacija prema zdravstvenim ustanovama i unutar pojedine zdravstvene ustanove, važan korak prema postizanju najviše razine spremnosti kod dimenzije *Znanje*, bio bi izgradnja sustava informiranja zdravstvenih ustanova o volontiranju koji će omogućiti vrlo lako dolaženje do informacija svim zainteresiranima. Obzirom na utjecaj dimenzije *Znanja* na ostale dimenzije, važno je posvetiti pozornost povećanju razine spremnosti u njejoj domeni. Osobito i jer se kod analize intervjua, kod teme **Područja unaprjeđenja volontiranja** kao **važni elementi u uključivanju** izdvojilo znanje (*važnost raspolaganja znanjem vezanim uz volontiranje* i *važnost pripreme osoba za volontiranje i djelatnika* kroz edukaciju i

⁷⁴ Vidjeti i: Opinion of the European Economic and Social Committee on „Volunteers - Citizens building the future of Europe“, (2022/C 152/04). Dostupno na: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021IE3078> (Pristup: 19.1.2024.).

informiranje), a kao **izazovi u uključivanju volontiranja** raspolaganje jasnim informacijama o volontiranju. Fredrikson i sur. (2021.) u svom sustavnom pregledu literature u temi koordinacije volontera u okruženjima gdje se pruža zdravstvena skrb, ističu da djelatnici i volonteri trebaju imati međusobno razumijevanje vezano uz znanje, uloge i međusobno uvažavanje. Kao preduvjet za postizanje međusobnog razumijevanja izdvajaju upravo znanje koje treba biti prisutno prije početka volontiranja.

Utjecaj dimenzije *Znanja* na ostale dimenzije, moguće je uočiti kod teme **Klima u zdravstvenoj ustanovi**. Analiza intervjuja ukazala je da je informiranje i edukacija svih strana (djelatnika, pacijenata i njihovih obitelji) jedan od puteva nadvladavanja situacija početnih sumnji i otpora pri uključivanju volontiranja koje se redovito „istopilo“ uz iskustvo s volontiranjem kroz vrijeme. Pozitivan odnos prema volontiranju se gradi jednako kao što se gradi i motivacija osoba koje volontiraju. Raspoloživi resurs za koordinaciju volontiranja koji će pratiti standarde kvalitete menadžmenta volontiranja, resurs je koji gradi i pozitivnu klimu u ustanovi tako da se i ovdje izdvaja njegova važnost. Studer i Schnurbein (2013.) u svom sustavnom pregledu literature o organizacijskim činiteljima od utjecaja na volontiranje, ističu da su upravo stavovi organizacije prema volontiranju kao i vrijednosti organizacije dijelom određene i društvenim procesima, ključni čimbenici od utjecaja na volontiranje. Izdvajaju nalaze drugih istraživanja koji usmjeravaju da djelatnici trebaju biti educirani da postanu prijateljski orijentirani prema volonterima i da potiču kulturu zahvalnosti. Uočavaju i istraživanja koja su ukazala da se karakteristike organizacije odražavaju na koordinaciju volontera što vodi do različitih strategija koordinacija i rezultata.

Povrh toga, pri analizi intervjuja pod temom **Klima u ustanovi** pokazalo se da se do *pozitivnih reakcija djelatnika zdravstvene ustanove i korisnika i aktivnog podržavanje volontiranja* dolazi i uz *početne sumnje i otpor te ograničenja* koja se mijenjaju kroz vrijeme po iskustvu s volontiranjem. Taj je put obilježen *izgradnjom specifičnog odnosa s osobama uključenima u volontiranje* koji je osobito vidljiv kod *višegodišnjeg iskustva uključivanja volontiranja*. Takvi rezultati govore da je u postizanju više razine spremnosti, uz ranije istaknuto informiranje, edukaciju i koordinaciju, važno uvažiti vremenski period prevladavanja početnih otpora i ograničenja. Promatrajući prepoznate **izazove u uključivanju volontiranja** kod teme **Područja unaprjeđenja volontiranja**, od strane predstavnika osoba uključenih u volontiranje kroz kod *prihvaćenost od strane ustanove i djelatnika*, zdravstveni sustav sa svojim strogim pravilima, krutosti i strahom od upliva drugih ljudi, kako ga uočavaju sudionici, može tu istu krutost i strogost staviti u svrhu unaprjeđenja volontiranja definiranjem protokola implementacije

volontiranja koji će obuhvatiti i pripremu ustanove za uključivanje volontiranja čime će se odmah graditi drugačija klima. Prevladavanje početnih otpora i postizanje razumijevanja uloge volontiranja dio je puta koji je prepoznat i kod drugih istraživanja. Mc Donnell i sur. (2014.) u evaluacijskom istraživanju programa volontiranja s osobama s demencijom, izdvajaju da je implementacija volontiranja bila izazovna i kao nova inicijativa za sve da nije bila uvijek prepoznata ili dobrodošla od strane zaposlenika. Kroz vrijeme dileme su se rješavale i zaposlenici su iskazali poštovanje prema ulozi volontiranja. Prema istraživanju od Galea i sur. (2013.) moguće su tenzije između zaposlenih osoba u zdravstvenoj ustanovi i osoba koje volontiraju osobito ako uloge nisu dovoljno jasne. Ovdje je, pri razmatranju što se sve dešava u zdravstvenoj ustanovi od značaja za kapacitete vezane uz implementaciju volontiranja, važno uzeti u obzir i samo obilježje šire zajednice koja su se kod analize intervjuja sabrala pod temom **Klima u široj zajednici.**

Prema temi **Klima u široj zajednici**, iako postoje *pozitivne reakcije na volontiranje u zdravstvenim ustanovama i mogućnosti snažnijeg razvijanja volontiranja*, postoji *rijetka prisutnost volontiranja* općenito na razini Republike Hrvatske uz *neosviještenost o mogućnostima i važnosti volontiranja*. Skupina predstavnika osoba koje volontiraju u zdravstvenim ustanovama, uočava i *ograničeni pogled na volontiranje u zdravstvenim ustanovama te različite reakcije različitih zajednica*. Takvi nalazi u skladu su s recentnim istraživanjem volontiranja Čulum Ilić i Kozjak (2023.) na reprezentativnom uzorku u Republici Hrvatskoj prema kojem trenutno volontira 7% stanovnika i prema kojem je 25% stanovnika starijih od 16 godina barem nekada u svom životu bilo volonterski angažirano. Prema volontiranju postoje pozitivni stavovi pri čemu pozitivnije poglede na stavove o volontiranju imaju stanovnici Like, Banovine i Slavonije. Iako je najčešći razlozi zbog kojih se stanovnici Republike Hrvatske ne uključuju u volonterske aktivnosti nedostatak vremena te obiteljske obveze, uz nedostatak osobnog interesa i motivacije, zdravstvene poteškoće te školske/ fakultetske/ poslovne obveze, kao razlozi u nešto manjem udjelu javljaju se i nedostatak informacija o mogućnosti volontiranja, izostanak mogućnosti volonterskog angažmana u neposrednoj blizini, izostanak povjerenja prema organizatorima volonterskih aktivnosti te izostanak zanimljivih volonterskih aktivnosti.

Drugo recentno istraživanje (DKolektiv, 2023.a), iako nije provedeno na reprezentativnom uzorku već je upitnik ispunilo 600 građana Republike Hrvatske, pokazuje jasnu svijest o nedovoljnoj vidljivosti i promociji volontiranja uz prepoznavanje važnosti volontiranja u društvu. Gotovo 80% građana obuhvaćenih upitnikom slagalo se da volontiranje i volonteri nisu

dovoljno prepoznati i cijenjeni u društvu. Slični su rezultati i za recentno istraživanje za područje Republike Hrvatske koje je obuhvatilo 120 organizatora volontiranja u kojem je također istaknuto da postoji jasna svijest o nedovoljnoj vidljivosti i promociji volontiranja u društvu (DKolektiv, 2023.b). Navedeno govori o potrebi ulaganja u promociju volontiranja na razini Republike Hrvatske uz nadvladavanje i drugih izazova vezanih uz razloge neuključivanja u volontiranje (npr. kroz razvoj korporativnog volontiranja, obiteljskog volontiranja i sl. kako bi se uvažila prepreka vezana uz zaposlenje, obiteljske obveze i dr.).

Preporuka ulaganja u promociju volontiranja, sadržana je i kod teme **Područja unaprjeđenja volontiranja** kroz kodove *razvijati svijest o važnosti i mogućnostima volontiranja* i *unaprijediti vrednovanje volontiranja u zajednici*. Analizira intervjuja kroz temu **Odnos menadžmenta prema volontiranju**, ukazuje na važnost dimenzije *Vodstva*, za postizanje pomaka na ostalim dimenzijama. Ono što je zanimljivo uočiti kod teme **Odnos menadžmenta prema volontiranju**, je aktivni pristup menadžmenta prema volontiranju vidljiv kroz *inicijative za uključivanjem volontera od strane uprave* i *uključivanje vodstva u aktivnosti vezane uz volontere*. Treba imati na umu da su sudionici intervjuja osobe iz zdravstvenih ustanove koje uključuju volontiranje, tako da se tu primarno radi o podržavanju od strane menadžmenta/vodstva. Ipak, takav aktivan pristup možemo promatrati kao dokaz koliko se pod snažnom podrškom „od vrha“ oblikuju resursi, znanje i klima u ustanovi. Obje studije slučaja, ukazale su na važnost podrške aktivnog menadžmenta/vodstva za razvoj volontiranja što je potencijalni element koji je omogućio da se upravo obje ustanove izdvoje od ostalih (vidjeti kod studija teme: **Aktivan menadžment u razvoju volontiranja** i **Snažna podrška volontiranju od strane menadžmenta**).

Kada se govori o menadžmentu/vodstvu dobro je za izdvojiti da je kod inozemnih istraživanja, osim u programima volontiranja u zdravstvu, istaknuto u nekoliko područja značajnih za zdravstvo, da je upravo pri menadžmentu/vodstvu ključ uspjeha. U tom svjetlu, Mc Donnell i sur. (2014.) izdvajaju podršku volontiranju na strateškoj razini kao važnu za održavanje programa volontiranja jednako kao i dobro vodstvo i snažnu posvećenost na razini odjela. Gilson (2016.) izdvaja da je vodstvo ključni element razvoja zdravstvenih sustava i reformi. Prema njemu vodstvo je odgovorno za održavanje zdravstvenog sustava i ima ključnu ulogu u omogućavanju i održavanju poboljšanja.

Dakle, prema svemu navedenom, raširenu praksu volontiranja pri zdravstvenim ustanovama možemo očekivati kada zdravstvene ustanove i zdravstveni sustav ostvare najvišu razinu pri

svakoj od promatranih dimenzija u sklopu modela spremnosti. Prilagođeno prema autorima modela spremnosti (Oetting i sur., 2001.; Edwards i sur., 2000.; Donnermeyer i sur., 1997.; Oetting i sur., 1995.; Jumper-Thurman i sur., 2001.) to bi značilo postizanje slijedećih ciljeva pri čemu su navedene mjere⁷⁵ prvi koraci prema njihovom ostvarenju:

Cilj 1: Osigurati različite resurse i sredstva za uključivanje volontiranja uz očekivanje da će implementacija volontiranja u zdravstvene ustanove (zdravstveni sustav) biti kontinuirana.

Mjera: Prepoznati su resursi koji se mogu koristiti za implementaciju volontiranja u zdravstvenim ustanovama uz aktivno uključivanje ključnih osoba za njihovu aktivaciju.

Cilj 2: Izgraditi vodstvo / menadžment zdravstvenih ustanova gdje će dio njega neprestano pregledavati rezultate evaluacije implementacije volontiranja u zdravstvenu ustanovu i u skladu s tim mijenjati financijsku i drugu potporu.

Mjera: Dio vodstva vjeruje da je volontiranje korisno i da je potrebno uložiti određena nastojanja da se implementira. Neki su pasivni podupiratelji.

Cilj 3: Unaprijediti znanje djelatnika zdravstvenih ustanova tako da većina ima detaljno znanje o volontiranju, poznaje detaljne informacije o njegovim specifičnostima, implementaciji i utjecaju.

Mjera: Neki djelatnici znaju nešto o specifičnostima volontiranja u zdravstvenoj ustanovi (zašto koristiti, na kojim aktivnostima uključiti volontere i dr.).

Cilj 4: Izgraditi klimu u zdravstvenim ustanovama pri kojoj većina djelatnika zdravstvenih ustanova u velikoj mjeri podržava nastojanja implementacije volontiranja i ujedno zahtijevaju odgovorno odnošenje prema tome.

Mjera: Neki djelatnici vjeruju da je volontiranje korisno za zdravstvenu ustanovu i da je potrebno uložiti određeno nastojanje kako bi se implementiralo. Neki su pasivni podupiratelji.

⁷⁵ Svaka navedena mjera predstavlja jednu razinu spremnosti više od one koja je dobivena procjenom. Kada se navedena mjera postigne, odnosno kada se razina povisi za jedan stupanj, potrebno je ići na mjeru koju odgovara narednoj razini spremnosti sve dok se ne ostvare postavljeni ciljevi.

6.2.3. *Obilježja volontiranja tijekom epidemije COVID-19*

Promjene u praksi uključivanja volontiranja u zdravstvene ustanove Republike Hrvatske tijekom **epidemije COVID-19**, koje su proizašle kroz provedenu anketu i intervju, izdvajaju se zasebno kako bi se otvorio prostor za put većeg razmatranja volontiranja tijekom kriznih situacija. Naime, motivacija osoba za uključivanje u volontiranje je bila povećana, no zbog epidemioloških mjera u ustanovama koje su uključivale volontere došlo je primarno do njihovog smanjenja, uključujući i potpuni prekid njihova uključivanja. No, ustanove koje su tijekom epidemije COVID-19 krenule uključivati volontere na specifičnim aktivnostima vezanima uz nastalu situaciju, potaknute povećanim potrebama i nedostatnim (ljudskim) resursima, odskaku ukazujući na specifični potencijal volontiranja u situacijama krize. U tom svjetlu izdvaja se i inovativna prilagodba situaciji kod studije slučaja Specijalne bolnice za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac koja je unutar sebe svoje korisnike uključila u volontiranje i to tako da su aktivirani kao inkluzivni volonteri. Nadalje, specifični potencijal volontiranja, održava se i kroz veću usmjerenost prema osobama sa specifičnim znanjima za uključivanje u volontiranje sukladno potrebama krizne situacije. U situaciji epidemije COVID-19 to su bile osobe iz medicinskog područja. Takvo iskustvo Republike Hrvatske negdje se podudara s iskustvom drugih zemalja, a negdje odstupa ovisno o kontekstualnim činiteljima u pojedinoj zemlji.

Promjena motivacije za uključivanje u volonterske aktivnosti tijekom pandemije, opisana pod podtemom *Promjena u motivaciji za volontiranjem*, prepoznata je i u drugim zemljama. Primjerice, u Velikoj Britaniji na poziv Nacionalne zdravstvene službe (engl. *National Health Service*) odazvalo se tri puta više osoba od početnog planiranog broja (Mao i sur., 2021.). No, iako je postojao i povećani interes za uključivanjem u volontiranje, ono je bilo pod utjecajem specifičnih potreba zajednice, postavljenih strogih epidemioloških ograničenja i potreba osoba da smanje rizik od zaraze što je donijelo posebnu dinamiku u volontiranju (Dederichs, 2023.).

Dinamika volontiranja bila je obilježena, kao i u Republici Hrvatskoj, početkom uključivanja volontiranja na specifičnim pozicijama, prestankom ili smanjenjem uključivanja volontera te ponovnim pokretanjem volontiranja nakon pandemije. Prema Dederichs (2023.) udio volontera se je smanjio tijekom prvog *lockdowna* pri čemu je značajnije smanjenje bilo u skupni starijih osoba, žena i osoba s višom razinom edukacije, dok je uključivanje u volontiranje kako odgovor na pandemiju obuhvatilo udio građana s višom razinom edukacije, žene i iskusne volontere. Tu

do izraza dolaze elementi obuhvaćeni pod podtemama *Znanje je važno* i *Posebne dileme oko uključivanja volontera* koje su unutar sebe povezane s okretanjem prema specifičnim skupinama osoba za volontiranje.

Uključivanje specifičnih struktura osoba u volontiranje tijekom pandemije COVID-19, pri čemu se izdvaja uključivanje osoba s medicinskim znanjem, obilježje je koje je osim u Republici Hrvatskoj bilo prisutno i u drugim zemljama (Domaradzki, 2022.; Mihatsch i sur., 2022.; Coster i sur., 2022., Ali i sur., 2021.). Prema Mao i sur. (2021.) socijalne mreže i povezanost, lokalno znanje i povjerenje značajni su elementi koji su se odrazili na volontiranje tijekom epidemije bolesti COVID-19, upravo kako je i ovo istraživanje pokazalo da se lakše pristupalo uključivanju osoba u volontiranje iz ustanova i organizacija s kojima je od ranije postojala povezanost i za koje postoji povjerenje slijedom značajnog ugleda u zajednici. Programi uključivanja studenata medicine i zdravstvenih studija, kao osoba s medicinskim znanjem, negdje su bili svjesno vezani i uz problematiku što su ograničenja tijekom pandemije, onemogućile studentima stjecanje redovnog uvida u okviru svoje buduće struke. Primjerice, Soled i sur. (2020.) opisujući iskustvo vrlo strukturiranog organiziranja studenata kroz volontiranje tijekom pandemije COVID-19, polaze od problematike smanjene mogućnosti usvajanja kompetencija za studente medicine zbog specifičnosti situacije. Coster i sur. (2022., 2) naznačuju da su tijekom pandemije COVID-19 prilike za učenje kroz volontiranje za studente medicine bile ograničene zbog brzine organiziranja volonterskih programa da se pruži kritična podrška. U toj brzini, mogućnosti učenja su bile „nestrukturirane, bez prethodnog definiranja ciljeva učenja i formalnog procesa kritičke refleksije“. No, dobiti koje volontiranje donosi studentima medicine, generirali su kod Coster i sur. (2022.) isticanje važnosti i vrijednosti razvoja kurikuluma koji će biti utemeljen na učenju ulaganjem u zajednicu. Dobiti za studente medicine od volontiranja tijekom COVID-19 pandemije uključuju razvoj komunikacijskih vještina, vještina timskog rada, suosjećanja i altruizma; učenje o povezivanju sa pacijentima i kako komunicirati o potencijalnoj osjetljivoj problematici; preoblikovanje razumijevanja uloge liječnika i socijalne medicine uključujući i osnaživanje stava prema konceptu „pacijent u središtu“; razvoj emocionalnih kompetencija tj. izgradnja otpornosti; stjecanje drugačije perspektive o zdravstvenoj skrbi te o kompleksnoj povezanosti različitih razina skrbi i socijalne skrbi; bolje razumijevanje uloga drugih nemedicinskih struka i dr. (Coster i sur., 2022., Ali i sur., 2021.). To su dobiti koji vrijede i za period izvan pandemije i vrijedi ga razmotriti za budućnost.

Okretanje prema populaciji studenata medicine i zdravstvenih studija kao potencijalnoj skupini za uključivanje u volontiranje i/ili potencijalnoj skupini za koje bi bio pogodan razvoj kurikuluma s obilježjima učenja ulaganjem u zajednicu, mogao bi biti dio doprinosa izgradnji njihovih kompetencija kao budućih zdravstvenih radnika i na području Republike Hrvatske. Tu je dvostruki dobitak: i za zajednicu i za kompetencije studenata, no važno je paziti da volontiranje tu dođe kao dodana vrijednost. Naime, nedostatak djelatnika u zdravstvu, bio je jedan od ključnih izazova tijekom pandemije bolesti COVID-19 (Mihatsch i sur., 2022.; Domaradzki, 2022;), no u Republici Hrvatskoj postoji njegova aktualnost i u periodu izvan pandemije. Iako aktualni Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine ne izdvaja nigdje volontiranje i volontere, njegova prethodnica, Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020. (MZ, 2012.) prepoznavala je volontiranje kao jedan od odgovora na strateške probleme u zdravstvu. Razmatrajući nedovoljnu učinkovitost zdravstvenog sustava, u kontekstu manjka ljudskih resursa, u dijelu s drugim resorima i društvom u cjelini, izdvajalo se da se kratkoročno i srednjoročno, na problem nedovoljnog broja i neravnomjerne raspoređenosti zdravstvenih djelatnika u sustavu zdravstva, može utjecati kroz sustav volontiranja i to osobito u segmentima kao što su palijativna skrb ili pružanje hitne pomoći na otocima. Obzirom na specifičnosti zdravstvenih ustanova i onoga što volontiranje je, postoji mnogo širi prostor za uključivanje ljudskog resursa u zdravstvene ustanove (kroz volontiranje i/ili kurikulumom s obilježjem učenja ulaganja u zajednicu), no ostaje izgraditi dobro okruženje i snažne temelje za njegovo usmjeravanje koje će poslati ispravnu poruku srži volontiranja.

6.2.4. Ciljevi i vladavina

Dimenzije *ciljevi i vladavina* te *korporativni identitet*, ugrađene su pri temama dobivenima analizom intervjua: **Volontiranjem do cilja** te **Slušanje i davanje glasa**. Kroz temu **Volontiranjem do cilja** nije dobiven puni uvid da u praksi postoji raznolikost ciljeva obilježena volontiranjem no može se izolirano promatrati koliko se volontiranje odrazilo na ispunjenje i/ili promjenu ciljeva zdravstvene ustanove. Postoji prepoznavanje od strane skupine predstavnika vodstva zdravstvenih ustanova i skupine predstavnika djelatnika da volontiranje omogućuje lakše ostvarivanje postavljenih ciljeva, a ponekad i njihovo proširenje u dijelu opsežnosti pojedinih aktivnosti. S druge strane, prema sabranim informacijama pod temom **Slušanje i davanje glasa**, postoji otvorenost za prijedloge od strane lokalne zajednice, pacijenata i

volontera koja varira u oblicima i opsegu iako njihovo uključivanje u krute organizacijske strukture nije prisutno. Iznenadjuće je uočiti da pri skupini predstavnika volontera postoji neupoznatost s poveznicom ciljeva zdravstvene ustanove i volontiranja te nevoljnost za sudjelovanje u prijedlozima. Takvu situaciju može se tumačiti i klimom u zdravstvenoj ustanovi prema volontiranju (vidjeti temu: **Klima u ustanovi**) koja početno nosi obilježje sumnje i otpora da bi se kasnije iskustvom kroz vrijeme izgradila u otvorenost i prihvaćanje. Sami korporativni identitet, odnosno reflektiranje višestrukih uloga i svrha zdravstvene ustanove, teže je iščitati iz dobivenih informacija i tu se predlaže istraživanje koje će svoj primarni fokus imati prema tome.

U suprotnosti s dobivenim informacijama nalaze se inozemna iskustva strateškog uključivanja volontiranja za ostvarivanje ciljeva i svrhe zdravstvene ustanove kao i kreiranje specifičnih kanala za uključivanje različitih „glasova“ kod odlučivanja slijedom prepoznavanja njihova značaja. Uključenost osoba koje volontiraju u proces donošenja odluka pokazao se značajnom komponentom u odnosu sa zaposlenim osobama (Studer i Schnurbein, 2013.) i stilom koji je povezan s privrženosti organizaciji i predanosti cilju (Craig-Lees i sur., 2008.). Postoje i bojazni ako će osobe koje volontiraju biti više uključene u djelovanje sa zaposlenicima da će se izgubiti jedinstvena snaga volontiranja u fleksibilnosti i neovisnosti (Naylor i sur., 2013.). Naylor i sur. (2013., 13) navode da je u okviru Nacionalnog sustava zdravstvene skrbi Ujedinjenog kraljevstva došlo do znakova kulturalne promjene slijedom nekih bolnica koje razmišljaju o volontiranju više strateški u okviru radne snage. Osobe koje volontiraju kod pojedinih ustanova dio su tima i uključeni su u timske sastanke na početku smjena. Autori prepoznaju naglasak „prevladavanja pasivne paternalističke uloge između pružatelja skrbi i individue prema aktivnijem dvosmjernom odnosu u kojem članovi zajednice djeluju i kao korisnici i kao pružatelji skrbi Nacionalni sustav zdravstvene skrbi Ujedinjenog kraljevstva među partnerima pacijenata i javnosti (engl. *patient and public voice partners - PPV*⁷⁶) provodi upitnik o njihovim pogledima i iskustvu rada s NHS-om⁷⁷. Prema upitniku provedenom u 2023. godini, gotovo tri četvrtine sudionika se izrazito slagalo s time da uključenost PPV-a dovodi do boljih ishoda za pacijente i ulogu PPV-a su vidjeli u smanjenju nejednakosti u zdravlju. Kako bi unaprijedili da se iskustvo i perspektive PPV-a uključe u što većoj mjeri, planiraju online

⁷⁶ Izraz koriste za osobe koje donose svojim iskustvom kako bi podržali njihov rad. Svi su bili članovi engleskih odbora NHS-a, radnih skupina ili foruma.

⁷⁷NHS England (2023). Patient and public voice partners and chairs survey 2022/23: summary report. Dostupno na: <https://www.england.nhs.uk/long-read/patient-and-public-voice-partners-and-chairs-survey-2022-23-summary-report/> (Pristup: 24.12.2023.).

edukacije obuhvaćajući uključivanje ljudi i zajednice u osmišljavanje i pružanje zdravstvenih usluga. Područje Ujedinjenog kraljevstva nosi specifična obilježja svojega režima pri čemu se prepoznaje u svojoj kombinaciji relativno velikog dobrovoljnog sektora i niske potrošnje socijalne skrbi. U usporedbi s drugih zemljama na području Europe (Austrija, Hrvatska, Njemačka, Francuska, Nizozemska, Poljska, Španjolska) unazad dva desetljeća, okruženje za razvoj trećeg sektora se najviše razvilo upravo u Ujedinjenom kraljevstvu (Pape i sur., 2019.). U tom dijelu, možemo promatrati i razvijeniji odnos prema akterima.

6.2.5. Volontiranje i inovacije

Postojeća istraživanja nisu eksplicitno usmjerena prema ulozi volontiranja u procesu pokretanja, implementacije i širenja inovativnih aktivnosti (Wit i sur., 2017.). U istraživanju usmjerenom prema organizacijskim faktorima koji mogu doprinijeti i ometati doprinos osoba koje volontiraju socijalnim inovacijama, Wit i sur. (2017.) su kroz 26 intervjua u 17 organizacija trećeg sektora u 8 europskih zemalja, detektirali da doprinos socijalnim inovacijama od strane osoba koje volontiraju osnažuje: decentralizirana organizacijska struktura, sistemsko postupno povećanje ideja, pružanje edukacija i davanje osjećaja vlasništva za razliku od nevoljkog stava i manjka resursa koji djeluju ograničavajuće. Ulogu osoba koje volontiraju razmatrali su u kontekstu faza koje prolazi svaka inovacija prema općenitijoj formulaciji linearnog model⁷⁸: pokretanje, razvoj, produkcija i širenje. Munro (2018.) istražujući doprinos volonterskog sektora lokalnim inovacijama kroz javni sektor, navodi da njegovi nalazi potvrđuju nalaze ranijih istraživanja, npr. potvrđena je važnost volonterskih organizacija i da volonterske organizacije mogu donijeti svježije razmišljanje i iskustvo u suradnju. Istražujući uspjeh volonterske socijalne inovacije, Reznickova i Zepeda (2016.) sugeriraju da je ispunjavanje potreba i intrinzične motivacije kod osoba koje volontiraju povezano s kreiranjem samopropagirajuće socijalne inovacije gdje osobe koje volontiraju kreiraju nove ideje i uspješno prenose vještine drugima. Možemo reći da se tu uočava uloga volontiranja u kreiranju novih inovativnih ideja.

Prema navedenom, a u skladu s rezultatima istraživanja (analizi intervjua), volontiranje se u kontekstu socijalnih inovacija javlja kao pokretač procesa (faza) socijalnih inovacija gdje

⁷⁸ Linearni model je osnovni model tehnoloških inovacija koji obuhvaća osnovno istraživanje, primijenjeno istraživanje, razvoj, produkciju i širenje (Godin, 2006.).

volontiranje daje svoj doprinos pokretanju ideja, razvoju ideja, produkciji ideja te njihovom širenju. Druga pozicija koju možemo razmatrati, je situacija kada je volontiranje sama socijalna inovacija. Kao primjer možemo uzeti volontiranje socijalno isključenih skupina ili skupina u riziku od socijalne isključenosti kada je ono primijenjeno kao način utjecaja na njihovu veću uključenost u zajednicu (izgradnjom dodatnih socijalnih veza), povećanu mogućnost zapošljavanja (generiranjem kompetencija koje će doprinijeti većoj konkurentnosti na tržištu rada). To je situacija koja se u istraživanju nalazi kod jedne od ustanova prikazanih kod studija slučaja, Specijalne bolnice za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac, koja je svoje korisnike (pacijente) uključila u volontiranje tijekom epidemije bolesti COVID-19 da volontiraju unutar ustanove.

Kod studije slučaja razlikujemo volontiranje koje je cjelokupna ideja za rješavanje uočenog problema od volontiranja koje je resurs za produkciju određene ideje. Takvo razlikovanje nalikuje na opisano od strane O'Leary i sur. (2018.) koji kod usmjeravanja na manjak istraživanja oko programa socijalnog ulaganja i manjak istraživanja povezanosti socijalnog ulaganja sa socijalnim inovacijama, dolaze do toga da je volontiranje značajno obilježje među dvadeset evaluiranih studija slučaja koje obuhvaćaju svojom analizom, i to i kao sredstvo kojim je intervencija „financirana“ i kao sredstvo (model usluge) kroz koji se može postići socijalna aktivacija. Autori navodi primjere programa koji ne bi mogli funkcionirati bez volontiranja, npr. povezivanje osobe koja volontira u ulozi mentora s mladim migrantima bez pratnje i primjere gdje je volontiranje mehanizam izgradnje ljudskog i socijalnog kapitala, npr. korisnici volontiranjem podupiru uslugu u okviru socijalnog poduzetništva, gdje im takva uključenost pomaže u zapošljivosti i integriranju u zajednicu. Kod O'Leary i sur. (2018.) ne iščitava se da svrstavaju volontiranje kao socijalnu inovaciju. Aktivaciju ranjivih skupina kroz trening, volontiranje, zapošljavanje i poduzetništvo, vode kao socijalno ulaganje, istom promatrajući unutar pojave socijalnu inovaciju kroz novi oblik socijalne vrijednosti i razmijene.

Cjelokupno promatrano navedeno, volontiranje će dati doprinos socijalnoj inovaciji u nekoj od njenih faza ili će biti i sama socijalna inovacija. Pri tome, ukoliko ćemo željeti ispuniti puni potencijal socijalne inovacije, odnosno volontiranja, bit će potrebno obratiti pozornost na faktore uočene od značaja za ostvarenje njihova punog potencijala kao što su praksa i instrumenti menadžmenta volontiranja, stavovi organizacije prema volontiranju, vrijednosti ugrađene u organizaciju i dr. (Wit i sur., 2017.; Reznickove i Zepeda, 2016.; Studera i von Schnurbeina, 2012.).

6.2.6. *Volontiranje i ulaganje*

Kroz anketu i intervju, pokazalo se da je volontiranje u praksi prisutno kao ulaganje iako prepoznavanje takve prakse varira. Zanimljivo je promatrati usporedno rezultate srednje procjene doprinosa volontiranja kvalitetnijem pružanju usluga dobivene anketom i prepoznavanje puteva kako volontiranjem dolazi do ulaganja u različitim područjima koji su otkriveni analizom intervju. Dobivena srednja vrijednost anketom je očekivana obzirom na slabo prisutnu praksu volontiranja u zdravstvenim ustanovama i obzirom na nisku razinu spremnosti kod dimenzije *Znanja*. Nedostaje pravo iskustvo volontiranja u zdravstvenim ustanovama i informacije o pozitivnim praksama koje bi bilo podloga prepoznavanja volontiranja kao ulaganja. Tu kao potvrdu možemo koristiti podatke dobivene analizom intervju s predstavnicima zdravstvenih ustanova koje uključuju volontiranje. Dimenzija *ulaganje*, sadržana je kod analize intervju pod temom **Ulaganje u dobrobit**, koja opisuje sve dobrobiti koje se prepoznaju pri uključivanju volontiranja u zdravstvenu ustanovu. Prema dobivenim podtemama uočava se da je volontiranje ulaganje u dobrobit zajednice, dobrobit zdravstvene ustanove, dobrobit korisnika (pacijenta) te dobrobit volontera. Na vrlo specifični način, volontiranje je, ako se ispravno poslažu okolinski činitelji, i ulaganje u inovacije. Analiza intervju u sklopu studije slučaja Specijalne bolnice za kronične bolesti dječje dobi Gornja Bistra, pod temom „**Mi smo malo ipak specifični**“, dodatno govori u prilog pozitivnih učinaka unaprjeđenju usluga kroz volontiranje i koliko je volontiranje ulaganje na nekoliko razina. U prilog tome govori i analiza intervju u sklopu studije slučaja Specijalne bolnice za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac pod temom **Prepoznavanje dobrobiti volontiranja**. Neupitno je da se volontiranjem događaju pozitivni učinci unutar zdravstvene ustanove porastom kvalitete pružene usluge, no postoji nužnost usmjeravanja daljnjih **istraživanja** u smjeru njihova utvrđivanja.

Dobrobit od volontiranja na razini zajednice, organizatora volonterskih aktivnosti, korisnika volonterskih aktivnosti i volontera uočena je kod inozemnih istraživanja procjene učinkovitosti i doprinosa volontiranja usprkos uočavanja ograničenosti pojedinih istraživanja (Goehner i sur., 2019.; Hrust i sur., 2019.; Saunders i sur., 2019.; Hal i sur., 2019.). Saunders i sur. (2019.) u svom sustavnom pregledu literature navode da postoje dokazi da volonterske aktivnosti u podršci pri prehrani i piću, mobilizaciji i terapijskim aktivnostima starijih osoba u akutnoj skrbi, mogu pozitivno utjecati na zdravstvene ishode pacijenata povezane s prehranom, padovima i delirijom. Hrust i sur. (2019.), također u sustavnom pregledu literature, navode da volontiranje

u okruženju skrbi o demenciji ima koristi za pacijente, osoblje i ustanove koja obuhvaćaju značajno povećanje unosa hrane: kalorija, proteina i energije za pacijente s demencijom. Slične rezultate nalaze i za okruženja koja nisu bila usmjerena na osobe s demencijom. Naylor i sur. (2013.) izdvajaju doprinos volontiranja u unaprjeđenju iskustva pacijenata u bolnicama, izgradnji bliskijeg odnosa između usluga i zajednice, rješavanju zdravstvenih nejednakosti i promociji zdravlja u teže dostupnim skupinama te u podršci integriranoj skrbi za osobe s višestrukim potrebama. Handy i Srinivasan (2004.) na uzorku od 31 bolnice, dolaze do dobrobiti za bolnice pri čemu prepoznaju da se kroz volontiranje promovira kvaliteta skrbi, ublažava radno opterećenje osoblja i učinkovito dopunjuju nemedicinske usluge. Volontiranje vide kao ključno za zadržavanje humanosti i osobnog pristupa u procesu specijalizacije i tehnološke sofisticiranosti bolnica. Također uočavaju i doprinos volontiranja odnosima s javnosti, komunikaciji unutar bolnice i s lokalnom zajednicom uključujući i podizanje ugleda bolnice. Pronalaze se i procjene smanjenja troškova kao i procjene povrata uloženi sredstava koje se kreću od procjene da se svaki uloženi novac u volontiranje u bolnicama vraća kao ulaganje od 684% (Handy i Srinivasan, 2004.), do procjene da se svaka funta uložena u volonterski program u području zdravstva vrati prosječno u rasponu od 3,38 do 10,46 puta⁷⁹ (Teasdale, 2008.). Kod procjene troškova postoje i preporuke da volontiranje treba uključivati kao sredstvo unaprjeđenja kvalitete odnosno kao unaprjeđenje u iskustvu pacijenata, uključivanju pacijenata i javnom zdravstvu, radije nego kao sredstvo za reduciranje troškova (Naylor i sur., 2013.; Galea i sur., 2013.).

Važno je za istaknuti da tema „**Mi smo malo ipak specifični**“ i tema **Prepoznavanje dobrobiti** volontiranja, kod studija slučaja, jednako kao i tema **Ulaganje u dobrobit** kod analize intervjua sa zdravstvenim ustanovama, ukazuju na manjak ljudskih resursa i nedostatna financijska sredstva. Ako se razmatra manjak ljudskih resursa, prema Džakuli i sur. (2021.), postoji neravnomjerna geografska distribucija zdravstvenih radnika i teškoće u njihovom zapošljavanju i zadržavanju u određenim regijama. Gustoća je veća u urbanim regijama, a glavni problem je nedostatak liječnika primarne zdravstvene zaštite u ruralnim područjima i na otocima. Bolnice se bore s pružanjem funkcionalnih usluga, što rezultira mnogim prekovremenim smjenama i zapošljavanjem umirovljenog osoblja. No, analiza intervjua ukazuje da se ne radi samo o neravnomjernoj geografskoj distribuciji, već da postoji prostor kod unaprjeđenja usluga koje se može ispuniti dodatnim ljudskim resursom. Prema analizi strateških dokumenata u području

⁷⁹ Svaka 1£ prosječno se vrati između £3.38 i £10.46 s time da se povrat promatra na razini organizacije, osobe koje koriste usluge koje uključuju volontiranje, osobe koje volontiraju i širu zajednicu.

zdravstva, ohrabrenje uključivanja volontiranja pri nedostatku zaposlenih osoba, bilo je ugrađeno u Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva 2012. – 2020., koja je izdvajala da se na problem nedovoljnog broja i neravnomjerne raspoređenosti zdravstvenih djelatnika u sustavu zdravstva, može utjecati kroz sustav volontiranja. U takvim ohrabrenjima može biti rizik za adekvatno pozicioniranje volontiranja pa je važno imati na umu da volontiranje može dati svoj doprinos ljudskim resursima u zdravstvu i kroz promociju zdravstvenog sustava kao poželjnog mjesta zaposlenja i kroz izgradnju kompetencija.

Republika Hrvatska prepoznaje stratešku važnost ljudskih resursa u zdravstvu i značaj uočavanja zdravstvenog sustava kao pogodnog poslodavca. Usporedbom podataka za Republiku Hrvatsku s drugim zemljama Europske unije, uočava se da je brojem zdravstvenih radnika Republika Hrvatska ispod prosjeka na razini Europske Unije. Reformska mjera Ministarstva zdravstva za period 2020. – 2022., je unapređenje upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu s ciljem utvrđivanja okvira za jedinstveno praćenje, procjenu i planiranje ljudskih resursa u sustavu zdravstva, na svim razinama zdravstvene zaštite i u skladu s realnim potrebama stanovništva za zdravstvenom zaštitom, kao i za nagrađivanje zdravstvenih radnika za natprosječne rezultate rada kako bi se smanjio odlazak stručnjaka u inozemstvo (MZ, 2019.). Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. od 2027. (MZ, 2021.) navodi zdravstvene radnike kao stratešku snagu za održivost zdravstvenog sustava i održavanje visoke razine kvalitete zdravstvene zaštite, razrađuje mjerama pod Posebnim ciljem 4. Učiniti zdravstveni sustav poželjnim mjestom za rad nastavljajući raniji smjer. Kako je kod provedene ankete, primarni razlozi implementacije volontiranja bila *Želja da se poveća doprinos ispunjenju svrhe i ciljeva zdravstvene ustanove* i *Želja da se poveća razina kvalitete usluga*, što je u skladu s analizom intervjua i temom **Ulaganje u dobrobit**, potencijalno se može promatrati da volontiranje doprinosi okruženju koje je poželjnije mjesto za rad.

Ulaganje u ljudske resurse u zdravstvenom sustavu dio je ulaganja u zdravlje, koje je vezano uz konceptualni okvir istraživanja. Prema konceptualnom okviru, ulaganje je koncept kojem su se okrenule vlade kao jednom od alata u nošenju s izazovima različitih socijalnih rizika pri čemu je zdravlje vrijednost za sebe za koju se prepoznaje da je preduvjet za ekonomski razvoj kroz produktivnost, opskrbu tržišta, ljudski kapital i javne troškove (EC, 2013.a). Ulaganje u zdravlje prema europskom dokumentu *Investing in Health* (EC, 2013.a) je ujedno ulaganje u održivi zdravstveni sustav, ulaganje u zdravlje kao ljudski kapital i ulaganje u smanjenje zdravstvenih nejednakosti. U održivosti zdravstvenog sustava svoj značaj imaju reforme u unaprjeđenje učinkovitosti zdravstvenog sustava (uključujući i financijsku učinkovitost kroz

inovacije) te razvoj alata za bolje vrednovanje učinkovitosti zdravstvenog sustava. Ulaganje u zdravlje kao ljudski kapital, vezano je uz doprinos zapošljivosti i omogućavanje osobama da što duže ostanu aktivni, promociju zdravlja i zapošljivost u zdravstvenom sektoru. Smanjenje zdravstvenih nejednakosti vezano je uz prioritiziranje skupina s manje prednosti. Prema sabranim informacijama kroz istraživanje, i u skladu s dokumentom *Investing in Health* (EC, 2013.a) volontiranje svoj doprinos daje u:

a) prioritiziranju skupina s manje prednosti (npr. vidljivo pri podtemi ***dobrobit za korisnika*** i podteme ***doprinos za volontera***; vidljivo pri studiji slučaja i skupini korisnika koja je kod njih zahvaćena volontiranjem)

b) zapošljivosti u zdravstvenom sektoru (npr. vidljivo pri podtemi ***dobrobit za ustanovu***: kroz doprinos učinkovitijem djelovanju ustanove i kvaliteti pružanja usluga te time potencijalno i poželjnijem okruženju za zapošljavanje; vidljivo pri podtemi ***dobrobit za volontera***: razvojem kompetencija kod osoba koje volontiraju i koje su u procesu obrazovanja u području zdravstva)

c) promociji zdravlja (npr. vidljivo pri temi ***Od manikure i cijepljenja do sadnje i pakiranja*** kroz uključivanje volontera u aktivnosti promocije zdravlja; vidljivo pri podtemi ***dobrobit za ustanovu*** kroz *drugačije pozicioniranje ustanove u odnosu na javnost*)

d) omogućavanju osobama da ostanu duže aktivni (npr. vidljivo pri podtemi ***dobrobit za korisnika***, kod *pozitivnije reakcije korisnika na skrb*)

e) razvoju inovacija (npr. vidljivo pri podtemi ***doprinos inovacijama***)

f) učinkovitosti zdravstvenog sustava (npr. vidljivo pri podtemi ***dobrobit za ustanovu***, kod: *učinkovitije djelovanje ustanove*).

Iako prema dobivenim podacima kroz istraživanje, postoji međudjelovanje između volontiranja i dobrobiti koja se održava na pacijenta, zaposlenike zdravstvene ustanove i samu ustanovu, to međudjelovanje traži i dalje dodatnu pažnju kroz buduća istraživanja koja će ga staviti u primarni fokus i provjeriti razinu povezanosti. Primjerice, Galea i sur. (2013.) baveći se volontiranjem u zdravstvenoj skrbi, ističu i da je mjerenje utjecaja volontiranja važan dio svake intervencije koje se može koristiti za unaprjeđenje i planiranje usluge. Candy i sur. (2015.) u zaključku sustavnog pregleda radova u temi volontiranja u području palijativne skrbi ističu potrebu daljnjih istraživanja kako bi se resurs volontiranja adekvatno i učinkovito usmjerio. Kroz buduća istraživanja, ta se veza može (i mora) promatrati i kroz koncepte socijalne i

ekonomske vrijednosti volontiranja (Candy i sur., 2015.; Galea i sur., 2013.; Handy i Srinivasan, 2004.) kao što je i istaknuto ranije u raspravi kod razmatranja mjerenja raširenosti volontiranja.

Nužnost daljnjeg proučavanja pojave volontiranja u zdravstvenim ustanovama koje će dati čvrste provjerene informacije u skladu je i s rezultatom da je za pomak spremnosti zdravstvenih ustanova na višu razinu, potrebno podizati svijest da zdravstvene ustanove mogu uključivati volontiranje. Mogućnost uključivanja volontiranja potrebno je povezati s informacijama o njegovoj učinkovitosti. Takva potreba je u skladu s međunarodnim nastojanjima da se nastavi proučavati uloga volontiranja u pružanju socijalnih usluga, kako bi se osiguralo da uloga države, osoba koje volontiraju i organizacija koje organiziraju volontiranje, ostane u pružanju usluga komplementarna i s fokusom na potrebe korisnika. Na taj način zadržava se volontiranje kao komplementarna značajka socijalnoj državi, a ne iskorištava se kao njegovo sastavno obilježje (Civico, Nagy i Adamson, 2013.). To je i slijedom poruke dokumenta *2030 Blueprint for European volunteering* koji, kako je istaknuto u uvodnom dijelu, želi donijeti kreatorima politika viziju da volontiranje nije samo izvor radne snage za bitne i značajne zadatke u društvu, već da igra važnu ulogu u socijalnoj koheziji, međuljudskim odnosima, društvenoj transformaciji i putu pretvaranja europskih vrijednosti u stvarnost (CEV, 2021.).

6.2.7. Unaprjeđenje volontiranja u zdravstvenim ustanovama

Generalna stremljena na razini Europe kada je u pitanju volontiranje, ucrtana su u dokument *2030 Blueprint for European volunteering* (CEV, 2021.) i njegovu prethodnicu: *Policy Agenda for Volunteering in Europe – PAVE* (CEV, 2011.). Oba dokumenta, dajući bogate smjernice za kreatore politika, mogu biti ogledalo provjere stanja pojedine zemlje i određivanja daljnjih koraka djelovanja prema omogućavanju razvoja punog potencijala volontiranja. Dokument *2030 Blueprint for European volunteering* (CEV, 2021.) ističe kao glavnu poruku za kreatore politika: važnost volontiranja u socijalnoj koheziji, međuljudskim odnosima, društvenoj transformaciji i oživotvorenju europskih vrijednosti. Dokument PAVE (CEV, 2011.) sa svojim fokusom na kvalitetu volontiranja, upravljanje volontiranjem i infrastrukturu volonterstva, bio je referentna točka za razvoj volontiranja u mnogim zemljama, a i dalje sadrži taj potencijal.

Gradeći na jakosti PAVE-a, kreiran je dokument *2030 Blueprint for European volunteering* kao dodatni alat za sve dionike koji žele vidjeti puni potencijal volontiranja na razini Europe (CEV,

2021.). Dokument je organiziran oko tema: neovisno i inkluzivno angažiranje; novi volonteri i metode; osnaživanje; uvažavanje doprinosa te resursi i koordinacija. Oba dokumenta detektirala su područja snage na kojima je preporučljivo dalje graditi volontiranje i ističu važnost da se volontiranje ne bi trebalo iskorištavati za rješavanje europskih problema već ga vrednovati kao izraz europskih vrijednosti i odgovarajući izraz solidarnosti među građanima⁸⁰. Prepoznalo se i da utjecaj volontiranja ovisi o kontekstu politike volontiranja u kojem se odvija, odnosno kulturnim i pravnim kontekstima (CEV, 2021.).

Aktualni izvještaj o stanju volonterstva u svijetu (UNV, 2021.) također izdvaja ključne preporuke za kreatora politika kako bi se ostvarila *2030 Sustainable Development Agenda*⁸¹. Izdvaja se: uklanjanje prepreka s kojima se suočavaju marginalizirane skupine pri volontiranju; povećanje partnerstva kroz volontiranje; prepoznavanje stručnosti, znanja i iskustva volontera; promoviranje socijalnih inovacija; prepoznavanje neformalnog volontiranja i njegovog doprinosa; te ulaganje u mjerenje volontiranja.

Izdvojene preporuke međunarodnih dokumenata ostaju za praćenje na nacionalnoj razini uključujući i područje zdravstva uz uvažavanje njegove specifičnosti. Od osobitog je značaja što se smjerovi unaprjeđenja volontiranja i elementi dobre prakse, prepoznati kroz ovo istraživanje, podudaraju s preporukama međunarodnih dokumenata. Smjerovi unaprjeđenja volontiranja ranije su istaknuti kroz raspravu, a osobito su istaknuti smjerovi u skladu s modelom spremnosti zajednice. Tu je ključno za naglasiti da je bez podizanja razine spremnosti zdravstvenih ustanova za implementaciju volontiranja na najvišu razinu spremnosti u svim područjima (vodstvo, znanje, resursi, klima) nerealno očekivati rašireniju praksu volontiranja pri zdravstvenim ustanovama. U skladu s time, prema provedenim intervjuima postoji nekoliko preporuka, izazova i važnih područja koja su prisutna kod sve tri skupine sudionika istraživanja i koja su mogu uzeti kao prioriteta područja za unaprjeđenje (Tablica 6.2.7.1.) pri podizanju razine spremnosti.

Kao izuzetno prioriteta područja izdvajaju se: 1) izgradnja ljudskog resursa unutar zdravstvenih ustanova koji će biti u punom vremenu dostupan za koordinaciju volontiranja (bez obzira radi li se o situaciji da je zdravstvena ustanova organizator volontiranja ili je organizator druga organizacija iz zajednice); 2) izgradnja učinkovitog sustava informiranja o volontiranju

⁸⁰ Vidjeti i: *Opinion of the European Economic and Social Committee on „Volunteers - Citizens building the future of Europe“*, (2022/C 152/04). Dostupno na: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021IE3078> (Pristup: 19.1.2024.).

⁸¹ Vidjeti i: UNGA, 2019.

za zdravstvene ustanove; te 3) razvijanje svijesti o važnosti i mogućnosti volontiranja u zdravstvenim ustanovama i općenito.

Tablica 6.2.7.1. Područja unaprjeđenja volontiranja u zdravstvenim ustanovama

<i>Sud.</i>	<i>Važno</i>	<i>Izazovi</i>	<i>Preporuke</i>
Svi sudionici	<i>važnost ljudskog/kontinuiranog resursa u ustanovi koji podržava volontiranje</i>	<i>raspolaganje jasnim informacijama o volontiranju</i> <i>raspolaganje s osobom za koordinaciju volontera</i> <i>različite specifičnosti zdravstvenih ustanova</i> <i>uključivanje volontera u sva područja djelovanja</i>	<i>izgraditi učinkoviti sustav informiranja o volontiranju</i> <i>razvijati svijest o važnosti i mogućnostima volontiranja</i> <i>unaprijediti vrednovanje volontiranja u zajednici</i> <i>unaprjeđenje i pojašnjenje zakonske regulacije</i> <i>otvaranje ustanove prema javnosti osigurati</i> <i>proširenje aktivnosti na kojima su uključeni volonteri</i>
Dvije skupine sud.	<i>važnost raspolaganja osobnim vrijednostima</i> <i>važnost raspolaganja znanjem vezanim uz volontiranje</i>	<i>očuvanje sigurnosti volontera</i> <i>osiguranje stabilnog kontinuiranog resursa</i>	<i>kontinuirani ljudski resurs za koordinaciju volontera</i> <i>planirati volonterski program</i> <i>smanjenje administrativnih zahtjeva</i>
Jedna skupina sudionika	<i>organizirati snažnu podršku volonterima</i> <i>otvorenost ustanove i djelatnika</i> <i>važnost povjerenja i odgovornosti</i> <i>važnost strateškog pristupa planiranju volonterskog programa</i> <i>važnost uočavanje individualnih potreba korisnika</i> <i>važnost pripreme volontera i djelatnika za volontiranje</i>	<i>adekvatna priprema volontera</i> <i>administrativni zahtjevi</i> <i>čuvanje granica</i> <i>emocionalni izazovi</i> <i>ispunjavanje zakonskih obaveza</i> <i>kontakt s ustanovom i korisnicima</i> <i>prihvaćenost od strane ustanove i djelatnika</i> <i>teškoća davanja povjerenja volonterima</i>	<i>osigurati adekvatni stručni resurs volontera</i>

6.3. Kapacitet i praksa zdravstvenih ustanova za prikupljanje donacija

Treće istraživačko pitanje: „Kakav je kapacitet i praksa zdravstvenih ustanova u prikupljanju donacija?“ obuhvatilo je dimenzije: *resursi (kapacitet i praksa za prikupljanje donacija), ciljevi, vladavina, korporativni identitet, inovativnost i ulaganje* kroz provedbu anketnog istraživanja i intervjua te studija slučaja. U nastavku se daje osvrt na opću raširenost prikupljanja donacija u zdravstvenim ustanovama kao uvid u raširenost prakse prikupljanja donacija. Nakon toga daje se osvrt na podatke o kapacitetu i praksi zdravstvenih ustanova praćeni prema prilagođenom SMART modelu planiranja intervencija i osvrt na podatke o spremnosti zdravstvenih ustanova na prikupljanje donacija. Slijedi osvrt na podatke o dimenzijama *ciljevi* i *vladavina*, a nakon njih osvrt na doprinos doniranja razvoju inovacija, doniranje kao ulaganje i doprinos doniranja razvoju ulaganja.

6.3.1. Obilježja prakse doniranja u zdravstvenim ustanovama

Raširenost prakse prikupljanja donacija od strane zdravstvenih ustanova koja se pokazala kroz rezultate provedene ankete (iako s malim udjelom u ukupnom proračunu zdravstvenih ustanova), može se tumačiti različitim kontekstualnim činiteljima, među kojima jedan od njih, kao pozitivni činitelj, može biti i duga tradicija povezanosti filantropskog potencijala u izgradnji kapaciteta zdravstvenih ustanova, koji je razmatran u uvodnom dijelu. Zakonski okvir koji omogućava zdravstvenim ustanovama prikupljanje donacija, razmatran kroz analize regulatornog okvira, može se pretpostaviti kao naredni čimbenik. Razmatrajući mehanizme i činitelje koji doprinose doniranju, u dosadašnjim istraživanjima izdvojio se niz utjecaja na razini individue, organizacije, lokalnog i nacionalnog konteksta: stavovi, norme, vrijednosti, kultura, religija, raspoloživa dobra, svjesnost o potrebi, odnos troška i dobiti, zakonska regulacija uključujući i regulaciju poreza, način traženja donacija, ranije iskustvo s doniranjem, ugled i dr. (Litofcenko i sur., 2023.; Sargeant i George, 2022.; Schnurbein, Rey-Garcia i Neumayr, 2021.; Bhati i Hansen, 2020.; Bekkers i Wiepking, 2011.; Sargeant i Woodliffe, 2008.; Sargeant, Ford i West, 2006.). Primjerice, Bekkers i Wiepking (2011.) kao nalaz sustavnog pregleda literature izdvajaju osam mehanizama kao najsnažnije činitelje za doniranje: svjesnost potrebe, traženje donacije, troškovi i dobiti, altruizam, ugled (socijalne posljedice donacija za one koji doniraju), psihološke dobiti, vrijednosti te učinkovitost

(percepcija da je donacija učinila promjenu). Prema podtemi **važni elementi**, prema predstavnicima skupine menadžmenta, od važnog utjecaja na prikupljanje donacija je *odnos uvažavanja i povjerenja s donatorima, mogućnosti prilagodbe donacija potrebama u ustanovi te transparentnost procesa prikupljanja donacija*. Kod predstavnika skupine djelatnika, uz transparentnost to je i *informiranje javnosti, dobar ugled donatora te izgradnja kontinuirane komunikacije s donatorima*. Kod predstavnika skupine donatora, kao važni elementi uz transparentnost, javlja se *učinkovitost doniranih sredstava te suradnja različitih dijelova i članova zajednice*. Tu se uočavaju preklapanja s elementima koji su prepoznati u dosadašnjim istraživanjima, tako da se upravo ta preklapanja mogu uzeti od prioritetnog značaja za daljnji razvoj prikupljanja donacija pri zdravstvenim ustanovama.

Općenito, kao i volontiranje, i raširenost prakse doniranja biti će u ovisnosti s izgrađenim poticajnim okruženjem na nacionalnoj razini i kapacitetima samih zdravstvenih ustanova za prikupljanje donacija uz snažnu povezanost s problematikom kojom se bave. U tom kontekstu, rezultati sabrani kod analize intervjua pod temom **Klima u široj zajednici**, naznačuju da bi raširenost prikupljanja donacija mogla biti mnogo veća, kao i sam iznos (udio donacija u ukupnom prihodu) prikupljenih donacija. Prema temi **Klima u široj zajednici**, kod svih skupina sudionika postoji slaganje o *mogućnosti snažnijeg razvijanja doniranja*, odnosno kod pojedinih i *neosvjiještenost o mogućnostima i važnosti doniranja*. U skladu s time je i **preporuka za unaprjeđenje** da je potrebno *razvijati svijest o važnosti i mogućnostima doniranja te unaprijediti vrednovanje doniranja*.

Zanimljiva je razlika u udjelu zdravstvenih ustanova obzirom na vrstu donacija koju primaju pri čemu je najmanji udio zdravstvenih ustanova koje primaju donacije u robi i imovini od pojedinaca (fizičkih osoba), a još manji je udio zdravstvenih ustanova koje prikupljaju sve oblike promatranih donacija. Podatak kako je prikupljanje donacija od strane fizičkih osoba najmanje prisutno u usporedbi s ostalim promatranim oblicima, osim što se može tumačiti kontekstom na nacionalnoj razini, može se tumačiti i činjenicom da će od strane fizičkih osoba u većem udjelu stizati pojedinačne donacije manje vrijednosti u odnosu na donacije od strane pravnih subjekata. Time je, ako postoji usmjeravanje na individualne fizičke donatore, za isti prikupljeni iznos potrebno veće ulaganje u proces prikupljanja donacija. Zdravstvene ustanove koje su obuhvaćene istraživanjem, nisu ni imale prilagođene aktivnosti prikupljanja donacija koje bi bile prilagođene specifičnostima doniranja od strane pojedinaca. Time potencijalno ukazuju i na nedovoljno davanje pozornosti analizi potencijalne skupine donatora, odnosno nedovoljno plansko planiranje procesa prikupljanja donacija. Prema ranijem istraživanju za

područje Republike Hrvatske, tri su osnovna čimbenika koja utječu na razinu davanja od strane individua: iznos sredstava koji bi se donirao (loša materijalna i financijska situacija), transparentnost (ne/povjerenje) te informiranost o akcijama i njihovim rezultatima. Pri tome, postojala je veća sklonost davanju inicijativama pojedinaca nego inicijativama od strane državnih organizacija i najpoznatiji način doniranja bilo je telefonsko pozivanje za doniranje sredstava (Dimić Vugec i Pavić-Rogošić, 2017.). Proizlazi, da je za veći udio donacija od strane fizičkih osoba, potrebno prema njima usmjeriti posebnu pozornost uz prilagodbu pristupa i načina prikupljanja donacija. Inozemna istraživanja daju dodatne uvide u kompleksnost motiviranosti individua za doniranje i odnose između individualnih karakteristika (godine, spol, prihod, edukacija, religija) i obrazaca doniranja (Gautier i Pache, 2013.; Bekkers i Wiepking, 2011.) što su sve dodatni elementi za razmotriti u kontekstu Republike Hrvatske i područja zdravstvene zaštite. Ovdje se nadovezuje i značaj planskog pristupa u prikupljanju donacija, čemu će biti dana dodatna pažnja u nastavku kod razmatranja kapaciteta za prikupljanje donacija.

Nisko prepoznavanje zaklada od strane zdravstvenih ustanova, jednako kao i poznavanje njihove registracije i djelovanja, u skladu je s podatkom da su analizom Registra zaklada Republike Hrvatske uočene svega tri zaklade koje u svojoj svrsi imaju opremanje zdravstvenih ustanova i svega devet zaklada koje u svojoj svrsi imaju edukaciju, nagrađivanje studenata medicine i razvoj medicine kao znanosti⁸². Dodatno, istraživanje provedeno prije pet godina na razini Republike Hrvatske, ukazalo je kako polovina sudionika u skupini građana, nije čulo za zaklade koje pokreću akcije davanja u općekorisne svrhe. Najviše sudionika, i u skupini građana i u skupini tvrtki, prepoznavalo je Zakladu Ana Rukavina (Dimić Vugec i Pavić-Rogošić, 2017.). Zakladu Ana Rukavina možemo promatrati kao primjer što zakladno djelovanje može (u)činiti u određenom području zdravstva iako se ona prema kombinaciji svoje svrhe, pristupa i uloge kakve nudi Anheier (2018.) „udaljava“ od zaklada usmjerenih na davanje donacija koje u ovom istraživanju imaju veći fokus. Kod nje se odvio vrlo specifičan utjecaj na proširenje Hrvatskog registra dobrovoljnih davatelja krvotvornih matičnih stanica, osnivanje javne Banke krvi iz pupkovine i dr.⁸³. No, u području pogleda javnosti prema zakladama, potencijalno postoji problematika nedovoljne razine povjerenja.

⁸² Napominje se da je ovakvo promatranje vrlo usko obzirom da određene zaklade sa širim djelovanjem također značajno doprinose području zdravstva. Primjer su zaklade kojima se pokriva područje razvoja mladih znanstvenika, između ostalog i u području zdravstva te zaklade koje pokrivaju projektne aktivnosti gdje je zdravlje jedno od njih.

⁸³ Vidjeti više o Zakladi Ana Rukavina: Zaklada Ana Rukavina. Dostupno na: <https://zaklada-ana-rukavina.hr/>

Tijekom analize intervjua, proizašla je preporuka vezana uz zaklade: *kazna zatvora za netransparentno vođenje evidencije zaklade, omogućavanje uvida u sve ulazne i izlazne račune jednim klikom te izrada baze podataka zaklada sa spoznajnom bruto bilancom* (vidjeti temu **Prijedlozi unaprjeđenja** kod skupine predstavnika donatora). Prijedlog je temeljen na iskustvu donatora s osudom javnosti prema prikupljanju donacija, pokretanju i upravljanju zakladom. Tu se sudaraju značajne mogućnosti djelovanja zaklada i predrasuda javnosti koje su dio prepreka za otkloniti. I istraživanje provedeno prije pet godina ukazivalo je da veliki udio građana (četvrtina sudionika istraživanja na nacionalnoj razini) nije bilo spremno novac davati zakladama pri čemu je polovica od njih kao razlog navodila nepovjerenje. Na razini cijelog uzorka, 40,1% građana iskazalo je nepovjerenje u zakladno raspolaganje sredstvima (Dimić Vugec i Pavić-Rogošić, 2017.). Prema navedenom, doprinos zaklada u području zdravstvene zaštite postoji i ima svoj značaj. Koliki je taj prostor, koje su mogućnosti doprinosa i prepreka, dio je koji se može detaljizirati narednim istraživanjima uz uvažavanje šireg nacionalnog konteksta.

Razvoj zakladništva prolazio je svoj specifični put izgradnje poticajnog okruženja u kojem se još uvijek mogu tražiti razlozi njihovog slabog prepoznavanja. Zaklade su dugo bile pod teretom nepoticajne porezne politike dok se nisu razvili porezni propisi koji su omogućili poticajnije okruženje. Bilježio se mali broj zaklada, njihov ograničeni resurs i slaba prisutnost u javnosti. Prepoznavala se njihova komplementarna uloga i podmirivanje potreba koje država i lokalne vlasti nisu mogle podmiriti uz uočavanja da su im aktivnosti ograničene u promicanju društvenih promjena (Bežovan, 2008.). Kroz vrijeme, situacija se mijenjala. Razvijalo se povoljnije okruženje, raslo je prepoznavanje značaja zaklada i rastao je njihov broj. U Republici Hrvatskoj broj zaklada kontinuirano je rastao te je od 47 registriranih zaklada u 2001. godini (Bežovan, 2008.), broj došao do 327 u 2023. godini⁸⁴. Nova zakonska regulacija donesena je 2018. godine, čim je unaprijeđen raniji zakon iz 1995. godine. Danas, i same zaklade možemo promatrati u sklopu razvoja trećeg sektora koji je u Republici Hrvatskoj slabiji u usporedbi s nekim drugim zemljama na području Europe (Pape i sur., 2019.). Možemo očekivati, ako se nastavi razvijati pogodno okruženje za razvoj trećeg sektora, daljnji razvoj i zakladništva i njegovog značaja u području zdravstva.

Rezultati za kapacitet i praksu zdravstvenih ustanova za prikupljanje donacija, koji su se pratili kroz korake SMART modela, ukazujući na srednju procjenu uz izdvajanje ustanova koje

⁸⁴ Uvid u Registar zaklada Republike Hrvatske na dan 18.11.2023.

prakticiraju prikupljanje svih oblika donacija promatranih istraživanjem kod kojih su procjene očekivano više, daju dio tumačenja specifičnost prakse zdravstvenih ustanova (raširenost, udio, obilježja) u prikupljanju donacija. Nadalje, najniže rezultate kod potpodručja Analiza kanala komunikacije s potencijalnim donatorima: *Razvijeni su materijali za pristup potencijalnim donatorima*, zanimljivo je promatrati u kontekstu dobivenih rezultata analizom intervjua za skupinu predstavnika vodstva/menadžmenta i skupinu predstavnika djelatnika kod teme **Područja unaprjeđenja**. Tu se kao *važni element* izdvojio *odnos uvažavanja i povjerenja s donatorima*, a kao dio **izazova komunikacija s donatorima**. Analiza kanala komunikacije s potencijalnim donatorima usmjerena je na komunikacijske elemente koji grade odnos s donatorima. Prema tome, područje koje se izdvaja kao važno, u trenutnoj praksi je nedovoljno ispunjeno prema koracima SMART modela. Prema istraživanju, prepoznavanje pogodnih poruka za komunikaciju s potencijalnim donatorima, razvijenost materijala za pristup prema njima te određivanje načina na koji će poruka doći do donatora (tj. koji će se kanali koristiti za komunikaciju), temeljni su elementi za izgradnju odnosa uvažavanja i povjerenja s donatorima. Da bi se oni mogli primijeniti, kao četvrta faza prema SMART modelu, potrebno je ispuniti prethodne faze: početno planiranje, analizu ciljne skupine donatora i analizu konteksta za doniranje.

Nadalje, najviši rezultati kod procjene prema koracima SMART modela za *Vođenje dokumentacije o prikupljenim donacijama i njihovom usmjeravanju za traženu svrhu*, u skladu su s *pozitivnim vrednovanjem transparentnosti u prikupljanju donacija* (vidljiva pri temi **Klima u zdravstvenoj ustanovi**) i izdvajanjem *transparentnosti procesa prikupljanja donacija te odnosa uvažavanja i povjerenja s donatorima* kao *važnih elemenata* pri temi **Područja unaprjeđenja**. Usmjeravanje pozornosti na transparentnost te odnos uvažavanja i povjerenja s donatorima, ima svoju važnost u kontekstu veće voljnosti davanja donacija.

Doniranje je u ovisnosti s brojnim činiteljima (Sargeant i George, 2022.; Paxton, 2020.; Bhati i Hansen, 2020.; Beldad, Snip i Hoof, 2014.; Bekkers i Wiepking, 2011.; Sargeant i Woodliffe, 2008.; Madden i Scaife, 2008.; Sargeant, Ford i West, 2006.), između ostalog i o tome kako potencijalni donatori promatraju organizacije, koliko imaju povjerenja u njih i kako su povezani s njima. Među ranije navedenima mehanizama koji su najsnažniji činitelji doniranja prema Bekkers i Wiepking (2011.), nalaze se i činitelji koje možemo promatrati od značaja za izgradnju odnosa s donatorima obzirom na njihovu vezanost uz komunikacijski proces i transparentnost (primjerice, svjesnost potrebe, traženje donacije, percepcija da je donacija

učinila promjenu). Sargeant i Woodliffe (2008.) u svom pregledu literature dolaze do činitelja kao što su ugled organizacije, svjesnost, ranije iskustvo s organizacijom i dr. Istraživanja kasnijih datuma, nakon izvršenih pregleda i dalje podupiru dobivene podatke. Primjerice, Beldad, Snip i Hoof (2014.) u svojoj studiji ukazuju da je namjera ispitanika da nastave donirati u ovisnosti o pozitivnom iskustvu s organizacijom pri čemu na ponovljenu donaciju utječu i afiniteti prema cilju organizacije, povjerenje u organizaciju i pozitivna reputacija organizacije. Nadalje, Peng, Kim i Deat (2019.) kao ključnu primjenu svog istraživanja izdvajaju nužnost izgradnje ugleda zbog njegovog utjecaja na doniranje. Prema autorima to znači usredotočiti se na povećanje svijesti javnosti u medijima, stjecanje kredibiliteta od pouzdanih institucija, kao i promicanje informacija o odgovornosti i financijskoj učinkovitosti. Kinsbergen i Tolsma (2013.) izdvajaju sklonost doniranja prema organizacijama s kojima postoji nekoliko godina iskustva. Osim toga, Sargeant i George (2022.) pri pisanju o menadžmentu prikupljanja donacija naglašavaju da kampanja uključivanja novih donatora treba imati i plan za razvoj dugoročnog odnosa s donatorima. Općenito pri razmatranju prikupljanja donacija uočava se logični stav da kroz trajniji odnos donatori imaju prilike više upoznati donatora, čime se u ovisnosti o ispunjenosti očekivanja, povećava vjerojatnost povećanja donacija (Nathan i Tempel, 2016.). Za Republiku Hrvatsku od ranije se bilježi filantropski potencijal i voljnost građana za doniranjem koji je pod negativnim utjecajem transparentnosti i informiranosti o rezultatima akcija (Dimić-Vugec i Pavić-Rogošić, 2017.; Bežovan, Zrinščak i Vugec, 2005.; Pavić-Rogošić i Kunović, 2004.) što govori o potrebi usmjeravanja pozornosti na daljnju izgradnju odnosa povjerenja i informiranosti.

Isto tako, procjene tvrdnji o kapacitetima i praksi za prikupljanje donacija prema SMART modelu, koji pokazuju srednju vrijednost, upućuju da zdravstvene ustanove obuhvaćene anketom, samo dijelom pristupaju sustavno planski u prikupljanju donacija. Isto je vidljivo i pri temi **Upravljanje procesom prikupljanja donacija** gdje se uočavaju samo neki od koraka i faza prema SMART modelu. Proces prikupljanja donacija odvija se pod snažnim utjecajem regulative (zakona i pravilnika) koja je vidljiva kroz kod *jasno određenu proceduru primanja donacija*. Pri temi se jasno izdvojio i kod *izostanak planskog pristupa prikupljanju donacija*.

U kontekstu rezultata da se prikupljanje donacija od strane zdravstvenih ustanova odvija pod snažnim utjecajem regulative, odnosno jasno određenom procedurom, izdvaja se da je uz postojeću zakonsku regulativu doniranja, Ministarstvo zdravstva dodatno kreiralo uputu prema zdravstvenim ustanovama vezano uz postupanje oko prihvata donacija. Primjerice, prema uputi

iz 2016. godine⁸⁵, donacije u novcu i naravi do 750.000,00 kn, osim lijekova i medicinskih proizvoda, mogu se prihvatiti bez ishoda prethodne suglasnosti Ministarstva zdravstva ali uz odluku upravnog vijeća. Ministarstvu se dostavlja izvješće o primljenim donacijama do 10. u tekućem mjesecu koje je potpisano od strane ravnatelja. Za prihvata donacija iznad 750.000,00 kn te za prihvata donacija lijekova i medicinskih proizvoda, potrebno je raspolagati sa suglasnosti Ministarstva zdravstva o prihvatu. Ako se radi o donaciji medicinske opreme u vrijednosti iznad 750.000,00 kn, uz suglasnost za prihvata donacije potrebno je zatražiti i suglasnost za nabavu opreme što je u skladu s Pravilnikom o kategorizaciji medicinsko-tehničke opreme zdravstvenih ustanova (NN 12/12, 99/13, 63/2016-1582). Prema Obavijesti o načinu donacije lijekova i medicinskih proizvoda⁸⁶, zahtjev suglasnosti za prihvata donacije lijekova i/ili medicinskih proizvoda, podnosi isključivo zdravstvena ustanova. Nadalje, tijekom 2015. godine, proveden je postupak internetskog savjetovanja za Nacrt prijedloga Pravilnika o mjerilima i načinu korištenja vlastitih prihoda i donacija zdravstvenih ustanova⁸⁷. Nacrt je izrađen temeljem Zakona o izvršavanju Državnog proračuna i njime je predviđeno uređivanje mjerila i način korištenja vlastitih prihoda zdravstvenih ustanova za koje ugovorom ili drugim aktom nije utvrđena njihova namjena. Prihod od donacija bio je predviđen za rashode za materijal i energiju, za usluge (izuzev intelektualne i osobne usluge) te nabavu nefinancijske imovine. Pri provedbi istraživanja, na internetskim stranicama pojedinih zdravstvenih ustanova, uočio se pravilnik o mjerilima i načinu korištenja nenamjenskih donacija donesen od strane upravnog vijeća zdravstvene ustanove⁸⁸, a pri pojedinima smjernice za potencijalne donatore i/ili upute za djelatnike ustanove⁸⁹. Navedeno govori u prilog usmjeravanju posebne pozornosti

⁸⁵ Uputa Ministarstva zdravlja od 19.7.2016. godine – Klasa: 030-01/16-01/36, Ur. Br.: 534-08-1-2/1-16-01.

⁸⁶ Ministarstvo zdravstva (2024). Obavijest o načinu donacije lijekova i medicinskih proizvoda. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/o-ministarstvu/djelokrug-1297/lijevovi-i-medicinski-proizvodi/1349> (Pristup: 11.12.2023.).

⁸⁷ Ministarstvo zdravstva (2024). Izvješće o provedenom savjetovanju o Nacrtu prijedloga Pravilnika o mjerilima i načinu korištenja vlastitih prihoda i donacija zdravstvenih ustanova. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/okoncana-savjetovanja/savjetovanja-u-2015-godini/izvjesce-o-provedenom-savjetovanju-o-nacrtu-prijedloga-pravilnika-o-mjerilima-i-nacinu-koristenja-vlastitih-prihoda-i-donacija-zdravstvenih-ustanova/2325> (Pristup: 11.12.2023.).

⁸⁸ Vidjeti primjerice pravilnik Opće bolnice i bolnice branitelja domovinskog rata Ogulin: *Pravilnik o mjerilima i načinu korištenja nenamjenskih donacija i vlastitih prihoda*. Dostupno na: https://bolnica-ogulin.hr/wp-content/uploads/2023/09/Pravilnik_o_mjerilima_i_nacinu_koristenja_nenamjenskih_donacija_i_vlastitih_prihod_a.pdf

⁸⁹ Primjerice, Opća bolnica Zadar na svojim internetskim stranicama raspolaze s uputom za prikupljanje donacija prema kojoj se preporučuje da djelatnici zahtjev za donacijama dostave u ravnateljstvo, između ostalog i sukladno Naputku Ministarstva zdravstva da nije dozvoljeno samostalno traženje donacija u ime i za račun ustanove. Uz Uputu raspolaze i s primjercima obrazaca pisma namjere za donaciju. Vidjeti: *Donacije*. Dostupno na: <https://www.bolnica-zadar.hr/aktualnosti/donacije/>

prema procesu prikupljanja donacija kojim se postiže veća transparentnost i red u to područje što se može označiti kao dobra praksa.

Rezultat koji usmjerava na izostanak planskog pristupa prikupljanju donacijama, nije neočekivan. Naime, SMART model kao takav postavlja dobar orijentir prema sustavnijem prikupljanju donacija koje će donijeti veći uspjeh no on traži i izdvajanje vremena i financijskih resursa. On može predstavljati visoki kriterij u procjeni postojanja sustavnog planskog prikupljanja donacija. S druge strane, zdravstvene ustanove usmjeravaju se na osnovno djelovanje i područje donacija im nije prioritetno što se odražava da pri prikupljanju donacija pokrivaju nužne korake. Dodatno, kao što je ranije izneseno, dio donacija pristiže zdravstvenim ustanovama kontaktom od strane samih donatora što će ustanove manje usmjeravati prema razvoju visoko planiranih mehanizama. Dio donacija pristiže od strane donatora koji su svojim razvijenim pristupom prikupili financijska sredstva (vidjeti u nastavku raspravu kod dimenzije spremnosti *Resursi*). No, obzirom na važnost planiranja za uspjeh u prikupljanju donacija (Bannett, 2018.; Nathan i Temple, 2016.; Haibach i Kreuzer, 2004.), zdravstvene ustanove koje će težiti povećanju udjela donacija u ukupnom prihodu, nužno će se trebati usmjeriti na izgradnju procesa prikupljanja donacija s većim obilježjem planiranja.

U izgradnji planskog procesa prikupljanja donacija od koristi može biti i razvijanje standarda dobre prakse za prikupljanje donacija za područje Republike Hrvatske (uz mogućnost razvijanja prilagođenih za zdravstvene ustanove), slično kao što je razvijeno za menadžment volontiranja. Standardi time mogu biti okvir i smjernica za zdravstvene ustanove u prikupljanju donacija bez obzira koji model prikupljanja donacija će standardi imati ugrađen u sebi. Primjer standarda za prikupljanje donacija se može naći na području Ujedinjenog Kraljevstva koji se razvijaju i unaprjeđuju zadnjih 15 godina⁹⁰ i bivaju dio kodeksa prikupljanja donacija⁹¹. Sargeant i George (2022.) naglašavaju važnost takvih standarda kod procjene raspolaganja vještinama i znanjem potrebnim za prikupljanje donacija te provjere dobrog prikupljanja donacija.

Preklapanje podataka iz ankete i analize intervjuja ukazuje da u praksi postoje vrlo različite potrebe koje zdravstvene ustanove pokrivaju donacijama uz jasno prepoznavanje što te donacije

⁹⁰ Tijekom 2009. godine razvijeni su standardi koji su unaprijeđeni tijekom 2012. godine (Sargeant i George, 2022.). Standardi su doručeni tijekom 2020. godine od strane organizacije usmjerene na transformiranje znanja o prikupljanju sredstava, vještine i razine uspjeha umjetničkih organizacija sadržavajući 29 standarda s pripadajućim kriterijima za svaki standard.

Vidjeti: *Arts Fundraising National Occupational Standards*. Dostupno na: https://artsfundraising.org.uk/sites/default/files/NOS_standards_V4.pdf (Pristup: 31.1.2024.).

⁹¹ Vidjeti: *Using the code*. Dostupno na: <https://www.fundraisingregulator.org.uk/code/using-code> (Pristup: 31.1.2024.).

znače za zdravstvenu ustanovu i pružanje zdravstvene zaštite. Raznolikost potreba koje se pokrivaju donacijama, proizašla iz istraživanja, slična je nalazima inozemnih istraživanja gdje se izdvojio doprinos donacija financiranju kapitalnih ulaganja, nužnih unaprjeđenja, pokrivanju operativnih troškova, pokrivanju inovacija u pružanju usluga te pokrivanju troškova zdravstvene zaštite (Klein, Brown i Detsky, 2016.; Haderlein, 2006.; Raymon, 2004.). Ovdje se mogu izdvojiti rezultati iz istraživanja koji ukazuju na nezadovoljstvo zbog pojedinih potreba koje se pokrivaju donacijama. Među rezultatima se pri skupini predstavnika menadžmenta izdvojio stav da je doprinos donacija za općenito funkcioniranje samoporažavajuće (vidjeti temu **Doniranje za dobrobit** i kod *doprinos doniranja financiranju ustanova* te temu **Klima u široj zajednici** i kod *prostor doniranja pogrešno generiran*), a pri skupini donatora izdvojio se stav da *prostor doniranja ukazuje na širu problematiku* (vidjeti temu **Klima u široj zajednici**). Ovdje postoji prostor za razmatranje koliko takvi rezultati govore o potrebi izgradnje povoljnije klime u široj zajednici (kulture doniranja) ili o potrebi utvrđivanja očekivanja od države i različitih aktera u području pružanja zdravstvene zaštite ili o potrebi koja se naznačuje takvim stavom (drugačija preraspodjela raspoloživih sredstava).

Osim toga, iako je tema **Od maske do nasljedstva** pokazala širinu vrsta donacija, moguće je uočiti postojanje prostora (osobito ako se uzme u obzir predlaganja inozemnih autora) za dodatne načine prikupljanja donacija i vrste donacija⁹². U tom smislu Haderlein (2006.) navodi da bi bolnice trebale biti otvorene za različite donacije kojima je potrebno odrediti tržišnu vrijednost uključujući umjetnine, antikni namještaj, police životnih osiguranja, memorijalne poklone, vrijednosne papire, dionice i dr.

Dimenzije *ciljevi i vladavina te korporativni identitet*, ugrađene pri temi analiziranih intervjua **Doniranjem do ciljeva i Slušanje i davanje glasa**, ukazale su da se ne prepoznaje suodnos prikupljanja donacija s ciljevima, ni područje uključivanja donatora u proces odlučivanja osim pri odlučivanju o usmjeravanju donacija. Ovdje su u djelovanju mehanizmi koji su ranije naznačeni kod razmatranja jednakih dimenzija za pojavu volontiranja i koji će se kasnije razraditi kod osvrta na obje pojave u kontekstu doprinosa razvoju kombiniranoga modela zdravstvene zaštite. Kao specifični oblik suradnje resursa može se razmatrati suradnja donatora s Ministarstvom zdravstva, prema kojem Ministarstvo u ugovorom reguliranom odnosu, šalje donatoru listu bolnica i prioriteta prema kojoj se doniraju potrebna sredstva. Takva suradnja spadala bi pod ponašanja koja se prepoznaju kao nova u filantropiji: međusektorska suradnja

⁹² Vidjeti: Sargeant i George, 2022.; Paxton, 2020.; Haibach i Kreuzer, 2004.

kroz partnerstva koja uključuju filantropske, poslovne i/ili javne aktere kako bi se iskoristili novi resursi i odnosi (Schnurbein, Rey-Garcia i Neumayr, 2021.). No, specifičnih oblika suradnje kod prikupljanja donacija prepoznalo se i kod drugih donatora obzirom na njihovu raznovrsnost i svakome se može dati zasebna pozornost kroz studije slučaja u narednim istraživanjima.

6.3.2. Spremnost za prikupljanje donacija

Rezultati o kapacitetima zdravstvenih ustanova za prikupljanje donacija, praćeni prema modelu spremnosti zajednice (Oetting i sur., 2001.; Edwards i sur., 2000.; Donnermeyer i sur., 1997.; Oetting i sur., 1995.; Jumper-Thurman i sur., 2001.), ukazivanjem da se zdravstvene ustanove nalaze na četvrtoj od devet razina spremnosti za prikupljanje donacija (razini *Početka planiranja*), u skladu su s dobivanim podacima o praksi prikupljanja donacija (raširenoj praksi koja ne obuhvaća sve oblike i koja ima nizak udio u ukupnom proračunu)⁹³. Prema autorima modela, za pomak na iduću razinu spremnosti pogodni su edukacijski programi za predstavnike vodstva/menadžmenta koji, prilagođeno za temu ovog istraživanja, uključuju informacije o raširenosti prakse doniranja, povezanosti određenih postupaka prikupljanja donacija s uspješnosti u prikupljanju i prikaz primjera dobre prakse. Uz to, pogodne su i lokalne medijske kampanje s informacijama o utjecaju prikupljenih donacija. Kako od svih obuhvaćenih dimenzija, dimenzija *Resursa* ima najnižu razinu spremnosti (treća razina od devet razina spremnosti, odnosno razina *slabe svijesti o pojavi*) potrebno joj je dati primarni fokus uz paralelno zahvaćanje svih dimenzija dok ne postignu najvišu razinu spremnosti. Ukratko, raširenu praksu prikupljanja donacija pri zdravstvenim ustanovama možemo očekivati kada zdravstvene ustanove ostvare najvišu razinu pri svakoj od promatranih dimenzija u sklopu modela spremnosti.

Uvidom u pojedine teme kod analize intervjua, koje bi mogle pojasniti rezultate procjene za razinu spremnosti na dimenziji *Resursa* (koja se nalazi na najnižoj razini spremnosti) i dati konkretnije smjerove za pomak spremnosti na višu razinu, uočava se nekoliko područja. Može se izdvojiti da je jedan dio prepoznatih izazova vezan u *obuhvatnost procesa* prikupljanja

⁹³ To bi prilagođeno prema modelu spremnosti zajednice značilo (Oetting i sur., 2014.; Oetting i sur., 2001.; Edwards i sur., 2000.; Donnermeyer i sur., 1997.) da su neki članovi zajednice (zdravstvenih ustanova) barem čuli za nastojanja prikupljanja donacija, ali je znanje o tome ograničeno. Vodstvo i članovi zajednice priznaju da je prikupljanje donacija značajno no postoje ograničeni resursi koji bi se mogli koristiti za daljnje razvijanje prikupljanja donacija. Opći stav je da je prikupljanje donacija važno uz razmatranje što se može učiniti oko toga.

donacija koji *traži vrijeme i resurse*. Tu postoji prepoznavanje kako je potrebno puno raditi da bi netko nešto donirao (netko u nekom vremenu). Taj izazov vezan je i uz prepoznavanje važnosti *izgradnje kontinuirane komunikacije* s donatorima, što je prepoznati **važni element** pri prikupljanju donacija. Raspoloživi resursi za prikupljanje donacija, ugrađeni su u redovno poslovanje zdravstvenih ustanova bez značajnijeg izdvajanja zasebnih usmjerenih za prikupljanje donacija.

Kroz temu **Upravljanje procesom prikupljanja donacija**, nisu se izdvojili financijski resursi koji se koriste u procesu prikupljanja donacija (potencijalni koji se koriste za održavanje komunikacije s donatorima uključujući zahvale i okupljanja donatora do javnog oglašavanja akcije prikupljanja donacije). Ljudski resursi koji su raspoloživi za prikupljanje donacija, raspoređeni su unutar postojećih uprava zdravstvene ustanove (od pravne službe, službe za nabavu do ureda ravnateljstva) te na više osoba. Takva raspodjela je i očekivana obzirom na specifičnosti procesa prikupljanja donacija koje uključuju različite suglasnosti, odobrenja, pisma namjere, dopise, oglašavanja i dr. te različitost donacija (vidjeti temu kod analiziranih intervjua: **Od maske do nasljedstva**). Osnaživanje resursa kroz *povezivanje s resursima lokalne zajednice*, rjeđe je prisutno no tu djeluje da se dio povezivanja nedovoljno prepoznaje kao resurs, osobito jer donatori obuhvaćeni istraživanjem sa svoje strane provode prikupljanje financijskih sredstava koje doniraju.

Skupina predstavnika donatora kroz intervju daje uvid, da ovisno o njihovim karakteristikama, resursi vezani uz doniranje kod njih imaju drugačiju pozornost. Naime, neki od donatora razvijaju opsežne *načine prikupljanja i upravljanja sredstvima za donacije*, prilagođavajući svoje resurse (ljudske i financijske) takvim potrebama uključujući primjerice i *dodatni angažman za vidljivost* u okviru *transparentnosti procesa* ali i privlačenje osoba u sustav prikupljanja financija za doniranje. Donatori se pri tome u procesu doniranja (vidjeti temu: **Upravljanje procesom prikupljanja donacija**) razlikuju od zdravstvenih ustanova i kod njih se više uočava strateško promišljanje, između ostaloga i kroz usmjeravanje svojih ljudskih i financijskih resursa. Sukladno svojim specifičnostima (predstavnicima skupine donatora primarno su obuhvatili veće donatore uz zakladu i udrugu) donatori kroz svoje razvijene mehanizme prikupljaju financijska sredstva i dalje ih doniraju zdravstvenoj ustanovi „odrađujući“ time (uvjetno rečeno) „posao za zdravstvenu ustanovu“ koja time ima i manji interes razvijati svoje resurse za prikupljanje donacija.

Mehanizmi koji se odvijaju kod korporativnih donatora i koji generiraju njihove specifičnosti, zasebno su pokriveni kod inozemnih istraživanja, osobito u okviru istraživanja korporativne filantropije. Gautier i Pache (2013.), u sklopu pregleda literature u temi istraživanja korporativne filantropije izdvajaju da ona, kao i druge svrhovite aktivnosti u korporaciji, zahtjeva pretvorbu ciljeva u tom području u opipljive akcije s dovoljno resursa da se ti ciljevi ostvare. Tu se može tražiti pojašnjenje izdvajanja zasebnih resursa (ljudskih i financijskih) za prikupljanje sredstava. No, postoje usmjeravanja na preokret krajem prošlog stoljeća prema strateškoj filantropiji, odnosno strateškom davanju (Sargeant i George, 2022.; Gautier i Pache, 2013.). Ako je korporativna filantropija strateška, resursi koji su ugrađeni imaju značenje i utjecaj na tvrtku (kroz povećanje prodaje, poboljšanje ugleda i dr.) jednako kao i na zajednicu koja prima te resurse iz čega će proizlaziti motivacija uključivanja svojih resursa. Strateška filantropija pri tome je samo jedan od koncepata kroz koji se može promatrati situacije pri donatoru korporativnog tipa (Sargeant i George, 2022.; Gautier i Pache, 2013.; Madden i Scaife, 2008.). Tu je primjerice i poduzetnička filantropija prema kojoj je filantropija socijalno ulaganje gdje se očekuje višestruki povrat (Gautier i Pache, 2013.), raširenost kulture davanja (Sargeant i George, 2022.) i dr. Ovisno o konceptu, prema njemu se orijentiraju i zaključci vezani uz resurse tako da tu izrazito dolazi do izražaja kontekst pojedine korporacije. Prema Liketu i Simaensu (2013.), istraživanja motivacije za korporativnu filantropiju ukazuju da su oni visoko kontekstualizirani kontekstima na individualnoj razini (razini individue koja vodi korporaciju), organizacijskoj razini (razini korporacije) i institucionalnoj razini (razini cijelog sektora). Za potrebe ovog istraživanja mnogo je važnije isticati spoj interesa zdravstvene ustanove i donatora koji, u sklopu analize potencijalnih donatora, ostaje zdravstvenoj ustanovi za procijeniti. Tu je važno koliko ona prepoznaje vanjske resurse (dionike, aktere) uključujući i njihove motive, a koji mogu djelovati zajedno s njom u ostvarenju njene svrhe.

Udruge koje se javljaju kao donatori, jednako kao i zaklade, nose drugačije kontekste i obilježja nego korporacije. U ovom istraživanju udruge su se izdvojile svojom ulogom u prikupljanju donacija kroz humanitarne akcije pri čemu i one svoje resurse „daju za zdravstvenu ustanovu“. U pozadini, daju ih za ostvarivanje svoje svrhe koja je najčešće (kod ovog istraživanja) vezana uz poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite za skupinu pacijenata prema kojoj su usmjerene. One su posrednici koje prikupljaju donacije od pravnih i fizičkih osoba i prosljeđuju ih zdravstvenoj ustanovi. Slično je i sa zakladnim djelovanjem.

Još se nekoliko elemenata može izdvojiti za razumijevanje rezultata procjene razine spremnosti kod dimenzije *Resursa*. Zdravstvene ustanove imaju i iskustvo da se im se donatori samoinicijativno javljaju (vidjeti podtemu *početno (ne)planiranje* za skupinu predstavnika menadžmenta). Obzirom na takvo iskustvo, pojedine ustanove kod kojih je takva pojava učestalija, potencijalno će imati i manju motivaciju razvijati svoje resurse za prikupljanje donacija, osobito ako neće uočavati značajnu potrebu koju na drugi način ne mogu pokriti (vidjeti podtemu: *dobrobit za ustanovu, rješavanje potreba koje bi ostale nezadovoljene*). Manja motivacija za razvoj zasebnih resursa za prikupljanje donacija može biti i pod utjecajem procjene isplativosti programa prikupljanja sredstava u ukupnim prihodima ustanove. Donacije, prema podacima dobivenima anketom čine mali udio u ukupnim prihodima. Ovdje se otvara prostor za dodatna istraživanja, osobito i jer taj udio, iako je malen u ukupnom proračunu, on označava velike iznose⁹⁴ koji omogućavaju dugoročni učinak na kvalitetu zdravstvene zaštite što je osobito vidljivo kod analize intervjua i teme **Doniranje za dobrobit**. Moguće da se i kod pojedinih zdravstvenih ustanova situacijski raspoređuje resurse koji se kod pojačane (ili specifično planirane) potrebe za donacijama usmjeravaju prema većoj aktivnosti u prikupljanju donacija.

Nadalje, jedna od zabluda proizašla iz istraživanja je i nepotrebnost ulaganja u prikupljanje donacija: *dovoljno je napisati dopis* i donacija će stići (vidjeti temu: **Znanje je moć**). Prema svemu sabranom kroz istraživanje, za razinu spremnosti kod *Resursa*, mudro je osvještavati važnost da resursi (ljudski i financijski) budu ugrađeni kao dio sustavnog planskog prikupljanja donacija bez obzira uključujući li oni i suradnju s drugim akterima iz zajednice. Naime, prepoznavanje od strane sudionika istraživanja da prikupljanje donacija traži vrijeme i resurse, sukladno je isticanjima u literaturi da je prikupljanje donacija dugotrajan „teški posao uključivanja donatora u misiju organizacije“ (Nathan i Tempel, 2016., 489) i da uspješno prikupljanje donacija zahtijeva financijska sredstva i angažirane osobe odgovorne za redovito prevođenje ideja i planova prikupljanja u stvarnost (Sargeant i George, 2022.; Nathan i Tempel, 2016.; Haibach i Kreuzer, 2004.). U tom smjeru, Cleverley i Cleverley (2005.) izdvajaju da bolnice već imaju osobe u punom vremenu angažirane na prikupljanju donacija i da je to možda i najbolja strategija za unaprjeđenje prikupljanja donacija. Postojale su, u kontekstu uvida povrata u uloženo, inicijative izračuna koliko košta prikupljena donacija što je otežano

⁹⁴ Primjerice, Klinika za dječje bolesti Zagreb, bilježi iznos od 7.615,521,36 kn prihoda od donacija od pravnih i fizičkih osoba (tekuće i kapitalne donacije) za 2022. godinu kada istom bilježi prihod od poslovanja u iznosu od 212.519.926,01 kn (Vidjeti: *Izveštaj o prihodima i rashodima, primicima i izdacima* u sklopu Obrazaca financijskih izvještaja za 2022. godinu. Dostupno na: <https://www.kdb.hr/planovi-programi-izvjesca>).

procjenama koje sve elemente uključiti u izračun, osobito i jer negdje povrat dolazi nakon nekoliko godina (Sargeant i George, 2022.).

Prema analizi intervjua i temi **Znanje je moć** postoji *puno znanja o donacijama u ustanovi*. Promatrano kroz procjenu kapaciteta za prikupljanje donacija, potvrđuje se da s radi više o općem znanju nego o nekom specijaliziranom znanju koje se odnosi na složene mehanizme prikupljanja donacija. Prikupljanje donacija, u skladu s prepoznavanjem da ono ne samo da traži raspoložive osobe, već i osobe koje će raspolagati posebnim znanjem o tome, biva i profesionalizirano pri čemu se razvijaju ne samo organizacije koje se bave prikupljanjem donacija već i dugoročni programi edukacije i istraživanja pojave (Sargeant i George, 2022.; Schuyt, 2016.; Betzler i Gmür, 2016.; Haibach i Kreuzer, 2004.). Na području Republike Hrvatske nema još sustavnih dugoročnih edukacijskih programa što je prostor kojeg treba popuniti. Može se izdvojiti Nacionalna zaklada za razvoj civilnog društva koja u sklopu svojeg programa regionalnog razvoja obuhvaća i edukaciju u temi inovativnih modela prikupljanja sredstava za djelovanje organizacija civilnoga društva.⁹⁵

Kod izgradnje razine spremnosti na dimenziji *Znanja*, ponovno se može aktualizirati razvijanje standarda za prikupljanje donacija, spomenutih u raspravi pri važnosti planiranja prikupljanja donacija. Tim više što će standardi predstavljati okvir i smjernice za razvoj kompetencija (znanja, vještina i stavova) za prikupljanje donacija prema kojem se može pratiti razvijenost znanja i razvijenost edukacijskih programa. Dodano, izdvaja se da je prema modelu spremnosti zajednice moguće razlikovati znanje o pojavi i znanje što se čini vezano uz nju. Odnosno, prilagođeno za potrebe ovog istraživanja: znanje o prikupljanju donacija pri zdravstvenim ustanovama i znanje o tome što se čini da prikupljanje donacija bude raširena i snažna praksa.

U kontekstu pogodne klime za prikupljanje donacija pri zdravstvenoj ustanovi, prema provedenim intervjuima s predstavnicima menadžmenta i djelatnika, pokazalo se da je klima u zdravstvenoj ustanovi obilježena *pozitivnim vrednovanjem transparentnosti u prikupljanju donacija, otvorenošću prema donatorima i prilagodbom pojedinom donatoru*. Skupina donatora donijela je u sklopu toga neke nove perspektive prepoznavanjem da *prostor doniranja ukazuje na širu problematiku* pri zdravstvenoj ustanovi, naznačujući *nužnosti revidiranja prostora potreba za donacije*. Usprkos tome, donatori opisuju *pozitivna iskustva suradnje*. Prema takvim podacima, smjer podizanja spremnosti za dimenziju *Klime*, značio bi da su se

⁹⁵ Vidjeti: Nacionalna zaklada za razvoj civilnog društva (2024.). *Započinju izobrazbe za organizacije civilnoga društva u okviru Programa regionalnog razvoja*. Dostupno na: <https://zaklada.civilnodrustvo.hr/news/zapocinju-izobrazbe-za-organizacije-civilnoga-drustva-u-okviru-programa-regionalnog-razvoja>

djelatnicima dodijelili različiti zadaci koji doprinose područjima koji su se prepoznali kao važni (transparentnost, otvorenost, prilagodba) i da o istom informiraju ostale djelatnike na strukturirani način.

Pri izgradnji klime zdravstvene ustanove značajne za prikupljanje donacija, od utjecaja je i šire okruženje, odnosno situacija na nacionalnoj razini čije su se posebnosti izdvojile kroz analizu intervjua pri temi **Klima u široj zajednici**. Povezanost šireg okruženja na klimu unutar ustanove, i posljedično uspjeh u prikupljanju donacija, može se promatrati i kroz literaturu o prikupljanju donacija koja kao dio planiranja procesa usmjerava i na analizu šireg okruženja kroz koju će se obuhvatiti političke čimbenike, ekonomske, socio/kulturalne, tehnološke, zakonodavne i okolišne⁹⁶. Tim više je ovdje potrebno obratiti pozornost na rezultate analize intervjua koji su ukazali, između ostalog na *mogućnosti snažnijeg razvijanja doniranja, neosviještenosti o mogućnostima i važnosti doniranja te nepovjerenje članova zajednice prema doniranju*.

Nadalje, rezultat procjene na dimenziji *Vodstvo* dobiven anketom, u skladu je sa svim ostalim sabranim podacima tijekom istraživanja. Prikupljanje donacija se odvija kao dio redovnog poslovanja zdravstvene ustanove pri čemu se ne izdvaja značajniji dugoročni planski pristup iako se uočavaju različiti intenziteti i iskustva kod prikupljanja donacija. Vodeće strukture su u taj proces uključene u skladu sa svojim propisanim ulogama: *uključuju se u aktivnosti vezane uz doniranje i raspoređuju zadatak u upravljanju donacijama na više osoba*. Isto tako, kod teme **Upravljanje procesom prikupljanja donacija**, vidljiva je uključenost ravnateljstva i upravnog vijeća u pojedine procedure slijedom postavljenih protokola prikupljanja sredstava. Ako se želi postići veća razina spremnosti na dimenziji *Vodstva*, tada se može otvoriti prostor za razmatranje kreiranja dugoročnog planskog pristupa prikupljanju donacija i razmatranju uloge svake pojedine osobe iz vodeće strukture u njegovom kreiranju i provedbi. U sklopu toga i kreiranje procjene kratkoročnog i dugoročnog doprinosa prikupljanja donacija na misiju zdravstvene ustanove, unaprjeđenje usluge i dr. Prije toga biti će nužno djelovati na razvoj svijesti o značaju takvog pristupa za zdravstvenu ustanovu i pacijenta.

Literatura u temi prikupljanja sredstava kontinuirano izdvaja važnost vodstva/menadžmenta na smjer prikupljanja donacija i izgradnju pogodne klime za prikupljanje donacija (Sargeant i George, 2022.; Bhati i Hansen, 2020.; Nathan i Temple, 2016.; Haibach i Kreuzer, 2004.; Lindahl i Conley, 2002.). Vodeće osobe uočavaju se ključne za kreiranje pogodne klime za

⁹⁶ Vidjeti primjerice: Sargeant i George, 2022.

prikupljanje donacija te kao poveznica između organizacije i osoba zaduženih za prikupljanje donacija i održavatelji odnosa s ključnim donatorima (Haibach i Kreuzer, 2004.). U skladu s time, Nathan i Temple (2016.) prepoznaju da je prikupljanje donacija funkcija koja se proteže od najviših razina vodstva do svih članova osoblja i u kojoj je važno da svi sudjeluju uz razumijevanje osnovnih postupaka pri prikupljanju donacija. Osim toga, Haderlein (2006., 542) ističe da vodeće osobe bolnica mogu učiniti puno više od susreta s donatorima. Prepoznaje njihovu ulogu u informiranju i osiguravanju nužnog proračuna za kreiranje i provedbu „inteligentne filantropske strategije“; redovitoj komunikaciji s relevantnom osobom oko strategije, potreba i potencijala prikupljanja donacija; pokretanje vodstva i djelatnika za izgradnju unutarnje kulture prikupljanja donacija i dr. Sama izgradnja takve kulture, prema njemu, proizlazi iz njihove uloge. Autor opisuje i konkretne korake vodstva za izgradnju kulture: uključivanje prikupljanja donacija u ciljeve bolnice, pružanje osobnog primjera kao filantropa i osobe koja prikuplja donacije, uključivanje izvedbe prikupljanja sredstava kao dio redovitoga praćenja djelovanja, isticanje značajne uloge filantropije na sastancima unutar bolnice i u javnim nastupima, pisanje tematskih članaka i dr.⁹⁷

Naposljetku, prilagođeno prema autorima modela spremnosti (Oetting i sur., 2001.; Edwards i sur., 2000.; Donnermeyer i sur., 1997.; Oetting i sur., 1995.; Jumper-Thurman i sur., 2001.), postizanje najviše razine spremnosti zdravstvenih ustanova za prikupljanje donacija, značilo bi ostvarivanje slijedećih ciljeva pri čemu su navedene mjere⁹⁸ prvi koraci prema njihovom ostvarenju:

Cilj 1: Osigurati različite resurse i sredstva za prikupljanje donacija pri zdravstvenim ustanovama uz očekivanje da će ono biti kontinuirano.

Mjera: Prepoznati su neki resursi (ljudski i financijski) koji se mogu koristiti za prikupljanje donacija pri zdravstvenim ustanovama i neki djelatnici aktivno rade na njima.

⁹⁷ Temeljno na recentnijem pregledu literature, Bhati i Hansen (2020.) izdvajaju da se kod menadžmenta prikupljanja donacija cijela grana literature o vodstvu može uključiti u razumijevanje načina na koji se radi s donatorima. Povrh toga, Erwin i Landry (2015) izdvajaju da su se među ograničenim brojem studija o prikupljanju donacija u bolničkom kontekstu, pojavile dvije glavne teme pri čemu je uloga upravnog odbora i njegov odnos s prikupljanjem sredstava jedna od njih.

⁹⁸ Svaka navedena mjera predstavlja jednu razinu spremnosti više od one koja je dobivena procjenom. Kada se navedena mjera postigne, odnosno kada se razina povisi za jedan stupanj, potrebno je ići na mjeru koju odgovara narednoj razini spremnosti sve dok se ne ostvare postavljeni ciljevi.

Cilj 2: Izgraditi vodstvo / menadžment zdravstvenih ustanova gdje će dio njega neprestano pregledavati rezultate evaluacije prikupljanja donacija pri zdravstvenoj ustanovi i u skladu s time mijenjati financijsku i drugu potporu.

Mjera: Dio vodstva sudjeluje u razvoju ili provedbi nastojanja za prikupljanje donacija kao član grupe koja radi na tome ili podržava dodjelu sredstava za prikupljanje donacija.

Cilj 3: Unaprijediti znanje djelatnika zdravstvenih ustanova tako da većina ima detaljno znanje o prikupljanju donacija, poznaje detaljne informacije o njegovim specifičnostima, implementaciji i utjecaju.

Mjera: Neki djelatnici znaju nešto o specifičnostima prikupljanja donacija pri zdravstvenoj ustanovi (zašto koristiti, gdje i kako usmjeriti, kako izvještavati i dr.).

Cilj 4: Izgraditi klimu u zdravstvenim ustanovama pri kojoj većina djelatnika zdravstvenih ustanova u velikoj mjeri podržava prikupljanje donacija pri zdravstvenoj ustanovi i ujedno zahtijevaju odgovorno odnošenje prema tome.

Mjera: Neki djelatnici sudjeluju u razvoju ili provedbi nastojanja prikupljanja donacija i to kroz radne sastanke u temi doniranja i sl.

6.3.3. Obilježja doniranja tijekom epidemije COVID-19

Period tijekom epidemije COVID-19, izdvojivši se kroz rezultate posebnim obilježjima, prikazuje se zasebno kako bi se omogućilo što bolje uočavanje karakteristika doniranja tijekom kriznih situacija. Očekivano je da period kriza donese promjene u području doniranja. Prema rezultatima ankete one se odnose na smanjenje donacija i njihovu drugačiju strukturu. S druge strane, prema analizi intervjua dolazi do uočavanja *porasta motivacije* za doniranje, pri čemu je kod nekih zdravstvenih ustanova došlo do porasta donacija. *Drugačija struktura donacija* dobivena anketom, potvrđena je i kroz intervjue s time da se uočava i *prilagodba prikupljanja donacija*. Takvi nalazi primarno su u skladu s drugim dostupnim podacima za Republiku Hrvatsku i međunarodnu razinu.

Prema dostupnim podacima postoji porast doniranja u periodu epidemije bolesti COVID-19 uz prilagodbu procesa i strukture donacija. Antić i Gligorić (2021.) izdvajaju porast donacija u Republici Hrvatskoj tijekom 2019. i 2020. godine pri čemu se porast tumači pandemijom bolesti

COVID-19 ali i potresima. Porast je ostao aktualan i u 2021. godini (Škokić i Škrabalo, 2022.), no u 2022. godini bilježi se pad od 50% (Catalyst Balkans, 2023.)⁹⁹. Uz to bilježi se da je u 2020. godini najčešće donacijsko područje bio COVID-19 (Antić i Gligorić, 2021.), u 2021. godini potres (Škokić i Škrabalo, 2022.), dok se u 2022. godini bilježi smanjenje vezano uz podršku u krizi (Catalyst Balkans, 2023.). Izdvaja se i da je u 2020. godini došlo do smanjenja pojedinačnih donacija, povećanja udjela iznosa od korporativnog sektora, smanjenja donacija u svim glavnim područjima (potpora marginaliziranim skupinama, zdravstvena skrb i obrazovanje) osim u području za ublažavanje siromaštva te povećanja doniranja ustanovama i tijelima javne vlasti (Antić i Gligorić, 2021.). U 2021. godini ustanove nisu više na prvom mjestu kao primatelji, već neprofitne organizacije kao ključni kanali distribucije donacija krajnjim korisnicima, no korporativni sektor i dalje ima najznačajniji udio u iznosu donacija (Škokić i Škrabalo, 2022.). Dok je u 2020. godini prevladalo direktno doniranje, u 2021. godini prevladava prikupljanje sredstava što se tumači potrebom brzog učinkovitog pokretanja donatora (Škokić i Škrabalo, 2022.). Fridman, Gershon i Gneezy (2022.) koristeći longitudinalnu četverogodišnju bazu podataka na svjetskoj razini kao rezultat uočavaju porast donacija tijekom pandemije COVID-19. CAF (2021.a; 2021.b) izdvaja da tijekom pandemije COVID-19 na svjetskoj razini dolazi do povećanja doniranja pri čemu je došlo do promjena u uobičajenom dotadašnjem pozicioniranju zemalja prema doniranju. U sklopu korporativnog sektora dolazi do povećanja doprinosa dobrotvornim organizacijama pri čemu tvrtke iskazuju i svoju spremnost u prilagodljivosti odgovorima na akutne i promjenjive potrebe. S druge strane neprofitne organizacije prijavile su zastoj u donacijama. Adena i Harke (2022.) u svom istraživanju za područje Engleske uočavaju porast donacija. Litofcenko i sur. (2023.) pak u istraživanju na reprezentativnom uzorku za područje Njemačke i Austrije dolaze do zaključka da COVID-19 nije doveo do drastičnih promjena u oblicima doniranja (iznosu). Takvi podaci potvrđuju da se tijekom kriza, kao što je bila epidemija bolesti COVID-19, događaju varijacije koje su od značaja za razmatranje u pristupu razvoja doniranja.

Dobiveni podaci da je kod nekih ustanova došlo do povećanja, a negdje do smanjenja zaprimljenih donacija, odnosno da je ona ostala jednaka, mogu se tumačiti dodatnim obilježjem donacija u periodu epidemije COVID-19. U periodu tijekom 2020. i 2021. godine donacije su prvenstveno bile usmjerene prema lokalnim zajednicama, odnosno na otklanjanje kriza i

⁹⁹ U 2020. godini bilježi se prosječna donacija po stanovniku od 19,0 € (Antić i Gligorić, 2021.), u 2021. godini 10,0 € (Škokić i Škrabalo, 2022.), a u 2022. godini 5,1 € (Catalyst Balkans, 2023.). U 2020. godini zabilježen je iznos od 38,246,209 €, u 2021. godini iznos od 39,022,171 €, a u 2022. godini iznos od 19,559,637 € (Catalyst Balkans, 2023.).

egzistencijalnih problema građana i lokalnih zajednica (Škokić i Škrabalo, 2022.; Antić i Gligorić, 2021.) dok se u 2022. godini to obilježje gubi i podrška se usmjerava prema osobama sa zdravstvenim teškoćama, osobama s teškoćama u razvoju i osobama s financijskim teškoćama (Catalyst Balkans, 2023.). Prema tome, različito iskustvo oko donacija, može se tražiti i u obilježjima lokalnih zajednica u kojima se nalaze pojedine ustanove, ali i specifičnostima samih zdravstvenih ustanova (jesu li zabilježile štetu uslijed potresa, koja je uloga zdravstvene ustanove u otklanjanju utjecaja COVID-19 i sl.) što može biti predmet narednih istraživanja doniranja tijekom kriznih perioda. Sličnu preporuku usmjeravanja na lokalne specifičnosti daju Škokić i Škrabalo (2022.) izdvajajući da je analiza regionalne distribucije doniranja za područje Republike Hrvatske u periodu od 2015. do 2021. ukazala na tendenciju da razvijenije regije učestalo imaju dobrobit od donacija i u stanju su privući više donacija od manje razvijenih područja iako su u većoj potrebi.

Promjene u doniranju tijekom humanitarnih kriza vezane su uz individualne i kontekstualne faktore koji su općenito od utjecaja na doniranje (vidjeti: Litofcenko i sur., 2023.; Bekkers i Wiepking, 2011.; Sargeant i Woodliffe, 2008.) no u periodu kriza dolazi do njihovog drugačijeg međudjelovanja. U periodu epidemije COVID-19, porast donacija vezan je uz iskustvo s COVID-19 i informacijama o bolesti COVID-19, uz logičnu tendenciju da financijski gubici, zdravlje na koje se bolest COVID-19 negativno odrazila ili strah za svoje zdravlje u budućnosti, dovode i do smanjenja namjere doniranja (Litofcenko i sur., 2023.; Adena i Harke, 2022.). Rezultati od Adena i Harke (2022.) pokazuju da je na povećanu sklonost donacijama utjecalo uključivanje referiranja na COVID-19 u pozivu za donacije, veća medijska pokrivenost o ozbiljnosti situacije na lokalnom nivou i povećanje broja osoba pozitivnih na COVID-19 na lokalnoj razini. Za razliku od navedenog, Grimalda i sur. (2021.), iako su utvrdili da je osobna izloženost COVID-19 povećala broj donacija u odnosu na one koji nisu bili izloženi, broj slučajeva na lokalnoj razini nisu imale učinka. Istraživanja su vezana uz različite zemlje (Englesku, Sjedinjene Američke Države, Italiju) tako da je važno imati na umu i druge kontekstualne čimbenike koji nisu zahvaćeni istraživanjima. Krize nose svoje posebnosti kod doniranja, no pouka kod Republike Hrvatske i epidemije COVID-19 može biti potvrda potencijala za doniranje koji se može nastaviti njegovati i izvan kriznog razdoblja.

6.3.4. Doniranje i inovacije

Srednja vrijednost procjene razvoja inovacija u pružanju usluga (razvoja novih načina pružanja usluga, suradnje s korisnicima/pacijentima i suradnje s drugim dionicima) trenutnom praksom prikupljanja donacija, potencijalno ukazuje na neprepoznavanje što sve socijalna inovacija nosi u sebi. Naime, inovacije su se kroz istraživanje promatrale ne samo kao novi načini pružanja usluga već i suradnje što djeluje da nije u dovoljnoj mjeri zahvaćeno procjenom i informacijama kroz intervjuje. Djeluje kao da su inovacije shvaćene samo kao dio inovativnih tehnoloških odgovora što je u skladu s ranijim nalazima o socijalnim inovacijama na razini Republike Hrvatske. S druge strane, analiza intervjua naznačuje očekivano širi pogled, ukazujući da su donacije prisutne kao pomoć pri provedbi inovativnih ideja i/ili da će nekada sama inovacija biti donirana. Očekivani širi pogled proizlazi iz činjenice da su intervjuima izdvojene zdravstvene ustanove i donatori koji su pozitivno iskočili prema svojim obilježjima vezanima uz doniranje. Očekivano je da će oni kao takvi mnogo više prepoznavati potencijale koje nosi doniranje pa i u okviru inovativnosti.

U kontekstu Republike Hrvatske, socijalne inovacije prepoznaju se kao zapostavljena tema nedovoljno poznata u kreiranju i provedbi socijalne politike. Javlja se kao rezultat nepodmirenih potreba više nego dobre vladavine (Bežovan, Matančević i Baturina, 2016.). Time su i dobiveni rezultati razumljiviji iako su kroz istraživanje bili uočljive situacije povezivanja donatora sa zdravstvenim ustanovama kao odgovor na lokalne potrebe sa specifičnim procesima mobilizacije i participacije noseći obilježja socijalnih inovacija. Specifična lokalna povezivanja odraz su i specifičnih lokalnih veza gdje su međusobni odnosi bliži i direktniji i kao takvi se odražavaju i na prikupljanje donacija (Haibach i Kreuzer, 2004.). Možda će za razvoj socijalnih inovacija biti značajnije usmjeravanje na prostor mogućnosti u odgovorima na potrebe nego traženje prepoznavanja samog koncepta u tome od strane aktera. Veza između donacija i inovacija pri tome je neupitna prema nalazima ovog istraživanja i inozemnih razmatranja. Primjerice, prema Haderlein (2006.) donacije su idealne za pokrivanje inovacija u bolnicama između ostalog jer su one tada dodatni novac za nastavak pružanja dobrobiti zajednice na koji se neće gledati kao oduzimanje od operativnih troškova, troškova skrbi za pacijente i sl. osobito i zbog rizičnog momenta uspjeha koje inovacije nose sa sobom.

6.3.5. *Doniranje i ulaganje*

Donacijama se pri zdravstvenim ustanovama očekivano rješavaju različite potrebe koje donose dobrobiti na više razina: na razini pojedinca, na razini ustanove i na razini sustava. Doniranje je pri tome ulaganje i pokretač daljnjeg ulaganja. Teme **Od maske do nasljedstva** i **Ulaganje u dobrobit**, najbliže ocrtavaju proces u kojem donacija biva ulaganje za zdravijeg pojedinca, učinkovitiju zdravstvenu ustanovu i učinkovitiji zdravstveni sustav. Ovdje se želi naznačiti rast od pogleda gdje će se ulaganje u infrastrukturu promatrati izolirano od pogleda ulaganja u ljude i njihove potencijale. Naime, promatrano kroz koncept socijalnog ulaganja i ulaganja u zdravlje, pojedinac koji je boljeg zdravlja imat će više mogućnosti održati stabilne prihode i razvijati svoje kompetencije za produktivnost u ekonomiji i društvu (Šimunković i Babić, 2022.). Prema tome, podizanje kvalitete pružanja zdravstvene zaštite bilo nabavkom opreme, izgradnjom odjela ili edukacijom zdravstvenih djelatnika, doprinosi mogućnosti izgradnje veće razine zdravlja pojedinca i to ne samo pacijenta već i djelatnika koji rade u povoljnijim uvjetima s većim zadovoljstvom.

Socijalno ulaganje pomiruje socijalne i ekonomske ciljeve (Morel, Palier i Palme, 2012.) implicirajući dvostruki povrat ulaganja: financijski povrat investiranog kapitala i ostvarenje pozitivnog socijalnog povrata (Babić i Baturina, 2016.). Prema Šimunković i Babić (2022.) zdravlje je kapital koji omogućuje ostvarivanje najviše razine potencijala pojedinca koji je tada produktivan i brz u odgovoru na edukativne i tržišne promjene što je u pozadini koncepta socijalnog ulaganja. Ulaganje u održivi zdravstveni sustava, ulaganje u zdravlje kao ljudski kapital i ulaganje u smanjenje nejednakosti u zdravlju, tri su glavna područja koja su bila preporučena za ulaganje u zdravlje kroz paket socijalnog ulaganja od strane Europske komisije (vidjeti EC, 2013.a). Sve je to zajedno dio šire slike koja gradi socijalnu politiku. Primjerice, prema Hemerjicku (2012.) perspektiva socijalnog ulaganja vraća socijalnu politiku kao potencijalno pozitivan doprinos rastu, konkurentnosti, društvenom napretku i političkoj otpornosti. Socijalno ulaganje tu je predmet i produkt promišljanja interakcije gospodarskog napretka i socijalne politike.

U kontekstu provedenog istraživanja, donacije se mogu (i trebaju) promatrati kao dio doprinosa ulaganju, uključujući i socijalnom ulaganju jer to i jesu. Dodatno, one su i ulaganje u kombinaciju različitih resursa: što je veće ulaganje u prikupljanje donacija, veći je i prostor za utjecaj doniranja na razvoj kombiniranog modela zdravstvene zaštite. Može se promatrati i još

jedna veza doniranja i ulaganja: preko ostvarenja misije zdravstvene ustanove. Sargeant i George (2022.) na tome tragu izdvajaju da se kod prikupljanja donacija uz zalaganje za ulaganje treba gledati na dugoročni povrat i učinak koji će donacije imati na misiju zdravstvene ustanove. U takvom pogledu pomak je od promatranja izdvajanja resursa za prikupljanje donacija kao troška prema ulaganju.

6.3.6. Unaprjeđenje doniranja u zdravstvenim ustanovama

Ranije su kroz raspravu istaknuti različiti smjerovi za unaprjeđenje prikupljanja donacija pri zdravstvenim ustanovama, uključujući i preporuke u skladu s modelom spremnosti zajednice. I ovdje se izdvaja, kao i kod volontiranja, da je podizanje spremnosti zdravstvenih ustanova na najvišu razinu u svim dimenzijama spremnosti (vodstvo, znanje, resursi, klima) ključno za ostvarivanje većeg udjela donacija u ukupnim prihodima zdravstvenih ustanova. Prema provedenim intervjuima postoji nekoliko preporuka, izazova i važnih područja koja su prisutna kod sve tri skupine sudionika istraživanja i koja se paralelno s preporukama za podizanje razine spremnosti, mogu uzeti kao prioriteta područja za unaprjeđenje (Tablica 6.3.6.1.) osobito i jer su već bila spomenuta kroz raspravu kao značajna.

Tri su prioriteta područja unaprjeđenja prikupljanja donacija pri zdravstvenim ustanovama kako bi se omogućio njihov značajniji doprinos u kombiniranom modelu zdravstvene zaštite: 1) održavanje i unaprjeđenje transparentnosti procesa prikupljanja donacija; 2) izgradnja učinkovitog planskog sustava prikupljanja donacija koji će uključiti i resurse za adekvatno sudjelovanje u obuhvatnim i dugotrajnim procesima prikupljanja donacija te 3) razvijanje svijesti i važnosti o mogućnostima doniranja.

Tablica 6.3.6.1. Područja unaprjeđenja prikupljanja donacija pri zdravstvenim ustanovama

<i>Sud.</i>	<i>Važno</i>	<i>Izazovi</i>	<i>Preporuke</i>
Svi sudionici	<i>transparentnost procesa prikupljanja donacija</i>	<i>dugotrajne i komplicirane procedure doniranja</i> <i>(upravljanje donacijama traži vrijeme i resurse / obuhvatnost procesa / dugotrajnost procesa od doniranog novca do nabave)</i>	<i>izgraditi učinkoviti sustav upravljanja donacijama</i> <i>razvijati svijest o važnosti i mogućnostima doniranja</i>
Dvije skupine		<i>komunikacija s donatorima</i>	<i>unaprijediti vrednovanje doniranja u zajednici</i> <i>unaprjeđenje zakonske regulacije</i>
Jedna skupina sudionika	<i>učinkovitost doniranih sredstava</i> <i>suradnja različitih dijelova i članova zajednice</i> <i>informiranje javnosti</i> <i>dobar ugled donatora</i> <i>izgradnja kontinuirane komunikacije s donatorima</i> <i>odnos uvažavanja i povjerenja s donatorima</i> <i>mogućnost prilagodbe donacije potrebama u ustanovi</i>	<i>neusklađenost sustava</i> <i>popratni troškovi doniranja</i> <i>komplicirana procedura prihvata donacija</i> <i>teškoća primanja i davanja specifičnih donacija</i> <i>osvijestiti potrebe svih skupina i područja</i>	<i>povećati transparentnost u poslovanju</i> <i>olakšati pristup informacijama o doniranju (propisi i dr.)</i> <i>uvažavati lokalne specifičnosti pri doniranju</i> <i>usmjeriti donacije na nadstandard</i>

6.4. Analiza doprinosa volontiranja i doniranja razvoju kombiniranoga modela zdravstvene zaštite

Prethodni dijelovi rasprave stavljali su rezultate istraživanja u kontekst pojedinog istraživačkog pitanja. U ovom dijelu rasprave, daje se osvrt na prikazane i sabrane informacije, hijerarhijski gradeći sumirani uvid u procjenu doprinosa volontiranja i doniranja razvoju kombiniranoga modela zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj, što je bio i cilj istraživanja. Daju se osvrti na glavne prostore doprinosa te osvrt prema dimenzijama u sklopu konceptualnog / teorijskog okvira istraživanja. Na kraju se daje sažeti tabelarni prikaz preporuka unaprjeđenja politika bez čije realizacije je nerealno očekivanje većeg utjecaja volontiranja i doniranja na razvoj kombiniranoga modela zdravstvene zaštite (Tablica 6.4.1.).

Promatrajući povijesni razvoj, kombinirana zdravstvena zaštita odraz je odgovora na izazove koji su se pojavili u određenim povijesnim kontekstima. Odgovori na izazove stavljali su se u okvire koje danas prepoznajemo kao model socijalne politike. Ne uočava se da je postojao obrnuti proces. Postoje samo primjeri i teorijske aplikacije koliko punina takvog modela je dobra i prigodna za pojedini nacionalni sustav. Prema svemu sabranome, djeluje da je tako i s utjecajem volontiranja i doniranja na razvoj kombinirane zdravstvene zaštite. U zdravstvenoj zaštiti javljaju se kao odgovor na izazove u specifičnim kontekstima. To je u skladu i s ranijim istraživanjima socijalne politike u Republici Hrvatskoj gdje je uočeno da su primjerice neprofitne organizacije odgovor za podmirenje socijalne potražnje pri čemu je razvoj tih organizacija spontan. Jedino se u zdravstvenoj zaštiti uočavala sustavnija politika razvoja neprofitnih organizacija (Bežovan, 2003.a; Bežovan, 1998.; Bežovan, 1996.).

Utjecaj volontiranja i doniranja na razvoj kombiniranoga modela zdravstvene zaštite, značajno je promatrati kroz specifični razvojni put financiranja zdravstvene zaštite i pružanja usluga koji se je ranije zahvatio razmatranjem situacijskih konteksta od 90-tih godina prošlog stoljeća, ali i kroz specifični razvojni put prostora koji je omogućio pozicioniranje volontiranja i doniranja na prostoru Republike Hrvatske. Koliko je kroz povijest razvoj kombinirane zdravstvene zaštite omogućavao prostor za različite aktere, toliko se tu volontiranje i doniranje moglo snažnije smjestiti. Istom, ako volontiranje i doniranje samo po sebi nije (bilo) razvijeno, iako postoji prostor za njih, teže ih se pozicionira u zdravstvenu zaštitu. O prostoru pozicioniranja volontiranja i doniranja na nacionalnom nivou, ovisiti će i njihov utjecaj na razvoj kombiniranoga modela zdravstvene zaštite. Što će se na nacionalnom nivou jačati

prepoznavanje njihove vrijednosti i potencijala, više će moći biti prisutni i ugrađeni u sva područja, uključujući i područje zdravstvene zaštite. U tom kontekstu, izdvaja se iz povijesti pomak od izostanka tradicije civilnih inicijativa, nepostojanja poreznih poticaja za donacije, ne postojanja zakona o udrugama i dr. (Bežovan, 2003.b; Bežovan, 2000.; Bežovan, 1995.) do situacije razvijenog regulatornog okvira za volontiranje i doniranje što se prikazalo kroz rezultate i raspravu. Uzimanje u obzir povijesnog razvoja pri promatranju načina odgovora na potrebe i izgradnju institucionalne infrastrukture, veže se uz teoriju socijalnog podrijetla Salamona i Anheiera (1998., Powel, 2020.; Bežovan, 1996.). Teorija se razvila kako bi objasnila obrasce razvoja neprofitnih organizacija među zemljama obzirom da teorije koje su uzeli u obzir pri svom istraživanju nisu dale adekvatan odgovor na varijacije među zemljama u veličini, kompoziciji ili financiranju neprofitnog sektora. Njihova teorija daje fokus na važnost šire socijalne, političke i ekonomske odnose.

Uvažavajući obilježja kombiniranoga modela zdravstvene zaštite te praksu i kapacitete zdravstvenih ustanova za uključivanje volontiranja i prikupljanje donacija, utjecaj volontiranja i doniranja razvoju kombiniranoga modela zdravstvene zaštite uvelike ovisi i o prostoru koji je otvoren za unaprjeđenje pružanja usluga i financiranja zdravstvene zaštite. Što više tog prostora postoji, to će se više pogled usmjeravati prema dostupnim resursima. Potvrdu za to može se tražiti u rezultatima vezanima uz dobrobiti od volontiranja i doniranja koje su se prepoznale kroz istraživanje. Osobita potvrda je i u kriznoj situaciji tijekom epidemije COVID-19 kada se, usprkos ograničenjima, i resurs volontiranja i doniranja vrlo specifično usmjerio. Čak i ako kapaciteti za implementaciju volontiranja i/ili prikupljanje donacija nisu razvijeni u dovoljnoj mjeri, prostor potrebe kreira kretanje prema volontiranju i doniranju kao i razvijanju kapaciteta za njih. Primjer u tome se može vidjeti i kod studije slučaja koje su, uočavajući značaj resursa volontiranja, kroz vrijeme unaprjeđivali svoj sustav koordinacije volontiranja.

U drugu ruku, da se omogući veći utjecaj volontiranja i doniranja na razvoj kombiniranoga modela zdravstvene zaštite, nužno je razinu spremnosti zdravstvenih ustanova za uključivanje volontiranja i prikupljanje donacija na svim područjima spremnosti (*znanje, resursi, klima, vodstvo*) podići na najvišu razinu (devetu razinu prema modelu spremnosti zajednice). To je važno ne samo zbog razvoja kombiniranog modela zdravstvene zaštite već i zbog veće vrijednosti koja se postiže time: doprinosa koje obje pojave daju za dobrobit pojedinca, ustanove i zajednice koja se je vrlo fino kristalizirala kroz rezultate. Tu važnost je nužno kontinuirano isticati kao bi se mobilizirala zajednica (zdravstvene ustanove i zdravstveni sustav) za podizanje spremnosti.

Naime, prema modelu spremnosti zajednice, spremnost zajednice je „stupanj do kojeg je zajednica voljna i pripremljena da poduzme akciju“ vezanu uz neki problem (Oetting i sur., 2014, 4). Ključni trenutak nastanka modela od strane *Tri-Ethnic Center for Prevention Research* pri *Colorado State University* (Oetting i sur., 2001; Edwards i sur., 2000; Donnermeyer i sur., 1997.; Oetting i sur., 1995), bilo je prepoznavanje nužnosti da zajednica bude spremna na promjenu prilikom implementacije programa ukoliko se želi postići njegov uspjeh (Edwards i sur., 2000). U skladu s time, model se temelji na nekoliko pozadinskih premisa: 1) zajednica se nalazi na različitom stupnju spremnosti za nošenje sa specifičnim problemom; 2) stupanj spremnosti može se točno procijeniti; 3) zajednice se mogu kretati kroz seriju stupnjeva za razvoj, implementaciju, provedbu i unaprjeđenje učinkovitih programa i 4) ključno je identificirati stupanj spremnosti jer se intervencije temeljem kojih zajednica prelazi u iduću fazu razlikuju za svaki stupanj spremnosti (Edwards i sur., 2000).

Prema navedenom, procijenjeni stupnjevi spremnosti temelj su za određivanje koraka koji će omogućiti da zdravstvene ustanove prijeđu u narednu, višu razinu spremnosti za implementaciju volontiranja i prikupljanje donacija pa sve do najviše razine. Još važnije, bez promjene razine spremnosti nije realno očekivati veću raširenost volontiranja pri zdravstvenim ustanovama i veću snagu prikupljanja donacija. S time u vezi, implementacija volontiranja u zdravstvene ustanove (odnosno prikupljanje donacija pri zdravstvenim ustanovama) koje nisu spremne za to, vodi do neuspjeha i/ili slabog uspjeha. Prema autorima modela (Oetting i sur., 2014.) preporučljivo je da se plan djelovanja za podizanje razine spremnosti kreira s relevantnim dionicima (kroz manje grupe i/ili radionice). Nadalje, prema autorima, ključno je da se podigne razina spremnosti na svim dimenzijama na najveću razinu, pri čemu je potrebno krenuti od razine koja je najniže procijenjena. Pri tome, aktivnosti za pomak na veću razinu spremnosti trebaju odgovarati procijenjenome stupnju spremnosti. Bilo koje aktivnosti koje su „naprednije“ propasti će jer zdravstvene ustanove nisu spremne za njih.

Nadalje, u kontekstu raznolikosti resursa, sve veća prisutnost volontiranja i doniranja kao resursa pri pojedinoj zdravstvenoj ustanovi, doprinosi većoj raznolikosti resursa u pružanju usluga i financiranju kako na toj mikro razini, tako i na makro razini. Što je veća raznolikost resursa, snažnije je i obilježje različitih resursa i aktera koji su karakteristika kombiniranog modela socijalne politike, odnosno zdravstvene zaštite. No, ta kombinacija resursa volontiranja i doniranja, osim što donosi snagu u pružanju i financiranju zdravstvene zaštite (svakako o razini te snage ostaje prostor rasprave), donosi i prostor zajedničkog odlučivanja. Za proces zajedničkog odlučivanja, postoje preduvjeti koji se vežu primjerice uz stručnost ili točnije,

povjerenje da postoji određena stručnost u akteru koja može obogatiti cjelokupni proces i krajnju odluku. Kroz istraživanje se pokazalo da određene zdravstvene ustanove imaju intenzivnu suradnju s pojedinim akterima (primjerice udrugama), pri čemu su neki od njih i organizatori volonterskih programa koji se provode u zdravstvenim ustanovama i/ili organizatori prikupljanja donacija koje se usmjeravaju zdravstvenoj ustanovi. Postoje i primjeri kreiranja prostora i za zajedničko odlučivanje s osobama uključenima u volontiranje, udrugama s kojima se surađuje i donatorima, šire od same aktivnosti volontiranja i/ili namjene donacija, a koje je zdravstvena ustanova otvorila sama, bez neke regulatorno definirane obaveze. To govori o postojanju elemenata koji imaju svoj značaj za doprinos dobrobiti i koje je mudro (i dalje) planski usmjeravati.

Općenito, za daljnji razvoj kombiniranog modela zdravstvene zaštite, svaki element koji je njegova karakteristika, a koji se prepoznaje da u praksi nije u visokoj frekvenciji s obilježjima kombiniranog modela socijalne politike, može se gledati kao poziv za razmatranje koliko je tu prostor nadogradnje koji bi uz uvažavanje svih karakteristika Republike Hrvatske bio poželjan i moguć. U konačnici, težnja je dobiti sinergiju resursa u odgovorima pri postizanju zajedničkih ciljeva koji se u osnovi svode na dobrobit pojedinca i zajednice.

Promatrano kroz konceptualno / teorijski okvir istraživanja, postoji međudjelovanje između situacije na razini cijelog zdravstvenog sustava i situacija pri zdravstvenim ustanovama. Okviri na razini cijelog sustava, otvaraju ili zatvaraju prostor za kombinaciju resursa, izgradnju ciljeva i oblika vladavine kao i prostoru inovacijskog i investicijskog djelovanja na razini pojedinih zdravstvenih ustanova. Zdravstvene ustanove, razvijajući svoje odgovore u skladu s danim okvirima, kreirati će promjene na razini sustava. Volontiranje i doniranje su pri tome pojave koje djeluju i na pojedinu zdravstvenu ustanovu i na sustav u cjelini.

Rezultati za dimenzije *financiranje*, *pružanje usluga* i *regulaciju*, ukazuju na okvir koji čini kombiniranu zdravstvenu zaštitu, koji omogućava razvoj kombinirane zdravstvene zaštite i koji omogućuje djelovanje volontiranja i doniranja. Naime, svrha analize obilježja financiranja i pružanja usluge, bila je pružanje konteksta i isticanja uloge volontiranja i doniranja u kombiniranom modelu zdravstvene zaštite (na što se to volontiranje i doniranje kao resursi nadovezuju u kombiniranom modelu zdravstvene zaštite). Kada se promatra regulatorni okvir koji postoji na razini Republike Hrvatske i koliko on omogućava da volontiranje i doniranje budu doprinos kombiniranom modelu zdravstvene zaštite, uočava se da postoji struktura koju je moguće dalje njegovati i prema potrebi razvijati i koja je na razini nedovoljno primijenjenog

kapitala. Značajnija ograničenja u regulativi, da volontiranje i doniranje budu doprinos u kombiniranom modelu zdravstvene zaštite, ne uočavaju se. Postoji područje koje može omogućiti veću implementaciju volontiranja i snažniju praksu prikupljanja donacija razvojem kapaciteta i spremnosti zdravstvenih ustanova kod obje pojave.

Promatranjem dimenzije *resursa*, vidljiva je raznovrsnost resursa kao obilježje kombiniranog modela socijalne politike. Volontiranje i doniranje su pri tome prisutni kao praksa zdravstvenih ustanova doprinoseći njihovoj hibridnosti, pri čemu je doniranje raširenija pojava od volontiranja koje je izolirano prisutno. Pojedine ustanove intenzivnije usmjeravaju i razvijaju sinergijski odnos različitih resursa u ovisnosti od klime u samoj ustanovi, raspoloživim ljudskim i financijskim resursima, znanju o pojavi i usmjerenosti menadžmenta prema otvaranju prostora za takvu sinergiju kojom se doprinosi raznovrsnosti financiranja zdravstvene ustanove i raznovrsnosti uključenih strana u pružanje usluga.

Prema Longu, Notarnicoliju i Tasselliju (2015.), pristup koji omogućava uvid u kombinaciju različitih resursa, omogućava donosiocima odluka razumijevanje važnosti svakog od uključenog aktera što se rezultatima nastojalo dodatno prikazati. No, istraživanje je usmjerilo svoj fokus na zdravstvene ustanove tako da su resursi (i potrebe za resursima) koje pojedinac, odnosno obitelj koristi u brizi za bolesnog člana izvan onoga što nudi zdravstveni sustav, ostali nevidljivi. Tu se misli i na neformalnu skrb u obitelji i različite oblike suradnje s akterima iz zajednice, poput udruga što je značajno područje za razmotriti i u kontekstu razvoja neformalne skrbi¹⁰⁰, osobito kod dugotrajne skrbi i kompleksnih pacijenata koji su prepoznati i zakonskom regulativom.

U kontekstu dimenzija *vladavine, ciljeva i korporativnog identiteta*, od značaja je za izdvojiti dostupne mehanizme kroz zakonsku regulativu koji su kroz istraživanje proizašli kao ograničenja za veća obilježja navedenih dimenzija iako to ne mora biti tako. Primjerice, prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grad Zagreb, donose jednogodišnje i trogodišnje planove promicanja zdravlja, prevencije te ranog

¹⁰⁰ Prema Smjernicama za razvoj javnih politika u području neformalne skrbi i pružanja podrške neformalnim njegovateljima (Lončarek, 2023.), neformalna skrb „nije samostalan i izoliran segment, već je uklopljena u postojeće procese pružanja formalne skrbi i isprepletana s njima tako da ih ili omogućuje ili dopunjuje“ (2). Temeljna razlika između formalne i neformalne skrbi jest da je formalna plaćena, a neformalna nije uz niz drugih razlika zbog kojih su ta dva oblika teško uklopiva zajedno. Neformalna skrb prema Smjernicama, odnosi se na „neplaćenu skrb koju osobama ovisnim o tuđoj pomoći pružaju osobe s kojima su u društvenom odnosu poput supružnika, roditelja, djeteta, rođaka, susjeda, prijatelja“ (4). Smjernice razlikuju dvije vrste neformalne skrbi: profesionalna (pružaju je neregulirano angažirani profesionalci) i laička (obitelj, prijatelji, rodbina ili susjedi, volonteri).

otkrivanja bolesti. Također, na svom području osnivaju i Savjet za zdravlje pri čemu je propisano da se u njemu treba osigurati sudjelovanje predstavnika jedinica lokalne samouprave, komora u zdravstvu, strukovnih udruženja, udruga za zaštitu prava pacijenata te sindikata i poslodavaca u zdravstvu. Savjet daje mišljenje na prijedlog plana zdravstvene zaštite za područje na kojem djeluje te predlaže mjere za ostvarivanje dostupnosti i kvalitete zdravstvene zaštite. Upravljanje zdravstvenom ustanovom, uređeno je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti gdje je predviđeno upravljanje od strane upravnog vijeća uz propisane članove (broj i predstavnici). Članovi su predstavnici osnivača, radnika ustanove te kod pojedinih, Republike Hrvatske ili jedinice područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba. U području stručnog rada propisano je i djelovanje stručnog vijeća i stručnog kolegija pri čemu se sastav stručnog kolegija uređuje statutom zdravstvene ustanove.

Dodatno se izdvaja da je promicanje međusektorske suradnje jedno od prioriteta područja politike istaknute Nacionalnim planom razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine, bez specifičnije razrade. Međusektorska suradnja kao jedan od prioriteta, vidljiva je i u ranijim strateškim dokumentima Ministarstva zdravstva (MZ, 2012.) no, specifični protokoli za takvu suradnju nisu prepoznati uz iznimku za prirodne i tehnološke katastrofe te nasilje (Džakula i sur., 2021.). Dio intersektorske suradnje vidljiv je kod Zakona o zdravstvenoj zaštiti osobito u području palijativne skrbi. Kod palijativne skrbi, pri ulozi doma zdravlja istaknuta je suradnja s drugim dionicima koje uključuju i ustanove socijalne skrbi, udruge, posudionice pomagala i volontere. Kod djelovanja Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo navodi se kod poslova koje obavlja i suradnja s udrugama. U drugu ruku, promjene u zdravstvenoj zaštiti iz 2023. godine stavljaju fokus na koordinaciji i integraciji skrbi, između ostalog i konceptima kompleksnog pacijenta, modelom 24/7/365¹⁰¹ i bolnicom bez zidova¹⁰² (OECD, 2023.b)

Dimenzija *vladavine* promatrala se kroz indikator davanje glasa. Pojam vladavine (engl. *governance*) koristi se kako bi se uvažilo sve složenijeg odnose države i društva u kojem su mrežni akteri istaknuti u kreiranju politike i primarna uloga države je koordinacija politike, a ne njena izravna kontrola (Banche i Flinders, 2010.). Radi se o procesu kroz koji se javne i privatne akcije i resursi koordiniraju i daje im se zajednički smjer i značenje (Peters i Pierr, 2004.). U širem smislu vladavina opisuje povećanu ulogu nevladinih aktera u kreiranju i provedbi javnih politika (Banche i Flinders, 2010.). Pristup promatranja kombiniranog modela

¹⁰¹ Odnosi se na pružanje sveobuhvatne, neprekidne i koordinirane skrbi u različitim okruženjima i putem različitih pružatelja skrbi.

¹⁰² Pružanje skrbi, upravljanje i praćenje, bez obzira na okruženje.

socijalne politike kroz regulaciju i vladavinu koristili su istraživači koji su promatrali da se kombinirani model socijalne politike definira mrežama u kojima se skrb pruža kombinacijom financiranja, produkcijom, pružanjem i regulacijom, dodatno zahvaćajući u analizi i institucionalni okvir i vladavinu (Longo, Notarnicola i Tasselli, 2015.). Primjerice, Theobald (2012.) kao jedan od autora, koristio je u analizi koncept višerazinske vladavine (engl. *multi-level governance*). Ona se kao takva u odnosu na tradicionalne odnose razlikuje u tri aspekta: usredotočenosti na sustave upravljanja uključivanjem transnacionalnih, nacionalnih i subnacionalnih institucija i aktera; isticanjem pregovora i mreža (ne npr. pravnog okvira kao definirajuće obilježje institucionalnog okvira) te nedonošenjem predrasuda o logičnom poretku između različite institucionalnih razina (Peters i Pierr, 2004.). Višerazinska vladavina se tijekom ovog istraživanja nije razmatrala iako su vidljive njene naznake.

U kontekstu vladavine važno je izdvojiti da bi ona u okviru zdravstva trebala nositi obilježje zahvaćanja menadžmenta cjelokupnog sustava, njegovu kontrolu i koordinaciju. Tu će biti sabrani procesi, mehanizmi i akcije svih donosioca odluka različitih područja (od politike, znanosti, poslovnog sektora do civilnog društva) koji su usmjereni na zaštitu i promociju zdravlja populacije. Također, ti procesi, mehanizmi i akcije, uključuju strateško vodstvo, snažne međusektorske pristupe promicanju zdravlja, razvoj nacionalnog zdravstvenog kapaciteta i provedbu zajednički razvijenih političkih ciljeva (Hurrelmann, Shaikh i Wendt, 2019., 19).

Vladavina kao takva, obilježena integracijom, participacijom i suradnjom, nužna je za postizanje uspjeha u učinkovitosti zdravstvenog sustava. Iako nužna ona je i zahtjevan proces što može biti razlog da se rezultati istraživanja nisu drugačije iščitali. Nadalje, indikator zahvaćen ovim istraživanjem odnosi se na jedan aspekt vladavine tako da ne može kao takav zahvatiti puninu koncepta vladavine. U tom kontekstu, usmjeravanje zasebne pažnje istraživanju vladavine u zdravstvu, donijelo bi dodanu vrijednost bilo da ono zahvati fokus na aktere i institucije unutar zdravstvenog sustava (zahvaćajući njihovu pozicioniranost u odnosu na razvoj zdravstvenog sustava) ili fokus na institucionalni dizajn zdravstvenog sustava (zahvaćajući dostupnost zdravstvenih usluga)

Vidljivije je da svi sabrani elementi tijekom istraživanja upućuju na prostor za snažnije uključenje aktera gdje se otvara i prostor za njihovom dodatnom analizom i analizom njihovih međusobnih interakcija kako bi se dodatno zahvatilo obilježja kombiniranog modela socijalne politike. Kroz dobivene rezultate i njihovim postavljanjem u širi kontekst, dobiven je uvid da se opće strategije i smjernice donose na nacionalnoj razini (no nije zahvaćen detaljniji uvid u

uključivanje različitih aktera u proces njihova kreiranja), propisano je planiranje na lokalnoj razini i načini upravljanja na razini zdravstvene ustanove. Financiranje i regulacija odvija se na nacionalnoj razini i definirana je odgovornost oko organizacije skrbi na različitim razinama skrbi. Postoji suradnja s različitim dionicima iz zajednice pri pružanju usluga, uključujući i udruge, no slušanje glasa građana koji će doći kroz njih je manje izražen i bez formalnijih struktura.

Rezultati vezani uz dimenzije *inovativnosti* i *ulaganje* usmjeravaju da je i volontiranje i doniranje prisutno kao ulaganje i kao doprinos ulaganju jednako kao inovacija, dio inovacije i/ili njen poticatelj. Prepoznavanje socijalnih elemenata u tome od strane sudionika istraživanja, ključnog obilježja socijalnih inovacija i socijalnog ulaganja nije značajnije uočeno bez obzira na njihovu prisutnost. U kontekstu konceptualnog / teorijskog okvira istraživanja socijalno ulaganje i socijalne inovacije su putevi kojima volontiranje i doniranje biva (i može biti) dodatno ugrađeno u resurse zdravstvene ustanove doprinoseći dodatno razvoju kombinirane zdravstvene zaštite, tj. kombiniranoga modela socijalne politike.

Kroz raniju raspravu se i za volontiranje i doniranje nastojalo ukazati koji su to koraci koji ih preko različitih dobiti koje unose u zdravstvenu zaštitu čine dijelom puta u razvoju ljudskog kapitala ujedno pomirujući u široj perspektivi socijalne i ekonomske ciljeve. Tu se obje pojave nadovezuju na perspektivu socijalnog ulaganja koja prema Hemerjick (2012.) ukazuje da politički i ekonomski razvoj nisu povezani izravnim funkcionalnim načinom. Dokument *Investing in Health* (EC, 2013.a; Šimunković i Babić, 2022.) tu je vezu dodatno istaknuo nadovezujući se na pakete dokumenta socijalnog ulaganja. Volontiranje i doniranje tu dobivaju dodatnu vrijednost svojim doprinosom. Dyakova i sur. (2017.), razmatrajući dokaze društvenog povrata ulaganja u politike javnog zdravstva za potporu provedbi Programa održivog razvoja (Agenda 2030), između ostalog zaključuju da ono osigurava učinkovita, uključiva i inovativna rješenja uz poticanje društvene, ekonomske i ekološke održivosti. Također zaključuju da je ulaganje u zdravlje i dobit element koji pokreće i omogućava održivi razvoj i obrnuto, te osnažuje ljude da postignu najviši mogući standard zdravlja za sve. Autori su tu zahvatili doprinos širim društvenim učenicima. Volontiranje i doniranje kao resurs koji će omogućavati pogodnije planiranje i provedbu tih istih politika, dio je doprinosa. Tako i kod koncepta socijalnog ulaganja.

Promatranje socijalnog ulaganja kao puta kojim volontiranje i doniranje dodatno bivaju prisutni u zdravstvenoj zaštiti doprinoseći razvoju kombinirane zdravstvene zaštite, tj. kombiniranoga

modela socijalne politike, mali je pomak od uobičajenog promatranja na socijalno ulaganje primarno kroz njegovu relevantnost u odgovoru na nove izazove ulaganjem u ljudski kapital. Tu se u dvostruku ambiciju socijalnog ulaganja, kako ju Morel, Palier i Palem (2012.) opisuju kroz težnju za modernizacijom socijalne države kako bi se bolje odgovorilo na nove socijalne rizike i strukturu potreba suvremenih društava, da se osigura financijska i politička održivost socijalne države te da se održi drugačije gospodarstvo – gospodarstvo temeljeno na znanju, „gura“ dodatna vrijednost mehanizama vezanih uz socijalno ulaganje za kombiniranu socijalnu politiku mobilizacijom različitih aktera i resursa. Fokus kod socijalnog ulaganja je na politikama koje ulaganjem u ljudski kapital pripremaju pojedinca, obitelj i društvo da se prilagode različitim promjenama (karijerni putevi, radni uvjeti, socijalni rizici, starenje populacije, klimatske promjene) što je drugačiji smjer od reagiranja na štetu kada se dese krize (Babić i Baturina, 2016.; Morel, Palier i Palem, 2012.). Pozicioniranje volontiranja i doniranja u taj koncept može biti izazovno nastojanje no ako se uzmu u obzir putevi kroz koje se socijalno ulaganje može odvijati, ta veza je mnogo jasnija.

Primjerice, Hemerjick (2012.) prepoznaje tri puta kroz koje se socijalno ulaganje može odvijati pri čemu je unaprjeđenje ljudskog kapitala jedan od uz odnos obitelji prema gospodarstvu (odnos između produktivnog i reproduktivnog područja obitelji) i radne odnose. Prema autoru, podizanje kvalitete i kvantitete ljudskog kapitala imperativ je za održavanje velikodušne i učinkovite socijalne države. Jasno prepoznavanje utjecaja kognitivnih i nekognitivnih sposobnosti usmjerava pozornost i na što ranije ulaganje kod djece. U ovom istraživanju, kod naznake puteva kroz koje se socijalno ulaganje može odvijati i gdje se pronalazi mjesto za volontiranje i doniranje pri zdravstvenim ustanovama, polazi se od ideje da se kod svakog od puta koji navodi Hemerjick otvaraju prostori gdje i doniranje i volontiranje pri zdravstvenim ustanovama imaju svoje mjesto. Tu za razumijevanje mogu poslužiti i putevi prepoznati od Dyakova i sur. (2017.) kroz koje ulaganje u zdravlje i dobrobit pokreću i omogućuju održivi razvoj (izravno kroz zdravstvo i neizravno kroz druge sektore): putem zdravlja i sigurnosti kroz produženje očekivanog životnog vijeka, poboljšanje kvalitete života, izgradnju ljudskog kapitala, povećanje radne produktivnosti i aktivnosti te osiguranje nacionalne i globalne zdravstvene sigurnosti; kroz socijalni i pravedni put smanjenjem razlika u zdravlju, izgradnjom društvenog kapitala i dr., te gospodarski i inovacijski put kroz izravne, neizravne i inducirane gospodarske učinke, kao što su izgradnja vještina, uspostavljanje infrastrukture, nabava zaliha i tehnologija, inducirani porezi i doprinosi za socijalno osiguranje, stvaranje konkurentnih

medicinskih usluga i tehnološke inovacije (osobito one koje se vode u zdravstvenom sektoru) koje pokreću održivu proizvodnju i potrošnju i dr.

Socijalne inovacije, iako nazivane i kvazikonceptom zbog različitog razumijevanja njihova značenja, bivaju socijalne kroz svoje ciljeve i sredstva kojim podmiruju socijalne potrebe i stvaraju nove društvene odnose. Kao takve nose u sebi ugrađene procese mobilizacije i participacije koji rezultiraju poboljšanjem u domenama socijalnih odnosa, vladavine i većeg kolektivnog osnaživanja (Bežovan, Matančević i Baturina, 2016.). Socijalne inovacije prepoznaju se kao proces, traganje za odgovorom, rezultat i novi odgovor, no uvijek se radi o odgovoru na neki od aktualnih socijalnih problema (Wit i sur., 2017.; Bežovan i sur., 2016; Edwards-Schachter i Wallace, 2017; Evers i Brandsen, 2016.; Morais-Da-Silva i sur., 2016; Taylor, 1970.). Učestale značajke zajedničke mnogim definicijama obuhvaćaju sadržaj/produkt, proces, osnaživanje i socijalni aspekt. Nadalje, socijalne inovacije učestalo izvire iz lokalnih konteksta šireći se i na nacionalnu razinu iako se ona nužno i ne događa (Bežovan i sur., 2016; Correia i sur., 2016; Morais-Da-Silva i sur., 2016; Sinclair i Baglioni, 2014.). Jedna od pretpostavljenih dimenzija socijalnih inovacija prema Correia i sur. (2016.) jest usmjeravanje prema zadovoljavanju specifičnih društvenih potreba doživljenih lokalno u situaciji karakteriziranoj kao neprihvatljivoj ili nezadovoljavajućoj. S lokalnog nivoa rješenja se šire na višu razinu (Correia i sur., 2016; Morais-Da-Silva i sur., 2016; Sinclair i Baglioni, 2014.), a lokalnosti se može pripisati i brže širenje inovacije (Young, 2011.).

Kroz sakupljene rezultate i informacije za volontiranje i doniranje, može se uočiti njihov odgovor na socijalne potrebe i utjecaj na kreiranje novih društvenih odnosa, kao socijalna inovacija ili njihovi poticatelji. Volontiranje i doniranje nisu nova pojava, no njihovo stavljanje u specifične nove pozicije za odgovor na potrebe, čini ih socijalnim inovacijama. Dodatno, lokalnost koja se pripisuje socijalnim inovacijama bila je vidljiva kroz specifične lokalne odgovore uz primjenu volontiranja i doniranja.

Inovacije su inače široko i duboko postavljene kao dio puta razvoja Republike Hrvatske uključujući i zdravstvo. U viziji Republike Hrvatske za 2030. godine ističe se u Nacionalnoj razvojnoj strategiji Republike Hrvatske (NN, 13/21) „konkurenta, inovativna i sigurna zemlja“. Nacionalnom planom razvoja zdravstva od 2021. do 2027. godine (NN, 147/21) postizanje unaprjeđenja sustava zdravstvene zaštite predviđeno je uspostavom sveobuhvatnog nacionalnog sustava kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite koje se temelji i na razvoju inovativnih postupaka i proizvoda. Inovacije su prepoznate i kao pokretači troškova u

zdravstvenoj zaštiti ali i kao doprinos financijskoj učinkovitosti te time i održivosti u sklopu ulaganja u zdravstvo (EC, 2013.a). To su sve prostori rasta i socijalnih inovacija uz uključivanje doniranja i volontiranja. Koliko će obje pojave u tome biti više prisutne toliko će biti i njihov veći utjecaj na razvoj kombinirane zdravstvene zaštite¹⁰³.

U svezi s time, u kontekstu kombiniranog modela socijalne politike i kombinirane zdravstvene zaštite, socijalne inovacije i socijalno ulaganje se pridodaju ne samo kao alati koji su se aktualizirali u podjednako vrijeme kada i kombinacije resursa volontiranja i doniranja u odgovoru na izazove, već i kao pojave koje dodatno „guraju“ volontiranje i doniranje u prostor kombinacije resursa (i drugih dimenzija) doprinoseći razvoju kombiniranog modela zdravstvene zaštite. Što su više prisutni kao ulaganje i kao inovacije, njihov dio i/ili njihov poticatelj, to su više prisutni i u razvoju kombiniranog modela zdravstvene zaštite.

¹⁰³ Ovdje se može izdvojiti za dodatno pozicioniranje volontiranja i doniranja razmatranje od Eversa i Everta (2021.) koji su-proizvodnju promatraju kao socijalnu inovaciju.

Tablica 6.4.1. Skraćeni prikaz glavnih preporuka za unaprjeđenje politika

Istraživačko pitanje	Preporuke za unaprjeđenje politika u području volontiranja i doniranja kreirane triangulacijom prikupljenih podataka
Prvo / Drugo i treće	<p>Kreirati fleksibilniju zakonsku regulaciju volontiranja koja će smanjiti procedure i administraciju</p> <p>U narednim regulatornim i strateškim dokumentima iz područja zdravstva (planovi/strategije, zakoni) pozicionirati volontiranje i doniranje kao prepoznati značajni resurs</p> <p>Razviti za zdravstvene ustanove mehanizme pojačane vidljivosti dostupnih informacija o volontiranju uključujući i informacije o postojećoj infrastrukturi volontiranja</p> <p>Izgraditi poticajnije porezno okruženje za doniranje</p> <p>Povećati iznos porezno priznatog rashoda za donacije (darovanja) na više od trenutnih 2% prihoda ostvarenog prethodnog ili tekućeg poreznog razdoblja</p> <p>Ojačati transparentnost u prikupljanju donacija</p> <p>Skratiti / ubrzati procedure vezane uz prikupljanje donacija</p>
Drugo i treće	<p>Trenutnu praksu praćenja raširenosti volontiranja na nacionalnoj razini uskladiti s inicijativama na međunarodnoj razini</p> <p>Ugraditi praćenje raširenosti prakse volontiranja pri zdravstvenim ustanovama kroz postojeće sustave praćenja rada u zdravstvenim ustanovama</p> <p>Jasno odrediti ulogu volontiranja na razini zdravstvenog sustava i razini pojedine zdravstvene ustanove (uvažavajući njene specifičnosti)</p> <p>Poticati pri uključivanju volontiranja pri zdravstvenim ustanovama suradnju zdravstvenih ustanova s različitim dionicima iz zajednice (škole, visokoobrazovne institucije, udruge i dr.)</p> <p>Poticati razvoj društveno korisnog učenja / učenja ulaganjem u zajednicu pri obrazovnim ustanovama (škole, fakulteti i dr.) usmjerenima na edukaciju budućih zdravstvenih radnika</p> <p>Unaprijediti praksu zdravstvenih ustanova u skladu sa standardima kvalitete volonterskih programa postavljenima na nacionalnoj razini Republike Hrvatske</p> <p>Povećati broj istraživanja doprinosa volontiranja pri zdravstvenim ustanovama kroz socijalnu i ekonomsku vrijednost</p> <p>Povećati razinu spremnosti zdravstvenih ustanova za uključivanje volontiranja na najveću razinu na svim promatranim dimenzijama (<i>resursi, vodstvo, znanje, klima</i>) počevši od podizanja spremnosti u području resursa:</p>

	<p>Cilj 1: Osigurati različite resurse i sredstva za uključivanje volontiranja uz očekivanje da će implementacija volontiranja u zdravstvene ustanove (zdravstveni sustav) biti kontinuirana.</p> <p>Cilj 2: Izgraditi vodstvo / menadžment zdravstvenih ustanova gdje će dio njega neprestano pregledavati rezultate evaluacije implementacije volontiranja u zdravstvenu ustanovu i u skladu s tim mijenjati financijsku i drugu potporu.</p> <p>Cilj 3: Unaprijediti znanje djelatnika zdravstvenih ustanova tako da većina ima detaljno znanje o volontiranju, poznaje detaljne informacije o njegovim specifičnostima, implementaciji i utjecaju.</p> <p>Cilj 4: Izgraditi klimu u zdravstvenim ustanovama pri kojoj većina djelatnika zdravstvenih ustanova u velikoj mjeri podržava nastojanja implementacije volontiranja i ujedno zahtijevaju odgovorno odnošenje prema tome.</p> <p>U okviru podizanja razine spremnosti za volontiranje pri zdravstvenim ustanovama, posebnu pažnju usmjeriti na:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) izgradnju ljudskog resursa unutar zdravstvenih ustanova koji će biti u punom vremenu dostupan za koordinaciju volontiranja (bez obzira radi li se o situaciji da je zdravstvena ustanova organizator volontiranja ili je organizator druga organizacija iz zajednice); 2) izgradnju učinkovitog sustava informacija o volontiranju za zdravstvene ustanove; 3) razvijanje svijesti o važnosti i mogućnosti volontiranja u zdravstvenim ustanovama i općenito. <p>Razviti mehanizam redovitog praćenja pojave doniranja na razini Republike Hrvatske u svim područjima uključujući i područje zdravstva</p> <p>Poticati pri prikupljanju donacija pri zdravstvenim ustanovama suradnju zdravstvenih ustanova s različitim akterima iz zajednice (pojedinci, udruge, zaklade, tvrtke i dr.)</p> <p>Kreirati standarde dobre prakse menadžmenta prikupljanja donacija na nacionalnoj razini Republike Hrvatske uz razmatranje zasebnih standarda za zdravstvene ustanove</p> <p>Kreirati na razini Republike Hrvatske dugoročni edukacijski program u temi menadžmenta prikupljanja donacija koji će biti u skladu sa standardima dobre prakse menadžmenta prikupljanja donacija</p> <p>Djelatnicima unutar zdravstvene ustanove dodijeliti različite zadatke koji doprinose transparentnosti, otvorenosti i prilagodi u prikupljanju donacija</p> <p>Povećati broj istraživanja doprinosa prikupljanja donacija pri zdravstvenim ustanovama misiji zdravstvenih ustanova i unaprjeđenju usluga zdravstvene zaštite</p> <p>Kroz studije slučaja istražiti dobru praksu doniranja pojedinih donatora i učiniti ju time vidljivijom kako dio promocije resursa doniranja</p>
--	---

	<p>Povećati razinu spremnosti zdravstvenih ustanova za prikupljanje donacija na najveću razinu na svim promatranim dimenzijama (<i>resursi, vodstvo, znanje, klima</i>) počevši od podizanja spremnosti u području resursa:</p> <p>Cilj 1: Osigurati različite resurse i sredstva za prikupljanje donacija pri zdravstvenim ustanovama uz očekivanje da će ono biti kontinuirano.</p> <p>Cilj 2: Izgraditi vodstvo / menadžment zdravstvenih ustanova gdje će dio njega neprestano pregledavati rezultate evaluacije prikupljanja donacija pri zdravstvenoj ustanovi i u skladu s time mijenjati financijsku i drugu potporu prikupljanju donacija.</p> <p>Cilj 3: Unaprijediti znanje djelatnika zdravstvenih ustanova tako da većina ima detaljno znanje o prikupljanju donacija, poznaje detaljne informacije o njegovim specifičnostima, implementaciji i utjecaju.</p> <p>Cilj 4: Izgraditi klimu u zdravstvenim ustanovama pri kojoj većina djelatnika zdravstvenih ustanova u velikoj mjeri podržava prikupljanje donacija pri zdravstvenoj ustanovi i ujedno zahtijevaju odgovorno odnošenje prema tome.</p> <p>U okviru podizanja razine spremnosti za prikupljanje donacija pri zdravstvenim ustanovama, posebnu pažnju usmjeriti na:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) održavanje i unaprjeđenje transparentnosti procesa prikupljanja donacija; 2) izgradnja učinkovitog planskog sustava prikupljanja donacija koji će uključiti i resurse za adekvatno sudjelovanje u obuhvatnim i dugotrajnim procesima prikupljanja donacija 3) razvijanje svijesti i važnosti o mogućnostima doniranja pri zdravstvenim ustanovama i općenito.
--	--

Napomena: Preporuke kao takve predstavljaju ishod triangulacije prikupljenih podataka.

7. METODOLOŠKA OGRANIČENJA I SMJERNICE ZA ISTRAŽIVANJA

Istraživanja koja kombiniraju različite metode istraživanja, vrijedna su zbog bogatstva informacija koje daju u procesu triangulacije, no vrlo često su vremenski izazovna, pri čemu se trajanje prikupljanja podataka može odraziti na **zahvaćanje različitih kontekstualnih utjecaja u različitim točkama vremena** donoseći time greške pri zaključivanju. Pri ovom istraživanju postojali su rizici da se proces prikupljanja odulji (više od šest mjeseca) obzirom na dostupnost osoba za istraživanje i potrebu pojedinih zdravstvenih ustanova da istraživanje prođe i njihovo etičko povjerenstvo.

U kontekstu **dostupnosti** osoba, izdvaja se da se zdravstvene ustanove nose s manjkom ljudskih resursa što je bilo vidljivo i kod stupanja u kontakt sa zdravstvenim ustanovama za ispunjavanje ankete i za uključivanje u istraživanje kroz intervjue. Pojedine zdravstvene ustanove izravno su komunicirale teškoću pronalaska vremena za ispunu ankete i/ili za sudjelovanje u intervjuima. Negdje je to rezultiralo neuključivanjem u istraživanje, negdje većim brojem kontakata s ustanovom (npr. za jednu ustanovu se bilježi 28 kontakata), a negdje time da je od početnog kontakta za dogovor do njegove realizacije prošlo više tjedana.

Izazov vezan uz dostupnost osoba u kontekstu trajanja prikupljanja podataka, nadvladao se u istraživanju planiranjem obuhvata većeg broja zdravstvenih ustanova, većeg broja osoba te ponovljenim kontaktima prema zdravstvenim ustanovama (npr. za provedbu ankete sa zdravstvenim ustanovama ostvaren je i telefonski kontakt). Također, postojala je otvorenost za prilagodbu vremena susreta (različito doba dana od jutra do večeri) i načina susreta (susret licem u lice, online susret preko aplikacije Zoom, telefonski razgovor, susret preko WhatsApp aplikacije). Nadalje, planirana provedba fokusnih, preusmjerila se na provedbu intervjua koji su omogućili mnogo veću prilagodbu prema dostupnosti sudionika. Takva prilagodba preporučuje se i u narednim istraživanjima pri zdravstvenim ustanovama. Unatoč prilagodbi, broj sudionika kod pojedinih skupina bio je manji od očekivanoga.

Spomenuta potreba od strane pojedinih zdravstvenih ustanova da istraživanje dodatno prođe etičko povjerenstvo njihove ustanove, pokazala je da kod nekih ustanova taj proces traje nekoliko tjedana, a negdje par mjeseci. Preporučuje se razmotriti koji su načini da se kod budućih istraživanja, istraživačima čije je istraživanje prošlo etičko povjerenstvo pri

akademskoj ustanovi, omogućí jednak pristup daljnjoj provedbi pri svim zdravstvenim ustanovama ili skрати proces postupka traženja dodatne preporuke etičkog povjerenstva.

Nadalje, dostupnost osoba za istraživanje značajna je i zbog **teorijskog zasićenja**. Uz ranije navedeno, izdvaja se da su kod odabira sudionika intervjua i zdravstvenih ustanova za obuhvat studijama slučaja, postavljeni konkretni jasni kriteriji koji su ograničili broj dostupnih sudionika. Omogućeno je da se u homogenoj skupini (npr. ustanove koje uključuju volontere) omogućí heterogenost, odnosno došlo je do namjernog traženja raznolikosti i varijacija. Time su odabrani sudionici koji su donijeli u istraživanje „bogate“ informacije čiji zaključci omogućuju širu primjenjivost. S druge strane, time se je ujedno ograničio broj sudionika za obuhvat istraživanjem, što znači i manji broj sudionika ako se ne odazovu svi odabrani i izazov postizanja teorijskog zasićenja.

Povrh toga, dio sudionika za skupinu donatora odabran je prema kriteriju učestalosti doniranja i veličini iznosa. Time su se izdvojili donatori koji raspolažu s velikim iznosima financijskih sredstava, što je učestalo značilo i veće trgovačko društvo koje je bilo manje dostupno za sudjelovanje u istraživanju. Kod kriterija uključivanja donatora prema sudjelovanju u organizaciji odobrenih humanitarnih akcija u promatranom razdoblju i prema dostupnim izvještajima odobrenih akcija, u samom prvom koraku bio je ograničen odabir jer nije pronađen javno dostupni popis za šire razdoblje (npr. pronađena je Evidencija izdanih rješenja kojima se odobrava provođenje humanitarne akcije u periodu od 1.5.2021. do 17.9.2021. i od 1.1.2022. do 12.10.2022.). U tom kontekstu od značaja je kod narednih istraživanja razmotriti i kriterije uključivanja koji će omogućíti širi obuhvat sudionika. Dodatno se ovdje izdvaja, da bi postavljanje i praćenje kriterija za odabir ustanova kod pojave doniranja, koje bi bilo usklađeno s kriterijima kod pojave volontiranja (npr. izdvajanje u broj volontera – izdvajanje u iznosu prikupljenih donacija), značilo analizu financijskih izvještaja svih zdravstvenih ustanova kako bi se uočilo koja ustanova prema udjelu donacija u ukupnim financijama se razlikuje od ostalih što može biti predmet narednih istraživanja.

Specifičnost zdravstvenih ustanova, nije omogućíla **zahvaćanje skupine korisnika (pacijenata)** istraživanjem koji su imali susret s volontiranjem i doniranjem u zdravstvenim ustanovama. Volontiranje je slabo rašireno pri zdravstvenim ustanovama, dio korisnika je vrlo fluktuirajući unutar ustanove da bi ih se moglo zahvatiti, a dio je u nemogućnosti dati povratnu informaciju zbog svog zdravstvenog stanja. U istraživanju se pokušalo doći do korisnika i preko udruga koje okupljaju osobe sa specifičnim zdravstvenim teškoćama koje su pod

pretpostavkom i većeg doticaja i uvida u promatrane pojave, no nije bilo odaziva na poslano pozive usprkos visokoj susretljivosti udruga s kojima se stupilo u kontakt. Kako je upravo skupina korisnika (pacijenata) izuzetno značajna za dobivanje uvida kako oni vide doprinos volontiranja i doniranja zdravstvenoj zaštiti, odnosno što oni dobivaju kroz obje pojave, preporučuje se provedba istraživanja koja će se usmjeriti na širu populaciju građana i istražiti njihove stavove i procjene doprinosa volontiranja i doniranja zdravstvenoj zaštiti.

Više promatranih pojava (volontiranje i doniranje) kroz provedbu ankete i intervju, pokazao se kao izazov koji se može odraziti na prikupljene informacije, a time i na dobivene rezultate i zaključke. Promatranje dvije pojave kod ankete, tražilo je osobu koja je upoznata s obje pojave ili suradnju dvije osobe. Zabilježeno je 103 djelomičnih ispuna ankete unutar čega 66 pristupa samo početnom dijelu ankete te ponovljeni pristupi nekih od ustanova koje su ispunile anketu (npr. za osam ustanova je vidljiv ponovljen pristup – ukupno 12 ponovljenih pristupa). Moguće da je upravo zahvat dvije pojave utjecao na djelomičnu ispunu ili pristup samo prvoj stranici ankete (stranicama s osnovnim pozivom za uključivanje u ispunu ankete). U istraživanju se to nastojalo nadvladati dodatnim telefonskim kontaktom prema zdravstvenim ustanovama za ispunu ankete i stavljanjem na raspolaganje za dodatnu podršku. Nadalje, kod provedbe intervju, neke su osobe bile sudionici za obje promatrane pojave. To je značilo da su im se postavljala u istom intervjuu jednaka pitanja samo za različite pojave što je potencijalno moglo omesti sudionike i zamoriti ih da dadu jednaku pozornost u odgovorima za obje pojave i time pruže manje informacija za analizu i razmatranje pojava. Kroz intervju to se nastojalo nadvladati dodatnim pitanjima. Kod narednih istraživanja preporučuje se obuhvat manjeg broja pojava ili zahvat intervjuima različitih osoba iz iste ustanove za različite pojave.

Kod intervju, osobito onih provedenih za studije slučaja, dio podataka odnosio se na **ranije točke vremena** (npr. kako je bilo tada, kako je sada; što se događalo na početku; što se događalo kroz vrijeme) što uz sebe može vezati teškoću otkrivanja vremenskog čimbenika u povijesnim procesima. Nadalje, što je veći period prisjećanja, to su veći rizici nepouzdanosti retrospektivnih podataka. Prednost kod ovog istraživanja je što su događaji i okolnosti potencijalno rijetki i istaknuti, pa se pretpostavlja da su time dobiveni podaci adekvatno postavljeni u vremenu i da su izneseni svi relevantni podaci. Dodatna pozitivna okolnost je i što je obuhvaćeno više osoba iz iste ustanove. Sami interval prisjećanja informacija, kod studija nije bilo moguće ograničiti jer bi se time onemogućilo dobivanje traženih informacija. Za nadvladavanje rizika vezanih uz prisjećanje informacija, ovdje se je računalo na obuhvat nekoliko osoba unutar ustanove što se preporučuje i dalje zadržati, osobito ako se unaprijed ne

može odrediti interval prisjećanja informacija (tj. kada je bio početak uključivanja volontiranja i/ili prikupljanja donacija).

Online anketa konstruirana je za potrebe ovog istraživanja. Dio ankete koji se odnosi na kapacitete ustanova za volontiranje, kreiran je prema standardima kvalitete volonterskih programa koji prate korake menadžmenta volontiranja. Dio koji se odnosi na kapacitete ustanova za prikupljanje donacija, kreiran je prema SMART modelu planiranja intervencija. Svaki taj dio korišten je u ovom istraživanju po prvi puta. Kod ovog istraživanja obuhvaćen je uzorak koji ne omogućava značajniji uvid u provjeru čestica u smjeru validacije. Preporučuje se provjera navedenih dijelova ankete kao zasebnih instrumenata, kroz buduća istraživanja s većim uzorkom. Slična je preporuka i za dio ankete koji se odnosi na procjenu spremnosti zdravstvenih ustanova.

Dio ankete o spremnosti, kreiran je prema modelu spremnosti zajednice pri čemu je skala procjene prilagođena za potrebe ovog istraživanja. U ovom istraživanju dimenzija znanja koja se odnosi na znanje zdravstvene ustanove o postojećim nastojanjima uključivanja resursa volontiranja i doniranja, nije uključena u anketu. Usprkos tome, zahvaljujući intervjuima s tri skupine sudionika i studijama slučaja i ta je dimenzija zahvaćena jednim dijelom. Na određeni način, uključena dimenzija znanja koja se odnosi na znanje o pojavama, objedinila je obje dimenzije: znanje o pojavama i znanje o aktivnostima vezanim uz pojave. U kontekstu volontiranja i doniranja, to bi značilo znanje o volontiranju i doniranju pri zdravstvenim ustanovama i znanje o aktivnostima koje se poduzimaju da volontiranje i doniranje bude kao praksa više prisutno pri zdravstvenim ustanovama. U narednim istraživanjima preporučuje se zadržati obje dimenzije (odvojeno) kako bi se preciznije zahvatilo koje znanje više ili manje nedostaje.

Nadalje, kreirani konceptualno / teorijski okvir istraživanja kombinirao je dimenzije na makro i mikro razini. Tijekom provedbe pokazala se pogodnost za pojedinu da se promatra na višoj razini od postavljene. Dimenzija *resursa* unutar konceptualnog / teorijskog okvira istraživanja postavljena je na mikro razinu. Praktično je tijekom istraživanja kroz razmatranje dimenzije *financiranja* i *pružanja usluga* ona zahvaćena već na makro razini. Dalje se je na mikro razini nastavilo promatrati detaljnije što je to što se još dešava u zdravstvenim ustanovama u domeni resursa, stavljajući fokus na volontiranje i doniranje. U tom kontekstu, preporučuje se u daljnjim istraživanjima dimenziju *resursa* nastaviti promatrati na makro razini uz zahvat specifičnosti na mikro razini. Logično, situacije na makro razini odražavaju se na situacije na mikro razini.

Dimenzija *resursa* koja zahvaća kombinaciju različitih resursa u financiranju i pružanju usluga, dimenzija je koja pripada na makro razinu unutar koje se mogu promatrati kombinacije resursa za financiranje i pružanje usluga na mikro razinama.

Uz navedeno izdvaja se kao ograničenje eksplorativna priroda istraživanja. Naime, volontiranje i doniranje je slabo istraženo područje u Republici Hrvatskoj, a osobito volontiranje i doniranje u području zdravstva. Time nije postojalo informativno polazište koje bi omogućilo veću usporedbu prikupljenih rezultata i snažniji širi prostor zaključivanja. Takvo ograničenje nastojalo se kroz istraživanje nadvladati triangulacijom prikupljenih podataka. U budućnosti ono se može (i treba) nadvladati nastavkom istraživanja o zahvaćenim pojavama.

8. ZNANSTVENI I PRAKTIČNI DOPRINOS ISTRAŽIVANJA

Na području Republike Hrvatske nije do sada provedeno istraživanje u zdravstvenim ustanovama koje bi se usmjerilo na utvrđivanje prakse i kapaciteta zdravstvenih ustanova u implementaciji volontiranja i prikupljanju donacija. Jednako tako, do sada nije provedena ni analiza kombinirane zdravstvene zaštite. Provedena su istraživanja kombiniranog modela socijalne politike koja su djelomično obuhvatila i zdravstveni sustav. Usmjeravanjem fokusa na to tko financira zdravstvenu zaštitu, tko pruža usluge zdravstvene zaštite, kako se to mijenjalo kroz vrijeme i kako se volontiranje i doniranje naslanjaju na to, omogućen je uvid u zdravstvene ustanove kao hibridne organizacije. Ujedno se time omogućio razvoj teorijske konceptualizacije volontiranja i doniranja unutar kombiniranog modela zdravstvene zaštite. Nadalje, konstruirani konceptualno / teorijski okvir ovim je istraživanjem po prvi puta testiran.

Izdvaja se u okviru **teorijsko-spoznajnog doprinosa**:

- Utvrđeno je stanje volontiranja i prikupljanja donacija pri zdravstvenim ustanovama Republike Hrvatske i time proširen korpus spoznaja u tom području.
- Omogućeno je bolje razumijevanje procesa financiranja i pružanja zdravstvenih usluga u okviru kombiniranog modela socijalne politike.
- Omogućeno je bolje razumijevanje utjecaja volontiranja i doniranja na razvoj kombiniranog modela zdravstvene zaštite.
- Doprinijelo se razumijevanju zdravstvenih ustanova kao hibridnih organizacija u zajednici.
- Doprinijelo se teorijskoj konceptualizaciji resursa volontiranja i doniranja u okviru kombiniranog modela socijalne politike.
- Po prvi puta testiran predloženi konceptualno / teorijski model.

Prikupljene informacije otvaraju područja koja pokazuju jake i slabe strane implementacije volontiranja i prikupljanja donacija pri zdravstvenim ustanovama. Time se kreirala i podloga za konkretne intervencije. Kako do sada nije provedeno istraživanje stanja implementacije volontiranja i prikupljanja donacija pri zdravstvenim ustanovama, očekuje se da će postavljena metodologija poslužiti i u narednim godinama kako bi se pratilo pomake kroz vrijeme. Očekuje se i da će dobiveni uvidi u stanje volontiranja i doniranja, omogućiti njihovo bolje pozicioniranje kao partnera u pružanju usluga zdravstvene zaštite, slijedom toga što su za sada

informacije o ulozi volontiranja i doniranja u pružanju zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj bile oskudne. Ujedno, prikupljene informaciju mogu djelovati kao platforma za daljnju raspravu kako usmjeravati resurse volontiranja i doniranja.

Izdvađa se u okviru **primijenjenog doprinosa**:

- Kreiranje prijedloga unaprjeđenja politika vezanih uz volontiranje i doniranje uključujući kreiranje strateških dokumenata, zakonskih i podzakonskih akata relevantnih za temu volontiranja i doniranja.
- Kreiranje modela za utvrđivanje i praćenje stanja volontiranja i doniranja pri zdravstvenim ustanovama.
- Jačanje pozicije resursa volontiranja i doniranja kao partnera u pružanju zdravstvenih usluga, njihovom unaprjeđenju i inoviranju.
- Poticanje stručne rasprave u temi implementacije volontiranja i doniranja u financiranju i pružanju usluga pri zdravstvenim ustanovama.

Osim što je provedeno istraživanje prvo istraživanje u temi volontiranja i prikupljanja donacija pri zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj, ono je i prvo istraživanje koje volontiranje i doniranje stavlja u odnos s pružanjem usluga i financiranjem zdravstvene zaštite. Postupak dolaska do sudionika bio je izazovan put, osobito zbog opterećenja različitim obavezama, no ukazao je i na voljnost i susretljivost, kako zdravstvenih ustanova tako i značajnih dionika zdravstvenog sustava, da otvore vrata i daju doprinos kroz informacije koliko mogu. Ovakav uvid omogućava daljnju gradnju infrastrukture za volontiranje i doniranje, tako da se omogući da i volontiranje i doniranje budu kvalitetno ulaganje u ostvarivanju ciljeva (vizije i misije) pojedine zdravstvene ustanove. Osim toga, i kvalitetno ulaganje u djelovanje zdravstvenog sustava u cjelini.

Nadalje, istraživanje je kroz kvalitativni dio, uključivanjem različitih skupina sudionika omogućilo davanje glasa svakoj od njih. Svaka je skupina slobodno mogla izreći svoje viđenje situacije u pogledu volontiranja i doniranja i postati zagovornik drugačijeg puta. Svaka je od skupina time dobila priliku „suodlučivanja“ kako će daljnji razvoj volontiranja i doniranja izgledati unutar zdravstvenih ustanova. Dodatno, sudionici su na specifičan način progovorili o određenim problematikama unutar zdravstvenog sustava, koje traže sustavno rješavanje (npr. u području financiranja, ljudskih resursa i dr.). Ukazivanje na takve problematike ne iznenađuje jer su one dio reformi u nekoliko valova. No, smatra se novinom da se te problematike nađu u

kontekstu volontiranja i doniranja. Volontiranje i doniranje ne može samostalno riješiti tako zahtjevne segmente, no ono što je značajni doprinos istraživanja, postignut je dokaz da ono može biti doprinos u učinkovitijem pružanju zdravstvenih usluga.

Posebna vrijednost nalazi se u studijama slučaja koje omogućavaju da se dobra praksa prepozna i istakne kao orijentir u djelovanju. Koliko god je poznat ključni doprinos vodstva / menadžmenta, kako na razini ustanova tako i na širim razinama (lokalno, regionalno i nacionalno), čini se da se zanemaruje njihova snaga u izgradnji svakodnevnice. Studije slučaja, naglašavaju ulogu vodstva / menadžmenta, kako menadžmenta zdravstvene ustanove koje podržava volontiranje i doniranje, tako i menadžmenta volontiranja i doniranja.

9. ZAKLJUČAK

Put koji društvo vodi prema uključivanju različitih resursa, put je potreba koji ovisi o pojedinom povijesnom trenutku i obilježjima pojedine zemlje. Republika Hrvatska, kao i mnoge druge zemlje, našla se s pritiscima unutar nje i izvan nje, da pruži odgovore u pružanju usluga koji će biti učinkoviti i održivi, između ostalog i u području zdravstvene zaštite. U tom izazovu okrenula se kombiniranju resursa u financiranju i pružanju zdravstvene zaštite ostavljajući otvoreni prostor slabe istraženosti pojave volontiranja i doniranja u toj kombinaciji resursa. U skladu s time postavljen je cilj istraživanja da se procijeni doprinos volontiranja i doniranja kombiniranom modelu zdravstvene zaštite.

Kao odgovor na prvo istraživačko pitanje: „Kakva su obilježja kombiniranoga (engl. *welfare mix*) modela zdravstvene zaštite, u aspektima financiranja i pluralizma pružatelja usluga?“, pokazalo se da od 90-tih godina prošlog stoljeća kontinuirano postoji kombinacija različitih izvora financiranja i kombinacija različitih pružatelja usluga koja je obilježena težnjom postizanja održivosti i učinkovitosti zdravstvenog sustava. Zdravstvena zaštita većinski je financirana izravnim financiranjem putem doprinosa na plaću, manjim udjelom sredstvima iz državnog i županijskog proračuna tj. poreza, donacijama, sredstvima iz dobrovoljnih osiguranja te izravnim plaćanjem pacijenata kroz doplatu, administrativne pristojbe te ostala plaćanja. Pružanje usluga dolazi od strane zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava, privatnih zdravstvenih radnika i drugih pravnih i fizičkih osoba. Hibridnost obilježja vidljiva je kroz naknade od strane korisnika, prihode temeljem ugovora, natjecanje za sredstva s drugim pružateljima usluga, redoviti financijski doprinos države, regulaciju na lokalnoj i nacionalnoj razini te volontiranje i doniranje kao dio socijalnog kapitala. Povrh toga, regulatorni okvir omogućuje doprinos volontiranja i doniranja kombinaciji resursa pri pružanju zdravstvene zaštite no oba su slabo vidljiva kroz strateške dokumente u području zdravstva. U svrhu boljeg pozicioniranja oba resursa u području zdravstva, preporučuje se u narednim regulatornim i strateškim dokumentima iz područja zdravstva pozicionirati volontiranje i doniranje kao prepoznati značajni resurs. Nadalje, potrebno je izgraditi fleksibilniju regulaciju volontiranja i doniranja koja će smanjiti i/ili ubrzati vezane procedure i administraciju, povećanjem porezno priznatog izdatka za donacije graditi poticajno porezno okruženje te jačati transparentnost u prikupljanju donacija.

Drugo istraživačko pitanje: „Kakav je kapacitet i praksa zdravstvenih ustanova u implementaciji volontiranja?“, pokazao je da je volontiranje rijetka, izolirano prisutna praksa pri zdravstvenim ustanovama. Promatrano kroz standarde kvalitete volonterskih programa postavljenih na nacionalnoj razini Republike Hrvatske, praksa i kapaciteti zdravstvenih ustanova za uključivanje volontiranja prema njima su niski. Pri tome, područje s najslabijom praksom i kapacitetima je koordinacija volontiranja i planiranje volonterskog programa, a područje koje je najviše u skladu sa standardima je područje praćenja i ispunjavanja pravne regulative za volontiranje. Promatrano kroz model spremnosti zajednice, zdravstvene ustanove su na niskoj razini spremnosti za uključivanje volontiranja u svim promatranim dimenzijama spremnosti (znanje, vodstvo, klima, resursi). Nalaze se ukupno na trećoj od devet razina spremnosti pri čemu je najniža razina spremnosti u području resursa.

Kao obilježje prakse volontiranja u zdravstvenim ustanovama, izdvaja se da je uključivanje volontiranja ulaganje u dobrobit pacijenta, dobrobit zdravstvene ustanove i dobrobit zajednice. Volontiranje doprinosi unaprjeđenju skrbi, učinkovitijem djelovanju zdravstvenih ustanova, rasterećenju djelatnika te drugačijem pozicioniranju ustanove u javnosti. Nadalje, volontiranje donosi inovativne ideje i javlja se kako pokretač ili kao sama socijalna inovacija. Usprkos tome volontiranje se gotovo ne uključuje i ne povezuje s ciljevima zdravstvene ustanove, a akteri iz tog područja se vrlo izolirano uključuju u prostor zajedničkog promišljanja i odlučivanja. Aktivnosti volontera su vrlo raznolike, prilagođavaju se potrebama i mogućnostima zdravstvenih ustanova uz ograničenost strahovima i dilemama oko uključivanja u određene segmente skrbi, osobito ondje gdje dolazi do izravnog kontakta s pacijentima. Istom, skupina djece se izdvojila kao korisnička skupina za koju postoji izraženiji interes pri volontiranju. K tomu, postoje naznake različitih snaga pojedinih lokalnih zajednica za volontiranje pri čemu su očekivano zajednice sa snažnijim socijalnim kapitalom u tome uspješnije.

Osim toga, u praksi zdravstvenih ustanova, upravljanje procesom uključivanja volontiranja nosi obilježje izostanka sustavnog strateškog planiranja. Zdravstvene ustanove unutar sebe pokazuju početne otpore za uključivanje volontiranja koje s iskustvom nestaje i oblikuje se u naklonost i podržavanje pri čemu je znanje o volontiranju pri zdravstvenim ustanovama slabo. Istom, u široj zajednici postoji nedovoljno vrednovanje i prepoznavanje značaja volontiranja pri zdravstvenim ustanovama (i općenito). Kao ključno za uspješno uključivanje volontiranja pri zdravstvenoj ustanovi izdvojila se snažna podrška od strane vodstva (menadžmenta) ustanove; strukturirani i aktivni pristup koordinaciji volontera; razvoj volonterskog programa kroz

vrijeme sukladno potrebama pacijenata i zdravstvene ustanove; suradnja s različitim akterima te prepoznavanje dobrobiti volontiranja za pacijente i njihove obitelji. Dodatno, epidemija bolesti COVID-19 ukazala je na posebni potencijal volontiranja tijekom kriznih situacija kroz promjenu dinamike u uključivanju volontiranja (neke zdravstvene ustanove su prestale s uključivanjem volontiranja, a neke započele) te uključivanje specifičnih skupina osoba u volontiranje uz razvoj dodatnih volonterskih pozicija.

Za osnaživanje kapaciteta i prakse zdravstvenih ustanova u uključivanju volontiranja, nužno je i prioritetno podizanje razine spremnosti zdravstvenih ustanova za uključivanje volontiranja na najvišu razinu u svim dimenzijama spremnosti (resursi, znanje, vodstvo, klima). U sklopu toga, potrebno je unaprjeđivati praksu i kapacitete zdravstvenih ustanova za volontiranje tako da prate standarde kvalitete volonterskih programa. Prioritetna područja su izgradnja ljudskog resursa unutar zdravstvenih ustanova koji će biti u punom vremenu dostupan za koordinaciju volontiranja; izgradnja učinkovitog sustava informacija o volontiranju za zdravstvene ustanove te razvijanje svijesti o važnosti i mogućnosti volontiranja u zdravstvenim ustanovama.

Treće istraživačko pitanje: „Kakav je kapacitet i praksa zdravstvenih ustanova u prikupljanju donacija?“, pokazao je da je prikupljanje donacija raširena praksa pri zdravstvenim ustanovama iako s malim udjelom u ukupnom proračunu ustanova. Povrh toga, prikupljanje donacija od individualnih fizičkih donatora rjeđe je prisutno u odnosu na ostale skupine donatora i prisutno je nisko prepoznavanje zaklada koje djeluje sa svrhom doprinosa zdravstvenim ustanovama. Praksa i kapaciteti za prikupljanje donacija promatrani prema koracima SMART modela su srednjih vrijednosti. Promatrano kroz model spremnosti zajednice, zdravstvene ustanove su na niskoj razini spremnosti za prikupljanje donacija u svim promatranim dimenzijama spremnosti (znanje, vodstvo, klima, resursi). Nalaze se ukupno na četvrtoj od devet razina spremnosti pri čemu je najniža razina spremnosti u području resursa.

U praksi zdravstvenih ustanova, prikupljene donacije su ulaganje u dostupnije zdravstvene usluge, bolje uvijete skrbi, učinkovitiju zdravstvenu ustanovu i učinkovitiji zdravstveni sustav. Ujedno su donacije pomoć u provedbi inovativne ideje ili je nekada sama inovacija donirana. Prikupljene donacije su raznolike kao i načini prikupljanja donacija iako se ne uočava maksimizacija potencijala svi oblika donacija i načina njihova prikupljanja. Pri tome, dio prikupljanja donacija odvija se od strane donatora čime oni bivaju posrednici između zdravstvenih ustanova i davatelja donacije otkrivajući izvrsne primjere dobre prakse njegovanja filantropskog potencijala i suradnje. Osim toga, skupina djece prepoznaje se kao skupina prema

kojoj postoji posebni senzibilitet javnosti pri prikupljanju donacija i izdvajaju se lokalne specifičnosti koje potencijalno potvrđuju da su manje razvijenije regije koje su u većoj potrebi, manje u stanju privući donacije. Istom, donacije otkrivaju različite potrebe zdravstvenih ustanova: od osnovnih do nad standarda u pružanju usluga.

Povrh navedenoga, upravljanje procesom prikupljanja donacija pri zdravstvenim ustanovama nosi obilježje izostanka sustavnog strateškog planiranja pri čemu je u prisutnoj pozitivnijoj klimi prema prikupljanju donacija važna otvorenost prema donatoru i transparentnost. S druge strane, šira zajednica nedovoljno vrednuje i prepoznaje značaj prikupljanja donacija pri zdravstvenim ustanovama (i općenito). Nadalje, epidemija bolesti COVID-19 pokazala je dodatno kroz prilagodbu doniranja i porast donacija, usprkos pasivnom pristupu zdravstvenih ustanova u njihovom prikupljanju, na filantropski potencijal zajednice koji ostaje zanemaren.

Kako bi se omogućilo da praksa prikupljanja donacija ima značajniji udio u ukupnom proračunu, nužno je podizanje razine spremnosti zdravstvenih ustanova za prikupljanje donacija na najvišu razinu u svim dimenzijama spremnosti (resursi, znanje, vodstvo, klima). Ujedno se preporučuje kreiranje standarda za prikupljanje donacija (slično kao što postoje standardi kvalitete za volonterski program) koji će biti i temelj za organizaciju formalne edukacije u temi prikupljanja donacija. Uz navedeno, važno je održavanje i unaprjeđenje transparentnosti procesa prikupljanja donacija; izgradnja učinkovitog planskog sustava prikupljanja donacija koji će uključiti i resurse za adekvatno sudjelovanje u obuhvatnim i dugotrajnim procesima prikupljanja donacija te razvijanje svijesti i važnosti o mogućnostima doniranja pri zdravstvenim ustanovama i općenito.

Prema svim sabranim informacijama, volontiranje i doniranje su sa svojim pozadinskim vrijednostima koje ih pokreću, duboko utkani u zajednice na razini Europe (i šire). Te vrijednosti, poput solidarnosti, zaslužuju posebnu pažnju i pogodan kontekst za razvoj koji će biti omogućen kroz adekvatne politike. U tom smislu, iako je i volontiranje i doniranje uočeno kao značajni odgovor na izazove u društvu poput potražnje za resursima u pružanju socijalnih usluga, njihov značajni(ji) odgovor je u izgradnji povjerenja u zajednici, razvoju i transformaciji zajednice i solidarnom djelovanju. Da se sačuva i ta perspektiva, ekonomski i socijalni doprinos obje pojave treba sagledavati paralelno. Kao ključni segment ovdje se izdvaja suradnja i partnerski odnos različitih dionika i sektora u rješavanju izazova u društvu kao mudar put uspjeha, osobito ako se uvažavaju karakteristike pojedinih aktera kroz otvoreni participativni dijalog. Jedino uz takav dijalog, karakteristike pojedinog aktera i sektora mogu biti udruženi

kao snaga i pokretački resurs. U tom dijalogu, istraživačka zajednica ima veliki zadatak, da oslanjajući se na postojeće teorije i gradeći nove, dade snažnu podlogu donosiocima odluka u procesu kreiranja politika za daljnji razvoj volontiranja i doniranja i kombinirane socijalne politike.

Drugim riječima, rezultati o praksi implementacije volontiranja i prikupljanja donacija pri zdravstvenim ustanovama Republike Hrvatske govore da oni kao resursi ostaju nedovoljno prepoznati usprkos njihovim doprinosima za zdravstvo kroz međunarodnu i nacionalnu povijest. Mogućnost veće primjene prakse volontiranja i doniranja u zdravstvenim ustanovama, područje je za (ponovno) snažnije otkrivanje sukladno dokazima. U okviru toga, nužno je usmjeriti veću pozornost istraživanjima volontiranja i prikupljanja donacija pri zdravstvenim ustanovama, osobito evaluacijskim koji će pratiti postizanje ishoda i učinaka na pacijente, zdravstvenu ustanovu i širu zajednicu. Važno je i razviti mehanizme za redovito praćenje raširenosti obje pojave ne samo u području zdravstva već općenito. U svezi s time, ovo istraživanje je kroz svoje eksplorativno obilježje, ušlo u neistraženo područje bivajući time ograničeno s polaznim informacijama i informacijama za usporedbu, no donoseći podlogu za nužna daljnja istraživanja. Evaluacijska istraživanja te istraživanja ekonomskog i socijalnog doprinosa, samo su dio istraživačkog smjera na koji se mogu nadovezati studije slučaja dobre prakse (kao što je dano i kroz istraživanje) ne samo kako bi se produbilo znanje već i kako bi se dobroj praksi dala veća vidljivost i vrijednost prema kojoj bi se i drugi povelili.

Nadalje, obje pojave prisutne su kod zdravstvenih ustanova (i) kao odgovor na nedostatak resursa u zdravstvenom sustavu. I volontiranje i doniranje time bivaju u kombiniranom modelu zdravstvene zaštite, kod ustanova koje ih uključuju, dio odgovora na neke od ključnih izazova s kojima se nosi zdravstveni sustav Republike Hrvatske. Istom, i volontiranje i doniranje su u svom doprinosu i dodatne više vrijednosti koje su odraz čovječnosti i povezanosti zajednice, a ne samo ulaganje u ispunjenje misije zdravstvene ustanove i zdravstvenog sustava u cjelini. Zagovaranjem tog dodatnog doprinosa na razini sustava kroz strateški pogled prema budućnost, otvorio bi vrata specifičnoj modernizaciji u centraliziranom velikom sustavu koji je izazovan za ugradnju promjena uključujući i otvorenost za volontiranje i prikupljanje donacija.

Sve upućuje na zaključak da na makro razini, kroz promatrane dimenzije (*financiranje, pružanje usluga, regulacija*), postoji dobar okvir za utjecaj volontiranja i doniranja na razvoj kombinirane zdravstvene zaštite. Izuzetan je izazov, što je za kvalitetno usmjeravanje oba resursa (volontiranja i doniranja), potreban kapacitet u vremenu, ljudstvu i znanju, a koji

nedostaje. Bez takvog uloga, teško je očekivati da će doći do većih utjecaja obje pojave na razvoj kombiniranoga modela zdravstvene zaštite. Promatrano kroz dimenzije izdvojene u okviru konceptualno / teorijskog okvira istraživanja na mikro razini tj. razini pojedine zdravstvene ustanove (*resursi, ciljevi, upravljanje, korporativni identitet, inovativnost, ulaganje*), ne uočava se da volontiranje i doniranje postoje kao široko rasprostranjene pojave dajući međusobnu snažnu sinergiju s ostalim resursima. Time je doprinos volontiranja i doniranja razvoju kombiniranog modela zdravstvene zaštite uskog područja no, još jednom, ne zbog svog potencijala već zbog niske razine kapaciteta i spremnosti zdravstvenih ustanova za uspješno usmjeravanje resursa obje pojave. Prostorom gdje će volontiranje i doniranje biti prisutni u većoj mjeri, otvarati će se i prostor za njihov veći utjecaj na razvoj kombiniranog modela zdravstvene zaštite.

10. POPIS LITERATURE

1. Abrahamson, P. (2000). Proizvodnja modela socijalne politike, *Revija za socijalnu politiku*, 7(1), 79-93. <https://doi.org/10.3935/rsp.v7i1.272>
2. Adena, M. i Harke, J. (2022). COVID-19 and pro-sociality: How do donors respond to local pandemic severity, increased salience, and media coverage? *Experimental Economics*, 25:824–844.
3. Alfirević, N., Pavičić, J., Dorotić, M. i Križman Pavlović, D. (2015). Local civil-minde–dness on the Internet as the basis for fundraising segmentation: sociological, marketing determinants and the empirical analysis. *Economic research - Ekonomska istraživanja*, 28 (1), 45-62. <https://doi.org/10.1080/1331677X.2015.1022389>
4. Ali, A., Staunton, M., Quinn, A., Treacy, G., Kennelly, P., Hill, A. i Sreenan, S. (2021). Exploring medical students' perceptions of the challenges and benefits of volunteering in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *BMJ Open*, 11:e055001.
5. Anheier, H. K. (2018). Philanthropic Foundations in Cross-National Perspective: A Comparative Approach. *American Behavioral Scientist*, 62(12), 1591-1602. <https://doi.org/10.1177/0002764218773453>
6. Anheier, H.K., Simmons, A. i Winder, D. (2007). *Innovation in Strategic Philanthropy*. Local and Global Perspectives. New York: Springer.
7. Antić, M. i Gligorić, M. (2021). *Hrvatska daruje 2020 – Godišnje izvješće o stanju filantropije*. Beograd: Catalyst Balkans.
8. Ascoli, U. i Ranci, C. (2002). The Context of New Social Policies in Europe. U: Ascoli, U., Ranci, C. (ur.) *Dilemmas of the Welfare Mix. The New Structure of Welfare in an Era of Privatization*. New York: Springer Science Business Media, 1 – 22.
9. Atalić, B., Lučin Atalić, A. i Toth, J. (2021). Medicine in osijek during the reign of franz joseph i – the establishment of the huttlner-kolhoffer-monsperger foundation hospital, *Acta medico-historica Adriatica*, 19(2), 291-303.
10. Babić, Z. i Baturina, D. (2016). Koncept socijalnih investicija kao odgovor na krizu i nove izazove socijalne države: trendovi i perspektive. *Rev. Soc. polit.*, 23, 1, 39 – 60.
11. Baczynska, A. M., Lim, S. E., Sayer, A. A., i Roberts, H. C. (2016). The use of volunteers to help older medical patients mobilise in hospital: a systematic review. *J Clin Nurs.*, 25(21-22), 3102–3112. doi:10.1111/jocn.13317

12. Balog, A. (2010). Poslovanje knjižnica u zadaći prikupljanja sredstava. *Vjesnik bibliotekara Hrvatske*, 53 (3/4), 42-65.
13. Banche, I. i Flinders, M. (2004). Multi-level governance and British Politics. U: Banche, I. i Flinders, M. (Ur.), *Multi-level Governance*. New York: Oxford University Press, 93-106.
14. Bang Carlsen, H., Toubøl, J. i Brincker, B. (2021). On solidarity and volunteering during the COVID-19 crisis in Denmark: the impact of social networks and social media groups on the distribution of support, *European Societies*, 23:sup1, S122-S140, DOI:10.1080/14616696.2020.1818270
15. Bannett, R. (2018). *Nonprofit Marketing and Fundraising: A Research Overview*. London i New York: Routledge.
16. Bassani, G., Marinelli, N. i Vismara, S. (2019). Crowdfunding in healthcare. *Journal of Technology Transfer*, 40(4), 1290–1310.
17. Bavčević, D., Najev Čačija, Lj. i Pepur, M. (2022). Uloga vanjskih faktora motivacije, socio-demografskih obilježja i kanala komunikacije u učestalosti doniranja neprofitnim organizacijama. *Poslovna izvrsnost*, 16 (1), 31-31. <https://doi.org/10.22598/pi-be/2022.16.1.9>
18. Bejaković, P. (2021). The Social System in Croatia: Challenges and Reforms. U: Žakowska, M., Domalewska, D. (Ur.) *Social Security in the Balkans – Volume 1. An Overview of Social Policy in Croatia, Albania, Bosnia and Hercegovina, Greece, Romania and Bulgaria*. Boston: Brill, 11 – 46.
19. Bekkers, R. i Wiepking, P. (2011). A literature review of empirical studies of philanthropy: Eight mechanisms that drive charitable giving. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 40(5), 924–973.
20. Beldad, A., Snip, B. i Hoof, J.V. (2014). Generosity the second time around: determinants of individuals' repeat donation intention, *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 43(1), 144-163.
21. Bestvina Bukvić, I., Mihaljević, M. i Tokić, I. (2016). Financing the theatre: the role of management and the state. *Ekonomski vjesnik*, 29 (1), 125-142.
22. Betzler, D. i Gmür, M. (2016), Does Fundraising Professionalization Pay? The impact of organizational fundraising capability on a charity's net revenue from private donations. *Nonprofit Management and Leadership*, 27: 27-42. <https://doi.org/10.1002/nml.21212>

23. Bežovan, G. (1995). Neprofitne organizacije i kombinirani model socijalne politike, *Revija za socijalnu politiku*, 2(3), 195-214. <https://doi.org/10.3935/rsp.v2i3.515>.
24. Bežovan, G. (1996). Privatni neprofitni sektor i razvoj socijalnog režima u Hrvatskoj, *Revija za socijalnu politiku*, 3(3), 299-311. <https://doi.org/10.3935/rsp.v3i3.463>.
25. Bežovan, G. (1998). Konceptualni okvir kombinirane socijalne politike i komparativna analiza mogućnosti za njezin razvoj u Hrvatskoj, *Društvena istraživanja*, 7(3 (35)), str. 399-428.
26. Bežovan, G. (2000). Mogućnosti razvoja modela kombinirane socijalne politike u Hrvatskoj, *Revija za socijalnu politiku*, 7(3), 289-298. <https://doi.org/10.3935/rsp.v7i3.242>
27. Bežovan, G. (2002). Struktura civilnog društva u Hrvatskoj. *Politička misao*, 39:63–87.
28. Bežovan, G. (2003a). Preispitivanje okvira i potencijala za razvoj kombinirane socijalne politike u Hrvatskoj, *Socijalna ekologija*, 12(1-2), 87-108.
29. Bežovan, G. (2003b). Zakonski, kulturni i politički okvir za razvoj civilnog društva u Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku*, 10:23–44.
30. Bežovan, G. (2009). Civilno društvo i javna uprava kao dionici razvoja kombinirane socijalne politike u Hrvatskoj. *Hrvatska i komparativna javna uprava*, 9. (2.), 355-390.
31. Bežovan, G. (2019). Civilno društvo kao dionik razvoja kombinirane socijalne politike. U: Bežovan, G., Puljiz, V., Šućur, Z., Babić, Z., Dobrotić, I., Matković, T. i Zrinščak, S. *Sdanoocijalna politika Hrvatske*, 2. izdanje, Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, 503 – 566.
32. Bežovan, G. i Matančević, J. (2011.a). *Civikus Civil Society Index in Croatia*. Building identity: Future challenges for CSOa as professionals in the societal arena. Dostupno na: www.ceraneo.hr/wp-content/uploads/2015/07/Croatia-CSI-Analytical-Country-Report1.pdf. (Pristup: 7.9.2018.).
33. Bežovan, G. i Matančević, J. (2017). *Civilno društvo i pozitivne promjene*. Zagreb: Školska knjiga.
34. Bežovan, G., Dimić Vugec, M. i Radović, D. (2015). Izgledi razvoja kombinirane socijalne politike u Crnoj Gori, *Revija za socijalnu politiku*, 22(1), 33-57. <https://doi.org/10.3935/rsp.v22i1.1169>.

35. Bežovan, G., Matančević, J. (2011.b). *Civicus Civil Society Index in Croatia. Policy Action Brief*. Dostupno na: <http://www.ceraneo.hr/wp-content/uploads/2015/07/Croatia-CSI-Policy-Action-Brief1.pdf> (Pristup: 7.9.2018.).
36. Bežovan, G., Matančević, J. i Baturina, D. (2016). Socijalne inovacije kao doprinos jačanju socijalne kohezije i ublažavanju socijalne krize u europskim urbanim socijalnim programima. *Rev. Za Soc. Polit.*, 23, 1, 61-80. <https://doi.org/10.3935/rsp.v23i1.1279>
37. Bežovan, G., Zrinščak, S. i Vugec, M. (2005). *Civilno društvo u proces–u stjecanja povjerenja u Hrvatskoj i izgradnje partnerstva s državom i drugim dionicima*. Zagreb: CERANEO - Centar za razvoj neprofitnih organizacija; CIVICUS - Svjetski savez za građansku participaciju.
38. Bhati, A. i Hansen, R.K. (2020). A literature review of experimental studies in fundraising. *Journal of Behavioral Public Administration*, 3(1). <https://doi.org/10.30636/jbpa.31.129>
39. Bjažić Klarin, T. (2012). Međunarodni natječaj za Zakladnu bolnicu i klinike Medicinskog fakulteta u Zagrebu 1930.-1931. godine, *Prostor*, 20(2(44)), 282-295.
40. Blatter, J. i Haverland, M. (2012). *Designin Case Studies. Explanatory Approaches in Small-N Research*. New York: Pelgrave & Macmillan.
41. Bloom, D., Canning, D. i Sevilla, J. (2004). The effect of health on economic growth: A production function approach. *World Development*, 32(1), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2003.07.002>
42. Bloom, DE., Kuhn, M. i Prettner, K. (2020). The contribution of female health to economic development. *Economic journal*, 130, 630, 1650 – 1677.
43. Bobinac, A. (2017). *Access to health services in Croatia: Policy report*. Zagreb: Centre for Peace Studies. Dostupno na: https://www.cms.hr/system/publication/pdf/95/Pristup_zdravstvenim_uslugama_u_Hrvatskoj_.pdf. (Pristup: 10.12.2020.).
44. Bodiroga-Vukobrat, N. (2013). *Country Document 2013: pensions, health care and long-term care – Croatia, November 2013*. Analytical support on social protection reforms and their socio-economic impact. Luxembourg: GVG on behalf of the European Commission DG Employment, Social Affairs and Inclusion. Dostupno na: <http://pensionreform.eu/files/67452/2013.%20ASISP.%20Country%20Document%202013%20-%20Croatia.pdf>. (Pristup: 20.12.2020.).

45. Boje, T.P., Hermansen, J. i Juul Møberg, R. (2019) Gender and Volunteering in Scandinavia. U: Skov Henriksen, L., Strømsnes, K., Svedberg, L. (Ur.) *Civic Engagement in Scandinavia: Volunteering, Informal Help and Giving in Denmark, Norway and Sweden*. Springer International Publishing, 153 – 174.
46. Borovečki, A. i Vuletić, S. (2007). Razvoj javnog zdravstva u Hrvatskoj tijekom 20. stoljeća. U: Vitale, B. i sur. (Ur) *Četiri stoljeća javnog zdravstva i biomedicine u – Hrvatskoj. Mala zemlja duge medicinske tradicije u globalnoj medicini 21. stoljeća*. Zagreb: Medicinska naklada i Aka 354 eformi n 354 ndemija medicinskih znanosti Hrvatske, 79 - 94.
47. Bošnjak, V. i Stubbs, P. (2007). Towards a New Welfare Mix for the Most Vulnerable: Reforming Social Services in Bosnia-Herzegovina, Croatia and Serbia. U: Lovrinčević, Ž., Mervar, A., Nestić, D., Starc, N., Stubbs, P., Sumpor, M. i Švaljek, S. (Ur.). *Social Policy and Regional Development: proceedings*. Zagreb: EIZG i Friedrich Ebert Stiftung, 139-165.
48. Bowen, G.A. (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method, *Qualitative Research Journal*, 9, 2, 27-40, <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>
49. Braun, V. i Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
50. Braun, V. i Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research – a practical guide for beginners*. Los Angeles: SAGE.
51. Breeze M. (2016). Uk philanthropy's gretest achievements. U: Breeze, B. (Ur.) *The Phila.,nthropy Reader*. New York: Routledge, 17 – 23.
52. Brisky, L. (2010). Zdravstvena problematika grada Splita na stranicama prvih novina pisanih hrvatskim jezilkom "Il Regio Dalmata- Kraglski Dalmatin" (1806.-1810.): u povodu 200. obljetnice prestanka njihova objavljivanja, *Acta medico-historica Adriatica*, 8(2), 275-286.
53. Brudney, J.L. (2016). Designing and managing volunteer programs. U: Renz., D.O. i Herman, R.D. (Ur.). *The Jossey-Bass Handbook of Nonprofit Leadership and Management*. Fourth edition. New Jersey: John Wiley & Sons. 688 – 734.
54. Brudney, J.L., Lee, Y., Bin Afif, S.A., Ockenden, N. i Sillah, A. (2016). Formal Volunteer Service Programs. U: Smith, D.H., Stebbins, R.A. i Grotz, J. (Ur.) *The Palgrave Handbook of Volunteering, Civic Participation, and Nonprofit Associations*. New York: Palgrave, 330 – 347.

55. CAF - Charities Aid Foundation (2019). *CAF World Giving Indeks*. 10th edition. Ten years of giving trends. Dostupno na: https://www.cafonline.org/docs/default-source/about-us-publications/caf_wgi_10th_edition_report_2712a_web_101019.pdf (Pristup: 26.8.2021.).
56. CAF - Charities Aid Foundation (2021a). *CAF World Giving Indeks 2021: A global pandemic special report*. Dostupno na: https://www.cafonline.org/docs/default-source/about-us-research/cafworldgivingindex2021_report_web2_100621.pdf (Pristup: 8.1.2024.).
57. CAF - Charities Aid Foundation (2022). *World Giving Indeks*. A global view of giving trends. Dostupno na: https://www.cafonline.org/docs/default-source/about-us-research/caf_world_giving_index_2022_210922-final.pdf (Pristup: 8.1.2024.).
58. CAF – Charities Aid Fundation. (2021b). *The global response to the COVID-19 pandemic. Lessons in compassion, innovation and resilience*. Dostupno na: <https://www.cafamerica.org/wp-content/uploads/Updated-CAF-Global-Alliance-COVID-19-Report-1.pdf> (Pristup: 11.12.2023.).
59. Candy, B., France, R., Low, J. i Sampson, L. (2015). Does involving volunteers in the provision of palliative care make a difference to patient and family wellbeing? A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Int J Nurs Stud*. 52(3):756-68. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.08.007.
60. Catalyst Balkans (2023). *Giving Croatia 2022: Report on the State of Philanthropy*. Dostupno na: <https://givingbalkans.org/hrvatska/node/8070>. (Pristup: 11.12.2023.).
61. CEV – Centre for European Volunteering (2021). *Blueprint for European Volunteering 2030*. Dostupno na: https://www.europeanvolunteercentre.org/files/ugd/3ec99c_0-e028c421bd14adcbd69bdbe74-4a0313.pdf (Pristup: 8.8.2022.).
62. CEV – European Volunteer Centre (2011). *EYV 2011 Alliance Policy Agenda for Volunteering in Europe - P.A.V.E.* Brussels: CEV - European Volunteer Centre.
63. Cheng, BR., Chang, HT., Lin, MH., Chen, TJ., Chou, LF. i Hwang, SJ. (2020). Research articles on volunteering in biomedical journals: a MEDLINE-based bibliometric analysis. *J Int Med Res*, 48(2). doi: 10.1177/0300060520903616.
64. Chung, J. C. C. (2009). An intergenerational reminiscence programme for older adults with early dementia and youth volunteers: values and challenges. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 259–264. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00615.x.

65. Cichon, M. i Normand, C. (1994). Between Beveridge and Bismarck--options for health care financing in central and eastern Europe. *World Health Forum*, 15(4):323-8.
66. Cleverley, W. O. i Cleverley, J. O. (2005). Philanthropy: The last frontier for capital funding. *Journal of Healthcare Management*, 50(5), 290–293.
67. Collins, T. (2005). Health policy analysis: a simple tool for policy makers. *Public Health*, 119(3):192-6. doi: 10.1016/j.puhe.2004.03.006
68. Connors, T.D. (Ur.) (2011). *The Volunteer Management Handbook*, 2nd edition. New Jersey: Wiley.
69. Correia, S.É.N., Oliveira, V.M.D. i Gomez, C.R.P. (2016). Dimensions of social innovation and the roles of organizational actor: the proposition of a framework. *RAM Rev. Adm. Mackenzie*, 17, 6, 102–133. <https://doi.org/10.1590/1678-69712016/administracao.v17n6p102-133>
70. Costa, N. (2005). Integrating Fundraising in Finance. *New Directions for Philanthropic Fundraising* 49, 14–17
71. Coster, S., Parekh, R., Moula, Z. i Kumar, S. (2022). Responsibility driven learning in primary care: a qualitative evaluation of a medical student COVID-19 volunteering programme. *BMC Med Educ* 22, 740. <https://doi.org/10>
72. Craig-Lees, M., Harris, J. i Lau, W. (2008). The role of dispositional, organizational and situational variables in volunteering. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 19(2), 1–24.
73. Creswell, J.W. i Creswell, J.D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 5th edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
74. Cunningham, H. (2020). *The reputation of philanthropy since 1750 Britain and beyond*. Manchester: Manchester University Press.
75. Čondić-Jurkić, I. (2015). Crowdfunding – što znamo o alternativnom izvoru financiranja?. *Notitia - časopis za ekonomske, poslovne i društvene teme*, 1 (1.), 71-83.
76. Čavar, J., Pavić, J. i Racz, A. (2018). Procjena stavova i zastupljenost volontiranja u srednjoškolskoj populaciji na području grada Vinkovaca. *Medica Jadertina*, 48(3), 143-156.

77. Čulum Ilić, B. i Kozjak, AM. (2023). *Rezultati istraživanja o volonterstvu u Republici Hrvatskoj*. Osijek: DKolektiv – Radius V projekt. Dostupno na: <https://drive.google.com/file/d/1D41YWV31iplvfLSobZ8PdAYdExoxdmN8/view> (Pristup: 16.11.2023.).
78. Čulum, B. (2008). *Zašto i kako vrednovati volontiranje?* Zagreb: Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti.
79. Dederichs, K. (2023). Volunteering in the United Kingdom During the COVID-19 Pandemic: Who Started and Who Quit? *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 52(5), 1458-1474. <https://doi.org/10.1177/08997640221122814>
80. Dimić-Vugec, M. i Pavić-Rogošić, L. (2017). *Individualna i korporativna filantropija u Hrvatskoj. Stavovi i praksa građana i tvrtki o filantropiji. Rezultati nacionalnog istraživanja*. Osijek: Slagalica - Zaklada za razvoj lokalne zajednice.
81. DKolektiv – organizacija za društveni razvoj (2023a). *Rezultati ispitivanja javnog mnijenja na uzorku građana – promocija i vidljivost volontiranja u društvu*. Dostupno na: <https://drive.google.com/file/d/1iojGu7pZFFOhiAB6H4AYNE4Lx7aKA2hA/view> (Pristup: 11.12.2013.).
82. DKolektiv – organizacija za društveni razvoj (2023b). *Rezultati ispitivanja društvenih potreba na uzorku organizatora volontiranja – promocija i vidljivost volontiranja u društvu*. Dostupno na: <https://drive.google.com/file/d/1fzCZg91EIVajFB5FWjiJqc27shq3k-6U/view> (Pristup: 11.12.2013.).
83. Dobrotić, I. (2020). The Croatian welfare system: A lack of coherent policy paradigm followed by inconsistent policy reforms? U: Blum, S., Kuhlmann, J. i Schubert, K. (Ur.). *Routledge Handbook of European Welfare Systems*. Second edition. London, New York: Routledge, 237 – 255.
84. Domaradzki, J. (2022). ‘Who Else If Not We’. Medical Students’ Perception and Experiences with Volunteering during the COVID-19 Crisis in Poznan, Poland. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19(4), 2314. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042314>.
85. Donnermeyer, J.F., Plested, B.A., Edwards, R.W., Oetting, G. i Littlethunder, L. (1997). Community readiness and prevention programs, *Journal of the Community Development Society*, 28:1, 65-83, DOI: 10.1080/15575339709489795.

86. Dubovečak, M., Marijetić, I., Šmit, I., Graho, N. i Vukoja, N. (2019). Menadžment u zdravstvu. *Hrana u zdravlju i bolesti*, Specijalno izdanje, br. 11. Štamparovi dani, 60-67.
87. Dugački, V. (2007). Bolnice u hrvatskim zemljama. U: Vitale, B. i sur. (Ur) *Četiri stoljeća javnog zdravstva i biomedicine u Hrvatskoj. Mala zemlja duge medicinske tradicije u globalnoj medicini 21. stoljeća*. Zagreb: Medicinska naklada i Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, 65 – 72.
88. Dunn, W.N. (2018). *Public Policy Analysis: An Integrated Approach*. 6th ed. New York, London: Routledge.
89. Dyakova, M., Hamelmann, C., Bellis, M.A., Besnier, E., Grey, C.N.B., Ashton, K., Schwappach, A. i Clar, C. (2017). *Investment for health and well-being: a review of the social return on investment from public health policies to support implementing the Sustainable Development Goals by building on Health 2020*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
90. Džakula, A., Sagan, A., Pavić, N., Lončarek, K. i Sekelj-Kauzlarić, K. (2014). Croatia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 16(3):1–162.
91. Džakula, A., Vočanec, D., Banadinović, M., Vajagić, M., Lončarek, K., Lukačević Lovrenčić, I., Radin, D. i Rechel, B. (2021). *Croatia: Health system review*. *Health Systems in Transition*, 23(2), i–146.
92. Đurđenić, K. (2017). Crowdfunding – Croatian legal perspective and comparison to other sources of financing. *Public Sector Economics*, 41 (2), 259-287. <https://doi.org/10.3326/pse.41.2.5>
93. EC - European Commission (2019a). *Croatia: health care and long-term care systems. Joint report on health care and long-term care systems and fiscal sustainability*. Country Documents 2019 Update. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Dostupno na: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf (Pristup: 9.2.2022.).
94. EC - European Commission (2019b). *Country Report Croatia 2019. Including an in-depth review on the prevention and correction of macroeconomic imbalances*. Brussels: European Commission. Dostupno na: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-croatia_en.pdf (Pristup: 9.2.2022.).
95. EC – European Commission (2013a). *Investing in Health. Commission Staff Working Document Social Investment Package*. Brusel: EU. Dostupno na:

- [https://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/swd/com_swd\(2013\)0043_/com_swd\(2013\)0043_en.pdf](https://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/swd/com_swd(2013)0043_/com_swd(2013)0043_en.pdf) (Pristup: 9.2.2022.).
96. EC – European Commission (2013b). *Towards social investment for growth and cohesion – including implementing the European Social Fund 2014-2020*. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. COM (2013) 83 final. Brusel: EU. Dostupno na: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52013DC0083> (Pristup: 9.2.2022.).
97. EC – European Commission (2017). *European Semester: Thematic factsheet – Health systems – 2017*. Dostupno na: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file_import/european-semester-thematic-factsheet-health-systems_en_0.pdf (Pristup: 26.8.2021.).
98. Edwards, D., Carrier, J. i Hopkinson, J. (2017). Assistance at mealtimes in hospital settings and rehabilitation units for patients (>65 years) from the perspective of patients, families and healthcare professionals: A mixed methods systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 100–118. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.01.013
99. Edwards, R.W., Jumper-Thurman, P., Plested, B.A., Oetting, E.R., i Swanson, L. (2000). Community readiness: Research to practice. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 291–307. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(200005\)28:3<291::AID-JCOP5>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<291::AID-JCOP5>3.0.CO;2-9)
100. Edwards-Schachter, M. i Wallace, M.L. (2017). ‘Shaken, but not stirred’: Sixty years of defining social innovation. *Technol. Forecast. Soc. Change* 119, 64–79. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2017.03.012>
101. EK – Europska komisija (2017). *Dokument za razmatranje o socijalnoj dimenziji Europe*. Brussels: Europska komisija. Dostupno na: https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/reflection-paper-social-dimension-europe_hr.pdf (Pristup: 13.5.2019.)
102. Enjolras, B. (2021). Explaining the Varieties of Volunteering in Europe: A Capability Approach. *Voluntas* 32, 1187–1212. <https://doi.org/10.1007/s11266-021-00347-5>.
103. Erwin, C. O. i Landry, A. Y. (2015). Organizational Characteristics Associated With Fundraising Performance of Nonprofit Hospitals. *Journal of Healthcare Management*, 60(2), 96–112. doi:10.1097/00115514-201503000-00005

104. Esping-Andersen, G. (1999). *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
105. Esping-Andersen, G., Gallie, D., Hemerijck, A. i Myles, J. (2002). *Why we need a new welfare state*. Oxford: Oxford University Press.
106. Essen, J., Frederiksen, M. i Loga, J. (2019). The Ambiguities of Volunteering. U: Skov Henriksen, L., Strømsnes, K., Svedberg, L. (Ur.) *Civic Engagement in Scandinavia: Volunteering, Informal Help and Giving in Denmark, Norway and Sweden*. Springer International Publishing., 175 – 198.
107. *Etički kodeks volontera*, Narodne novine 55/08.
108. Euraxess (n.d.) *Labor Market Briefings Series. Labor Market information for Researchers. The charity Sector in Europe*. Dostupno na: https://cdn3.euraxess.org/sites/default/files/labor_market_information-charity_sector_1.pdf (Pristup: 26.8.2021.).
109. EUROSTAT (2019). *European system of integrated social protection statistics – ESSPROS*. Manual and User guidelines. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/7766647/KS-GQ-16-010-EN-N.pdf/3fe2216e-13b0-4ba1-b84f-a7d5b091235f?t=1481293080000> (Pristup: 25. 9. 2020.).
110. EUROSTAT (2020.). *Social protection expenditure*. Dostupno na: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/ndanau/show.do?dataset=spr_exp_sum&lang=en (Pristup: 25. 9. 2020.).
111. EUROSTAT (2021a). *Participation in formal or informal voluntary activities or active citizenship by sex, age and educational attainment level* (online data code: ILC_SCP19) (Pristup: 25.8.2021.).
112. EUROSTAT (2021b). *2015 EU-SILC module on social/cultural participation and material deprivation. Assessment of the implementation*. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/1012329/8088295/2015+Module+assessment.pdf/332b151b-f154-4c6f-8f6a-666030ab7032>. (Pristup: 25.8.2021.).
113. Eustace, A. (2019). *Get Connected. Volunteering and Shared Values*. Dublin: Dublin City Volunteer Centre. Dostupno na: <https://volunteerdublincity.ie/get-connected-volunteering-and-shared-values/> (Pristup: 16.3.2021.).
114. Evers, A. (1995). Part of the welfare mix: the third sector as an intermediate area. *Voluntas*, 6(2), 159-182.

115. Evers, A. (2008). Hybrid organisations. Background, concept, challenges. U: Osborne S.P. (Ur.) *The Third Sector in Europe. Prospects and challenges*. London i New York: Routledge, 279 – 292.
116. Evers, A. i Brandsen, T. (2016). Social Innovations as Messages: Democratic Experimentation in Local Welfare Systems, U: Brandsen, T., Cattacin, S., Evers, A. i Zimmer, A. (Ur.), *Social Innovations in the Urban Context*. Springer International Publishing, Cham, 161–180. https://doi.org/10.1007/978-3-319-21551-8_9
117. Evers, A. i Laville, J. (2004). Defining the third sector in Europe. U: Evers, A. i Laville, J. (Ur.) *The third sector in Europe*. Cheltenham: Northampton, 11 – 44.
118. Forčić, G. (2007). *Volonterstvo i razvoj zajednice: sudjelovanje građana u inicijativama u zajednici – istraživanje uključenosti građana u civilne inicijative u zajednici kroz volonterski rad*. Udruga za razvoj civilnog društva SMART, Rijeka.
119. Forčić, G., Čulum, B. i Šehić Relić, L. (2016). *Kako ih pronaći? Kako ih zadržati? Menadžment volonterskih programa u neprofitnim Organizacijama*. 2. revidirano izdanje. Rijeka: Hrvatska mreža volonterskih centara i Udruga za razvoj civilnog društva SMART.
120. Fredriksen, E., Martinez, S.G., Moe, C.E. i Thygesen, E. (2020). Key challenges and best practices in the coordination of volunteers in healthcare services: A qualitative systematic review. *Health & social care in the community*. 29(6), 1607-1620. doi: 10.1111/hsc.13261.
121. Fridman, A., Gershon, R. i Gneezy, A. (2022). Increased generosity under COVID-19 threat. *Sci Rep*. 31;12(1):4886. doi: 10.1038/s41598-022-08748-2.
122. Galea, A., Naylor, C., Buck, D i Weeks, L. (2013). *Volunteering in Acute Trusts in England: Understanding the Scale and Impact*. London: The King's Fund. Dostupno na: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/volunteering-in-acute-trusts-in-12.2023.
123. Gautier, A. i Pache, AC. (2015). Research on Corporate Philanthropy: A Review and Assessment. *J Bus Ethics*, 126, 343–369 <https://doi.org/10.1007/s10551-013-1969-7>
124. Gerring, J. (2007). *Case Study Research. Principles and Practices*. New York: Cambridge University Press.
125. GHK (2010). *Volunteering in the European Union*. Brussel: Educational, Audiovisual & Culture Executive Agency (EAC-EA) / Directorate General Education and Culture

(DG EAC). Dostupno na: https://ec.europa.eu/citizenship/pdf/doc1018_en.pdf
(Pristup: 30.11.2018.).

126. Gilson L. (2016). Everyday Politics and the Leadership of Health Policy Implementation. *Health Syst Reform.* 2, 2(3):187-193. doi: 10.1080/23288604.2016.1217367.
127. Glavinić, J. i Najev Čačija, Lj. (2018). Marketinške aktivnosti neprofitnih organizacija u funkciji motivacije mladih na volontiranje, *Oeconomica Jadertina*, 8(2), 0-21.
128. Gligorić, M. i Bekčić, J. (2020). *Hrvatska daruje 2019 – Godišnje izvješće o stanju filantropije*. Beograd: Catalyst Balkans.
129. Godin, B. (2006). The Linear Model of Innovation: The Historical Construction of an Analytical Framework. *Sci. Technol. Hum. Values*, 31, 6, 639–667.
130. Goehner, A., Kricheldorf, C. i Bitzer, EM. (2019). Trained volunteers to support chronically ill, multimorbid elderly between hospital and domesticity – a systematic review of one-on-one-intervention types, effects, and underlying training concepts. *BMC Geriatr*, 2;19(1):126. doi: 10.1186/s12877-019-1130-2
131. Gonella, S., Canzan, F., Larghero, E., Ambrosi, E., Palese, A. i Dimonte, V. (2019). Hospital Volunteering Experiences Suggest that New Policies are Needed to Promote their Integration in Daily Care: Findings from a Qualitative Study. *Zdr Varst.*, 1;58(4), 164-172. doi: 10.2478/sjph-2019-0021
132. Grimalda, G., Buchan, N. R., Ozturk, O. D., Pinate, A. C., Urso, G. i Brewer, M. B. (2021). Exposure to COVID-19 is associated with increased altruism, particularly at the local level. *Scientific Reports*. 11:18950. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-97234-2>.
133. Gumbau Albert, M. (2020). The impact of health status and human capital formation on regional performance: Empirical evidence. *Pap Reg Sci*, 1–17.
134. Haderlein, J. (2006). Unleashing the untapped potential of hospital philanthropy. *Health Affairs*, 25(2), 541–545.
135. Haibach, M. i Kreuzer, T. (2004). U: Zimmer, A. i Priller, E. (Ur.). *Future of Civil Society. Making Central European Nonprofit-Organizations Work*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 367-380.
136. Hall, CL., Brooke, J., Pendlebury, ST. i Jackson, D. (2019). What is the Impact of Volunteers Providing Care and Support for People with Dementia in Acute Hospitals?

- A Systematic Review. *Dementia (London)*. 18(4), 1410-1426. doi: 10.1177/1471301217713325.
137. Hamer Vidmar, N. i Bajto, M. (2020). Korisnost volontiranja u Odjelu za podršku žrtvama i svjedocima za daljnji profesionalni rad. *Kriminologija & socijalna integracija*, 28 (2), 164-197. <https://doi.org/10.31299/ksi.28.2.2>
138. Handy, F. i Srinivasan, N. (2004). Valuing volunteers: An economic evaluation of the net benefits of hospital volunteers. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 33, 28–54.
139. Hebrang, A., Ljubičić, A. i Baklajić, Ž. (2007). Izvješće o stanju i razvoju hrvatskog zdravstvenog sustava od 1990. do 1995. godine. *Hrvatski Časopis za javno zdravstvo*, 3 (10), 0-0.
140. Heitzmann, K. (2010). *Poverty Relief In A Mixed Economy*. Frankfurt: Peter Lang.
141. Hemerjick, A. (2012). Two or three ways of welfare state transformation. U: Morel, N., Palier, B. i Palme, J. (Ur.): *Towards a social investment welfare state? Ideas, policies and challenges*. Bristol: The Policy Press, 33 - 61.
142. Heuer, J.O., Leruth, B., Mau, S. i Zimmermann, K. (2016). *Attitudes towards the welfare mix: how citizens in Germany and the United Kingdom attribute responsibilities for social welfare to state, market, and family – and why*, paper for the Annual ESPAnet Conference, 1–3 September, Rotterdam: Erasmus University.
143. Hurrelmann, K.; Shaikh, M. i Wendt, C. (2019). Health Policy and Health Governance. U: *The Governance Report 2019*. New York: Oxford University Press, 17-26.
144. Hurst, A., Coyne, E., Kellett, U. i Needham, J. (2019). Volunteers motivations and involvement in dementia care in hospitals, aged care and resident homes: An integrative review. *Geriatr Nurs*, 40(5):478-486. doi: 10.1016/j.gerinurse.2019.03.010.
145. Hustinx, L., Cnaan, R.A. i Handy, F. (2010). Navigating Theories of Volunteering: A Hybrid Map for a Complex Phenomenon. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 40:4, 411 – 435.
146. Iemmi, V. (2020). Philanthropy for global mental health 2000-2015. *Glob Ment Health (Camb)*. 6;7:e9. doi: 10.1017/gmh.2020.2.
147. ILO - International Labour Organization (2013). *Resolution concerning statistics of work, employment and labour underutilization*. Resolution I. 19th International Conference of Labour Statisticians, October 2013. Geneva. Dostupno na:

- https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/normativeinstrument/wcms_230304.pdf (Pristup: 29.5.2022.).
148. ILO - International Labour Organization (2021). *Volunteer work measurement guide. Guidance on implementing the ILO-recommended add-on module on volunteer work in national labour force surveys*. Geneva: International Labour Organization. Dostupno na: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/publication/wcms_789950.pdf (Pristup: 29.5.2022.).
149. Ivanković, D., Handanagic, S. i Džakula, A. (2019). An analysis of Croatian political parties' pre-election manifestos and healthcar–e policies. *European Journal of Public Health*, 29, Supplement 4.
150. Jančec, L., Tatalović Vorkapić, S. i Vičić, K. (2012). Evaluacija volonterskog programa Pripovjedač/ica priča za laku noć u dječjoj bolnici Kantrida – što kažu volonteri?, *Napredak*, 153(2), 249-266.
151. Jindra, R., Munjiza, E. i Peko, A. (2007). *Utjecaj volontera u kreiranju uvjeta izgradnje mira i zajednice u multietničkim zajednicama*. Osijek: Centar za mir, nenasilje i ljudska prava – Osijek.
152. Joffe, H. (2012). Thematic analysis, U: Harper, D. i Thompson, A.R. (Ur.) *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy*. Chichester: John Wiley.
153. Jumper Thurman, P., Plested, B.A., Edwards, R.W., Foley, R. i Burnside, M. (2003). Community Readiness: The Journey to Community Healing. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35:1, 27-31. DOI: 10.1080/02791072.2003.10399990
154. Juzbašić, M. i Vukasović Hlupić, T. (2015). Osobine ličnosti i motivi za volontiranje. *Psihologijske teme*, 24 (2), 279-304.
155. Kaštelan Brumen, U., Konatar, M. i Kaštelan, S. (2022). Disparities in Healthcare Financing: A Comparative Analysis of Croatia and Selected Central and Eastern European Countries. *Revija za socijalnu politiku*, 29 (3), 357-365. <https://doi.org/10.3935/rsp.v29i3.1934>
156. Kaštelan, S., Matančević, J. i Bežovan, G. (2022). Uvodna riječ uz tematski broj časopisa: Izazovi hrvatskog zdravstvenog sustava u doba krize. *Revija za socijalnu politiku*, 29 (3), 311-319. <https://doi.org/10.3935/rsp.v29i3.1995>
157. Kelly, K.J., Edwards, R.W., Comello, M.L.G., Plested, B.A., Thurman, P.J. i Slater, M.D. (2003). The Community Readiness Model: A Complementary Approach to Social Marketing. *Marketing Theory*, 3(4), 411-426. doi:10.1177/1470593103042006

158. Kinsbergen, S. i Tolsma, J. (2013). Explaining monetary donations to international development organisations: a factorial survey approach, *Social Science Research*, 42(6), 1571-1586.
159. Klein, DJ., Brown, AD. i Detsky, AS. (2016). Investing Wisely in Health Care Capital. *JAMA*, 316(15), 1543–1544. doi:10.1001/jama.2016.10605.
160. Kotlar, V., Milanja, I., Jakšić, K. i Bionda, M. (2016). Stavovi o volontiranju i vrednovanju volonterskog rada studenata Sveučilišta u Zadru. *Magistra Iadertina*, 11 (1), 105-130.
161. Kovač, N. (2015). *Sustav zdravstvene zaštite u Hrvatskoj – odnos javnog i privatnog zdravstva*. Doktorska disertacija. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Ekonomski fakultet u Osijeku.
162. Kovačić, L. (1996). Promjene u pravima u sustavu zdravstvenog osiguranja. *Revija za socijalnu politiku*, 3 (3), 325-327. <https://doi.org/10.3935/rsp.v3i3.466>
163. Kramer, R.M. (2004). Alternative paradigms for the mixed economy: will sector matter? U: Evers, A. i Laville, J. (Ur.): *The third sector in Europe*. Cheltenham: Northampton, 219 – 236.
164. Kuhlmann, J. i Blum, S. (2020). Reform pathways of European welfare systems analysing change and continuity in a broadened geographical and temporal perspective. U: Blum, S., Kuhlmann, J. i Schubert, K. (Ur.). *Routledge Handbook of European Welfare Systems*. Second edition. London, New York: Routledge, 237 – 255.
165. Kuonqui, C. (2020a). *Measuring Volunteering for the 2030 Agenda. Toolbox of Principles, Tools and Practices*. London: UN Volunteers. Dostupno na: <https://knowledge.unv.org/system/files/2022-03/Measuring%20Volunteering%20for%20the%202030%20Agenda-21032022.pdf> (Pristup: 11.12.2023.).
166. Kuonqui, C. (2020b). *Measuring Volunteering for the 2030 Agenda. Anthology of papers from the Plan of Action Innovation Challenge*. London: UN Volunteers. Dostupno na: https://knowledge.unv.org/system/files/2021-01/Anthology_final.pdf (Pristup: 11.12.2023.).
167. Ledić, J. (2007). *Zašto (ne) volontiramo? – Stavovi javnosti o volonterstvu*. Zagreb: Academy for Educational Development (AED).

168. Lewis, J. (2004). The state and the third sector in modern welfare states: independence, instrumentality, partnershi. U: Evers, A. i Laville, J. (Ur.) *The third sector in Europe*. Cheltenham: Northampton; 2004., 169 – 187.
169. Liket, K. i Maas, K. (2015). Strategic Philanthropy. *Business & Society*, 55(6), 889–921. doi:10.1177/0007650314565356
170. Liket, K. i Simaens, A. (2013). Battling the Devolution in the Research on Corporate Philanthropy. *Journal of Business Ethics*, 126(2), 285–308. doi:10.1007/s10551-013-1921-x
171. Lindahl, W. E. i Conley, A. T. (2002). Literature Review: Philanthropic Fundraising. *Nonprofit Management and Leadership*, 13(1), 91–112. doi:10.1002/nml.13108
172. Litofcenko, J., Meyer, M., Neumayr, M. i Pennerstorfer, A. (2023). Charitable Giving in Times of Covid-19: Do Crises Forward the Better or the Worse in Individuals?. *Voluntas* 34, 1322–1334. <https://doi.org/10.1007/s11266-023-00558-y>.
173. Longo, F., Notarnicola, E. i Tasselli, S. (2015). A framework to assess welfare mix and service provision models in health care and social welfare: case studies of two prominent Italian regions. *BMC Health Services Research*, 15:152., 2 -12.
174. Madden, K. i Scaife, W. (2008). Corporate philanthropy: who gives and why?. U: Sargeant, A., Wymer, W.W. (Ur.), *The Routledge Companion to Nonprofit Marketing*, 152–172. London; New York: Routledge.
175. Mao, G., Fernandes-Jesus, M., Ntontis, E. i Drury, J. (2021). What have we learned about COVID-19 volunteering in the UK? A rapid review of the literature. *BMC Public Health*, 21,1470 <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11390-8>.
176. Marlin, D., Geiger, S. W. i Ritchie, W. J. (2013). The Hospital Foundation Strategy and Performance Relationship. *Nonprofit Management and Leadership*, 23(4), 427–441. doi:10.1002/nml.21073
177. Matančević, J. (2014). Obilježja modela kombinirane socijalne politike u pružanju socijalnih usluga u Hrvatskoj. *Doktorska disertacija*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet.
178. McDonnell, A., McKeown, J., Keen, C., Palfreyman, J. i Bennett, N. (2014). Introducing on-ward volunteers to work with patients with dementia. *Nursing Older People*, 26(4), 28–33. doi:10.7748/nop2014.04.26.4.28.e572

179. McGinly, W.C. (2008). The maturing role of philanthropy in healthcare. *Front Health Serv Manage*, 24(4), 11-22.
180. McHugh, M., Farley, D., Maechling, CR., Dunlop, DD., French, DD. i Holl, JL. (2018). Corporate Philanthropy Toward Community Health Improvement in Manufacturing Communities. *J Community Health*, 43(3), 560-565. doi: 10.1007/s10900-017-0452-2
181. McKen-zie, J.F., Neiger, B.P. i Thackeray, R. (2017). *Planning, Implementing, & Evaluating Health Promotion Programs: A Primer*, 7th Edition. San Francisco: Pearson Education.
182. MDOMSP - Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku (2020). *Popis organizatora volontiranja u 2019. godini*. Dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/istaknute-teme/obitelj-i-socijalna-politika/socijalna-politika-11977/udruge-humanitarni-rad-i-volonterstvo-12006/volonterstvo-12023/12023>. (Pristup: 12.8.2021.).
183. MDOMSP - Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku (2019). *Popis organizatora volontiranja u 2018. godini*. Dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/istaknute-teme/obitelj-i-socijalna-politika/socijalna-politika-11977/udruge-humanitarni-rad-i-volonterstvo-12006/volonterstvo-12023/12023>. (Pristup: 12.8.2021.).
184. MDOMSP - Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku (2018). *Popis organizatora volontiranja u 2017. godini*. Dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/istaknute-teme/obitelj-i-socijalna-politika/socijalna-politika-11977/udruge-humanitarni-rad-i-volonterstvo-12006/volonterstvo-12023/12023>. (Pristup: 12.8.2021.).
185. MDOMSP - Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku (2017). *Popis organizatora volontiranja u 2016. godini*. Dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/istaknute-teme/obitelj-i-socijalna-politika/socijalna-politika-11977/udruge-humanitarni-rad-i-volonterstvo-12006/volonterstvo-12023/12023>. (Pristup: 12.8.2021.).
186. Mihaljek, D. (2007). Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: kako vidjeti šumu od drveća? U: Ott, K. (Ur.) *Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji – izazovi sudjelovanja*. Zagreb: Institut za javne financije: Zaklada Friedrich Ebert, 265-308.

187. Mihaljek, D. (2014). Kako financirati zdravstvo u doba financijske krize?. U: Vehovec, M. (Ur.) *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*. Zagreb: Ekonomski institut, 29 – 50.
188. Mihatsch, L., von der Linde, M., Knolle, F., Luchting, B., Dimitriadis, K. i Heyn, J. (2022). Survey of German medical students during the COVID-19 pandemic: attitudes toward volunteering versus compulsory service and associated factors. *Journal of Medical Ethics*, 48, 630-636.
189. Mikulec, M. i Habek, D. (2019). O zakladnoj bolnici na rebru u ii. Svjetskom ratu, *Acta medica Croatica*, 73(2), 219-225.
190. Miljković, D. i Jurčec, L. (2015). Povezanost pristupa sreći, motiva za volontiranje i– subjektivne dobrobiti volontera. *Napredak*, 156 (1-2), 115-129.
191. Ministarstvo zdravstva (2021a). *Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine*
192. Ministarstvo zdravstva (2021b). *Nacionalni portfelj ulaganja u zdravstvo i dugotrajnu skrb 2021. - 2027. Prilog 3. Nacionalnom planu razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine.*
193. Morais-Da-Silva, R.L., Takahashi, A.R.W. i Segatto, A.P. (2016). Scaling up social innovation: a meta-synthesis. *RAM Rev. Adm. Mackenzie*, 17, 6, 134–163. <https://doi.org/10.1590/1678-69712016/administracao.v17n6p134-163>
194. Morel, N., Palier, B. i Palme, J. (2012). Beyond the welfare state– as we knew it?. U: Morel, N., Palier, B., Palme, J. (Ur.) *Towards a social investment Welfare state? Ideas, policies and challenges*. Bristol: The Policy Press., 1-24.
195. MROSP - Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike (2023). *Popis organizatora volontiranja u 2022. godini*. Dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Socijalna%20politika/Volonterstvo/POPIS%20ORGANIZATORA%20VOLONTIRANJA%20U%202022.%20GODIN I.pdf>. (Pristup: 23.11.2023.).
196. MROSP - Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike (2022). *Popis organizatora volontiranja u 2021. godini*. Dostupno –na: <https://mrosp.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Socijalna%20politika/Volonterstvo/POPIS%20ORGANIZATORA%20VOLONTIRANJA%20U%202021.%20GODIN I.pdf>. (Pristup: 23.11.2023.).

197. MROSP - Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike (2021). *Popis organizatora volontiranja u 2020. godini*. Dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/istaknute-teme/obitelj-i-socijalna-politika/socijalna-politika-11977/udruga-humanitarni-rad-i-volonterstvo-12006/volonterstvo-12023/12023>. (Pristup: 12.8.2021.).
198. MSPM – Ministarstvo socijalne politike i mladih (2015). *Popis organizatora volontiranja u 2014. godini*. Dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/istaknute-teme/obitelj-i-socijalna-politika/socijalna-politika-11977/udruga-humanitarni-rad-i-volonterstvo-12006/volonterstvo-12023/12023> (Pristup: 12.8.2021.).
199. MSPM – Ministarstvo socijalne politike i mladih (2016). *Popis organizatora volontiranja u 2015. godini*. Dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/istaknute-teme/obitelj-i-socijalna-politika/socijalna-politika-11977/udruga-humanitarni-rad-i-volonterstvo-12006/volonterstvo-12023/12023>. (Pristup: 12.8.2021.).
200. Munro, J. (2018). The voluntary sector contribution to local innovations across the public sector. *Voluntary Sector Review*, 9(2), 215–224. <https://doi.org/10.1332/204080518X15299334752552>.
201. MZ – Ministarstvo zdravlja (2012). *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012 – 2020*. Zagreb: Ministarstvo zdravlja.
202. MZ – Ministarstvo zdravstva (2014). *Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2014. – 2016*. Zagreb: Ministarstvo zdravstva.
203. MZ – Ministarstvo zdravstva (2015a). *Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. – 2020*. Zagreb: Ministarstvo zdravstva.
204. MZ – Ministarstvo zdravstva (2017). *Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. – 2020*. Zagreb: Ministarstvo zdravstva.
205. MZ – Ministarstvo zdravstva (2018). *Prijedlog zakona o zdravstvenoj zaštiti 2018. godine*. Zagreb: Ministarstvo zdravstva.
206. MZ – Ministarstvo zdravstva (2019). *Strateški plana Ministarstva zdravstva za razdoblje 2020. – 2022*. Zagreb: Ministarstvo zdravstva.
207. MZ – Ministarstvo zdravstva (2020). *Izmjenama i dopunama Strateškog plana Ministarstva zdravstva za razdoblje 2020. – 2022*. Zagreb: Ministarstvo zdravstva.
208. MZ - Ministarstvo zdravstva (2021b). *Nacionalni portfelj ulaganja u zdravstvo i dugotrajnu skrb 2021. - 2027*. Prilog 3. Nacionalnom planu razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine.

209. MZ - Ministarstvo zdravstva (2021a).– *Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine*
210. MZOS – Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi (2008). *Prijedlog Zakona o izmjenama i dopuni Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju s konačnim prijedlogom zakona.* Dostupno na: <https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//2016/Sjednice/Arhiva//07.%20-%2001.pdf> (Pristup: 11.12.2023.).
211. MZOS – Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi (2008). *Prijedlog Zakona o izmjenama i dopuni Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju s konačnim prijedlogom zakona.* Dostupno na: <https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//2016/Sjednice/Arhiva//55-1.4.pdf> (Pristup: 11.12.2023.).
212. *Nacionalna razvojna strategija Republike Hrvatske do 2030. godine.* Narodne novine, 13/2021.
213. *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2006. – 2011.,* Narodne novine, 72/2006-1719.
214. *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020.,* Narodne novine, 116/2012.
215. *Nacionalni plan razvoja zdravstva od 2021. do 2027. godine,* Narodne novine, 147/2021-2356.
216. Najev Čaćija, Lj. (2013). Fundraising in the context of nonprofit strategic marketing: Toward a conceptual model. *Management*, 18 (1), 59-78.
217. Najev Čaćija, Lj. (2016). The nonprofit marketing process and fundraising performance of humanitarian organizations: empirical analysis. *Management*, 21 (2), 1-25.
218. Nathan, S.K. i Temple, E.R. (2016). Philanthropy and fundraising. The Comprehensive Development Program. U: Renz., D.O. i Herman, R.D. (Ur.). *The Jossey-Bass Handbook of Nonprofit Leadership and Management.* Fourth edition. New Jersey: John Wiley & Sons. 488 – 734.
219. Naylor, C., Mundle, C., Weeks, L. i Buck, D. (2013). *Volunteering in health and care. Securing a sustainable future.* London: The King's Fund.
220. NCVO - National Council for Voluntary Organisations (2019). *Investing in Volunteers Essentials. Getting started.* Dostupno na: <https://tools.ncvo.org.uk/investinginvolunteersessentials> (Pristup: 20.2.2022.).

221. NCVO - National Council for Voluntary Organisations (2021). *Investing in Volunteers (IIV) Essentials*. Dostupno na: <https://knowhow.ncvo.org.uk/tools-resources/investing-in-volunteers-iiv-essentials/investing-in-volunteers-essentials#> (Pristup: 20.2.2022.).
222. Neiger, B. L., i Thackeray, R. (2002). Application of the SMART Model in two successful social marketing campaigns. *American Journal of Health Education*, 33, 291–293.
223. Neiger, B. L., Thackeray, R., Barnes, M. D. i McKenzie, J. F. (2003). Positioning social marketing as a planning process for health education. *American Journal of Health Studies*, 18(2/3), 75–80.
224. O’Leary, C., Baines, S., Bailey, G., McNeil, T., Csoba, J. i Sipos, F. (2018). Innovation and Social Investment Programs in Europe, *European Policy Analysis*, 4(2), 294–312. doi: 10.1002/epa2.1052.
225. *Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zav–oda za zdravstveno osiguranje*, Narodne novine, 120/2006.
226. *Odluka o utvrđivanju osnovne liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstvanaveno osiguranje*, Narodne novine, 120/2006.
227. OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development (2023a). *Private philanthropy for sustainable development, 2018-20: Data and analysis*. Paris: OECD Publishing. Dostupno na: <https://www.oecd.org/dac/private-philanthropy-sustainable-development.pdf> (Pristup: 27.11.2023.).
228. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021). *State of Health in the EU. Croatia Country Health Profile 2021*. Brussels: OECD and World Health Organization (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies). Dostupno na: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_hr_english.pdf (Pristup: 27.11.2023.).
229. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023b). *State of Health in the EU. Croatia Country Health Profile 2023*. Brussels: OECD and World Health Organization (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies). Dostupno na: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/croatia-country-health-profile-2023> (Pristup: 27.11.2023.).

230. Oetting, E.G., Donnermeyer, J.F., Plested, B.A., Edwards, R.W., Kelly, K. i Beauvais, F. (1995). Assessing Community Readiness for Prevention. *The International Journal of the Addictions*, 30(6), 659-683.
231. Oetting, E.R., Jumper-Thurman, P., Plested B. i Edward, R.W. (2001). Community readiness and health services. *Substance Use & Misuse*, 36:6-7, 825-84-3, DOI: 10.1081/JA-100104093
232. Oetting, E.R., Plested, B.A., Edwards, R.W., Thurman, P.J., Kelly, K.J., Beauvais, F. i Stanley, L.R. (2014). *Community Readiness for Community Change - Tri-Ethnic Center Community Readiness Handbook*, 2nd edition. Sage Hall: Tri-Ethnic Center for Prevention Research. Dostupno na: https://naaee.org/sites/default/files/cr_handbook_8-3-15.pdf (Pristup: 24.3.2021.).
233. Orešković, S. (1998). New priorities for health sector reform in Central and Eastern Europe. *Croat Med J.*, 39(3), 225-33.
234. Orešković, S. i Skupnjak, B. (1999). Zdravstveni privatizacijski pendulum. *Društvena istraživanja*, 8 (4 (42)), 601-621.
235. Osborne, S.P. (2013). *Voluntary organizations and innovation in public services*. London: Routledge.
236. Ostojić Baus, J. (2018). Kombinirana socijalna politika prema osobama s invaliditetom - podrška socijalnom modelu invaliditeta, *Revija za socijalnu politiku*, 25(1), 49-65. <https://doi.org/10.3935/rsp.v25i1.1415>
237. Ostojić, R., Bilas, V. i Franc, S. (2012.c). Javno-privatno u sustavu zdravstva. *Zbornik Ekonomskog fakulteta u Zagrebu*, 10 (1), 43-60.
238. Ostojić, R., Bilas, V. i Franc, S. (2012a). Unapređenje kvalitete zdravstvenih sustava zemalja članica Europske unije i Republike Hrvatske. *Poslovna izvrsnost Zagreb*, 6(2), 109-25.
239. Ostojić, R., Bilas, V. i Franc, S. (2012b). Challenges for health care development in Croatia. *Coll Antropol*, 36(3), 707-16.
240. Ottmann, J. (2010). Social Exclusion in the Welfare State: The Implications of Welfare Reforms for Social Solidarity and Social Citizenship. *Distinktion: Scandinavian Journal of Social Theory*, 20, 23-37.
241. Pape, U., Brandsen, T., Pahl, J. B., Pielniński, B., Baturina, D., Brookes, N., Chaves-Avila, R., Kendall, J., Matančević, J., Petrella, F., Rentzsch, C., Richez-Battesti, N., Savall-Morera, T., Simsa, R. i Zimmer, A. (2019). Changing Policy Environments in

Europe and the Resilience of the Third Sector. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 31, 238 - 249.
<https://doi.org/10.1007/s11266-018-00087-z>

242. Patton, M. (2014). *Qualitative Research & Evaluation Methods*, 43th ed. Thousand Oaks: Sage Publication.
243. Pavičić, J., Alfirević, N. i Ivelja, N. (2006). Oblici i mehanizmi potpore i suradnje s neprofitnim organizacijama u Hrvatskoj. *Zbornik Ekonomskog fakulteta u Zagrebu*, 4 (1), 217-238.
244. Pavić-Rogošić, L. i Kunović, K. (2004). *Mogućnosti razvoja zaklada lokalnih zajednica u Hrvatskoj*. Zagreb: Odras – održivi razvoj zajednice.
245. Paxton, P. (2020). What influences charitable giving? U: Powel, W.W. i Bromley, P. (Ur.) *The Nonprofit Sector. A research handbook*. Third Edition. Stanford: Stanford University Press, 543-557.
246. Peng, S., Kim, M. i Deat, F. (2019). The Effects of Nonprofit Reputation on Charitable Giving: A Survey Experiment. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*. 30. [10.1007/s11266-019-00130-7](https://doi.org/10.1007/s11266-019-00130-7).
247. Petek, A. (2012). Što su hrvatske javne politike?. *Političke analize*, 3 (11), 37-45.
248. Peters, B.G. i Pierre, J. (2004). Multi-level governance and democracy: a Faustian bargain?. U: Bache, I. i Finders, M. (Ur.) *Multi-level Governance*. New York: Oxford University Press, 75-89.
249. Podboj, M. i Cvitanušić, J. (2022). Uloga i samopercepcija volontera u jezičnom osposobljavanju izbjegličke populacije u republici hrvatskoj. *Croatica*, 46 (66), 81-104. <https://doi.org/10.17234/Croatica.66.4>
250. Pološki Vokić, N., Marić, I. i Horvat, G. (2013). Motivacija za volontiranje – jesu li motivi za volontiranje povezani sa spolom, ličnosti i područjem studiranja?. *Revija za socijalnu politiku*, 20 (3): 225-252
251. Powel, W.W. (2020). What is nonprofit sector? U: Powel, W.W. i Bromley, P. (Ur.) *The Nonprofit Sector. A research handbook*. Third Edition. Stanford: Stanford University Press, 3-18.
252. Powell, M. (2019a). Introduction: the mixed economy of welfare and the social division of welfare. U: Powell, M. (Ur.) *Understanding the mixed economy of welfare*. 2nd edition. Bristol: Policy Press and the Social Policy Association, 17 – 40.

253. Powell, M. (2019b). Conclusion: analyses in the mixed economy of welfare and the social division of welfare. U: Powell, M. (Ur.). *Understanding the mixed economy of welfare*. 2nd edition. Bristol: Policy Press and the Social Policy Association, 261 – 283.
254. Powell, M. i Barrientos, A. (2004). Welfare Regimes And The Welfare Mix. *Eur J Pol Res*, 43, 83–105.
255. Powell, M. i Barrientos, A. (2011). An audit of the welfare modelling business. *Soc Pol Admin*, (45–1), 69–84.
256. *Pravilnik o državnoj nagradi za volontiranje*, Narodne novine 106/07
257. *Pravilnik o državnoj nagradi za volontiranje*, Narodne novine 109/21.
258. *Pravilnik o izgledu logotipa za prikupljanje humanitarne pomoći*, Narodne novine, 120/15.
259. *Pravilnik o izmjenama i dopunama Pravilnika o porezu na dodanu vrijednost*, Narodne novine, 130/2015.
260. *Pravilnik o izmjenama Pravilnika o evidencijskoj oznaci humanitarne akcije*, Narodne novine, 16/20.
261. *Pravilnik o izvještavanju u neprofitnom računovodstvu i Registru neprofitnih organizacija*, Narodne novine, 31/15, 67/17, 115/18,16.
262. *Pravilnik o kategorizaciji medicinsko-tehničke opreme zdravstvenih ustanova*, Narodne novine 12/12, 99/13, 63/2016-1582.
263. *Pravilnik o neprofitnom računovodstvu i računskom planu*, Narodne novine, 1/15, 25/17, 96/18, 103/18, 134/22.
- 264.** *Pravilnik o obrascima za prikupljanje humanitarne pomoći*, Narodne novine, 16/20.
265. *Pravilnik o proračunskom računovodstvu i Računskom planu*, Narodne novine, 158/2023.
266. *Pravilnik o razvrstavanju humanitarnih akcija*, Narodne novine, 120/15.
267. *Pravilnik o sadržaju i načinu vođenja evidencije humanitarne pomoći*, Narodne novine, 16/20.
268. *Pravilnik o sadržaju izvješća o obavljenim uslugama i aktivnostima organizatora volontiranja*, Narodne novine 104/15
269. *Pravilnik o sadržaju izvješća o obavljenim uslugama ili aktivnostima organizatora volontiranja*, Narodne novine 9/18
270. *Pravilnik o sadržaju izvješća o obavljenim uslugama ili aktivnostima organizatora volontiranja*, Narodne novine 109/21.

271. *Pravilnik o sustavu financijskog upravljanja i kontrola te izradi i izvršavanju financijskih planova neprofitnih organizacija*, Narodne novine, 119/15, 134/22.
272. *Pravilnik o uvjetima, kriterijima i načinima doniranja hrane i hrane za životinje*, Narodne novine, 119/15, 118/18, 91/19.
273. Proelss, J., Schweizer, D. i Zhou, T. (2021). Economics of philanthropy—evidence from health crowdfunding. *Small Bus Econ*, 57, 999–1026. <https://doi.org/10.1007/s11187-020-00336-w>
274. Puljiz, V. (2000). Social Policy Reforms in Croatia. *Politička misao*, 37 (5), 61-79.
275. Puljiz, V. (2004). Hrvatska: prema novoj socijalnoj državi U: Kregar, J. Puljiz, V. i Ravlić, S. (Ur.), *Hrvatska – kakao dalje: zadanosti i mogućnosti*. Zagreb: Centar za demokraciju i pravo Miko Tripalo, 193 – 221.
276. Puljiz, V., Bežovan, G., Šućur, Z. i Zrinščak, S. (2005). *Socijalna politika*. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
277. Pynes, J. (2004). *Human Resources Management for Public and Nonprofit Organizations*. Second Edition. San Francisco: John Wiley & Sons.
278. Ranci, C. (2002). The Mixed Economy of Social Care in Europe. U: Ascoli, U. i Ranci, C. (Ur.): *Dilemmas of the Welfare Mix: The New Structure of Welfare in an Era of Privatization*, New York: Kluwer, 25 – 46.
279. Raymond, S.U. (2004). *The future of Philanthropy. Economics, Ethics and Management*. New Jersey: John Wiley & Sons.
280. Reich, R. (2018). *Just Giving. Why Philanthropy Is Failing Democracy and How It Can Do Better*. Princeton i Oxford: Princeton University Press.
281. Reznickova, A. i Zepeda, L. (2016). Can Self-Determination Theory Explain the Self-Perpetuation of Social Innovations? A Case Study of Slow Food at the University of Wisconsin-Madison: Self-determination and social innovation. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 26, 3-17. <https://doi.org/10.1002/casp.2229>
282. Roberts, H. C., De Wet, S., Porter, K., Rood, G., Diaper, N., Robison, J., Pilgrim, A.L., Elia, M., Jackson, A.A., Cooper, C., Sayer, A. A. i Robinson, S. (2014). The feasibility and acceptability of training volunteer mealtime assistants to help older acute hospital inpatients: The Southampton Mealtime Assistance Study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(21–22), 3240–3249. <https://doi.org/10.1111/jocn.12573>
283. Rusac, S. i Dujmović, G. (2014). Volontiranje u starijoj životnoj dobi. *Nova prisutnost*, XII(2), 279-292.

284. Salamon, L. M. i Anheier, H. K. (1998). Social Origins of Civil Society: Explaining the Nonprofit Sector Cross-Nationally. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 9(3), 213–248. doi:10.1023/a:1022058200985
285. Sargeant, A. i George, J. (2022). *Foundraising management*. Fourth edition. Abingdon i New York: Routledge.
286. Sargeant, A. i Woodliffe, L. (2008). Individual giving behaviour: a multidisciplinary review. U: Sargeant, A., Wymer, W.W. (Ur.), *The Routledge Companion to Nonprofit Marketi376eformi ng*, 117–151. London; New York: Routledge.
287. Saunders, R., Seaman, K., Graham, R. i Christiansen, A. (2019). The effect of volunteers' care and support on the health outcomes of older adults in acute care: A systematic scoping review. *J Clin Nurs*, 28(23-24), 4236-4249. doi:10.1111/jocn.15041
288. Saunders-Hastings, E. (2022). *Private Virtues, Public Vices: Philanthropy and Democratic Equality*. The University of Chicago Press, Chicago.
289. Schofer, E. i Longhofer, W. (2020). The Global Rise of Nongovernmental Organizations. U: Powel, W.W. i Bromley, P. (Ur.) *The Nonprofit Sector. A research handbook*. Third Edition. Stanford: Stanford University Press, 603 - 617.
290. Schuyt, T. N. (2016). *Philanthropy and Philanthropy Sector*. New York: Routledge.
291. Seawright, J. i Gerring, J. (2008). Case Selection Techniques in Case Study Research: A Menu of Qualitative and Quantitative Options. *Political Research Quarterly*, 61, 294. DOI: 10.1177/1065912907313077
292. Sinclair, S. i Baglioni, S. (2014). Social Innovation and Social Policy – Promises and Risks. *Soc. Policy Soc.*, 13, 3, 469–476. <https://doi.org/10.1017/S1474746414000086>
293. Skočić Mihić, S., Lončarić, D. i Rudelić, A. (2011). Volontiranje studenata s djecom i mladima s posebnim odgojno-obrazovnim potrebama. *Ljetopis socijalnog rada*, 18 (3), 579-600;
294. Skov Henriksen, L., Boje, T.P., Ibsen, B. i Koch-Nielsen, I. (2008). Welfare architecture and voluntarism Or why ‘changing the welfare mix’ means different things in different contexts. U: Osborne, S. (Ur.) *The Third Sector in Europe: Prospects and challenges*. London, New York: Routledge, 69 – 86.
295. Smith, D.H. i Puyvelde, S.V. (2016). Theories of Associations and Volunteering. U: Smith, D.H., Stebbins, R.A. i Grotz, J. (Ur.) *The Palgrave Handbook of Volunteering, Civic Participation, and Nonprofit Associations*. New York: Palgrave, 59-89.

296. Smith, D.H., Stebbins, R.A. i Dover, M.A. (2006). *A dictionary of nonprofit terms and concepts*. Bloomington: Indiana University Press.
297. Soled, D., Goel, S., Barry, D., Erfani, P., Joseph, N., Kochis, M., Uppal, N., Velasquez, D., Vora, K. i Woody Scott, K. (2020). Medical student mobilization during a crisis: lessons from a COVID-19 medical student response team. *Acad Med: J Assoc Am Med Colleges*, 95, 1384–7.
298. Stevanović, R., Capak, K. i Benjak, T. (2022). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2021. godinu*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
299. Stewart, J. (2019). The mixed economy of welfare in historical context. U: Powell, M. (Ur.) *Understanding the mixed economy of welfare*. 2nd edition. Bristol: Policy Press and the Social Policy Association. 41– 63.
300. Stubbs, P. i Lendvai, N. (2016). Re-assembling and Disciplining Social Europe: turbulent moments and fragile f(r)ictions. U: Krajina, Z. i Blanuša, N. (Ur.) *EU, Europe Unfinished. Mediating Europe and the Balkans in a Time of Crisis*. Rowman & Littlefield.
301. Stubbs, P. i Zrinščak, S. (2012). Europeizacija i socijalna politika: između retorike i stvarnosti. U: Puljiz, V., Ravlić, S., i Visković, V. (Ur.) *Hrvatska u EU: kako dalje*. Zagreb: Centar za demokraciju i pravo Miko Tripalo, 265-294.
302. Stubbs, P. i Zrinščak, S. (2015). Citizenship and Social Welfare in Croatia: Clientelism –and the limits of ‘Europeanization’. *European Politics and Society*, 16(3), 395-410.
303. Stubbs, P. i Zrinščak, S. (2018). *ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare - Croatia*. Brussels: European Commission. Dostupno na: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?advSearchKey=ESPNhc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22 (Pristup: 11.12.2023.).
304. Suhrcke, M., McKee, M., Sauto Arce, R., Tsoleva, S. i Mortensen, J. (2005). *The contribution of health to the economy in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
305. Sulek, M. (2010a). On the classical meaning of philanthropy. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 39(3), 385–408.
306. Sulek, M. (2010b). On the modern meaning of philanthropy. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 39(2), 193–212.
307. Šimović, H., Mihelja Žaja, M. i Primorac, M. (2022). Fiscal (un)sustainability of the Croatian healthcare system: additional impact of the COVID-19 crisis. *Public Sector Economics*, 45(4), 495–515. <https://doi.org/10.3326/pse.45.4.5>

308. Šimunković, G. (2015). *Volonteri u zdravstvenim ustanovama*. Zagreb: Krijesnica – udruga za pomoć djeci i obiteljima suočenim s malignim bolestima.
309. Šimunković, G. i Babić, Z. (2022). Koncept socijalnih investicija u zdravstvenom sustavu. *Revija za socijalnu politiku*, 29 (3), 367-391. <https://doi.org/10.3935/rsp.v29i3.1813>
310. Škokić, P. i Škrabalo, M. (2022.). *Giving Croatia 2021. Report on the state of philanthropy*. Beograd: Catalyst Balkan. Dostupno na: <https://givingbalkans.org/hrvatska/node/7559> (Pristup: 11.12.2023.).
311. Šogorić, S., Vuletić, S., Kern, J. i Džakula, A. (2018). The value of Community Public Health Capacity Building – twelve years of the “Health-Plan for it” Program in Croatia. *Acta Med Croatica*, 72, 103-114.
312. Švaljek, S. (2014). The recent health reform in Croatia: True reforms or just a fundraising exercise? *Health Policy*, 115(1), 36–43. doi:10.1016/j.healthpol.2013.09.
313. Taylor, J. (1970). Introducing Social Innovation. *J. Appl. Behav. Sci.*, 6, 69–77.
314. Taylor-Gooby, P. (1999). ‘Hollowing out’ versus the new interventionism: Public attitudes and welfare futures. U: Taylor-Gooby, P. i Svallfors, S. (Ur.) *The end of the welfare state?: responses to state retrenchment*. London: Routledge, 1- 12.
315. Taylor-Gooby, P. (2004). *New Risks and Social Change*. U: Taylor-Gooby, P. (Ur.) *New Risks, New Welfare: The Transformation of the European Welfare State*. New York: Oxford University Press, 1-28.
316. Teasdale, S. (2008). *In Good Health. Assessing the impact of volunteering in the NHS*. London: Institute for Volunteering Research. Dostupno na: www.volunteering.org.uk/NR/rdonlyres/47F941B1-F3A2-4F4D-971E-9DCCD23408E2/0/in_good_health_final_report.pdf (Pristup: 3.12.2023.).
317. Theobald, H. (2012). Combining welfare mix and New Public Management: The case of long-term care insurance in Germany. *International Journal of Social Welfare*, 21.
318. Tonković, Ž., Marčelić, S. i Krolo, K. (2023). Tko su mladi volonteri? Uloga vrijednosti i političke participacije u objašnjenju volonterske motivacije. *Sociologija i prostor*, 61 (2023) 227 (2), 375-396. <https://doi.org/10.5673/sip.61.2.6>
319. Trnski, M. (2015). Prilog pojmovnom određenju europeizacije. *Međunarodne studije*, XV(4), 9-28.
320. UNGA - United Nations General Assembly (2002). *Resolution A/RES/56/38 Recommendations on Support for Volunteering*. New York. Dostupno na:

- <https://www.unv.org/sites/default/files/A%20RES%2056%2038.pdf> (Pristup: 29.5.2022.).
321. UNGA - United Nations General Assembly (2019). *Resolution A/RES/73/140 Volunteering for the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Dostupno na: <https://undocs.org/en/A/RES/73/140> (Pristup: 29.5.2022.).
322. UNV - United Nations Volunteers (2011). *State of the World's Volunteerism Report. Universal Values for Global Well-being*. Bonn: United Nations Volunteers.
323. UNV - United Nations Volunteers (2018a). *State of the World's Volunteerism Report 2018: The Thread that Binds. Volunteerism and community resilience*. Denmark: United Nations Volunteers.
324. UNV - United Nations Volunteers programme (2021). *2022 State of the World's Volunteerism Report. Building Equal and Inclusive Societies*. Dostupno na: https://swvr2022.unv.org/wp-content/uploads/2021/11/UNV_SWVR_2022.pdf (Pristup: 8.8.2022.).
325. UNV - United Nations Volunteers programme (2018b). *The Scope and Scale of Global Volunteering: Current Estimates and Next Steps*. Dostupno na: <https://www.unv.org/sites/default/files/The%20Scope%20and%20Scale%20SWVR2018%20final.pdf> (Pristup: 8.8.2022.).
326. Villadsen, K. (2011). Neo-Philanthropy. *Social Work & Society*, 9(2), 1-3.
327. Volunteer Scotland (2021). *Investing in Volunteers 2021*. Dostupno na: <https://investinginvolunteers.co.uk/wp-content/uploads/2021/03/IiV-2020-Standard.pdf> (Pristup: 20.2.2022.).
328. Volunteering Australia (2015). *The national standards for volunteer involvement*. Dostupno na: https://www.volunteeringaustralia.org/wp-content/uploads/National-Standards-Document-FINAL_Web.pdf (Pristup: 20.2.2022.).
329. Von Schnurbein, G., Rey-Garcia, M. i Neumayr, M. (2021). Contemporary Philanthropy in the Spotlight: Pushing the Boundaries of Research on a Global and Contested Social Practice. *Voluntas*, 32, 185–193. <https://doi.org/10.1007/s11266-021-00343-9>.
330. Vončina, L. (2023). *Dostupnost zdravstvene skrbi - Smjernice za razvoj javnih politika utemeljenih na dokazima*. Zagreb, Krijesnica - udruga za pomoć djeci i obiteljima suočenim s malignim bolestima.

331. Vončina, L. i Rubil, I. (2018). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Croatia*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
332. Vončina, L., Arur, A., Dorčić, F. i Pezelj-Duliba, D. (2018). *Universal Health Coverage in Croatia: reforms to revitalize primary health care*. Universal Health Care Coverage Series. Washington DC: World Bank Group.
333. Vončina, L., Džakula, A. i Mastilica, M. (2007). Health care funding reforms in Croatia: a case of mistaken priorities. *Health Policy*, 80(1), 144–57.
334. Vončina, L., Strizrep, T., Bagat, M., Pezelj-Duliba, D., Pavić, N. i Polašek, O. (2012). Croatian 2008–2010 health insurance reform: hard choices toward financial sustainability and efficiency. *Croatian Medical Journal*, 53(1), 66–76.
335. Vranješ, Ž. i Glavina, K. (2009). Od Zakladne bolnice do Kliničkoga bolničkog centra u Osijeku, *Medicinski vjesnik*, 41(3-4), 27-40.
336. Vretenar, N. (2022). Banka hrane kao hibridna organizacija. *Agroeconomia Croatica*, 12 (1), 59-68.
337. WHO - World Health Organization (2000). *The World health report 2000: health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization.
338. Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in psychology*. Third edition. New York: McGraw-Hill International.
339. Wit, A., Mensink, W., Einarsson, T. i Bekkers, R. (2017). Beyond Service Production: Volunteering for Social Innovation. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 48(2), 52S-71S. <https://doi.org/10.1177/0899764017734651>.
340. Youde, J. (2018). Philanthropy and global health. U: McInnes, C., Lee, K. i Youde, J. (Ur.), *The Oxford Handbook of Global Health Politics*. New York, NY: Oxford University Press, 505–518.
341. Young, H.P. (2011). The dynamics of social innovation. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 108, 4, 21285–21291. <https://doi.org/10.1073/pnas.1100973108>
342. *Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju*, Narodne novine, 85/2006.
343. *Zakon o doprinosima za obvezna osiguranja*, Narodne novine, 147/02, 175/03, 177/04.
344. *Zakon o doprinosima*, Narodne novine, 84/08, 152/08, 94/09, 18/11, 22/12, 144/12, 148/13, 41/14, 143/14, 115/16, 106/18, 33/23, 114/23.
345. *Zakon o financijskom poslovanju i računovodstvu neprofitnih organizacija*, Narodne novine, 121/14, 114/22.
346. *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o volonterstvu*, Narodne novine, 84/21.

347. *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o volonterstvu*, Narodne novine, 22/13.
348. *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju*, Narodne novine, 31/90-621.
349. *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju*, Narodne novine, 59/1990.
350. *Zakon o obaveznom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju*, Narodne novine, 85/06, 150/08, 71/10, 53/20, 120/21.
351. *Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju*, Narodne novine, 80/13, 137/13, 98/19
352. *Zakon o obveznim odnosima*, Narodne novine, 35/05, 41/08, 125/11, 78/15, 29/18, 126/21.
353. *Zakon o obveznom osiguranju*, Narodne novine, 94/2001.
354. *Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj*, Narodne novine, 80/13, 15/18, 26/21, 46/22.
355. *Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju*, Narodne novine, 150/2008.
356. *Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju*, Narodne novine, 80/13, 137/13, 98/19, 33/23.
357. *Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju*, Narodne novine, 85/2006.
358. *Zakon o plaćanju doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje*, Narodne novine, 114/01.
359. *Zakon o porezu na dobit*, Narodne novine, 177/04, 90/05, 57/06, 146/08, 80/10, 22/12, 148/13, 143/14, 50/16, 115/16, 106/18, 121/19, 32/20, 138/20, 114/22, 114/23.
360. *Zakon o porezu na dodanu vrijednost*, Narodne novine, 73/13, 99/13, 148/13, 153/13, 143/14, 115/16, 106/18, 121/19, 138/20, 39/22, 113/22, 33/23, 114/23.
361. *Zakon o porezu na dohodak*, Narodne novine, 115/16, 106/18, 121/19, 32/20, 138/20.
362. *Zakon o stopama doprinosa za zdravstveno osiguranje*, Narodne novine, 117/93, 95/94, 13/97, 13/98.
363. *Zakon o stopama doprinosa za zdravstveno osiguranje*, Narodne novine, 54/00.
364. *Zakon o zakladama*, Narodne novine, 106/18, 98/19, 151/22.
365. *Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju (pročišćeni tekst)*, Narodne novine, 12/91.
366. *Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju (pročišćeni tekst)*, Narodne novine, 8/89)
367. *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, Narodne novine, 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23.

368. *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, Narodne novine, 121/03.
369. *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, Narodne novine, 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 12/12, 35/12
370. *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, Narodne novine, 75/1993-1534.
371. *Zakon o zdravstvenom osiguranju*, Narodne novine, 1/1997.
372. *Zakon o zdravstvenom osiguranju*, Narodne novine, 75/93, 55/96, 1/97 - pročišćeni tekst, 109/97, 13/98, 88/98, 10/99, 34/99, 69/00, 59/01.
373. *Zakon o zdravstvenom osiguranju*, Narodne novine, 94/01.
374. *Zakonu o volonterstvu*, Narodne novine, 22/13.
375. *Zakonu o volonterstvu*, Narodne novine, 58/07.
376. *Zakonu o volonterstvu*, Narodne novine, 84/21.
377. Zrinščak, S. (1999). Sustavi zdravstvene politike u svijetu: osnovna obilježja i aktualni procesi, *Revija za socijalnu politiku*, 6(1), 3-19. <https://doi.org/10.3935/rsp.v6i1.312>
378. Zrinščak, S. (2000). Izazovi decentralizacije u zdravstvenom sustavu. *Hrvatska i komparativna javna uprava*, 2 (2), 223-240.
379. Zrinščak, S. (2006). Socijalna politika u procjepima globalizacije i europeizacije. U: Zrinščak, S. (Ur.) *Socijalna država u 21. stoljeću - privid ili stvarnost? Zbornik radova*. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1-27.
380. Zrinščak, S. (2007). Zdravstvena politika Hrvatske: u vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova, *Revija za socijalnu politiku*, 14(2), 193-220.
381. Zrinščak, S. (2019). Zdravstvena politika. U: Bežovan, G., Puljiz, V., Šućur, Z., Babić, Z., Dobrotić, I., Matković, T. i Zrinščak, S. (Ur.) *Socijalna politika Hrvatske*, 2. izdanje. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, 159 – 194.
382. Zrinščak, S. i Bežovan, G. (2007). Postaje li civilno društvo u Hrvatskoj čimbenikom društvenih promjena?. *Revija za socijalnu politiku*, 14 (1), 1-27. <https://doi.org/10.3935/rsp.v14i1.680>
383. Zrinščak, S. i Matković, T. (2006). Struktura troškova i usluga hrvatskoga zdravstvenog sustava, *Revija za socijalnu politiku*, 13(1), 115-123. <https://doi.org/10.3935/rsp.v13i1.436>
384. Zrinščak, S., Lakoš, I., Handy, F., Cnaan, R., Brudney, J.L., Haski-Leventhal, D., Holmes, K. i Hustinx, L. (2012). Volontiranje studenata u Zagrebu u komparativnom kontekstu. *Revija za socijalnu politiku*, 19(1), 25-48.

11. POPIS PRILOGA

Prilog 1 Anketa o kapacitetu i praksi zdravstvenih ustanova za implementaciju volontiranja i doniranja

Prilog 2 Poziv za sudjelovanje u istraživanju

Prilog 3 Informacije o istraživanju

Prilog 4 Preporuka Ministarstva zdravstva

Prilog 5 Preporuka Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora

Prilog 6 Protokol za provedbu intervjua

Prilog 7 Izjava o čuvanju povjerljivosti podataka

Prilog 8 Protokol za provedbu intervjua – studije slučaja

Prilog 9 Suglasnost za sudjelovanje

Prilog 10 Skraćeni prikaz glavnih rezultata prema istraživačkim pitanjima i metodama

Prilog 1 - Anketa o kapacitetu i praksi zdravstvenih ustanova za implementaciju volontiranja i doniranja

Poštovani,

pozivamo da se uključite u istraživanje o kapacitetu i praksi zdravstvenih ustanova za implementaciju volontiranja i doniranja. Istraživanjem se želi dobiti uvid u stanje volontiranja i doniranja u zdravstvenim ustanovama i analizirati njihov doprinos razvoju kombiniranog modela zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj.

Istraživanje se provodi u sklopu doktorskog rada pri Poslijediplomskom doktorskome studiju Socijalni rad i socijalna politika (Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet) od strane Gordane Šimunković, prof. soc. ped., asistentice pri Sveučilištu u Rijeci, Medicinski fakultet.

Vaše sudjelovanje nam je iznimno važno, pa Vas stoga molimo da odgovorite na sva pitanja. Informacije koje će se prikupiti anketom biti će obrađene skupno tako da neće biti moguće povezivanje odgovora s Vama osobno. Više informacija o istraživanju dostupno je: ovdje, a za dodatne informacije slobodno se obratite na gordana.simunkovic@medri.uniri.hr.

Za ispunjavanje ankete potrebno je 20 minuta. Pogodno je da ju ispuni osoba koja je upoznata s praksom i/ili (ako zdravstvena ustanova nema takvu praksu) sa stajalištem zdravstvene ustanove vezano uz volontiranje i prikupljanje donacija.

Uz zahvalu na doprinosu razvoju potencijala volontiranja i doniranja u zdravstvenim ustanovama, srdačan pozdrav,

Gordana

**I. OPĆI PODACI O ZDRAVSTVENOJ USTANOVI I OSOBI KOJA
ISPUNJAVA ANKETU**

1. Molimo da označite vrstu Vaše zdravstvene ustanove:

- a) Dom zdravlja
- b) Ustanova za zdravstvenu zaštitu
- c) Ustanova za zdravstvenu njegu
- d) Ustanova za palijativnu skrb
- e) Poliklinika
- f) Opća i specijalna bolnica
- g) Lječilište
- h) Klinika
- i) Klinička bolnica
- j) Klinički bolnički centar
- k) Državni zdravstveni zavodi
- l) Zavod za javno zdravstvo
- m) Zavod za hitnu medicinu
- n) Zavod za transfuzijsku medicinu
- o) Ostalo: _____

2. Djeluje li Vaša ustanova kao javna ili kao privatna ustanova?

- a) Javna ustanova
- b) Privatna ustanova

3. Koji je naziv Vaše ustanove?

4. Koja je Vaša uloga u zdravstvenoj ustanovi? *Moguće je više odgovora.*

- a) predstavnik/ica vodstva ustanove
- b) predstavnik/ica menadžmenta zdravstvene ustanove
- c) koordinator/ica volonterskog programa
- d) voditelj/ica odjela pri kojem se provodi volonterski program
- e) voditelj/ica odjela prema kojem se usmjerava velika količina donacija
- f) Ostalo: _____

II. PRAKSA IMPLEMENTACIJE VOLONTIRANJA

Pod pojmom „volontiranje“ ovdje se razumijeva dobrovoljno ulaganje osobnog vremena, truda, znanja i vještina kojima se obavljaju usluge ili aktivnosti za dobrobit druge osobe ili zajednice, a obavljaju ih osobe na način predviđen Zakonom o volonterstvu (NN 58/07, 22/13, 84/21) bez postojanja uvjeta isplate novčane nagrade ili potraživanja druge imovinske koristi za obavljeno volontiranje.

Organizator volontiranja u smislu ovoga Zakona može biti udruga, zaklada i fundacija, ustanova i svaka druga pravna osoba iz čijeg osnivačkog akta proizlazi da nije osnovana s ciljem stjecanja dobiti (neprofitna pravna osoba). Ustanove kojima je osnivač fizička osoba mogu biti organizatori volontiranja samo u dijelu neprofitnih aktivnosti.

5. Uključuje li Vaša ustanova volontere u obavljanje svakodnevne djelatnosti?

- a) Da
- b) Ne

Ako je odgovor na pitanje 5 „da“ tada odgovoriti na pitanja od 6. do 21. Ako je odgovor na pitanje 5 „ne“ tada ići na pitanje 22.

6. Koliko godina Vaša zdravstvena ustanova uključuje volontere u svoj rad? ____

7. Koliko često Vaša zdravstvena ustanova uključuje volontere u svoj rad?

- a) Svakodnevno.
- b) Tjedno.
- c) Mjesečno.
- d) Nekoliko puta godišnje.
- e) Jednom godišnje.

8. Tko je organizator volonterskog programa preko kojeg su volonteri uključeni u rad Vaše ustanove?

- a) Zdravstvena ustanova je organizator volonterskog programa
- b) Zdravstvena ustanova je korisnik volonterskog programa organiziranog od strane neke druge organizacije iz zajednice
- c) Zdravstvena ustanova je organizator volonterskog programa i korisnik volonterskog programa organiziranog od strane neke druge organizacije iz zajednice.
- d) Ostalo: ____

Ako je odgovor na pitanje 8 „b“ tada odgovoriti na pitanje 9. Ako je odgovor na pitanje 8 „ne“ tada ići na pitanje 10.

9. Tko je organizator volonterskog programa? (Moguće je više odgovora.)

- a) Udruga (uključujući i volonterski centar)
- b) Odgojno – obrazovna ustanova

- c) Ustanova socijalne skrbi
- d) Ostalo: _____

10. Suraduje li Vaša zdravstvena ustanova pri uključivanju volontera s poslovnim subjektima u dijelu tzv. korporativnog volontiranja?

- a) Da
- b) Ne

11. Koliko volontera je bilo uključeno u zadnjih 5 godina u rad Vaše zdravstvene ustanove? _____

12. Koji je prosječni godišnji broj volontera uključenih u rad Vaše zdravstvene ustanove? _____

13. Koliki je prosječni godišnji broj sati volontiranja u Vašoj zdravstvenoj ustanovi? _____

14. Na kojima aktivnostima su bili aktivni volonteri?

Direktne aktivnosti obuhvaćaju neposredan rad s korisnicima (konkretnim primateljima usluga; npr. pacijentima). Indirektne aktivnosti obuhvaćaju sve druge aktivnosti gdje je rad s korisnicima neposredan (npr. priprema materijala za radionice s djecom).

- a) Direktnim aktivnostima s korisnicima.
- b) Indirektnim aktivnostima.
- c) I direktnim i indirektnim aktivnostima.

15. Navedite tri najprisutnije direktne aktivnosti u koje su bili uključeni volonteri:

16. Navedite tri najprisutnije indirektne aktivnosti u koje su bili uključeni volonteri:

17. Koji su glavni razlozi za uključivanje volontera u navedene aktivnosti? *Moguće je više odgovora.*

- a) Situacija uzrokovana nedostatkom ljudskih resursa.
- b) Situacija uzrokovana nedostatkom financijskih resursa.
- c) Situacija uzrokovana povećanim obimom posla.
- d) Želja da se izgradi veće povjerenje među članovima zajednice.
- e) Želja da se poveća doprinos ispunjenu svrhe i ciljeva zdravstvene ustanove.
- f) Želja da se poveća razna kvalitete usluga.
- g) Želja da se doprinese razvoju inovativnih aktivnosti.
- h) Ostalo: _____

18. Na koje aktivnosti bi još voljeli uključiti volontere? _____

19. Jeste li uočili promijene u uključivanju volontera tijekom epidemije COVID-19?

- a) Da
- b) Ne

Ako je odgovor na pitanje 19 „da“ tada odgovoriti na pitanje 20. Ako je odgovor „ne“ onda ići na pitanje 21.

20. Koje ste promjene uočili u uključivanju volontera tijekom epidemije COVID-19?

Moguće je više odgovora.

- a) Povećanje broja uključenih volontera
- b) Smanjenje broja uključenih volontera
- c) Drugачiju strukturu volontera (navesti koju; npr. po dobi, edukaciji ili dr.)
- d) Ostalo: _____

21. Na kojim su aktivnostima tijekom epidemije COVID-19 volonteri bili najviše uključeni? _____

22. (Ako nema volonterski program) Koliko je Vaša zdravstvena ustanova zainteresirana za pokretanjem svojeg volonterskog programa (tj. da Vaša ustanova planira pozicije na kojima će biti uključeni volonteri, traži i odabire volontere, educira volontere, prati njihovo volontiranje, nagrađuje itd.).

Molimo procijenite u rasponu od 1 do 5 (1 - uopće nemamo interes, 5 - izrazito smo zainteresirani).

23. (Ako nema volonterski program) Koliki je interes Vaše zdravstvene ustanove za uključivanjem volontera u sklopu volonterskih programa drugih organizatora volontiranja (tj. gdje će druga organizacija tražiti i odabrati volontere koji će volontirati u Vašoj ustanovi, educirati ih, pratiti njihovo volontiranje, nagrađivati itd.).

Molimo procijenite u rasponu od 1 do 5 (1 - uopće nemamo interes, 5 - izrazito smo zainteresirani).

24. (Ako ima volonterski program) Koliko trenutna praksa uključivanja volontera u Vašu zdravstvenu ustanovu otvara mogućnost za razvoj inovacija u pružanju usluga (nove načine pružanja usluga, suradnje s korisnicima/pacijentima, suradnje s drugim dionicima)?

Molimo procijenite u rasponu od 1 do 5 (1 - uopće ne, 5 - u potpunosti).

25. (Ako nema volonterski program) Koliko bi potencijalno uključivanje volontera u Vašu zdravstvenu ustanovu otvorilo mogućnost za razvoj inovacija u pružanju usluga (npr. nove načine pružanja usluga, suradnje s korisnicima/pacijentima, suradnje s drugim dionicima)?

Molimo procijenite u rasponu od 1 do 5 (1 - uopće ne, 5 - u potpunosti).

26. (Ako ima volonterski program) Koliko trenutna praksa Vaše zdravstvene ustanove u uključivanju volontera, omogućuje kvalitetnije pružanje usluga?

Molimo procijenite u rasponu od 1 do 5 (1 - uopće ne, 5 - u potpunosti).

27. (Ako nema volonterski program) Koliko bi uključivanje volontera u Vašu zdravstvenu ustanovu omogućilo kvalitetnije pružanje usluga?

Molimo procijenite u rasponu od 1 do 5 (1 - uopće ne, 5 - u potpunosti).

III. PRAKSA PRIKUPLJANJA DONACIJA

28. Prima li Vaša zdravstvena ustanova donacije u novcu od pojedinaca?

- a) Da
- b) Ne

29. Koliko dugo Vaša zdravstvena ustanova prima donacije u novcu od pojedinaca (fizička osoba):

- a) Manje od jedne godine.
- b) Jednu godinu.
- c) Dvije godine.
- d) Tri godine.
- e) Više od 3 godina.

30. Prima li Vaša zdravstvena ustanova donacije u novcu od pravnih osoba?

- c) Da
- d) Ne

31. Koliko dugo Vaša zdravstvena ustanova prima donacije u novcu od pravnih osoba:

- f) Manje od jedne godine.
- g) Jednu godinu.
- h) Dvije godine.
- i) Tri godine.
- j) Više od 3 godine.

32. Koliko često Vaša zdravstvena ustanova prikuplja donacije?

- f) Svakodnevno.
- g) Tjedno.
- h) Mjesečno.
- i) Nekoliko puta godišnje.
- j) Jednom godišnje.

33. Koliki iznos donacija u novcu je Vaša ustanova primila na godišnjoj razini za pojedinu navedenu godinu? *Molimo da navedete iznose u kunama.*

- a) 2021. godine:
- b) 2020. godine:
- c) 2019. godine:
- d) 2018. godine:
- e) 2017. godine:

34. Prima li Vaša zdravstvena ustanova donacije u robi i imovini od pojedinaca (fizičkih osoba)?

- a) Da

b) Ne

35. Prima li Vaša zdravstvena ustanova donacije u robi i imovini od pravnih osoba?

c) Da

d) Ne

36. Kolika je novčana vrijednost (u kunama) materijalnih dobara u obliku robe i imovine od pojedinaca i pravnih osoba koje je Vaša ustanova primila u prosjeku na godišnjoj razini zadnjih 5 godina?

37. Djeluje li u užoj ili široj zajednici zaklada čija je svrha doprinos ostvarivanju ciljeva Vaše zdravstvene ustanove?

e) Da

f) Ne

38. Koliko dugo djeluje zaklada:

a) Manje od jedne godine.

b) Jednu godinu.

c) Dvije godine.

d) Tri godine.

e) Više od 3 godina.

39. Kolika je novčana vrijednost (u kunama) koju je Vaša ustanova primila u prosjeku na godišnjoj razini zadnjih 5 godina od zaklade čija je svrha doprinos ostvarivanju ciljeva Vaše zdravstvene ustanove?

40. Koliko je Vaša zdravstvena ustanova upoznata s registracijom i djelovanjem zaklada?

Molimo procijenite u rasponu od 1 do 5 (1 - uopće ne, 5 - u potpunosti).

41. Za koju svrhu najčešće Vaša ustanova usmjerava prikupljene donacije?

42. Koji su glavni razlozi Vaše ustanove za prikupljanje donacija? *Moguće je zaokružiti više odgovora.*

i) Situacija uzrokovana nedostatkom ljudskih resursa.

j) Situacija uzrokovana nedostatkom financijskih resursa.

k) Situacija uzrokovana povećanim obimom posla.

l) Želja da se izgradi veće povjerenje među članovima zajednice.

m) Želja da se poveća doprinos ispunjenu svrhe i ciljeva zdravstvene ustanove.

n) Želja da se poveća razina kvalitete usluga.

o) Želja da se doprinese razvoju inovativnih aktivnosti.

p) Želja da se omoguće dodatna ulaganja u razvoj usluga.

q) Ostalo: ____

43. Jeste li uočili promijene u prikupljanju donacija tijekom epidemije COVID-19?

- c) Da
- d) Ne

Ako je odgovor na pitanje 43 „da“ tada odgovoriti na pitanje 44. Ako je odgovor „ne“ tada ići na pitanje 45.

44. Koje ste promjene uočili u prikupljanju donacija tijekom epidemije COVID-19?

- e) Povećanje donacija
- f) Smanjenje donacija
- g) Drugačiju strukturu donacija (npr. više novčanih donacija, više darovanja u robi i dr.)
- h) Ostalo: _____

45. Koliko praksa Vaše zdravstvene ustanove u prikupljanju donacija, omogućuje razvoj inovacija (nove načine pružanja usluga, suradnje s korisnicima/pacijentima, suradnje s drugim dionicima)?

Molimo procijenite u rasponu od 1 do 5 (1 - uopće ne; 5 - u potpunosti).

46. Koliki je udio zaprimljenih donacija u ukupnoj strukturi prihoda zdravstvene ustanove?

- a) Nema zaprimljenih donacija.
- b) Manje od 2 %.
- c) Od 3 % do 5 %.
- d) Od 6% do 10 %.
- e) Od 11% do 20 %.
- f) Od 21% do 30 %.
- g) Od 31 % do 40 %.
- h) Od 41 % do 50 %.
- i) Više od 51%.
- j) Nije mi poznato.

IV. KAPACITETI USTANOVE ZA IMPLEMENTACIJU VOLONTIRANJA

Tvrdnje ispred Vas slijede standarde kvalitete volonterskih programa za organizatore volontiranja. Njima se želi dobiti uvidu kapacitete i praksu zdravstvenih ustanova u implementaciji resursa volontiranja u svoje djelovanje.

Molimo da za tvrdnje u nastavku zabilježite koliko se odnose na Vašu zdravstvenu ustanovu. Mogući odgovori su: *Uopće se ne odnosi*, *Uglavnom se ne odnosi*, *Niti se odnosi*, *niti se ne odnosi*, *Uglavnom se odnosi*, *U potpunosti se odnosi*.

Kriterij kvalitete	Uopće se ne odnosi	Uglavnom se ne odnosi	Niti se odnosi, niti se ne odnosi	Uglavnom se odnosi	U potpunosti se odnosi
Strateško promišljanje o uključivanju volontera					
Upravljačko tijelo zdravstvene ustanove donijelo je odluku o ključnoj ulozi volontera u ostvarivanju ciljeva zdravstvene ustanove					
Svi zaposlenici su upoznati s uključivanjem volontera u organizaciju.					
Svi zaposlenici prihvaćaju uključivanje volontera u organizaciju.					
Volonterima su za obavljanje njihovih zadataka dodijeljeni odgovarajući prostor i oprema.					
Planiranje volonterskog programa					
Zdravstvena ustanova priprema i planira volonterski program.					
Predviđena su materijalna i financijska sredstva za uključivanje volontera.					
Koordinacija volonterskog programa u organizaciji					
Postoji kontakt osoba ili osobe zadužene za koordinaciju volonterskog programa u organizaciji, s jasnim pravima i odgovornostima					
Koordinator volonterskog programa surađuje sa zaposlenicima unutar zdravstvene ustanove u provedbi volonterskog programa.					
Koordinator volonterskog programa surađuje s drugim dionicima iz zajednice u provedbi volonterskog programa (volonterski centri, drugi OCD-i, tijela državne uprave).					
Volonteri poznaju procedure unutar volonterskog programa.					
Volonteri poznaju nadležnosti unutar volonterskog programa.					
Praćenje i ispunjavanje pravne regulative za volontiranje u RH					
Zdravstvena ustanova djeluje u skladu s odredbama Zakona o volonterstvu (NN 58/07; 22/13; 84/21) .					
Zdravstvena ustanova djeluje u skladu s odredbama Etičkog kodeksa volontera (NN 55/2008) .					
Prava volontera su jasno definirana i volonteri ih prihvaćaju.					
Obveze volontera su jasno definirane i volonteri ih prihvaćaju.					
Zdravstvena ustanova ima sklopljen ugovor volontiranju (usmeni ili pismeni) s volonterima prema Zakonu o volonterstvu (NN 58/07; 22/13).					
Zdravstvena ustanova procjenjuje rizik za svaku volontersku poziciju.					
Zdravstvena ustanova u skladu s procijenjenim rizikom za svaku volontersku poziciju poduzima korake za osiguranje volontera.					
Izrada opisa volonterske pozicije					

Opisi volonterskih pozicija odražavaju potrebe Zdravstvena ustanova.							
Opisi volonterskih pozicija uključuju pismene opise koji sadrže dužnosti, odgovornosti, očekivane rezultate, potrebna znanja i vještine, potrebno vrijeme i koristi od volontiranja.							
Pronalazak volontera							
Pronalaženje volontera radi se prema potrebama i kapacitetima organizacije.							
Pronalaženje volontera provodi se sukladno opisu volonterske pozicije.							
Odabir volontera							
Zdravstvena ustanova ima jasne kriterije za odabir volontera koji su u skladu s opisom volonterske pozicije							
Osobe zainteresirane za volontiranje dobivaju jasne informacije o postupku odabira i uključivanja volontera.							
Orijentacija i obuka							
Volonteri se upoznaju i informiraju o odlukama i pravilnicima koji se odnose na njihovu ulogu u organizaciji.							
Svi novi volonteri su upoznati s relevantnim zaposlenicima.							
Svi novi volonteri su upoznati s drugim volonterima.							
Svi novi volonteri su upoznati s korisnicima s kojima će doći u kontakt.							
Volonteri imaju odgovarajuću obuku za obavljanje svoje uloge.							
Podrška i supervizija							
Zdravstvena ustanova nudi podršku (ili jedan-na-jedan i/ili grupno) koja je relevantna za razinu odgovornosti i emocionalnog angažmana za obavljanje volonterske uloge.							
Svi volonteri znaju koji oblici podrške organizacija nudi.							
Svi volonteri znaju i kome se mogu obratiti u vezi svoje volonterske pozicije.							
Vrednovanje i nagrađivanje							
Zdravstvena ustanova je razvila formalni sustav nagrađivanja volontera na temelju uloženog vremena, kontinuirane evaluacije ili praćenja rezultata rada volontera.							
Zdravstvena ustanova je razvila neformalni sustav nagrađivanja volontera na temelju uloženog vremena, kontinuirane evaluacije ili praćenja rezultata rada volontera.							
Zdravstvena ustanova omogućuje praćenje stjecanja i nadogradnje različitih vještina, znanja i kompetencija uključenih volontera.							

V. KAPACITETI USTANOVE ZA PRIKUPLJANJE DONACIJA

Tvrdnje ispred Vas slijede korake projektnog menadžmenta. Njima se želi dobiti uvid u kapacitete i praksu zdravstvenih ustanova za prikupljanje donacija.

Molimo da za tvrdnje u nastavku zabilježite koliko se odnose na Vašu zdravstvenu ustanovu. Mogući odgovori su: *Uopće se ne odnosi*, *Uglavnom se ne odnosi*, *Niti se odnosi*, *niti se ne odnosi*, *Uglavnom se odnosi*, *U potpunosti se odnosi*.

Faze i koraci pojedine faze	Uopće se ne odnosi	Uglavnom se ne odnosi	Niti se odnosi, niti se ne odnosi	Uglavnom se odnosi	U potpunosti se odnosi
Početno planiranje					
Određeno je za koju svrhu će se usmjeriti donacije.					
Postavljen je opći, dugoročni cilj prikupljanja donacija.					
Oblikovan je plan evaluacije prikupljanja donacija (kako se prikupljalo, koliko se prikupilo, kako su se donacije usmjerile, kako se komunicira s donatorima).					
Oblikovan je plan procjene potrebnih resursa (financijskih, ljudskih, tehničkih i dr.) za prikupljanje donacija.					
Analiza ciljane skupine donatora					
Identificirana je ciljna skupina donatora prema kojoj se usmjerava zamolba za donacijom.					
Identificirane su želje, potrebe i preferencije ciljane skupine donatora.					
Prema identificiranim željama, potrebama i preferencijama kreirani su poželjni načini pristupa prema ciljnoj skupini donatora.					
Analiza konteksta za doniranje					
Određeno je koja se donacija traži od potencijalnih donatora i koliko.					
Određeno je gdje i kako potencijalni donatori mogu dati donacije.					
Identificirani su suradnici i partneri koji mogu pružiti podršku, dati svoje resurse i dr. za prikupljanje donacija.					
Analiza kanala komunikacije s potencijalnim donatorima					
Identificirane su pogodne poruke za komunikaciju s potencijalnim donatorima.					
Razvijeni su materijali za pristup potencijalnim donatorima.					
Određeno je na koji način će poruka doći do donatora (tj. koji će se kanali koristiti za komunikaciju).					
Implementacija i praćenje					
Vodi se dokumentacija o prikupljenim donacijama i njihovom usmjeravanju za traženu svrhu.					
Prati se koliko je prikupljanje donacija u skladu s planiranim.					
Prema potrebi prilagođava se pristup u prikupljanju donacija.					
Suradnike i partnere se informira o prikupljenim donacijama: kako su one usmjerene za traženu svrhu i koji je njihov učinak.					
Donatore se informira o prikupljenim donacijama: kako su one usmjerene za traženu svrhu i koji je njihov učinak.					
Vrednovanje učinka					
Vrednuje se utjecaj načina komunikacije o donacijama na potencijalne donatore.					
Vrednuje se utjecaj načina komunikacije o donacijama na donatore.					
Vrednuje se učinak usmjeravanja donacija za traženu svrhu.					

VI. SPREMNOST ZDRAVSTVENE USTANOVE ZA IMPLEMENTACIJU VOLONTIRANJA

Molimo da za svako pitanje u nastavku procijenite koja od navedenih tvrdnji najviše vrijedi za Vašu zdravstvenu ustanovu. Za svako pitanje potrebno je zabilježiti samo jednu tvrdnju.

Koji je stav vodstva Vaše zdravstvene ustanove prema volontiranju u zdravstvenim ustanovama?

Ovdje se pod vodstvom razumijeva upravno vijeće, ravnatelj i zamjenik ravnatelja.

***Podobljanje** označava kako se tvrdnja razlikuje od prethodne faze. Molim izaberite samo jedan od ponuđenih odgovora.*

Zabilježi x	Tvrdnja
	Vodstvo vjeruje da volontiranje nije za implementaciju u zdravstvenoj ustanovi.
	Vodstvo vjeruje da bi se volontiranje moglo implementirati, ali ne misli da ga se treba implementirati.
	Dio vodstva vjeruje da bi volontiranje moglo koristiti zdravstvenoj ustanovi , no to ne smatraju prioritetom i ne pokazuju neposrednu motivaciju da se to ostvari.
	Dio vodstva vjeruje da je volontiranje korisno i da je potrebno uložiti određena nastojanja da se implementira. Neki su pasivni podupiratelji.
	Dio vodstva sudjeluje u razvoju ili provedbi nastojanja za implementaciju volontiranja kao član grupe koja radi na njima ili podržava dodjelu sredstava za njih.
	Dio vodstva ima ključnu ulogu pri razvijanju i/ili provedbi tih nastojanja bilo kroz vođenje sastanaka o tome ili javno govoreći u prilog tome i dr.
	Dio vodstva ima ključnu ulogu u osiguravanju ili poboljšanju dugoročne održivosti nastojanja za implementaciju volontiranja, npr. dodjelom dugoročnih sredstava.
	Dio vodstva ima ključnu ulogu u proširenju i poboljšanju nastojanja za implementaciju volontiranja kroz njihovu procjenu i izmjenu, traženje novih resursa , pomaganje u razvoju i sl.
	Dio vodstva neprestano pregledava rezultate evaluacije nastojanja za implementaciju volontiranja i u skladu s tim mijenja financijsku potporu.

Koji je stav Vaše zdravstvene ustanove prema volontiranju u zdravstvenim ustanovama?

Podabljanje označava kako se tvrdnja razlikuje od prethodne faze. Molim izaberite samo jedan od ponuđenih odgovora.

Zabilježi x	Tvrdnja
	Djelatnici smatraju da volontiranje nije za implementaciju u zdravstvenoj ustanovi.
	Djelatnici vjeruju da bi volontiranje moglo biti za implementaciju u zdravstvenoj ustanovi, ali ne misli da ga se može ili treba koristiti.
	Neki djelatnici vjeruju da bi se volontiranje moglo implementirati u zdravstvenoj ustanovi, ali to ne smatraju prioritetom i ne pokazuju motivaciju da djeluju oko toga.
	Neki djelatnici vjeruju da je volontiranje korisno za zdravstvenu ustanovu i da je potrebno uložiti određeno nastojanje kako bi se implementiralo. Neki su pasivni podupiratelji.
	Neki djelatnici sudjeluju u razvoju ili provedbi nastojanja implementacije volontiranja i to kroz radne sastanke u temi volontiranja i sl.
	Neki djelatnici imaju ključnu ulogu u razvoju i/ili provedbi nastojanja implementacije volontiranja, kao članovi radnih grupa i dr.
	Neki djelatnici imaju ključnu ulogu u osiguravanju ili poboljšanju dugoročne održivosti nastojanja implementacije volontiranja.
	Većina djelatnika snažno podržava implementaciju volontiranja u zdravstvenu ustanovu i razina njihova sudjelovanja je visoka.
	Većina djelatnika u velikoj mjeri podržava nastojanja implementacije volontiranja u zdravstvenu ustanovu i ujedno zahtijevaju odgovorno odnošenje prema njoj.

Koliko mnogo djelatnici Vaše zdravstvene ustanove znaju o volontiranju u zdravstvenim ustanovama?

Podabljanje označava kako se tvrdnja razlikuje od prethodne faze. Molim izaberite samo jedan od ponuđenih odgovora.

Zabilježi x	Tvrdnja
	Djelatnici nemaju saznanja.
	Nekoliko djelatnika ima neka znanja no dio djelatnika ima zablude ili netočno znanje .
	Neki djelatnici čuli su malo više o no među nekim djelatnicima mogu postojati zablude .
	Neki djelatnici znaju malo o specifičnostima volontiranja u zdravstvenim ustanovama (kako pronaći volontere, kako ih selekcionirati, kako ih pratiti i dr.) .
	Neki djelatnici znaju nešto o specifičnostima volontiranja u zdravstvenoj ustanovi (zašto koristiti, na kojim aktivnostima uključiti volontere i dr.).
	Neki djelatnici znaju nešto o specifičnostima volontiranja u zdravstvenoj ustanovi, a neki imaju i znanje o tome koliko se implementira i koji je njegov učinak .
	Neki djelatnici znaju mnogo o specifičnostima volontiranja u zdravstvenim ustanovama, a neki imaju neko znanje o tome koliko se implementira i koji je njegov učinak.
	Većina djelatnika zna mnogo o specifičnostima volontiranja u zdravstvenoj ustanovi, a neki imaju puno znanja o tome koliko se implementira i koji je njegov učinak.
	Većina djelatnika ima detaljno znanje o volontiranju u zdravstvenoj ustanovi, poznaje detaljne informacije o njegovim specifičnostima, implementaciji i utjecaju.

Koji su resursi korišteni u implementaciji volontiranja u Vašu zdravstvenu ustanovu ili bi se mogli koristiti?

Podobljanje označava kako se tvrdnja razlikuje od prethodne faze. Molim izaberite samo jedan od ponuđenih odgovora.

Zabilježi x	Tvrdnja
	Nema dostupnih sredstava za (daljnja) nastojanja implementiranja volontiranja.
	Na raspolaganju su vrlo ograničeni resursi (prostorni, ljudski i sl.) koji bi se mogli koristiti za implementaciju i ne poduzimaju se nikakve aktivnosti za dodjelu sredstava.
	Postoje neki resursi (npr. prostor, stručnjaci, sredstva iz drugih izvora itd.) koji bi se mogli koristiti za implementaciju no radnji za dodjelu tih sredstava je malo ili ih nema.
	Identificirani su neki resursi koji bi se mogli koristiti za implementaciju volontiranja i neki djelatnici su istražili ili razmatraju neke od njih.
	Identificirani su neki resursi koji bi se mogli koristiti i neki djelatnici aktivno rade na njima (npr. prikupljanje donacija, pišu prijedloge za bespovratna sredstava i dr.)
	Dobiveni su i/ili dodijeljeni novi resursi za podršku implementaciji volontiranja.
	Znatan dio dodijeljenih sredstava za nastojanja dolazi iz stabilnih i sigurnih izvora.
	Znatan dio dodijeljenih sredstava dolazi iz stabilnih i sigurnih izvora i uz njih djelatnici traže dodatne izvore za provedbu novih nastojanja.
	Osigurani su različiti izvori i sredstva, očekuje se da će implementacija volontiranja biti kontinuirana i postoji dodatna podrška za implementaciju.

VII. SPREMNOST ZDRAVSTVENE USTANOVE ZA PRIKUPLJANJE DONACIJA

Molimo da za svako pitanje u nastavku procijenite koja od navedenih tvrdnji najviše vrijedi za Vašu zdravstvenu ustanovu. Za svako pitanje potrebno je zabilježiti samo jednu tvrdnju.

Područje: Koji je stav vodstva Vaše zdravstvene ustanove prema resursu doniranja?

Ovdje se pod vodstvom razumijeva upravno vijeće, ravnatelj i zamjenik ravnatelja.

***Podobljanje** označava kako se tvrdnja razlikuje od prethodne faze. Molim izaberite samo jedan od ponuđenih odgovora.*

Zabilježi x	Tvrdnja
	Vodstvo vjeruje da doniranje nije za implementaciju u zdravstvenoj ustanovi.
	Vodstvo vjeruje da bi doniranje moglo biti za implementaciju u zdravstvenoj ustanovi, ali ne misli da ga se može ili treba implementirati.
	Dio vodstva vjeruje da bi doniranje moglo koristiti zdravstvenoj ustanovi , no to ne smatraju prioritetom i ne pokazuju neposrednu motivaciju da se to ostvari.
	Dio vodstva vjeruje da je doniranje korisno za zdravstvenu ustanovu i da je potrebno uložiti određena nastojanja kako bi se implementiralo. Neki su pasivni podupiratelji.
	Dio vodstva sudjeluje u razvoju ili provedbi nastojanja za implementaciju doniranja kao član grupe koja radi na njima ili podržava dodjelu sredstava za njih.
	Dio vodstva ima ključnu ulogu pri razvijanju i/ili provedbi tih nastojanja bilo kroz vođenje sastanaka o tome ili javno govoreći u prilog tome i dr.
	Dio vodstva ima ključnu ulogu u osiguravanju ili poboljšanju dugoročne održivosti nastojanja za implementaciju doniranja, npr. dodjelom dugoročnih sredstava.
	Dio vodstva ima ključnu ulogu u proširenju i poboljšanju nastojanja za implementaciju doniranja kroz njihovu procjenu i izmjenu, traženje novih resursa, pomaganje u razvoju i sl.
	Dio vodstva neprestano pregledava rezultate evaluacije nastojanja za implementaciju doniranja i u skladu s tim mijenja financijsku potporu.

Koji je stav Vaše zdravstvene ustanove prema doniranju u zdravstvenim ustanovama?

Podobljanje označava kako se tvrdnja razlikuje od prethodne faze. Molim izaberite samo jedan od ponuđenih odgovora.

Zabilježi x	Tvrdnja
	Djelatnici smatraju da doniranje nije za implementaciju u zdravstvenoj ustanovi.
	Djelatnici vjeruju da bi doniranje moglo biti za implementaciju u zdravstvenoj ustanovi, ali ne misli da ga se može ili treba koristiti.
	Neki djelatnici vjeruju da bi se doniranje moglo implementirati u zdravstvenoj ustanovi, ali to ne smatraju prioritetom i ne pokazuju motivaciju da djeluju oko toga.
	Neki djelatnici vjeruju da je doniranje korisno za zdravstvenu ustanovu i da je potrebno uložiti određeno nastojanje kako bi se implementiralo. Neki su pasivni podupiratelji.
	Neki djelatnici sudjeluju u razvoju ili provedbi nastojanja implementacije doniranja i to kroz radne sastanke u temi volontiranja i sl.
	Neki djelatnici imaju ključnu ulogu u razvoju i/ili provedbi nastojanja implementacije doniranja, kao članovi radnih grupa i dr.
	Neki djelatnici imaju ključnu ulogu u osiguravanju ili poboljšanju dugoročne održivosti nastojanja implementacije doniranja.
	Većina djelatnika snažno podržava implementaciju doniranja u zdravstvenu ustanovu i razina njihova sudjelovanja je visoka.
	Većina djelatnika u velikoj mjeri podržava nastojanja implementacije doniranja u zdravstvenu ustanovu i ujedno zahtijevaju odgovorno odnošenje prema njoj.

Koliko mnogo djelatnici Vaše zdravstvene ustanove znaju o doniranja u zdravstvenim ustanovama?

Podabljanje označava kako se tvrdnja razlikuje od prethodne faze. Molim izaberite samo jedan od ponuđenih odgovora.

Zabilježi x	Tvrdnja
	Djelatnici nemaju saznanja.
	Nekoliko djelatnika ima neka znanja no dio djelatnika ima zablude ili netočno znanje .
	Neki djelatnici čuli su malo više no među nekim djelatnicima mogu postojati zablude .
	Neki djelatnici znaju malo o specifičnostima doniranja zdravstvenim ustanovama (zašto koristiti, gdje i kako usmjeriti, kako izvještavati o njima i dr.) .
	Neki djelatnici znaju nešto o specifičnostima doniranja zdravstvenoj ustanovi (zašto koristiti, gdje i kako usmjeriti, kako izvještavati o njima i dr.).
	Neki djelatnici znaju nešto o specifičnostima doniranja zdravstvenoj ustanovi, a neki imaju i znanje o tome koliko se implementira i koji je njegov učinak .
	Neki djelatnici znaju mnogo o specifičnostima doniranja zdravstvenim ustanovama, a neki imaju neko znanje o tome koliko se implementira i koji je njegov učinak.
	Većina djelatnika zna mnogo o specifičnostima doniranja zdravstvenoj ustanovi, a neki imaju puno znanja o tome koliko se implementira i koji je njegov učinak.
	Većina djelatnika ima detaljno znanje o doniranju zdravstvenoj ustanovi, poznaje detaljne informacije o njegovim specifičnostima, implementaciji i utjecaju.

Koji su resursi korišteni u implementaciji doniranja u Vašu zdravstvenu ustanovu ili bi se mogli koristiti?

Podobljanje označava kako se tvrdnja razlikuje od prethodne faze. Molim izaberite samo jedan od ponuđenih odgovora.

Zabilježi x	Tvrdnja
	Nema dostupnih sredstava za (daljnja) nastojanja implementiranja doniranja.
	Na raspolaganju su vrlo ograničeni resursi (prostorni, ljudski i sl.) koji bi se mogli koristiti za implementaciju i ne poduzimaju se nikakve aktivnosti za dodjelu sredstava.
	Postoje neki resursi (npr. prostor, stručnjaci, sredstva iz drugih izvora itd.) koji bi se mogli koristiti za implementaciju no radnji za dodjelu tih sredstava je malo ili ih nema.
	Identificirani su neki resursi koji bi se mogli koristiti za implementaciju doniranja i neki djelatnici su istražili ili razmatraju neke od njih.
	Identificirani su neki resursi koji bi se mogli koristiti za implementaciju doniranja i neki djelatnici aktivno rade na njima.
	Dobiveni su i/ili dodijeljeni novi resursi za podršku implementaciji doniranju.
	Znatan dio dodijeljenih sredstava za nastojanja dolazi iz stabilnih i sigurnih izvora.
	Znatan dio dodijeljenih sredstava dolazi iz stabilnih i sigurnih izvora i uz njih djelatnici traže dodatne izvore za provedbu novih nastojanja.
	Osigurani su različiti izvori i sredstva, očekuje se da će implementacija doniranja biti kontinuirana i postoji dodatna podrška za implementaciju.

Zahvaljujemo Vam se na popunjavanju ovog upitnika.

Prilog 2 - Poziv za sudjelovanje u istraživanju

Ime i prezime

Adresa

Predmet: Poziv za sudjelovanje u istraživanju

Poštovani,

za potrebe završetka doktorskog studija pri Poslijediplomskom doktorskome studiju socijalnog rada i socijalne politike, Pravni fakultet, Sveučilište u Zagrebu, provodim pod mentorstvom prof. dr. sc. Gojkom Bežovanom i izv. prof. dr. sc. Jelenom Matančević istraživanje u temi *Analiza doprinosa volontiranja i doniranja razvoju kombiniranog modela zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj*.

Cilj istraživanja je *procijeniti doprinose volontiranja i doniranja razvoju kombiniranog modela zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj*.

U sklopu istraživanja predviđena je provedba fokusnih grupa/intervjua kako bi se stekao dublji uvid u temu istraživanja.

Vas prepoznajem kao značajnu osobu koja svojim iskustvom može značajno doprinijeti istraživanju. Molimo Vas da prihvatite sudjelovanje u istraživanju kroz uključenost u intervju.

Sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno i povjerljivo. U svakoj fazi možete iz bilo kojeg razloga prekinuti i odustati od sudjelovanja. Nigdje se neće spominjati Vaše ime i prezime ili bilo koji osobni podaci. Rezultati sudionika u istraživanju prikazat će se skupno.

Fokusna grupa/intervju traje oko 45 minuta i snima se u svrhu kasnije analize.

Detaljnije informacije o istraživanju nalazi se u priritku. Za dodatna pitanja možete koristiti kontakt: Gordana Šimunković, gordana.simunkovic@medri.uniri.hr.

Unaprijed hvala,

Gordana Šimunković, prof. soc. ped.

Prilog 3 - Informacije o istraživanju

Analiza doprinosa volontiranja i doniranja razvoju kombiniranog modela zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj

Provoditeljica istraživanja: Gordana Šimunković, prof. soc. ped.,
gordana.simunkovic@medri.uniri.hr

Polaznica Poslijediplomskog doktorskog studija socijalnog rada i socijalne politike, Pravni fakultet, Sveučilište u Zagrebu (smjer: Socijalna politika)

Asistentica pri Katedri za društvene i humanističke znanosti u medicini i Katedri socijalne medicine i epidemiologije, Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet

Mentori:

prof. dr. sc. Gojko Bežovan, Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada, Sveučilište u Zagrebu

izv. prof. dr. sc. Jelena Matančević, Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada, Sveučilište u Zagrebu

Cilj istraživanja:

Procijeniti doprinose volontiranja i doniranja razvoju kombiniranog modela zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj.

Istraživačka pitanja:

1. Kakva su obilježja kombiniranog (engl. *welfare mix*) modela zdravstvene zaštite, u aspektima financiranja i pluralizma pružatelja usluga?
2. Kakav je kapacitet i praksa zdravstvenih ustanova u implementaciji volontiranja?
3. Kakav je kapacitet i praksa zdravstvenih ustanova u implementaciji doniranja?

Metode prikupljanja podataka

Kao primarne metode, koristit će se *policy* analiza, anketno istraživanje, fokusne grupe i studije slučaja (analiza dokumenata i intervjui).

U policy analizi biti će fokus na strukturi i obilježjima financiranja zdravstvenih ustanova (tko financira zdravstvenu zaštitu), strukturi i obilježjima pružatelja usluga u zdravstvenim ustanovama (tko pruža usluge zdravstvene zaštite) i koje su značajne promjene bile aktualne u regulaciji usluga. Zahvatiti će se i volontiranje i doniranje (kako su generalno regulirani i koje su specifičnosti njihove regulacije unutar zdravstvene politike)

Anketa s pitanjima o kapacitetu i praksi zdravstvenih ustanova za volontiranje i doniranje, provesti će se putem interneta tako što će se svima zdravstvenim ustanovama (izuzev ljekarničke djelatnosti i djelatnosti dentalne medicine) u Republici Hrvatskoj poslati e-mail s pristupnim linkom na anketu.

Fokusne grupe / intervjui provesti će se prema unaprijed oblikovanom protokolu s predstavnicima zdravstvenih ustanova koje će se po volontiranju i doniranju (broju volontera, broju donacija itd.) razlikovati od većine drugih zdravstvenih ustanova. Fokusnim grupama / intervjuima obuhvatiti će se a) predstavnici menadžmenta zdravstvenih ustanova koje implementiraju volontiranje i predstavnicima vodstva zdravstvenih ustanova koje primaju donacije, b) predstavnici djelatnika zdravstvenih ustanova koje implementiraju volontiranje i predstavnicima djelatnika zdravstvenih ustanova koje primaju donacije, c) predstavnici volontera koji volontiraju u zdravstvenim ustanovama, d) predstavnici korporacija i pojedinaca koje doniraju za zdravstvene ustanove, i e) predstavnici pacijenata koji koriste zdravstvene usluge u zdravstvenim ustanovama koje implementiraju volontiranje i doniranje.

Studijom slučaja će se obuhvatiti najmanje tri zdravstvene ustanove koje provode svoj volonterski program duže vrijeme. Pri tome će se primijeniti analiza relevantnih dokumenata ustanove vezanih uz volontiranje i doniranje i polustrukturirani intervjui s ključnim osobama.

Dobrobit od istraživanja za sudionike, zajednicu i šire društvo

Istraživanje će omogućiti uvid u trenutno stanje doprinosa volontiranja i doniranja razvoju kombiniranog modela zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj. Do sada nije provedeno istraživanje ovakve vrste na prostoru Republike Hrvatske tako da omogućava jedinstveni uvid. Očekuje se da će rezultati omogućiti zdravstvenim ustanovama jačanje spona s pojedincima i organizacijama iz zajednice. Postavljena metodologija moći će poslužiti kao model za primjenu u narednim godinama kako bi se pratilo pomak stanja u volontiranju i doniranju kroz vrijeme.

Etička pitanja

U istraživanju će se etički aspekti uvažavati kroz slijedeće načine:

a. Način poštivanja načela informiranog pristanka sudionika

Preduvjet sudjelovanja u istraživanju je dragovoljnost nakon cjelovitog informiranja o svrsi istraživanja. U svrhu informiranja o istraživanju kreiran je Poziv za sudjelovanje u istraživanju i (ove) kratke informacije o istraživanju. Kod fokusnih grupa i intervjuja primjenjivati će se pisani pristanak za koji je izrađen zasebni obrazac. Kod provedbe online ankete, kreiran je informativni tekst koji je sastavni dio njenog uvoda.

Početni kontakt sa sudionicima fokusnih grupa i intervjuja ostvarit će se telefonski i/ili mailom ovisno o dobivenom kontaktu od strane zdravstvene ustanove, pri čemu će biti informirani o osnovnim informacijama istraživanja. Potencijalnim sudionicima će se elektronskim putem poslati detaljne informacije o istraživanju, potpisana Izjava o povjerljivosti prikupljenih podataka i Suglasnost za sudjelovanje u istraživanju.

b. Način uvažavanja prava i dostojanstva sudionika

U svrhu postizanja uvažavanja prava i dostojanstva sudionika, primijeniti će se načelo dobrovoljnog sudjelovanja, načelo omogućavanja prava na sudjelovanje u istraživanju za sve, načelo poštovanja, načelo dobrobiti i načelo ne nanošenja i izbjegavanja štete.

Svi sudionici uključit će se dobrovoljno i moći će odustati od sudjelovanja u bilo kojoj fazi istraživanja, a istraživači će u skladu s tim isključiti njihove podatke iz daljnje analize. U tu svrhu, sudionicima će biti na raspolaganju kontakt istraživačice: gordana.simunkovic@medri.uniri.hr.

Sve detektirane osobe moći će se **jednako uključiti** u istraživanje bez obzira na njihovu dob, spol, nacionalnost, religiju i/ili druga obilježja.

Poštovat će se sudionike uvažavanjem njihovih osobnih vrijednosti, interesa i uvjerenja koje iskažu tijekom istraživanja. Pazit će se na **dobrobit** sudionika, dobrobit zajednice i dobrobit društva u cjelini, što će biti istaknuto i kroz informiranje o dobiti iz istraživanja za sudionika, zajednicu i društvo te osiguranjem anonimnosti.

Pazit će se da se činom izvršenja ili propustom od strane istraživača ne nanese kakva šteta, što će uključiti pažljivo planiranje provedbe istraživanja, pažljivu provedbu i pažljivu obradu rezultata. Obzirom na epidemiološku situaciju, preferirati će se provedba fokusnih grupa i intervjuja *online* putem, a u slučaju susreta koristiti će se relevantna zaštita (fizička distanca,

maska, sredstvo za dezinfekciju). Fokusne grupe i intervjuje će provoditi istraživačica s višegodišnjim iskustvom provedbe istih koja će se obavezati na povjerljivost.

c. Način poštivanja anonimnosti i povjerljivosti podataka

Podaci prikupljeni istraživanjem biti će dostupni samo istraživačici i mentorima. Osobni podaci neće se prosljeđivati trećoj strani i bit će pohranjeni odvojeno od rezultata tako da se povezivanje rezultata i sudionika svede na najmanju moguću mjeru. U svrhu osiguranja više razine povjerljivosti, kreirana je Izjava o čuvanju povjerljivosti podataka koja će biti potpisana od strane provoditeljice istraživanja i koja će se dostaviti sudionicima fokusnih grupa i intervjuja.

Kod provedbe fokusnih grupa i intervjuja, informacije o pojedinom sudioniku (ime i prezime, uloga, kontakt) bit će pohranjene odvojeno od snimki i kreiranih transkripata, pri čemu će i snimke i transkripti biti označeni posebnom šifrom. Prikupljene informacije obraditi će se skupno uz korištenje generalizacije kako bi se smanjila mogućnost povezivanja informacija s pojedinom osobom. U slučaju nužnosti korištenja citiranja, koristiti će se pseudonim.

Kod provedbe ankete, anketa će biti postavljena u online obliku kroz alat otvorenog koda LimeSurvey (<https://www.srce.unizg.hr/limesurvey>) koji kao uslugu nudi Sveučilišni računski centar Sveučilišta u Zagrebu. Anketa će se poslati elektroničkom poštom zajedno s pristupnim linkom za njeno ispunjavanje. Kroz anketu neće biti prikupljanja osobnih podataka. Ako kod otvorenih pitanja sudionik navede osobne informacije treće strane, isti podaci će biti uklonjeni iz daljnje obrade, odnosno, bit će zamijenjeni šifrom. Prikupljene informacije obraditi će se skupno.

d. Način informiranja sudionika o dobivenim rezultatima

Dobiveni rezultati bit će javno prezentirani u sklopu obrane doktorske disertacije i objavom vezanih radova. Informacija o obrani i objavama bit će prosljeđena uključenim sudionicima elektronskim putem uz zahvalu za njihovo sudjelovanje i doprinos.

Ako će netko od sudionika iskazati specifičniji interes za dostavu rezultata i zaključaka, isto će biti uvaženo ukoliko će to biti u skladu s dobrom etičkom praksom.

e. Potencijalni rizici za sudionike i način rješavanja rizika

Ne uočavaju se dodatni rizici uz ranije obuhvaćene opise njihova rješavanja.

Ako će sudionici imati dodatna pitanja o istraživanju ili imati potrebu za dodatnom podrškom vezano uz temu istraživanja, moći će se obratiti provoditeljici istraživanja: Gordana Šimunković, gordana.simunkovic@medri.uniri.hr.

f. Načini čuvanja tajnosti podataka prikupljenih istraživanjem

Kako bi se osigurala tajnost podataka, pristup podacima imat će isključivo istraživačica i mentori. Podaci će biti pohranjeni putem tvrdog diska uz ograničavanje pristupa drugim osobama. Istraživačica će potpisati Izjavu o čuvanju povjerljivosti podataka čime će se obavezati na čuvanje podataka u procesu prikupljanja i analize i na onemogućavanje pristupa drugim osobama (zaštita elektroničkih podataka lozinkom, fizičke brave i ograničavanje broja osoba koje mogu imati pristup podacima).

Istraživanje je dobilo suglasnost za provedbu od strane Etičkog povjerenstva Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, dana 27.10.2022. godine.

Ministarstvo zdravstva podržava uključivanje zdravstvenih ustanova u istraživanje za što je primljen pisani dokument dana 12.1.2023. godine.

Od strane Predsjednice Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora, Renate Sabljar – Dračevac, dr.med., primljeno je pismo podrške za provedbu istraživanja, dana 6.10.2022. godine.

Korištenje podataka

Podaci dobiveni istraživanjem koristiti će se za izradu doktorske disertacije, za nastupe na javnim događanjima, za objavu znanstvenih radova u relevantnim časopisima i oblikovanje preporuka za značajne dionike u temi istraživanja.

Jedan dio podataka u temi volontiranja koristiti će se u sklopu projekta „Radius V“, kojeg provodi DKolektiv – organizacija za društveni razvoj (Volonterski centar Osijek) s deset partnerskih organizacija u sklopu poziva „Tematske mreže za društveno-ekonomski razvoj te promicanje socijalnog dijaloga u kontekstu unapređivanja uvjeta rada“. Projekt „Radius V“ je usmjeren na kreiranje poticajnog okruženja za razvoj volonterstva kroz uspostavljanje jedinstvene metodologije za sustavno i kontinuirano istraživanje stanja i trendova te mjerenje utjecaja volontiranja na društveno-ekonomski razvoj.

Prilog 4 – Preporuka Ministarstva zdravstva



REPUBLIKA HRVATSKA
MINISTARSTVO ZDRAVSTVA

Uprava za primarnu zdravstvenu zaštitu,
zdravstveni turizam, lijekove i medicinske proizvode,
javno zdravstvo i javnozdravstvenu zaštitu
KLASA: 053-01/22-01/688
URBROJ: 534-03-2-1/4-23-02
Zagreb, 12.01.2023.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
Medicinski fakultet
Katedra za društvene i humanističke
znanosti u medicini
Katedra za socijalnu medicinu i
epidemiologiju
Gordana Šimunković, prof. soc. ped.
Braće Branchetta 20
51000 Rijeka

PREDMET: Zamolba za prosljeđivanjem ankete zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj
odgovor - dostavlja se

Poštovana,

temeljem Vaše zamolbe koju smo zaprimili putem elektroničke pošte 07. prosinca 2022. godine, u vezi prosljeđivanja ankete zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj, ovim putem Vas obavještavamo sljedeće.

Ministarstvo zdravstva podržava uključivanje zdravstvenih ustanova u istraživanje u sklopu Vašeg doktorskog rada pod nazivom *Analiza doprinosa volontiranja i doniranja razvoju kombiniranog modela zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj*, kao i prosljeđivanje predmetne ankete istima.

Sukladno navedenom, u pritvku Vam dostavljamo kontakte zdravstvenih ustanova (uz izuzeće ustanova iz ljekarničke djelatnosti i djelatnosti dentalne medicine).

Po završetku doktorskog rada molimo Vas da jedan primjerak dostavite Ministarstvu zdravstva na uvid.

Želimo Vam puno uspjeha u ostvarenju zadanih ciljeva i provedbi planiranih aktivnosti, kao i u budućem radu.

S poštovanjem,


MINISTAR
izv. prof. dr. sc. Nili Beres, dr. med.

Privatik: kao u tekstu



Ksaver 200a, 10 000 Zagreb, Republika Hrvatska, T +385 1 46 07 555, F +385 1 46 77 076



Prilog 5 – Preporuka Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Hrvatskog sabora



HRVATSKI SABOR
Odbor za zdravstvo
i socijalnu politiku
Urbroj: 6521-10-22-01
Zagreb, 6. listopada 2022.

SVEUČILIŠTE U RIJECI, MEDICINSKI FAKULTET
Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini
Katedra za socijalnu medicinu i epidemiologiju
n. p. Gordana Šimunković, prof. soc. ped., asist.

Predmet: Pismo podrške

Poštovana prof. Šimunković,

ovim putem dajem Vam svoju punu podršku i čestitam na odabiru teme Vaše doktorske disertacije „Analiza doprinosa volontiranja i doniranja razvoju kombiniranog modela zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj“, pri Pravnom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Tim više što je doniranje kao tema neistražena, jednako kao i volontiranje u zdravstvu.

Ovakvo istraživanje, uz policy analizu kombiniranog modela zdravstvene zaštite koje obuhvaća istraživanje sa svim zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj te fokusne grupe s predstavnicima menadžmenta zdravstvenih ustanova koje implementiraju volontiranje i doniranje, djelatnicima takvih ustanova, volonterima, donatorima i korisnicima, uz studije slučaja, dobrodošlo je na ovom području i mislim da će ga svakako unaprijediti.

Tim više, jer mi je poznato Vaše djelovanje na temi volontiranja u zdravstvu, koje postoji već duži period, a svakako i Vaš angažman na pokretanju i razvoju volonterskih programa u zdravstvu, kreiranju tematskih publikacija i znanstvenih radova.

I ova doktorska disertacija odraz je Vaše dugoročne motivacije i angažmana na tom području, pogotovo i u svojstvu članice Nacionalnog odbora za razvoj volonterstva te se nadam da će Vam ovo pismo podrške povećati odaziv zdravstvenih ustanova na uključivanje u istraživanje i doprinijeti snažnijem razvoju tema istraživanja. Sa željom za uspjeh u izradi doktorske disertacije, srdačno Vas pozdravljam,

PREDSJEDNICA ODBORA

Renata Sabljar-Dručevac, dr. med.

Prilog 6 – Protokol za provedbu intervjua

Predstavnici vodstva zdravstvenih ustanova koji implementiraju volontiranje i predstavnicima vodstva zdravstvenih ustanova koje primaju donacije

Uvod

Moje ime je _____. Po struci sam _____, a ovdje sam s Vama u ulozi istraživačice. Zanima me doprinos volontiranja i doniranja razvoju kombiniranog modela zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj.

Kombinirani model zdravstvene zaštite ovdje označava način na koje se pružanje zaštite oblikuje u suradnji različitih resursa koji su dostupni u zajednici. Konkretno, ovdje nas interesira koliko se resurs volontiranja i doniranja koristi u pružanju usluga zdravstvene zaštite, na koji način, s kojim kapacitetima i koji je njihov doprinos unaprjeđenju zaštite.

Volontiranje se ovdje odnosi na dobrovoljno ulaganje osobnog vremena, truda, znanja i vještina kojima se obavljaju usluge ili aktivnosti za dobrobit druge osobe ili zajednice bez postojanja uvjeta isplate novčane nagrade ili potraživanja druge imovinske koristi.

Doniranje se ovdje odnosi na poklon u novcu od strane pojedinca i/ili organizacije.

Vaše sudjelovanje u ovom istraživanju je dobrovoljno, što znači da možete sami odlučiti želite li sudjelovati ili ne. Također možete odlučiti povući se iz istraživanja u bilo kojoj fazi koja će uslijediti. Nema točnih ili pogrešnih odgovora, cijenimo sve ideje, mišljenja i iskustva. Sve informacije koje bi mogle otkriti Vaš identitet ili identitet drugih osoba neće biti uključene u prezentaciju rezultata. Podaci koje prikupimo bit će analizirani i predstavljeni kao dio rezultata grupe.

Radi lakše kasnije obrade podataka, predviđeno je da se razgovor snima.

Želite li nastaviti razgovor sada kada imate sve ove informacije?

Prije nego što nastavimo, imate li Vi kakvo pitanje za mene?

Pitanja

1. Koje je Vaše mišljenje o ulozi volontiranja i doniranja u pružanju usluga zdravstvene zaštite?

Koje prednosti uočavate, a koje izazove? Što uočavate kao najveću prepreku za uključivanje volontera u zdravstvene ustanove i prikupljanje donacija od strane zdravstvenih ustanova?

Koliko djelatnici i vodstvo zdravstvenih ustanova ima znanja o volontiranju i prikupljanju donacija (što je to, koje su regulative oko toga, mogućnosti i sl.)?

Postoje li zablude među djelatnicima i vodstvu zdravstvenih ustanova o volontiranju i prikupljanju donacija ?

2. Možete li nešto više reći o uključivanju volontera i prikupljanju donacija pri vašoj ustanovi?

Koji su bili motivi uključivanja volontera u rad Vaše ustanove? Koji su bili motivi prikupljanja donacija?

Što Vam je sve važno u procesu uključivanja volontera i procesu prikupljanja donacija?

Koje sve resurse koristite za uključivanje volontera i prikupljanje donacija (resurse u ljudstvu, financijama, prostoru, bespovratnim sredstvima i dr.)?

Koliko je uključivanje volontera i prikupljanje donacija utjecalo na (pre)oblikovanje ciljeva vaše ustanove?

Možete li opisati Vaš odnos s volonterima i donatorima? Kolika i kakva je njihova uključenost u upravljačku strukturu i donošenje odluka o pružanju usluga?

3. Možete li opisati kao Vaši korisnici reagiraju na uključivanje volontera u pružanje usluga i na prikupljanje donacije?

Kako bi opisali prostor koji Vaši korisnici imaju za predlaganje promjena u uključivanju volontera, prikupljanju i korištenju donacija?

4. Možete li opisati kao Vaši djelatnici reagiraju na uključivanje volontera u pružanje usluga i na prikupljanje donacija?

Kako bi opisali prostor koji Vaši djelatnici imaju za predlaganje promjena u uključivanju volontera, prikupljanju i korištenju donacija?

5. Možete li opisati kako lokalna zajednica u kojoj djelujete reagira na uključivanje volontera u pružanje usluga i na prikupljanje donacija Vaše ustanove?

Kako bi opisali prostor koji lokalna zajednica ima za predlaganje promjena u uključivanju volontera, prikupljanju i korištenju donacija?

6. Kako biste opisali mogućnost doprinosa volontiranja i doniranja inovativnosti u pružanju usluga Vaše ustanove?

Kako volontiranje i prikupljanje donacija može unaprijediti financiranje zdravstvene ustanove i pružanje usluga?

7. Koje specifičnosti u uključivanju volontera i prikupljanju donacija ste uočili tijekom epidemije COVID-a?

8. Što je što smatrate da je potrebno promijeniti vezano uz uključivanje volontera i prikupljanje donacija pri zdravstvenim ustanovama?

Došli smo do kraja predviđenih pitanja.

Imate li neki komentar ili informacije koje smatrate da su važne u temi, a koje bi voljeli još podijeliti s nama?

Hvala Vam na sudjelovanju. Za dodatne informacije slobodni ste koristiti kontakte koji se nalaze u Informacijama o istraživanju.

Predstavnici djelatnika zdravstvenih ustanova koji implementiraju volontiranje i koje primaju donacije

Uvod

Moje ime je _____. Po struci sam _____, a ovdje sam s Vama u ulozi istraživačice. Zanima me doprinos volontiranja razvoju kombiniranog modela zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj.

Kombinirani model zdravstvene zaštite ovdje označava način na koje se pružanje zaštite oblikuje u suradnji različitih resursa koji su dostupni u zajednici. Konkretno, ovdje nas interesira koliko se resurs volontiranja koristi u pružanju usluga zdravstvene zaštite, na koji način, s kojim kapacitetima i koji je njihov doprinos unaprjeđenju zaštite.

Volontiranje se ovdje odnosi na dobrovoljno ulaganje osobnog vremena, truda, znanja i vještina kojima se obavljaju usluge ili aktivnosti za dobrobit druge osobe ili zajednice bez postojanja uvjeta isplate novčane nagrade ili potraživanja druge imovinske koristi.

Vaše sudjelovanje u ovom istraživanju je dobrovoljno, što znači da možete sami odlučiti želite li sudjelovati ili ne. Također možete odlučiti povući se iz istraživanja u bilo kojoj fazi koja će uslijediti. Nema točnih ili pogrešnih odgovora, cijenimo sve ideje, mišljenja i iskustva. Sve informacije koje bi mogle otkriti Vaš identitet ili identitet drugih osoba neće biti uključene u prezentaciju rezultata. Podaci koje prikupimo bit će analizirani i predstavljeni kao dio rezultata grupe.

Radi lakše kasnije obrade podataka, predviđeno je da se razgovor snima.

Želite li nastaviti razgovor sada kada imate sve ove informacije?

Prije nego što nastavimo, imate li Vi kakvo pitanje za mene?

Molim Vas, možete li se kratko predstaviti kroz Vašu ulogu u zdravstvenoj ustanovi.

Pitanja

1. Koje je Vaše mišljenje o ulozi volontiranja i doniranja u pružanju usluga zdravstvene zaštite?
Koje su prednosti koje uočavate, a koji izazovi? Što uočavate kao najveću prepreku za uključivanje volontera u zdravstvene ustanove i prikupljanje donacija od strane zdravstvenih ustanova?
Koliko djelatnici i vodstvo zdravstvenih ustanova ima znanja o volontiranju i doniranju (što je to, koje su regulative oko toga, mogućnosti i sl.)?
Postoje li zablude među djelatnicima i vodstvu zdravstvenih ustanova o volontiranju i doniranju?
9. Možete li nešto više reći o uključivanju volontera pri Vašoj ustanovi? Možete li nešto više reći o prikupljanju donacija pri Vašoj ustanovi?

Koji su bili motivi uključivanja volontera u rad Vaše ustanove? Koji su bili motivi prikupljanja donacija?

Što Vam je sve važno u procesu uključivanja volontera? Što Vam je sve važno u procesu prikupljanja donacija?

Koje sve resurse koristite za uključivanje volontera (resurse u ljudstvu, financijama, prostoru, bespovratnim sredstvima i dr.)? Koje pri prikupljanju donacija?

Možete li opisati odnos Vaše zdravstvene ustanove s volonterima i s donatorima?

Kolika i kakva je njihova uključenost u upravljačku strukturu i donošenje odluka o pružanju usluga?

2. Možete li opisati kako korisnici Vaše zdravstvene ustanove reagiraju na uključivanje volontera u pružanje usluga Vaše ustanove i na prikupljanje donacija?
Kako bi opisali prostor koji korisnici Vaše zdravstvene ustanove imaju za predlaganje promjena vezano uz uključivanje volontera i prikupljanje donacija?
3. Možete li opisati kako djelatnici Vaše zdravstvene ustanove reagiraju na uključivanje volontera u pružanje usluga i prikupljanje donacija?
Kako bi opisali prostor koji djelatnici Vaše zdravstvene ustanove imaju za predlaganje promjena u uključivanju volontera i prikupljanje donacija?
4. Možete li opisati kako lokalna zajednica u kojoj djeluje Vaša zdravstvena ustanova reagira na uključivanje volontera i prikupljanje donacija?
Kako bi opisali prostor koji lokalna zajednica ima za predlaganje promjena u uključivanju volontera i prikupljanju donacija Vaše zdravstvene ustanove?
10. Kako biste opisali mogućnost doprinosa volontiranja inovativnosti u pružanju usluga Vaše zdravstvene ustanove? Kako biste opisali mogućnost doprinosa doniranja inovativnosti u pružanju usluga Vaše ustanove?
Kako volontiranje može unaprijediti financiranje zdravstvene ustanove i pružanje usluga? Kako prikupljanje donacija može unaprijediti financiranje zdravstvene ustanove i pružanje usluga?
5. Koje specifičnosti u uključivanju volontera ste uočili tijekom epidemije COVID-a?
Koje specifičnosti u prikupljanju donacija ste uočili tijekom epidemije COVID-a?
6. Što je što smatrate da je potrebno promijeniti vezano uz uključivanje volontera i prikupljanje donacija pri zdravstvenim ustanovama?

Došli smo do kraja predviđenih pitanja.

Imate li neki komentar ili informacije koje smatrate da su važne u temi, a koje bi voljeli još podijeliti s nama?

Hvala Vam na sudjelovanju. Za dodatne informacije slobodni ste koristiti kontakte koji se nalaze u Informacijama o istraživanju.

Predstavnici volontera koji volontiraju u zdravstvenim ustanovama

Uvod

Moje ime je _____. Po struci sam _____, a ovdje sam s Vama u ulozi istraživačice. Zanima me doprinos volontiranja razvoju kombiniranog modela zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj.

Kombinirani model zdravstvene zaštite ovdje označava način na koje se pružanje zaštite oblikuje u suradnji različitih resursa koji su dostupni u zajednici. Konkretno, ovdje nas interesira koliko se resurs volontiranja koristi u pružanju usluga zdravstvene zaštite, na koji način, s kojim kapacitetima i koji je njegov doprinos unaprjeđenju zaštite.

Volontiranje se ovdje odnosi na dobrovoljno ulaganje osobnog vremena, truda, znanja i vještina kojima se obavljaju usluge ili aktivnosti za dobrobit druge osobe ili zajednice bez postojanja uvjeta isplate novčane nagrade ili potraživanja druge imovinske koristi.

Vaše sudjelovanje u ovom istraživanju je dobrovoljno, što znači da možete sami odlučiti želite li sudjelovati ili ne. Također možete odlučiti povući se iz istraživanja u bilo kojoj fazi koja će uslijediti. Nema točnih ili pogrešnih odgovora, cijenimo sve ideje, mišljenja i iskustva. Sve informacije koje bi mogle otkriti Vaš identitet ili identitet drugih osoba neće biti uključene u prezentaciju rezultata. Podaci koje prikupimo bit će analizirani i predstavljeni kao dio rezultata grupe.

Radi lakše kasnije obrade podataka, predviđeno je da se razgovor snima.

Želite li nastaviti razgovor sada kada imate sve ove informacije?

Prije nego što nastavimo, imate li Vi kakvo pitanje za mene?

Molim Vas, možete li se kratko predstaviti kroz Vašu ulogu u zdravstvenoj ustanovi.

Pitanja

1. Koje je Vaše mišljenje o ulozi volontiranja u pružanju usluga zdravstvene zaštite? Koje su prednosti koje uočavate, a koji izazovi? Što uočavate kao najveću prepreku za uključivanje volontera u zdravstvene ustanove? Koliko djelatnici i vodstvo zdravstvenih ustanova ima znanja o volontiranju (što je to, koje su regulative oko toga, mogućnosti i sl.)? Postoje li zablude među djelatnicima i vodstvu zdravstvenih ustanova o volontiranju?
2. Možete li nešto više reći o Vašem uključivanju/uključenosti kao volontera pri zdravstvenoj ustanovi? Kako je izgledao taj proces? Koji su bili Vaši motivi uključivanja kao volontera u rad zdravstvene ustanove? Što Vam je sve važno u procesu uključenosti kao volontera?

Koliko je Vaše uključivanje i drugih osoba kao volontera utjecalo na (pre)oblikovanje ciljeva zdravstvene ustanove?

Možete li opisati Vaš odnos s korisnicima, djelatnicima i vodstvom/menadžmentom zdravstvene ustanove gdje volontirate? Kolika i kakva je uključenost volontera u upravljačku strukturu i donošenje odluka o pružanju usluga?

3. Možete li opisati kako korisnici reagiraju na uključivanje volontera u pružanje usluga? Kako bi opisali prostor koji Vi kao volonter imate za predlaganje promjena u uključivanju volontera?
4. Možete li opisati kako djelatnici zdravstvene ustanove reagiraju na uključivanje volontera u pružanje usluga?
5. Možete li opisati kako lokalna zajednica u kojoj djeluje zdravstvena ustanova u koju ste uključeni reagira na uključivanje volontera u pružanje usluga?
6. Kako biste opisali mogućnost doprinosa volontiranja inovativnosti u pružanju usluga zdravstvene ustanove?
Kako volontiranje može unaprijediti financiranje zdravstvene ustanove i pružanje usluga?
7. Koje specifičnosti u uključivanju volontera ste uočili tijekom epidemije COVID-a?
8. Što je što smatrate da je potrebno promijeniti vezano uz uključivanje volontera u zdravstvene ustanove?

Došli smo do kraja predviđenih pitanja.

Imate li neki komentar ili informacije koje smatrate da su važne u temi, a koje bi voljeli još podijeliti s nama?

Hvala Vam na sudjelovanju. Za dodatne informacije slobodni ste koristiti kontakte koji se nalaze u Informacijama o istraživanju.

Predstavnici korporativnih i individualnih donatora zdravstvenim ustanovama

Uvod

Moje ime je _____. Po struci sam _____, a ovdje sam s Vama u ulozi istraživačice. Zanima me doprinos volontiranja i doniranja razvoju kombiniranog modela zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj.

Kombinirani model zdravstvene zaštite ovdje označava način na koje se pružanje zaštite oblikuje u suradnji različitih resursa koji su dostupni u zajednici. Konkretno, ovdje nas interesira koliko se resurs volontiranja i doniranja koristi u pružanju usluga zdravstvene zaštite, na koji način, s kojim kapacitetima i koji je njihov doprinos unaprjeđenju zaštite.

Volontiranje se ovdje odnosi na dobrovoljno ulaganje osobnog vremena, truda, znanja i vještina kojima se obavljaju usluge ili aktivnosti za dobrobit druge osobe ili zajednice bez postojanja uvjeta isplate novčane nagrade ili potraživanja druge imovinske koristi.

Doniranje se ovdje odnosi na poklon u novcu od strane pojedinca i/ili organizacije.

Vaše sudjelovanje u ovom istraživanju je dobrovoljno, što znači da možete sami odlučiti želite li sudjelovati ili ne. Također možete odlučiti povući se iz istraživanja u bilo kojoj fazi koja će uslijediti. Nema točnih ili pogrešnih odgovora, cijenimo sve ideje, mišljenja i iskustva. Sve informacije koje bi mogle otkriti Vaš identitet ili identitet drugih osoba neće biti uključene u prezentaciju rezultata. Podaci koje prikupimo bit će analizirani i predstavljeni kao dio rezultata grupe.

Radi lakše kasnije obrade podataka, predviđeno je da se razgovor snima.

Želite li nastaviti razgovor sada kada imate sve ove informacije?

Prije nego što nastavimo, imate li Vi kakvo pitanje za mene?

Pitanja

1. Molim Vas da se za početak predstavite kroz svoju ulogu u organizaciji i ulogu u relaciji s donacijama prema zdravstvenim ustanovama.
2. Koje je vaše mišljenje o ulozi doniranja u pružanju usluga zdravstvene zaštite? Koje prednosti uočavate, a koje izazove? Što uočavate kao najveću prepreku za prikupljanje donacija od strane zdravstvenih ustanova? Koliko djelatnici i vodstvo zdravstvenih ustanova imaju znanja o prikupljanju donacija (što je to, koje su regulative oko toga, mogućnosti i sl.)? Postoje li zablude među djelatnicima i vodstvu zdravstvenih ustanova o prikupljanju donacija?
3. Možete li nešto više reći o doniranju s Vaše strane/od strane Vaše organizacije? Koliko često donirate? Koji su kriteriji po kojima odabirete kome će se donirati?

Koji su motivi doniranja? Što Vam/vam je sve važno u procesu doniranja?
Koliko je doniranje utjecalo na (pre)oblikovanje ciljeva zdravstvene ustanove? Koliko na ciljeve Vaše/vaše organizacije?

Možete li opisati Vaš odnos s djelatnicima i vodstvom zdravstvene ustanove gdje ste donator / gdje donira Vaša organizacija? Kolika i kakva je Vaša uključenost / uključenost Vaše organizacije u upravljačku strukturu i donošenje odluka o pružanju usluga?

4. Ako Vam je poznato, možete li opisati kako korisnici zdravstvene ustanove reagiraju na donacije?
5. Možete li opisati kako djelatnici reagiraju na donacije?
6. Možete li opisati kako lokalna zajednica u kojoj djelujete reagira na Vaše doniranje / doniranje Vaše organizacije zdravstvenoj ustanovi?
7. Kako biste opisali mogućnost doprinosa doniranja inovativnosti u pružanju usluga zdravstvene ustanove?
Kako doniranje može unaprijediti financiranje zdravstvene ustanove i pružanje usluga?
8. Koje specifičnosti doniranja ste uočili tijekom epidemije COVID-a?
9. Što smatrate da je potrebno promijeniti vezano uz doniranje pri zdravstvenim ustanovama?

Došli smo do kraja predviđenih pitanja.

Imate li neki komentar ili informacije koje smatrate da su važne u temi, a koje bi voljeli još podijeliti s nama?

Hvala Vam na sudjelovanju. Za dodatne informacije slobodni ste koristiti kontakte koji se nalaze u Informacijama o istraživanju.

Prilog 7 - Izjava o čuvanju povjerljivosti podataka

Istraživanje: *Analiza doprinosa volontiranja i doniranja razvoju kombiniranog modela zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj*

Provoditelj istraživanja: Gordana Šimunković, prof. soc. ped.

IZJAVA O ČUVANJU POVJERLJIVOSTI PODATAKA

Gordana Šimunković, asistentica pri Sveučilištu u Rijeci, Medicinski fakultet i polaznica Poslijediplomskog doktorskog studija socijalnog rada i socijalne politike, Pravni fakultet, Sveučilište u Zagrebu, obvezuje se na čuvanje i tajnost svih osobnih podataka dobivenih istraživanjem *Analiza doprinosa volontiranja i doniranja razvoju kombiniranog modela zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj*. To znači da se prilikom obrade podataka proizašlih iz razgovora s Vama, nigdje neće koristiti bilo kakvi osobni podaci (poput imena i prezimena) kojima bi se mogao otkriti Vaš identitet.

Dobiveni podaci bit će predstavljeni za skupinu svih sudionika istraživanja, a ne svaku osobu pojedinačno.

Svojim potpisom jamčim zaštitu Vaših prava i osobnih podataka dobivenih ovim istraživanjem.

U _____, _____ (datum)

Gordana Šimunković

Prilog 8 – Protokol za provedbu polustrukturiranih intervjua

Ključne osobe zdravstvenih ustanova koje implementiraju volontiranje i koje primaju donacije

Uvod

Moje ime je _____. Po struci sam _____, a ovdje sam s Vama u ulozi istraživačice. Zanima me doprinos volontiranja i doniranja razvoju kombiniranog modela zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj.

Kombinirani model zdravstvene zaštite ovdje označava način na koje se pružanje zaštite oblikuje u suradnji različitih resursa koji su dostupni u zajednici. Konkretno, ovdje nas interesira proces implementacije resursa volontiranja i doniranja u Vašu zdravstvenu ustanovu.

Volontiranje se ovdje odnosi na dobrovoljno ulaganje osobnog vremena, truda, znanja i vještina kojima se obavljaju usluge ili aktivnosti za dobrobit druge osobe ili zajednice bez postojanja uvjeta isplate novčane nagrade ili potraživanja druge imovinske koristi.

Doniranje se ovdje odnosi na poklon u novcu od strane pojedinca i/ili organizacije.

Vaše sudjelovanje u ovom istraživanju je dobrovoljno, što znači da možete sami odlučiti želite li sudjelovati ili ne. Također možete odlučiti povući se iz istraživanja u bilo kojoj fazi koja će uslijediti. Nema točnih ili pogrešnih odgovora, cijenimo sve ideje, mišljenja i iskustva. Sve informacije koje bi mogle otkriti Vaš identitet ili identitet drugih osoba neće biti uključene u prezentaciju rezultata. Podaci koje prikupimo bit će analizirani i predstavljeni kao dio rezultata grupe.

Radi lakše kasnije obrade podataka, predviđeno je da se razgovor snima.

Želite li nastaviti razgovor sada kada imate sve ove informacije?

Prije nego što nastavimo, imate li Vi kakvo pitanje za mene?

Pitanja

1. Molimo da se za početak predstavite kroz svoju uslugu u zdravstvenoj ustanovi: koja je vaša radna pozicija, koji su vaši svakodnevni zadaci i koji od njih su specifično vezani uz volontiranje i doniranje.
2. Možete li nešto reći o početku implementacije volontiranja i doniranja pri vašoj ustanovi? Što se tada dešavalo?

3. Kako bi opisali promjene u implementaciji volontiranja i doniranja kroz vrijeme? Koje su se promjene dešavale u zdravstvenoj organizaciji ? Koje su se potrebe za prilagodbom ili unaprjeđenjem pokazale kao važne?
4. Kako sada izgleda implementacija volontiranja i doniranja u vašoj zdravstvenoj ustanovi?
5. Možete li opisati odnos menadžmenta (ravnateljstva, uprave) prema implementaciji volontiranja i doniranja kroz vrijeme – kako je bilo prije, a kako je sada? Možete li opisati odnos djelatnika prema implementaciji volontiranja i doniranja – kako je bilo prije, a kako je sada? Možete li opisati odnos korisnika prema implementaciji volontiranja i doniranja – kako je bilo prije, a kako je sada?

Došli smo do kraja predviđenih pitanja.

Imate li neki komentar ili informacije koje smatrate da su važne u temi, a koje bi voljeli još podijeliti s nama?

Hvala Vam na sudjelovanju. Za dodatne informacije slobodni ste koristiti kontakte koji se nalaze u Informacijama o istraživanju.

Prilog 9 – Suglasnost za sudjelovanje

SUGLASNOST ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

Molimo pročitajte ranije informacije, a zatim potpišite ili usmeno odgovorite.

*Nakon pročitanih i pojašnjenih informacija o istraživanju, ja _____
(ime i prezime ili pseudonim) svojim potpisom potvrđujem da razumijem svrhu i način
provođenja istraživanja te pristajem sudjelovati u istraživanju. Ujedno potvrđujem svoj
pristanak na to da se fokusna grupa/intervju snima.*

Potpis: _____

U _____, datum _____

Prilog 10 – Skraćeni prikaz glavnih rezultata prema istraživačkim pitanjima i metodama

Tablica 11.1. *Skraćeni prikaz glavnih rezultata prema pojedinom istraživačkom pitanju i metodi*

Istraživačko pitanje	Metode	Ključni rezultati
Prvo / Drugo i treće	Analiza zakona i strategija	<p>Kombinacija različitih izvora financiranja zdravstvene zaštite</p> <p>Kombinacija različitih pružatelja zdravstvenih usluga</p> <p>Kontinuirane promjene u regulaciji zdravstvene zaštite koje zadržavaju obilježje kombiniranog modela zdravstvene zaštite</p> <p>Snažan utjecaj konteksta na nacionalnoj i međunarodnoj razini u regulaciji zdravstvene zaštite</p> <p>Regulatorni okvir zdravstvene zaštite i volontiranja omogućuje uključivanje volontiranja pri zdravstvenim ustanovama</p> <p>Regulatorni okvir zdravstvene zaštite i doniranja omogućuje prikupljanje donacija pri zdravstvenim ustanovama</p> <p>Izolirana prisutnost volontiranja i doniranja u regulatornim i strateškim dokumentima iz područja zdravstva</p> <p>Kontinuirani razvoj regulacije volontiranja i doniranja u skladu s potrebama</p>
Drugo i treće	Online anketa	<p>Rijetka, izolirana praksa uključivanja volontiranja</p> <p>Raširena praksa prikupljanja donacija s malim udjelom u ukupnom proračunu ustanova</p> <p>Prikupljanje donacija od individualnih fizičkih donatora rjeđe je prisutno u odnosu na ostale donatora</p> <p>Nisko prepoznavanje zaklada koje djeluje sa svrhom doprinosa zdravstvenim ustanovama</p> <p>Niski kapaciteti za uključivanje volontiranja prema standardima menadžmenta volontiranja</p> <p>Srednja procjena doprinosa volontiranja kvalitetnijem pružanju zdravstvenih usluga</p> <p>Koordinacija volontiranja i planiranje volonterskog programa je područje s najslabijim kapacitetima</p> <p>Najviši kapaciteti zdravstvenih ustanova su u području praćenja i ispunjavanja pravne regulative za volontiranje</p> <p>Niski kapaciteti za prikupljanje donacija prema koracima SMART modela</p> <p>Niska razina spremnosti za uključivanje volontiranja u zdravstvenu ustanovu (u području vodstva, znanja, klime u ustanovi i resursa) / razina slabe svijesti o pojavi (treća razina od devet razina spremnosti)</p> <p>Niska razina spremnosti za prikupljanje donacija pri zdravstvenoj ustanovi (u području vodstva, znanja, klime u</p>

		ustanovi i resursa) / razina početka planiranja (četvrta razina od devet razina spremnosti)
Drugo i treće	Intervjui	<p>Ulaganje u dobrobit</p> <ul style="list-style-type: none"> - volontiranje je ulaganje u dobrobit zajednice, dobrobit zdravstvene ustanove, dobrobit pacijenata te dobrobit volontera - volontiranje doprinosi unaprjeđenju skrbi, učinkovitijem djelovanju zdravstvenih ustanova, rasterećenju djelatnika, drugačijem pozicioniranju ustanove u javnosti i unaprjeđenju iskustva osoba koje volontiraju - volontiranje donosi inovativne ideje, javlja se kako pokretač ili kao sama socijalna inovacija - volontiranjem i doniranjem se nadvladava dio teškoća vezan uz nedostatak ljudskih i financijskih resursa - donacije su ulaganje u dostupnije zdravstvene usluge, bolje uvijete skrbi, učinkovitiju zdravstvenu ustanovu i učinkovitiji zdravstveni sustav - donacije su prisutne pomoć u provedbi inovativne ideje ili sama inovacija (kroz donaciju inovacije) - izostanak prepoznavanja socijalnih elemenata pri inovativnosti i ulaganju <p>Volontiranjem do cilja / Doniranjem do cilja:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rijetko uključivanje i povezivanje volontiranja i doniranja s ciljevima zdravstvene ustanove - prepoznavanje da volontiranje omogućuje lakše ostvarivanje postavljenih ciljeva <p>Slušanje i davanje glasa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - izolirano uključivanje volontera (i suradnika u provedbi volontiranja) i donatora u prostor zajedničkog promišljanja i odlučivanja - otvorenost za prijedloge od strane lokalne zajednice, korisnika (pacijenata), volontera i donatora <p>kruta struktura zdravstvenih ustanova daje mali prostor za predlaganje promjena</p> <p>Od manikure i cijepljenja do sadnje i pakiranja / Od maske do nasljedstva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vrlo široki raspon raznolikih aktivnosti volontiranja koje imaju mogućnost proširenja - vrlo raznolike donacije koje imaju mogućnost proširenja - postojanje strahova i dilema oko uključivanja volontiranja u određene segmente skrbi - pokrivanje različitih potreba kroz volontiranje i donacije <p>Upravljanje procesom uključivanja volontera / Upravljanje procesom prikupljanja donacija:</p> <ul style="list-style-type: none"> - izostanak sustavnog strateškog pristupa uključivanju volontiranja

		<ul style="list-style-type: none"> - nedostatak resursa za koordinaciju volontiranja - izostanak sustavnog strateškog pristupa prikupljanju donacija - proces prikupljanja donacija odvija se pod snažnim utjecajem regulative - zadaci u prikupljanju donacija raspoređeni su pri različitim upravama - prikupljanje donacija odvija se u suradnji s različitim akterima iz zajednice koji u tom procesu preuzimaju i ulogu posrednika <p>Volontiranje zaraženo COVID-om / Doniranje zaraženo COVID-om</p> <ul style="list-style-type: none"> - situacija pojačanih potreba ukazala na mogućnosti prilagodbe volontiranja i doniranja - tijekom epidemije COVID-19 došlo je do promjene u motivaciji za volontiranjem, promjene dinamike uključivanja volontiranja, uključivanje specifičnih struktura osoba u volontiranje, razvoj volonterskih pozicija i pojave posebnih dilema oko uključivanja - tijekom epidemije COVID-19 došlo je do drugačije strukture donacija i promjene u raspoređenosti donacija - volontiranje i doniranje tijekom epidemije COVID-19 ukazalo je na specifični filantropski potencijal tijekom kriznih situacija <p>Klima u široj zajednici;</p> <ul style="list-style-type: none"> - nedovoljno vrednovanje i prepoznavanje značaja volontiranja pri zdravstvenim ustanovama (i općenito) - nedovoljno vrednovanje i prepoznavanje prikupljanja donacija pri zdravstvenim ustanovama (i općenito) - značaj lokalnog obilježja socijalnog kapitala kao dio uspjeha u volontiranju i doniranju - djeca se izdvajaju kao skupina za koju postoji veća osjetljivost pri doniranju i volontiranju <p>Klima u ustanovi;</p> <ul style="list-style-type: none"> - početne sumnje i otpor za uključivanje volontiranja koje se mijenjaju kroz vrijeme - informiranje i edukacija o volontiranju jedan su od puteva izgradnje pogodne klime za uključivanje volontiranja - razvijenost odnosa prema volontiranju ovisi o ulaganju u proces njihova uključivanja - transparentnost u prikupljanju donacija je važno područje i za zdravstvenu ustanovu i za donatore - otvorenost zdravstvenih ustanova za prilagodbu donatorima - naklonjenost prema doprinosu donacija - zablude oko prikupljanja donacija
--	--	---

		<p>Znanje je moć</p> <ul style="list-style-type: none"> - ograničeno nisko znanje o volontiranju pri zdravstvenim ustanovama - postoje zablude kao prepreke za uključivanje volontiranja - informacije i edukacije o volontiranju su izolirano prisutne - ograničeno srednje znanje o prikupljanju donacija pri zdravstvenim ustanovama <p>Odnos menadžmenta prema volontiranju / Odnos menadžmenta prema doniranju;</p> <ul style="list-style-type: none"> - podrška od strane menadžmenta značajna je za uključivanje volontiranja - aktivni i pasivni oblici podrške vodstva / menadžmenta volontiranju i prikupljanju donacija
Drugo i treće	<p>Studije slučaja</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analiza dokumenata zdravstvenih ustanova - Intervjui 	<p>Ključna područja za uspješno uključivanje volontiranja:</p> <ul style="list-style-type: none"> - snažna podrška volontiranju od strane menadžmenta ustanove; - strukturirani i aktivni pristup koordinaciji volontera; - razvoj i prilagodba volonterskog programa kroz vrijeme sukladno potrebama; - suradnja s različitim dionicima; - prepoznavanje dobrobiti volontiranja za pacijente

12. ŽIVOTOPIS AUTORICE S POPISOM OBJAVLJENIH DJELA

Gordana Šimunković rođena je 25.7.1979. godine u Zagrebu, Republika Hrvatska. Po završetku X. gimnazije u Zagrebu, upisuje studij Socijalne pedagogije na Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu i stječe zvanje profesorice socijalne pedagogije. Na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, 2023. godine završava Poslijediplomski specijalistički studij Javno zdravstvo i stječe zvanje sveučilišne specijalistice javnog zdravstva. Završila je i Mirovne studije (program neformalnog obrazovanja), praktičarka je Neuro-lingvističkog programiranja i praktičarka prvog stupnja Brain gyma. Dodatno je educirana u području analitičkih i zagovaračkih vještina, razvoju društvenog poduzetništva i organizacije zajednice.

Od studenog 2016. godine zaposlena je kao asistentica na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Rijeci pri Katedri za socijalnu medicinu i epidemiologiju i Katedri za društvene i humanističke znanosti u medicini. Do sada je bila uključena u nastavu na studiju Medicine i studiju Dentalne medicine pri Medicinskom fakultetu u kolegijima Socijalna medicina, Javno zdravstvo, Medicinska sociologija i Epidemiologija te u nastavu studija Fizioterapije, studija Sestrinstvo i studija Radiološke tehnologije pri Fakultetu zdravstvenih studija u kolegijima Medicinska sociologija i Sociologija zdravlja. Do 2016. godine radila je u nekoliko udruga: Krijesnici - udruzi za pomoć djeci i obiteljima suočenim s malignim bolestima, Volonterskom centru Zagreb, Plavom telefonu, Udruzi za inicijative u socijalnoj politici i dr. Članica je Nacionalnog odbora za razvoj volonterstva od 2019. godine.

Znanstveni i stručni interes autorice usmjeren je prema području analize i kreiranja socijalnih politika, osobito zdravstvene politike, razvoju javnog zdravstva, razvoju zajednice te zaštititi dobrobiti i mentalnog zdravlja djece i mladih te dr. Sudjelovala je u preko 30 stručnih projekata i nekolicini znanstveno - istraživačkih projekata u navedenom području.

POPIS OBJAVLJENIH RADOVA

1. Šimunković, G. (2023). *Pedijatrijska palijativna skrb - Smjernice za razvoj javnih politika utemeljenih na dokazima*. Zagreb: Krijesnica - udruza za pomoć djeci i obiteljima suočenim s malignim bolestima.
2. Šimunković, G. i Borić, I. (2023). Exercise of children's participatory rights in the healthcare system of the Republic of Croatia. U: Ramšak, M., Łuków, P., Muzur, A. i

- Steger, F. (Ur.). *Equal access to healthcare in socially diverse societies*. Baden-Baden: Karl Alber/Nomos, 81 – 107.
3. Šimunković, G. i Grubić, M. (2022). Participacija djece u sustavu zdravstva. Sažetak studije slučaja. U: Borić, I., Mataga Tintor, A. i Šalinović, M. (Ur.). *Studija o participaciji djece iz ranjivih skupina u Hrvatskoj*. Zagreb: Ured UNICEF-a za Hrvatsku, 187-192.
 4. Stubbs, P. i Šimunković, G. (2022). *Izazov siromaštva i socijalne isključenosti djece na području Rijeke i Gospića: analiza i preporuke*. Rijeka: Centar za kulturu dijaloga – CeKaDe i Zagreb: Ekonomski institut.
 5. Stubbs, P. i Šimunković, G. (2022). *Policy Brief - istraživanje o siromaštvu djece i obitelji na području Rijeke i Gospića*. Sažetak i preporuke. Rijeka: Centar za kulturu dijaloga – CeKaDe i Zagreb: Ekonomski institut.
 6. Šimunković, G. (2022). Pozicioniranost mentalnog zdravlja djece i mladih u Republici Hrvatskoj. *Jahr - European Journal of Bioethics*. 13 (2), 26, 335-351.
 7. Šimunković, G. i Babić, Z. (2022). Koncept socijalnih investicija u zdravstvenom sustavu. *Revija za socijalnu politiku*. 29, 367-392.
 8. Šimunković, G. (2022). Volunteering as a response to society's challenges. *European perspectives*, 13, 19-45.
 9. Šimunković, G., Buterin, T. i Muzur, A. (2022). The thorny way of European Bioethics: The Jahr journal case study. *Nova prisutnost: časopis za intelektualna i duhovna pitanja*, XX (2), 417 – 430.
 10. Kolarić, B., Šimunković, G., Doričić, R., Ćorić, T. i Tomasović Mrčela, N. (2020). Gripa u osoba starije životne dobi. *MEDIX*, God. 26 Br. 146 – Supplement, 32 – 37.
 11. Vlah, N., Lovrek, I. i Šimunković, G. (2020). *Self-assessment and parental assessment of some risk and protective factors by primary school students*. Proceedings of the international Scientific Conference 18th mate Demarin Days „New Challenges in Education“. Pula: Sveučilište Jurja Dobrile u Puli, 79 – 103.
 12. Vukota Lj. i Šimunković G. (2018). Uloga civilnog društva i volontera u razvoju i implementaciji palijativne skrbi u zdravstveni sustav U: Lončar Z., Katić M., Jureša V. i sur. (Ur). *Palijativna skrb u zajednici*. Zagreb: Medicinska naklada, 23-32.