

# IMPLEMENTACIJA JAVNIH POLITIKA KAO OPERATIVNO UPRAVLJANJE: ANALIZA TRANSFORMACIJE HRVATSKE POLITIKE PREMA OSOBAMA S INVALIDITETOM

**Anka Kekez Koštro**

*Fakultet političkih znanosti,  
Sveučilište u Zagrebu*

**Kristina Urbanc**

*Studijski centar socijalnog rada,  
Pravni fakultet,  
Sveučilište u Zagrebu*

**Ivona Salaj**

*Doktorska studentica Prevenzijske  
znanosti i studija invaliditeta,  
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet,  
Sveučilište u Zagrebu*

Izvorni znanstveni rad

Primljeno: lipanj 2012.

**Sažetak** U članku se razmatra transformacija procesa implementacije politike prema osobama s invaliditetom (OSI) u Hrvatskoj, koja je posljedica transformacije modela kreiranja politike prema OSI – iz medicinskog u socijalni, s tendencijom prema razvoju modela ljudskih prava.\* S obzirom na procesnu usmjerenost analize, implementacija se sagledava na temelju koncepta javnog upravljanja te se koristi teorijski okvir višerazinskog upravljanja Michaela Hilla i Petera Hupea, koji implementaciju shvaćaju kao operativno upravljanje. Konceptualiziraju se i analiziraju promjene aktivnosti operativnog upravljanja na razini sustava, organizacije i pojedinca kao posljedica spomenute transformacije modela.

\* Članak je rezultat znanstvenog projekta *Istraživanje stavova članova predstavničkih tijela o političkim dimenzijama invaliditeta i uključivanju osoba s različitim vrstama oštećenja u politički život*, koji je Fakultet političkih znanosti (u suradnji s kolegama s Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta i Studijskog centra socijalnog rada Pravnog fakulteta) proveo za Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti u razdoblju od travnja 2009. do siječnja 2010. godine.

Analizom intervjua aktera politike i provedbenih dokumenata, kao dijela interdisciplinarnog istraživačkog projekta, autorice pokazuju da je u hrvatskoj politici prema OSI došlo do neujednačene transformacije na različitim razinama implementacije (sustav/organizacija/pojedinac). Tako je na razini sustava utvrđena prisutnost socijalnog modela s tendencijom daljnjeg razvoja okvira implementacije prema modelu ljudskih prava. Razinu međuorganizacijskih odnosa obilježava socijalni model, a na razini pojedinca tek se događa izlazak iz medicinskog modela.

**Ključne riječi** proces implementacije, modeli kreiranja politike prema OSI, okvir višerazinskog upravljanja, operativno upravljanje, upravljanje *policy*-procesom (razina sustava), upravljanje međuorganizacijskim odnosima (razina organizacije), upravljanje međuljudskim kontaktima (razina pojedinca)

## Uvod

Implementacija politike prema OSI, kao i implementacija drugih javnih politika u Hrvatskoj, sve je češće tema raznih skupova, okruglih stolova, *policy*-analiza i konzultantskih intervencija, medijskih izvještaja, formalnih savjetovanja i neformalnih sastanaka kreatora i drugih aktera te politike. Pritom se kao polazište često uzima postojeći implementacijski neuspjeh (jaz), kojim se ukazuje na nezadovoljavajuće stanje realizacije ciljeva i korištenih instrumenata propisanih različitim zakonima, programima i strategijama, izravno ili neizravno povezanima s OSI. Svedeno na okvir analize jazova, proučavanje implementacije primarno se usmjerava na, kako je to nazvao Rothstein, "istraživanja jada i bijede" (1998: 62-63), čiji je krajnji doseg reflektiranje o tome da se propisano uglavnom ne uspijeva ostvariti. Na taj način teško možemo obuhvatno sagledati stvarnu implementacijsku praksu, koja nerijetko uključuje uspješnu provedbu postavljenih ciljeva, kao i prilagodbu, modifikaciju, pregovaranje, zamjenu, pa čak i suprotstavljanje zadanim ciljevima.

Ostavljajući po strani analizu jazova, ovaj rad odražava uvjerenje da je, prije predlaganja alternativa postojećim implementacijskim praksama, važno po-

kušati razumjeti kako se politike implementiraju. Stoga se konceptualizacija i istraživanje implementacije politike prema OSI primarno usmjeravaju na implementacijski proces, odnosno na razumijevanje "onoga što se događa između očekivanja koja postoje u odnosu na javne politike i (percipiranih) rezultata javne politike" (Ferman, 1990, prema Hill i Hupe, 2009: 2). Politiku prema OSI prepoznali smo kao istraživački zanimljivu i značajnu, ponajprije zbog aktualne transformacije procesa njena kreiranja. Zadnjih 40-ak godina naime u mnogim razvijenim zemljama mijenja se definicija invaliditeta, a kao posljedica tih promjena postupno se formiraju različiti modeli razumijevanja OSI. U početnim se fazama razvoja politike prema OSI formirao medicinski model, a nakon njega sukcesivno se razvijaju socijalni model i model ljudskih prava. S obzirom na to da modeli djeluju kao okviri kreiranja politike prema OSI, prelazak iz medicinskog u druga dva modela očituje se u promjenama ciljeva te u izboru instrumenata ove javne politike. Ta se transformacija u posljednjem desetljeću događa i u Hrvatskoj, pa Petek (2011) analizom ciljeva hrvatske politike prema OSI utvrđuje prelazak iz medicinskog u socijalni model, s početnim zamahom u smjeru razvoja modela ljudskih prava.

Posljedična transformacija procesa implementacije nameće se tako kao glavno istraživačko pitanje ovoga rada. Implementacija se pritom povezuje s konceptom upravljanja, koristeći se Hillovim i Hupeovim (2009) teorijskim okvirom višerazinskog upravljanja koji implementaciju shvaća kao operativno upravljanje. Cilj je rada konceptualizirati i istražiti transformaciju operativnog upravljanja politikom prema OSI, koja nastaje kao posljedica promjena modela kreiranja politike. Teza je rada da se transformacija modela kreiranja hrvatske politike prema OSI od medicinskog prema socijalnom modelu i djelomično prema modelu ljudskih prava očituje u razvoju oblika operativnog upravljanja koji korespondiraju s trima modelima kreiranja politike.

Da bi se ostvario cilj i razradila teza rada, u njegovu prvom dijelu prikazuje se spomenuta transformacija modela kreiranja politike prema OSI, dok se u drugom dijelu konceptualiziraju aktivnosti operativnog upravljanja koje nastaju kao posljedica te transformacije. U središnjem dijelu rada te se aktivnosti upotrebljavaju kao okvir za analizu empirijske građe prikupljene intervjuiranjem aktera hrvatske politike prema OSI i analizom provedbenih dokumenata te politike. Prikaz i interpretacija rezultata analize intervjuja i dokumenata završavaju utvrđivanjem u kojoj je mjeri u implementaciji hrvatske politike prema OSI prisutan medicinski, socijalni i/ili model ljudskih prava, što se potom zaključno komentira.

### **Transformacija politike prema OSI iz medicinskog u socijalni model i model ljudskih prava**

Politika prema OSI važna je posebna socijalna politika. Kao ciljnu skupinu ta

politika obuhvaća značajan dio populacije, koju općenito karakterizira niža razina obrazovanja, otežana zapošljivost te rizik od siromaštva, obespravljenosti i socijalne isključenosti. Svi nabrojeni izazovi i rizici, koji zahvaćaju različite aspekte života OSI, danas se u većini razvijenih zemalja doživljavaju kao javni problemi, a time i kao neosporiv predmet državne intervencije i politike prema OSI. Međutim nije oduvijek bilo tako. Popis javnih problema koji se rješavaju politikom prema OSI dugo se sastojao prvenstveno od specifičnih zdravstvenih potreba OSI. Drugi problemi vezani za invaliditet te za interakciju invaliditeta i društva rješavali su se u privatnoj ili, rjeđe, u društvenoj sferi. Dolazak tih problema na dnevni red te politike zbivao se postupno tijekom posljednjih 40-ak godina, i to primarno kao posljedica promjena u načinu definiranja OSI kao ciljne skupine te politike.

Način na koji se u određenom društvu razumijeva ciljna skupina neke javne politike utječe ne samo na dnevni red već i na njezin dizajn, odnosno na formulaciju ciljeva i odabir instrumenata (Schneider i Ingram, 1993). U tom smislu, promjene u definiranju OSI i razumijevanju invaliditeta rezultirale su formiranjem različitih modela, kao skupova pretpostavki, vrijednosti i uvjerenja koja uokviruju svrhu, ciljeve i ishode politike prema OSI. Ti modeli mogu se podijeliti na dvije šire kategorije. U prvoj je grupa modela koji se fokusiraju na pojedinca i viđenje invaliditeta s obzirom na ono što tog pojedinca razlikuje od drugih (na ono što mu nedostaje), a najrašireniji model razumijevanja invaliditeta u toj kategoriji jest medicinski model. Druga kategorija odnosi se na grupu modela koji se fokusiraju i na društvo, pa invaliditet primarno vide kao dru-

štvenu konstrukciju, rezultantu interakcije pojedinca i njegova okruženja. Dakle invaliditet više nije problem pojedinca, nego šireg društvenog, kulturnog, ekonomskog i političkog okruženja (Bernell, 2003), a najrašireniji model te kategorije jest socijalni model (Rothman, 2010). Promjena uloga osoba s invaliditetom iz pasivnih primatelja usluga u aktivne zagovaratelje svojih prava i potreba te širenje pokreta za prava osoba s invaliditetom otvorili su vrata suvremenom modelu ljudskih prava, koji preusmjerava fokus sa zadovoljenja potreba OSI na borbu za njihova prava. Time paradigmu socijalne skrbi preokreće u paradigmu ljudskih prava (Kim, 2010).

Opisani razvoj modela razumijevanja invaliditeta, odnosno interpretacijskih okvira kreiranja politike prema OSI Petek (2011) povezuje s transformacijom ciljeva i instrumenata politike. U medicinskome modelu politika prema OSI usmjerava se na skrb za ranjivu društvenu skupinu te liječenje i rehabilitaciju pojedinca, što se postiže primarno uporabom instrumenata socijalne i zdravstvene politike. U skladu s društveno orijentiranim razumijevanjem invaliditeta, socijalni model rezultira dizajnom politike usmjerenim na uklanjanje fizičkih, ekonomskih i socijalnih prepreka za jednako sudjelovanje OSI u društvu. Uklanjanje prepreka socijalnoj uključenosti postiže se djelovanjem u različitim sektorima, koji zahvaćaju različite dimenzije života, a sam socijalni model naglasak stavlja na ciljeve i instrumente antidiskriminacijske politike i politike pristupačnosti fizičke okoline i prijevoza. Promjenom fokusa sa zadovoljenja potreba na osnaživanje OSI, model ljudskih prava uz mjere antidiskriminacijske politike obuhvaća instrumente kojima se u obrazovnoj, kulturnoj, rekreacijskoj

i sportskoj politici potiče razvoj potencijala OSI te promiče sudjelovanje OSI u stvaranju javnih politika (Petek, 2011).

Takva konceptualizacija transformacije politike prema OSI ukazuje na jasne veze između promjena u razumijevanju invaliditeta i dizajna politike prema OSI, pa se kao sljedeći korak nameće pitanje utjecaja te transformacije na proces implementacije, odnosno na operativno upravljanje javnim politikama.

### **Transformacija implementacije politike prema OSI**

S obzirom na procesnu usmjerenost analize, implementaciju politike prema OSI konceptualiziramo, a potom i istražujemo kao dio javnog upravljanja. Pristup koji istraživanje *policy*-procesa povezuje s konceptom upravljanja te pripadajući Hillov i Hupeov (2009) teorijski okvir višerazinskog upravljanja odabrali smo zbog mogućnosti sistematične eksploracije implementacijskog procesa i jasnog razdvajanja empirijskih razmatranja od normativnih prosudbi. U konceptualizaciji elemenata strukture procesa stvaranja javnih politika tim okvirom razlikuju se tri široka skupa aktivnosti koje čine sadržaj javnih politika, a nazivaju se konstitutivno, usmjeravajuće i operativno upravljanje. Navedene tri razine aktivnosti djeluju kao tri razine upravljanja koje se odnose na stvaranje upravljanja koje se odnose na stvaranje okvira, osiguranje smjernica te ostvarenje namjera javnih politika (Hill i Hupe, 2009: 123-129). Posljednji skup aktivnosti označava proces implementacije, pa se u tekstu fokus stavlja na operativnu razinu upravljanja, uz pretpostavku implicitne uključenosti i utjecaja drugih dviju razina upravljanja.

Kada se promatra kao operativno upravljanje, implementacija označava

praktični menadžment samog procesa ostvarenja kolektivno postavljenih namjera i ciljeva javnih politika te uključuje aktivnosti na razini sustava, organizacije i pojedinca. Te aktivnosti poprimaju oblike “upravljanja procesom stvaranja javnih politika (na razini sustava), upravljanja međuorganizacijskim odnosima (na razini organizacija) i upravljanja internim i eksternim kontaktima (od strane pojedinaca)” (Hill i Hupe, 2009: 188). U konceptualizaciji transformacije implementacije politike prema OSI, a u nastavku rada i u interpretaciji rezultata empirijskog istraživanja, vodimo se prikazanim skupinama aktivnosti s ciljem identifikacije onih aktivnosti operativnog upravljanja koje korespondiraju s trima modelima kreiranja politike prema OSI.

Na razini sustava implementacija se odnosi na upravljanje *policy*-procesom stvaranjem okvira za djelovanje svih aktera uključenih u provedbu politike. To podrazumijeva razvoj implementacijskih struktura kojima se uokviruje uključivanje aktera u implementaciju, usmjeravaju obrasci njihove interakcije i formiraju temeljne upravljačke aktivnosti (Hill i Hupe, 2009; Peters, 2011). Transformacijom ciljeva i instrumenata politike prema OSI u trima modelima njezina kreiranja transformira se i okvir u kojem se implementacija organizira. U konceptualizaciji te transformacije medicinski model i njegovu usmjerenost na pojedinca-pacijenta te skrb i medicinski tretman OSI povezujemo s jednostavnim implementacijskim strukturama, obilježenima dominantnom ulogom sustava državne skrbi i jasnom podjelom odgovornosti i zadataka. U takvom okviru operacionalizacija ciljeva politike primarno se fokusira na osiguranje privole provoditelja, a temeljne upravljačke

aktivnosti postaju dodjela informacija i zadataka.

Promjenom fokusa na društvo i usmjeravanjem državne intervencije na uklanjanje prepreka socijalnoj uključenosti OSI socijalni model u mrežu provoditelja intenzivnije uključuje niže razine vlasti te aktere izvan hijerarhijske linije vlasti (privatni, neprofitni). Veći obuhvat državne intervencije i podjela kompetencija s proširenom mrežom provoditelja traži “omekšavanje” osnovnih upravljačkih aktivnosti i razradu kompleksnijih implementacijskih struktura. Stoga operacionalizacija ciljeva u tome modelu znači stvaranje okvira za poticanje izvedbe svih uključenih aktera (*performance management*) i decentralizaciju. U takvom okviru upravljanje se, za nositelje provedbe, više ne zasniva na određivanju zadataka provoditeljima politike, već temeljna upravljačka aktivnost postaje upućivanje provoditelja na proizvode djelovanja (*outputs*), kao što su uklonjene prostorne prepreke i osigurana prometna signalizacija. Dobrovoljnost djelovanja provoditelja, koju u operativno upravljanje uvodi socijalni model, još snažnije naglašava drugi društveno orijentirani model, model ljudskih prava. Usmjeravanjem svrhe intervencije na jednakost i osnaživanje OSI, u tome modelu implementacija postaje ko-produkcija, a upravljanje *policy*-procesom odvija se kroz upravljanje ishodima (*outcomes*), koji vode prema punoj realizaciji ljudskih prava OSI.

Socijalni model i model ljudskih prava dijele zajedničku usmjerenost na društvo i s time povezanu ovisnost o različitim suradničkim aranžmanima s ne-državnim akterima. Suradnja vlade i ne-državnih aktera u socijalnom modelu tako postaje važan oblik djelovanja na uklanjanju fizičkih i socijalnih prepreka

jednakom sudjelovanju OSI u društvu. Značaj suradnje kao upravljačkog principa intenzivira se modelom ljudskih prava, u kojem nositelj politike suradničkim aranžmanima organizira provedbu čitavog spektra instrumenata usmjerenih prema osnaživanju OSI. U primjere suradničkih aranžmana spada javno privatno partnerstvo, a za politiku prema OSI i ovaj članak posebno su zanimljive različite forme partnerstva vlade i organizacija civilnoga društva (OCD-a), posebice udruga OSI koje na kontinuumu suradnje mogu varirati "od čistog odnosa upravitelj-izvođač pa do istinskog partnerskog odnosa" (Schwartz, 2003: 87). U konceptualizaciji transformacije implementacije politike prema OSI na razini sustava, nižu točku Schwartzova kontinuuma suradnje države i OCD-a povežujemo sa socijalnim modelom u kojem država, iako dijeli kompetencije za implementaciju, još uvijek zadržava upravljačku kontrolu. U konceptualizaciji operativnog upravljanja na razini sustava, model ljudskih prava povežujemo pak s partnerskim aranžmanima i implementacijskim strukturama koje pogoduju upravljanju usmjeravanjem i prizivanjem zajedničke odgovornosti svih aktera implementacije prema korisnicima.

Na razini organizacija, implementacija kao operativno planiranje označava proces upravljanja međuorganizacijskim odnosima, pri čemu se koherentnost djelovanja svih aktera implementacije postavlja kao važan normativni kriterij. Za tu razinu proučavanja implementacije važni su međuorganizacijski odnosi u vertikalnom smislu, ali i "horizontalni odnosi, u kojima je potrebna suradnja organizacija koje nisu u hijerarhijskom odnosu" (Hill, 2010: 227). U upravljanju međuorganizacijskim odnosima u vertikalnom smislu provoditeljima se osi-

guravaju smjernice kojima se povezuju ciljevi, implementacijska struktura i resursi (Petak, 2009). Ostvarenje koherentnosti pri tome zahtijeva dizajn smjernica koji je usklađen s dominantnim okvirom upravljanja u konkretnom institucionalnom kontekstu i konkretnoj politici (Hill i Hupe, 2009). Tako u politici prema OSI vertikalne smjernice, ovisno o dominantnom modelu kreiranja politike, mogu varirati od čvrste vertikalne povezanosti i jasno definirane subordiniranosti lanca provoditelja pa do labavijih vertikalnih veza s raznolikim i relativno autonomnim provoditeljima.

S transformacijom politike prema OSI i razvojem socijalnog modela njena kreiranja u implementaciji dolaze do izražaja konvergirajući trendovi teritorijalne reorganizacije i multiplikacije aktera, koje Barberis i Kazepov (2010) stavljaju pod zajednički nazivnik supsidijarizacije. Navedeni trendovi očituju se u asimetričnosti odnosa različitih tijela i razina vlasti, kao i odnosa državnih aktera s različitim organizacijama izvan linije hijerarhijske vlasti (privatni, neprofitni). Za implementaciju politike prema OSI to znači napuštanje tradicionalnih hijerarhijskih oblika upravljanja i stavljanje naglaska na horizontalne međuorganizacijske odnose. Kompleksnost, koju u međuorganizacijske odnose uvođe labavije vertikalne veze i asimetričnost, rezultira izazovima koordinacije, koji se očituju u "mobilizaciji vrijednosti koherencije u pokušaju da se izmijeni ono što rade ostali akteri" (Colebatch, 2004: 12). Kako u daljnjoj evoluciji oblici povezanosti aktera postaju još fleksibilniji i izrazito asimetrični, tako u modelu ljudskih prava nastupaju koordinacijski oblici odnosa s ciljem objedinjenog djelovanja državnih i nedržavnih provoditelja.

**Tablica 1. Oblici operativnog upravljanja u modelima kreiranja politike prema OSI**

	MODELI KREIRANJA POLITIKE PREMA OSI		
AKTIVNOSTI OPERATIVNOG UPRAVLJANJA	MEDICINSKI MODEL Osiguranje privole kroz upravljanje dodjelom informacija i zadataka.	SOCIJALNI MODEL Osiguranje izvedbe kroz upravljanje proizvodima djelovanja ( <i>outputs</i> ).	MODEL LJUDSKIH PRAVA Upravljanje ishodima ( <i>outcomes</i> ) kao rezultatima zajedničkog djelovanja.
SUSTAV Upravljanje <i>policy</i> -procesom	Osiguranje jasne podjele odgovornosti i zadataka unutar sustava državne skrbi i zaštite koji čuvaju kompetenciju za provedbu politike.	Stvaranje okvira za upravljanje izvedbom ( <i>performance management</i> ), decentralizaciju i podugovaranje implementacije nedržavnim akterima.	Okvir za upravljanje usmjeravanjem, strukturiranjem partnerskog djelovanja i prizivanjem zajedničke odgovornosti prema korisnicima.
ORGANIZACIJA Upravljanje međuorganizacijskim odnosima	Fokus na osiguranju jasne i unificirane formulacije zadataka, potrebnih kompetencija i resursa. Čvrste veze vertikalne povezanosti uz minimalnu pažnju na horizontalnoj koordinaciji.	Fokus na poticanju provedbe preuzetih aktivnosti i ugovornih obveza. Fleksibilnije vertikalne veze uz intenzivnije manifestiranje izazova koordinacije i uočavanje važnosti horizontalnih međuorganizacijskih odnosa.	Usmjerenost na ostvarenje partnerstava i koherentnosti. Uspostava koordinacije u horizontalnim i vertikalnim odnosima s ciljem objedinjenog djelovanja svih aktera uključenih u provedbu.
POJEDINAC Upravljanje (vanjskim i unutrašnjim) međuljudskim kontaktima	Dominacija profesionalne ekspertize i fokus na poštivanju standardiziranih operativnih procedura. Manipulativna i, eventualno, tokenistička razina korisničke uključenosti.	Fokus na kontinuiranoj obuci proširene mreže provoditelja te na uspostavljanju i održavanju uslužne orijentacije. Uvodi se korisnička perspektiva na razini tzv. informiranog pristanka.	Profesionalizacija usluga, naglašavanje učenja stručnjaka od korisnika i razvoj tzv. salutogeneze. Institucionalizacija korisničke perspektive na razini zajedničke inicijative i inicijative korisnika.

Izvor: prilagođeno prema Hill i Hupe, 2009.

Uz aktivnosti na razini sustava i na razini organizacije, implementacija kao operativno upravljanje podrazumijeva i aktivnosti na razini pojedinca. Te se ak-

tivnosti odnose na interno i eksterno upravljanje međuljudskim kontaktima. Ključnu ulogu na toj razini imaju neposredni provoditelji politika, a aktivnosti

upravljanja internim kontaktima usmjeravaju se na pitanje motivacije provoditelja i internalizacije dominantne orijentacije u određenoj javnoj politici. Aktivnosti se također usmjeravaju na osiguranje djelovanja u skladu s ključnim mehanizmima upravljanja, bilo da su to standardizirane operativne procedure, očekivani rezultati provedbe ili izgradnja odnosa povjerenja s korisnicima.

Upravljanjem eksternim kontaktima u konceptualizaciji neposredne razine provedbe politike prema OSI pojavljuje se korisnička perspektiva i ideja uključivanja korisnika u promišljanje i pružanje usluga. Stoga u radu korisničku perspektivu povezujemo s kontinuumom participacije (Hart, 1992, prema Steel, 2005; Urbanc, 2005; Skokandić i Urbanc, 2009) kojim se ilustrira postupnost i složenost progresivnog uključivanja korisnika u oblikovanje i provedbu politike. Na dnu kontinuuma nalaze se najniže razine uključenosti korisnika, manipulativna i tokenistička, koje, stavljajući korisnika u poziciju isključivog slijedenja uputa stručnjaka ili tražeći od korisnika da iznesu svoje mišljenje uz minimalni utjecaj na sam ishod, konceptualno odgovaraju medicinskome modelu kreiranja politike prema OSI. Na višoj poziciji kontinuuma nalazi se razina informiranog pristanka, koja podrazumijeva konzultiranje i informirano sudjelovanje korisnika u provođenju politike. Slijede razina zajedničke inicijative i razina inicijative korisnika, koje označavaju iniciranje i provođenje ideja od strane korisnika, uz različite mogućnosti sudjelovanja drugih aktera. S obzirom na teorijske paradigme i vrijednosti koje obuhvaćaju, više razine uključivanja korisnika odgovaraju kategoriji društveno orijentiranih modela kreiranja politi-

ke, odnosno socijalnome modelu i modelu ljudskih prava.

### Rezultati empirijskog istraživanja

Hrvatska politika prema OSI tek u posljednjem desetljeću ulazi u proces transformacije modela njena kreiranja. Tako Petek (2011) analizom *policy*-dizajna utvrđuje da se, uslijed međudjelovanja međunarodnih i domaćih ne-državnih aktera u regulatorni, pa i širi *policy*-okvir hrvatske politike prema OSI, uz cilj zbrinjavanja OSI kao ranjivih članova društva koji je karakterističan za medicinski model, ugradio i cilj postizanja jednakosti i jednakopravnosti te usmjerenost na okolinu OSI, koju uvodi socijalni model. Također, kad je riječ o upotrebi verbalnih etiketa u definiranju OSI, analiza je ukazala na pozitivan trend prema modelu ljudskih prava. Međutim potpunija transformacija u tom smjeru tek predstoji s obzirom na to da, osim usvajanja terminologije koja odgovara standardima političke korektnosti prema ljudskim pravima OSI, u dizajnu politike nije zastupljeno "ljudsko-pravaško" definiranje *policy*-problema ni usmjerenost na osnaživanje OSI kao cilj koji čini okosnicu modela ljudskih prava (Petek, 2011).

Polazeći od prikazanih rezultata analize dizajna hrvatske politike prema OSI (Petek, 2011), u istraživanju implementacije hrvatske politike prema OSI, na kojem se temelji ovaj rad, proučavala se posljedična transformacija procesa implementacije. Istraživanje je slijedilo eksplanatorno i procesno orijentiranu konceptualizaciju implementacije kao operativnog upravljanja, pa su cilj i specifična istraživačka pitanja usmjerena na analizu načina organiziranja provedbe predviđenih namjera hrvatske politike prema OSI. Istraživanjem se tako željelo



utvrditi u kojoj je mjeri u aktivnostima operativnog upravljanja hrvatskom politikom prema OSI prisutan medicinski, a u kojoj socijalni model i model ljudskih prava. Transformacija procesa implementacije i prisutnost elemenata oblika operativnog upravljanja koji korespondiraju s trima modelima kreiranja politike promatrali su se na razini sustava, organizacija i pojedinaca, pa su s tim u vezi postavljeni sljedeći istraživački problemi:

1. Analizirati upravljanje *policy*-procesom i utvrditi načine na koje se strukturira okvir i uključuju akteri u implementaciju politike prema OSI (razina sustava).
2. Analizirati upravljanje međuorganizacijskim odnosima i utvrditi karakteristike vertikalnih i horizontalnih veza između aktera i sustava u kojima se ostvaruje implementacija politike prema OSI (razina organizacija).
3. Analizirati upravljanje međuljudskim kontaktima i utvrditi obrasce djelovanja neposrednih provoditelja i razinu prisutnosti korisničke perspektive u implementaciji politike prema OSI (razina pojedinca).

U istraživanju je primijenjen kvalitativni pristup jer omogućava dubinsko i temeljito razumijevanje problematike iz perspektive samih sudionika istraživanja. Kvalitativna istraživanja temelje se na malom broju sudionika koji su odabrani prema kriteriju "informativni bogatiji slučajevi", odnosno sudionika koji imaju određena iskustva važna za konkretnu istraživačku temu (Mesec, 1998; Midgley, 2004; Milas, 2005). Specifičnosti su tog pristupa da osigurava cjelovit (holistički) i sistematičan opis situacije, procesa, aktivnosti ili iskustva te omogućuje istraživanje kvalitete odnosa iz-

među sudionika, pojava i događaja (Ajduković i sur., 2008).

Intervjui, kao dio interdisciplinarnog istraživačkog projekta na temelju kojeg je nastao ovaj rad, provedeni su na uzorku od N=16 sudionika (11 žena i 5 muškaraca), aktera uključenih u kreiranje javne politike prema OSI. Kriteriji za odabir sudionika bili su aktivno djelovanje sudionika u procesu stvaranja hrvatske politike prema OSI te njihova različita pripadnost skupinama vertikalnih ili horizontalnih aktera, odnosno aktera koji se nalaze unutar ili izvan crte hijerarhijske vlasti. Prema potonjem kriteriju, među sudionicima smo razlikovali aktere iz horizontalne dimenzije politike (predstavnici organizacija civilnoga društva (5) i medija (1)) te aktere koji djeluju u vertikalnoj dimenziji politike (saborski zastupnici (6), predstavnici ministarstva i Vladinih ureda (4)). Među sudionicima petoro njih bili su OSI.

Polustrukturirani intervjui provedeni su individualno, na radnim mjestima sudionika, a proveli su ih članovi interdisciplinarnog istraživačkoga tima u razdoblju od rujna 2009. do kraja siječnja 2010. godine na području grada Zagreba. Intervjui su snimani na audiovrpču, za što je unaprijed tražena suglasnost sudionika. Sudionicima je objašnjen cilj istraživanja te im je zajamčena povjerljivost glede identiteta i pohranjivanja transkripata. Privatnost je dodatno osigurana skupnom analizom intervjua.

Kvalitativna analiza intervjua provedena je primjenom postupka otvorenog kodiranja (Maxwell, 1996; Mesec, 1998). Radi organiziranja prikupljene građe napravili smo sljedeće korake: (1) parafraziranje zapisa odgovora koji se odnose na implementaciju politike prema OSI, (2) podcrtavanje odgovora koji se od-

nose na postavljena istraživačka pitanja, (3) ispis podcrtanih izjava sudionika, (4) kodiranje izdvojenih izjava, (5) pripisivanje pojmova empirijskoj građi i pridruživanje srodnih pojmova u kategorije, (6) analiza značenja i sažimanje.<sup>1</sup> Vjerodostojnost rezultata analize intervjua i njihove interpretacije nastojali smo povećati uvođenjem pravila triangulacije na više razina. Tako su tri istraživača, neovisno jedan o drugome, uređivala empirijsku građu i oblikovala kategorije. Dobivene kategorije potom su uspoređivane i interpretirane, nakon čega se o njima raspravljalo i potom ih se usklađivalo kako bi konačne kategorije bile rezultat konsenzusa svih triju istraživača.

Osim toga, radi triangulacije izvora podataka, kao i korištenja dodatnih metoda prikupljanja i obrade podataka, rezultati analize intervjua dopunjeni su rezultatima analize dokumenata. Da bi se dobila što relevantnija slika implementacije, u analizu dokumenata uključeno je pet dokumenata koji uređuju ili usmjeravaju operacionalizaciju hrvatske politike prema OSI. Među te dokumente spada Nacionalna strategija koja objedinjuje i usmjerava djelovanje na provedbi politike, Okvir za praćenje koji osigurava pokazatelje i uređuje izvještavanje o provedbi politike te godišnja izvješća o provedbi strategije, odnosno politike.<sup>2</sup> Analiza je provedena tako da su izabrani provedbeni dokumenti tretirani kao odraz stvarnosti, pa su se njihovim pregledom nastojali osigurati empirijski podaci za (re)konstrukciju strukture

i elemenata procesa implementacije hrvatske politike prema OSI.

U tekstu koji slijedi rezultati su strukturirani prema istraživačkim pitanjima (koja su u nastavku označena ukošenim slovima), a prikazani su u obliku kategorija (označene podebljanim slovima) koje su dodatno ilustrirane izjavama sudionika (tablica 2 na sljedećoj stranici).

### 1. Okvir i akteri implementacije politike prema OSI

Na razini upravljanja *policy*-procesom (razina sustava) sudionici prepoznaju **odgovornost države za razvoj okvira implementacije kojim se potiče izvedba** svih uključenih sektora i aktera. Takav okvir implementacije povezuje se sa socijalnim modelom u kojem država upravlja upućivanjem provoditelja na očekivane standarde, odnosno definirane proizvode djelovanja (*outputs*) (“... dakle okvire, standarde mora napraviti država. I isto tako kontrolirati to što je napravila.”). Osim u izjavama sudionika upravljanje putem proizvoda djelovanja prepoznaje se i u analizi dokumenata. Tako Nacionalna strategija, provedbeni dokument politike prema OSI u Hrvatskoj, svoje mjere i provedbene aktivnosti povezuje s pokazateljima koji se u pravilu odnose na proizvode djelovanja (*outputs*), kao što su broj osnovanih dnevnih centara, broj održanih radionica te broj uspostavljenih skupina za samozastupanje (tablica 3 na str. 420).

Promjena fokusa s pojedinca na društvo koju donosi socijalni model kreiranja politike prema OSI potiče širenje politike na nova *policy*-područja kao što su zapošljavanje, obrazovanje, kultura, sport, infrastruktura, promet, političko sudjelovanje itd. Analiza provedbenih dokumenata politike prema OSI u Hr-

<sup>1</sup> Zbog opsežnosti materijala detaljniji prikaz svih faza obrade podataka nije priložen u radu, ali se može dobiti na uvid od autorica.

<sup>2</sup> V. Popis analiziranih dokumenata na kraju teksta.

**Tablica 2. Kategorije dobivene analizom intervjua i postupkom otvorenog kodiranja**

1. Predodžba sudionika o okviru i akterima procesa implementacije politike prema OSI	2. Karakteristike međuorganizacionih (vertikalnih i horizontalnih) odnosa u implementaciji politike prema OSI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Odgovornost države u kreiranju okvira za upravljanje izvedbom (<i>performance management</i>), decentralizaciju i podugovaranje</li> <li>• Podjela kompetencije za provedbu politike i širenje mreže uključenih aktera</li> <li>• Prepoznavanje potrebe za većom ulogom lokalnih vlasti u implementaciji politike</li> <li>• Uvođenje načela sudjelovanja OSI u strukturiranju provedbe politike</li> <li>• Prepoznavanje potrebe države za osiguravanjem provedbenih aktivnosti u suradnji s nedržavnim akterima</li> <li>• Problem razvoja obrasca podređenosti i ovisnosti udruga OSI o državi</li> <li>• Inicijalna uspostava implementacijskog okvira zajedničkog djelovanja svih aktera s ciljem osnaživanja OSI</li> <li>• Kritika sudionika uslijed prepoznatog opiranja promjeni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Labavije, fleksibilnije vertikalne veze koje su formirane tako da država osigurava ciljeve i okvir djelovanja, a provoditeljima se ostavlja određena razina autonomije</li> <li>• Problematizacija fragmentiranog djelovanja različitih sektora i sustava u kojima se provodi politika prema OSI</li> <li>• Povećanje značaja horizontalne dimenzije i prepoznavanje izazova koordinacije</li> <li>• Problematičnost osiguranja izvršenja preuzetih aktivnosti u proširenoj mreži provoditelja</li> <li>• Potraga za relevantnim i učinkovitim upravljačkim instrumentima upravljanja međuorganizacionim odnosima</li> </ul>
<p><b>3. Predodžba obrazaca djelovanja neposrednih provoditelja i prisutnost korisničke perspektive u implementaciji politike prema OSI</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neposredni provoditelji: dominacija profesionalne ekspertize vs. službenici i profesionalci izvan područja medicinske i socijalne skrbi i zaštite</li> <li>• Upravljački mehanizmi na razini pojedinca: gusta regulacija vs. obuka o pravima OSI</li> <li>• Problematiziranje uloge stručnjaka specijalista za pojedine nedostatke OSI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problematični odnosi i komunikacija sa stručnjacima</li> <li>• Patologiziranje korisnika</li> <li>• Individualizirani pristup i korisnička perspektiva kao vrijednosti u implementaciji</li> <li>• Izostanak kontinuirane participacije korisnika</li> <li>• Uloga korisnika kao iskustvenog eksperta</li> </ul>

vatskoj ukazala je na trend širenja obuhvata državne intervencije, pa se operacionalizacija ciljeva politike prema OSI više ne odvija samo u sektorima rezerviranim za medicinski model<sup>3</sup>, već Nacio-

<sup>3</sup> Sektor zdravstva, sustav socijalne pomoći, sustav socijalne skrbi, mirovinski sustav te sustav profesionalne rehabilitacije.

nalna strategija izjednačavanje mogućnosti predviđa u čak 15 *policy*-područja.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Ta područja pokrivena su različitim sektorskim politikama i odnose se na zdravlje, socijalnu skrb i mirovinsko osiguranje, rehabilitaciju i zapošljavanje, obrazovanje, kulturu, sport i rekreaciju, život u zajednici, obitelj, pravnu zaštitu, mobilnost i pristupačnost,

**Tablica 3. Ilustracija okvira operacionalizacije ciljeva politike prema OSI i pokazatelja provedbe koji se odnose na proizvode djelovanja (*outputs*)**

<p>PODRUČJE STRATEGIJE 2.2. ŽIVOT U ZAJEDNICI          CILJ: OMOGUĆITI OSOBAMA S INVALIDITETOM ŠTO JE MOGUĆE NEOVISNIJE PLANIRANJE ŽIVOTA I ŽIVOT U ZAJEDNICI          MJERA 3. Osigurati dopunske usluge i druge kapacitete s ciljem potpore obitelji          Nositelj: Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti          Su-nositelji: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, jedinice lokalne i područne (regionalne) samouprave, Ured za udruge Vlade Republike Hrvatske, znanstvene i stručne institucije, udruge osoba s invaliditetom i udruge koje programski djeluju u korist osoba s invaliditetom          Aktivnosti:          1. poticati osnivanje većeg broja dnevnih centara, klubova i centara za kratkotrajni boravak          2. poticati rad skupina za samoizražavanje koje nude prikladne oblike terapije          3. poticati rad skupina za samozastupanje          Rokovi: kontinuirano          Pokazatelji provedbe:          1. broj osnovanih dnevnih centara, klubova i centara za kratkotrajni boravak          2. broj skupina za samoizražavanje koje nude prikladne oblike terapije          3. broj skupina za samozastupanje          Izvor: Nacionalna strategija za izjednačavanje mogućnosti osoba s invaliditetom od 2007. do 2015. godine</p>
---

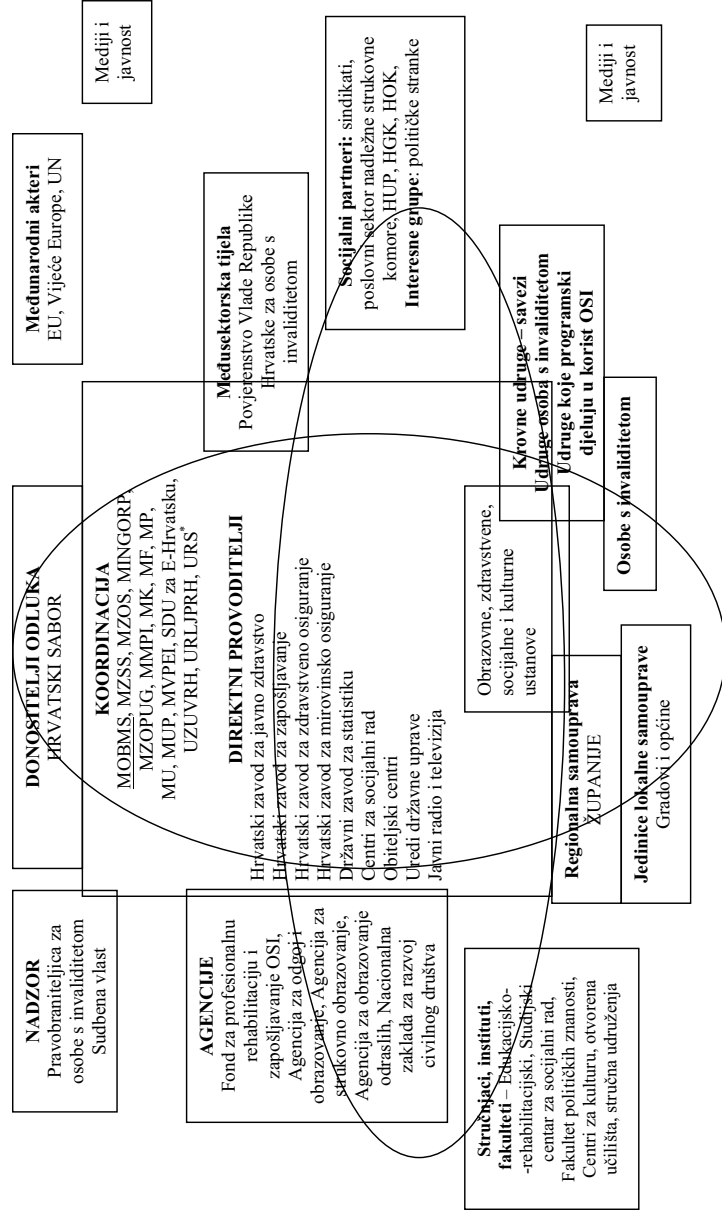
Trend povećanja broja sektora u kojima se strukturira implementacija politike prema OSI odgovara predodžbi intervjuiranih sudionika o **širenju kruga aktera uključenih u implementaciju**. Za razliku od medicinskog modela, u kojem država i njena dekoncentrirana tijela i ustanove zadržavaju legitiman monopol nad oblikovanjem i implementacijom politike, socijalni model širi kompetencije za provedbu politike u vertikalnom i horizontalnom smjeru. Tako akteri politike koje sudionici intervjua najčešće spominju u kontekstu rješavanja problema OSI dolaze iz horizontalne i vertikalne dimenzije javnih politika. Taj nalaz potvrđuje i obuhvatan pregled aktera uključenih u implementaciju politike, dobiven

političku i društvenu participaciju i aktivnost udruga osoba s invaliditetom.

analizom provedbenih dokumenata politike prema OSI<sup>5</sup> (slika 1) koji potvrđuje, od sudionika prepoznat, trend širenja **kompetencije za provedbu politike izvan kruga državnih aktera**. Taj trend jasan je pokazatelj transformacije implementacije politike prema OSI u Hrvat-

<sup>5</sup> Analiza provedbenih dokumenata provedena je s ciljem cjelovite identifikacije aktera vertikalne i horizontalne dimenzije implementacije. Analizom Nacionalne strategije prvo su identificirani državni i nedržavni akteri naznačeni kao (su)nositelji mjera i aktivnosti kojima se razrađuje hrvatska politika prema OSI. Potom su u analizu uvrštena godišnja izvješća o provedbi Nacionalne strategije kako bi se provjerila uključenost Nacionalnom strategijom naznačenih aktera i osiguralo uvrštavanje onih aktera koje strategija nije predviđjela, ali koji su se u praksi ipak uključili u provedbu.

SLIKA 1. Dijagram državnih (okomita dimenzija) i nedržavnih (vodoravna dimenzija) aktera hrvatske politike prema OSI



\* Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta, Ministarstvo gospodarstva, rada i poduzetništva, Ministarstvo zaštite okoliša, prostornog uređenja i graditeljstva, Ministarstvo mora, prometa i infrastrukture, Ministarstvo kulture, Ministarstvo financija, Ministarstvo pravosuđa, Ministarstvo uprave, Ministarstvo unutarnjih poslova, Ministarstvo vanjskih poslova i europskih integracija, Središnji državni ured za E-Hrvatsku, Ured za ljudska prava, Ured za ravnoopravnost spolova.  
Izvor: prilagođeno prema Kekez Koštro, 2010.

skoj, koja na razini sustava korespondira sa socijalnim modelom njena kreiranja.

Uključivanje široke mreže aktera u operacionalizaciju instrumenata socijalnog modela politike podrazumijeva i značajnije sudjelovanje nižih razina vlasti, posebice u onim područjima gdje dijele ovlasti s državom, primjerice u zdravstvenoj i obrazovnoj politici. Stoga se predodžba sudionika o odgovornosti države u upravljanju *policy*-procesom povezuje i s uspostavom **okvira za decentralizaciju i prepoznavanje potrebe za većom ulogom lokalnih vlasti** u implementaciji politike prema OSI (“*Nekakav osnovni okvir daje država, a u konačnici glavne odluke se, po meni i onome kako mi se čini da bi trebalo biti i da funkcionira, donose na lokalnoj razini.*”). To potvrđuje i analiza provedbenih dokumenata politike koja je pokazala da su jedinice područne i lokalne samouprave definirane kao sunositelji u 48 od ukupno 110 mjera obuhvaćenih Nacionalnom strategijom.

Širenje obuhvata državne intervencije na čitavo društvo i povećanje spektra instrumenata politike u socijalnom modelu dodatno rezultiraju potrebom države za osiguravanjem provedbenih aktivnosti putem ugovorenih odnosa s organizacijama civilnog ili pak privatnog sektora. S obzirom na to da socijalni model u politiku uvodi ideju sudjelovanja OSI, kako u društvu tako i u stvaranju javnih politika, učestala forma realizacije načela sudjelovanja u procesu implementacije postaje suradnja s udrugama OSI, koje u ovom modelu istovremeno djeluju i kao predstavnici OSI i kao partneri u provođenju instrumenata politike.

U tom smjeru, izjave sudionika ukazuju na predodžbu **uvodenja načela sudjelovanja OSI u strukturiranje pro-**

**vedbe politike.** Načelo sudjelovanja u operativnom upravljanju *policy*-procesom očituje se u djelovanju sustava predstavnštva za OSI, pri čemu su udruge percipirane kao najbolji mogući predstavnici i zastupnici njihovih potreba (“*Udruge najbolje prikupljaju potrebe i teškoće s kojima se susreću i prezentiraju.*”). Također, u izjavama sudionika očituje se i **prepoznavanje potrebe države za osiguravanjem provedbenih aktivnosti u suradnji s nedržavnim akterima** (“*Pa, u donošenju bilo kakve odluke nama su zapravo presudna mišljenja udruga koje, rekao bih, sve bez razlike, imaju vrlo pouzdanu bazu podataka o svim učenicima...*”).

Prisutnost socijalnog modela na razini sustava potvrđuju i izjave sudionika koje detaljnije opisuju obrasce suradnje države i udruga OSI u procesu implementacije. Naime socijalni model, fokusirajući se primarno na društvo i pitanje jednakog tretmana OSI, ipak tek načelno razrađuje pitanje sudjelovanja i aktivnosti OSI, što se reflektira na odnos države i udruga OSI koji se u Schwartzovu kontinuumu suradnje (2003) zadržava na relaciji “upravitelj-izvođač”. Takav tip odnosa uključuje ugovaranje pružanja usluga (*contracting out*), gdje vlada zadržava kontrolu nad kreiranjem i implementacijom politike, a na OCD-e (ili privatni sektor) prenosi svoju ulogu pružatelja usluge. Razmatrajući odgovornosti države u strukturiranju implementacije, sudionici naglašavaju i **okvir za podugovaranje provedbe nedržavnim akterima** (“*Sustav države treba osigurati nekakav vaučer OSI na temelju kojeg ona sebi može osigurati uslugu osobnog asistenta. No, ta osoba, ako ima financijskih mogućnosti, može si s osobnim asistentom, udrugom ili privatnikom ugovoriti uslugu.*”).

Također, odnos “upravitelj-izvođač”, karakterističan za socijalni model, realizira se sistemom dodjele donacija (*grants*) u kojem država, uz ulogu pružatelja usluge, na udruge prenosi i dio svoje funkcije kreatora politike (Schwartz, 2003). Sa sustavom dodjele donacija i dotacija, koji je prepoznat kao dominantan oblik suradnje udruga OSI i države, sudionici povezuju **problem razvoja obrasca podređenosti i ovisnosti udruga o državi**. Taj problem unosi neravnotežu u odnos “upravitelj-izvođač”, pa udruge djeluju odviše selektivno i pasivno u artikuliranju problema koje prepoznaju u implementaciji (“*Udruge će ti probat reć jedan problem, ali deset drugih neće, jer se neće zamjerit’ vlasti, jer se boje da će izgubit’ dotacije.*”) ili u projektima financiranim od države kompenziraju propuste države ili nižih razina vlasti u pružanju potrebnih usluga (“*... dok s druge strane da sustav ne funkcionira jer aktivizam i udruge su ono što krpa rupe u sustavu.*”). Usprkos ograničenjima, na razini upravljanja *policy*-procesom socijalni model širi kompetencije za provedbu politike u vertikalnom i horizontalnom smjeru pa se, u medicinskom modelu dominantan, upravljački okvir temeljen na principu “zapovijedi i nadzora” – nepovratno napušta. Na taj se način stvara podloga za daljnju evoluciju upravljanja implementacijskim procesom, i to u smjeru razvoja oblika implementacije koji odgovara modelu utemeljenom na okviru ljudskih prava.

Sudionici intervjuja zapažaju razvojni zamah operativnog upravljanja na razini sustava u smjeru modela ljudskih prava. **Inicijalna uspostava implementacijskog okvira zajedničkog djelovanja svih aktera s ciljem osnaživanja OSI** prepoznata je u djelovanju tijela koje koordinira provedbu politike (“*MOBMS je*

*totalno otvoren i najbrže se prilagođava potrebama osoba s invaliditetom...*”), kao i djelovanju aktera u području zapošljavanja OSI (“*Lokalna partnerstva za zapošljavanje... to je dobar projekt jer je promijenio način osmišljavanja javnih politika koje u 90% uvijek idu s nacionalnog nivoa prema niže, što u stvari nije dobro.*”). Početni koraci koji vode prema uspostavi modela ljudskih prava u upravljanju na razini sustava uočeni su i u analizi provedbenih dokumenata. Tako Okvir za praćenje provedbe Nacionalne strategije od 2010. godine, uz postojeće pokazatelje proizvoda djelovanja (*outputs*), u praćenje provedbe mjera i aktivnosti politike uvodi i usmjerenost na ishode (*outcomes*) (tablica 4 na sljedećoj stranici). I izjave sudionika ukazuju na prepoznavanje važnosti uvođenja upravljanja ishodima (“*Mi smo do sada imali nastavne planove i programe koji se trebaju realizirati, a što će djeca znati nakon završetka toga programa u grubo rečeno, ali što ispadne...*”).

Istovremeno sa zamahom prema uspostavi modela ljudskih prava, u implementaciji na razini sustava sudionici **prepoznaju, i dalje aktivnu, ostavštinu medicinskog modela i kritiziraju opiranje promjenama** koje se pojavljuje među akterima vertikalne i horizontalne dimenzije. Tako se različita ministarstva suočavaju sa zahtjevima operacionalizacije instrumenata socijalnog modela ili čak instrumenata modela ljudskih prava, a ne uspijevaju do kraja izaći iz okvira u kojem politiku OSI vežu uz socijalno-medicinsku problematiku (“*... problem je usmjerenost samo na socijalno-zdravstvenu problematiku*”). Također, proces napuštanja obrasca “upravitelj-izvođač” u odnosu države i udruga te razvoj obrasca u smjeru Schwartzova (2003) “istiniskog partnerskog odnosa” suočavaju se s

**Tablica 4. Ilustracija pokazatelja ishoda u operacionalizaciji ciljeva politike prema OSI**

PODRUČJE: 2.7. PROFESIONALNA REHABILITACIJA, ZAPOSŁJAVANJE I RAD  
CILJ: POTICATI STJECANJE ZNANJA, VJEŠTINA I NAVIKA POTREBNIH ZA ZAPOSŁJAVANJE I ZADRŽAVANJE POSLA

MJERA 4: Omogućiti pristup osobama s invaliditetom profesionalnoj orijentaciji bez obzira na životnu dob, obrazovanje i radni status

Pokazatelji provedbe:

4.1. Dostupnost usluga profesionalne orijentacije i usmjeravanja za zapošljavanje HZZ-a osobama s invaliditetom

- Broj postojećih i novoosnovanih ili pod-ugovorenih usluga/sluzbi za profesionalno informiranje i savjetovanje HZZ – osvrt na primjerenost programa
- Broj osoba s invaliditetom koje su obuhvaćene uslugom profesionalne orijentacije i usmjeravanja za zapošljavanje u promatranoj godini u odnosu na prethodnu
- Broj osoba s invaliditetom koje su upućene na obuku i koje su završile obuku temeljem profesionalne orijentacije u promatranoj godini u odnosu na prethodnu
- Broj osoba s invaliditetom koje su temeljem orijentacije i obuke dobile zaposlenje, od toga broj osoba s invaliditetom koje su zadržale zaposlenje u promatranoj godini i svakoj narednoj godini

Izvor: Nacionalna strategija za izjednačavanje mogućnosti osoba s invaliditetom od 2007. do 2015. godine

otporima državnih, ali i nedržavnih aktera (“... ali još uvijek postoje pojedinci iz ovih starih saveza [SOIH i HSGN, op. I. S.], koji još uvijek imaju takav tvrdokoran stav prema nečem pozitivnom.”).

Na kraju, istovremeno s naglašavanjem potrebe za većom ulogom lokalnih vlasti, sudionici problematiziraju pitanje ispunjenosti dvaju preduvjeta, a to su spremnost države na stvarnu podjelu ovlasti s nižim razinama vlasti (“*Nekad mi se čini da i kroz određene strategije, zakone država samo kaže to će napraviti lokalna samouprava, ne vodeći računa o tome da su za svaku provedbu potrebne i financije.*”) te spremnost nižih razina vlasti da prepoznaju značaj vlastite uloge u implementaciji ove politike (“*Jer život OSI se odvija u njezinoj lokalnoj zajednici i ako ta zajednica ne razumije i ne zna dobro artikulirati prema gore, a to su još*

*uvijek tijela koja se nisu dovoljno dobro uključila u sustav donošenja politika za OSI.*”). Na problem prepoznavanja značaja uloge nižih razina vlasti ukazali su i rezultati ankete s članovima predstavničkih tijela, koja je također provedena u okviru interdisciplinarnog empirijskog istraživanja, čije rezultate koristimo u raspravi ovog rada.<sup>6</sup> Kao najodgovornije aktere za politiku prema OSI ispitanici vide tijela na nacionalnoj razini, dok tek

<sup>6</sup> Anketa je provedena 2009. godine i obuhvatila je 386 ispitanika od kojih 22 zastupnika nacionalnog parlamenta te 364 vijećnika četiriju županijskih, šest gradskih i četiriju općinskih skupština. S obzirom na to da je argumentacija u ovom radu dominantno utemeljena na kvalitativnom pristupu, ovdje se rezultati ankete upotrebljavaju ponajprije radi ilustracije argumenata koji proizlaze iz analize intervjua.



**Tablica 5. Odgovori na pitanje “koga članovi predstavničkih tijela smatraju najodgovornijim za politiku prema OSI”**

Naziv aktera	Broj odgovora	Udio odgovora
Hrvatski sabor	111	16,49
Vlada RH	195	28,97
Ministarstva i državni zavodi	142	21,10
Lokalne vlasti	79	11,74
Udruge osoba s invaliditetom i njihovi savezi	44	6,54
Mediji	7	1,04
Javne ustanove koje pružaju različite usluge	61	9,06
Osobe s invaliditetom i njihove obitelji	11	1,63
Stručnjaci	15	2,23
Ostali	8	1,19
Ukupno valjanih odgovora*	673	100,00

\* Originalna formulacija pitanja u anketi: Koga smatrate najodgovornijim za rješavanje problema s kojima se susreću osobe s invaliditetom? Molimo Vas da zaokružite DVA odgovora.

\*\* N=386

12% njih među najodgovornijim akterima vidi lokalnu vlast (tablica 5).

## 2. Međuorganizacijski (vertikalni i horizontalni) odnosi u implementaciji politike prema OSI

U upravljanju implementacijom na razini organizacija sudionici prepoznaju slabljenje vertikalnih veza te ukazuju na probleme koordinacije i potrebu upravljanja međuorganizacijskim odnosima u horizontalnom smislu, što se povezuje sa socijalnim modelom kreiranja politike prema OSI. Naime prebacivanjem fokusa na društvo i s tim povezanim širenjem politike na nova *policy*-područja te povećanjem broja aktera uključenih u provedbu upravljanje međuorganizacijskim odnosima u socijalnom modelu postaje kompleksnije, a time i fleksibilnije. U implementaciji hrvatske politike

prema OSI sudionici tako zapažaju **labavije, fleksibilnije vertikalne veze koje su formirane tako da država osigurava ciljeve i okvir djelovanja, a provoditeljima se ostavlja određena razina autonomije**. Slabije vertikalne veze za provoditelje, primjerice niže razine vlasti, znače veću slobodu u izboru načina na koje će se realizirati postavljeni ciljevi (“*Logično da zakonske okvire uvijek donosi izvršna vlast na nacionalnoj razini, ali to su samo okviri kojima itekako mogu jedinice lokalne uprave i samouprave prilagođavati i pomoći tim ciljanim skupinama...*”). Podrazumijevaju i otvaranje prostora, primjerice službenicima, za pokretanje inicijativa prema višim instancama (“*Ima ljudi u administraciji koji zaista u to vjeruju i uspiju progurati kao dokumente i onda top politički level to mora prihvatiti jer ne može naći protuargumentaciju...*”).

Kompleksnost koju, usmjeravajući državnu intervenciju na uklanjanje društvenih, ekonomskih i prostornih prepreka za OSI, socijalni model uvodi u implementaciju politike reflektira se i na upravljanje međuorganizacijskim odnosima u horizontalnom smislu. Složeni ciljevi i mješoviti instrumenti socijalnog modela tako se, za razliku od relativno jednostavnog dizajna medicinskog modela, više ne mogu realizirati u sektorima i sustavima koji djeluju kao zasebne, često nepovezane cjeline. U tom je smislu iz izjava sudionika razvidna **problematicizacija fragmentiranog djelovanja različitih sektora i sustava u kojima se provodi politika prema OSI** (*“Metodologija i kriteriji vještačenja bi trebali biti isti u sustavu mirovinskog osiguranja, zdravstvenog osiguranja, školstva... u svim sustavima gdje se vještačenje provodi metodologija bi trebala biti ista... Naime vrlo teško je pomiriti različite pristupe.”*).

Postavljajući, stoga, koherentnost djelovanja svih aktera visoko na listu upravljačkih prioriteta, socijalni model pažnju nositelja provedbe usmjerava prema horizontalnoj dimenziji. Prema izjavama sudionika, u Hrvatskoj se ta promjena očituje **uočavanjem važnosti horizontalnih međuorganizacijskih odnosa i s tim povezanim prepoznavanjem izazova koordinacije** (*“Sizifov posao je primjerice odraditi jedan zajednički dokument prema Europskoj uniji, jer se od svih tijela trebaju dobiti nekakvi podaci, nekakvi planovi... jako puno vremena se troši...”*). Izjave sudionika potvrđuje i analiza dokumenata u kojima se pitanje izazova koordinacije postavlja kao prioritarna tema prvog i trećeg (od ukupno pet) poglavlja Izvješća o provedbi<sup>7</sup> i kao

<sup>7</sup> Prvo poglavlje *Izvješća o provedbi Nacionalne strategije za izjednačavanje mogućnosti OSI*

nosiva kategorija zasebnog skupa indikatora Okvira za praćenje provedbe.<sup>8</sup>

Uz predodžbe o izmijenjenim obrascima horizontalnih i vertikalnih međuorganizacijskih odnosa sudionici naglašavaju sve izraženiju **problematicnost osiguranja izvršenja preuzetih aktivnosti u proširenoj mreži provoditelja** politike prema OSI (*“Dobro je što smo u Zakonu o obrazovanju otvorili priču oko osobnih asistenta, no isto tako znam da to moraju financirati jedinice lokalne samouprave koje onda te osobne asistente odobravaju ovako ili onako...”*). Teškoće pri osiguranju provedbe dodijeljenih zadataka pojavljuju se zajedno s promjenom okvira kojim se, u implementaciji na razini sustava, operacionaliziraju ciljevi politike. Napuštanjem upravljačkog okvira medicinskog modela, koji pruža jasnu podjelu odgovornosti i zadataka podređenim tijelima provoditelja, i preuzimanjem okvira socijalnog modela koji se fokusira na upravljanje izvedbom različitih i relativno autonomnih provoditelja stvara se potreba za razvojem novih oblika aktivnosti upravljanja međuorganizacijskim odnosima. Nositelji provedbe tako se prema akterima uključenima u provedbu ne mogu više

---

u 2009. godini tako je nazvano *Koordinacija provedbom Nacionalne strategije na nacionalnoj razini* i uključuje dijelove: *Vertikalna koordinacija s tijelima nositeljima mjera* i *Horizontalna koordinacija s tijelima nositeljima mjera na nacionalnoj razini*. Također, treće poglavlje izvješća naziva se *Koordinacija provedbom Nacionalne strategije na regionalnoj i lokalnoj razini*.

<sup>8</sup> Skup indikatora pod nazivom *Upravljanje provedbom Nacionalne strategije izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom* uključuje pokazatelje za praćenje učinkovitosti horizontalne i vertikalne koordinacije na nacionalnoj, regionalnoj i lokalnoj razini.

odnositi isključivo kao prema podređenim provoditeljima, pa se zapovjedno kontroliranje ispunjenja dodijeljenih zadataka nadomješta ne-zapovjednim “kormilarenjem” i poticanjem provedbe preuzetih aktivnosti i ugovornih obveza. U skladu s utvrđenom dominantnom zastupljenošću socijalnog modela u implementaciji na razini organizacija, u izjavama sudionika do izražaja je došla **potraga za relevantnim i učinkovitim upravljačkim instrumentima kojima će se poticati provedba dodijeljenih aktivnosti i preuzetih obveza** (“... lokalne jedinice su u nekim mjestima bile aktivnije, a u nekima nisu. Tamo gdje nisu, nazivali smo, pisali požurnice, upozoravali na zakonske odrednice i iznalazili zajedno s Ministarstvom rješenja...”).

U toj potrazi dio sudionika oslonac i dalje traži u upravljačkim mehanizmima karakterističnima za odnose nadređenosti/podređenosti, kao što su gusta regulacija (“... ako ne postoji zakonski propis koji nešto uređuje, onda je to sjajna izlika onima koji bi trebali nešto učiniti – da kažu da to zakonom nije predviđeno pa prema tome mi to nećemo niti napraviti.”) i sankcioniranje nepoštivanja implementacijske obveze (“... i nitko zbog toga ne odgovara zašto to nije provedeno u zadanom roku...”). S druge strane, dio sudionika potragu usmjerava prema asimetričnim međuorganizacijskim odnosima i “kormilarenju” umjesto prema zapovijedanju, pa predlaže korištenje tzv. mekših upravljačkih instrumenata kao što su, primjerice, jasno definiranje proizvoda djelovanja (*outputs*), postavljanje indikatora izvedbe (*performance*), usmjeravanje budžetom te alokacija ljudskih resursa (Peters, 2010). Tako se među prijedlozima za unapređenje provedbe ističe ideja međuministarskog sporazuma (“... treba napraviti

*međuministarski sporazum kojeg će netko potpisati, i gdje će se imenom i prezimenom zadužiti ljudi koji će to odraditi i u kojem roku. To djeluje kao ugovor, a njegovo kršenje je sankcionirano.*”) te prijedlog povezivanja upravljanja ljudskim resursima s konkretnim zaduženjima na provedbi politike (“... potrebno je posve konkretno u opisu radnog mjesta zadužiti osobu ili osobe koje će skrbiti o tome i koje će pratiti sve relevantne propise...”). Ulazak mekših upravljačkih instrumenata, karakterističnih za socijalni i model ljudskih prava, u praksu upravljanja provedbom politike prema OSI utvrdila je i analiza provedbenih dokumenata politike među kojima Okvir za praćenje osigurava primjenu provedbe definirajući njezine pokazatelje na proizvode djelovanja (*outputs*), izvedbu (*performance*) te ishode (*outcomes*).

### 3. Djelovanje neposrednih provoditelja i prisutnost korisničke perspektive u implementaciji politike prema OSI

Na razini neposredne provedbe implementacija se odvija međuljudskim kontaktima u internom i eksternom smislu. U tom smislu, kategorije izvučene iz izjava sudionika obuhvatile su dimenziju unutrašnje organizacije provedbe te pitanje upravljanja eksternim kontaktima s korisnicima politike. Kategorije u objema tim dimenzijama ukazuju na prisutnost medicinskog, ali i na pojavljivanje naznaka socijalnog modela u implementaciji politike prema OSI na razini pojedinca. Spuštanje implementacije do razine neposredne provedbe za medicinski model znači jasno i restriktivno određivanje krajnjih provoditelja. Sudionici u unutrašnjoj organizaciji provedbe hrvatske politike prema OSI prepoznaju **dominaciju profesionalne ekspertize**, koja primarno uključuje specijaliste za

oštećenja, nedostatke i potrebe OSI: rehabilitatore, liječnike i socijalne radnike (*"CZSS su prvi kojima se OSI obraća radi ostvarivanja prava, kada govorimo o pravima iz sustava socijalne skrbi. Treba poštivati institucije..."*).

Istovremeno, iako još uvijek dominantna, profesionalna ekspertiza očito se više ne doživljava kao jedini akter u polju neposrednog kontakta s korisnicima, pa se **kao provoditelji politike prepoznaju službenici i profesionalci koji djeluju izvan područja medicinske i socijalne skrbi** (*"Treba biti oprezan. Nisu naše škole opremljene da prime djecu svake vrste oštećenja... Mi možemo vrlo malen broj djece integrirati... Ovisi isključivo o osobnom entuzijazmu nastavnika, ekipe u školi, forsiranju roditelja..."*). Taj razvoj povezuje se s pojavom socijalnog modela koji, usmjeravajući se na omogućavanje socijalne uključenosti uklanjanjem ekonomskih, društvenih i fizičkih prepreka između OSI i postojećih resursa unutar zajednice, širi mrežu neposrednih provoditelja politike. Tako u direktnom kontaktu s OSI više nisu samo stručnjaci specijalizirani za pružanje tretmana, rehabilitacije i skrbi, već u mrežu provoditelja ulaze službenici i profesionalci u odgoju i obrazovanju, kulturi, sportu, zapošljavanju, urbanom planiranju, prometu i drugim javnim ili podugovorenim službama. Tenzija koja postoji u definiranju neposrednih provoditelja politike odražava se i na različite predodžbe o poželjnim upravljačkim instrumentima kojima se interno organizira provedba. Tako sudionici naglasak stavljaju na, s jedne strane, **internalizaciju gustih i standardiziranih procedura** od strane eksperata (*"... pravilnici imaju veliku ulogu u tumačenju i provođenju zakona..."*), a, s druge strane, na kontinuiranu **obuku svih pružate-**

**lja javnih usluga o pravima i potrebama OSI** (*"... mislim da je jedna velika zadaća nas u pokretu educirati lokalnu i državnu upravu o pravima OSI..."*). U oba slučaja predlaganje poželjnih upravljačkih instrumenata povezuje se s **problematiziranjem uloge stručnjaka specijalista za pojedine nedostatke OSI** (*"Zdravstveni radnici imaju problem – nerazumijevanje OSI i njihovih potreba..."*). Očito je da na razini internog organiziranja provedbe u Hrvatskoj dolazi do izlaska iz medicinskog modela, pa se posebno problematizira ono što taj model karakterizira, a to je dominacija stručnjaka iz područja medicinske i socijalne skrbi nad procesom i drugim provoditeljima.

Paralelan proces zbiva se i na razini (eksternog) neposrednog kontakta s ciljnom skupinom politike, gdje sudionici problematiziraju dominaciju stručnjaka nad OSI i naglašavaju važnost uspostavljanja uslužne orijentacije umjesto dominacije. **Problematičnost odnosa i komunikacije sa stručnjacima** prepoznata je u nezadovoljavajućoj komunikaciji između stručnjaka i korisnika i manjku poštovanja i uvažavanja osobnog iskustva OSI od strane stručnjaka (*"Kad ih vidimo koliko su ograničeni u svojim razmišljanjima, u svom načinu komunikacije sa nama – ponekad mislim da oni imaju neki problem, a ne mi... jer ovi stručnjaci koji su na takvim sastancima ne poštuju nas OSI..."*). U istom tonu, kategorija o **patologiziranju korisnika** obuhvatila je iskustva sudionika koji opisuju patronizirajući stav prema OSI te usmjerenost na patogenezu, odnosno ukazivanje na nemoć, sažalijevanje i nekompetentnost OSI da same sebe zastupaju (*"... puno puno puta sam čula jako negativne konotacije jer oni svi – većina stručnjaka – smatraju da mi nismo sposobni da zastupamo sami sebe, što nije točno. Međutim*

velika većina ljudi smatra da mi nismo sposobni.”). Trend izlaska iz medicinskog modela pokazale su i izjave sudionika koje se odnose na temu zastupljenosti korisničke perspektive u implementaciji. Pokazalo se da su **individualizirani pristup korisniku** (kao suprotnost tipiziranim rješenjima i uslugama namijenjenima potrebama “prosječnog” korisnika koji zapravo ne postoji) te uvažavanje njegova individualnog iskustva (za razliku od poimanja OSI kao homogene skupine korisnika) vrijednosti koje predstavljaju suštinu poštivanja korisničke perspektive u procesu donošenja provedbenih odluka (“Prednosti su te da one (OSI) najbolje znaju što je za njih važno i što one trebaju... A nedostaci mislim da su to da je svaka OSI individualna i svaka ima različite potrebe. Ima više vrsta invaliditeta, a onda još u jednoj vrsti invaliditeta su i različite osobe i svatko ima različite potrebe.”). Sudionici prepoznaju važnost konzultiranja stručnjaka (profesionalnih eksperata), ali i važnost mišljenja korisnika (iskustvenih eksperata), koji imaju neposredno iskustvo korištenja usluga namijenjenih OSI (“Ja mislim da to nije sporno, meni je i jedan i drugi pristup prihvatljiv. Prihvatljiv je i ovaj pristup da to bude stručnjak koji ima viši stupanj obrazovanja, a onda ja pod tim razumijevam da je ta osoba, ako nije OSI, da će u tom svom radu konzultirati, konzultirati takve osobe i zapravo eventualne svoje nekakve manjkavosti na takav način nadoknaditi. Dakle može i jedno i drugo, i ne vidim da je jedno hendikepirano ako se tomu pristupa na ovakav način kako bi trebalo biti.”), no zapažaju **izostanak kontinuirane participacije korisnika u procesu donošenja provedbenih odluka**. Pri tome su korisnici nerijetko uključeni samo marginalno ili tek u pojedinim fazama procesa, bez

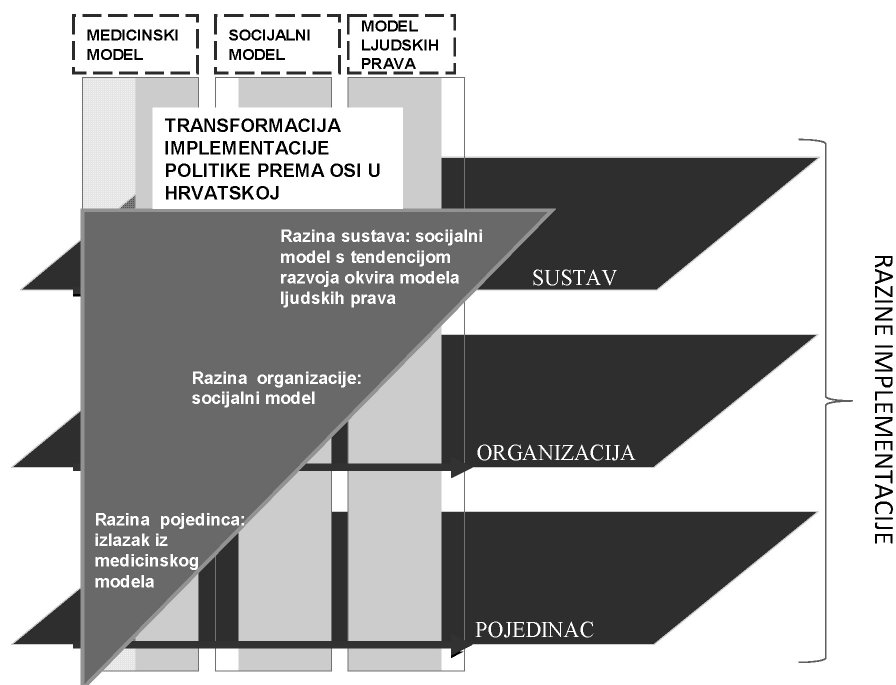
moćnosti da sagledaju cjelinu ili da imaju stvarni utjecaj na ishod odlučivanja (na manipulativnoj ili tzv. tokenističkoj razini) (“A tamo [više instance, op. I. S.] mi više nemamo pristup onome što smo dali, mi više ne znamo što smo tamo izmijenili, što su prihvatili, a što nisu – i onda se donose odluke bez da mi imamo uvida u to. To je taj problem!”).

Na kraju, u izjavama sudionika prepoznatljiva je njihova senzibiliziranost za poticanje **uloge korisnika kao iskustvenog eksperta** koji sa svojim jedinstvenim i neponovljivim iskustvom invaliditeta ima pravo biti uključen u sve segmente odlučivanja o pitanjima koja se tiču OSI (“Glavni razlog je da se razbiju stereotipi i da se osvijeste mogućnosti tek kroz tu neku komunikaciju, suradnju i aktivnost OSI...”). Iako je ta paradigma u anglosaksonskim zemljama prisutna već nekoliko desetljeća, kod nas je riječ o relativno novom načinu gledanja na uvažavanje mišljenja, inicijativu i uključenost OSI, te možemo reći da je riječ o inicijalnom procesu koji još nije zaživio na svim razinama implementacije.

#### 4. Transformacija implementacije hrvatske politike prema OSI

Razmatrajući nalaze za sve tri razine implementacije, možemo utvrditi da je u hrvatskoj politici prema OSI, zajedno s transformacijom modela kreiranja politike, došlo i do transformacije načina na koji se organizira provedba ciljeva postavljenih regulatornim okvirom politike. Proces evolucije modela zahvatio je sve tri razine implementacije, pa više ni na jednoj razini implementacije nije prisutan čisti medicinski model. Međutim budući da proces transformacije još uvijek traje, ni model ljudskih prava u svom čistom obliku nije prisutan ni na jednoj razini. Socijalni model tako dominira

Slika 2. Transformacija implementacije politike prema OSI u Hrvatskoj



implementacijom, ali s različitim stupnjevima zastupljenosti na trima razinama implementacije (slika 2).

Na razini sustava prisutnost socijalnog modela stvorila je pretpostavke za razvoj modela ljudskih prava, koji polako zahvaća upravljanje *policy*-procesom. Na toj razini, aktivnosti operativnog upravljanja više nisu usmjerene prema osiguranju jasne podjele zadataka između uključenih sustava državne skrbi, već prema stvaranju okvira za upravljanje izvedbom široke mreže provoditelja. Uz jasnu prisutnost socijalnog modela na razini sustava ipak je utvrđena, još uvijek aktivna, ostavština medicinskog modela, kao i otpor promjeni. Istovremeno, utvrđen je i snažan zamah prema modelu ljudskih prava i razvoju implementacijskog okvira za upravljanje ishodišta (*outcomes*) koji vode razvoju OSI za punu realizaciju ljudskih prava.

Na razini organizacija, socijalni model utvrđen je u svojem najčišćem obliku, pa se aktivnosti operativnog upravljanja međuorganizacijskim odnosima odlikuju fleksibilnijim vertikalnim vezama i prepoznavanjem značaja horizontalne dimenzije. Ostavština medicinskog modela na toj razini još se samo nazire u nekim rješenjima koja sudionici predlažu u potrazi za relevantnim upravljačkim instrumentima za poticanje izvršenja preuzetih zadataka. Istovremeno, zamah prema modelu ljudskih prava također se samo nazire u prepoznavanju potrebe za objedinjavanjem djelovanja svih aktera uključenih u provedbu, no razvoj u tom smjeru tek predstoji.

Na kraju, kvalitativna analiza korištena u ovom radu pokazala je da je implementacija na razini pojedinca još uvijek u fazi izlaska iz medicinskog i ulaska u socijalni model. Tako je na razini ne-

posredne provedbe utvrđena (iako uz kritiziranje) dominacija profesionalne ekspertize. Istovremeno se kao provoditelji prepoznaju službenici i profesionalci izvan područja medicinske i socijalne skrbi te se prepoznaje važnost obuke provoditelja i uspostave uslužne orijentacije. U upravljanju neposrednim kontaktima s OSI problematizira se patologiziranje korisnika, ali se korisnička perspektiva tek postavlja kao vrijednost, koja ne rezultira kontinuiranom participacijom korisnika u implementaciji. Tek s prvim koracima koji vode prema institucionalizaciji uloge korisnika kao eksperta, primjerice razvojem upravljačkih instrumenata za konzultiranje korisnika u procesu implementacije (evaluacija), moći će se reći da je provedba politike na razini pojedinca ušla u socijalni model. Ovako se još uvijek nalazi u procesu izlaska iz medicinskog modela.

### Zaključak

Rezultati analize intervjua i dokumenata u našem istraživanju pokazuju da je u hrvatskoj politici prema OSI zajedno s transformacijom ciljeva i instrumenata došlo i do transformacije implementacije. Međutim transformacija nije bila jednaka na svim razinama implementacije (sustav/organizacija/pojedinac). Tako je na razini sustava utvrđena prisutnost socijalnog modela s tendencijom daljnjeg razvoja okvira implementacije prema modelu ljudskih prava. Razinu međuorganizacijskih odnosa obilježava socijalni model, a na razini pojedinca tek se događa izlazak iz medicinskog modela.

U samoj praksi implementacije istovremena prisutnost različitih okvira/modela politike prema OSI kreatorima i zainteresiranim dionicima politike može biti izvor frustracija ili predodžbe o nekoherentnosti politike, a oboje je

bilo naglašeno u izjavama sudionika intervjua. Osim toga pitanje je kako se različita prisutnost modela na trima razinama implementacije odražava na same korisnike. Naime očekivanja koja OSI razvijaju tumačeći poruke koje dolaze s razine sustava (govor o implementaciji kao zajedničkoj odgovornosti, isticanje važnosti suradnje i usmjerenosti na ishode vezane za individualne korisnike) nisu ujednačena s doživljajem procesa na neposrednoj razini provedbe, gdje i dalje vlada dominacija eksperta, patologiziranje i izostanak kontinuirane participacije korisnika u provedbi. Istovremeno, oprečni doživljaji procesa implementacije mogu se očekivati i kod samih provoditelja, na kojima se najviše prelama neujednačenost razina implementacije. U svakom slučaju, upravo potonja dva problema pružaju zanimljiv smjer za daljnja istraživanja implementacije politike prema OSI.

Važno je napomenuti da se pri identifikaciji neujednačene transformacije triju razina implementacije treba suzdržati od donošenja bilo kakvih ocjena njena (ne)uspjeha. Neujednačenost razina nije pokazatelj neuspjeha evolucije hrvatske politike prema OSI, već pokazatelj faze u kojoj se proces transformacije nalazi. U tom smislu Hill i Hupe (2009) kažu da u mnogim politikama različite razine implementacije javnih politika mogu biti vezane za različite paradigme, u našem slučaju za modele politike prema OSI. Implementacija može tako funkcionirati i ne treba očekivati da će se transformacija modela i usuglašavanje razina implementacije dogoditi preko noći.

Na kraju, osim vremena potrebnog za promjene, kao važna dimenzija razumijevanja procesa transformacije svih triju razina implementacije pojavljuje se

i pitanje upravljanja procesom transformacije. Tako Hudson i Kenwood (2002) nakon analize procesa integriranja socijalnih službi u Engleskoj zaključuju da djelovanje odozgo prema dolje i isključivi fokus na restrukturiranje upravljačkog okvira nisu rezultirali boljom suradnjom dezintegriranih provoditelja. Za uspostavu modela ljudskih prava u implementaciji hrvatske politike prema OSI, kao modela koji u implementaciji naglašava zajedničku odgovornost za ishode, kooperaciju i aktivnost OSI, to znači usmjeravanje pažnje na ponašanje na neposrednoj razini provedbe, a ne nužno na velike strukture.

U tom kontekstu u suvremenoj literaturi socijalnog rada možemo naići na termin "iskustveni eksperti" koji neki autori upotrebljavaju kao sinonim za termin "korisnik" (Preston-Shoot, 2005; Beresford, 2005; Cree i Davis, 2007), što govori o sve artikuliranoj potrebi uvažavanja iskustva i mišljenja korisnika kao iskustvenih eksperata u procjeni potreba, definiranju i provođenju usluga u okviru različitih sustava (obrazovnog, socijalnog, zdravstvenog), naročito kada je riječ o marginaliziranim, osjetljivim skupinama korisnika koje su dugo bile obespravljene i bez moći. Budući da je u suvremenim načinima konceptualiziranja politike prema OSI fo-

kus na samom sudioniku (korisniku, iskustvenom ekspertu) i njegovoj interpretaciji problemske situacije, definiranje problema nametnuto isključivo od stručnjaka nema više (ili ne bi trebalo imati) ključnu ulogu u određenju "tko jest ili nije osoba s invaliditetom", a koncept korisničke perspektive postaje sve važniji i u promišljanju i u provođenju javnih politika u praksi (Lowes i Hullat, 2005; Leadbetter, 2004). Tako se u upravljanju međuljudskim odnosima u implementaciji politike prema OSI razvija usmjerenost na tzv. salutogenezu umjesto na dotadašnju patogenezu, odnosno na jačanje resursa pojedinca, obitelji i zajednice, te se mijenja percepcija korisnika kao "problematičnih" i nekompetentnih za sudjelovanje u odlukama koje se tiču njihovih života (Oliver, 1996; Levin, 2004; Završsek i Videmšek, 2009; Džombić i Urbanc, 2009). Tim pristupom institucionalizira se korisnička perspektiva, a onima od kojih se očekuje da sudjeluju pruža se mogućnost da se informiraju i daje im se moć da odaberu ono što najbolje služi njihovom interesu. Na taj način dostižu se najviše razine uključenosti korisnika u provedbu politike i ostvaruju se preduvjeti za punu transformaciju implementacije hrvatske politike prema OSI u model ljudskih prava.

## LITERATURA

- Ajduković, M., Kregar Orešković, K. i Sladović Franz, B. (2008) *Mogućnosti i izazovi kvalitativnog pristupa u istraživanju skrbi za djecu*, u: Koller-Trbović, N. i Žižak, A. (ur.), *Kvalitativni pristup u društvenim znanostima*. Zagreb: Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
- Anderson, J. E. (1975) *Public Policy-Making*. New York: Praeger.
- Barberis, E. i Kazepov, Y. (2010) *Social assistance governance in Europe* –



- towards a multilevel bottom up perspective. Paper presented at the 8<sup>th</sup> ESPANet conference. [http://www.espanet2010.net/en/375.file/p\\_ESPANet\\_Budapest-Barberis-Kazepov-Session-8-2.pdf](http://www.espanet2010.net/en/375.file/p_ESPANet_Budapest-Barberis-Kazepov-Session-8-2.pdf) (pristupljeno: rujan 2011).
- Beresford, P. (2005) Participation in social policy and social work learning, u: Burgess, H. i Taylor, I. (ur.), *Effective learning and teaching in social policy and social work*. London: Routledge.
- Bernell, L. S. (2003) Theoretical and Applied Issues in Defining Disability in Labor Market Research. *Journal of Disability Policy Studies* 14 (1): 36-45.
- Cree, V. E. i Davis, A. (2007) *Voices from the inside*. London: Routledge.
- Colebatch, H. K. (2004) *Policy*. Zagreb: Fakultet političkih znanosti.
- Džombić, A. i Urbanc, K. (2009) Uključenost osoba s invaliditetom u nastavu socijalnog rada. *Ljetopis socijalnog rada* 16 (2): 355-374.
- Hill, M. (2010) *Proces stvaranja javnih politika*. Zagreb: Biblioteka Politička misao.
- Hill, M. i Hupe, P. (2003) The Multy-layer Problem in Implementation Research. *Public Management Review* 5 (4): 471-490.
- Hill, M. i Hupe, P. (2009) *Implementing Public Policy* (2<sup>nd</sup> edition). London: Sage.
- Hjern, B. i Porter, D. O. (1980) Implementation Structures. A New Unit of Administrative Analysis. *Organisational Studies* 1: 45-72.
- Howlet, M. i Ramesh, M. (1995) *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Toronto: Oxford University Press.
- Hudson, B. i Kenwood, M. (2002) The NHS and social care: The final count-down?. *Policy and Politics* 30 (2): 153-166.
- Hupe, P. L. i Hill, M. J. (2006) The Three Action Levels of Governance: Re-framing the Policy Process Beyond the Stages Model, u: Guy Peters i Jon Pierre (ur.), *Handbook of Public Policy*. London / Thousand Oaks / New Delhi: Sage, 13-31.
- Hupe, P., Nangia, M. i Hill, M. (2011) *Studying the Implementation of a Policy Beyond Deficit Analysis*. <http://egpa-conference2011.org/documents/PSG13/Hupe-Nangia-Hill.pdf> (pristupljeno: siječanj 2012).
- Kekez Koštro, A. (2010) Koordinacija provedbom Nacionalne strategije izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. godine na lokalnoj i regionalnoj razini, u: *Izvešće o provedbi Nacionalne strategije izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. godine za 2009. godinu*. Zagreb: Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti.
- Kim, S. K. (2010) UN Disability Rights Convention and Implications for Social Work Practice. *Australian Social Work* 63 (1): 103-116.
- Leadbetter, C. (2004) *Personalisation through participation*. London: Demos.
- Levin, E. (2004) *Involving service users and carers in social work education*. Resource Guide No. 2. SCIE – Social Care Institute for Excellence. London: The Policy Press.
- Lowes, L. i Hullat, I. (2005) *Involving service users in health and social care research*. Abingdon: Routledge.
- Maxwell, J. A. (1996) *Qualitative research design: An interactive approach*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.

- Mesec, B. (1998) *Uvod v kvalitativno re-ziskovanje v socialnom delu*. Ljubljana: Visoka škola za socialno delo.
- Midgley, N. (2004) Sailing between Scylla and Charybdis: Incorporating qualitative approach into child psychotherapy research. *Journal of Child Psychotherapy* 30 (1): 89-111.
- Milas, G. (2005) *Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Oliver, M. (1996) *Understanding disability: From theory to practice*. London: Macmillan.
- Petak, Z. (2009) Oblikovanje javnih politika u Hrvatskoj i problem policy-kordinacije. *Anali Hrvatskog politološkog društva* 5: 263-273.
- Petek, A. (2011) Transformacija politike prema osobama s invaliditetom u Hrvatskoj: analiza ciljeva. *Anali Hrvatskog politološkog društva* 7: 101-121.
- Peters, B. G. (2010) Metagovernance and public management, u: Osborne S. P. (ur.), *The new public governance? Emerging perspective on the theory and practice of public governance*. London: Routledge.
- Peters, B. G. (2011) *Implementation Structures as Institutions*. <http://egpa-conference2011.org/documents/PSG13/Peters.pdf> (pristupljeno: siječanj 2012).
- Preston-Shoot, M. (2005) Editorial. *Social Work Education* 24 (6): 601-602.
- Rothman, J. C. (2010) The Challenge of Disability and Access: Reconceptualizing the Role of the Medical Model. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation* 9: 194-222.
- Rothstein, B. (1998) *Just Institutions Matter: The Moral and Political Logic of Universal Welfare State*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schneider, A. i Ingram, H. (1993) Social Construction of Target Populations: Implications for Politics and Policy. *The American Political Science Review* 87 (2): 334-347.
- Schwartz, R. (2003) The Politics of Evaluating Government Collaboration with the Third Sector, u: Gray, A., Jenkins, B., Leeuw, F. i Mayne, J. (ur.), *The Challenge for Evaluation: Collaboration in Public Services*. Transaction Publishers: New Brunswick, New Jersey.
- Skokandić, S. i Urbanc, K. (2009) Sudjelovanje korisnika u nastavi studenata socijalnog rada: Perspektiva nastavnika. *Ljetopis socijalnog rada* 16 (2): 299-325.
- Steel, R. (2005) Actively involving marginalized and vulnerable people in research, u: L. Lowes i I. Hullat (ur.), *Involving service users in health and social care research*. London: Routledge.
- Urbanc, K. (2005) Medicinski, socijalni ili "neomedicinski" pristup skrbi za osobe s invaliditetom. *Ljetopis studijskog centra socijalnog rada* 12 (2): 321-332.
- Zaviršek, D. i Videmšek, P. (2009) Uključivanje korisnika usluga u istraživanje i poučavanje: ima li tome mjesta u istočnoeuropskom socijalnom radu. *Ljetopis socijalnog rada* 16 (2): 207-222.

### Popis analiziranih dokumenata

Inicijalno izvješće Republike Hrvatske o provedbi Konvencije o pravima osoba s invaliditetom, 2011. <http://www.mobms.hr/media/22819/inicijalno%20izvjesce%20rh%20konvencije%20o%20osoba%20s%20invaliditetom.pdf> (pristupljeno: siječanj 2012).

Izvješće o provedbi Nacionalne strategije izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. godine

u 2009. godini, 2010. [www.vlada.hr/hr/content/download/147304/2141529/file/89-5.pdf](http://www.vlada.hr/hr/content/download/147304/2141529/file/89-5.pdf) (pristupljeno: siječanj 2012).

Izvešće o provedbi Nacionalne strategije izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. godine u 2010. godini, 2011. Zagreb: Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti.

Nacionalna strategija izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom od 2007. do 2015. godine. *Narodne novine*: 63/07.

Okvir za praćenje provedbe Nacionalne strategije izjednačavanja mogućnosti za osobe s invaliditetom 2007.-2015., 2010. Zagreb: Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti.

### **The Implementation of Public Policies as Operational Governance: An Analysis of Croatian Policy toward Persons with Disabilities**

**SUMMARY** The paper studies the transformation of the process of implementation of the policy toward persons with disabilities (OSI) in Croatia, which arises as a consequence of the transformation of the model of policy-making toward persons with disabilities – from a medical to a social one, with a tendency for development of a model of human rights. Considering the process-based orientation of the analysis, the implementation is examined through the concept of public governance, by using the theoretical framework of multiple governance by Michael Hill and Peter Hupe, who understand implementation as operational governance. Changes of activities of operational governance at the systemic, organizational and individual levels as a consequence of the mentioned transformation of the model are conceptualized and analysed. Through an analysis of the interviews of policy actors and implementation documents, as part of an interdisciplinary research project, the authors show that Croatian policy toward persons with disabilities has seen non-uniform transformation at different levels of implementation (the system/organization/individual). At the systemic level, the existence of the social model with a tendency for further development of the implementation framework toward a model of human rights has been established. The level of inter-organizational relations is characterized by the social model, and at the individual level getting out of the medical model is only taking place.

**KEYWORDS** implementation process, models of making policies toward persons with disabilities, multiple governance framework, operational governance, governing the policy process (systemic level), governing inter-organizational relations (organizational level), governing interpersonal contacts (individual level)