

# Novis



LETNIK 43,  
JUNIJ 2016

GLASILO ZDRUŽENJA  
ZDRAVSTVENIH ZAVODOV  
SLOVENIJE

## 06

## Prizadevanje za boljše zdravje

Pogovor z Mojco  
Gobec, dr. med., generalno  
direktorico direktorata za  
javno zdravje ministrstva za  
zdravje

eNaročanje

Razvoj zgodnje  
zunajbolnišnične defibrilacije  
v Sloveniji

Kadrovska funkcija v  
zavodu – dinozaver, žrtev  
ali junak?

Primer dobre prakse  
ustanavljanja skupnih  
mediacijskih služb

Zdravstvo danes in kako  
v prihodnje



## Komentar

### 1 Prizadevanje za boljše zdravje

## Aktualno

### 2 eNaročanje

Pri razvoju sistema eNaročanja se sledi zahtevi, da se programske rešitve, ki jih izvajalci zdravstvene dejavnosti uporabljajo in ki jih poznajo, čim manj spremenijo. Zato je bil razvit centralni sistem eNaročanja, ki povezuje informacijske sisteme napotovalcev in napotnih zdravnikov.

### 5 Razvoj zgodnje zunajbolnišnične defibrilacije v Sloveniji

### 9 Stališča in odgovori Pravne komisije ZDRZZ

## Komuniciranje

### 12 Kadrovska funkcija v zavodu – dinosaver, žrtev ali junak?

Primarna vloga vodstva organizacij je zastaviti ustrezno poslovno strategijo in poskrbeti za njeno uresničitev. Primarna vloga kadrovskega direktorja pa je zagotoviti jasn pristop organizacij na štirih ključnih področjih: zaposlovanju, nagrajevanju, razvoju in zavzetosti zaposlenih. Kadrovska strategija mora biti usklajena s poslovno, vodstvo pa jo mora brezkompromisno podpreti.

## Pogovor

### 14 Izboljšanje zdravja populacije mora postati naš skupni cilj

Pogovor z Mojco Gobec, dr. med., generalno direktorico direktorata za javno zdravje ministrstva za zdravje

## Novosti v zavodih

### 18 Primer dobre prakse ustanavljanja skupnih mediacijskih služb

Pridružitve SB Ptuj k mediacijski pisarni ZD Maribor in UKC Maribor

### 20 Zdravstvo danes in kako v prihodnje:

23. Strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Bohinjska Bistrica, 26. in 27. maj 2016

### 25 Pregled dogodkov/napovednik

## Impresum revije

ISSN 1580-491

**Izdajatelj/Publisher:** Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, direktor Metod Mezek. **Uredniški odbor/ Editorial Board:** mag. Robert Cugelj, prof. dr. Ivan Eržen, doc. dr. Milena Kramar Zupan, Metod Mezek. **Odgovorni urednik/Editor in Chief:** Anton Zorko. **Glavna urednica/ Executive Editor:** dr. Saška Terseglav. **Oblikovanje/ Design:** Maja Rebov. **Fotografija na naslovnici/Cover photo:** Barbara Klemenc. **Tisk/Print:** Schwarz Print. **Naslov uredništva/Address of the Editorial Office:** Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Riharjeva ulica 38, 1000 Ljubljana, Slovenija. **Telefon/Phone:** +386 (0) 592 27 190. **Telefaks/Fax:** +386 (0) 592 27 199. **E-naslov/E-mail:** novis@zdrzz.si. **Spletna stran/ Internet Home Page:** www.zdrzz.si. **Letna naročnina z DDV/Year subscription rates with taxes included:** 80 EUR. **Naklada/Circulation:** 1000 izvodov.

Revija izhaja desetkrat v letu. Izbor člankov v reviji je del uredniške politike. Prispevki niso honorirani. Odražajo predvsem poglede in stališča avtorjev in ne nujno tudi organizacij, v katerih so ti zaposleni, niti uredniškega odbora Novisa. Prispevki so uredniško pregledani in niso lektorirani. Razmnoževanje publikacije v celoti ali deloma ni dovoljeno. Uporaba in objava podatkov in delov besedila je dovoljena le z navedbo vira.

**NOVIS** – Novice, Obvestila, Vesti, Informacije, Skupnost. Prva številka Novisa je izšla januarja leta 1974. Revija je namenjena zdravstvenemu managementu. Naročniki Novisa so člani Združenja – slovenski zdravstveni zavodi in drugi (domovi starejših občanov, lekarne ...).

Združenje je član Evropskega združenja bolnišnične in zdravstvene oskrbe (HOPE) [www.hope.be](http://www.hope.be).



[www.zdrzz.si](http://www.zdrzz.si)  
[www.facebook.com/pages/Zdruzenje-zdravstvenih-zavodov-Slovenije/](https://www.facebook.com/pages/Zdruzenje-zdravstvenih-zavodov-Slovenije/)  
<https://twitter.com/ZdruzenjeZDRZZ>



**ZDRUŽENJE ZDRAVSTVENIH ZAVODOV SLOVENIJE**  
**ASSOCIATION OF HEALTHCARE INSTITUTIONS OF SLOVENIA**



## Prizadevanje za boljše zdravje

PROF. DR. IVAN ERŽEN, DR. MED.

ivan.erzen@nijz.si

**L**etos mineva že 30 let, kar je bila v Ottawi v Kanadi na prvi konferenci predstavljena Ottavska listina o promociji zdravja. Dokument, ki je opredeljeval aktivnosti, potrebne za doseganje boljšega zdravja prebivalstva, je zaznamoval ta tri desetletja predvsem v smislu spreminjanja odnosa javnosti do zdravja, bolezni in vloge, ki jo imajo posamezniki in skupnost pri uresničevanju ciljev v povezavi z zdravjem. V Slovenji nismo imeli težav pri sprejemanju temeljnih opredelitev listine. K temu je pripomoglo tudi dejstvo, da je bila dejavnost preventive in krepitev zdravja že precej uveljavljena, zlasti v okviru zdravstvene dejavnosti na primarni ravni. V naslednjem obdobju smo si prizadevali nadgraditi in posodobiti preventivno dejavnost, ki je usmerjena v posamezne skupine prebivalstva, ter povečati pomen ohranitve in krepitev zdravja. Ni bilo preprosto, saj smo med drugim ustanovili tudi svojo državo in vse, kar je s tem povezano. Kljub temu pa smo že sredi 90. let sodelovali pri sprejemu Ljubljanske listine o reformi sistemov zdravstvenega varstva v Evropi, katere podpis smo obeležili v preteklem tednu. Vse to kaže na to, da je slovenski prostor zelo naklonjen temu, da predlagane spremembe in rešitve v praksi tudi uvede. Danes je vsem jasno, da dosegamo boljše zdravje na dva načina – z ohranjanjem in krepitevjo zdravja na eni strani ter z zagotavljanjem ustrezne in dostopne zdravstvene dejavnosti na drugi strani. Čeprav se včasih zdi, da je slednji pristop pomembnejši in ima več naklonjenosti, je to le na videz, saj ima vsak posameznik, ki je soočen z boleznijo, željo po čim hitrejšem in čim bolj popolnem

okrevanju. V zadnjem obdobju smo priča veliki naklonjenosti prizadevanjem za boljše zdravje. Temu botruje zavedanje, da je mogoče razvijati dolgoročno napredno in dostopno zdravstveno oskrbo le pod pogojem, da bodo sočasno pote-

*V zadnjem obdobju smo priča veliki naklonjenosti prizadevanjem za boljše zdravje. Temu botruje zavedanje, da je mogoče razvijati dolgoročno napredno in dostopno zdravstveno oskrbo le pod pogojem, da bodo sočasno potekale aktivnosti za ohranitev in krepitev zdravja posameznika v njegovih poznih letih.*

kale aktivnosti za ohranitev in krepitev zdravja posameznika v njegovih poznih letih. Oseb, ki bodo potrebovale podporo zdravstvene dejavnosti, bo sicer več, saj je razširjenost posameznih bolezni v porastu zaradi uspešnejšega zdravljenja ter dejstva, da je vedno več oseb, ki dosežejo visoko starost, s tem pa se poveča tudi možnost pojavitve določenih bolezni, zlasti tistih, ki so povezane z degenerativnimi spremembami. ■

# eNaročanje



*Rešitev eNaročanje je bila razvita kot podprojekt v okviru nacionalnega projekta eZdravje. Ta je bil do 30. 11. 2015 v 85 odstotkih financiran s strani Evropske unije, v 15 odstotkih pa iz slovenskega proračuna. S 1. 12. 2015 je upravljanje projekta eZdravje in vseh rešitev, ki so bile razvite v njegovem sklopu, prešlo z Ministrstva za zdravje (MZ) na Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). Od omenjenega datuma naprej se vse aktivnosti projekta financirajo iz slovenskega proračuna.*

**SIMON INDIHAR, VODJA PROJEKTA  
eNAROČANJE**

Nacionalni inštitut za javno zdravje  
simon.indihar@nijz.si

eNaročanje je nacionalna informacijska rešitev, ki zagotavlja informacijsko podporo procesu **elektronske napotitve in naročanja** pacientov na zdravstvene storitve **iz primarne na sekundarno in terciarno raven** zdravstvene zaščite ter znotraj teh dveh ravni. Pri eNaročanju torej ne gre za naročanje na primarno raven. V procese eNaročanja so vključene le napotnice s stopnjo nujnosti **hitro** in **redno**, nujne napotnice v sistem eNaročanja niso vključene. Prav tako vanje niso vključene interne napotnice znotraj zdravstvenih ustanov.

Uvajanje eNaročanja ne pomeni, da se dosednji načini naročanja, kot je npr. telefonsko naročanje ali osebni stik, ukinjajo. Dodaja se le **nov kanal naročanja**, ki bo pacientom omogočil boljši pregled nad možnostmi za izvedbo zdravstvene storitve in enostavnejše postopke naročanja.

Pri razvoju sistema eNaročanja smo sledili zahtevi, da se programske rešitve, ki jih izvajalci zdravstvene dejavnosti uporabljajo in ki jih poznajo, čim manj spremenijo. Zato je bil razvit **centralni sistem eNaročanja**, ki povezuje informacijske sisteme napotovalcev in napotnih zdravnikov. Tehnično to pomeni, da so bili razviti tudi neki vmesniki, ki omogočajo izmenjavo podatkov med informacijskimi sistemi izvajalcev zdravstvene dejavnosti in centralnim sistemom eNaročanja.

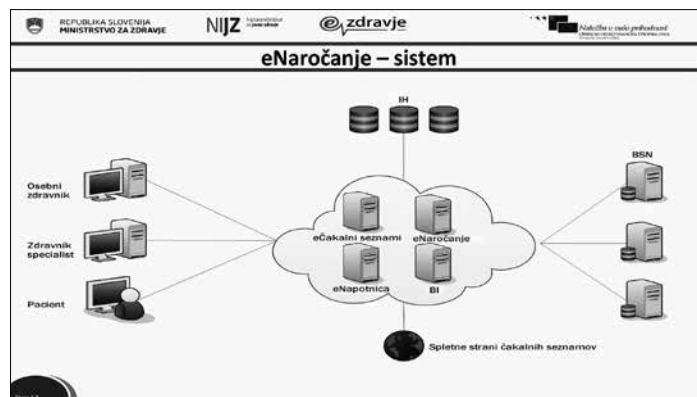
Da pa bi lahko povezali sisteme izvajalcev zdravstvene dejavnosti tudi na vsebinskem nivoju, je bilo potrebno uvesti nov **šifrant vrst zdravstvene dejavnosti (VZS)**. Pred uvedbo

tega šifranta ja vsak izvajalec storitve, ki jih je opravljal, označeval na nek svoj način. Povezovanje ter primerjanje tako označenih storitev je zelo težavno, če ne celo nemogoče opravilo. Šifrant VZS je to označevanje poenotil, izvajalci zdravstvene dejavnosti pa morajo svoje šifrate povezati s tem novim šifrantom. Glede na potrebe se bo šifrant VZS širil in prilagajal. Trenutno pa je v njem 1336 storitev, na 251 od teh pa se mogoče tudi eNaročiti.

Na eNapotnici je prav šifra VZS obvezen podatek, s pomočjo katerega se v procesu eNaročanja lahko poišče vse izvajalce, ki napoteno storitev opravljajo. Za vsako šifro VZS je mogoče izvesti tudi **samodejno poročanje o čakalnih vrstah**, tako da ob polni uvedbi eNaročanja izvajalcem zdravstvene dejavnosti ne bo potrebno več mesečno pripravljati poročil o čakalnih vrstah.

Centralni sistem eNaročanja vsako uro tudi preveri v informacijskih sistemih vseh izvajalcev zdravstvene dejavnosti za vse storitve, ki jih ti izvajajo, kdaj je prvi prosti termin. Informacijski sistem izvajalca lahko odgovori s podatki o **dejanskem terminu**, določenim z datumom in uro, ali z **okvirnim terminom**. V tem primeru nek pametni algoritem izračuna predvideni termin (npr. dan ali mesec), ko bi bila storitev lahko izvedena, na osnovi triaže ali nekih drugih postopkov pa izvajalec zdravstvene dejavnosti določi dejanski termin in ga sporoči pacientu.

Zaradi periodičnega pridobivanja podatkov iz sistemov izvajalcev zdravstvene dejavnosti so



### Šifrant Vrste zdravstvenih storitev (VZS)

Potrebno je bilo uvesti nov šifrant na nacionalni ravni, enoten za vse izvajalce

Namen: poenotenje šifranta storitev – primerljivost storitev izvajalcev

VZS je nov obvezen podatek na eNapotnici.

Poročanje o čakalnih dobah bo avtomatsko za označene VZS (bistveno širši nabor).

Preslikavo med aktivnostmi /obravnavami in VZS izvede bolnišnica/specialist!

Trenutno VZS obsega čez 1336 storitev (preglede, posege, diagnostične postopke...).

Na 251 se je možno eNaročiti. 1094 VZS-jev predmet spremljanja čakalnih vrst.

Možne sprotne spremembe ob širitvi eNaročanja – glede na potrebe.

### Koraki eNaročanje – 1 - Izбира ustanove

Uporabnik uporabnik\_22862

1. Naziv na napotitev 2. Izbera ustanove 3. Izbera termina 4. Potrditev rezervacije

**Emrah Sašek**  
16.02.1965  
Iskova 8, Ljubljana  
031296749  
emrah@sašek.si

Prosti termin za storitev 1056P Alergološki pregled - prvi

Prikaži vse rogle: ☒ Prikaži vse ustanove

Počni termin od 16.05.2016

| Datum            | Ustanova                                | Naslov ustanove                   | Telefon        |
|------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| 16.05.2016 00:00 | Intenivest                              | TEST INFONET, BEGUNE NA GORENJSKE | 122123123      |
| 09.12.2016 10:00 | Univerzitetni klinični center Ljubljana | Zalaska cesta 2, Ljubljana        | (01) 322 50 50 |

### Koraki eNaročanje – 2 - izbira termina

Uporabnik uporabnik\_22862

1. Naziv na napotitev 2. Izbera ustanove 3. Izbera termina 4. Potrditev rezervacije

**Emrah Sašek**  
16.02.1965  
Iskova 8, Ljubljana  
031296749  
emrah@sašek.si

Opomba: Z naraščajočo starostjo pravica dostopa do medicinskih podatkov

Razpoložljivi termini 01:56

| Termin           | Naziv             | Opis           |
|------------------|-------------------|----------------|
| 20.05.2016 05:00 | dr. Nežka Kravac  | 2. nadstropje3 |
| 09.06.2016 05:00 | dr. Martin Šušter | 2. nadstropje2 |
| 01.07.2016 11:00 | dr. Eva Potočnik  | 2. nadstropje4 |
| 09.07.2016 05:00 | dr. Ivo Novak     | 2. nadstropje1 |

☐ Zastava pacient  
☐ Medicinsko pregledno

**podatki o prvih prostih terminih vedno aktualni**, stari največ dve uri. To je velik kakovostni preskok glede na informacije, ki jih dobijo pacienti pred uvedbo sistema eNaročanja. Na spletni strani čakalnodob.ezdrav.si, ki je javno dostopna, je mogoče v vsakem trenutku preveriti prve proste termine za izbrano storitev pri vseh izvajalcih zdravstvene dejavnosti. Ti podatki se uporabijo tudi v 1. koraku eNaročanja, opisanem v nadaljevanju.

Osnova za eNaročanje je **eNapotnica**. To izdela osebni zdravnik ali napotni zdravnik, ki ima s strani osebnega zdravnika za to potrebno pooblastilo. Ob shranjevanju eNapotnice se preveri pravilnost vnesenih podatkov. Napotovalec mora eNapotnico elektronsko podpisati z varnim digitalnim potrdilom. Dokler pacient ni sprejet v obravnavo pri napotnem zdravniku, je na eNapotnico mogoče dodajati medicinske podatke in elektronske priloge.

**Postopek eNaročanja** se začne z izbiro eNapotnice, na kateri je šifra VZS obvezen podatek.

V **1. koraku eNaročanja** se na osnovi šifre VZS, ki je zapisana na eNapotnici, in stopnje nujnosti prikažejo vsi izvajalci, ki to storitev opravljajo, skupaj s podatki o prvem prostem terminu za napoteno stopnjo nujnosti, kontaktnimi in drugimi podatki. Prikaz je mogoče omejiti glede na regijo in želeni datum oz. uro izvedbe storitve. Naročevalec s klikom izbere želenega izvajalca.

S tem vstopi v **2. korak eNaročanja**, v katerem naročevalec lahko izbere zdravnika oz. ambulanto, kjer želi, da se mu storitev izvede. Prikažejo se mu vsi zdravniki oz. ambulate pri izvajalcu, ki ga je izbral v 1. koraku. Poleg vsakega zdravnika oz. ambulate so navedeni prvi prosti termini in drugi podatki. S klikom naročevalec izbere želeni termin pri izbranem zdravniku oz. ambulanti.

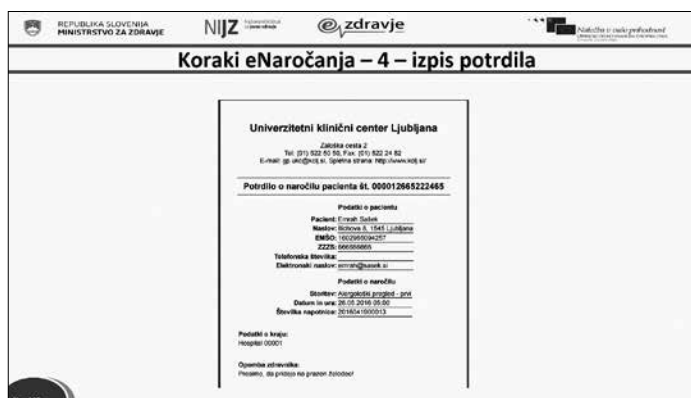
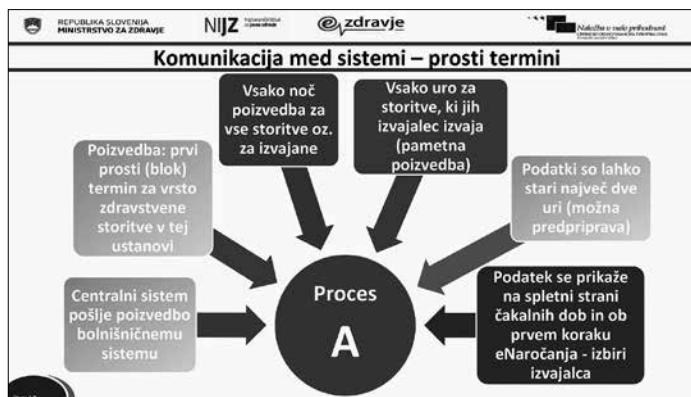
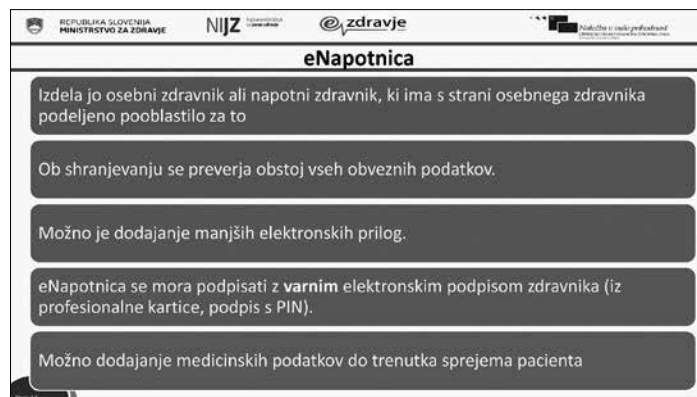
Sledi še **3. korak eNaročanja**. V tem koraku naročevalec le še potrdi podatke, ki jih je izbral v prejšnjih korakih in ki se mu prikažejo na ekranu. To potrdilo lahko natisne, si ga po-

šlje kot sporočilo na izbrani elektronski naslov ali kot SMS na mobilno telefonsko številko. Na tem potrdilu je lahko zapisano tudi navodilo, ki ga prosto določi zdravnik v ambulanti za vsako storitev, ki jo opravlja (npr.: »Pacient naj pride na tešče« ali »Na pregled naj pacient prinese očala« ...).

S potrditvijo je pacient naročen na zdravstveno storitev (VZS), na katero je bil napoten z eNapotnico, na izbrani termin pri izbranem zdravniku. Če želi, lahko 10 in 3 dni pred terminom dobi še sporočilo o prihajajočem terminu, in se na izbrani termin oglasi v ambulanti.

V trenutku, ko je pacient eNaročen, pridobi eNapotnica status, ki onemogoča, da bi se z isto eNapotnico naročil še pri nekem drugem izvajalcu. Če se želi pacient vseeno prenaročiti, mora najprej odpovedati že rezervirani termin in po tem ponovno izvesti opisani postopek eNaročanja.

Postopek eNaročanja lahko izvede zdravnik napotovalec takoj po tem, ko je izdelal in



elektronsko podpisal eNapotnico. Isti postopek lahko izvede tudi sestra v sprejemni pisarni pri napotovalcu. Po vzpostavitvi portala zVem, ki bo po načrtih javno objavljen jeseni 2016, pa bo postopek eNaročanja lahko izvedel tudi pacient sam. Preko omenjenega portala bo imel pacient tudi možnost, da odpove oz. spremeni termin izvedbe zdravstvene storitve.

Vsako noč centralni sistem eNaročanje od informacijskih sistemov pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti pridobi seznam vseh naročenih pacientov. Na osnovi teh podatkov se izdela t. i. **nacionalni čakalni seznam** (Načas), ki služi za izvajanje različnih analiz in pripravo statistik, ki bodo lahko v pomoč pri upravljanju slovenskega zdravstvenega sistema.

Z uvedbo eNaročanja bodo sodelujoči v zdravstvenih procesih soočeni z nekaterimi novostmi.

Po skupinah so glavne sledeče:  
napotovalci:

- ➔ vnos eNapotnice,

- ➔ možnost pregleda oz. vpogleda v izdane eNapotnice za pacienta,
  - ➔ pregled naročil oz. terminov pacienta,
  - ➔ možnost takojšnjega eNaročanja pacienta, napotni zdravniki:
  - ➔ vpogled v in prenos eNapotnice pacienta,
  - ➔ možnost samodejnega uvrščanja pacientov v čakalne knjige in čakalne sezname,
  - ➔ pametni algoritmi razporejanja pacientov in izračunavanja prostih terminov,
  - ➔ čakalni seznam za triažiranje pacientov,
  - ➔ možnost vpisa navodil pacientu za določen VZS in ambulantno,
  - ➔ odprava ročnega izračunavanja in poročanja o čakalnih dobah na NIJZ,
- pacienti:

- ➔ eNapotnica – ne bo več papirnega obrazca,
- ➔ možnost naročanja pri zdravniku ali sestri,
- ➔ možnost naročanja prek spletnega portala zVem,
- ➔ možnost pregleda eNapotnic in terminov,
- ➔ obveščanje pred terminom.

Trenutno je eNaročanje v **uvajalni fazi**, v kateri se za vse in vsakega izvajalca zdravstvene dejavnosti pripravlja pogoje za uspešno polno vključenost v eNaročanje. Povezanih je 377 izvajalcev zdravstvene dejavnosti na drugi in tretji ravni zdravstvene zaščite. 1425 izvajalcev je izdalo vsaj že eno eNapotnico. V maju 2016 je bilo izdanih 51.156 eNapotnic in izdelanih 25.293 eNaročil. ■

### Koristne povezave

projekt eZdravje: [www.ezdrav.si](http://www.ezdrav.si)

podpora: [podpora.ezdrav.si](http://podpora.ezdrav.si)

čakalne dobe: [cakalnedobe.ezdrav.si](http://cakalnedobe.ezdrav.si)

portal zVem: [zvem.ezdrav.si](http://zvem.ezdrav.si)

# Ravzroj zgodnje zunajbolnišnične defibrilacije v Sloveniji

*Ob srčnem zastoju je edina rešitev zgodnja defibrilacija. Če defibriliramo v prvih petih minutah, je verjetnost za preživetje celo do 70-odstotna, po desetih minutah pa so možnosti minimalne. Tudi če človek preživi desetminutni zastoj srca, je velika verjetnost, da bo imel trajne možganske okvare. Ker ekipa nujne medicinske pomoči v večini primerov ne more priti dovolj zgodaj, je potrebno razviti sistem zgodnje zunajbolnišnične defibrilacije. Gre za takojšnje ukrepanje laikov, ki izvajajo temeljne postopke oživljanja in uporabijo avtomatski eksterni defibrilator (AED).*

**ZDENKO ŠALDA, DR. MED. SPEC.**

Zdravstveni dom Trebnje  
salda.zdenko@zd-tr.si

## Uvod

Sistem zgodnje zunajbolnišnične defibrilacije sestoji iz sledečih sklopov:

1. mreža stalno javno dostopnih avtomatskih eksternih defibrilatorjev (AED),
2. usposabljanje laikov – prvih pomagalcev,
3. organiziranje prvih posredovalcev,
4. označevanje stalno javno dostopnih AED.

## Mreža stalno javno dostopnih avtomatskih eksternih defibrilatorjev (AED)

AED mora biti ob srčnem zastoju v bližini in stalno dostopen. Racionalno bi bilo, da bi bili vsi defibrilatorji, neodvisno od lastnika, vključeni v enotno mrežo stalno javno dostopnih AED. Stanje v Sloveniji je marsikje kaotično. Aparati se množično nesistemsko nabavljajo. Stalna javna dostopnost v večini primerov ni omogočena. Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči je v tem delu neustrezen. 23. člen določa, da se AED, katerih lastniki dovolijo njihovo javno uporabo, vključijo v evidenco dispečerske službe zdravstva. Lastniki so odgovorni tudi za vzdrževanje defibrilatorjev. Lastniki AED se lahko upravičeno vprašajo, zakaj bi omogočali javno uporabo svojih defibrilatorjev, če bodo na koncu odgovorni v primeru okvare njihovih aparatov. Zadrege ne bi bilo, če bi bile sprejete spremembe Pravilnika o organizaciji, materialu in opremljenosti za prvo pomoč na delovnem mestu, s katero bi defibrilatorje uvrstili med opremo za prvo pomoč. Defibrilatorji bi bili locirani tako, da bi bili stalno

javno dostopni in bi bili del enotne mreže stalno javno dostopnih AED. Ministrstvo za delo je februarja 2013 spremembe predpisa poslalo Ministrstvu za zdravje v medresorsko usklajevanje, od tam pa jim do danes še niso uspeli odgovoriti.

## Usposabljanje laikov – prvih pomagalcev

Nič ne pomaga, če je AED v bližini pa ga nihče ne zna uporabiti. Večina srčnih zastojev se zgodi ob prisotnosti neke druge osebe. Na žalost večina ne zna ali noče pravilno ukrepati. Potrebno je stalno osveščanje in usposabljanje vseh slojev prebivalstva. Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči določa, da osveščanje, izobraževanje in usposabljanje laikov o uporabi AED na svojem območju organizira lokalna skupnost. Od lokalne skupnosti je odvisno, če se bo znala ustrezno organizirati. Stanje po Sloveniji se razlikuje od kraja do kraja. Ponekod se sistemsko in množično usposablja laike, drugod pa vlada mrtvilo na tem področju.

## Organiziranje prvih posredovalcev

Prvi posredovalec je posameznik, ki praviloma nima zdravstvene izobrazbe in se odzove na poziv dispečerske službe zdravstva ter pride na kraj dogodka z namenom izvajanja ukrepov za ohranitev življenja pred prihodom službe NMP in je vključen v sistem t. i. tihega aktiviranja sil za zaščito in reševanje. Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči obravnava prve posredovalce v svojem 22. členu:

(1) Izvajalci službe NMP lahko na svojem območju:

- ugotavljajo potrebe po prvih posredovalcih,
- evidentirajo kandidate za prve posredovalce,
- preverjajo ustreznost opravljenega usposabljanja kandidatov iz prejšnje alineje in o njihovi vključitvi med prve posredovalce obvestijo dispečersko službo zdravstva,
- o delu prvih posredovalcev enkrat letno, in sicer do 28. februarja, poročajo ministrstvu v skladu s Prilogo 13 tega pravilnika.

(2) Prve posredovalce aktivira sistem NMP prek Regijskega centra za obveščanje.

(3) Prvi posredovalec pridobi znanje z opravljenim usposabljanjem iz vsebin ukrepov za ohranitev življenja s preverjanjem znanja za prvega posredovalca v skladu s Prilogo 14 tega pravilnika.

(4) Po opravljanem usposabljanju iz prejšnjega odstavka prvi posredovalec vsaj enkrat letno obnovi svoje znanje iz vsebin v skladu s Prilogo 14 tega pravilnika.

(5) Izvajalci službe NMP, Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje ter lokalna skupnost z dogovorom uredijo način usposabljanja in financiranja prvih posredovalcev

Čeprav prvi posredovalci formalno še ne morejo delovati, ker še ni ustanovljena dispečerska služba zdravstva, poteka po Sloveniji več pilotnih projektov prvih posredovalcev.

## Označevanje stalno javno dostopnih AED.

Izjemno pomembno je, da so AED dobro označeni, da jih potencialni uporabniki takoj najdejo. Ustrezne oznake morajo biti na omarici in tabli nad omarico. Potrebno pa je tudi ustrezno usmerjanje do same naprave. Republika Slovenija je s Pravilnikom o prometni signalizaciji in prometni opremi na javnih cestah (Uradni list Republike Slovenije št. 99/2015) kot prva država v Evropi uvedla prometno signalizacijo za AED. Prometno signalizacijo za AED uvaja v treh oblikah:

1. kot dopolnilno tablo za prometni znak (23. člen)
2. kot obvestilno signalizacijo (61. člen)
3. kot simbol na prometni signalizaciji (68. člen).

## Koncept zgodnje zunajbolnišnične defibrilacije Zdravstvenega doma Trebnje

Zdravstveni dom Trebnje skrbi za primarno zdravstveno varstvo občanov občin Trebnje,

Mirna, Šentrupert in Mokronog – Trebelno. Skupna površina občin je 312 km<sup>2</sup>, skupno število prebivalcev je 20.400. Geografska značilnost je velika razpršenost prebivalstva, ki živi v kar 200 naseljih. Zdravstveni dom Trebnje zgodnjo zunajbolnišnično defibrilacijo razvija s projektom Milijon srčnih točk. Projekt Milijon srčnih točk je ustanovilo Združenje medicine dela, prometa in športa – Slovensko zdravniško društvo. Osnovni namen projekta je osveščanje in usposabljanje delavcev za uporabo AED. Srčna točka je delavec, ki sicer ne pozna temeljnih postopkov oživljanja in ne zna uporabljati AED, je pa toliko osveščen, da ob srčnem zastoju poišče najbližji AED in sodelavca, ki zna oživljati in uporabljati AED. Prvi pomagalec je delavec, ki zna oživljati in uporabljati AED. Izkazalo se je, da je projekt Milijon srčnih točk uporaben tudi v vsakdanjem življenju. Po širši definiciji je **srčna točka** človek, ki sicer ne pozna temeljnih postopkov oživljanja in ne zna uporabljati AED, je pa toliko osveščen, da ob srčnem zastoju poišče najbližji AED in človeka, ki zna oživljati in uporabljati AED. **Prvi pomagalec** je človek, ki zna oživljati in uporabljati AED. Cilj projekta je, da bi vsak drugi Slovenec postal srčna točka, od tod je tudi ime - **Milijon srčnih točk**. Zdravstveni dom Trebnje je pozval občine, krajevne skupnosti in društva, da pristopijo k projektu Milijon srčnih točk. Poleg organiziranja usposabljanja prebivalstva za uporabo AED je bil namen poziva sodelovanje pri postavitvi javno dostopnih AED.

## Razpis

Zdravstveni dom Trebnje je pripravil razpisne pogoje za nakup AED.

A: Splošne zahteve razpisa:

1. Ponudba mora vsebovati avtomatski defibrilator, zunanjo omarico za defibrilator in označevalno tablo.
2. Dobavitelj mora opraviti montažo omarice in označevalne table. Priprava električnega priključka ni obveznost dobavitelja.
3. Garancija na defibrilator in omarico mora biti vsaj pet let.
4. Dobavitelj mora v času garancijske dobe zagotoviti nadomestni defibrilator v primeru servisa.
5. V času garancijske dobe mora dobavitelj usklajevati aparat s spremembami smernic ERC.

6. V času garancijske dobe dobavitelj 1 x letno preveri stanje defibrilatorja, baterije in omarice in zamenja elektrode, če jim je potekel rok uporabe.

B: Tehnične zahteve razpisa:

1. Glasovna navodila v slovenskem jeziku.
  2. Avtomatično samo preverjanje sistema s svetlobnim in zvočnim signaliziranjem napak.
  3. V ponudbi mora biti naveden podatek o minimalni trajnosti baterije v stanju pripravljenosti. Minimalna trajnost baterije mora biti vsaj pet let.
  4. V ponudbi mora biti naveden podatek o zaščiti pred trdimi delci in tekočinami posebej za defibrilator in posebej za omarico. Podatek mora biti izražen po mednarodni klasifikaciji IP rating.
  5. Omarica mora biti toplotno izolirana in ogrevana.
  6. V ponudbi mora biti naveden podatek o hitrosti aparata (čas od vklopa do sprožitve šoka).
  7. Tabla za oznako lokacije defibrilatorja mora biti v 3D obliki in mora imeti uradni simbol po mednarodnih smernicah ILCOR.
- C: Merilo za izbor je kombinacija cene in tehničnih karakteristik.

Zbrane ponudbe je Zdravstveni dom Trebnje predstavil na sestanku pristopnikov projekta Milijon srčnih točk, ki so se nato odločili za najustrežnejšega ponudnika.

## Zbiranje finančnih sredstev

Občina Trebnje je z rebalansom proračuna že v letu 2014 sofinancirala nakup defibrilatorjev, na predlog Zdravstvenega doma Trebnje pa je iz občinskega proračuna zagotovila finančna sredstva za sofinanciranje defibrilatorjev tudi za leti 2015 in 2016. Zdravstveni dom Trebnje je pristopnike projekta Milijon srčnih točk pozval, da kandidirajo za sofinanciranje iz občinskega proračuna. Kandidate je nato rangiral po strokovnih kriterijih. Prvi so prišli na vrsto kandidati, ki so najbolj potrebovali AED, upoštevajoč gostoto prebivalstva in geografski položaj. Med pristopniki projekta Milijon srčnih točk je tudi Lions klub Trebnje, ki je zbiral donacije za nakup AED, hkrati pa je kandidiral za sofinanciranje iz občinskega proračuna. Na ta način je zbral finančna sredstva za nakup petih AED.

Občina Mirna je v celoti kupila tri AED. Ena od slovenskih zavarovalnic je Zdravstvenemu



SLIKA 1: OBVESTILNA SIGNALIZACIJA ZA AED V MEŽICI.



SLIKA 2: ENOTNO OPREMLJEN JAVNO DOSTOPNI AED NA GASILSKEM DOMU V TREBNJEM

domu Trebnje donirala finančna sredstva za nakup štirih AED. V okviru projekta Milijon srčnih točk je še vedno mogoče pristopiti k nakupu pod ugodnimi pogoji (osemletna garancija, sedemletna trajnost baterije, vsakoletno brezplačno preverjanje delovanja aparata, brezplačna menjava elektrod, ko jim poteče rok uporabnosti), česar se poslužujejo občani, ki samostojno zbirajo sredstva in podjetja.

#### Načrtovanje lokacij za mrežo javno dostopnih AED

Zdravstveni dom Trebnje je naredil načrt lokacij za javno dostopne AED po strokovnih kriterijih. Poskrbel je za enakomerno razporeditev po terenu. Izkazalo se je, da je zelo primerna lokacija gasilski dom. Gasilci lahko AED vzamejo s seboj tudi na gasilske intervencije. V krajih, kjer so gasilski domovi nekoliko oddaljeni, so AED nameščeni na stavbah v središčih naselij. V nekaj primerih so AED nameščeni izven strokovnih kriterijev. To pa zaradi tega, ker so občani ali podjetja

financirali celoten nakup, uporabili pa so ugodnosti skupinskega nakupa v okviru projekta Milijon srčnih točk.

#### Stalna javna dostopnost AED

Vsi AED so stalno javno dostopni. Pozvali smo lastnike AED, da svoje naprave postavijo pred vhode svojih ustanov. Dom starejši občanov Trebnje se je na poziv odzval in postavil AED pred vhod. Gre za pomembno lokacijo v središču Trebnjega. Trgovska družba pa je postavitev pred vhod svojega trgovskega centra zavrnila, zaradi nevarnosti kraje. Na območju je še nekaj avtomatskih defibrilatorjev, ki niso stalno javno dostopni. Ti v mrežo niso uvrščeni in ne sodijo v sistem.

#### Opremljenost javno dostopnega AED

Vsi aparati so v ogrevanih, vodotesnih, toplotno izoliranih omaricah. Ob odprtju omarice se sproži zvočni alarm. Omarica je označena z ILCOR znaki za AED. Nad omarico je 45 cm visoka 3D označevalna tabla.

#### Število stalno javno dostopnih AED

Trenutno je v mreži stalno javno dostopnih AED 38 aparatov, kar pomeni povprečno en AED na 537 prebivalcev oziroma na 8 km<sup>2</sup>. Vsi aparati so pod nadzorom Zdravstvenega doma Trebnje.

#### Usposabljanje laikov – prvih pomagalcev

V okviru projekta Milijon srčnih točk se redno izvajajo tečaji za laike – prve pomagalce iz temeljnih postopkov oživljanja z uporabo AED. Tečaji trajajo dve uri in so namenjeni za 10 do 15 oseb. Tečaje vodi zdravnik ali diplomirana medicinska sestra. Uporablja se ena lutka in en šolski defibrilator. Učenje poteka po Smernicah za oživljanje 2015 Evropskega reanimacijskega sveta. Tečaji so za udeležence brezplačni. Tečaji se izvajajo na terenu, najpogosteje v gasilskih domovih, pa tudi v kulturnih domovih, gostilnah ali celo v zidanicah. To prispeva k sproščanju vzdušja in veliki udeležbi. Za veliko udeležbo je zelo pomemben tudi način vabljenja na tečaje. Izkazalo se je, da je obveščanje preko

medijev ali oglasnih desk neučinkovito. Tečaje organiziramo v sodelovanju s predsedniki krajevnih skupnosti ali društev, ki osebno povabijo svoje krajanke oziroma članke na tečaj.

### Ugotavljanje potreb po prvih posredovalcih

Za izhodišče smo vzeli mrežo stalno javno dostopnih AED. Za skoraj vsako lokacijo smo predvideli 3 do 5 prvih posredovalcev, ki stanujejo ali imajo delovno mesto v neposredni bližini stalno javno dostopnega AED. Ugotovili smo, da potrebujemo 145 prvih posredovalcev.

### Evidentiranje kandidatov za prve posredovalce

Kandidate za prve posredovalce evidentira Gasilska zveza Trebnje. Gasilska zveza je prostovoljnemu gasilskemu društvu poslala poziv, da zberejo kandidate, glede na ugotovljene potrebe po prvih posredovalcih. Kandidati naj bi bili po možnosti prostovoljni gasilci, vendar to ni pogoj. Zahtevano pa je, da imajo stalno bivališče ali da so zaposleni v neposredni bližini stalno javno dostopnega AED.

### Preverjanje ustreznosti opravljenega usposabljanja kandidatov.

Usposabljanja prvih posredovalcev se izvajajo po programu iz Priloge 14 Pravilnika o službi nujne medicinske pomoči. Upošteva se strokovna doktrina v Republiki Sloveniji vključno s Smernicami za oživljanje 2015 Evropskega reanimacijskega sveta. Usposabljanje traja šest ur. Po koncu usposabljanja je na vrsti pisno in praktično preverjanje znanja. Po uspešno opravljenem preverjanju znanja se izda potrdilo, ki velja eno leto. Usposabljanje vodita zdravniška in diplomirani zdravstveniki, ki sta aktivno vključena v službo nujne medicinske pomoči.

### Financiranje prvih posredovalcev

Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči določa, da izvajalci službe NMP, Uprava Republike Slovenije za zaščito in reševanje ter lokalna skupnost z dogovorom uredijo način usposabljanja in financiranja prvih posredovalcev. Ker naši prvi posredovalci uporabljajo AED iz mreže stalno javno dostopnih AED, financiranje opreme ne bo potrebno. Usposabljanje prvih posredovalcev je za občine, ki naj bi bile plačnice, brezplačno. Delavca, ki vodita usposabljanje dobiva plačane nadure.

### Prometna signalizacija za AED

V okviru projekta Milijon srčnih točk se v sodelovanju z Občino Trebnje pripravlja elaborat postavitve prometne signalizacije za AED v občini Trebnje.

### Usposabljanje iz temeljnih postopkov oživljanja z uporabo AED v šolah

V šolskem letu 2016/2017 se bodo v okviru zdravstveno-vzgojnih programov začela izvajati usposabljanja iz temeljnih postopkov oživljanja z uporabo AED v vseh 8. razredih osnovnih šol in 1. razredih srednjih šol. Gre za izjemen napredek pri usposabljanju laikov, saj se bo na ta način vsako leto učilo oživljanja z uporabo AED kar 35 000 ljudi. Po priporočilu Svetovne zdravstvene organizacije naj bi se usposabljanje za oživljanje začelo pri 12. letih starosti in se nato ponavljalo vsako leto.

### Vloga civilne družbe

Civilna družba je v Sloveniji gibalo razvoja zgodnje zunajbolnišnične defibrilacije. Zibelka zgodnje zunajbolnišnične defibrilacije v Sloveniji je Koroška. Na pobudo civilne družbe so na Koroškem prvi v Sloveniji začeli sistematično razvijati mrežo stalno javno dostopnih AED in usposabljanje laikov za njihovo uporabo. Izvajajo tudi pilotni projekt prvih posredovalcev. V Črni na Koroškem je bil ustanovni sestanek Iniciative za AED, civilnodružbene organizacije, ki je združila prostovoljce iz cele Slovenije. Iniciativa za AED je dala pobudo za usposabljanje iz temeljnih postopkov oživljanja z uporabo AED v šolah. Z Nacionalnim inštitutom za javno zdravje uspešno sodeluje pri pripravah za uvedbo tega zdravstveno-vzgojnega programa. Poskrbela bo, da se bo usposabljanje tudi zares izvajalo. Iniciativa za AED je sodelovala z Ministrstvom za infrastrukturo pri pripravi prometne signalizacije za AED. Uprava za izvrševanje kazenskih sankcij je na njeno pobudo nabavila defibrilatorje za vse slovenske zapore. Iniciativa za AED je tudi pobudnik brezplačnega usposabljanja prvih posredovalcev. Doslej je pripravila že 18 pobud.

### Vloga Ministrstva za zdravje

V zvezi z razvojem zgodnje zunajbolnišnične defibrilacije pogrešamo aktivnejšo vlogo oziroma spodbudo s strani Ministrstva za zdravje. Nujen bi bil sprejem sprememb Pravilnika o organizaciji, materialu in opremi za prvo po-

moč na delovnem mestu. Če bi bile spremembe pravilnika v letu 2013 sprejete, bi danes že imeli mrežo stalno javno dostopnih AED po celi Sloveniji. Od 18 pobud Iniciative za AED jih je bilo največ naslovljenih ravno na Ministrstvo za zdravje, ki pa nanje žal ni odgovorilo.

### Vloga zdravstvenih domov

Zdravstveni domovi morajo biti nosilci zdravstvenega varstva in družbenega razvoja v lokalni skupnosti. Samo korektno izvajanje storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja je veliko premalo – to bi lahko v celoti opravljali tudi zasebniki. Dodano vrednost bi lahko zdravstveni domovi pokazali z osveščanjem, izobraževanjem in usposabljanjem laikov o uporabi AED, kar je po predpisih v pristojnosti lokalne skupnosti. Usposabljanje laikov o uporabi AED mora biti za udeležence brezplačno. Zdravstveni domovi s tem ne bi imeli večjih stroškov. Pomembna je predvsem organizacija. Uporabi se lahko prostovoljce med svojimi zaposlenimi, pripravnike in specializante. Pripravniki in specializanti bi lahko usposabljali laike v okviru rednega delovnega časa, potreben je samo dogovor z njihovimi mentorji. Možen je tudi dogovor z različnimi društvi. Omeniti velja projekt Za življenje, ki poteka pod okriljem Društva študentov medicine Maribor in Društva študentov medicine Slovenije. Študentje medicine bodo z veseljem organizirali brezplačne tečaje temeljnih postopkov oživljanja z uporabo AED v svojem domačem kraju – samo poklicati jih je treba. Tudi pri organiziranju prvih posredovalcev bi morali zdravstveni domovi, kot izvajalci službe NMP, igrati vodilno vlogo. Ni potrebno čakati, da bo začela delovati dispečerska služba zdravstva. Po zgledu ZD Trebnje bi lahko zdravstveni domovi takoj začeli organizirati prve posredovalce. Kjer že potekajo pilotni projekti, bi jih bilo potrebno institucionalizirati. Zdravstveni domovi imajo ob tem tudi možnost zaslužka, saj so plačnice usposabljanja prvih posredovalcev občine. Nesprejemljivo pa bi bilo, da zaradi finančnih težav sistem prvih posredovalcev ne bi začel delovati. Če občine nikakor ne bi bile sposobne financiranja usposabljanja prvih posredovalcev, bi morali zdravstveni domovi izpolniti svoje poslanstvo in prve posredovalce usposabljanje brezplačno. S tem bi dokazali svojo pravo vrednost in prednost javnega zdravstva pred zasebnim. Od zasebnikov nihče ne pričakuje, da bi karkoli delali zastonj. ■

## Stališča in odgovori Pravne komisije ZDRZZ

PRAVNA KOMISIJA ZDRUŽENJA ZDRAVSTVENIH ZAVODOV SLOVENIJE JE NA 15. SEJI 4. MAJA 2016 OBRAVNAVALA PREJETE VLOGE OZIROMA VPRAŠANJA ZDRAVSTVENIH ZAVODOV IN NANJE PODALA ODGOVORE.

**Vprašanje:** Odbor psihiatrične bolnišnične dejavnosti ZDRZZ in PB Begunje opozarjata na razlago Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike v RS (Uradni list RS, št. 4/16, KPZZ), da intenzivne enote psihiatričnih oddelkov ustrezajo definiciji dela v intenzivnih enotah po 6. členu Posebnega dela tarifnega dela KPZZ. Zastavlja se vprašanje glede razvrstitve zdravnikov psihiatrov, ki delajo na intenzivnih oddelkih na delovna mesta z oznako PPD 1. Odbor psihiatrične bolnišnične dejavnosti ZDRZZ je na seji dne 1. 3. 2016 sklenil, da se na delovna mesta z oznako PPD 3 uvrščajo tisti psihiatri, ki so zaposleni na varovanih oziroma intenzivnih oddelkih. Intenzivne enote v psihiatričnih bolnišnicah pa so: oddelki pod posebnim nadzorom; oddelki, kjer poteka zdravljenje brez privolitve; oddelki, kjer se praviloma obravnava akutna simptomatika; oddelki, kjer se zdravijo pacienti, ki predstavljajo nevarnost sebi ali drugim v smislu ogrožanja svojega življenja ali povzročanja premoženjske škode drugim. Sklenil je tudi, da se tako uvrščanje izvaja le od dneva objave razlage, in sicer od 22. 1. 2016 dalje. Odbor je komisijo zaprosil tudi za razlago izraza »opravljajo delo pretežno v intenzivni enoti« (4. alineja 7. člena Posebnega tarifnega dela KPZZ) in mnenje o veljavnosti razporeditve (od datuma objave v Uradnem listu).

**Odgovor:** 1. Pravna komisija uvodoma opozarja na napako v zapisniku Odbora PB, da se problematika nanaša na uvrščanje na delovna mesta z oznako PPD1 in ne PPD3, kot to izhaja iz zapisnika. Pravna komisija v celoti povzema opredelitev Odbora PB, ki definira vsebino intenzivne enote v psihiatričnih bolnišnicah.

2. Posebni tarifni del Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike v RS (7. člen) določa, da se na delovna mesta z oznako PPD1 se razvrstijo zdravniki in zobozdravniki, ki med drugim, opravljajo delo pretežno v intenzivni enoti.

3. Za uvrstitev zdravnikov na delovno mesto z oznako PPD1 (in ne PPD3, kot izhaja iz

zapisnika Odbora PB) mora javni zavod, ki opravlja psihiatrično zdravstveno dejavnost, izpolnjevati naslednje pogoje: ima organizacijsko opredeljene intenzivne enote v splošnem aktu, in sicer: oddelek pod posebnim nadzorom in/ali oddelek, kjer poteka zdravljenje brez privolitve in/ali oddelek, kjer se praviloma obravnava akutna simptomatika in/ali oddelek, kjer se zdravijo pacienti, ki predstavljajo nevarnost sebi ali drugim v smislu ogrožanja svojega življenja ali povzročanja premoženjske škode drugim. Zaradi te razlage pa mora javni zavod, ki opravlja psihiatrično zdravstveno dejavnost, z delovnim mestom z oznako PPD1 dopolniti obstoječi akt o sistemizaciji delovnih mest.

4. Glede posebej zastavljenega vprašanja, kaj razumemo pod pojmom: »opravljajo delo pretežno v intenzivni enoti« Pravna komisija opozarja na že sprejeto razlago tega pojma Odbora za razlago KPZZ, objavljeno v Uradnem listu RS št. 97/09 z dne 30. 11. 2009, in sicer: »Pod pojmom »pretežno v intenzivni enoti« razumemo delo, ki pod takim pogojem poteka najmanj polovico delovnega časa javnega uslužbenca«. Zaključek: Na delovna mesta z oznako PPD1 v javnem zavodu, ki opravlja psihiatrično zdravstveno dejavnost, se uvrščajo tisti zdravniki, ki imajo svoje delovišče v eni izmed intenzivnih enot, ki so opredeljena v splošnem aktu. Glede uvrščanja zdravnika na delovno mesto z oznako PPD1 pa je treba opozoriti na dejstvo, da se sme sklepati pogodbe o zaposlitvi le za delovna mesta, ki so določena z aktom o sistemizaciji delovnih mest. Iz navedenega tako izhaja, da mora biti delovno mesto najprej sistemizirano in šele nato se lahko naj uvršča zaposlene (sklepa PZ).

**Vprašanje:** Kakšen je minimalni odpovedni rok za javnega uslužbenca, ki ima sklenjeno pogodbo o zaposlitvi za delovno mesto, ki je uvrščeno v IV. tarifni razred ali višji, in podaja odpoved, če je bil pri delodajalcu zaposlen npr. 9 mesecev ali npr. tri leta. V pogodbah o zaposlitvi se glede določanja odpovednega roka sklicujejo na ZDR-1 in kolektivne pogodbe.

**Odgovor:** ZDR-1 določa, da je s pogodbo o zaposlitvi ali kolektivno pogodbo lahko dogovorjen daljši odpovedni rok, vendar ne daljši kot 60 dni. Ker je s kolektivno pogodbo za delovna mesta od IV. tarifnega razreda in naprej določen dvomesečni odpovedni rok, se tako v

takem primeru uporablja odpovedni rok, ki ne sme biti daljši od 60 dni.

**Vprašanje:** Ali javnemu uslužbencu pripada dodaten dan letnega dopusta tudi za otroka, ki v koledarskem letu, za katerega se določa letni dopust, dopolni 15 let starosti? Računsko sodišče RS v enem izmed revizijskih poročil navaja, da javnemu uslužbenci ta dan letnega dopusta, skladno z določilom ZDR – 1, člen 159/3 pripada tudi v letu, ko otrok dopolni 15 let starosti. Razlaga Odbora za razlago Kolektivne pogodbe za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije pa je: »Kriterij določene starosti se upošteva, če je ta kriterij izpolnjen v koledarskem letu. Glede na to, da prva alineja 6. točke 36. člena določa, da se delavcu letni dopust poveča za vsakega otroka do 15. leta starosti za en dan, delavcu dodatni dopust iz tega naslova ne pripada več za koledarsko leto, v katerem otrok dopolni 15 let starosti.« Enako stališče pa je zavzelo Računsko sodišče RS v drugem mnenju.

**Odgovor:** Na Inštitut za delo pri Pravni fakulteti UL se naslovi vprašanje, ali se v konkretnem primeru LD določa po zakonu ali kolektivni pogodbi oziroma, katero določilo je pri določanju letnega dopusta po tem kriteriju ugodnejše.

**Vprašanje:** V skladu z določbami ZDR-1 je za razporejanje starejših delavcev v nočno ali nadurno delo potrebno njihovo soglasje (omejitev nadurnega in nočnega dela, 199. člen ZDR-1). 46. člen Kolektivne pogodbe za zaposlene v zdravstveni negi, ki pa vsebinsko ni čisto enaka določbi ZDR-1 in določa, da »zaposlenega, ki je dopolnil 50 let starosti, praviloma ni mogoče proti njegovi volji razporediti v nočno delo in dežurstvo«. Kolektivna pogodba ne omenja nadurnega dela in tudi ne opredeljuje statusa starejšega delavca. Prosimo za vaše mnenje, ali delodajalec sme razporejati zaposlene v nočno in nadurno delo brez njihovega pisnega soglasja do dopolnjenega 55. leta in ali je potrebno upoštevati pri razporejanju v nočno delo določbo omenjene kolektivne pogodbe (meja 50 let), kadar gre za kadre zdravstvene nege.

**Odgovor:** Glede na to, da je določilo 46. člena Kolektivne pogodbe za zaposlene v zdravstveni negi za delavca ugodnejše kot določilo Zakona o zakonu o delovnih razmerjih, se skladno s pravnim standardom »v korist delavca« uporablja za delavca ugodnejše določilo kolektivne pogodbe (omejitev nočnega dela in dežurstva

po dopolnjenem 50. letu starosti). Delodajalec tako ne sme zaposlene, ki so dopolnili 50 let starosti in za katere velja in se uporablja Kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi, brez njihovega soglasja razporejati na nočno delo in v dežurstvo. Odreditve nadurnega dela takemu zaposlenemu pa je možna do 55. leta starosti, po dopolnjenem 55. letu starosti pa le z njegovim soglasjem.

**Vprašanje:** Zdravstveni dom Murska Sobota je na podlagi Splošnega dogovora za izvajanje zdravstvene dejavnosti na primarni ravni nosilec programa dejavnosti dežurne zobozdravstvene službe in ima sklenjeno Pogodbo o izvajanju programa zdravstvenih storitev z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije za območje Pomurja, ki se opravlja na lokaciji Zdravstveni dom Murska Sobota ob sobotah, nedeljah in praznikih v ordinacijskem času od 8.00 do 12.00. K navedenemu ordinacijskemu času se vsakemu izvajalcu prizna 1 ura za pripravo (skupaj 5 ur na dan). Ob sobotah, nedeljah in praznikih opravljajo dežurno službo na dan, ko sicer ne delajo.

Ali se regres za prehrano zobozdravnikom in zobnim asistentom izplača za vsak dan posebej ali pa na vsakih izpolnjenih 8 ur en regres za prehrano? Stališče Ministrstva za upravo (št. 100-1994/2014/2 z dne 29.12.2014) je, da v primeru, ko gre za opravljanje dela preko polnega delovnega časa na dan, ko sicer javni uslužbenec ne dela, v primeru prisotnosti na delu, ki znaša več kot 4 ure in do 8 ur, pripada regres za prehrano. Potem bi bilo razumeti stališče ministrstva tako, da pripada 1 regres za prehrano za opravljeno prisotnost na delu nad 4 - 8 ur (v primeru zdravstvenega doma 1 regres za prehrano za 5 ur prisotnosti), ure opravljene nad 8 ur opravljene delovne obveznosti pa upoštevati v fond nadur, za katere se preračuna še morebitni dodatni regres za prehrano.

**Odgovor:** Pravna komisija priporoča, da se glede povračil strokov prehrane med delom upoštevajo stališča Ministrstva za javno upravo, ki so pojasnjena v večih stališčih, kot na primer: V skladu s 3. členom Aneksa h KPND pomeni regres za prehrano povračilo stroškov za prehrano med delom in pripada javnemu uslužbencu za dan prisotnosti na delu, pri čemer aneks natančno opredeljuje, da se kot dan prisotnosti na delu šteje, če delavec dela več kot štiri ure dnevno ali če dela krajši delovni čas na pod-

lagi predpisov o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, predpisov o zdravstvenem zavarovanju ali predpisov o starševskem dopustu. Glede na to, da gre v tem primeru za situacijo, ko gre za opravljanje nadurnega dela na dan, ko javni uslužbenec ne dela (sobota, nedelja), se javnemu uslužbencu pravica do regresa za prehrano ravno tako presoja v skladu s četrtem odstavkom 3. člena aneksa, ker se tudi opravljanje nadurnega dela v takih primerih šteje kot prisotnost na delu. Navedeno torej pomeni, da v primeru prisotnosti na delu, ki traja več kot 4 ure, javnemu uslužbencu pripada regres za prehrano med delom, v konkretnem primeru torej javnemu uslužbencu za soboto, ko je opravil 5 nadur. V primeru odrejenih nadur, ki pomenijo opravljanje dela preko polnega delovnega časa po izpolnitvi dnevne delovne obveznosti, pa javnemu uslužbencu v skladu z določbo šestega odstavka 3. člena aneksa za vsakih izpolnjenih osem ur dela preko polnega delovnega časa pripada znesek iz drugega odstavka 3. člena.

([http://www.mju.gov.si/fileadmin/mju.gov.si/pageuploads/JAVNA\\_UPRAVA/SOUS/mnenja/regres\\_prehrana\\_1.4.14.pdf](http://www.mju.gov.si/fileadmin/mju.gov.si/pageuploads/JAVNA_UPRAVA/SOUS/mnenja/regres_prehrana_1.4.14.pdf))

**Vprašanje:** Kako se obračuna prehrana šoferjev (reševalni, nenujni prevozi), ki dnevno vozijo (njihovo delovno mesto je takšno, da so vedno na poti)? Imajo potne naloge za službena vozila, odsotni so torej več kot 8 ur dnevno, po potnem nalogu pa bi jim obračunali eno malico in en dodatni regres za prehrano v primeru, da so na poti 10 ur. Kadar se to dogaja vse dni v mesecu in je obračunana malica oz. prehrana po potnih nalogih, je npr. število malic lahko 36 kom, če pa bi po tem sistemu vse ure seštel in delili z osem, pa je število malic precej manjše kot v prejšnjem primeru, ko se vsak dan posebej gleda in obračuna prehrana.

**Odgovor:** V primeru, ko je narava delavčevega dela takšna, da opravlja delo na terenu, ne gre za službeno potovanje po določenih kolektivne pogodbe, niti za upravičenost do te-renskega dodatka, ampak za redno delo izven sedeža zavoda. V tem primeru se javnemu uslužbencu določa povračilo stroškov prehrane med delom po 3. členu Aneksa k KP iz leta 2012. Kot dan prisotnosti na delu se šteje, če delavec dela več kot štiri ure dnevno ali če dela krajši delovni čas na podlagi predpisov o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, predpisov o zdravstvenem zavarovanju ali

predpisov o starševskem dopustu. Če je delovni čas razporejen neenakomerno tako, da javni uslužbenec dnevno opravi več kot 8 ur delovne obveznosti, se število regresov za prehrano za dneve, ko je delal več kot 8 ur, določi na način, da se število ur mesečne delovne obveznosti deli z osem.

**Vprašanje:** Kako naj JZZ ravna v primeru, ko uslužbenec zaprosi za soglasje za opravljanje zobozdravstvene dejavnosti v popoldanskem času v organizacijski obliki s. p.? Zaposleni je v svoji vlogi podrobneje opisal delokrog in obseg del in nalog dr. dent. med. Javni uslužbenec pa ni zaprosil za soglasje ob ustanovitvi d.o.o. kljub temu, da ima v pogodbi o zaposlitvi klavzulo o konkurenčni prepovedi.

**Odgovor:** Skladno s 53.b členom ZZDej lahko zdravstveni delavec, ki je v delovnem razmerju v javnem zdravstvenem zavodu, opravlja zdravstvene storitve pri drugem javnem zdravstvenem zavodu oziroma pri drugi pravni ali fizični osebi, ki opravlja zdravstveno dejavnost le na podlagi pisnega soglasja. Ta člen v nadaljevanju tudi kumulativno določa, kdaj se izda, če: s tem ne bo povzročena škoda javnemu zdravstvenemu zavodu oziroma motnja pri opravljanju dejavnosti javnega zdravstvenega zavoda; javni zdravstveni zavod sam nima potrebe po dodatnem, dopolnilnem delu oziroma delu, ki presega obveznost iz polnega delovnega časa zdravstvenega delavca iz prejšnjega odstavka; zdravstveni delavec v celoti izvršuje svoje delovne obveznosti glede količine in vrste opravljenih zdravstvenih storitev, določenih s pogodbo o zaposlitvi; zdravstveni delavec ne odklanja nadurnega dela, pripravljenosti in morebitnih drugih oblik dela pri delodajalcu in zdravstvenemu delavcu zaradi dela pri drugem javnem zdravstvenem zavodu oziroma pri drugi pravni ali fizični osebi, ki opravlja zdravstveno dejavnost; ni onemogočen dnevni in tedenski počitek ter letni dopust.

53. b člen daje odgovor le v delu, ko gre za opravljanje zdravstvenih storitev pri drugemu delodajalcu, ne podaja pa odgovora glede ustanovitve pravne osebe oziroma registracije kot s. p. Po mnenju Pravne komisije pa odgovor v tem delu daje 39. člen ZDR -1 (prepoved konkurence), ki določa, da delavec med trajanjem delovnega razmerja ne sme brez pisnega soglasja delodajalca za svoj ali tuj račun opravljati del ali sklepati poslov, ki sodijo v dejavnost, ki

jo dejansko opravlja delodajalec in pomenijo ali bi lahko pomenili za delodajalca konkurenco.

Delodajalec lahko zahteva povrnitev škode, nastale z delavčevim ravnanjem, v roku treh mesecev od dneva, ko je zvedel za opravljanje dela ali sklenitev posla, oziroma v roku treh let od dokončanja dela ali sklenitve posla.

**Vprašanje:** Zaposleni v ZD Sevnica se od meseca oktobra 2015 udeležujejo strokovnega izobraževanja na temo »Prepoznavna in obravnavna nasilja v družini«, ki je za zdravstvene delavce obvezno. Izobraževanja so dvodnevna in potekajo v terminih ponedeljek–torek oz. petek–sobota od 8.–17. ure. Zanima nas, kako je pravilno evidentiranje in obračunavanje strokovnega izobraževanja ob delovnikih, v soboto in nedeljo. Namreč v ZD imajo posamezni profili različno dnevno delovno obveznost in sicer: medicinska sestra od ponedeljka do petka od 7. –14.30 ure in eno delovno soboto v mesecu, zdravniki, fizioterapevti, laboratorijski delavci pa od ponedeljka do petka od 7. –15. ure.

**Odgovor:** Izobraževanje je delavčeva pravica in obveznost in lahko poteka ali v interesu zavoda ali v interesu delavca. Če je izobraževanje delovna obveznost po kolektivni pogodbi, bi delavec v primeru, da bi tako izobraževanje odklonil, odgovarjal disciplinsko in odškodninsko. V tem primeru mu je treba povrniti tudi vse stroške, ki jih je imel v zvezi z izobraževanjem skladno s kolektivni pogodbo. V primeru, da izobraževanje ni opredeljeno kot delovna obveznost, je stvar dogovora v zavodu, kakšni stroški se delavcu povrnejo. Kadar se delavec izobražuje, mu pripada nadomestilo plače za toliko ur in toliko dni, kolikor znaša njegova delovna obveznost na dan, ko zaradi opravljene odsotnosti (izobraževanja) ne dela. Odbor pa je mnenja, da izobraževanje delavca na njegove proste delovne dni ne more biti njegova delovna obveznost, zaradi katere bi disciplinsko odgovarjal. Odbor je tudi mnenja, da delavca brez soglasja ni mogoče napotiti na izobraževanje tiste dneve, ko delavec nima delovne obveznosti oziroma ne dela. Če pa je takšna napotitev zaradi organizacije izobraževanja nujna, je delavcu potrebno zagotoviti pravico do 40 urnega delovnega tedna s prerazporeditvijo delovne obveznosti. ✕

## Podatki in kazalci poslovanja javnih zdravstvenih zavodov Slovenije za leto 2015



Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije je v mesecu juniju izdalo publikacijo Podatki in kazalci poslovanja javnih zdravstvenih zavodov za leto 2015 ali »roza knjigo«.

Pretežni del podatkov o poslovanju JZZ v letu 2015 je zbran iz njihovih letnih poročil, predvsem iz računovodskih poročil, ki jih pripravljajo v skladu z določili predpisane zakonodaje. Drugi podatki so zbrani iz poročil, ki jih morajo JZZ pripravljati v skladu s predpisi, ki urejajo poslovanje oziroma delovanje JZZ, iz

podatkov ZZZS in podatkov, ki jih posredujejo JZZ združenju na podlagi anketiranja.

V prvem delu knjige so prikazane vrste, obseg in gibanje ekonomskih kategorij, ki so jih zavodi kot določeni proračunski uporabniki izkazovali v svojih letnih poročilih za leto 2015 in za pretekla leta. Drugi del vsebuje finančne podatke, kadrovske podatke, podatke o številu postelj, podatke o opravljenem obsegu dela in druge podatke po posameznih zavodih, posameznih dejavnostih in za vse zavode skupaj ter tudi določene podatke po območnih enotah. Iz zbranih podatkov so izračunani tudi kazalniki in kazalci (koeficienti, indeksi, stopnje udeležbe).

Že lansko publikacijo Podatki in kazalci poslovanja javnih zdravstvenih zavodov za leto 2014 smo posodobili; spremenili in vsebinsko dopolnili prvi del in v drugem preoblikovali tabele, glede na vsebino ločili sklope tabel, dodali podatke o številu opredeljenih oseb in številu opravljenih pregledov ter nekoliko posodobili izgled. Odziv naših članov na omenjene novosti je bil pozitiven.

V letošnji publikaciji smo v drugem delu dodali še nekatere novosti, kot so podatki o: napotitvah iz ambulant primarnega na sekundarni nivo, realiziranih prvih in ponovnih pregledih v specialističnih ambulantah, preskrbljenosti ter stroških amortizacije. Prepričani smo, da vse navedene novosti pomembno prispevajo k uporabnosti te publikacije. ✕

## 11. Športne igre slovenskih bolnišnic

Šport je lep, človeka dvigne in nanj deluje pozitivno. Krepi mu značaj, v njem spodbuja samodisciplino in zahteva, da se nauči zaznavati, kako čutijo in mislijo drugi. Z aktivnim življenjskim slogom lahko veliko prispevamo k svoji kakovosti življenja in zadovoljstvu naših sodelavcev, zato smo se z namenom, da čim bolj razgibamo vaše in naše življenje odločili, da organiziramo že 11. športne igre slovenskih bolnišnic.

Obveščamo vas, da bodo športne igre slovenskih bolnišnic to leto potekale 10. septembra na Otočcu.

Za organizacijo bo tudi tokrat poskrbelo Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije v sodelovanju s Splošno bolnišnico Novo mesto. O vseh podrobnostih v zvezi s potekom dogodka in prijavami vas bomo obvestili po 1. juliju 2016.

Vabljeni k sodelovanju!



# Kadrovska funkcija v zavodu – dinozaver, žrtev ali junak?



FOTO: SUNČAN P. STONE

*Če organizacija nima trdne strategije razvoja in rasti, se to smatra kot resno poslovno tveganje. Zelo pogosto pa na teme, povezane z zaposlenimi, organizacije v najboljšem primeru odreagirajo taktično, vsekakor pa le redko preiščeno in strateško. Bo kadrovska funkcija izumrla kot dinozavri? Bo ostala žrtev, rekoč: »Saj poznamo te ideje, vendar ...?« Ali pa bo kadrovska funkcija junak, ki bo prevzel nadzor nad lastno usodo, premagal zmaje pred vrati direktorjeve sejne sobe in zagotovil potrebne vire za izhod iz zagate in uresničitev sanj tudi javnih zdravstvenih zavodov?*

MAG. SUZANA ESTER CAR

suzana@vas-partner.si

*Če organizacija nima trdne strategije razvoja in rasti, se to smatra kot resno poslovno tveganje. Zelo pogosto pa na teme, povezane z zaposlenimi, organizacije v najboljšem primeru odreagirajo taktično, vsekakor pa le redko preiščeno in strateško. Bo kadrovska funkcija izumrla kot dinozavri? Bo ostala žrtev, rekoč: »Saj poznamo te ideje, vendar ...?« Ali pa bo kadrovska funkcija junak, ki bo prevzel nadzor nad lastno usodo, premagal zmaje pred vrati direktorjeve sejne sobe in zagotovil potrebne vire za izhod iz zagate in uresničitev sanj tudi javnih zdravstvenih zavodov?*

## Neotipljiv kapital napoveduje prihodnjo rast organizacije

Ugotovili smo, da je neotipljiv kapital vse bolj pomemben dejavnik razvoja in preživetja organizacij. Pogosto celo bolj pomemben dejavnik kot otipljiv, »trd« kapital, saj nam otipljiv kapital pripoveduje o preteklosti, medtem ko neotipljivi napoveduje prihodnost. Še pred 30 leti so otipljivi viri znašali okoli 60 % vrednosti ameriških podjetij, leta 1998 samo še 15 % (npr. leta 2002 so neotipljivi viri znašali 93 % vrednosti Pfizerja in npr. 86 % vrednosti Microsofta). Podobno so raziskave pokazale močno povezanost med zavzetostjo zaposlenih in dobičkonosnostjo, v zadnjem času vse več raziskav kaže tudi na močno korelacijo med moderno organizacijsko kulturo in praksami vodenja ter pozitivnim poslovanjem organizacij. Razlike v rasti podjetij z bolj tradicionalno in podjetij z moderno organizacijsko kulturo je tudi do 1000 %!

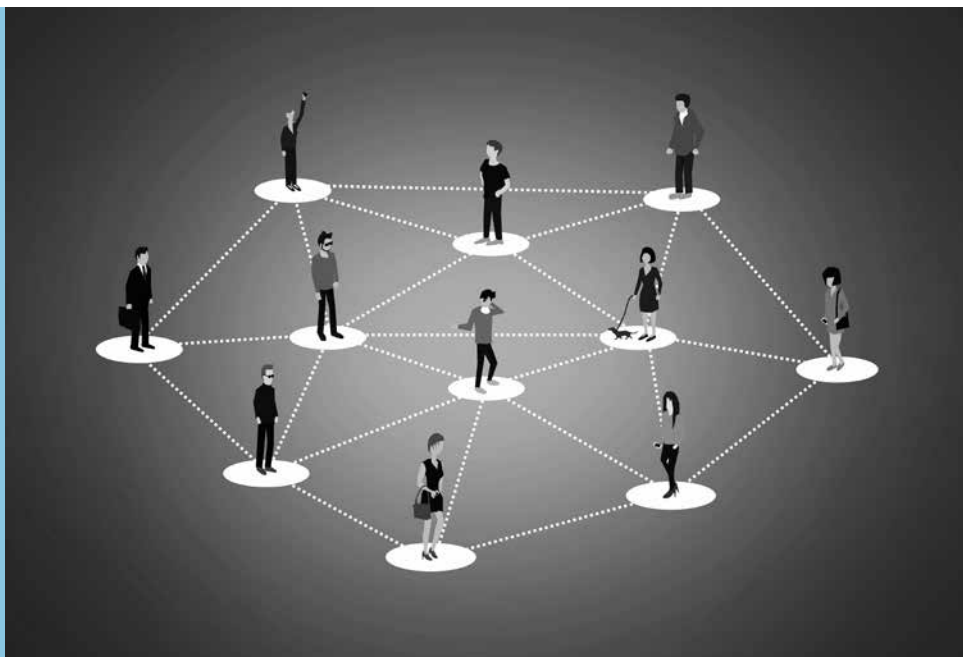
Pa vendar – če svoj otipljiv kapital organizacije zavarujejo z ograjami, alarmi in varnostniki in ga pazljivo, strateško investirajo, kaj storijo za plemenitenje in zadržanje neotipljivega kapitala?

## Strateška vloga kadrovske funkcije

Pred desetimi leti smo se bali pomanjkanja ustreznih kandidatov na trgu zaposlovanja, kljub nestabilnemu poslovnemu okolju pa je pomanjkanje dobrih strokovnjakov še vedno boleča realnost marsikaterih organizacij. Tudi zato je strateški pristop k neotipljivemu kapitalu nuja, ki pa se je večina organizacij še vedno ne zaveda ali pa ne zna poiskati ustrezne rešitve. Tako se večina kadrovskih služb še vedno ukvarja z zbiranjem podatkov in izpolnjevanjem obrazcev, v organizaciji pa med kadrovsko strategijo organizacije in ravnanjem z zaposlenimi zija velika luknja. In s tem tudi priložnost, da jo nekdo zapolni.

### TRIJE KORAKI STRATEŠKE KADROVSKE FUNKCIJE:

1. Brezhibna administrativna funkcija: dnevno procesiranje in analiza podatkov.
2. Načrtovati ustrezno kadrovske strategije, ki izhaja iz poslovne in je z njo prepletena.
3. Implementacija strategije: svetovalna funkcija vodjem in vodstvu ter tehnična izvedba.



Kadrovska strategija mora priti od znotraj, iz organizacij, in če naj bo uspešna, mora biti tesno povezana s poslovno strategijo, strateškim načrtom. V nekaterih organizacijah so tako razvili dve vzporedni strategiji: poslovno in kadrovske, ki pogosto nista imeli veliko skupnih točk. Kadrovska strategija naj izhaja iz poslovne in jo podpira, saj je brez ustrezne kadrovske zasedbe in ustreznega razvoja zaposlenih poslovno strategijo težko ali nemogoče udejanjiti.

#### Vstopnica v direktorjevo sejno sobo

Primarna vloga vodstva organizacij je zastaviti ustrezno poslovno strategijo in poskrbeti za njeno uresničitev. Primarna vloga kadrovskega direktorja pa je zagotoviti jasn pristop organizacij na štirih ključnih področjih: zaposlovanju, nagrajevanju, razvoju in zavzetosti zaposlenih. Kadrovska strategija mora biti usklajena s poslovno, vodstvo pa jo mora brezkompromisno podpreti.

Da bo kadrovska funkcija ustrezen sogovornik poslovnih, mora najprej zagotoviti brezhibno procesiranje in analizo informacij. Ali veste,

- koliko vas stanejo bolniške odsotnosti zaposlenih in neustrezen program zniževanja bolniške odsotnosti?
- Poznate realne stroške vaše metode zaposlovanja in sistema vpeljevanja novozaposlenih?
- Je fluktuacija v vašem podjetju visoka in ali je to dobro ali slabo za vas?
- Ali je vaš sistem nagrajevanja ustrezen in kaj pomeni zaposlenim? Je motivirajoč ali le administrativna naloga vodje?

Odgovori na ta in podobna vprašanja so vstopna viza kadrovske funkcije v direktorjevo sejno sobo. In odgovore na ta vprašanja potrebuje za uspe-

šno poslovanje in predvsem za kakovostno izvajanje svojega osnovnega poslanstva vsak direktor.

V naslednjih nekaj letih bomo na kadrovskem področju pričali tektonskim premikom. Sodobna tehnologija omogoča, da zaposleni sami izvajajo večji del administrativne kadrovske funkcije: samopostrežni terminali za vnos in obdelavo podatkov že zamenjujejo kadrovske

**Zapovedi uspešne kadrovske strategije:**  
*Izhajati mora iz poslovne strategije in podpirati njeno uresničitev.*  
*Vodstvo jo mora podpirati.*  
*Spremljati moramo njeno uresničevanje in jo prilagajati tržnim spremembam.*

strokovnjake. Ta proces se bo še nadaljeval in zgolj administrativna kadrovska funkcija bo sčasoma postala nepotrebna ali vsaj precej obrobna. Vedno več organizacij že nekaj časa intenzivno vloga v razvoj in usposabljanje vodij (srednji menedžment), ki prevzemajo vedno bolj pomembno vlogo pri razvoju svojih sodelavcev, kar je naslednji kos »kadrovske pogače«, ki izginja s krožnika kadrovske funkcije. ■

# Izboljšanje zdravja populacije mora postati naš skupni cilj

Pogovor z Mojco Gobec, dr. med., generalno direktorico direktorata za javno zdravje ministrstva za zdravje

*Ministrstvo za zdravje je v začetku leta v javno razpravo poslalo predlog zakona o omejevanju uporabe tobačnih in povezanih izdelkov. Ta v našo zakonodajo prenaša evropsko direktivo o proizvodnji in prodaji tobačnih in povezanih izdelkov. Nova tobačna zakonodaja – sprejeta mora biti do konca leta – naj bi tako bistveno zmanjšala dostopnost do cigaret, tobaka, elektronskih cigaret, popolnoma prepovedala oglaševanje in bistveno ostreje kaznovala kršitelje predpisov. O vsebini predlagane zakonodaje pa tudi sicer o preventivni dejavnosti in skupnostnemu pristopu h krepitvi in zmanjševanju neenakosti v zdravju smo se pogovarjali z Mojco Gobec, direktorico direktorata za javno zdravje na ministrstvu za zdravje.*

SAŠKA TERSEGLAV

Združenje zdravstvenih zavodov SLOvenije  
saska.terseglav@zdrzz.si

**Število kadilcev v Sloveniji se je po začetnem upadu, ki je bil posledica v letu 2007 sprejete strožje protikadilske zakonodaje, spet povečalo. Kadi četrtina Slovencev starih med 15 in 64 let. Kaj se je zgodilo, da zakonu iz leta 2007 ni uspelo zmanjšati deleža kadilcev?**

V Sloveniji po letu 2007, ko je bil sprejet ta zakon, s katerim smo omejevali zlasti kajenje v delovnih in javnih prostorih, nismo sprejemali pomembnejših protikadilskih ukrepov. Določen upad smo sicer zaznali še po spremembi trošarinske politike v letih 2011 in 2012, predvsem med mladimi, kar je seveda zelo zaželen učinek, saj so mladi občutljivi na cenovno politiko.

Opazili smo, da se je znižalo število pokajenih cigaret, sam delež kadilcev v populaciji pa se res ni bistveno spremenil. Delež kadilcev je še vedno višji med moškimi kot med ženskami. Delež kadilcev, ki se je zvišal med letoma 2008 in 2012, pa se je zvišal na račun mladih žensk, kar pripisujemo agresivnemu trženju tobačne industrije, ki je izdelke oblikovala na način, da je privlačen mladim dekletom, torej z obliko, barvami, okusi ...

**Slovenija je leta 2013 po učinkovitosti tobačne politike med 34 evropskih državami zasedla 20. mesto, medtem ko smo leta 2004 bili na 12. mestu. Kakšne merljive cilje ste si zadali s sprejetjem nove protikadilske zakonodaje?**

V resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva do 2025 Skupaj za družbo zdravja smo zapisali, da želimo zmanjšati porabo tobačnih izdelkov za 30 %, kar je cilj globalne strategije SZO za preprečevanje kroničnih bolezni. Slovenija želi slediti zgledu držav, ki stremijo k družbi brez tobaka, v kateri bo delež kadilcev pod 5 %. Seveda je to dolgoročen cilj.

**V predlogu zakona je navedena cela vrsta v tujini preverjenih in celovitih ukrepov, kot so zvišanje cene tobačnih izdelkov, omejevanje dostopnosti in prepoved oglaševanja, enotna embalaža za tobačne izdelke, prepoved kajenja v avtomobilih, uvedba licence za prodajo tobačnih izdelkov. Kaj ste dodali v Sloveniji?**

Predlog zakona prenaša v slovenski pravni red določila nove tobačne direktive, dodali pa smo popolno prepoved oglaševanja, razstavljanja



Menim, da skupaj vedno bolje razumemo, da je boljše biti zdrav kot bolan iz številnih razlogov, poleg osebnih tudi iz ekonomskih. Dobro zdravje je postalo ključno za kakovost življenja, je predpogoj za to, da se lahko šolamo, delamo in se zdravo in aktivno staramo.

FOTO: SAŠKA TERSEGLAV

in promocije tobaknih izdelkov na vseh mestih prodaje, saj je dosedANJI zakon kljub omejitvam določene oblike oglaševanja na mestu prodaje dopuščAL. V praksi smo opazili, da se te določbe v veliki meri zlorablJAJO in da niso več učinkovite. Dodali smo tudi uvedbo licenc za prodajo, kajti Slovenija je za razliko od nekaterih drugih držav specifična zlasti v tem, da ima z velikim številom prodajnih mest na število prebivalcev tobakne izdelke zelo dostopne. Ta široka dostopnost je neka naša »tradicija«.

***Boleče izkušnje so nedelovanje inšpekcije, saj smo pri izvrševanju zakonodaje padli z 12. na 20. mesto med državami EU. Zaostajamo predvsem pri nadzoru nad prodajo tobaknih izdelkov.***

Res je, na veliko pomanjkljivost trenutno veljavne zakonodaje so nas opozarjale same inšpekcijske službe, ki so ugotavljale, da je nadzor nad izvajanjem zakonodaje zelo otežen. Tudi tam, kjer so inšpektorji ugotovili kršenje zakona, so se kazni plačevale in imamo indice, da je te kazni plačevala tobakna industrija oziroma distributerji. Ključno se nam torej zdi, da damo inšpektorjem ustrezna orodja za nadzor, pa tudi odvzem licence zaradi kršenja zakona je učinkovito orodje.

***V javni razpravi je bilo izpostavljeno, zakaj enostavno niste predlagali višjih licenčnih za prodajalce tobaknih izdelkov? Po mnenju zagovornikov višjih licenc je predvidenih 200 evrov licenčnine na leto v primerjavi s škodo, ki jo tobak povzroči, premalo.***

Cilj uvedbe licenc ni generiranje pomembnega vira prihodka, ampak je cilj zagotavljanje učinkovitega nadzora. Po ugotovljeni kršitvi naj bi po novi zakonodaji pravnemu subjektu sledil odvzem licence in s tem prepoved prodaje tobaknih in povezanih izdelkov za določen čas. Tako ureditev imajo tudi v drugih državah, pokazala se je kot dobra in na ministrstvu trdno verjamemo, da jo je potrebno uvesti. Dokončno odločitev, ali bodo te licence letne ali večletne, še nismo sprejeli, saj je zakon še v medresorski obravnavi. Želimo pa si seveda tudi zmanjšanja števila mest prodaje, posebej pri poslovnih subjektih, ki ponujajo tobakne izdelke samo kot dodatek k osnovni dejavnosti in bi njihovo prodajo brez škode za osnovno dejavnost lahko tudi opustili.

***V Sloveniji, podobno kot v drugih državah, izenačujete elektronske cigarete z ostalimi tobaknimi izdelki. Je uporaba tega izdelka močno razširjena pri nas?***

S tem ukrepom želimo preprečiti začetek uporabe teh izdelkov predvsem med mladimi. Raziskave, ki so bile opravljene v Združenih državah Amerike, namreč ugotavljajo, da uporaba elektronskih cigaret pri mladostnikih poveča verjetnost poznejšega kajenja klasičnih cigaret.

***Ali so med ukrepi tudi kakšni, ki so posebej usmerjeni na mlade, s katerimi lahko vplivamo dolgoročno, in ni njihov učinek zgolj v zamiku časa pričetka kajenja?***

Vemo, da večina kadilcev začne kaditi v mladostni dobi in zato uvajamo tako dolgoročno naravnane, že omenjene, kot tudi bolj kratkoročne, »agresivne« pristope, s katerimi želimo zmanjšati začetek kajenja med mladimi; med slednjimi sta zagotovo uvedba enotne embalaže za cigarete in tobak za zvijanje ter popolna prepoved oglaševanja in razstavljanja tobaknih in povezanih izdelkov.

***Zaradi posledic kajenja vsako leto v Sloveniji umre 3600 ljudi.***

Tobak je v Sloveniji in tudi v številnih razvitih državah še vedno najpomembnejši prepričljiv vzrok smrti in med najpomembnejšimi vzroki za breme bolezni, torej je na tem področju zelo smiselno ukrepati.

***Po drugi strani pa za ukrepanje obstajajo tudi številni ekonomski razlogi.***

In ti so še kako pomembni! Po rezultatih študije Evropske komisije stroški zdravljenja bolezni, izgube produktivnosti, prezgodnje umrljivosti znašajo 4,6 % BDP v 27 državah članicah, v Sloveniji naj bi bil ta delež celo 5 % BDP oziroma 1,8 milijarde evrov celotnih stroškov. Premalo se zavedamo, da ta znesek ne pomeni samo stroškov za zdravljenje in bolniško odsotnost, ampak tudi potencialno izgubo prihodka, potrošnje, prispevkov v javne blagajne ...

***V predlogu zakona je tudi uvedba t. i. tobaknega centa, posebne dajatve na tobakne izdelke.***

Naš namen je pridobiti nov vir, s katerim bi financirali zdravljenje s tobakom povezanih bolezni in preventivne programe. Po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje so namreč stroški za zdravljenje žilnih bolezni, pljučnega raka, raka zgornjih dihal in prebavnih poti ter kronične obstruktivne pljučne bolezni znatne. S tobaknim centom bi tako zagotovili vir za financiranje zdravstva iz proračuna, kajti tudi po opravljeni analizi zdravstvenega sistema se Slovenija uvršča med države najnižje na lestvici med državami EU po deležu sredstev, ki jih država namenja za zdravstvo iz proračuna.

***Kako daleč ste o uvedbi tobaknega centa v pogovorih z ministrstvom za finance? To naj bi imelo pomisleke.***

Trenutno potekajo medresorska usklajevanja. Pred nami so še zaključni pogovori prav z ministrstvom za finance in prepričana sem, da bomo našli skupni jezik in take rešitve, ki bodo dolgoročno v korist prebivalcev Slovenije. Vendar pa ekonomski interesi nikakor ne bi smeli prevladati nad interesi zdravja prebivalcev. V resoluciji nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025 je sicer zapisano, da je zdravje v vseh politikah vrednota in cilj vseh vladnih politik.

Medresorska pogajanja so res zelo zahtevna, vendar si na ministrstvu za zdravje v tej vladi prizadevamo, da bi vsi resorji vključili zdravje kot cilj in vrednoto v svoje politike. Izboljšanje zdravja populacije mora postati naš skupni cilj. Iz uradnih priporočil Evropske komisije in SZO izhaja, da je vlaganje v preventivo in izboljšanje zdravja prebivalstva zelo pomemben način za zagotavljanje vzdržnosti zdravstvenega sistema v prihodnje. Naš je zaradi staranja prebivalstva ranljiv in vlaganje v preventivo je eden od pomembnih ukrepov v zdravstvu, ki bi ga, poleg vseh drugih, o katerih govorimo (boljša organizacija, več kakovosti), morali obravnavati kot enakovreden ukrep v mozaiku vseh ukrepov t. i. zdravstvene reforme.

Menim, da skupaj vedno bolj razumemo, da je boljše biti zdrav kot bolan iz številnih razlogov, poleg osebnih tudi iz ekonomskih. Dobro zdravje je postalo ključno za kakovost življenja, je predpogoj za to, da se lahko šolamo, delamo in se zdravo in aktivno staramo. Prisotno je zavedanje, da je potrebno vlaganje ne le v podaljšanje življenjske dobe, ampak tudi v podaljševanje zdravih let življenja, ki jih živimo zdravi in brez oviranosti. V kontekstu slovenske, hitro starajoče se družbe je

še kako pomembno, da ostajamo funkcionalno sposobni in da tudi v poznih letih kot posamezniki čim bolj samostojno delujemo, zato pa je najboljši recept preventiva in celovite javnozdravstvene politike, ki jo podpirajo.

***Če pogledamo v deležu javnih sredstev za zdravstvo za leto 2013, smo med državami OECD v rangu nad 3 odstotki (poleg Avstrije, Finske, Slovaške), medtem ko so ostale države med 2 in 3 odstotki. Slovenija torej ne nameni tako zelo malo BDP preventivni dejavnosti.***

Glede samih finančnih sredstev, ki jih Slovenija namenja za preventivo, po statistiki res nismo med najslabšimi, vendar pa s tem deležem ne moremo biti zadovoljni. Je pa pri teh podatkih nekoliko vprašljiva različna metodologija podajanja podatkov s strani držav, ki si različno interpretirajo, kaj vse spada v preventivo.

*Vendar pa ekonomski interesi nikakor ne bi smeli prevladati nad interesi zdravja prebivalcev. V resoluciji nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025 je sicer zapisano, da je zdravje v vseh politikah vrednota in cilj vseh vladnih politik.*

**Ali so ta sredstva, ki jih trenutno namenjamo za preventivo, po vašem mnenju uporabljena učinkovito?**

Glede učinkovitosti uporabe teh sredstev se tudi v strokovnih krogih bijejo bitke, kako sploh prikazati cenovno in stroškovno učinkovitost preventive. V zadnjem desetletju je vedno več ekonomskih študij, ki kažejo na pozitivne finančne učinke vloženih sredstev v preventivo, je pa res, da se ti učinki kažejo na dolgi rok in da so pozitivni učinki mnogo večji tam, kjer država celovito ureja to področje. Naš cilj je povečati leta zdravega življenja, ki ga posameznik preživi, in po tem kazalcu smo v Sloveniji bolj na repu držav EU. Po drugi strani pa lahko rečem, da imamo v Sloveniji zelo bogato tradicijo tudi preventivne dejavnosti v okviru zdravstvenega varstva. Trenutno pripravljamo strategijo razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti, kjer preventivi na ravni osnovne zdravstvene dejavnosti in predvsem v zdravstvenih domovih dajemo večjo težo in pomen.

**S kakšnimi projekti nameravate nadgraditi obstoječo raven preventivnega zdravstvenega varstva? Tudi problem alkoholizma pri nas, na primer, je zelo velik. Kako se ga boste lotili?**

Trenutno na ministrstvu načrtujemo celovito alkoholno politiko, ki jo nameravamo izvesti v zelo bližnji prihodnosti. Pomemben pa bo projekt za zmanjšanje škodljive in tvegane rabe alkohola, ki ga bo izvajal NIJZ s partnerji predvsem na primarni ravni, v katerega bodo vključene vse poklicne skupine oziroma strokovne službe. Zavedamo se, da je problem tvegane in škodljive rabe alkohola v Sloveniji zelo velik, ker je zelo povezan s socialno izključenostjo, slabšimi možnostmi za zaposlitev, dušev-

nim zdravjem, ne nazadnje s samomorilnostjo, kjer v Sloveniji negativno izstopamo v mednarodnem merilu in ga je resnično treba nasloviti bolje.

Še en projekt, ki ga bomo financirali s sredstvi evropske kohezijske politike, bo pilotni projekt celovite obravnave otrok s posebnimi potrebami. Opažamo, da potrebujemo celovit multidisciplinarni pristop, kjer bodo v ospredju potrebe otrok oziroma njihovih družin.

Prav tako bomo s temi sredstvi financirali projekt dolgotrajne oskrbe in projekt paliativne oskrbe. Glavnina projektov se bo odvila v časovnem obdobju nekaj naslednjih let.

***Pilotni projekt Za boljše zdravje in zmanjšanje neenakosti v zdravju je uspešno zaključen. Kako ga na ministrstvu ocenjujete in kakšne nadaljnje aktivnosti načrtujete?***

Omenjeni projekt je pripravil metodologijo in celo vrsto orodij za izvajanje tega programa na primarni ravni. Ministrstvo bo podprlo izvajanje oziroma implementacijo rezultatov, orodij oziroma aktivnosti iz tega projekta v 25 zdravstvenih domovih v Sloveniji in s tem bomo podprli uvajanje skupnostnega pristopa v osnovni zdravstveni dejavnosti, upoštevajoč tudi potrebe ranljivih skupin prebivalstva. Sredstva bomo črpali iz operativnega programa kohezijske politike. V ta namen bomo pripravili javni razpis, predvidoma še konec letošnjega leta, in tako zagotovili sredstva za izvajanje in prenos teh vsebin v 16 zdravstvenih domov na vzhodu in 9 na zahodu države.

V okviru projekta Skupaj za zdravje je nastalo tudi orodje, ki je po mojem mnenju zelo pomembno za spremljanje zdravstvenega stanja in zdravstvenega varstva na lokalnih ravneh. To orodje je nastalo po vzoru Norveške, kjer imajo izdelane t. i. zdravstvene profile občin, ki imajo tam več pristojnosti za boljše zdravje prebivalstva. Tudi v Sloveniji bo vsako leto izdana publikacija, ki bo poleg osnovnih sociodemografskih podatkov o občini opredelila dejavnike tveganja, vsebovala konkretno razpredelnico s podatki, kje se občina nahaja v primerjavi s slovenskim povprečjem po različnih kazalnikih zdravstvenega stanja in zdravstvenega varstva. To orodje se mi zdi zelo pomembno zato, ker bo opolno- močilo tako vodstva zdravstvenih domov kot vodstva lokalnih skupnosti, da bodo lažje dolgoročno načrtovali, izboljševali in spremljali zdravstvene trende v lokalni populaciji. To je torej tisto, o čemer govorimo, ko govorimo o zdravju v vseh politikah. Besedo na papirju si ljudje slabo predstavljajo, ko pa v roke dobijo metodološko dovršen dokument z vsemi zdravstvenimi kazalniki, jasno vidijo, kam se umeščajo, in na podlagi tega lahko sprejmejo nadaljnje ukrepe. Zavedam se, da jim bo pri tem treba pomagati in da stroko na tem področju čaka trdo delo. Ker bodo podatki na voljo letno in bo mogoče spremljati dolgoročne trende zdravstvenega stanja in zdravstvenega varstva, verjamemo, da bo to občine spodbudilo k sistematični skrbi za zdravje svojih prebivalcev. Norvežani, ki imajo zelo decentralizirano primarno zdravstveno varstvo, so se v zakonodaji občine zavezali, da obvezno uporabljajo zdravstvene profile za načrtovanje in spremljanje ukrepov, za katere so pristojne.

***Kako to, da v razvoj preventive za odraslo populacijo ni vključeno zobozdravstvo?***

Trenutno na ministrstvu koordiniramo pripravo strategije razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti in v tem dokumentu bo prostor tudi za celovito urejanje zobozdravstvene dejavnosti. ■

# Primer dobre prakse ustanavljanja skupnih mediacijskih služb

*Pridružitve SB Ptuj k mediacijski pisarni ZD Maribor in UKC Maribor*

*Potrebe po mirnem reševanju sporov v zdravstvu naraščajo, zato sta se že oktobra 2013 vodstvi ZD Maribor in UKC Maribor odločili, da s pomočjo Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije ustanovita skupno mediacijsko pisarno, ki ima svoj prostor, namenjen izključno mediaciji, in stalni urnik delovanja.*

---

**VESNA REČNIK ŠIŠKO, DIPL. ORG.,  
MEDIATORICA**

Zdravstveni dom Dr. Adolfa Drolca Maribor  
vesna.recnik-sisko@zd-mb.si

Mediacijska pisarna je zaživela in v želji, da se pacientom in zaposlenim ponudi dodatna brezplačna storitev miroljubnega reševanja sporov s pomočjo strokovno usposobljenih mediatorjev tudi na območju Ptuja in širše okolice, se ji je na pobudo koordinatorja za stroko SB Ptuj Zorana Korena, dr. med. spec., ki je tudi sam mediator, pridružila še SB Ptuj. Mediacijska pisarna na Ptuj bo delovala v sejni sobi (vhod 8) SB Ptuj in je za stranke odprta vsak prvi in tretji torek v mesecu od 12. do 14. ure.

Svečana priključitev Splošne bolnišnice dr. Jožeta Potrča Ptuj (SB Ptuj) k mediacijski pisarni Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor (ZD Maribor) in Univerzitetnega kliničnega centra Maribor (UKC Maribor) je potekala v ponedeljek, 13. junija 2016, ob 12. uri v SB Ptuj.

**Ob dogodku so povedali:**

**Andrej LEVANIČ, dr. med. spec., direktor SB Ptuj:** »Pacient je človeško bitje, ki išče pomoč, in velikokrat mora obvladati svojo čustveno bolečino, strahove in negotovost, zato potrebuje dober odnos z zdravstvenim osebjem. Pri tem veliko pripomore vzajemna izmenjava informacij ter izražena skrb in sočustvovanje. Zavedamo se, da sta človekova stiska in prizadetost na področju zdravja veliki, in zato je mirno reševanje sporov z mediacijo korak na poti k

boljšim medsebojnim odnosom ter tudi kakovostnejši zdravstveni oskrbi pacientov.«

**Prim. asist. dr. Jernej Završnik, dr. med. spec., mediator, direktor ZD Maribor:**

»Delovanje našega ZD temelji na jasno začrtanem poslanstvu, viziji in vrednotah in tudi na skrbi za dobre medsebojne odnose, ki so osnova za podporo zaposlenim pri uresničevanju ciljev ter kakovostnemu opravljanju zdravstvenih storitev.

Mediacija v zdravstvu si sicer šele utira pot med ljudmi in zadovoljen sem, da smo skupaj z UKC Maribor zgodbo pripeljali tako daleč, da je naša mediacijska pisarna zaživela in da danes razširja območje svojega delovanja.

Povezovanje treh osrednjih zdravstvenih ustanov je primer dobre prakse, vreden posnemanja. Reševanje nesoglasij z mediacijo pomeni velik korak k boljšim medsebojnim odnosom v zdravstvu in k bolj varni ter kakovostnejši zdravstveni oskrbi pacientov.«

**Janez Lencl, dipl. inž., mediator, vodja Centra za odnose z javnostmi in marketing UKC Maribor:** »Poznavanje in obvladovanje mediacijskih veščin je nepogrešljiv element reševanja nesoglasij, izboljšanja medosebnih odnosov med različnimi javnostmi v zdravstvu. Skupno odprte mediacijske pisarne pa vidimo kot pričetek novega pristopa in načina reševanja spo-



UDELEŽENCI SVEČANE PRIREDITVE OB PRIKLJUČITVI SB PTUJ K MEDIACIJSKI PISARNI ZD MARIBOR IN UKC LJUBLJANA.

rov v zdravstvu, ki bo bolj prijazen do pacientov in tudi do zaposlenih. Dosedanje delovanje in uspehi mediacijske pisarne nas utrjuje v prepričanju, da smo na pravi poti, saj smo uspešno zaključili kar nekaj sporov. Vesli nas, da se nam je v tem projektu pridružila tudi SB Ptuj.»

**France Prosnik, mag. klin. psih., varuh bolnikovih pravic:** »Tri leta izkušenj mediacijske pisarne v Mariboru so trdna osnova za nov korak v širjenju sodobnih pristopov k reševanju konfliktov.

Vodstvu SB Ptuj čestitam ob odločitvi, da se pridruži mediacijski pisarni in da skupaj z UKC Maribor in ZD Maribor tudi na ta način poskrbi za bolnika in zdravstvene delavce.«

Odgovorna oseba v mediacijski pisarni **Vesna Rečnik Šiško, dipl. org., mediatorica, ZD Maribor:** »Pomembno je, da se zavedamo, da so spori nekaj normalnega in da se prav na področju zdravstva pogostje pojavljajo, saj smo ljudje v skrbi za naše zdravje velikokrat nemočni in zato še bolj ranljivi. Mediacijska pisarna je odprta od oktobra 2013 in do sedaj se je nanjo obrnilo 22 strank. Mediacija je prostovoljna in v 11 primerih smo dobili privolitev obeh strani, vpletenih v nesoglasje, in sklenili dogovor o izvedbi mediacije. Opravili smo 18 predmediacijskih in mediacijskih srečanj, 7 mediacij smo zaključili s sklenitvijo ustnega ali pisnega sporazuma.

Vesela sem in ponosna, da sem lahko del te pozitivne zgodbe, katere namen je ustvariti boljše medsebojne odnose v zdravstvu in se lotiti sporov z neformalnim in zaupnim postopkom, ki udeležencem pomaga doseči spo-

razum, ki spor razrešuje oziroma na novo ureja medsebojna razmerja. Ob tem bi se zahvalila vsem, ki so nam pomagali in nas podpirajo, posebej Združenju zdravstvenih zavodov Slovenije za strokovno pomoč.« ■

## PRIPOROČILA potnikom, ki bodo potovali na OI v Brazilijo

### Svetujemo:

- uživajte varno hrano in pijačo
- pijte zadosti tekočine
- zaščitite se pred piki komarjev
- zaščitite se pred soncem
- varno spolnost (zaščita s kondomom)



Več na spletni strani NIJZ [www.nijz.si/olimpijskeigre2016](http://www.nijz.si/olimpijskeigre2016)  
Svetovanje in cepljenje v ambulantah za potnike: [www.nijz.si/ambulante](http://www.nijz.si/ambulante)

Svetujemo, da poskrbite za ustrezno zavarovanje.  
Brezplačna telefonska številka za nujno zdravniško pomoč v Braziliji je 192.

# Zdravstvo danes in kako v prihodnje

23. Strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Bohinjska Bistrica, 26. in 27. maj 2016

## TOMAŽ RUSIMOVIČ

TAJNIK DRUŠTVA EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU SLOVENIJE  
tomo.rusimovic@kclj.si

Letošnje 23. strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu je potekalo 26. in 27. maja v Hotelu Park v Bohinjski Bistrici. Teme srečanja in predavatelje je predlagal Programski odbor 23. strokovnega srečanja ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu v sestavi: mag. **Franc Hočevar**, **Helena Ulčar Šumčič** in **Nevenka Banović**, potrdil pa Upravni odbor Društva. Za organizacijo srečanja je poskrbel organizacijski odbor v sestavi: **Nevenka Banović**, **Irena Mrzelj**, **Tomaž Rusimovič**, **Helena Ulčar Šumčič**, **Jože Veternik** in **Darja Vižintin Zupančič**. Srečanja se je udeležilo 161 udeležencev. Strokovni del srečanja je bil oba dneva izveden v dvorani Kulturnega doma Jože Ažman, v četrtek popoldan pa so se udeleženci v velikem številu udeležili tudi družabnega programa, ki je bil zelo pester: v dveh skupinah so si ogledali cerkev sv. Janeza, spomenik štirim srčnim možem in Planšarski muzej v Stari Fužini. Zvečer je bila v hotelu organizirana skupna večerja, ki ji je sledilo prijetno druženje ob zvokih ansambla 101KA bend.

Moto letošnjega majskega srečanja »ZDRAVSTVO DANES IN KAKO V PRIHODNJE« v svojem sporočilu nakazuje na analizo sedanjega stanja v zdravstvenem sistemu in skuša odgovoriti nekaterim vidikom razvoja zdravstvenega sistema v prihodnje. Idejni avtor teme srečanja mag. Franc

Hočevar je, skupaj z sodelavci v organizacijskem odboru srečanja, poskrbel za kompetentne predavatelje in aktualne teme.

Srečanje je odprla predsednica DEVZ **Nevenka Banović**, nato sta udeležence srečanja pozdravila direktor občinske uprave **Miro Sodja** v imenu župana občine Bohinj in direktor Hotela Park **Anže Čokl**. Vodenje prvega dne strokovnega srečanja sta prevzela mag. **Franc Hočevar** in **Helena Ulčar Šumčič**, za delovanje tehnike pa je poskrbel **Tomaž Rusimovič**.



**Mag. Franc Hočevar** je v uvodnem prispevku opredelil teme, ki bodo predstavljene v uradnem delu srečanja. Poudaril je, da je program pod naslovom »Zdravstvo danes in kako v prihodnje« zastavljen tako, da bo skušal osvetliti nekatere vidike razvoja sistema zdravstvenega varstva v prihodnje. Čeprav je prihodnost zdravstvenega sistema marsikje zapisana, še zdaleč ni zastavljena tako, da bi bila jasna implementa-

cija. V Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 so zapisane številne naloge. Mnoge od teh so bile zapisane že v predhodnih podobnih dokumentih ali pa v dokumentih z enakim naslovom, in ni razloga, da bi jim ugovarjali. »Slabost predhodnih in bojim se, da tudi tega dokumenta, pa je operativna izvedba posamičnih zamisli in načel, ki naj bi jih upoštevali pri taki implementaciji«, je poudaril govorec. Evropska komisija se je osredotočila na naslednje naloge:

- krepitev učinkovitosti zdravstvenih sistemov,
- izboljšanje dostopnosti zdravstvenega varstva,
- povečanje prožnosti zdravstvenih sistemov.

Pomanjkljivost teh izhodišč pa tudi naše resolucije je v tem, da niso podprta s cilji, ki bi bili preverljivi in primerljivi.

Posebej je osvetlil problematiko dolgih čakalnih vrst, ki postajajo nedopustne, in povezane tematike povečevanje absenzizma.

Predavanje z naslovom »Izzivi, povezani z dolgoročnimi projekcijami javnih izdatkov za zdravstvo« je predstavila mag. **Eva Helena Zver** iz



NEVENKA BANOVIČ



MIRO SODJA



ANŽE ČOKL



VODENJE STROKOVNEGA SREČANJA SO PREVZELI (OD LEVE) MAG. FRANC HOČEVAR, HELENA ULČAR ŠUMČIĆ (1. DAN), ROSVITA SVENŠEK IN JOŽE VETERNIK (2. DAN).



Urada RS za makroekonomske analize in razvoj. Uvodoma je poudarila, da so bili pred nekaj leti cilji zdravstvene reforme predvsem srednjeročni, v zadnjih letih pa so pritiski, povezani s konsolidacijo javnih financ, postavili med glavne cilje ekonomskih politik v EU tudi zagotovitev dolgoročne vzdržnosti javnih financ. Za Slovenijo kazalniki za spremljanje fiskalne vzdržnosti, ki se upoštevajo v okviru proračunskega

nadzora držav EU, kažejo visoko tveganje za vzdržnost javnih financ na srednji in dolgi rok. K tveganjem največ prispeva hitra rast pokojninskih izdatkov, projekcije pa opozarjajo tudi na nevzdržnost sedanjih politik v zdravstvu in pri dolgotrajni oskrbi. V nadaljevanju je predstavila dolgoročne projekcije javnih izdatkov, povezanih s staranjem, podrobneje pa javne izdatke za zdravstvo, ki nas opozarjajo, da bo zdravstveni sistem zaradi pritiskov staranja prebivalstva in drugih nedemografskih dejavnikov potreboval čedalje večji delež BDP. Možnosti za doseganje dolgoročne vzdržnosti zdravstvenega sistema so načeloma tri: povečanje javnih virov za zdravstvo, stalno izboljševanje učinkovitosti sistema in prožno prilaganje košarice pravic, financirane iz javnih virov.



**Prim. dr. Ivan Eržen** iz Nacionalnega inštituta za javno zdravje je predstavil temo »**Ključni pristopi, ki jih upoštevamo pri razvoju zdravstvene dejavnosti**«. V predavanju je poudaril, da je ključno poslanstvo zdravstvene dejavnosti zadovoljevanje potreb, ki jih imajo prebivalci v zvezi s povrnitvijo zdravja, in zaradi pomanjkanja podatkov ne vemo, koliko smo pri tem uspešni.

V nadaljevanju je prikazal kompleksnost procesa odločanja na področju upravljanja in razvoja zdravstvenega varstva s posebnim poudarkom na področje zdravstvene dejavnosti. Sedanji način razpršenega zbiranja informacij ne omogoča celovite analize zdravstvenega stanja prebivalstva in posameznih bolj ogroženih skupin. Sodobni in-

formacijski sistem, ki ga v Sloveniji v tem času razvijamo in uvajamo, je zasnovan tako, da bo v veliko oporo, ne samo pri načrtovanju, temveč tudi pri izvajanju zdravstvene dejavnosti.



»**Finančne projekcije poslovanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije do leta 2020**« je predstavila **Daniela Dimić** iz Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). V svojem predavanju je poudarila, da ZZZS nima vzvodov, s katerimi bi lahko vplival na vrsto in višino virov financiranja. Hkrati pa viri financiranja niso stabilni in so podvrženi zunanjim vplivom. Tudi vpliv na izdatke je nez-

natzen. Ob sedanjih pogojih poslovanja dolgoročna finančna vzdržnost ni zagotovljena, še dodatno pa finančno poslovanje otežujejo naraščajoče (ne)upravičene potrebe. Pri uvajanju sprememb, širitvi pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in boljšem vrednotenju programov zdravstvenih storitev pa je zelo pomembno, da se zagotovi dolgoročna stabilnost financiranja in se ne iščejo rešitve zgolj za kratkoročno delovanje in za zadovoljitev določenih interesnih skupin. Z javnofinančnega vidika pa je bistvenega pomena, da so sredstva za financiranje pravic iz OZZ zagotovljena, preden se odloči o širitvi pravic, obsegu ali boljšem vrednotenju programov zdravstvenih storitev. Bolje je preprečiti negativne posledice, kot pa se ukvarjati z njimi zaradi slabih ali prenatrjenih odločitev, je še poudarila.



Prof. dr. **Rado Bohinc** iz Fakultete za družbene vede Univerze v Ljubljani je v predavanju z naslovom »**Predlogi za bolj učinkovito korporativno upravljanje javnih zavodov**« najprej predstavil zakonsko ureditev upravljanja javnih zavodov in primerjalno drugih oseb javnega prava ter upravljanja z državnim in občinskim premoženjem. Predlagano je, da se korporativ-

no upravljanje v javnih zavodih uredi po načelih in na način, kot je urejeno v gospodarskih družbah, to je z nadzornim svetom (ki je tripartitno sestavljen), ki opravlja izključno kadrovske in nadzorstvene funkcije (ne pa poslovodske), in direktorjem, ki ima vse poslovodske pristojnosti.

Predlaga se tudi, da se izpelje statusna (pravnoorganizacijska) razmejitve med:

- zavodi, ki prodajajo svoje storitve na konkurenčnem trgu, pri čemer ni potreben neposreden državni nadzor (samostojni zavodi), in
- zavodi, ki so neposredno financirani iz proračunov (državni oz. občinski zavodi).

To bi pomenilo preoblikovanje tistih sedanjih javnih zavodov, ki opravljajo t.i. tržne javne službe in druge tržne dejavnosti in pri katerih nad izvajanjem dejavnosti ni potreben neposreden državni nadzor, v samostojne javne zavode, v katerih vodstva prevzamejo odgovornost za poslovanje zavoda v razmerju do uporabnikov

njihovih storitev in do upnikov. Vložek premoženja države ali občine v javne zavode kot osebe javnega prava seveda ne pomeni odtegnitve teh sredstev iz javnega sektorja oz., kot to nekateri napačno razlagajo, to ne pomeni privatizacije. Javni zavod, četudi poslej lastnik, ne zgolj upravlja premoženja, kot oseba javnega prava ostane v lastništvu in pod nadzorom ustanovitelja, ki ohrani pristojnost dajanja soglasja na prenose premoženja v zavod ali izven njega.

Spremembe prinašajo vrsto prednosti, predvsem v tem, da sproščajo možnosti večje organizacijske gibkosti javnega sektorja ter da za del javnih zavodov prinašajo večjo poslovno samostojnost, vendar tudi večjo odgovornost vodstev zavodov.



V sklopu treh predavanj na temo »**Prihodnost upravljanja in vodenja javnih zdravstvenih zavodov**« je možen prenos dobre prakse iz gospodarstva v javni sektor predstavil mag. **Andrej Božič** iz podjetja BB Svetovanje. Namen predavanja je bil posredovati pogled na problematiko upravljanja in vodenja od zunaj in pokazati na možnosti uporabe izkušenj iz preobrazbe podjetij v gospodarstvu v zdravstvenih zavodih.

Tako, kot so podjetja merjena po ustvarjenem dobičku, se zdravstvo meri po kazalnikih o stanju zdravega prebivalstva. Res je tudi, da dobra podjetja svojo uspešnost merijo še po marsičem drugem poleg dobička ter da morajo zdravstveni zavodi poslovati uravnoteženo, se pravi z minimalnim dobičkom na koncu leta, četudi to ni najpomembnejši kriterij. Spremembe se morajo začeti na vrhu, tudi v javnem sektorju se moramo zavedati, da je vodenje stroka tako kot zdravstvo. Za vpeljavo potrebnih sprememb pa vodstva javnih zavodov potrebujejo veliko večjo avtonomijo, je poudaril na koncu svojega predavanja.

Drugo predavanje iz sklopa je s primerom iz prakse predstavil mag. **Robert Cugelj** iz Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta RS – SOČA. Uvodoma je poudaril, da se je upravljanje javnih zdravstvenih zavodov in funkcija poslovodnega organa s pojavom gospodarske krize in z ukrepi Vlade Republike Slovenije razvrednotilo do te mere, da so to funkcijo naredili togo in neučinkovito. Zato je nujno, da se postavijo nove smernice vodenja in upravljanja bolnišnic v smeri delovanja javnih gospodarskih podjetij v



100-odstotni državni lasti. Vodenje oz. upravljanje bolnišnic z vsemi pristojnostmi in tudi odgovornostmi je ena od temeljnih nalog poslovodnega organa. Predstavil je tudi prednosti združevanja in upravljanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti v večje sisteme (združene splošne bolnišnice, združene psihiatrične bolnišnice itd.) in primere takih uspešnih združevanj v tujini.



V nadaljevanju tematskih predavanj je **Jože Vetrnik** iz Osnovnega zdravstva Gorenjske predstavil primer združevanja na področju osnovnega zdravstva.

Uvodoma je na kratko povzel veljavno zakonodajo, ki je stara skoraj 25 let. Javni zdravstveni zavodi so organizacijsko, strukturno in upravljavsko še vedno takšni, kot so bili leta 1991.

S pojavom globalne krize v letih 2008 in 2009 so se pričela zmanjševati finančna sredstva, vse več javnih zdravstvenih zavodov (zlasti bolnišnice, pa tudi nekateri manjši zdravstveni domovi) je bilo soočenih z nelikvidnostjo, zmanjševanjem obsega investicij itd. Vodenje zdravstvenega zavoda je glede na zastarelo in togo zakonodajo, ob pomanjkanju zdravnikov, zlasti na primarnem področju, zapleteno, stresno, nestimulativno. Direktorji zdravstvenih domov se soočajo na eni strani s problemi, ki so povezani s procesi upravljanja, s finančnimi in kadrovskimi težavami, na drugi strani pa s problemom popolne nevednosti, kakšen bo v bodoče položaj primarnega zdravstva v Sloveniji. Vlada RS je sprejela Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025, v kateri je nakazana opredelitev za optimizacijo vodenja zavodov, žal pa ne vsebuje odgovora na vprašanje, kakšna bosta bodoča vloga in pomen zdravstvenega doma in kakšna bo organiziranost zdravstvenih domov. Vodenje in organiziranost zdravstvenih domov bi morali prilagoditi vzoru iz javnih podjetij – majhni zdravstveni domovi nimajo dobre in finančno stabilne perspektive, zato bo združevanje nujno. Možnosti za združevanje in povezovanje zdravstvenih domov je zagotovo več, odvisne pa so od interesa ustanoviteljev.



Predavanje »**Kaj v prihodnostih načrtuje politika na področju zdravja?**« je predstavil **Branko Zorman**, podpredsednik Odbora za zdravstvo Državnega zbora RS. Uvodoma je poudaril, da je javno zdravstvo usmerjeno v zagotavljanje

zdravja prebivalstva in postavitev strategij varovanja in krepitev zdravja za vse pod enakimi pogoji. Mednarodne smernice kažejo na to, da je

z namenom spodbujanja učinkovitosti, dostopnosti in kakovosti zdravstvenih storitev potrebno krepijo javno zdravstveno mrežo z jasnimi zakonskimi ločitvami javnega in tržnega zdravstva. Za oblikovanje politik, ki bodo sledile cilju transparentnega in odgovornega upravljanja, je potrebno postaviti izhodiščne cilje s pridobitvijo analitičnih podatkov dejanskega stanja sistema. Analitično načrtovanje je namreč edini pravi temelj za ukrepe, ki sledijo. Strateško je opredelitev, kje se kot država na področju zdravstva

vidimo čez deset let, že postavljena s sprejeto Resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016-2025 »Skupaj za družbo zdravja«. Na operativni ravni smo torej na pragu večjih sistemskih sprememb, ki bodo vključene v področno zakonodajo in kjer bo potreben širši družbeni in politični konsenz. Vzporedno z zastavljenimi cilji je pomembna vzpostavitev učinkovitih in uspešnih procesov vodenja, zato je posebna pozornost namenjena mehanizmu kakovostnega menedžmenta. Vloga vodenja v javnem zdravstvenem sistemu je ključnega pomena pri zagotavljanju kakovosti in učinkovitosti timov in posredno kvalitete zdravstvene oskrbe, kar se nedvomno odraža tako v zadovoljstvu uporabnikov kot izvajalcev storitev javnega zdravstva.



Drugi dan sta vodenje strokovnega srečanja prevzela **Jože Veternik** in **mag. Rosvita Svenšek**. Uvodoma smo poslušali predavanje generalnega sponzorja »SRC Infonet« včeraj, danes in jutri, ki ga je predstavil **dr. Denis Pavliha**. Začel je s predstavitvijo sodobnih informacijskih rešitev na področju upravljanja čakalnih vrst v čakalnicah. V nadaljevanju pa je predstavil naslutene možnosti sodobnih IKT rešitev na področju zdravstva, s poudarkom na API aplikacijah.



Tradicionalno predstavitev regije, v kateri imamo srečanje, je podal **Srečko Eržnožnik** iz kranjske območne enote ZZZS. Predavanje je imelo naslov »Predstavitev gorenjske zdravstvene regije«. Gorenjska regija je ena od desetih slovenskih zdravstvenih regij; po številu prebivalcev je z 204.000 osebami in 9,9-odstotnim deležem na tretjem mestu. Javna zdravstvena služba je predvsem na primarni ravni organizirana v enem javnem zavodu, ki učinkovito upravlja z zaupanimi sredstvi in dobro sodeluje z zasebniki. Na sekundarni ravni regija s Splošno bolnišnico Jesenice nima klasične regijske bolnišnice, saj poleg nje na tem področju delujeta še specializirana porodnišnica v Kranju in Klinični oddelek za pulmologijo in alergijo na Golniku, ki deluje tudi na terciarni ravni.

Prebivalci južnega dela regije velik del zdravstvenih storitev uveljavljajo v sosednji osrednjeslovenski regiji. Preskrbljenost na primarni ravni je rahlo pod slovenskim povprečjem, na sekundarni ravni pa je zaradi omejenega odliva storitev v drugo regijo navidezno podhranjena. Gorenjska se po zdravstvenih kazalcih prebivalstva uvršča med manj obremenjena območja v Sloveniji, tudi sodeč po najnižji stopnji registrirane brezposelnosti, vendar pa kazalniki niso enaki na vseh območjih regije in pri vseh prebivalstvenih skupinah.

Naslednje predavanje »Kje smo z reformo in kako je s spremembami na področju sistema in dejavnosti zdravstvenega varstva?« je v imenu ministrice za zdravje podal **Tomaž Glažar** z Ministrstva za zdravje. Uvodoma je predstavil resolucijo o nacionalnem planu zdravstvenega varstva, ki ima naziv »Skupaj za družbo zdravja«, v kateri so izpostavljena štiri prednostna področja: krepitev in varovanje zdravja ter preprečevanje bolezni, optimizacija zdravstvene oskrbe (preventivni programi, zdravljenje, reha-



bilitacija in reintegracija), povečanje uspešnosti sistema zdravstvenega varstva (izboljšanje procesov vodenja in upravljanja ter povečanje učinkovitosti), pravično, solidarno in vzdržno financiranje sistema zdravstvenega varstva (za razpoložljive vire zagotoviti prebivalcem Slovenije najboljšo zdravstveno oskrbo). Predstavil je tudi predvidene zakonske spremembe, ki bodo zagotovile možnosti za povečanje učinkovitosti vodenja in upravljanja zdravstvenega sistema, spremembe na področju investicij in na področju obvladovanja drage medicinske opreme. Izgube pri izvajalcih zdravstvenega varstva so lansko leto znašale 135 milijonov evrov, hkrati pa so se zelo povečale tudi zapadle neporavnane obveznosti do dobaviteljev. Na področju vzdržnega financiranja zdravstvenega varstva moramo z uporabo proticikličnih mehanizmov zagotoviti nemoten financiranje na dolgi rok. Predvidena razširitev prispevne osnove na vse vrste dohodkov je ukrep, ki izhaja iz opravljene analize zdravstvenega sistema. Danes breme financiranja sloni na aktivni populaciji, kar v luči demografskih sprememb ni dolgoročno vzdržno. Spremembe se bodo uvajale postopoma in veliko aktivnosti se že dogajajo v smislu načrtovanja zdravstvene reforme, vsi ki želite sodelovati pri njenem nastajanju ste vabljeni k sodelovanju za zaključil svoje predavanje.



Predavanje z naslovom »Predstavitev usmeritev direktorja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije« je podal **Samo Fakin** iz Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Uvodoma je predstavil, kaj vse vpliva na razvoj zdravstvenega sistema in zakaj nam to ne gre najbolje, kar je podkrepil z mislijo: vizija brez nalog so sanje, naloge brez vizije so tlaka, vizija in naloge pa so upanje sveta. Globalni cilji ZZZS so:

- načrtovan in nemoten dostop do kakovostnih zdravstvenih storitev,
- sprejemljiva cena,
- dolgoročna zdravstvena varnost,
- družba zdravja – promocija zdravja,
- informiranje državljanov.

V nadaljevanju predavanja je opisal nujne sistemske ukrepe, tako na primarni ravni kot tudi v bolnišnicah in na terciarni ravni. Vloga ZZZS v bodoče: postati prava zavarovalnica in zagotoviti neodvisnost zavarovalnice od dnevne politike.



Stališče zdravnikov osnovnega zdravstva do vpe-ljave e-recepta je bilo predstavljeno v prispevku »Vpeljava e-recepta v zdravstvenih domovih«, ki ga je predstavil **dr. Aleksander Stepanović** iz Osnovnega zdravstva Gorenjske. Uvedba e-recepta pomeni pomembno spremembo v načinu dela izvajalcev zdravstvene oskrbe. Nov način predpisovanja zdravil ima kar nekaj prednosti pri izmenjavi informacij in pri obravnavi kroničnih

bolnikov, ki prejemajo več zdravil hkrati. Vendar se je v praksi pokazalo, da bodo potrebni popravki, predvsem v smislu poenostavitve postopkov

in boljše tehnične podpore. Izvajalci in bolniki bodo potrebovali še nekaj časa, da bodo spoznali vse pasti e-recepta in načine, kako se jim izogniti. Nobena tehnološka rešitev ne more nadomestiti pristnega človeškega stika. V nadaljevanju projekta E-zdravje dela ne smemo prepustiti samo računalničarjem in administrativnim vodjem, ampak moramo aktivno sodelovati tudi izvajalci, saj smo mi tisti, ki najbolj vemo, kaj potrebujemo, da bomo lahko delali dobro in strokovno, je zaključil predavatelj.



Stališče farmacevtov pri vpeljavi e-recepta je s predavanjem »**Vpeljava e-recepta v lekarne**« predstavila **mag. Romana Rakovec** iz Gorenjskih lekarn. V svojem predavanju je kritično opisala težave, ki spremljajo delo z aplikacijo e-recept. Funkcionalnost sistema ni bila definirana skupaj z zdravniki in farmacevti, temveč se je izdelana rešitev popravljala ob sami uvedbi, zato ima sistem še vedno številne pomanjkljivosti, ki se prepočasi odpravljajo. Sistem se je uvedel brez resnega testiranja. Plačniki še vedno nimajo dostopa do sistema e-recept, lekarne tiskajo »fotokopije receptov« za primere refundacij ali kontrol. Podaljšani so časi izdaje zdravil zaradi kompleksnosti celotnega postopka. Farmacevtski tehnik v lekarni nima več funkcije pri izdaji zdravil. V centralni bazi zdravil so napake. Predpisi na daljavo so vir številnih napak. Predpisovalci neredko in nekritično prepuščajo to področje medicinskim sestram, kar je prav tako vir številnih napak. Ergonomske zakonitosti pri razvoju sistema niso bile upoštevane, sistem ni prijazen do izvajalcev. Posledično se posveča veliko več pozornosti računalniku kot pacientu. Kompleksnost sistema izvajalcem povzroča težave pri identifikaciji vzroka za nedelovanje sistema. Izrazito slaba je komunikacija med izvajalci in nosilci projekta. Razvoj sistema in njegovo financiranje še vedno nista dorečena.



Predavanje z naslovom »**Ali imamo dovolj osnov za vzpostavitev integriranega informacijskega sistema v zdravstvu?**« je predstavil **mag. Vasja Rebec** iz firme SRC Infonet. Uvodoma je na vprašanje iz naslova teme odgovoril z »Imamo!« V resnici pa je naslovno vprašanje večplastno in nedefinirano, saj ga vsak med nami razume nekoliko po svoje. Direktorji bi radi vse podatke na enem mestu ali vsaj ključne podatke

na enem mestu, vendar je realno možnost IS le, da so vsi podatki dostopni na ustrezen način. Poudaril je, da njegov namen ni poenotenje dikcije, kaj sploh je integrirani zdravstveni sistem, temveč zgolj deljenje osebnega mnenja glede večkrat napačno razumljenih in uporabljenih izrazov v slovenskem zdravstvenem okolju. Do neke mere je v predavanju osvetlil tehnično neutemeljena pričakovanja IT-rešitev, ki praviloma lahko podpirajo in pospešijo zakonsko, stanovsko in meddeležniško dogovorjene procese, ne morejo pa preleviti neustreznih organizacijskih dogovorov v ustrezne. Na koncu prispevka pa je poudaril, da je za dober IS v zdravstvu nujen partnerski pristop med državo, deležniki in izvajalci zdravstvenih (IT) rešitev.

Predavatelj **prim. asist. Daniel Grabar** iz Splošne bolnišnice Murska Sobota nam je predstavil predavanje z naslovom »**Nova organizacija v ur-**



**gentnih centrih**«. Postopki gradnje urgentnih centrov v slovenskem zdravstvu so bili opredeljeni z enotno metodologijo, ki je predvidela enovito prostorsko opredelitev, opredelitev organizacije delovanja urgentnih centrov in enovito opredelitev medicinske opreme. Združevanje prehospitalne splošne nujne medicinske pomoči, internistične nujne pomoči in kirurške nujne pomoči je bilo nadgrajeno z vključitvijo postopkov triažiranja in opazovalnice v dejavnost urgentnih centrov. Kot enovit urgentni center je nujna medicinska pomoč razdeljena na oskrbo življenjsko ogrožajočih stanj, hitro oskrbo

nujnih stanj, hitro oskrbo malih poškodb in počasno oskrbo. Delovanje urgentnih centrov pa bo nadgrajeno z enotnim dispečerskim sistemom. V diskusiji po predavanju se je izkazalo, da so nekatere stvari v praksi nedogovorjene in imajo direktorji bolnišnic nemalo problemov pri zagonu delovanja urgentnih centrov, od sestave ekip do financiranja in dogovarjanja s primarnim zdravstvom.



Predavanje »**Vzpostavitev dispečerskih centrov**« nam je predstavil **asist. Andrej Fink** z Reševalne postaje Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Danes je v naši državi stanje na področju dispečerstva v zdravstvu še vedno bolj ali manj na istem nivoju, kot je bilo leta 1996, ko je bil sprejet prvi Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. Kljub temu pa je bilo pri razvoju dispečerske službe zdravstva v zadnjih letih kar nekaj narejenega. Sprejeta so bila temeljna izhodišča ter izdelana zasnova zdravstvene dispečerske službe, ki je ključni element za uspešno delovanje katerega koli sistema predbolnišnične nujne medicinske pomoči. V sedanji organizaciji ni pregleda nad dogajanjem na lokalnem, regionalnem in državnem nivoju, prisotno je »vrtičkarstvo« in izkoriščenost virov ni optimalna. Skrajni čas je, da se na tem področju naredi korak naprej in končno ustanovi sodobna dispečerska služba zdravstva, ki bo upravičevala to ime in ne bo obstajala še naprej samo na papirju.

Na koncu srečanja je bila izvedena anketa med udeleženci, s katero organizator po vsakem srečanju preveri uspešnost srečanja, s tem da udeleženci ocenijo posamezne sklope srečanja, predavatelje, gostoljubje hotela itd. Tokratno srečanje je bilo ocenjeno s povprečno oceno 4,61 (organizacija 4,82, teme 4,58, tehnični del 4,48, družabni del 4,56), predavatelji pa so bili ocenjeni s povprečno oceno 4,29, najboljši med njimi (mag. Andrej Božič) pa z oceno 4,85. Prikazane ocene kažejo na to, da so bili udeleženci srečanja zadovoljni z organizacijo srečanja, njegovo vsebino in predavatelji. Pridobili smo tudi veliko predlogov za kraj in teme naslednjih srečanj. Ob zaključku so bile na podlagi oddanih anketnih listov izžrebane tudi priložnostne nagrade. Predsednica DEVZ Nevenka Banović se je vsem prisotnim zahvalila za udeležbo, jim zaželela varen povratek domov in jih povabila na naslednje srečanje.

Zbornik srečanja s prispevki predavateljev je v pdf-obliki za člane DEVZ dostopen na spletni strani društva <http://www.devz.si/>. ■

## Seje odborov dejavnosti Združenja

|                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>13. seja Pravne komisije</b><br>4. maj 2016                         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Potrditev zapisnika 12. seje Pravne komisije</li> <li>2. Vprašanja in odgovori</li> <li>3. Razno</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>11. seja Komisije za informacijske sisteme</b><br>5. maj 2016       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Potrditev zapisnika 10. seje Komisije za informacijske sisteme</li> <li>2. Poročanje in odprta vprašanja v zvezi s projektom eZdravje</li> <li>3. Razno</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>5. seja Komisije za notranji nadzor</b><br>19. maj 2016             | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Predstavitev revizije čakalnih dob v UKC Maribor</li> <li>2. Predstavitev revizije čakalnih dob v UKC Ljubljana</li> <li>3. Predstavitev revizije čakalnih dob v Bolnišnici Celje</li> <li>4. Razprava o predstavitvah</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>16. seja Odbora bolnišnične dejavnosti</b><br>1. junij 2016         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Potrditev zapisnika 15. seje Odbora bolnišnične dejavnosti</li> <li>2. Novosti poslovne politike oziroma delovanja v odnosu do izvajalcev zdravstvenih storitev v letu 2016 – Vzajemna zdravstvena zavarovalnica</li> <li>3. Poročanje o sprejetih spremembah Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2016</li> <li>4. Oblikovanje predlogov za Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2016</li> <li>5. Čakalne vrste</li> <li>6. Projekt eNaročanje</li> <li>7. Primer dobre prakse na področju kakovosti - predstavitev pozitivnih sprememb</li> <li>8. Razno</li> </ol>                       |
| <b>16. seja Odbora osnovne zdravstvene dejavnosti</b><br>7. junij 2016 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Potrditev zapisnika 15. seje Odbora osnovne zdravstvene dejavnosti</li> <li>2. Novosti poslovne politike oziroma delovanja v odnosu do izvajalcev zdravstvenih storitev v letu 2016 – Vzajemna zdravstvena zavarovalnica</li> <li>3. Centri za krepitev zdravja, predstavitev načrtovanih aktivnosti</li> <li>4. Predstavitev koncepta zgodnje zunajbolnišnične defibrilacije ZD Trebnje</li> <li>5. Poročanje o sprejetih spremembah Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2016</li> <li>6. Oblikovanje predlogov za Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2016</li> <li>7. Razno</li> </ol> |
| <b>19. seja Upravnega odbora</b><br>22. junij 2016                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Potrditev zapisnika 18. seje Upravnega odbora</li> <li>2. Predlogi za Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2016</li> <li>3. Razno</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

## Drugi dogodki

|                       |                                                                                                                        |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. maj–15. junij 2016 | <b>Usposabljanje Dialog – gibalo sprememb med zaposlenimi</b><br>Organizator: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije |
| 1. junij 2016         | <b>Mediacijska intervizija</b><br>Organizator: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, UKC Ljubljana                 |
| 25. junij 2016        | <b>Mediacijska intervizija</b><br>Organizator: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, UKC Ljubljana                 |

PONOSEN,  
DA SEM  
**NULA.**

Darujem  
z veseljem.

**DARUJ**  
ENERGIJO ZA ŽIVLJENJE

Vsi krvodajalci so si podobni, a vsak je nekaj posebnega. Zavedajo se, da z darilom življenja prejemnikom omogočajo življenje in veselje. Radi pomagajo in z veseljem darujejo. To je tisto, kar jih dela posebne.

[www.daruj-kri.si](http://www.daruj-kri.si)

Daruj kri 