



LETNIK 44,  
OKTOBER 2017

GLASILO ZDRUŽENJA  
ZDRAVSTVENIH ZAVODOV  
SLOVENIJE

# Novis

# 10

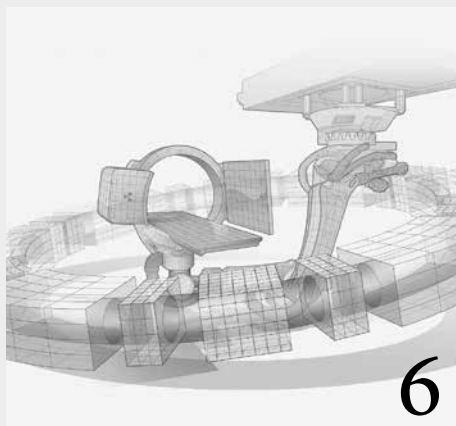
## Ali se sploh hočemo razumeti?

Ali so zahteve po takojšnjem  
povišanju cen zdravstvenih  
storitev upravičene?

Napredno zdravljenje raka  
s protonsko terapijo

Zdravstvena mediacija kot  
primer dobre prakse

Kako razumeti sebe in  
druge v zdravstvu in kaj  
ima kultura s tem?



## Komentar

### 1 Ali se sploh hočemo razumeti?

## Aktualno

### 2 Ali so zahteve po takojšnjem povišanju cen zdravstvenih storitev upravičene?

V prispevku argumentiramo uveljavitev povišanja cen zdravstvenih storitev že za leto 2017, saj so na pragu velikih finančnih težav pri poslovanju poleg bolnišnic tudi zdravstveni domovi, kar kažejo prikazani podatki, ki se nanašajo na obravnavano obdobje od leta 2009 do vključno prvega polletja 2017.

### 6 Napredno zdravljenje raka s protonsko terapijo in izzivi uvajanja v Sloveniji

Dobrobit protonske terapije je predvsem manjša toksičnost zdravljenja, kar skrajšuje čas rehabilitacije po zdravljenju in zmanjšuje tveganje za pojav sekundarnih rakov, pri delu bolnikov pa se pojavi tudi višja stopnja ozdravljivosti.

### 9 Zdravstvena mediacija kot primer dobre prakse

Aktivnosti Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije na področju mediacije so primer dobre prakse, saj se je pri nas ta metoda razvila neodvisno od poti, ki jih ponuja zakonodaja.

### 10 Kako razumeti sebe in druge v zdravstvu in kaj ima kultura s tem?

Intervju z mag. Ajdo Jelenc iz Centra za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja, NIJZ

Kulturna kompetenca je v slovenskem zdravstvu novejši pojem, ki predstavlja povsem novo dimenzijo profesionalne kompetentnosti. Omogoča nam nudenje bolj kakovostne zdravstvene oskrbe ter pomaga, da boljše sodelujemo z ljudmi z različnimi življenjskimi zgodbami in izkušnjami. Na splošno kulturne kompetence zajemajo širok nabor znanj in veščin, ki nam omogočajo, da zagotovimo primerno oskrbo vsem ljudem.

### 14 Stališča in odgovori Odbora za razlago kolektivne pogodbe za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije

## Novosti v zavodih

- 18 Otvoritev katetrskega laboratorija v SB Novo mesto • Prenovljeni prostori rentgena v ZD Krško • Evropski dan darovanja 2017: ključen je pogovor v družini • Prestižno svetovno priznanje stomatološki sekciji SZD • Z znanjem in izkušnjami do kakovostne paliativne oskrbe

## 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:** 600 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**



## Ali se sploh hočemo razumeti?

### METOD MEZEK

direktor Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije  
metod.mezek@zdrzz.si

Osrednje sporočilo, ki ga v Združenju zdravstvenih zavodov Slovenije v zadnjih mesecih vztrajno ponavljamo državi oziroma ministrstvu za zdravje, je, da je znižanje cen zdravstvenih storitev na raven iz leta 2014 nerealno in pomeni bistveno poslabšanje pogojev dela javnih zdravstvenih zavodov, ki jih je vse več v izgubah. S sprejetjem interventnega zakona za pokritje izgub iz preteklih let smo dosegli, da se bo nekaterim bolnišnicam pomagalo prebroditi obdobje prenizkih cen. Kaj se bo zgodilo z bolnišnicami, ki v preteklih letih niso imele izgub, nimajo pa tudi več rezerv, in kaj se bo zgodilo z zdravstvenimi domovi, ki že v večini poslujejo s tekočo izgubo?

V *Analizi vzrokov za primanjkljaje zdravstvenih zavodov*, pri izdelavi katere smo v združenju sodelovali, je nedvomno zapisano, da je treba nerealno ceno povišati za 5 oziroma 7,2 %, čemur je treba prišteti še 4,1 % zakonskih obveznosti, kot so odprava plačnih nesorazmerij do 26. plačnega razreda (od 1. 7. 2017 dalje) in novo vrednotenje zdravniških delovnih mest. Ministrstvo za zdravje nam zdaj sporoča, da so v okviru Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2018 (torej od 1. 1. 2018 dalje) uspeli zagotoviti sredstva za 3,2 % dvig cen zdravstvenih storitev!?

Vladni sklep ob sprejetju interventnega zakona o tem, da bosta ministrici za zdravje in finance do 15. novembra 2017 poiskali vire za dvig cen zdravstvenih storitev smo razumeli tako, da se bo to še letošnje leto tudi zgodilo.

Posledično se nam zastavlja logično vprašanje: kaj je z dvigom cen za leto 2017, oziroma kako bodo bolnišnice ter zdravstveni domovi zaključili poslovno leto, glede na to, da morajo

*Posledično se nam zastavlja logično vprašanje: kaj je z dvigom cen za leto 2017, oziroma kako bodo bolnišnice ter zdravstveni domovi zaključili poslovno leto, glede na to, da morajo upoštevati zakonsko določene obveznosti, ki se nanašajo na povišanje stroškov dela?*

upoštevati zakonsko določene obveznosti, ki se nanašajo na povišanje stroškov dela?

Ker so direktorji zdravstvenih zavodov v takih pogojih poslovanja izpostavljeni velikim pritiskom, je treba razumeti tudi njihove sklepe v organih združenja o tožbah zdravstvene blagajne oziroma države. Jih bomo res primorani udejanjiti? ■

[AKTUALNO]

# Ali so zahteve po takojšnjem povišanju cen zdravstvenih storitev upravičene?

**MIRIAM KOMAC**

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije

miriam.komac@zdrzz.si

**TATJANA JEVŠEVAR**

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije

tatjana.jevsevar@zdrzz.si



V okviru obravnave predlogov za sprejem intervencijskega zakona za zagotovitev finančne stabilnosti javnih zdravstvenih zavodov (v nadaljevanju JZZ), je Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije vseskozi opozarjalo, da mora temu zakonu slediti tudi povišanje cen zdravstvenih storitev, ki bo stabiliziralo tekoče poslovanje javnih zdravstvenih zavodov. Zato je zahtevalo, da je potrebno uveljaviti povišanje cen zdravstvenih storitev že

za leto 2017, saj drvijo v finančne težave poleg bolnišnic tudi ostali javni zdravstveni zavodi.

V nadaljevanju želimo potrditi nujnost navedene zahteve in naše trditve, da so na pragu velikih finančnih težav pri poslovanju poleg bolnišnic tudi zdravstveni domovi, kar kažejo prikazani podatki, ki se nanašajo na obravnavano obdobje od leta 2009 do vključno prvega polletja 2017.

Tabela 1

ZNIŽANJE CEN IZ NASLOVA:	
1.5 2009	20 % amortizacija
	2,5 % znižanje cen zdravstvenih storitev
2011	delež administrativno-tehničnega kadra (atk) na 16,77%
2012	3 % znižanja cen
	0,7 % znižanje cen iz naslova zuff
	znižanje sredstev za regres, jubilejne nagrade, odpravnine
2013	3 % znižanje cen od 1.1.2013
	20 % znižanje cen amortizacije
	znižanje atk 15,27 %
	ni bilo revalorizacije
DVIK CEN	
2015	25 % amortizacija
	2,12 % dvig cen zdravstvenih storitev
2016	2,12 % dvig cen zdravstvenih storitev
	ni bilo upoštewane revalorizacije stroškov

Izhodišče za navedene težave je pri vseh javnih zdravstvenih zavodih enako, in sicer varčevalni ukrepi države, ki so se izrazili v obliki znižanja cen zdravstvenih storitev v letih 2009–2016 in v letu 2017, z minimalni-ma popravkoma cen v letih 2015 in 2016 (glej Tabela 1).

Na podlagi navedenih varčevalnih ukrepov je bilo gibanje pogodbene vrednosti javnih zdravstvenih zavodov z ZZZS po podatkih letnih poročil (JZZ in ZZZS) naslednje (glej Tabela 2):

Iz podatkov je razviden negativen trend gibanja vrednosti programov in dejstvo, da je pogodbena vrednost programov v letu 2017 na ravni iz leta 2014 glede na izhodiščno leto 2009. Razlog je v tem, da se je poslovanje v letu 2017 v vseh javnih zdravstvenih zavodih začelo z znižanjem cen zdravstvenih storitev za 3,63 % v primerjavi s cenami, veljavnimi decembra 2016, oziroma za 2,12 % glede na poprečje leta 2016. Torej so tudi veljavne cene zdravstvenih storitev v letu 2017 na ravni leta 2014, kar je glavni generator tekočih izgub pri poslovanju javnih zdravstvenih zavodov v letu 2017, saj so stroški v letu 2017 bistveno višji od leta 2014, še posebej na področju stroškov dela, ki zajemajo kar 55 % strukturni delež vseh stroškov na nivoju vseh javnih zdravstvenih zavodov!

Navedene trditve glede gibanja cen zdravstvenih storitev po nekaterih dejavnostih za obravnavano obdobje potrjujejo tudi grafikoni, na podlagi katerih lahko ugotovimo znižanje cen navedenih storitev od 7,1 % do 9,09 % (glej Graf 1–3):

Posledice varčevalnih ukrepov, izraženih z znižanjem cen zdravstvenih storitev po posameznih letih obravnavanega obdobja, so realizirane izgube v tekočem poslovanju v posameznih letih obdobja, katerih strukturni delež v prihodkih javnih zdravstvenih zavodov je narasel (Tabela 3):

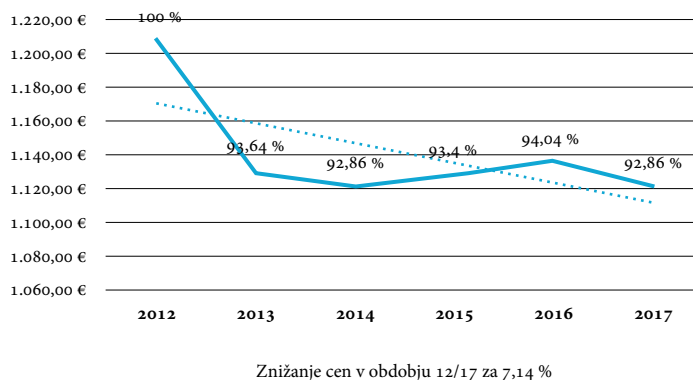
- v bolnišnicah iz 0,1 % v letu 2009 na 4,7 % v prvem polletju leta 2017 in
- v zdravstvenih domovih iz 0,3 % v letu 2009 na 2,1 % v prvem polletju leta 2017 (glej Tabela 3 in grafa 4–5).

Ti podatki kažejo na izrazito nestabilnost poslovanja javnih zdravstvenih zavodov v celotnem obravnavanem obdobju, ki kliče po stabilizaciji

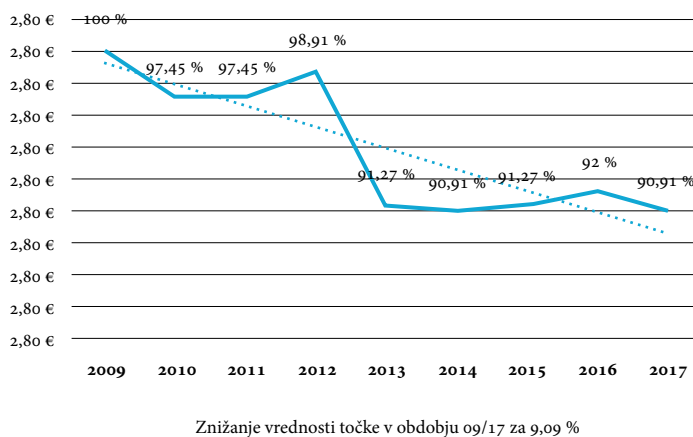
Tabela 2

LETO	SKUPAJ POGODBENA VREDNOST ZA ZDRAVSTVENE PROGRAME V TEKOČIH CENAH	INDEKS TEKOČE LETO/2009
2009	1.807.390.389,00 €	100
2010	1.838.635.664,00 €	101,7
2011	1.842.928.599,00 €	102
2012	1.773.837.219,00 €	96,3
2013	1.730.559.331,00 €	95,8
2014	1.734.266.003,00 €	96
2015	1.824.016.536,00 €	100,9
2016	1.893.761.972,00 €	102,8
2017	1.734.266.003,00 €	96

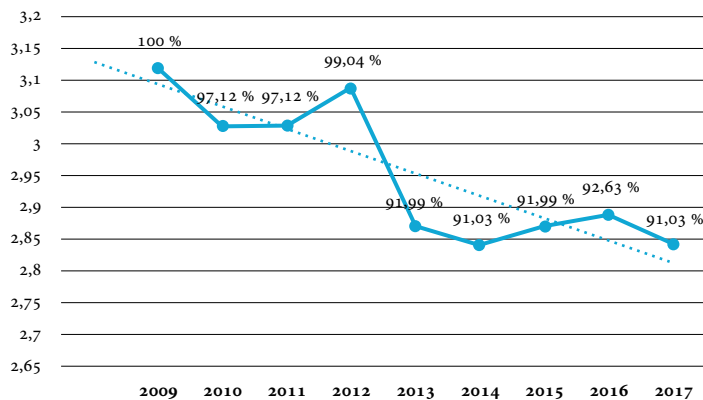
Graf 1: Gibanje cen aktualna bol. obravnava



Graf 2: Gibanje cen Pediatrija

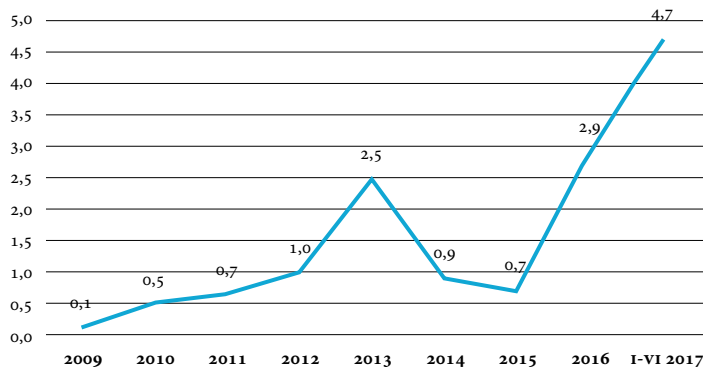


Graf 3: Pulmologija



Znižanje vrednosti točke v obdobju 09/17 za 8,97 %

Graf 4: Bolnišnice



Graf 5: Zdravstveni domovi

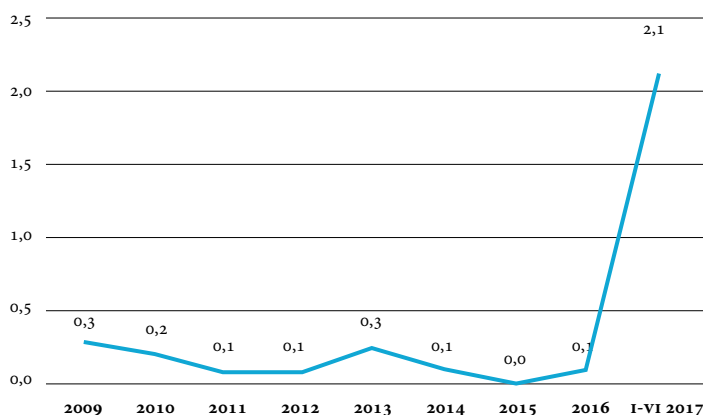


Tabela 3: Delež tekoče izgube v celotnem prihodku javnih zdravstvenih zavodov od leta 2009 do 2016 in prvo polletje 2017

ZAVODI	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	I-VI 2017
BOLNIŠNICE	0,1	0,5	0,7	1,0	2,5	0,9	0,7	2,9	4,7
ZDRAVSTVENI DOMOVI	0,3	0,2	0,1	0,1	0,3	0,1	0,0	0,1	2,1

Tabela 4

	VREDNOSTI	PREDLOG
		DVIGA CEN
		OD 1.1.2017 V EUR
	v cenah	
	2017 v EUR	7,02%
1.	Zdravstveni domovi	341.197.702 23.952.079
	Od tega	
	Program nujne medicinske pomoči	60.847.867
	Program odvisnosti od drog	2.484.004
2.	Bolnišnice	1.127.142.058 79.125.372
	Od tega	
	Sekundarna raven	975.282.058
	Hospitalni del	650.188.039
	specialistična ambulantna	325.094.019
	Terciarna raven	126.043.590
3.	Lekarne	43.199.746 3.032.622
4.	Zdravilišča	37.122.159 2.605.976
5.	Domovi za starejše občane	105.765.452 7.424.735
6.	Posebni socialni zavodi	19.780.953 1.388.623
7.	NIJZ in NLZOH	13.454.396 944.499
	Od tega	
7.1.	NIJZ	12.501.135 877.580
	Nabava cepiv	6.092.919
	Terciarna raven	513.348
7.2.	NLZOH	953.261 66.919
8.	Zasebniki	216.315.023 15.185.315
	Od tega	
	Osnovna zdravstvena dejavnost	121.590.996
	Specialistična ambulantna in bolnišnična dejavnost	80.175.647
	Ostali zasebniki na primarni ravni	14.548.380
9.	Ostali izvajalci	617.382 43.340
	<b>SKUPAJ</b>	<b>1.904.594.871 133.702.560</b>
	<b>Skupaj predlog dviga cen</b>	<b>133.702.560</b>
	<b>Dvig cen v bolnišnicah</b>	<b>79.125.372</b>
	<b>Dvig cen ZD</b>	<b>23.952.079</b>

Tabela 5: Stroški dela na dan 31.12.2016

ŠT. VSEH ZAVODOV	ZAVOD	STROŠKI DELA EUR	% DODATNI STROŠKI IZ NASLOVA DVIGA PLAČ DO 26 PR	DODATNI STROŠEK DELA ZARADI DVIGA PLAČ DO 26 PR LETNI RAVNI EUR	% DODATNI STROŠKI DELA zaradi uvrstitve na delovno mesto višji zdravnik	PREDVIDEN DODATNI STROŠEK DELA zaradi uvrstitve na delovno mesto višji zdravnik oziroma višji zdravnik specialist na letni ravni EUR (ob pogoju, da so upravičeni vsi, ki izpolnijo kriterij 12 let)	% DVIGA PLAČ	DODATNA SREDSTVA SKUPAJ
22/3	NEP BOLNIŠNICE	695.433.724,00	2,41	16.759.952,75	1,48	10.292.419,12	3,89	27.052.371,86
37	ZDRAVSTVENI DOMOVI	272.551.479,00	1,69	4.606.120,00	4,31	11.746.968,74	6,00	16.353.088,74
4	OSTALI	43.711.462,00	1,00	437.114,62	2,87	1.254.518,96	3,87	1.691.633,58
61	SKUPAJ	967.985.203,00	2,02	21.803.187,36	2,14	23.293.906,82	4,16	45.097.094,18

Tabela 6: Stroški dela na dan 31.12.2016

ZAVODI	dodatni stroški iz naslova dviga plač do 26 PR GLEDE NA STROŠEK DELA V LETU 2016	% DODATNI STROŠKI DELA zaradi uvrstitve na delovno mesto višji zdravnik	% DVIGA PLAČ
BOLNIŠNICE	2,41	1,48	3,89
ZD	1,69	4,31	6
OSTALI	1,77	2,14	3,12
SKUPAJ	2,02	2,14	4,16

njihovega tekočega poslovanja, na kar lahko vpliva le takojšnje povišanje cen zdravstvenih storitev že v letu 2017.

V ta namen smo na združenju pripravili predlog povišanja cen zdravstvenih storitev v letu 2017 za 7,02, kjer so bili upoštevani vsi s sprejetimi zakoni podprti stroški dela, in sicer (Tabela 4):

- napredovanja od 1. 12. 2015,
- napredovanja od 1. 12. 2016 in
- dvig plačnih razredov od 1. 9. 2016.

Za Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2017 smo na podlagi dogovora med Vlado RS in reprezentativni sindikati, v katerem so sprejeli:

- dviga plač do 26. PR od 1. 7. 2017 dalje,
- dviga plač iz naslova uvrstitve na višji zdravnik od 1. 10. 2017 dalje, v dogovarjanje posredovali zahtevo po višjem dvigu cen in sicer za 10 %. Na podlagi izračunov, ki kažejo, da se bodo stroški dela v javnih zdravstvenih zavodih zaradi tega dogovora povečali za 45 mio EUR oziroma v povprečju za 4,16 %, je bil prvotno predlagan predlog za 7,02 % prenizek (Glej Tabelo 5 in Tabelo 6).

Iz prikazanih podatkov nedvoumno izhaja upravičenost zahtev po dvigu cen zdravstvenih storitev že v letu 2017, saj bodo sicer po ocenah javnih zdravstvenih zavodov njihovi rezultati poslovanja v letu 2017 naslednji:

Ocene poslovanja javnih zdravstvenih zavodov za leto 2017 kažejo, da so iz naslova zakonsko povišanih plač v letu 2017 z veljavnostjo od 1. 7. 2017 potrebna dodatna sredstva v letu 2017 v višini 23,3 mio EUR, kar pomeni na letni ravni 45,1 mio EUR. Torej je povišanje cen v letu 2017 nujnost, saj se bodo zaradi tekočega nestabilnega poslovanja javnih zdravstvenih zavodov vsi dosedanji ukrepi vlade za stabilizacijo poslovanja javnih zdravstvenih zavodov minimizirali, posledice njihovih finančnih težav pa ponovno zaostriale (dolгови do dobaviteljev, likvidnostne težave, najemanje kratkoročnih kreditov, nezmožnosti nabav opreme, povečanje čakalnih dob ...).

Ponovno želimo opozoriti tudi na izrazito neenakost javnih zdravstvenih zavodov v primerjavi z ostalimi zavodi javnega sektorja pri financiranju njihovih povečanih stroškov iz naslova zakonskih sprememb (dvigi plačne lestvice, napredovanja, dvig stopnje DDV ...), kar zahteva nujno spremembo sistema financiranja zdravstva, saj so trenutno glavni vir financiranja razpoložljivi prihodki ZZZS, ne glede na realno višino zahtevanih prihodkov s strani javnih zdravstvenih zavodov, ki bi pokrili vse zakonske spremembe njihovih stroškov. Navedena anomalija pri financiranju JZZ povzroča kršitev 66. člena ZZZVZZ, še posebej pa je neustrezen glede na sedanje in prihodnje potrebe po zdravstvenih storitvah v Sloveniji (zaradi demografskih trendov in napredka medicine se pritisk oziroma potrebe po zdravstvenih storitvah povečujejo).

Vse navedeno je opozorilo odgovornim v državi, da je treba poiskati dodatne vire financiranja zdravstvenih storitev in temu primerno spremeniti sistem financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev npr. po vzoru pokojninske blagajne ali po vzoru nekaterih razvitih zdravstvenih sistemov v Evropi. Vsekakor pa je treba zagotoviti stabilno financiranje izvajalcev zdravstvenih storitev in s tem nemoteno oskrbo z zdravstvenimi storitvami vseh prebivalcev Slovenije. ■

# Napredno zdravljenje raka s protonsko terapijo in izzivi uvajanja v Sloveniji

**MAG. JANKO BURGAR**

Cosylab d.d.

janko.burgar@cosylab.com

**DR. PRIMOŽ STROJAN**

Onkološki inštitut Ljubljana

**BOŽIDAR CASAR**

Onkološki inštitut Ljubljana

Radioterapija se je začela uporabljati za zdravljenje raka že kmalu po odkritju rentgenskih žarkov (1895): prvo poskusno zdravljenje s fotonskim snopom je že leta 1896 izvedel Victor Despeignes pri bolniku z rakom želodca. Zdravljenje s fotonskimi (in elektronskimi) žarki je še vedno najpogosteje uporabljena vrsta radioterapije.

Do ugotovitve, da je na področju radioterapije izreden napredek mogoč z uporabo visokoenergijskih protonov, je preteklo dolgih 60 let. Začetki protonske (radio)terapije (skrajšano PT) segajo v leto 1946, v raziskave Roberta R. Wilsona, opravljene na ciklotronu Univerze v Harvardu. Prvo poskusno obsevanje s protoni je bilo opravljeno s pospeševalnikom, zgrajenim v raziskovalne namene, v berkeleyjskem laboratoriju za obsevanje leta 1954 in kasneje v Uppsali na Švedskem leta 1957. Prvi namenski bolnišnični center za protonsko zdravljenje na svetu je bil odprt leta 1989 v Clatterbridgu v Združenem kraljestvu, leta 1990 pa je pričel z delom center Loma Linda na univerzitetnem kliničnem centru v Kaliforniji.

## Obsevanje s protoni

Obsevanje s protoni je vrsta radioterapije, ki je še posebno v zadnjem desetletju zaradi izpopolnjenih tehnoloških rešitev postalo dostopno širšemu krogu bolnikov. Najpomembnejša prednost

protonske terapije pred konvencionalno radioterapijo, ki uporablja fotonske/elektronske žarke, je manjša razpršenost doze v obsevanem delu telesa oziroma večja natančnost, kar je posledica fizikalnih lastnosti protonskega snopa. Dobrobit PT je torej predvsem manjša toksičnost zdravljenja, kar skrajšuje čas rehabilitacije po zdravljenju in zmanjšuje tveganje za pojav sekundarnih rakov, pri delu bolnikov pa se pojavi tudi višja stopnja ozdravljivosti. Zato naj bi se s PT zdravila večina otrok z rakom, ki so v okviru zdravljenja napoteni na radioterapijo, med odraslimi pa izbrani bolniki s tumorji centralnega živčnega sistema, glave in vratu ter medenice. PT torej predstavlja pomembno dopolnitev obstoječe radioterapevtske ponudbe: po izračunih mednarodnih strokovnih organizacij naj bi se s PT zdravilo do 20 % bolnikov, danes zdravljenih z radioterapijo.

Po izračunu ESTRO<sup>1</sup> naj bi se v Sloveniji z radioterapijo zdravilo okoli 50 % vseh zbolelih za rakom. Konvencionalno zdravljenje z obsevanjem, ki vključuje uporabo fotonskih in elektronskih žarkov, se v Sloveniji vrši pretežno na Onkološkem inštitutu v Ljubljani (OIL), v zadnjem letu in v mnogo manjšem obsegu tudi v UKC Maribor. Temeljna vizija onkološkega inštituta kot vodilne zdravstvene institucije na področju onkologije v državi je, da

bi se tudi v bodoče uvrščal med vodilne onkološke centre v Evropi. Ta ambicija ga zavezuje k temu, da sledi novitetam na vseh področjih onkologije, kamor sodi tudi PT.

V svetu, predvsem v ZDA, Evropi, na Japonskem in Kitajskem, že deluje 69 centrov za protonsko terapijo, dodatnih 41 jih bo pričelo delovati v kratkem; 22 centrov je v fazi načrtovanja<sup>2</sup>.

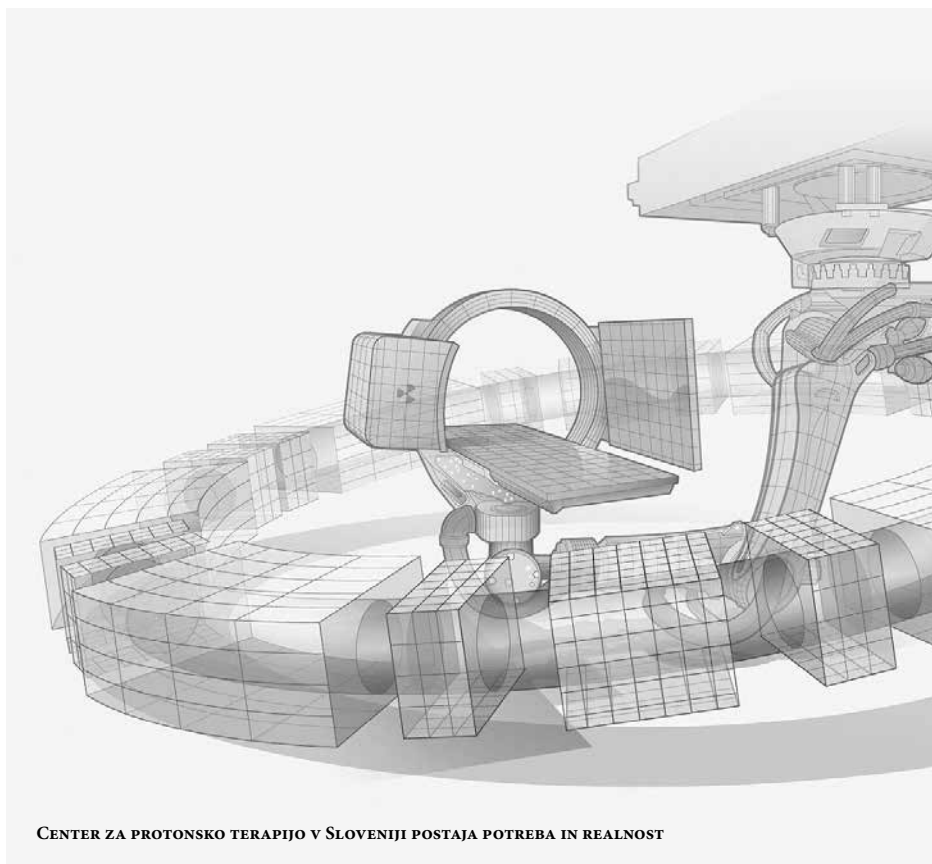
Izgradnja centra za PT je že samo po sebi velik tehnološki izziv. Dodaten izziv pa predstavlja, da center ustreza oziroma je skladen s standardi in zahtevami, ki veljajo za medicinsko opremo. Pomembno vlogo pri razvoju in uveljavljanju protonske terapije za zdravljenje raka v svetovnem merilu ima prav slovensko podjetje Cosylab d.d., ki zaradi svoje odličnosti sodeluje z najvidnejšimi ponudniki opreme in infrastrukturnih rešitev za potrebe protonske terapije za zdravljenje raka na praktično vseh kontinentih.

Cosylab s svojimi rešitvami najprej zagotavlja usklajeno delovanje pospeševalnika (ciklotron ali sinhrotron) in v nadaljevanju s programskimi rešitvami povezuje ključne medicinske programske podsisteme, med katerimi poudarimo sisteme za načrtovanje obsevalnega zdravljenja (TPS), onkološke informacijske sisteme (OIS), arhive in komunikacijske sisteme

1 European Society for Therapeutic Radiation Oncology

2 <https://www.ptcog.ch/>





CENTER ZA PROTONSKO TERAPIJO V SLOVENIJI POSTAJA POTREBA IN REALNOST

**Slovenski center za protonsko terapijo za zdravljenje raka (SI PTC)** bo prepoznan kot regionalni center, usmerjen v pacienta, kjer se medicina in znanost povezujeta za optimalen prispevek k družbi.

Konzorcij za izgradnjo PTC, kjer bodo uvedene obstoječe in najnovejše rešitve, bo sestavljen iz najnaprednejših nacionalnih in tujih partnerjev, ki bodo razvijali nove kompetence in reference v protonski terapiji. Center bo imel nekaj edinstvenih funkcij, razvitih skupaj z našimi raziskovalnimi partnerji po vsem svetu, zato SI PTC na teh področjih ne bo imel konkurence. SI PTC bo financiran po modelu javno-zasebnega partnerstva in bo z uporabo EFSI vodilni projekt v Sloveniji, usmerjen k bolnikom in celotnemu sistemu zdravstvenega varstva, k raziskavam in podjetjem v regiji.

**Velikost objekta:** tloris 2.500 m<sup>2</sup>; vključuje 3 terapevtske sobe in opcijski del, namenjen raziskavam, vključno s prostori za sprejem in pripravo pacientov

**Vrednost:** 110–130 milijonov evrov

**Upravljanje:** OIL, lastništvo MZ

**Osebj:** 30 do 35 oseb; vključuje tako zdravnike, medicinske fizike in podporno osebje

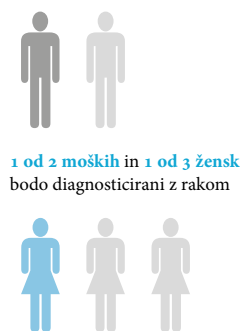
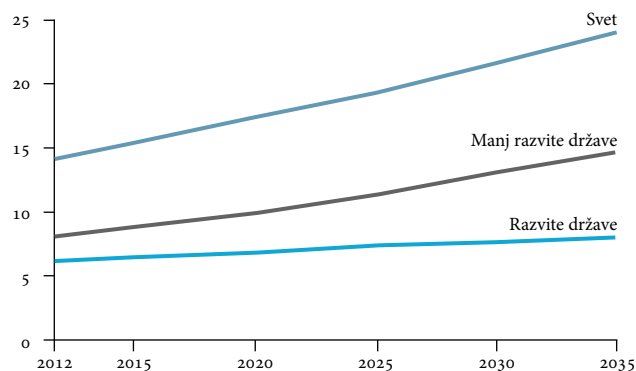
**Življenjska doba objekta:** > 20 let

za upravljanje s slikovnimi podatki (PACS) ter sisteme za nadzor izvedbe zdravljenja (TCS). Natančno delovanje vseh navedenih podsistemov in sinhronizirano delovanje različnih

naprav znotraj protonskega centra omogoča uporabnikom izvajanje vseh potrebnih kliničnih aktivnosti in ukrepov za zagotavljanje in preverjanje kakovosti.

Potreba po vzpostavitvi centra za PT z regionalno dimenzijo prav v Sloveniji izhaja v prvi vrsti iz potreb onkoloških bolnikov in stroke in v nadaljevanju tudi iz potreb znanstvenega in poslovnega potenciala v državi. Tudi zato je center za protonsko terapijo za zdravljenje raka opredeljen v državni strategiji pametne specializacije, posredno pa tudi v državnem programu za obvladovanje raka, ki opredeljuje Onkološki inštitut v Ljubljani kot regionalni referenčni center za radioterapijo.

Primeri rakavih obolenj (v mio)



Porast bolezni raka v svetu in ogroženost sedanjih in prihodnjih generacij<sup>3</sup>

### In ključni izzivi?

Izgradnja slovenskega centra za protonsko terapijo za zdravljenje raka predstavlja izjemen tehnično-tehnološki izziv, ki pa ga v svetovnem merilu obvladujemo tudi zaradi pomembnega prispevka slovenskega znanja.

Izzive za umestitev centra v obstoječi zdravstveni sistem in njegovo delovanje predstavljamo iz treh ključnih vidikov:

3 <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

<p><b>Strength (PREDNOSTI)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Odlične medicinske in znanstvene kompetence</li> <li>→ Izreden regionalni potencial za uvedbo napredne terapije za najsmrtonosnejšo bolezen sodobnega časa</li> <li>→ Najboljša (radio)terapija za specifične rake in otroke</li> <li>→ Minimalna poškodba okolnega tkiva</li> <li>→ „Last hope resort“ za kritične paciente</li> <li>→ Manj komplikacij kot posledic terapije</li> <li>→ Hitrejša ozdravitev- krajša/enostavnejši oskrba</li> <li>→ IOL – referenčni radioterapevtskih center regiji</li> <li>→ IJS – center znanja na področju fizike in medicinske fizike</li> <li>→ Geografska lega in stabilni politični sistem</li> <li>→ Ready-To-Go projekt v Javno zasebnem partnerstvu z uporabo EFSI</li> </ul>	<p><b>Weakness (SLABOSTI)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Klinični testi se še izvajajo</li> <li>→ Višji stroški v primerjavi z radioterapijo</li> <li>→ Visoka začetna investicija</li> <li>→ Konkurriranje z uveljavljenimi terapijami</li> <li>→ Izboljšanje procesa obravnave pacientov</li> <li>→ Zahteva po natančnem pozicioniranju</li> <li>→ Potreba po napredni pripravi/obdelavi slik</li> </ul>
<p><b>Opportunities (PRILOŽNOSTI)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Vodilni referenčni medicinsko-znanstveni projekt</li> <li>→ Odgovor in rešitev za potrebe onkoloških pacientov</li> <li>→ Izredna domača razvojna in poslovna priložnost</li> <li>→ Regionalna dimenzija z izrednim multiplikatorjem</li> <li>→ Sodoben poslovni model v zdravstvu</li> <li>→ Sodobni zdravstveni turizem – „pre&amp;after care“</li> <li>→ Pametna naložba v napredno medicino in znanost</li> <li>→ Privabljanje strokovnjakov v regijo in za regijo – ustavitev „bega možganov“</li> <li>→ Priložnost za vrhunsko znanost, onkologe in medicinske fizike</li> </ul>	<p><b>Threats (NEVARNOSTI)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Novo univerzalno zdravilo</li> <li>→ Nova izredno učinkovita terapija</li> <li>→ Konkurenčni centri v okolici</li> <li>→ Nezadostni viri financiranja</li> <li>→ „Beg možganov“-pomanjkanje zdravnikov in drugih strokovnjakov</li> <li>→ Neučinkovito upravljanje</li> </ul>

SWOT analiza implementacije centra za protonsko terapijo za zdravljenje raka v Sloveniji

**Regionalna komponenta in poslovni model:** center za protonsko terapijo za zdravljenje raka bi v okviru OIL deloval kot regionalni center, prvenstveno namenjen za zdravljenje domačih onkoloških bolnikov, v skladu s pravili ZZS. Sočasno poslovni model omogoča tudi zdravljenje bolnikov iz tujine: to bi bilo možno v okviru posebnega oddelka OIL, namenjenega zdravljenju izključno bolnikov iz tujine. Zaradi sorodnega statusa OIL in statusa URI Soča, ki ima take vrste oddelek že umeščen v svojo strukturo, bi pri iskanju rešitev sledili temu že uveljavljenemu in uspešnemu modelu delovanja. Tak model hkrati zagotavlja:

- delno financiranje samega centra za protonsko terapijo,
- razvoj stroke v Sloveniji in v regiji v skladu z najmodernejšimi mednarodnimi trendi,
- onkološkim bolnikom dostop do najnaprednejše radioterapevtske tehnologije in s tem zdravljenja.

**Model financiranja in javno-zasebno partnerstvo:** zaradi nacionalnega pomena in

vesticije za področje zdravstva, znanosti in industrije ter obsega se slovenski center za protonsko terapijo za zdravljenje raka obravnava kot strateška investicija, ki jo je možno realizirati z uporabo modela javno-zasebnega partnerstva in sodobnih načinov financiranja z uporabo mehanizma EFSI<sup>4</sup>(ang. *European Fund for Strategic Investment*). Na enak način se strateška zdravstvena infrastruktura gradi v članicah EU<sup>5</sup>. Kombinacija zasebnih in javnih virov ter sodelovanje EIB (Evropska investicijska banka) zagotavlja jasno, hitro in transparentno naložbo v izgradnjo napredne zdravstvene infrastrukture. Zelo pomembno pa je, da je možno z izvedbo začeti takoj.

**Beg možganov in optimalna oskrba onkoloških bolnikov:** na koncu, a ne najmanj pomembno, je, da v Sloveniji z izgradnjo protonskega centra pridobimo najsodobnejšo

medicinsko-raziskovalno infrastrukturo, ki bo omogočala optimalno oskrbo onkoloških bolnikov doma, v Sloveniji. S tem bo zaustavljen odliv finančnih sredstev iz države (ki je znaten in neobhoden in je posledica napotitev na tovrstno zdravljenje v tujino) ter omogočen razvoj stroke in kadrov na vseh interdisciplinarnih področjih, ki se dotikajo radioterapije kot medicinske stroke ali kot področja znanstveno-raziskovalnih prizadevanj. Hkrati se bo krepila prepoznavnost Slovenije ne le v regiji, temveč tudi v svetovnem merilu. Pričakovati je, da se bo v povezavi s to investicijo obrnil tudi tok znanja, tokrat v smeri Slovenije.

Potrebno pa je še enkrat jasno poudariti, da prizadevanja za izgradnjo slovenskega protonskega centra z regionalno dimenzijo izhajajo iz potrebe po zagotovitvi dobrobiti za bolnike, družbeno odgovornega napredka medicine, znanosti in gospodarstva ter dolgoročnega razvoja družbe.

**Onkološki inštitut v Ljubljani** je javni zdravstveni zavod, ki izvaja zdravstveno dejavnost na sekundarni in terciarni ravni ter opravlja pedagoško in raziskovalno dejavnost na področju onkologije za celotno Slovenijo. Kot osrednja nacionalna ustanova usmerja programe celostne obravnave rakavih boleznih na področjih preventive raka, zdravljenja, rehabilitacije in paliativne oskrbe bolnikov z rakom in skrbi za uravnotežen razvoj onkologije v državah. Osnovna vizija onkološkega inštituta je ostati vodilni zavod na področju onkologije v Sloveniji in se tudi v prihodnje uvrščati med vodilne onkološke centre v regiji oziroma v Evropi.

**Cosylab** nudi sistemsko integracijo in izdelke prilagojene kupcem ter rešitve, ki pokrivajo celotno področje naprednih in najzahtevnejših kontrolnih sistemov in instrumentov, kakor tudi celovito obvladovanje procesov in produktov in certificiranje skladno z medicinskimi standardi. Specializirani smo za pospeševalnike in še posebej za pospeševalnike in celotne sisteme tako za zdravljenje z delci kot tudi znanstvene raziskave ter tokamake in radioteleskope. Cosylab zaposluje več kot 150 ljudi, večinoma inženirjev in fizikov v matičnem podjetju v Sloveniji in v podjetjih v ZDA, na Japonskem, na Švedskem, v Švici in na Kitajskem. So napredni razvijalci in integratorji najsodobnejše programske opreme in elektronike. V vsaki od ključnih tehnologij imajo vsaj 20 strokovnjakov (npr. C-ACS, C-TCS, EPICS, TANGO, LabVIEW, Control System Studio in WinCC OA ter FPGA). Cosylab ponuja poglobljeno poznavanje in vrhunske kompetence s področja industrijskih standardnih razvojnih procesov, ki vključujejo sistemski inženiring, vodenje projektov in zagotavljanje kakovosti. Več na: <http://www.cosylab.com/> ■

4 <http://www.eib.org/efsi/>  
 5 <http://www.eib.org/efsi/efsi-projects/index.htm?c=&se=7>

# Zdravstvena mediacija kot primer dobre prakse



*Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije je 13. 10. 2017 sodelovalo na posvetu Mediacija za trajnostno urejanje prostora, ki ga je organizirala Mreža za prostor. Udeležencem posveta smo predstavili svoj poslovni model upravljanja s spori v zdravstvu in delovanje mediacijske napotitvene službe združenja.*

## MAJA ZDOLŠEK

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenija  
maja.zdolsek@zdrzz.si

Posvet, ki je potekal v etnografskem muzeju, je bil namenjen odločevalcem in drugim deležnikom v procesih, ki se nanašajo na okolje in prostor. Skozi urejanje prostora se udeležajo strateške namere države in lokalnih skupnosti, usmerja razvoj družbe v skupno dobro, hkrati pa se udeležajo tudi drugi interesi različnih akterjev. Ti so si pogosto nasprotujoči, zato je zgodnje prepoznavanje potencialnih konfliktov, interesov pri urejanju prostora, njihovo upravljanje in razreševanje pomembno za bolj učinkovito vodenje procesov urejanja prostora, dovoljevanja posegov in gradenj.

V Sloveniji se večina mediacijskih postopkov še vedno odvija na sodiščih v obliki t. i. sodišču pridružene mediacije. Mediacija zunaj sodišča, sektorsko in na posameznih področjih družbenega življenja, je manj razvita. Aktivnosti združenja na področju mediacije so primer dobre prakse, saj smo pri nas razvili to metodo neodvisno od poti, ki jih ponuja zakonodaja (Zakon o pacientovih pravicah iz leta 2008).

Združenje je prisotnim na posvetu predstavilo:

- splošne značilnosti mediacije (v zdravstvu),
- dobre (in slabe) izkušnje pri implementaciji te mirne metode v zdravstvo,
- delovanje **mediacijske napotitvene službe**, ki svojim članom nudi svetovanje, pomoč ter usmeritve v zvezi uporabo mediacije pri

reševanju sporov v zdravstvu (ustanovljena leta 2010),

- aktivnosti **izvajanja mediacijskih usposabljanj in zagotavljanja kakovosti** izvedenih mediacijskih primerov,
- izkušnje pri izdelavi **celostnih modelov upravljanja s spori**, ki vključujejo mediacijo kot eno od možnosti reševanja sporov in imajo predvsem preventivno funkcijo pred nastankom sporov (rezultat teh aktivnosti so medijski centri posameznih zdravstvenih zavodov: UKC Ljubljana, ZD Ljubljana, UKC MB, ZD Maribor, SB Ptuj, ZD Ptuj).

Udeleženci posveta so v razpravi podali ključna sporočila:

- javnost je potrebno pravočasno obveščati o okoljskih posegih, pri čemer lahko imajo mediacija in »hearing« metode močno preventivno vlogo pred nastankom sporov,
- mediacija je na področju urejanja prostora nujno potrebna tudi kot orodje vodenja,
- mediacija je koristna metoda reševanja konfliktov, za področje okolja in prostora pa jo je potrebno razviti v skladu z značilnostmi in kulturo tega področja,
- mediacija vzpostavlja spoštovanje med vsemi deležniki (potencialnega) konflikta.

Vir: <http://mrezaprostor.si/> ■

# Kako razumeti sebe in druge v zdravstvu in kaj ima kultura s tem?

Pogovor z mag. Ajdo Jelenc iz Centra za upravljanje programov preventive in krepitve zdravja, NIJZ

*Kulturno kompetentna zdravstvena oskrba kot temeljna naravnost zdravstvenih delavcev in zdravstvenih ustanov, ki prinaša bolj kakovostno, celostno in v vseh pogledih bolj učinkovito zdravstveno oskrbo z boljšimi izidi in rezultati.*

*Ta svet je lep, če nekomu nekaj daš; ta svet je lep, če nekoga rad imaš, če stisneš roko komu, ki ga kaj boli; ta svet je lep, če si človek do ljudi.*

(Tone Pavček)

---

## SAŠKA TERSEGLAV

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenija  
saska.terseglav@zdrzz.si

### **Kako in zakaj ste se začeli ukvarjati z vprašanjem kulturnih nesporazumov v zdravstvu?**

Danes še bolj kot v preteklosti živimo v družbi, ki jo sestavljamo posamezniki z različnimi pogledi, navadami, tradicijami in izkušnjami. Vsak od nas je edinstvena in neponovljiva oseba. Ima svoj način življenja, mišljenja, vrednote, prepričanja. Živimo v različnih družbenoekonomskih in političnih pogojih, v različnih družinah in skupnostih, govorimo nekatere skupne in nekatere različne jezike, imamo raznolike navade, običaje, tradicije, načine sporazumevanja. Naše osebne in poklicne izkušnje, znanje, navade, nas zaznamujejo na neponovljiv in edinstven način. V nekaterih točkah smo si podobni, v drugih spet ne. A vse to tvori naš način življenja, našo kulturo, našo življenjsko zgodbo, ki vpliva na našo kakovost življenja.

### **Na kakšen način ste zaznali nujnost obravnave vpliva kulture na zdravje?**

Nujnost obravnave vpliva kulture na zdravje, kulturnih nesporazumov in potreb po razvijanju veščin v odnosih z ljudmi v zdravstvu smo zaznali in prvič naslovili v projektu Skupaj za zdravje, ki smo ga izvajali na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje in se je zaključil v lanskem letu. V njem smo odkrivali različne ovire, tudi kulturne nesporazume, s katerimi so se soočali tako zdravstveni delavci kot uporabniki. V okviru tega projekta sta nastala tudi priročnik in prvo usposabljanje na tem področju, ki osvetli to široko področje. Poleg tega nas je vzpod-

budilo dejstvo, da se v mnogih državah po svetu že desetletja ukvarjajo s področjem razvijanja kulturnih kompetenc pri zdravstvenih delavcih, z razvijanjem kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe in kulturno kompetentnih zdravstvenih ustanov. To je v današnji družbi temeljnega pomena za povečevanje enakosti v zdravju in bolj kakovostno, celostno in učinkovito zdravstveno oskrbo.

### **Kolikšno zavedanje pomena kulture v zdravstveni oskrbi ste zaznali pri raziskovanju tega področja?**

V okviru omenjenega projekta smo ugotovili, da zdravstveni delavci večinoma ne poznajo ozadja življenja, prepričanj, vrednot svojih uporabnikov, njihovega kulturnega ozadja in nimajo veščin in znanja, na podlagi katerih bi v primeru kulturnih in tudi jezikovnih nesporazumih ustrezno ravnali. Razlog za to vidijo v pomanjkanju izobraževanja, znanja in veščin ter orodij, s katerimi bi lahko razvijali kulturne kompetence. Zato je spoznavanje različnih kultur, različnih načinov življenja ter upoštevanje tega pri oskrbi, ki je osredotočena na pacienta – partnerja v procesu zdravljenja in ohranjanja zdravja ključnega pomena. Upoštevanje vsakega od nas kot dragocenega posameznika s pravico do svoje identitete, kulture, prepričanj in vrednot je utemeljeno v zakonu o pacientovih pravicah in v etičnih kodeksih zdravstvenih delavcev, žal pa se v praksi pogosto premalo zavedamo, kaj to pomeni, in teh zavez ne poznamo



natančno ali jih ne upoštevamo, kot bi bilo potrebno. Današnja kompleksnost družbe je tako zahtevna, da sama zavezanost zakonodaji in etiki ni dovolj – za kompetence na tem področju je potrebno tudi veliko dodatnega znanja, poznavanja pojmov, spretnosti, veščin, družbenih odnosov, stališč, ravnanj, kritičnega razmisleka in samozavedanja, odnosa do samega sebe. Zato ni dovolj le, da smo dobri ljudje in empatični zdravstveni delavci, potrebno je veliko več.

***Kaj so po vašem mnenju najpogostejše ovire pri nujenju kulturno senzibilne oskrbe?***

Pomanjkanje izkušenj in strah sta zagotovo najbolj pogosti oviri pri nujenju kulturno senzibilne oskrbe.

***Nam lahko natančneje pojasnite pojem kulturne kompetence?***

Kulturna kompetenca je v slovenskem zdravstvu novejši pojem, ki predstavlja povsem novo dimenzijo profesionalne kompetentnosti. Kulturne kompetence so skupek znanj in veščin v odnosih z ljudmi, ki nam omogočajo, da izboljšamo svoje razumevanje, občutljivost, sprejemanje, spoštovanje in odzivanje na kulturne razlike in odnose, ki iz njih izhajajo. Kulturna kompetenca nam omogoča nudenje bolj kakovostne zdravstvene oskrbe ter pomaga, da boljše sodelujemo z ljudmi z različnimi življenjskimi zgodbami in izkušnjami. Na splošno kulturne kompetence zajemajo širok nabor znanj in veščin, ki nam omogočajo, da zagotovimo primerno oskrbo vsem

ljudem. V konkretnih situacijah pa se specifične kulturne kompetence nanašajo na primerno oskrbo takrat, ko pride uporabnikova kultura še posebej do izraza. Kulturna kompetenca pomeni stalno učenje, urjenje in spoznavanje različnih kultur, načinov življenja, mišljenja, prepričanj, poznavanje širših družbenoekonomskih razmer ter upoštevanje vsega naštetega pri oskrbi vsakega posameznika.

Čeprav v našem življenjskem prostoru že od nekdaj obstaja raznolikost kultur, religij, vrednot, življenjskih prepričanj, nagnjenj in stilov, do sedaj izobraževalni programi za zdravstvene delavce te raznolikosti niso upoštevali, prav tako kot jo komajda upoštevatata celoten sistem in organiziranost zdravstvene oskrbe.

***Kakšna je kulturno kompetentna zdravstvena oskrba?***

Kulturno kompetentna zdravstvena oskrba je v vseh pogledih bolj kakovostna, učinkovita

*Poleg tega nas je  
vzpodbudilo dejstvo,  
da se v mnogih  
državah po svetu že  
desetletja ukvarjajo s  
področjem razvijanja  
kulturnih kompetenc pri  
zdravstvenih delavcih.*

in varna ter osredotočena na posameznika, saj oskrbo prilagodi glede na njegove raznolike potrebe (fizične, družbene, kulturne, jezikovne in druge).

***Zakaj so kulturne kompetence potrebne?***

Kulturne kompetence zajemajo zavedanje vpetosti vsakega od nas v lastno kulturo, refleksijo predsodkov, stereotipov in pogledov na svet, dojemanje razlik med kulturami, poznavanje različnih praks in svetovnih nazorov, medkulturne veščine (sposobnosti, da se zavemo razlik in jih upoštevamo v pozitivnem smislu pri odnosu do uporabnika), medkulturne izkušnje (izkušnje z ljudmi iz različnih okolij, z različnimi pogledi, vrednotami, prepričanji,



PRIROČNIK JE PROSTO DOSTOPEN NA POVEZAVI:

[HTTP://WWW.NIJZ.SI/SITES/WWW.NIJZ.SI/FILES/PUBLIKACIJE-DATOTEKE/PRIROCNIK\\_KULTURNE\\_KOMPETENCE\\_2016.PDF](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/prirocnik_kulturne_kompetence_2016.pdf)

ovirami, socioekonomskim statusom itd.) ter motivacijo za razvijanje kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe, ki predstavlja postopen proces, v katerem se vsak od nas stalno izpopolnjuje.

**Dejansko gre za veščine, ki nam koristijo tako osebno kot poklicno.**

Tako je, pomagajo nam k večji odprtosti, strpnosti, radovednosti in opazovanju sebe in drugih ter boljši skrbi za ljudi, kar je poslanstvo zdravstvenih delavcev. Gre za odnose z drugimi in za našo kompetenco v teh odnosih delovati konstruktivno in prislunhiti zgodbam ljudi ter poiskati primerne rešitve. Vse to je, ko gre za vprašanje zdravja, za vsakega od nas zelo pomembno, saj naše okolje, iz katerega izhajamo, naša kultura ter drugi dejavniki zelo močno vplivajo na naša prepričanja, poglede, razlage, ki so povezane z zdravjem in zdravljenjem. Če

razumemo svoj pogled in pogled uporabnika, bomo lahko svoj poklic kakovostno, varno in tudi učinkovito opravljali.

**Ker je tema tako kompleksna, najbrž obstajajo tudi pogosto zmote v zvezi s kulturnimi kompetencami. Katere so najpogostejše?**

Da mora vsak zdravstveni delavec že vnaprej poznati vse kulture, družbe, svetovne nazore, prepričanja itd. Razumljivo je, da ne moremo poznati prav vseh kulturnih praks in se poglabljati v značilnosti vseh skupin, začnemo pa pri sebi, svojih sodelavcih, uporabnikih in svoji skupnosti. Pomembno je, da si kot zdravstveni delavci, kot posamezniki in ustanove prizadevamo, da o svojih uporabnikih vemo čim več ter pri tem svojega znanja o oni skupnosti ne posplošujemo na vse njene pripadnike. Če poznamo enega pripadnika in imamo eno izkušnjo, ne poznamo vseh. Razvijanje

kulturnih kompetenc je tudi dolgotrajen proces, kjer svoje znanje in veščine stalno nadgrajujemo.

**Kako naj torej izvemo čim več o svojih uporabnikih?**

Preprosto: vprašamo jih. Vsak človek o sebi in svojem življenju največ ve sam. Zato je pomembno, da v prvem stiku pokažemo spoštljiv odnos ter brez zadržkov vprašamo »Kako vam lahko pomagam? Kaj potrebujete?«. To sta osnovni vprašanji v vsakem stiku, ki pokažeta naklonjenost in možnost grajenja zaupanja. Poslušati je potrebno zgodbe, ki nam pokažejo širšo sliko, kontekst življenja posameznika in njegove kulturne in druge značilnosti, posebnosti. Z vidika ustanove pa to pomeni tovrstno sodelovanje z okoljem in skupnostmi, v katerih se nahaja.

**Kaj menite, da je za zdravstvene delavce tisto najbolj pomembno pri kulturno kompetentni zdravstveni oskrbi?**

Kulturno kompetentna in na osebo osredotočena oskrba je temelj kakovostne, celostne in v vseh pogledih učinkovite zdravstvene oskrbe (tudi finančno), ki upošteva vsakega posameznika kot celoto z njegovimi potrebami, vrednotami, življenjskimi pogoji; tako zdravstvenega delavca kot uporabnika zdravstvenih storitev. Pomembno je, da vsakega človeka smatramo kot osebnost in kot osebnost je edinstven in poseben, drugačen od vseh ostalih ljudi, ravna samosvoje. Vsak od nas je v nekaterih vidikih podoben drugim članom svoje skupnosti, s katerimi si lahko deli podobne lastnosti, prepričanja, vrednote. In vsak od nas je enak, enakovreden vsem drugim ljudem. Pri nujenju zdravstvene oskrbe se je vedno potrebno vračati k osnovam: zavestni skrbi in ohranjanju dostojanstva človeka kot celote. Pomembno je, da svoje delo, pomoč drugim in skrb zanje dojemamo kot tisto, kar nas bogati in nam nudi tudi osebno zadovoljstvo ter osebno in poklicno rast.

**Ali je dovolj, da kulturne kompetence razvijajo le nekateri zdravstveni delavci?**

Kulturna kompetentnost posameznih zdravstvenih delavcev še ne zagotavlja kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe v celoti. Pomembno je, da je poleg posameznih zdravstvenih delavcev kulturno kompetentno tudi

njihovo delovno okolje ter ustanova kot taka za uporabnike. Ustanova mora biti sposobna ustreči potrebam različnih skupin uporabnikov. Tu je pomembna vloga vodstva in odločevalcev v ustanovi. Pomembni so pozitivna naravnost do raznolikosti in spodbujanje kulturno senzibilne zdravstvene oskrbe, izvajanje samoocene na tem področju, razumevanje dinamike kulturnih interakcij, odgovornost za izobraževanje in ozaveščanje na področju večkulturnosti in prilagoditev zdravstvene oskrbe.

*Kulturno kompetentna zdravstvena oskrba je v vseh pogledih bolj kakovostna, učinkovita in varna.*

Pomembno je tudi, da je med zaposlenimi kot sodelavci prisotna ta raznolikost, ki je sprejeta in nudi vsakodnevne izkušnje v gradnji kulturnih kompetenc.

#### **Kaj pa upoštevanje teh kompetenc med zaposlenimi?**

Tudi zdravstveni delavci so medsebojno zelo raznoliki in kulturna kompetenca je pomembna tudi v odnosu do sodelavcev in kolegov oziroma zaposlenih. Poleg etnične, spolne, jezikovne, verske pripadnosti gre tudi za različne osebne značilnosti, družbeni status, mesto v notranji hierarhiji in podobno. Dinamika med sodelavci zelo vpliva na medsebojno sodelovanje, delovno klimo, kar vpliva tudi na obravnavo. Zato je potrebno tudi v svojem delovnem okolju dejavno skrbeti za spoštovanje raznolikosti, razvijati komunikacijske veščine, graditi zaupanje in medsebojno izmenjavati izkušnje, mnenja in poglede. Skratka, gre za temeljno naravnost, ki naj bi prežemala ustanovo kot celoto, s pristopom, storitvami in zaposlenimi.

#### **Kakšne prednosti kulturno kompetentne zdravstvene obravnave ste zaznali med raziskovanjem tega področja?**

Zdravstveni delavci, ki na usposabljanjih s prebiranjem in izkušnjami razvijajo kulturne kompetence, kažejo boljše razumevanje pomena/vpliva kulture v zdravstveni oskrbi. Prep-

znajajo kulturne in druge ovire med uporabniki ter zdravstvenimi delavci in zdravstveno ustanovo. Prepoznajo pomen teh veščin in znanja v okoljih, kjer poteka zdravstvena oskrba. Pri komunikaciji z uporabniki znajo razumeti in se primerno odzvati na verbalna in neverbalna sporočila, iztočnice, namige in ne posplošujejo. Znajo ustrezno ovrednotiti razlike v vrednotah, prepričanjih, pogledih in praksah med uporabniki, ki so povezane z zdravjem in zdravljenjem ter se primerno odzivati nanje. Zavezani so kulturno in jezikovno primerni obravnavi in bolj učinkovito sodelujejo z različnimi zdravstvenimi delavci.

Kulturne kompetence v organizaciji prinašajo številne prednosti za ustanovo, uporabnike in skupnost. Kulturno kompetentne ustanove dosegajo boljše zdravstvene izide, večje spoštovanje, zaupanje in razumevanje s strani uporabnikov in med zaposlenimi, večje sodelovanje lokalne skupnosti, poleg tega pa lahko zmanjšajo stroške in razlike v oskrbi in zdravju prebivalstva. Z vidika kulturno kompetentne ustanove je pomembno, da se trudi vedno znova premestiti kulturne razlike in vzpostavlja kakovosten odnos z uporabniki, da pestra struktura zaposlenih odraža pestrost prebivalstva, da je zdravstvena infrastruktura prilagojena potrebam prebivalstva, da ustanova zagotavlja tolmačenje/medkulturno mediacijo, kadar je to potrebno, da trajno skrbi za izobraževanje zaposlenih na področju jezikovnih in kulturnih kompetenc, da sproti spremlja kakovost storitev za različne etnične, jezikovne, socialne in kulturne podskupine uporabnikov ter da stalno sodeluje z lokalno skupnostjo pri določanju prioritet, načrtovanju, izvajanju in vodenju zdravstvene oskrbe. Upabniki so lahko bolj zadovoljni, bolj sodelujejo in zaupajo, večja se zdravstvena pismenost, dostop do storitev in informacij ter skrb za lastno zdravje, kamor sodi tudi preventiva.

#### **V sklopu projekta ste izdali tudi publikacijo *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Kaj ta ponuja?**

Priročnik *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba: priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev* predstavlja pomembno novo gradivo za zdravstvene delavce. Je prvo tako gradivo v Sloveniji, ki kompleksno obravnava področje kulturne kompe-

tence v zdravstvu. Priročnik je bil oblikovan kot vzpodbuda vsem zdravstvenim delavcem, ki se zavedajo, da potrebujejo več znanja in veščin za kompetentno soočenje z vse bolj raznolikimi potrebami svojih uporabnikov in uporabnic. V njem smo se dotaknili nekaterih osnovnih in bolj konkretnih tem, za katere smo presodili, da so pomembne za začetek odkrivanja tega zanimivega in bogatega nabora znanj in veščin, ki koristijo vsakomur. V priročniku smo osvetlili naslednje teme in vprašanja, ki so za zdravstvene delavce temeljnega pomena: kulturna kompetenca, kulturno kompetentna zdravstvena oskrba; kultura in kako se kaže na področju zdravja (bolezn), kaj otežuje spoštovanje kulturnih razlik; povezavo med kulturo in telesom; kaj je zdravje in bolezen in zakaj je pomembna posameznikova izkušnja; bolečina, odločanje o zdravljenju, vera in duhovnost, prehrana in kultura v

*Kulturno kompetentne ustanove dosegajo boljše zdravstvene izide, večje spoštovanje, zaupanje in razumevanje s strani uporabnikov in med zaposlenimi.*

zdravstveni obravnavi; družbenoekonomski dejavniki, revščina, migracije in zdravje; vloga kulturnih kompetenc pri komuniciranju, tolmačenju, medkulturno mediatorstvo in zagovorništvo; kulturna kompetentnost zdravstvenih organizacij. Skupaj s priročnikom smo zasnovali in v treh zdravstvenih domovih v okviru na začetku omenjenega projekta za nekatere zaposleni izvedli tudi usposabljanje *Razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Obsegalo je dvajset ur interaktivnih predstavitev in delavnic, ki jih je izvajala interdisciplinarna skupina.

Bralce zato vabim, da poiščete radovednost v sebi in priročnik preberete. Želimo si, da bi našel pot do vseh vodilnih zaposlenih v zdravstvenih ustanovah, vsakega zdravstvenega delavca in drugih zaposlenih v zdravstvenih ustanovah, učitelja, študenta in dijaka že tekom izobraževanja za različne poklice v zdravstvu. ■

## Stališča in odgovori odbora za razlago kolektivne pogodbe

ZA DEJAVNOST ZDRAVSTVA IN SOCIALNEGA VARSTVA SLOVENIJE

ODBOR ZA RAZLAGO KOLEKTIVNE POGODBE ZA DEJAVNOST ZDRAVSTVA IN SOCIALNEGA VARSTVA SLOVENIJE JE NA 76. SEJI 8. 5. 2017 OBRAVNAVAL PREJETE VLOGE OZIROMA VPRAŠANJA ZDRAVSTVENIH ZAVODOV IN NARAJE PODAL ODGOVORE.

### Obremenitve na delovnem mestu

**Vprašanje:** Kako razlagati psihične obremenitve, intenzivno delo v polnem delovnem času in ali se priprave, timski sestanki, beleženje storitev itd. štejejo kot psihične obremenitve in intenzivno delo v polnem delovnem času? Vprašanju je dodano pojasnilo, da imajo v zavodu kar nekaj delovnih mest, na katerih zaposleni neposredno delajo z uporabniki, vendar ne v polnem delovnem času (na primer strežnice 3 ure, psihologi 5 ur dnevno ...).

**Odgovor:** Delavcu, ki izpolnjuje pogoje iz 5. točke 36. člena kolektivne pogodbe (za intenzivno delo v polnem delovnem času v bolnišnicah, posebnih socialnovarstvenih zavodih, socialnovarstvenih zavodih za usposabljanje ter varstveno delovnih centrih), zavod določi število dni letnega dopusta v razponu od 2 do 15 dni, glede na to, ali dela s težko, težje, zmerno ali lažje duševno motenimi ali prizadetimi osebami.

Glede na pridobljena strokovna mnenja je odbor že sprejel razlago, da pod pojmom duševna motnja oziroma prizadetost, razumemo tudi motnje zavesti, afazične motnje, delirije in demence, zato odbor meni, da zaposlenim v bolnišnicah, posebnih socialnovarstvenih zavodih, socialnovarstvenih zavodih za usposabljanje ter varstveno delovnih centrih pripada dodaten dopust po 5. točki 36. člena, če gre za intenzivno delo v polnem delovnem času s pretežno takimi bolniki, oskrbovanci oziroma varovanci.

Letni dopust po tej točki delavcem pripada, če po pogodbi o zaposlitvi delajo na takem delovnem mestu, kjer se pojavljajo take obremenitve, pri čemer pa v tak čas sodijo tudi vsa strokovna opravila, ki so potrebna za opravljaj-

nje dela na delovnem mestu, za katerega ima delavec sklenjeno pogodbo o zaposlitvi.

Z ustreznim aktom pa zavod določi delovna mesta, na katerih se taki pogoji dela pojavljajo, glede na intenziteto takega pogoja pa se določi povečan dopust iz tega naslova.

Za dodelitev dopusta po tej točki morajo biti kumulativno izpolnjeni naslednji pogoji:

- intenzivno delo v polnem delovnem času z duševno motenimi oziroma duševno prizadetimi osebami,
- da gre za bolnišnico, posebni socialnovarstveni zavod, socialnovarstveni zavodi za usposabljanje ter varstveno delovni center,
- delo s težko, težje, zmerni ali lažje duševno motenimi ali prizadetimi osebami.

### Nadomestilo razlike pri plači

**Vprašanje:** Ali delavki pripada nadomestilo razlike po 96. členu in od katere plače v naslednjem primeru:

Prva ugotovljena invalidnost: leta 2006, III. kategorija, na istem delovnem mestu fizioterapevt (Vi. TR).

Leta 2008 prevedena na delovno mesto terapevt (VII), po 14. členu ZSPJS odbitek dveh plačnih razredov.

Druga ugotovljena invalidnost: leta 2016, drugo delovno mesto s krajšim delovnim časom – pisarniški referent (V. TR). Vprašanju je dodano pojasnilo, da je 12. 10. 2016 pridobila strokovni naslov diplomirani fizioterapevt.

Se upošteva plača na prejšnjem DM na podlagi 14. člena ZSPJS? Je delavka sploh upravičena do te razlike glede na to, da v trenutku ugotovljene invalidnosti ni delala polnega delovnega časa?

**Odgovor:** Delavcu pripada plača po delovnem mestu, za katerega ima sklenjeno pogodbo o zaposlitvi. Kot invalid ima delavec lahko pravico do nadomestila zaradi invalidnosti (izplačevalec ZPIZ) oziroma delne invalidske pokojnine v primeru krajšega delovnega časa (ravno tako izplačevalec ZPIZ), na podlagi 96. člena kolektivne pogodbe pa lahko tudi pravico do nadomestila (povračila) razlike zaradi zmanjšane plače na drugem ustreznem delu invalidu II. ali III. kategorije, ki je po odločbi ZPIZ razporejen (ima sklenjeno novo pogodbo o zaposlitvi) na drugo ustrežno delo. Navedeni člen pa ne določa, da je zavod dolžan plačati

nadomestilo (povračilo) razlike zaradi zmanjšane plače tudi v primeru, ko ZPIZ odloči, da je delavec za svoje delo sposoben, vendar pod določenimi pogoji (npr. 4 ure dnevno).

Določba 96. člena ureja primere plačil razlik v plači, ki nastanejo invalidu zaradi razporeditve na drugo ustrežno delo na podlagi odločbe ZPIZ in sklenitve pogodbe o zaposlitvi za drugo delovno mesto. Iz te določbe izhaja, da je delavec upravičen do nadomestila (povračila) razlike v prejemkih, ki nastane zaradi premestitve (sklenitve pogodbe o zaposlitvi) na drugo delovno mesto, ki je nižje ovrednoteno. Nižje ovrednoteno delo je predvsem posledica nižjega plačnega razreda delavca – invalida zaradi premestitve na nižje ovrednoteno delovno mesto, v določenih primerih pa tudi zaradi nižje ovrednotenih dodatkov delavca, s katerimi so ovrednoteni določeni pogoji dela in odgovornosti pri delu delavca na delovnem mestu.

96. člen tako določa obveznost nadomestila (povračila) razlike zaradi nižjih prejemkov v primeru, ko delavec – invalid ne more več opravljati svojega dosedanjega dela in prejema zmanjšano plačo na drugem ustreznem delu, ne pa tudi v primeru, ko je za svoje delo sposoben in še naprej opravlja delo na svojem delovnem mestu, vendar pod določenimi pogoji (npr. delo s krajšim delovnim časom od polnega npr. 4 ure dnevno).

Pri pojmu „plača, kakršno bi imel, če bi še delal poln delovni čas na starem delovnem mestu“ je treba upoštevati vse elemente plače delavca, tako kot če bi delal (ni mogoče posameznega elementa plače opustiti, na primer plače iz naslova delovne uspešnosti, dodatkov za težje pogoje dela in drugih dodatkov).

Določitev metodologije za izračun razlike po 96. členu kolektivne pogodbe ni v pristojnosti Odbora za razlago kolektivne pogodbe. Stvar zavoda je, da odloči, kakšna bo metodologija za izračun razlike nadomestila zaradi zmanjšane plače delavca na drugem delovnem mestu, kadar gre za delavca, ki je razporejen na drugo ustrežno delo zaradi neposredne nevarnosti za nastanek invalidnosti oziroma za invalida II. ali III. kategorije, ki kljub nadomestilu razlike, ki jo prejema od ZPIZ, prejema iz naslova plače za delo in prejemkov ZPIZ nižje prejemke, kot bi znašala plača.

Prejemke iz naslova invalidnosti zaradi zmanjšane plače na drugem ustreznem delu, katerega delavec prejema od ZPIZ, je treba



prišteti k bruto plači, ki jo delavec prejema na delovnem mestu, na katerega je razporejen (ima sklenjeno pogodbo o zaposlitvi) zaradi invalidnosti.

Primer načina izračuna razlike po 96. členu: Obstoječa ureditev

#### **Delo s krajšim delovnim časom -> delna invalidska pokojnina**

→ Invalid (II. ali III. kategorije), ki pridobi pravico do dela s krajšim delovnim časom od polnega, delno invalidsko pokojnino.

Delna invalidska pokojnina se odmeri v odstotkih, ki ustreza skrajšanju polnega delovnega časa (od invalidske pokojnine, ki bi mu sicer pripadala), npr.:

→ 50 % invalidske pokojnine, če dela s polovičnim delovnim časom.

Če je hkrati tudi premeščen na drugo delovno mesto (ni več zmožen za delo na delovnem mestu, na katero je razporejen), se mu delna invalidska pokojnina poveča za 30 %.

#### **Zaposlitev na drugem delovnem mestu -> nadomestilo za invalidnost**

Invalid (III. kategorije) zaradi nastanka invalidnosti

→ sklene pogodbo o zaposlitvi na drugo ustrezno delovno mesto,

→ pridobi pravico do nadomestila za invalidnost.

Nadomestilo se odmeri v višini 25 % invalidske pokojnine, ki bi mu pripadala.

#### **Razlika v prejemkih – po 96. čl. KP dejavnosti**

Po 96. členu kolektivne pogodbe se razlika iz sredstev delodajalca lahko izplača:

→ za primer pod B,

→ tudi za primer pod A, a le, ko je invalid tudi premeščen.

Po 96. členu kolektivne pogodbe se razlika – iz sredstev delodajalca – ne izplača:

→ za primer pod A v primeru da invalid ni premeščen.

#### **Določilo 96. člena**

**Vprašanje:** Ali 96. člen ureja le primere razlike v plači, ki nastanejo invalidu zaradi razporeditve na drugo ustrezno delo na podlagi odločbe ZPIZ in sklenitve nove pogodbe o zaposlitvi?

**Odgovor:** 96. člen tako določa obveznost nadomestila (povračila) razlike zaradi nižjih

prejemkov v primeru, ko delavec – invalid ne more več opravljati svojega dosedanjega dela in prejema zmanjšano plačo na drugem ustreznem delu, ne pa tudi v primeru, ko je za svoje delo sposoben in še naprej opravlja delo na svojem delovnem mestu, vendar pod določenimi pogoji (npr. delo s krajšim delovnim časom od polnega, npr. 4 ure dnevno).

#### **Jubilejna nagrada**

**Vprašanje:** Kdaj pripada javnemu uslužbencu jubilejna nagrada, če ima sklenjeno PZ s krajšim delovnim časom (zaradi potreb delovnega procesa), npr. 10 let v javnem sektorju?

**Odgovor:** 6. člen Zakona o javnih uslužbencih (v nadaljevanju ZJU) določa, da je delovna doba doba v delovnem razmerju. Komisija za razlago KPJS je glede dodatka za delovno dobo – 35. člen KPJS (UL RS, št. 33/2009) – sprejela naslednjo razlago: V delovno dobo po tej kolektivni pogodbi sodijo vsa obdobja opravljanja dela v delovnem razmerju in opravljanje samostojne dejavnosti doma ali v tujini (KPJS, 33/2009). Upošteva se navedeno, je ne glede na dejstvo, da javni uslužbenec v skladu s pogodbo o zaposlitvi opravlja naloge v krajšem delovnem času od polnega, delovno dobo je treba šteti glede na dobo v delovnem razmerju in ne glede na delovni čas oziroma število ur dela. To pa pomeni, da je javnim uslužbencem, ki imajo sklenjeno delovno razmerje, npr. 5 zaključenih let delovne dobe, kljub dejstvu da delo opravljajo v krajšem delovnem času, za namen obračuna dodatka za delovno dobo, treba pri izračunu upoštevati 5 let delovne dobe. Višina dodatka pa se odmeri glede na sorazmerno višino osnovne plače in je v primeru, ko delavec dela le npr. polovični delovni čas, nižji, ker je nižja osnova, od katere se računa.

Navedeno je treba razumeti tako, da se upošteva število let delovne dobe (ne glede na to, ali je PZ sklenjena s polnim ali krajšim delovnim časom), kar pa lahko predstavlja ugodnejši določbo, kot so določbe kolektivne pogodbe (82. člen, 63. člen).

Glede navedeno tako **jubilejna nagrada** pripada zaposlenemu, ki ima PZ sklenjeno s krajšim delovnim časom, ko izpolni ustrezno število let v javnem sektorju.

#### **Delovna doba**

**Vprašanja:** Ali pod pojmom delovne dobe po 82. členu razumemo tudi čas, ko se po 18. členu ZPIZ-2 zavarujejo dijaki in študenti?

Katera doba se upošteva za določitev dodatka za delovno dobo in po kateri kolektivni pogodbi glede na to, da gre za zaposlene v dejavnosti zdravstva?

Ali se obdobje, ko je bil delavec prijavljen kot brezposeln na zavodu za zaposlovanje, šteje v delovno dobo po 82. členu?

**Odgovor:** 9. člen Aneksa h Kolektivni pogodbi za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije (UL RS, št. 60/08) izrecno določa, katere določbe doslej veljavne kolektivne pogodbe se zaradi plačne spremembe prenehajo uporabljati.

Iz navedenega člena Aneksa ne izhaja, da bi zaradi plačne spremembe prenehalo veljati določilo 82. člena v delu, ki se nanaša na opredelitev pojma delovne dobe.

Navedeno določilo 82. člena v delu, ki se nanaša na opredelitev pojma delovne dobe, še vedno velja, zato se še vedno uporablja pojem delovna doba (in k temu sprejete razlage odbora) v naslednjem besedilu:

V delovno dobo sodijo vsa obdobja v državi in tujini, ki se po predpisih pokojninskega in invalidskega zavarovanja štejejo v zavarovalno dobo, razen dokupljene, beneficirane in posebne dobe.

Od 1. 1. 2013 pod pojmom zavarovalna doba v smislu 82. člena kolektivne pogodbe razumemo pokojninsko dobo brez dokupa, kot jo določa ZPIZ-2 (UL RS, št. 96/2012 in 39/2013).

S 1. 1. 2013 je začel veljati nov Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (UL RS, št. 96/2012 in 39/2013, v nadaljevanju: ZPIZ-2), ki za izpolnitev pogojev za pridobitev pravic iz obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja razlikuje med pokojninsko dobo in pokojninsko dobo brez dokupa. Pojma sta opredeljena v 7. členu ZPIZ-2, po katerem je pokojninska doba zavarovalna in posebna doba, glede na katero se ugotavljajo pogoji za pridobitev pravice do pokojnine in glede na katero se določi odstotek za odmero pokojnine. V pokojninsko dobo po ZPIZ-2 sodi tudi obdobje prostovoljne vključitve v obvezno zavarovanje, dopolnjeno po 1. 1. 2013. Po že navedeni določbi je pokojninska doba brez dokupa obdobje obvezne vključitve v ob-

vezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje, obdobja opravljanja kmetijske dejavnosti, vendar brez dokupa pokojninske dobe. Pojma delovne dobe, za razliko od prej veljavnega zakona, ZPIZ-2 ne pozna več.

Navedeno pomeni, da se v pokojninsko dobo šteje doba, ko je bila oseba zaposlena, poleg tega pa tudi obdobja porodniškega dopusta in obdobja prejemanja denarnega nadomestila, pa tudi obdobja prejemanja starševskega dodatka.

V pokojninsko dobo pa ne vštevata dokupljena doba in tudi ne prostovoljna vključitev v obvezno zavarovanje, saj gre pri pokojninski dobi brez dokupa za obvezno vključitev v pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Glede na navedeno je odbor sprejel razlago:

Od 1. 1. 2013 pod pojmom zavarovalna doba v smislu 82. člena kolektivne pogodbe razumemo pokojninsko dobo brez dokupa, kot jo določa ZPIZ -2 (UL RS, št. 96/2012 in 39/2013).

~  
**Vprašanje:** Smo javni zdravstveni zavod, za katerega veljajo tudi določila Kolektivne pogodbe za dejavnost zdravstva in socialnega varstva (v nadaljevanju KPDZSV), zato vas naprošamo za konkretno razlago 38. člena glede pravice do nadomestila plače v primeru sprejema prvošolcev v času, ki je izven rednega delovnega časa naših zaposlenih. 38. člen omenjene Kolektivne pogodbe določa primere, ko ima zaposleni pravico do odsotnosti z dela z nadomestilom plače, med katerimi je naveden tudi en dan zaradi neodločljivega opravka. Iz vaše razlage je razvidno, da se tudi spremstvo otroka v šolo lahko šteje kot drug neodločljiv opravek.

Po veljavni državni zakonodaji se kot dan delovne obveznosti za zaposlenega pojmuje tisti dan, ki je za delavca z vnaprejšnjim urnikom določen kot njegova delovna obveznost.

Pri svojem rednem poslovanju se srečujemo tudi z vprašanji glede priznanja pravice zaposlenih do odsotnosti z dela v primeru spremstva otroka – prvošolca na sprejem prvega šolskega dne kot drugega neodločljivega opravka. Dosedanja praksa v našem zavodu je, da smo staršu – našemu zaposlenemu odobrili en dan odsotnosti z nadomestilom plače, če je sprejem njegovega prvošolca časovno sovpadal z rednimi delovnimi obveznostmi zaposlenega. Sedaj pa sta nastala konkretna primera:

**A.** zaposleni ima redni delovni čas 1. septembra dopoldan (7.00–15.00), sprejem prvošolcev pa je organiziran ob 17.00, ko zaposleni nima več delovne obveznosti,

**B.** zaposleni ima razporejen delovni čas od ponedeljka do srede po 12 ur ter v soboto po 24 ur, sprejem prvošolcev pa je v četrtek ob 17.00, ko zaposleni ni razporejen z vnaprejšnjim urnikom na delo.

Čeprav je Odbor za razlago KPDZSV v preteklosti že podajal razlago vsebine 38. člena KPDZSV v zvezi z »drugim, neodločljivim opravkom«, vas vljudno prosimo za obravnavo našega vprašanja, saj želimo poslovati skladno z zakonodajo, zaposlenim nuditi pravice v polnem obsegu in hkrati upoštevati 16. člen Zakona o javnih uslužbencih, ki določa, da v javnem sektorju delodajalec ne sme širiti pravic zaposlenim iz javnih sredstev.

**Odgovor:** Ker se določilo 38. člena nanaša na pravico do plačane odsotnosti z dela iz upravičenih razlogov, lahko o priznanju te pravice govorimo le v sklopu delavčeve delovne obveznosti.

~  
**Vprašanje:** Ali je delodajalec dolžan delavcu povrniti povišane stroške prevoza na delo in z dela, ko je delavec v času trajanja PZ spremenil kraj svojega bivališča na način, da mora delodajalec zaradi tega povrniti višje stroške prevoza na delo in z dela.

**Odgovor:** Odbor se v celoti strinja z mnenjem MJU, št. 100-400/2013/2, z dne 26. 09. 2013, in sicer:

Področje povračil stroškov prevoza na delo in z dela v javnem sektorju je z enotnim besedilom urejeno v kolektivnih pogodbah, ki eksplicitno ne določajo ureditve glede povračila stroškov, ko se ti, zaradi razlogov na strani delojemalca (javnega uslužbenca), povečajo. Določajo le obveznost, da mora delavec izpolniti novo izjavo in se nova višina povračila stroškov določi na podlagi nove izjave, upošteva omejitve drugih določb v kolektivnih pogodbah. Edina omejitev, ki je glede spremembe bivališča oziroma spremembe izjave določena, je omejitev najvišjega možnega izplačila povračila stroškov prevoza na delo in z dela v višini minimalne plače. Kolektivne pogodbe z omejitvijo najvišjega izplačila povračila stroškov prevoza

na delo in z dela (minimalna plača) torej določajo način ravnanja v primeru, ko se višina povračila stroškov prevoza na delo in z dela na podlagi razlogov na strani delavca poveča in se torej nova višina povračila določi na podlagi določb kolektivnih pogodb. To pa pomeni, da se v primeru, da se strošek za prevoz na delo in z dela zaradi razlogov na strani delavca naknadno poveča, delavcu, pod pogoji, ki jih določa kolektivna pogodba, povrne povečan strošek.

~  
**Vprašanje:** Do katerih potnih stroškov je upravičen pripravnik za čas opravljanja dela pripravništva v drugem zavodu v drugem kraju?

**Odgovor:** Kroženje v času pripravništva šteje kot redno delovno obveznost pripravnika oziroma način opravljanja pripravništva po programu in ne kot napotitev na izobraževanje (službeno potovanje).

**Vprašanje:** Ali delavki, ki ima tako razporeditev delovnega časa, da enkrat tedensko dela popoldne, pripada dodatni dopust po peti alineji 4. točke 36. člena?

**Odgovor:** Delavcem pripada dodatno število dni dopusta po peti alineji 4. točke 36. člena, če je v skladu s 32. členom kolektivne pogodbe njihova razporeditev letnega delovnega časa zaradi zagotavljanja nepretrganega zdravstvenega ali drugega varstva oziroma opravljanja storitev taka, da morajo delati tudi popoldne.

~  
**Vprašanje:** Kako je v primeru, da delavec nastopi z bolniško s 1. 12. 2016 in z njo neprekinjeno nadaljuje tudi v letu 2017. Kdaj bo pridobil pravico do solidarnostne pomoči? Po preteku treh mesecev od 1. 12. 2016 (se pravi s 1. 3. 2017) ali po preteku treh mesecev od 1. 1. 2017 (se pravi s 1. 4. 2017)?

**Odgovor:** Glede na to, da je javni uslužbenec že več kot tri mesece odsoten z dela (od 1. 2. 2016), mu solidarnostna pomoč zaradi daljše bolezni pripada že s 1. 1. 2017, ker je pogoj tri mesečne odsotnosti že izpolnjen.

Seveda pa je treba pri upravičenosti do izplačila solidarnostne pomoči, poleg pogoja daljše odsotnosti, upoštevati še cenzus in članstvo v sindikatu.

~  
**Vprašanje:** Kako razumeti pojem »se kot obvezni minimalni standardi smiselno uporabljajo določbe ZSPJS, določbe podzakonskih aktov, sprejetih na njegovi podlagi, ki urejajo napredovanje v plačne razrede, delovno uspešnost in položajni dodatek ter določbe kolektivne pogodbe za javni sektor in tega aneksa« iz četrtega odstavka 1. člena Aneksa h Kolektivni pogodbi za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije (UL RS, št. 60/08)? Predvsem je problem prenosa plačnih razredov oziroma določitev plače javnemu uslužbencu, ki je imel prej sklenjeno pogodbo o zaposlitvi pri koncesionarju.

**Odgovor:** Četrty odstavek 1. člena Aneksa h Kolektivni pogodbi za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije (UL RS, št. 60/08) določa, da se za delodajalce in pri njih zaposlene delavce, za katere ne velja ZSPJS in ki izvajajo dejavnost v okviru javne mreže zdravstvene službe ali socialno varstvene dejavnosti, kot obvezni minimalni standardi smiselno uporabljajo določbe ZSPJS, določbe podzakonskih aktov, sprejetih na njegovi podlagi, ki urejajo napredovanje v plačne razrede, delovno uspešnost in položajni dodatek ter določbe kolektivne pogodbe za javni sektor in tega aneksa.

Pojem »obvezni minimalni standardi« pomeni, da smiselno uporabljajo določbe ZSPJS, določbe podzakonskih aktov, sprejetih na njegovi podlagi, ki urejajo napredovanje v plačne razrede, delovno uspešnost in položajni dodatek ter določbe kolektivne pogodbe za javni sektor in tega aneksa« je treba razumeti predvsem z vidika varovanja pravic zaposlenih pri delodajalcih, za katere ne velja ZSPJS in izvajajo dejavnost v okviru javne mreže zdravstvene službe ali socialno varstvene dejavnosti, in sicer kot minimalen obseg pravic iz naslova plačnih predpisov in zaradi njih sprejetih kolektivnih pogodb – določitev osnovne plače, napredovanja, dodatki... (npr. zneskovno ne sme imeti nižje plače, kot bi jo imel, če bi delal v javnem zavodu (vključno z možnostjo napredovanja v plači)).

~  
**Vprašanje:** Ali delavcu, ki se seli iz prizidka v hišo na istem naslovu, pripadajo plačani dnevi za selitev.

**Odgovor:** Da.

### Razlaga 36. člena

**Vprašanje:** V 36. členu Kolektivne pogodbe za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije (4. točka, četrta alineja) je navedeno, da se delavcu letni dopust poveča za **2 dni** za delo v timu, ki dela v urgentni službi.

Ali pomenijo tim urgentne službe zdravniki, ki delajo na OE Nujna medicinska pomoč, zdravstveni delavci s področja zdravstvene nege, zdravniki in zdravstveni delavci v prehospitalni enoti ter v nujni medicinski pomoči?

Delavci v OE NMP so podali ugovor, da želijo, da se jim za leto 2017 določi dodatno **2 dni** dopusta na osnovi 4. točke, četrte alineje. Poudarjamo pa dejstvo, da so delavci že prejeli **3 dni** dopusta za težje pogoje dela (nevarnost infekcij, neugodne klimatske razmere in večje fizične obremenitve) ter **2 dni** dopusta za delo v posebnih pogojih dela (dežurstvo, izmensko delo, popoldansko, nočno delo, terensko delo).

Prosimo vas, da Odbori za razlago kolektivne pogodbe (kolektivna pogodba za dejavnost zdravstva in socialnega varstva, kolektivna pogodba za zdravnike in zobozdravnike, kolektivna pogodba za zaposlene v zdravstveni negi) podajo uradno razlago o tem, kdo je lahko upravičen do dodatnih dni dopusta po četrty alineji 4. točke 36. člena in kdo po peti alineji 4. točke 36. člena. Prav tako naj se opredelijo, kdo spada v tim urgentne službe.

### Razlaga:

#### → po četrty alineji 4. točke 36. člena

Delavcem pripadata 2 dodatna dneva letnega dopusta po četrty alineji 4. točke 36. člena za delo v intenzivni negi in na terapiji I. in II. stopnje, v operacijski sobi in v teamu, ki dela v urgentni službi.

Pojem urgentna služba – gre za službo, namenjeno izvajanju nujnih zdravstvenih storitev, katerih opustitev bi v kratkem vodila v nepopravljivo in hudo okvaro zdravja ali smrt pacienta.

Tim, ki dela v urgentni službi – delavci, ki so dolžni na podlagi sklenjene pogodbe o zaposlitvi opravljati delo (tudi) v urgentni službi.

#### → po peti alineji 4. točke 36. člena

**2 dni** dopusta za delo v posebnih pogojih dela (dežurstvo, izmensko delo, popoldansko, nočno delo, terensko delo).

Delavcem pripada dodatno število dni dopusta po peti alineji 4. točke 36. člena, če je v

skladu z 32. členom kolektivne pogodbe njihova razporeditev letnega delovnega časa zaradi zagotavljanja nepretrganega zdravstvenega ali drugega varstva oziroma opravljanja storitev taka, da morajo delati v posebnih pogojih dela (dežurstvo, izmensko delo, popoldansko, nočno delo, terensko delo).

Odbor pa opozarja, da se posebni pogoji, določeni v peti alineji 4. točke 36. člena, ne seštevajo.

Določitev letnega dopusta po četrty alineji 4. točke 36. člena pa ne izključuje določitev letnega dopusta po peti alineji 4. točke 36. člena.

### Uvrščanje vodstvenih delovnih mest

**Vprašanje:** V skladu s kriteriji za uvrščanje vodstvenih delovnih mest (kolektivna pogodba za dejavnost zdravstva in socialnega varstva, aneks, objavljen v UL RS, št. 60/2008, priloga 5) je določitev vodstvenega delovnega mesta možna v primeru, da gre za vodenje organizacijske enote, da so vodstvenemu delovnemu mestu neposredno podrejeni javni uslužbenci, da delovne naloge vodenja na delovnem mestu obsegajo več kot polovico delovnega časa in da je vodstveno delovno mesto sistemizirano vsaj v V. tarifnem razredu ali višjem tarifnem razredu.

Konkretni plačni razred tako določene vodstvenega delovnega mesta se določi ob upoštevanju kriterijev, ki so naslednji: število zaposlenih v organizacijski enoti, povprečna izobrazbena struktura podrejenih javnih uslužbencev v organizacijski enoti ter vpliv dejavnosti organizacijske enote na poslovanje zavoda.

Katere zaposlene se upošteva za določitev plačnega razreda vodje sektorja, ki ima v svoji organizacijski enoti neposredno podrejene javne uslužbence, ki so vodje notranjih organizacijskih enot sektorja – službe (v sektorju so 4 službe, vseh zaposlenih po službah je 20).

**Odgovor:** Pod kriterijem »Število zaposlenih« v Prilogi 5 (Kriteriji za uvrščanje vodstvenih delovnih mest) Aneksa h Kolektivni pogodbi za dejavnost zdravstva in socialnega varstva Slovenije (UL RS, št. 60/08) razumemo število vseh zaposlenih v organizacijski enoti (v konkretnem primeru sektorja). ✕

## Otvoritev katetrskega laboratorija v SB Novo mesto

NOVA PRIDOBITEV V SB NOVO MESTO JE ANGIOGRAFSKI – KATETRSKI LABORATORIJ (LABORATORIJ ZA IZVAJANJE INVAZIVNE TER INTERVENCIJSKE KARDIOLOGIJE IN RADIOLOGIJE).

V Splošni bolnišnici Novo mesto smo po večletnem prizadevanju končno dobili katetrski laboratorij, ki je osnova za dejavnost intervencijske kardiologije. To je velika pridobitev ne le za novomeško okolje in prebivalce, ampak za celotni jugovzhodni del Slovenije. Bolezni srca in ožilja (najpogostejša med njimi je ishemična bolezen srca) namreč predstavljajo v slovenskem prostoru še vedno glavni vzrok smrti pri prebivalstvu, starejšem od 65 let, kot pomemben vzrok smrti pa se pričenejo pojavljati že po 45. letu starosti. Tako predstavljajo kar 38 % vseh vzrokov smrti. Pregled umrljivosti zaradi teh bolezni po različnih slovenskih regijah kaže, da jih je več v jugovzhodnem delu Slovenije, torej v naši regiji.

Zlati standard za diagnostiko ishemične bolezni srca je t. i. koronografija ali koronarna angiografija, ki se izvaja v katetrskem laboratoriju. Raziskave kažejo, da je preživetje po srčnem infarktu pri pacientih, ki so sprejeti v bolnišnico, ki ima katetrski laboratorij, tudi do trikrat večje kot pri pacientih, ki so sprejeti v bolnišnico brez katetrskega laboratorija.

Preiskave, ki jih opravimo v katetrskem laboratoriju, zajemajo kateterizacijo srčnih votlin, koronarnih in ostalih arterij, diagnostično obravnavo boleznih zaklopk in srčne mišice. Preiskava se lahko iz diagnostične že med samim potekom spremeni v zdravljenje, če se izkaže, da je treba pri bolniku opraviti poseg.

Splošna bolnišnica Novo mesto vse do danes, čeprav je četrta največja bolnišnica v Sloveniji, druga največja regijska, po površini, ki jo pokriva, pa celo prva, ni imela in ni izvajala programa dejavnosti katetrskega laboratorija. Zato je morala paciente (več kot 1000 letno) iz naše regije premeščati in napotovati na preiskave in posege v Ljubljano, Izolo, Novo Gorico, Celje in Maribor. Prevozni stroški predstavljajo pomembno finančno breme tako za ZZZS kot svojce bolnikov, za paciente pa neprijeten napor. Za bolnika je pomembno, da se zdravi čim bližje domu.

Delež bolnikov iz naše regije z opravljenimi koronografijami in angiografskimi preiskavami v omenjenih bolnišnicah je kar 10-odstoten. Posledično temu ima naša bolnišnica tudi najnižjo stopnjo hospitalizacije bolnikov v dejavnosti internistike s kardiologijo (komaj 22 %), medtem ko v drugih slovenskih bolnišnicah ta stopnja znaša od 28 do 39 %.

### Kaj prinašata pridobitev programa in investicije katetrskega laboratorija?

Novi program bo prispeval k boljši kakovosti življenja bolnikov naše regije, omogočena jim bo enakopravna dostopnost do kakovostne in varne zdravstvene oskrbe na področju srčno-žilnih bolezni, ki je do sedaj niso imeli.

Znižala se bo stopnja kardiovaskularne umrljivosti v naši, JV regiji. Povečala se bo stopnja hospitalizacije na število prebivalcev na 29 %, s čimer bomo dosegli slovensko povprečje. Angiografske preiskave bodo dvignile strokovno raven dela na kardiološkem in radiološkem oddelku ter v bolnišnici nasploh. Bolnikom bo omogočena natančna začetna diagnostika, s čimer se bomo izognili nepotrebnemu bivanju v bolnišnici, nepotrebnemu ponavljanju manj natančnih preiskav, nepotrebnim visokim prehospitalnim in reševalnim prevozom. Posledično se bo razbremenila obremenjenost UKC Ljubljana, pa tudi nekaterih ostalih centrov. Znižala se bo čakalna doba na koronografijo v celotnem slovenskem prostoru.

Znano je, da je natančna in hitra diagnostika bolezni najcenejša diagnostika, poleg tega sta hitro odkrivanje in strokovna pomoč porok za ohranitev kakovostnega življenja obolelega, ki po posegu lahko povsem normalno živi.

V novem laboratoriju bomo operirali tudi bolnike, ki potrebujejo stalni srčni spodbujevalec ali eno od podobnih naprav. Srčne spodbujevalce vstavljamo v naši bolnišnici od leta 2013 in letno opravimo od 120 do 130 vstavitve.

Naš interventni center se bo tako priključil ostalim petim interventnim kardiološkim centrom v Sloveniji in tako odpravil belo liso južno od Ljubljane. Pohvaliti želimo UKC Ljubljana za izjemno strokovno pomoč in pripravljenost pri izobraževanju ter mentoriranju naših sodelavcev. Zahvaljujemo se tudi ministrici Milojki Kolar Celarc, ki je s sodelavci prisluhnila potrebi in argumentom za nujno investicijo ter program. Hvala tudi



NOVE PROSTORE SO URADNO ODPRLI DIREKTORICA DOC. DR. MILENA KRAMAR ZUPAN, PRIM. IZTOK GRADECKI, PREDSEDNIK VLADE RS DR. MIRO CERAR IN MINISTRICA ZA ZDRAVJE MILOJKA KOLAR CELARC.

Društvu za zdravje srca in ožilja Dolenjske in Bele krajine in drugim društvom za podporo pri utemeljevanju potrebe po laboratoriju. Hvala v imenu bolnišnice in v imenu vseh pacientov, ki jim bo delovanje katetrskega oziroma angiografskega laboratorija koristilo ali morda celo rešilo življenje.

Sodoben katetrski laboratorij nam je uspelo ustanoviti tudi zaradi neutrudnih posameznikov, združenih v projektni skupini Splošne bolnišnice Novo mesto, ki ga je je preudarno in z občutkom za timsko delo vodila direktorica doc. dr. Milena Kramar Zupan v sodelovanju z izjemno strokovnim in zavzetim prim. Iztokom Gradeckijem, dr. med., specialistom interne medicine, kardiologije in vaskularne medicine ter ostalimi sodelavci. (Vir: [www.sb-nm.si](http://www.sb-nm.si), foto: Tomaž Levičar in Marko Klinc) ✕

## Prenovljeni prostori rentgena v ZD Krško

V ZD KRŠKO SMO V TOREK, 10. OKTOBRA 2017 OTVORILI PRENOVLJENE PROSTORE RENTGENA IN S TEM PRIDOBILI NOV DIGITALNI RTG APARAT VISION V, PRODUKT PROIZVAJALCA MEDICINSKE OPREME VISOKE TEHNOLOGIJE VISARIS IZ BEOGRADA.

Sredstva za prenovo prostorov in nov digitalni rentgenski aparat s PACS sistemom in delovno postajo za odčitavanje rtg slik je zdravstveni dom zagotovil iz lastnih virov.



NOVE PROSTORE JE URADNO OTVORILA DIREKTORICA ZDRAVSTVENEGA DOMA TATJANA FABJANČIČ PAVLIČ (V SREDINI), NA FOTOGRAFIJI SKUPAJ S SODELAVKAMA MILENO CEHTE IN SIMONO ZUPAN.

Z novejšo digitalno tehnologijo rentgenskega slikanja so doze RTG sevanja za paciente in osebje nižje, saj so detektorji bolj občutljivi za rentgenske žarke. Slike je možno računalniško obdelati in izboljšati, mogoče je narediti več kopij, na da bi osebo ponovno izpostavljali sevanju. Tehnologija omogoča tudi odčitavo RTG slik na daljavo. Digitalna radiologija je ekološko čistejša. Danes ZD Krško poleg digitalnega slikanja skeleta in pljuč že izvaja digitalno RTG slikanje zob in ortopantomografijo.

Od oktobra pa do konca tega leta smo povečali razpoložljivost za e-naročanje skeleta in PC z namenom, da prispevamo k skrajševanju čakalnih dob na tem področju. Odprli bomo možnost samoplačniškega slikanja, saj po novem lahko ponudimo kakovostno in takojšno opravljeno storitev. (Vir: Zdravstveni dom Krško) ✕

## Evropski dan darovanja 2017: ključen je pogovor v družini

LJUBLJANA, 13. OKTOBER 2017 - OB LETOŠNJEM EVROPSKEM DNEVU DAROVANJA ORGANOV IN TKIV, KI GA OBELEŽUJEMO DRŽAVNE ČLANICE SVETA EVROPE VSAKO DRUGO OKTOBRSKO SOBOTO, JE ZAVOD SLOVENIJA TRANSPLANT USMERIL POZORNOST NA POSTOPKE, KI OBIČAJNO OSTAJAJO PREKRITI ZA STEREOTIPNIM NERAZUMEVANJEM DEJAVNOSTI. DAN JE BIL ZATO NAMENJEN OZAVEŠČANJU, IZOBRAŽEVANJU IN POGOVORU.



Zdravljenje s presaditvijo v Sloveniji je zelo uspešna metoda zdravljenja pri dokončni odpovedi organa, kadar so ostali pristopi zdravljenja izčrpani. Čeprav je tovrstno zdravljenje že povsem uveljavljeno ter ga podpira okoli 70 % javnosti, se o transplantacijski medicini razširjajo tudi dileme, strahovi ter številne zmotne predstave. Zagotavljanje zadostnega števila razpoložljivih organov za presaditev sicer predstavlja nenehen izziv za zdravstvene sisteme povsod po svetu, Slovenci pa smo podpoprečno formalno opredeljeni pri darovanju organov. Med razlogi za to je tudi slabša informiranost o tej tematiki. Pomembno vlogo pri spreminjanju tega je letos igrala družbeno odgovorna kampanja »Ne čakaj, postani darovalec« za ozaveščanje o pomembnosti darovanja organov in tkiv, ki je že v prvih mesecih aktivacije pokazala odlične rezultate. Število formalno opredeljenih nenehno narašča.

Prim. Danica Avsec, dr. med., je poudarila, da »pri darovanju organov niso ključni le pokojni, ki darujejo. V zapletene ter časovno stisnjene postopke so vpleteni tako bolni na čakalnih seznamih in dobro usklajene in visoko profesionalne zdravstvene ekipe kot tudi svojci pokojnih.« Prav zaradi pomembne vloge svojcev, ki jo le-ti igrajo pri tovrstnih težkih odločitvah, zavod Slovenija Transplant spodbuja pogovore znotraj družin o darovanju organov. V kolikor možni umrli darovalec ni formalno opredeljen, so namreč prav svojci tisti, ki lahko ponudijo soglasje za to v primeru možganske smrti. Pogovori s družinskimi člani o stališčih, ki jih imajo posamezniki do te tematike, tako pogosto zelo olajšajo končno odločitev. (Vir: Slovenija Transplant) ✕

## Prestizžno svetovno priznanje stomatološki sekciji SZD

KONEC AVGUSTA LETOS JE BIL NA GENERALNI SKUPŠČINI FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONAL V MADRIDU NAŠI SEKCIJI PODELJENO PRIZNANJE ZA TEKMOVANJE ZA ČISTE ZOBE OB ZDRAVI PREHRANI, KI POD NJENIM STROKOVNIM IN ORGANIZACIJSKIM VODSTVOM POTEKA ŽE PETINTRIDESETO LETO PO VSEH SLOVENSKEH OSNOVNIH ŠOLAH TER ŠOLAH IN ZAVODIH ZA OTROKE S POSEBNIMI POTREBAMI.

Več držav se je potegovalo za prestižno nagrado FDI SMILE AWARD. V ožji izbor so prišli 4 programi iz Avstrije, Argentine, Izraela in Slovenije. In prav Slovenija je bila tista, ki si je letos pridobila to zavidanja vredno odličje. Priznali so nam, da je naše tekmovanje najbolj inovativen preventivni program na svetu. Vodji tekmovanja Mateju Leskošku je priznanje pred nabitno polno dvorano slovesno izročil predsednik FDI prof. dr. Patrick Hescot. Slikanja, čestitk in pohval ni bilo konca. Zobozdravstvene delavke in delavci iz cele Slovenije, ki že dolga leta vestno skrbimo za zdravje zob zaupanih nam otrok, smo ponosni, da se je vloženi trud in neuničljiv entuziazem obrestoval. (Prim. Gorazd Sajko, predsednik Stomatološke sekcije) ✕

## Z znanjem in izkušnjami do kakovostne paliativne oskrbe

LJUBLJANA, 18. OKTOBER 2017 - OB SVETOVNEM DNEVU PALIATIVNE OSKRBE IN HOSPICA, KI GA OBELEŽUJEMO DRUGO SOBOTO V OKTOBRU, JE OKTOBRA V LJUBLJANI POTEKAL 2. SLOVENSKE KONGRES PALIATIVNE OSKRBE S SLOGANOM: »Z ZNANJEM IN IZKUŠNJIAMI DO KAKOVOSTNE PALIATIVNE OSKRBE«.

Največji strokovni dogodek na področju paliativne oskrbe v Sloveniji je tudi tokrat potekal pod častnim pokroviteljstvom predsednika Republike Slovenije Boruta Pahorja in s podporo ministrice za zdravje Milojke Kolar Celarc. Na srečanju so domači in tuji strokov-



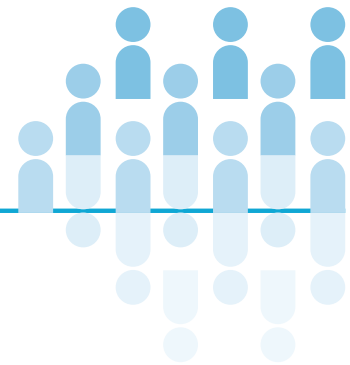
njaki spregovorili o najbolj aktualnih temah s področja paliativne oskrbe, med drugim o mobilnih paliativnih timih.

Organizatorji srečanja so predstavili trenutno stanje in možnosti **strokovne in organizacijske vzpostavitve delovanja mobilnih paliativnih timov v Sloveniji**. Pri tem izpostavljajo, da bo za njihovo izvajanje ključna prepoznavnost in podpora pri zdravstvenih delavcih – zdravnikih, medicinskih sestrah in drugih, ki sodelujejo pri obravnavi paliativnih bolnikov. Asist. mag. Mateja Lopuh, dr. med., državna koordinatorica paliativne oskrbe: "Vsi, ki sodelujemo pri vpeljavi paliativnega pristopa, smo prepričani, da je to ena boljših stvari v razvoju medicine. Medicina je kot stroka doživela vrhunski tehnološki razvoj, paliativni pristop pa predstavlja tisto človeč-

nost, spoštovanje, trajno skrb za bolnika, ki je nobena naprava ne zmore. Povezuje bolnika in družino in omogoča, da bolnik, če ima le možnosti in željo, lahko biva v domačem okolju. Včasih je prehod iz bolnišnice domov stresen, možnosti so manjše. Vpeljava mobilnih timov ta razkorak zmanjšuje. Strokovnjaki, ki so dodatno usposobljeni, v sodelovanju z družinskimi zdravniki in patronažno medicinsko službo, kakor tudi bolnišnico, stkejo neviden plašč okrog bolnika in njegove družine. Mrežo, ki omogoči varnost in uspešno lajšanje simptomov napredovale bolezni, kar je pravzaprav tudi definicija besede pallium." (Vir: Onkološki inštitut Ljubljana) ✕

## Posvet direktorjev in drugih vodstvenih delavcev v zdravstvu

*Debeli rtič, Mladinsko zdravilišče in letovišče RKS  
23. in 24. november 2017*



Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije bo tudi letos za člane organiziralo tradicionalni **Posvet direktorjev in drugih vodstvenih delavcev v zdravstvu**, ki bo potekal **23. in 24. novembra 2017** v predavalnici **Mladinskega zdravilišča in letovišča RKS** na Debelem rtiču, Ankaran. Tudi letošnje srečanje bo namenjeno obravnavi aktualnih vsebin s področja vodenja in upravljanja zdravstvenih zavodov.

### **Kotizacija:**

Kotizacije za posvet za člane združenja ni.

### **Namestitev:**

Namestitev in prenočišče si udeleženci zagotovite sami.

### **Dodatne informacije:**

Za dodatne informacije se obrnite na tajništvo Združenja (telefon: 0592 27 190, e-pošta: gp.zdruzenje@zdrzz.si).



# PREGLED DOGODKOV

## Seje odborov dejavnosti združenja

Seja	Dnevni red
<b>2. seja Odbora zobozdravstvene dejavnosti</b> 3. oktober 2017	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Potrditev zapisnika 1. seje Odbora zobozdravstvene dejavnosti</li><li>2. PVP skrajševanja čakalnih dob v zdravstvu in večje kakovosti zdravstvene obravnave za zobozdravstvo</li><li>3. Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2017</li><li>4. Oblikovanje predlogov za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2018</li><li>5. Razno</li></ol>
<b>2. izredna seja Odbora bolnišnične dejavnosti</b> 9. oktober 2017	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Variabilno nagrajevanje v bolnišnicah</li><li>2. Razno</li></ol>
<b>2. seja Komisije odbora osnovne zdravstvene dejavnosti</b> 9. oktober 2017	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Potrditev zapisnika 1. seje Komisije odbora osnovne zdravstvene dejavnosti</li><li>2. Obravnava podfinanciranosti zdravstvenih programov</li><li>3. Pregled aktivnosti za skupno tožbo zaradi sprememb predpisov in kolektivnih pogodb</li><li>4. Analiza povprečnih plačnih razredov v zavodih in priprava predloga dviga plačnih razredov v standardih za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2018</li><li>5. Analiza povečanja stroškov dela zaradi sklenjenih aneksov h kolektivnim pogodbam v zavodih</li><li>6. Pregled aktivnosti združenja v zvezi z opozorilom občinam glede problematike v poslovanjih zdravstvenih domov</li><li>7. Razno</li></ol>
<b>3. seja Odbora psihiatrične bolnišnične dejavnosti</b> 17. oktober 2017	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Potrditev zapisnika 3. seje Odbora psihiatrične bolnišnične dejavnosti</li><li>2. Obravnava predlogov psihiatričnih bolnišnic za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2018</li><li>3. Razvrščanje zdravnikov na delovna mesta višji zdravnik skladno z Aneks k posebnemu tarifnemu delu Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji</li><li>4. Odprava plačnih anomalij za direktorje in strokovne direktorje (psihiatričnih) bolnišnic</li><li>5. Variabilno nagrajevanje</li><li>6. Razno</li></ol>
<b>4. seja Odbora bolnišnične dejavnosti</b> 17. oktober 2017	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Potrditev zapisnika 3. seje Odbora bolnišnične dejavnosti</li><li>2. Predstavitve rezultatov raziskovalnega poročila Zdravstveno komuniciranje v Sloveniji</li><li>3. Oblikovanje predlogov za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2018</li><li>4. Nacionalna stroškovna analiza – informacija o aktivnostih na projektu</li><li>5. Registracija splošnega digitalnega certifikata bolnišnice v varnostno shemo</li><li>6. Projekt variabilno nagrajevanje</li><li>7. Razno</li></ol>
<b>4. seja Odbora osnovne zdravstvene dejavnosti</b> 18. oktober 2017	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Potrditev zapisnika 3. seje Odbora osnovne zdravstvene dejavnosti</li><li>2. Predstavitve rezultatov raziskovalnega poročila Zdravstveno komuniciranje v Sloveniji</li><li>3. Predstavitve predlogov za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2018</li><li>4. Predstavitve sklepov 1. seje Komisije osnovne zdravstvene dejavnosti</li><li>5. Poslovanje zdravstvenih domov v letih 2009-2017</li><li>6. Razno</li></ol>
<b>3. seja Upravnega odbora</b> 25. oktober 2017	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Potrditev zapisnika 2. seje Upravnega odbora</li><li>2. Obravnava predlogov za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2018</li><li>3. Projekt variabilno nagrajevanje – informacija</li><li>4. Poročilo dela uredniškega odbora Novis</li><li>5. Informacija o medletnem poslovanju združenja</li><li>6. Razno</li></ol>

# PREPREČEVANJE GRIPE

Gripa je zelo nalezljiva bolezen in se lahko hitro širi. Vsako sezono zboli do **200 tisoč** prebivalcev Slovenije.

Za preprečevanje širjenja upoštevajmo:

Če zbolimo in bi lahko imeli gripo, ostanemo doma.



Kihamo ali kašljamo v rokav ali si usta pokrijemo s papirnatim robčkom za enkratno uporabo.



Temeljito in pogosto si umivamo roke.

S cepljenjem proti gripi zmanjšamo verjetnost, da bi po okužbi zboleli.

