

Novis



LETNIK 44,
DECEMBER 2017

GLASILO ZDRUŽENJA
ZDRAVSTVENIH ZAVODOV
SLOVENIJE

12

Apel odločevalcem

Krize in krizno komuniciranje
v slovenskem zdravstvu

Procesni in kadrovski
management v zdravstvu

Posvet direktorjev in
drugih vodstvenih delavcev
v zdravstvu 2017



Komentar

1 Apel odločevalcem

Aktualno

2 Posvet direktorjev in drugih vodstvenih delavcev v zdravstvu 2017

3 Model obvladovanja tveganj v Splošni bolnišnici Celje

5 Organizacija NMP in mrliškopregledne službe v ZD Kamnik

7 Krize in krizno komuniciranje v slovenskem zdravstvu

8 Kateri govorniki poznajo pravila retorike in znajo spregovoriti asertivno

10 Kaj je mobing in kaj ni: primeri iz sodne prakse

Novosti v zavodih

13 Procesni in kadrovski management v zdravstvu: 20. jesensko srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu

Pregled dogodkov/napovednik

Priloga: Posledice podfinanciranosti zdravstvenega sistema s predlogi ukrepov

Spoštovani!

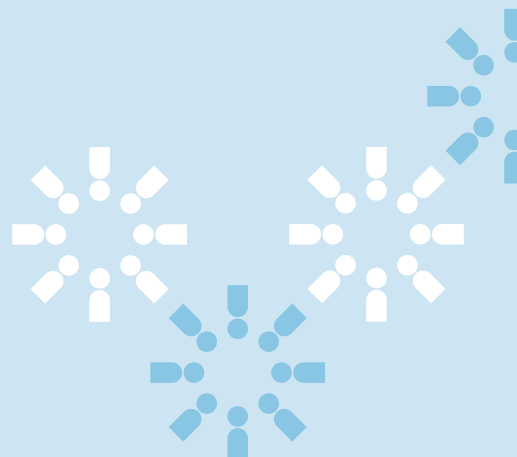
Naj vam bo v novem letu vsak dan navdih, da raziskujete svet.

Naj bodo naše skupne poti v smeri sloge.

Ob iztekajočem letu se vam zahvaljujemo za sodelovanje in prispevek pri delovanju združenja.

Vam in vašim najbližjim želimo miren božič in zadovoljno 2018.

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije



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.



www.zdrzz.si
www.facebook.com/pages/Zdruzenje-zdravstvenih-zavodov-Slovenije/
<https://twitter.com/ZdruzenjeZDRZZ>



ZDRUŽENJE ZDRAVSTVENIH ZAVODOV SLOVENIJE
ASSOCIATION OF HEALTHCARE INSTITUTIONS OF SLOVENIA



Apel odločevalcem

METOD MEZEK

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

V letošnjem letu mineva 25 let, odkar je bilo uvedeno vsakoletno partnersko dogovarjanje med posameznimi skupinami izvajalcev zdravstvenih programov. Med vsemi sodelujočimi sodi naše združenje pri sprejemanju vsakoletnega dogovora med aktivnejše udeležence, saj predstavlja največji delež izvajalcev oz. vse javne zdravstvene zavode v Sloveniji. Združenje vsako leto posreduje na partnersko dogovarjanje vrsto predlogov, ki izhajajo iz potreb posameznega zdravstvenega doma, bolnišnice in so odraz potreb prebivalstva, pa tudi razvoja medicinske stroke in zdravstvene dejavnosti. Od naših predlogov (med 150 in 200) je seveda sprejet le manjši del, saj predvsem finančne razmere ne omogočajo sprejetja vseh, marsikdaj tudi zelo dobrih predlogov.

Pri partnerskem dogovarjanju za splošni dogovor za leto 2018 Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije prvič ne bo predlagalo nikakršnih sprememb, čeprav je bilo veliko predlogov posredovanih s strani zdravstvenih zavodov. Odbori bolnišnic, zdravstvenih domov in upravni odbor združenja so se namreč enotno odločili, da predstavlja v tem trenutku daleč največji problem podfinanciranost sistema, saj cena zdravstvene storitve, ki nam je priznana, ne krije vseh stroškov, predvsem iz naslova povečanja stroškov dela. To je narekovalo odločitev, da je edini predlog združenja za leto 2018 povišanje cene zdravstvene storitve. Upravni odbor je pri tem zavzel še stališče, da bomo iz načelnih razlogov nasprotovali tudi vsem

predlogom za spremembe, ki jih bodo ostali partnerji predlagali v postopku dogovarjanja.

Popolna enotnost, ki smo jo pri sprejemu navedene odločitve sprejeli v organih združenja, je zelo povedna, saj sporoča, da se zdravstveni zavodi odpovedujejo spremembam in celo razvoju samo zato, da bi preživel. Upamo, da bodo to sporočilo primerno sprejeli in razumeli tudi odločevalci. Brez občutnega zvišanja cene zdravstvenih storitev se bo namreč, kljub interventnemu zakonu, finančna kriza v prihodnjem letu v zdravstvenih zavodih samo še poglobljala in stopnjevala. ■

Stališča združenja v zvezi s posledicami podfinanciranosti zdravstvenega sistema smo 21. 12. 2017 predstavili tudi na novinarski konferenci, gradivo [Posledice podfinanciranosti zdravstvenega sistema s predlogi ukrepov](#) pa objavljamo v prilogi te številke Novisa.

Posvet direktorjev in drugih vodstvenih delavcev v zdravstvu 2017

SAŠKA TERSEGLAV

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
saska.terseglav@zdrzz.si

V dvorani Mladinskega klimatskega zdravilišča na Debelem rtiču je 23. in 24. novembra 2017 potekal tradicionalni strokovni posvet direktorjev in drugih vodstvenih delavcev v zdravstvu. Posvet je pripravilo Združenje zdravstvenih zavodov Slovenija, nastopili pa so strokovnjaki s področja vodenja in upravljanja (zdravstvenih zavodov) ter predstavniki ministrstva za zdravje. Dogodka se je udeležilo 110 udeležencev, predstavnikov članov združenja - javnih zdravstvenih zavodov.

V uvodu je udeležence pozdravil direktor združenja **Metod Mezek**, pozdravnim besedam in pregledu aktualnih razmer v zdravstvu pa je sledil pregled primerov dobrih praks v zdravstvenih zavodih.

Zunanji sodelavec združenja na projektu skupne baze cen **Jasmin Džaferović** (UKC Maribor) je predstavil stanje aplikacije »intravizor« po enem letu delovanja, izpostavil glavne izzive ter priložnosti nadaljnega razvoja. Notranja revizorka v SB Celje **mag. Irma Kovač**, sicer tudi državna notranja revizorka, je predstavila model obvladovanja tveganj v SB Celje s poudarkom na obvladovanju medicinskih tveganj. Direktor ZD Kamnik **Sašo Rebolj** je prikazal organizacijo NMP in mrliškopregledne službe v ZD Kamnik.

V drugem delu srečanja so predstavniki ministrstva za zdravje podrobneje predstavili najbolj aktualne teme in projekte ministrstva. Zunanji svetovalec ministrice **prof. Dušan Keber** je predstavil, kaj prinaša predlog Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, direktorica direktorata za dolgotrajno oskrbo **Tatjana Buzeti** je predstavila izzive koordinacije med dolgotrajno oskrbo in



zdravstvenim varstvom. Direktor direktorata za ekonomiko **mag. Mirko Stopar** je povzel glavne zaključke implementacije zakona o interventnih ukrepih v letu 2017, državna sekretarka **dr. Ana Medved** pa je pripravila povzetek vsebin v projektu variabilno nagrajevanje in skrajšanje čakalnih dob.

Drugi dan posveta na Debelem rtiču je običajno namenjen temam s področja komuniciranja. Tudi letos je bil z nami prof. Dejan Verčič, vodja Centra za marketing in odnose z javnostmi, in v svojem predavanju razmišljal o temah kriznega komuniciranja v zdravstvu, prav tako pa nas je vnovič navduševala Tatjana

Zidar Gale (Šola asertivnega komuniciranja) s predavanjem na temo retorike in asertivnega komuniciranja. Zadnje predavanje na posvetu je pripravila mag. Vesna Vižintin Šporn (NIJZ), ki je na podlagi bogatih in dolgoletnih izkušenj s področja kadrovskega managementa razmišljala o aktualni temi kadrovske službe - mobbingu.

Zahvaljujemo se vsem nastopajočim, ki so darovali svoj čas in bili pripravljene preko predavanj deliti svoja znanja in izkušnje. Še posebej toplo se zahvaljujemo vsem udeležencem, ki ste omogočili, da je naše srečanje potekalo v ustvarjalnem in prijateljskem vzdušju. Se vidimo v naslednjem letu. ■

Model obvladovanja tveganj v splošni bolnišnici Celje

MAG. IRMA KOVAČ

Splošna bolnišnica Celje
irma.kovac@sb-celje.si

Z upravljanjem tveganj se slovenski javni zdravstveni zavodi srečujejo že vrsto let. Z uradno zahtevo po obvezni vzpostavitvi sistematične ureditve upravljanja tveganj so se prvič srečali v povezavi z državno strategijo na področju notranjega nadzora javnih financ (v nadaljevanju: NNJF), ki se je iztekla v letu 2008.

Razvoj upravljanja tveganj v javnih zdravstvenih zavodih

Na podlagi takratnih državnih strateških usmeritev je bila v letu 2006 v poslovno prakso implementirana Izjava o oceni NNJF kot obvezna sestavina letnega poročila. Del izjave se nanaša prav na področje upravljanja tveganj. Proti koncu leta 2008 so morali javni zdravstveni zavodi, kot posredni proračunski uporabniki, v skladu s takratno iztekajočo se državno strategijo na področju NNJF v svoje poslovno okolje obvezno **uvesti register tveganj**.

Upravljanje tveganj je – v tistem času – za slovenske javne zdravstvene zavode predstavljalo relativno novost, saj takratni snovalec državne strategije ni predvidel izobraževanja nosilcev, ki so bili v praksi zavezani k uresničevanju takratne strategije. Zato je bila strokovna pomoč, ki jo je javnim zdravstvenim zavodom že takrat nudilo Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, toliko bolj pomembna. V okviru številnih posvetov, ki jih je Združenje organiziralo za svoje člane, je prispevalo k seznanjanju svojih članov in širjenju njihovega vedenja in znanja s področja upravljanja tveganj in registra tveganj.

Zahteve za vzpostavitev registrov tveganj se z iztekom državne strategije NNJF za javne zdravstvene zavode niso končale. Prav nasprotno. Z uveljavitvijo **evropske direktive o prostem pretoku pacientov** med državami znotraj

Evropske unije, ki je stopila v veljavo **konec oktobra 2013**, so bili javni zdravstveni zavodi soočeni z zahtevo po uvedbi mednarodno uveljavljenih **standardov kakovosti** v svoje poslovno okolje. Prav upravljanje tveganj je ena od pomembnih sestavin standardov kakovosti.

Povzamemo lahko, da je sistematično upravljanje tveganj, ki mora biti dokumentirano v obliki registra tveganj, obvezen sestavni del poslovne prakse slovenskih javnih zdravstvenih zavodov že več let. Kakšno je dejansko stanje na tem področju, ni znano, saj trenutna razvitost upravljanja tveganj na področju javnih zdravstvenih zavodov v Sloveniji do danes še ni bila predmet raziskave. V okviru mednarodne presoje skladnosti z izbranim mednarodnim standardom kakovosti, ki je pred nekaj meseci potekala v eni od slovenskih bolnišnic, je bila s strani enega od tujih presojevalcev podana splošna, neformalna ocena trenutnega stanja na področju sistematičnega upravljanja tveganj v slovenskih javnih zdravstvenih zavodih. Povedano je bilo, da je v zavodih zaznati relativno dobro razumevanje upravljanja tveganj, in presenetljivo veliko število zavodov ima vzpostavljen register tveganj. Pretežni del registrov ima značilnost statičnega dokumenta, katerega vsebina se posodablja občasno, a kljub temu predstavlja ustrezno podlago za nadgradnjo v smislu integracije registra v poslovanje zavoda.

V splošni bolnišnici Celje je proces obvladovanja tveganj formaliziran že več let, pri čemer je v obliki registrov tveganj, ki ustrezajo skladnosti s standardi kakovosti, dokumentiran zadnjih nekaj let. Sledi kratka predstavitev obvladovanja tveganj v splošni bolnišnici Celje (v nadaljevanju: SBC) s poudarkom na obvladovanju medicinskih tveganj.

Model obvladovanja tveganj v Splošni Bolnišnici Celje

Model obvladovanja tveganj v SBC je zasnovan tako, da zagotavlja celovito obvladovanje tveganj v bolnišnici. Vključuje kombinacijo organizacijskega in procesnega pristopa in temelji na metodologiji COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, Odbor komisije Treadway za sponzorske organizacije). Upravljanje tveganj je usmerjeno v upravljanje poslovnih in medicinskih tveganj. Poslovna tveganja so tveganja, ki ogrožajo uspešno uresničevanje temeljnega poslovnega cilja bolnišnice – uravnotežen poslovni izid. Medicinska tveganja pa so tvega-

Upravljanje tveganj sestavljajo štiri temeljne sestavine: načrtovanje in zagotavljanje sredstev, ocenjevanje tveganj, izvajanje preventivnih ukrepov za obvladovanje tveganj in poročanje.

nja, ki ogrožajo varnost pacientov in zaposlenih v procesih zdravljenja in zdravstvene nege in se odražajo v negativnem vplivu na kakovost zdravstvene oskrbe. Ureditev upravljanja tveganj je formalizirana v obliki dveh internih predpisov, Pravilnika o obvladovanju poslovnih tveganj, katerega skrbnik je Služba za no-

tranzo revizijo, in Pravilnika o obvladovanju medicinskih tveganj, ki sodi v skrbništvo strokovnega direktorja.

Upravljanje tveganj sestavljajo štiri temeljne sestavine: načrtovanje in zagotavljanje sredstev, ocenjevanje tveganj, izvajanje preventivnih ukrepov za obvladovanje tveganj in poročanje. Sledi kratka predstavitev vsake posamezne sestavine.

Odgovornost za **načrtovanje in zagotavljanje sredstev** za obvladovanje tveganj je razmejena med različne nosilce:

- nosilec strateškega načrtovanja za bolnišnico kot celoto je direktor (strateški načrt),
- nosilci letnega načrtovanja so: strokovni direktor, pomočnica direktorja za zdravstveno nego, odgovorni nosilci posameznega poslovnega področja (finančni načrt in program dela),
- nosilci operativnega načrtovanja so predstojniki in glavne medicinske sestre oddelkov in vodje služb.

Naslednja sestavina upravljanja tveganj je **ocenjevanje prepoznanih tveganj z vidika verjetnosti in posledic ter snovanje preventivnih ukrepov** za njihovo obvladovanje, ki temelji na soodvisnosti ciljev, tveganj in notranjih kontrol. Če se iz te naveze izvzame katerokoli od sestavin, preostali dve izgubita pomen.

Proces ocenjevanja tveganj in njihovega obvladovanja je dokumentiran v registru tveganj. Register je praviloma izdelan za vsak krovni proces, ki je dokumentiran v bolnišničnem sistemu vodenja kakovosti. Izdela ga skrbnik posameznega procesa, ki je hkrati tudi skrbnik registra. Register je zasnovan v obliki dveh vsebinskih sklopov.

Prvega predstavlja analiza dejavnikov tveganj, katere rezultat je ocena tveganja (stolpci od 1 do vključno s 6). V tem delu register vsebuje sledeče:

- nabor prepoznanih kritičnih faz procesa, na katerega se register nanaša
- prepoznane dejavnike tveganj oziroma njihov vir po posameznih kritičnih fazah procesa
- analizo dejavnikov tveganj z oceno verjetnosti in posledic uresničitve tveganja, pri čemer se za ocenitev praviloma upoštevajo evidence odklonov oziroma ugotovljenih neskladnosti (v primeru da evidenca odklonov še ni vzpostavljena, se poda subjek-

tivna ocena verjetnosti in posledic, hkrati pa se vzpostavi ustrezno kontrolno točko in evidenco odklonov)

- oceno dejavnikov tveganj, ki je zmnožek ocene verjetnosti nastanka in ocene posledic nastanka dejavnika tveganj.

Drugi vsebinski sklop registra vključuje zapis aktivnosti za obvladovanje tveganj (stolpci od 7 do vključno z 10). V tem delu register vsebuje sledeče:

- opis preventivnih ukrepov oziroma dejanj za preprečitev nastanka, odpravo ali zmanjšanje verjetnosti dejavnika tveganja na kolikor je le mogoče nizko, razumen in praktično izvedljiv nivo tveganja; za en sam dejavnik tveganja se opredeli enega ali več preventivnih ukrepov. Zaradi zagotavljanja učinkovitega izvajanja morajo ukrepi praviloma temeljiti na podrobnih opisih postopkov in specifikacijah.

jenja (odklonov) kot dokaz, da je kontrolna točka pod nadzorom. Evidenca odklonov predstavlja podlago za ponovno oceno tveganja posameznega dejavnika tveganja v procesu posodabljanja registra.

- zapis korektivnega ukrepa za primer pojava odklona v skladu z ureditvijo obvladovanja tveganj glede na oceno dejavnika tveganj.

Pri tem naj dodamo, da je v rubriki preventivni ukrep zagotovljena neposredna povezava na dokumente v sistemu vodenja kakovosti oziroma na opis posameznega ukrepa v smislu opisa aktivnosti in njihovih nosilcev. Na ta način registri tveganj predstavljajo vezni člen med sistemom vodenja kakovosti in krovnimi procesi v bolnišnici, ki so usmerjeni v obvladovanje tveganj slabitve uresničevanja načel kakovostne in varne zdravstvene oskrbe pacientov v praksi. Registri tveganj so objavljeni na intranetni strani bolnišnice in so tako dostopni vsem sodelavcem. Vsebinsko registrov tveganj skrbniki posodablajo najmanj enkrat letno in s tem zagotavljajo njihovo aktualnost.

Tako zasnovani registri tveganj predstavljajo tudi podlago za **poročanje** o obvladovanju tveganj v bolnišnici. Poročilo, ki ga enkrat letno izdela Služba za notranjo revizijo, vsebuje oceno tveganja po posameznih področjih in povprečno oceno za bolnišnico kot celoto.

Zaključek

Zaključimo lahko z mislimi, da upravljanje tveganj predstavlja enega od pomembnih stebrov za povečanje uspešnosti in kakovosti delovanja slovenskih javnih zdravstvenih zavodov. S tem zavodi sledijo praksi na področju celovitega obvladovanja tveganj v poslovnem okolju sodobnih poslovnih subjektov, ki temelji na preventivnem sistematičnem prepoznavanju tveganj, ki so jim organizacije izpostavljene, in na oblikovanju ukrepov za odpravo ali zmanjšanje verjetnosti nastopa posameznega tveganja.

V vse bolj negotovem in nepredvidljivem okolju je upravljanje tveganj eno od ključnih orodij managementa, tako pridobitnih kot nepridobitnih organizacij, s katerim lahko zagotavljajo svojo uspešnost. S sistematičnim razvojem upravljanje tveganj lahko management zagotovi tudi dolgoročno uspešnost posamezne organizacije. ■

V vse bolj negotovem in nepredvidljivem okolju je upravljanje tveganj eno od ključnih orodij managementa, tako pridobitnih kot nepridobitnih organizacij, s katerim lahko zagotavljajo svojo uspešnost.

- opis kontrolnih točk oziroma točk nadzora. To so točke, na katerih se v praksi izvaja opazovanje in merjenje, z namenom pravočasno zaznati in evidentirati morebitne odklone od mejnih vrednosti parametra. Ista kontrolna točka se lahko opredeli za več različnih dejavnikov tveganja.
- opis parametrov, ki so predmet izvajanja nadzora, za kar obstaja dokumentirana sled in evidenca ugotovitev nadzora oziroma merjenja. Za vsako kontrolno točko oziroma parameter se mora vzpostaviti dokumentirano in evidenco rezultatov mer-

Organizacija NMP in mrliško-pregledne službe v ZD Kamnik

SAŠO REBOLJ, DR. MED.

Zdravstveni dom Kamnik
saso.rebolj@zdkamnik.si

Zahteve po ločevanju dela splošnih/družinskih ambulant od nujne medicinske pomoči in mrliškopregledne službe prinašajo nemalo težav na periferijo, kjer nujna medicinska pomoč praviloma ni ločena organizacijska enota, ne razpolaga z zdravniki, ki bi opravljali zgolj nujno medicinsko pomoč v času rednega dela, niti nima teh zdravnikov financiranih v celoti. Pogosto organizacija dela poteka tako, da zdravniki na terenske intervencije z reševalnim vozilom odhajajo iz rednih ambulant, kar zaradi preobremenjenosti povzroča napetosti in zahteve po drugačni organizaciji, tako s strani zdravnikov kot s strani bolnikov in nenazadnje sindikatov. S tem problemom se srečujejo predvsem bivše 1B enote, po novem pravilniku praviloma imenovane DS3.

Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik v številkah

V ZD Kamnik je 162 zaposlenih, od tega 17 zdravnikov z licenco (brez zobozdravnikov in specializantov). Nujna medicinska pomoč pokriva občini Kamnik, Komenda in znotraj njiju terme Snovik, Veliko planino in področje obiskanih Kamniških Alp. Pri 34.000 prebivalcih je v ambulanti NMP letno 11.000 pregledanih pacientov in opravljenih 1100 terenskih intervencij.

Status enote po starem pravilniku NMP je 1B, po novem pravilniku 1,5 NRV in DS3 (Zdravnik specialist – pripravljenost med tednom od 7. do 20. ure in dežurstvo med tednom od 20. do 7. ure ter sobote, nedelje in prazniki).

Enota razpolaga s 3 ambulanti, malo kirurgijo, 3 reanimobili, 1 NRV, 1 RV in 1 popolno opremljenim terenskim vozilom urgentnega zdravnika.

Kaj se pričakuje od zdravnikov v enotah NMP s podobnim statusom

- Izvajanje intervencij z ekipo NMP
- Izvajanje nujnih hišnih obiskov
- Izvajanje mrliško pregledne službe
- Izvajanje pregledov nujnih bolnikov, ki sami pridejo v ZD
 - + opravljanje rednega ambulantnega dela s svojimi pacienti

Glavne težave, če se NMP (in mrliško pregledna služba) izvaja z zdravniki, ki delajo v rednih ambulantah

- Terenske intervencije izredno motijo redno delo z nujnimi in manj nujnimi telefonskimi klici. Nepredvidljivi izhodi na teren onemogočajo učinkovit sistem naročanja bolnikov, posledično pa predstavljajo nespoštovanje njihovega časa in nezadovoljstvo pacientov.
- Obremenjujejo zdravnike, onemogočajo dokončanje dela znotraj rednega delovnega časa (povprečno trajanje intervencije v ZD Kamnik je 110 min).
- Zagotavljanje primerno kratkih dostopnih časov ekipe nujne medicinske pomoči (ob sprejemu intervencije ima v ambulanti bolnika in slab pregled nad razpoložljivostjo reševalnih vozil).
- Potencialna nevarnost manjše kritičnosti do nujnosti stanja ob pritisku gneče v čakalnici (,pripeljite pokazat').
- Manjša izkušnost zdravnikov ob manjšem številu nujnih intervencij na posameznega zdravnika in problem predpisanih usposabljanj po Pravilniku, ki ga je težko zagotoviti za prav vse zdravnike v rednih ambulantah.
- Tudi izvajanje mrliško pregledne službe predstavlja dodatno obremenitev, saj loče-

ne mreže mrliških preglednikov ni, mrliški pregled mora biti opravljen v predpisanem času, opraviti pa ga mora zdravnik, ki je izven večjih mest ponovno praviloma zdravnik iz redne ambulante.

- V primerjavi z nujnimi intervencijami je mrliških pregledov sicer razmeroma malo in ugotavljanje smrti je marsikdaj del intervencij NMP.

Rešitve?

Osnovni cilj pri reševanju problematike smo videli v ločitvi dela prezaposlenih rednih ambulant od ne planiranega terenskega dela, ob pomoči da se ohrani oskrba najnujnejših bolnikov na najvišji ravni in v skladu s standardi.

Ob tem se stalno poraja vprašanje, ali je na periferiji racionalno imeti ločeno organizirane zdravnike za nujne hišne obiske, ločene mreže zdravnikov mrliških preglednikov in ločene zdravnike za NMP (ob poskusu reorganizacije NMP, ki bi ohranjal zdravnike za umrle in hišne obiske, za najnujnejša stanja iz perifernih NMP enot pa črtal zdravnike).

Najbolj racionalna in učinkovita rešitev se nam je zdelo organiziranje NMP v ločeno službo, ki opravlja tudi nujne hišne obiske in mrliško pregledno službo, ko ni zasedena z NMP intervencijami.

Organizacija NMP službe v ZD Kamnik

Dva redno zaposlena zdravnika v rednem delovnem času (1/izmeno), ki delujeta v ambulanti nujne medicinske pomoči (ANMP) in imata zelo majhno število opredeljenih bolnikov.

Spremljevalec iz reanimobila (dipl. ZN) dela z zdravnikom v ANMP in opravlja intervencije na terenu, ko je potrebno. Poleg zagotovljene ekipe



NMP ponoči, ob sobotah, nedeljah in praznikih taka organiziranost zagotavlja 24-urno pokritost ambulate/terena z ekipo vse dni v letu.

Naloge NMP:

- Pregledi nujnih in ‚nujnih‘ pacientov, ki pridejo sami v ANMP, če ekipa ni na terenu
 - Opravljanje terenskih intervencij z reanimobilom (in pripadajočo ekipo)
 - Opravljanje nujnih hišnih obiskov
 - Opravljanje mrliških pregledov
 - Majhno število opredeljenih bolnikov
- Ker smo organizirali službo, primarno za NMP, ta:
- NE nadomešča odsotnih ambulant, nadomeščanje je urejeno ločeno
 - NE opravlja rednih hišnih obiskov, ampak je to obveza osebnega zdravnika

Zagotavljanje kvalitetne oskrbe in kratkih dostopnih časov pri taki organizaciji:

Možno je ločeno aktiviranje samo zdravnika ali samo nujnega reševalnega vozila brez zdravnika – NRV.

Možno je aktivirati ekipo reanimobila za nujne (manj nujne) intervencije na nujno.

Možna je aktivacija zdravnika z vozilom urgentnega zdravnika (VUZ) in NRV ločeno na isto intervencijo (*rendez-vous*).

Način omogoča racionalno izrabo zdravnika, kratke dostopne čase in aktivacijo ekipe s katere koli lokacije.

Pogoj za vzpostavitev dispečerske službe zdravstva je natančen pregled nad lokacijo vozil in ekip, ki ga dosegamo z doslednim sporočanjem statusa ekipe (na intervencijo, na kraju, vračanje s pacientom, razpoložljivost, sistem GPS omogoča lažje spremljanje lokacije in statusa).

Prednosti take organizacije:

- Doseganje standardov delovanja NMP
- Zadovoljni zaposleni v ambulantah
- Zadovoljni zaposleni na NMP
- Zadovoljni sindikalni predstavniki v ZD
- Velika dostopnost NMP bolnikom
- Ugled enote v lokalnem okolju

→ Kvalitetna oskrba z nizkimi stroški

Pomanjkljivosti in potencialne rezerve:

- Ni zdravstvenega dispečerja, intervencije in organizacijo sprejema zdravnik v NMP ali nadomestni zdravnik v redni ambulanti
- Pri zasedenosti ekipe z intervencijo na terenu je ANMP zaprta, paciente se razporedi po delujočih splošnih/pediatričnih ambulantah
- Problem sočasnih intervencij (ko druga intervencija pade na zdravnika splošne ambulante ali na sosednjo enoto NMP, s katero sicer zgledno sodelujemo (NMP Domžale))
- Optimalno delo zahteva precej organizacijskih sposobnosti ekipe
- Podfinanciranje zdravnikov (finančno priznana je le pripravljenost)
- Kompatibilnost z dispečersko službo zdravstva v nastajanju? ■

Krize in krizno komuniciranje v slovenskem zdravstvu

PROF. DEJAN VERČIČ

Fakulteta za družbene vede Univerze v Ljubljani
dejan.vercic@fdv.uni-lj.si



Kriza je hipna ali počasna sprememba, ki zaradi morebitnih usodnih posledic terja takojšen odziv. Podobno kot medicina pozna akutne in kronične bolezni, krizno upravljanje pozna akutne in kronične krize. Prve so hipne in očitne (v zdravstvu gre najpogosteje za nepotrebno smrt bolnika, žal tudi otroka), druge pa so lahko prostim očem prikrite, čeprav trajajo dlje časa in lahko imajo dolgoročne, usodne posledice (zaznano padanje zaupanja v zdravstvo v Sloveniji¹ vodi v vse težje pogoje dela in posledično nižjo učinkovitost).

Krog kriznega komuniciranja

Vsako krizo lahko razdelimo v pet faz. Prva faza je priprava na krizo, druga sam začetek, tretja je trajanje, četrta je konec in peta učenje iz nje.

Uspešno obvladovanje kroga terja uvodni raziskovalni pregled zdravstva in njegovih ti-

pičnih kriz, pa tudi zdravstvenih zavodov in njihovih dosedanjih izkušenj s krizami.

Temu sledi ocena tveganj in nujnosti odzivanja v morebitnih kriznih situacijah. Različne krize imajo različne verjetnosti, pa tudi različen pomen glede na posledice za organizacijo in njene deležnike.

Odločevalski pomen kriznega komuniciranja

Komuniciranje pomembno vpliva na odločanje, saj brez ustreznih metod poslušanja, kaj se dogaja v organizaciji in okoli nje, kriz ni mogoče pravočasno zaznati niti se nanje primerno pripravljati. Zato je tudi aktiviranje ob nastanku krize prepočasno, neuskkljeno, kar že tako neugodno situacijo še dodatno oteži.

Komuniciranje vpliva tudi na odnose med deležniki, tako pred krizo kot tudi med in po njej, kakovost odnosov pa prinese stanje zaupanja in podpore, ki smo ju deležni, ko ju najbolj potrebujemo.

Kakovostno krizno komuniciranje omogoča zmanjševanje negotovosti odločevalcev in deležnikov, pa tudi kakovost izbire ustreznega vedenja.

Glavne napake

Glavne napake, ki jih literatura navaja na področju kriznega komuniciranja, so:

- vtis počasnega ali neučinkovitega odziva,
- vtis, da kaj skrivamo ali t. i. past 'brez komentarja',
- slučajno ali zavestno podajanje neresničnih informacij,
- neskladna sporočila (iz različnih virov),
- prezgodnji zaključki in
- izražanje nezadostne empatije.

Ljudje so v kriznih okoliščinah pogosto prestrašeni in v stresu; za krizne okoliščine znajo odpuštni (nesreče se dogajajo), za nespoštovanje ali celo zaničevanje pa nikoli.

Zaključek: kaj storiti?

Upravljanje s kriznim komuniciranjem predpostavlja, da s komuniciranjem upravljamo. V slovenskem zdravstvu temu ni tako. Da bi se lahko resno lotili priprave kriznega komuniciranja, najprej potrebujemo nacionalno strategijo zdravstvenega komuniciranja s ključnimi dejavniki uspeha po različnih področjih in ravneh¹. Določiti moramo standarde komuniciranja v slovenskih zdravstvenih ustanovah, ki nam bodo pokazali, koliko ljudi in sredstev potrebujemo. (Z nič ne bomo nikoli uspeli narediti nič.) Potem se lahko lotimo priprave modela kriznega komuniciranja v zdravstvu, ki bo zmožen zajeti tako kronične kot tudi akutne krize. Uspeha pa ne bo brez stalnega izobraževanja, raziskovanja in usposabljanja, ki se mora začeti že na medicinskih in zdravstvenih fakultetah in nadaljevati skozi vseživljenjsko učenje in usposabljanje. Vse drugo so samo navidezne bližnjice, ki ne vodijo nikamor. ■

¹ Terseglav, S., Duratovič Konjevič, A. In Verčič, D. (2017). *Zdravstveno komuniciranje v Sloveniji: raziskovalno poročilo*. Ljubljana: Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije in Center za marketing in odnose z javnostmi, FDV.

Kateri govorniki poznajo pravila retorike in znajo spregovoriti asertivno

TATJANA ZIDAR GALE

Šola asertivnega komuniciranja
tatjana.zidar@siol.net



Kaj nam sporočajo govorniki, ki jih poslušamo ali beremo njihove izjave? Ali govorijo prepričljivo, jim lahko verjamemo? Lahko iz njihovih besed prepoznamo, ali so tudi sami prepričani o tem, kar govorijo? Morda so negotovi, zato se zatekajo v obrambne odzive. Ali pa želijo ugajati in biti ljudem všeč, iščejo pohvale in občudovanje ...

V različnih medijih smo poslušali ali brali nekaj takih izjav:

1. Če nam bodo drugi sindikati ovirali, bomo razmislili o tožbi.
2. V tem času niste še nič naredili. Veliko ste obljubljali, zdaj pa ste na obljube pozabili.
3. Ni res, nimate prav. Lahko vam dokažem, da se motite. Teh stvari sploh ne poznate.
4. Vi ste za to odgovorni. Upam, da se zavedate, kaj delate. Sprašujem vas, kaj se bo moralo še zgoditi, da boste ukrepali?!
5. Lepo, da bi gospod H... vedel, o čem govori, in da bi se pred izjavami pozanimal in preveril.
6. Preveč se je hitelo. V urgentnih centrih ni dovolj usposobljenega kadra, da bi delo sploh lahko bilo opravljeno. Problemi so na vseh področjih. (...) Urgentnih zdravnikov sploh ni.

7. *Ravnali smo odgovorno do bolnikov in do naših kolegov, saj smo s sporazumom postavili temelje pomembnim pozitivnim spremembam v zdravstvenem sistemu. Zato pričakujemo in upamo, da se bo obdobje neodločnosti predsednika vlade čim prej zaključilo in da bo ravnal evropsko in podprl izpogajen ter parafiran sporazum o začasni prekinitvi stankovnih dejavnosti.*

8. *Jaz mislim, da bodo ljudje razumeli. Treba je stopiti skupaj, ampak ne s praznimi obljubami.*
9. *Nikoli nisem želel nasprotovati, v bistvu mi je bilo pomembno ..., da ljudje spoznajo naše vsakdanje stiske.*

Kaj lahko spoznamo v omenjenih izjavah? Kaj te izjave govorijo o govornikih, ki so jih izrekli? Vsekakor niso primeri dobre prakse. Ne kažejo trdne retorike in jasnega ter suverena izražanja.

Agresivni odzivi

Prve tri izjave uvrščamo med t. i. agresivne odzive, saj vsebujejo **napad na osebnost** (*niste še nič naredili; veliko ste obljubljali; na obljube ste pozabili; nimate prav, se motite, stvari ne poznate*). Izjave so povsem **posplošene**; nikjer ni navedenega konkretnega dejstva (manjkajo konkretni podatki, izračuni, konkretni primeri ...; prisotne so posplošitve: *v tem času – kdaj, veliko – kaj, zdaj, teh stvari ...*). Namesto dejstev lahko slišimo ali beremo zgolj **domneve** (*motite se – na osnovi česa lahko sklepamo o tem; ne poznate – kako to vemo ...*). Prisotna pa je tudi **grožnja** (*bomo razmišljali o tožbi*); kadar je izrečena glasneje, zazveni kot agresivna izjava; lahko pa zazveni s posebno intonacijo prijaznosti, kar uvrščamo v pasivno agresijo (*OP: glej nadaljevanje*). Take izjave ne kažejo govorničeve moči, prepričljivosti oz. trdnosti. Kažejo njihovo šibkost; zaradi ogože-

nosti (nemoči, stiske, občutka nepomembnosti, nesprejetosti) so izbrali **agresivno obrambo** oz. **agresivno vedenje**.

Pasivno agresivni odzivi

Naslednje štiri izjave (od 4. do 7. primera) prav tako vsebujejo obrambni odziv, govorimo o pa-

Ko npr. (mučeniško) rečemo: »Upam, da se zavedate, kaj delate,« želimo povedati marsikaj drugega; morda želimo celo odkrito napasti: »Niste naredili ... Delali ste napačno ... To, kar ste naredili, ni dobro ...,« a za to nimamo podzavednega dovoljenja, zato napademo prikrito.

sivno agresivnem odzivu, ki napade prikrito. Pri agresivnem vedenju oz. strategiji boja govorimo o odkritem napadu, pri pasivno agresivnem pa o manipulaciji oz. prikitem napadu. Ali so ljudje, ki napadajo (odkrito ali prikrito) močni ali šibki? Oboji so šibki, zato potrebujejo obrambo; branijo se z napadom – odkritim ali prikritim. Vzroki so lahko različni: njihovi naučeni vedenjski vzorci, njihova trenutna stiska, negotovost, nezadovoljena potreba po moči,

pomembnosti, želja po nadzoru, nadvladi, ki jim zagotavlja (navidezno) moč ...

Če pogledamo izjave, lahko zaznamo t. i. **dvójna sporočila**: nekaj izrečemo, pravi pomen pa je skrit; tako se zatekamo v manipulativne izjave. Ko npr. (mučeniško) rečemo: »Upam, da se zavedate, kaj delate,« želimo povedati marsikaj drugega; morda želimo celo odkrito napasti: »Niste naredili ... Delali ste napačno ... To, kar ste naredili, ni dobro ...,« a za to nimamo podzavednega dovoljenja, zato napademo prikrito. Ne povemo, kaj nas v njihovih dejanjih dejansko moti, kaj se je konkretno dogajalo, ne uporabimo konkretnih dejstev ali primerov ... V izjavi: »Lepo, da bi gospod H... vedel, o čem govori, in da bi se pred izjavami pozanimal in preveril,« nas očitno nekaj moti, morda nas je celo gospodova izjava prizadela. Namesto da bi to jasno opisali, smo se raje zatekli v prikrito kritiko oz. prikrit napad; tako smo pokazali našo nemoč ali stisko, čustva pa smo potlačili. Prav tako izjave vsebujejo **posplošitve, domneve in negacije** (*preveč se je hitelo; ni dovolj usposobljenega kadra; problemi so na vseh področjih; upamo, da se bo obdobje neodločnosti predsednika vlade čim prej zaključilo ...*), saj ponovno ni navedenega nobenega konkretnega dejstva ali konkretnega primera. Manjka konkreten opis.

Pasivni odzivi

Zadnji dve izjavi pa uvrščamo med t. i. pasivno vedenje; govorimo o umiku ali begu. Tudi to vedenje uvrščamo med obrambne odzive – branimo se z umikom. Govorec je lahko v

stiski, ne želi izzvati nasprotovanja; želi, da bi ga ljudje sprejeli – ga imeli radi, ga morda celo občudovali, pohvalili ali volili ... V izjavah se čuti podrejenost in negotovost. Zazna se potreba po pojasnjevanju – kot da bi govorec želel povedati: »A vidite, kako sem v redu oseba, potrebujem vašo podporo, zato se trudim, da bi povedal tisto, kar vam bo všeč in vas prepričalo, da sem vreden zaupanja.« Kaj pa take izjave sprožijo? Marsikdo bo rekel: »Spet ‚naklada‘, zna samo ‚rožiče saditi‘, svojega mnenja pa ne pove.« Če pomislimo na naše politike, lahko najdemo veliko takih izjav.

Asertivne izjave

Asertivna izjava je **konkretno opisovanje na tri različne načine**. Ključno vprašanje pri tem je: *kako opustiti obrambno vedenje oz. izjave, ki kažejo našo šibkost ali ogroženost, in se odzvati trdno, neobrambno, prepričljivo in suvereno*. Potrebno je zavedanje situacije in akterjev v tej situaciji: **kaj se dogaja v meni** (prvi opis), **kaj se dogaja v sogovorniku** (drugi opis) in **kakšna so dejstva** (tretji opis). Asertivne izjave so torej oblikovane kot konkretno opisovanje iz treh različnih smeri: iz sebe, iz sogovornika in s strani dejstev, brez obrambe. Nekaj zgornjih izjav bi npr. lahko zazvenelo asertivno:

Namesto: Če nas bodo drugi sindikati ovirali, bomo razmislili o tožbi.

Raje: Drugi sindikati delujejo ... (konkreten opis, kaj počenjajo), *za nas tak način ni sprejemljiv, saj ...* (pojasniti z opisom), *zato vidimo zadnjo možno rešitve v tožbi.*

Namesto: V tem času niste še nič naredili. Veliko ste obljubljali, zdaj pa ste na obljube pozabili.

Raje: Po volitvah ste obljubili, da boste (navesti konkretne podatke oz. obljube – jih opisati). *Do sedaj je bilo opravljeno/dokončano/izpeljano ...* (konkreten opis s številkami ali/in primeri). **Pričakujemo vaše pojasnilo.** (**pravilo:** govorimo o sebi, ne o drugih)

Namesto: Vi ste za to odgovorni. Upam, da se zavedate, kaj delate. Sprašujem vas, kaj se bo moralo še zgoditi, da boste ukreпали?!

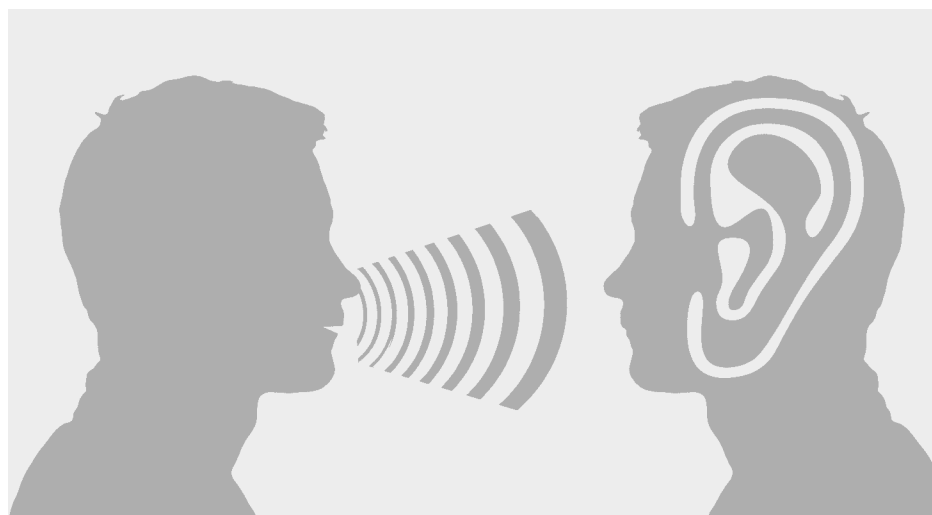
Raje: Zgodilo se je ... (opisati konkreten dogodek). *To je že četrti primer, ki se je zgodil zaradi ...* *Skrbi me/nas, saj se zavedam/-o, da se lahko taki primeri ponovijo, zato želim/o/ pozivam/o/ pričakujem/-o/nameravam/-o ...*

Namesto: Ni res, nimate prav. Lahko vam dokazem, da se motite. Teh stvari sploh ne poznate.

Raje: Vi izhajate iz .../Navajate ... (konkretno povzeti). *Tu imam/-o pomisleke, saj dejstva kažejo ..., zato ne morem/-o/ne bom/-o podprl/-i .../zato bom/-o v prihodnje ravnal/i/deloval/i/sprožil/-i ...* (navesti, kaj bomo storili).

Namesto: Jaz mislim, da bodo ljudje razumeli. Treba je stopiti skupaj, ampak ne s praznimi obljubami.

Raje: Verjamem/prepričan sem, da bodo ljudje razumeli. V zadnjih pogovorih so mi namreč predstavniki navajali/zagotovili/pojasnili ... (opisati, kaj konkretno so povedali). *Dogovorili smo se, da bomo ...* (navesti konkretno). *Do konca leta bomo torej ...* (pojasniti, kakšen je konkreten cilj ali vsaj namen). ■



Kaj nam sporočajo govorniki, ki jih poslušamo ali beremo njihove izjave? Ali govorijo prepričljivo, jim lahko verjamemo? Lahko iz njihovih besed prepoznamo, ali so tudi sami prepričani o tem, kar govorijo?

Kaj je mobbing in kaj ni: primeri iz sodne prakse

MAG. VESNA VIŽINTIN ŠPORN

Nacionalni inštitut za javno zdravje
vesna.vizintin@nijz.si

Mobbing je po definiciji Heinza Leymanna s konfliktnostjo obremenjena komunikacija med sodelavci ali med predpostavljenimi in podrejenimi, pri čemer je napadena oseba v podrejenem položaju in jo ena ali več oseb sistematično, pogosto in dalj časa neposredno ali posredno napada z namenom ali učinkom izključitve iz delovnega razmerja. Ciljni namen takšnega ravnanja je odstraniti posameznika z njegovega področja delovanja.

1. Kaj je mobbing?

Beseda mobbing izhaja iz angleškega glagola *to mob*, ki v slovenskem prevodu pomeni planiti na, napasti, lotiti se koga, pa tudi sodrga, drhal. Izraz je skoval etnolog Konrad Lorenz, ki je pri opazovanju živali prišel do zanimivih izsledkov, na kakšne načine skupina živali prežene ali izloči vsiljivca ali konkurenta in kako pri tem posamezne živali sodelujejo.

Mobbing je po definiciji Heinza Leymanna s konfliktnostjo obremenjena komunikacija med sodelavci ali med predpostavljenimi in podrejenimi, pri čemer je napadena oseba v podrejenem položaju in jo ena ali več oseb sistematično, pogosto in dalj časa neposredno ali posredno napada z namenom ali učinkom izključitve iz delovnega razmerja. Ciljni namen takšnega ravnanja je odstraniti posameznika z njegovega področja delovanja. Gre torej za proces povezanega dejanja na delovnem mestu, v katerem se proti posamezniku izvajajo različna destruktivna dejanja, ki se napovedujejo dalj časa in jih prizadeti občuti kot oviranje in oškodovanje njegove osebnosti. Če poteka jo neovirano, pri prizadetem načelno vodijo v stanje, ko sta njegova psihična občutljivost in zdravje vedno bolj prizadeta, povečata se njegovo

va osamitev in izključenost na delovnem mestu, nasprotno pa njegove možnosti za zadovoljivo rešitev kopnijo in se praviloma končajo z izgubo njegovega dotedanjega delovnega področja.

K mobbingu lahko pripomorejo tudi nejasno opredeljene naloge v notranjih organizacijskih aktih, neskladnost notranjih aktov z zakonskimi in podzakonskimi akti, neprimer-

Zelo pogosto se zaposleni tudi neupravičeno sklicujejo na mobbing, zato je pomembno, da vemo, kaj mobbing ni. Mobbing ni zahtevanje dela, neomogočanje posebnih ugodnosti.

nosti dodeljenih nalog glede na sistemizirano delovno mesto in preobremenjenost z delom kot tudi premestitev delavca z namenom, da se ga izloči iz dotedanjega delovnega okolja in iz kroga sodelavcev, kar delavcu prepreči, da bi ohranjal in vzdrževal socialne stike. Med takšna dejanja spadajo recimo neodrejanje nalog ali odrejanje premalo zahtevnih del ali celo nesmiselnih opravil, prikrivanje informacij, izključevanje iz komunikacije, prostorska izolacija, očitki nesposobnosti pred drugimi in druga javna poniževanja, ki se ponavljajo dalj časa in jih prizadeti občuti kot oviranje in oškodovanje ter poniževanje ne samo njegovega dela, temveč



njega samega. Pogosto lahko vodijo v stanje, ko sta psihična občutljivost in zdravje žrtve ogrožena in potrebuje zdravniško pomoč (pogoste težave so motnje spomina, živčni zlom, depresija, nespečnost ali fizične težave). Žrtev običajno izgublja samospoštovanje in zaupanje do ljudi, povečujeta se njena osamitev in izključenost na delovnem mestu.

S tovrstnimi ravnanji se poslabšuje ne samo zdravstveni položaj, temveč tudi poklicni položaj posameznika. Zaradi mobbinga prihaja v organizaciji tudi do absentizma in fluktuacije, kar ima posledice za uspešnost organizacije. Z mobbingom lahko sodelavci posameznika iz-

ključijo iz družbe. Tako se posameznik počuti nezaželenega in pogosto z njimi pade v konflikt.

Zelo pogosto se zaposleni tudi neupravičeno sklicujejo na mobbing, zato je pomembno, da vemo, kaj mobbing ni. Mobbing ni zahtevanje dela, neomogočanje posebnih ugodnosti. Prav tako ni zavrnitev recimo napredovanja, v kolikor gre za objektivne okoliščine in ne za diskriminacijo. Neuresničevanje zahtev delavcev, ki niso povezane z osnovnimi pogoji za njihovo delo, ni mobbing. Potrebno je ločiti ravnanje delodajalca, ki je pravno dovoljeno, kadar gre za delavce, ki delo opravljajo slabo, nevestno oziroma so kon-

čemer se ravnanje lahko ponavlja kontinuirano in žrtvam povzroča večje ali manjše socialne, psihične in zdravstvene težave.

Takšna ravnanja na delovnem mestu imajo naravo nadlegovanja in šikaniranja, z namenom spraviti nekoga v podrejen položaj, ga negativno zaznamovati ter izločiti iz delovnega okolja. Predstavljajo tudi določeno psihično in fizično nasilje napadalca ali skupine nad oškodovancem, ki krni njegov ugled in dostojanstvo ter mu povzroča trpljenje. Vendar mora biti takšno nasilje sistematično in prisotno v daljšem časovnem obdobju, saj enkratno škodno dejanje proti žrtvi oziroma druga kratko-

1, ki pravi, da mora delodajalec sprejeti ukrepe za preprečevanje, odpravljanje in obvladovanje primerov nasilja, trpinčenja, nadlegovanja in drugih oblik psihosocialnega tveganja na delovnih mestih, ki lahko ogrozijo zdravje delavcev. Interni akt naj vključuje postopke obravnave prijavljenih dogodkov (imenovanje pooblaščenca), postopek odprave posledic, navodila za ravnanje žrtev in sankcije za kršitelje.

Če delavec v primeru spora navaja dejstva, ki opravičujejo domnevo, da delodajalec ni sprejel ustreznih ukrepov za zaščito delavca, je dokazno breme na strani delodajalca. V primeru kršitve te obveznosti je delavec, če zaradi



Potrebno je ločiti ravnanje delodajalca, ki je pravno dovoljeno, kadar gre za delavce, ki delo opravljajo slabo, nevestno oziroma so konfliktni v svojem delovnem okolju, ter ravnanje delodajalca, ki pomeni diskriminatorno

fliktni v svojem delovnem okolju, ter ravnanje delodajalca, ki pomeni diskriminatorno in graje vredno ravnanje s posameznikom.

2. Pravne podlage

6. a člen Zakona o delovnih razmerjih (v nadaljevanju: ZDR) določa, da je prepovedano trpinčenje na delovnem mestu, ki je vsako ponavljajoče se ali sistematično, graje vredno ali očitno negativno in žaljivo ravnanje ali vedenje, usmerjeno proti posameznim delavcem na delovnem mestu ali v zvezi z delom, pri čemer gre za dejanje, usmerjeno proti posameznim delavcem na delovnem mestu ali v zvezi z njim, pri

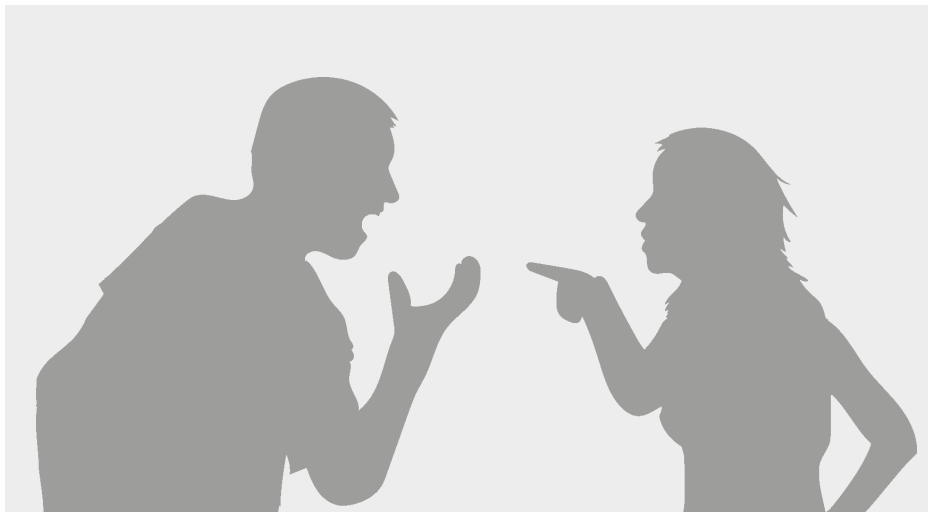
trajna konfliktna ravnanja še nimajo narave mobbinga.

Delodajalec je v skladu z določbami 45.–47. člena ZDR (ZDR-1, UL RS, št. 21/13 in naslednji) dolžan varovati in spoštovati delavčevo osebnost ter upoštevati in ščititi delavčevo zasebnost. Dolžan je zagotavljati takšno delovno okolje, v katerem noben delavec ne bo izpostavljen spolnemu ali drugemu nadlegovanju ali trpinčenju s strani delodajalca, predpostavljenih ali sodelavcev.

V ta namen mora delodajalec sprejeti ustrezne ukrepe za zaščito delavcev pred spolnim in drugim nadlegovanjem ali pred trpinčenjem na delovnem mestu. Enako določa 24. člen ZVZD-

kršitev utрпи škodo, upravičen do denarne odškodnine po splošnih pravilih civilnega prava.

Temeljno načelo odškodninskega prava je, da vsakdo lahko zahteva povračilo škode, če so podani štirje temelji, in sicer: 1.) nedopustno ravnanje, 2.) škoda, 3.) vzročna zveza med nedopustnim ravnanjem in škodo in 4.) odgovornost povzročitelja škode. Glede zadnjega elementa odškodninske odgovornosti Obligacijski zakonik (OZ, UL RS, št. 83/2001 in naslednji) določa načelo obrnjenega dokaznega bremena. To načelo v praksi pomeni, da kdor povzroči drugemu škodo, jo je dolžan povrniti, če ne dokaže, da je škoda nastala brez



Zaradi mobbinga prihaja v organizaciji tudi do absentizma in fluktuacije, kar ima posledice za uspešnost organizacije. Z mobbingom lahko sodelavci posameznika izključijo iz družbe.

njegove krivde. V kolikor manjka le eden od naštetih elementov, ni mogoče govoriti o odškodninski odgovornosti. V primeru spora mora delavec navajati dejstva, ki opravičujejo domnevo, da je delodajalec kršil prepoved trpinčenja na delovnem mestu, delodajalec pa mora dokazati, da do trpinčenja na delovnem mestu ni prišlo.

Zakon o uresničevanju načela enakega obravnavanja (ZUNEO, UL RS, št. 50/2004 s spremembami) v prvem odstavku 5. člena kot nadlegovanje opredeljuje nezaželeno ravnanje, temelječe na katerikoli osebni okoliščini, ki ustvarja zastrašujoče, sovražno, ponižujoče, sramotilno ali žaljivo okolje za osebo ter žali njeno dostojanstvo, kar v celoti ustreza definiciji trpinčenja na delovnem mestu iz četrtega odstavka 6. a člena ZDR. Obenem drugi odstavek 5. člena ZUNEO določa, da se nadlegovanje iz prejšnjega odstavka šteje za diskriminacijo po določbah tega zakona, kar pomeni, da imajo diskriminirane osebe (torej tudi žrtve trpinčenja na delovnem mestu) v skladu s prvim odstavkom 22. člena ZUNEO pravico do odškodnine po splošnih pravilih civilnega prava.

Zakon o javnih uslužbencih v 15. a členu uvaja načelo prepovedi nadlegovanja in določa, da je prepovedano vsako fizično, verbalno ali neverbalno ravnanje ali vedenje javnega uslužbenca, ki temelji na katerikoli osebni okoliščini in ustvarja zastrašujoče, sovražno, ponižujoče, sramotilno ali žaljivo delovno okolje za osebo ter žali njeno dostojanstvo.

3. Kaj ni mobbing?

Mobbing oziroma trpinčenje na delovnem mestu je torej vsako ponavljajoče se ali sistematično, graje vredno ali očitno negativno in žaljivo ravnanje ali vedenje, usmerjeno proti posameznim delavcem na delovnem mestu ali v zvezi z delom. Gre za sistematično slabo ravnanje, ki se lahko ponavlja kontinuirano in žrtvam

Mobbing oziroma trpinčenje na delovnem mestu je torej vsako ponavljajoče se ali sistematično, graje vredno ali očitno negativno in žaljivo ravnanje ali vedenje, usmerjeno proti posameznim delavcem na delovnem mestu ali v zvezi z delom.

povzročata večje ali manjše socialne, psihične in zdravstvene težave.

Mobbing pa ni zahtevanje dela ali onemogočanje posebnih ugodnosti. Prav tako mobbing ni zavrnitev prošnji oziroma zahtev, recimo glede napredovanja, ureditve delovnega mesta in podobno, v kolikor gre za objektivne okoli-

ščine in ne za diskriminacijo. Neuresničevanje zahtev delavcev, ki niso povezane z osnovnimi pogoji za njihovo delo, ni mobbing kot tudi ne morebitno opozarjanje na nepravilen odnos do dela ali na napake, storjene pri delu. Pomembno je, da lahko delodajalec prepozna tudi lažen mobbing in tako ne daje prostora delavcem, ki dela nočejo ali ne znajo opravljati.

V okviru predavanja smo pregledali sodno prakso na temo mobbinga, tako primere, kjer je dokazan mobbing in njegove manifestacije, kot tudi primere, kjer tožnik ni uspel dokazati elementov mobbinga ter zakaj ne. Pregledali smo sledeče sodbe: VDS0011525, VDS0009846, VDS0012100, VDS0013779, VDS0012149, VDS0012477, VDS0013383. ■

Literatura

- H. Leymann, The content and development of mobbing at work, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, Volume 5, Issue 2, 1996;
- H. Leymann, Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, Volume 5, Issue 2, 1996;
- D. Brečko, Psihično in čustveno nasilje v delovnih okoljih, mobbing – psihoteror tekmovalne družbe, Industrijska demokracija, Kranj, 2006;
- D. Brečko, Recite mobingu NE, Planet GV, 2010;
- Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1, Ur.L.RS 21/13)
- Sodna praksa (VDS0011525, VDS0009846, VDS0012100, VDS0013779, VDS0012149, VDS0012477, VDS0013383)

Procesni in kadrovski management v zdravstvu

20. jesensko srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu, Ptuj, 12. in 13. oktober 2017

Društvo ekonomistov v zdravstvu je 12. in 13. oktobra 2017 na Ptujju organiziralo 20. jesensko srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu. Za osrednjo temo tokratnega srečanja je Društvo izbralo temo procesni in kadrovski management v zdravstvu. Znanja in veščine s tega področja so namreč temeljni pogoj za uspešno vodenje in upravljanje podjetij in tudi javnih zavodov, tako s področja gospodarstva kot tudi negospodarstva, vključno z izvajalci javne zdravstvene službe. Tem vprašanjem je bil posvečen četrtkov program in razprava na okrogli mizi, ki je sledila predavanjem. V petek pa smo obravnavali aktualna vprašanja glede razvoja sistema zdravstvenega varstva in zavarovanja ter izvajanja javne zdravstvene dejavnosti.

MAG. ROSVITA SVENŠEK



HELENA ULČAR ŠUMČIČ, PREDSEDNICA DRUŠTVA EKONOMISTOV V ZDRAVSTVU

Predsednica Društva ekonomistov v zdravstvu ga. Helena Ulčar Šumčič je pozdravila udeležence srečanja in jim zaželela uspešno delo. Nato sta besedo prevzela **mag. Robert Cugelj in Tomaž Rusimovič, ki sta vodila četrtkov del programa, pripravila pa sta tudi uvodnik v zborniku srečanja, ki sta ga predstavila v uvodnem delu programa.** V njem sta poudarila, da postaja obravnavanje procesov in ne zgolj posameznih opravil in funkcij v zdravstvu vse pomembnejša tema, predvsem zaradi zavedanja, da je le jasen proces podlaga za večjo kakovost, fleksibilnost, strokovnost in učinkovitost pri delu. Definicija procesa je v teoriji zelo jasna, vendar pa v zdravstvu temu ni ravno tako, saj še vedno ne znamo ustrezno povezovati strokovnih in poslovnih procesov in nam je pojem glavnega procesa še dokaj neznan. Procesni v zdravstvu morajo biti vsekakor obravnavani enovito, saj strokovni procesi brez poslovnih ne morejo delovati, hkrati pa



MAG. ROBERT CUGELJ, DIREKTOR URI SOČA

vsak strokovni proces troši vire (resurse), torej potrebuje sredstva in tako postane stroškovni oziroma prihodkovni nosilec. Obvladovanje procesov znotraj organizacije je torej potreben pogoj za uspešno poslovanje.

Prvo temo, **Upravljanje bolnišnic: uspešna povezava zdravstvenih, poslovnih in kakovostnih procesov**, sta predstavila **mag. Wilhelm Mitterdorfer in Mag. Sabrina Kerle iz Humanomed Consult GmbH iz Avstrije.** Osnovna načela, na katerih temelji avstrijsko zdravstveno varstvo, so solidarnost, samoupravljanje in obvezno zdravstveno zavarovanje. V Avstriji je za skoraj vsa področja zdravstvenega varstva pristojna Zveza, izjema so bolnišnice, kjer ima Zveza pristojnost osnovne zakonodajalke, izvedbena zakonodaja in zagotavljanje storitev pa sta v domeni devetih zveznih dežel. Med Zvezo in zveznimi deželami obstajajo dogovori, ki urejajo financiranje,



(IZ LEVE PROTI DESNI) MAG. FH SABRINA KERLE IN MAG. WILHELM MITTERDORFER, HUMANOMED CONSULT GMBH IN PREVAJALKA MAJDA KOLAR

okvirne pogoje in organizacijo zdravstvenega varstva. Na zvezni ravni pripravijo podlage za planiranje zdravstva, vključno z merili oziroma standardi in normativi za financiranje zdravstvene dejavnosti in opravljanje zdravstvenih storitev, kar je okvir za načrtovanje na ravni zveznih dežel oziroma regij. Ta merila in pogoji veljajo v isti meri tako za javne kot tudi za zasebne zdravstvene ustanove. Plačniki storitev izvajajo reden periodični nadzor in obiske, da bi preverili in zagotovili spoštovanje zahtevanih meril. Čeprav uvedba sistema za vodenje kakovosti v Avstriji še ni zakonsko obvezna, ima uvedba strukturnega sistema za vodenje kakovosti v avstrijskih zdravstvenih ustanovah vse večji pomen, da bi tudi v prihodnje ostali konkurenčni in da bi bili kos vse večjim zahtevam na področju zdravstvenega varstva, nenazadnje tudi zaradi zavezujočih podlag za načrtovanje meril in zakonskih predpisov. Za uspešno uvajanje projekta sistema za vodenje kakovosti je na začetku najpomembnejša motivacija zaposlenih. Kajti vsak sistem za vodenje kakovosti je samo toliko dober, kolikor so dobri udeleženi zaposleni. Zaposleni so bili pozvani k sodelovanju pri opisih procesov in potekov, pa tudi k izdelavi dokumentov za vodenje kakovosti (standardi, obrazci). Poudarek je bil na pristopu, usmerjenemu v procese in stranke (paciente), pa tudi v standardizacijo delovnih procesov (pregle-

dnost, sledljivost, trajnost). Pri tem morajo dobro delovati interne komunikacijske strukture in poti, jasno morajo biti opredeljene vloge, pa tudi razmejitev področij nalog posameznih odgovornih. Aktivnosti na področju vodenja kakovosti so potekale v tesnem sodelovanju dveh projektne struktur: strateških organizacij in operativnega izvajanja. Elektronski dokumentacijski sistem je omogočil predstavitev uvedenega sistema za vodenje kakovosti na jasnem, preglednem in sledljiv način (kaj počnemo, kako, kdo, kdaj), pa tudi iskanje pomembnih informacij hitro in preprosto, saj so vse komponente, ki so pomembne za organizacijo podjetja, povezane v mreži (Orgavision). Za uspeh trajnostnega kakovostnega dela v podjetju je po eni strani odločilnega pomena zgledno delo vodstva, po drugi strani pa je odločilen osebni stik med ekipo za vodenje in odgovornimi/zaposlenimi ter povratna informacija. Proces nenehnih izboljšav je tako zagotovljen, pojem kakovosti pa postane stalni spremljevalec kliničnega vsakdanjika. Predavatelj sta predstavitev zaključila z mislijo: »Kakovost nič ne stane, pa vendar ni podarjena. Kakovost ni naključje, temveč sistematično prizadevanje.«

Dr. Gregor Hauc, Projektna šola Gregor Hauc, je predstavil temo z naslovom **Kako se lotiti uvajanja procesne organiziranosti v**

zdravstvene organizacije. Prikazuje raziskovanje tveganj ob prenovi in informatizaciji organizacij in opazovanje vplivov tveganj na učinkovitost in uspešnost poslovanja. Predvsem ni priporočljivo delati napak in ne smemo si privoščiti neuspešnih projektov. Uvajanje procesne organiziranosti se začne tisti trenutek, ko se na najvišjem mestu odločanja v zdravstvu in tudi na vseh nivojih vodenja (država, lokalni nivo, izvajalci) začne razmišljati o procesni usmerjenosti in organiziranosti. Prej pa to žal ni mogoče. Le ob podpori in z zagotavljanjem najvišje vodstvene strukture je mogoče najti ustrezne notranje in zunanje izvajalce ter sestaviti zmagovalno ekipo. Rosemann in vom Brocke (2010) prikazujeta šest osnovnih področij managementa poslovnih procesov (MPP):

- strateško usklajevanje
- upravljanje
- metode
- informacijska tehnologija
- človeški viri
- kulture v organizaciji.

Vsako od teh šestih področij je lahko pri uvajanju MPP v organizaciji prepoznano kot ključni dejavnik uspeha. Prenove poslovanja v zdravstvenih organizacijah se lotimo na enak način kot v vseh ostalih gospodarskih in negospodarskih organizacijah, z izvedbo vseh šestih med seboj povezanih in dobro vodenih projektov ter z veliko podporo nadrejenih. Ključna pri tem je uvedba vertikalnega in horizontalnega komuniciranja. Pri uvajanju MPP se predvsem vprašamo, ali je organizacija ustrezno sposobna oziroma že pripravljena uvesti vse faze MPP, kot so identificiranje procesov, modeliranje in oblikovanje procesov, analiziranje vrzeli, predlaganje sprememb, uvajanje sistema nenehnih izboljšav v procesih, spremljanje in merjenje



DR. GREGOR HAUC, PROJEKTNA ŠOLA GREGOR HAUC S.P



DOC. DR. MILENA KRAMAR ZUPAN, DIREKTORICA SPLOŠNE BOLNIŠNICE NOVO MESTO

učinkov ter ukrepanje v smeri sprememb ali izboljšav. Pred uvedbo MPP je namreč treba v organizaciji ugotoviti, kolikšna je stopnja procesne zrelosti, saj je od tega v veliki meri odvisen uspeh uvedbe.

Doc. dr. Milena Kramar Zupan, direktorica Splošne bolnišnice Novo mesto, v svojem prispevku **Ali nam je akreditiranje bolnišnic in uvajanje standardov ISO izboljšalo način vodenja in obvladovanje procesov v zdravstveni ustanovi** ugotavlja, da je, ne glede na pridobljene standarde kakovosti slovenskih bolnišnic, v praksi kakovost preveč prepuščena strokovnjakom za kakovost v posameznih bolnišnicah in da je znanje o kakovosti omejeno le na interne strokovnjake za kakovost in zunanje svetovalce za kakovost. Certifikati in akreditacije vse prevečkrat služijo le kot formalna zaščita kakovosti, kar pa zavira miselni premik pri razumevanju kakovosti poslovnega sistema kot celote. Danes, ko so praktično skoraj vse slovenske bolnišnice prestale zunanjo presojo in pridobile mednarodno akreditacijo, ugotavljamo, da je procesna organiziranost bolnišnic večinoma le na papirju in žal največkrat le želja vodstva. Kakovost v zdravstvu tako ostaja paralelni poslovni sistem, s poudarkom na vodenju interne dokumentacije o navodilih za delo, ter posel za zunanje svetovalce in presojevalce kakovosti, ne pa način vodenja in poslovanja v smislu obvladovanja kakovosti procesov. Skrb za kakovost posameznih aktivnosti in poslovnih procesov je naloga vsakega zaposlenega, predvsem pa osnovna naloga vseh vodij, do glavnega managerja. Osnovno poslanstvo kakovosti v zdravstvu se nanaša na zadovoljstvo pacienta, ki naj bi ga organizacija obravnavala kot partnerja z vsemi njegovimi potrebami in

željami. Kakovostna in varna obravnava pacienta mora biti temeljni princip delovanja vseh zdravstvenih ustanov. Prihodnost kakovosti je v managementu kakovosti, ki se odraža v managementu sistema vodenja poslovnih procesov in managementu ljudi, njihovem motiviranju in usposabljanju. Torej nič več paralelnega sistema kakovosti, pač pa potreba, da ima vsak zaposleni znanje in kompetence, da bo svoje delo opravil kakovostno in tako poskrbel za kakovost celotnega procesa, v katerem sodeluje. V slovenskem zdravstvu je nujno preiti iz toge hierarhične organiziranosti v procesni način poslovanja, usposobiti in opolnomočiti zaposlene ter jih spodbujati, da bo timsko delo teklo brez zapletov in da bodo cilji organizacije tudi njihovi cilji.

Milan Terpin, Taktika plus, je v svojem prispevku z naslovom **Razvoj vodij je ključna vloga kadrovskega managementa** izpostavil, da se kadrovske službe še vedno vse preveč ukvarjajo pretežno s kadrovskimi administrativnimi zadevami, ki so povezane z zaposlovanjem in urejanjem pogodbenih razmerij med delodajalci in delojemalci. Skrb za zaposlene ter njihov strokovni in osebnostni razvoj so prej izjema kot pravilo. Težava je predvsem v pomanjkanju kadrovskih strokovnjakov specialistov za prepoznavanje in razvoj človeškega potenciala. Razvoj vodij je ena od najbolj pomembnih nalog vsakega direktorja kadrovskega področja, saj prakse kažejo, da imamo v našem okolju veliko težav s kakovostjo vodenja ljudi. Motivi, ki ženejo zaposlene, da si želijo prevzeti vodstvene naloge, so zelo različni in največkrat malo povezani z njihovo kompetentnostjo za vodenje. Prav zaradi tega bi morali mnogo več pozornosti posvetiti izboru vodij, funkcionalni usposobitvi za vodenje ljudi, sistematičnemu pridobivanju prakse z mentorskim usmerjanjem ter ustreznim skupinskim in individualnim coachingom. V sodobni kadrovski službi naj bi bil ključni poudarek na njeni strateški vlogi zagotavljanja visoko kompetentnih, visoko motiviranih in čustveno pozitivno naravnanih zaposlenih za uresničevanje vizije podjetja z učinkovitim doseganjem ciljev. Za strokovni in osebnostni razvoj zaposlenih so operativno zadolženi njihovi neposredni vodje, kar pomeni, da so kadrovski strokovnjaki njihovi interni svetovalci mentorji in coachi. Ključne razvojne naloge kadrovskih strokovnjakov so soodločanje o človeškem potencialu, načrtovanje človeškega potenciala za realizacijo poslovne

strategije, inovativno iskanje človeškega potenciala, skrb za razvoj človeškega potenciala, skrb za pripravo zaposlenih za učinkovito delo, skrb za povezovanje in dobro počutje zaposlenih. Rezultati dela so odvisni od načinov dela in predvsem sodelovanja. Dejstvo je, da smo ljudje osebno različni, zato so različno uspešne tudi različne kombinacije ljudi, ki morajo pri delu sodelovati. Mnogi projekti slabo končajo zaradi nesrečne kombinacije slabo vodenih sodelavcev in ne zaradi šibkega strokovnega znanja. Slabo končajo zaradi šibke in neustrezne komunikacije, ki je praviloma posledica slabih medsebojnih odnosov v skupini. Vodje so nedvomno tisti, ki morajo skrbeti za ustrezno sestavo skupine in za kakovostne medosebne odnose v skupini. Le ‚z roko v roki‘ je mogoče pričakovati odgovorno, uspešno in učinkovito delo z ljudmi.

Primer dobre prakse izboljšanja delovnih procesov je predstavila **mag. Silvana Šonc, direktorica bolnišnice Sežana**, v svoji temi z naslovom **Tehnološke rešitve k optimizaciji delovnih procesov**. Njeno vodilo je rek: Potrebno je uspeti, ne le preživeti. Pri uvajanju novih znanj v zdravstvene organizacije se poleg strokovnih in medicinskih uvrščajo tudi znanja s področja organizacije dela in optimizacije delovnih procesov, ki jim je treba nameniti dovolj pozornosti. Med slednja uvrščamo tudi znanja s področja vitkih organizacij (ang. *lean organization*) in uporabo sodobne tehnologije za evidentiranje zdravstvenih storitev ob pacientu – enkratni vnos podatka za vse uporabnike in skrajševanje komunikacijskih poti med posameznimi procesi dela in/ali organizacijskimi enotami. Tudi na področju zdravstva se vse bolj kaže potreba po spremembi poslovne politike v smeri ‚porabiti manj, da naredimo več‘. Zdravstvene organizacije, ki so bile pri teh spremembah uspešnejše, so storile pomemben korak prav pri spremembi politike vodenja in upravljanja; osredotočile so se na večjo usmerjenost k pacientu. Posledično to vodi do boljše organizacije dela, višje kakovosti storitev, prihrankov ter vlaganj v novo, sodobnejšo tehnologijo in opremo. Manj je tudi izgub časa in materiala, hkrati pa se izboljša komunikacija med zaposlenimi. To prispeva k izboljšanju medsebojnih odnosov in skupaj vodi k varnejši in kakovostnejši zdravstveni obravnavi pacientov. Z optimizacijo delovnih procesov se zmanjšujejo nepotrebni koraki v posameznih procesih dela



UDELEŽENCI SREČANJA, V RAZPRAVI MAGDALENA URBANČIČ, DIREKTORICA CENTRA ZA ZDRAVLJENJE BOLEZNI OTROK ŠENTVID PRI STIČNI

in izboljšuje se pretočnost vseh vrst informacij. Temelj vitke zdravstvene organizacije je torej ta, da dobro spoznamo razlike v procesih dela, in sicer razlike med tistimi, ki nam povečujejo kakovost in vrednost, in tistimi, ki to ogrožajo. V prispevku so predstavljena osnovna izhodišča uvajanja vitke organizacije in prvi rezultati dobre prakse pri elektronskem vodenju negovalne dokumentacije ob pacientu, kako z uporabo cevne pošte ustvarimo prihranke v času prenosa in zdravstveni ustanovi in prve izkušnje z uporabo elektronskega terapevtskega lista za paciente. Za evidentiranje storitev ob pacientu uporabljajo „nurse tablice“, ki so v vsaki bolniški sobi na steni; so enostavne in prijazne za uporabo in so povezane direktno z bolnišničnim informacijskim sistemom. Zaposleni v zdravstveni negi so sistem sprejeli in ga vzeli „za svojega“. Vzpostavljen sistem omogoča vrsto izpisov o opravljenih storitvah po pacientih in kdo, kje in kdaj je storitve opravil. V testni fazi pa je tudi elektronski terapevtski list (TPL), do katerega dostopajo zdravniki in vizitne sestre. Računalniki so nameščeni tudi na „vizitnih vozičkih“, tako da lahko zdravnik ob viziti v bolniški sobi dostopa do podatkov pacienta direktno v hospitalnem informacijskem sistemu, kar je končni cilj uvedbe e-TPL. Možno bo tudi vpisovanje

terapije. Sestra bo z vstopom v e-TPL prebrala zabeležko o predpisani terapiji in s čitalcem odčitala kodo pacienta in zdravila. Tako bodo doseženi tudi zahtevani standardi kakovosti in varnosti za paciente, ki nam nalagajo transparentnost in sledljivost zdravil za pacienta.

Po predavanjih je sledila **okrogla miza**, ki jo je moderiral dr. Gregor Hauc, sodelovali pa so vsi predavatelji in oba vodja četrtkovega dela programa. V živahni razpravi vseh prisotnih je bilo poudarjeno, da je prihodnost kakovosti v managementu kakovosti, managementu sistema vodenja poslovnih procesov, motiviranju in usposabljanju ljudi. Torej nič več vzporednega managementa kakovosti; govorimo raje o sistemu skladnosti in o potrebi, da ima vsak zaposleni znanje in kompetence, da bo svoje delo opravil kakovostno in tako poskrbel za kakovost celotnega procesa, v katerem sodeluje. **Sklepne ugotovitve okrogle mize so naslednje:** 1. Uvajanje procesov in sprememb v procesih mora biti usmerjeno z jasnimi ciljem, ki v večini primerov izhajajo iz strateških dokumentov zdravstvene organizacije. 2. Uprava (vodstvo) je tista, ki mora trdno verjeti v projekt prenove procesov in ga močno podpirati. 3. Uvajanje procesov v zdravstvu zahteva tesno sodelovanje

medicinske stroke in upravno-poslovne stroke. Izvajati ga morajo strokovnjaki za procesni in kadrovske management, saj prinašajo dobro prakso. 4. Tudi v zdravstvenih organizacijah je mogoče izvesti celovito procesno in kadrovske prenove na enak način kot v gospodarskih organizacijah, vendar preko programa projektov s podporo vodstva in vodij na operativnem (izvedbenem) nivoju. 5. Razmišljati o poenotnih in standardiziranih: vodstvenih, temeljnih in podpornih procesov, rešitvah informacijske podpore (ERP, BI, EDS, e-...) in modelih kadrovskega managementa (HRM, komp. centri). 6. Razmišljati o pilotnem projektu celovite prenove enega zdravstvenega doma, ene bolnišnice itd. in preko zgleda dobre prakse prenesti izkušnje med ostale. 7. Kakovost zdravstvenih storitev ni problem ali celo naloga predstavnika vodstva zdravstvenega zavoda za kakovost in komisije za kakovost. Odgovorni so vodje procesov. 8. Z uvajanjem in prenovo procesov v zdravstvene organizacije se morajo ukvarjati strokovnjaki za procesni management in ne le svetovalci za posamezna orodja kakovosti (ISO 9001, PRSPO, DNV itd.).

Četrtkovo popoldne je bilo kot običajno namenjeno druženju članov in spoznavanju kraja, kjer je srečanje potekalo. Ogleдали smo si

muzej in prostore ptujskega gradu ter obiskali ptujsko vinsko klet, kjer so nam predstavili zgodovino in način pridelave in hrambe vin od nastanka kleti pa vse do danes. Druženje smo nadaljevali ob prijetnem klepetu pri večerji, kjer je za dobro vzdušje poskrbel ansambel Karneval band.

Petkov program sta vodila **mag. Marjan Ferjanc** in **mag. Rosvita Svenšek**.

Najprej je bila na vrsti predstavitev obeh največjih izvajalcev na Ptujju. **Zdravstveni dom Ptuj je predstavila** njegova direktorica **ga. Metka Petek Uhan**. Prikazala je delovanje, kadrovsko strukturo, razvojne možnosti zdravstvenega doma v naslednjem petletnem obdobju, cilje in vizijo, ob tesnem sodelovanju z ustanoviteljmi in lokalnimi družbenimi institucijami. Poudarila je, da se pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe zdravstveni sistem srečuje z mnogimi izzivi. Ob finančnih omejitvah in naraščanju kronično bolnih ter novih groženj zdravju se spreminjata tudi delovna sila in tehnologija, ki je na voljo zdravstvu. Glede na trenutno stanje v zdravstvu je potreben bolj strpen dialog pri reševanju zapletenih nalog, ki nas čakajo pri vse zahtevnejšem uporabniku. V medijih je potrebno poudarjati zahtevnost dela zdravstvenih delavcev, njihovo strokovnost in dosežke, ki so

premalo slišani. Z uvedbo sistema vodenja kakovosti želijo v ZD Ptuj doseči sistematično in pregledno vodenje, učinkovitost in uspešnost, opredeljenost procesov, dokumentiranost, sistematični nadzor, kontrolo in merjenje, stalno izboljševanje procesov, in to vse v duhu dobre klime na delovnem mestu. Z nabavo novih tehnologij, možnostmi osebnostnega razvoja in izobraževanja bodo uspešno premagovali zahtevno poslanstvo. Zaposleni so namreč največje bogastvo zavoda. Z zaposlovanjem želijo izboljšati oskrbo na področju zdravstva v UE Ptuj in hkrati zmanjševati brezposelnost ljudi v Podravske regiji. Z razvojnega vidika je nujno, da JZ ZD Ptuj ostaja še naprej pojmovan kot organizacijska in funkcionalna celota, ki vključuje tako zaposlene v ZD kot zasebne nosilce javne zdravstvene službe – vse s ciljem zagotoviti čim bolj kakovostno in varno zdravstveno oskrbo za vse skupine prebivalcev in pridobivati nove programe, ki bodo prilagojeni potrebam prebivalcev.

Splošno bolnišnico dr. Jožeta Potrča Ptuj je predstavil njen direktor, **g. Andrej Levanič**. Opisal je razvoj bolnišnice v zadnjih tridesetih letih in današnje stanje, dejavnost, poslanstvo in vizijo. Delijo usodo slovenskega zdravstva in države v času krize, celo nesorazmerno veliko. So za ZZZS najcenejša bolnišnica – z najnižjo



ANDREJ LEVANIČ, DIREKTOR SPLOŠNE BOLNIŠNICE DR. JOŽETA POTRČA PTUJ

utežjo med splošnimi bolnicami in med tremi, ki ne dobijo plačanega pomembnega dela višine realizirane uteži in celotne realizacije uteži (opravljene storitve), posledica je pomembna izguba. Zaradi dolgoletnega negativnega poslovanja (izjema leto 2015) je likvidnostna situacija na meji vzdržnega, iztrošenost prostorov, opreme, pomanjkanje kadra je bilo v letu 2014 med najvišjimi v sistemu (oprema je odpisana v 95 %). Sodelujejo v projektu EDP in sodelujejo kar na področju 24 VZS, kar bolnišnico postavlja ob bok vsem regijskim bolnišnicam. Kljub solidnemu obvladovanju stroškov storitev in materiala in odlični realizaciji programa pa ni dovolj mehanizmov za kompenzacijo zakonsko naloženih dvigov stroškov dela, naraščajočih stroškov materiala in storitev zaradi vse dražje, tudi defenzivne medicine. V strateškem načrtu do leta 2018 ostaja neuresničen predvsem še ključni projekt za nadaljnji razvoj bolnišničnega zdravstva v naši regiji, to je urgentni center, in potrebna obnova operacijskih dvoran in intenzivne terapije (prvi projekti že iz leta 2002). Zaključen je projektni del, UC je uvrščen v NRP, zagotovljena so finančna sredstva in z današnjim dnem tudi lastna udeležba bolnišnice v višini 820.000 evrov, ki jih je pomembno pomagalo zbrati lokalno gospodarstvo in občine, skupaj 620.000 evrov. Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj je ustanova s svojo ustvarjalno preteklostjo, je ustanova z vizijo prihodnosti. Skrb za zdravje človeka in strokovni razvoj ter bolnikom prijazna, humana bolnišnica je še vedno naša najpomembnejša naloga. V veliki meri je odvisna od potez našega resornega ministrstva in aktualne vladajoče politike. Napovedane poteze (pokritje večine izgub, dvig



RAZPRAVA: MAG. MARJAN FERJANC, MILOJKA KOLAR CELARC IN MARJAN SUŠELJ



UDELEŽENCI SREČANJA, V RAZPRAVI JANKO ŠTEHARNIK, DIREKTOR ZDRAVSTVENEGA DOMA VELENJE

cen storitev, ureditev plačila stroškov NZV, nov, skorigiran obračunski sistem bolnišnic ...) so nujne za stabilizacijo našega zdravstvenega sistema, v bolnišnici Ptuj pa bodo zanesljivo bistveno izboljšale pogoje poslovanja in omogočile potreben razvoj ter izvajanje poslanstva in tudi ohranjanje enakosti v Sloveniji, tudi za 120.000 državljanov Spodnjega Podravja.

»Bomo skupaj rešili slovensko javno zdravstvo?« je postavila vprašanje **ministrice za zdravje ga. Milojka Kolar Celarc** ter osvetlila izzive in aktivnosti za ohranitev stabilnega zdravstva v Sloveniji. Prednost v Sloveniji je, da so temeljni nosilci zdravstvene službe javni zdravstveni zavodi, saj javni zdravstveni zavodi postavljajo ljudi, paciente pred dobiček. Slovenija je na letošnji lestvici globalne konkurenčnosti prido-

bila osem mest, med 137. državami zaseda 48. mesto. Najboljšo oceno je Slovenija dobila za zdravstvo, kjer se uvršča na odlično 14. mesto. V času krize so se izdatki za zdravstvo v Sloveniji krčili bolj kot povprečno v Evropi. V državah OECD je bila v letih 2010–2013 realna rast še vedno pozitivna, na ravni 0,2 % letno, v Sloveniji pa padec za povprečno 1,2 % letno, kar je zaradi znižanja cen zdravstvenih storitev vplivalo na povečanje izgub izvajalcev. Finančno stanje bolnišnic se je v letu 2017 poslabšalo do te mere, da je bila nujno potrebna intervencija s strani državnega proračuna za kratkoročno sanacijo poslovanja bolnišnic. To prinaša **zakon o interventnih ukrepih za zagotovitev finančne stabilnosti javnih zdravstvenih zavodov**, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija. Po tem zakonu je za pokritje izgub zagotovljenih 136

milijonov evrov. Dolgoročna rešitev pa je čim hitrejša sprejetje novega zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki bo prve učinke prinesel v letu 2019. Za izgube so krive predvsem neprimerne cene zdravstvenih storitev kot tudi posloводства, zato moramo poleg zvišanja cen poskrbeti tudi za kakovostno vodenje in upravljanje. Predvidena je ustanovitev posebnega sanacijskega odbora, ki bo svetovalni organ ministrice za zdravje, hkrati pa v podporo sanacijskim upravam 15 bolnišnic, v katerih se bo izvajala sanacija.

Soočamo se tudi s premajhnim obsegom nekaterih zdravstvenih storitev, tudi zato so čakalne dobe daljše. Da bi izboljšali dostopnost za te storitve, je bil v letih 2016 in 2017 uveden poseben **vladni projekt za enkratne dodatne programe**. Samo letos je v državnem proraču-

nu za to namenjenih 23 milijonov evrov, dodatni 4 milijoni iz proračuna pa so namenjeni za izvajanje preventivnih zdravstvenih programov.

Ministrstvo za zdravje je v letu 2017 vzpostavilo evidenco drage diagnostične medicinske opreme (npr. CT, MR, PET CT, LINAC ...), ki je standardizirana, šifrirana, vpeljana pa je tudi aplikacijsko orodje za pripravo poročil, analiz, primerjav, spremljanje uporabe, določanje kriterijev minimalne in optimalne izkoriščenosti, celovit pregled nad stroški, načrtovanje novih nabav. Letos je za nakup opreme namenjenih slabih 7 milijonov evrov, v letu 2017 pa 11,5 milijonov evrov. Izboljšali so tudi raven učinkovitosti in uspešnosti pri ravnanju z investicijskimi projekti. Cene se določijo čim bolj realno že na nivoju projektno dokumentacije, nenačrtovana povečanja investicij niso dovoljena. Investicije vodijo preudarno in skladno s terminskimi in finančnimi plani. Področje investicij je MZ uredilo z novim **zakonom o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija**. Eden od pomembnejših dosežkov tega zakona je poseben sklad, ki omogoča zanesljivejše načrtovanje investicij v zdravstvo.

Zaradi različnih cen pri nabavi zdravil in medicinskih pripomočkov in s tem povezanimi korupcijskimi tveganji je bil **uveden projekt skupnega javnega naročanja zdravil in medicinskih pripomočkov**. Od februarja 2017 je vzpostavljena tudi baza, iz katere je razvidna cena za vsako zdravilo in vsak pripomoček, ki ga nabavlja posamezna bolnišnica. Za medicinske pripomočke je to podlaga za postopke javnega naročanja, da se od ponudnikov zahteva nižja cena od najnižje cene, ki jo katera koli bolnišnica plačuje za te pripomočke. Ta model se že uporablja pri skupnem javnem naročanju, kjer so pripravljene tudi enotne tehnične specifikacije in opisi (standardizacija) in kjer je definiran potreben nivo kvalitete.

Potekajo tudi izpolnjevanje zahtev iz stavkovnega sporazuma s sindikatom Fides glede variabilnega nagrajevanja zdravstvenih delavcev za skrajševanje čakalnih dob in pogajanja o zahtevi po odpravi 57. razreda kot najvišjega plačnega razreda za zdravnike.

Ministrica deluje v smeri solidarnega principa financiranja zdravstva in dolgoročne finančne stabilizacije zdravstva, kot je npr. prenos obveznosti iz zdravstvene blagajne na proračun za financiranje specializacij. Dodatni ukrepi so predvideni tudi v ZZVZZ. Z novelo zakona o

zdravstveni dejavnosti pa preprečuje dosedanje prepogosto prakso dodeljevanja koncesij po željah posameznikov in urejuje pogoje, da bodo koncesije podeljene tam, kjer jih ljudje resnično potrebujejo, da tudi v odročnih krajih ne bo pomanjkanja zdravnikov in specialistov. Tudi po anketah sodeč večina ljudi podpira javno zdravstvo, kot ga imamo, seveda ni idealno, je pa učinkovito in skupaj ga lahko še izboljšamo. Ministrica verjame, da bomo ob koncu mandata lahko rekli: »Skupaj smo ohranili javno zdravstvo. Zato ker smo stopili skupaj za družbo zdravja.«

Generalni direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije g. Marjan Sušelj je predstavil Finančno projekcijo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije do konca leta 2017 in novosti pri financiranju javnih zdravstvenih zavodov v letu 2018. Ocenjuje, da bodo do konca leta 2017 prihodki višji za 77 milijonov evrov (36 milijonov evrov iz prispevkov, 41 milijonov evrov iz transferjev s proračuna). Za toliko bodo povečani tudi odhodki predvsem za zdravstvene storitve (72 milijonov evrov) in denarne dajatve (boleznine). Skupni odhodki so usklajeni s prihodki in znašajo 2685 milijonov evrov. V kolikor bi izdatki preseglili prihodke, bodo po potrebi prenesli del obveznosti za plačilo zdravstvenih storitev v naslednje leto (določba 38. člena Splošnega dogovora za leto 2017). Za leto 2018 je načrtovana 5,8-odstotna rast prihodkov in odhodkov (2842 milijonov evrov). Odhodki za zdravstvene storitve bodo v letu 2018 višji za 91 milijonov evrov, in sicer za sredstva za nadaljevanje skrajševanja nedopustnih čakalnih dob (38 milijonov evrov), nujne širitve programov (16 milijonov evrov), SD 2017 – prenos na letno raven (22 milijonov evrov), prenos neplačanih obveznosti med leti (11 milijonov evrov), rast izdatkov za pripravnike in specializacije (4 milijone evrov). Odhodki za denarne dajatve bodo naslednje leto višji za 41 milijonov evrov. Zdravstveni absintizem ni le zdravstveni problem, temveč ekonomski in socialni problem, zato je odvisen tudi od zunanjih dejavnikov, na katere v ZZZS nimamo vpliva. Delež prihodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja se je od leta 2012, ko je znašal 6,48 %, zmanjšal na predvidenih 6,28 % v letu 2017 in enako je predvideno za leto 2018. ZZZS mora v finančnem načrtu odhodke načrtovati uravnoteženo s prihodki, zato je brez ukrepov nemogoče pokriti nekatere že sedaj



ANKA BOLKA, ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

znane potrebe, poznane pa niso niti finančne posledice izvajanja morebitnih sprejetih nacionalnih strategij in zakonov.

Naslednja tema je bila **Predstavitev analitskega sistema Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije**, ki jo je podala Anka Bolka. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) je v sodelovanju z izvajalci zdravstvenih storitev v letu 2013 zaključil prenovu postopkov za izmenjavo podatkov o opravljenih zdravstvenih storitvah in izdanih materialih, s čimer je bilo v celoti odpravljen papirno poslovanje med izvajalci in ZZZS in so bili zagotovljeni celoviti, podrobni podatki v elektronski obliki. Na tej podlagi je ZZZS med strateške cilje za obdobje 2014–2019 uvrstil tudi izboljšanje uporabe kompleksnih baz podatkov. To se v praksi izvaja z razvojem podatkovnega skladišča in vse obširnejšo uporabo podatkov za spremljanje odhodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja, kot pomoč pri poslovnem odločanju in načrtovanju nadaljnega razvoja zdravstvenega zavarovanja. Večina sklopov podatkovnega skladišča je že zgrajenih in strukturiranih tako, da omogočajo izvedbo zanesljivih analiz. Namen podatkovnega skladišča je predvsem spremljanje trendov v različnih časovnih obdobjih, analiziranje realizacije poslovnih ciljev v različnih časovnih obdobjih, analiziranje dejavnosti z vidika upoštevanja pravnih podlag, odkrivanje nepravilnosti in goljufij, zagotavljanje podatkov za nadzorne aktivnosti. Predavateljica je prikazala tudi nekaj praktičnih primerov uporabe podatkovnih sklopov in uporabe podatkov. Vzpostavitev podatkovnega skladišča in orodij za analize podatkov je kompleksen proces, ki zahteva veliko kadrovskih virov in je časovno zahteven tako pri razvoju kot pri vzdrževanju.

Zahteva obsežno informacijsko znanje in poznavanje vsebinskega področja, na katerega se podatki nanašajo. Le kvalitetni podatki so lahko čvrsta podlaga za načrtovanje razvoja sistema zdravstvenega zavarovanja, zato je vlaganje v to področje nujno.

O primeru dobre prakse s področja farmacevtske dejavnosti je govoril **Stanislav Pišek iz Lekarn Maribor**. Avtor je v prispevku **Farmacevtske storitve – Farmakoterapijski pregled (FTP) in Pregled uporabe zdravil (PUZ)** predstavil novi farmacevtski kognitivni storitvi – farmakoterapijski pregled in pregled uporabe zdravil, katerih cilj je izboljšanje oziroma vzdrževanje kakovosti življenja pacientov. Osredotočil se je zlasti na cilje posamezne storitve, opis poteka, izvajalce storitev in na primerjavo med storitvama. Pri tem je FTP pomoč zdravniku, PUZ pa pomeni opolnomočenje pacienta glede uporabe zdravil, ki so mu predpisana, in to v osebnem razgovoru med pacientom in magistrom farmacije v prostorih lekarne. Bistvo pogovora je preverjanje razumevanja bolnikovega zdravljenja z zdravili, prepoznavanje morebitnih težav kot posledico napačne uporabe zdravil, predlaganje ustreznih ukrepov in svetovanje o zdravi prehrani in življenjskem slogu. Ob koncu bolnik prejme osebno kartico zdravil, na kateri so seznam vseh zdravil in drugih pripravkov, informacije o namenu uporabe in odmerjanju in ostali nasveti za ohranjanje zdravja. Z osebno kartico zdravil so preprostejši tudi obisk osebnega zdravnika, dežurnega zdravnika in morebitni sprejem v bolnišnico. Hkrati je lahko koristen pripomoček za svojce, ki sodelujejo pri zdravljenju z zdravili. Za pregled uporabe zdravil se lahko odloči vsak sam in ne potrebuje napotnice zdravnika. Storitve je namenjena predvsem ljudem, ki uporabljajo več zdravil, imajo več različnih bolezni, imajo vprašanja in težave, povezane z zdravili, imajo predpisano novo zdravilo ali zamenjano eno ali več zdravil, so bili pred kratkim odpušteni iz bolnišnice.

Farmakoterapijski pregled je storitev optimizacije in racionalizacije zdravljenja z zdravili posameznega pacienta s ciljem izboljšati oziroma vzdrževati njegovo kakovost življenja, ki jo na podlagi informacij o predpisanih oziroma uporabljenih zdravilih ter vseh relevantnih kliničnih informacij o pacientovem zdravstvenem stanju in informacij, ki jih poda pacient oziroma skrbnik, opravi farmacevt svetovalec. Farmako-



STANISLAV PIŠEK, LEKARNE MARIBOR

terapijski pregled je namenjen predvsem kroničnim bolnikom, ki jemljejo več zdravil hkrati, in ostalim pacientom s povečanim tveganjem za težave, povezane z zdravili. Na ta pregled napoti pacienta osebni zdravnik z delovnim nalogom v ambulanto farmacevtskega svetovalca, ki po opravljenem pregledu izda mnenje, ki ga pošlje osebnemu zdravniku. Osebni zdravnik nato mnenje pregleda in glede na poznavanje bolnika in svojo klinično presojo v dogovoru z bolnikom izvede morebitne spremembe terapije (prilagodi odmerke in zamenja ali ukine zdravila). V program farmacevtskega svetovalca so vključeni tudi redni sestanki skupin za kakovostno predpisovanje zdravil, ki jih sestavljajo zdravniki in farmacevtski svetovalci. Farmaceuti svetovalci tako postajajo sodelavci osebnih zdravnikov.

V zadnji temi **Ali so čakalni sezname osnova za širitev delovnih programov pri izvajalcih?** je ga. Larisa Hajdinjak povzela, kako se spopadajo s tem izzivom v UKC Ljubljana. Na čakalne dobe vplivajo po eni strani povpraševanje pacientov glede na zakonodajo o pravicah in postopkih za napotovanje, po drugi strani pa izvajalci zdravstvenih storitev glede na zmogljivosti in aktivnosti za uresničevanje ciljev zadržati čakalne dobe v zakonskih okvirih. Čakalne dobe in čakalne seznime ureja vrsta predpisov in drugih aktov, kot so: Ustava RS; zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o pacientovih pravicah (ZPacP-A), Uradni list RS, št. 55/017; zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), Uradni list RS, št. 15/08; uredba o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu, Uradni list RS, št. 98/2008, (v nadaljevanju Uredba); pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov, Uradni list RS, št. 63/2010, (v nadaljevanju Pravilnik), Splošni dogovor, ki je podla-

ga za sklepanje pogodb ZZZS z izvajalci, ter interna navodila o vodenju čakalnih seznamov izvajalcev. 36. člen Splošnega dogovora določa, da izvajalci poročajo ZZZS o realiziranih čakalnih dobah in številu čakajočih v zobozdravstvu v skladu z navodili ZZZS vsake štiri mesece, in sicer do 31. maja za stanje na dan 30. april, do 30. septembra za stanje na dan 31. avgust in do 31. januarja za stanje na dan 31. december preteklega leta (11. odstavek), in da izvajalci poročajo NIJZ podatke o čakalnih dobah (NaČas) v skladu s pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah. Seznam zdravstvenih storitev, za katere izvajalci poročajo podatke o čakalnih dobah, je v Prilogi VII tega Dogovora. Ažurno in točno poročanje podatkov NIJZ in Zavodu je pogoj za sodelovanje izvajalcev pri razporejanju dodatnih sredstev iz 25. člena tega Dogovora. Koncesionar lahko izjemoma javi podatke pred prvimi v naslednjem mesecu, ko ima za to objektivne razloge (redni letni dopust, strokovno izobraževanje, bolezen). NIJZ zato ustrezno prilagodi računalniški program (12. odstavek). Izvajalci morajo čakalne dobe obvezno objaviti na svojih spletnih straneh. Predavateljica je v prispevku podrobno prikazala interno navodilo UKC Ljubljana za vodenje čakalnih seznamov in aktivnosti za izvajanje ukrepov v smeri vodenja in obvladovanja čakalnih dob v UKC Ljubljana. Mesečno pripravljajo poročilo o čakalnih dobah in poročilo o pregledu skladnosti čakalnih seznamov, štirimesečno pa poročilo o razlogih za nastanek predolgih čakalnih dob, predvidenih aktivnostih in učinkih skrajševanja čakalnih dob. V razpravi je bilo opozorjeno, da ne bomo imeli urejenih čakalnih seznamov, dokler ti ne bodo povezani v enovito bazo, kar bo z avtomatskimi kontrolami odpravilo marsikatero napako.

Celotno dvodnevno srečanje je potekalo v konstruktivnem vzdušju, kljub perečim problemom, o katerih je tekla razprava, z zavedanjem, da jih je s skupnimi močmi lažje reševati v začrtani smeri v splošno korist prebivalcev Slovenije. Nadgradili smo vedenje o tem, kaj pomeni upravljati poslovne procese in kako preiti iz toge hierarhične organiziranosti v procesni način poslovanja, kako usposobiti svoje zaposlene, kako jih spodbujati k temu, da bo timsko delo teklo brez zapletov, da bodo cilji organizacije tudi njihovi cilji in da bodo zaposleni opolnomočeni in bodo tako spoznali, da tudi oni lahko prispevajo k ugledu ustanove in k zadovoljstvu tako zaposlenih kot tudi pacientov. ■

PREGLED DOGODKOV

Seje odborov dejavnosti združenja

Seja	Dnevni red
3. seja Pravne komisije 5. december 2017	<ol style="list-style-type: none">1. Potrditev zapisnika 2. seje Pravne komisije2. Ureditev šifriranja e-pošte3. Razprava o predlogih pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah, pravilnika o vrstah, vsebini, trajanju in poteku specializacij zdravnikov in pravilnika o vsebini in poteku sekundarijata4. Uveljavljanje novele zakona o Zdravstveni dejavnosti in Zakona o pacientovih pravicah5. Vprašanja in odgovori komisije6. Razno
4. seja Upravnega odbora 13. december 2017	<ol style="list-style-type: none">1. Potrditev zapisnika 3. seje Upravnega odbora2. Odločitev o spornih vprašanjih za Splošni dogovor za pogodbeno leto 20183. Rezultati poslovanja JZZ za obdobje januar-september 20174. Delo vodij odborov, komisij in drugih delovnih skupin v okviru združenja5. Razno
2. seja Komisije za kakovost 14. december 2017	<ol style="list-style-type: none">1. Potrditev zapisnika 1. seje Komisije za kakovost2. Usmeritve na področju kakovosti v zdravstvu3. Razno
4. seja Odbora psihiatrične bolnišnične dejavnosti 18. december 2017	<ol style="list-style-type: none">1. Potrditev zapisnika 3. seje Odbora psihiatrične bolnišnične dejavnosti2. Plačevanje dežurstva po ukinitvi Pravilnika o neprekinjenem zdravstvenem varstvu3. Načrt ukrepov za izvajanje standardov in normativov dela zdravnikov v JZZ do 31. 1. 20254. Povečan obseg dela zdravstvenega (razen zdravnikov) in nezdravstvenega kadra – priprava podatkov5. Razno



Če zdravo živimo cepljenje
ni potrebno

Ne drži





januar

PON TOR SRE ČET PET SOB NED
1 2 3 4 5 6 7
8 9 10 11 12 13 14
15 16 17 18 19 20 21
22 23 24 25 26 27 28
29 30 31



februar

PON TOR SRE ČET PET SOB NED
1 2 3 4
5 6 7 8 9 10 11
12 13 14 15 16 17 18
19 20 21 22 23 24 25
26 27 28



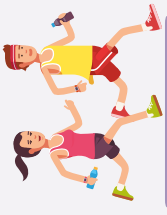
marec

PON TOR SRE ČET PET SOB NED
1 2 3 4
5 6 7 8 9 10 11
12 13 14 15 16 17 18
19 20 21 22 23 24 25
26 27 28 29 30 31



april

PON TOR SRE ČET PET SOB NED
1
2 3 4 5 6 7 8
9 10 11 12 13 14 15
16 17 18 19 20 21 22
23 24 25 26 27 28 29
30



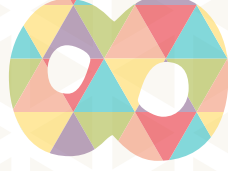
maj

PON TOR SRE ČET PET SOB NED
1 2 3 4 5 6
7 8 9 10 11 12 13
14 15 16 17 18 19 20
21 22 23 24 25 26 27
28 29 30 31



junij

PON TOR SRE ČET PET SOB NED
1 2 3
4 5 6 7 8 9 10
11 12 13 14 15 16 17
18 19 20 21 22 23 24
25 26 27 28 29 30



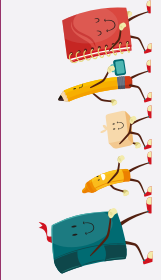
Želimo vam obilo zdravja!

NIJZ
Nacionalni inštitut
za javno zdravje



avgust

PON TOR SRE ČET PET SOB NED
1 2 3 4 5
6 7 8 9 10 11 12
13 14 15 16 17 18 19
20 21 22 23 24 25 26
27 28 29 30 31



september

PON TOR SRE ČET PET SOB NED
1 2
3 4 5 6 7 8 9
10 11 12 13 14 15 16
17 18 19 20 21 22 23
24 25 26 27 28 29 30



oktober

PON TOR SRE ČET PET SOB NED
1 2 3 4 5 6 7
8 9 10 11 12 13 14
15 16 17 18 19 20 21
22 23 24 25 26 27 28
29 30 31



november

PON TOR SRE ČET PET SOB NED
1 2 3 4
5 6 7 8 9 10 11
12 13 14 15 16 17 18
19 20 21 22 23 24 25
26 27 28 29 30



december

PON TOR SRE ČET PET SOB NED
1 2
3 4 5 6 7 8 9
10 11 12 13 14 15 16
17 18 19 20 21 22 23
24 25 26 27 28 29 30
31

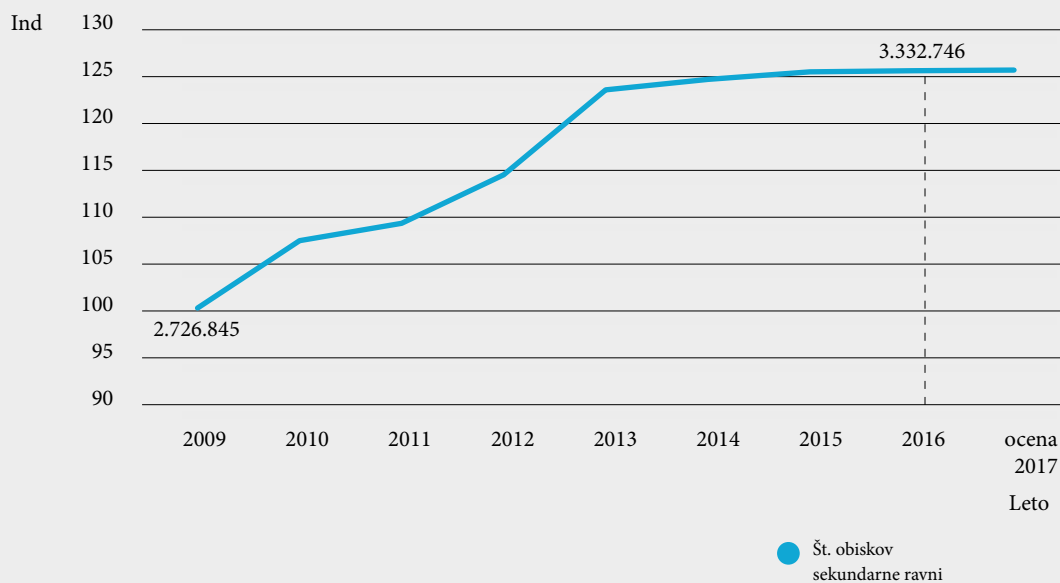
Posledice podfinanciranosti zdravstvenega sistema s predlogi ukrepov



ŠTEVILO OBISKOV PACIENTOV IZ LETA V LETO NARAŠČA



26 % več opravljenih obiskov pacientov od leta
2009 do 2016 (oziroma 605.901 več obiskov)

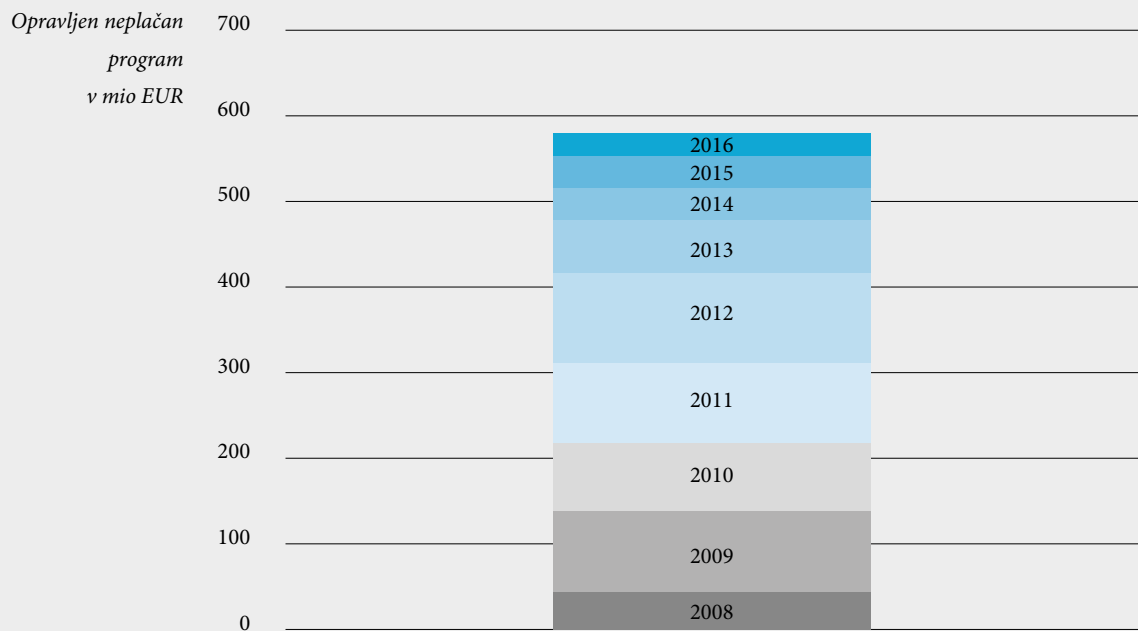


OPRAVLJEN NEPLAČAN PROGRAM



580,3 mio eur neplačanih opravljenih zdravstvenih storitev v obdobju od leta 2008 do 2016

- Vrednost neplačanega opravljenega programa v obdobju 2008–2016 je enaka celotnim letnim prihodkom UKC Ljubljana, Onkološkega inštituta Ljubljana in SB Trbovlje.



580,3 mio EUR od leta 2008 do leta 2016

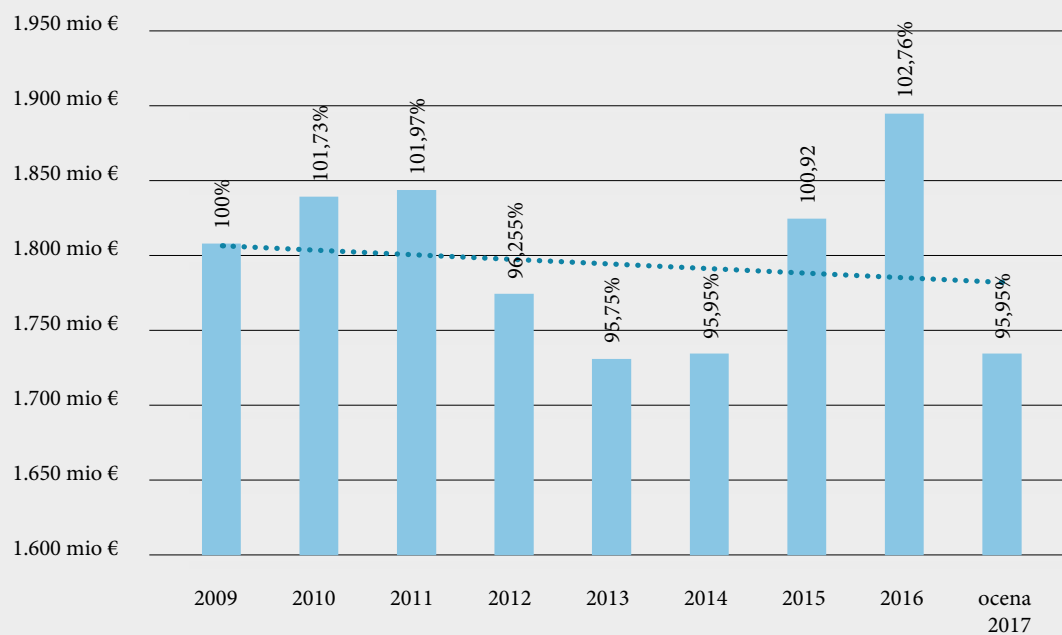
DOGOVORJENA SREDSTVA S STRANI ZAVAROVALNIC (OZZ IN PZZ)



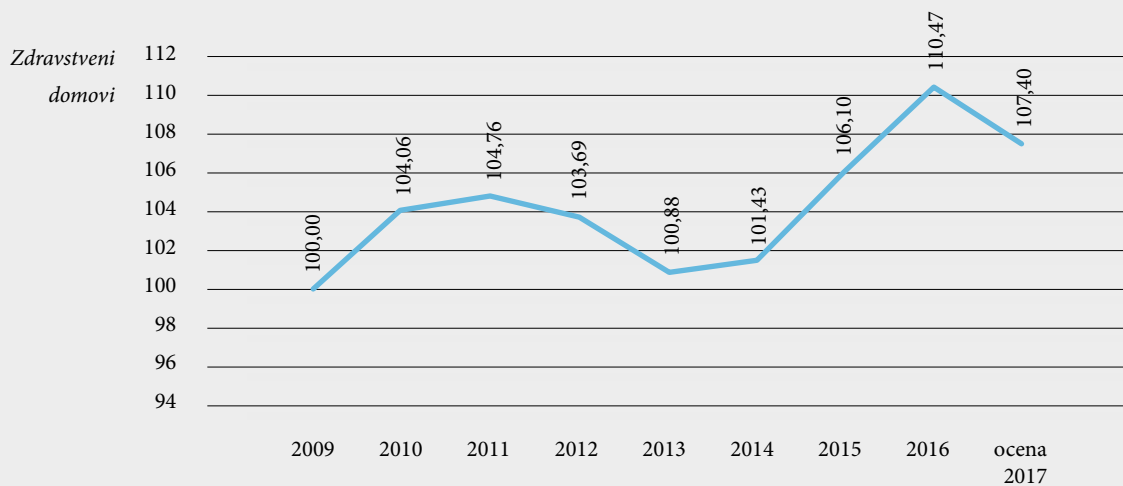
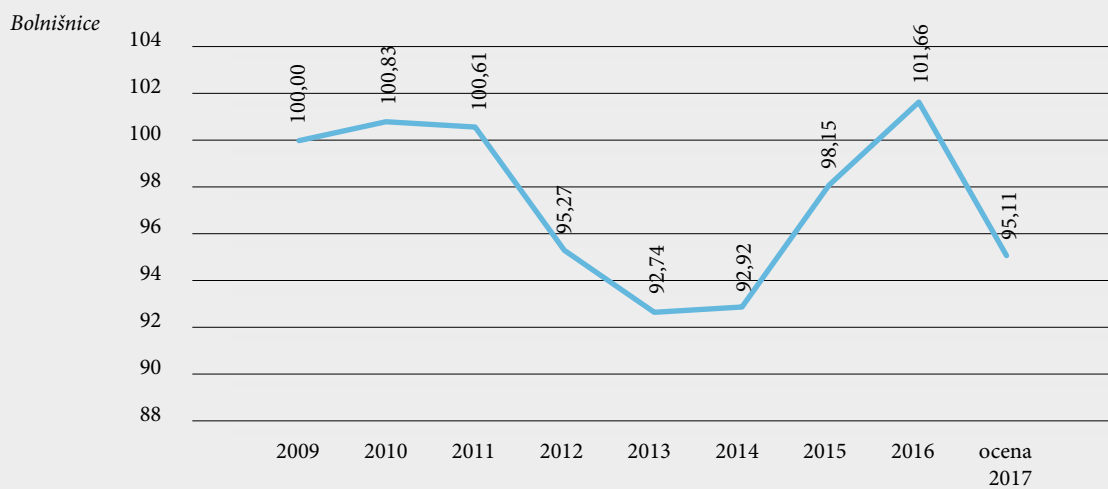
4 % nižja pogodbeni vrednost v letu 2017 v primerjavi z letom 2009 kljub novim programom (referenčne ambulante, urgentni centri, širitve dejavnosti ...)



Nezmožnost pozitivnega poslovanja JZZ v letu 2017



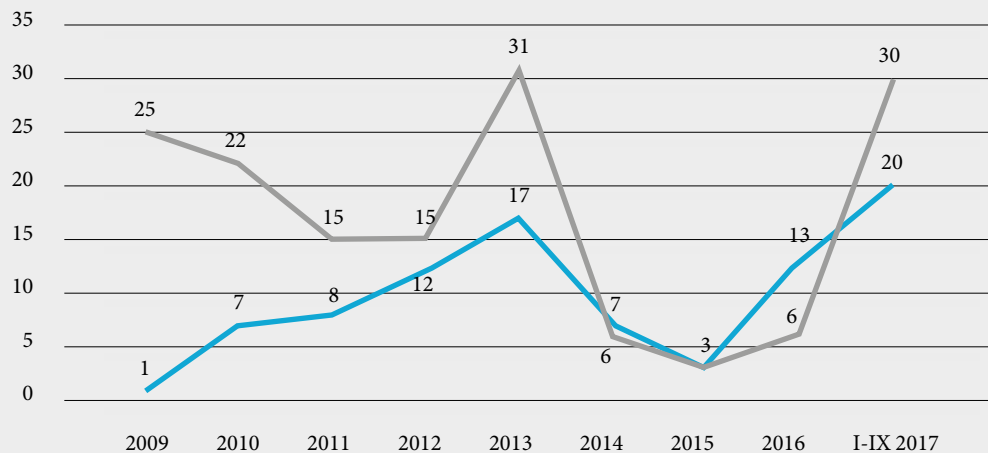
DOGOVORJENA SREDSTVA S STRANI ZAVAROVALNIC (LOČENO BOL IN ZD)



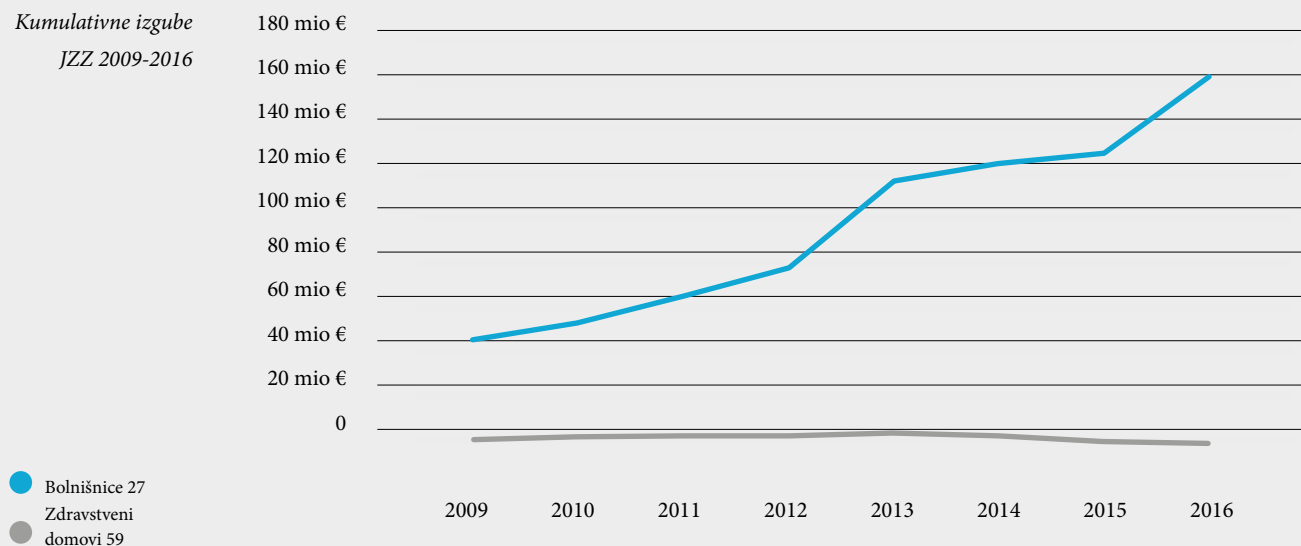
ŠTEVILO JAVNIH ZDRAVSTVENIH ZAVODOV Z IZGUBO



20 (od 27) bolnišnic in 30 (od 59) zdravstvenih domov imelo izgubo pri poslovanju na dan 30. 9. 2017



Kumulativne izgube
JZZ 2009-2016



NARAŠČAJOČI STROŠKI DELA



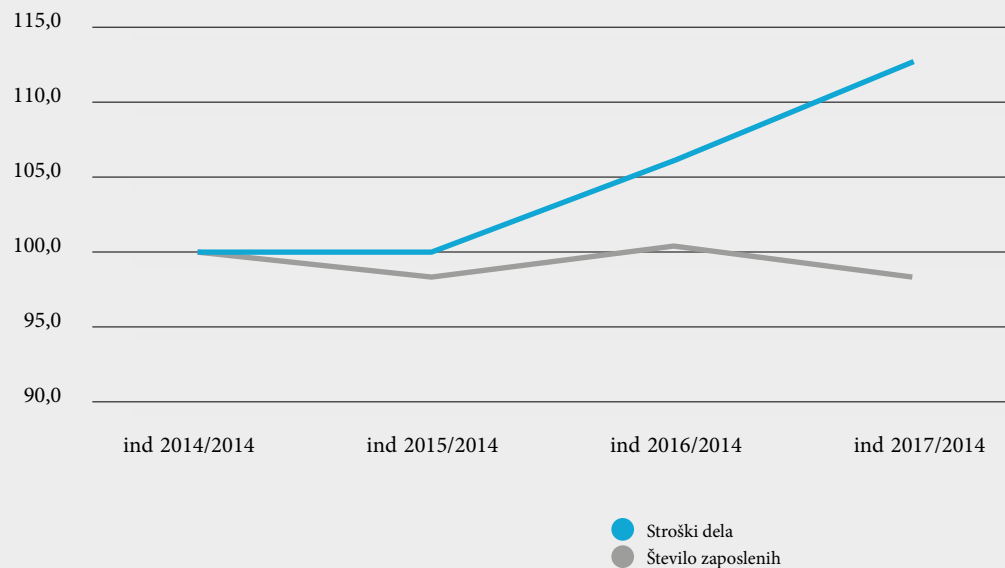
Stroški dela v vseh javnih zdravstvenih zavodih naraščajo



60 % stroški dela v celotnih odhodkih v vseh bolnišnicah in zdravstvenih domovih

Primer stroškov dela v psihiatrični specialistični dejavnosti:

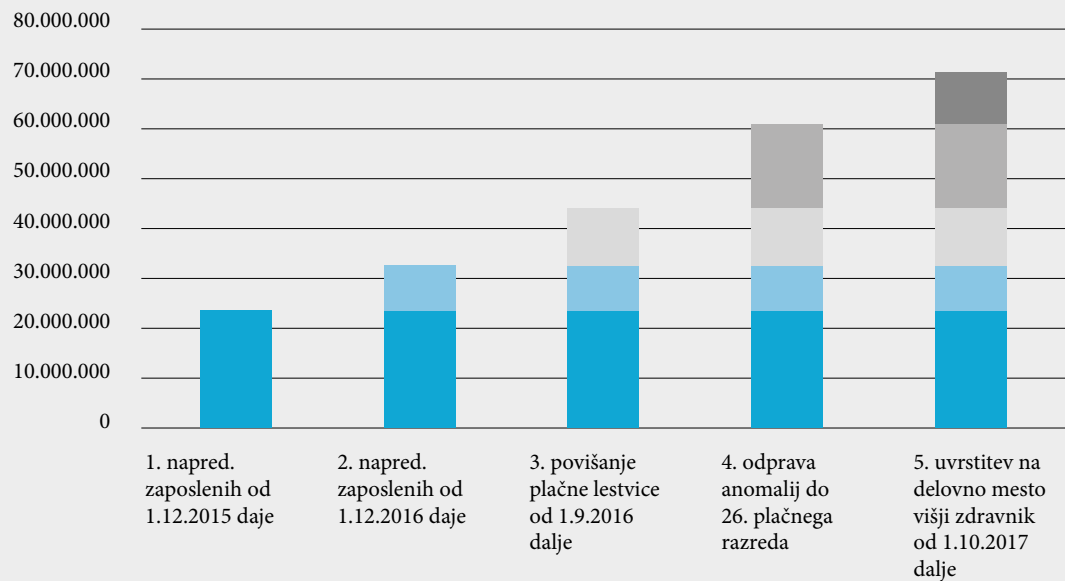
- 68,3 % stroški dela v celotnih odhodkih samo v psihiatričnih bolnišnicah.



STROŠKI DELA V JZZ ZARADI ZAKONSKIH SPREMEMB NA PODROČJU PLAČ

- Od leta 2015 so morali zavodi pri izplačilih plač upoštevati:
 - Napredovanja zaposlenih od 1.12.2015 dalje,
 - Napredovanja zaposlenih od 1.12.2016 dalje.
- Povišanje plačne lestvice od 1. 9. 2016 dalje.
- Odprava anomalij do 26. plačnega razreda od 1.7.2017 dalje.
- Uvrstitve na delovno mesto višji zdravnik od 1.10.2017 dalje.

Dodatni stroški dela v bolnišnicah zaradi sprememb na področju plač



66. ČLEN ZZVZZ



Država krši lastno zakonodajo

Cene zdravstvenih storitev niso določene v skladu s **66. členom Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju** (Ur. l. RS št. 72/06 in naslednji), ki določa, da se pri elementih za oblikovanje cene programov oz. storitev upoštevajo:

- plače in drugi prejemki v skladu s predpisi, kolektivnimi pogodbami in drugimi splošnimi akti,
- materialni stroški,
- amortizacija, predpisana z zakonom in
- druge zakonske obveznosti.

DISKRIMINATORNI POLOŽAJ ZDRAVSTVA



Financiranje javnih zdravstvenih zavodov je v popolni odvisnosti od prilivov ZZZS



Ostali proračunski uporabniki so odvisni od državnega in lokalnih proračunov

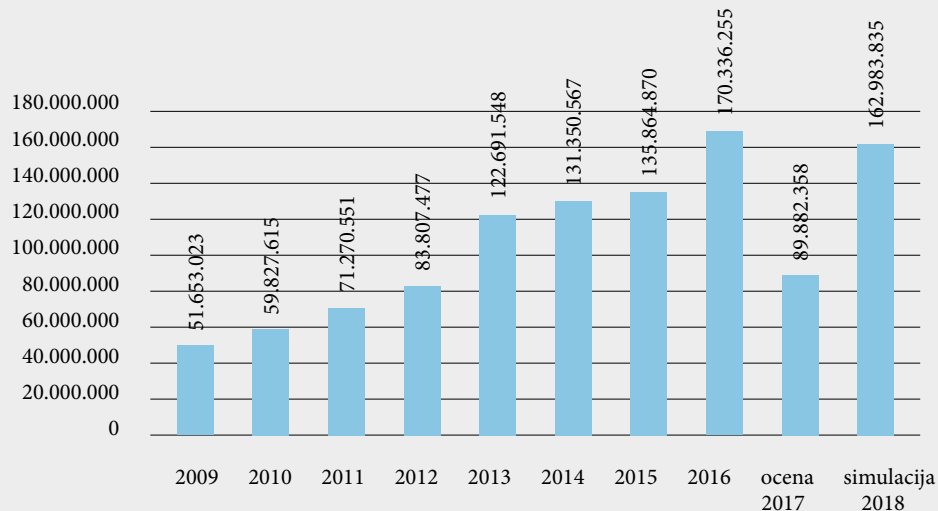
- Financiranje JZZ: v odvisnosti od prilivov ZZZS, kar pomeni, da dodatni stroški iz naslova zakonskih sprememb JZZ niso priznani, če obseg prihodkov ZZZS tega ne zagotavlja!
- Ostali proračunski uporabniki: v odvisnosti od državnega in lokalnih proračunov, zato so jim zakonsko določena povišanja odobrena z rebalansom proračuna, ki je vir njihovih prihodkov!

NUJNA SPREMEMBA NAČINA FINANCIRANJA ZDRAVSTVA!

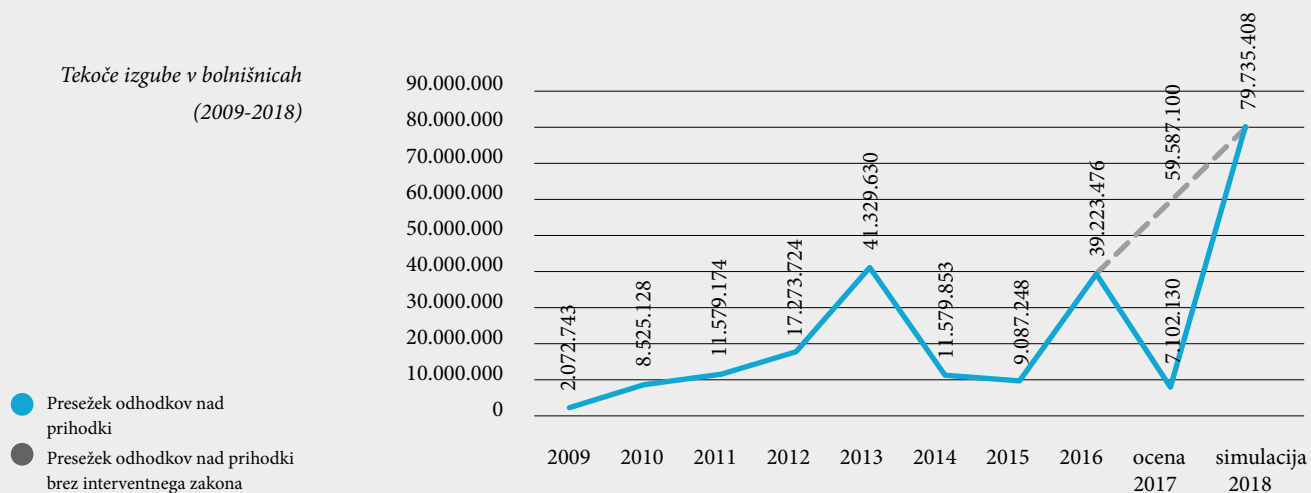
FINANČNO STANJE JZZ Z UČINKOM INTERVENTNEGA ZAKONA

Interventni zakon je le potreben pogoj za stabilizacijo nekaterih bolnišnic. Zadosten pogoj za stabilizacijo bolnišnic je dvig cen zdravstvenih storitev.

Kumulativne izgube v bolnišnicah (2009-2018)



Tekoče izgube v bolnišnicah (2009-2018)



- Presežek odhodkov nad prihodki
- Presežek odhodkov nad prihodki brez interventnega zakona

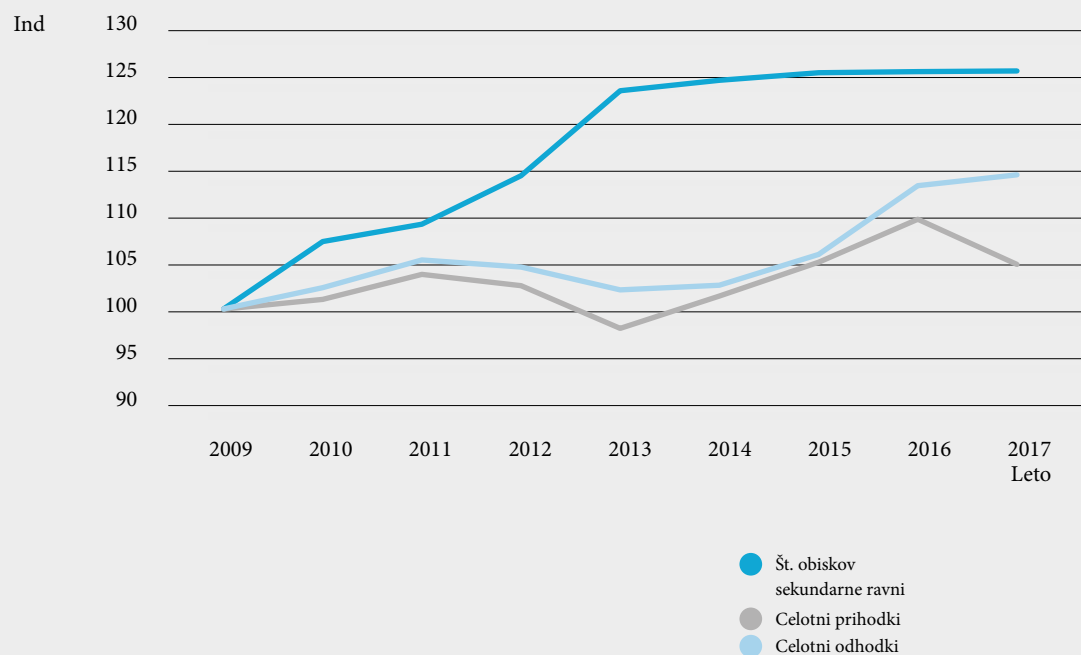
PRIHODKI JAVNIH ZDRAVSTVENIH ZAVODOV NE SLEDIJO POTREBAM PACIENTOV



5 % povečanje prihodkov
v obdobju od leta 2009 do 2016



15 % povečanje odhodkov
v obdobju od leta 2009 do 2016



POSLEDICE NEZADOSTNEGA FINANCIRANJA IN IZGUB



Velike likvidnostne težave JZZ



**Nezmožnost investiranja
in nabav**



**83 % odpisanost opreme
ob koncu leta 2016**

*Stanje neporavnanih zapadlih
obveznosti na dan 30.9.2017
v EUR*

	zap. do 30 dni	zap. od 30 do 60 dni	zap. od 60 do 120 dni	zap. nad 120 dni	skupaj
bolnišnice	35.159.783	25.972.566	46.527.335	48.473.896	156.133.580
zdravstveni domovi	1.681.850	61.710	174.206	26.170	1.943.936
drugi zavodi	895.442	864.637	543.395	195.804	2.499.279
SKUPAJ	37.737.076	28.898.913	47.244.936	48.695.871	160.576.795

*Stopnje odpisanosti opreme v
javnih zdravstvenih zavodih v
obdobju 2012 - 2016*

dejavnost	Oprema in druga opredmetena osnovna sredstva				
	2012	2013	2014	2015	2016
bolnišnice	74,7	80,8	83,3	83,6	83,0
zdravstveni domovi	79,2	81,6	82,8	81,3	80,3
ostali	84,8	84,8	87,3	86,1	86,6
SKUPAJ	78,6	81,2	83,4	83,3	82,7

POSLEDICE NEZADOSTNEGA FINANCIRANJA IN IZGUB



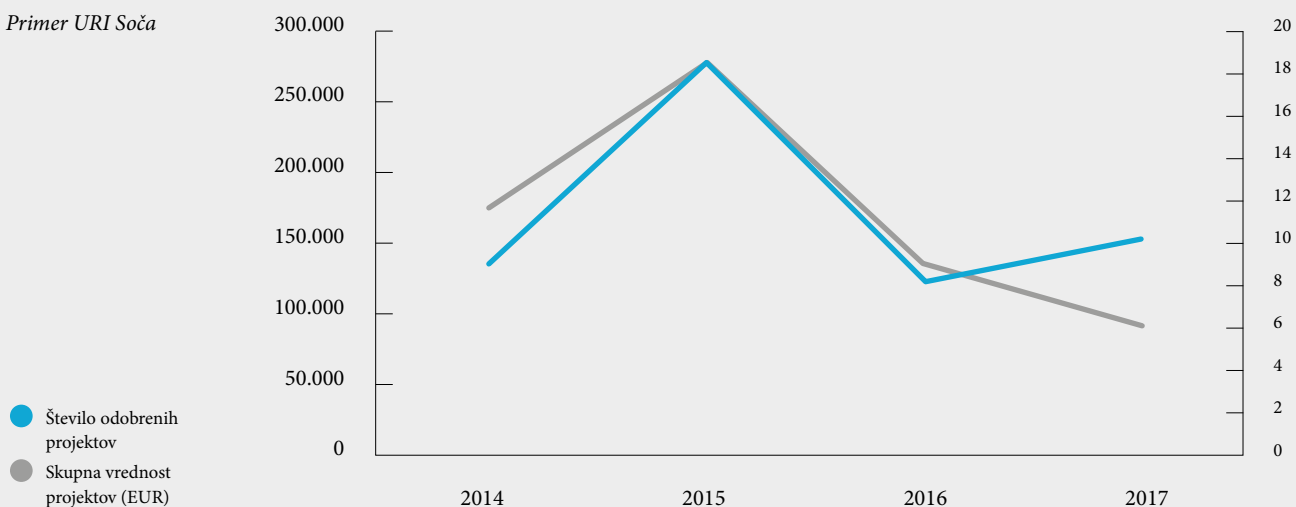
Pomanjkanja sredstev za raziskave in razvoj



Onemogočen napredek in razvoj medicine

- Projekti, ki so bili sprejeti v letu 2016 in so se začeli v letu 2017, so začasno zaustavljeni zaradi pomanjkanja sredstev.
- V letu 2018 še niso odobreni zaradi nejasne finančne situacije za leto 2018.

Primer URI Soča



PRIMERJAVA Z DRŽAVAMI EU



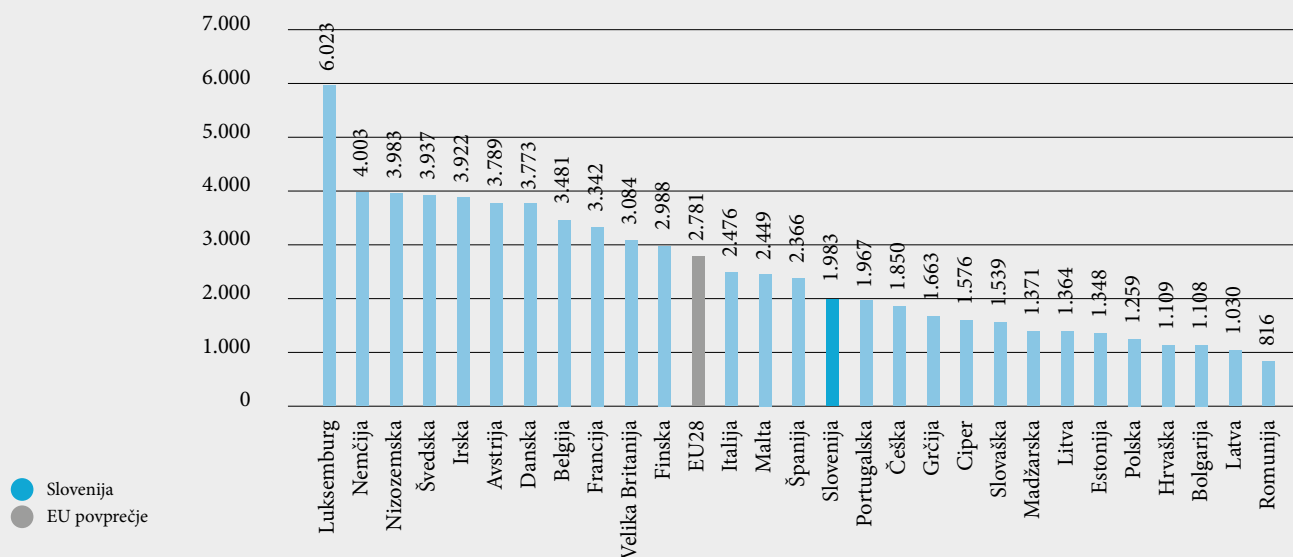
V EU smo na 15. mestu po izdatkih za zdravstvo v 2015

IZDATKI ZA ZDRAVSTVO: Med 28 državami EU je Slovenija po celotnih izdatkih za zdravstvo v letu 2015 na 15 mestu. V letu 2015 **javni izdatki** za zdravstvo znašajo:

- povprečje EU28 znaša 2.177 eur/prebivalca po PPP,
- v Sloveniji 1.433 eur/prebivalca po PPP ali 65,8 % poprečja EU.

Če bi v Sloveniji po javnih izdatkih za zdravstvo želeli doseči povprečje EU28, bi morali povežati javne izdatke za 1,22 mrd € na nacionalni ravni.

Izdatki za zdravstvo v Sloveniji in državah EU na prebivalca po PPP (v €) v letu 2015



PREDLAGANI/NAPOVEDANI UKREPI



8,45 % povišanje cen zdravstvenih storitev



Sprememba načina financiranja zdravstva



Tožbe države/ZZZS zaradi neizvajanja določil – 66. člen ZZVZZ

- Priznanje zakonsko določenih obveznosti v cenah storitev: Združenje je v okviru SD za pogodbeno leto 2018 podalo 131 spornih vprašanj - tako vsebinskih kot širitve programov v višini 160 mio EUR - in zaradi poudarka nujnosti dviga cen zdravstvenih storitev na arbitražo poslalo samo eno sporno vprašanje - dvig cen zdravstvenih storitev!
- Tožbe zaradi kršitev določil: V kolikor Vlada RS in reprezentativni sindikati javnega sektorja sprejmejo aneks h kolektivni pogodbi v javnem sektorju, ki bi urejal spremembo višine plač v javnem sektorju in druga vprašanja, ki zadevajo plače v javnem sektorju ali v primeru sprememb Zakona o sistemu plač v javnem sektorju oz. drugega predpisa, ki ureja to področje, **se v kalkulacijah cen zdravstvenih storitev avtomatično upoštevajo zakonsko sprejete spremembe.**