



REPUBLIKA SLOVENIJA
DRŽAVNI SVET

Državni svetnik mag. Peter Požun

Številka: 501-01-9/2019/26
Ljubljana, 7. 11. 2019

ZAPIS

sestanka na temo *Zagotavljanje dovoljšnjega števila ustreznih kadrov v zdravstveni in babiški negi v Republiki Sloveniji*

Sestanek na temo *Zagotavljanje dovoljšnjega števila ustreznih kadrov v zdravstveni in babiški negi v Republiki Sloveniji*, ki ga je sklical državni svetnik mag. Peter Požun, predstavnik interesov zdravstva v Državnem svetu, je bil v ponedeljek, 28. 10. 2019, v sobi 209/II, Šubičeva 4, 1000 Ljubljana.

Sestanek se je začel ob 13. uri in zaključil ob 14.35 uri.

Udeleženci sestanka:

- mag. Peter Požun, državni svetnik,
- mag. Hilda Maze, pomočnica direktorice Splošne bolnišnice Celje za zdravstveno nego,
- Vesna Rugelj, Sindikati v zdravstvu Slovenije, Konfederacija sindikatov Slovenije Pergam
- Miha Benet, Florence – sindikat medicinskih sester, Konfederacija sindikatov Slovenije Pergam,
- Adelija Perne, Skupnost srednjih šol za zdravstvo, farmacijo, kozmetiko in kemijo,
- Elvira Šušmelj, Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport,
- Simona Repar Bornšek, Kristina Kuhanec Tratar, Ministrstvo za zdravje,
- Tomaž Čebulj, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti,
- Slavica Mencingar, Marjan Meglič, Sindikat delavcev v zdravstveni negi Slovenije,
- Matjaž Merhar, Matej Velenšek, Sindikat zdravstva in socialnega varstva Slovenije,
- Silva Kastelic, Aleksandra Soršak, Srednja zdravstvena šola Ljubljana,
- mag. Radivoj Nardin, direktor Splošne bolnišnice Izola,
- mag. Dragica Blatnik, pomočnica direktorja Splošne bolnišnice Izola za področje zdravstvene nege in oskrbe,
- Hilda Rezar, pomočnica direktorja Univerzitetnega kliničnega centra Maribor za področje zdravstvene nege,
- Andraž Jakelj, direktor Psihiatrične bolnišnice Ormož,
- Ksenija Pirš, pomočnica direktorja Psihiatrične bolnišnice Ormož za zdravstveno nego

- Petra Ogrin, Nacionalni inštitut za javno zdravje,
- Jaka Bizjak, Valerija Lekić Poljšak, Skupnost socialnih zavodov Slovenije,
- Biljana Djaković, Sindikat zdravstva in socialnega skrbstva Slovenije,
- Damjana Košir, Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje,
- Janez Poklukar, generalni direktor Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana,
- mag. Zdenka Mrak, glavna medicinska sestra v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana,
- Monika Ažman, Andrej Vojnovič, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov,
- dr. Andreja Kvas, Razširjeni strokovni kolegij za zdravstveno nego pri Ministrstvu za zdravje.

Sestanek je bil sklican zaradi zaznanih težav s pomanjkanjem razpoložljivega kadra v zdravstveni in babiški negi v posameznih javnih zdravstvenih zavodih.

Udeleženci sestanka so si izmenjali informacije o aktualnem stanju v povezavi s kadri zdravstvene in babiške nege v Sloveniji, tako z organizacijskega, finančnega, izvedbenega kot vsebinskega vidika. Razpravljavci so se na podlagi poziva sklicatelja sestanka izognili razpravi o 38. členu Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-K) in se v predstavitvah svojih pogledov na problematiko večinoma osredotočili na težave, s katerimi se soočajo pri svojem delu zaradi zaznanega pomanjkanja določenih kadrovskih profilov v posameznih segmentih zdravstvene dejavnosti in za katere bi bilo nujno treba čim prej poiskati rešitve.

Na sestanku so bili predstavljeni naslednji ključni podatki, ki dajejo sliko trenutnega stanja v povezavi s kadri v sistemu zdravstvene in babiške nege ter izobraževalnem sistemu na tem področju:

- Leta 2018 je bilo na področju zdravstvene nege skupno registriranih 22.000 oseb (68 % je srednjih medicinskih sester¹ (14.293), 31 % pa diplomiranih medicinskih sester² (7.707); Vir: Register izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu iz leta 2018, ki ga vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)). Realna slika v posameznih kliničnih okoljih od navedenega povprečnega razmerja med posameznimi poklicnimi profili v zdravstveni negi bistveno odstopa.
- 1. 10. 2019 je bilo v Registru zdravstvene in babiške nege vodenih preko 25.000 izvajalcev zdravstvene nege na vseh treh ravneh zdravstvenega varstva³ (Vir: Zbornica-Zveza).
- V zadnjih desetih letih se je število diplomiranih medicinskih sester povečalo za 71 %, število tehnikov zdravstvene nege pa le za 14 % (Vir: NIJZ).
- Na Zavodu RS za zaposlovanje je oz. je bilo prijavljenih naslednje število kadrov:
 - a) 31. 8. 2014: 1.400 tehnikov zdravstvene nege in 170 diplomiranih medicinskih sester

¹ Vštete srednje medicinske sestre, tehnikov zdravstvene nege in babice s srednjo strokovno izobrazbo.

² Vštete diplomirane medicinske sestre, babice in višje medicinske sestre.

³ Zajeti bolničarji-negovalci, tehniki zdravstvene nege in višje oz. diplomirane medicinske sestre, brez babic.

b) 31. 8. 2019: 707 tehnikov zdravstvene nege in 70 z višješolsko izobrazbo oz. visokošolsko izobrazbo.

ZRSZ pojasnjuje, da gre za trajno nezaposljive osebe, ki bi jih bilo treba zaradi različnih bolezenskih stanj prekvalificirati, in za osebe, ki so nezmožne vključevanja v proces zdravstvene nege.

- Vsako leto je v programe srednjih zdravstvenih šol vpisanih približno enako število dijakov (okrog 900): leta 2012 jih je bilo 963, leta 2013 946, leta 2014 986, leta 2015 963 in leta 2019 882. Točnih podatkov o tem, koliko se jih po zaključku srednjega izobraževanja vključi v redni delovni proces, ni (ocena je, da okrog 200).
- Število diplomantov zdravstvene nege na vseh osmih visokih šolah in fakultetah od leta 2012 do konca 2018 stagnira in se giblje okrog 200 diplomantov iz naslova rednega študija (podatki Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport z dne 27. 9. 2019).
- V Registru zdravstvene in babiške nege na Zbornici-Zvezi je registriranih 750 babic s srednješolsko izobrazbo (doseženo do konca 1984), ki se nato niso več vpisale v noben nadaljnji študijski program, v povprečju so stare 54 in več let. Na študijski program na fakulteti je bilo sicer v preteklih letih v povprečju vpisanih 30 babic s srednješolsko izobrazbo, zadnje leto samo še 20.

Primerjava z drugimi evropskimi državami (podatki EUROSTAT):

- Pri podatkih o številu negovalnega kadra v celoti se Slovenija nahaja v zgornji polovici držav: Norveška 1766 negovalnega kadra/100.000 prebivalcev⁴, Slovenija 992 aktivnih v zdravstveni negi/100.000 prebivalcev, Grčija 330 aktivnih v zdravstveni negi/100.000 prebivalcev.
- Ob upoštevanju zahtevnosti zdravstvenega sistema in zgolj števila diplomiranih medicinskih sester, pa ima Slovenija le 321 diplomiranih medicinskih sester/100.000 prebivalcev, kar jo uvršča na rep evropskih držav. Manjše število beležijo zgolj Grčija, Hrvaška, Srbija in Romunija⁵.
- Slovenija je po podatkih OECD po številu zaposlenih v zdravstveni negi na 1.000 prebivalcev nad povprečjem OECD. Po podatkih o številu diplomantov v zdravstveni negi na 100.000 prebivalcev je peta na lestvici med 36 državami OECD (73,7 SLO; 44,3 OECD). Tudi razmerje med medicinskimi sestrami in zdravniki kaže, da je Slovenija nad povprečjem EU (2,8 EU, 3,1 SLO).

Kot ključne težave v zdravstvenem sistemu in sistemu socialnega varstva z vidika zdravstvene in babiške nege so bile prepoznane:

- a) Precejšen odliv kadrov in posledično pomanjkanje določenih poklicnih profilov zdravstvene in babiške nege na sekundarni in terciarni zdravstveni ravni (na ravni akutne bolnišnične obravnave in specialnih bolnišnic) ter v okviru zdravstvene nege, ki se izvaja v socialno varstvenih zavodih (pomanjkanje bolničarjev). S tem

⁴ Gre za specifiko med Evropskimi državami. Temelji na politični odločitvi o zagotavljanju tako velikega števila negovalnega kadra zaradi velike poselitvene razpršenosti Norveške in ker finančna sredstva to dopuščajo.

⁵ Gre za nepopolno bazo podatkov, saj vse države ne poročajo redno v sistem.

problemom se sistema zdravstvenega in socialnega varstva aktivno soočata že dobrih 10 let, konkretnih rešitev še ni.

- b) Precejšen del kadrov v zdravstveni in babiški negi se bo upokojil v naslednjih 5–10 letih, kar bo pomenilo velik manko v sistemu, ne samo številčno, tudi z vidika kakovosti in izkušenosti.

V Registru zdravstvene in babiške nege je bilo 1. 10. 2019 zabeleženih 8.600 izvajalcev zdravstvene nege (bolničar-negovalec, tehnik zdravstvene nege in višja oz. diplomirana medicinska sestra) v starostni skupini 50–60 let. Prav tako so najmlajše babice s srednješolsko izobrazbo stare 54 let in več, zato se v prihodnjih letih pričakuje upad njihovega števila v sistemu zdravstvene nege za 200. Vse to bo povzročilo dodatno kadrovsko praznino, ki bi jo bilo treba čim prej zapolniti.

V razmislek:

- Četudi bi zaradi pogojev, ki izhajajo iz pokojninske in invalidske zakonodaje (aktualno izplačilo 20 %-ne predčasne ali starostne pokojnine za tiste, ki tudi po izpolnitvi pogojev za predčasno ali starostno upokojitev, ostanejo aktivni, ki naj bi se po novem dvignilo celo na 40 %), v zdravstveni negi vendarle ostal zaposlen določen delež kadrov, ki so trenutno stari nad 50 let, to lahko povzroči nekatere dodatne težave. Glede na zahtevnost dela se zastavlja vprašanje zmožnosti prevzemanja delovnih obremenitev po 65. letu starosti, oviro predstavlja tudi omejena možnost vključevanja v delovni proces (zaščitene kategorije zaposlenih v starosti nad 55 let). Pride lahko tudi do negativnih vplivov na starostno sestavo timov (mladi lahko ostanejo brez priložnosti za vključevanje v delovni proces, kjer je enakomerna zastopanost posameznih generacij za kontinuiteto dela lahko izrednega pomena).
 - Mladi kadri, ki šele prihajajo na trg delovne sile, potrebujejo nekaj časa, da si naberejo izkušnje v praksi in da lahko opravljajo naloge na primerljivi ravni z izkušenimi kolegicami in kolegi. Kljub temu, da že v okviru izobraževalnega procesa pridobijo določena praktična znanja (v skladu z Direktivo o poklicnih kvalifikacijah morajo že med študijem izpolniti 2400 ur kliničnih vaj neposredno s pacienti, s čimer se nadomešča obdobje pripravništva). Pri tem velja opozoriti, da v praksi študente oziroma dijake mentorirajo kadri, ki so preobremenjeni že s svojim lastnim delom, kar predstavlja dodatno težavo.
- c) V zadnjih desetletjih so bili izvedeni določeni posegi v kadrovski sistem širše javne uprave, ki so se na področju zdravstvene in babiške nege izkazali za ne dovolj preišljene in škodljive. Povzročili so namreč precejšnja nihanja in neravnotežja v sistemu. Posamezna delovna mesta, zlasti na oddelkih intenzivne nege, so bila in so še vedno prenizko ovrednotena. Na splošno sindikati opozarjajo, da bi bilo treba vse profile v sistemu zdravstvene in babiške nege uvrstiti vsaj 5 plačnih razredov višje.

Največji problem v tem oziru predstavljata:

- Zakon o sistemu plač v javnem sektorju (ZSPJS), ki z osnovno logiko uravnalovke onemogoča plačilo zaposlenih po zahtevnosti delovnih mest, na katerih delajo, saj edini dejavnik razlikovanja lahko predstavlja zgolj izobrazba posameznega zaposlenega.
- Zakon o uravnoveženju javnih finance (ZUJF), ki je v veliki meri negativno vplival na poslovanje in organizacijo dela javnih zdravstvenih zavodov. Nekatere njegove določbe glede nagrajevanj in napredovanj še danes ostajajo v veljavi in ovirajo ustrežnejšo kadrovske politiko. Posledično projekcije kadrov za letošnje in prihodnje leto še vedno temeljijo na obsegu kadrov iz 2017, kar prav tako zmanjšuje manevrski prostor pri kadrovanju in boljši organizaciji dela.

d) Ključne ovire za ustrezno organizacijo zdravstvene nege v zdravstvenem sistemu na sekundarni in terciarni ravni predstavljajo:

- že več let trajajoči negativni kadrovski trendi na sekundarnem in terciarnem nivoju pri vseh vrstah poklicnih profilov.
- Neuspešni razpisi prostih delovnih mest v enotah intenzivne nege in terapije.
- Izrazito pomanjkanje kadrovskega profila diplomirane medicinske sestre za delo na kliničnih oddelkih oz. oddelkih intenzivne nege on terapije, kljub temu da njihovo število v sistemu skozi leta narašča. Trenutno kar precej nalog, ki spadajo v delokrog diplomiranih medicinskih sester, opravljajo tehniki zdravstvene nege, ki za to niso ustrezno nagrajani.
- V zadnjih letih primanjkuje tudi tehnikov zdravstvene nege in bolničarjev.
- Zaradi pomanjkanja ustrezne kadrovske sestave je oteženo zagotavljanje tri-izmenskega dela.

V okviru socialnih zavodov se zaznava:

- Težave s pridobivanjem kadra (zgolj 45 %-na uspešnost pri razpisih za posamezna delovna mesta).
- Najbolj občutno je pomanjkanje poklicnega profila bolničar-negovalca, ki sicer v domovih za starejše predstavlja več kot 50 % zaposlenega kadra oziroma potreb po njem.
- Možnost dodatnih težav z zagotavljanjem kadrov v prihodnje, saj so zaposleni v domovih za starejše trenutno v povprečju stari 49 let.
- Rušenje plačnih razmerij znotraj posameznega socialnega zavoda kot posledice iskanja rešitev za zapolnitev potreb po delovni sili oziroma zagotovitev, da obstoječi zaposleni ne bodo odšli delat drugam (npr. na podlagi uvrščanja posameznih poklicnih profilov v višje plačne razrede na podlagi drugega odstavka 19. člena Zakona o sistemu plač v javnem sektorju; če želijo pridobiti kadre za delo, morajo v domovih za starejše novo zaposlenim ponuditi enake ali višje plače kot tistim, ki v domovih za starejše delajo že dlje časa in so do navedenih plačnih razredov prišli po redni poti napredovanja, kar je do slednjih zelo nepravilno).

Prepoznani možni razlogi za nastalo situacijo:

- Splet različnih dejavnikov, ki so na sistem vplivali skozi leta.
- Neustrezni pogoji dela in preobremenjenost (tri-izmensko delo, nočno delo, dežurstva čez vikende tudi po 4-krat na mesec itd.).
Tri-izmensko delo se je pokazalo kot problematično tudi v kliničnih okoljih, kjer sicer nimajo težav s kadri (ne s srednjimi ne diplomiranimi medicinskimi sestrami). Npr. prišlo je do umika soglasij za nočno delo, kar se v primeru organizacije dela na podlagi dežurstev ni dogajalo (prepoznani razlog: plačilo).
- Zaposlitve na primarnem nivoju in v drugih poklicih omogočajo boljše pogoje za delo in temu primerno relativno boljše plačilo, pa tudi več prostega časa in višjo kvaliteto zasebnega življenja. Iz prakse izhaja, da si diplomirane medicinske sestre zaposlitev poiščejo na primarni ravni, v referenčnih ambulantah, centrih za krepitev zdravja, dispečerskih centrih, centrih urgentne medicine (odšle so številne izkušene medicinske sestre iz intenzivnih oddelkov v bolnišnicah), med drugim v timih reševalnih vozil (na podlagi spremenjenega standarda sestave zdravstvenega tima v navedenih vozilih), pogosto pa tudi v tujini ali v čisto drugih poklicih. Po začetku delovanja centrov duševnega zdravja se pričakuje še dodaten odliv s sekundarne in terciarne ravni.

Po podatkih NIJZ je bilo v letu 2018 v okviru referenčnih ambulant zaposlenih 535 diplomiranih medicinskih sester, v centrih za krepitev zdravja 161, v treh letih in pol pa je Zbornica-Zveza izdala 719 potrdil o dobrem imenu (554 za srednje medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege ter 165 za diplomirane medicinske sestre), ki so eden od pogojev za zaposlitev v tujini⁶. Omenjeno število izdanih potrdil bi v primeru, da se res vsi, ki za potrdilo zaprosijo, tudi dejansko zaposlijo v tujini, predstavljalo eno celo generacijo zaposlenih v zdravstveni negi, kar je lahko zaskrbljujoče.

- Mladi kadri, ki se zaposlujejo zdaj, imajo drugačno lestvico prioritet. Več jim pomenita prosti čas in zasebno življenje.
- Kjer prevladujejo kadri, ki spadajo v zaščitene kategorije zaposlenih (zaposleni, stari nad 55 let, in mlade matere z otroki itd.), je težko organizirati delo v negovalnih timih, zlasti v tri-izmenskem delu.

V razmislek:

- Cca. 700 diplomiranih medicinskih sester, ki bi lahko delale v kliničnih okoljih, a zaradi boljših delovnih pogojev delajo na primarnem nivoju, za sekundarni in terciarni nivo zdravstvenega varstva predstavljajo velik manko. Še zlasti, če gre za tiste diplomirane medicinske sestre, ki so na posameznih oddelkih predstavljale ključne nosilce zdravstvene nege in so odšle na delovna mesta na primarnem zdravstvenem nivoju.

⁶ Republika Avstrija tega potrdila po novem za dnevne delovne migrante ne zahteva več.

- V srednjih zdravstvenih šolah ne beležijo velikega interesa za vpis v triletni srednješolski program bolničar-negovalca, zato bo v prihodnje verjetno težko zagotoviti ustrezno število tovrstnih kadrov.

Pripomba:

- Niso bile vse diplomirane medicinske sestre, ki so zaposlene v centrih za krepitev zdravja, predhodno zaposlene na sekundarnem nivoju. Nekaj se jih tja prezaposlilo tudi iz referenčnih ambulant ali drugih delovnih okolij na primarni ravni.

- e) Neustrezna kadrovska sestava glede na zahtevnost delovnih nalog na kliničnih oddelkih, zlasti na oddelkih intenzivne interne medicine oz. intenzivne terapije, kjer je razmerje med diplomiranimi medicinskimi sestrami in tehnikami zdravstvene nege ponekod 40 : 60 ali celo nižje, četudi bi zahtevnost delovnega okolja zahtevala ravno obratno razmerje (zaželjeno 70 : 30).

Razmerje med tehnikami zdravstvene nege oz. srednjimi medicinskimi sestrami in diplomiranimi medicinskimi sestrami v sistemu zdravstvene nege sicer skozi leta pada. Iz razmerja 2.0 smo prišli na 1.5 na državnem nivoju, v UKC LJ pa se je razmerje že obrnilo in med zaposlenimi v najzahtevnejših enotah že prevladujejo diplomirane medicinske sestre, kljub temu da se na kliničnih oddelkih soočajo z njihovim pomanjkanjem.

- f) Prenizko plačilo za zahtevnost in stopnjo odgovornosti, ki jo pri delu prevzemajo posamezni poklicni profili v zdravstveni in babiški negi, pa tudi za specifično razporeditev delovnega časa (tri-izmensko delo).

V razmislek:

- Sindikati na področju zdravstvene in babiške nege opozarjajo na to, da poklici v zdravstveni negi izgubljajo veljavo tudi na podlagi (raz)vrednotenja njihovega dela. Osnovna plača negovalnega kadra s srednješolsko izobrazbo je brez dodatkov namreč primerljiva z minimalno plačo v Sloveniji (600 do 700 evrov), kar je bistveno prenizko plačilo za vrsto, predvsem pa zahtevnost dela, ki ga opravljajo. Tudi dodatki za delo v turnusih, ki znašajo 50 evrov na mesec za 3 izmensko delo ter delo ob praznikih, sobotah in nedeljah, ne predstavljajo ustrezne nagrade.
- Bolničarji-negovalci, ki predstavljajo večji del kadrov v domovih za starejše, so uvrščeni v 19. plačni razred, kar pomeni, da prejemajo plačilo, ki je zgolj za 1 evro višje od minimalne plače.
- Tri-izmensko delo ni ustrezno ovrednoteno, zato zanj ni interesa.

- g) Na področju izobraževalnega sistema Slovenija ni samozadostna, zgolj zanašanje na uvoz delovne sile, pri kateri lahko veliko težavo predstavlja znanje tujega jezika, ne sme biti edina rešitev.
- h) Sistem zdravstvenega in socialnega varstva posledice starajočega se prebivalstva bremenijo že sedaj (hospitaliziranih je 30 % več starejših od 80 let kot v preteklosti), v prihodnje pa ga bodo glede na demografske trende še bolj.

V razmislek:

- Zaradi demografskih trendov se predvideva dodatne obremenitve sistemov socialnega in zdravstvenega varstva v prihodnosti, med drugim zaradi višje obolevnosti starejših, polimorbidnosti, slabše pokretnosti in njihove večje socialne odvisnosti.
- Socialni zavodi že sedaj poročajo o preobremenjenosti sistema. Zaradi čedalje večje zahtevnosti nege, ki jo potrebujejo posamezniki, domovi za starejše čedalje bolj pogosto prevzemajo vlogo negovalnih bolnišnic (veliko dementnih in kronično bolnih oskrbovancev in oskrbovancev, ki so invalidi). Prav tako morajo zavračati številne prošnje za sprejem v oskrbo, ker nimajo na voljo ustreznega kadra in finančnih sredstev za pokritje takšnih zahtev.
- Po drugi strani so bolnišnice primorane po več mesecev imeti hospitalizirane osebe, katerih zdravstvena oskrba je zaključena, potrebovale pa bi zahtevnejšo dolgotrajno oskrbo, a za to drugje ni zagotovljenih ustreznih pogojev (ni mogoč odpust v domačo oskrbo, ni prostora v domovih za starejše ...).

* * *

Prepoznane so bile naslednje možne rešitve nastalih težav, tudi na podlagi dobrih praks iz tujine:

Skrb za dolgoročno kadrovske vzdržnost sistema zdravstvene in babiške nege na podlagi:
--

- a) Povečanja vpisnih mest v srednješolskem in visokošolskem izobraževanju na področju zdravstvene in babiške nege.

V razmislek:

- Potrebe po večjem številu kadra v sistemu obstajajo, težava je zagotovitev finančnih sredstev za izvajanje izobraževalnih programov in zagotovitev ustreznega strokovnega kadra za poučevanje.
- Zgolj povečevanje števila vpisnih mest, brez zagotovitve ustreznih pogojev za delo po opravljenem izobraževalnem procesu in vključitvi na trg dela, ne zadošča za rešitev nastalih težav in bo povzročilo zgolj dodatne obremenitve sistema.

- Zaradi nizke stopnje interesa za vpis v srednješolski izobraževalni program bolničar-negovalca zgolj dvig števila vpisnih mest ne bo zadoščal za pokritje potreb na trgu dela.

Možna rešitev:

Izobraževanje odraslih za poklic bolničarja-negovalca v okviru srednješolskega strokovnega in poklicnega izobraževanja, a to terja določen čas (prekvalifikacije v bolničarja-negovalca trajajo eno leto, za tehnika zdravstvene nege pa dve leti; manj kot to ni mogoče doseči, brez da bi se vplivalo na kvaliteto pridobljenih znanj).

b) Uvoza delovne sile iz drugih držav.

V razmislek:

- Takšna praksa je že bila uveljavljena v 60. in 70. letih prejšnjega stoletja, ko je v Slovenijo prišlo veliko delovne sile iz bivših jugoslovanskih držav, a situacija je trenutno malo drugačna. Kadri iz tujine pogosto Slovenijo prepoznavajo zgolj kot tranzitno državo, ciljna zaposlitev pa je na Severozahodu Evrope, kjer so pogosto pogoji za začetek dela in pridobitev dodatne izobrazbe manj strogi kot v Sloveniji itd.
- V tujini se je v nekaterih državah zaposlovanje iz držav kot so Vietnam, Ukrajina, Filipini itd. izkazalo za edino možno potezo, če ni možno zagotoviti dovolj lastnih kadrovskih virov, zlasti na področju oskrbe v okviru socialno varstvenih zavodov oz. domov za starejše.
- Kvaliteta slovenskih kadrov je običajno na višji strokovni ravni v primerjavi z uvoženo delovno silo, zato bi bilo treba pred uvedbo takšnih ukrepov poskusiti situacijo reševati na druge načine.
- Neutemeljeno je delati primerjave med plačnimi in izobraževalnimi sistemi na področju zdravstvenega varstva med posameznimi državami, ker so med njimi velike razlike, odvisne od kompetenc in aktivnosti ki jih izvajajo zdravniki in negovalno osebje, kakor tudi od drugih načinov urejanja življenja in pogojev dela v posameznih državah.

c) Izboljšanja pogojev za delo za vse kadre, ki delujejo v zdravstveni in babiški negi (tako glede razporeditve delovnega časa kot plačila za delo) na naslednje možne načine:

- Dvig osnovne plače in dvig izhodiščnih razredov za posamezne poklicne profile, na podlagi ocene zahtevnosti in odgovornosti posameznega delovnega mesta.

- Spremembe Kolektivne pogodbe za zaposlene v zdravstveni negi, na podlagi dogovora med podpisniki aktualne kolektivne pogodbe (predstavniki Ministrstva za zdravstvo, Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve in Zdravniške zbornice Slovenije na strani delodajalcev ter predsedniki Sindikata delavcev v zdravstveni negi Slovenije, Sindikata zdravstva in socialnega varstva Slovenije in ZSSS, Sindikata zdravstva in socialnega skrbstva Slovenije na strani delojemalcev) z namenom izboljšanja pogojev za delo v zdravstveni negi.
- Zagotovitev več možnosti nagrajevanja zaposlenih na zahtevnejših delovnih mestih in sprememba plačnega sistema v javnem sektorju na način odprave t. i. uravnilovke v sistemu zdravstvene nege.
Primerljiva delovna mesta glede na zahtevnost delovnih nalog naj se enako vrednotijo tako v zdravstvenem sistemu kot sistemu socialnega varstva.
- Odprava preostalih določb v Zakonu za uravnoteženje javnih financ, ki onemogočajo nagrajevanje zaposlenih v javni upravi in neutemeljeno ohranjajo aktivne nekatere varčevalne ukrepe iz časa gospodarske krize.

V razmislek:

- Razlike se trenutno ne pojavljajo samo med posameznimi poklicnimi profili v sistemu zdravstvene nege, ki so vezani na določeno stopnjo izobrazbe, ampak tudi znotraj posameznega poklicnega profila, v odvisnosti od delovnega mesta.
- Prilagoditve plačil za posamezno delovno mesto naj sledijo pogoju različne zahtevnosti delovnih mest in naj ne bodo odvisne zgolj od izobrazbe, zahtevane za zasedbo posameznega delovnega mesta.
- Pri umestitvi posameznih poklicnih profilov v plačne razrede je moč slediti zahtevnosti delovnih nalog na posameznem delovnem mestu ali izvesti vsesplošno linearno povečanje. Pri tem je bilo opozorjeno na to, da zgolj linearno povečanje ne bo razrešilo težav z neustrezno kadrovske sestavo (razmerje med diplomiranimi in srednjimi medicinskimi sestrami) v kliničnih in drugih zahtevnejših delovnih okoljih, zaradi česar bi bilo treba postaviti višja izhodišča za plačilo zlasti v hospitalnem delu zdravstvene oskrbe.
- S strani sindikatov je bila izražena želja po preišljenem pristopu k spremembam plačnega sistema – zavzemajo se za dvig plačnih razredov za vse poklicne kategorije v zdravstveni in babiški negi, ne glede na raven zdravstvenega varstva, kjer se izkaže, da bi bilo to potrebno (tudi na primarnem nivoju zadeve niso ustrezno urejene).

Boljša organizacija dela v posameznih kliničnih oddelkih, na podlagi poenotenja pogojev dela in primerljivosti obremenitev diplomiranih medicinskih sester, ne glede na mesto zaposlitve.

Zagotoviti razbremenitve zaposlenih na delovnih mestih, na podlagi uporabe sodobnih informacijskih tehnologij in drugih pripomočkov za delo, ki slednjega lahko olajšajo.

Praksa kaže na to, da se delo lahko organizira tako, da se ohrani interes za zaposlitev in zagotovi nemoteno izvajanje delovnega procesa, navkljub omejenim kadrovskim možnostim (npr. s kroženjem oz. kolobarjenjem).

Ohranjanje interesa pri mladih za vpis v srednješolsko strokovno izobraževanje na področju zdravstvene in babiške nege ter nadaljevanje šolanja v tej smeri.

Kader, ki se trenutno šola v okviru srednjih zdravstvenih šol, je glede na rezultate poklicne mature dobro strokovno opremljen, prav tako število vpisanih na srednje zdravstvene šole zaenkrat kaže, da interes za tovrstne poklice še obstaja.

V razmislek:

- Dokler bodo v javnosti (tudi zaradi načina medijskega poročanja) poklici v zdravstveni in babiški negi izgubljeni na veljavi in ne bodo deležni ustreznega spoštovanja, kot so ga bili v preteklosti, je težko pričakovati, da se bo interes za vpis na srednje zdravstvene šole povečal.
- Po prenosu Direktive o poklicnih kvalifikacijah (v osnovi Direktiva 2005/36/EC, spremenjena z Direktivo 2013/55/EU) v nacionalno zakonodajo, se je programe izobraževanja na področju zdravstvene nege pogosto spreminjalo, prav tako tudi poimenovanja različnih poklicnih profilov, zaradi česar je trenutno v sistemu velika pojmovna in organizacijska zmeda.
- Trenutno se zaznava, da se mladi po opravljenem srednješolskem izobraževanju ne odločajo za nadaljevanje izobraževanja po strogi vertikali navzgor, ampak po širši vertikali (v sorodnih poklicih, kjer so zaslužki in pogoji dela boljši).

Prenoviti določene poklicne standarde, po zgledu prenovljenega poklicnega standarda zdravstveno-socialni asistent (npr. bolničar-negovalec in tehnik zdravstvene nege) z namenom prilagoditve realnemu stanju v delovnih okoljih.

Na podlagi podrobne analize posameznih faz v procesu zdravstvene nege (v okviru zdravstvenega in socialnega varstva) vanj vključiti še kakšne druge poklicne profile, ki nimajo izobrazbe s področja zdravstva in s tem razbremeniti t. i. zdravstveni kader.

Razlogi:

- Dobra praksa s prenovo poklicnega standarda zdravstveno socialni asistent (visoka motivacija dijakov, ki so tudi učno zelo uspešni, na kar kažejo rezultati poklicne mature) bi lahko služila kot podlaga tudi za prenovo ostalih poklicnih profilov ali vzpostavitvi popolnoma novih poklicnih profilov, da bi se čim bolj približalo realnim potrebam na trgu dela (ob upoštevanju pričakovanih povečanih potreb po storitvah, povezanih z dolgotrajno oskrbo).
- V praksi se vključevanje novih poklicnih profilov ali kadra, ki nima izobrazbe s področja zdravstva, preverjeno izkaže za učinkovite (spremstvo bolnikov npr.).

Možna rešitev: sprememba Zakona o pacientovih pravicah, ki določa, da zdravstvene storitve lahko izvajajo samo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci, čeprav bi jih lahko tudi kakšen drug poklicni profil.

Razmisliti o spremembi Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki omejuje medsebojno sodelovanje javnih zdravstvenih zavodov na področju izmenjave kadrov.

Čimprejšnji sprejem zakonodaje s področja dolgotrajne oskrbe in s tem zagotovitev podlage za organizacijo sistema skrbi in nege za osebe, ki potrebujejo tovrstno pomoč. Na takšen način bi se razbremenilo tako bolnišnice kot domove za starejše.

Priprava dolgoročne strategije razvoja zdravstvene in babiške nege v Sloveniji, na podlagi sodelovanja vseh ključnih deležnikov v sistemu.

Državni svetnik,
predstavnik interesov zdravstva
mag. Peter Požun, l. r.