

Број 13 //
Београд //
Август //
2012 //
Година IV //

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ

ГЛАСНИК

ISSN 1821-3995

ТЕМА БРОЈА

НАСИЉЕ НАД ЛЕКАРИМА

ИНТЕРВЈУ – Проф. др Слободан Обрадовић,
директор КЦ Крајевца:

АКРЕДИТАЦИЈА ЈЕ НАША ЛИЧНА КАРТА

МИШЉЕЊА

РЕФОРМА ЗДРАВСТВА: ИЗМЕЂУ ПРОКЛАМОВАНОГ И ОСТВАРЕНОГ



ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ
SERBIAN MEDICAL CHAMBER

ДАНИ СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ ДИЈАСПОРЕ 2012

СРБИЈА, Октобар 4-6, 2012.

БЕОГРАД

04.10. - Свечано отварање Конференције -Позориште на Теразијама

05.10. - „Ургентна стања у медицини“

05.10. - „Преоперативна и интраоперативна дијагностика у хируршкој патологији“

05.10.- „Дерматологија данас“

СУРДУЛИЦА

05.10. - „Туберкулоза – никад завршена прича“

СРЕМСКИ КАРЛОВЦИ

06.10. – Свечана седница Скупштине Лекарске коморе Србије



Гласник

ЛИСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ



Година IV, број 13,
август 2012. године.

ISSN 1821-3995

Редакција:

Београд, ул. Краљице Наталије 1

Тел/факс:

36-26-185, 36-26-187, 36-26-188

И-мејл:

lekarskacomorasrbije@gmail.com,
www.lks.org.rs

Главни уредник:

Др Бранка Лазић

Чланови уређивачког одбора:

Др Нинослава Михајловић
Др Јасмина Павловић
Др Игор Николић
Др Сергеј Лазаров
Др Данка Грудић
Др Иван Илић
Др Милан Симић
Др Драгана Арсић
Др Слађана Илић
Др Гордана Ђокић
Др Олга Вучићевић Осипов
Др Јелица Крчмаревић
Др Никола Костић
Др Предраг Рогулић
Др Дубравка Миодроговић

Издавачки савет:

Прим. др сци Татјана Радосављевић
Др Драгана Милутиновић
Проф. др Марина Дељанин Илић
Прим. др сци Спасо Анђелић
Доц. др Бранко Ристић
Проф. др Бранислав Перин
Др Александар Радосављевић
Др Љубиша Недељковић

Новински уредник:

Јасмина Томашевић

Ликовно-графички уредник:

Илија Милошевић

Типографско писмо:

Adamant

Лист се објављује четири пута
годишње и доставља бесплатно
свим члановима ЛКС

Насловна и последња страна:

Клинички центар Крагујевац

Штампа:

Штампарија „Гласник“, Београд

Реч уредника

Драги читаоци,
колегинице и колеге,



У

овом броју Гласника моћи ћете да прочитате текст директорке Лекарске коморе Србије о насиљу над лекарима, разговор са директором Клиничког центра Крагујевац – прве акредитоване терцијарне установе у Србији, настављамо причу о ка-

питацији са колегама који су већ неколико година „у првим редовима“ – активни у одборима и комисијама за примарну здравствену заштиту, дајемо преглед досадашње реформе здравственог система, правце могуће реформе финансирања здравства, нешто о функционисању лекарских комора других земаља и њиховим искуствима...

Трудили смо се да изаберемо теме и коментаре који су актуелни, да саговорници буду најкомпетентнији људи који имају информације, а и сами „преживљавају“ наше теме.

Даћемо најаву за Дане српске медицинске дијаспоре, сада већ традиционалне, са позивом да присуствујете и учествујете.

И даље очекујемо ваша искуства и сазнања,
на

urednikglasnika.lks@gmail.com

или на

Лекарска комора Србије за Гласник,
Краљице Наталије број 1,
Београд

Др Бранка Лазић,
главни уредник Гласника
Лекарске коморе Србије

ИЗ ОВОГ БРОЈА

НАША ТЕМА Стр. 6

– КРИВИЧНОПРАВНА ЗАШТИТА – ИМПЕРАТИВ

МЕЋУНАРОДНА САРАДЊА Стр. 20

– КАКО ФУНКЦИОНИШЕ НЕМАЧКО ЗДРАВСТВО
– О ПРАВНОЈ ЗАШТИТИ ЛЕКАРА

ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ:

КАПИТАЦИЈА Стр. 25

– ИЗАБРАНИ ЛЕКАРИ НИСУ ПИСАРИ
И ЕВИДЕНТИЧАРИ РФЗО
– ВЕЋА ПЛАТА КАО ШАРГАРЕПА НА ШТАПУ
– ПИТАЊА И ОДГОВОРИ О КАПИТАЦИЈИ

ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ – ДСГ Стр. 36

– ШТА СУ ДИЈАГНОСТИЧКИ СРОДНЕ ГРУПЕ?

РЕФОРМА ЗДРАВСТВА Стр. 38

– РАСКОРАК ИЗМЕЋУ ПРОКЛАМОВАНОГ
И ОСТВАРЕНОГ
– МОЖЕ ЛИ СЕ ПИРАМИДА ГРАДИТИ ИЗ СРЕДИНЕ

ПРОПИСИ Стр. 44

– СУДСКОМЕДИЦИНСКО ВЕШТАЧЕЊЕ

АКТИВНОСТИ РЛК Стр. 46

– ВЕЋИ ПРОЦЕНАТ ЛЕКАРА САКУПИО БОДОВЕ

ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ Стр. 48

– ЛИДЕР СРПСКЕ ДЕРМАТОЛОГИЈЕ

СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈЕ Стр. 56

– УЈЕДНАЧЕНО И ФУНКЦИОНАЛНО ОБРАЗОВАЊЕ
– НЕДОСТАТАК СПЕЦИЈАЛИСТА – ПРОБЛЕМ
– ДАНАС УШТЕДА – СУТРА ПОСЛЕДИЦЕ

МИШЉЕЊА Стр. 62

– СТУДИЈСКИ БОРАВАК:
ТАМО НАУЧЕНО, ОВДЕ ПРИМЕЊЕНО

ПРЕДАВАЊА Стр. 62

– ВЕРА У БОГА СМАЊУЈЕ АНКСИОЗНОСТ

ПРЕДСТАВЉАМО Стр. 64

– ОПШТА БОЛНИЦА СВЕТИ ЈОВАН У ЗРЕЊАНИНУ

ПОВОДИ Стр. 66

– МЕДИЦИНА У СРБИЈИ КРОЗ ВЕКОВЕ

ДА СЕ НЕ ЗАБОРАВИ Стр. 71

– ГОРОСТАС СРПСКЕ ХИРУРГИЈЕ
– НЕЗАБОРАВЉЕНО ДОБРОЧИНСТВО
ШАБАЧКОГ ПЕДИЈАТРА
– ОПЕРИСАЛИ И НЕСВРШЕНИ СТУДЕНТИ

ВЕСТИ И ЗАНИМЉИВОСТИ Стр. 76

ДОКУМЕНТИ Стр. 81

– ПРАВИЛНИК О СОЛИДАРОЈ ПОМОЋИ
ЧЛАНОВИМА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ И
ЧЛАНОВИМА ЊИХОВИХ УЖИХ ПОРОДИЦА
– ПРАВИЛНИК О УТВРЂИВАЊУ КРИТЕРИЈУМА
ЗА ПРЕДЛАГАЊЕ СТРУЧНИХ НАДЗОРНИКА



6-9

Насиље наг лекарима – врх леденој бреџа

*Здравствени радници све чешиће на мейи
аиресије пацијената и њихове родбине*



51-52

Нова законска и йодзаконска акџа – йриориџей

*Како до боље орџанизације хийне медицинске
йомоћи у Србији*



12–19

Проф. др Слободан Обрадовић:

Акредитација је наша „лична карта“

КЦ Крагујевац прва је званично акредитована
установна терцијарног нивоа у Србији



25–26

Уредбом наметнуће „ице без ираница“

Сујестије и предлози у вези са увођењем
квалификације које је упућивала Скупштина ЛКС
и ПО за јавно здравље – без очекиваној смене
уважавања надлежних



53–55

Умешност и наука у ошћој медицини

Конференција WONCA 2012. окупила 2.783
учесника из Европе и света



66–70

Медицина у Србији кроз векове

У згради СЛД нова музејска поставка,
са занимљивим експонатима од палеолита
до данашњих дана

ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ ЧЕСТО НА МЕТИ
АГРЕСИЈЕ ПАЦИЈЕНАТА И ЊИХОВЕ РОДБИНЕ

НАСИЉЕ НАД ЛЕКАРИМА – ВРХ ЛЕДЕНОГ БРЕГА

// РЕЧ ЈЕ О ПОДМУКЛОЈ ПОЈАВИ КОЈА, НЕ САМО ШТО МОЖЕ ДА ОШТЕТИ
ЗДРАВЉЕ ЛЕКАРА, НЕГО И УРУШАВА ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ // НЕОПХОДНО ЈЕ
РАДИТИ НА РАЗВОЈУ СТРАТЕГИЈЕ ЗА СТВАРАЊЕ СИГУРНЕ РАДНЕ СРЕДИНЕ
ЗА ЗДРАВСТВЕНЕ ПРОФЕСИОНАЛЦЕ, ЈЕР СЕ ТИМЕ ПОБОЉШАВА
И КВАЛИТЕТ ЛЕЧЕЊА ПАЦИЈЕНАТА //

Пише:
ПРИМ. ДР СЦИ. МЕД. ТАТЈАНА
РАДОСАВЉЕВИЋ, ДИРЕКТОРКА
ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ



Према подацима Светске здравствене организације, више од половине свих радника у здравственом сектору могу доживети насилне инциденте. На то је прво упозорила Међународна организација рада седамдесетих година прошлог века. У Аустралији половина свих лекара је физички нападнута бар једном у радном веку. По неким подацима из Израела годишње насиље доживи 16,2 лекара од 1.000. Може се рећи да напади на лекаре добијају разmere праве пандемије.

Насиље над лекарима у Србији присутно је много чешће него што се о томе говори. Познати случајеви насиља над лекарима само су врх леденог брега. Лекари су нападани од стране пацијената или чланова њихових породица скоро на свим местима где су запослени.

Својеврсна хронологија насиља над лекарима, медицинским сестрама и другим запосленим у здравству може се направити на основу наслова у штампаним медијима у Србији.

„Пацијент држачем за инфузију
поломио нос медицинској сестри...”

„Супруг труднице бацио ормар на лекарку,
ударао је по глави и рукама...”

„Лекарка ошамарена јер није
прописала лек који је пацијент сматрао
да треба да добије...”

„Жени анестезиологу сломљен нос
”док је реанимирала пацијента...”

„Претучене две лекарке у Комисији РФЗО
јер нису продужиле двогодишње боловање...”

„Пацијент напао хирурга
у Ургентном центру...”

„Пацијент напао хирурга у кафићу у граду,
па после видео да је погрешно....

„Настадала цела смена сестара
у Градској болници”...

„Претучен гинеколог, због тога што трудница
није имала књижицу...”

Међутим, овакви догађаји се не догађају само код нас. У Индији- лекара убио син пацијента који је умро од рака јетре. У Кини пацијент запалио лекаре јер је умрла беба... У Турској кардиохируг устрељен због смрти пацијента...

Насиље има најразличитије форме испољавања, како физичке, тако и вербалне. Гађање столицом, псовке, вређање, малтретирања, упади у куће, ухођење од стране пацијената, телефонска узнемиравања, претеће поруке упућене лекарима на мобилне и кућне телефоне, вербални напади, пребијање, па чак и убиства лекара. Насиље почиње вербалним злостављањем, а може да се заврши тешким повредама и смрћу лекара. Велики број породичних лекара у свету изложен је некој форми насиља.



НАСИЉЕ ПОЧИЊЕ ВЕРБАЛНИМ ЗЛОСТАВЉАЊЕМ, А МОЖЕ ДА СЕ ЗАВРШИ ПОВРЕДАМА И СМРЋУ ЛЕКАРА

Лекаре нападају у амбулантама примарне здравствене заштите, у болницама, на пријемним одељењима, ургентним центрима, чак и на комисијама Републичког фонда за здравствено осигурање.

Често се чује да је лекар малтретиран, нападан, злостављан од стране пацијената и родбине, због тривијалне „кривице“ или без икакве кривице. Понекад лекар бива чак и устрељен од стране разбеснелих рођака (случај кардиохирурга у Турској).

Догађа се да се смрт пацијената који су искрварили или се угушили на доласку у болницу тумачи као закашњење у лечењу и може бити повод за малтретирање лекара.

У јединицама интензивне неге, где је велики морталитет, напади на лекаре дешавају се када пацијент премине или особље не одобрава неразумне захтеве родбине у вези са уласком или боравком у интензивној нези.

У хируршким одељењима напади на лекаре дешавају се када пацијент премине на операционом столу или се одлажу операције више него једном, без обзира на медицинске разлоге за то.

Неуслишени неразумни захтеви родбине, сумње на сексуално узнемиравање женских пацијената, одбијање приступа документацији могући су поводи за насиље над лекарима.

Насиље се дешава и када наступе компликације болести које доводе до ампутација, што се од стране пацијента и родбине неретко схвата као „погрешна операција“.

Улога медија у насиљу над лекарима није занемарљива.

У Пакистану је, рецимо, медицински персонал веома рањива група, поготово у државним болницама. Разлози за то су низак буџет, медијска хајка и стално писање о малтретирању пацијената и корупцији. Медији обично криве лекаре за све, стално се говори о „лекарском нехату“ и „лекарским грешкама“.

Дефиниција насиља усвојена од стране Европске комисије гласи:

Под насиљем на радном месту подразумева се сваки инцидент у коме су запослени малтретирани, прећено им је или су нападнути у околностима везаним за њихов посао, што експлицитно или имплицитно ути-

>>> Насиље у здравственом сектору умањује квалитет радне средине здравствених професионалаца, компромитује систем здравствене заштите и, у крајњој инстанци, погоршава квалитет здравствене заштите <<<

че на осећај њихове сигурности, благостања, као и на здравље.

Насиље над лекарима подразумева намерну употребу силе против другог лица или против групе лица, која је претећа или стварна, у вези је са радним местом и која може да доведе до повреде или постоји високи степен вероватноће да ће довести до повреде, тортуре, смрти, психолошке штете, деградације, па чак и губитка живота.

7 <

Узроци насиља над лекарима

- Одсуство комуникације лекар-пацијент. Лекар мора да каже истину пацијенту и родбини о степену озбиљности стања на довољно емпатичан начин, а то није увек ни лако ни могуће.
- Већ створена лоша медијска слика лекарске професије (писање о повезаности лекара и корупције, извештавање о преварама, све је лекарска грешка). Понекад због тога пацијенти лекаре виде као непријатеље и сатанизују их.
- Одсуство одговора правосудних органа и полиције-полиција често не предузима ништа, а суђења трају веома дуго.
- Сазнање пацијента да могу да се некажњено извуку уколико малтретирају лекара.
- Недовољно физичко обезбеђење лекара.
- Одсуство закона који штите лекаре: људи не нападају полицајце када су на дужности, јер су они службена лица.
- Чекање на преглед и превелика администрација.

Висока инциденца насилних аката против здравствених радника настаје због одсуства организоване акције и подршке здравствених установа здравственим радницима, одсуства политичке воље за решавање овог проблема и избегавања политичких елита да уложе напоре како би се усвојили закони којима би владе штитиле здравствене раднике.

Насиље против здравствених радника, а посебно над лекарима, потпуно је неприхватљиво, како са становишта корисника здравствених услуга-пацијената, тако и са становишта здравствених система уопште. Међутим, насиље је горући проблем у великом броју земаља у свету.

Насилници-предатори најчешће нису тотално непознати лекарима. У градовима постоји већи ризик од насиља него у руралним срединама. Насиље се, чешће, догађа у амбулантама, него у току кућних посета. Насилници су чешће мушкарци, уживаоци дроге, алкохоличари, оболели од менталних болести. „Бизнисмени“, мушкарци или

>>> Лекарска комора Србије, заједно са Израелском комором, у Светској медицинској асоцијацији залаже се за доношење обавезујуће декларације против насиља у здравственом сектору <<<

жене, арогантни, заузети, агресивни, који очекују моменатални преглед такође су могући предатори.

Нулта толеранција према насиљу над лекарима услов је без кога се не може. Понекад постоји етички проблем између нулте толеранције на насиље и професионалне дискреције и обавезе чувања лекарске тајне. Насиље **не сме** бити обичан ризик професије.

Неопходан је менаџмент ризика и заштита жртава, што је понекад теже оствариво него решавање проблема кажњавања предатора.

Неке земље су направиле нови заокрет у казненој политици према насилницима. Међутим, анкета међу лекарима указује да ни сами лекари не испољавају нулту толеранцију на насиље. Из разлога професионалне

дискреције, и даље, када говоре о насиљу над лекарима, чешће говоре о томе као о болести него о криминалу и не успевају да јасно категоришу да ли је насилник болестан или лош. Лекари су чак понекад склонији да о предаторима говоре као о болесницима.

Парсонс је 1961. године дефинисао обавезе пацијената. У то време насиље над лекарима сматрано је професионалном невољом и стално се покушавало да се таквом понашању да неко медицинско тумачење, као да се ради о клиничкој патологији или изостанку ефекта лекова. Тек у 21. веку повлаче се границе између криминала и болести и све то ставља у социолошки контекст.

Медикализација дефинише проблем насиља медицинским терминима, користећи медицински језик да опише проблеме, примењује медицинску мрежу да разуме проблем и налази медицинске интервенције за третман проблема.

Један од разлога за такав приступ јесте то да су жртве оваквог насиља особе високог социјалног и економског статуса и једна врста ауторитета. Лекари, често, сами себи постављају етичке лимите и због њих прихватају своје насилне пацијенте као личну и сталну професионалну одговорност.

Двадесетпрви век, међутим, означава прекретницу, а казнена политика постаје директнија и по први пут води рачуна о жртвама насиља, ризику, високом индексу криминала и страху од истог. По први пут говори се о нултој толеранцији на насиље над лекарима и успоставља се јурисдикција кривичних судова. Овакви догађаји немају више третман кафанске туче. У неким земљама, као што је Велика Британија, породични лекари не морају да прихвате насилнике за пацијенте, односно могу да одбију да их лече, јер спадају у високоризичну групу за насиље.

Стварање сигурне радне средине

Насиље у здравственом сектору умањује квалитет радне средине здравствених професионалаца, компромитује систем здравствене заштите и, у крајњој инстанци, погоршава квалитет здравствене заштите.

Насиље над лекарима је подмукла појава која може да оштети здравље лекара, као и да систематски урушава здравствени систем.

Неопходно је радити на развоју стратегије за стварање сигурне радне средине за здравствене професионалце, јер се тиме и побољшава и квалитет лечења пацијената.

Насиље у овој области има људске, професионалне и економске апликације.

Од влада целог света очекује се безрезервна осуда свих случајева насиља. Неопходна је сарадња влада, националних медицинских асоцијација, здравствених установа, осигуравајућих друштава, полиције и судства.

Лекари треба да буду заштићени и да имају додатну безбедност у лечењу, али и могућност да упуте насилника-предатора другом лекару или у другу установу. Истовремено, према нападнутим лекарима треба примењивати посебне протоколе збрињавања када се деси инцидент, по угледу на протоколе који постоје за третман силованих особа. Здравствени радници треба да прођу посебне обуке да би умели да препознају могуће насилнике. Неопходно је направити националне регистре оваквих инцидената.

Статус службених лица, који Лекарска комора Србије захтева за лекаре, имају Финска и Израел. У Израелу је Кнесет предложио Закон по коме ће насилници над здравственим радницима бити кажњени са пет година затвора, уместо претходне казне која је подразумевала свега три године затвора. Циљ тог закона је да

у таквим ситуацијама примени нулти ниво толеранције на насиље.

Особе које физички нападају медицинске тимове, па чак и оштећују опрему, истовремено бивају упозорене да неће моћи да добију медицински третман у установи у којој су испољиле агресивност. Особама које су понављале насиље, укида се могућност медицинског третмана у периоду од три до шест месеци, осим у хитним стањима.

У Србији, одговор на насиље над лекарима била је кампања „Здравље се осмехом преноси“, која је само повећала учесталост напада на лекаре. Код нас, у Србији, напад на лекаре још и сада се третира као туча у кафани. Третман службеног лица не треба обезбеђивати изменом Кривичног законика Србије, већ доношењем Закона о лекарству који у преамбули мора садржати тврдњу да су лекари службена лица - по угледу на статус који имају судије и тужиоци.

Како сиречити насиље над здравственим радницима

- Смањити улаз незапосленима и родбини;
- Увести обезбеђење унутар болнице;
- Увести „panic“-тастере и детекторе за метал у здравственим установама;
- Радити на поправљању односа лекар-пацијент (рећи праву истину о болести на прави начин са емпатијом);
- Неопходне су акције усмерене на превенцију насиља, обука и подршка особама које су претрпеле на-

сиље, али и промене закона да би се заштитиле жртве насиља;

- Неопходно је контекстуално разумевање агресије и насиља у здравственом сектору и интегрисани, изабалансирани организациони одговор, јавноздравствени превентивни приступ и партнерство.

Националне медицинске асоцијације треба да са владама својих земаља постигну договор о нултој толеранцији на насиље над лекарима које је - неприхватљиво. Коморе мора да лобирају за доношење закона који спречавају насиље над лекарима.

Понекад се питамо: Да ли лекари треба да буду оспособљени за борилачке вештине да би се штитили?

Лекарска комора Србије, као национална медицинска асоцијација, предлаже да се проблем реши доношењем специјалног Закона о лекарској професији у коме би постојао јасан механизам правне заштите лекара од акта насиља. Специјална пажња би била усмерена на казнену политику против насилника.

Лекарска комора Србије се, заједно са Израелском комором, у Светској медицинској асоцијацији залаже за доношење обавезујуће декларације против насиља у здравственом сектору.

Решење растућег проблема насиља над лекарима у здравственом систему Србије јесте у препознавању те појаве од стране здравственог естаблишмента. Дакле, неопходна је заједничка акција против насиља свих носилаца здравственог система, јер ће то побољшати и квалитет здравствене заштите.

Насиље не сме бити чињеница живота здравствених радника. //

ЗАШТО ЛЕКАРИМА ТРЕБА ДАТИ СТАТУС СЛУЖБЕНОГ ЛИЦА?

КРИВИЧНОПРАВНА ЗАШТИТА – ИМПЕРАТИВ

// ЗАКОН МОРА ДА ТРЕТИРА ДОКТОРЕ КАО СЛУЖБЕНА ЛИЦА ПОСЕБНОГ СТЕПЕНА УГРОЖЕНОСТИ //

Пише: др Милан Симић

Да ли лекарима треба обезбедити статус који имају радници у звању службених лица? Одмах можемо дати позитиван одговор – треба, а у наставку ћемо изнети аргументе који оправдавају тај став.

Службеним лицима се позитивним прописима пружа по-



јачана кривичноправна и друга заштита. Наравно, сасвим оправдано. Основ томе је друштвени значај, сложеност и тежина посла који обављају та лица. Али је то и услов за успешно обављање поверених послова и свакодневних радних задатака. Обављање сложених послова, осим тога што тражи посебан напор, тражи и посебну оспособљеност и стручност. У неким службама и нужност и спремност излагања опасностима код специфичних радних задатака. Све те обавезе службених лица регулисане су, како законским, тако и подзаконским актима. Упоредо са наметањем посебних и додатних захтева, службеним лицима дате су и одређене

9 <

привилегије материјалног и нематеријалног карактера, попут додатног награђивања, бенефицираног радног стажа и слично. Њима се даје и посебна и појачана кривичноправна заштита. Погоности материјалног и нематеријалног карактера, као и посебна кривичноправна заштита, ако имају ослонац на специфичности, сложености -имају пуно оправдање.

Али, с обзиром на карактер и тежину рада лекара показује се оправданим да се и за њих захтевају одређене привилегије сличног типа. Јер, и они обављају тешке, сложене па и опасне послове. У том смислу направити одређена поређења између рада службених лица и лекара и то баш по питању сложености и тежине посла и опасности које им прете. Пошто има више група службених лица, с обзиром на то које послове обављају, то ћемо покушати да направимо поређење са униформисаним лицима унутрашњих послова, јер њихов рад у правом смислу карактерише тежина, сложеност и опасност и он се може узети као образац за основ коме треба признати статус службеног лица.

Посао униформисаних лица органа унутрашњих послова је, без сумње, тежак и сложен и захтева стручност, школско образовање и обученост. У тај посао уграђена је и обавеза излагања опасности. Радници ОУП често су објект напада. На њих насрћу насилници и криминалци неретко потезући и ватрено оружје. Због одбране од насилника, радници унутрашњих послова опремљени су средствима заштите, не само да би од себе одбили такве нападе, већ у првом реду да од таквих напада штите грађане и чувају јавни ред и мир. Треба нагласити да су они током школовања обучени за снажање у таквим ситуацијама.

Тежак и сложен посао

Лекари, пак, нема сумње су високообразовани и обучени за обављање тешких и сложених радних обавеза. Њихово школовање и специјалистичко усавршавање тражи пуно напора и одрицања и дуго траје. Дакле, овде има сличности за које можемо мирно рећи да су по тежини и рангу образовања на страни лекара.

И предмет рада има сличности, скоро да је идентичан, када у питању тежина и сложеност посла. И лекари и радници органа унутрашњих послова штите живот и здравље човека. Наравно, на различите начине, с тим што радници ОУП имају нешто шири делокруг рада, њихов рад се простира и на заштиту слободе кретања, на јавни ред и мир и на имовину грађана. Да резимирамо и уједно нагласимо да је најбитнији објект заштите живот и здравље човека, а тиме се искључиво баве лекари. Значај заштитног објекта даје обележје значају и тежини посла којим се субјект бави, па је, с обзиром на то, посао лекара тежак и сложен.

Осврнимо се на сличности у начину обављања посла. Униформисана лица органа унутрашњих послова су увек на дужности. Ако ситуација то захтева, без обзира да ли су на дужности или не, имају обавезу да интервенишу. И све је то зацртано законским прописима и нормативним актима са правом на додатно награђивање.

Оваква обавеза императивним одредбама није законом наметнута лекарима. Али, постоји таква обавеза зацртана као правило понашања лекара. То је норма моралног карактера, која је, према мишљењу лекара, вреднија од законске.

Управо, у ставу 1. чл. 6. Кодекса професионалне етике Лекарске коморе Србије, зацртано је као обавезно правило понашања лекара да је „лекар дужан да у границама својих могућности и стручног знања без одлагања пружи хитну лекарску помоћ.“ И у следећем

ставу поменутог члана Кодекса садржано је идентично правило, али строжег карактера: „лекар не сме одбити да пружи хитну лекарску помоћ која одговара његовој сручној оспособљености, без обзира на то да ли је на дужности или није и без обзира на то да ли је помоћ изричито замољена“.

Дакле, као и униформисана службена лица, тако су и лекари увек мобилни без обзира да ли су или нису на службеној дужности, и то увек када је угрожен интегритет људи, њихов живот, слобода кретања, јавни ред и мир или њихова имовина, а такође када је у питању спашавање људи у случајевима угрожености њиховог живота или здравља.

Двоструко угрожени

Униформисана службена лица као и лекари често су објект напада. Прве угрожавају насилници и криминалци непосредном употребом силе или претње. Лекари, су такође угрожени и то двоструко. Прво, угрожени су од осиног и насилног понашања људи блиских пацијенту. И друго, угрожени су су од предмета рада. У првом случају могу се заштитити добром организацијом безбедносне службе, а у другом случају много теже. О овом другом облику опасности биће касније речи.

Радници органа унутрашњих послова због тога што имају статус службеног лица имају и посебну кривичноправну заштиту. Тако напад на њих када обављају службену радњу, представља кривично дело „спречавање службеног лица у вршењу службене дужности“ – чл. 322 или крив. дело „напад на службено лице у вршењу службене дужности“ – чл. 323 Кривичног законика. Зашто не би такву кривично-правну заштиту добили и лекари који једнако, а у неким случајевима и више од поменутих лица, трпе угроженост свог интегритета? Први, како смо већ напред рекли, обучени су да штите друге, али и да се бране од нападача, па су опремљени средствима за те потребе. Лекари нису опремљени средствима за заштиту. Наравно, то не би требало ни да имају. Али, зато би закон, без дилеме, требало да им пружи потребну заштиту бар идентичну оној коју пружа службеним лицима.

Оправданост такве заштите илустроваћемо неким ситуацијама које су се десиле или се могу десити лекарима, а изискују посебну заштиту. Тако, има примера да се на лекаре врши притисак ради прописивања ретких и скупоцених лекова за терапију болеснику који није са таквом тежином болести да се мора прописати тај лек, или, када су капацитети за врхунску или специјалну терапију ограничени, добијају озбиљне претње да ће бити употребљена сила да би се неки болесник мимо устаљеног реду укључио на такав вид терапије.

Такви поступци према лекарима свакако да грубо угрожавају њихов интегритет и безбедност, али уједно угрожавају и њихов нормалан рад на пружању лекарске помоћи. Лекари су окренути озбиљном и одговорном раду и не могу да се сами бране од таквих насртаја, нити су опремљени за то. Због тога је нужно да их закон третира као службена лица посебног степена угрожености и да им пружи одговарајућу кривичноправну заштиту.

Ево у чему се састоји друга угроженост лекара. Наиме, лекар је угрожен у обављању редовних радних обавеза. Не код свих, али код одређених лекарских интервенција угрожено је и лекарево здравље. То је у случајевима када се пружа лекарска помоћ пацијенту болесном од заразне болести. Таквог болесника треба дијагностиковати, а тек после више прегледа и обављених анализа може се доћи до праве дијагнозе. У том интервалу прети велика опасност за лекара да се и он зарази.

Ту опасност није могуће увек отклонити, јер је лекар дужан да, без обзира на карактер болести и без обзира на опасност по њега, пружи лекарску помоћ. Заразна болест може бити банална, али и изузетно тешка. Некад неизлечива, а некад и смртоносна.

Бољи друштвени стањус

Лекару неће бити прихваћено ниједно извињење за не пружање помоћи таквим болесницима. Медицинска наука не може увек да их заштити, иако има изграђене методе заштите од заразе. Али, методе заштите има за откривене и проучене, али не и за неоткривене заразне болести. Те болести се све чешће јављају, много је вирусних обољења, а откривање, научно проучавање и проналажење лека - споро. Лекари у контакту са таквим пацијентима непосредно су угрожени. Они се не могу борити попут униформисаних службених лица употребом расположивих средстава све до оружја.

Било је случајева, истина изузетно, да лекар из страха за свој живот посустане од пружања лекарске помоћи пацијенту инфицираном тешком заразном болешћу. Тога је било када се по први пут појавила sida. Владао је општи страх и паника, што увек бива када се појави непозната тешка заразна болест. Ускраћивањем лекарске помоћи у таквим случајевима, лекар се излаже опасности да трпи одређене последице, да буде дисциплински гоњен, јер тиме крши правила понашања зацртана у Кодексу професионалне етике Лекарске ко-

море Србије, управо цитиране одредбе чл. 6. Кодекса и прети му изрицање дисциплинске мере забране рада за одређено време. Интересантно, све је то институционализовано самоорганизованом свешћу лекара у оквиру њихове Коморе. Правила понашања су строга, као и дисциплинске мере за њихово кршење, а заузврат, за поштовање тих правила нису предвиђене никакве привилегије, ни материјалне, ни моралне или друге награде попут оних које имају службена лица.

На крају, уместо закључка даћемо предлоге. Предлажемо да надлежни органи нормативним актима, како законским (Закон о лекарству), тако и подзаконским, дају пуну заштиту личности лекара у обављању редовних радних обавеза. Та заштита треба да буде идентична оној коју имају службена лица. Које ће се име дати тој заштити није битно. Битно је да она има карактер и садржај који ће омогућити нормалан рад лекара и њихову безбедност. Наравно, заштита мора бити прилагођена карактеру посла који обављају лекари. Другим речима, предлажемо да се нормативним актима законског ранга призна одговарајући радни и друштвени статус лекара, који ће уједно пратити материјални положај уграђен у основе за награђивање, ослоњен на напред наведене услове и елементе који карактеришу тежину, сложеност и одговорност лекарског посла.

Давањем одређених бенефиција статусног и материјалног карактера биће створени услови да лекари поново достигну заслужени радни, друштвени и морални углед. //



Угрожени: у питању не само безбедност и интегритет лекара, него и њихов рад

ИНТЕРВЈУ: ПРОФ. ДР СЛОБОДАН ОБРАДОВИЋ,
ДИРЕКТОР КЛИНИЧКОГ ЦЕНТРА КРАГУЈЕВАЦ

АКРЕДИТАЦИЈА ЈЕ НАША „ЛИЧНА КАРТА“

// КЦ КРАГУЈЕВАЦ ПРВА ЈЕ ЗВАНИЧНО АКРЕДИТОВАНА УСТАНОВА
ТЕРЦИЈАРНОГ НИВОА У СРБИЈИ // У ПОРАСТУ БРОЈ ПАЦИЈЕНАТА КОЈИМА
ЈЕ ПОТРЕБНА ВИСОКОСПЕЦИЈАЛИЗОВАНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА
// КРАГУЈЕВАЦ НЕМА ГРАДСКУ БОЛНИЦУ У КОЈОЈ БИ СЕ ОБАВЉАО
СЕКУНДАРНИ НИВО ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ //

Клинички центар Крагујевац, један од четири клиничка центра у Србији, остварује одличне резултате у збрињавању најразличитијих патологија, а с друге стране, „држи корак“ у праћењу науке и светских трендова у медицини. Последњих година у тој установи највишег, терцијарног нивоа здравствене заштите, значајно су побољшани услови за дијагностику и лечење пацијената. Шта је до сада урађено, а шта тек предстоји, како се ова установа „бори“ са проблемом недостатка кадра и који су приоритети у наредном периоду – нека су од питања на која смо одговоре потражили од „првог човека“ КЦ Крагујевац, директора проф. др Слободана Обрадовића.

По чему је Клинички центар Крагујевац данас препознатљив и које су његове специфичности?

Наш Центар за нуклеарну медицину, који је недавно и званично добио дозволу за лечење неуроендокриних тумора, једини је у Србији и ширем региону за лечење пацијената којима је потребна таква терапија. На територији некадашње Југославије, неуроендокрини тумори лече се још само у Словенији. Осим тога, поменуо бих Центар за неонатологију Клинике за педијатрију један од три у Србији који збрињава угрожену новорођенчад из 11 породиштва међурегиона, од Косовске Митровице, Новог Пазара, Тутина, преко Краљева, Чачка, Ужица, Јагодине, до Аранђеловца.



ПРЕТИ НАМ ОПАСНОСТ ДА НЕКЕ ХИРУРШКЕ ГРАНЕ ОСТАНУ БЕЗ СТРУЧЊАКА: ПРОФ. ДР СЛОБОДАН ОБРАДОВИЋ

На тој територији, годишње се обави око 10.000 порођаја, а високостручно особље нашег Центра за неонатологију збрине око 400 новорођенчади, од којих је 70 одсто малих пацијената из других породиштва.

Лекари Клиничког центра Крагујевац, успешни су и у обављању ангио процедура. У области интервентне неурорадиологије, минимално инвазивним методама лече се анеуризме и АВ малформације на мозгу. У интервентној кардиологији, лечи се акутни инфаркт миокарда, обавља коронарографија, а

имамо и Центар за уградњу пејсмејкера и кардиовертер дефибрилатора. Наведеним методама дијагностиковања и лечења обољења крвних судова главе и срца, успешно се спасавају животи пацијената.

Пре доласка на функцију директора, пре две и по године, били сте начелник Педијатријске клинике. Чиме сте данас задовољни, а шта смањили да би шире били побољшани?



Клинички центар Крагујевац

Приликом доласка на руководеће место КЦ Крагујевац, као лекару педијатру један од главних циљева био ми је да учинимо што више на унапређењу квалитета пружања специјалистичких здравствених услуга најмлађим. У протеклом периоду, Клиника за педијатрију добила је савремене апарате: видео асистирани гастроскоп и апарат за јонтофорезу – за дијагностиковање и испитивање обољења цистичне фиброзе. Та два уређаја набављена су финансијским средствима усмереним на наш донаторски рачун, захваљујући Протоколу о сарадњи са Основним јавним тужилаштвом.

Савремени ласерски апарат за лечење болести мрежњаче код новорођенчади која се лече на нашој Клиници за педијатрију, набављен је средствима Министарства здравља, а изузетном сарадњом са Фондом Б92, кроз њихову националну акцију „Битка за бебе“, зановили смо инкубаторе. Донацијом 12 нових, савремених инкубатора за нашу установу, заменили смо непоуздане апарате, старе и по 40 година.

Такође, до краја 2012. године очекујемо исељење Школског диспанзера из приземља Клинике за педи-

ПРИОРИТЕТИ

- Развој трансплантације органа као посебне области;
- Развој лапароскопске хирургије, за коју је битан предуслов запошљавање нових лекара;
- Развој кардиохирургије – четири млада хирурга КЦ Крагујевац упућено је на специјализацију у Београд;
- IVF- вантелесна оплодња – крагујевачки КЦ једини је клинички центар у Србији који не ради вантелесну оплодњу. Иако имају дозволу Министарства здравља за обављање те процедуре, још им нису добили средства за опрему и адаптацију простора;
- Умрежавање свих организационих јединица у јединствен електронски систем, чиме би се значајно повећала ефикасност рада, сигурност и трајност података и уштеда финансијских средстава.

јатрију, чиме ћемо добити непходан простор за ефикасно функционисање тренутно претрпаних специјалистичких амбуланти.

У протеклом периоду за Центар за новорођенчад набављена су три нова инкубатора и један ултразвучни апарат, који се користи за обављање скрининг процедуре – контроле централног нервног система код новорођених беба, по чему смо први у Србији. Око 30 одсто порођаја у крагујевачком породилишту

су компликовани, патолошки порођаји, које нису у стању да обаве породилишта из региона, а таквим бебама потребна је прецизнија превентивна дијагностика у првим данима рођења. Захваљујући новом ултразвучном апарату, уводимо и редовне прегледе кукова новорођенчади и, уз већ устаљене прегледе неонатолога, свака беба, по изласку из породилишта, имаће урађене прве превентивне дијагностичке анализе.

13 <

Нисмо заборавили ни мајке. Изузетним залагањем наших лекара у обезбеђивању донација, наше породилиште обезбедило је већи комфор за породиље, инсталацијом софистицираног система за комуникацију мајке са лекарским тимом, а набавком ЛЦД телевизора за све породилске собе, поред кабловске телевизије која им је на располагању, породилмама се у редовним интервалима емитује едукативни видео програм, који су припемиле наше екипе лекара, педијатријских сестара и бабица, чија је сврха да припреми породиље на период по изласку из породилишта. Захваљујући средствима Министарства здравља, након скоро 40 година, за породилиште су набављена четири нова порођајна стола, један операциони сто и три столице за преглед породиља.

Средствима Министарства здравља завршена је и нова ангио сала за неуро процедуре, чиме је растерећен рад екипа неурорадиолога и интервентних кардиолога. У припреми је нова ангио сала за интервентну кардиологију. Значајна инвестиција у последње време била је и реновирање старе зграде Клинике за психијатрију. Пратећи потребе, како пацијената, посетилаца, тако и запослених, у сарадњи са Студентским центром Крагујевац, отворени су ресторан и продавница, а са ЈП ПТТ Србија, у холу зграде Хирушког блока, отворили смо шалтер Поште, где корисници могу добити све поштанске услуге, а на сопствени захтев остварити и слање дијагностичких резултата са било којег одељења Клиничког центра Крагујевац на тражену адресу.

Адаптирали сте Централну лабораторију, која је данас најсавременија у Србији. Шта је тиме постигнуто?

Комплетно финансирање пројекта реконструкције Централне лабораторије и набавке опреме, вредности од око 50 милиона динара, омогућено је искључиво из донаторских средстава. Простор од око 400 квадратних метара који је својевремено био планиран за гаражу, потом је био импровизирана лабораторија, данас је веома савремен, функционалан простор са потпуно одвојеним областима за пацијенте, пружање узорака и осетљиве апарате на којима се обављају анализе. Лекари сада тражене резултате за пацијенте добијају знатно брже уз много мањи ризик да се, због неусловних просторија у којима је раније функционисала Централна

лабораторија и честог кварења апарата због непостојања климатизације, траже поновљени резултати за правоваљану дијагнозу.

Завршетком адаптације, у Централној лабораторији наше здравствене установе, створени су врхунски услови за квалитетан и несметан рад медицинског тима са више од 50 запослених и функционисање прецизних лабораторијских машина и апарата.

Из године у годину, пратећи пораст броја пацијената у Клиничком центру Крагујевац, у Централној лабораторији наше здравствене установе, расте и број извршених биохемијских, хематолошких и других лабораторијских анализа. Само у протеклој години, обављено је преко милион и 820 хиљада различитих анализа, што је за петину више у односу на претходну годину. Недавно је у Централној лаборато-

рији завршена инсталација посебног информационог система, који ће повезивањем са осталим организационим јединицама КЦ Крагујевац, омогућити ефикаснији процес анализе и приступ лабораторијским резултатима електронским путем, а сваки узорак који буде послат на анализу у лабораторију, биће обележен баркодом. На тај начин, биће обезбеђено електронско складиштење података о пацијенту, уз поштовање права пацијента на заштиту личних података.

Познајте да имате блиску сарадњу са Медицинским факултетом у Крагујевцу. Колико је интензивно истраживања у које су укључени Ваши лекари?

Успешна сарадња Факултета медицинских наука и Клиничког цен-



НОВА АНГИО САЛА ЗА НЕУРОЛОШКЕ ПРОЦЕДУРЕ

тра Крагујевац много пута је у последње две године конкретизована у циљу побољшања услова и стандарда наставе будућих генерација лекара, како студената медицине, тако и постдипломаца факултета.

Према последњим подацима, 140 запослених у нашој здравственој установи су сарадници у наставном процесу образовања будућих генерација лекара Факултета медицинских наука у Крагујевцу.

Сарадња Клиничког центра Крагујевац и Факултета медицинских наука усмерена је ка томе да студенти који заврше медицину буду што боље едуковани и да се код њих подигне мотивација на виши ниво кроз функционалан и употребљив начин образовања, што ће као крајњи резултат имати боље лечење пацијената. Добробит успешне сарадње две установе јесте и резултат уговора потписаног средином 2011, којим је предвиђено да се најбољи студенти Факултета за медицинске науке стимулишу у научном и у клиничком развоју каријере. На тај начин, студенти на постдипломским студијама, учествују у научним пројектима на Факултету, истовремено обављајући стручну праксу у нашој здравственој установи. У овом моменту, 26 постдипломаца Факултета за медицинске науке, ангажовано је на научним пројектима који се спроводе у Клиничком центру Крагујевац. Изузетно је продуктивна и досадашња пословно-техничка сарадња наше две установе. Средствама Факултета медицинских наука, адаптирана је и опремљена сала за предавање на осмом спрату Хирушког блока, реновирана два интерната за студенте: један на породилишту и други за хирургију. На Клиници за педијатрију реконструисан је и простор за предавања и испите.

Који су ипменујно највећи проблеми са којима се суочавајте?

Генерално, све тешкоће и проблеме са којима се суочавамо, проистичу из недостатка финансијских средстава што је, претпостављам, заједнички проблем свим здравственим установама. У Клиничком центру Крагујевац, велики проблем представљају потрајале електро и водоводне инсталације и била би потребна значајна улагања у њихову реконструкцију. Укључили смо се још 2011. године у пројекат унапређења енергетске ефикасности у јавним зградама и сада очекујемо одговор надлежног министарства.



Собе са видеонадзором за пацијенте са неуроендокриним туморима

ПРОФЕСОР ПЕДИЈАТРИЈЕ

Професор др Слободан Обрадовић дипломирао је на Медицинском факултету Универзитета у Београду 1982. године. Постдипломске студије из неурологије уписао је на истом факултету, где је магистрирао 1991, а докторирао 1994 године.

Од 1991, по положеном специјалистичком испиту, ради на Педијатријској клиници у Крагујевцу. Од 1992. је радио као асистент на предмету педијатрија на Медицинском факултету Универзитета у Крагујевцу, за доцента је изабран 1995, за ванредног

професора 1999, а од 2004. је редован професор. У периоду од 2001. до 2004. обављао је дужност начелника Педијатријске клинике.

Први у Србији почео је да примењује ултразвук у детекцији неонаталних конвулзија и пароксизмалних поремећаја у раном дечјем узрасту. О тој неинвазивној методи дијагностике, која је обележила његов професионални рад, говорио је и на свим значајнијим скуповима неуропедијатара, а аутор је и коаутор великог броја стручних приручника и уџбеника.

15 <

Реализацијом тог пројекта, освајали бисмо значајне уштеде у потрошњи енергената, а решили бисмо и крупан проблем климатизације наше здравствене установе. У области уштеде енергије, у процесу смо техничке припреме и потписивања уговора за инсталацију соларног колектора.

Проблеме имамо и са старим и дотрајалим апаратима, за чију поправку и сервисирање се редовно издвајају значајне суме новца. Апарат који не ради, не представља само трошак, већ често и губитак драгоценог времена за лечење или дијагностику пацијената.

*Али, недосћаиак
специјалистичкој кадра је,
рекло би се, „јорући“ проблем?*

У неколико наврата истицали смо проблем недостатка медицинског особља у Клиничком центру Крагујевац. Када су лекари специјалисти у питању, за њихово усавршавање су потребне године учења и праксе у здравственој и образовној установи, а ситуацију додатно отежава и неповољна старосна структура наших стручњака. С обзиром на то

прети нам опасност да неке хируршке гране за неколико година остану без стручњака. У овом тренутку, за занављање лекарског кадра, било би потребно да примимо у радни однос 83 лекара, а ако се узме у обзир да ће у наредних пет година у пензију отићи скоро 50 наших специјалиста, тај број је и већи. Министарству здравља смо својевремено упутили захтев за пријем 83 лекара и 250 медицинских техничара, а одобрено нам је запошљавање 10 лекара, једног биолога и 10 медицинских техничара.

*Велику љажњу ђосвећујете
стручном усавршавању
зајослених. Да ли је ђо један
вид улајања у будућност
Клиничкој ценитра?*

Осим високоспецијализоване, поликлиничке и болничке здравствене делатности, Клинички центар Крагујевац обавља и образовну делатност, као наставна база Факултета медицинских наука у Крагујевцу. Просечно, само у једном семестру школске године, око 650 студената Факултета медицинских наука обави разне видео

практичне наставе у Клиничком центру Крагујевац.

У нашој здравственој установи, спроводи се и едукација лекара на специјализацији и перманентно образовање здравствених радника и здравствених сарадника кроз континуирану медицинску едукацију. Један од основних задатака медицинске струке јесте да буде константно у току са савременим тенденцијама у дијагностици и лечењу пацијената и да истрајава у подизању квалитета здравствене заштите применом нових процедура. С обзиром на то да је тешко свим лекарима, техничарима и здравственим сарадницима обезбедити одлазак на стручна усавршавања, активни смо у програмима континуиране медицинске едукације, кроз које наши запослени имају прилику да примене искуства квалитетних предавача.

*Шта очекујете да ће
јромениши акредитација, чије
увођење није било једносавно?*

Оно на шта смо посебно поносни јесте чињеница да је Клинички центар Крагујевац прва устано-



Клиника за педијатрију

ва терцијарног нивоа здравствене заштите у Србији, која је крајем 2011. године званично акредитована од стране Агенције за акредитацију здравствених установа Србије, на период од три године. Комплексан процес, који је трајао око годину дана, успешно је завршен, захваљујући изузетном залагању великог броја запослених, а кључан допринос је дао наш лекар, проф. др Слободан Јанковић, као координатор процеса акредитације у КЦ Крагујевац.

Подсећам, акредитација је поступак оцењивања квалитета рада здравствене установе, на основу

примене оптималног нивоа утврђених стандарда рада у одређеној области здравствене заштите, односно грани медицине. Основна корист коју добијају здравствене установе јесте унапређење ефикасности и ефективности рада, повећање безбедности пацијената и развој механизма за решавање могућих проблема.

Међутим, морам истаћи да је у целом процесу приметно одсуство реакције надлежних институција и на такав начин, губи се мотивација запослених да поштују акредитацијом прописане услове. Самим тим, ревизија, односно

следећа контрола тима из Агенције за акредитацију може наићи на лошије резултате. Стиче се утисак да надлежне установе у систему здравства нису заинтересоване за подизање нивоа квалитета рада у здравству, нити услова за лечење пацијената.

*Шта негосћаје да би
и КЦ Крагујевац постојао центар
за трансплантацију?*

Програм трансплантације у Србији је, нажалост, још увек „у повоју“, тако да је у првом реду потребно на државном нивоу обезбедити предуслове за развој те врло значајне гране медицине, уз подизање свести међу становништвом о значају завештања органа.

Неопходна је чврста организација на нивоу Министарства здравља, која је за сада потпуно изостала, са јасном поделом задужења и формирањем стручних тимова. Неопходна је и набавка опреме за утврђивање мождане смрти и контролу трансплантираних пацијената, као и централизована едукација кадра коју би иницирало Министарство здравља.

КРОЗ ПРИЗМУ БРОЈКИ

- КЦ Крагујевац има 2.160 запослених, од којих је 441 лекар
- Број постеља је 1.183 и још додатних 137 постеља у дневној болници
- Током 2011. укупно је обављено око 400.000 различитих специјалистичких прегледа
- Урађено је око 15.000 операција
- У лабораторијама анализирано је укупно око два милиона узорака и урађено око 217.000 радиолошких дијагностичких анализа



Интензивна нега Клинике за инфективне болести

17 <



Споменик проф. др Михаилу Илићу



Брига о здрављу два милиона грађана: улаз у КЦ Крагујевац



СЛУЖБА ЗА ЛАБОРАТОРИЈСКУ ДИЈАГНОСТИКУ

Када ће бити завршена реконструкција Клиничког центра из средстава Европске инвестиционе банке? Шта ће тиме добити ваши запослени, а шта грађани?

Генерално, пројектом реконструкције КЦ Крагујевац требало би да буду формиране три модуларне целине, које се међусобно допуњују. У новом простору, физички би биле повезане кардиологија и кардиохирургија, затим пулмологија са грудном хирургијом и неурологија са неурохирургијом, што ће допринети квалитетенијем и ефикаснијем лечењу пацијената, јер су у овом моменту та одељења практично „раштркана“. У приземљу нове зграде био би смештен нови Ургентни центар, а планиран је и завршетак зграде техничко-економског блока.

Још нисмо добили главни пројекат, како бисмо ушли у поступак прибављања грађевинске дозволе. Клинички центар Крагујевац је обавио све припремне радње и консултације у стручном погледу, које су од нас захтеване. Када ће почети реконструкција наше здравствене установе, искључиво зависи од Министарства здравља, односно од стручне службе која се тиме бави.

Иако садашње у здравствене установе највишег нивоа, „покривају“ и секундарни ниво здравствене заштите. Зашто? Може ли се то променити?

Клинички центар Крагујевац специфичан је по томе што је јединствен и болнички и ургентни центар за град Крагујевац. За разлику од градова из региона који покривамо, Крагујевац нема градску болницу, у којој би се обављао секундарни ниво здравствене заштите, тако да је наша установа у ситуацији да поред високоспецијалистичких здравствених услуга, Крагујевчанима пружа и услуге градске болнице. То значајно оптерећује наше пословање, посебно имајући у виду чињеницу да из године у годину, све више расте број пацијената из других градова и региона који гравитирају Клиничком центру Крагујевац, којима је потребна високоспецијалистичка здравствена услуга. У тој ситуацији, сужен је простор за бржи развој терцијарних грана медицине у нашој установи.

Решење би било отварање градске болнице. У том смислу постоје планови да се у наредних пар година реализује пројекат реновирања и почетка функциониса-

ња Војне болнице у Крагујевцу, са око 120 болничких постеља за хируршке и интернистичке гране медицине, у којој би, захваљујући реформи Војног здравственог фонда, поред осам хиљада војних осигураника из града, здравствену услугу могли добити и остали грађани Крагујеваца. На тај начин, Клинички центар Крагујевац био би растерећен, а стекли би се услови да, између осталог, одређене дијагностичке и терапијске процедуре могу бити обављане у Војној болници, као и да хронични пацијенти, али и они са тешким обољењима у терминалној фази, могу бити ту хоспитализовани.

Јасмина Томашевић

ИСПРАВКА: У броју 11. Гласника ЛКС, за период децембар 2011.– фебруар 2012. године, на страни 31, једна од фотографија установа западне и централне Србије, на којој је приказан Клинички центар Крагујевац грешком је потписана као Здравствени центар Крагујевац. Извињавамо се запосленима у Клиничком центру Крагујевац и читаоцима.



Делегација ЛКС у Берлину: прим. др Спасо Анђелић, прим др Татјана Радосављевић и адвокат ЛКС Дејан Бабич

ДЕЛЕГАЦИЈА ЛКС У ПОСЕТИ НЕМАЧКОЈ ЛЕКАРСКОЈ КОМОРИ

КАКО ФУНКЦИОНИШЕ НЕМАЧКО ЗДРАВСТВО

// ДВОДНЕВНИ СТУДИЈСКИ БОРАВАК У БЕРЛИНУ БИО ЈЕ ПРИЛИКА ЗА ДРАГОЦЕНУ РАЗМЕНУ ИСКУСТВА СА НЕМАЧКИМ КОЛЕГАМА О БРОЈНИМ ПИТАЊИМА У ВЕЗИ СА ОРГАНИЗАЦИЈОМ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА, КМЕ, СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈАМА, АЛИ И СТАНДАРДИМА У БЕЗБЕДНОСТИ ПАЦИЈЕНТА, ПРОФЕСИОНАЛНИМ КОДЕКСОМ, СУДОВИМА ЧАСТИ... //

У складу са вишегодишњим добрим и квалитетним односима са Лекарском комором Немачке, а после обраћања за помоћ око бројних питања практичне природе и законске легислативе, као и активности које би и наша Комора требала да

регулише, на љубазан позив Одсека за односе са иностраним коморама, делегација из Србије је 4. јула допутовала у Берлин. Дводневни семинар и посета једној од три највеће болнице у Европи били су потпуно у организацији домаћина, док је пут и боравак омогућила Про-

кредит банка, која је наш пословни партнер и спонзор конференција које се одржавају у Београду.

Првог радног дана љубазни домаћини повели су нас у обилазак велелепне зграде, свог департамента који се састоји од седам функционалних и светлих канцеларија и

три конференцијске сале. Једна од њих је била намењена нашем семинару и била је потпуно спремна у сваком погледу за наш рад.

Прво излагање имао је тзв. мистар за односе са иностранством, заправо начелник одељења за иностране послове Лекарске коморе Немачке господин Рамин Парса. Он нас је упознао са основама здравственог система у Немачкој, која се састоји од 16 федералних држава. Буџет за здравство износи 278 милиона евра годишње, па са 81,9 милиона становника то чини 3.400 евра по глави становника годишње. У Немачкој има 449.400 лекара. Од укупног броја запослених 11,5 одсто ради у здравству, а од тога 60 одсто у примарној заштити тј. ванболничком сектору. Породични лекари имају своје амбуланте, али већина има уговор за пакет услуга са државним осигурањем тако да је отприлике три посете у тромесечју покривено обавезним осигурањем.

Трећина болница је потпуно у државном власништву са 49 одсто постеља, у 36,6 одсто болница оснивачки капитал је мешовит, док 32,9 одсто чине приватне болнице са 16 одсто постеља. Последњих неколико година присутан је тренд раста непрофитних, државних болница. Болнице су сврстане у четири нивоа: базичне (само интерно одељење и хирургија); стандардне (уз то имају гинекологију, офталмологију, оториноларингологију, урологију); терцијарни ниво функционише кроз регионалне центре који поседују специјализоване одсеке за лечење ређих поремећаја, док четврти ниво чине Универзитетске болнице. Од 2004. уведен је ДРГ систем плаћања са око 1.300 дефинисаних услуга у болничком сектору у које су укључени пол, старост, дијагноза, придружена и хронична обољења, компликације, раније операције и друго. Просечан број дана које пацијент проведе на болничком лечењу полако опада и сада износи 7,9 дана. Постоји опасност да се недовољно излечени пацијенти препуштају ванболничком сектору, али та је претња препозната, па се покушава параметрима контроле квалитете да спречи.

Комора даје оквир за специјализацију

Следеће излагање је било о ситуацији у Србији, директорке ЛКС прим. др Татјане Радосављевић. Она је скуп упознала са историјом Лекарске коморе Србије (1901–

>>> Континуирану медицинску едукацију немачки лекари могу да похађају у матичној држави и целој Европској унији, а бодови се признају према процени Европске агенције за КМЕ. У Немачкој је потребно скупити 250 бодова за пет година, неважно колико у којој години. Уколико овај услов не испуни, лекар не губи лиценцу, али му се смањује плата <<<



Директорка ЛКС прим. др Татјана Радосављевић

1945.), као и њеним радом после новог оснивања 2006. задацима, мисијом, визијом, бројем доктора, њиховом дистрибуцијом по регионима, расподелом између приватног и државног сектора, очекивањима која имају лекари у Србији у односу на комору. Домаћини су активно учествовали у дискусији и са великим уважавањем слушали аргументе др Радосављевић.

Следеће излагање односило се на Континуирану медицинску едукацију. Представник Немачке господин Александар Јакел објаснио је да лекари у њиховој земљи по завршетку студија прву лиценцу добијају од државе, а да су сва остала усавршавања у надлежности Лекарске коморе. Студенти после завршетка пре-клиничког дела који траје две године имају први државни испит, а после клиничког дела

који траје четири године, други државни испит. Тек тада могу да се запосле.

Што се тиче специјализација, комора даје оквир, а струковне организације из одређене области организују имплементацију у пракси. Евалуација процеса обавља се сваких пет година и тако је свуда у Европи. Специјализације имају три нивоа: први, који траје пет година, у току кога специјализант ради у одређеној области са ментором и плаћен је; други – који се тиче компетенција и трећи – који представља додатне квалификације, нешто попут субспецијализација.

Континуирана медицинска едукација може се похађати и у матичној држави и у целој Европској унији и бодови се уважавају према процени Европске агенције за КМЕ. У Немачкој је потребно скупити 250

21 <

бодова за пет година, неважно колико у којој години. Уколико се овај услов не испуни, не губи се лиценца, али се смањује плата.

О приватној пракси у Немачкој говорио је господин Стефан Граф испред Националне асоцијације за државно осигурање лекара. Сви лекари који се баве ванболничком здравственом заштитом су приватници који склапају уговор са ланцем државних осигурања. Велики број запослених у болницама су са пуним радним временом, више од 60 одсто. Приватна пракса је инкорпорирана у систем и квалитет здравствене заштите се не разликује у односу на својину, већ само у односу на услове (број кревета у соби, намештај, врсту хране итд). Пацијенти могу да користе здравствене услуге током 24 часа, а Национална асоцијација државног осигурања контролише квалитет и цене.

Стандарди у безбедности пацијената

О болничком систему здравствене заштите излагање је имао господин Домен Поднар. Он је регулисан Федералним законом о здравственој заштити тзв. Петом књигом. Специјалистичка служба постоји као ванболничка и болничка. Принцип је да се скоро увек пацијент прво појављује у ванболничком сектору и



Господин Рамин Парса, начелник ДЕПАРТМЕНТА ЗА ОДНОСЕ СА ИНОСТРАНСТВОМ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ НЕМАЧКЕ И АНАБЕЛ СИБОМ, ПРАВНИ ЗАСТУПНИК

само неки се лече све време у болници. Болнички лекари у просеку су десетак година млађи од приватних лекара и сви се, углавном радећи у болници, и школују. Од увођења DRG број дана болничког лечења се смањује, али број болница и даље расте, и то посебно непрофитних. Ланац мреже тих установа такође је

у надлежности државе, а приватне здравствене установе добијају дозволу под истим условима.

О стандардима у безбедности пацијента и пријави нежељених догађаја говорио је Кристиан Томачек. То је у надлежности организације која се зове Aqumed, која је основала мрежу за пријављивање и ана-



САСТАНАК У ПРОСТОРИЈАМА НЕМАЧКЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ



Проф. др Олга Поповић Младеновић и господин Стефан Граф из Националне асоцијације осигурања

лизу критичних догађаја (CIRS). Сматра се да у 3,7 одсто случајева хоспитализованих пацијената дође до грешке која не мора да се заврши фатално, али је могла да се предвиди и спречи. Четири су основна принципа на којима CIRS функционише: 1. ојачати сазнање о безбедности пацијента; 2. уочити грешке

и учити на њима кроз добровољни систем пријављивања; 3. усвојити стандарде о безбедности и 4. увести мрежу у све здравствене организације.

Од 2005. Мрежа је кроз публикације, резолуцију Скупштине лекарске коморе, интернет форуме, Водич о пацијентовој безбедности, КМЕ за докторе и друге здравствене раднике, обезбедила да систем заживи. Основни циљ је да се открије шта се десило и зашто се то десило, али и како може да се спречи да се то догоди поново, а не да се неко огласи кривим. Приступ мрежи имају сви здравствени професионалци без лозинке, могу да пријаве коментаришу, дају предлоге. CIRS тим састављен од експерата у одређеном року даје анализу и предлог мера, а шаље и осталим здравственим професионалцима публикацију и упозорење путем интернета.

О професионалном кодексу и Судовима части у Немачкој говорила је госпођа Анабел Сибом из правне службе Немачке лекарске коморе. Два су основна закона која регулишу ту област: федерални закон о лиценцирању (у федералној надлежности) и закон о професионалној пракси (у надлежности коморе). Прописана је обавеза вођења и чувања медицинске документације и кршење те обавезе се веома строго санкционише. Лекари су осим тога обавезни да учествују у КМЕ и спровођењу активности која се односе на квалитет лечења иако то није стриктно садржано у зако-

ну. Процес пред Судом части може почети само ако председник коморе одлучи да има основа. Суд се састоји од једног професионалног (обично судија у пензији) и два почасна члана (лекари који мора да испуњавају прописану листу услова). Почасне чланове предлажу колеге без изборних активности. Комисија експерата и арбитражна (медијација) се труде да спрече понављање грешака у лечењу. Професионални код описује и безбедност пацијента.

Отворени за младе стручњаке

Испред Комисије за лекове Немачке медицинске асоцијације је говорио др Зиберт Валтер. Ова комисија брине о свим аспектима која се тичу лекова и стара се да о томе на прави начин обавештава медицинску јавност. Састоји се од Борда седам директора, од 25 до 40 пуноправних и 135 придружених чланова из свих области медицине и фармације који то раде на волонтерској бази. Финансира се од Немачког удружења лекара и Националне асоцијације државног осигурања лекара, а сви чланови се морају изјаснити да нема сукоба интереса. Задатак јој је израда Терапеутских водича на медицини заснованој на доказима, Информација о леку, Фармаковигиланци, и Безбедности у терапији медикаментима. Информације о новим лековима стижу преко Европске агенције за лекове. Од 1. јануара 2011. даје и рану процену деловања нових препарата.

На крају дводневног семинара смо посетили Шарите болницу, једну од највећих у Европи, универзитетски центар и научно-истраживачку установу, где нам је домаћин био Јалид Салухи, начелник одељења гинекологије. Болница има дугу историју и више од половине медицинских лауреата у Немачкој радило је у тој Клиници у неком периоду – Емил фон Беринг, Роберт Кох, Пол Ерлих, Вирхоф и други.

Болница има 3.500 постеља и 15.000 запослених и практикује све гране и најсавременије начине лечења у медицини. Отворени су за младе стручњаке и спремни да своје пројекта раде и у другим срединама. То је био најбољи начин да се наша посета Немачкој комори оконча и оствари најближи контакт са немачким здравственим системом.

**Проф. др Олга Поповић Младеновић
Др Бранка Лазић**





СА СКУПА ХРВАТСКЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ПОСВЕЋЕНОГ ПРАВНОЈ ЗАШТИТИ ЛЕКАРА



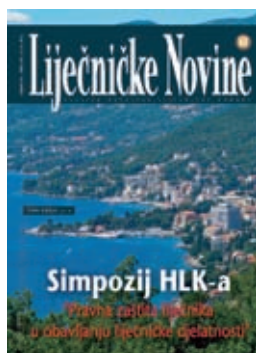
ПЕТИ СИМПОЗИЈУМ ХРВАТСКЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ

О правној заштити лекара

КАО ЈЕДАН ОД МОДЕЛА ОБАВЕЗНОГ ОСИГУРАЊА, КОМОРА ЈЕ ПРЕДЛОЖИЛА ОСИГУРАЊЕ ПРЕКО ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА

Пети симпозијум Хрватске лекарске коморе, посвећен правној заштити лекара у обављању здравствене делатности, одржан је од 22. до 25. марта ове године у Опатији.

С обзиром на то да ова тема има велики значај, преносимо закључке тог симпозијума.



1. Закључено је да је неопходно унапредити постојеће прописе који уређују однос између пружаоца и корисника здравствених услуга, пре свега кроз Закон о заштити права пацијента, Правилник о обрасцу сагласности, као и обрасцу изјаве о одбијању појединог дијагностичког или терапеутског поступка.
2. На нивоу државе неопходно је организовати и побољшати прикупљање података о тужбама и другим поступцима покренутим против лекара, како би било могуће да се предузму мере за унапређење постојећег система осигурања од професионалне одговорности.
3. Лекарска комора позвала је на измену постојећих законских поступака у циљу заштите лекара у обављању делатности.
4. Лекарска комора препоручила је да се на нивоу државе уведе прикупљање података о свим облицима напада на лекаре и позвала колеге да наведене податке достављају комори.
5. Осигурање од лекарске одговорности постало је неопходан услов квалитетног рада у медицини, па комора подржава увођење модела обавезног осигурања лекара и као један од модела предложила осигурање преко здравствених установа.

6. Пре закључивања полиса потребно је да комора детаљно размотри и разјасни ризике опште и посебне услове осигурања.
7. За правну заштиту лекара од највеће је важности питање усавршавања и едукације судских вештака медицинске струке, јер они у највећој мери могу допринети како брзини тако и квалитету решавања одштетних захтева како у судским тако и вансудским процесима. То има посебан значај с обзиром на то да су у Хрватској судски вештаци медицинске струке, одлуком државе, у надлежности коморе.
8. Предложено је да се донесе правна регулатива којом ће трајна едукација судских вештака постати обавезна.
9. Комора сматра да је неопходно увести стручан надзор над судским вештацима.
10. Улога вештака је толико важна за дигнитет лекарске професије да је нужно да њихове оцене буду засноване на *evidence based* медицини, а да вештачења спроводе искључиво лекари из одговарајуће субспецијализације са великим искуством у извођењу поступака који су предмет вештачења.
11. Све спорне ситуације треба покушати решити арбитражом или медијацијом, па би у здравству било неопходно промовисати методе алтернативног решавања спорова.
12. Пошто су лекари посебно интересантни медијима и јавности, потребно је лекаре кроз КМЕ едуковати о кризној комуникацији која у кризној ситуацији предлаже брзо и проактивно реаговање и коришћење алатки за реаговање у таквој ситуацији.

Др Милан Симић

(на основу закључака са симпозијума ХЛК)

ЈОШ МАЛО О КАПИТАЦИЈИ, СА ЈОШ ВИШЕ НЕДОУМИЦА

ЛЕКАРИМА УРЕДБОМ НАМЕТНУТЕ „ИГРЕ БЕЗ ГРАНИЦА“

// У ВИШЕ НАВРАТА СКУПШТИНА ЛКС ЈЕ ДОНОСИЛА ВАЖНЕ ОДЛУКЕ КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ НА УВОЂЕЊЕ КАПИТАЦИЈЕ И ОБАВЕШТАВАЛА НАДЛЕЖНЕ
// ПО ЛКС ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ И ПЗЗ У ДРЖАВНОЈ ПРАКСИ ИЗРАДИО ДЕСЕТИНЕ ПРЕДЛОГА ЗА ИЗМЕНЕ И ДОПУНЕ УРЕДБЕ // ЛКС – ИНСТИТУЦИЈА КОЈУ ЈЕ НЕМОГУЋЕ ЗАОБИЋИ У ПРОЦЕСУ КРЕИРАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ПОЛИТИКЕ //

Пише: СПЕЦ. ДР МЕД.
АЛЕКСАНДАР РАДОСАВЉЕВИЋ

Примена већ свима познате Уредбе са Дугим Називом (Уредба о корективном коефицијенту, највишем процентуалном увећању основне плате, критеријумима и мерилима за део плате који се остварује по основу радног учинка, као и начину обрачуна плате запослених у здравственим установама) одложена је за 1. октобар 2012. године.

До тог датума требало би да се деси чудо: да лекари у Србији, посебно они изабрани, схвате да им овај правни акт пружа до сада невиђену шансу да „мушки“, односно „женски“ (у сваком случају полно и родно равноправно) приону на посао и зараде до 22,22 одсто више од гарантованих 90 одсто садашње плате (а онда, за шест месеци, до 22,22 одсто више од гарантованих 85 одсто садашње плате итд., како се корективни коефицијент буде мењао – читај смањивао); да Министарство здравља Републике Србије и Републички фонд за здравствено осигурање орасположе изабраног лекара понудом да и даље ради као на траци и, можда, заради који динар више, али да неограничено може да ужива у чињеници да ће колега који ради мање од њега имати незнатно мању плату тог месеца (мада ни то није баш извесно); да пацијенти, од којих су неки већ одавно почели да узимају прописану терапију са паузама које одговарају времену потребном за сакупљање суме неопходне за учешће при добијању неког лека, схвате да ће им, због тога што ће њихов изабрани лекар примити десет посто већу или десет посто мању плату, бити пружена неизмерно боља, квалитетнија здравствена заштита...

Притом, као вероватно ирелевантне, у запећак су скрајнуте чињенице попут оне да сви теоретичари и практичари здравствене политике из система здравствене заштите који су „мало“ успешнији од нашег, пре-



поручују промену начина финансирања у тренуцима када држава бележи тренд економског раста, или оне да многи изабрани лекари раде са половином неопходне опреме, или пак оне да „Здравље за све у 21. веку“, ипак, неко треба и да финасира. Да и не помињемо оно чувено избегавање дефинисања основног пакета здравствених услуга као и тактику „Ми ћемо, путем телевизије и/или новина, рећи народу да смо му повећали обим и садржај права из обавезног здравственог осигурања, а онда нека му изабрани лекари, применом прописа које смо донели, та права, део по део, ограничавају“.

Сад мало о Уредби са Дугим Називом. Када је реч о примарној здравственој заштити, будуће зараде свих запослених везане су, директно или индиректно, за учинак изабраних лекара. На страну што такав систем није фер ни према онима чије се зараде везују за учинак неког другог, ни према ономе за чији се учинак везују зараде неког другог, нигде нема признатих и препознатих услуга медицинских сестара из тимова изабраних лекара, као ни услуга које пружају патронажне сестре.

>>> Они који су осмислили предложену реформу финансирања давалаца здравствених услуга на примарном нивоу здравствене заштите, мудро су избегли да најпре кажу који је то минимум посла који један изабрани лекар мора да обави да би примио пуну плату <<<

Њихов ће се рад и даље сагледавати кроз извештаје који се на месечним, тромесечним, шестомесечним и итд.-месечним нивоима раде, а да практично неће имати никаквог утицаја на њихове, нити на зараде лекара са којима раде у тимовима или чијим опредељеним корисницима пружају услуге поливалентне патронаже. Нешто ми се не чини да је у остатку света око нас баш тако.

А ко се боји вука још? Боје се, изгледа, и они који треба да кажу који је то максимални број опредеље-

25 <

них корисника које један изабрани лекар може, односно мора да има. Овај страх уклапа се и у причу да је онај који је осмислио предложену реформу финансирања давалаца здравствених услуга на примарном нивоу здравствене заштите, мудро избегао да најпре каже који је то минимум посла који један изабрани лекар мора да обави да би примио пуну плату. Овако, у пракси имамо неколико стотина просека на нивоу здравствених установа, као да на овом свету постижи неколико стотина Србија, са неколико стотина различитих система здравствене заштите. И, што је најгоре, и са тих неколико стотина просека ни у траговима нису сагледане специфичности неких делова државе, како географске, тако ни демографске и економске. Зар је толико тешко било дефинисати опште критеријуме за сагледавање општина и установама са специфичним ситуацијама на терену? На крају крајева, није реч о Кини, већ о Србији.

За сваки дом здравља, за сваку општину појединачно, за сваки квадратни километар територије могуће је конкретно дефинисати и здравствене потребне становништва, а самим тим и неопходан медицински кадар и, као једну од излазних величина, реалан број корисника по једном изабраном лекару. Изгледа да је, ипак, много лакше везати се за просек. И онда једемо чувену сарму. С тим што неке купус запада у грлу док неки други могу да бирају како желе да им месо буде припремљено. Али, сарма је сарма. И тачка!

Уредба са Дугим Називом препознала је као квалитет здравствене заштите превентиву, рационалност и ефикасност. Хајде да се сложимо да је изабрани лекар тај који мора да планира и пружа превентивне здравствене услуге корисницима који су му поверили своје здравље.

Ту заиста нема дилеме. Али, шта се дешава када из било ког разлога, а њих није мало, изабрани лекар пружи превентивну услугу кориснику чији је изабрани лекар неко од колега? Зар није могуће макар прописати услове под којима се и те услуге конкретном лекару рачунају као превентивне, а не куративне? Наравно да јесте, само треба уложити још мало труда и много добре воље.

Рационалност. Ноћна мора изабраних лекара. „Кукавичје јаје“ реформе која почиње већ дванаест година. Категорија која, према мишљењу многих, не би требало ни да буде параметар капитационе формуле. Поготову не у систему који има дефинисане листе лекова-А, А1, Б и тако даље абecedним редом. Зашто се изабраним лекарима намеће незахвалан посао весника лоших вести?

>>> За сваки дом здравља, за сваку општину појединачно, за сваки квадратни километар територије, могуће је конкретно дефинисати и здравствене потребне становништва, а самим тим и неопходан медицински кадар и, као једну од излазних величина, реалан број корисника по једном изабраном лекару <<<

Са јасно прописаним индикацијама и условима за добијање одређених лекова на терет обавезног здравственог осигурања заиста нема потребе за тим. Али! Овде се, на тренутак, враћамо на ону тактику „Ми ћемо, путем телевизије и/или новина, рећи народу да смо му повећали обим и садржај права из обавезног здравственог осигурања, а онда нека му изабрани лекари, применом прописа које смо донели, та права, део по део, ограничавају“. А, од „хлеба и игара“ остану само игре. И то оне „без граница“.

„Ефикасност је један од основних концепата економије, а представља остваривање неког економског циља са минимумом трошкова, напора или губитака. Ефикасна привреда налази се на граници производних могућности, а ефикасност производње настаје када друштво не може повећати производњу једнога добра, а да притом не смањи производњу другог добра.“ (Доступно на <http://bs.wikipedia.org/wiki/Efikasnost>).

Ефикасност у предложеном моделу капитационе формуле не прави разлику између кратке посете лекару и посебног прегледа одраслих ради допунске дијагностике и даљег лечења. Нити по садржају нити по времену трајања. („Ефикасност је број посета осигураних лица у посматраном периоду за сваког појединачног изабраног лекара“ – цитат из Уредбе). Треба ли та чињеница додатни коментар?

>>> Лекарска комора Србије је, у протеклих шест година, сазрела у институцију коју је немогуће заобићи у процесу креирања здравствене политике <<<

Арапска пословица каже „Три ствари се не могу сакрити: љубав, планина и човек на камили“. Кад смо већ код камила, није ред да се не сетимо каравана. А, кад смо већ код каравана, опет није ред да се не сетимо паса који лају док они пролазе. Отуд и асоцијација на чињеницу да је Скупштина Лекарске коморе Србије, у више наврата доносила важне одлуке које се односе на предложено увођење капитације и уредно о њима обавештавала надлежне. Први пут пре више од две године, последњи пут недавно. Јасно је речено да је, између осталог, за Лекарску комору Србије неприхватљиво било које умањење постојећих зарада лекара које може настати као последица примене Уредбе са Дугим Називом, а да фиксни (гарантовани) део плате не може бити мањи од тог износа. Посебан одбор ЛКС за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси изразио је и усвојио на десетине предлога за измене и допуне Уредбе и опет их, преко представника ЛКС у Савету за реформу примарне здравствене заштите при РФЗО-у доставио надлежним.

Представници Лекарске коморе Србије су, осим поминутог, на различитим нивоима учествовали и у предлагању измена Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе, Правилника о номенклатури здравствених услуга на примарном нивоу здравствене заштите, Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања и многих других подзаконских аката. На жалост, готово да ништа од тих предлога није усвојено.

И све би опет било као у пословици о караванима. Само, овога пута, не само да наилази нови караван већ су се и услови на његовом путу променили. Прихватање неприхватљивог, када је реч о примарној здравственој заштити, било би само увод за још неповољнији исход захвата који се очекују на пољу секундарне и терцијарне здравствене заштите. Лекарска комора Србије је, у протеклих шест година, сазрела у институцију коју је немогуће заобићи у процесу креирања здравствене политике.

Заштита професионалних и еснафских интереса лекара је императив у њеном раду који не сме и не може бити пренебрегнут. Ако сви актери дешавања у арени реформског процеса, у безброј наврата објављиваног *urbi et orbi*, то буду имали на уму, онда можда и стигнемо на циљ. //

САВРЕМЕНО издање капиталног дела
водећег и најпопуларнијег светског уџбеника медицине
на српском језику

СЕСИЛ – уџбеник интерне медицине књига прва, 1200 стр.



Ради се о **капиталном делу, СВЕТСКОМ УЏБЕНИКУ** медицине,
који је српску клиничку медицину и медицину у бившој СФРЈ унапредио
као ниједан други уџбеник медицине у XX веку.

Ово савремено издање превело је пар стотина специјалиста и професора из ВМА,
Медицинских факултета у Београду, Новом Саду, Нишу
и наши лекари из иностранства.

Писан је јасним стилем, лако разумљивим. То је више него интерна медицина,
зато што су обухваћене и имунологија, неурологија, заразне, кожне, очне,
ушне болести, психијатрија. Убацују се само *шачни* подаци, проверени
вишедеценијским студијама. Намењен је лекарима свих специјалности:
у њему се „може наћи све“. Кроз ово савремено издање, поново је на
српском језику овај на свету **водећи и најпопуларнији** уџбеник медицине.

НАРУЏБИНЕ директно:
СЛАВЈАНСКАЈА доо (Издавач СЕСИЛ-а)

11000 Београд
Војводе Степе 139

Тел/Факс 011 24 918 25
Моб. 064 18 42 223

Куповина преко „административне забране“ иде у три (3) рате
(обуставом од личног дохотка, преко
рачуноводства ваше фирме)
Цена књиге је 5.000 динара

Књига се даје **одмах** по попуњавању и овери обрасца о „административној забрани“.

Друга књига СЕСИЛ – интерна медицина, у штампи, ускоро излази.

У МАТЕМАТИЦИ ДВА И ДВА СУ ЧЕТИРИ, У ТРГОВИНИ НЕКАД ПЕТ, А ПРЕМА КАПИТАЦИОНОЈ ФОРМУЛИ?

ИЗАБРАНИ ЛЕКАРИ НИСУ ПИСАРИ И ЕВИДЕНТИЧАРИ РФЗО

// ЛЕКАРИ ДОМОВА ЗДРАВЉА СА ПОДРУЧЈА РЛКЦЗС ДЕФИНИСАЛИ СУ СВОЈЕ СУГЕСТИЈЕ И ПРЕДЛОГЕ ЗА ИЗМЕНУ КАПИТАЦИОНЕ ФОРМУЛЕ //

Пише: др Гордана Ђокић

На позив одбора за Примарну здравствену заштиту РЛКЦЗС добили смо предлоге и сугестије лекара домова здравља, који је у један документ уобличио др Гордана Дамњановић, ПР Дома здравља Крагујевац. Одбор је прихватио документ у целини и проследио га одбору ЛКС.



„Поштоване колеге,

На иницијативу изабраних лекара опште медицине, педијатрије и гинекологије домова здравља који припадају Регионалној лекарској комори за централну и западну Србију достављамо вам сугестије и примедбе у вези са нацртом модела КАПИТАЦИОНЕ ФОРМУЛЕ.

Након вишегодишњег суочавања са значајним променама у друштву, деценијом сукоба током деведесетих година, осиромашења читавог јавног сектора, укључујући и систем здравствене заштите, Србија је своје реформе после 2000. године усмерила на јачање система здравствене заштите, између осталог и кроз унапређење приступа расположивим и делотворним здравственим услугама, као једној од кључних мера здравствене политике.

У новембру 2005. године, Влада Републике Србије усвојила је пакет закона у области здравства: Закон о здравственој заштити, Закон о коморама здравствених радника и Закон о здравственом осигурању. Од 1. јула 2007. године започело је опредељивање осигураника за избор изабраног лекара, као предуслов за увођење новог модела финансирања здравствене заштите путем капитације. На путу реформи система здравствене заштите нашао се у једном тренутку концепт породичне медицине од кога се одустало и поред улагања, семинара, едукација, учлањавања у многобројне међународне асоцијације породичне медицине. Уследио је нови концепт изабраног лекара према коме би сваки гра-

ђанин ове земље имао изабрану стручну особу која ће бринути о његовом здрављу у најбољем смислу те речи уз изградњу међусобног односа пуног поверења и одговорности за унапређење здравља.

Међутим, у овом тренутку након упознавања са тзв. Нацртом модела капитационе формуле постављају се бројна питања и недоумице. Уместо племенитог и узвишеног избора особе којој ће грађани поверити највредније што имају, а то је здравље, наши грађани добили су право да изаберу оног који ће од њих чувати средства или боље речено, касу Републичког фонда за здравствено осигурање. Тако су изабрани лекари постали, у ствари, изабрани писари и евидентичари РФЗО. Новим концептом, осмишљеним од стране РФЗО, руши се улога медицине првог контакта, а стручни рад лекара обесмишљава. Многобројним административним мерама, систем коришћења услуга у здравственој заштити је толико искомпликован, да је довео до стварања огромног притиска на здравствене установе и особље, а последица свега су редови и гужве у домовима здравља и болницама, различите листе чекања за најбаналније услуге, исцрпљивање особља до граница психофизичке издржљивости и огромно незадовољство корисника услуга. О последицама по здравље нације изјасниће се у будућности аналитичари.

Обесмишљен стручни рад лекара

Данас је „нормално“ да један лекар у смени прими од 45 до 50, а у појединим срединама и до 70 пацијената. Лако је израчунати колико времена лекар у таквим условима може да се посвети оболелима. Од тог времена највећи део проведе у писању и попуњавању свакаких образаца, притом уписујући исте податке и више пута. Само мали број домова здравља има такав информациони систем који подржава и олакшава рад (електронски здравствени картон), док највећи број домова здравља испуњава једино обавезе према РФЗО – електронско фактурисање.

Пре увођења капитације предуслов је био увођење јединственог здравственог информационог система, електронског здравственог картона пацијента, које само поједини домови здравља имају захваљујући про-

јектима или сопственом улагању. Уместо тога, РФЗО је за сопствене потребе ангажовао ЕТФ и софтверски пакет за оцењивање рада лекара и одређивање самим тим и плате изабраних лекара имаће само оне установе које ангажују њихове експерте и нормално то плате. Остале установе ће бити принуђене да чекају оцене лекара након испостављених фактура, након достављених извештаја о реализованим рецептима из апотека, и након извештаја из РИЛ-а о броју опредељених признатих осигураника. (Од 01. 07. 2009. основ осигурања изгубио је велики број осигураника, здравствене установе нису умрежене и немају могућност контроле осигураника који већ имају здравствени картон и изјаву у другом дому здравља).

Изабрани лекар постаје изабрани прописивач помагала која се издају искључиво на предлог и према мишљењу клиничара, попуњава налоге за лечење ван Филијале опет на основу мишљења клиничког специјалисте, чију оправданост цени Комисија Филијале и даје сагласност, уводи лек и прописује на рецепт искључиво по мишљењу клиничара, али се опет све ставља на терет изабраног лекара и од тога зависи његова плата. Из тога произилази само једна логична чињеница: све евиденције услуга, сво прописивање рецепата, помагала, сви издати упуту своде се у једну тачку, која се зове изабрани лекар, те се лако и брзо броје и контролишу и добија се особа која је „крива“ за то и која „оштећује“ Фонд. То је изабрани лекар. Постаје кристално јасно од кога треба наплатити одштету. Да је ово дефинитивни циљ потврђују и обавештења, оспорења, умањења од Уговора за плате запослених чији смо сведоци од друге половине 2009. године, ретроградне контроле прописивања лекова, потраживања за трошкове бањског лечења за пацијенте којима су издати упуту, а они на то немају право према Правилнику РФЗО, иако су те исте упуте овериле Комисије тог истог РФЗО.

Борећи се за очување угледа једне хумане професије, сматрајући да се као струка и ми питамо, јер нас је срамота да пацијенте гледамо кроз вредност корективног фактора, нормативе за ефективност, вредност прописане терапије на месечном нивоу, молимо вас да као Лекарска комора и Српско лекарско друштво, испуните једну од основних улога, због којих верујемо и постојите и станете на чело наше, убеђени смо, оправдане борбе за сопствено професионално достојанство. Очекујемо подршку за услове рада у којима ћемо моћи да поштујемо начела и принципе медицинске науке и праксе, који морају бити једина светиња и водила. У то име позивамо вас да са овом нашом иницијативом упознате колеге широм Србије и да се покрене низ активности на допунама и корекцијама предложеног нацрта капитационе формуле.

Примедбе и сујесџије

ОПШТА МЕДИЦИНА

1. Број опредељених осигураника за категорију Регистрације у општој медицини износи од 1.100 до 2.000. Корективни фактор у Капитационој формули за категорију регистрације дат је за старост осигураника, међутим Капитациона формула нема корективни фактор за разуђеност, за изабране лекаре у сеоским амбулантама. Поред тога, ни један пацијент не би смео према пондирању да носи мање од једног бода, јер је човек целокупна јединка и не може вредити мање од тога, без обзира да ли је здрав јер и тог здравог морамо превентивно пратити и лечити када се за то укаже потреба.



ИЗАБРАНИ ЛЕКАРИ ПРВИ „НА УДАРУ“ РЕФОРМЕ

Предлог – за категорију регистрације увести корективни фактор и за разуђеност подручја, поред старосне категорије и број осигураника испод доње прописане квоте – 1.100

2. За категорију рационалност – дати су републички просеци за првих шест месеци 2009. године, са изузетком лекова који се користе код малигних болести и вирусних обољења као и неких хормонских лекова. За највећи број пацијената потребно је лечење скупим лековима за категорију дијабетеса, хроничних масовних незаразних болести, неуромишићних болести, бронхијалне астме. Ови лекови уводе се у терапију на основу мишљења специјалиста виших нивоа, а стављају се на терет изабраног лекара.

Предлог – за категорију рационалност увести додатни корективни фактор према дијагнози (бронхијална астма, неуромускуларна обољења, дијабетес мелитус, итд.).

3. За категорију ефикасност – однос стварног и уговореног рада, предложени нормативи нису у складу са нормативима Правилника о ближим условима о обављању здравствене делатности на примарном нивоу. Дати нормативи у погледу минутаже прегледа превазилазе ефективно радно време које износи 450 минута када се норматив Правилника Министарства здравља узме у обзир (36 прегледа), према коме произилази да је потребно радити више од 10 часова дневно, док у области гинекологије то износи 12 часова. Осим тога, дужина трајања прегледа никако не може бити параметар нечије ефикасности. Кроз категорију ефикасности ће се вероватно вредновати и прописивање помагала, давање специјалистичко – консултативних упута, упута за бањско лечење и других налога за шта је често потребно мишљење специ-

29 <

јалисте клиничког нивоа и Комисије Филијале РФЗО, а све се ставља на терет изабраног лекара.

4. За категорију квалитет – узет је републички просек за првих шест месеци 2009. године, о обављеним прегледима. Категорија квалитета подразумева много више и много других параметара.

Предлог – с обзиром на то да су узети само систематски прегледи, да у укупном уделу у варијабилном делу Капитационе формуле буду вредновани са 20 одсто.

ПЕДИЈАТРИЈА

Здравствена заштита деце предшколског узраста:

1. У нацрту Капитационе формуле у овој области није узето у обзир постојање Законом регулисаног Развојног саветовалишта, које је у појединим домовима здравља регионалног карактера и у коме раде посебно едуковани лекари, педијатри у тиму са психологом, логопедом и дефектологом. Услуге Развојног саветовалишта пружају се деци са ризиком на рођењу, захтевају специфични рад и нереално је очекивати да лекар у Развојном саветовалишту може да има исти број опредељених осигураника као и други лекари педијатри.

Предлог – увођење корективног фактора за лекаре педијатре који раде у Развојном саветовалишту или могућност увећања коефицијента на основу дијагнозе.

2. У категорији – рационалност у области педијатрије – приликом прописивања скупих лекова, као што су „Сингулар“, „Пулмикорт“, „Фликсотид“, инсулинске терапије, памперс пелене на налог, увести додатне корективне факторе по дијагнози јер се сва ова терапија прописује према листи Републичког завода за здравствено осигурање на основу мишљења пулмолога, ендокринолога или других лекара специјалиста, без чијег се мишљења ови лекови не смеју прописати, а све се ставља на терет изабраног лекара.

Здравствена заштита деце школског узраста:

Педијатри сматрају да лекари треба да добију статус службеног лица, да се плаћање по Капитацији одложи до 2014. године, као и да:

1. Број пацијената по изабраном педијатру за школски узраст треба смањити на 800 до 1.100 пацијената. Да се пацијенти усмеравају и обавезно прегледају код изабраног лекара педијатра (педијатри су приморани да приме сваког ко се пријави за преглед), да помагала пише свако из своје специјалности.
2. Да се непосредни рад са пацијентима за категорију ефективност вреднује за 6,5 сати, због потребе да се преостало радно време испуни другим садржајима за ову популацију (предавање, едукације, трибине), да се лекари у Школским диспанзерима омогући преглед деце до 19 година, тј. до завршетка редовног школовања, што се тренутно оспорава од стране РФЗО.
3. Да се приликом регистрације уведу корективни фактори за децу са посебним потребама и хроничним болестима.

4. Да се коригују нормативи за дневни број прегледаних пацијената од 25 до 35, јер постоји разлика у зависности од школске године.

5. Да се коригују коефицијенти који се односе на узраст и дају већи коефицијенти за адолесценте од 10 до 19 године из разлога веће патологије и већих потреба адолесцената.

6. За категорију рационалности потребно је увести корективне факторе и раздвојити прописане лекове и налоге са секундарног и терцијалног нивоа од прописаних рецепата које дају педијатри.

7. Потребно је покренути иницијативу да се радно место педијатра сматра радним местом са повећаним ризиком због изложености инфективним агенсима.

8. Изабрани лекари који учествују у раду Саветовалишта за младе морају имати корективни фактор или омогућити да Саветовалиште за младе буде препознато као организациона јединица са додатним коефицијентом или корективним фактором за кетегорију регистрације.

ГИНЕКОЛОГИЈА

У области гинекологије дати су превелики нормативи за опредељивање по једном гинекологу од 4.500 до 7.500 жена, а норматив према Правилнику за одређивање кадра је 6.500 жена. Нереално је очекивати да изабрани гинеколог може пружити све оно што је законом дато толиком броју опредељеним жена (скрининг на карцином грлића материце једном годишње, систематски преглед једном у три године, куративне прегледе, индивидуални и групни здравствено васпитни рад, као и рад у Саветовалишту за труднице и психофизичку припрему трудница за порођај).

1. Корективни фактор за категорију – регистрације дат према годинама старости може да важи за регистрацију осигураника код изабраног лекара опште медицине, али нема никаквог оправдања да жена старија од 75 година вреди три бода, а млада жена у репродуктивном периоду и трудница вреди 0,84 бода.

Предлог – неопходно је увести адекватан корективни фактор за ову категорију.

2. За категорију рационалност – комплетна терапија за вештачко оплођење, давање упута, налога као и сва друга прописана терапија по мишљењу специјалиста виших нивоа не може се стављати на терет изабраног гинеколога, већ виших нивоа здравствене заштите.

Ово су само неке од примедби уз генерални став да би за увођење Капитационе формуле и постојање фиксног и варијабилног дела плате било неопходно и усаглашавање законске регулативе, а поставља се и питање финансирања и исплата зарада осталих лекара који нису изабрани лекари и осталих служби у домовима здравља.

Поред још једне констатације, да је генерални утисак да ће се увођењем Капитационе формуле довести и до последичног несвесног увођења и дискриминације пацијената уколико се предложене корекције не усвоје, из разлога што ће лекари давати предност приликом опредељивања здравима, како не би прекорачили категорију рационалност.“ //

НОВИ НАЧИН ОБРАЧУНА ЗАРАДА
ИЗАБРАНИХ ЛЕКАРА ОД 1. ОКТОБРА

ВЕЋА ПЛАТА КАО ШАРГАРЕПА НА ШТАПУ

// ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ, НА САСТАНКУ СА СТРУКОВНИМ УДРУЖЕЊИМА И СИНДИКАТИМА ЗАПОСЛЕНИХ У ЗДРАВСТВУ, ИНИЦИРАЛА ОДЛАГАЊЕ ПОЧЕТКА ПРИМЕНЕ УРЕДБЕ О КОРЕКТИВНОМ КОЕФИЦИЈЕНТУ // ИЗАБРАНИ ЛЕКАРИ – ЧУВАРИ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА, АЛИ И ЗДРАВСТВЕНОГ БУЏЕТА //



Уместо 1. јула, како је раније било најављено, примена новог начина обрачуна плата изабраних лекара у Србији почеће три месеца касније. Тачније, Влада Републике Србије одложила је почетак примене *Уредбе о корективном коефицијенту* за 1. октобар. Одлагање примене *Уредбе* управо је био водећи захтев упућен са заједничког састанка представника Лекарске коморе Србије, струковних удружења и синдиката запослених у здравству одржаног 13. јуна у просторијама Лекарске коморе Србије.

Иако су здравствене власти Србије од старта Пројекта ЕУ „Подршка примени капитације у примарној здравственој заштити у Србији“ који је реализован од 2007. до 2010, износиле тврдње да је „усмерен на пацијенте и побољшање услуга у

здравству“, лекари-практичари, али и њихова заједничка струковна организација – Лекарска комора Србије, непрекидно су указивали (и указују) на конкретне недостатке и упозоравају да ће се, напослетку, промена начина финансирања примарне здравствене заштите „преломити“ преко зарада изабраних доктора. Они су, судећи према *Уредби*, не само чувари здравственог система, него и све тањег здравственог буџета.

Дискриминаџорска уредба

Још од почетка ЛКС се активно укључила и – (у)стала у одбрану интереса лекара примарне здравствене заштите. Представници Коморе конструктивно су учествовали на више скупова посвећених увођењу капитације, новог начина финан-

сирања установа примарне здравствене заштите.

Одлагању почетка новог начина обрачунавања зарада, претходило је заједничко саопштење за јавност које су представници ЛКС, Синдиката лекара и фармацеута Србије, Секције опште медицине Српског лекарског друштва, Синдиката запослених у здравству и социјалној заштити Србије, Асоцијације слободних и независних синдиката – гранског синдиката здравства и Удружења лекара опште породичне медицине, објавили после заједничког састанка одржаног 13. јуна у седишту ЛКС у Београду. Састанак је био посвећен најављеном почетку примене *Уредбе о корективном коефицијенту, највишем процентуалном увећању основне плаће, критеријумима и мерилима за географску локацију и основу радног учинка, као и начина обрачуна плаће запослених у здравственом систему.*

ЛКС, синдикати запослених у систему здравства Србије и стручна удружења лекара чији су представници учествовали на састанку, постигли су сагласност око пет тачака. Преносимо их у целисти.

1. Уредбу у овом облику, за чији почетак примене је одређен 1. јул 2012, неопходно је укинути или барем одложити до стицања свих услова за њену практичну примену. У том периоду неопходно је извршити садржајне и техничке корекције документа и усагласити

31 <

све нормативне акте који регулишу здравствену заштиту у РС.

2. За све потписнике овог саопштења апсолутно је неприхватљиво свако смањење основне плате појединцима или групама здравствених професионалаца које је предвиђено постојећом Уредбом. Финансијски сценарио са лекаrima у улози чувара социјалног мира, често примењиван у периоду који је за нама, тотално је неодољив.

3. Уредба доводи у питање клиничку аутономију лекара и ставља га у својеврстан сукоб интереса између здравствених потреба пацијента, неадекватно дефинисаног обима и садржаја права из обавезног здравственог осигурања и проблема у финансирању здравственој заштити.

4. Оваква уредба води даљем урушавању здравственог система и повећању нагомиланог незадовољства како лекара, тако и свих запослених у здравству Србије. Последице су несагледиве, не само са аспекта лекара, већ и пацијената чија ће права, у доброј мери, бити угрожена.

5. Уредба садржи и елементе директне дискриминације, како запослених у систему здравствене заштите у односу на остале запослене у јавном сектору, тако и дискриминације појединих група здравствених професионалаца у односу на остале колеге. У том контексту, потписници саопштења ће користити законом дозвољене поступке и радње у циљу заштите законитости и уставности.

Саопштење је, осим Влади Србије, послато и на адресе Министарства здравља, Здравственог савета и Републичког фонда за здравствено осигурање.

Изнуђено одлагање

Убрзо затим, и само неколико дана пре најављене примене капитације у примарној здравственој заштити Србије, огласило се надлежно Министарство.

„На предлог Министарства здравља, Влада Републике Србије усвојила је 27. јуна измену Уредбе о платама за запослене у здравственим установама. Предложеном изменом предвиђено је да Уредба почне да се примењује на обрачун и исплату плата запослених у здравственим

установама од 1. октобра 2012. године, уместо од 1. јула 2012. године, како је првобитно било предвиђено.

Имајући у виду да Влада којој је престао мандат може да обавља само текуће послове, а да је формирање нове Владе у току, процењено је да је одлагање примене Уредбе за три месеца неопходно како би се обезбедио несметан рад и функционисање здравствених установа, као и неометано пружање здравствене заштите нашим грађанима. Уредба о платама за запослене у здравственим установама уводи радни учинак као елемент за обрачун плате свих запослених у здравственом систему, како би се успоставио систем награђивања према резултатима рада, а у здравственом систему тај резултат рада је боља здравствена заштита за пацијенте, већи обухват становништва превентивним прегледима, већа ефикасност у болничкој здравственој заштити, што све има за циљ веће задовољство пацијената здравственим системом. Са друге стра-

запослених у здравству побољшава у складу са политиком Владе у јавном сектору“ – наведено је у саопштењу Министарства здравља.

Следећу исправку

Поводом одлагања примене Уредбе о корективном коефицијенту, медицинској и широј јавности обратила се и директорка ЛКС, прим. др Татјана Радосављевић. Према њеним речима, у међувремену, до октобра, приступиће се поправљању елемената наведене Уредбе. Она је изразила спремност да се Лекарска комора Србије активно укључи у све активности у вези са изменом Уредбе.

Др Радосављевић је подсетила да је одлагање примене Уредбе о корективном коефицијенту био кључни захтев који је дефинисан за једничком састанку представника Лекарске коморе Србије, струковних удружења и синдиката запослених у здравству који је одржан 13. јуна у просторијама ЛКС.

ШТА КАЖУ У ФОНДУ

- Измена начина финансирања у здравству један је од услова за реализацију договора са ММФ-ом
- Предрачун средстава за 2012. направљен је прошле године
- Изабрани лекар биће подстакнут да више брине о превенцији
- Критеријуми који утичу на варијабилни део зарада могу се поправљати

не, ова Уредба даје основ и да се за оне запослене у здравственом систему који остварују боље резултате рада плата може и повећати. Промена начина финансирања представља приоритет у здравственој политици и општи интерес, како за целокупни здравствени систем, тако и за све грађане, који издвајају своја средства за здравствену заштиту уплатом доприноса, па стога са правом очекују да побољшање квалитета здравствене заштите треба да буде примарни задатак система.

Све мере које предузима како Влада Републике Србије, тако и Министарство здравља у здравственом систему, имају за циљ да се доприне бољем здрављу грађана, али и да се створе услови за награђивање према раду, као једином параметру који уводи систем правичности међу запосленима у здравству. Министарство здравља ће и надаље настојати да се социјални положај

Лекари се прибојавају да, само по себи, одлагање неће донети ништа. Осим - куповине времена. Због тога у Комори и репрезентативним синдикатима очекују да у неким сегментима Уредба буде „прекројена“, чиме би се предупредиле штетне последице на рачун појединца, али и струке.

Реформа се увек и свуда дочекује отпором, а због гломазности система мора да буде веома пажљиво планирана и спроведена. У жижи реорганизације домова здравља налази се изабрани лекар. С обзиром на то да реформа укључује нов начин финансирања примарне здравствене заштите – капитацију, управо та категорија лекара наћи ће се прва на удару.

Иако надлежни уверавају да ће примена капитације утицати тек на 10 одсто њихове зараде, доктори су скептични из више разлога. Најпре, због уверења да су неправедно кажњени јер се вредновање учинка

односи само на лекаре (не све запослене у јавном сектору), и то само на изабране, а не све докторе, затим тиме што им се „броје“ и параметри на које не могу да утичу (као на пример лекови издати на основу препоруке специјалиста), итд.

Осим фиксног дела, у износу 90 одсто садашње зараде, Уредба предвиђа и варијабилни део који ће бити вреднован од један до 10. Њиме су, подсећамо, обухваћене четири категорије – регистрација, рационалност (на основу просечне вредности лекова прописаних на рецепт осигуранику, не рачунајући лекове за болеснике са карциномом, ХИВ-ом и још неким обољењима), ефикасност и превентива (мерена кроз однос броја превентивних прегледа и броја регистрованих осигураника). Лекари, међутим, сматрају да фиксни износ треба да буде у висини садашње плате, док здравствене власти тврде да је то немогуће, јер би се тиме „пробио“ планирани буџет.

реч“, односно да се изјасни о спорним питањима.

Подсећамо, после бројних захтева лекара примарне здравствене заштите и штрајка упозорења Синдиката лекара и фармацеута Србије, као и више пута поновљених захтева за решавање бројних нагомиланих проблема у примарној здравственој заштити, а које су представници ЛКС изнели у *Савезу за примарну здравствену заштиту РЗЗО*, тадашњи министар здравља, проф. др Томица Милосављевић, донео је 28. јуна 2010. Решење о образовању *Посебне радне групе за унапређење рада изабраних лекара у примарној здравственој заштити*. У састав тог тела ушли су, осим представника Министарства здравља, представници Републичког завода за здравствено осигурање Србије, Синдиката лекара и фармацеута Србије, Секретаријата за здравство Града Београда и Лекарске коморе Србије. За председника је именована др Ивана Мишић, помоћница

финансирања установа примарне здравствене заштите по моделу капитације. Представници лекарске професије пренели су став да је такав начин финансирања, у форми у којој је предложен, неприхватљив и неповољан, како за запослене, тако и за пацијенте.

Представници ЛКС учествовали су крајем прошле године и на округлом столу на тему Утицај мера капитације на смањење обима примарне здравствене заштите пацијената и на смањење зарада запослених у домовима здравља, у организацији Асоцијације слободних и независних синдиката. На скупу су, такође, учествовали и представници Министарства здравља, Министарства рада и социјалне политике, СЛФС, Синдиката запослених у здравству и социјалној заштити Србије, Синдиката медицинских сестара и техничара Србије.

Више састанака уприличено је у РФЗО, на којима су „укрстили копла“ представници Фонда здравственог осигурања, с једне, и Лекарске коморе Србије, синдикалних организација и струковних удружења, с друге стране. На тим скуповима предочено је мноштво разлога да се предвиђена промена начина плаћања поново размотри и отклоне мањкавости. Лекарске асоцијације у више наврата захтевале су од надлежних укидање уредбе, а не само одлагање, уз образложење да је штетна и дискриминаторна.

Последњи у низу, састанак представника Лекарске коморе Србије, струковних удружења и синдиката запослених у здравству одржан 13. јуна, још једном је показао да струка није само пасивни посматрач наметнутих дешавања, већ активни учесник.

Да ли је реформа српског здравства у хармонији или раскораку са европским вредностима? Показало се да српско здравство није погодно „тле“ на коме може да се „пресади“ било каква реформа, без уважавања специфичности нашег система. То потврђује и више пута одлаган почетак примене капитације (јануар 2010, јул 2011, март 2012, јул 2012.), али и указује на потребу да иза сваког реформског потеза стоји – снажна лекарска струка.

Лекарска комора очекује да ће се са новоизабраном министарком здравља, проф. др Славицом Ђукић-Дејановић што пре бити настављени разговори о проблемима изазваних увођењем капитације, која је, очигледно, само „врх леденог брега“ реформе здравства Србије.

Јасмина Томашевић

ШТА КАЖУ ЛЕКАРИ

- ▶ Прети опасност од укидања аутономије лекара, али и смањења зарада
- ▶ Последице реформе не сме да сноси искључиво лекарска струка
- ▶ Сумња се да ће лекари бити адекватно мотивисани
- ▶ Приватни сектор није укључен у систем

ЛКС је у више наврата давала своје примедбе и нудила предлоге за измену капитационе формуле, како би се превенирале веће последице увођења новог начина финансирања.

У више наврата о увођењу капитације изјашњавала се и Скупштина ЛКС. Предочено је да је неприхватљиво да услед примене Уредбе буду смањене постојеће плате лекара. Другим речима, фиксни део зараде не би требало да буде нижи од постојећег износа. Иако је и ПО ЛКС за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси сачинио читав низ предлога за измене и допуне Уредбе и упутио на адресе надлежних, ефекат је изостао. Посебно „боде очи“ чињеница да, за разлику од претходних година, када је ЛКС уредно позивана да учествује на састанцима поводом увођења капитације, месецима уназад позиви су изостали, чиме је смањена могућност да „струка има

министра здравља, а за чланове (испред ЛКС) др Слађана Мајкић и др Александар Радосављевић.

Струка се (не) њиша

Капитација је била у средишту пажње неколико састанака организованих протеклих година на којима су учествовали представници Лекарске коморе Србије, надлежних институција, струковних удружења и репрезентативних синдиката.

У Новом Саду, у хотелу „Парк“, 18. марта 2011. одржан је округли сто „Капитација у здравству Србије – Модел организације и финансирања примарне здравствене заштите“, у организацији Регионалне лекарске коморе Војводине, на коме су донети закључци о на основу искустава земаља у окружењу у којима се капитација већ примењује.

У Министарству здравља одржан састанак 26. септембра 2011. на коме предочена је неминовност увођења

>>>>>>>>> ПИТАЊА И ОДГОВОРИ

Зашто се у Листи лекова који се рачунају у капитацији налазе и лекови који прописују изабрани лекари на предлог лекара специјалисте?

У капитациону формулу су укључени лекови који се користе у терапији обољења којима је становништво Републике Србије највише оптерећено (исхемијске болести срца, цереброваскуларне болести, униполарна депресија, дијабетес). У циљу прописивања адекватне терапије осигураним лицима, за увођење појединих лекова у терапију неопходно је мишљење лекара специјалисте. На тај начин се обезбеђује бољи квалитет, ефикасност и смањење трошкова лечења. Коначни одлука о избору лека и дозирању је на изабраном лекару.

Да ли лекар специјалиста физикалне медицине и рехабилитације коме је додељен ИД број треба да потпише Уговор о изабраном лекару?

Изабрани лекари (тј. они који треба да потпишу Уговор о обављању послова изабраног лекара) раде у областима рада: општа медицина, педијатрија, гинекологија, општа стоматологија и дечја и превентивна стоматологија. Како лекар специјалиста физикалне медицине и рехабилитације не припада овим областима рада, не треба да потписује поменути уговор.

Може ли директор здравствене установе да преусмери паре предвиђене за плате „уговорених“ радника тј. изабраних лекара и њихових тимова, на плате „неуговорених“ радника како би сви радници примили колико-толико умањену, али ипак некакву плату?

Републички фонд за здравствено осигурање преноси средства за плате само за уговорене раднике и свако трошење ових средстава у друге сврхе сматра се ненаменским.

Да ли лекар који је на замени, тј. замењује одсутног лекара, може бити изабрани лекар за кога ће се опредељивати пацијенти?

Лекари који су на замени (без обзира да ли уговорени на одређено или неодређено време) јесу изабрани лекари уколико раде у области рада: општа медицина, педијатрија, гинекологија, општа стоматологија или дечја и превентивна стоматологија. Они треба да потпишу Уговор о обављању послова изабраног лекара и да почну да прикупљају изјаве осигураних лица. Првих годину дана, колико су заштићени и имају оцену на нивоу просека ЗУ,

предвиђено је за прикупљање изјава осигураника, а што не би могли уколико не потпишу овај уговор. Након годину дана, њихов радни учинак ће се равноправно мерити са осталим лекарима исте области рада. У том смислу, и лекаре на замени треба понудити пацијентима да их изаберу, јер кад заштитни период од годину дана истекне, уколико немају регистроване пацијенте неће моћи да остваре плату која им по Уредби припада.

Да ли се за категорију рационалност просечна цена лека пореди са републичким просеком или са просеком ДЗ?

У последњим објављеним табелама за рационалност је употребљен републички просек. Усвојеном верзијом Уредбе, међутим, није изузета рационалност као једина за коју је предложен републички просек. Како је мало вероватно да ће доћи до измене Уредбе, поново ће бити објављене табеле за први квартал – са просеком ДЗ и за рационалност.

Како годишњи одмор и боловање утиче на радни учинак лекара?

Према Уредби, уколико је лекар био на боловању или на годишњем одмору нпр. месец дана, када се буде обрачунавала зарада за тај период, радни учинак ће се рачунати на исти начин као да је на раду. То ће имати за последицу да ће оцене из ефикасности и превентиве бити ниже, а на регистрацију и рационалност ово одсуство неће утицати. Како ће оцене одсутног лекара по овим критеријумима бити ниже, а лекари у оквиру једног ДЗ се међусобно вреднују, индиректно ће се повећати оцена лекара који је радио и примао пацијенте одсутног колеге. Како сви запослени иду на годишњи одмор током године, свима ће плата у једном тренутку бити нижа, односно већа због тога.

Како службено или плаћено одсуство утиче на оцену (представници синдиката према ПКУ имају право на одсуство од 40 сати месечно за обављање послова везаних за синдикат). Колико то може утицати на ефикасност, односно да ли се она рачуна и за те дане када обавља синдикалне активности?

Критеријум ефикасност је један од критеријума за вредновање радног учинка изабраних лекара. Циљ је повећати доступност здравствене заштите мотивисањем лекара да више времена проведу у својима амбулантама, прегледајући осигурана лица. Како се ефикасност посматра у току квартала, уколико одсуство са посла резултира мањим бројем посета осигураних лица и оцена из ефикасности ће бити мања.

ПУТ ДО ФИНАНСИРАЊА БОЛНИЧКОГ ЛЕЧЕЊА НА ОСНОВУ УЧИНКА

ШТА СУ ДИЈАГНОСТИЧКИ СРОДНЕ ГРУПЕ?

// СИСТЕМ ДСГ ИМА ЗА ЦИЉ УНАПРЕЂЕЊЕ СИСТЕМА ИЗВЕШТАВАЊА, СА ЈЕДНЕ, И УНАПРЕЂЕЊЕ НАЧИНА ФИНАНСИРАЊА, СА ДРУГЕ СТРАНЕ //

Дијагностички сродне групе (ДСГ) представљају методу класификације болнички лечених пацијената у групе које имају сличне клиничке специфичности и захтевају сличну потрошњу болничких ресурса. Термин дијагностички сродне групе (ДСГ) је превод енглеског израза *Diagnosis Related Groups*.

Прва класификација тог типа биле су дијагностичке групе које је 1975. године припремио тим са Универзитета Јејл (*Yale University*) у Сједињеним америчким државама. Тренутно се у свету ДСГ систем примењује у више од 25 земаља у циљу финансирања акутног болничког лечења на основу учинка и мерљивих резултата. Међутим, за остале болничке активности (на пример истраживања и развој, физикалну медицину и рехабилитацију, психијатрију, амбулантно лечење), најчешће се користе други начини плаћања.

Основна намена система ДСГ је финансирање акутног болничког лечења у установама секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите (стационар и дневна болница). Такође, класификација по систему ДСГ даје могућност за повезивање података о пацијентима са трошковима болничког лечења, поређење обима рада болница узимајући у обзир сложеност случајева, унапређење система интерне контроле трошкова и правилније расподеле средстава међу болницама.

За извештавање по систему ДСГ неопходно је коришћење Међународне класификације болести и повезаних здравствених пробле-

ма, објављене од стране Светске здравствене организације и Номенклатуре услуга, као и поштовање правила шифрирања дијагноза и процедура.

Разврставање пацијената по систему ДСГ обавља се на основу основног узрока хоспитализације, пратећих дијагноза (компликација и коморбидитета), обављених медицинских процедура, као и других података потребних за извештавање као што су: старост, пол, тежина на рођењу (за новорођенчад), исход лечења, број сати на механичкој вентилацији, трајање епизоде болничког лечења. Добијени подаци уносе се у софтвер за груписање, који свакој епизоди болничког лечења додељује одговарајућу дијагностичку сродну групу. Свака ди-

ном постојећег начина извештавања и финансирања здравствених установа, Министарство здравља Републике Србије и Републички фонд за здравствено осигурање, у оквиру Пројекта „Развој здравства Србије – додатно финансирање“ који је финансиран из средстава кредита Светске банке, започели су увођење система дијагностички сродних група као новог начина извештавања и финансирања установа на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите.

Увођење система дијагностички сродних група, у прво време као начина извештавања, а по стицању одговарајућих услова и као начина плаћања болница у Србији, предвиђено је Планом развоја здравствене заштите Републике Србије усвоје-

>>> Класификација по систему ДСГ даје могућност за повезивање података о пацијентима са трошковима болничког лечења, поређење обима рада болница узимајући у обзир сложеност случајева, као и унапређење система интерне контроле трошкова и правилније расподеле средстава међу болницама <<<

јагностички сродна група има свој коефицијент. Примена тог система, у већини земаља у којима је уведен, донела је бољу и праведнију расподелу ограничених болничких средстава и утицала је на повећање ефикасности лечења.

Развојни пут имплементације система ДСГ у Србији
Препознајући потребу за проме-

ним од стране Народне скупштине Републике Србије у новембру 2010. године.

У циљу што ефикаснијег увођења новог система, Министарство здравља је у оквиру поменутог пројекта у току 2011. године ангажовало групу консултаната као подршку Републичком фонду за здравствено осигурање. Консултанати су ангажовани на пословима обуке запослених у



ФИНАНСИРАЊЕ СЕКУНДАРНЕ И ТЕРЦИЈАРНЕ ЗАШТИТЕ ПРЕМА ДСГ

здравственим установама о основама система ДСГ, начину извештавања и праћењу и анализи добијених података. Такође, посао консултаната је да обезбеде и сталну подршку установама у процесу примене новог начина извештавања.

У текућој, 2012. години, тим консултаната наставља подршку увођењу система кроз пројекат „Пружање унапређених услуга на локалном нивоу – ДИЛС“, а акценат је стављен на професионалну едукацију здравствених радника, која има за циљ упознавање са Номенклатуром услуга, објављеном у *Сл. гласнику бр. 91*, од 2. фебруара 2011, основама система ДСГ, као и правилима шифрирања дијагноза и процедура.

До сада су одржане обуке у бројним установама у Београду, као и широм Србије, а до краја 2012. године планирано је и обучавање здравствених радника у више од 80 установа у Србији.

У првој фази имплементације планирана је промена начина извештавања, а временом се очекује и постепен прелаз са ретроспективног начина плаћања здравствених

ПРЕЗЕНТАЦИЈА У НИШУ

Још једно у низу стручних предавања одржано је у четвртак, 17. маја ове године у Нишу, у организацији Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију. У оквиру предавања, консултанти ангажовани на имплементацији система ДСГ одржали су презентацију о систему дијагностички сродних

група, правилима шифрирања дијагноза и процедура и номенклатури услуга.

Ово предавање одржано је на иницијативу чланова Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију, и резултирало је повећаним интересовањем лекара за систем ДСГ.

услуга, које је било засновано на историјском буџету, на проспективни начин плаћања на основу система ДСГ, тј. плаћање ће се обављати на основу планираних и уговорених група које се односе на једну епизоду болничког лечења, а не на појединачно фактурисане услуге како је до сада био случај.

Систем ДСГ тако има за циљ унапређење система извештавања, са једне, и унапређење начина финансирања, са друге стране.

Важно је нагласити да систем ДСГ омогућава: добијање квалитетних, тачних и доступних података, повезивања података о пацијентима са трошковима болнице, груписање болнички лечених пацијената, поређење обима рада болница узимајући у обзир сложеност случајева, бољу и праведнију расподелу ограничених средстава болнице, као и транспарентност у уговарању.

Др Милан Симић

РЕФОРМЕ У ЗДРАВСТВУ СРБИЈЕ: ДОКЛЕ СМО СТИГЛИ, А ГДЕ СМО ЗАСТАЛИ

РАСКОРАК ИЗМЕЂУ ПРОКЛАМОВАНОГ И ОСТВАРЕНОГ

// ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ ЈЕ НА ПРЕКРЕТНИЦИ И ЧЕКА ДА БУДУ ПОСТИГНУТЕ
СТВАРНЕ КОРИСТИ ОД ЗДРАВСТВЕНИХ РЕФОРМИ // МНОГИ КОРАЦИ СУ ЗАПОЧЕТИ,
НИСУ ЗАВРШЕНИ //

Аутор: др Олга Осипов,
Општа болница Ужице,
Здравствени центар Ужице



Овај чланак представља покушај сумирања догађања у здравству Србије од 2000. године наопако. Скорашњи догађаји на политичкој сцени Србије, промене у Министарству здравља и Републичком фонду за здравствено осигурање тек ће имати одређене реперкусије на положај лекара у друштву, место ЛКС, као и однос система здравствене заштите према здрављу популације Србије.

Србија је, као и други делови некадашње Југославије, наследила детериорацију здравственог стања популације која је већ материјално и физички била вулнерабилна. Значајни недостатак средстава резултирао је ниским платама запослених у здравству, недовољним улагањем у инфраструктуру и опрему, као и великим дефицитом у Фонду здравственог осигурања, насталим због трошкова за здравствену заштиту. Систем је „боловао“ од недостатка лекова и медицинског материјала, мита и ко-

рупције, пребацивања токова пацијената и дела опреме из државног у приватни сектор. Све то угрозило је доступност, базични принцип здравствене заштите популације. Неопходне реформе у систему здравствене заштите, креиране су од стране Министарства здравља и започете 2002. године ради постизања:

1. Побољшања здравственог стања становништва;
2. Смањења трошкова путем пораста ефикасности пружања здравствене заштите;
3. Повећања задовољства пацијената радом здравствене службе као димензијом квалитета;
4. Повећања могућности избора за корисника и даваоце услуга у здравству.

Очекиване тешкоће и ограничења у реформама:

Слаба и нестабилна економија земље у транзицији, непостојање јасних визија и жељених циљева – заједничких за лидере Министарства здравља и финансија, неискуство у процесима развоја стратегије у здравственој заштити и осигурању, менаџменту...

Полазна основа за реформу система здравствене заштите и дефинисање здравствене политике Србије биле су:

- Миленијумски циљеви развоја Уједињених нација (2000. година);
- Општи циљеви Светске здравствене организације за постизање „Здравља за све у свету“;
- Европско здравље за све – праведност у здрављу;
- Стратегија за смањивање сиромаштва у Републици Србији – препоруке на локалном нивоу;
- Националне стратегије за решавање питања избеглих, прогнаних и расељених лица.

На основу тих докумената у фебруару 2003. године Министарство здравља Србије израдило је документ под називом: „**Боље здравље за све у трећем миленијуму**“, који је садржао:

- Здравствену политику;
- Визију система здравствене заштите у Србији;
- Стратегију и акциони план реформе система здравствене заштите у Србији.



Тим су потврђени **основни правци у реформи здравственог система:**

- Повећање ефикасности уз смањење трошкова;
- Нови начин плаћања здравственој служби за пружене услуге (капитација у ПЗЗ, финансирање према ДСГ за болнице);
- Побољшање квалитета пружених услуга (посебно хоспиталне неге);
- Излажење у сусрет потребама корисника - пацијент у фокусу.

На основу тог документа дефинисани су **циљеви здравствене политике Србије:**

1. очување и унапређење здравственог стања становништва Србије и јачање здравственог потенцијала нације;
2. обезбеђење и унапређење правичног и једнаког приступа здравственој заштити за све грађане Србије;
3. постављање корисника (пацијента) у центар система здравствене заштите;
4. одрживост система здравствене заштите уз транспарентност, селективну децентрализацију у управљању ресурсима и ширење спектра финансирања;
5. дефинисање посебних националних програма у области кадрова, мреже институција, технологије и медицинског снабдевања;
6. дефинисање улоге приватног сектора у здравству;
7. унапређење кадровске базе здравствене заштите (хуманих ресурса);
8. јачање превентиве и унапређење јавног здравља.

Доношење нових закона из области здравства обавезало је установе на промене:

- Закон о лековима и медицинским средствима, Закон о доприносима за обавезно социјално осигурање, Закон о заразним болестима, Закон о здравственој заштити, о здравственом осигурању, о Коморама здравствених радника.
- У мају 2006. донет је Главни план мреже здравствених установа (којим настаје редукција и прерасподела болничких капацитета), као и Правилник о унутрашњој организацији здравствених установа

(њиме су дефинисани нови стандарди у броју запослених, опреми и „продуктивности“ – тзв. мерама извршења). Потом је у више наврата вршена измена мреже здравствених установа.

- Донет је сет нових закона из области трансплантације ћелија, ткива и органа као и Закон о лечењу неплодности поступцима биомедицински потпомогнутог оплођења
- Донето је и више Стратегија развоја у области здравствене заштите.

Кроз различите међународне донације и пројекте остварено је:

- 500 милиона евра улагања од 2002- 2012,
- Предвиђен је Завршетак клиничких центара у Београду, Нишу, Крагујевцу, Новом Саду (2008–2012.)
- Планирано је да се болнице (70 одсто) и домови здравља (100 одсто) приближе односно досегну европски стандард.
- Формиран је ПЕТ центар у Клиничком центру Србије, Београд (2008–2009.)
- Имплементација Здравственог информационог система (2015.)

У реформи примарне здравствене заштите основни правци били су:

- Лекар ПЗЗ као „чувар капије“ за улаз у систем здравствене заштите;
- Капитација – плаћање према листи опредељених корисника;
- Оријентација ка породици и ка заједници;
- Свеобухватна, континуирана и доступна здравствена заштита.

Сprovedени су кроз Пилот пројекат Основних здравствених услуга у општини Краљево, Пројекат Јачање превентивних здравствених услуга– ЕАР, Пројекат електронског здравственог картона– ЕАР, Пројекат развоја политике ПЗЗ– CIDA.

У реформи секундарне и терцијарне здравствене заштите основни правци били су:

- Реконструкција зграда и простора;
- Модернизација опреме;
- Нови стандарди обезбеђења кадровима и стандарди извршења (перформанси);
- Развој болничких информационих система (БИС) и повезивање са ПЗЗ;
- Едукација здравствених радника – менаџмент, БИС, финансирање, стратешки менаџмент, менаџмент квалитетом, и други...
- Сprovedени су кроз Пројекат реконструкције 20 болница у Србији (кредит ЕИБ), Пројекат развој Здравства Србије – четири пилот подручја (Светска банка); Пројекат реформе клиничких центара – кредит ЕИБ, уз помоћ Европске агенције за реконструкцију–ЕАР (ЕУ).

Главна достигнућа у реформи здравственог система до сада:

- Покрет за увођење културе квалитета у здравствени систем;
- Усвајање системских закона;
- Велико и (релативно) равномерно инвестирање у објекте здравствене заштите;
- Почетак рационализације кадрова и капацитета у здравственим установама;
- Велики напредак у превенцији пушења и контроле дувана;
- Значајно унапређен здравствени информациони систем.

39 <

Чини се да неке од одговора везаних за реформу система здравствене заштите у Србији можемо наћи у документу „Процена међународне помоћи у српском здравственом сектору“. Штета је што српску верзију документа надлежни из Министарства здравља изгледа нису прочитали пре постављања на интернет страницу МЗ, јер би приметили да обилује граматичким грешкама, као и непрецизностима у преводу. Можда би сврсисходније било да је верзија документа постављена у оригиналу, претпостављам на енглеском језику.

Многобројни закључци у том документу су значајни и објашњавају утицај међународних експерата и средстава која су утрошена да би се систем здравствене заштите Србије реформисао, као и одговор система и запослених након имплементације ове помоћи. Делови који су цитирани су исправљени (О. О.)

„Пројекти који су успешно завршени су чешће укључивали финансирање зграда или опреме, оснивање неке институције пре него тражену системску промену целокупног система; Много мање је промењено у односу на не-капиталну или институционалну/појединачну изградњу капацитета и учинак, што значи да се систем није много променио – неки фактор сумиран сажето од стране неког директора болнице који је рекао „сва ова обука и ништа се не догађа“. Друга особа је то описала као „плод који је порастао, али још није убран“, другим речима капацитет је повећан, али окружење се није довољно променило да би дозволило овом латентном капацитету да буде искоришћен.

Може се рећи за здравствени систем да је на „прекретници“ и чека да буду постигнуте стварне користи од здравствених реформи „...Калибар управљања и вођства треба да се значајно побољша, ако српски здравствени сектор треба да се трансформише; способност вођа и менаџера треба да се повећа путем почетних обука и континуираног професионалног развоја и могућег менторства, чиме би се створио капацитет за наставак управљања будућим настајућим променама“.

– Поседовање признатих квалификација таквих као Магистар здравственог менаџмента и Магистар јавног здравства треба да буду улазни захтеви за постављење на више менаџерске положаје у здравству и управљању јавним здрављем. Треба размотрити увођење неког од система управљања учинком на свим нивоима, подржаног редовним праћењем напретка, тј. уравнотежених показатеља на свим нивоима за контролу спровођења стратегије и планирања. Превенција треба да се сагледа и да се њоме управља као неким интегрисаним системом. Систем треба да дефинише и укључи сва три нивоа превенције – примарни, секундарни и терцијарни.

Quo Vadis, здравство Србије?

Свесни смо да нема чаробног штапића. Да смо били на добром путу, да су многе ствари започете, али нису довршене. Међутим, и даље је недовољно издвајање за здравствену заштиту, а поставља се питање да ли су и та мала средства адекватно распоређена. Просечан годишњи износ укупних издатака „из џепа“ за здравствену заштиту по глави становника релативно је висок, износио је (у 2008.) 14.696,7 динара. Од тога су више од две петине издатака (42,4 одсто) за здравствену заштиту чинили издаци за лекове.

Постоје превелика очекивања и незадовољство пацијената са једне стране, пруженим услугама, доступношћу и квалитетом, са недовољно аргументованим ставом јавности о корупцији у здравству као основним проблемом српског здравства. Са друге стране, незадовољство запослених ниским платама, условима за рад, едукацију, напредовање, осим ниске мотивације за рад

носи у себи и стални одлазак стручних кадрова ван земље („brain drain“ – одлив мозга) који ће се повећавати самим приближавањем ЕУ и могућностима запошљавања лекара у ЕУ.

Реформе плаћања се нису догодиле. Капитација је одложена јер је РФЗО планирао смањење ионако малих просечних плата лекара. Тек је започето извештавање по ДСГ. Није направљен пакет, односно корпа основних здравствених услуга. Нема инкорпорисања приватног сектора у системе РФЗО. Није спроведена децентрализација система здравствене заштите. Системским решењима није постигнута сигурност у финансирању здравствене заштите, а велики дугови неких установа угрожавају њихов рад.

Место и улога Министарства здравља у обезбеђивању адекватног снабдевања тржишта лековима и медицинским средствима нама клиничким лекарима није до краја јасно. Како је могуће да смо остали без и једне фабрике есенцијалних лекова у Србији („Галеника“?), па стално зависимо од увоза, или одлуке фабрика да нешто не производе јер су цене ниске и производња им се не исплати, док се ти исти лекови могу набавити у БИХ или Црној Гори. Све је то довело до поновне, веома озбиљне несташице лекова и неких санитетских материјала у 2011. и 2012. години.

Није завршена реконструкција клиничких центара, ни инфраструктурно ни организационо. Чини се, гледајући са стране, да ће најтеже бити увођење нове организације и система управљања у установе терцијарне здравствене заштите, као и праћење квалитета њиховог рада. Од тога ће умногоме зависити и даља судбина едукације многих генерација лекара, као и судбина српског здравства. Кроз школовање лекара мора да се провуку постулати о потребама штедње, рационалног понашања у дијагностици, терапији, контроли трошења средстава, култури квалитета, да је пацијент у фокусу. Холистички приступ пацијенту је заборављен. Са друге стране, мора да се уложи додатни напори за промоцију здравља и смањење утицаја фактора ризика на здравље. Значај превентиве мора да буде додатно стимулисан, а превентивни прегледи треба да буду обавезни за пацијенте, уз увођење санкција уколико се на њих не одазивају.

Нова министарка здравља и њен тим имаће огроман изазов и одговорност да наставе реформе у здравству Србије и покушају да остваре значајне помаке на боље, првенствено везане за добробит здравља популације Србије.

Референце:

1. M. Gajic Stevanovic at al: Health care System in Serbia and spending 2004.-2008., at <http://www.batut.org.rs/download/nzr/8%20Health%20care%20system%20and%20spending.pdf>
2. „Боље здравље за све у трећем миленијуму“, доступно на <http://www.mos.gov.rs/sites/default/files/download/zdravlje.pdf>
3. S. Adzic, J. Adzic: The Public Healthcare System in the Transition Countries- the Case Study of Serbia, at http://www.researchgate.net/publication/46561421_The_Public_Healthcare_System_in_the_Transition_Countries_the_Case_Study_of_Serbia
4. Т. Милосављевић: Достигнућа и ограничења у реформи здравственог система Републике Србије, доступно на <http://www.sanu.ac.rs/Inicijative/002-Tomica%20Milosavljevic%203.pdf>
5. „Процена међународне помоћи у српском здравственом сектору“, доступно на <http://www.minzdravlja.info/downloads/2011/Avgust/ProcenaMedjunarodnePomoćiUSrpskomZdravstvenomSektoru.pdf>

//

КРАТКА ЗАПАЖАЊА О РЕФОРМИ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА У СРБИЈИ

МОЖЕ ЛИ СЕ ПИРАМИДА ГРАДИТИ ИЗ СРЕДИНЕ

// СА ПОЧЕТКОМ ПОЛИТИЧКИХ ТУРБУЛЕНЦИЈА У СРБИЈИ ПОЛОВИНОМ ОВЕ ДЕЦЕНИЈЕ РЕФОРМСКИ ПРОЦЕСИ У ЗДРАВСТВУ СЕ УСПОРАВАЈУ, А САРАДЊА ПОЛИТИЧКОГ ЕСТАБЛИШМЕНТА И СТРУКОВНИХ ОРГАНИЗАЦИЈА ЗАМИРЕ // БЕЗ РЕФОРМЕ ФИНАНСИРАЊА ЗДРАВСТВА, НЕМА НИ ЕФИКАСНЕ РЕФОРМЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА //

Пише: прим. др Предраг
Рогоулић



Већ дванаест година Србија плови немирним морима транзиције- промене територијалног, државног, економског и политичког статуса. Подстакнута велики ентузијазмом и замахом са којим смо се срили почетком овог века, очекивања већине колега била су да ћемо за неколико година живети и радити у уређеној држави са реформисаним и уређеним системима, а нарочито са ефикасним, и европским и светским стандардима приближеним, здравственим системом.

Уз велику помоћ целог света, како у опреми, тако и значајним материјалним средствима, обновљени су здравствени капацитети пропали током деценија кризе, ратова и немаштине. Велики број здравствених установа нашао се у ситуацији да стекне сасвим пристојне услове за рад. Грађевинске обнове, набавке и донације опреме и материјалних средстава, скоро потпуни престанак несташице лекова овели су до смањивања листе чекања, успешнијег лечења и већег задовољства пацијената пружањем здравствених услуга. Уз побољшање материјалног статуса здравствених радника, чинило се да здравству Србије почињу да се назиру бољи дани.

Упоредо са тим позитивним помацима, све више се указивала потреба за темељним реформисањем организације здравственог система и његовим прилагођавањем, како друштвеним, тако и савременим светским и европским глобалним кретањима у реформисању и функционисању здравствених система земаља у транзицији. У корист тим иницијативама ишла су и позитивна искуства у реформисању здравствених система земаља у првом реду југоисточне Европе, земаља у нашем ближе окружењу – посебно земаља некадашње Југославије. Највећи број њих одмакао је значајно у тим реформама, посебно државе које су убрзо постале пуноправни чланови Европске уније или кандидати за пријем у ЕУ. У свакој земљи то је веома озбиљан и свеобухватан процес за који је потребно извесно време, али и

стручност, озбиљност и, више од свега, широк друштвени и политички консензус да се таква реформа успешно изврши. Такав процес не може бити тема ускогрудних дневнополитичких и својинским манипулација интересних групација и појединих лобија.

Поред почетног ентузијазма и општег друштвеног разумевања да су нам хитне реформе здравственог система неопходне, на руку су нам ишла и значајна искуства земаља региона које су у реформама значајно одмакле, имале су искуства у томе и, што је још важније, биле су вољне да са нама та искуства поделе, како бисмо ми прескочили поједине фазе које се ни-су показале успешно и ефикасно. А, из наших народних пословица познато је ко се учи на туђим, а ко на својим грешкама.

Усјоравање реформских процеса

Колика је заинтересованост за ту проблематику показује и подзак да, осим државних органа, у првом реду надлежних министарстава, покушај учешћа у процесима реформисања здравственог система начиниле су у бројне струковне организације здравствених радника, синдикати. Формиране су многе радне групе, организовани симпозијуми, јавне расправе, округли столови. Позивани су експерти из иностранства да, било официјелно ангажовани од стране министарства, било волонтерски узму учешће у тим процесима.

И новооснована Лекарска комора Србије организовала је неколико скупова на ту тему са многим угледним учесницима из иностранства. Морам да истакнем искрену и несебичну помоћ из лекарских асоцијација Словеније, Хрватске, Македоније, Чешке, Словачке и многих других који су са својим драгоценим искуствима приказали овај проблем у сасвим новом светлу. Нарочито су нам искрено предочили своје дилеме, грешке и искуства како их превазићи. Постојала је и сарадња струковних организација и надлежних министарстава и жеља да се том процесу приступи заједничким снагама.

Но, како се почетни ентузијазам смањивао, уз почетак политичких турбуленција у Србији половином ове деценије, тако се и реформски процеси у оквиру здравства успоравају. Сарадња политичког естаблишмента

41 <

и струковних организација замире, не осећа се искрена воља да се струка укључи активно у реформе здравственог система. Све чешће тај проблем постаје само тема за политички маркетинг у зависности од потреба за тим. Лута се у избору модела система, начину спровођења реформе, учешћу фактора који ће реформу носити и спроводити. Драгоцене време се губи, у темпу заостајемо и то неминовно доводи до последица. Оне почињу веома брзо да се јављају.

Први помаци у реформама здравственог система првенствено су били вербалне природе и на бази обећања. После дуго времена избора модела кренуло се у процес капитације у примарној здравственој заштити. Тај процес тема је већ неколико бројева нашег часописа и под лупом је јавности дуже време. Оснивачка права у примарној здравственој заштити преносе се на локалне самоуправе. „Демонтирају“ се здравствени центри у градовима, од њих настају домови здравља, опште болнице и апотеке. Секундарни ниво здравствене заштите поред реорганизације болничких служби по секторима у свој рад треба да уведе принцип ДРГ – дијагностички сродних група у систему лечења и економског пословања. Тим системом бавићемо се у наредним бројевима Гласника.

Оба реформска потеза одвијају се споро и умаласала су не само стручну, него и јавност која је корисник здравствених услуга. Ти системи добро су проучени у земљама у транзицији и њихова искуства су драгоцене – ако се проуче и примене. О томе ће се детаљно још пуно разговарати.

Но, желео бих овом приликом да укажем на један, према мом мишљењу, најбитнији сегмент свих тих реформских потеза у систему здравства. Тај сегмент система, тихо је, мислим и циљано, скрајнут из фокуса,

мада представља темељ система, и отуд и наслов овог текста. У свим проучавањима, дискусијама и анализама модела реформисања здравственог система окренуће се пун круг и доћи ће се до основе пирамиде, а то је *систем финансирања здравства и Фонда здравственој осигурања*.

Нико у последње време не помиње ни модел, нити временски рок када ће се тај сегмент система здравства реформисати. А, без тога, озбиљне анализе кажу, нема никаквог напретка у ефикасности реформисања здравственог система. Све земље које су у транзицији и процесима европских интеграција приступиле реформисању својих здравствених система, прво су реформисале своје здравствене фондове и прилагодиле финансирање здравствених система савремених трендовима.

Док год постоји један, државни здравствени Фонд, који има крајње нетреанспарентан систем организације, финансирања и контроле протока средстава – то су до скоро били подаци тешко доступни јавности, реформа здравственог система у старту је осуђена на пропаст

>>> Док год постоји један, државни здравствени Фонд, који има крајње нетреанспарентан систем организације, финансирања и контроле протока средстава- то су до скоро били подаци тешко доступни јавности, реформа здравственог система у старту је осуђена на пропаст или представља само козметички третман умирућег пацијента <<<



или представља само козметички третман умирућег пацијента. Иако те квалификације изгледају тешке, оне су, нажалост, истините, јер проценти пораста појединих обољења дижу нашу земљу у врхове светских негативних примера, оцене вредности система од стране релевантних европских институција нас стрмоглављују на дно европске лествице и, да не идемо даље. Ми из струке то знамо. Побољшања те ситуације нема без демонстрације гломазног, неефикасног и нетранспарентног, политички строго контролисаног система финансирања и монополског управљања здравственим системом.

Колико год тако организован систем изгледао идеалан и погодан за смиривање социјалних тензија, он све више показује знаке издисаја и неодржив је за будући период. Систем који се искључиво буџетски финансира, и то из доприноса који је 13,6 одсто од примања за послених, не може изфинансирати један уређен ефикасан здравствени систем. Навео бих само неке податке, без дубљих анализа за које тренутно немамо простора и времена, али бих апеловао на све колеге да се укључе у расправу о овом проблему и да нам пошаљу своја гледишта и сугестије како би Комора заузела јаснији став и предузела неке кораке за добробит свог чланства.

Истиа њ права, различите обавезе

Наш систем здравствене заштите базиран је данас на целокупности и обавезности захватања становништва чланством. То је систем који је по принципу солидарности конципиран на заступљености истих права, а различитости обавеза чланства. Око 1,6 милиона чланова осигурано је на основу запослења. Скала њихових уплата доприноса је од 24.000 динара, што је најмањи допринос, до 390.000 динара што је највиши износ до-

>>> Један од битних реформских потеза, који имају позитиван ефекат судећи према многим искуствима, јесте равноправно увођење више, како државних, тако и приватних фондова здравственог осигурања, као и равноправно, што хитније инкорпорисање и регулисање статуса приватног здравственог сектора у Србији <<<

приноса. Просек је око 28.000 динара по осигуранику. Примера ради, годишње се просечно из лекарске плате издвоји за допринос од 80.000 до 120.000 динара. Око 1.250.000 људи је без примања и из буџета се за њих по основу доприноса издваја око 600 динара по осигуранику. Сви они имају иста права из здравственог осигурања – чак они који упола мање уплаћују имају и веће привилегије – ослобађање од партиципације итд.

Из буџета Фонда за здравство, који за ову годину износи око 205 милијарди динара, половина средстава издвоји се за плате запослених у сектору здравства. Остатак намењен за лечење је око 205 евра по осигуранику. О дугу Фонда добављачима лекова, као и дуговањима здравственим установама, која се мере десетинама милијарди динара, да и не говоримо. Примера ради, дневно у нашој земљи буде написано 200.000 рецепата, а рачуни за те лекове су 100 милиона динара. У болницама се дневно лечи око 30.000 пацијената. Наша издвајања за здравство су међу најнижим у Европи али дистрибуција тих средстава другачија је у другим земљама и ти системи су ефикаснији.

У првом реду, осим организационог, кадровског и територијалног реорганизовања постојећег Фонда за здравство у коме ће активно учешће у управљању имати финансијери, корисници здравствених услуга и наравно представници струке и струковних организација здравствених радника уз јасну и стриктну контролу кретања средстава – почетак је реформисања.

Системска промена закона који јасно регулишу питања права, обавеза давалаца услуга у здравству, као и корисника тих услуга, у оквиру нивоа пружања услуга по системима мислим да би врло брзо дала позитивне резултате.

Још један од битних реформских потеза који су позитивни према многим искуствима јесте равноправно увођење више, како државних, тако и приватних фондова здравственог осигурања. Тај систем би веома брзо променио и систем финансирања здравства, растеретио буџет и побољшао услове квалитет услуга и услове у којима се оне пружају. Истовремено, такав систем увео би и јасније финансијске токове пословања и много брже би ревитализовао посрнули систем здравства.

И још један корак неминован у реформисању здравственог система јесте равноправно, што хитније инкорпорисање и регулисање статуса приватног здравственог сектора у Србији. У том сегменту одлучујући утицај мора да имају лекарске асоцијације. Поучени ранијим искуством, свесни смо да само темељни и свеобухватни реформски изазови могу довести до опоравка система који је услед спорости и неефикасности мењања пред распадом, што и није тајна. Због тога бих волео да се у оквиру струке и наше организације озбиљно поведе дискусија о тим питањима, уз добродошле сугестије и учешће целог лекарства како бисмо, адекватним притиском на јавност с једне, и на надлежне институције власти, с друге стране, што пре пришли конкретним потезима реформисања у којима би струка имала истински активно учешће. //



ПРИСУСТVOVAЊЕ СУДСКОМЕДИЦИНСКОГ ВЕШТАКА ГЛАВНОЈ РАСПРАВИ

ЛЕКАР- ВЕШТАК И ДАЉЕ БЕЗ ПОСЕБНОГ МЕСТА У СУДНИЦИ

// СУДСКОМЕДИЦИНСКИ ВЕШТАК МОРА ДОБРО ДА ПОЗНАЈЕ ФУНКЦИОНАЛНУ И КЛИНИЧКУ МЕДИЦИНУ, МЕТОДОЛОГИЈУ ВЕШТАЧЕЊА И ОСНОВЕ ПРАВНЕ НАУКЕ
// НОВАЦ КОЈИ СУ УЧЕСНИЦИ У ПОСТУПКУ УПЛАТИЛИ НА ИМЕ ВЕШТАЧЕЊА У ДЕПОЗИТ СУДА ЈЕСТЕ НОВАЦ ВЕШТАКА, ТАКО ДА БИ ТРЕБАЛО ДА БУДЕ ИСПЛАЋЕН У МОМЕНТУ ПРЕДАЈЕ ВЕШТАЧЕЊА //

Пише:
проф. др Милош Јовановић



У претходним наставцима било је говора о општим појмовима судско-медицинског вештачења (СМВЧ), о лекару као судско-медицинском вештаку (СМВ), као и о решењу суда о вештачењу сачињеном у писаном облику. У овом броју Гласника Лекарске коморе Србије говорићемо о присуствовању судско-медицинског вештака главној расправи, о условима за добро судско-медицинско вештачење и о препорукама за добру сарадњу између суда и вештака.

Обично месец дана пошто је предао вештачење у писаном облику, судско-медицински вештак долази позив из суда да присуствује главној расправи. Главној расправи се мора присуствовати и то је изричито регулисано чланом 115, став 2, ЗКП: „Ако вештак који је уредно позван не дође, а изостанак не оправда, или се без одобрења удаљи са места где треба да буде испитан, орган поступка може наредити да се принудно доведе, суд га може и казнити новчано до 100.000 динара, а стручну установу до 300.000 динара“. Из тог разлога, уколико је вештак спречен да присуствује главној расправи из објективних разлога, о томе мора да обавести суд бар две недеље пре заказног рока расправе, и то писменим поднеском.

Не треба наглашавати колико је важно да се на роциште дође на време, јер суђења почињу у тачно заказано време и свако кашњење је неоправдано и одлаже поступак.

Оно што бих посебно истакао јесте распоред седења у судници. Председавајуће судско веће седи за столом за вођење поступка. Правни заступници (адвокати) странака у поступку имају своја засебна места у судници.

За судске вештаке није предвиђено никакво посебно место. Они седе у делу суднице заједно са оптуженима, што није у реду из више разлога, а утиче на њихов кредибилитет међу осталим учесницима у поступку. Из тог разлога мислим да у свакој судници мора да постоји посебно издвојено место за седење вештака, као што је то предвиђено и за адвокате.

Пре било ког питања, председавајући судија од судско-медицинског вештака тражи да положи заклетву. Стални заклетви вештак биће само опоменут на раније положену заклетву. Сваки одговор на постављено питање судије и сваки разговор са судом захтева устајање вештака. Прво питање судије упућено вештаку је да ли се он слаже са својим вештачењем достављеном суду у писаном облику. Наравно, очекује се да вештак одговори да се у потпуности слаже са својим вештачењем. Након тога, вештак је дужан да одговори на постављена питања правних заступника странака у поступку, која су претходно достављена у виду писменог поднеска. Такође, вештак треба да одговори и на усмено постављена питања правних заступника, али само на она питања која су у вези са предметом суђења. Да ли су питања правних заступника упућена вештаку од значаја за предмет суђења процењује председавајући судија већа.

Уколико правни заступници странака у поступку поставе нека питања и судија их одобри, а вештак није у могућности да на њих у том моменту одговори, онда вештак има право да тражи одлагање процеса ради консултовања литературе.

После излагања вештака, судија диктира у записник његове одговоре. Вештак има право да интервенише уколико се његове речи или његове мисли, изречене при претходним усменим одговорима, нетачно интерпретирају и уносе у записник. Такође, судија може дозволити да СМВ своје одговоре директно диктира у записник.

На крају вештачења треба потписати записник и прецизирати трошкове за присуствовање главној расправи.



>>> Тек конфронтацијом налаза из медицинске документације приложене у предмету и клиничког налаза који је судскомедицински вештак добио при прегледу пацијента (оштећеног), добија се квалитетно судскомедицинско вештачење <<<

УСЛОВИ ЗА УСПЕШНО ВЕШТАЧЕЊЕ

За успешно спровођење судскомедицинско вештачење потребно је:

- адекватан избор СМВ;
- комплетирана медицинска документација у предмету;
- студиозно проучавање судских списа;
- детаљан преглед пацијента;
- познавање методологије судскомедицинског вештачења, као и основа правне науке.

При именовању вештака суд се ослања на предлог странака у поступку. Међутим, много важније од тога је именовање вештака са одговарајућим знањем, односно именовање судскомедицинског вештака са одговарајућом квалификацијом у вези са предметом вештачења.

У судском предмету треба да се налази одговарајућа медицинска документација, која је релевантна за предмет вештачења. Често се изгуби много времена у сакупљању неке неважне медицинске документације, која неће бити од значаја судскомедицинском вештаку у сачињавању вештачења.

При сачињавању вештачења вештак мора студиозно да проучи судске списе, јер се у њима често крију одговарајуће чињенице у исказу сведока или, у неким другим списима које могу имати сврху хетероanamнезе, и у многоме ће помоћи вештаку у постављању јасне везе између узрока и последице. Пре састављања вештачења СМВ је обавезан да прегледа пацијента над којим се обавља вештачење, уколико је то могуће. Тек конфронтацијом налаза из медицинске документације приложене у предмету и клиничког налаза који је СМВ добио при прегледу пацијента (оштећеног), добија се квалитетно СМВЧ.

За успешно СМВЧ вештак, осим тога што мора добро да познаје функционалну и клиничку медицину, мора

добро да познаје и методологију вештачења и основе правне науке. Из тог разлога суд се најчешће и опредељује за сталне СМВ који су том методологијом овладали. Све ово ће учинити да вештачење буде квалитетније, трајање судског процеса краће, а самим тим и процес јефтинији.

ПРЕПОРУКЕ ЗА ДОБРУ САРАДЊУ ИЗМЕЂУ ВЕШТАКА И СУДА

Следеће препоруке у многоме би унапредиле ту сарадњу:

- избор адекватног СМВ;
- уважавање СМВ од стране суда;
- одређивање посебног места за седење вештака у судници;
- одређивање одговарајуће награде за вештачење према квалификацији вештака и уложеном труду у сачињавању вештачења;
- исплата трошкова и награде за вештачење одмах по предаји вештачења у писаном облику.

Већ је било говора о адекватном избору СМВ. То значи да за сваки предмет СМВЧ треба предложити вештака одговарајуће струке и одговарајућег нивоа квалификација, па тиме и знања. Тако, ако је предмет вештачења повреда ока, онда вештак треба да буде офталмолог, ако се ради о ортопедском проблему СМВ треба да буде ортопед-трауматолог итд. Уколико се одређује тимско вештачење, онда је најбоље да у тиму један од вештака буде специјалиста судске медицине, други специјалиста из медицинске области која се вештачи и трећи члан тима да буде специјалиста неуропсихијатрије.

Уважавање вештака од стране суда односи се, пре свега, на председавајућег судију. Судија мора имати на уму да је СМВ ту зато што је суд тражио од њега одговарајућа знања, којима суд не располаже, у разјашњавању од-

45 <

ређених правних истина. СМВ није вештак учесника у поступку, већ вештак суда. Ова тачка уважавања вештака подразумева и одређивање посебног места у судници за вештака, као што то постоји и за адвоката.

Награда за вештачење не мора и не треба увек да буде иста. Она треба да зависи од тежине, односно сложености, вештачења и од знања и труда који треба уложити у разјашњавање одређеног предмета вештачења. Самим тим, висина награде за вештачење треба да зависи и од нивоа образовања СМВ, јер се подразумева да ће за сложеније вештачење бити именован вештак са вишом квалификацијом.

>>> Судскомедицински вештак није вештак учесника у поступку, већ вештак суда. Ова тачка уважавања вештака подразумева и одређивање посебног места у судници за вештака, као што постоји за адвоката <<<

Изузетно је важна благовремена исплата награде и трошкова вештачења. Оног тренутка када се предаје вештачење у писаној форми треба извршити и исплату. Треба одредити посебан шалтер у суду (писарници суда), на коме ће се предавати вештачења и вршити исплата. За то постоје сви услови, јер су у парничним поступцима странке већ уплатиле у депозит суда новац одређен за вештачење. Уосталом, пракса суда је да се вештак не позива да подигне предмет док странке не уплате новац у депозит суда на име предујма за вештачење. У кривичноправним поступцима награда за вештачење се исплаћује из посебног фонда суда, па и то не треба да представља проблем да се исплата изврши истог тренутка када се предаје вештачење.

Вештацима није јасно зашто они морају да заврше и предају вештачење у одређеном року, под претњом кажњавања, а да им њихов новац буде исплаћен тек месецима, па чак и годинама касније, а у неким случајевима и никада. Они сматарају да је новац који су учесници у поступку уплатили на име вештачења у депозит суда, њихов новац, а не новац суда, и да из тог разлога мора бити исплаћен на шалтеру истог момента када се вештачење предаје. Уколико би се само ова последња тачка испунила, суд би имао много мање проблема са именовањем вештака и не би било честих избегавања вештака да подигну предмет из „објективних“ разлога. Тиме би и трајање судског поступка било много ефикасније, краће и јефтиније. Задовољнији би били и суд и вештак, а посебно странке које учествују у поступку.

ЗАКЉУЧАК

У досадашњим наставцима приказани су практични поступци који стоје пред СМВ који се прихвати одређеног СМВЧ. У првом наставку дискутовано је кога све суд може ангажовати као СМВ. Затим су хронолошким редом истакнути задаци који стоје пред СМВ, почевши од преузимања предмета из суднице, његовог проучавања, сачињавања вештачења у писаном облику, па све до враћања судског предмета суду. У последњем наставку расправљано је о положају СМВ у судници при главној расправи. Посебно су разматрани услови за успешно СМВЧ и дате су препоруке за добру сарадњу између суда и судскомедицинског вештака. //

Пише:
МР СЦИ. МЕД. СТАНКО БАРЛОВ,
ПРЕДСЕДНИК ПО ЗА
МЕДИЦИНСКО ОБРАЗОВАЊЕ
РЛКЦЗС



Протекла 2011. година је трећа лиценцна година за највећи број лекара, оних који су добили лиценцу за самостално обављање здравствене делатности 1. јануара 2009. године. У исто време, то је и друга лиценцна година у којој су лекари били у обавези да након њеног истека доставе Регионалној лекарској комори централне и западне Србије потврде са акредитованих програма континуиране медицинске едукације које су похађали. Ради се о такозваним повереним пословима Лекарске коморе Србије па је успех у том послу од интереса, како за саме лекаре, тако и за ЛКС.

Претходних месеци са приличним успехом обављена је та активност у којој су активно учествовали чланови Посебног одбора за медицинско образовање РЛК ЦЗС. Они су, у оквиру својих Подручних канцеларија, извршили верификацију достављених сертификата са акредитованих програма КМЕ, обрадили податке и издали оверену „Сумарну потврду“ за 2011. годину за сваког лекара посебно. У том обимном послу, имали су помоћ Стручне службе РЛК ЦЗС као и административних радника у Подручним канцеларијама. Познато је да РЛК ЦЗС има добро развијену и функционалну мрежу која се састоји од 10 подручних канцеларија, које су у потпуности материјално-технички, кадровски и финансијски оспособљене за ову, али и друге редовне активности ЛКС. Настојање ЛКС да се преко Подручних канцеларија „приближи“ сваком лекару појединачно је нашла своју оправданост и у овом важном послу.

Гледано у целини и поредећи са претходном лиценцном годином (2010. година), остварени су бољи резултати. Наиме, сертификате је предало око 90 одсто лекара (у поређењу са 85 одсто за 2010. годину). Већи је и проценат лекара који су сакупили укупно бар 24 бода (91 одсто у односу на 89 одсто) и најмање 12 бодова из области за коју је издата лиценца (94 одсто према 93 одсто). Међу разлозима који се наводе за недостављање сертификата најчешће се помињу: пензија или скорије пензионисање, боловање дуже од шест месеци, трајање специјализације и уже специјализације и очекивање нове лиценце, обављање послова ван области за коју је издата лиценца, кашњење и/или изостајање достављања сертификата од стране организатора програма КМЕ итд.

У структури акредитованих програма КМЕ и даље доминира екстерна едукација, мада има све више програма интерне едукације који се спроводе у оним здравственим установама које су формирале Центре за КМЕ, а то је нешто што треба и даље развијати у наредном периоду, обзиром да је тзв. интерна едукација најдоступнија лекарима у сваком погледу.

Напред наведени подаци односе се на лекаре (а то је и највећи број) који су добили своју лиценцу 1. јануара 2009. године. Наравно, сви они лекари који су добили своје лиценце након тог датума такође подлежу истој процедури онда када истекне њихова лиценцна година. Дакле, реч је о континуираној активности коју обављају заједно подручне канцеларије и Стручна служба РЛК ЦЗС.

Активности на спровођењу „Пути сертификата“ за 2011. годину биће настављене током читаве 2012. годи-

ЕВАЛУАЦИЈА „ПУТА СЕРТИФИКАТА“ ЗА 2011. ГОДИНУ НА ПОДРУЧЈУ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСKE КОМОРЕ ЦЕНТРАЛНЕ И ЗАПАДНЕ СРБИЈЕ

ВЕЋИ ПРОЦЕНАТ ЛЕКАРА САКУПИО БОДОВЕ

// ПОСЛЕ ВЕРИФИКАЦИЈЕ СЕРТИФИКАТА АКРЕДИТОВАНИХ ПРОГРАМА КМЕ И ОБРАДЕ ПОДАТАКА, ОВЕРЕНА „СУМАРНА ПОТВРДА“ ИЗДАТА СВАКОМ ЛЕКАРУ ПОНАОСОБ // РЕЗУЛТАТИ БОЉИ У ПОРЕЂЕЊУ СА ПРЕТХОДНОМ ЛИЦЕНЦНОМ ГОДИНОМ //



Бодови за лиценцу

не. То се односи на доставу сертификата и издавање Сумарних потврда за оне лекаре који из било ког разлога то већ нису учинили до сада, али и на оне лекаре којима лиценцна године истиче током ове календарске године. Наравно, то је и време када је потребно да се унесу подаци у базе података како у Подручним канцеларијама тако и у бази података РЛК ЦЗС, да се оне –освеже– новопристиглим подацима.

На крају, може се закључити да је приметан помак у спровођењу овог значајног и повереног посла ЛКС, али и да има још простора за даље напредовање.

Коначно, у скорије време нас очекује имплементација Централног информационог система ЛКС – модул КМЕ, коју треба спремно дочекати, а који ће значајно олакшати спровођење ове и те како важне активности ЛКС. //



Тим лекара Клинике за кожне и полне болести ВМА

КЛИНИКА ЗА КОЖНЕ И ПОЛНЕ БОЛЕСТИ
ВОЈНОМЕДИЦИНСКЕ АКАДЕМИЈЕ

ЛИДЕР СРПСКЕ ДЕРМАТОЛОГИЈЕ

// БРЗА ДИЈАГНОСТИКА И САВРЕМЕНО ЛЕЧЕЊЕ – ПРИМАРНИ ЦИЉ
// КОНТИНУИРАНИ НАУЧНО-ИСТРАЖИВАЧКИ РАД ОБАВЉА СЕ У САРАДЊИ
СА ИНСТИТУТОМ ЗА МЕДИЦИНСКА ИСТРАЖИВАЊА ВМА И ИНСТИТУТОМ
ЗА ПАТОЛОГИЈУ И СУДСКУ МЕДИЦИНУ ВМА //

Клиника за кожне и полне болести Војномедицинске академије, установе која је 2009. године обележила 100 година постојања и рада, данас је савремено организована и опремљена целина у којој се спроводи дијагностика и лечење свих обољења коже, длаке и ноктију, као и болести које се преносе сексуалним контактом. Традиција обавезује њене лекаре да увек раде најбоље, стално се усавршавајући и опремајући

како би задовољили примарни циљ: у што краћем року поставити дијагнозу и на савремен начин лечити болеснике који им указују поверење. У Клиници за кожне и полне болести ВМА болесник је на првом месту и њему је све подређено.

ИСТОРИЈАТ

Одлуком Књаза Александра Карађорђевића од 2. марта 1844. го-

дине планирано је оснивање „Војног шпитаља централне војске“, па се тај датум данас слави као Дан Војномедицинске академије. Болница постепено прераста у Дунавску сталну војну болницу са 150 болесничких постеља и два одељења: унутрашње и спољашње. Најстарији документ који поседује Санитетски архив Војске Србије датиран је на Ђурђевдан 1869. године и представља „Дневни рапорт војне болнице“. Болесници са обољењима ко-

же су смештани у спољашње одељење, а у документу је остало забележено, између осталог, и колико је било оболелих од „венерија, црвеног ветра, рана механичких, рана простих, чирева, убоја, лишаја и шуге“.

С обзиром на то да су временом капацитети Дунавске војне болнице постали недовољни за пријем војника, донета је одлука о изградњи нове и веће болнице на Западном Врачару. На том месту, 1. новембра 1909. године, почиње да ради „Општа војна болница“, која је имала 400 болесничких постеља и више одељења: унутрашње, где су лечени и душевни болесници као и болесници од заразних болести, хируршко, очно и **кожно-венерично**.

Непосредно после ослобођења Београда 1944. године, поново је отворено Кожно-венерично одељење Главне војне болнице Југословенске армије која 1949. године мења назив у Војномедицинску академију (ВМА), а 1960. године Одељење прераста у Клинику за кожане и полне болести ВМА. Од 1972. године у саставу Клинике је и Имунолошка лабораторија, односно Лабораторија за имунопатологију коју је оформио пуковник професор др Звонимир Стефановић, а у којој се раде директни и индиректни имунофлуоресцентни прегледи коже и серума.

Током 2000. године штампан је најобимнији уџбеник из дерматовенерологије на српском језику чији је уредник био професор др Ђорђе Карадаглић, под називом „Дерматологија“, у два тома, у чијем су настајању учествовали лекари и наставници Клинике као и бројни сарадници из других здравствених установа. Од 2002. године на месту начелника Клинике налази се пуковник професор др Радош Д. Зечевић.

КЛИНИКА ДАНАС

Данас, Клиника располаже са једним одељењем (укупно 24 болесничке постеље), Функционалном дијагностиком и Лабораторијом за имунодерматологију. Клинику, наравно, чине људи. Данас су то шест лекара специјалиста (три наставника: пуковник проф. др Радош Д. Зечевић, проф. др Лидија Кандолф Секуловић и доц. др Жељко П. Мијушковић; два докторанта: мајор др Мирослав Ж. Динић, и др Кристина Костић; као и др Душица Матовић, четири виша медицинска техничара (од којих је главни медицински техничар Весна Татомировић), један високи лабораторијски технолог, осам медицинских техничара, три болничара и један административни радник. У Кабинету за кожане и полне болести ВМА су три лекара специјалиста (прим. др Зорица Перић Хајзлер – начелник, др. сц. мед. Зорана Ђковић и капетан Душан Шофранца који је на докторским студијама), као и четири медицинска техничара.

Клиника је лидер у лечењу псоријазе, аутоимунских булозних дерматоза (пемфигус, пемфигоид), тешких форми атопијског дерматитиса, еритродермијских стања, кутаних лимфома и кутаних манифестација системских болести везивног ткива (лупус, дерматомиозитис, склеродермија).

Посебна пажња обраћа се лечењу пацијената оболелих од меланом. У сарадњи с колегама из Клинике за пластичну и реконструктивну хирургију, лекари Клинике учествују у раду Амбуланта за меланом где пацијента у исто време прегледају дерматолог и хирург-пластичар.

Такође, лекари Клинике су редовни чланови Конзилијума за меланоме и туморе меких ткива ВМА. Група за меланом ВМА, чији су активни чланови дерматолози Клинике, недавно је постала члан Групе за мела-

ном Европске организације за истраживање и лечење канцера.

На годишњем нивоу у Клиници буде збринута око 800 болесника, од којих је 50 одсто из грађанства (уз упут РФЗО или самофинансирајући). Најучесталије дерматозе које се збрињавају у Клиници су: псоријаза (11 одсто), копривњача (10 одсто), меланом (7,68 одсто), контактни дерматитис (7,68 одсто), еритемски лупус (5,2 одсто), пемфигус/пемфигоид (5,2 одсто) и лимфоми коже (2,6 одсто).

У оквиру Клинике налази се и сала за дерматохирургију где се обављају биопсије коже и поткожног ткива у дијагностичке сврхе, хируршко уклањање доброћудних и злоћудних промена на кожи, као и електрохируршке процедуре радиофреквентним уређајима (радиоталаси) и криохируршки третмани (течни азот). На годишњем нивоу уради се 550 различитих интервенција.

У Лабораторији за имунодерматологију, јединственој у Србији, методама директне и индиректне имунофлуоресценције, ЕЛИСА тестом на антигене пемфигуса и булозног пемфигоида, спроводи се имуносеролошка и имунохистолошка дијагностика (антинуклеарна, антитимохондријална, антиглаткомшићна и антипаритетална антитела, антитела према зони базалне мем-

ГОВОРМ БРОЈКИ

- На годишњем нивоу у Клиници буде збринута око 800 болесника, од којих је 50 одсто из грађанства
- Прошле године, у оквиру Дијагностичко-поликлиничког центра ВМА, амбулантно је прегледано око 20.000 болесника
- У Лабораторији за имунодерматологију, јединственој у Србији, годишње се обави више од 700 процедура
- У сали за дерматохирургију уради се око 550 различитих интервенција

brane и пемфигусна аутоантитела и др.) – више од 700 процедура у току године.

У оквиру Дијагностичко-поликлиничког центра ВМА, смештени су и раде Кабинет за кожане и полне болести и Одељење за функцијску дијагностику где се обављају амбулантни прегледи, фототерапија ускоталасним УВБ зрачењем и ПУВА терапија, ултразвучни прегледи коже, прегледи коже Вуловим светлом, прегледи дермоскопом пигментних и осталих промена на кожи, „џрик“ кожни тестови на инхалационе алергене, епикутани тестови са стандардном и нестандартном батеријом алергена ради утврђивања контактне преосетљивости, фотодинамска терапија и терапија у циљу подмлађивања коже и уклањања ситних вена на рукама и ногама помоћу уређаја последње генерације који комбинује ласерско светло (диодни ласер) са радиоталасима. У току прошле године амбулантно је прегледано око 20.000 болесника.

Формирањем Медицинског факултета у оквиру Универзитета одбране наставници Клинике спроводе вежбе и предавања из дерматовенерологије које су предвиђене планом и програмом Медицинског факултета.

У Клиници се обавља и програм специјализације из дерматовенерологије за војна и цивилна лица, као



ЛЕКАРИ И МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ Клинике за кожне и полне болести ВМА

и усавршавања специјалиста других здравствених центара у области имунодерматологије.

Континуирани научно-истраживачки рад обавља се годинама у сарадњи са Институтом за медицинска истраживања ВМА и Институтом за патологију и судску медицину ВМА из чега су проистекле значајне публикације у области системских болести везивног ткива, кутаних лимфома и фотодерматологије, базоцелуларног карцинома и пројекат истраживања субклиничке атеросклерозе и метаболичког синдрома код пацијената оболелих од псоријазе, као и три научноистраживачка пројекта из области дерматолошке онкологије и генетских алтерација код базоцелуларног карцинома и меланома.

Садашњи састав клинике публиковао је више од 50 радова у стручној периодици, а готово 2/3 је објављено у иностраним часописима. Сваке друге године у новембру Клиника за кожне и полне болести ВМА је организатор и домаћин Београдских дерматолошких дана, најважнијег годишњег дерматолошког стручног скупа у Србији, који окупља више од 300 дерматовенеролога из земље и иностранства, а једном годишње је организатор и домаћин Дерматовенеролошке секције СЛД. Наредне године, од 13. до 15. јуна, Клиника ће бити организатор XIX Конгреса Удружења дерматовенеролога Србије са међународним учешћем.

ВИЗИЈА БУДУЋНОСТИ

Стални задатак Клинике за кожне и полне болести је да континуираним унапређењем рада задржи место лидера у области дерматологије у нашој земљи. Такође, планиран је развој дерматолошке хирургије, која је саставни део дерматологије у САД и неким земљама Европе, што

академске установе и предуслов за праћење токова развоја дијагностике и терапије обољења коже, те ће и даље бити једно од сталних стремљења Клинике. Савремени развој дерматологије захтева и ревизије досадашњих планова специјализације и бољу едукацију из области интерне медицине и хирургије, о чему ће се водити рачуна током

>>> Клиника је лидер у лечењу псоријазе, аутоимунских булозних дерматоза (пемфигус, пемфигоид), тешких форми атопијског дерматитиса, еритродермијских стања, кутаних лимфома и кутаних манифестација системских болести везивног ткива (лупус, дерматомиозитис, склеродермија) <<<

би омогућило свеобухватније праћење пацијената са туморима коже током дијагностике и лечења. Развој естетске дерматологије, за којом постоји велика потражња последњих година омогућила би свеобухватнију понуду дерматолошких услуга корисницима, и континуирано финансирање свих сегмената службе дерматологије.

Развој Амбуланта за алергологију и оснивање амбуланти за педијатријску дерматологију, флебологију и трихологију допринели би бољем пружању супспецијалистичких услуга и бољој организацији рада. Континуирани научно-истраживачки рад је основа развоја једне

едукације нових генерација дерматолога.

Такође, континуирана сарадња са другим дерматолошким клиникама у земљи и иностранству је једна од приоритета нашег колектива. Први корак направљен је у оквиру Дерматолошке секције СЛД оснивањем Актива кроз који ће се институционализовати сарадња субспецијалиста из различитих области. Сарадња са дерматолошким клиникама у Европи и свету такође је унапређена последњих година, посебно у области дерматолошке онкологије у оквиру међународних удружења.

**Проф. др Радош Зечевић
Проф. др Слађана Илић**

КАКО ДО БОЉЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ ХИТНЕ МЕДИЦИНСКЕ ПОМОЋИ У СРБИЈИ

НОВА ЗАКОНСКА И ПОДЗАКОНСКА АКТА – ПРИОРИТЕТ

// „ХИТНУ“ ОД 21. МАЈА ГРАЂАНИ ЗОВУ НА БРОЈ 194 // НА КОЈИ БРОЈ „ХИТНА“ ДА ПОЗОВЕ У ПОМОЋ? //

Иако је протеклих година учињено много како од стране државе, локалних самоуправа, руководиоца служби и завода, тако и ангажовањем запослених у ургентној медицини, да се просторно, опремом, кадровски и бољом организацијом и едукацијом побољшају услови рада и унапреди ниво пружене помоћи угроженим пацијентима, остало је довољно простора да се на овом плану учини још више.

Лекарска комора Србије препознала је тај проблем и у оквиру Посебног одбора за примарну здравствену заштиту при ЛКС, 2010. године основана је Комисија за хитну помоћ која је од марта ове године обновила рад. На почетку смо утврдили приоритете, мада је у мноштву предлога било тешко дефинисати шта је „најургентније“ што би у овој години могло да се иницира и реализује. На предлог да би требало порадити на организацији службе хитне помоћи, прикупити информације са терена, са региона и на основу њих упутити преко органа Коморе иницијативу за измену подзаконских и законских аката, који би регулисали ситуације од организације, па све до пратећих проблема хитне помоћи, Комисија за хитну медицинску помоћ донела је одлуку да је приоритет у предстојећем раду Комисије – дефинисање нових законских и подзаконских аката, који се односе на организацију делатности хитне медицинске помоћи у систему здравствене заштите Републике Србије.

Закључци са свих конгреса и симпозијума Ургентне медицине садржавали су део који се односи на унапређивање специјалистичких студија Ургентне медицине, и довођење у положај који заслужују специјализација и специјалисти ургентне медицине. Чланови комисије за Хитну помоћ су планом рада предвидели и активности које се односе на ту проблематику. Оптимисти смо у смислу сарадње са катедрама Ургентне медицине, Министарством просвете и у погледу школовања



ПОЗОВИ БРОЈ 194

лекара, али и у погледу школовања средњег медицинског кадра, како би пружање хитне медицинске помоћи било што квалитетније и допринело већој успешности решавања ургентних стања.

Свесни смо да смо пред себе поставили тежак задатак и да је потребно и труда и времена да остваримо задате циљеве, али „и најдужи пут почиње првим кораком.“

Међутим, сигурни смо да део проблема које су лекари „излистали“ још 2010. године на иницијативу комисије из претходног сазива, имају лакши и краћи пут решавања, а

значајно би допринели побољшању квалитета услуга и услова рада у ургентној медицини. Тада је на састанцима које су реализовале РЛК за југоисточну и централну и западну Србију, констатовано да широка палета проблема проистиче из разлога што су службе у појединим општинама организоване на различите начине, као посебне службе, одсеци при општој пракси, али смо покушали да сумирамо заједничке проблеме и циљеве. Обзиром да и две године после, већина тада наведеног није решена, преносимо вам донесене закључке:

1. Поводом Уредбе о Плану мреже здравствених установа, предложено је да лекари запослени у службама хитне медицинске помоћи у Домовима здравља, буду одвојени од осталих лекара запослених у Примарној здравственој заштити, односно да се на лекаре ХМП не примењују прописи о предстојећој капитацији као новом начину плаћања здравствених услуга, (изабрани лекар обавља посао лекара ХМП, не плаћа се дежурство- ради се по сменама)
2. Предлаже се обавезно изједначавање лекара ХМП са осталим категоријама лекара у погледу права на бенефицирани радни стаж и припадајуће коефицијенте за утврђивање зарада запослених. Лекари опште праксе у појединим установама не остварују теренски додатак.

51 <

3. Устројити посебне Протоколе збрињавања хитних медицинских стања у Републици Србији, протоколе за пријем позива, ревидирати табеле позива по степенима хитности.
4. Ради разграничења надлежности лекара у ХМП од лекара мртвозорника, предлаже се да лекари из ХМП немају обавезу утврђивања смрти, с обзиром на то да је иста већ установљена постојећим актима као обавеза лекара мртвозорника.
5. Предлаже се да, ради оперативности и делотворности рада Служби за ХМП, најмањи број запослених лекара буде пет плус један лекар који ће бити неопходан у ситуација коришћења годишњих одмора, одсуства из других разлога итд.
6. Ради заштите запослених у ХМП, предлаже се обавезно увођење статуса службеног лица у важеће законске прописе, за лекаре у ХМП, као и установљивање кривичне одговорности, уместо досадашње прекршајне.
7. Предлаже се обавезно упознавање лекара из ХМП са Стратегијом развоја ХМП у РС и њено давање на јавну расправу, како би лекари могли давати своје предлоге, мишљења и сугестије.
8. Покретање иницијативе за измену прописа у деловима који регулишу горе наведене домене рада и нерешене проблеме ове категорије лекара (Закон о здравственој заштити; Правилник о ближним условима за обављање здравствене делатности; Правилник о условима и начину унутрашње организације у здравственим установама).
9. Увођење стандардизоване опреме у службама ХМП, просторних капацитета, техничких карактеристика санитетских возила, унифицирање униформи лекара и увођење логоа, установљивање обавезног садржаја лекарских торби, обавезно снимање позива упућеним хитној помоћи, као и санкционисање лажних позива.
10. Када се одређује број тимова у дежурству треба водити рачуна не само о броју становника, већ и о развојности терена, као и путној мрежи коју служба покрива.
12. Установити протоколе за масовне несреће на регионалном нивоу.
13. Отежана набавка таблетиране и ампулиране терапије на негативној листи, а која се користи у протоколима за збрињавање ургентних стања (андол, налоксон...)
14. Континуирана едукација - ко сноси трошкове? Лекари у мањим службама наводе да нису упознати са руковањем опремом у санитетским возилима.
15. Организовати службе у оквиру завода на регионалном нивоу.
16. Наплаћивање терена који не спадају у домен рада СХМП (неоправданих позива, који често блокирају екипу која због тога не може да се одазове позиву првог степена хитности).
17. Обавеза прегледа деце од рођења до 18 година

18. Висока просечна старост запослених и учестала појава обољевања које ће у догледно време представљати проблем у организацији службе.

Чланови Комисије за хитну медицинску помоћ су се на првом састанку сложили да је, у циљу решавања проблема везаних за организацију и функционисање Хитне помоћи, потребно успоставити комуникацију са свим релевантним институцијама које се баве том проблематиком. Са тог састанка упућена је иницијатива ПО за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси ЛКС, да се за следећи састанак Комисије, који је одржан у априлу 2012. године упути позив др Дубравки Шарановић, помоћници Министра здравља, која се позиву одазвала. Састанку су присуствовали и Марија Радивојевић виши саветник у Министарству здравља, и др Небојша Јокић, виши саветник за секундарну и терцијарну здравствену заштиту Министарства здравља.

Др Дубравка Шарановић предпочила је том приликом да је Министарство упознато са проблемима који су везани за организацију и функционисање Хитних служби, да је у фази израде Правилник о ближним условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе, који у себи садржи нормативе кадра и опреме, као и да очекују предлоге и сугестије Комисије надлежне за област хитне медицинске помоћи. Једна од важних области тог Правилника биће градски Заводи за хитну помоћ. Водиће се рачуна о удаљености Домова здравља од седишта градске хитне помоћи. Посебно ће се сагледати приградске хитне помоћи града Београда, које нису у саставном делу београдске хитне помоћи. Што се тиче опреме, др Шарановић навела је да се иде ка томе да заводи и службе хитне помоћи буду издвојене и да ту не постоји минимум и оптимум опреме, већ само обавезна опрема. Напоменула да је једна од идеја, да сви мали Домови здравља имају хитну помоћ, састављену од минималног броја екипа и да се тренутно на том нормативу ради.

У свом излагању др Шарановић је рекла и да би лекари хитне помоћи требало да имају бенефицирани радни стаж и првенство при добијању специјализације, да се мора одрадити национална листа есенцијалних лекова где би спадали и лекови који су потребни службама хитне помоћи, да за све службе хитне помоћи морају постојати униформни формулари и да ће Закон о евиденцијама тај проблем решити.

С друге стране, чланови Комисије упознали су представнике Министарства са циљевима и приоритетима у раду Комисије, затим са најактуелнијим проблемима у службама хитне медицинске помоћи и жељом да узму активно учешће у изналажењу најбољих решења, као и жељом за даљим унапређивањем сарадње.

И за крај....

На хитну помоћ се ретко мисли, али се очекује да када затреба истог тренутка буде ту, кадровски и опремом оспособљена да пружи најбржу и најадекватнију помоћ угроженом пацијенту. Надамо се да ће Лекарска комора својим ангажовањем, уз сарадњу са другим релевантним институцијама и институцијама, остварити овај циљ.

Иако су сви чланови комисије радно ангажовани у службама и заводима за хитну помоћ и свакодневно се срећу са овом проблематиком, свака сугестија и предлог за решавање набројаних проблема је добродошла. Позивамо вас да нас контактирате.

Др Гордана Ђокић

КОНФЕРЕНЦИЈА WONCA 2012. ОДРЖАНА У БЕЧУ ОД 4. ДО 7. ЈУЛА

УМЕТНОСТ И НАУКА У ОПШТОЈ МЕДИЦИНИ

// ШИРОК ИЗБОР ТЕМА ПРИВУКАО 2.783 УЧЕСНИКА ИЗ ЕВРОПЕ И СВЕТА // ЛЕКАРИ ИЗ СРБИЈЕ ПРЕДСТАВИЛИ 10 РАДОВА, А АУТОРИ ИЗ ДОМА ЗДРАВЉА ЗВЕЗДАРА ОСВОЈИЛИ ДРУГО МЕСТО У ПОСТЕР СЕСИЈИ //

Конференција под називом „Уметност и наука у општој медицини“ одржана у Бечу од 4. до 7. јула, у потпуности је била у складу тим називом. Окупивши 2.783 учесника из разних европских земаља, али и са дру-

гих континената, Аустријско друштво за општу и породичну медицину организовало је и осмислило 18. Европску конференцију по узору на познату воштану фигуру у Јозефинуму. Фокус уводних предавања био је како направити равнотежу

између „уметности“ холистичког приступа пацијенту (интуиције, саосећања, приступа пацијент у центру збивања, музикотерапија и сл.) и „науке“ (медицина заснована на доказима, клиничким водичима и „папирологији“).



ЛЕКАРИ У ОБИЛАСКУ ЗНАМЕНОСТИ БЕЧА

53 <



Учесници овогодишње WONCA конференције

Посебно место дато је преконференцији, Васко де Гама покрету младих доктора који имају до пет година рада у општој медицини. Из сваке земље послат је по један делегат овог „подмлатка“, са идејом да учествује у међународној и мултикултуралној размени искустава, како је би-

ти породични лекар у различитим оквирима у складу са девизом „мисли глобално, делуј локално“.

Наша земља је директни члан WONCA-е од 2007. преко секције опште медицине Српског лекарског друштва и активно учествује у њеном раду (готово 200 доктора из

Србије је присуствовало конференцији са десетак научних радова). На завршној свечаности рад **„Предиабетес и метаболички синдром“**, колегиница из Дома здравља Звездара, освојио је друго место у постер сесији. На таквим скуповима лекари имају прилику да истраже



Испред Конгресног центра у Бечу

природу рада у општој медицини, усвоје неке опште стандарде, чују разна искуства других земаља у организацији службе (и неевропских-Иран, Боливија, Кореја нпр.), сазнају о утицају комерцијализације у медицини, о менаџменту бола у ординацији опште медицине (првонагра-

ђени постер). С обзиром на то да је поље рада и интересовања у општој медицини веома широко, такав је и избор тема.

Преостало време боравка у Бечу учесници су обилато користили за обилазак историјских знаменитости, фантастичне архитектуре

из свих периода, доживљај градске уметничке и интелектуалне атмосфере, јединствених уличних концерата класичне музике по којима је Беч познат, тако да ће нам свима овај спој уметности и науке остати у прелепом сећању.

Др Бранка Лазић

ИСКОРИСТИМО ПРЕДНОСТИ КОЈЕ ДОНОСИ ХАРМОНИЗАЦИЈА СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈА СА ПРОПИСИМА ЕУ

УЈЕДНАЧЕНО И ФУНКЦИОНАЛНО ОБРАЗОВАЊЕ

// УСКЛАЂИВАЊЕ НАШИХ ПРОПИСА СА ЕВРОПСКИМ ДОНЕЛО БИ МОДЕРНИЗАЦИЈУ И УНАПРЕЂИВАЊЕ ПРОГРАМА СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈА, А ПАЦИЈЕНТИМА ВИШИ НИВО УСЛУГА //

Усклађивање наших прописа који регулишу специјалистичко образовање лекара са прописима Европске уније донело би лекарству Србије, уз трајање и садржај специјализација, прецизно дефинисање свих поступка и процедура које специјализант мора да обави, детаљно праћење његовог напретка, стицање одговорности и самосталности у раду, прелазак са класичног образовања на исходе учења и стицање компетенција, и унело одговорност ментора и специјализанта у усвајању компетенција.

Анализа директива и повеља које је донела ЕУ и новог правилника о специјализацијама који је донела Хрватска, управо говоре у прилог наведених констатација.

ЕВРОПСКИ ДОКУМЕНТИ И РАЗВОЈ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКОГ УСАВРШАВАЊА ЛЕКАРА

У протеклих двадесет година Европска унија се, између осталог, бавила уређеним професијама. То су делатности за чије је обављање неопходно поседовање стручних квалификација, постојање доказа о формалној оспособљености - диплома коју издаје надлежна власт државе. За те делатности постоји законом и прописима уређено образовање, односно изричито усмерење на обављање одређене професије кроз одговарајуће програме употпуњене стручним оспособљавањем, односно вежбањем или стручном праксом.

Здравље европске популације представља толику вредност да су занимања која се баве здрављем строго регулисана и припадају групи уређених професија.

Године 2005. ступила је на снагу Директива 2005/36/ЕС Европског парламента и Већа о признавању стручних квалификација. Директива прописује минимум образовања лекара, садржи критеријуме и доказе за признавање дипломе доктора медицине, уједначава и координише трајање специјализација и степене образовања.

Директива је признала постојање 54 главних специјализација, тачно одређује њихове називе и минимум трајања, прописује да се састоје од теоријског и практичног усавршавања које се обавља у овлашћеним болничким и универзитетским установама.

Све остало у вези са специјалистичким усавршавањем лекара дефинисала је Европска унија медицинских специјалиста (UEMS). UEMS је организација која представља национална удружења медицинских специјалиста и обједињује организације које представљају лекаре специјалисте у државама чланицама, савремено је тело Европске комисије, Већа и парламента за то подручје. Задатак UEMS је да на нивоу целе Европе унапређује рад лекара специјалиста и тиме осигурава висок ниво здравствене заштите. UEMS сачињавају специјалистичке секције. Чланове секције одређују одговарајуће стручне организације специјалиста у државама у складу са правилницима UEMS. Секције управљају и доносе предлоге о питањима који се тичу њихове специјалности и своја мишљења подносе UEMS како би се ускладила са интересима других специјалности и професије у целини.

Веће UEMS донело је Повељу о образовању лекара специјалиста у Европској заједници. Повеља дефинише:

1. државно тело које управља образовањем лекара специјалиста на нивоу државе;
2. опште аспекте образовања специјалиста;
3. услове које треба да испуњавају установе у којима се обавља образовање специјалиста;
4. услове које треба да испуњавају главни ментори;
5. услове које треба да испуњавају специјализанти;
6. услове специфичне за поједине специјалности.

1. ГЛАВНО ДРЖАВНО ТЕЛО ради у складу са националним правилима и законима ЕУ узимајући у обзир препоруке европског одбора UEMS, управља образовањем специјалиста, одговорно је за избор установе и ментора, одговорно је стварање програма којим се осигурава квалитет образовања, установа и ментора, у сарадњи са националним стручним и научним организацијама развија политику планирања кадрова, у сврху уједначавања потреба и образовања кадрова, води регистар специјалиста.

2. ОПШТИ АСПЕКТИ ОБРАЗОВАЊА ЛЕКАРА обучавају избор и именовање специјализаната од стра-

не ментора и установа у складу са транспарентно успостављеним поступком избора, трајање образовања које покрива сва подручја одређене специјалности и омогућава самостални рад након завршетка образовања, дефинише заједнички део специјализације за интерне и сродне гране, хируршке и сродне, педијатријске са општим знањима и вештинама, дефинише трајање образовања према успостављеном програму са специфичним садржајима стадијумима и активностима који се уписују у дневник образовања.

3. УСЛОВИ КОЈЕ ТРЕБА ДА ИСПУНЕ УСТАНОВЕ У КОЈИМА СЕ СПРОВОДИ ОБРАЗОВАЊЕ – Установа треба да буде призната од државног тела на основу дефинисаних критеријума. Величина установе треба да буде таква да специјализанту омогући праксу у пуном опсегу специјалности са консултацијама и практичним поступцима који довољно разнолики и у довољном броју, уз укључење сродних специјалности у довољном опсегу за развој вештина специјализанта у тимском приступу. Установа у којој се обавља образовање специјализанта мора имати унутрашњи медицински надзор и система квалитета, односно контроле квалитета. Установа мора да има довољан простор за практично и теоријско учење уз приступ домаћој и иностраној литератури.

4. УСЛОВИ ЗА ПОЛОЖАЈ МЕНТОРА – Најмање пет година специјалистичког стажа уз обављање специјалности у пуном опсегу, а однос броја ментора и специјализанта треба да омогући блиско лично праћење специјализанта уз адекватну доступност образовања специјализанту.

5. УСЛОВИ КОЈЕ МОРА ДА ИСПУНЕ СПЕЦИЈАЛИЗАТИ – Да би стекли искуство мора да буду укључени у лечење довољног броја болничких и амбулантних пацијената. Свакодневно би требало да воде дневник специјализације.

6. УСЛОВИ ЗА СПЕЦИФИЧНА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА ПОДРУЧЈА које дефинишу секције UEMS. Постојање главног надзорног тела за поједине специјализације на нивоу ЕУ – одређивање специфичних правила за адекватно трајање специјализације, селекција доктора за специјалност, за приступ специјалности, дефинисање заједничког дела образовања спровођење програма образовања са специфичним садржајима, спровођење система контроле квалитета и процене образовања појединих специјалности;

У складу са поменутом директивом и повељом у Хрватској је 2006. године потписан споразум о сарадњи између Деканске конференције медицинских факултета, Хрватске лекарске коморе и Хрватског лекарског збора, ради израде предлога усклађивања прописа из области здравства, као и предлога програма специјализација са европским стандардима.

Такође је формирано повереништво Министарства здравља за координацију израде предлога планова и програма лекарских специјализација састављено од представника медицинских факултета, Министарства здравља, председника Хрватске лекарске коморе, председника Хрватског лекарског збора и других.

Повереништво је донело одлуку о оснивању повереништава за израду с програма сваке специјализације у чији су састав поново ушли сви саставни делови лекарске професије и израдило методологију израде програма специјализација.

У изради сваког програма учествовали су (равноправно заступљени) представници одговарајућих катедри медицинских факултета, Хрватског лекарског збора и Хрватске лекарске коморе.

НОВИ ПРОГРАМИ СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈА У ХРВАТСКОЈ

Полазећи од тога да су исходи учења искази о томе шта специјализант треба да научи, разуме или да буде способан да учини након завршетка програма специјализације, да компетенције представљају скупове знања вештина и способности, да кроз програме специјализација компетенције дефинишу исходе специјализација, најважније у новим програмима управо је њихова усмереност према стицању компетенција (знања, вештина и ставова).

Зависно од степена напретка ниво- опис усвојене компетенције може бити 1. **основни** – специјализанту је потребна помоћ и стручни надзор у раду и решавању проблема из неког тематског подручја; 2. **делимични** – специјализант може радити и решавати проблеме уз делимичну помоћ и делимични надзор и 3. **потпуни** – где специјализант може самостално да ради и решава проблеме.

Новим програмима дефинисан је број захвата које специјализант мора да обави.

Садржај специјализација обухвата стицање знања вештина и ставова. Зависно од обављеног програма специјализације специјализант стиче ниво усвојене компетенције, а на основу ње самосталност и одговорност. За стицање компетенција одговорни су главни ментор, ментор и специјализант.

Постоји део специјализације који је заједнички за неколико специјализација (заједничко дебло у интернистичким или хируршким специјализацијама). Усавршавању у посебном делу је посвећено више од 50 одсто специјализације.

Предвиђени су услови које мора да испуњава установа у којој се обавља специјализација, што осигурава извођење програма специјализације и они су општи, а свака специјалност има и своје специфичне: карактеристичну структуру и организацију установе, опрему, потребан број болесника које ће специјализант обрадити односно довољан број захвата у којима ће учествовати.

Више од 50 одсто од укупног трајања специјализације обавља се у клиничким здравственим установама, а до 50 одсто се може обавити ван клиника, у здравственим установама у којима се обавља циљани део специјализације о чему се склапа споразум о спровођењу дела специјализације, а који гарантује извођење дела специјализације са дефинисаним садржајем и нивом компетенција који се у њима обавља.

Постоје нивои одговорности у надзору извођења специјализације. На челу сваког специјалистичког програма је водитељ програма на нивоу државе који координише извођење програма и надзире рад свих ментора те специјалности. Сваки специјализант има главног ментора који је одговоран за прописано спровођење целокупног програма, прати његово напредовање до постизања жељеног нивоа компетенција, одговоран је за тачност података у књижици специјалистичког усавршавања и дневнику рада специјализанта, редовно проверава стечена знања и вештине.

Теоријско специјалистичко знање стиче се последипломским студијама које за сваку специјализацију организује медицински факултет, као и организованим наставним радом у установи у којој се обавља специја-

57 <

листички стаж. Установа мора да омогући специјализанту учествовање на редовним стручним састанцима и да најмање два пута годишње прикажу случај болесника.

Праћење напредовања у стицању компетенција се бележи у књижици о специјалистичком усавршавању и дневнику рада. Књижица специјалистичког усавршавања, осим општих делова и распореда, као и већ познатих делова са мишљењем ментора садржи праћење напредовања у стицању компетенција и праћење обављених захвата. Постоји образац напредовања у стицању компетенција са свим темама. Евидентирају се и прате број обављених захвата и ниво компетенције, што све потписује ментор.

У дневнику рада евидентирају се све дневне активности специјализанта, провере усвојених знања и вештина, прикази случаја болесника.

УМЕСТО ЗАКЉУЧКА

Прописи ЕУ јасно дефинишу ко су учесници у специјалистичком образовању лекара, услове које морају испуњавати да би обављали прописима регулисане

задатке, прецизирају њихове послове међусобне односе и одговорности, прецизно дефинишу знања вештине и способности којима специјализант треба да овлада, број и структуру вештина којима треба овладати.

Усклађивање наших прописа који регулишу специјалистичко образовање лекара са прописима ЕУ донело би лекарству Србије побољшање, модернизацију, унапређивање програма специјализација, а пацијентима виши ниво здравствене заштите.

Лекарска комора свесна је велике одговорности за едукацију лекара који ће лечити, не само становништво наше земље, већ и становнике Европе у будућности, због аутоматског признавања специјализација стечених у земљи која је чланица ЕУ, а које су усклађене са прописима ЕУ.

Зато предлагемо уједињавање стручне, струковне и академске заједнице, као саставних делова професије лекара без чијег учествовања се не може остварити квалитативни помак, на усклађивању програма специјализација са ЕУ које треба започети што пре.

Др Милан Симић,

члан УО ЛКС и
члан редакције Гласника

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО УСАВРШАВАЊЕ ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ: ЕВРОПСКА УНИЈА, ЗЕМЉЕ У ОКРУЖЕЊУ И СРБИЈА

НЕДОСТАТАК СПЕЦИЈАЛИСТА – ПРОБЛЕМ У РЕГИОНУ

// ДА БИ ДОБИО СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈУ ЛЕКАР У СРБИЈИ МОРА ДА ИМА ДВЕ ГОДИНЕ РАДНОГ ИСКУСТВА ПОСЛЕ ПОЛОЖЕНОГ СТРУЧНОГ ИСПИТА // У ДЕФИЦИТАРНИМ ГРАНАМА МЕДИЦИНЕ СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈА ПОСЛЕ ПРИПРАВНИЧКОГ СТАЖА И ПОЛОЖЕНОГ СТРУЧНОГ ИСПИТА //

Пише: др Јасмина
КНЕЖЕВИЋ, редовни
професор Медицинског
фекултета у Крагујевцу

Директива Европског парламента о признавању стручних квалификација која се односи на регулисање професија међу којима је и лекарска, ступила је на снагу 2005. године са циљем да поједностави узајамно признавање квалификација међу државама чланицама Европске



специјалистичког усавршавања, а доста тога се препушта земљама чланицама.

уније. Признавањем специјализација омогућава се миграција лекара и либерализација кретања радне снаге унутар Европске уније. Директива познаје 54 главне специјализације и између осталог одређује минимум трајања

Програме специјалистичког усавршавања и стандарде дефинисало је Европско удружење лекара специјалиста (UEMS). Веће UEMS је још 1993. године прихватило Повељу о образовању лекара специјалиста у Европи којом се осигуравају стандарди специјализације лекара, критеријуми за институције у којима се усавршавање спроводи, захтеви за менторе и специјализанте. Усавршавање у оквиру појединих специјалности је посао који су обавиле специјалистичке секције у оквиру UEMS-а. Рад на програмима специјалистичког



ХИРУРГИ И АНЕСТЕЗИОЛОЗИ МЕЂУ НАЈДЕФИЦИТАРНИЈИМ

усавршавања трајао је петнаестак година.

Због потребе да се направи нови правилник о специјалистичком усавршавању доктора медицине који је требало ускладити са Директивама 2005/36ЕС Европског парламента, у Хрватској је 2006. године формирано тело при Министарству здравља. Ово тело су чинили: представници Деканске конференције медицинских факултета, представници Министарства здравља, Хрватске лекарске коморе, Хрватског лекарског друштва, Академије медицинских наука. Правилник је завршен 2011. године, предвиђа 45 специјализација и у његовој изради је учествовало више од 600 доктора медицине, а са успехом је приказан на међународним конференцијама о образовању лекара у телима UEMS-а.

Радне групе за сваку специјализацију чинила су по четири представника медицинских факултета, лекарске коморе, лекарског друштва. У том правилнику нагласак је стављен на исходе учења, стицања компетенција (скуп знања, вештина и ставова) уз истицање одговорности главног ментора, ментора

>>> Одбор за образовање Лекарске коморе Србије започео је активности у вези са предлогом измена Правилника о специјализацијама и предложио Министарству здравља да се формира радна група која ће радити на усклађивању правилника са Европским смерницама. Модел Хрватске показао се као добар и радну групу треба да чине представници Медицинских факултета, Лекарске коморе Србије, Српског лекарског друштва и Академије медицинских наука? <<<

и специјализанта. Специјализант је доктор медицине који је засновао радни однос на неодређено време у здравственој установи чији је оснивач Република или у приватној пракси уз уговорени пробни рад у трајању од шест месеци. Правилником су предвиђени услови које мора да испуњава установа у којој се обавља специјалистичко усавршавање. Предвиђена је и годишња накнада за рад ментора.

Словенија је ускладила специјализације и пре уласка у ЕУ, која је захтевала да оне трају између три и пет година. У Словенији специја-

лизације трају шест година и због дугог трајања Словенији недостају специјалисти. Словеначка лекарска комора је задужена за менаџмент специјализација, број специјализација, одобравање специјализација и расписивање конкурса по регионима.

Опшће и посебне специјализације

У Србији је крајем 2010. године донет нови Правилник о специјализацијама и ужим специјализацијама здравствених радника.

59 <

Почетком 2011. године Заједница медицинских факултета је тражила да се одложи примена истог правилника, што наводи на закључак да са факултетима није постигнут договор.

Одлуком Министарства здравља Републике Србије од 29. септембра 2011. одређене су области дефицитарних грана медицине у којима здравствени радник може да се упуту на специјализацију после завршеног приправничког стажа и положеног стручног испита и то за следеће области: кардиохирургија, анестезиологија, реаниматологија и интензивна терапија, радијациона онкологија, радиологија, патологија. Такође је истакнуто да, уколико је у здравственој установи старосна структура запослених специјалиста неке области медицине таква да после одласка у пензију једног или више специјалиста те области здравствена установа неће бити у могућности да обезбеди пружање здравствене заштите из те области, у том случају та област медицине може бити дефицитарна за ту здравствену установу. Да би му била одобрена специјализација, у

процедуре. Правилник о специјализацијама у Србији не садржи детаље око услова за главног ментора и остале менторе, услова које треба да испуни установа у којој се специјализација обавља и многе друге детаље.

Лоша старосна структура специјалиста

Одбор за образовање Лекарске коморе Србије започео је активности у вези са предлогом измена Правилника о специјализацијама и предложио Министарству здравља да се формира радна група која ће радити на усклађивању правилника са Европским смерницама. Модел Хрватске показао се као добар и радну групу треба да чине представници Медицинских факултета, Лекарске коморе Србије, Српског лекарског друштва и Академије медицинских наука. Свака специјализација требало би да буде разматрана у оквиру радних група по специјалностима.

Лекарска комора Србије предлаже укидање услова за добијање специјализације који се односи на две

>>> Лекарска комора Србије предлаже укидање услова за добијање специјализације који се односи на две године радног искуства, већ да услов буде положен стручни испит и стални радни однос у државној или приватној установи, уз пробни рад у трајању од шест месеци <<<

Србији је потребно да лекар има две године радног искуства после положеног стручног испита.

Нови правилници усклађени са препорукама Европске уније довели су до промена броја и врсте специјализације. Специјализација интерне медицине је остала као општа интерна медицина, али су кардиологија, пулмологија, хематологија, нефрологија, реуматологија - посебне специјализације. Све интернистичке специјализације имају заједничке две или три године, а затим следи уско усмеравање. Исто се догодило са хирургијом која, осим опште хирургије, има и остале хируршке дисциплине које су сада посебне специјализације. Број специјализација се разликује од земље до земље, тако да Хрватска има 45, Словенија 43, а Србија 52. Трајање специјализација се такође разликује. У Словенији нема субспецијализација, јер специјализације трају шест година, али настоје да уведу лиценце за лечење одређених болести или дијагностичке

године радног искуства, већ да услов буде положен стручни испит и стални радни однос у државној или приватној установи (уз пробни рад у трајању од шест месеци). Недостатак специјалиста је проблем у региону са којим ће се убрзо суочити и Србија. Старосна структура специјалиста је скоро у свим гранама неповољна, јер су у свим установама у великом проценту специјалисти старији од 55 година. Да би на место специјалисте који одлази у пензију дошао компетентан специјалиста потребно је да прође 10 година. Специјализације трају пет-шест година и потребно је и одређено специјалистичко искуство.

Треба размотрити и могућност увођења волонтерских специјализација, што би омогућило младим лекарима који немају посла да наставе усавршавање у струци. Када се укаже потреба за пријемом новог специјалисте, у обостраном интересу је да буде примљен лекар који је на другој или трећој години специјализације. //

Пре око годину дана Републички фонд за здравствено осигурање донео је одлуку да накнаду за рад лекара на специјализацији и све остале трошкове у вези са специјализацијом (школарина, семестрална настава, специјалистички испит, путни трошкови, одвојени живот, и др.) здравствена установа обезбеђује на терет сопствених средстава. Том одлуком већина здравствених установа суочила се са великим проблемом финансирања лекара на специјализацији, с обзиром на то да су властита средства, на које се позива РФЗО, недовољна за поменути финансирање.

У пракси се дешава да лекари не могу да изађу по неколико месеци на полагање специјалистичког испита, јер установа нема реалних средстава одакле би уплатила за полагање истог. Поједини специјализанти не могу добити упут за обављање специјалистичког стажа за одређену клинику, а према плану специјализације од стране стручних служби медицинског факултета, све док не донесу доказ о уплати школарине из своје здравствене установе, тако да им се јавља прекид у стажу.

На питање Фонду здравственог осигурања да ли се сматра ненаменским трошење средстава када се трошкови у вези са специјализацијом радника исплаћују из намене - остали трошкови. Одговор РФЗО је: У суштини коришћење средстава добијених као накнада за остале трошкове није дефинисана. Може се рећи да се ради о услугама које здравствена установа користи да би извршила уговор са Републичким фондом, односно да би пружила услуге осигураним лицима. Средства за остале трошкове здравствене установе нису предвиђена за трошкове финансирања специјализација.

У неку руку можда се став РФЗО може и оправдати, јер је у основи Фонда брига за осигураног пацијента, трошкове његовог лечења и квалитет пружених здравствених услуга. Али би онда бригу о школовању тј. специјализацији нових кадрова морала да преузме држава преко Министарства здравља које би требало да изнађе друге могућности финансирања, јер се ради о ширем националном интересу и стратешком питању везаном за здравље нације.

Последњих деценија сведоци смо непланског школовања кадрова у нашој земљи и озбиљног недостатка појединих кадрова као, на пример, анестезиолога, радиолога, ва-

НЕБРИГА РФЗО ЗА ЛЕКАРЕ НА СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈИ

ДНАС УШТЕДА – СУТРА ПОСЛЕДИЦЕ

// ПРЕБАЦИВАЊЕ ФИНАНСИРАЊА ЛЕКАРА НА СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈИ НА ТЕРЕТ СРЕДСТАВА УСТАНОВА, МОЖЕ ЗА ПОСЛЕДИЦУ ИМАТИ ПАД КВАЛИТЕТА И ОБИМА ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА //



САВРЕМЕНА УНИВЕРЗИТЕТСКА ЧИТАОНИЦА У БЕРЛИНУ

скуларних хирурга итд. Тај проблем евидентан је чак и у клиничким центрима.

Одлуком РФЗО да финансирање специјализација падне на терет здравствених установа, а сведоци смо изузетно тешког материјалног стања у којима се те установе налазе, постоји реална могућност да ће временом доћи до недостатка ле-

кара специјалиста, упркос великом броју незапослених лекара у Србији. Здравствене установе немају реалне могућности слања и финансирања лекара на специјализацији које РФЗО у овом тренутку ни на који начин не препознаје у систему здравствене заштите.

Све то може се одразити у будућности и на квалитет и обим пружања здравствених услуга станов-

ништву. Како до свега овог не би дошло, потребно је да Министарство здравља у договору са РФЗО изнађе могућности за финансирање лекара на специјализацији, што и јесте од ширег друштвеног интереса.

Др М. Миљковић,
хирург

СТУДИЈСКИ БОРАВАК КАО ВИД КОНТИНУИРАНЕ ЕДУКАЦИЈЕ

Тамо виђено и научено, овде примењено

Студијски боравак, било у земљи или иностранству, представља одлазак на краће или дуже време у референтну установу. То је посебан вид континуиране медицинске едукације (КМЕ) где је лекар у прилици да се упозна са новинама у медицини које су постале део стандарних протокола референтне установе.

Још на почетку свог рада сусрео сам се са два посве опречна мишљења о студијским боравцима, превасходно у иностранству. Већи део колега поздрављао је сваку иницијативу да се оде и види како се нешто ради у светским центрима. Један мањи број колега оспоравао је значај одлазака и сматрао да се ради о губљењу времена. Према њиховом мишљењу, све што нам је потребно може се научити из литературе и видети код нас.

Приклонивши се првој групи, искористио сам пар прилика које су ми се пружиле. Боравећи у неколико наврата у неурохируршким клиникама Клиничких центара у Ерлангену (СР Немачка) и Љубљани (Словенија), пружила ми се могућност, не само да знам како се негде ради нешто ново и како се примењују нови протоколи, већ и да непосредно видим и продискутујем са колегама о решавању одређених компликација, што је од великог значаја у раду. Од великог значаја била је могућност коришћења одлично опремљених како клиничких, тако и универзитетских библиотека, где сам бесплатно копирао чланке из часописа који су нама у Србији тешко доступни.

Са моје тачке гледишта, студијски боравак, ако је адекватно испланиран, даје велике могућности лекару у његовом личном усавршавању. Оно што је прочитано у литератури, а нама практично недоступно, на овај начин се приближава. Даје нам се могућност да барем нешто од виђеног и практично научног применимо по повратку у нашој средини. Дискусије „како и

зашто“ о дијагностичким и терапијским протоколима, као и компликацијама од непроцењивог су значаја, јер на лицу места можете да разјасните многе недоумице.

Једини проблем овог вида КМЕ је његов финансијски аспект. Било да идете у референтну кућу у земљи или у иностранство неопходно је покрити трошкове путовања, боравка, исхране, а неретко визе и допунског осигурања. Ови немали финансијски издаци могу бити велика препрека у остваривању планираног студијског боравка. У случају да лекар и установа у којој ради нису у могућности да исфинансирају путовање, остаје једина могућност да се конкурише за неку од стипендија. Тренутно, нама у Србији доступне су стипендије неколико фондација попут DAAD, Huboldt, AAF, ИТО...

Уколико успете да решите проблем финансирања и обавите планирану КМЕ јавља се још један, немали проблем, а то је валоризација овог типа КМЕ. Законодавац је предвидео студијски боравак у референтној установи као вид КМЕ, али ако се одвија у земљи он се бодује са три поена недељно, а ако одете у иностранство са пет поена недељно. Овим је, ако гледамо кроз квантификацију и потребан број поена који се скупља на годишњем нивоу (24 поена), овај вид КМЕ потпуно обезвређен, јер као пасиван слушац на домаћем једнодневном крусу прве категорије можете добити пет-шест поена. У СР Немачкој за недељу дана проведених у референтној установи добијете 40 поена, а на годишњем нивоу потребно је скупити 50 (250 бодова за петогодишњи период), што је, сложимо се, много поштеније.

Но, и поред тога мислим да је студијски боравак сјајан вид КМЕ на коме се, и поред све муке око планирања и изналажења финансијских средстава, много добија. Не будите лењи, потражите адекватну установу и стипендију.

Др Игор Николић

Као што очима видимо и слухом чујемо, тако и мислима схватамо себе и свет око себе, али по нашем телесном мудровању. Кроз Писмо сазнајемо Божанску истину, али и за то користимо мозак и чула. Видом читамо, гледамо и сазнајемо свет око себе. Исто тако доживљавамо свет око себе и другим чулима. Питање које остаје неразјашњено је: да ли постоје и „чула“ којима сазнајемо „онострани свет“?

Неуропсихологија је наука која се бави динамичком локализацијом виших можданих функција (Павловић, 2011). То значи да сваки део мозга учествује у бар једној специфичној функцији или неколико њих заједно. Свака функција је организована као систем неуронских мрежа. Неуронске мреже су међусобно повезане нервне ћелије у мозгу и оне су носиоци неке функције: пажње, говора, памћења, опажања, мишљења, надзора, деловања окренутог ка одређеном циљу итд.

У стручној литератури срећу се критике религије засноване на организацији можданих функција. Честе су тежње да се, натприродне, божанске појаве сведу на материјална тумачења. На пример, ако неко има визију то се објашњава видном халуцинацијом која настаје надражајем одговарајућих делова мозга и тумачећи се као дешавање током епилептичког напада. Основа таквих тумачења јесу систематска дражења мождане коре током неурохируршких операција. На тај начин канадски неурохирург Пенфилд, тридесетих година 20. века, „мапирао“ је мозак, бележећи реакције које су при томе настајале (Павловић, 2011). Реакције дражења појединих делова мозга биле су моторне, сензорне, емоционалне итд.

Чињеница да дражење мозга електрично у току операције или спонтано електрично пражњење у току епилептичког напада могу да изазову покрете или чулне утиске, па чак и визије, не може се употребити као доказ да покрет, чулни утисци или визије не постоје ван болести или експеримента. Исто тако, када дражење неких области мозга доводи до искустава која се могу класификовати као религијска, ово се не може употребити као аргумент да аутентична религијска искуства не постоје ван болести или експеримента.

Религиозна осећања вере у Бога представљају животни смисао за многе људе и ослобађају их анксиозности, док други у религији не налазе свој мир. Те чињенице имају и неуропсихолошке корелате и одnose се на рад критичних можда-

ПРЕДАВАЊЕ ОДРЖАНО У ВРШЦУ, 25. МАЈА, У ОКВИРУ САСТАНКА ПСИХИЈАТРИЈСКЕ СЕКЦИЈЕ НА ТЕМУ РЕЛИГИЈА И ПСИХИЈАТРИЈА

ВЕРА У БОГА СМАЊУЈЕ АНКСИОЗНОСТ

// РЕЛИГИОЗНА ОСЕЋАЊА ПРЕДСТАВЉАЈУ ЗА МНОГЕ ЉУДЕ ЖИВОТНИ СМИСАО И ОСЛОБАЂАЈУ ИХ АНКСИОЗНОСТИ, ДОК ДРУГИ, КОЈИ ТА ОСЕЋАЊА НЕМАЈУ, У РЕЛИГИЈИ НЕ НАЛАЗЕ СВОЈ МИР //

Пише:
ПРОФ. ДР ДРАГАН М.
ПАВЛОВИЋ

Прва посланица
Коринћанима, 8–2 гласи:

*„Ако ли неко мисли
да нешто зна, још ништа
није сазнао као што
треба знаћи“*



них структура (Inzlicht et al, 2009). Кључна мождана ареа у оба, религиозна или нерелигиозна осећања, јесте предња цингуларна кора (ПЦК). Према неким проценама, око 85 одсто особа у свету су религиозне (Zuckerman, 2005). У Сједињеним америчким државама проценат религиозних је око 94 (Gallup Poll, 2008). Истраживања показују да је јаче веровање у Бога праћено мањом активацијом ПЦК-а и да је број прављења грешака мањи.

Утврђено је да је ПЦК кортикални систем који посредује у регулацији когнитивних и емоционалних процеса. То указује на посебан систем разумевања околине и спровођења акције у њој који човеку омогућава смањење анксиозности и прављења грешака.

Саморегулација која се одвија у ПЦК-у подразумева методе повратне спреге које имају за циљ да смање могућност грешке. Основне компоненте таквог система су:

1. стандарди (идеали) односно когнитивне мапе које дају предвиђања;
2. компаратори који претражују актуелна стања како би уочили одступања од стандарда (предвиђање грешке);

3. извршиоци, који се активирају како би минимизовали грешке у предвиђању (Inzlicht et al, 2009).

Анксиозност се јавља када се уочавају дискрепанце између очекиваног стандарда и актуелне ситуације, а то је праћено доживљајем несигурности, истовременом активацијом конфликтних

циљева и погрешним реакцијама. Код људи је у мозгу, за сва дешавања у том систему, „алармно звоно“ је ПЦК. Она је надређена септо-хипокампаалном систему и регулише како апстрактне, тако и конкретне циљеве. Чињење грешке, уочавање конфликта, доживљај неизвесности и други догађаји који изазивају анксиозност активирају ПЦК. Вера у Бога смањује анксиозност и сузбија афективне одговоре на грешке и неизвесност који су, нажалост, толико присутни у нашем животу. Ово је, вероватно, последица постојања система вредности који дају правце акцији и преусмеравају мишљење од погрешних предвиђања.

Црква је током читавог свог постојања пружала мирно уточиште, што се нарочито види у смутним временима која никако не престају. Религија пружа смисао живота, мотивацију и схеме за акцију (Heine, Proulx, Vohs, 2006). Вера у основне постулате религијског система омогућава разликовање који су поступци исправни, а који нису, што смањује доживљај неизвесности и могућност прављења грешке, пружајући истовремено задовољавајућа објашњења за дешавања око нас и у нама. Преведено на језик повратне спре-

ге, верска убеђења дају предикције које су довољно јаке да издрже било коју дискрепанцу која би нарушила компараторски систем.

Одсуство когнитивних мапа, које би дале јасне стандарде понашања и остваривања циљева, изазива код људи осећај непријатности. Они то покушавају да реше тражењем система веровања (Inzlicht et al, 2009). Постојање система веровања усмерава пажњу на мисли конзистентне са датим системом. Тиме се сузбијају дискрепантне мисли. Системи (религија, политичка убеђења, лични ставови) који не решавају успешно неизвесност, могу да доведу до екстремних убеђења са потенцијалним избијањем конфликта.

Успешан религијски систем и вера у Бога супримишу реакцију на несигурност и смањују дистрес дајући стандарде когниције и понашања. На крају, опет, треба нагласити значај ПЦК преко које се та активност одвија.

Gallup Poll. Religion. Retrieved June 20, 2008, from <http://www.gallup.com/poll/1690/Religion.aspx>

Heine SJ, Proulx T, Vohs KD. The meaning maintenance model: On the coherence of social motivations. *Personality and Social Psychology Review* 2006;10:88–110.

Inzlicht M, McGregor I, Hirsh JB, Nash K. Neural markers of religious conviction. *Psychol Sci.* 2009;20(3):385–92.

Павловић ДМ. Неуропсихологија са основама бихевиоралне неурологије. Београд: Kaligraf, 2011.

Zuckerman P. Atheism: Contemporary rates and patterns. In M. Martin (Ed.), *The Cambridge companion to atheism* Cambridge, England: Cambridge University Press, 2005:pp. 47–67. //



ОПШТА БОЛНИЦА СВЕТИ ЈОВАН У ЗРЕЊАНИНУ

КВАЛИТЕТ УСЛУГА У СКЛАДУ СА СВЕТСКИМ СТАНДАРДИМА

// КАПАЦИТЕТИ ЈЕДИНЕ ПРИВАТНЕ ОПШТЕ БОЛНИЦЕ У РЕГИОНУ
ОМОГУЋАВАЈУ ПАЦИЈЕНТУ ДА НА ЈЕДНОМ МЕСТУ ОБАВИ СВЕ ПОТРЕБНЕ
ПРЕГЛЕДЕ И ЛАБОРАТОРИЈСКЕ АНАЛИЗЕ //

Специјална хируршка болница Свети Јован у Зрењанину основана је 2001. године као једна од првих хируршких болница у региону. У време када је приватно здравство било релативна новина на нашем тржишту, болница Свети Јован успела је да се позиционира као лидер у приватном здравству у региону. Након неколико година успешног пословања, веће потражње пацијената и повећаног обима посла, болница прераста у здравствену установу, тј. општу болницу.

Од момента изградње опште болнице Свети Јован у 2009. години и комплетног пресељења у нову зграду, број прегледа, интервенција и операција је порастао за готово 100 одсто. Те бројке свакодневно расту како се болница развија и проширује своје делатности. Нова болница простире се на 1.300 квадратних метара са три комплетно опремљене операционе сале, 10 амбуланти и радиолошком дијагностиком. Болница има капацитет од 20 кревета у осам соба. У оквиру болнице налази се и биохемијска лабораторија. Зграда болнице

це изграђена је према свим светским стандардима, са локацијом у центру Зрењанина и једина је приватна општа болница у целом региону.

Болница је основана на темељима вишедеценијског лекарског искуства оснивача с циљем пружања медицинске неге светског стандарда. Оснивачи болнице Св. Јован су улагањем сопственог капитала, знања и труда достигли квалитет здравствених услуга који омогућује превенцију и лечење болести у складу са највишим светским стандардима.

У богата искуства и бројна признања улазе и ускоспецијализоване услуге из опште хирургије у чему велике заслуге има мр сци. мед. др Мирослав Давидов, лекар специјалиста опште хирургије који је један од неколико хирурга у земљи који обављају операције ресекције јетре, желуца, и дебелог црева. Како је Свети Јован почео као хирурска болница, све врсте класичне и лапароскопске хирургије су заступљене и редовно се изводе.

Из области естетске и реконструктивне хирургије, мр сци мед др. Предраг Матејин, лекар специјалиста пластичне, естетске и реконструктивне хирургије, улази у ред неколико најбољих стручњака за те области.

Из области интерне медицине, гастроентерологије, у општој болници Свети Јован прегледе и интервенције обавља екипа гастроентеролога. Они обављају све ендоскопске прегледе, укључујући и ERCP.

Једна од развијенијих служби у општој болници Св. Јован, јесте и гинекологија. Уз наше стално запослене лекаре, и велики број редовних консултаната, обављају се сви гинеколошки прегледи, укључујући и експертски ултразвук, као и операције класичном и лапароскопском методом.



Општа болница Свети Јован такође се може похвалити и новијим методама које се обављају на само неколико места у Србији. Једна од ових метода је ендоскопска хирургија синуса ((FESS – Functional Endoscopic Sinus Surgery), где лидери у ОРЛ оперативи, на брз и безболан начин обављају ендоскопске операције.

Такође, из области неурологије, наши лекари-консултанти пружају све врсте прегледа укључујући ЕЕГ и ЕМГ дијагностику.

Општа болница Свети Јован планира да у наредних неколико месеци пусти у рад магнетну резонанцу. Магнет марке Сименс од 1.5 Т комплетираће дијагностичку службу, а уједно ће представљати велико олакшање свим лекарима и пацијентима у целом Средњебанатском региону.

Уз високостручне лекаре, општа болница Свети Јован, одржава успешну сарадњу са многобројним здравственим центрима у Србији, као и директну сарадњу са великим бројем лекара из тих установа. Општа болница Свети Јован од самог почетка тежи ка усавршавању у пружању медицинских услуга. У многобројне пројекте који су успешно реализовани током протеклих година улазе и:

- Сарадња са америчким универзитетом и клиничким центром Dartmouth Hitchcock Medical Center (DHMC) у којој је по први пут у Србији реализована телерадиологија, тј. директан real-time пренос прегледа пацијената из болнице Св. Јован на ДХМЦ медицински центар.

- Хуманитарни рад ОБ Свети Јован кроз који је болница обезбедила бесплатне прегледе за сву децу предшколског узраста у граду Зрењанину. У оквиру тог пројекта, бесплатно је прегледано готово 750 деце, пројекат је вредан више од милион и по динара.

- Оснивање Амбулантае за дијабет, прве амбулантае за пацијенте оболеле од дијабета заснована на светским стандардима и најновијим принципима које налаже Светска здравствена организација.

- Активно учествовање у медицинском туризму у виду пружања медицинских услуга страним држављанима.

- Увођење ISO 9001:2008 i MEES стандарда за унапређење општег стручног пословања болнице.

У болници Св. Јован укупно ради 42 стално запослених и више од 80 консултаната и спољних сарадника. Пацијенту је на располагању средње медицинско особље, техничари, као и лекари специјалисти из области хирургије, пластичне хирургије, гинекологије, радиоло-



гије, офталмологије, анестезије, ОРЛ, неурологије, психијатрије, педијатрије, ортопедије, кардиологије, интерне медицине, урологије, реуматологије, онкологије, пулмологије, и осталих медицинских грана. На захтев пацијента болница обезбеђује присуство и осталих лекара специјалиста и консултаната.

Капацитети болнице нуде пацијенту да на једном месту изврши све потребне прегледе и лабораторијске анализе. Период заказивања прегледа, а и операције је, у већини случајева, око 24 часа.

Др сци. Владимир Попов,
директор болнице,
Општа болнице Свети Јован
Зрењанин



НОВА СТАЛНА МУЗЕЈСКА ПОСТАВКА
У ЗГРАДИ СРПСКОГ ЛЕКАРСКОГ ДРУШТВА

МЕДИЦИНА У СРБИЈИ КРОЗ ВЕКОВЕ

// ИЗЛОЖБА ОБУХВАТА ПЕРИОД ОД КАСНОГ ПАЛЕОЛИТА ДО ДАНАШЊИХ ДАНА
// НАЈСТАРИЈИ ЕКСПОНАТ ЈЕ ЛАКАТНА КОСТ КРОМАЊОНЦА СА САНИРАНИМ
ПРЕЛОМОМ, СТАР ВИШЕ ОД 7.000 ГОДИНА //

У згради Српског лекарског друштва, у Улици Џорџа Вашингтона 19, отворена је 27. марта нова стална поставка Музеја науке и технике – Одељења Музеј Српског лекарског друштва. Аутор изложбе под називом

Медицина у Србији кроз векове је др Јелена Јовановић Симић, а аутор поставке Зоран Ђорђевић, академски сликар.

Музеј Српског лекарског друштва основан је 1955. године на иницијативу проф. др Владимира Ста-

нојевића, нашег познатог лекара и историчара медицине. Оснивањем Музеја настављена је традиција прикупљања и чувања медицинских предмета у Српском лекарском друштву, која датира од 1872. године. Од 2007. Музеј Српског



лекарског друштва налази се у саставу Музеја науке и технике.

Изложба *Медицина у Србији кроз векове* обухвата период од касног палеолита до данашњих дана. Предметима из збирки Палеопатологија и Римски медицински инструменти, који сведоче о постојању болести и начинима лечења људи, представљени су периоди на овом простору пре насељавања Срба. Најстарији експонат на изложби је лакатна кост Кромањонца са санираним преломом, чију је старост одредио проф. др Србољуб Живановић радиокарбонском методом датирања (више од 7.000 година).

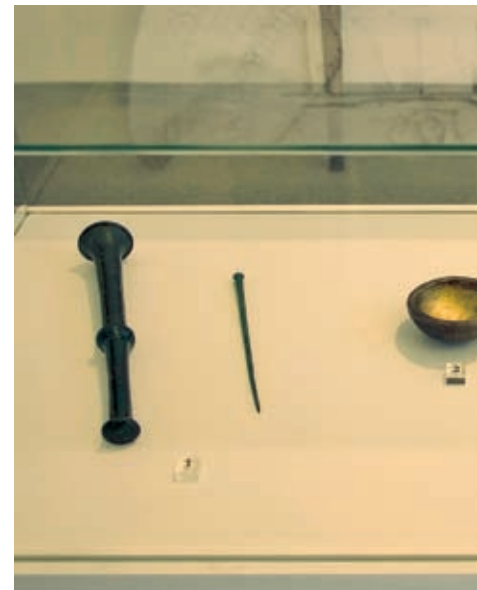
Представљени су високи домети средњовековне српске медицине, чији је зачетник Свети Сава, али и традиционални начини лечења.

Документима, фотографијама, медицинским инструментима, апаратима и прибором приказан је развојни пут здравства и медицине у обновљеној Србији, који обухвата формирање лекарског кадра и долазак у Србију првих наших доктора медицине, као и оснивање првих здравствених установа – болница, карантина, апотека...

Истакнут је значај Српског лекарског друштва, које је основано 1872. године иницијативом др Владана Ђорђевића. Друштво је до оснивања првог медицинског факултета било једино место стручног усавршавања лекара у Србији, а његов рад је



67 <



представљен првим медицинским публикацијама, фотографијама, докторским дипломама и личним предметима чланова.

Изложбом су обухваћена велика медицинска открића 19. века – ане-

стезија, антисепса и асепса, рендгенски зраци и њихово увођење у медицинску праксу код нас.

О здравственом просвећивању и развоју установа превентивне медицине, оснивању београдског Ме-

дицинског факултета и Министарства здравља, који су обележили прве деценије 20. века, сведоче публикации, документа, скрипта с предавањима, медицински уређаји и апарати лекара и првих про-



фесора овог факултета – Милана Јовановића Батуа, Ника Миљанића, Александра Костића, Ђорђа Нешића...

Своје место на изложби нашли су инструменти и апарати који се да-

нас не користе, као што су бризгалица за директну трансфузију крви, апарат за вештачки пнеумоторакс, инструменти за ембриотомију, али и оригинални инструменти израђени по идејама наших лекара. Посеб-

но је важан инструмент за ембриотрансфер – аспиратор бластоцисте, патент др Петра Радовића, који је први у свету дошао на идеју трансплантације људског ембриона. У поставци су и патенти проф. Мит-

69 <



ковића и проф. Башчаревића (фиксатори за лечење повреда дугих костију), као и предмети које је користио у свом раду академик Сава Перовић.

У оквиру посебне целине приказани су развој војносанитетске службе и њен рад током ратова у 19. и 20. веку.

Српско лекарско друштво изражава велику захвалност многобројним лекарима, својим члановима, као и њиховим породицама, затим медицинским факултетима, Клиничком центру Србије и свим здравственим установама, чијим је поклонима током деценија формиран музејски фонд, што је омогућило да данас имамо богат и леп музеј.

Др Јелена Јовановић Симић
Фотографије: **Зоран Ђорђевић**



IN MEMORIAM

ПРОФ. ДР МИЛОШ ЈАНИЋИЈЕВИЋ (1947–2007.)

Горостас српске хирургије

Навршило се пет година од када нас је напустио један од горостаса српске хирургије, наш драги учитељ, проф. др Милош Јанићијевић.

Рођен је 1947. године у Врби (општина Краљево), где је похађао основну школу. Завршио је гимназију у Краљеву 1966. године, и потом уписао Медицински факултет Универзитета у Београду школске 1966/67. године. Током студија радио је четири године као демонстратор на предмету Хистологија са ембриологијом. Учествовао је са стручним радовима на XII, XIII и XIV конгресу студената медицине и стоматологије Југославије и награђиван Наградом Медицинског подмлатка. Дипломирао је 1973. године.

Након одслуженог војног рока запослио се у Клиници за неурохирургију у Београду (данас у саставу Клиничког центра Србије) 6. јануара 1975. године. Специјалистички испит из неурохирургије положио је 17. септембра 1980. године са одличним успехом. Магистрирао је јуна 1979. на тему „Касни резултати оперативног лечења хидроцефалуса у деце методом вентрикуостомије“, а јула 1986. године одбранио докторску дисертацију на тему „Глиоми хемисфере великог мозга“.

Боравио је на стручном усавршавању у: National Hospital у Лондону (код проф. L. Sumon-a), Univeristatspial у Цириху (код проф. M. G. Yasargil-a), Институту за неурохируршка истраживања у Кијеву, Институту за неурохирургију Colorado University у Њујорку (код проф. B. Stein-a).

У току своје каријере прошао је све фазе сарадничких и наставничких звања на Медицинском факултету Универзитета у Београду. У звање асистента приправника изабран је 1979. године, 1982. и 1985. године биран и реизабран у звање асистента, а 1988. у звање доцента. Ванредни професор постао је 1993, а 1997. године именован је за редовног професора Медицинског факултета. У периоду од јуна 1995. године до јуна 2001. године био је директор Института за неурохирургију Клиничког центра Србије, а потом, све до своје смрти, начелник „А одељења“ клинике.

Био је инструктор на првом курсу из микрохирургије који је одржан 1980. године, као и предавач на специјалистичком курсу „Ласери и апликације“ 1989. године. Међу првима је употребио CO2 ласер у хирургији интракранијалних тумора мозга. Године 1990. био је организатор осмог састанка Интернационалног удружења неурохирурга за примену ласера (Lensi 90).



Од 1992. године био је секретар Удружења неурохирурга Југославије, а 1996. године изабран је за члана Научног друштва Србије. Исте године именован је за члана: стручне комисије Министарства здравља за малигна обољења, стручне комисије Министарства здравља за хируршке гране медицине, Судско-медицинског одбора Медицинског факултета у Београду и Етичког комитета СЛД. Био је члан уређивачког одбора часописа Југословенског друштва за неуронауке, клиничку и експерименталну неурологију, као и Actae Infectologicae Yugoslavicae. Објавио је 212 стручних и научних радова и осам књига – монографија. Последња монографија (Неурохирургија у Србији) објављена је постхумно.

Међу првима у земљи увео је микрохируршку технику операција глиома мозга. За туморе локализо-

ване унутар и у близини моторне зоне увео је метод директне електростимулације интраоперативно у циљу идентификације примарног моторног поља. Посебан допринос дао је развоју хирургије тумора можданог стабла и артериовенских малформација мозга. У сарадњи са оториноларинголозима установио је интердисциплинарни приступ туморима базе лобање (комбинована транскранијална-трансфацијална операција у истом оперативном акту).

Аутор је протокола за неурохируршко лечење малигних тумора мозга. За стручно-научни допринос у области хирушког лечења артериовенских малформација мозга додељена му је повеља поводом 65-годишњице неурохируршке струке у Југославији, а за монографију „Тумори мозга“ награђен је Октобарском наградом града Београда за 1994. годину.

Био је руководилац и координатор у три пројекта финансирана од стране Министарства за науку и технологију Републике Србије: „Биолошки потенцијал интракранијумских тумора“, „Одложено погоршање стања након анеуризмалне субарахноидалне хеморагије, анализа чинилаца и могућности лечења“ и „Фармакокинетика тиозофурина у централном нервном систему код људи, после интраартеријске апликације – пилот клиничке студије“.

Професор Милош Јанићијевић, неурохирург, редовни професор Медицинског факултета у Београду, преминуо је 28. априла 2007. године у Београду.

Доц. др Горан Тасић
Др Игор Николић

>>> ДА СЕ НЕ ЗАБОРАВИ >>>

ЖРТВА НЕРАЗУМНОГ ВРЕМЕНА:
ДР БОРА ТИРИЋНезаборављено
доброчинство
шабачког педијатра*Одличан лекар и чистан човек, др Тирић, поубљен 1941.
због привржености комунистичкој партији,
а остао је ујамћен по хуманим делима*Пише:
ПРИМ. ДР ПРЕДРАГ ТОЈИЋ

И најчасније на-
мере и добро-
чињење идео-
лошки обојено
може бити скупо плаћа-
но у неразумном време-
ну. Највећа цена тога је
живот. Један од много-
бројних примера жрта-
ва у неразумном времену је и др Бора Тирић,
први лекар специјалиста педијатрије у Подри-
њу и Западној Србији, из Шапца. Др Тирић стре-
љан је у Шапцу у ноћи између 20. и 21. августа
1941. године као жртва немачке казнене експе-
диције у Србији.



У чему је био његов грех да овако сконча?
Његова приврженост идејама комунизма за-
чела се још за време студентских дана у Прагу,
где је одмах по дипломирању 1926. године при-
мљен у Комунистичку партију Чехословачке.
Као демонстратор на Медицинском факулте-
ту и асистент на Дечјој клиници у Прагу наго-
вештавао је блиставу академску каријеру. Али,
не одолевши снажној носталгији за завичајем
и као плима надошлој преокупацији да се као
лекар и комуниста стави у службу свога наро-
да, већ 1930. године враћа се у Шабац као први
специјалиста педијатрије у овом граду, али и у
целој Западној Србији. Због привржености ко-
мунистичкој идеологији определио се за при-
ватни рад, како би био слободнији у својој по-
литичкој активности.

У дворишту породичне куће у Карађорђевој
47 у Шапцу отворио је приватну ординацију и

у наредној деценији радио као омиљени народ-
ни лекар.

Испред његове ординације била је чекаони-
ца и у њој овећа пиксла са новчаним прилози-
ма пацијената. Ако се деси да неки болесник
нема новац да купи лек, др Бора би узимао но-
вац из те пиксле и давао болеснику да га купи
у оближњој апотеци. Ондашњи Шабац је то до-
бро знао.

Иако је приватна лекарска пракса у то време
била уносна, др Бора се зараде одрицао да би
демонстрирао комунистичку социјалну прав-
ду и помоћ сиромашнима. У Србији у то време
није било организоване Комунистичке партије,
али он није прекидао своју везу са КП Чехосло-
вачке и Коминтерном. Веровао је да је у дубо-
кој илегалу и да обавештајне службе нису упу-
ћене у његов рад. Наравно, преварио се у томе
што се по њега кобно завршило по доласку Не-
маца 1941. године.

У августу 1941. године, уочи припреме напада
на Шабац здружених снага партизана и ЈВуО,
Немци су спровели одмазду над цивилним ста-
новништвом Шапца. Др Тирић се још једном
преварио. Наиме, веровао је да га као јединог
дечјег лекара у граду Немци неће стрељати. И
кад су сат и по иза поноћи 21. августа 1941. го-
дине немачки војници снажно залупали у кућ-
на врата, др Бора је мирно кренуо низ степени-
це. Посетиоци су му рекли како им је потребан
да би указао помоћ њиховом рањеном војнику,
али када је при поласку замолио супругу да му
из спаваће собе донесе табакеру, немачки офи-
цир му је на беспрекорном српском језику од-
брусио: „Докторе, неће вам требати!”

Одвели су га и убрзо су се пушчани пучњи раз-
легли уснулим Шапцом. Пуцано му је у потиљак
и био је међу првим жртвама Другог светског ра-

*Испред његове ординације била је чекаоница
и у њој овећа њиксла са новчаним њрилозима њацијенаџа.
Ако се деси да неки болесник нема новац да купи лек,
др Бора би узимао новац из ње њиксле и давао болеснику
да ња купи у оближњој аџоџеци*

та у Шапцу. Са др Тирићем исте ноћи убијено је осам особа и сви су ујутро повешани по граду на електричним стубовима. Била је то намера да се становништво још више застраши. До данас, међутим, остала је загоретка ко је направио списак тих људи и зашто баш њих. Можемо претпоставити да је Гестапо имао своје „кртице“ међу комунистима.

Немци су наредили избеглим Јеврејима да убијене предвече скину са вешала и одвезу на Доњошорско гробље у Шапцу. Гробарима су наредили да их баце у заједничку гробницу, покрију негашеним кречом и сахране без икаквог обележја. Општински лекар у Шапцу др Никола Милановић (чији ће син Милета пет година иза рата за супругу узети управо Борину ћерку Светлану), искористио је кратко одсуство немачких војника, наговорио гробаре да на убијене суграђане набацају само земљу и запамтио место ових несрећника у заједничкој гробници. То је помогло да се после рата њихови посмртни остаци идентификују и достојно сахране.

Ово је крај тужне приче, а почетак?

Др Бора Тирић је рођен 1897. године у Мишару „пољу широкоме“ познатог из Првог српског устанка, надамак Шапца. Основну школу завршио је на Ориду 1909. године и почео да похађа наставу у шабачкој Гимназији, свакодневно пе-



Др Бора Тирић

шачећи између куће и школе. Због нерада Гимназије у прве три године рата Бора Тирић по кратком поступку завршава шести и седми разред гимназије 1918. године, а почетком 1919. године и осми разред. Као одличан ђак ослобођен је полагања матуре и те године постаје студент Медицинског факултета у Загребу.

Међутим, њему је била обећана стипендија за студије хемије у Енглеској, враћа се у Мишар и Шабац, где помно учи енглески језик и први пут долази у контакт са марксистичком литературом. Стипендију није добио, те се 1920. године уписао на Медицински факултет у Прагу. О завршетку студија, прекиду блиставе академ-

ске каријере и повратку у домовину већ је било речи.

Др Бору Тирића Шабац је запамтио као одличног лекара педијатра, часног човека и несебичног доброчинитеља. О његовој идеолошкој опредељености мало је ко знао. Шабац и његов родни Мишар га нису заборавили. У Мишару једна улица је понела његово име, а у Шапцу такође једна улица и апотека у центру града. Шабац и Мишар су потврдили да доброчинство у неразумном времену може да се поништи, али и да се не заборави, када неразумно време прође. И овај текст је потврда да доброчинство никада не остаје у забораву. //

О ХИРУРЗИМА У 19. ВЕКУ, ПРЕ И ПОСЛЕ ПОБЕДЕ ПАСТЕРОВЕ НАУКЕ

ОПЕРИСАЛИ И НЕСВРШЕНИ СТУДЕНТИ МЕДИЦИНЕ

// ТЕК У ДРУГОЈ ПОЛОВИНИ 19. ВЕКА ХИРУРГИЈА НА ВЕЛИКА ВРАТА УЛАЗИ У СВЕТ МЕДИЦИНЕ, ДОК ЈЕ ПРЕ ТОГА БИЛА НЕКА ВРСТА НИЖЕ, ЗАНАТСКЕ ДЕЛАТНОСТИ //

Пише: БРАНА ДИМИТРИЈЕВИЋ,
почасни члан Академије
медицинских наука СЛД,
председник Секције за
историју медицине



У текстовима који се тичу историје медицине срећу се омашке које потичу од „ширења садашњости“, тачније од пресликавања садашњег стања у њу, које је чешће механичко (несвесно) него свесно, али наноси непроцењиве штете историјској истини. Опште је познато да тек у другој половини 19. века хирургија на велика врата улази у свет медицине, а да је пре тога била нека врста ниже, занатске делатности. У 18. и 19. веку у Аустрији су постојали магистри и патрони хирургије.

Магистри су се школовали у посебним школама, док су патрони радили уз неког, па после положеног испита стицали право да се и сами баве послом хирурга. У својим Мемоарима Линденмајер* каже: да су се и од несвршених студената медицине такође могли регрутовати и хирурзи.

У својој књизи др Драгиша Ђорђевић (1) каже и ово:

Почетком 19. века Панчево је пошребовало барем шри лекара; једној за лазареи (коншумац, карантин), другој за војску и шреће ирадској. Пошребовало је и ирадској хирурга. И добија ја. Беше то Базилиус Тир видар емпирик. Водио је болницу, био мршвозорац, обављао је саниитарне и вейшеринарске љеке, вршио вакцинацију љошрив великих боиња, лечио ране, љрелома, ишчашења, издавао лекарска уверења о шжежини и љоследицама нанесених љовреда. Није имао љрава да љројисује рецејше, али је и то љракшиковао...

У обновљеној Србији недостатак школованих лекара (доктора опште медицине) изискивао је поставља-

ње на место окружних лекара и хирурга, који су стизали махом из Аустрије.

Ево Линденмајеровог списка „лекарских снага“ из 1839. године:

1. Др Пацек, дворски и лични лекар кнеза Милоша.
2. Др Николић-Мишковић, дворски лекар кнежевске породице у Пожаревцу.
3. Др Линденмајер, гардијски лекар у Крагујевцу.
4. Др Белони, лекар команде у Чачку.
5. Др Ребрић, приватни лекар у Београду.
6. Др Мајнерт, гардијски лекар у Београду.
7. Др Мушицки, карантински лекар у Алексинцу.
8. Др Михајловић, карантински лекар у Радујевцу.
9. Магистар хирургије Славуј, други гардијски лекар у Београду.
10. Хирург Ђоко Новаковић, нижи гардијски лекар у Пожаревцу.
11. Емпиричар Капарис, такође код гарде у Пожаревцу.
12. Емпиричар Сава Јовановић, додељен карантину.
13. Приватни апотекар Мата Ивановић у Београду.
14. Дворски апотекар и апотекар војне гарде Павле Илић у Крагујевцу.
15. Др Штекер, лекар турског гарнизона у тврђави Београд.
16. Магистар хирургије Флоријан Бирг, други лекар турског гарнизона и апотекар турске болничке апотеке.

Треба рећи да су се у овај списак уплеле и „специфично српске прилике“. Емпиричари, како их овде на-

жива др Линденмајер, Капарис и Сава Јовановић, нису имали баш никакве медицинске школе (за разлику од Базилијуса Тира који је имао положен испит и био – патрон хирургије). Слично је и са хирургом Ђоком Новаковићем, кога ће Линденмајер доцније сврстати у – „употребљиве емпиричаре“.

Године 1852. Линденмајер даје овај списак лекарских снага:

- у алексиначком округу: др Мих. Шулек
- у београдском округу: др Хер. Мајнерт
- у гургусовачком округу: хирург Ривула
- у јагодинском округу: др Јефимијадес
- у крагујевачком округу: др Панчић
- у крушевачком округу: др Черни
- у крајинском округу (Неготин): др Радивојевић
- у подрињском округу (Лозница): емпиричар Сава Јовановић
- у пожаревачком округу: др Михајловић
- у рудничком округу: хирург Зибер
- у шабачком округу: др Гродер
- у смедеревском округу: др Валента
- у ђупријском округу: хирург Капарис
- у чачанском округу: хирург Јован Петровић (Ј. Шауенгл)
- у ужичком округу: др Нетер
- у ваљевском округу: др Машин
- у црногорском округу: хирург Мађај
- у граду Београду: др Гадеши први, др Анђелковић други градски лекар, штабски лекар: др Белони, штабски хирург: хирург Бирг и др Лепеш, лекарски помоћник: Ђоко Ђорђевић, штабски ветеринар: Теодоровић
- у карантину Алексинац: директор др Теодоровић
- у карантину Радујевац: хирург Бихеле, карантински директор
- у карантину Рача: хирург Славуј, карантински директор
- у руднику Мајданпек: хирург Тренчини

Приметићемо да је Капарис „унапређен“ барем на овом списку у – хирурга, али да ни један хирург нема докторску титулу.

Први управник Губеревца, „Дома за с ума сишавше“, био је хирург Флоријан Бирг.

У обновљеној Србији Болница за с ума сишавше основана је у Београду 1861. године, њеном већ осниваоцу др Емериха Линденмајера, који више не беше начелник Војног санијетарства. Пишање је покренуто средином 1839. године, али су расправе пошрајале шире године. Забележена су још два Линденмајерова енергична покушаја 1854. и 1856. По устројенију за вршиоца дужности управника поштављен је Флоријан Бирг, физикус Округа београдског, који не беше универзитетски образован лекар... Бирг је одмах уочио да таква болница не сме ноћу осјашти без надзора. Предузетје су мере да се лекарски помоћник и економ њу наситане и дежурају. Бирг је боравао у тој болници преко читавој дана обављајући послове окружног лекара: рејутацију, калемљење (вакцинацију) великих бојина, прејелеге повређених... (2)

Не постоји, дакле, основа да се некадашњи магистри и патрони хирургије из претпастеровског доба проглашавају докторима опште медицине, и да им се „великодушно“ испред имена и презимена ставља „др“. Исто тако не постоји основа да се замисли операционе сале тих хирурга, и све оно што уз то данас иде, макар и

у најелементарнијем, ембрионалном, облику. А то се, ипак, чини.

Хирургију у данашњем смислу речи, у Србију је донео др Владан Ђорђевић, али је није укоренио. (Нема баш на том пољу његових ученика). Невелик број операција – са данашње тачке гледишта, али за оно доба знатан – др Владан Ђорђевић, није извршио чак све ни у болници, већ неке код своје или у кући оперисаног.

Операције је изводио у Београдској варошкој болници, у Војној болници, у својственој кући... и њо приватним кућама, својственим инструментима које је набавио у Бечу и Пруској (3).

Тек доласком др Војислава Суботића, укоренење се – у данашњем смислу речи – хирургија и у Србији.

Војни пак хирурзи, из тог „претпастеровог“ доба звали су се – фелчери.

У српско-турском ратовима 1876/77. многи од тадашњих руских хирурга били су, уствари, фелчери, мада је било и постпастеровских лекара хирурга. У руској војсци фелчери су постојали и током Првог светског рата, али тада у рангу болничара, обучених за збрињавање ратних повреда. Формацијски, руски лазарети (ратне пољске болнице) имале су четири старија и шест млађих фелчера (руски: фелчер). У свом ратном дневнику о збивањима у Добруци (1916.) тада медицинар др Милутин Велимировић најпохвалније се изражава о њима:

Радили смо целој јуири. Рањеници ситално долазе... Највише нам љомажу руски фељчери, добри радници... Мени у свему љомаже фељчер Кудрајцев, симпатичан младић који свакој дана љише својој вереници...(4)

За утеху, греше и највећи:

Како у доба, кад је ошворен „Дом за с ума сишавше“ није било ситручних и иначе љодесних лекара... наређено је да физикус београдског округа др Флоријан Бирг врши дужности управника... Доктор Бирг... (5) и тако даље... Зачујујуће од др Војислава Михаиловића, који је Линденмајера читао у оригиналу (на немачком), и о њему написао низ одличних чланака, али – дешава се.

Стога опрезно, једном створену заблуду тешко је искоренити.

* Напомена: Мемоари др Емериха Линденмајера: **Србија њен развој и најпредак у санијетарству са најомењима о целокупном санијетарском ситану на Оријенту**, Темишвар, 1876. преведени су, али још немају издавача, стога је уобичајено позивање на странице немогуће.

Литература:

(1) Ђорђевић Драгиша: *Историја панчевачке медицине до 1944. године*, Теута – Панчево, 2004. стр. 32. Такође: Брана Димитријевић: О две пређутане књиге нашег савременика др Драгише Ђорђевића. www.rastko.net/medicina

(2) Димитријевић Б.: *Моја јерила*. Инфинтиас, Београд. 2011. стр. 17.

(3) Чоловић Р.: *Истакнути српски лекари и професори*. Књига 1. Медицински факултет, Београд, 2010. стр. 67

(4) Димитријевић Б.: *Уравницама љивиди*, Филип Вишњић, Београд 2008. стр. 28 и 68.

(5) Михаиловић В.: *Лечење душевних болесника и устројеније дома за с ума сишавше у обновљеној Србији*. САНУ. Књига CLXXX, Одељење медицинских наука. Књ. 4, Београд, 1951. стр. 377 //

приватних клиника. Након тога, уговор није обновљен, јер је процењено да све пријављене парове могу да приме државне клинике. У државним здравственим установама, према речима директора Института за гинекологију и акушерство КЦС, проф. др Александра Љубића, на ту интервенцију чека се до пола године.

До сада је више од 7.000 парова упућено на програм и процењује се да скоро 30 одсто њих оствари потомство, што је у складу са светским стандардима. Парови у Србији имају право на два бесплатна покушаја вантелесне оплодње, док Град Београд финансира и трећи. Склапање уговора РФЗО и приватних клиника очекује се крајем месеца.



ОКО 500 ЛЕКОВА ПОНОВО У АПОТЕКАМА

Министарка здравља Славица Ђукић Дејановић дала је почетком августа налог да се за две недеље реши проблем формирања цена за око 500 лекова којих годину дана нема у апотекама. Она је најавила да ће се ти лекови већ следећег месеца наћи у апотекама. Према њеним речима, за формирање цена лекова задужена су два министарства – трговине и здравља.

– Влада Србије једина може да мења курс евра по коме се врши обрачун и када то буде урадила, то ће се догодити за све производе, па и лекове. Но, чињеница је да у овом моменту наши пацијенти већ годину дана чекају огроман број тих лекова и очигледно је постојала баријера да се то реши. С друге стране, заиста нема ниједног разлога да сви ти медикаменти не буду у нашој земљи. Од 525 лекова, у протеклом периоду је само за пет дана сагласност о формирању цена, рекла је Ђукић Дејановић. Представници министарства здравља и трговине договорили су се пре више од 20 дана да одлука о корекцији цена за више од 400 лекова буде донета после формирања нове владе.



НОВА КОРОНАРНА ЈЕДИНИЦА У КАМЕНИЦИ

У Институту за кардиоваскуларне болести Војводине (ИКВБ) у Сремској Каменици 24. јула отворена је модерна коронарна јединица, у коју је уложено више од 70 милиона динара. Присуствујући том догађају, председник Владе Војводине Бојан Пајтић је подсетио да је после 35 година ИКВБ добио модерну коронарну јединицу и нагласио да је то „изузетно важно, јер се процењује да ће до краја године око 2.500 пацијената са озбиљним здравственим проблемима проћи кроз ту јединицу“. Директорка Института за кардиоваскуларне болести др Нада Чемерлић Ађић истакла је да је у протеклих шест година из покрајинског буџета у коронарну јединицу уложено преко 70 милиона динара, од чега је 50 милиона усмерено у набавку нове опреме, док је више од 20 милиона уложено у грађевинску реконструкцију.

ЛЕКАР ВМА НАГРАЂЕН НА КОНГРЕСУ

Лекари Клинике за општу хирургију Војномедицинске академије учествовали су на 44. Конгресу Европског панкреасног клуба (European Pancreatic Club – EPC) и 7. Интернационалном симпозијуму стечених болести панкреаса (*International Symposium on Inherited Diseases of the Pancreas – ISIDP*), који су одржани од 20. до 23. јуна у Прагу, Република Чешка. Мултидисциплинарна предавања обрађивала су ужа подручја дијагностике и конзервативног и хирушког лечења акутног и хроничног панкреатитиса и тумора панкреаса, а међу предавачи-

77 <



ма и учесницима били су истакнути светски хирурзи, гастроентеролози, генетичари и патофизиолози.

Ове године Клиника за општу хирургију ВМА по први пут је на састанку имала прихваћене три презентације које се баве тематиком дијагностике, процене тежине и лечења акутног панкреатитиса, а које су презентовали проф. др Дарко Мирковић и др Михаило Безмаревих. За рад под насловом „Рани резултати једноцентричне декомпресивне студије“ (Декомпресивна лапаротомија са привременим затварањем абдомена на супрот перкутану пункцију уз пласирање абдоминалног катетера код пацијената са абдоминалним компартман синдромом у току акутног панкреатитиса), др Михаило Безмаревих је награђен од стране стручне комисије Конгреса за најбољег младог истраживача.

ОЖИВЕЛИ ПРА-БАКТЕРИЈУ

У лабораторијама Института за технологију Џорџије, научници су оживели бактерије старе 500 милиона година. Ген стар 500 милиона година научници су убацили у модерну бактерију Ешерихије коли и до сада је у лабораторији Џорџија Тека настало више од 1.000 генерација првобитне бактерије, преносе агенције. Научници желе да установе да ли ће та бактерија еволуирати на исти начин на који је еволуирала и први пут, или ће кренути неким новим еволутивним путем.

– Могућност посматрања древног гена у модерном организму док еволуира нам даје прилику да видимо да ли ће се еволутивни пут поновити или ће тај организам следити неки други пут. Измењени организам на почетку није био здрав и јак као његове модерне верзије, рекао је научник на Џорџија Теку Бетил Качар. Нова бактерија мутира веома брзо и не само да је достигла снагу модерних бактерија, већ су неке њене подврсте постале здравије и много снажније од модерних бактерија. Качар је рекао да ће његов тим помоћу тог процеса бити у могућности да одговори на бројна питања еволутивне и молекуларне биологије, као на пример, да ли историја организма ограничава његову будућност и да ли еволуција увек води ка истој, унапред дефинисаној тачки или има различита решења за исти проблем.

СТРАНЦИ МЕЊАЈУ ПОЛ У СРБИЈИ

Србија је протеклих година постала уточиште за све оне који желе да промене пол, јер је тај захват много јефтинији и једноставнији него у другим земљама. Како пише New York Times, прошле године се у нашој земљи операцији промене пола подвргло око стотину страних и српских држављана. Кандидати за тај захват долазе из Француске, Русије и Ирана али и из САД, Јужноафричке Републике, Сингапура и Аустралије.

У Србији, операција траје шест сати, при чему пацијент не пролази кроз трауму вишеструких захвата. У компликације спадају постоперативно кајање, проблеми са функционалношћу или упала. Да би испунио услове за операцију, пацијент треба да има два писма препоруке од психијатријских специјалиста у којем сведоче да он или она пате од поремећаја идентитета. Неопходна је и најмање година дана саветовања и годину дана хормонске терапије.

Страни пацијенти наводе да одлазе у Србију ради цене операције од око 10.000 долара што је много јефтиније у поређењу са 50.000 долара и више у појединим клиникама у САД за компликованији захват преласка са женског на мушки пол.

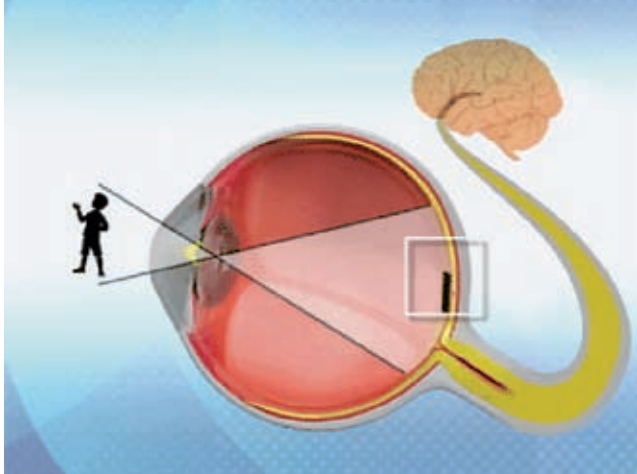


ДНК АНАЛИЗА УЗ ПОПУСТ

UNIQA осигурање и компанија Genolab, једина у Србији која пружа услуге прибављања личне анализе, закључиле су уговор о сарадњи на основу кога сви кли-

[illegible]

79 <



ју интеракцију са нервним ткивом, што доводи до приказивања слике квалитета 60 пиксела црно беле боје у мозгу. Са оваким решењем „бионичког ока“, корисници могу видети грубе објекте и читати велике текстове са великим фонтом.

Много занимљивије решење је „Bio-Retina“ из фирме Nano Retina. За 60 хиљада долара и тридесетоминутном операцијом под локалном анестезијом, корисник ће у позадини ока добити малени чип са 576 електроде које могу да прикажу различите нивое црно беле боје. Са сликом од 24 x 24 пиксела, потпуно слеп корисник ће итекако моћи да ефективно види свет око себе. За најпапање се користи пар наочара, са батеријом која шаље благ и неприметан инфрацрвени ласер који не може да повреди. Очекује се да ће до краја 2013. године бити завршена тестирања на пацијентима у Европи.

НАПРАВЉЕН НАЈЗДРАВИЈИ ОБРОК НА СВЕТУ

Leatherhead Food Research, независna истраживачка компанија из Велике Британије, употребила је више од 200 савета нутрициониста који су одобрени од стране Европске комисије и направила оброк за који сматрају да је најздравији на свету. Пол Беримен, директор ове компаније рекао је да то није било једноставно, али да су то успели у недељу дана. Оброк, замишљен да се служи у авионима, састоји се од три јела.

Прво јело се састоји од свежег и димљеног лососа са хлебом са различитим семенкама, који је богат влакнима. Након тога долази пилетина са сочивом и мешаним поврћем и зелена салата са маслиновим уљем. За десерт је на менију млечни желе са орасима и карамелом. Научници истичу да је сваки од састојака ту због неког разлога, почевши од омега-3 масти, која су добре за холестерол, преко протеина за мишићну масу, па до ораха који побољшавају еластичност крвних судова.

МИЛИОНСКА ОДШТЕТА ЗБОГ ЛАЖНИХ НАВОДА

Дугогодишње промовисање лажних навода о лековима *GlaxoSmithKline* коштаће три милијарде долара. Реч је о највећој казни коју је у Америци икада платио један произвођач лекова. Позната британска фармацеутска компанија терети се да је прекршила америчке законе приликом пласирања на тржиште два популарна лека (Pahil, Wellbutrin), те да није открила битне информације о трећем леку за дијабетес (Avandia).

Из GSK су признали подстицање антидепресива Pahlil и Wellbutrin за неодобрену намену, укључујући и лечење деце и адолесцената. Наиме, поменути су лекови одобрени за коришћење само код одраслих особа. За време трајања парнице у GSK су само на леку Avandia зарадили 10 милијарди долара. Слична зарада је била и на Pahlilu, више од 10 зелених новчаница. На Wellbutrinu су зарадили више од шест милијарди долара.



КАРИЈЕРА ПРЕЧА ОД ЗДРАВЉА

Британски *Daily Mail* објавио је недавно резултате студије према којој успешне пословне жене које обављају кључне функције у правном систему, медицини и бизнису постају све мршавије. Према резултатима нове студије, жене које раде више од 35 сати недељно ће током времена највероватније накупити вишак килограма, јер се због пословних обавеза не могу посветити здравој исхрани и вежбању. Студија је требало да докучи како радни статус и број радних сати утичу на тежину, а истраживачи из Мелбурна су анализирали 9.276 жена у доби од 45 до 50 година. Резултати су показали да су жене које су радиле више од 35 сати недељно за две године имале 50 одсто већу килажу од почетне. Водећа ауторка студије, др Никол Ау, каже да више времена на послу значи и мање времена за себе, за припремање здраве хране, вежбање и довољно сати сна. Резултати су такође показали да ће се жене које раде више од 49 сати недељно вероватно „ухватити“ и алкохола и цигарета. //

На основу одредаба из члана 34. Закона о коморама здравствених радника („Сл. гласник РС“, број 107/2005) и из члана 11. став 1. тачка 15. и члана 59. став 7. и 8. Статута Лекарске коморе Србије, Скупштина Лекарске коморе Србије је на седници одржаној дана 23. децембра 2009. године у Београду и седници одржаној 22. јуна 2012. године у Београду, донела је следећи

ПРАВИЛНИК

О СОЛИДАРОЈ ПОМОЋИ ЧЛАНОВИМА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ И ЧЛАНОВИМА ЊИХОВИХ УЖИХ ПОРОДИЦА

Члан 1.

Свака Регионална лекарска комора из са-става Лекарске коморе Србије, на посебним подручјима воде средства која се издвајају, на месечном нивоу, у Фонд намењен за солидарну помоћ члановима РЛК и члановима њихове уже породице.

Средства из претходног става овог члана Правилника се издвајају од средстава прикупљених и наплаћених од чланова Лекарске коморе Србије, а на име чланарине.

Члан 2.

Свака Регионална лекарска комора месечно издваја и уплаћује на посебан подрачун у корист овог Фонда износ од 2,5% од укупног износа средстава која наплати од чланова Коморе, а на име чланарине.

Укупан очекивани износ средстава која ће бити уплаћена у овај Фонд је саставни део Финансијског годишњег плана Лекарске коморе Србије за наредну годину.

Евентуалну корекцију висине средстава из става 1. овог члана Правилника, која се издвајају у овај Фонд, у току пословне године одређује Управни одбор својим одлукама, а на писмени, образложени предлог председника бар једне Регионалне лекарске коморе.

Одлуку Управног одбора Лекарске коморе Србије из претходног става овог члана Правилника верификује Скупштина лекарске коморе Србије на седници на којој се усваја Извештај о пословању за текућу и Финансијски план Лекарске коморе Србије за наредну годину.

Члан 3.

Надзор над прикупљањем средстава у Фонд намењеног за солидарну помоћ члановима Коморе и њиховим коришћењем врши, по правилу, периодично, а по указаној потреби и ванредно, Надзорни одбор сваке Регионалне лекарске коморе, а на годишњем нивоу, уз разматрање годишњег Извештаја о раду Лекарске коморе Србије, и Надзорни одбор Лекарске коморе Србије.

Члан 4.

Право на новчану помоћ има сваки члан Лекарске коморе Србије, који редовно плаћа чланарину.

Право на новчану помоћ из овог Фонда имају и чланови уже породице члана Лекарске коморе Србије и то: брачни или ванбрачни друг и издржавана брачна, ванбрачна или усвојена деца.

У случају смрти члана Лекарске коморе Србије, који није живео у брачној или ванбрачној заједници нити је имао издржаване брачне, ванбрачне или усвојене деце (породица), пра-

во на новчану помоћ из овог Фонда имају родитељи, који је преминули члан Лекарске коморе Србије за свога живота издржавао и са којима је живео у заједничком домаћинству.

Члану Коморе солидарна помоћ се може одобрити по истом основу максимално једном у две године.

Члан 5.

Надлежна Комисија Регионалне лекарске коморе је дужна да по писменом захтеву члана Лекарске коморе Србије, који се налази у евиденцији те Регионалне лекарске коморе, одобри исплату солидарне помоћи под условом да је члан Коморе редовно плаћао чланарину, у следећим случајевима и под условом да се испуне следећи критеријуми:

1. За све теже болести са компликацијама које изискују повећане трошкове лечења узимајући у обзир међународну класификацију болести (МКБ) члана Лекарске коморе Србије или члана његове уже породице (брачни или ванбрачни друг и деца члана Коморе), ако члан ужег породичног домаћинства није запослен или нема примања по неком другом основу.

У овом случају, уз писмени захтев за одобрење и исплату солидарне помоћи, именовани члан Лекарске коморе Србије је дужан да достави валидну медицинску документацију, а за члана уже породице и извод из матичне књиге венчаних, за брачног друга, односно уверење о заједничком домаћинству за ванбрачног друга, извод из матичне књиге рођених за брачну или ванбрачну децу, а доказ о усвајању за усвојену децу, као и доказ да је члан уже породице незапослен;

2. За потребе здравствене рехабилитације члана Лекарске коморе Србије, ако уз захтев, члан Коморе достави важеће званично мишљење надлежне здравствене установе о неопходности даљег бањско - климатског лечења и опоравка и потврда – односно извештај да не постоји могућност плаћања трошкова лечења од стране надлежних фондова;

3. Наступања теже инвалидности, ако је инвалидност наступила као последица повреде на раду или професионалног обољења, као и да је повреда изазвала теже телесно оштећење и знатно умањила радну способност члана Коморе и захтева повећане трошкове у функцији одржавања здравствених, професионалних и радних способности.

У овом случају, уз писмени захтев за одобрење и исплату солидарне помоћи, именовани члан Лекарске коморе Србије је дужан да

достави важеће решење надлежне установе о утврђеном степену инвалидности;

4. Ублажавања последица елементарних непогода, ако се члан Коморе обратио захтевом непосредно након елементарне непогоде, чијим последицама је погођен (поплава, пожар, олујни ветар, земљотрес и сл.), а најкасније у року од 30 дана од дана предметног штетног догађаја и уз захтев доставља доказ о последицама елементарне непогоде: слике, записник и сл.;

5. За пружање помоћи породици умрлог члана Коморе до висине износа дефинисаног у члану 6. овог Правилника.

Уз писмени захтев за исплату ове помоћи, подносилац прилаже и фотокопију извода из матичне књиге умрлих за покојног члана Коморе, као и извод из матичне књиге венчаних, уколико захтев подноси брачни друг, односно уверење о заједничком домаћинству, уколико захтев подноси ванбрачни друг или извод из матичне књиге рођених, односно доказ о усвојењу, уколико захтев подноси издржавана деца;

6. За накнаду трошкова погребних услуга у случају смрти члана уже породице члана Коморе (родитеља, брачног друга или издржаване природне или усвојене деце) под условом да накнада погребних трошкова није остварена на начин.

У овом случају, уз писмени захтев за одобрење и исплату солидарне помоћи, именовани члан Лекарске коморе Србије је дужан да достави извод из матичне књиге умрлих за покојника и извод из матичне књиге рођених за себе (у случају кад му је умро неко од родитеља), односно извод из матичне књиге рођених за дете у случају смрти детета или извод из матичне књиге венчаних у случају смрти брачног друга, односно уверење о заједничком домаћинству, у случају смрти ванбрачног друга и потврду издату од стране установе у којој је члан Коморе запослен, да код њих није по овом основу остварио право на солидарну помоћ, или потврду да није остварио право на накнаду трошкова погребних услуга код надлежне филијале Републичког фонда за пензијско и инвалидско осигурање;

Члан 6.

Солидарна помоћ за случајеве утврђене одредбама члана 5. одобрава се до висине износа једне просечне месечне бруто зараде исплаћене у Републици, према последњем податку републичког органа надлежног за послове статистике.

81 <

Члан 7.

О поднетим захтевима за доделу солидарне помоћи из Фонда о узајамној помоћи чланова Лекарске коморе Србије одлучује Комисија Фонда, коју именује Извршни одбор Регионалне лекарске коморе, на период од 2 године.

Комисија има 5 чланова од којих, приликом конституисања бира 1 председника и 1 подпредседника Комисије.

Комисија заседа најмање једном у 2 месеца, односно и чешће, по потреби.

Члан 8.

По пријему писменог захтева за доделу и исплату узајамне солидарне помоћи од стране члана Коморе, Стручна служба испитује формалну испуњеност услова таквог захтева и одмах обавештава председника Комисије из члана 7. овог Правилника.

Председник Комисије ставља предметни захтев на дневни ред редовне или заказује ванредну седницу Комисије, у зависности од хитности и природе захтева.

О поднетом захтеву Комисија доноси одлуку.

Уколико је незадовољан одлуком Комисије, подносилац захтева може у року од 15 дана по пријему писменог отпавка одлуке, изјавити писмену жалбу надлежном Извршном одбору Регионалне лекарске коморе.

Извршни одбор Регионалне лекарске коморе обавезан је да донесе одлуку по жалби на првој редовној седници Извршног одбора.

Члан 9.

Члан Коморе који је остварио солидарну помоћ непосредном исплатом новчаног износа, дужан је да у року од 60 дана од дана добијања новчаног износа достави стручној служби

надлежне Регионалне лекарске коморе доказе да је исплаћена средства искористио у сврху за коју су одобрена (рачуни, извештаји здравствене или друге установе и др.), надлежним стручним службама.

Члан 10.

Овај Правилник ступа на снагу даном доношења.

Измене и допуне овог Правилника доносе се по поступку предвиђеном за његово доношење.

Председник
Скупштине Лекарске Коморе Србије
Проф. др Марина Дељанин Илић

На основу члана 209 став 2 Закона о здравственој заштити („Службени гласник РС“ бр. 107/2005, 88/2010 и 99/2010), члана 8 став 1 тачка 4 Закона о коморама здравствених радника („Службени гласник РС“ бр. 107/2005 и 99/2010) и члана 11 став 1 тачка 4 и члана 27 Статута Лекарске коморе Србије („Службени гласник РС“ бр. 111/2006, 68/2008, 14/2010, 36/2011 и 22/2012), Скупштина Лекарске коморе Србије је на својој VII редовној седници, одржаној 22 јуна 2012 године у Београду, донела

ПРАВИЛНИК**О УТВРЂИВАЊУ КРИТЕРИЈУМА
ЗА ПРЕДЛАГАЊЕ СТРУЧНИХ НАДЗОРНИКА****Члан 1.**

За стручног надзорника за редовну и ванредну спољну контролу стручног рада здравствених установа може се пријавити сваки члан Коморе, који поред стеченог образовања доктора медицине испуњава и следеће услове:

1. да има лиценцу за рад издату од стране ЛКС;
2. да је измирио обавезе према ЛКС;
3. да се против њега не води поступак пред судом части ЛКС;
4. да има положени специјалистички или субспецијалистички испит из неке области здравствене заштите;
5. да има најмање 10 година специјалистичког радног искуства из области за коју је стручно оспособљен;
6. да има 2 препоруке колега еминентних стручњака истог или вишег ранга, из области за које се стручни надзорници бирају или препоруку стручног удружења;

Члан 2.

Поступак именовања стручних надзорника

Пријава на конкурс за именовање стручног надзорника са прилозима којима се доказује испуњеност услова подноси се Регионалној лекарској комори, према месту уклањања члана Коморе.

У захтеву се наводе лични подаци, радна биографија, ужа специјалност, библиографија (списак објављених и реферисаних радова на конгресима и симпозијумима).

Конкурс расписује Управни одбор ЛКС септембра месеца за наредну годину и објављује на сајту ЛКС и РЛК.

Конкурс је отворен два месеца.

Предлог листе стручних надзорника обухвата лекаре свих специјалности као и њихову заступљеност по територијалном принципу, а по свим окрузима на нивоу сваке Регионалне коморе.

Предлог листе стручних надзорника подлаже Посебан одбор за стручна питања и стручни надзор ЛКС, Управном одбору ЛКС, на основу захтева и пријава на конкурс из Регионалних лекарских комора, најкасније до 15.12.2012 године, за наредну годину.

Предлог листе стручних надзорника, који је утврдио Управни одбор ЛКС директор Коморе прослеђује Министарству здравља на коначно утврђивање.

Члан 3.

Стручни надзорник је дужан да о промени података везаних за адресу пребивалишта обавести ЛКС најкасније у року од 8 дана, од дана промене.

Члан 4.

Стручни надзорник може бити разрешен:

- а) на сопствени захтев;
- б) ако се утврди да нису постојали, односно да су престали услови на основу којих је именован;
- ц) ако буде осуђен на кривично дело које га чини недостојним или неподобним за вршење послова стручног надзорника;
- д) ако му буде изречена заштитна мера забране обављања делатности у области у којој обавља надзор;
- е) ако му на основу судске одлуке буде одузета или ограничена пословна способност;
- ф) ако неуредно, несавесно или нестручно обавља надзор (ако се не одазива на позиве за надзор, одбије да врши надзор, не обави надзор у року).

Члан 5.

Нацрт предлога за разрешење даје Посебан одбор за стручна питања и стручни надзор ЛКС, а одлуку о предлогу разрешења доноси УО ЛКС, који доставља Министарству здравља на коначну одлуку.

Члан 6.

Правилник ступа на снагу даном доношења.

Председник Скупштине ЛКС
Проф. др Марина Дељанин Илић

ОПШТИ ПОЗИВ ЗА КОНФЕРЕНЦИЈУ
„ДАНИ СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ ДИЈАСПОРЕ 2012“ од 4.10. до 6.10.2012.
Организатор Конференције - Лекарска комора Србије

Поштоване колегинице и колеге,
Драги пријатељи,

Задовољство нам је да Вас позовемо да присуствујете Конференцији "ДАНИ СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ ДИЈАСПОРЕ 2012". Желимо да се и овим путем захвалимо свима коју су свим својим академским знањима и својом људском несебичношћу допринели да ова Конференција постане део наше докторске традиције, са жељом да се увећавају и наша знања и наша пријатељства.

Свесни да нас само континуирана едукација уз усвајање модерних принципа, техника и технологија може водити заједничком циљу – добробити пацијената, позвали смо најеминентније стручњаке из земље и иностранства да кроз предавања, и различите пратеће садржаје прикажу актуелне трендове и савремене ставове из различитих области наше струке и науке које ће бити насловљене у Програму свих симпозијума и курсева које смо одабрали за теме овог стручног скупа.

Позивамо Вас да кроз стручне радове и постер презентације, дискусије и питања узмете учешће и да заједнички допринесемо успеху овог за све нас важног стручног скупа.

Своје учешће на конференцији моћи ћете да пријавите секретаријату конференције на следеће: тел. бројеве: (+381 11) 3160 625, 2196 530, 3731 536 на факс број: (+381 11) 3160 862 и на ем адресу: danidijaspore2012@gmail.com

Рок за пријављивање учешћа на Конференцији : до 30.09.2012 год.
Регистрациони лист можете преузети на сајту : www.aria.co.rs и www.lks.org.rs

УПУТСТВА ЗА ПРИПРЕМУ ПОСТЕР ПРЕЗЕНТАЦИЈА

- Кратак и прецизан наслов који указује на циљеве рада
- Имена аутора, подвучено име аутора који презентује рад
- Институција, град, држава
- Апстракт треба да буде организован у 4 пасуса: циљеви, методе, резултати и закључак
- Написан у фонту Times New Roman(12) без размака између редова и пасуса
- Апстракт треба да садржи максимално 300 речи, на крају дати три кључне речи
- Метод презентације: ПОСТЕР презентација

ПОСЛЕДЊИ РОК ЗА АПСТРАКТЕ : 24. Септембар 2012 год.
АПСТРАКТЕ СЛАТИ НА ЕМ АДРЕСУ : danidijaspore2012@gmail.com

НАПОМЕНА:

Сви симпозијуми и курсеви континуиране медицинске едукације биће акредитовани од стране Здравственог савета Србије одговарајућим бројем бодова за предаваче и учеснике. Присуство свим програмима је бесплатно за све учеснике у свим градовима Србије.



ПАЖЊА!
Улазите у зону
без дуванског дима.
NO
SMOKING