

Број 12 //
Београд //
Јун //
2012 //
Година III //

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ

ГЛАСНИК

ISSN 1821-3995

Тема броја

КАПИТАЦИЈА

Анализа

ЛЕКАРСКА СТРУКА У ШТАМПАНИМ МЕДИЈИМА

Истраживање

ТЕК СВАКИ ТРЕЋИ ЛЕКАР У БЕЗБЕДНОЈ ЗОНИ

*Интервју – Проф. др Ђорђе
Бајец, директор КЦС:*

НИСМО СЕДЕЛИ СКРШТЕНИХ РУКУ

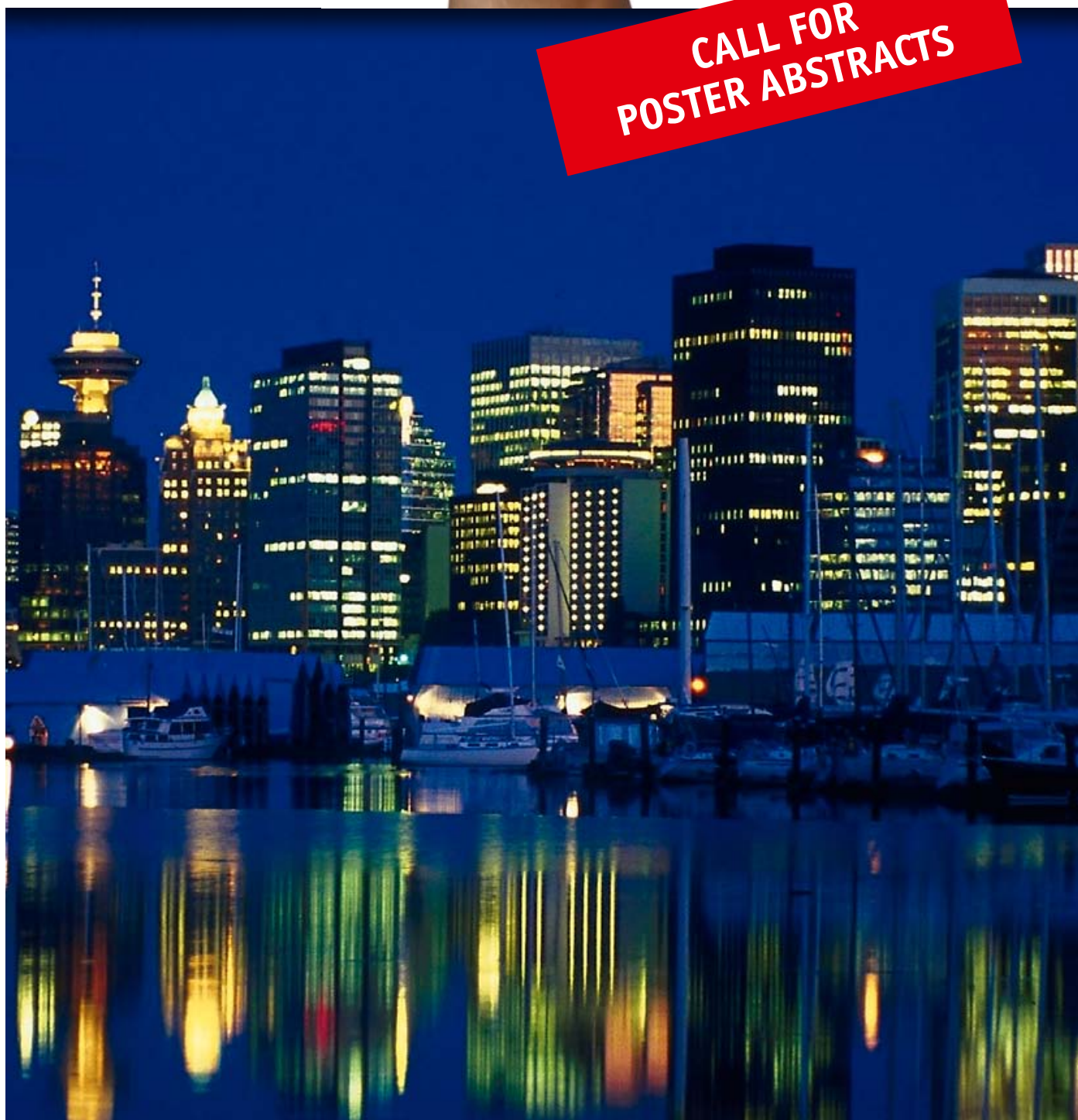


**Third International
Conference on
Violence
in the
Health Sector**



**24 – 26 October 2012
Vancouver - Canada**
**Linking local
initiatives with
Global Learning**

**CALL FOR
POSTER ABSTRACTS**



Гласник

ЛИСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ



Година IV, број 12,
јун 2012. године.

ISSN 1821-3995

Редакција:

Београд, ул. Краљице Наталије 1

Тел/факс:

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

И-мејл:

lekarskakomorasrbije@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 Миодраговић

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 сѝрана: Поликлиника
Клиничког центра Србије. Последња
сѝрана: Управна зграда КЦС

Штампа:

Штампарија „Гласник“, Београд

Реч уредника

Драги читаоци,
колеге и колегинице,
чланови Лекарске
коморе Србије,



У

овом броју нашег Гласника можете прочитати текст усвојеног Статута ЛКС, интервју са директором Клиничког центра Србије, затим шта носе Капитација у примарној, а шта Дијагностички сродне групе у секундарној и терцијарној

здравственој заштити, извештај пресека новинских чланака о лекарима и лекарској професији у домаћој штампи и још много тога.

Оно што бих волела да видим у следећем и наредним бројевима сте Ви и Ваши прилози.

Као нови уредник нашег Гласника позивам вас пре свега да нам пишете о свему што се тиче наше професије, али не само о проблемима у свакодневном раду, јер сви знамо да их има, већ и о аргументованим предлозима о томе како да се превазиђу и преброде, о успесима које сте остварили у свакодневном, али и стручном погледу и Ви и Ваше колеге, о конгресима на којима сте учествовали, студијским путовањима и боравцима и искуствима која сте на њима стекли. Ваше чланке и предлоге пропратите фотографијама које ћемо радо објавити.

Такође нам дајте предлоге о чему бисте волели да читате у Гласнику.

Све то пошаљите на: urednikglasnika.lks@gmail.com или Краљице Наталије број 1 (за Гласник ЛКС)

С поштовањем, у ишчекивању,

Др Бранка Лазић
Главни уредник Гласника
Лекарске коморе Србије

ИЗ ОВОГ БРОЈА

II ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ: КАПИТАЦИЈА Стр. 14

- ЛЕКАРСКА СТРУКА НЕЗАДОВОЉНА УРЕДБОМ
- ИЗАБРАНИ ЛЕКАРИ ПРВИ НА УДАРУ РЕФОРМЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

МИШЉЕЊА:

- КАПИТАЦИЈА ДА, НЕ У ОВОЈ ФОРМИ
- ДА ЛИ ЈЕ КВАНТИТЕТ МЕРИЛО КВАЛИТЕТА?
- УВЕСТИ ДОДАТНЕ ИНДИКАТОРЕ ЗА КВАЛИТЕТ
- КАПИТАЦИЈА (НЕ)ПРИСТОЈНА ПОНУДА
- ПИТАЊА И ОГОВОРИ О КАПИТАЦИЈИ

II ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ: ДИЈАГНОСТИЧКИ СРОДНЕ ГРУПЕ Стр. 21

- ПРИМЕНА ДСГ У СРБИЈИ
Реформа система болничког њлања
– искуство њлоштирања из 2008. године

II ПРОПИСИ Стр. 26

- СУДСКОМЕДИЦИНСКО ВЕШТАЧЕЊЕ
Решење о вештачењу и сачињавање вештачења у писаном облику

II АКТИВНОСТИ РЛК Стр. 28

- УКИНУТИ ПОДЕЛУ НА ИНТЕРНЕ И ЕКСТЕРНЕ БОДОВЕ, *тражи Одбор за медицинско образовање РЛКЈИС*
- КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА – ПРИОРИТЕТ
- СЕМИНАР О КВАЛИТЕТУ
- РЛКЦЗС: АНАЛИЗИРАН РАД ПОДРУЧНИХ КАНЦЕЛАРИЈА

II РЕАГОВАЊА Стр. 35

- ДА ЛИ СЕ УЧИМО НА ПРИЧАМА КОЈЕ СЕ ПОНАВЉАЈУ?

II МЕДИЦИНСКИ СКУПОВИ Стр. 37

- ПАЦИЈЕНТ У ЦЕНТРУ: ХОЛИСТИЧКИ ПРИСТУП

II НАША ПРИЧА Стр. 39

- ТРАНСПЛАНТАЦИЈА И НАДА И ЛЕК
У Универзитетској децјој клиници најмлађи ња-цијенти годинама на дијализи

II ПОВОДИ Стр. 41

- ДВАДЕСЕТ ГОДИНА РАДА
ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ „МЕДИЛЕК“

II ДА СЕ НЕ ЗАБОРАВИ Стр. 45

- ПРАВДА ЗАКАСНИЛА
ВИШЕ ОД ШЕСТ ДЕЦЕНИЈА
Жртва неразумног времена:
др Александар Павловић

II ВЕСТИ И ЗАНИМЉИВОСТИ Стр. 46

II СТАТУТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ Стр. 50



6-9

Лекарска струка У штамним медијима

Ог 2007. до 2011. створена необјективна слика
о лекарској струци, указује њрим. др Тађјана
Рагосављевић, директорка Коморе



21-22

Значај ДСГ за лекарство Србије

Пошто смо усвојили аустралијски
систем ДСГ, он мора да буде
успешан нашој земљи,
смишља др Милан Симић



10–13

Проф. др Ђорђе Бајец: Нисмо седели скршћених руку

*У очекивању нових кула, у КЦС реновирано
девет операционих сала и 12 просторија
за интензивну негу*



14–17

Учинак коришћује зараде лекара

*Од 1. јула гео ће се изабраних лекара
у нашој земљи обрачунавати се према
учинку // Преносимо искуства
других земаља, али и како на најављене
промене ће дају лекари из праксе*



33–34

Крећашем до здравља

*Алармантни резултати анкете
међу припадницима лекарске
професије: Већина лекара недовољно
физички активна*



41–43

Јубилеј прве српске бебе из ејрувете

*Овог месеца навршава се 25 година рођења
првој људској беби у Србији зачећој
изван тела жене*

Лекарска струка у штампаним медијима (2007–2011)

АУТОР: ПРИМ. ДР ТАТЈАНА РАДОСАВЉЕВИЋ, ДИРЕКТОРКА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ



„...Никада се не свађајте са онима који купују мастило на бачве и папире на тоне. Новинари су плаћени да преносе вести које нађу онако како их сами тумаче. Они ће увек имати последњу реч о некој ствари, увек, увек...”

Колико пута вам је на трафици пажњу привукао неки наслов типа „Доктори ми убили дете“, „Погрешна дијагноза изазвала смрт“ или „Породиља преминула због немара“? Иако за медије нико није, и не треба да буде, недодирљив, питање мере у свему томе често је ствар опредељења редакције да се на такав начин скрене пажња читаоцима и подигне тираж.

Ни друге професије нису поштеђене, али, утисак је да је „око јавности“ више и чешће уперено у лекаре, управо због велике одговорности коју има та професија.

Медицина и здравство не постоје због себе самих. Свима, кад – тад, затреба услуга здравственог система, па их стога и занима шта се у њему догађа.

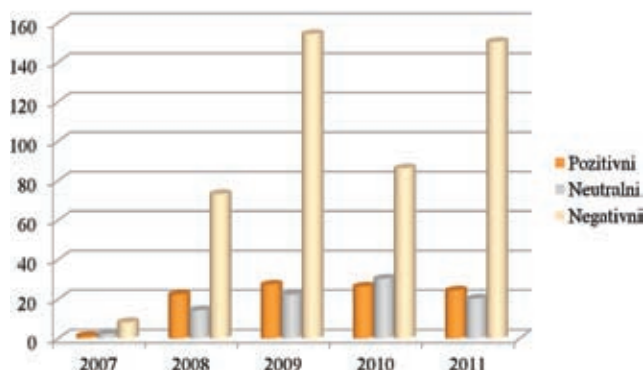
Медије занимају:

- теме које занимају општу јавност
- чешће лоше, него добре вести
- нови видови
- прави одговори и
- вести за насловну страну

Новинари лекарима нису непријатељи, али нису ни пријатељи. Међутим, нема апсолутних критеријума шта је вест и шта чини вест.

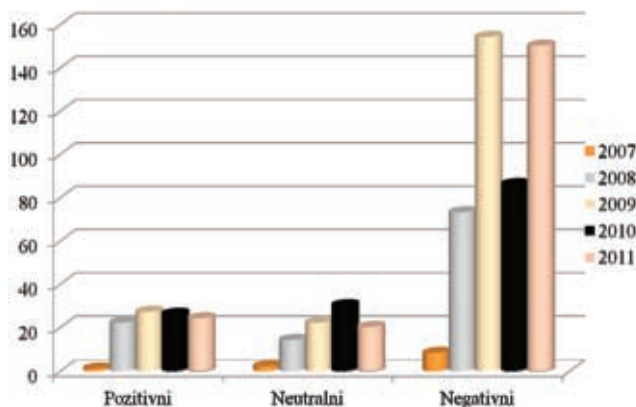
Лекарска струка у штампаним медијима у посматраном периоду од 2007 до 2011

Distribucija tekstova prema stavu o lekarskoj struci po godinama



Лекарска струка у штампаним медијима у посматраном периоду од 2007 до 2011

Distribucija tekstova na osnovu stava o lekarskoj struci



Новинари морају одговорити на питања: ко, шта, зашто, како, када и где. Све остало може довести до појаве трачева, до погрешне процене ризика, створити негативан углед појединца и институције и довести до губитка поверења.

ЗАДАТАК НОВИНАРА ЈЕ ДА СТВАРИ ОКО ЛЕКАРСКЕ ГРЕШКЕ ЧИНЕ ВИДЉИВИМ, А НЕ ДА ИХ ПРОЦЕСИУРАЈУ.

Сензационализам је:

- ако оно што се износи не одговара истини
- окривљавање без доказа и презумције невиности
- навођење пуног имена и презимена
- непоштовање интима ни, чак, лекарске тајне
- није сваки трагичан догађај лекарска грешка, већ и последица других фактора

СВЕ ЈЕ ВЕСТ ИЛИ ТО МОЖЕ ПОСТАТИ

Из права на информацију, слободу изражавања и критику, произилази и обавеза новинара на изношење истине, уравнотежене и проверене информације (порекло, истинитост и потпуност) о појавама, личностима и догађајима о којима јавност има оправдан интерес да зна.

Лекар обавља сложен, одговоран и стресан посао лечења пацијената. Здравствена делатност је јавна делатност. Лекар поштује одредбе Кодекса професионалне етике. Чести су напади на лекаре у обављању посла. Исто толико, а можда и нешто више, мисли да су лекари корумпирани.

Новинар помаже остваривању права јавности да буде упозната са чињеницама, обликује вести и учествује у формирању ставова. Новинар поштује одредбе Новинарског кодекса. Чести су напади на новинаре у обављању посла. Нешто више од трећине грађана мисли да су новинари корумпирани.

У пролеће 2007. анкета рађена у земљама Европе, показује да је индекс поверења за лекаре 3,2 одсто, а за новинаре 2,2 одсто, а у земљама у транзицији ове бројке су нешто приближније и сличније (81 одсто у корист лекара и 53 одсто у корист новинара).

У једној новинарској радионици петнаестогодишња девојчица изјављује: „Посао новинара је да размишља 24 сата, да гледа стално око себе, примећује чудне ствари и затим друге обавештава о томе. Новинари су и лекари људског друштва.”

**КОМУНИКАЦИЈА ЈЕ НЕОПХОДНА,
А ТАКОЗВАНА КРИЗНА КОМУНИКАЦИЈА
ПОЧИВА НА ПРАВИЛУ, КОЈЕ ЈЕ ИСТО КАО
И У МЕДИЦИНИ: Прво не нашкодити
(„Primum non nocere“)**

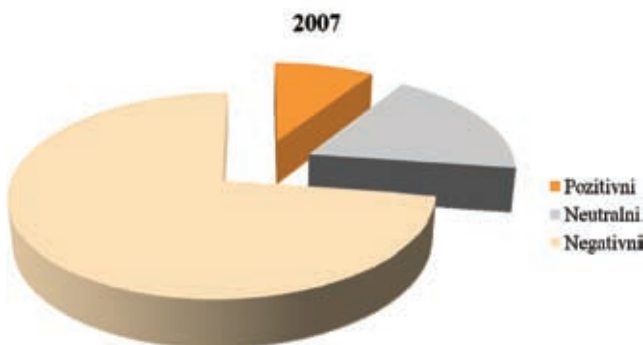
Новинарски кодекс регулише понашање новинара. Новинар ће у свим ситуацијама и без изузетка бранити начела слободе информисања, штитећи право на информацију и изражавање коментаторског и критичког става, држећи се строго правила да су чињенице обавезне, а ставови слободни.

Новинар ће се нарочито борити против искривљавања чињеница и против цензуре.

Новинар је дужан да благовремено исправи сваку штетну нетачност путем исправке и извињења одређеној личности или установи, омогућајући право на одговор критикованим особама, уколико је реч о достојном предмету расправе.

Лекарска струка у штампаним медијима 2007

Distribucija tekstova na osnovu stava o lekarskoj struci



Новинар ће одбити све привилегије које би могле да утичу на независно обављање његових професионалних дужности. Новинари не смеју користити, подстицати или оправдавати стереотипе приликом обраде тема које се тичу било које од друштвених група.

Анализа медијског извештавања обухватила је постојећи Пресс клиппинг Лекарске коморе Србије у периоду од 2007. до краја 2011. године. Издвојени су текстови који се тичу ЛКС и лекарске струке, а потом, у квалитативној анализи, разврстани су у три категорије према вредносном одређењу садржаја текста, односно преовладавајућем тону и усмерењу на: позитивне, неутралне и негативне

У наставку анализе, издвојене су доминантне теме, а посебну пажњу обратили смо на наслове.

Година 2008.

Доминантне теме биле су: Судови части, лиценцирање, лекарске грешке, вечерње клинике. Случај др С. Н. био је актуелан у лето 2008, а колеге су га оптуживале за смрт пацијенткиње четири године раније.

Неки од наслова исте године били су: Лекар опљачкао Црвени крст, Људи у белом завише нас у црно, Доктори под сумњом, Због убиства ... ухапшен анестезиолог, Лекари под лупом попиције, Истрага против лекара, Лекари и сестре малтретирају породиље.

Више текстова бавило се потребом да лекари добију статус службених лица, а та тема актуелна је и даље.

Наслови су сугестивни и лекарску професију везују за изгубљено поверење, смрт пацијента, жалбе, тужбе, узимање мита, чак и пре истраге читалац се наводи на заузимање става о кривици лекара. Суђења лекарима једна је од незаобилазних тема. Најчешће је фактографско, али се увек наводи пуно име лекара.

Зарад држања тензије јавности, новине често саме креирају „заплет“ – суђење је одложено, док оптужени мирно спава.

Догађаји који су обележили 2008. годину:

- 17. 2. – КОСОВО ПРОГЛАСИЛО НЕЗАВИСНОСТ
- 21. 2. – МИТИНГ У БЕОГРАДУ – ПАЉЕНЕ АМБАСАДЕ
- 11. 5. – ПАРЛАМЕНТАРНИ ИЗБОРИ
- 21. 7. – УХАПШЕН КАРАЏИЋ

Година 2009.

Наслови о грешкама лекара увек привлаче пажњу, нарочито кад погрешни поступак доведе до губитка органа, радне способности или смртог исхода. Неки од наслова били су: Хирургу сломио лобању, Секиром се светио за ампутирани прст, Лекар страдао грешком. „Затвор“ у наслову такође „пуни“ новине, нарочито ако је актер доктор. Стручност доктора се неретко доводи у сумњу. Лекари се доводе и у везу са наркомафијом, тачније – појединци уместо да лече, растурају дрогу.

Догађаји који су обележили годину:

- 4. 1. – ПРОТИВТУЖБА ХРВАТСКОЈ
- 31. 8. – ЗАКОН О ИНФОРМИСАЊУ (ПРОТИВ МЕДИЈСКИХ СЛОБОДА – ОДЛОЖЕНО УСВАЈАЊЕ)
- 17. 9. – ПРЕТУЧЕН БРИС ТАТОН
- ОТКАЗАНА ПАРАДА ПОНОСА
- ПРОГЛАШЕНА ПАНДЕМИЈА ХИНИ
- 2. 11. – ПОТПИСАН УГОВОР О НАБАВЦИ ВАКЦИНА
- 26. 12. – КОНТРОВЕРЗЕ ОКО ИЗБОРА СУДИЈА И ТУЖИЛАЦА

Година 2010.

Доминантне теме биле су: корупција у здравству и лекарске грешке. Притом, не користе се уобичајени термини „због сумње да је извршио убиство“... већ се читаоцу директно сугерише да је лекар-убица. Негативни поени за струку делимично су проистекли из различитих ставова по питању вакцинације против новог грипа, чиме је створена додатна конфузија у јавности. Велики број тек-

2010.



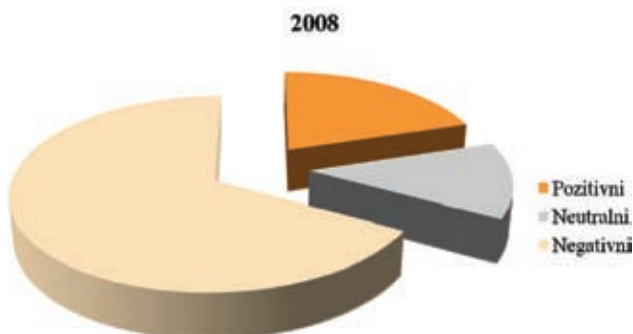
стова бавио се последицама губитка поверења пацијената у лекаре који су постали мета огорчене родбине пацијената и претрпели повреде на радном месту. Годину 2010. обележила је и „афера цитостатици“. Неки од наслова те године били су: Злочин у белом мантилу, Лекар ухапшен због 100 евра, Пацијент претукао лекарку, Лекари крали паре на лажним операцијама, Жртва немара, Пропусти лекара убили нам бебу, Хапшење онколога и фармацеута због сумње на мито, Хирург пао због мита, Ухапшено још пет онколога, Лекарка крива за смрт бебе?.

Догађаји који су обележили 2010. годину:

- 1. 1. – НЕМА ВИШЕ ВОЈНЕ ОБАВЕЗЕ
- УПИТНИК ЕУ ПРЕДАТ ЦВЕТКОВИЋУ
- 30. 3. – СКУПШТИНА СРБИЈЕ-ДЕКЛАРАЦИЈА О ОСУДИ ЗЛОЧИНА У СРЕБРЕНИЦИ
- 8. 4. – УХАПШЕНА КАТАРИНА РЕБРАЧА – ПРОНЕВЕРА ХУМАНИТАРНЕ ПОМОЋИ

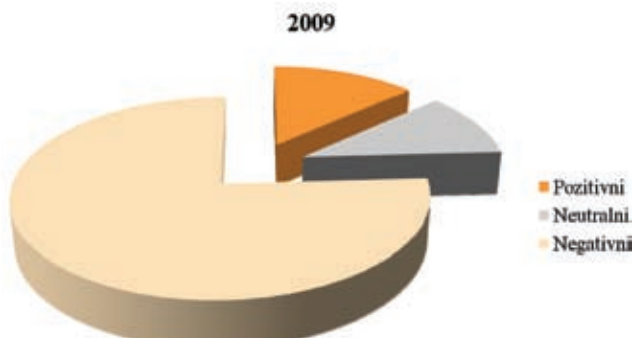
Leкарска струка u штампаним медијима 2008

Distribucija tekstova na osnovu stava o leкарској струци



Leкарска струка u штампаним медијима 2009

Distribucija tekstova na osnovu stava o leкарској струци





- 22. 7. – МСП – ПРОГЛАШЕЊЕ НЕЗАВИСНОСТИ КОСОВА ЈЕ У СКАДУ СА МЕЂУНАРОДНИМ ПРАВОМ
- 10. 10. – ПАРАДА ПОНОСА – ПОВРЕЂЕНО 132 ПОЛИЦАЈЦА И 25 ГРАЂАНА

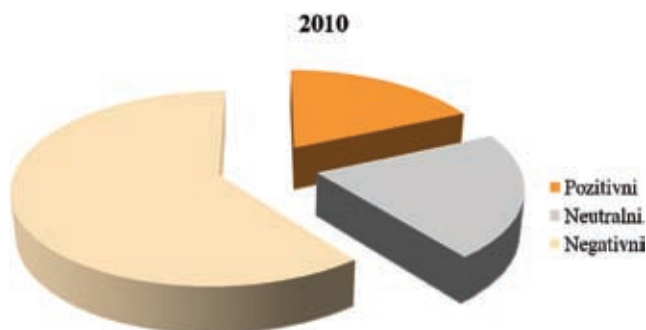
Година 2011.

Неки од наслова били су: Заборавили Хипократа, Осуђени лекари, Децу убија незнање лекара, Неурохирург на слободи, Лекари се богате на експериментима, Претњама до рецепта, Лекар малтретирао глувонему трудницу, Преминула породица.

Прошле године штампани медији најчешће су се бавили темама као што су „афера цитостатици“, смрт пацијената услед (потенцијалне) лекарске грешке, корупција лекара – одузимање лиценце. Медији су често указивали на тамну страну појединих доктора, аферу у Хитној помоћи, истрагу о вакцинама, чак и крађу научног рада.

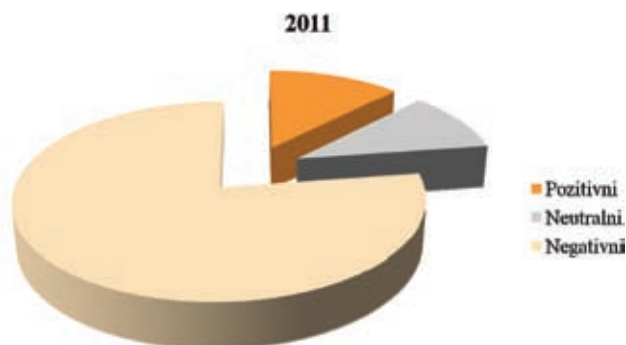
Лекарска струка у штампаним медијима 2010

Distribucija tekstova na osnovu stava o lekarskoj struci



Лекарска струка у штампаним медијима 2011

Distribucija tekstova na osnovu stava o lekarskoj struci



Породице преминулих пацијената неретко су преко медија скретале пажњу јавности на пропусте – не само лекара, него и правосудних органа.

С друге стране, велика пажња у медијима дата је осигурању од професионалне одговорности – које лекарима даје сигурност да не беже у „дефанзивну медицину“.

Догађаји који су обележили 2011:

- 28. 1. – ОСТАВКА ТОМИЋЕ МИЛОСАВЉЕВИЋА
- ИЗАБРАН НОВИ МИНИСТАР ЗДРАВЉА
- 15. 2. – ТРГОВИНА ЛИСТАМА ЧЕКАЊА
- 21. 6. – АФЕРА ГАЛЕНИКА
- 19. 9. – УХАПШЕНА СВЕТЛАНА ВУКАЈЛОВИЋ ЗБОГ АФЕРЕ ВАКЦИНА
- НАПАДИ НА ЛЕКАРЕ СВЕ ЧЕШЋИ
- ЈАНУАР СМЕЊЕН МЛАЂАН ДИНКИЋ
- 26. 5. – УХАПШЕН РАТКО МЛАДИЋ
- АНГЕЛА МЕРКЕЛ ЗАХТЕВА ДА СЕ ОДРЕКНЕМО УТИЦАЈА НА СЕВЕРУ КОСОВА
- 9. 12. – ЕВРОПСКИ САВЕТ – ОДЛОЖЕНА КАНДИДАТУРА

За медије нико није недодирљив. Постоји осећај лекара да медији воде неку врсту крсташких ратова са више или мање познатом намером.

Истовремено, лекари не треба да се помире са медијским нападима, како, неретко, доживљавамо пажњу медија, већ је неопходно усвојити комуникацијске вештине важне за комуникацију са медијима, али истовремено знати шта чинити када је нанесена штета објавом у медијима

Питање од кога би требало да пођу сви посленици медијске сцене у Србији јесте: ако изгубимо поверење у лекаре, ко ће нас лечити? Исцелитељи, надрилекари или ми сами? Није намера да се оправдавају и пренебрегавају лоше појаве, већ да се оне јасно изнесу, а струка остане на висини задатка. II

ИНТЕРВЈУ: ПРОФ. ДР ЂОРЂЕ БАЈЕЦ,
ДИРЕКТОР КЛИНИЧКОГ ЦЕНТРА СРБИЈЕ

НИСМО СЕДЕЛИ СКРШТЕНИХ РУКУ

// ТОКОМ НАРЕДНИХ ГОДИНА КЦС ДОБИЋЕ НОВИ ИЗГЛЕД, А У МЕЂУВРЕМЕНУ УЛАЖЕ СЕ У ОНЕ СЕГМЕНТЕ КОЈИ ЋЕ ОСТАТИ НА ПОСТОЈЕЋИМ ЛОКАЦИЈАМА И ПО ЗАВРШЕТКУ ДВЕ КУЛЕ // ЕНДОСКОПСКА ХИРУРГИЈА ЈЕСТЕ ПРАВАЦ У КОМЕ ЋЕ СЕ ИЋИ И У ГРУДНОЈ ХИРУРГИЈИ, КАРДИОХИРУРГИЈИ И ВАСКУЛАРНОЈ ХИРУРГИЈИ //



НАШ ЗАДАТАК ЈЕСТЕ ДА ПОПРАВИМО „СЛАВИЈЕ“ ДЕЛОВЕ КЦС: ПРОФ. ДР ЂОРЂЕ БАЈЕЦ

Клинички центар Србије, највећа здравствена установа у земљи у којој се годишње обави око два милиона прегледа, у наредним годинама требало би да добије нови изглед, као и боље услове за третман пацијената. О пословању КЦС, куће у којој се углавном обавља најсложенији, терцијарни ниво здравствене

заштите, увођењу нових служби и нових терапијских метода, али и проблемима са којима се руководство тог здравственог „џина“ сусреће – за Гласник Лекарске коморе говори проф. др Ђорђе Бајец, директор Клиничког центра Србије.

Где се, у њоређењу са светом, данас налази Клинички центар?

Рад појединих сегмената Клиничког центра на врхунском је светском нивоу. У другим, међутим, каскамо за светом. Сада, када смо „стабилизовали“ рад Клиничког центра, а било је хиљаду проблема у протекле три године откада сам ја на месту директора, наш задатак је да покушамо да поправимо оне делове у којима

смо слабији. Кадровска опремљеност веома је лоша на пулмологији и грудној хирургији. Једноставно, кадрирање протеклих година није било адекватно, те клинике нису подмлађивале кадар, док су се стари кадрови „осипали“, одласком у пензију. Озбиљан задатак свих нас у том сегменту јесте да помогнемо и развијамо грудну хирургију како не би заостајала за развијеним земљама. Уколико се рад клинике сведе на једног или два лекара, онда ту нешто није у реду, посебно у установама какав је Клинички центар. Постоји још неколико таквих делова. Мој план је да током наредне четири године идемо неколико корака унапред.

Једна од новина коју смо увели јесу лапароскопске интервенције код екстремно гојазних пацијената. Реч је о хируршкој техници која може да се примени у било ком сегменту абдоминалне хирургије. Значи, то је хируршка техника која је применљива и код операција желуца, дебелог црева, јетре, панкреаса, надбубрега. Мој циљ је да то не радим само ја, него да ту салу, опрему коју имамо, користе и други наши хирурзи након адекватне обуке. То већ полако постаје реалност.

Исто тако, ендоскопску хирургију то јест торакаоскопску хирургију, неопходно је примењивати и у грудној хирургији, кардиохирургији, васкуларној хирургији. Имамо опрему и кадрове, али треба да се обуче на адекватан начин. То је правац у коме треба да идемо у наредном периоду. Раније се сматрало: велики рез – велики хирург. А, данас: што мањи рез и мања траума пацијента – то је већи хирург, а уради оно што треба. То је основ онога где треба да се развијамо да би све било на том нивоу, а ендоскопске процедуре раде се и у гинекологији и урологији. На гинекологији је недавно отворена операциона сала, намерно смо чекали да прођу избори. Припреме су трајале протеклих годину дана, а све у функцији стварања бољих услова за рад у Клиничком центру.

Клинички центар Србије је својеврстан „град у граду“. Колика је тежко све сеимење ускладиши, с обзиром на то да у његовом саставу раде 23 клинике и 13 центара кроз које годишње прође „армија“ пацијената?

Генерално гледано, КЦС заиста је „град у граду“, где свакодневно кроз наше капије прође 20.000 пацијената. Велики проблем представља не-



Клинички центар Србије

достатак паркинг места. Јер, људи заиста са разлогом долазе у болницу као што је Клинички центар и постају нервозни када немају где да се паркирају. Нама је на располагању само 1.150 паркинг места, а имамо 1.500 доктора и 3.000 медицинских сестара. У Клиничком центру запослено је око 8.000 људи. Нема довољно паркинг места ни за запослене у КЦС, а свакодневно нам долазе пацијенти не само из Београда, него и унутрашњости. То је један од приоритетних проблема који морамо решити у наредном периоду од четири године.

С друге стране, као када наследили стари теткин стан, морате да га узмете такав какав је и – да га сређујете. И ми смо „наследили“ Клинички центар. Једноставно, то је нешто што постоји овде, а поједине зграде у његовом саставу старе су и више од 100 година. Постоји историјат како су се развијале те клинике, како је створен Клинички центар, који је сада овакав какав је. Веома је важно што ће у следећем мандату од четири године бити завршена реконструкција КЦС, а очекујемо да у томе помогне нова влада. Новац је обезбеђен, пројекти су на самом крају и требало би да све иде неким својим током.

Мислите на две куле о чијој изградњи се прича последњих година?

Да. Њихова изградња не зависи директно од нас, од управе КЦС, директора клиника, већ искључиво од Министарства здравља и Владе Републике Србије. Куле ће имати најсавременију опрему. У међувремену, нисмо седели скрштених руку! Покушавали смо да средимо затечену ситуацију што више можемо.

Настојимо да ниједан пацијент не буде враћен из Клиничког центра, да сви изађу задовољни. То је, међутим, немогуће, јер је болест некада таква да доводи до компликација или, чак, смртог исхода.

Више људи сће јавно уступајали у одбрану „белих манџила“ од необјективної писања њихових медија.

Погађа ме када неки штампани медији објаве неку ружну слику о КЦС, каква, једноставно, не стоји. Новинарска професија мора да прикаже и једну и другу страну, предочи њихове аргументе и да, на тај начин, омогући јавности да донесе суд. Кад год је нешто ружно објављено о Клиничком центру, било је једнострано, чиме се само прави дестабилизација друштва. Јер, онда грађани губе поверење у лекаре. Један део политичке кампање протеклих година довео је до тога да се „испрљају“ сви „бели мантили“, повезујући их са корупцијом. Због тога смо прошле године радили кампању „Правдол“, са циљем да информишемо наше пацијенте да у Клиничком центру Србије ништа не плаћа, као и коме могу да се обрате, па и мени као директору, уколико им неко тражи било какав новац за здравствене услуге.

Где ће у наредном периоду бити тежиште улагања у Клиничком центру Србије? Шта су приоритети?

Пре свега улажемо у оне сегменте КЦС који ће остати на постојећим локацијама. Неуролошка клиника, остаје у истом објекту, а кадровски је веома јака и опремљена на

нивоу европске клинике. Мораће-мо пуно да улажемо у Неурохи-руршку клинику. Недавно су тамо завршене просторије интензивне неге и поправљен је кров, колико год то звучало прозаично, али ако кров прокишњава- вода ће уништи-ти реновиране операционе сале и интензивну негу. Сада купујемо нове стерилизаторе. Речју, улаже-мо у оне сегменте који ће остати на истом месту и по завршетку ку-ла. Пуно тога урађено је на на Гине-колошко-акушерској клиници – од нове фасаде и прозора, до опрема-ња просторија за интензивну негу и реконструкције операционог блока. Протеклих година реконструисано је укупно девет операционих сала и 12 просторија намењених интен-зивној нези, а то је срж, „срце“ Кли-ничког центра, иако то пролазници не могу да виде. Много новца уложено је у реконструкцију водо-водних цеви, инсталација и другог. Осим новог ламината, кабинет ди-ректора није мењан 30 година, јер сам желео да прво поправимо усло-ве у којима се лече пацијенти.

Сада је наступио „други период“ у коме се сређују и неке за пацијенте мање важне ствари. Тридесетак го-дина на кули КЦС не ради сат. Када је та машинерија скинута, видело се да је неки метак прошао кроз њу и покварио је. Направљен је нови сат који је задржао изглед првобитног, а покреће га дигитални механизам, један од најсавременијих. Време се стално усклађује са средњим вре-меном по Гринвичу. Срамота је да тај сат, украс Београда и украс Кли-ничког центра, не ради. И разваље-на капија на улазу у круг Клинич-ког центра је добила нови изглед и функцију. Када пацијент улази кроз руинирану капију може да помисли шта га тек очекује у операционој са-ли. Све то радимо ради добробити наших пацијената.

Збрињавање најкомпликованије случајеве из земље и региона. Али, КЦС и даље шири пријатисак као да је обичан дом здравља, а не здравствена установа највишег нивоа. Може ли се то променити?

Ниједног пацијента који дође у Клинички центар ми не враћамо! Али, о том проблему мора да се раз-говара на свим нивоима. Као што је познато, ми смо терцијарна здрав-ствена установа. Установе примар-ног и секундарног нивоа покуша-вају свим снагама да раде пуним капацитетом, али треба још ради-ти на томе и, заиста, прва врата на која закуца пацијент не треба да бу-

ХИРУРГИЈА КАО НАЧИН ЖИВОТА

Шта бисте били да нисте постали хирург?

Када сам размишљао о упису на факултет, помишљао сам да будем архитек-та, али је пријемни тада био тежак, тако да бих вероватно „завршио“ на ДИФ-у, јер волим и спорт, нарочито тенис и скијање.

Како сте се одлучили за хирургију?

Хирургију сам заволео, пре свега, због тога што је мој отац био професор хи-рургије и од малена сам растао уз неке зелене компресе, хируршке инструмен-те, слајдове за предавања која је отац припремао. Осим тога, мој брат од стрица један је од најуспешнијих микрохирурга на свету, а мој рођени старији брат био је успешан абдоминални хирург. Растао сам у таквој средини. Од малих ногу нисам хтео да будем доктор јер још нисам ни знао шта то значи, а хтео сам да будем хирург. Сву своју енергију током студија медицине усредсредео сам на хирургију. Сваки слободни тренутак моје друштво користило је да оде на жур-ку или тако нешто, док сам ја одлазио на дежурства, па се у два по поноћи при-друживао другарима на журци. Покушавао сам да свакодневно будем на хи-рургији. Тако се дешавало да, примера ради, на почетку каријере на годишњем одмору проведем само по два-три дана током године. И то сам настојао да буде викенд, да не бих губио ниједан оперативни дан. Буквално тако.

Како се борите против стреса?

Иако многи кажу да је хирургија стресоген посао, за мене је релаксирајући. Ако знаш шта радиш, идеш из најбоље намере да помогнеш пацијенту, ула-зак у операциону салу није никакав стрес, него релаксација. Све дуго је за ме-не стрес. Успео сам да спојим у томе и посао и хоби. Једноставно, хирургија је за мене начин живота.

Влада мишљење да хирурзи воле да попију. Ја заиста не пијем ништа, чак ни вино. Покушавао сам да узмем по једну чашу црног вина због здравља, али сам одустао увиђајући ми ни то не прија, јер ме после боли глава, чим поми-ришем мало алкохола.

Колико пажње придајете рекреацији?

Са више од 50 година, колико имам, покушавам да са Доктором Филгудом проведем неколико тренинга недељно, а осим тога бавим се тенисом и скија-њем. Те спортове волим од малих ногу.

ду у Клиничком центру, већ у дому здравља и установама које припа-дају секундарном нивоу. Због тога мислим да би требало озбиљно раз-говарати са Министарством здра-вља и још једном прецизирати које услуге се раде на ком нивоу здрав-ствене заштите. Примера ради, мо-жда операције киле или жучне кесе не би требало да се обављају у Кли-ничком центру, већ неке сложеније хируршке интервенције. И обратно. Дешава се да се у установама секун-дарног новца раде неке веће хирур-шке процедуре и некад, због ком-пликација, ти пацијенти заврше у Клиничком центру. То постаје ве-лико финансијско оптерећење за здравствени систем, велико опте-рећење за рад Клиничког центра, за те људе који су започели, прак-тично, једну „авантуру“.

Имаће и пацијенте из земаља у окружењу?

Потписали смо уговоре о сталној сарадњи са фондовима здравствен-ног осигурања Црне Горе, Републи-ке Српске, Дистрикта Брчко. Имамо и пацијенте из Македоније, Хрват-ске, чак и Америке, али су то спо-радични случајеви.

Клинички центар Србије највећа је установа у нашој земљи у којој се лече онколошки пацијенти. Када ћеће моћи да заокруже сва три вида терапије- оперативну, хемио и радиотерапију?

Клинички центар има велики проблем у вези са лечењем онколо-шких пацијената. Некада је Онко-лошки институт био у оквиру КЦС, али се, из неких разлога, у једном тренутку издвојио. Клиничком цен-тру тиме су „одсечене ноге“. С дру-ге стране, у сваком делу наше уста-нове има пацијената са малигним

обољењима. Једноставно, овде им се поставља дијагноза, овде се лече. Међутим, завршетак лечења не можемо да одрадио. Онколошки институт је пребукиран, а у КЦС планирано је да се развијају онколошке службе, како за хемотерапију, односно примену цитостатика, тако и за радиотерапију, односно примену зрачења. То захтева велика средства и отварање нових капацитета. Али, уверен сам да Србија треба да направи тај искорак. План је да то буде у новом објекту Клиничког центра.

Недавно је било проблема са радиофармацеутицима?

Радиофармацеутици неопходни су код снимања ПЕТ скенером, али њихова набавка нема везе са Клиничким центром, већ је настао застој у тендеру на нивоу државе. У питању је веома „проблематичан“ материјал, зато што је радиоактиван и захтева посебан транспорт и примену у кратком периоду. Влада је донела одлуку да се иде у правцу куповине циклотрона, уређаја

дестинације. То је будућност, али не сме да буде далека будућност, већ оно што ће се дешавати у КЦС у наредне две или три године.

Пре јодину дана увели сће операције екстремно гојазних, о трошку Републичког фонда за здравствено осигурање. Колико је до сада оперисано пацијената и какви су резултати тих интервенција?

Почетком јуна обележили смо годину дана од увођења тих хируршких захвата који су до сада примењени код стотину пацијената. Већ смо добили и сертификат Европске уније, Европског удружења и прихваћени смо као Центар за гојазност. То је велика почаст за нас. У гостима нам је био и председник Европског удружења које се бави гојазношћу, који је такође подржао наше удружење у оквиру Клиничког центра, као и наш Центар. То је још једна потврда нашег доброг рада за који смо се припремали три године, а Центар ради тек годину дана, јер смо хтели да идемо у не-

ла итд, једноставно ти лекови више нису потребни, чиме се растеређује буџет Фонда здравственог осигурања, а новац уложен у операције желуца код екстремно гојазних – враћа се и доноси уштеде.

У оквиру операција гојазних постигли смо светске резултате. Баријатријска хирургија представља једну од терапијских могућности за лечење патолошке гојазности. Сам третман се не завршава хируршком интервенцијом, већ захтева пажљиво праћење да би се смањила могућност поновног добијања у телесној тежини и осигурала добра контрола здравствених проблема повезаних са гојазношћу. Пацијенти губе онолико килограма колико је планирано и буквално ни код једног пацијента до сада није било одступања од протокола који су постављени у свету. Наравно, у питању су екстремно гојазне особе, а не пацијенти који имају пет или 10 килограма више или треба да држе дијету две недеље, већ они који треба да ослабе и по стотину килограма. У просеку, после операције желуца наши пацијенти губе од осам до 12 килограма месечно.

Планирасте ли увођење још неких нових метода?

План је да се у Клиничком центру ради трансплантација срца, да побољшамо трансплантације јетре, да побољшамо услове у којима се одвија трансплантација бубрега. У том сегменту радићемо пуно у наредних година дана, а очекујем добре резултате.

Дуговања за уплате доприноса Фонду здравственог осигурања износе више од 85 милијарди динара, а многе здравствене установе „кубује“ са испуњавањем обавеза према добављачима. Како у постојећој финансијској ситуацији „плива“ Клинички центар?

Клинички центар Србије једна је од ретких здравствених установа у нашој земљи без дугова. Тачније, дуговања постоје, али према Клиничком центру. Имамо стабилну финансијску ситуацију. Готово 1.000 људи запослено је на одређено време, а за њих Клинички центар обезбеђује плате из сопствених средстава. Никада се није десило да те зараде нису исплаћене. Обавезе према нашим добављачима извршавамо у дозвољеним роковима. Иако је неликвидност велики проблем система здравства на различитим новоима, ми никога не дугујемо, али други дугују нама више од три милиона евра, што је огромна сума.

Јасмина Томашевић



Ендоскопска хирургија је правац у коме треба ићи: савремена операциона сала

за производњу радиофармацеутика, који је неопходан и Институту Винча и Клиничком центру. Нађено је „соломонско“ решење – обе установе добиће по један апарат те врсте. Циклотрони производе радиоактивни материјал који због кратког времена распада треба да је близу машине на којој се примењује (ПЕТ скенер). Некада је такав радиофармацеутик применљив, „жив“ само неколико минута, тако да га није могуће транспортовати на удаљене

што потпуно сигурно. Добро је што је Републички фонд за здравствено осигурање препознао да новац уложен у те операције доноси уштеде кроз две-три године. Ускоро ћемо изаћи у јавност са резултатима студије која ће обухватити првих сто пацијената, како би се видело колико смо, заправо, уштедели држави. Студија би требало да буде завршена током јуна. Пацијентима који су узимали лекове за шећерну болест, хипертензију, смањење холестеро-

>>>>>> ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ:

Лекарска струка незадовољна уредбом

Иако је мање од две седмице остало до 1. јула, када ће почети да се примењује нови начин обрачунавања зарада изабраним лекарима, недоумице и сумње међу припадницима лекарске професије још постоје.

У Републичком фонду за здравствено осигурање одржан је последњег дана маја састанак представника Фонда са делегацијама Лекарске коморе Србије, Српског лекарског друштва, Синдиката ле-

кара и фармацеута Србије, Синдиката запослених у здравству, Асоцијације слободних и независних синдиката, као и недавно формираног удружења лекара породичне медицине. На састанку је било речи о спорним тачкама Уредбе о корективном коефицијенту, према којима ће се зараде изабраним лекарима исплаћивати почев од 1. августа. Представници Фонда више пута су нагласили да ниједан начин плаћања није савршен, тако да ће ова Уредба у наредним верзијама си-

гурно бити коригована. Лекари „сатерена“ навели су своје и примедбе својих колега, а било је предлога да се Уредба повуче.

Представницима лекарске струке предочено је да су, после девет састанака у Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“ са представницима домова здравља широм Србије, формулисана и прослеђена Министарству здравља три конкретна захтева за побољшање Уредбе, тачније њене наредне верзије.

ИЗАБРАНИ ЛЕКАРИ ПРВИ НА УДАРУ РЕФОРМЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

КАПИТАЦИЈА – ВАГА ЗА МЕРЕЊЕ УЧИНКА?

// РЕОГРАНИЗАЦИЈА ДОМОВА ЗДРАВЉА НА ПРИНЦИПУ ИЗАБРАНОГ ЛЕКАРА ПРАЋЕНА ЈЕ КАПИТАЦИЈОМ – НОВИМ НАЧИНОМ ФИНАНСИРАЊА ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ, А ОД 1. ЈУЛА ДЕО ПЛАТЕ ИЗАБРАНИХ ЛЕКАРА ОБРАЧУНАВАЋЕ СЕ ПРЕМА УЧИНКУ // КАКВА СУ ИСКУСТВА ДРУГИХ ЗЕМАЉА //

Изабрани лекари који раде у примарној здравственој заштити - лекари опште медицине, педијатри, гинеколози и стоматолози - од 1. јула део плате добијаће према учинку. Реч је, заправо, о почетку примене капитације, новог начина финансирања који је према Уредби о корективном коефицијенту уведен од 1. јануара ове године.

Иако је међу лекарима суштина капитације данас много боље схваћена него пре пар година, и даље постоје сумње у то да ће нови систем плаћања бити сасвим правичан. Док, с једне стране, здравствене власти у Србији тврде да ће капитација донети бољитак како пацијентима, тако и лекарима (пацијентима већу бригу

за њихово здравље, а докторима адекватну награду за уложени труд), с друге стране, изабрани доктори наводе низ ситуација које систем „неће умети да препозна“.

Подсећамо, Пројекат „Подршка примени капитације у примарној здравственој заштити у Србији“ трајао је од 2007. до 2010, а финансирала га је Европска унија са 4,5 милиона евра. Све активности пројекта биле су усмерене на пацијенте и побољшање квалитета услуга у здравству. Гост завршне конференције, одржане у децембру 2010, проф. др Дејвид Велер са Универзитета у Единбургу указао је да су савремени здравствени системи знатно ефикаснији и продуктивнији уколико су усмерени на примарну здравствену заштиту.

Ни у нашој земљи принцип изабраног лекара није уведен са циљем да се постигне уштеда, већ као начин подизања квалитета здравствене заштите. У перспективи то ће, међутим, донети уштеде. Јер, ако лекар обраћа више пажње на превентиву, сутра ће држава мање да плати. Примера ради, неупоредиво је јефтиније лечење рака ако се открије у раном стадијуму. Зато је превентива начин будуће уштеде – указује наша саговорница.

У Аустрији, на пример, и рекреација може да се добије на упут лекара. Разлог је брига о будућности здравља становништва, али и економска рачуница.

Изабрани лекар у нашој земљи биће подстакнут новим начином плаћања да више брине о превенцији, а Фонд здравственог осигурања очекује да са истим параметрима побољша квалитет здравствених услуга.

Али, сваки од метода плаћања има и своје мане. Тако је недостатак плаћања путем зарада – мала мотивација доктора за рад. Опасност плаћања по услузи јесте фабриковање услуга. Када би се капитација буквално спроводила, плаћањем по глави становника (*per capita*) постојала би могућност да доктори и здравствене установе штеде и више него што би требало – а пацијенти не буду упућивани на дијагностику, специјалистичке прегледе итд. увек када је то потребно. Зато је решење у комбиновању више метода.

У кадровском нормативу Министарства здравља стоји да се потребан број лекара једног дома здравља рачуна у односу на број становника који гравитира том дому здравља, а то је обично једна општина. За сваких 1.600 становника предвиђен је, тако, један лекар опште праксе. Иако је оваква мера корисна за потребе планирања броја лекара, не би било добро, иако има и таквих предлога, применити фиксни број као критеријум за потребан или максимални број изјава које изабрани лекар може да има. Не само што би се тиме сузио простор за лично ангажовање самих лекара на придобијању осигураника, већ би се тиме ограничило и законом дато право сваком осигуранику да слободно бира свог лекара. Стога су, уместо фиксних вредности, за реперне вредности у капитацији још на почетку рада, постављени републички просеци, који су променљиви из периода да у период.

НАШЕ СПЕЦИФИЧНОСТИ

У Ужицу има више од 150 пунктова. До неких удаљених заселака лекар стиже својим превозним средством, понекад само пешице. У Банату, до пацијената стижу и бициклом. Отуд, републички просек као репер није прихватљив посебно за њих. Понекад за лоше показатеље није крив сувишан кадар, него је становништво неосигурано и нема изабране лекаре. УДЗ Варварин тврде да им је трећина становништва без здравствене књижице!

Министарство здравља и комисија за уговарање требало би да анализирају зашто је неки дом здравља испод републичког просека – да ли је разлог рурална средина и мали број становника по километру квадратном или, пак, у неким срединама лекари сами себи смањују просек да би добили десетке – јер се пореде међусобно, што би била злоупотреба. Показатељи су, једноставно, алат да здравствене власти сутра могу да реагују на прави начин.

Међутим, у поређењу са републичким просеком били би неправедно оштећени многи лекари на разудним подручјима, они који раде у сеоским амбулантама, пре свега. Зато је одлучено да се у првој фази примене капитације уместо републичког просека примени просек здравствене установе. Са републичког просека као реперне вредности, прешло се на просек дома здравља за три категорије оцењивања – регистрацију (број особа које су дале изјаве), ефикасност (број посета), као и превенцију (број пружених превентивних услуга његовим осигураницима). Само за категорију рационалност (прописани рецепти), задржан је као репер републички просек.

Програм оцењује

Битну улогу у одлуци да се пређе на просек дома здравља имала је и чињеница да је предрачун средстава за здравствене установе направљен у октобру – новембру

ИСКУСТВА ДРУГИХ ЗЕМАЉА

Преглед лекара опште праксе у Француској кошта 21 евро. Од тога, обавезно здравствено осигурање покрива две трећине, односно 14 евра. Ако пацијент има допунско добровољно осигурање, које има више од 90 одсто Француза, биће му рефундирано и седам преосталих евра. Али, ако болесник нема изабраног лекара, у Француској, од 21 евра колико је платио преглед, од обавезног осигурања наплатиће – седам. Зато што није изабрао лекара, или није отишао код њега на преглед.

Ако оде код свог изабраног лекара биће му рефундирано 14 евра од једног од осам државних здравствених осигурања. Ако има и добровољно

осигурање, добиће назад свих 21 евро. Људи су тиме мотивисани да изаберу лекара.

И у Луксембургу пацијент кад оде лекару прво плати, па потом рефундира новац од осигурања. Обавезним здравственим осигурањем покривено је 85 одсто становништва, док приватно скоро да не постоји. Све болнице су државне.

Преглед бебе кошта 50 евра, али осигурање плати готово исто толико. Међутим, обавезно осигурање неће рефундирати:

– више од једне консултације или посете изабраном лекару у истом дану, осим у хитном случају

– више од две консултације или посете изабраном лекару у периоду од 7 дана

– више од 12 консултација или посета изабраном лекару за полугодиште, осим у изузетним, законом предвиђеним случајевима

У Бугарској, изабрани лекари нерадо прихватају рад на селу. 740 амбуланти је празно, а у 1300 села прегледе обављају болничари и медицинске сестре. Зато 580.000 људи нема изабраног лекара у месту пребивалишта и путује до градова за сваки рецепт, а већина су пензионери старости од 76 до 80 година. Не помажу ни бонуси здравственог фонда од 120 до 1.250 лева (2 лева – 1 евро)...

прошле године за 2012. Предрачун је заснован на процени капацитета установе и обављених услуга претходне године. У изради предрачуна планирана су одређена средства, не рачунајући шта ће бити кад крене капитација, а мењање предрачуна значило би мењање буџета државе. Отуд је измену средстава намењених здравственим установама немогуће спровести у пола године, увођењем капитације.

Једна од примедби лекара која се односила на примену капитације била је што лекар који има 2.000 изјава осигураника и 3.000 прегледа за пола године, може да има мању оцену (на скали од нула до 10) од колеге у малом месту који има много мање одређених пацијената и мањи број прегледа. У РФЗО слажу се да то није праведно, али мања је неправда ако се лекар мери са колегом у свом дому здравља.

Иако звучи парадоксално, произвољности готово да и нема: ако је изабрани лекар за регистрацију добио оцену седам, за рационалност оцену осам, за ефективност девет и за превентиву 10, све те оцене множе се са

тежинским факторима. У табелама су израчунате све оцене, а програм оцењује сам, на основу унетих вредности.

Без обзира на разлике у гледиштима, сви се слажу у једном: идеалног начина финансирања - нема. У РФЗО истичу да критеријуми који утичу на варијабилни део зарада изабраних лекара у примарној здравственој заштити нису „запечаћени“, него ће и убудуће бити подложни корекцијама. У Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић – Батут“ одржано је током маја неколико скупова о капитацији којима је присуствовао велики број директора и представника појединих служби у домовима здравља, а чуле су се бројне сугестије и примедбе.

Иако постоје опречна мишљења да ли је увођење система капитације оправдано или не, једно је сигурно: нови начин плаћања ће се мењати и дорађивати. Јер, треба уврстити и друге параметре и лекари раде на томе.

Јасмина Томашевић

МИШЉЕЊА

КАПИТАЦИЈА ДА, НЕ У ОВОЈ ФОРМИ

Капитација, као облик плаћања пружених услуга у здравству, може да се прихвати у начелу, јер би се на тај начин извршило какво-такво вредновање рада појединих лекара и укинула досадашња „уравниловка“, тј. једнако плаћање свих без обзира на обим и квалитет пружених услуга.

Међутим, капитација у форми у којој је предложена и чија се примена најављује од 1. јула, у многим аспектима мањкава је и недоречена.

Прво, одлука Скупштине Србије о плаћању према учинку се односи на плаћање запослених у свим јавним службама, а примењује се само за запослене у здравству. Обзиром на начин уговарања и плаћања услуга од стране Републичког фонда за здравствено осигурање, увођењем капитације у здравству се неће постићи никаква уштеда, па се не види разлог због чега се плаћање по учинку прво уводи у тој области.

Друго питање је зашто се од целокупног здравства ради само о примарној здравственој заштити, када се зна да се на секундарном и терцијарном нивоу троше много већа новчана средства, па би и очекивана уштеда могла бити много већа.

И коначно, мишљења сам да је у капитациону формулу требало уврстити више параметара квалитета рада, поготову када се зна да само кроз контролу квалитета пратимо двадесетак индикатора.

Закључак би укратко био: капитација у начелу - да, али не у овом тренутку и нарочито не у овој форми.

Др Мирослав Миљешић
Шабац

ДА ЛИ ЈЕ КВАНТИТЕТ МЕРИЛО КВАЛИТЕТА?



Др Жаклина Тутунови

Капитација је нови начин рада по учинку. Шта је то? Да ли су пацијенти кутије, готови производи?

Број регистрованих пацијената - да ли ће лекари који проведу много времена за одлазак на рад у далеке амбуланте бити кажњени, јер лече и брину о неколико стотина житеља, а за оцену квалитета треба много више, како ће зарадити плату?

Одлично је што се превентиви даје значај, али превентива се не ме-

ри бројем прегледа него утицајем на смањење оболевања од кардиоваскуларних, малигних и осталих болести и фактора ризика.

Ефикасност нас збуњује, да ли и колико урадити првих, поновних прегледа, како продрети у систем статистике и видети шта се очекује и шта је добро.

Рационалност - пацијенту препоручити најбоље, прописати најјефтиније, измерити сваку прописану таблету, паковање инсулина, тумачити недоречена правила по Фонду, пацијенте излечити и учинити задовољним.

Ако је капитација неопходна, ако се мерењу свега и свачега даје значај због сиромаштва у којем смо, зашто плате изабраних лекара и то само њих да буду смањене, а није измерено све што би требало да би се показао реалан квалитет рада? Не дозволимо да основна плата буде мања од почетних 100 одсто. То се не догађа ни уједном делу јавног сектора. Зашто су први и једини на удару изабрани лекари? И који део здравства ће бити следећи?

Ми нисмо штетници, школовали смо се зато што смо вредни, паметни и желимо да помогнемо својим пацијентима, људима. Ми нисмо чувари капије здравства, ми отварамо врата нашим пацијентима да што брже и лакше добију ону здравствену негу која им је потребна, подршку и пажњу.

Да ли је могуће да је здравство тако лоше? Где се бележе сви они који су преживели, излечени захваљујући лекарству, којима је продужен живот, побољшан квалитет живота, да ли се рачунају само негативно-сти и који је то тас који мери све?

Поштоване колеге, ми смо елита Србије, која углавном живи једноставно и дели и проживљава тегобе ове земље и овог народа. Самим тим ми смо и снага, пробудимо се.
Др Жаклина Тутуновић

ДА ЛИ ЋЕ ЛЕКАРИ ЗАИСТА
 БИТИ ПЛАЋЕНИ КОЛИКО
 ДОБРО РАДЕ

УВЕСТИ ДОДАТНЕ ИНДИКАТОРЕ ЗА КВАЛИТЕТ

Изабрана реформа у примарној здравственој заштити, финансирање путем „капитационе формуле“ у основи је добра јер, како су показала искуства њихове примене у другим земљама, доводе до уједначавања система, препознавања демографских карактеристика становништва, смањења трошкова и подстицања запослених за пружање квалитетне здравствене заштите.

Упркос томе, постављају се два питања. С једне стране, да ли овакво финансирање у овом тренутку доводи до пружања квалитетније здравствене заштите, унапређења здравственог стања становништва и већег задовољства корисника. А, са друге стране, да ли су лекари који раде заиста награђени овим системом финансирања?

Ако посматрамо досадашњи процес реформе здравствене политике, најзначајније промене у примарној здравственој заштити су се десиле у оквиру здравственог система (побољшање обезбеђености становништва тимовима изабраних лекара, уједначена опремљеност свих амбуланти, едукација изабраног лекара), док се у процесу финансирања има утисак да промене нису отишле у смеру да новац прати пацијента. Наиме, у време економске кризе и хроничног недостатка новца у систему здравствене заштите, где су права пацијената (базирана на Закону о здравственој заштити и Правилнику о садржају и обиму права на здравствену заштиту из области обавезног здравственог осигурања и о партиципацији) веома широка, суочавамо се са честим проблемима у функционисању.

Ако, у овом кратком осврту, само погледамо један од елемената капитационе формуле, „број опредељених пацијената“ сусрећемо се са проблемима исправне здравствене

не документације, а због тешке привредне ситуације (честих гашења предузећа, дуготрајних стечајних поступака, неплаћања доприноса и сл.). Све то доводи до учесталих промена у броју опредељених пацијената код изабраног лекара и самим тим смањења једне од категорија која чак са 40 одсто учествује у капитационој формули. Као још једну последицу наведене нестабилне привредне ситуације, имамо и проблем у самој наплати пружених услуга. Добијамо велику разлику у броју остварених прегледа и услуга које је установа пружила својим корисницима (податак добијен из здравствене установе) у односу на број одобрених - фактурираних услуга (податак Републичког завода за здравствено осигурање).

Често се дешава да у тренутку пружања здравствене услуге постоји здравствено осигурање које се изгуби до тренутка фактурисања тј. наплате исте, тако да се оспори њена наплата и тиме део трошкова здравствене заштите пребаци на саму здравствену установу. Уз све то постоји и велики број неосигураних лица, нарочито међу вулнерабилним групама (труднице, породиље, новорођенчад, ромска популација, старији од 65 година), којима је због специфичних разлика потребна додатна подршка система здравственог осигурања.

Можда би у овом тренутку била боља примена комбинације система финансирања, где је капитација доминантан начин плаћања, уз стимулацију даваоца услуга да пружи што квалитетнију услугу, увођењем додатних индикатора вредновања квалитетата услуга.

Др Љиљана Бањанац
 Краљево

КАПИТАЦИЈА ИЗ ДРУГОГ УГЛА

КАПИТАЦИЈА (НЕ)ПРИСТОЈНА ПОНУДА

Веће задовољство и пацијената и лекара, побољшање здравственог статуса становништва пружањем што квалитетнијих, а економски оправданих услуга на нивоу примарне здравствене заштите – требало би да буде један од основних циљева капитације у примарној здравственој заштити.

Нови концепт и приступ, нови изазови, али и нови проблеми у свакодневном раду изабраног лекара у до-

му здравља, који са односе на сваки сегмент капитационе формуле, почевши од оцене регистрације представљене бројем потписаних изјава осигурих лица кориговане корективним фактором на основу старосних група, које се односе на различит ангажман лекара према старосним групама и учествује са 40 одсто у капитационој формули. За репер се узима просечна вредност оцене регистрације за одређену област рада, нпр. Службе за здравствену заштиту одраслих.

Овако дефинисана оцена регистрације доводи у неравноправан положај изабраног лекара који ординира у истуреној амбуланти припадајућег дома здравља, у руралној, ретко насељеној средини, у односу



Др Дубравка Миодроговић

на његове колеге из исте службе дома здравља лоцираног у урбанијем делу општине.

Са сличним потешкоћама суочавају се и изабрани лекари у Одељењу медицине рада, која је често саставни део Службе за здравствено заштиту одраслих, јер су њихови пацијенти радно способни тј. млађи од 75 година, а самим тим је оцена и регистрације и рационалности увек нижа од просечне оцене службе, због утицаја корективног фактора везаног за старосне гупе.

Када је реч о рационалности која са 20 одсто „учествује“ у капитационој формули, треба рећи како и на тај део формуле, као и на раније наведене, изабрани лекар, не може много утицати, добијајући специјалистичке извештаје са одређеном терапијом. Овај проблем би се могао решити евентуалним раздвајањем рецепата изабраних лекара од рецепата по налогу специјалисте.

Заправо рад изабраних лекара требало би да буде у складу са новим смерницама и препорукама Националних водича добре праксе који, нажалост, нису често у складу са напоменама тј. ограничењима прописивања из листа лекова.

Добра илустрација је ограничавање прописивања двокомпонентних антихипертензива, односно они могу да се прописују тек после два месеца неуспешног лечења са два препарата одвојено. Свакако да ова два појединачна лека нису јефтинији од једног комбинованог препарата, који је уједно комфорнији за пацијента и као такав и препоручен Националним водичем. Дакле, у оцену рационалности не убраја се нити ефективна, нити ефикасна вредност лека.

Са изузетно малим уделом од 10 одсто, ефикасност (број посета) у капитационој формули, минимално

утиче на коначну оцену, а да ли би требало да буде тако?! Рачуна се само једна посета током дана, а као репер за ефективност узима се просечна вредност у области рада.

Коначно, превентива тј. квалитет са 30 одсто у капитационој формули, дефинисана као проценат остварених превентивних прегледа опредељених пацијената у односу на укупан број опредељених пацијената за дати период, не убраја велики број урађених превентивних систематских или прегледа пред вакцинацију пацијената неопредељених за лекара који обавља поменуте прегледе, јер технич-

ки није могуће другачије организовати службу у домовима здравља. Наиме, један педијатар спроводи систематски преглед једне велике организоване групе деце, без обзира на њихову опредељеност или један лекар обавља вакцинацију за целу или део општине, где се у превентивне услуге не убрајају оне које се пружају неопредељеним пацијентима.

И на крају, да се вратимо на почетак: капитацијом треба да буду задовољни и пацијент и лекар, плаћен онолико добро колико добро ради, а да ли је заправо тако?

Др Дубравка Миодраговић



Питања и оговори о капитацији

Како ће се рачунати услуге које лекар пружи пацијентима који имају изабране лекаре у другим службама (нпр: служба у којој је бирао лекара ради краће)?

Уколико лекар пружа услуге осигураним лицима која имају другог изабраног лекара, њему ће се „бројати“ услуге пружене тим осигураним лицима, што ће утицати позитивно на оцену ефикасности, а неће утицати на оцену регистрације. Прописани рецепти тим осигураницима одражаваће се само на оцену рационалности, односно утицаће на просечну цену прописаног лека по прегледаном осигуранику. (Превентивни прегледи пружени осигураним лицима која имају другог изабраног лекара неће бити урачунати и неће утицати на оцену квалитета, тј. превентиве.)

Како ће се лекарима, запосленим у служби опште медицине рачунати услуге пружене деци од рођења до 18 година која своје изабране лекаре имају у другој служби, а ипак добију услугу и рецепте?

У малим домовима здравља или организационим јединицама на разуђеним подручјима, може бити организована само служба опште медицине. Лекари запослени у тој служби који поред услуга које пружају одраслима пружају услуге и деци, морају пре свега да имају одговарајући тип ИД броја. Здравствена установа може да надлежној филијали РФЗО достави захтев да се радно време лекара подели на део (проценат) који ради са одраслима и други део – који ради с децом. Тај лекар би био изабрани лекар и одраслима и деци и био би евидентиран у две табеле: К табели за здравствену заштиту деце, и К табели за здравствену заштиту одраслих – у свакој са делом свог радног времена. У другом случају, уколико лекар пружа услуге осигураним лицима која имају другог изабраног лекара, њему ће се „бројати“ услуге пружене тим осигураним лицима, што ће утицати позитивно на оцену ефикасности, а неће утицати на оцену регистрације и превентиве. Прописани рецепти тим осигураницима одражаваће се само на оцену рационалности, односно утицаће на просечну цену прописаног лека по прегледаном осигуранику. Уколико дом здравља, односно његова организациона јединица, има посебно организовану службу опште медицине и посебно службу здравствене заштите деце, лекар опште медицине не може пружати услуге и прописивати лекове деци, осим у хитним случајевима и у прековременом раду и то само онда када прекомерно рад не може да се организује тако да истовремено раде и лекар опште медицине и педијатар.

Какав је статус медицине спорта и да каква ће бити даља организација ове службе?

Чланом 146. Закона о здравственом осигурању дефинисани су изабрани лекари. Медицина спорта спада у специјалистичко-консултативне службе, те тако лекари специјалисти медицине спорта неће ући у капитацију и њихова плата неће бити обрачунавана по критеријумима који важе за изабране лекаре.

Да ли сви запослени у здравственој установи примарне здравствене заштите улазе у систем обрачуна плате према капитационој формули?

У систем обрачуна плате према капитационој формули улазе запослени у здравственим установама примарне здравствене заштите. Обрачун плата према критеријумима регистрација, рационалност, ефикасност и квалитет вршиће се изабраним лекарима и њиховим тимовима. Лекару на специјализацији, лекару у кућној нези, лекару специјалисти одговарајуће гране медицине, односно стоматологије, а који не обавља послове изабраног лекара, лекару повратнику са одсуства дужег од шест месеци, лекару почетнику, лекару приправнику, лекару који је засновао радни однос на новом радном месту, проценат увећања основне плате по основу

радног учинка обрачунава се на нивоу просека радног учинка лекара у здравственој установи. Лекару у хитној помоћи проценат увећања основне плате по основу радног учинка обрачунава се у висини коју представља увећана основна плата за остварени резултат рада лекара за који се добија оцена 5.

Да ли ће капитација обухватати лекаре специјалисте медицине рада? Како ће се финансирати служба медицине рада?

Уколико специјалиста медицине рада ради као изабрани лекар, његова плата ће се обрачунавати према капитационој формули, при чему ће њихова област рада бити Здравствена заштита одраслих (општа медицина). Здравствена установа може да формира службу медицине рада за обављање превентивне активности (специфична здравствена заштита радника) која се не обезбеђује у обавезном здравственом осигурању и чине трошкове сноси послодавац. Специјалиста медицине рада који обавља послове изабраног лекара за област опште медицине финансираће се као изабрани лекар.

Да ли постоји максималан број регистрованих пацијената по сваком изабраном лекару?

Не постоји. Свака новопотписана изјава о избору и промени изабраног лекара, која је евидентирана кроз РИЛ базу, биће урачуната у укупан број регистрованих пацијената тог изабраног лекара.

Да ли „неуговорени“ здравствени радник може имати ИД број?

Може, јер правилником није ограничено да се ИД број додељује само уговореним лекарима, већ свим лекарима који су у радном односу у здравственој установи, а који сходно послу који обављају имају право да прописују лекове на терет средстава здравственог осигурања. Сви лекари којима се додељује ИД број морају да потпишу, односно закључе Уговор о коришћењу ИД броја.

Како ће се рачунати услуге које лекар пружи пацијентима који имају изабране лекаре у другим службама (нпр: служба у којој је бирао лекара ради краће)?

Уколико лекар пружа услуге осигураним лицима која имају другог изабраног лекара, њему ће се „бројати“ услуге пружене тим осигураним лицима, што ће утицати позитивно на оцену ефикасности, а неће утицати на оцену регистрације. Прописани рецепти тим осигураницима одражаваће се само на оцену рационалности, односно утицаће на просечну цену прописаног лека по прегледаном осигуранику. (Како изабрани лекар превентиву спроводи само над осигураним лицима која су се за њега определила, превентивни прегледи пружени осигураним лицима која имају другог изабраног лекара се неће „бројати“ и неће утицати на оцену квалитета, тј. превентиве.) (Извор: РФЗО) ||

>>>>>>> ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ: ДИЈАГНОСТИЧКИ СРОДНЕ ГРУПЕ

НОВИ СИСТЕМ ПЛАЋАЊА ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА У БОЛНИЦАМА

ЗНАЧАЈ ДСГ ЗА ЛЕКАРСТВО СРБИЈЕ

// ПОШТО СМО УСВОЈИЛИ АУСТРАЛИЈСКИ СИСТЕМ ДСГ, ОН СЕ МОРА ПРИЛАГОДИТИ НАШОЈ ЗЕМЉИ. НЕОПХОДНО ЈЕ УКЉУЧИТИ СТРУКУ У РЕЦЕНЗИЈУ ПОПИСА ПОСТУПАКА //

Аутор: др Милан Симић,
РЛК за југоисточну Србију



Од када постоје системи здравства, постоји утакмица између оних који плаћају здравствене услуге и оних који их пружају, при чему они који плаћају желе да прођу што јефтиније, а они који их пружају истичу да су цене услуга ниске.

Република Србија је, као и највећи број земаља у свету, како богатих, тако и сиромашних, кренула у промену система плаћања здравствених услуга.

Процес промена дешавао се унутар појединих пројеката у здравству Србије. Као што је познато, процес капитације у примарној здравственој заштити траје већ неколико година у налази се пред увођењем у праксу. О предностима и недостацима капитације зато је могуће заузети свој став и донети суд.

Дијагностички сродне групе су, насупротив капитацији, нешто о чему се тек од скоро нешто више зна. Како то обично бива, у намери да се промени начин плаћања и у секундарној и терцијарној здравственој заштити, посебни одбори Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију за стручна питања и надзор, као и секундарну и терцијарну здравствену заштиту, сазнали су пратећи дешавања у поменутим пројектима.

Током прошле године прво је донет Правилник о номенклатури здравствених услуга у секундарној и терцијарној здравственој заштити. Иако Лекарска комора према Закону о коморама мора да учествује у формирању тих услуга, Правилник је сачињен без учешћа Лекарске коморе, односно без става струке.

У другој половини године, у оквиру пројекта започета је прича о дијагностички сродним групама по аустралијском моделу, едукацијом тренера за ДСГ.

Почетком ове године на сајту Републичког фонда за здравствено осигурање испод капитације појавила се

иконица са називом Дијагностички сродне групе, па су сви заинтересовани, а који нису били део едукованих, могли да се упознају са основним начелима ДСГ и намерама Фонда и Министарства здравља.

Објективније вредновање услуга

Схватајући да ће нови начин финансирања у будућности утицати на сам процес и квалитет рада лекара, покушали смо да из приказаних информација донесемо свој суд о ДСГ, али нисмо успели. Зато смо као посебни одбори Регионалне лекарске коморе тражили да се за чланове Регионалне коморе одржи састанак са тимом Фонда који је већ почео едукацију у здравственим установама. Захваљујући разумевању колеге др Уроша Јовановића, Регионална комора за југоисточну Србију била је домаћин колегама из Фонда.

У току нашег једнодневног дружења сазнали смо доста о ДСГ, односно упознали смо са свим оним што ће сазнати и колеге из свих око 90 одсто здравствених установа које ће радна група посетити.

Из саме чињенице да се ради о систему који се већ увелико примењује у великом броју земаља, како оних сиромашних, тако и богатих, може се закључити да се ради о одговарајућем начину финансирања болничке здравствене заштите. Али, оно што нас као представнике и заштитнике лекара Србије интересује, јесте значај, место и улога ДСГ за лекарство Србије.

Теоретски, у питању је систем који омогућава објективније, односно исправније вредновање здравствених услуга које пружају лекари, који је заснован, поред осталог, на великом броју дијагностичких и терапијских поступака из нове номенклатуре здравствених услуга.

Овај систем треба да замени плаћање по терапијском поступку који не препознаје сву сложеност и комплексност лекарског посла и не признаје постојање коморбидитета нити компликација, већ само просечне трошкове, без обзира на стварне трошкове лечења.

ДСГ је у стању да препозна квалитет, квантитет и комплексност нашег лечења, као и лекарску извршност у лечењу.

>>> Урађене дијагностичке и терапијске процедуре, шифриране према номенклатури, заједно са постављеним дијагнозама убацују се у компјутерски програм који их разврстава у већ формиране ДСГ. Узимајући у обзир осим дијагноза и процедура, сложеност случаја, коморбидитете и компликације, програм „избацује“ коефицијент ДСГ за ту епизоду болничког лечења на основу којег се обавља плаћање болници <<<



Систем Дијагностички сродних група јесте комплексан и сложен систем који се састоји у томе да се урађене дијагностичке и терапијске процедуре шифриране према номенклатури заједно са постављеним дијагнозама убацују у компјутерски програм који их разврстава у већ формиране ДСГ. Узимајући у обзир осим дијагноза и процедура, сложеност случаја, коморбидитете и компликације, програм „избацује“ коефицијент ДСГ за ту епизоду болничког лечења на основу којег се обавља плаћање болници. Важно је напоменути да су за стварање квалитетних ДСГ предуслов клинички протоколи, а да је пре формирања стандардних цена неопходно рачунати стварне трошкове.

Неојходно учешће струке

Из напред наведеног није тешко закључити да је систем ДСГ незамислив без лекара и да они заузимају централно место у том систему, не само лечећи пацијента, већ и извештавајући о свом раду.

Једино доктори могу и знају да шифрирају дијагнозе и дијагностичке и терапијске поступке. То сигурно бише неће моћи да раде сестре нити административни радници.

У земљи у којој не постоје клинички протоколи и у којој ће се вероватно ДСГ формирати на основу просека урађених дијагностичких и терапијских поступака у вези са одређеним дијагнозама, неопходно је велико учешће струке да се не би угрозио квалитет здравствених услуга.

Пошто смо усвојили аустралијски систем ДСГ, он се мора прилагодити нашој земљи. Неопходно је уљичити струку у рецензију пописа поступака.

Увођење ДСГ је сложен процес који мора да траје довољно дуго, коме треба приступити постепено и са разумевањем и за који је неопходна темељна припрема.

У Француској је, на пример, трајао готово 10 година. Брзи прелазак доноси више штете него користи. Држава Србија је свесна тога и предвиђа да се процес увођења ДСГ трајати најмање пет до шест година. Пошто су ДСГ комплексне да би сви имали корист од њих мода да буду потпуно јасне и прихватљиве. ДСГ не смеју бити наметнуте лекарима.

Доктори мора да схвате ДСГ као нешто позитивно, а не као обавезу. Због тога је неопходно уверити лекаре

У ПРОСТОРИЈАМА ПРЕВЕНТИВНОГ
ЦЕНТРА ДОМА ЗДРАВЉА У НИШУ

ПРЕДАВАЊЕ О ДСГ

У организацији Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију, у просторијама превентивног центра Дома здравља у Нишу, 17. маја одржано је предавање (обука) на тему Дијагностички сродне групе - нови начин плаћања пружања здравствених услуга на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите. Предавање су одржали представници Републичког фонда за здравствено осигурање.

С обзиром на то да је наведена тема у надлежности Посебних одбора за секундарну и терцијарну здравствену заштиту као органа Регионалне лекарске коморе, ти Одбори ће на наредним састанцима анализирати добијене информације и о њима обавестити лекаре из овог сегмента здравствене заштите.

кроз дијалог и сарадњу да кроз овај систем свој рад у смислу квалитета, квантитета и сложености могу у потпуности изразити. Држава мора да учини све како би лекари што пре упознали систем у целини, како би да прихватили и користили на што бољи начин.

Неопходна је стална и дуготрајна едукација лекара о правилном извештавању, одговарајућем коришћењу МКБ-10 и номенклатуре услуга, као и поштовању правила шифрирања дијагноза и процедура - којом морају бити обухваћени сви болнички лекари. Добра едукација омогућава коришћење могућности система на најбољи начин.

На држави је да на самом почетку схвати улогу лекара у увођењу и коришћењу ДСГ, да учини све неопходне кораке да они разумеју, а онда и прихвате предности тог система, а пре свега да укључи струку у сва будућа збијања око увођења Дијагностички сродних група.

Теоретски, циљеви које треба постићи ДСГ пожељни су како са становишта система, тако и лекара, али се неће остварити сами по себи. ▮

РЕФОРМА БОЛНИЧКОГ ПЛАЋАЊА – ИСКУСТВО ПИЛОТИРАЊА ИЗ 2008. ГОДИНЕ

ПРИМЕНА ДСГ МЕТОДЕ У СРБИЈИ

Аутор:

Др Олга Осипов Вучићевић,
Општа болница Ужице



У току 2008.г спроведен је пилот пројекат реформе болничког плаћања – примене DRG (*Diagnostic Related Groups*)/ ДСГ (Дијагностички сродне групе) методе, под називом „Имплементациони план за пилотирање новог система извештавања и прикупљања података у српским болницама“. Укључено је шест болница: Општа болница Ужице, осим болница Сремска Митровица, Лесковац, Краљево, Ваљево и Клинички центар Крагујевац, у сарадњи са Републичким заводом за здравствено осигурање (РФЗО), у оквиру пројекта „Развој здравства Србије“. Прикупљени су подаци за више од 18.000 отпуштених пацијената, од маја до августа 2008. године.

Стручни саветник на пројекту је била др *Jahna Wahl*, Словенија, и пружила нам је драгоцену упутства за имплементацију пројекта. Ово је извод из дела њене презентације одржаних у току едукације на имплементацији пројекта.

ЗАШТО НАМ ТРЕБАЈУ ДСГ

- Будући да је буџет за здравствене услуге ограничен:
 - Ефикасне болнице треба да буду плаћене на одговарајући начин
 - Болнице треба да осигурају да су њихове услуге ефикасне и ефективне.
- Здравствени систем мора да буде ефикасан ради осигурања сврсисходног трошења средстава за здравство;
- Болничке здравствене установе мора да усвоје боље начине контроле цене лечења пацијената и притом и даље пружају квалитетне здравствене услуге.

ШТА СУ ДСГ?

- Дијагностички сродне групе (ДСГ) су метода класификације акутних болничких пацијената у групе које захтевају сличну потрошњу болничких ресурса и које имају сличне клиничке особитости;
- Омогућава се повезивање врсте пацијената које болница лечи с трошковима болнице;
- На тај начин, приликом поређења болница у обзир се узима и сложеност случајева које те болнице лече;
- Начин плаћања је проспективан- унапред се уговара износ, односно цена за поједине групе ДСГ са Фон-

дом осигурања. Болнице које троше више по пацијенту су у губитку, које троше мање су у добитку;

ЕФЕКТИ ФИНАНСИРАЊА ДСГ СИСТЕМОМ

Иако ДСГ немају директног утицаја на квалитет и ефикасност, увођењем ДСГ система обично се постиже:

- повећање ефикасности болница
- побољшање равноправности приликом расподеле средстава међу болницама
- мотивација болница да смање трошкове
- олакшана је интерна контрола трошкова
- олакшано је поређење различитих болница

МКБ-10 И ДСГ

- ДСГ произлази из Међународне класификације болести, 10. ревизија (МКБ-10) шифара дијагноза, ICD-10-AM шифара поступака и других података (дужина лечења, старост, пол, телесна тежина на пријему, механичка вентилација)
- ДСГ модел базиран је на „*Australian Refined Diagnosis Related Groups version 5*“
- За шифрирање у сврху ДСГ разврставања потребно је користити четири кодна места за дијагнозу болести

Подаци потребни за одређивање ДСГ групе:

- Главна дијагноза (МКБ-10)
- Додатне дијагнозе – компликације и коморбидитети (МКБ-10)
- Главни поступак (ICD-10-AM)
- Остали поступци (ICD-10-AM)



- Старосна доб
- Пол
- Тежина на рођењу (само новорођенчад)
- Начин отпуста (ограничена употреба)

За добро клиничко шифрирање најважније су следеће дефиниције:

- болничко лечење,
- главна дијагноза,
- додатне дијагнозе,
- поступци (дијагностика, интервенције, операције...)

ЗАШТО СУ ДСГ ПРИХВАЋЕНА СОЛУЦИЈА

• Због потребе за транспарентном основом за финансирање, а финансирање према резултату је боље него једноставно покривање трошкова.

- Класификација која има за основу клиничке карактеристике је прихватљива
- Једнако плаћање за једнако лечење поштено је и за болницу и за пацијента
- Иако ДСГ нису идеални, нема ни доказа који би поткрепили друга решења.

ЗАШТО ЈЕ ПРЕУЗИМАЊЕ ДОБРОГ МОДЕЛА КОРИСНО ЗА СРБИЈУ?

- Омогућава комуникацију и размену знања на подручју ДСГ имплементације;
- Омогућава преузимање добрих решења, спречава понављање грешака и штеди људске и друге ресурсе;
- Комуникација је важна за успех пројеката. Могуће је стално размењивати искуства и са другим земљама које у Европи употребљавају *Ar DRGs* (Ирска, Немачка, од скора и Словенија, Хрватска, Босна, Македонија, Румунија, Бугарска);
- *Benchmarking* (упоређивање са најбољим) може указати на значајне разлике између начина лечења;
- Да ли су некомпјиковани пацијенти са жучним калкулусима у Србији више компликовани него аустралијски? Вероватно не.
- Идентификује ДСГ које треба контролисати (*coding audit*);
- Указује на различите навике примања пацијената на хоспитализацију;
- Проценат пацијената у режиму „*day surgery*“ (дневне хирургије), проценат *DOSA* (*Day of Surgery Admission*).

ДРУГА УНИВЕРЗАЛНА ПИТАЊА

ДСГ ИМПЛЕМЕНТАЦИЈЕ на које није лако дати одговоре, односно тек их треба унапређивати:

- Тешки/скупии пацијенти
- Плаћање и класификација лечења новорођенчета
- Педијатријско лечење
- Категоризација болница (На пример универзитетске/*teaching* болнице)
- Контрола података односно кодирања
- Финансирање образовања и истраживања у болницама
- Укључивање болница
- Коефицијенти

ДСГ СУ САМО ПЕРИФЕРНИ ДЕО СИСТЕМА

- Не утичу на квалитет лечења
- Не утичу на промену оптималног начина лечења. На пример: дневне болнице - потребни су финансијски стимулуси да би се променила пракса



- Не подупиру континуитет лечења (за сада су само за хоспитално лечење)
- Не подупиру сарадњу између здравствене политике и онога ко пружа лечење
- Клинички путеви (*clinical pathways*) могу одговорити на оваква питања, јер они
- Подупиру ефикасност и квалитет услуга
- Побољшавају информисаност пацијената и њихове родбине
- Могу подстицати континуитет лечења у више институција
- Могу подстицати поверење у даваоце услуга (лечења)

Као тадашња директорка болнице, имала сам доста тежак задатак да имплементирам пројекат у току летњих месеци 2008. године, а недостатак централног здравственог информационог система у нашој болници био је изразито отежавајући фактор. Сва документација око историја болести и отпуста пацијента обрађивана је на два начина, класичним шифрама Републичког фонда за здравствено осигурање и по новом начину, применом аустралијских кодова.

Као што је то и уобичајено у већини српских болница, највећи терет у раду са документацијом, поднели су млади лекари који су били на обукама и задужени за кодирање. Служба статистице са социјалном медицином била је додатно ангажована на прикупљању података и њиховој додатној контроли. Да би запослени били додатно мотивисани, најбољи кодери (укупно њих 15) су финансијски стимулирани са 10 одсто увећања личних доходака. Анализа извештавања достављена је накнадно, тек 2010. године.

Ужичка болница имала је најмањи број погрешно унетих дијагноза, као и највећи тежински скор (*Case mix index*) лечених пацијената од свих општих болница. Увидели смо да је део пацијената недовољно прецизно шифриран, рецимо честа дијагноза била је *Infectio virusa*. Највећи број запослених су заузели позитиван став према овом начину обрачунавања трошкова, јер би се применом ДСГ знатно скраћивало време такозваног фактурисања услуга (нема преписивања појединачних шифара за фактурисање лекова, санитетског и потрошног материјала итд.) Након извођења пилот про-

јекта и примене кодирања током три месеца, било је могуће да донесемо одређене закључке, али је део нејасноћа остао.

НЕКЕ ОД НЕДОУМИЦА ОКО ПРИМЕНЕ ДРГ/ДСГ СИСТЕМА

• Да ли је кроз претходни пројекат из 2008. урађена адекватна анализа финансијских ефеката за болнице које су учествовале, а оне су пружале лечење и негу по садашњим принципима уобичајене клиничке праксе у Србији? Од пројектног тима добили смо извештаје који нису били праћени финансијском анализом, односно није нам била омогућена процена да ли би као болница били на добитку или губитку.

• Потребно је упоредити више болница и прилагодити аустралијски систем који је био предложен у пројекту са нашом тренутном праксом. Ово питање је делимично решено наставком активности око увођења ДСГ система у току 2011. које су предузели РФЗО и Министарство здравља РС на прилагођавању аустралијских кодова нашим условима.

Одржан је низ едукација које су се бавиле том темом. У децембру 2011. Министарство здравља је донело нови Правилник о номенклатури услуга на секундарном



и терцијарном нивоу здравствене заштите, који је објављен у Службеном гласнику. Та нова номенклатура је сачињена на основу номенклатуре процедура које се користе у аустралијском систему DRG. Примена тог правилника ће почети након обављања свих припремних активности

• Како поставити праведне цене, одн. како да болнице преговарају са РФЗО, за одређене групе пацијената (кроз ДСГ) – која је то цена за пондер 1?

• У неким земљама где постоји и више осигурања, (нпр Француска) различите су цене пондера за приватне и државне болнице (треба да се изједначе до 2018.), а део болничких услуга се и даље плаћа ретроспективно, односно након пружених услуга.

• Сваки ДСГ систем се суочава са појединачним, тешким случајевима који излазе из оквира трошкова за ту групу, потребно је предвидети додатна средства за те случајеве.

• Различите болнице према нивоу пружених услуга (опште, регионалне, институти, универзитетске болнице), и окружењу (разућеност терена, мрежа путева, разлике у платама) могу имати додатне трошкове, односно битне разлике у трошковима који се не могу покрити применом јединственог ДСГ груписања.

• Иако је првобитно намењен за креаторе политике у области здравствене заштите, и као средство за унапређење перформанси, односно учинка рада болница, ДСГ систем може довести до финансијских притисака на болнице и нездраве конкуренције на тржишту здравствених услуга, што није увек етички, јер је пружање здравствених услуга ЈАВНО ДОБРО;

• Ако су болнички трошкови већи од наплате кроз ДСГ, болница губи новац и

а. може да престане да пружа услуге,

б. или да смањи ниво услуга

в. или да уложи напоре да смањи трошкове (потребне вештине у руковођењу)

• Увођење нових технологија је у овом систему скупно и неисплативо, ако се примењује шире, а није предвиђен неки додатни износ за ове намене кроз ДСГ

• Постоји могућност манипулације са хетерогеношћу пацијената (стари, тешки, који захтевају дужу негу, депривирани). Болнице могу да се штите од хетерогености пацијената:

а. „скидањем кајмака“, пријемом лакших пацијената, са мањим ризиком за одређене ДСГ

б. занемаривањем ризичних пацијената (пружањем мање неге и мање скупих процедура)

б. одбијањем пријема тешких, одн. пацијената који су са високим ризиком

г. намештањем при кодирању (додавањем пратећих дијагноза итд.)

Уместо закључка:

• ДСГ нису идеалне – али, да ли постоји боље решење? • посвећеност и учешће запослених неопходно је за успех;

• лекари и сестре треба да буду адекватно едуковани и укључени у унапређење система, јер су главни носиоци посла;

• препоруке које Србија може преузети од других корисника *Ar DSG*: поступна имплементација, преузимање најбољег производа на тржишту, адаптација система према локалној средини, омогућити континуирану потпору.

ШТА СЕ ОЧЕКУЈЕ ОД КРЕАТОРА ЗДРАВСТВЕНЕ ПОЛИТИКЕ СРБИЈЕ

• Што пре урадити интерну и екстерну проверу кодирања (audit)

• Да направе јасну стратегију даљег развоја ДСГ

• Потребно је адаптирати Правила шифрирања, класификације и коефицијенте према српским размерама (на основу транспарентних података)

• Осигурати сталну и добру сарадњу између креатора здравствене политике и болница

Лични став: Потребно је предвидети додатне стимулације за болнице са бољим учинком, као и за запослене, првенствено лекаре, чији се учинак може пратити и боље мерити него досадашњим начинима. Упркос свим тешкоћама и недоумицама, сматрам да је примена DRG/ДСГ методе болничког плаћања начин да се учине одређени помаци и унапреди перформанса, односно учинак болница. Увођењем буџета по одељењима (због бољег коришћења ресурса и контроле трошкова) и применом клиничких путева могуће је додатно унапредити перформансе болнице. ▮

>>> ПРОПИСИ >>>>>>>>>>>>>>>>

ШТА ТРЕБА ДА ЗНАЈУ ЛЕКАРИ – СУДСКИ ВЕШТАЦИ

РЕШЕЊЕ О ВЕШТАЧЕЊУ И САЧИЊАВАЊЕ ВЕШТАЧЕЊА У ПИСАНОМ ОБЛИКУ

АУТОР:

Проф. Др Милош ЈОВАНОВИЋ

У прошлом броју часописа било је говора о општим појmovима судскомедицинског вештачења и о лекару као судскомедицинском вештаку. Тада је најављено да ћемо у овом броју говорити о Решењу о судскомедицинском вештачењу и сачињавању вештачења у писаном облику.



РЕШЕЊЕ О ВЕШТАЧЕЊУ

Судскомедицинског вештака у појединачном судском процесу именује суд својим решењем. У решењу за вештачење мора да стоји:

- идентификаcija suda koji je vештачење наложио;
- име председавајућег судског већа;
- datum kada je решење издато;
- предмет вештачења;
- обим вештачења;
- временски рок за обављање вештачења.

Идентификација суда и име председавајућег судског већа је од важности јер се судскомедицински вештак, у писаном облику свог вештачења, обраћа тој судској установи и том судији.

Датум када је решење издато у вези је с роком до када вештачење треба обавити и доставити суду. Предмет вештачења треба да буде јасно дефинисан. Обим вештачења мора бити прецизно одређен и обично се своди на постављање питања вештаку у вези с узроком и последицом. У свом вештачењу вештак је дужан да се држи обима вештачења и да да одговор само на питања која суд поставља. Временски рок за који вештачење треба да буде обављено и достављено суду у писаном облику, суд одређује у разумним границама на основу ранијих искустава. Ако у појединим случајевима судскомедицински вештак не може обавити вештачење у том року из оправданих разлога, он о томе мора обавестити суд и предложити време за које ће вештачење завршити.

Ако у решењу не постоје наведене чињенице, судско-медицински вештак није дужан да преузме предмет и да приступи вештачењу.

ПРЕУЗИМАЊЕ СУДСКОГ ПРЕДМЕТА

Судскомедицинском вештаку се, на његову адресу, доставља позив за преузимање предмета из писарнице. Са позивом за преузимање предмета вештак одлази у судску писарницу, где подиже предмет и носи са собом ради проучавања. Наглашавамо да се подиже цео предмет, а не само приложена медицинска документација у њему. У судском предмету се налази и решење за обављање вештачења. Често се вештаку доставља уз позив и једна копија решења, с којом се такође може подићи предмет. Судски предмет се може доставити вештаку и преко судског достављача или поштом. Ако се предмет доставља поштом, онда он мора бити упакован у одговарајући коверат.

САЧИЊАВАЊЕ ВЕШТАЧЕЊА У ПИСАНОМ ОБЛИКУ

Судскомедицинско вештачење се може презентирати суду у писаном облику или усмено на расправи у судници. Далеко је боље да се вештачење сачини у писаном облику, а за парнични поступак писани облик вештачења је и обавезан.

Предности писаног облиka вештачења су многобројне: пошто подигне предмет, вештак има доста времена да се на миру и детаљно упозна са свим чињеницама из судских списка и медицинске документације приложене у предмету, може да консултује литературу, може да консултује и своје колеге из исте или других области медицине у вези с предметом који се вештачи. Закључак и мишљење које даје вештак у овом случају добро су промишљени и произилазе из судских списка, медицинске документације наведене у писаном облику вештачења и непосредног прегледа пацијента.

Писани облик вештачења састоји се из следећих поглавља:

- заглавље;
- посебне околности случаја;
- налаз (медицинска документација, преглед пацијента);



>>> Закључак и мишљење које даје вештак у овом случају добро су промишљени и произилазе из судских списка, медицинске документације наведене у писаном облику вештачења и непосредног прегледа пацијента <<<

- закључак;
- мишљење.

Заглавље садржи следеће елементе: ко тражи вештачење, под којим бројем, коме је упућено и када, ко врши вештачење, место и датум вршења вештачења, циљ вештачења и основни подаци о лицу које је предмет вештачења.

У одељку Посебне околности случаја уписују се само најбитнији подаци о повреди или обољењу пацијента (о чему се вештачи), као и то да ли је пацијент лечен, у којим здравственим установама и да ли о томе постоји релевантна медицинска документација. Подаци из овог одељка само омогућују да се до потребних чињеница брже дође, да се оне лакше утврде, да налаз буде потпун и оцена сигурнија.

Налаз мора бити кратак, али истовремено и потпун; мора бити тачан, јасан, темељан, одређен и заснован на нађеном стању и збивању, установљеним променама и повредама и запаженим појавама. Налаз се састоји из медицинске документације приложене у судском предмету и из прегледа оштећеног (пацијента), који вештак обавља непосредно за потребе овог вештачења. Медицинска документација се наводи хронолошки, по редоследу како је лечење вршено. У налазу не треба да стоје готове дијагнозе на латинском језику, већ се оне објашњавају народним језиком да би биле разумљиве и онима који нису лекари. Уколико се пак наводи дијагноза на латинском језику, онда обавезно у загради треба дати превод дијагнозе на народни језик.

Закључак и мишљење су завршни и уједно најзначајнији делови судскомедицинског вештачења. Представљају стручну оцену установљених чињеница и налаза. Мишљење мора бити јасно, концизно, али и

свеобухватно, засновано на медицинским чињеницама и знањима. Мора да садржи одговоре на сва питања која је суд поставио у решењу за вештачење. Давањем мишљења судскомедицински вештак испољава способност свог логичког закључивања. У том делу се вештачење јасно разликује од стручног медицинског налаза, а судскомедицински вештак од лекара који је стручни налаз дао.

ВРАЋАЊЕ ПРЕДМЕТА СУДУ

Сачињено вештачење у писаном облику судскомедицински вештак одлаже у судски предмет и заједно с предметом га враћа на одговарајући шалтер суда. Писано вештачење се предаје у пет примерака. На сваки од тих примерака службеница на шалтеру ставља штампаним на себи гаранција је вештаку да је предмет враћен суду (у случају да се предмет изгуби) и, друго, пред главну расправу, која може бити месецима или годинама после обављеног вештачења, вештак ће моћи да прочита своје вештачење и да се упозна са заборављеним чињеницама из тог вештачења.

Примерак вештачења који је остао вештаку има за вештака двоструку важност. Прво, примерак са штампаним на себи гаранција је вештаку да је предмет враћен суду (у случају да се предмет изгуби) и, друго, пред главну расправу, која може бити месецима или годинама после обављеног вештачења, вештак ће моћи да прочита своје вештачење и да се упозна са заборављеним чињеницама из тог вештачења.

Судски предмет, с писаним вештачењем у њему, може се послати суду и преко поште. И тада се задржава један примерак писаног вештачења, а предмет се, упакован на одговарајући начин, шаље препорученом поштом.

У следећем броју часописа ће бити речи о Присуствовању судскомедицинског вештака главној расправи. ▮

>>> АКТИВНОСТИ РЛК >>>>>>>>>>

ПОСЕБНИ ОДБОР ЗА МЕДИЦИНСКО ОБРАЗОВАЊЕ РЛКЈИС

УКИНУТИ ПОДЕЛУ
НА ИНТЕРНЕ И
ЕКСТЕРНЕ БОДОВЕ// ПРЕДЛОЖЕНО ЈЕ, ТАКОЂЕ, ДА ЛЕКАРИ НА СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈИ БУДУ ОСЛОБОЂЕНИ
САКУПЉАЊА БОДОВА У ГОДИНИ У КОЈОЈ ПОЛАЖУ СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ИСПИТ //

Посебни одбор за медицинско образовање Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију, на састанку одржаном 27. марта, покренуо је иницијативу за измену члана 8. Правилника о КМЕ у смислу да и Лекарска комора може бити организатор акредитованих програма КЕ.

У образложењу се наводи да је такав став заснован на анкети спроведеној међу члановима Коморе, а свој правни основ има у постојећим прописима који дефинишу Комору као једину обавезну, професионалну и независну организацију лекара, која има у својој надлежности координирање КМЕ, евидентирање бодова и обнављање лиценце.

Покренута је иницијатива за измену чл. 8. Правилника о лиценцирању који дефинише интерну и екстерну едукацију, како би се здравствене установе обавезале да обезбеде интерну едукацију запосленима, а, уколико то није могуће, да се подела на интерне и екстерне бодове брише из Правилника.

Чланови одбора су образложили да, у пракси, многи лекари немају могућности да обезбеде потребне бодове на име интерне континуиране едукације, јер се у установама где раде она не одржава, због чега су онемогућени да стекну услов за обнављање лиценце. С друге стране, здравствене установе, према важећим прописима немају обавезу одржавања програма континуиране едукације на интерном нивоу, те је неопходно или их на то обавезати прописима или поделу на интерне и екстерне бодове укинути.

Одбор је предложио да се, на основу постојећих података, направи одговарајућа анализа чији би предмет били сви до сада одржани програми континуиране едукације, са подацима о броју учесника према специјализацијама, као и одржаним програмима КЕ, по здравственим установама. На тај начин дошло би се до сазнања и евидентирања које су то специјализације за које није било адекватних предавања. Наиме, потребно је да се омогући и оним члановима Коморе који имају специјализације које су ретке или за

које се не одржавају, или се ретко одржавају, стручна предавања, да могу да стекну потребне бодове из своје струке.

Предложено је, такође, покретање иницијативе за допуно чл. 10. Правилника о континуираној едукацији како би се установила обавеза организатора да доставља потврде о предавањима из КЕ у року од 30 дана. У супротном, организатору ће бити ускраћена могућност организовања програма КЕ у наредној години.

Како се наводи у образложењу, пракса показује да неки организатори програма КЕ не поштују ту обавезу, односно учесницима програма не достављају одговарајуће сертификате, тако да они имају проблем да докажу да су стекли потребне бодове.

Посебни одбор за медицинску едукацију сматра и да лекаре који се налазе на специјализацији треба ослободити обавезе сакупљања бодова у години у којој полажу специјалистички испит: за положен субспецијалистички испит и магистарски рад, признати 10 бодова, а за одбраћену докторску дисертацију - 20 бодова.

Предложено је покретање иницијативе за измену чл. 8. ст. 3. Правилника о лиценцирању у делу који предвиђа обавезу лекара да сакупи најмање 50 одсто бодова из области за коју има лиценцу, тако да се овај број бодова може сакупити из хируршких, интернистичких и општих грана медицине. Таква измена наметнула се из потребе да се обезбеђење потребних бодова омогући и оним члановима Коморе који из објективних разлога нису били у могућности да остваре 50 одсто бодова из своје специјалности.

СТАВОВИ ПОВОДОМ ПИТАЊА
О КМЕ И ЛИЦЕНЦИРАЊУ

– Какав је начин бодовања лекара који има два рада на истом конгресу, а притом има само један сертификат и доказ за два рада, нпр. постер и усмену презентацију? Да ли се бодовање врши по сертификату?

Став ПО: У ситуацијама када један лекар има два или више радова на истом конгресу, сваки од тих радова треба посебно бодовати, а по важећем Правилнику, јер је у сваки рад и уложен посебан труд и знање, без обзира што се они презентују на истом предавању. Овакав став ПО заснован је на потреби да сви лекари могу остварити максимални бенефит за своје знање и уложени труд.

– Какав је статус лекара који имају прекиде у радном ангажовању, као и лекара који су на боловању дуже од шест месеци са прекидима?

Став ПО- Лекари који имају прекиде у радном ангажовању (рад на одређено време) дужни су да сакупљају бодове за време док су радно ангажовани. Њихова лиценцна година не поклапа се са календарском годином, односно она практично траје 12 радних, а не 12 календарских месеци.

Сви лекари који имају овакав статус су дужни да у складу са Статутом ЛКС, обавештавају Комору о променама и датумима престанка и почетка поновног радног ангажовања уз прилагање одговарајућих доказа.

Исто важи и за лекаре који одсуствују са рада због боловања и слично - обавезни су да доставе диоказ о времену проведеном на боловању, како би им се тај период евидентирао у Комори и на основу чега би се продужавала важност лиценце.

Сложеније случајеве цениће појединачно ПО за медицинско образовање понаособ.

– На основу чега здравствена установа утврђује да је лекар остварио најмање 50 одсто бодова из области

своје лиценце? (Питање се односи на примену чл. 9. ст. 3. тач. 2. Правилника о лиценцирању).

Став ПО- Анализом одредбе чл. 9. ст. 3. тач. 2. Правилника о лиценцирању који предвиђа да лекар мора ради обнављања лиценце да достави и потврду издаћу од стране здравствене установе да је стекао најмање 50 одсто бодова из области за коју му је издата лиценца, овај ПО заузима став, односно предлаже Посебном одбору за медицинско образовање ЛКС и Управном одбору ЛКС да се оваква одредба укине, јер је једино Лекарска комора та која има такве податке и којој је и стављено у надлежност обнављање лиценце, те да здравствена установа овакве потврде не може издавати без података које има Комора. Дакле, издавање таквих потврда треба да буде у надлежности Коморе, а до укидања ове одредбе, предлаже се да здравствене установе могу издавати такве потврде искључиво на бази података из потврда које издаје ПО за медицинско образовање.

– Да ли постоји обавеза едуковања лекара-пензионера?

Став ПО - Лекари који имају статус пензионера, а радно су ангажовани у струци, имају обавезу похађања програма КЕ, а лекари који још увек раде, а налазе се пред пензијом, такође су дужни да се едукују и доставе Комори одговарајуће доказе о томе. Све ово из разлога што је по важећим прописима радно ангажовање у струци нужно повезано са континуираним едуковањем и мора бити покривено одговарајућим сертификатима. ▮

Континуирана медицинска едукација – приоритет

У току 2011. године, Лекарска комора Србије је, након спроведене анкете која је указала на висок степен заинтересованости међу лекари-ма, кренула у реализацију програма континуиране медицинске едукације. Реч је, пре свега, о домаћим курсевима друге категорије који обрађују актуелне медико-легалне теме.

У организацији програма континуиране едукације посебно је активна Регионална лекарска комора за централну и западну Србију, у свим њеним подручним канцеларијама. Висок ниво ангажованости и успешна реализација програма ће свакако обележити рад Одбора за медицинско обра-

зовање ове регионалне коморе и у текућој години.

До маја месеца, курсу „Поступање у случају лекарске грешке“, који је одржан је у шест подручних канцеларија (Крагујевац, Смедерево, Чачак, Јагодина, Шабац и Лозница), присуствовало је укупно 1.364 лекара.

Курсу „Лекарска грешка и осигурање“ присуствовало је 659 лекара, а организован је у три подручне канцеларије (Ђуприја, Шабац и Ужице), док је на стручном састанку „Стручна грешка“ одржаном у Смедеревској Паланци, пасивно учешће узело 125 лекара.

Крагујевац је крајем марта био домаћин једне од најпосећенијих и најбоље организованих конфе-

ренција до сада, са темом „Етички аспекти краја живота“. Два симпозијума у оквиру конференције („Етички аспекти палијативне игеријатријске неге“ и „Лечење умирућих пацијената - етички изазови, ограничења и недоумице“), пратило је укупно 1.694 лекара (862 и 832), не само из региона, већ из целе Србије.

Укупан број лекара који су посетили програме континуиране едукације у организацији РЛКЦЗС је 3.842. Они су тиме по програму обезбедили од четири до 14 бодова неопходних за обнављање лиценце, што је знатно више у односу на исти период прошле године.

До краја текуће године, број бодова биће знатно увећан, ако се



Уводна реч директорке Коморе на Конференцији „Етички аспекти краја живота“



Стручна служба РЛКЦЗС

има у виду број новоакредитованих програма у априлу месецу, који ће у региону бити организовани у градовима где буде постојала одговарајућа заинтересованост лекара.

Програми наведени у прилогу, акредитовани у априлу 2012, подржани су од стране Лекарске коморе Србије и као такви могу се бесплатно похађати до краја текуће.

1. Реформа примарне здравствене заштите у Србији - докле се стигло и куда се иде (А-1-1504/12)

Акредитовани домаћи курс II категорије (број бодова 8/4*);

Предавачи: Прим. др Татјана Радосављевић, доц. др Ђорђе Алемпијевић, др Александар Радосављевић, др Горан Стојиљковић, дипл. правник Ирена Ђокић.

*) број бодова који се додељују предавачу и пасивним учесницима;

2. Принципи рехабилитације хроничних болесника (А-1-1505/2012)

Акредитовани домаћи курс II категорије (број бодова 7/4);

Предавачи: Проф. др Драгана Матановић, проф. др Олга Поповић, др Бранка Лазић, др Оливера Ђирковић.

3. Заштита права пацијента и професионална делатност лекара (А-1-1506/2012) Акредитовани домаћи курс II категорије (број бодова 8/4);

Предавачи: Прим. др Татјана Радосављевић, доц. др Ђорђе Алемпијевић, доц. др Снежана Павлекић, доц. др Драган Јечменица.

4. Однос лекар - пацијент у данашњем тренутку (А-1-1507/12)

Реакредитовани домаћи курс II категорије (број бодова 6/3);

Предавачи: Асс. мр. сци. мед. др Александра Антовић, прим. др Славица Ђуровић Младеновић, др Јасмина Иванчевић.



PROF. DR DAVID STEINHORN (САД)



Др Даница Михајловић



Учесници Стручне конференције Етички аспекти краја живота

5. Перспективе развоја квалитета здравствене заштите у Србији (А-1-1508/12)

Акредитовани домаћи курс II категорије (број бодова 7/4)

Предавачи: Проф. др Весна Бјеговић Микановић, Весна Корач, Мирјана Живковић Шуловић.

6. Етички, деонтолошки и правни аспекти лекарске професије (А-1-1509/12)

Акредитовани домаћи курс II категорије (број бодова 8/4);

Предавачи: Прим. др Татјана Радосављевић, доц. др Ђорђе Алемпијевић, доц. др Снежана Павлекић,



Прим. др Славица Ђуровић
Младеновић

доц. др Драган Јечменица, Дејан Бабић.

7. Етички и правни аспекти обављања лекарске професије (А-1-1510/ 12)



Ass. Dr Jack C. Olson (САД)

Акредитовани домаћи курс II категорије (број бодова 8/4);

Предавачи: Прим. др Татјана Радосављевић, доц. др Ђорђе Алемпијевић, доц. др Снежана Павлекић, доц. др Драган Јечменица, Дејан Бабић.

8. Лекарска одговорност - етички, кривични и грађанско правни аспекти (А-1-1511/ 12)

Акредитовани домаћи курс II категорије (број бодова 8/4);

Предавачи: Прим. др Татјана Радосављевић, доц. др Ђорђе Алемпијевић, доц. др Снежана Павлекић, доц. др Драган Јечменица, Дејан Бабић.

9. Етички и правни аспекти здравствене делатности у установама за извршење кривичних санкција (А-1-1512/ 12)

Акредитовани домаћи курс I категорије (број бодова 12/6)

Предавачи: Прим. др Татјана Радосављевић, др Славица Ђуровић, доц. др Драган Јечменица, доц. др Владимир Јовић, доц. др Ђорђе Алемпијевић, Милош Јанковић.

Наведена листа препоручених програма ажурира се током године.

Динамика реализације зависи од интересовања лекара и може се пратити у оквиру посебних календара континуиране едукације доступних на интернет странама ЛКС и регионалних комора.

Др Слађана Илић

У ОРГАНИЗАЦИЈИ РЛКЈИС
5. АПРИЛА ОДРЖАН ЈЕ

Семинар о квалитету

Значај квалитета здравствене заштите и неопходности њеног социјалног унапређења

Семинар посвећен разматрању актуелне ситуације и перспективе развоја квалитета здравствене заштите и безбедности пацијента у Републици Србији, одржан је 5. априла у организацији Регионалне лекарске коморе југоисточне Србије.

Квалитет се представља као степен у коме пружене здравствене услуге повећавају вероватноћу жељених исхода по здравље у складу са садашњим професионалним знањем. Поред приказа важећих прописа у овој области, посебно ће се указати на одговарајуће процедуре и потребу сталног процењивања квалитета здравствене заштите на свим нивоима путем показатеља који се односе на обезбеђеност становништва здравственом заштитом, капацитет здравствених установа, опрему, а пре свега процесе и резултате рада и исходе по здравље становника.

Квалитетна здравствена заштита би требало да буде делотворна (ефективна), исплатива (ефикасна), доступна, безбедна, праведна, одговарајућа, правремена, прихватљива, усмерена ка пацијенту, задовољавајућа, континуирана, и да води унапређењу здравља корисника/пацијента.

Семинаром су биле обухваћене следеће теме:

- Правна регулатива у области квалитета здравствене заштите,
- Квалитет и индикатори квалитета у примарној здравственој заштити,
- Квалитет и индикатори квалитета у секундарној и терцијарној здравственој заштити.

После излагања предача организована је дискусија. Предавачи на семинару били су истакнути стручњаци из области јавног здравља и квалитета здравствене заштите: проф. др Весна Бјеговић Микановић, управница Института за социјалну медицину Медицинског факултета Универзитета у Београду и председница Републичке стручне комисије за стално унапређење квалитета здравствене заштите; др сц. мед. Весна Корах, самостални стручни сарадник у Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, члан Републичке стручне комисије за стално унапређење квалитета здравствене заштите; спец. др. мед. Мирјана Живковић Шуловић, специјалиста социјалне медицине, самостални стручни сарадник у Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, члан Републичке стручне комисије за стално унапређење квалитета здравствене заштите. Семинар је одржан у нишком хотелу „Tami Residence“. ▮

РЕГИОНАЛНА ЛЕКАРСКА КОМОРА ЗА ЦЕНТРАЛНУ И ЗАПАДНУ СРБИЈУ

АНАЛИЗИРАН РАД ПОДРУЧНИХ КАНЦЕЛАРИЈА

// АКТИВНОСТИ ЧЛАНОВА ОРГАНА КОМОРЕ, КАО И РАД СТРУЧНЕ СЛУЖБЕ
У ПЕРИОДУ ОД 1. ЈАНУАРА ДО 15. МАЈА ОВЕ ГОДИНЕ //

АКТИВНОСТИ СКУПШТИНЕ РЛК

На седници Скупштине, одржаној у фебруару 2012. године, донете су, као најбитније, одлуке о усвајању финансијског извештаја за 2011. годину, финансијског плана за 2012. годину, као и предлози одговарајућих одлука који су упућени Скупштини ЛКС на разматрање.

АКТИВНОСТИ ИЗВРШНОГ ОДБОРА РЛК

Извршни одбор РЛК одржао је у овом периоду две редовне и једну телефонску седницу на којима су разматрана текућа питања и донете одлуке које се тичу редовног рада Коморе. Такође, анализиран је рад подручних канцеларија и донете одговарајуће одлуке у циљу унапређења њиховог рада.

АКТИВНОСТИ ПОСЕБНИХ ОДБОРА

Посебан одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси у 2012. години одржао је једну седницу на којој су разматрани извештаји са седнице одбора ЛКС и Комисије за хитну медицинску помоћ.

Посебан одбор за медицинско образовање одржао је две редовне седнице на којима је поред усвајања Плана рада за 2012. годину извршена анализа „пута сертификата“ за 2011. годину, и као и спроведених акредитованих програма континуиране едукације на подручју Регионалне коморе у 2011. и првом тромесечју 2012. године. Такође је утврђен план одржавања медико-легалних програма на подручју РЛК и усвојен извештај о одржаној Конференцији „Етички аспекти краја живота“.

Посебан одбор за медицинску етику одржао је две седнице на којима је, осим разматрања питања тајности података у оквиру информационог система у здравству, и припрема за Конференцију „Етички аспекти краја живота“, усвојен План рада за 2012. годину.

Посебан одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси такође је одржао седницу на којој је усвојио План рада за 2012. годину.

Посебан одбор за стручна питања и стручни надзор састао се два пута. На тим седницама донет је План рада за 2012. годину, а разматрајући раније утврђене теме, и закључак о покретању иницијативе за измену Правилника о ближим условима, начину и поступку за добијање назива примаријус.

Посебан одбор за примарну здравствену заштиту у приватној пракси одржао је две телефонске седнице

на којима су подржани ставови и закључци донети на одбору ЛКС, а у наредном периоду ће одбор моћи боље да функционише обзиром да ће састав одбора бити допуњен са три члана чији избор предстоји.

СУД ЧАСТИ

Суд части РЛК је у првих пет месеци 2012. године примио три предлога од којих је један одбачен као недопуштен, а преостала два су у фази истраге.

КОМИСИЈА ФОНДА СОЛИДАРНЕ ПОМОЋИ

Комисија Фонда солидарне помоћи, у извештајном периоду, одржала је три седнице и разматрала укупно једанаест поднетих захтева.

Од укупног броја примљених захтева у једном случају помоћ није додељена, јер подносиоци захтева ни су испуњавали услове прописане Правилником о солидарној помоћи.

СТРУЧНА СЛУЖБА

Стручна служба РЛКЦЗС је у извештајном периоду примила 129 захтева за упис у Именик лекарске коморе Србије, док је, истовремено, из евиденције брисано 15 лекара због промене места пребивалишта и преласка у другу Регионалну лекарску комору, а један захтев за брисање обрађен је због обавезе лекара да буде члан Коморе биохемичара. У овом периоду издато је 198 лиценци, и то су 84 лиценце додељене лекарима који су започели радни однос, а 114 лиценци је издато по захтеву за измену лиценцног листа због различитих промена података.

Такође, извршена је дистрибуција „Гласник“-а подручним канцеларијама.

У континуитету се ради и на уносу података у јединствени информациони систем.

Све основане подручне канцеларије, а њих је 10, приводе крају израду потврда о сакупљеним бодовима за највећи број лекара којима је претходна лиценцна година истекла.

Стручна служба је, такође, учествовала у организацији одржавања неких програма континуиране едукације подржаних од стране Лекарске коморе Србије, а у целисти је самостално радила техничку организацију Конференције „Етички аспекти краја живота“ која је одржана у Крагујевцу 30. и 31. марта 2012. године. ▮

>>> ИСТРАЖИВАЊА >>>>>>>>>>



БАЗЕН „ТАШМАЈДАН“

КРЕТАЊЕМ ДО ЗДРАВЉА

СВАКИ ТРЕЋИ ЛЕКАР У „БЕЗБЕДНОЈ ЗОНИ“

У овој години Лекарска комора Србије као један од приоритетних задатака поставила је истраживање здравственог стања својих чланова, утврђивање главних фактора ризика за његово нарушавање и њихово отклањање.

Физичка неактивност једна је од најозбиљнијих последица савременог начина живота и технолошке револуције. Веома често својим пацијентима, и као превентиву и као део лечења, саветујемо појачану физичку активност, а сами о томе не водимо довољно рачуна.

У току Континуиране медицинске едукације „Кретање може да замени лекове“ обављено је испитивање навика лекара Међународним упитником о физичкој активности (IPAQ). То је стандардизован инструмент за

поређење података о утицају физичке активности на здравље. Питања у оквиру упитника односила су се на време које су лекари провели физички активни током последњих седам дана, активности и на радном месту и код куће, у току одласка и повратка са посла, као и за време рекреације.

Резултати се изражавају у МЕТ-има (минути физичке активности дневно у току недеље), па смо их и ми тако изражавали. За правилно тумачење резултата потребно је узети у обзир да ли је кретање свакодневно, најмање пет дана у недељи.

Анкетирали смо 171 лекара са територије Београда (случајни узорак). На питање колико сати проведе дневно у седећем положају добили смо следеће резултате:

Сати седења	30-40 година	41-50 година	Преко 50 година
4-8	1	3	3
8-12	34	30	41
Преко 12	17	26	16

4,09 одсто седи од четири до осам сати; 61,4 одсто од осам до 12 сати и 34,5 одсто више од 12 сати.

категори- зација	0-600 мет	600-1500 мета	Преко 1500 мета
Женски пол	18	54	30
Мушки пол	19	19	31
укупно	37	73	61

Анкетирани лекари који су сврстани у групу од нула до 600 МЕТ-а, њих 21,64 одсто, недовољно се креће и у великом је ризику за оболевање. Друга група, коју чини 42,69 одсто, испуњава само минимум кретања, а само трећа група, односно 35,67 одсто лекара, има редован физички тренинг и налази се „у безбедној зони“.

Када се анализира узрасто доба испитаника долази се до занимљивог податка да физичка активност-не-активност не зависи значајно од година, тако да нема велике разлике између група:

Године старости	0-600 мет	600-1500 мета	Преко 1500 мета
30-40	10	18	24
41-50	13	25	21
Преко 50	14	30	16

5,85 одсто неактивних је у старосном добу од 30 до 40 година; 7,60 одсто код групе од 41 до 50 година; и 8,18 одсто код старијих од 50 година.

На питање о здравственим тегобама добили смо следеће одговоре:

	Цервикални лумбални синдром	Гојазност	Депресија, раздражљив- ност	Без тегоба	Повишен крвни притисак
0-600 мет	15	8	19	11	8
600- 1500 мета	17	11	5	25	3
Преко 1500 мета	11	5	4	20	1

Цервикални и лумбални синдром готово је исто присутан и код неактивних и умерено активних (треба узети у обзир дуготрајно седење). Највећа група без тегоба је код умерено активних, а највише депресивних и раздражљивих је код неактивних.

На питање да ли желе да повећају физичку активност 153 анкетираних лекара одговорило је потврдно, девет је дало негативан одговор, док шесторо није одговорило. Када је у питању врста активности, 88 доктора одлучило се за пливање, 38 за трчање или брзо ходање, 19 за бициклизам, 18 за теретану, шест за јогу и пилатес и два за плес. Викендом њих 102 воли да се рекреира, а радним даном 51 док за 18 одговарају било који термини.

РЛК Београда је за своје чланове од 1. марта ове године обезбедила термин у олимпијском базену под балоном у Спортско рекреативном центру Ташмајдан суботом од 17 до 18 часова. За коришћење треба понети само чланску карту Лекарске коморе Србије.

И не заборавите:

„Кретање може да замени многе лекове а ниједан лек не може да замени кретање.“(Tissot)

Др Бранка Лазич



„Балон“ у Спортском центру „Ташмајдан“

РЕАГОВАЊА

Да ли учимо на причама које се понављају?

Пише: Проф. др Драган Делић,
председник Здравственог
савета Србије

Проглашењу пандемије вирусом инфлуенце А (тип H1N1), од стране Светске здравствене организације 11. јуна 2009. године, претходила је „планетарна хистерија“ која је имала своје исходиште и упориште, између осталог, и у неким објективним околностима.

Наиме, претходна епидемија вирусом *avian* инфлуенце H5N1 („птичји грип“) донела је многобројне компликације и клинички се презентовала као мултисистемска болест са смртношћу код око 60 одсто болесника. Први епидемиолошко-клинички извештаји о H1N1 вирусној инфекцији у Мексику указивали су, такође, на високу смртност. У питању је био „нови“ вирус са којим наш имунски (одбрамбени) систем није имао искуства, са очекиваном и реалном претпоставком о могућем рапидном ширењу инфекције са свим могућим последицама: медицинским (компликације, смртност), економским, социјалним, етичким, итд.

Мудрост, искуство и знање увек налажу опрез када су у питању вируси. Током пандемије могуће су мутације вируса и прерасподела генетичког материјала са другим вирусима, животињског или хуманог порекла, што може резултирати тежим клиничким током болести и већом смртношћу. Здравствени систем, па и цело друштво, морају бити спремни и за тај могући сценарио. Међутим, кључни медицински и искуствени став јесте да је ток пандемије грипа увек непредвидив. Истичем чињеницу да се прва пандемија, валидно документована, десила 1580. године и да је од тада описана 31 пандемија што је сасвим довољно за стицање респектибилног знања о непредвидивости „нових“ вирусних инфекција.

У субјективне факторе, који су довели до „планетарне хистерије“ укључујем широко присутно незнање о биолошким могућностима, разноврсности и значају/упливу вируса на наш целоку-



пан живот, али не искључујем могућност и утицаја фармацеутских кућа, медија, неформалних група који из различитих интереса и побуда формирају јавно мишљење и понашање већине становништва. Широко доступна могућност коришћења интернета донела је, поред евидентних користи у сфери информисаности и едукације, и могућност пласирања дезинформација и полуистина о H1N1 пандемији и ефикасности/безбедности вакцине против грипа. Пр-

ви пут у историји хумане медицине суочили смо се, као организован здравствени систем, са „непријатељем“ кога је тешко победити: антивакцинални покрет који се користио свим могућим средствима. И морамо признати, тај рат смо изгубили и поред чињенице да је вакцина једно од највећих, ако не и највеће откриће у целокупној историји хумане медицине.

Несајлегиве последице неадекватне кампање?

Уколико се ослободимо свих парамедицинских и дневно-политичких утицаја, проглашење епидемије H1N1 вирусне инфекције у нашој земљи било је стручно оправдано, као и наложене ванредне мере за њено сузбијање од стране Посебне радне групе Министарства здравља. И поред предузетих мера, умрла је, колико је мени познато, 161 особа (пет пута више него током епидемије вариоле!). Радило се претежно о младим особама, са тешком упалом плућа и инсуфицијенцијом дисања, што нисмо виђали током епидемија сезонског грипа. Све те особе биле би живе, па и 10 трудница, да су вакцинисане против грипа. Потпуно је неприхватљиво и несхватљиво да су људи умирали, а да је вакцина била доступна, бесплатна, са изутоно добрим безбедносним профилем.

У Републици Србији није регистрована ниједна озбиљна нежељена реакција након имунизације и поред интензивног истраживања сваке пријављене сумње. Ситуација је била, али не само у нашој земљи, потпуно ирационална, апсурдна, а са моралне (етичке) стране потпуно

*Требало је више истраживати примере земаља
са високим стандардом живљења, социјалне бриге,
поверења у органе власти и добро организованим
здравственим системом, нпр. Шведске
где је вакцинисано 70 одсто популације,
или у Финској 30 одсто*

неприхватљива. Лично сматрам, да постоји, у најмању руку, морална одговорност свих јавних личности (лекара, политичара, новинара...) који су путем јавних медија заговарали одбијање вакцинације. Са друге стране, свако од нас је сте одговоран за своје здравље, али и за здравље људи у својој околини: нпр. инфекција H1N1 може код нас протећи без компликација, али код друге особе, којој смо пренели ту инфекцију, она може бити фатална. И то смо виђали код најближих сродника.

Истине ради, током пандемије H1N1 вирусне инфекције, уочени су недостаци у области координације активности, у раду мултисекторских тела здравственог система Србије, у области промоције имунизације и у области комуникације са јавношћу. Чињеница да многи здравствени радници нису промовисали имунизацију, као најефикаснију, најједноставнију, најсигурнију и најекономичнију меру у превенцији и сузбијању инфекција, већ су чак и демотивисали грађане спроводећи негативну кампању, захтева посебну расправу у секцијама Српског лекарског друштва и Лекарској комори.

Посебну забуну, са погрешним информацијама, чинили су поједини медији ангажујући лекаре који нису стручно компетентни за ову област хумане медицине. Требало је више истичати примере земаља са високим стандардом живљења, социјалне бриге, поверења у органе власти и добро организованим здравственим системом, нпр. Шведске где је вакцинисано 70 одсто популације, или у Финској 30 одсто. Експлицитно негативан став пољске министарке здравља тешко је коментарисати без веродостојних података о морбидитету и mortalитету у дотичној земљи током пандемије.

Трошкови лечења вишеструко скупији

И наше искуство из пандемије указује да иза кампање не треба да стоје личности из сфере политике, већ здравствени радници, здравствени систем и, посебно, Институт за јавно здравље Републике Србије.

Нико није сагледао ни економску страну пандемије, која јесте валидна за свако здраворазумско друштво. Лечење једног болесника у јединици интензивне неге износило је преко 300.000 динара, а у општој нези 30.000 до 35.000 динара. Број кућно лечених и износ трошкова (антивирусна терапија, антибиотици, итд.) тешко је и претпоставити. Одсуствовање са посла, куповина неспецифичних мера заштите, итд. до-

датно повећавају трошкове који, сигуран сам, за неколико пута премашују трошкове комплетне вакцинације.

И ова епидемија учврстила је моје убеђење о значају и неопходности бржег развоја Института за вирусологију, вакцине и серуме „Торлак“, као круцијалне установе у дијагностици и превенцији инфективних болести. Не треба бити посебно мудар, па закључити да се ради о здравственој установи од националног значаја.

Афера око набавке вакцина нанела штету здрављу

Набавка и куповина вакцине против грипа нема никакве везе са здравственим радницима, већ је класичан пример могуће корупције у систему јавних набавки у којима учествују, између осталог, и државни чиновници.

Међутим, не желим да елиминисем право на невиност до доношења правичне и недвосмислене одлуке суда. Као грађанину, сметају ми пропратне манифестације силе, набеђене непогрешивости надлежних органа, вишемесечни боравци оптужених у истражном затвору, као и искључиво и навијачко писање дела штампе у готово свим досадашњим, многобројним и вишезначним аферама у нашем друштво, па и по питању куповине вакцина.

Искрено се плашим да се на тај начин припремају грађани на једину могућу одлуку, а са друге стране, врши притисак на судство да оправда таква очекивања. Присталица сам обазривости, критичности, вишестране и вишеструке провере свих наведених „чињеница“. Чињеница је да је ова афера, која искључиво припада сфери јавних набавки, нанела огромну штету здравственом систему Србије и програму имунизације.

И на крају, да ли смо нешто научили из ове пандемије? Бојим се да нисмо, јер је наступила „завера ћутања“, поготово код оних који су водили антивакциналну кампању, али и код оних који су имали обавезу (Министарство здравља, Институт за јавно здравље) да на крају пандемије дају свеобухватну, објективну и критичку анализу са предлогом конкретних и применљивих мера за сличне, идентичне или теже ситуације у ближој или даљој будућности. Као позитивне примере истичем одговорно и професионално ангажовање епидемиолошке и педијатријске секције СЛД, као и закључке Здравственог савета Србије од 21. јанура 2010. године. ▮

>>> МЕДИЦИНСКИ СКУПОВИ >>>

СА ЈЕДНОГ ОД ЕВРОПСКИХ СУСРЕТА ЛЕКАРА
ОПШТЕ/ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ - WONCA EUROPE

ПАЦИЈЕНТ У ЦЕНТРУ: ХОЛИСТИЧКИ ПРИСТУП

// WONCA JE ПОЗВАЛА ВЛАДЕ ЕВРОПСКИХ ЗЕМАЉА ДА УЧИНЕ
ПРИМАРНУ ЗАШТИТУ ПРИОРИТЕТНОМ КАПИЈОМ СВОЈИХ
НАЦИОНАЛНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ СИСТЕМА //

О чему говоре наше европске колеге? Шта виде као приоритете Опште медицине, и који су путеви којим, даље, треба ићи? Покушаћу да пренесем део атмосфере и садржаја којим су били испуњени заједнички сати проведени са овом међународном заједницом лекара опште медицине - породичних доктора.

У низу једнакових тема, чији наслови довољно говоре, следе: Породични лекар – кључна улога у Интегрисаном систему здравствене заштите; Породична медицина и Универзитет; Мотивација у оквиру професије; Миграције доктора у Европи; Прилагођавање на мултикултурално друштво; Брига за оне који пружају здравствену заштиту.

Све ове теме су очигледно фокусиране на развој и будућност професије и лекара у њој.

Доказ, искуство, саосећање

Нису изостале ни теме: Истраживања - пут ка напретку; Утицај високе технологије на праксу; Умрежавање мреже; Трансдисциплинарни, научни и стручни приступи решавању здравствених проблема.

Неке од тема биле су: Пацијент је у центру: холистички приступ; Оснаживање пацијента; Брига о старима; Палијативно збрињавање - социјални контекст. Брига за ментално здравље је незаобилазна

тема и чинило се да јој је посвећено неограничено време.

Стандардно су најзаступљенији и најпосећенији термини посвећени Хроничним, масовним незаразним оболењима и факторима ризика који их условљавају, а промоција

>>> Растући изазови, као што су старење популације и енормни утицај хроничних болести, јасно показују да здравствени модели треба да претрпе значајне промене, како њихова одрживост не би била компромитована <<<

здравих стилова живота подржана је изванредном логистиком.

Европска, конвенционална - официјелна медицина све више показује ширину својих погледа, уважавајући искуство и традицију. Отуда и заступљеност тема као што су: Алтернативна и комплементарна медицина и породични лекар; Самолечење - *pro et contra*.

Етичке дилеме увек су присутне, док се код нас мало или нимало о њима говори. И све што се чуло чинило се најважнијим. У неку руку је, управо, тако. Нема неважног ако се бавите здрављем људи.

Посебно је било поздрављено надахнуто излагање др Edy Reisena који нас је подсетио на неке постулате нашег позива (такозвана три Е): *Evidence, Experience, Emphaty* – Доказ, Искуство, Саосећање. Добра пракса је, дакле, медицина заснована на Доказима, која уважава Искуство, а Саосећање је *Conditio sine*

qua non. Др Edu Reisen изнео је своје богато професионално и животно искуство, наглашавајући страст за професију и осећај за дух Породичне медицине. Он је рекао да су ове емоционалне и високо мотивисане речи у опасности да се уруше

под теретом нашег свакодневног посла, одговорности, нових захтева и притиска времена. Колико је ово актуелно у нашим условима - просудите сами.

Ново и охрабрујуће искуство чекало је у *Free Speaker's Corners* и *Room for Spontaneity*. Ти слободни говорнички углови били су расположиви за оне учеснике који желе да изразе своје тачке гледишта, о било којој теми, на слободан и неформалан начин. Ту се могао чути несавршени енглески, доминирала је спонтаност и колегијална комуникација.

Документ у њућен влагама

Овај значајни скуп окончао је рад Саопштењем - *The Malaga Statement*. Тај документ упућен Влади ма европских земаља, изванредно је садржајан, и неопходно га је про-



читати у целости. Скраћени извод у слободном преводу гласи:

„Тридесет година уназад, развој примарне здравствене заштите остваривао се по, тада новом, моделу који је постепено увођен у свим земљама, и који је помогао да се побољша једнакост, приступачност и ефикасност, а заснован је на холистичком приступу. Као резултат, постигнуто је више циљева: побољшање здравља, смањен морбидитет, повећана једнакост у пружању здравствене заштите, као и значајан пораст ефикасности здравствених система.

Сада проблем лежи у чињеници да је дошло до промене тежишта здравствене политике, и примарна заштита није више оса око које се здравствени ситем окреће.

Нужне промене здравствених модела

Ресурси су умногоме резервисани за болничке и консултантске услуге, а промоцију здравља и превентивне активности су занемарене. Укратко, такви здравствени системи су мање делотворни него што то могу да буду.

Растући изазови, као што су старење популације и енормни утицај хроничних болести, јасно показују да здравствени модели треба да претрпе значајне промене, како њихова одрживост не би била компромитована. Примарана заштита обезбеђује пут/начин уређења и организовања здравствене заштите у целини, путем визије која је заснована на заједници, и холистичком приступу болеснима. Ово је у складу са Резолуцијом Скупштине Светске здравствене организације (*World Health Assembly Resolution WHN 62.12*). Као резултат, примарна здравствена заштита чини одржив, евидентан/очигледан и ефикасан начин решавања здравствених проблема.

Примарна здравствена заштита је идеално поље у којој будући породични доктори треба да уче своју професију. Стога, системи образовања и универзитетски системи треба да буду одговарајуће структурирани са циљем да обезбеде те потребе.

Из тих разлога европска WONCA позива Владе европских земаља да учине примарну заштиту приоритетном капијом својих националних здравствених система, као и да трошкове здравствене заштите подесе у складу са тим циљем.“ Документ су потписали Tony Mathie, председник WONCA -Europe и Josep Basora председник semFYC.

Прим. др Драгица Коси,
начелница Службе за
здравствену заштиту одраслих
Дом здравља Земун

ИМПРЕСИЈЕ И ЕКСПРЕСИЈЕ – МАЛАГА

Малага... Избећи ћу клише „град богате историјске прошлости“, јер историју сматрам недостојним репрезентом цивилизације! На срећу, историја човечанства је обогаћена историјом уметности, духовношћу, музиком... Нећу помињати ни 3.000 година трајања овог града, нити ћу говорити о контроверзном сликарском генију Паблу Руизу Пикасу (чији вас живи, снажни поглед среће на улазу у Музеј), нити о вртovima Алказабе, нити о тиркизној пучини која дели - и спаја - континенте, нити о митској и стварној гибралтарској стени - Западној капији Европе.

Повешћу вас у једну шпанску ноћ, под шпанским звезданим небом, уз шпанску гитару и песму која - прича

живот! Али, заборавите на романтику, јер ту се одвија драма, набијена емоцијама, страшћу и патњом. Шпанска жудња, шпанске сузе ... Потресни мушки вокали (са јаким призвуком наших тужбалица!) причају ту причу чији је епилог ипак - тријумф живота! Гордост генерише снагу - креће Фламенко - та vis viva, која до сржи прожима сваког до кога допре. Зато, ово не препоручујем особама јаким емоција и слабог срца. И ако је лепота у оку посматрача, музика и ритам су, свакако, дубоко у његовој бити.

Не морате знати нити реч шпанског - све ћете разумети! Фламенко и шпанска песма су, дефинитивно, драгуљи духовне баштине човечанства!

>>> НАША ПРИЧА >>>>>>>>>>>>

У УНИВЕРЗИТЕТСКОЈ ДЕЧЈОЈ КЛИНИЦИ НАЈМЛАЂИ ПАЦИЈЕНТИ И ГОДИНАМА НА ДИЈАЛИЗИ

ТРАНСПЛАНТАЦИЈА И НАДА И ЛЕК

Универзитетска дечја клиника у Тиршовој улици у Београду једина је установа за дијализу деце не само у Србији, него и земљама окружења. Оболели малишани на дијализи проводе по неколико сати три или четири пута недељно, а за већину њих једини излаз представља трансплантација.

– У иностранству се на кадаверичну трансплантацију бубрега чека неколико месеци, док код нас деца чекају и по 10 година како би добили орган неопходан за нормалан раст и развој – каже Јелена Алавања из Удружења деце бубрежних болесника и трансплантираних особа „Све за осмех“.

У нашој земљи за око 4.500 бубрежних болесника дијализни апарат замењује функцију бубрега. Међу њима је и 16-оро малишана, а сваке године најмање шесторо деце суочи се са трајним отказивањем бубрега.

Недовољно пресађивања оріана са кадавера

Проф. др Зоран Ковачевић, начелник Клинике за нефрологију Војномедицинске академије, истакао је, на недавно одржаној конференцији за медије, да су деца главни мотив да се истраје у акцији која има за циљ подизање свести грађана о пресађивању и донаторству органа, а Србија помери са последњег места у Европи. Он је навео податак да је у Србији годишње потребно 300 до 400 бубрега, 100 до 150 јетри, 20 до 30 срца за трансплантацију.

Прва успешна трансплантација у нашој земљи обављена је 1976. године. Према речима проф. Ковачевића, током више од тридесет година урађено је 1.332 трансплантације бубрега, 20 пута је пресађена јетра, седам пута срце (крајем деведесетих година прошлог века), и једном панкреас, али неуспешно.

Чак три четвртине трансплантација бубрега код нас обављено је са живих донора. Оне у свету чине између 10 и 20 одсто, док су кадаверичне трансплантације (са особе која је доживела мождану смрт) знатно више заступљене. Последњих година, међутим, у Србији се бележи се драстичан пад броја трансплантација. Тако је 2010. било 67 трансплантација бубрега и 19 јетре, а прошле године бубрег је пресађен 47 пута, а девет пацијената добило је нову јетру.

Проф. Ковачевић не крије разочарање што су „заказали струка и Министарство здравља“, а подршка која

постоји је само декларативна - не одвајају се потребна средства, нити обезбеђује кадар. Притом, како истиче, трансплантација је четири пута јефтинији начин лечења од хемодијализе, на коју одлази чак осам одсто буџета РФЗО.

- Успех трансплантационе медицине зависи од грађа-

О ЕУРОТРАНСПАНТУ

Белгија, Немачка, Хрватска, Холандија, Аустрија, Луксембург и Словенија укључене су у Еуротрансплант. У земљама чланицама живи готово 125 милиона људи. Предности сарадње огледа се у чињеници да постоји само једна централна листа чекања. На централној листи чекања налази се око 16 хиљада пацијената. Годишње Еуротрансплант оствари расподелу отприлике седам хиљада донорских органа. Захваљујући сарадњи између земаља повећавају се шансе крајње хитним пацијентима, а омогућено је помагање посебних група, као што су деца и пацијенти са ретком крвном групом или ретком врстом ткива.

на, јер мора да се разбију заблуде и дилеме. Регистра-
ње потенцијалих давалаца кроз потписивање доносних
картица треба да популарише трансплантацију и створи
позитиван став у народу – рекао је проф. Ковачевић.

Закон постоји, али се не примењује

Др Дана Михајловић, директорка Управе за биомедицину Министарства здравља, истакла је да трансплантација треба да постане стандард лечења.

– Последњи је моменат да нађемо механизме за побољшање лечења болесника на дијализи. Ако пацијент од само две или три године сваког другог дана треба да допутује из Лознице, бесмислено је говорити о доступности лечења. Немамо разлога да будемо задовољни развојем трансплантације код нас. Чинимо све да то унапредимо, али се ни закон не примењује. Основана је Управа за биомедицину која ради са пола капацитета, сектор за трансплантацију још нема руководиоца, не-



На истом задатку: проф. др Зоран Ковачевић, Јелена Алавања, др Мима Фазлагич и др Дана Михајловић

довољна је техничка оспособљеност, подзаконска акта нису донета... Потребно је обезбедити возило за транспорт донираних органа - указала је др Михајловић.

Она је напоменула да је велики број пацијената на листама чекања: бубрег чека 750 оболелих, а јетру око 60. До краја године биће сачињена листа чекања за трансплантацију срца.

– Начин да дођемо до трансплантације срца јесте да се „прегрупишемо“, направимо нашу националну листу чекања, дефинишемо приоритете, што смо за сада и урадили заједно са Републичком стручном комисијом. Наредни корак јесте да израдимо прорачун цене трансплантације по једном пацијенту и то предочимо Министарству здравља и Фонду здравственог осигурања, као и да на основу постојећих капацитета дефинишемо центар који би се бавио трансплантацијом срца. После тога, очекујем да ћемо најбрже урадити програм трансплантације срца кроз *twinning* програм са бечком

АКН клиником која ће нам помоћи у едукацији кадра свих профила – у донорском програму, одржавању донора за срце, на експлантацији и трансплантацији. Према некој њиховој динамици, за две године имаћемо оспособљен тим за трансплантацију срца. Мислим

>>> Донор картица не служи за регистровање потенцијалних донора, већ да подстакне причу о завештању органа <<<

да нам је то једина шанса да веома брзо развијемо програм трансплантације срца – објаснила је др Михајловић за Гласник Лекарске коморе Србије.

Она истиче да треба да се прошири донор-програм и ради на едукацијама медицинара. Управа за биомедицину нашла је начина и (скромном) расположивим средствима велики број здравствених радника упутила је на едукацију, пре свега анестетичара и неуролога из донор програма. Тренутно се на усавршавању у Шпанији налази један наш трансплантациони хирург за трансплантацију бубрега, а два хирурга наредног месеца обавиће едукацију у Загребу.

Др Мима Фазлагич, научни саветник *Cryo-save*, највеће европске банке матичних ћелија, истакла је да Клиника „Ospedale Maggiore Policlinico“, на чијем је челу др Лоренца Лазари почела да употребљава матичне ћелије за третман појединих врста бубрежне инсуфицијенције, а договорено је да један лекар из Србије иде на обуку у ту Клинику у којој се обављају најсавременија клиничка испитивања матичних ћелија.

Јасмина Томашевић

ПРВИ ПУТ НА ИЗЛЕТУ

Најмлађи пацијенти на дијализи, као и деца која су већ трансплантирана, први пут су један викенд провели ван дијализног центра, Универзитетске дечје клинике. Заједно са родитељима, лекарима и представницима медија, од 1. до 3. јуна малишани су болницу заменили раскошном природом Златибора. То је, уједно, била прилика да се јавност Србије још једном подсети на значај завештања и даривања органа.

>>> ПОВОДИ >>>>>>>>>>>>>>>>>>>

ПОВОДОМ 25-ГОДИШЊИЦЕ РОЂЕЊА ПРВОГ ЉУДСКОГ БИЋА У СРБИЈИ ЗАЧЕТОГ ИЗВАН ТЕЛА ЖЕНЕ

ЈУБИЛЕЈ ПРВЕ СРПСКЕ БЕБЕ ИЗ ЕПРУВЕТЕ

// ЈЕДИНСТВЕН ДОГАЂАЈ ЗА СРПСКУ МЕДИЦИНУ, ГАК „НАРОДНИ ФРОНТ“

// ОСОБА ЈЕ У ДОБРОМ ЗДРАВЉУ, СА ДОБРИМ ИЗГЛЕДИМА ЗА СВОЈУ БУДУЋНОСТ
И ЗНА НА КОЈИ НАЧИН ЈЕ ДАШАО НА ОВАЈ СВЕТ //

Пишу: Желько Живановић,
Миленко Пророчић,⁽¹⁾
Спасо Анђелић⁽¹⁾ и
Мирсанда Станић⁽²⁾



Увод. Готово 154.500 живорођене деце у Србији 1987. године и до данас преживелих, слави или ће славити понаособ свој рођендан и јубилеј. У ствари, ове 2012. године навршава се 25 година што је, у односу на јужину животног века који у просеку у Србији износи око 76 година, једна, и то значајна, трећина тога времена. Међу толиким бројем ипак се један издваја од свих осталих рођених те године, па и свих рођених у прохујалим миленијумима боравка изданка људског рода (људи) на овим просторима. Издваја се јер је рођен посебним поступком оплођења који није својство или бит расплођавања људског рода. С обзиром на јединствен догађај за српску медицину, ГАК „Народни фронт“, а и за нас креаторе и учеснике, треба на достојан начин да се придружимо славу овога појединца који је у добром здрављу, са dobrим изгледима за своју будућност и који зна на који начин је дашао на овај свет.

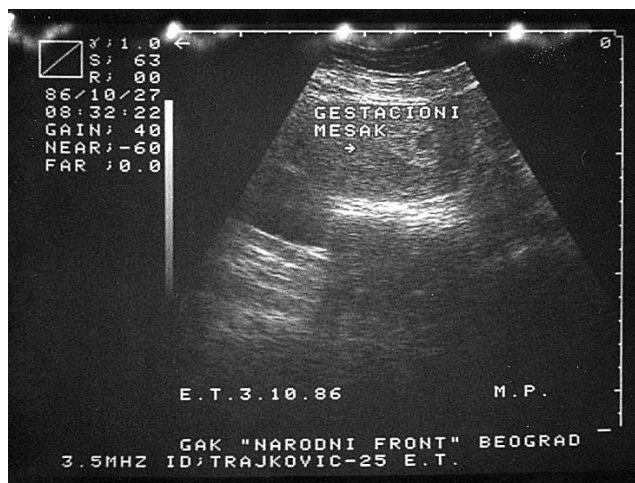
Наш случај. Двадесетдругог септембра 1986. године, према ранијем договору да се укључи у програм за ван-телесно оплођење, примљена је у нашу клинику С. Т. из града на југу Србије, 34-годишња радница и заведена под бројем II428/86. Из узетих уобичајених података види се да се пацијенткиња лечи због неплодности још од 1978. године када је оперисана због ектопичне трудноће у левом јајоводу који је том приликом и одстранен. Порођаја и побачаја није имала. Менструацијски циклус је уредан, на 28 дана, траје три дана, безболан и са угушцима, а последњи је био 20. септембра 1986. године. У времену пре пријема урађени су хистеросалпингографија (*HSG*) и целиоскопија, односно лапарос-

скопија који су показали да се ради о запушењу преосталог десног јајовода у пределу рога материце и да постоји миом величине ораха и бројне сраслине у том пределу. Хормонском провером рада јајника установљено је одсуство овулације. Провером оплодне моћи брачног партнера утврђено је да постоји смањење броја оплодних ћелија мањег степена али са добром (прогресивном) покретљивошћу (Спермограм: 19×10^6 и 71 одсто живахне покретљивости).

Истог дана по пријему, тј. 22. септембра 1986. године, или трећег дана циклуса, започиње се са подстицањем (стимулацијом) јајника *Humegonom/Pergonalom* инјекцијама, а од осмог дана (27. септембра 1986.) ради се одређивање вредности хормона у крви и ултразвучним прегледима прати раст и развој јајничких мешкова (фоликула). Како је одговор на подстицање (стимулацију) 10. дана циклуса или 29. септембра 1986. године био повољан, пацијенткињи је убризгано 5.000 IU β hCG, а 36 сати после инјекције β hCG приступа се операцији помоћу целископа-лапароскопа (у то доба једини могући начин) пункције мешкова из оба јајника. Из седам пунктираних мешкова добијена су само три овоцита. Након одређеног времена, овоцитима се додају раније припремљене мушке оплодне ћелије (сперматозоиди), или другим речима, уради се инсеминација. У току следећих сати проверавала се мешавина овоци-



20. ДАН



25. ДАН

та и мушких оплодних ћелија да би се уочило оплођење. После 48 сати од утврђивања да су се од три оплодила два овоцита или 10. октобра 1986. године изврши се премештање заметака из лабораторије у материцу (ембриотрансфер). Развој даљих догађаја се састојао у подржавању трудноће помоћу примене прогестерона и β hCG. Једанаестог дана од преноса заметака у материцу почиње провера вредности β hCG у крви која износи 64,9 IU да би 14. дана износила 169 IU, 16. дана 450 IU, 28. дана 23.500 IU. Овакве вредности су јасно показивале да се сигурно ради о трудноћи што је потврдио и ултразвучни налаз.

С обзиром да се радило о високоугроженој (ризичној) трудноћи и да је трудница са местом живљења удаљена од Београда и наше клинике за више од 300 километара, задржана је на клиници ради даљег појачаног (интензивног) праћења стања како труднице тако и њеног плода. Током лежања на клиници, током једног дела трудноће дошло је до незнатног крварења из материце које се услед потпуног мировања брзо смирило. Иначе, трудноћа је праћена клинички, лабораторијски, ултразвучно, кардиотокографски и на крају амниоскопски. Када је трудноћа изнесена до краја (термина), заврше-

на је оперативним путем – царским резом 27. јуна 1987. године и рођено је здраво мушко дете, тежине 4.900 грама и дужине 60 центиметара.

Оперативни и постоперативни ток протекли су уредно, тако да је пацијенткиња отпуштена са клинике 10. јула 1987. године, довољно опорављена са здравим дететом.

И тако је после 280 дана проведених на клиници успешно завршена битка С. Т. за њено дете и њу, с једне стране, а отворена су врата новог пута за многе оне попут С. Т., с друге стране.

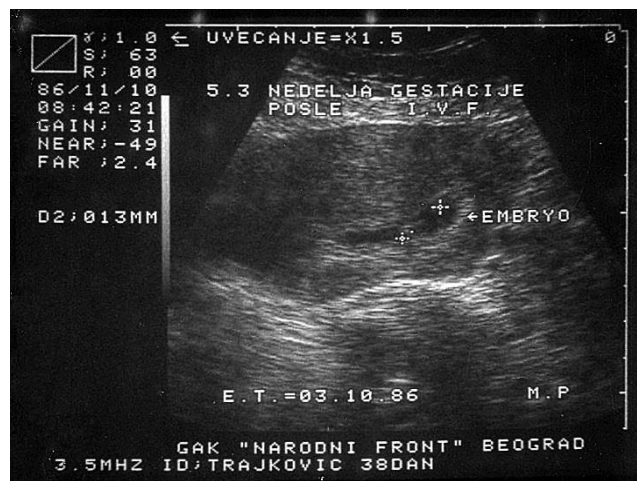
Расправа. Догађај од 27. јуна 1987. године о коме говоримо готово се поклапа са са одржавањем 56. Гинеколошко-акушерске недеље СЛД (од 31. маја до 1. јуна 2012. године), а која представља скуп свих гинеколога Србије и бројних гостију гинеколога из окружења. Тај догађај, односно јубилеј, треба да буде значајан датум српске медицине, посебно репродуктивне медицине којој и ми гинеколози припадамо, и да се забележи великим словима. Зашто? У првом реду зато што се у историји људског рода и медицине ништа слично није догодило све до рођења енглескиње Лујзе Браун 1978. године. До *шо-џа* гоба медицина или лечење искључиво се сводила на



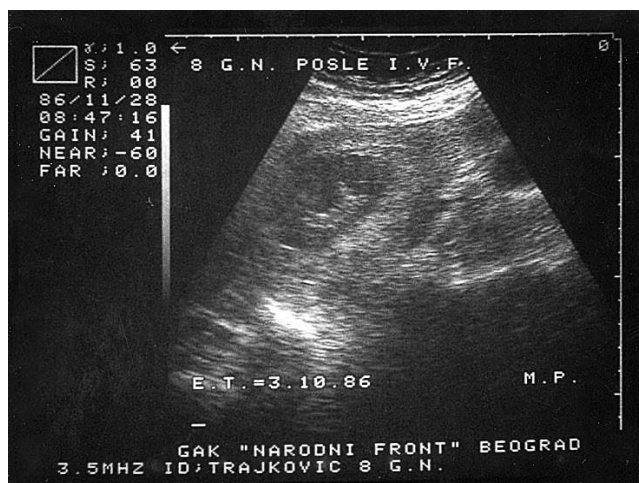
>>> Свега девет година после рођења Лујзе Браун, српски гинеколози успели су да на исти начин успешно изврше оплођење изван тела жене и да се трудноћа заврши рађањем новог бића <<<



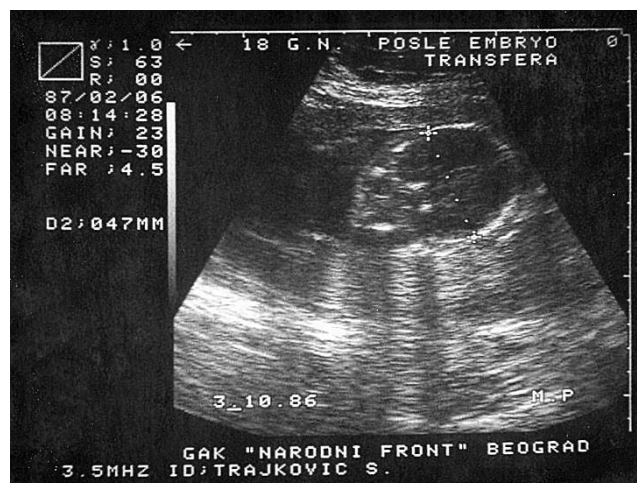
28. ДАН



38. ДАН



8. НЕДЕЉА



18. НЕДЕЉА

пужање помоћи болеснима или повређеним већ рођеним или постојећим људима, разним врстама оперативних или неоперативних поступака.

Лујза Браун је прво људско биће рођено после оплођења извршеног посебним поступком изван шела жене. И у годинама непосредно пре њеног рођења постигнута су успеси вантелесног оплођења, али они нису довели до даљег развоја трудноће и порађаја. У томе су коначно успели енглески научници Патрик Стептое, гинеколог из Олдхема (Манчестер), и Роберт Едвардс, физиолог са Кембриџа.

Домет таквог успеха не може се мерити ни са чим до тада учињеним од настанка људског рода, јер је омогућен долазак на овај свет новом људском бићу у случајевима где то није било могуће на уобичајен, односно природан начин. Долазак новој бића има сасвим другачију димензију од онога када се већ постојећем бићу поправља његово нарушено природно стање.

Ми са нескриваним задовољством можемо истаћи да смо свега девет година после рођења Лујзе Браун успели да на исти начин успешно извршимо оплођење изван тела жене и да се трудноћа завршила рађањем новог бића чији јубилеј обележавамо сада. Успех је остварен у релативно раном раздобљу прихватања и спровођења поступка вантелесног оплођења и када се такав приступ спроводио у само десетак центара у свету. То нам даје за право да, поред осталих медицинских достигнућа, нашу медицину сврстамо у сами врх светске медицине.

Данас, начин оплођења жене ван њезиног тела користе небројене установе широм света као и бројне установе у нашој земљи. На тај начин дошло је до рађања великог броја деце што показују статистички подаци који бележе више од 4.000.000 деце рођене овим поступком.

Закључак. Вредновање неких достигнућа треба ценити на основу њиховог прихватања, примене и успеха, а такође и на основу њиховог утицаја на појединце, веће или мање групе, народе и целокупно човечанство.

Залажемо се да сваки успех и важан догађај наше медицине треба обележавати на пригодан начин, подсећати савременике и упознати будуће нараштаје (генерације) са достигнућима и местом на коме се налазила српска медицина у датом времену и околностима.

И зато нека овај јубилеј 25-годишњице рођења људског бића поступком вантелесног зачећа и у нашој земљи буде подстрек и путоказ садашњим и будућим нараштајима, да без обзира на услове дају свој сопствени допринос људском роду прво у свом народу, а преко и кроз њега сваком људском бићу на овој нашој дивној планети.

⁽¹⁾ Гинеколошко-акушерска клиника „Народни фронт“ Наставна база Медицинског факултета у Београду

⁽²⁾ Институт за биологију и хуману генетику Медицинског факултета у Београду

ДВАДЕСЕТ ГОДИНА РАДА ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ „МЕДИЛЕК“

ПОСВЕЋЕНОСТ ПАЦИЈЕНТУ – ВЕЛИКА ПРЕДНОСТ

Здравствена установа „МЕДИЛЕК“ почела је да ради априла 1992. године, као једна од првих приватних здравствених установа у Србији. Ових дана обележава 20 година свог постојања и успешног рада. Специјална болница за гинекологију и Поликлиника „МЕДИЛЕК“ власништво су породице Миленковић.

Како би се пацијентима омогућило виши ниво медицинске услуге и неге, 2004. године изграђен је нови пословни простор на адреси Улица др Драгише Мишовића 134а у Чачку. На једном месту објединили смо више медицинских специјалистичких грана и омогућили да се различите дијагностичке и терапијске процедуре одвијају брзо и ефикасно.

Висок степен стручности, професионализам, континуирани напредак и креативност у процесу пружања здравствених услуга основне су карактеристике наше установе.

Поред стално запослених лекара из области гинекологије, естетске хирургије и дерматологије, ангажовани су консултанци, стручни и искусни лекари из области интерне медицине, хирургије, урологије, радиологије и патологије, како би се пацијентима омогућила боља дијагностика и лечење. Трудимо се да мултидисциплинарним приступом усавршимо квалитет



Стручни тим МЕДИЛЕК-а

наших услуга и верујемо да је посвећеност пацијенту наша велика предност.

Захваљујући врхунској опреми и најмодернијим медицинским уређајима којима располажемо, пратимо светске трендове у пружању медицинских услуга.

Операциони блок болнице располаже са две хирушке сале, што обезбеђује извођење како мањих тако и опсежнијих операција из области гинекологије, естетске и реконструктивне хирургије, урологије и опште хирургије. Смештајни капа-

цитети омогућавају добру постоперативну негу и целодневну бригу за пацијенте.

Захваљујући ефикасној организацији, својом стручношћу и квалитетом пружених услуга, оправдавамо поверење које нам указује све већи број пацијената како из земље тако из иностранства. Вишегодишње поверење и задовољство великог броја наших клијената најбоља су препорука за „МЕДИЛЕК“.

Високим квалитетом рада и сталним усавршавањем трудимо се да учврстимо лидерску позицију у пружању медицинских услуга. Поштовање правила струке, моралних и етичких норми, међународних стандарда као и спровођење добре клиничке праксе, императив је стручног тима и менаџмента „МЕДИЛЕК“-а.

Ми смо искусан тим који ради на очувању здравља, пружањем услуга највишег квалитета. Систематска обука, континуирано усавршавање запослених, побољшава ефикасност и ефективност наше установе. Трудимо се да будемо корак испред других, да стварамо институцију бољу од њених појединаца.

Др Бранко Миленковић
Директор „МЕДИЛЕК“-а



Здравствена установа „Медилик“

>>> ДА СЕ НЕ ЗАБОРАВИ >>>>>>

ЖРТВЕ НЕРАЗУМНОГ ВРЕМЕНА:
ДР АЛЕКСАНДАР ПАВЛОВИЋПравда закаснила
више од шест
деценија*Мобилисан 1944. у ЈВУО, умро лечећи тифусаре 1945,
послужујући као лекар, а рехабилитован тек 2009. Године*

Неписано правило – да човек снује, а Бог одлучује – потврђује се у животу сваког од нас. Посебно је то уочљиво у ванредним ситуацијама. Рат је свакако ситуација најнатиљнија међу ванреднима, када је људски живот безвредна чињеница. Па и за то безвредно – живот – у његову одбрану полагали су се животи невиних и часних. Лекари у рату, као и у миру увек раде надчовечански не би ли помогли угроженима, жртвујући на крају и своје животе.

Парадоксално је то да их нико ни за шта не пита. Од њих се увек тражи да учине све што могу. Они не смеју да имају никакав лични став, готово ни о чему. Њима је остављена безусловна обавеза, да дају све од себе и на крају себе. Чак и да постхумно одговарају зато што су лечили припаднике поражене војске, која их је без икаквих питања мобилисала. И не само да одговарају, већ да буду кажњени одузимањем части и имовине. Примера је много. У овом напису биће речи о једној – судбини др Александра Павловића.

Вршњак двадесетог века, рођен 1900. године у Белој Реци подно Цера, Александар Павловић, са дечачким сновима из родног места, отиснуо се у живот. Прво у Шабац, у гимназију, па потом у Беч на студије медицине. Вредан и оштроуман, све задатке како животне, тако и школске, успешно је савладавао, на лично и задовољство родитеља. Са дипломом доктора медицине Универзитета у Бечу куда ће него у Отаџбину?! Тачније у завичај, у Мачву у прелепо село Липолист. Једноставно, био је неписани обичај, да се по завршеним школама треба



Др Александар Павловић



Са супругом Јеленом

одужити роду и Отаџбини. То је био делотворни патриотизам и родољубље о који се није оглушио ни др Александар Павловић.

По истом принципу у Мачванском Прњавору обрела се 1932. године доктор медицине Универзитета у Београду Јелена Михаиловић, ћерка шабачког протојереја Драгића Михаиловића. И како Провиђење удеси, између двоје младих лекара родила се љубав. Браком је крунисана пред олтаром цркве Св. Саве у Београду 1935. У априлу 1937. године у Липолисту им се родила ћерка Споменка. Крајем новембра 1938. године по упуту Министарства

здравља Краљевине Југославије стижу у Љубовију. Доктор Александар Павловић постаје управник Бановинске болнице у Љубовији и физикус Среза рачанског. У децембру 1938. године родила им се друга ћерка Биљана, која ће поћи родитељским стопама и постати познати шабачки гинеколог.

После немачког бомбардовања Љубовије, оставши без дома, лекари супружници Јелена и Александар, са две мале ћерке, враћају се ујем завичају у фебруару 1943. године. Докторка Јелена наставља службу у Шапцу, а Александар у Богатићу. У Шапцу, почетком 1944. године добијају трећу ћерку – Слободанку-Бобу. Већ крајем марта 1944. године доктора Александра Павловића Врховна команда ЈВУО (Југословенске војске у отаџбини) мобилише у санитет при штабу Церско-мајевичке групе корпуса. Опет је у приобаљу Дрине лечећи оболеле и рањене припаднике ЈВУО.

Уследила је потом „Босанска голгота“ ЈВУО. Сви њени припадници делили су само зло живота: глад, зиму, рањавања и тифус. Лекари и санитарско особље посебно. Лечили су тифусаре, српске „апостоле јада“, оболевајући и умирући, као и сви други до коначног исхода ратних операција. Зна се како је рат завршен, а доктор Александар је умро 3. јануара 1945. године – лечећи тифусаре. Сахрањен је негде на Јабуци у Источној Босни. Придружио се незнатим и неопоженим гробовима.

У поратном времену „заслуга и злочина“ нису уважаване ни мобилизационе наредбе, ни чињенице да су Александров отац Гаврило и брат Светозар, бранећи домовину, погинули у Првом светском рату. Ни чињеница да се лекар, и у војној формацији другачијег идеолошког опредељења, може бавити једино својим хуманим позивом – лечењем рањених и оболелих. Уследила је одмазда конфискацијом свега што је доктор Александар имао у родној Белој Реци и куће на Камичку у Шапцу. А супрузи доктор Јелени тек је предстојало да на пут изведе три малолетне ћерке.

Доктор Јелена Павловић, конфискацијом обескућена, смрћу супруга жигосана као припадница ЈВУО и самохрана мајка три ћерке, стојички је поднела све недаће. Свила је ћерке око себе. Истовремено им је била и отац и мајка. Безпоговорно је одговарала на ненормиране захтеве свог позива у ратним и поратним условима у Шапцу. Као шеф инфективног одељења Државне болнице лечила је тифусаре и друге. И сама оболевши од пегавог тифуса, једва је преживела. Када се опоравила по потреби службе завршила је Курс из радиологије и радила на рентгену у Шапцу све до пензионисања 1970. године. Упокојила се у Шапцу 9. октобра 1983. године.

Доктор Александар Павловић рехабилитован је Решењем Окружног суда у Шапцу 2009. године.

Средња ћерка Биљана, гинеколог у Шапцу, наставила је родитељски позив и прерано преминула 1994. године. Најстарија ћерка Споменка, професор историје у Шапцу, пензионисана је 2002. године у Шапцу. Најмлађа, Слободанка, дипломирани инжењер шумарства радни век је провела и као пензионер живи у Београду.

Оне су са мајком сведочиле и преживеле неразумно време, бездушне људе. Ускраћене за очеву љубав усадиле су себи у душу национално достојанство, очеву људскост и часност. Тако су се осећале и понашале. Нису заборавиле неразумно време, ни његове неразумне учеснике. Праштање су препустиле Ономе коме треба!

Прим. др Предраг Тојић

ВЕСТИ И ЗАНИМЉИВОСТИ >>

ОТКРИЋА НАУЧНИКА УНИВЕРЗИТЕТА
У ПЕНСИЛВАНИЈИ О РЕТКОЈ БОЛЕСТИ FOP

ПРОГРЕСИВНО ОКОШТАВАЊЕ ЗБОГ „КВАРА“ НА ГЕНУ

Fibrodysplasia Ossificans Progressiva (FOP) је ретка генетска болест од које оболи једна у два милиона особа. Скоро све особе које имају FOP се рађају са деформацијама палчева на ногама које се препознају на рођењу, што је кључно за постављање прецизне дијагнозе. FOP карактерише прогресивно окоштавање меког ткива, услед чега долази до трајног губитка покретљивости и инвалидитета. Симптоми почињу у раном детињству и јављају се у облику осетљивих отеклина на глави, врату или леђима које се затим претварају у кост. Иако не постоји ефикасно лечење, важно је избегавати физичке трауме меког ткива (биопсије, ињекције, хирушке захвате) и вирусне инфекције зато што све ово може изазвати прогресију болести. Превенција трауме је главни аспект неге, а постављање погрешне дијагнозе и неадекватне интервенције пацијента скупо коштају. Код FOP-а и најмања траума меког ткива изазива и убрзава окоштавање што доводи до инвалидитета. Покушаји да се отклони новонастала кост код пацијената са FOP-ом води до масивног стварања нових костију.

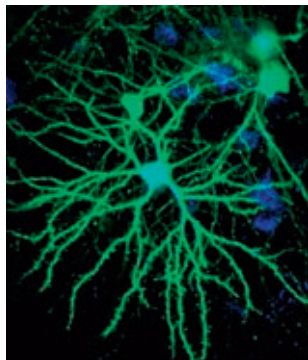
На Универзитету у Пенсилванији 23. априла 2006. године откривен је ген на коме је квар.

Пет година касније, исти тим научника, предвођен др Фредериком Капланом и др Ајлин Шор, водећим експертима за ову болест, објавио је развој новог генетског приступа користећи мале делове РНК да би блокирала посебно оштећену копију FOP гена у ћелијама, а да не оштете нормалну копију. Свако људско биће има две копије гена ACVR1/ALK2 у свакој ћелији у телу. Особе са FOP-ом имају једну нормалну копију и једну оштећену копију гена у свакој ћелији – опасна појава услед које долази до превелике активности ACVR1, а онда и до стварања костију што је ужасна последица FOP-а. Фантастичан напредак код овог приступа је чињеница да активност ACVR1/ALK2 у ћелији није заустављена, већ је сведена на нормални ниво, слично ћелијама без FOP мутације. Ћелије коришћене у експериментима су матичне ћелије добијене из млечних зуба деце са FOP-ом и контролне групе (без FOP-а) у „FOP програму Зубић вила“.

Иако ова студија пружа доказе о ефикасној терапији за FOP, овај приступ се мора потврдити на моделима мишева пре него што се узме у обзир за употребу код људи. Осим тога, још неке препреке тренутно стоје на том путу: пре свега безбедно уношење малих РНК дупликата у ћелије људског тела. „Дуг пут је пред нама,“ кажу истраживачи, „али смо направили велики први корак“.

У Србији је за сада регистровано двоје оболелих од FOP-а.

Превела и обрадила
Јелена Милошевић, председница Националне
организације за ретке болести Србије



ПАУКОВА СВИЛА РЕГЕНЕРИШЕ АКСОН

Повреде нерава представљају честу компликацију нарочито у саобраћајним удесима. Уколико се брзо хируршки не интервенише долази до парализе и трајног инвалидитета. Група аутора из Хановера и Цириха износи резултате својих истраживања која се односе на опоравак дугих нерава после повреде. Експеримент је извођен на овци. Испитиван је повређени Н. тибалис. Дефект нерва био је дуг шест центиметара. За премошћавање дефекта је коришћен материјал направљен од паукових нити. Истовремено је компаративно пратен опоравак аутологног нервног графта.

Студија је показала да паукова свила омогућава миграцију Шванових ћелија, аксонално прорастање и ремиелинизацију. Био је запажен и електрофизиолошки опоравак што је довело и до функционалног опоравка нерва. После 10 месеци није било значајне електрофизиолошке разлике између испитиваног тибјалног нерва третираног пауковом свилом и аутологне нервне трансплантације. Чињеница да постоји напредак и да долази до опоравка када се нерв третира пауковом свилом има значајне клиничке импликације у реконструктивној хирургији оштећених нерава.

Рад је објављен фебруара 2011. године

ИЗБОР ЛЕКАРА, ОНДА ОВЕРА КЊИЖИЦЕ

Грађани који се до сада нису потписали изјаву о изабраном лекару, ипак ће то морати да учине пре него што наредни пут овере здравствену књижицу. Осим тога, услов је и да им послодавци редовно уплаћују доприносе за здравствено осигурање.

До сада је око 6,7 милиона грађана Србије изабрало лекара, тачније око 81 одсто њих. У Министарству здра-

вља наводе да више од 80 одсто потреба пацијената треба да буде задовољено на нивоу примарне здравствене заштите. Циљ обавезног избора лекара јесте успостављање ефикаснијег и бољег здравственог система, као и да се позивањем на превентивне и скрининг прегледе и програме спречи настанак већих обољења.

Грађани који до сада нису изабрали лекара, вероватно нису имали потребу за лечењем, а први пут кад дођу моћи ће да изаберу лекара и да им се потом овери и књижица.

И без оверене књижице, односно без лекара изабраног до 3. јуна, грађани ће моћи да добију хитну медицинску помоћ бесплатно, на терет средстава обавезног здравственог осигурања.

ИНОВИА: ГУБИЦИ ЗБОГ КУРСА

Удружење ИНОВИА, које окупља 16 светских произвођача иновативних лекова, обратило се премијеру Србије и министарствима здравља и трговине захтевајући усклађивање званичног курса за набавку лекова са реалним курсом.

Како се наводи у саопштењу, фармацеутске куће које послују у Србији на свакој кутији лека губе више од 18 одсто, јер се одлуком Владе Србије набавка лекова и даље обрачунава по курсу од 99 динара.

Чланице удружења затражиле су да се утврди законска обавеза корекције цена лекова са курсом евра на месечном нивоу, или сваки пут када разлика између званичног курса Народне банке Србије и курса Уредбе износи више од три одсто. Из тог удружења упозорили су да разлика у реалном и формалном курсу изузетно негативно утиче на пословање свих фармацеутских компанија које су присутне у Србији, а може имати последице и на снабдевеност тржишта. Они су подсетили да су фармацеутске компаније 2011. пристале да све лекове са такзованих А и А1 листа испоручују по 10 одсто нижој цени у односу на званичну цену из Листе лекова, што је буџету Србије донело уштеду од 1,2 милијарде динара годишње.

У писму се истиче да министарства здравља и трговине већ годину дана нису обновила редовну Одлуку о максималним veleпродајним ценама нових лекова, а због тог кашњења више од 400 лекова није доступно пацијентима.

МЕЂУНАРОДНА КОНФЕРЕНЦИЈА „СРЦЕ РЕГИЈИ“

Прва регионална министарска конференција о донаторству и трансплантацији органа - Срце регији, одржана је 4. јуна у Загребу. Циљ конференције био је је-

сте да обезбеди ангажман и политичку потпору земаља чланица Здравствене мреже југоисточне Европе развоју успешних програма донаторства и пресађивања органа, базираним на етичким принципима, препорукама и смерницама Светске здравствене организације и на захтевима Европске уније.

Земље чланице Здравствене мреже југоисточне Европе, на чијем челу је министар здравља Хрватске Рајко Остојић, суочавају се с низом етичких, организацијских и стручних изазова у подручју трансплантацијске медицине.

Како преносе хрватски медији, Хрватска је данас водећа у свету према броју донора и обављених захвата. Прошле године пресађено је укупно 413 органа, највише бубрега и јетре, а на милион становника било је укупно 34,5 одсто донора или 13 посто више у односу на 2010, четири одсто више трансплантација и 14 одсто мање болесника на листи чекања.

Нова конкретна потврда размени искуства у регији стиже већ почетком јула, када ће тим КБЦ-а Загреб у Подгорици помоћи колегама у првој трансплантацији бубрега у Црној Гори. Слична сарадња најављена је и са БиХ.

На конференцији су учествовали министри или њихови најближи сарадници из десет држава чланица Мреже – Албаније, БиХ, Бугарске, Црне Горе, Израела, Молдавије, Македоније, Румуније, Словеније и Србије, као и представници Европске комисије и Европске уније у Хрватској, Светске здравствене организације и стручњаци из трансплантацијске медицине.

ВЛАДИМИР БУМБАШИРЕВИЋ НОВИ РЕКТОР



Декан Медицинског факултета, проф. др Владимир Бумбаширевић изабран је за новог ректора Универзитета у Београду, на трогодишњи мандат који почиње 1. октобра.

Проф. Бумбаширевић рођен је 1951. у Београду. Медицински факултет завршио је са просечном оценом 9,57, докторску дисертацију одбранио је 1985, а звање специјалисте медицине стекао 1993. године. Редовни је професор Медицинског факултета и шеф Катедре за хистологију и ембриологију.

Редовни је члан САНУ од 2009. године. Објавио је 22 рада у интернационалним часописима, 12 у иностранним монографијама, 25 у домаћим часописима. Радови академика Владимира Бумбаширевића цитирани су 47 пута.



ИНФОРМАТИЗАЦИЈА ДОМА ЗДРАВЉА НОВИ САД

У оквиру пројекта Министарства здравља Републике Србије и Светске банке, „Пружање унапређених услуга на локалном нивоу“ – DILS за информатизацију Дома здравља Нови Сад издвојено је око 120.000 евра. Дому здравља Нови Сад испоручена је рачунарска опрема најновије генерације (100 персоналних рачунара, 50 штампача, три бар-код читача и 70 читача картица), инсталирана локална информатичка мрежа (LAN и WAN) и обезбеђена средства за унапређење постојећег софтвера. Кроз реализацију пројекта обезбеђена је и обука здравствених професионалаца за коришћење сертификованог софтвера који, поред националног, поседује и европски Еурогес сертификат што гарантује испуњавање свих захтева неопходних за савремено пословање здравствене установе.

У новосадском дому здравља, поводом подршке развоја и унапређења информационог система ове установе, одржана је крајем маја конференција за новинаре на којој су говорили др Живота Лазаревић, директор Дома здравља Нови Сад, проф. др Петар Булат, помоћник министра здравља, Нада Теодосијевић, координатор за развој информационих технологија пројекта DILS и Предраг Ђорђић, шеф одсека за информатику Дома здравља Нови Сад.

Као део активности пројекта DILS, кроз реализацију компоненте за информатизацију издвојено је 1,2 милиона евра за софтвер као и 5,1 милиона евра за харвдер за свих 158 домова здравља у Србији, Заводе за здравствену заштиту студената у Београду, Новом Саду и Нишу и за Градски завод за геронтологију у Београду. Домовима здравља додељена су финансијска средства за независно спровођење набавке сертификованог софтвера. Увођење сертификованог софтвера омогућиће приме-

[illegible]

ну електронских здравствених картона у свим домовима здравља.

Коришћењем електронске документације уместо традиционалне папирне, постиже се велика уштеда времена и новца. Информатизацијом примарне здравствене заштите класични здравствени картон биће замењен електронским здравственим картоном (ЕЗК), а у болницама ће ЕЗК заменити историје болести са свим извештајима, а све то са свим потребним мерама у вези са сигурношћу и безбедношћу података, као и заштите приватности пацијената.

Значајну корист од информатизације имаће пацијенти, јер ће се сви подаци о његовом здравственом стању налазити на једном месту. Здравственим радницима (лекарима и сестрама) биће омогућено да лако приступе подацима који су од значаја за процес лечења, а истовремено се сигурности и безбедности података, као и заштити приватности пацијената посвећује велика пажња.

Крајњи циљ информатizације је стварање интегрисаног здравственог информационог система Републике Србије, који ће обезбедити доступност здравствених података свим учесницима у здравственом систему у складу са њиховим улогама и одговорностима. Интегрисани информациони систем здравства се развија у складу са захтевима стандарда ISO 27001.

ДАН ФАРМАКОГЕНОМИКЕ
У БЕОГРАДУ

ГЕНЕТИЧКИ ПРОФИЛ СРПСКЕ ПОПУЛАЦИЈЕ



Симпозијум Дан фармакогеномике, који је имао за циљ да информише стручњу и општу јавност о значају примене достигнућа из ове области у свакодневной медицинској пракси, одржан је 5. јуна у Београду. Дани фармакогеномике до сада су организовани само у Грчкој, Италији и на Малти. У оквиру симпозијума приказани су ре-

зултати секвенцирања комплетног генома за 50 представника српске популације. Геноми су анализирани на значајне генетичке маркере. На тај начин, добијена је тачна информација о фармакогеномичким маркерима за које је потребно увести генетичко тестирање у нашој земљи, а која може да послужи и при састављању листе лекова која одговара генетичком профилу становништва Србије.

Знања из фармакогеномике нашла су своју примену у лечењу многих болести. Реч је о науци која изучава варијације у генетском запису и на основу њега

даје предикciju о ефикасности и токсичности лека за сваког појединца. Генетичари и лекари у Србији увели су фармакогеномичке тестове међу првима у Европи, а савремена медицина подразумева да терапија буде прилагођена појединачном пацијенту, како би лечење било што ефикасније.

Симпозијум у Београду организовали су Golden Helix Институт за биомедицинска истраживања у Атини, Институт за молекуларну генетику и генетичко инжењерство и Национална асоцијација за унапређење и развој регенеративне медицине.

УМРЛА ЛЕЈЛА ДЕНМАРК, НАЈСТАРИЈИ ПЕДИЈАТАР

Најстарији лекар на свету, педијатар Лејла Денмарк, преминула је у 114. години у Атланти у САД, почетком априла ове године. Лејла је рођена 1. фебруара 1898, а радила је до своје 103. године у једној болници у америчкој Атланти, када је отишла у пензију.



Денмаркова је остварила импресивну лекарску каријеру. Била је трећа жена која је добила лекарску диплому на Универзитету у Џорџији и радила је на развоју вакцине за велики кашаљ. Докторка Денмарк била је први педијатар у болници за децу отвореној у Атланти још 1931. Примала је пацијенте и у својој кући, а као волонтер при локалној цркви помагала је деци из сиромашних породица. Одликована је бројним признањима за допринос у домену дијагностике и лечења. Занимљиво да је др Лејла била противник брзе хране и слаткиша, па је неколико пута одбила рођенданску торту јер она садржи шећер, а препоручивала је да се пије само вода. Денмаркова је говорила да је смисао за хумор кључ за дуг живот.

На основу члана 19. став 2. тачка 1) Закона о коморама здравствених радника („Службени гласник РС“, број 107/05), Скупштина Лекарске коморе Србије на седници одржаној 28. септембра 2006. године донела је

СТАТУТ

Лекарске коморе Србије

I. ОПШТЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

Лекарска комора Србије је обавезна, независна и професионална организација лекара – доктора медицине – који као професију у Републици Србији обављају послове здравствене делатности.

Члан 2.

Овим статутом Лекарске коморе Србије (у даљем тексту Комора) ближе се уређују: назив, седиште, унутрашња организација и рад Коморе, послови које Комора обавља у оквиру законских овлашћења, начин обављања послова Коморе, састав, начин и поступак избора и надлежност органа Коморе, број чланова у органима Коморе, начин избора и опозива чланова у органима Коморе, орган Коморе који именује посредника, поступак посредовања; орган Коморе који образује судове части, састав судова части, услов и начини избора и разрешења судија, надлежност судова части, лакше и теже повреде професионалних дужности и угледа члана Коморе, поступак пре судом части, изрицање мера, начин извршења изречених мера и рокови за покретање поступка и извршење мера, као и друга питања од значаја за решавање спорова, права и дужности чланова Коморе, огранци Коморе, организација и органи огранака Коморе и њихово седиште, обављање стручних послова за Комору, посредовање у споровима, стручна служба Коморе, општи акти Коморе, финансирање Коморе као и друга питања од значаја за рад и организацију Коморе.

Члан 3.

Назив Коморе је: Лекарска комора Србије.
Скраћени назив Коморе је: ЛКС.
Седиште Коморе је у Београду.
Назив Коморе на енглеском језику: SERBIAN MEDICAL CHAMBER.
При комуницирању са иностранством користи се енглески језик и назив Коморе на енглеском језику.

Члан 4.

Комора је правно лице са правима, обавезама и одговорностима утврђеним законом и овим статутом.
У правном комуницирању са трећим лицима Комора иступа самостално и неограничено у своје име и за свој рачун, а за своје обавезе одговара свим својим средствима.
Комора има право да стиче имовину и имовинска права и да њима самостално располаже.
Средства за рад Коморе обезбеђују се на начин прописан Законом о коморама здравствених радника (у даљем тексту: Закон) и овим статутом.

Члан 5.

Комору представља и заступа директор Коморе.

Члан 6.

Печат Коморе је округлог облика, пречника 32 mm, са грбом Републике Србије у средини и исписаним текстом на ћирилици по ободу: Република Србија, Лекарска комора Србије, Београд.

Печат Коморе користи се у свакодневном правном и финансијском промету приликом овере докумената које потписује директор Коморе и других докумената које донесу органи Коморе.

За чување печата одговоран је Генерални секретар Коморе.

Број печата и њихово коришћење утврђује се одлуком директора Коморе.

Штамбиљ Коморе је правоугаоног облика величине 55 x 25 mm са истим текстом на ћирилици као и печат, са додатком простора за број деловодног протокола и датум.

Регионалне лекарске коморе имају свој печат, округлог облика, пречника 32 mm, са грбом Републике Србије у средини и исписаним текстом на ћирилици по ободу, и то:

- 1) Република Србија, Лекарска комора Србије, Регионална лекарска комора Београда, Београд,
- 2) Република Србија, Лекарска комора Србије, Регионална лекарска комора Војводине, Нови Сад,
- 3) Република Србија, Лекарска комора Србије, Регионална лекарска комора за југоисточну Србију, Ниш,
- 4) Република Србија, Лекарска комора Србије, Регионална лекарска комора за централну и западну Србију, Крагујевац,
- 5) Република Србија, Лекарска комора Србије, Регионална лекарска комора Косова и Метохије, Косовска Митровица.

За чување печата регионалних комора надлежни су секретари регионалних комора.

Комора има знак, логотип и заставу.

Застава Лекарске коморе Србије има димензије 150x95 cm, са знаком Лекарске коморе Србије у средини, величине 36x36 cm, са белом подлогом.

Застава Лекарске коморе Србије користи се у службеним историјама Лекарске коморе Србије.

Знак Коморе је стари знак Српског лекарског друштва из 1901. године.

Знак Коморе је заштићен.

Комора има гласило са графичким знаком који заштићен.

Комора прославља крсну славу Свети Врачи.

Члан 7.

Рад Коморе и њених органа је јаван.

II. УНУТРАШЊА ОРГАНИЗАЦИЈА КОМОРЕ

Члан 8.

Лекарска комора Србије врши поверене послове и остале задатке и послове предвиђене законом и овим статутом посредством својих органа и органа својих огранака.

Огранци Коморе су регионалне коморе Лекарске коморе Србије (у даљем тексту: регионалне коморе).

Огранци Коморе – Регионалне коморе су основни облик територијалног организовања и повезивања чланова, установљене ради непосредног остваривања циљева и задатака Коморе и заједничких интереса чланова на подручју надлежности регионалне коморе.

У саставу Лекарске коморе Србије су:

- 1) Лекарска комора Србије - Регионална лекарска комора Београда;
- 2) Лекарска комора Србије - Регионална лекарска комора Војводине са седиштем у Новом Саду;
- 3) Лекарска комора Србије - Регионална лекарска комора за југоисточну Србију са седиштем у Нишу;
- 4) Лекарска комора Србије - Регионална лекарска комора за централну и западну Србију са седиштем у Крагујевцу;
- 5) Лекарска комора Србије - Регионална лекарска комора Косова и Метохије са седиштем у Косовској Митровици.

Члан 9.

Подручја регионалних лекарских комора из претходног члана чине општине:

- 1) за територију Лекарске коморе Београда све општине на територији града Београда.
- 2) за територију Лекарске коморе Војводине све општине на територији Аутономне покрајине Војводине.
- 3) за територију Лекарске коморе југоисточне Србије општине: Пожаревац, Голубац, Велико Градиште, Мало Црниће, Жабари, Петровац на Млави, Неготин, Кладово, Мајданпек, Кучево, Жагубица, Зајечар, Бор, Књажевац, Бољевац, Сврљиг, Алексинац, Соко Бања, Ражањ, Ниш, Пирот, Бела Паланка, Димитровград, Бабушница, Лесковац, Бојник, Лебане, Медвеђа, Гаџин Хан, Власотинце, Врање, Бујановац, Владичин Хан, Сурдулица, Трговиште, Босилеград, Црна Трава, Прешево, Крушевац, Ћићевац, Варварин, Александровац, Брус, Прокупље, Куршумлија, Дољевац, Меровица, Житорађа, Блаце;
- 4) за територију Лекарске коморе централне и западне Србије општине: Смедерево, Смедеревска Паланка, Велика Плана, Богатић, Шабац, Владимирци, Лозница, Коцељева, Уб, Крупањ, Лајковац, Мали Зворник, Осечина, Ваљево, Љубовија, Мионица, Аранђеловац, Топола, Рача, Баточина, Свилајнац, Крагујевац, Кнић, Ћуприја, Јагодина, Горњи Милановац, Косјерић, Бајина Башта, Пожега, Чачак, Ужице, Чајетина, Рековац, Параћин, Лапово, Деспотовац, Лучани, Ариље, Краљево, Врњачка Бања, Трстеник, Ивањица, Нова Варош, Прибој, Пријеполје, Сјеница, Рашка, Нови Пазар, Тутин и Љиг;
- 5) за територију Лекарске коморе Косова и Метохије све општине на територији Аутономне покрајине Косова и Метохије.

Регионалне коморе ради што квалитетније децентрализације својих активности могу формирати, на предлог чланства на својим територијама, одређен број канцеларија регионалних комора у зависности од потреба чланства и материјалних могућности регионалних комора.

III. ПОСЛОВИ И ЗАДАЦИ КОМОРЕ

Поверени послови

Члан 10.

Комора обавља следеће поверене послове као јавна овлашћења:

- 1) доноси Кодекс медицинске етике Коморе;
- 2) врши упис лекара у Комору и издаје чланску карту;
- 3) издаје, обнавља и одузима одобрење за самостални рад (у даљем тексту: лиценца) члановима Коморе на основу чл. 190–198. Закона о здравственој заштити;
- 4) води именике чланова Коморе;
- 5) води централну евиденцију свих чланова Коморе;
- 6) води Именик о издатим, обновљеним и одузетим лиценцама;
- 7) води Именик изречених дисциплинских мера члановима Коморе;
- 8) утврђује висину месечне чланарине за чланове Коморе;
- 9) утврђује једнократни износ накнаде за упис у Именик Коморе;
- 10) утврђује износ накнаде за издавање и обнављање лиценце;
- 11) утврђује износ накнаде за издавање извода, уверења и потврда из евиденција које Комора води;
- 12) организује судове части Коморе;

13) посредује у споровима између чланова Коморе и између чланова Коморе и пацијената;

14) издаје изводе из Именика Коморе;

15) издаје уверења и потврде о чињеницама о којима води евиденцију, а које представљају јавне исправе;

16) издаје идентификациони број члановима Коморе.

Поверене послове органи Коморе и органи регионалних комора врше по поступку прописаном у Закону о општем управном поступку, ако законом није друкчије одређено.

За вршење поверених послова Комора доноси правилнике.

Комора води посебне евиденције за лекаре на стажу, лекаре опште медицине, лекаре на специјализацији, лекаре специјалисте и уже специјалисте, уз посебну евиденцију чланства у државној пракси и приватној пракси и евиденцију почасних чланова.

Евиденција чланства и именици чланова Коморе воде се као књиге и као збир података укњижених електронским путем.

Подаци из књиге уписаних чланова и подаци у електронској обрани морају бити идентични.

Идентификациони број из тачке 16. овог члана мора одговарати броју под којим је члан уписан у Именик Коморе.

На све одредбе овог члана сагласност даје министарство Републике Србије надлежно за послове здравља.

Одлуке из става 1. тач. 8), 9), 10) и 11) овог члана објављују се у гласнику Коморе и „Службеном гласнику Републике Србије“.

IV. ОСТАЛИ ПОСЛОВИ И ЗАДАЦИ КОМОРЕ

Члан 11.

Поред послова из члана 10, Комора обавља и следеће послове:

- 1) заступа и штити професионалне интересе лекара - чланова Коморе у обављању професије;
- 2) стара се о угледу чланова Коморе, односно о обављању послова здравствене делатности у складу са етичким кодексом;
- 3) води евиденцију чланова Коморе који обављају, приватну праксу, а који су уписани у регистар код надлежног органа, у складу са законом, а на основу података добијених из регионалних комора;
- 4) предлаже листу надзорника за редовну или ванредну спољну проверу квалитета стручног рада, у складу са законом којим се уређује здравствена заштита, а на предлоге регионалних комора;
- 5) даје иницијативу за ближе уређивање начина обављања приправничког стажа и полагања стручног испита, као и стручног усавршавања здравствених радника, односно услова које морају испуњавати здравствене установе и приватна пракса за обављање приправничког и специјалистичког стажа здравствених радника;
- 6) учествује у утврђивању номенклатуре здравствених услуга, критеријума и мерила за утврђивање цена здравствених услуга које се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, као и у утврђивању критеријума и мерила за закључивање уговора о пружању здравствене заштите у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање;
- 7) предлаже критеријуме и мерила за утврђивање цена здравствених услуга које се пружају у приватној пракси, односно цена здравствених услуга које се пружају у здравственим установама, а које се не обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања, као и висину цена тих здравствених услуга;
- 8) даје иницијативу за доношење прописа у области здравствене заштите и здравственог осигурања;
- 9) даје иницијативу и предузима мере за осигурање чланова Коморе код носиоца осигурања за ризик који може наступити због стручне грешке у вршењу здравствене делатности у складу са законом;
- 10) пружа помоћ грађанима у остваривању права на здравствену заштиту у случају нестручног и 11) пружа стручну помоћ члановима Коморе, у Лекарској комори Србије и регионалним коморама;
- 11) заступа интересе чланова Коморе који обављају приватну праксу при закључивању уговора са организацијом здравственог осигурања;

12) даје предлог за добијање назива примаријуса, у складу са законом којим се регулише здравствена заштита, а на основу предлога регионалних комора;

13) прати и покреће иницијативу за предузимање законом прописаних мера у вези са повредом прописа о забрани рекламирања (оглашавања) у области здравствене заштите, а на основу предлога и извештаја регионалних комора;

14) разматра начине унапређења услова за обављање здравствене делатности;

15) у сарадњи са медицинским факултетима, стручним удружењима и другим организаторима континуиране медицинске едукације координира континуирану медицинску едукацију чланова Коморе, а имајући у виду предлоге и иницијативе регионалних комора;

16) води евиденцију прикупљених бодова у оквиру континуиране едукације чланова Коморе неопходних за обнављање лиценце, а према подацима достављеним од стране регионалних комора;

17) даје мишљење о признавању диплома и других стручних и научних степена образовања лекара, страних држављана, стечених у иностранству, сагласно закону;

18) покреће иницијативу за утврђивање професионалних стандарда у струци ради унапређења здравствене заштите;

19) у циљу заштите чланова Коморе реагује на неоправдане и неутемељене изјаве у средствима јавног информисања;

20) прати стање запослености лекара, на основу извештаја регионалних комора и даје предлоге мера за њихово запошљавање;

21) оснивањем посебних фондова помаже својим члановима и њиховим породицама;

22) препоручује члановима Коморе начин обавештавања грађана о врстама, облицима и методама здравствене заштите;

23) прати, разматра и даје мишљење члановима о алтернативним начинима лечења, на основу иницијатива и извештаја регионалних комора;

24) предузима мере у циљу сузбијања рада лекара у виду незаконитог рада лекара, а на основу предлога и иницијатива регионалних комора;

25) предузима мере за сузбијање надрилекарства;

26) сарађује са Стоматолошком комором Србије, Фармацеутском комором Србије, Комором биохемичара Србије и Комором медицинских сестара и техничара Србије ради остваривања заједничких интереса у координацији на доследном поштовању Закона о здравственој заштити;

27) остварује међународну сарадњу са лекарским коморама и другим лекарским удружењима у иностранству;

28) издаје своје гласило, стручне часописе, књиге и друге публикације из области здравствене заштите и рада Коморе;

29) сарађује са лекарима у српској дијаспори на свим пољима преко посебних тела и комитета;

30) обавља и друге послове у складу са законом и овим статутом.

Регионалне лекарске коморе:

1) воде евиденцију чланова Коморе који обављају приватну праксу код надлежног органа на територији регионалне коморе су који су уписани у регистар, у складу са законом и о томе обавештавају Лекарску комору Србије;

2) предлажу листу надзорника за редовну или ванредну спољну проверу квалитета стручног рада, са територије регионалне коморе Лекарској комори Србије;

3) пружају помоћ грађанима у остваривању права на здравствену заштиту у случају нестручног и неетичког рада чланова коморе на територији своје регионалне коморе;

4) пружају стручну помоћ члановима Коморе, на територији своје регионалне коморе;

5) дају предлоге лекара, чланова Коморе са територије своје регионалне коморе Лекарској комори Србије, за добијање назива примаријуса, у складу са законом којим се регулише здравствена заштита;

6) Покрећу иницијативе пред Лекарском комором Србије за предузимање законом прописаних мера у вези са повредом прописа о забрани рекламирања (оглашавања) у области здравствене за-

штите, и подносе извештаје Лекарској комори Србије о конкретним случајевима повреде ове забране на територији својих регионалних комора;

7) дају предлоге и иницијативе за извођење и координацију процеса континуиране медицинске едукације на територији регионалне коморе Лекарској комори Србије;

8) воде евиденцију прикупљених бодова у оквиру континуиране едукације чланова Коморе неопходних за обнављање лиценце са територије регионалне коморе и достављају их Лекарској комори Србије;

9) Подносе извештаје о алтернативним начинима лечења на територији регионалне коморе Лекарској комори Србије и предлажу мере за побољшање алтернативних начина лечења, увођења нових начина ове врсте лечења;

10) Извештавају о евентуалним случајевима рада лекара у виду незаконитог рада на територији регионалних лекарских комора Лекарску комору Србије и предлажу Комори мере за сузбијање истог;

11) Извештавају Лекарску комору Србије о случајевима надрилекарства на територији регионалне коморе и предлажу мере за сузбијање надрилекарства.

Члан 11а.

Поверени послови су таквог карактера да се морају обављати на јединствени начин за целу територију Републике Србије.

Комора обавља послове из члана 10. и 11. као јединствено правно лице уз учешће регионалних комора.

IV. ЧЛАНСТВО

Члан 12.

Чланство у Комори је част, право и обавеза за све лекаре који обављају професију здравствене делатности у државним здравственим установама, приватној лекарској пракси, установама социјалне заштите, заводима за извршење затворских санкција, у државним органима, на медицинским факултетима, односно у школама здравствене струке, амбулантама медицине рада, као и у другим установама где се обавља здравствена делатност у складу са Законом о здравственој заштити.

Комора осим редовних чланова из става 1. овог члана има и почасне чланове, добровољне чланове и чланове донаторе.

Почасни чланови су лица која су посебно допринела развоју и организацији медицинске струке или лица која су дала изузетан допринос раду, циљевима и задацима Коморе, а за почасне чланове су изабрана одлуком скупштине Коморе на предлог Управног одбора Коморе, без права да бирају и да буду бирани у органе и тела Коморе.

Добровољни чланови су лекари који нису у обавези да буду чланови Коморе: незапослени, лекари који не обављају као професију послове здравствене делатности, лекари који су у пензији, а нису радно ангажовани и лекари држављани РС који живе и раде у иностранству. Добровољни чланови су у обавези да плаћају чланарину, не могу добити лиценцу и не могу бирати и бити бирани за органе и тела Коморе и регионалних комора.

Члан 13.

Захтев за упис у чланство Коморе подноси се у писменој форми регионалној комори на чијој територији надлежности члан Коморе има пребивалиште, а према Правилима о упису и вођењу Именика чланова Коморе.

Регионална комора може, по службеној дужности, проверити податке о кандидату.

Услови за упис у Именик и издавање лиценце страним држављанима уредиће се Правилником.

Члан 14.

Председник регионалне коморе решењем одлучује о захтеву за упис у Именик Коморе у року који не може бити дужи од 15 дана од подношења захтева.

Председник регионалне коморе може да одбије захтев из члана 13 став 1 овог Статута ако нису испуњени услови из Закона о здравственој заштити, услови за упис дефинисани овим статутом и други услови дефинисани актима Коморе.

Жалба на решење из става 1, 2. и 3. овог члана подноси се Управном одбору у року од 15 дана од пријема решења.

О нејасним и спорним захтевима за упис одлучује Извршни одбор регионалне коморе.

Члан 15.

Председник регионалне коморе решењем утврђује постојање услова за издавање лиценце.

Жалба на решење из става 1. овог члана подноси се Управном одбору у року од 15 дана од дана пријема решења.

Члан 16.

Директор Коморе доноси решење о издавању лиценце на основу коначног решења председника Регионалне коморе о постојању услова за издавање лиценце.

Решење из става 1 овог члана коначно је у управном поступку и против њега се може покренути управни спор.

Лиценца се издаје за период од 7 година, а обнавља се према Правилнику о ближим условима за издавање, обнављање и одузимање лиценци и Закону о здравственој заштити.

Комора ће решењем поништити упис и лиценцу ако се накнадно утврди да за упис нису постојали прописани услови.

Регионалне коморе достављају Комори месечне извештаје о извршеним уписима у Именик ради вођења именика Коморе.

Члан 17.

Лекар чији је захтев за упис у Именик и издавање лиценце усвојен, дужан је да у року од 30 дана пред председником или чланом Извршног одбора регионалне коморе кога председник одреди, положи заклетву.

Заклетва се полаже читањем и потписивањем текста заклетве.

Текст заклетве гласи:

„Заклињем се да ћу лекарску делатност обављати сиручно и савесно и да ћу се у свом раду придржавати свих правила лекарске професије, закона и других прописа, Статута Коморе и Кодекса медицинске етике Коморе.“

Након полагања заклетве лекару се уручује лиценца, примерак Статута, примерак Кодекса медицинске етике и чланска карта Коморе.

Члан 18.

Чланови коморе дужни су да надлежном органу регионалне коморе пријаве све промене које су битне за упис у Именик као и друге битне чињенице неопходне за рад Коморе у року од 30 дана од сазнања за те промене, односно промена чињенице.

Члан 19.

Редовни чланови Коморе имају следећа права:

- 1) да се баве професијом за коју су стекли лиценцу;
- 2) да бирају и буду бирани у органе и остала радна тела Коморе;
- 3) да постављају и разматрају сва питања из делатности Коморе са циљем да се унапређује лекарска пракса и рад Коморе;
- 4) да учествују у доношењу програма и планова рада Коморе;
- 5) да непосредно, или посредством својих представника у органима Коморе, дају предлоге и износе мишљења ради заштите општег и појединачног интереса у обављању лекарске праксе и унапређења здравства;
- 6) да користе стручне, пословне и друге информације којима располаже Комора;
- 7) да користе све повластице које Комора уговори са другим правним и физичким лицима;
- 8) да користе материјалну помоћ из посебног фонда Коморе за узајамну помоћ члановима Коморе и осталих фондова Коморе;
- 9) да користе активност Коморе у тражењу запослења;
- 10) да добијају бесплатно гласило Коморе.

Члан 20.

Редовни чланови Коморе имају следеће обавезе:

- 1) да поштују Статут и Кодекс медицинске етике;
- 2) да положи заклетву;
- 3) да активно учествују у раду Коморе;
- 4) да поштују професионалне стандарде и нормативе здравствене делатности;

- 5) да стално прате достигнућа у медицини;
- 6) да испуњавају обавезе у органима и телима Коморе у која су изабрани;

7) да обавештавају Комору о свим подацима које прописују акти Коморе;

8) да уредно плаћају чланарину Комори;

9) да на захтев председника регионалне коморе или Извршног одбора достави регионалној комори доказ о плаћеној чланарини, за последње три године.

Члан 21.

Чланство редовним члановима престаје:

- 1) на основу захтева члана, од дана достављања решења о брисању из Именика Коморе;
- 2) лишењем пословне способности, од дана правноснажности одлуке о лишењу пословне способности;
- 3) трајним губитком лиценце према члану 198. Закона о здравственој заштити;
- 4) изрицањем мере Врховног суда части Коморе о одузимању лиценце, од дана коначности одлуке Врховног суда части;
- 5) неплаћањем чланарине шест месеци у току једне (календарске) године, од дана уписа у Именик Коморе, након истека те године;
- 6) смрћу члана Коморе.

Члан 22.

Решење о одузимању лиценце доноси директор Коморе.

Решење о брисању из Именика Коморе доноси председник регионалне коморе.

Члан 23.

Члан Коморе, којем је престало чланство, дужан је да у року од 15 дана Комори преда чланску карту и лични печат.

У случају да их не преда у том року, решење о одузимању лиценце и престанку чланства објављује се у гласилу Коморе.

V. ОРГАНИ КОМОРЕ

Члан 24.

Органи Коморе су:

- 1) Скупштина
- 2) Управни одбор
- 3) директор
- 4) Етички одбор
- 5) посебни одбори
- 6) судови части првог степена
- 7) суд части другог степена
- 8) Надзорни одбор
- 9) Комисија за посредовање

Члан 25.

Скупштина Коморе бира из редова својих чланова:

- 1) председника и два потпредседника Скупштине;
- 2) чланове, председника и два потпредседника Управног одбора;
- 3) директора Коморе и два помоћника директора;
- 4) председника, заменика председника и чланове Надзорног одбора.

Мандат чланова органа Коморе је четири године.

Накнада материјалних трошкова члановима Коморе као и накнада за рад члановима органа Коморе уређује се правилником који доноси Скупштина Коморе.

Директор, чланови Управног одбора и Надзорног одбора не могу бити лица изабрана, постављена или именована на функцију у државним органима, органима територијалне аутономије или локалне самоуправе, органима управљања или пословања високошколских установа, Српског лекарског друштва, Друштва лекара Војводине и Друштва лекара Косова и Метохије, органима удружења здравствених установа и других удружења здравствених радника.

Руководећа функција у органима Коморе није спојива са функцијом у политичким партијама, о чему кандидат за руководећу функцију у органима Коморе прилаже писмену изјаву.

Начин избора и опозива и начин рада органа Коморе ближе се уређују правилником.

Против коначне одлуке органа Коморе може се покренути управни спор.

Скупштина Коморе

Члан 26.

Скупштина је највиши орган Коморе који врши сва права и обавезе предвиђене законом и овим статутом.

Скупштина може образовати скупштинска већа, скупштинске одборе, стална и повремена радна тела ради боље организације рада коморе, разматрања појединих питања из свог делокруга, у складу са статутом.

Одлуке и акти органа Коморе и органа регионалних комора морају бити у складу са Законом, Статутом и одлукама Скупштине Коморе.

Начин избора делегата Скупштине Лекарске коморе Србије и делегата скупштина регионалних лекарских комора утврђује се на основу Правилника о поступку кандидовања, начину избора и опозива делегата Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и делегата скупштина и других органа регионалних лекарских комора у њеном саставу, који доноси Скупштина Коморе.

Делегати Скупштине ЛКС се бирају по принципу да се на 300 уписаних чланова Коморе из државних здравствених установа бира један делегат Скупштине ЛКС.

Делегати Скупштине ЛКС из приватне праксе бирају се по принципу да се на 100 уписаних чланова Коморе из приватне праксе бира један делегат Скупштине ЛКС.

Делегати Скупштине ЛКС из региона Косова и Метохије бирају се по принципу да се на 70 уписаних чланова Коморе из региона Косова и Метохије бира један делегат Скупштине ЛКС и из државних здравствених установа и из приватне праксе.

Скупштину регионалне коморе чине изабрани делегати Скупштине Коморе са територије регионалне коморе, уз изабране делегате скупштине регионалне коморе изабраних по принципу један делегат на 200 уписаних чланова Коморе, из државних здравствених установа, а са територије регионалне коморе, и по принципу један делегат на 100 уписаних чланова Коморе, из приватне праксе, а са територије регионалне коморе.

Скупштину регионалне коморе Косова и Метохије чине изабрани делегати Скупштине Коморе са територије регионалне коморе Косова и Метохије, а уз изабране делегате скупштине регионалне коморе, изабраних по принципу један делегат на 20 уписаних чланова Коморе из региона Косова и Метохије, и из државних здравствених установа и из приватне праксе.

Ако делегат не обавља своје функције или их обавља у супротности са ставовима лекара своје изборне јединице, може се опозвати у складу са Правилником о поступку кандидовања, начину избора и опозива делегата Скупштине и других органа Коморе.

Члан 27.

Скупштина Коморе:

а) доноси:

- 1) Статут и друге опште акте Коморе;
- 2) Кодекс медицинске етике;
- 3) пословнике о свом раду и раду радних тела која образује;
- 4) годишње и стратешке планове и програме рада Коморе;
- 5) финансијски план Коморе;
- 6) одлуку о оснивању Фонда узајамне помоћи чланова Коморе и одлуку о оснивању других фондова у циљу ефикаснијег обављања послова из делокруга рада Коморе;
- 7) одлуку да ли је орган Коморе или орган регионалне коморе повредио Статут Коморе или Одлуку Скупштине Коморе;
- 8) одлуку о промени статуса регионалне коморе, уз сагласност регионалне коморе;

б) бира и опозива:

- 1) председника и два потпредседника Скупштине Коморе;
- 2) директора и два помоћника директора Коморе, уз заступљеност државне и приватне праксе;
- 3) председника, два потпредседника и чланове Управног одбора;
- 4) председника, заменика председника и чланове Надзорног одбора;
- 5) председника, заменика председника и судије Врховног суда части;
- 6) председника и чланове Етичког одбора Коморе;
- 7) чланове посебних одбора Коморе;

в) утврђује:

- 1) ставове и смернице за рад органа и тела Коморе;
- 2) ликовно решење за знамења Коморе (знак, логотип и застава), лиценцу Коморе и чланску карту;
- 3) износ чланарине за чланове Коморе;
- 4) износ накнаде за упис у Именик чланова Коморе;
- 5) износ накнаде за издавање и обнављање лиценце;
- 6) износ накнада за издавање извода, уверења и потврда из евиденције које води Комора;

г) одлучује и решава:

- 1) о свим питањима достављеним од Управног одбора, Надзорног одбора и директора Коморе;
- 2) о другим извештајима органа Коморе;
- 3) о висини издвајања средстава Коморе у Фонд узајамне помоћи чланова Коморе на основу Правилника који доноси Скупштина Коморе;
- 4) о приступању Коморе у међународне организације;

д) додељује:

- 1) одликовање Коморе;
- 2) годишње награде Коморе.

е) усваја:

- 1) извештај о раду Коморе;
- 2) извештај о финансијском пословању Коморе, са годишњим обрачуном (завршни рачун);
- 3) извештаје о раду Управног одбора, Надзорног одбора и директора Коморе.

ф) разматра:

- 1) разматра извештаје о раду органа Коморе.

Обавља и друге послове предвиђеним законом и овим Статутом. За обављање одређених послова Скупштина Коморе може именовати комисије и радна тела, утврђујући њихов састав и задатак.

Члан 28.

Редовну седницу Скупштине сазива председник Скупштине Коморе најмање два пута годишње.

Задаци председника Скупштине су:

- 1) сазива и води Скупштину;
- 2) потписује одлуке и друга документа која Скупштина усвоји.

На предлог Управног одбора, Надзорног одбора, регионалне коморе или једне четвртине чланства Скупштине Коморе, председник Скупштине је дужан да сазове ванредну седницу Скупштине у року од 30 дана од дана пријема предлога.

Предлог из става 3. овог члана мора бити састављен у писменој форми са предлогом дневног реда и материјалом који се односи на предлог.

У случају да председник Скупштине не сазове седницу у року одређеном у ставу 3. овог члана, предлагачи могу сазвати седницу Скупштине, у даљем року од 30 дана.

Члан 29.

Скупштина ради у јавним седницама, а седница се може одржати ако јој присуствује више од половине делегата.

Седницом Скупштине руководи председник Скупштине.

Рад Скупштине уређује се Пословником о раду Скупштине.

Гласање у Скупштини је по правилу јавно, осим уколико Скупштина не одлучи другачије.

Статут Коморе, његове измене и допуне и промену статуса огранка, Скупштина доноси двотрећинском већином гласова укупног броја делегата Скупштине Коморе.

Ако се ради о промени статуса огранка тј. регионалне коморе потребна је и сагласност огранка тј. скупштине регионалне коморе.

Остале одлуке Скупштина доноси простом већином гласова присутних делегата.

Скупштина Коморе може на предлог органа Коморе, органа регионалне коморе, 10% чланова Коморе или 1/3 делегата Скупштине Коморе, одлучивати да ли је наведени орган Коморе (или регионалне коморе) донео одлуку супротну одлуци Скупштине Коморе, одлуку којом је повредио Статут Коморе, или одлуку којом угрожава обављање поверених послова Коморе.

Уколико Скупштина Коморе двотрећинском већином гласова од укупног броја свих делегата донесе одлуку да је орган Коморе или орган регионалне коморе донео одлуку или извршио радњу којом је угрозио обављање поверених послова Коморе из члана 10. Статута Коморе, оставља се рок од 30 дана органу Коморе или органу регионалне коморе да своју одлуку усклади са одлуком Скупштине Коморе.

Уколико орган коморе или орган регионалне коморе не поступи у року из претходног става овог члана, наведена одлука органа којим је угрожено обављање поверених послова се поништава, а

Скупштина поверава обављање повереног посла другом органу исте стварне надлежности Лекарске коморе Србије и доноси Одлуку о расписивању и одржавању избора у року који не може бити краћи од 30 ни дужи од 60 дана, за Скупштину РЛК.

Уколико Скупштина Коморе двотрећинском већином гласова од укупног броја свих делегата донесе одлуку да је орган Коморе или орган регионалне коморе донео одлуку супротну одлуци Скупштине Коморе, или одлуку којом је повредио Статут Коморе, а орган Коморе или РЛК не усклади своју одлуку у року од 30 дана са одлуком Скупштине Коморе, наведена одлука органа се поништава.

Управни одбор Коморе**Члан 30.**

Управни одбор је орган Коморе који броји 18 чланова, а надлежан је за послове утврђене Законом, овим статутом и другим општим актима.

Управни одбор Коморе чине председник и два потпредседника (по један из државне и приватне праксе), по један представник посебних одбора Коморе и по два представника регионалних комора.

Чланове Управног одбора, из редова чланова Скупштине Коморе, предлажу Скупштине регионалних комора, регионалне коморе и то по два члана из регионалних комора, док посебни одбори Коморе, регионалних комора предлажу по једног члана.

Бира их скупштина Коморе из редова својих делегата Коморе у складу са Правилима о поступку кандидовања, начину избора и опозива делегата Скупштине и других органа Коморе, Лекарске коморе Србије и чланова скупштине и других органа регионалних лекарских комора у њеном саставу.

Изабрани чланови Управног одбора између себе предлажу Скупштини Коморе председника Управног одбора.

Председник Управног одбора предлаже Скупштини два потпредседника Коморе, од којих је један из редова државне праксе, а други из приватне праксе, са образложењем за сваки предлог.

Члан 31.

Управни одбор Коморе:

- 1) спроводи одлуке, закључке и друга акта Скупштине Коморе;
- 2) утврђује предлоге Статута, Кодекса медицинске етике и других општих аката које доноси Скупштина;
- 3) утврђује начин вођења централне евиденције примљених чланова и издатих лиценци и начин вођења Именика чланова Коморе;

4) утврђује предлог финансијског плана Коморе на предлог директора Коморе;

5) предлаже критеријуме за избор у органе Коморе;

6) доноси план набавке Коморе, на предлог директора Коморе;

7) предлаже за усвајање знамење Коморе (знак, логотип, застава) и изглед лиценце и чланске карте чланова Коморе;

8) предлаже Скупштини Коморе висину чланарине, уписнине и накнаде за издавање лиценце;

9) организује и обезбеђује обављање поверених послова, као и послова од значаја за професионалну лекарску праксу и унапређење рада Коморе;

10) разматра и доноси одлуке и закључке у односу на предлоге и иницијативе посебних одбора Коморе и одлуке о предлозима секретара Коморе;

11) припрема материјале које разматра и усваја Скупштина Коморе, заједно са председником Скупштине Коморе, Надзорним одбором Коморе и директором Коморе;

12) предлаже годишње и вишегодишње планове рада Коморе;

13) припрема извештаје о раду Коморе;

14) образује (повремена и стална радна тела) комисије за извршавање послова из своје надлежности, утврђујући њихов састав и надлежност;

15) доноси Пословник о свом раду;

16) одлучује о институционалним облицима сарадње, у складу са законом и овим статутом;

17) остварује сарадњу са струковним лекарским организацијама у земљи и иностранству;

18) предлаже почасне чланове;

19) именује и разрешава Генералног секретара Коморе на предлог директора Коморе;

20) бира чланове издавачког савета и уређивачког одбора гласила Коморе;

21) одређује уређивачку политику гласила Коморе и садржај интернет странице Коморе;

22) предлаже Скупштини кандидате за одликовање Коморе;

23) одлучује о додели награда и других признања Коморе;

24) одређује представнике Коморе у другим организацијама и органима;

25) одлучује о пословима и питањима који законом, овим статутом и другим општим актом нису стављени у делокруг рада Скупштине или неког другог органа Коморе;

26) решава по жалбама на решења о упису у Именик Коморе и о жалбама на решења о испуњености услова за издавање лиценце;

27) предлаже државним органима мере за унапређење здравствене заштите и здравственог осигурања;

28) разматра примедбе и предлоге чланова Коморе, министарства надлежног за послове здравља, других државних органа и органа територијалне аутономије и локалне самоуправе, факултета и школа здравствене струке, организације обавезног здравственог осигурања, о чему подноси извештај Скупштини Коморе;

29) усваја периодични иницијативу за предузимање законом прописаних мера у вези са повредом прописа о забрани рекламирања (оглашавања) у области здравствене заштите и о томе подноси извештај Скупштини Коморе;

30) усваја периодични обрачун и подноси Скупштини на усвајање извештај о финансијском пословању Коморе са годишњим обрачуном;

31) обавља друге послове у складу са законом, овим статутом и одлукама Скупштине Коморе.

За обављање одређених послова Управни одбор може именовати комисије, утврђујући њихов састав и задатак.

Члан 32.

Управни одбор ради у седницама којима мора присуствовати већина од укупног броја његових чланова.

Мандат чланова Управног одбора траје 4 године.

Радам Управног одбора руководи председник Управног одбора Коморе.

Седнице Управног одбора припрема Председник Управног одбора у сарадњи са директором Коморе, а заказује их председник Управног одбора.

У одсуству председника седницом Управног одбора руководи један од потпредседника Управног одбора Коморе.

Редовне седнице одржавају се најмање једанпут у два месеца.

На седнице Управног одбора обавезно се позивају и директор и председник скупштине Коморе и председник Надзорног одбора са правом учествовања у дискусији, али без права гласа.

Управни одбор за свој рад одговара Скупштини Коморе.

Рад Управног одбора уређује се Пословником.

Управни одбор подноси извештај о свом раду Скупштини Коморе два пута годишње, а члановима Скупштине доставља информацију о раду писменим путем два пута годишње.

Директор Коморе

Члан 33.

Директор Коморе руководи радом Коморе, представља и заступа Комору и одговара за законитост рада и пословања Коморе.

Директора Коморе бира Скупштина из реда својих чланова.

За директора Коморе може да се кандидује сваки Члан Скупштине Коморе ако му подршку да регионална комора са натполовинском већином чланова скупштине регионалне коморе или једна трећина чланова Скупштине Коморе са потписом.

Директор има два помоћника.

Помоћници директора су по један представник државне и приватне лекарске праксе, а бира их Скупштина Коморе из редова делегата Скупштине Коморе које именује директор Коморе.

Директор Коморе обавља следеће послове:

- 1) извршава одлуке Скупштине и Управног одбора Коморе;
- 2) закључује материјалне послове Коморе у складу са Законом о јавним набавкама и Законом о рачуноводственим политикама, уз сагласност Управног одбора Коморе;
- 3) руководи радом Коморе и усклађује рад и активности Коморе и њених органа;
- 4) Предлаже Управном одбору на утврђење, а Скупштини Коморе на усвајање годишњи план рада Коморе и план прихода и расхода, односно финансијски план Коморе;
- 5) подноси Управном одбору на утврђивање извештаје о извршењу годишњег програма рада и плана прихода и расхода Коморе, који усваја Скупштина Коморе;
- 6) решењем издаје, обнавља и одузима лиценцу;
- 7) организује, усмерава и усклађује сарадњу са државним органима и другим организацијама уз сагласност Управног одбора;
- 8) даје саопштења за јавност или за то овлашћује одређеног члана Управног одбора Коморе;
- 9) даје пуномоћ другим члановима Коморе за представљање и заступање Коморе у земљи и иностранству;
- 10) даје овлашћење председницима регионалних комора за депоновање потписа на депо картонима за располагање средствима регионалних лекарских комора;
- 11) одлучује о правима, обавезама и одговорности запослених у стручним службама Коморе;
- 12) доноси Правилник о организацији и систематизацији Стручне службе ЛКС РЛК и Правилник о раду Лекарске коморе Србије и регионалних лекарских комора, на предлог Управног одбора Коморе;
- 13) обавља и друге послове одређене овим статутом или другим општим актом Коморе.

За свој рад директор Коморе одговара Скупштини Коморе која оцењује његов рад и која га на његов захтев или, када делује у супротности са статутом и одлукама Скупштине, на предлог Управног одбора, регионалне коморе или једне трећине делегата Скупштине може превремено разрешити дужности директора Коморе.

Мандат директора и помоћника директора је четири године.

Директора Коморе у одсутности замењује један од помоћника директора Коморе.

Директор Коморе може за поједини случај пренети на помоћника или члана Управног одбора одређена овлашћења из свог делокруга рада.

Етички одбор Коморе

Члан 33а.

Етички одбор Коморе је орган Коморе који чини 15 чланова Коморе, чији мандат траје четири године.

Председника и чланове Етичког одбора Коморе бира и разрешава Скупштина Коморе.

Етички одбор Коморе:

- 1) разматра етичка питања која се односе на обављање лекарске професије;
- 2) даје мишљење о раду чланова Коморе у складу са етичким кодексом и покреће дисциплинске поступке, пред судовима части Коморе;
- 3) промовише принципе професионалне етике ради успостављања етичког понашања чланова Коморе у обављању професије здравствених радника;
- 4) прати, анализира и даје мишљење мишљења о примени начела професионалне етике у превенцији, дијагностици, лечењу, рехабилитацији, истраживању, као и увођењу нових здравствених технологија;
- 5) даје препоруке и ставове по појединим етичким питањима;
- 6) обавља и друге послове у вези са применом и поштовањем Кодекса професионалне етике ЛКС.

Избор чланова и председника Етичког одбора Коморе прописује се Правилима о поступку кандидовања, начину избора и опозива чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова скупштине и других органа регионалних лекарских комора у њеном саставу.

Посебни одбори Коморе

Члан 34.

Посебни одбори су самостални органи Коморе за:

- 1) Стручна питања и стручни надзор;
- 2) За јавно здравство и примарну здравствену заштиту у државној пракси;
- 3) За секундарну и терцијерну здравствену заштиту у државној пракси;
- 4) За примарну здравствену заштиту у приватној пракси;
- 5) За секундарну и терцијерну здравствену заштиту у приватној пракси;
- 6) Медицинску етику;
- 7) Медицинско образовање;
- 8) Међународну сарадњу.

Посебни одбори Коморе под тач. 1), 6), 7) и 8) имају по 10 чланова, који из својих редова бирају председника и потпредседника одбора, уважавајући равноправну заступљеност регионалних комора и државне и приватне праксе.

Посебни одбори за државну и приватну праксу имају по 10 чланова, који из својих редова бирају председника и потпредседнике одбора, а чине их искључиво лекари из државне, односно приватне праксе.

Чланови Скупштине Лекарске коморе Србије, као и други чланови Коморе, не могу истовремено бити чланови више од једног посебног одбора Лекарске коморе Србије.

Посебни одбори Коморе предлажу по једног кандидата за чланове Управног одбора.

Мандат председника и потпредседника и чланова посебних одбора Коморе је четири године.

Седнице посебног одбора сазива и њима руководи председник посебног одбора.

За обављање одређених послова посебни одбор може именовати комисије, утврђујући њихов састав и задатак.

Начин рада посебних одбора уређује се Пословником о раду посебних одбора.

Посебни одбори Коморе подносе извештај о свом раду Скупштини Коморе два пута годишње, а Управном одбору Коморе достављају писане информације о раду, најмање два пута годишње.

Члан 35.

Посебан одбор за стручна питања и стручни надзор:

- 1) даје мишљење и предлоге Управном одбору за покретање иницијативе на активности Коморе у циљу унапређења норматива и стандарда здравствених услуга;
- 2) даје мишљење и предлоге Управном одбору за покретање иницијативе на активности Коморе у циљу измене и допуне прописа из области здравствене заштите и здравственог осигурања;
- 3) из редова чланова Коморе предлаже листу надзорника за редовну и ванредну спољну контролу стручног рада здравствених установа, у складу са Законом о здравственој заштити;
- 4) разматра стручна питања, даје о њима предлоге и заузима становишта;
- 5) стара се о могућностима унапређења квалитета здравствених услуга;
- 6) предузима мере за сузбијање надрилекарства;
- 7) прати научне поступке у превенцији, дијагностици, лечењу и рехабилитацији;
- 8) обавештава Управни одбор о свим питањима из своје делатности која су од значаја за остварење циљева и задатака Коморе;
- 9) обавља и друге послове у складу са законом, овим статутом и општим актима Коморе.

Члан 36.

Посебан одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној лекарској пракси:

- 1) разматра и предлаже мере за унапређење квалитета, организације и доступности примарне здравствене заштите;
- 2) припрема мере и предлоге Управном одбору Коморе за унапређење јавног здравља;
- 3) прати и учествује у припреми утврђивања стандарда, норматива и мреже примарне здравствене заштите;
- 4) заступа интересе лекара у примарној здравственој заштити при уговарању са организацијама за здравствено осигурање и другим осигуравајућим друштвима;
- 5) стара се о условима рада и припадностима лекара у примарној здравственој заштити;
- 6) препоручује минималну цену здравствених услуга у примарној здравственој заштити;
- 7) предузима мере за сузбијање незаконитог рада лекара;
- 8) даје мишљење на опште акте који се односе на обављање здравствене делатности на примарном нивоу здравствене заштите у државним здравственим установама;
- 9) покреће иницијативу према Управном одбору о свим питањима из своје делатности која су од значаја за остварење циљева и задатака примарне здравствене заштите и Коморе;
- 10) даје мишљење и предлоге Управном одбору за покретање иницијативе на активности Коморе у циљу измене и допуне прописа из области здравствене заштите и здравственог осигурања;
- 11) обавља и друге послове у складу са законом, овим статутом и општим актима Коморе.

Члан 37.

Посебан одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној лекарској пракси:

- 1) разматра и предлаже мере за унапређење квалитета, организације и доступности секундарне и терцијарне здравствене заштите;
- 2) прати и учествује у припреми стандарда и норматива секундарне и терцијарне здравствене делатности;
- 3) прати начине располагања државним здравственим установама у секундарној и терцијарној здравственој делатности;
- 4) заступа интересе лекара у овим делатностима пред осигуравајућим друштвима;
- 5) стара се о условима рада и припадностима лекара у секундарној и терцијарној здравственој делатности;
- 6) препоручује минималну цену здравствених услуга у секундарној и терцијарној делатности;
- 7) предузима мере за сузбијање незаконитог рада лекара;
- 8) покреће иницијативу према Управном одбору о свим питањима

из своје делатности која су од значаја за остваривање циљева секундарне и терцијарне здравствене заштите и Коморе;

9) даје мишљење и предлоге Управном одбору за покретање иницијативе на активности Коморе у циљу измене и допуне прописа из области здравствене заштите и здравственог осигурања;

10) обавља и друге послове у складу са законом, овим статутом и општим актима Коморе.

Члан 38.

Посебан одбор за примарну здравствену заштиту у приватној лекарској пракси:

- 1) разматра и предлаже мере за унапређење квалитета, организацију и доступност приватне лекарске праксе у примарној здравственој заштити и њеној усклађености са целокупном здравственом заштитом;
- 2) припрема предлоге Управном одбору за активност Коморе на унапређењу стандарда, норматива и прописа у области примарне здравствене заштите у приватној лекарској пракси;
- 3) даје мишљење на опште акте којима се прописују услови за обављање приватне лекарске праксе;
- 4) препоручује минималну цену здравствених услуга у приватној лекарској пракси;
- 5) даје мишљење на цене здравствених услуга из приватног здравственог осигурања;
- 6) заступа интересе лекара у приватној пракси при уговарању са Републичким заводом за здравствено осигурање и са другим осигуравајућим друштвима;
- 7) препоручује начин оглашавања и истицања назива ординација приватне лекарске праксе;
- 8) предузима мере за сузбијање рада лекара у форми „сиве“ економије;
- 9) обавештава и покреће иницијативу према Управном одбору о свим питањима из своје делатности која су од значаја за остварење циљева и задатака приватне праксе и Коморе;
- 10) Даје мишљење и предлоге Управном одбору за покретање иницијативе на активности Коморе у циљу измене и допуне прописа из области здравствене заштите и здравственог осигурања;
- 11) одлучује о другим питањима од значаја за услове рада и рад у приватној лекарској пракси;
- 12) обавља и друге послове у складу са законом, овим статутом и општим актима Коморе.

Члан 39.

Посебан одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној лекарској пракси:

- 1) разматра и предлаже мере за унапређење квалитета, организацију и доступност секундарне и терцијарне приватне лекарске праксе и њеној усклађености са целокупном здравственом заштитом;
- 2) припрема предлоге Управном одбору за активност Коморе на унапређењу стандарда, норматива и прописа у области секундарне и терцијарне здравствене делатности у приватној лекарској пракси;
- 3) даје мишљење на опште акте којима се прописују услови за обављање приватне лекарске праксе;
- 4) даје мишљење на опште акте којима се прописују услови под којима лекари из приватне лекарске праксе могу обављати послове из своје струке и научноистраживачки рад у установама државне здравствене делатности;
- 5) препоручује минималну цену здравствених услуга у приватној лекарској пракси;
- 6) даје мишљење на цене здравствених услуга из приватног здравственог осигурања;
- 7) заступа интересе лекара у приватној пракси при уговарању са Републичким заводом за здравствено осигурање и са другим осигуравајућим друштвима;
- 8) препоручује начин оглашавања и истицања назива приватне лекарске праксе;
- 9) предузима мере за сузбијање рада лекара у форми „сиве“ економије;
- 10) покреће иницијативу према Управном одбору о свим питањима из своје делатности која су од значаја за остварење циљева и задатака приватне праксе и Коморе;

11) Даје мишљење и предлоге Управном одбору за покретање иницијативе на активности Коморе у циљу измене и допуне прописа из области здравствене заштите и здравственог осигурања;

12) одлучује о другим питањима од значаја за услове рада и рад у приватној лекарској пракси;

13) обавља и друге послове у складу са законом, овим статутом и општим актима Коморе.

Члан 40.

Посебан одбор за медицинску етику:

1) прати поштовање правила Кодекса медицинске етике од стране чланова Коморе;

2) прати међународне стандарде медицинске етике;

3) предлаже измене и допуне Кодекса медицинске етике;

4) даје мишљења и тумачења о значењу правила Кодекса медицинске етике;

5) обавештава и покреће иницијативу према Управном одбору о свим питањима из своје делатности која су од значаја за остварење циљева и задатака Коморе;

6) обавља и друге послове у складу са законом, овим статутом и општим актима Коморе.

Члан 41.

Посебан одбор за медицинско образовање:

1) стара се о условима и начинима стручног образовање чланова;

2) даје мишљење и предлоге Управном одбору за покретање иницијативе према надлежним органима изван Коморе, у области планова и програма студија на медицинском факултету, специјализација, стицања научних звања, приправничког и специјалистичког стажа;

3) у сарадњи са медицинским факултетима и другим стручним удружењима лекара води рачуна о унапређењу начина лиценцирања чланова Коморе и начина стручног усавршавања и размене стручних знања чланова;

4) обавештава и покреће иницијативу ка Управном одбору о свим питањима из своје делатности која су од значаја за континуирано медицинско образовање чланова и остварење циљева и задатака Коморе;

5) обавља и друге послове у складу са законом, овим статутом и општим актима Коморе.

Члан 42.

Посебан одбор за међународну сарадњу:

1) успоставља и одржава везе са лекарским коморама и сродним удружењима у иностранству;

2) прати рад међународних медицинских организација;

3) обавештава чланове о међународним скуповима лекара у земљи и иностранству;

4) обавештава и покреће иницијативу ка Управном одбору о свим питањима из своје делатности која су од значаја за остварење циљева и задатака Коморе;

5) обавља и друге послове у складу са законом, овим статутом и општим актима Коморе.

Судови части Коморе

Члан 43.

Судови части се образују као:

1) судови части првог степена при регионалним коморама;

2) Суд части другог степена - Врховни суд части на нивоу Коморе Србије.

Суд части првог степена је самосталан и независан орган регионалне Коморе који у првом степену покреће поступак по пријави физичког или правног лица или органа Коморе и одбацује или утврђује одговорност члана Коморе.

У случају утврђивања одговорности члана Коморе изриче му меру за дисциплинску повреду професионалне дужности или угледа члана Коморе.

Суд части првог степена има председника, заменика председника и десет чланова.

Суд части првог степена одређује једног од својих чланова да спроведе истражне радње.

Суд части другог степена, Врховни суд части у другостепеном поступку одлучује о жалбама на првостепене одлуке судова части регионалних комора.

Суд части другог степена, Врховни суд части чине председник и заменик председника и петнаест чланова уважавајући равноправну заступљеност регионалних комора и државне и приватне праксе.

Начин рада и вођење поступка судова части Коморе уређују се Статутом Лекарске коморе Србије у глави XIII – а „Правила о раду судова части“, а која је саставни део овог Статута.

Мандат судијама судова части првог степена и Врховног суда части је пет година, почев од дана полагања свечане изјаве.

Члан 44.

Ради вансудског решавања спорова између чланова Коморе, као и између члана Коморе и пацијента, у вези са обављањем здравствене делатности врши се посредовање.

Поступак посредовања покреће се на захтев страна у спору.

Улогу посредника има Комисија за посредовање на нивоу регионалних комора, која свој задатак извршава на основу Правилника о посредовању.

Комисија за посредовање има три члана.

Чланови Комисије за посредовање морају бити обучени за вођење поступка посредовања - медијације.

Поступак посредовања окончава се измирењем, односно споразумом страна у спору или констатовањем да посредовање није успело.

Надзорни одбор

Члан 45.

Надзорни одбор као самосталан орган Коморе, врши контролу пословања Коморе и регионалних комора, спроводи надзор над финансијским пословањем Коморе, и Регионалних комора, врши унутрашњи надзор над радом Коморе и Регионалних комора остварује увид у извршавање обавеза чланова и контролише располагање средствима Коморе и Регионалних комора.

Надзорни одбор има укупно 5 чланова: председника, заменика председника и 3 члана, које бира Скупштина Коморе из реда делегата Коморе, уз уважавање равноправне заступљености регионалних комора и државне и приватне лекарске праксе.

Надзорни одбор ради по Пословнику о раду Надзорног одбора, у седницама које се одржавају најмање једном у три месеца.

Седнице Надзорног одбора сазива председник Надзорног одбора или заменик председника Надзорног одбора у одсуству председника надзорног одбора.

Председник Надзорног одбора дужан је да сазове седницу и на захтев директора Коморе или два члана Надзорног одбора.

Уколико Председник Надзорног одбора не сазове седницу Надзорног одбора у року од 7 дана по захтеву Директора Коморе или два члана Надзорног одбора, исту може сазвати заменик председника Надзорног одбора.

У случају да је члановима Надзорног одбора истекао мандат, а да нови нису изабрани, постојећим члановима Надзорног одбора мандат се продужава до избора нових чланова, а најкасније 90 дана од престанка мандата.

Надзорни одбор Коморе има право увида у пословне и финансијске књиге Коморе, право присуства, постављања питања и добијања одговора на седницама Скупштине Коморе, Управног одбора, посебних одбора и извршног одбора и Надзорних одбора Регионалних комора, као и друга права која су неопходна за обављање његових задатака.

За поједине стручне послове из своје надлежности, Надзорни одбор може ангажовати спољашње сараднике са одговарајућом стручном спремом.

Надзорни одбор за свој рад одговара Скупштини Коморе.

Надзорни одбор подноси извештај о свом раду Скупштини, два пута годишње.

Изабраним члановима надзорног одбора, даном избора, престаје мандат у свим осталим органима Коморе и регионалних комора, изузев делегата у Скупштини Коморе.

У Надзорни одбор не могу бити бирани чланови Управног одбора.

VI. ДИСЦИПЛИНСКИ ПОСТУПАК

Члан 46.

Члан Коморе дисциплински одговара пред Судом части ако чинињем или нечинињем изврши повреду професионалне дужности или угледа члана Коморе.

Члан 47.

Члан Коморе врши повреду професионалне дужности или угледа члана Коморе ако:

- 1) поступа у супротности са одредбама закона којим се уређује здравствена заштита и закона којим се уређује здравствено осигурање у пружању здравствене заштите пацијентима;
- 2) повреди етички кодекс;
- 3) обавља здравствену делатност нестручно, односно у супротности са савременим достигнућима медицинске, стоматолошке, односно фармацеутске науке и праксе, или ако начини стручну грешку;
- 4) својим понашањем према пацијентима, другим члановима коморе или трећим лицима повреди углед професије;
- 5) у обављању здравствене делатности злоупотреби средства здравственог осигурања;
- 6) не испуњава обавезе члана коморе утврђене законом, статутом и другим општим актима коморе;
- 7) не поступа по захтевима органа Коморе у обављању послова из њихове надлежности.

Кривична или прекршајна одговорност, односно одговорност члана коморе из радног односа код послодавца, не искључује дисциплинску одговорност члана коморе по овом статуту.

Члан 48.

За повреде професионалне дужности или угледа члана коморе из члана 47. овог статута суд части може изрећи једну од следећих дисциплинских мера:

- 1) јавну опомену;
- 2) новчану казну у висини до 20% од просечне месечне зараде по запосленом у Републици, у месецу који претходи месецу у коме се казна изриче, по подацима републичког органа надлежног за послове статистике;
- 3) привремену забрану самосталног рада у обављању одређених послова здравствене делатности;
- 4) привремену забрану самосталног рада у обављању здравствене делатности.

Дисциплинске мере из овог члана тач. 1) и 2) овог статута изричу се за лакше повреде професионалне дужности и угледа члана коморе.

Дисциплинска мера из овог члана тачка 2) овог статута може се изрећи у трајању од једног до шест месеци.

Дисциплинске мере из овог члана тач. 3) и 4) овог статута изричу се за тежу повреду професионалне дужности и угледа члана коморе.

Дисциплинске мере из овог члана тач. 3) и 4) овог статута не могу трајати краће од шест месеци, ни дуже од једне године, а у изузетним случајевима могу трајати до пет година.

VII. РЕГИОНАЛНЕ КОМОРЕ

Члан 49.

Регионалне коморе врше поверене послове као јавна овлашћења из члана 10. тач. 2), 4), 7), 12), 13), 14), 15) и 16) овог статута за територију надлежности регионалних комора.

Регионалне коморе остале послове и задатке обављају на основу чл. 8. и 28. Закона о коморама здравствених радника и члана 11. овог статута.

Органи регионалних комора су:

- 1) Скупштина,
- 2) Извршни одбор,
- 3) председник,
- 4) посебни одбори,
- 5) Надзорни одбор,
- 6) Суд части првог степена,
- 7) Комисија за посредовање.

Органи регионалних комора бирају се из редова чланова скупштине регионалних комора, изузев чланова Посебних одбора регионалних комора и судија судова части РЛК који се могу бирати и из редова чланова Коморе.

Председник и два потпредседника, чланови Извршног одбора, чланови Надзорног одбора и председници Посебних одбора регионалних лекарских комора бирају се из редова чланова Скупштине Регионалне лекарске коморе.

Мандат органа регионалне коморе је четири године.

Мандат судија првостепених судова части је пет година и почиње да тече од момента полагања свечане изјаве.

Члан 50.

Скупштина регионалне коморе је највиши орган регионалне коморе коју чине делегати изабрани са подручја надлежности регионалне коморе.

Скупштину регионалне коморе чине изабрани делегати Скупштине Коморе са територије регионалне коморе, уз изабране делегате скупштине регионалне коморе изабраних по принципу један делегат на 200 уписаних чланова Коморе, из државних здравствених установа, а са територије регионалне коморе, и по принципу један делегат на 100 уписаних чланова Коморе, из приватне праксе, а са територије регионалне коморе.

Скупштину регионалне коморе Косова и Метохије чине изабрани делегати Скупштине Коморе са територије регионалне коморе Косова и Метохије, а уз изабране делегате скупштине регионалне коморе, изабраних по принципу један делегат на 20 уписаних чланова Коморе из региона Косова и Метохије, и из државних здравствених установа и из приватне праксе.

Делегати Скупштине Коморе изабрани са територије регионалне коморе су истовремено и чланови Скупштине регионалне коморе.

Члан 51.

Скупштина регионалне коморе:

а) доноси:

1) пословник о свом раду и раду радних тела које образује;

б) бира и опозива:

1) председника и два потпредседника скупштине регионалне коморе;

2) председника и два потпредседника регионалне коморе;

3) председника, два потпредседника и чланове извршног одбора;

4) председника, заменика председника и чланове Судова части првог степена;

5) чланове посебних одбора;

6) председника и чланове надзорног одбора;

7) председника и чланове комисије за посредовање;

в) одлучује и решава:

1) о свим питањима достављеним од стране извршног одбора, а која нису у надлежности Коморе;

2) о извештају о финансијском пословању регионалне коморе, који доставља Скупштини Коморе на усвајање;

3) о другим извештајима органа и радних тела регионалне коморе и Коморе;

4) о другим пословима предвиђени законом и овим статутом;

г) предлаже Комори:

- 1) предлаже кандидате за чланове Управног одбора Коморе;
- 2) чланове регионалне коморе за одликовања Коморе;
- 3) чланове регионалне коморе за годишње награде Коморе;
- 4) годишњи програм рада и годишњи план регионалне коморе;
- 5) финансијски план за регионалну комору;
- 6) усвојени извештај о финансијском пословању Регионалне коморе.

За обављање одређених послова скупштина регионалне коморе може именовати комисије и радна тела, утврђујући њихов састав и задатак.

Члан 52.

Извршни одбор регионалне коморе чине председник, два потпредседника, представници посебних одбора и пет чланова.

Извршни одбор регионалне коморе:

- 1) спроводи одлуке скупштине регионалне коморе и скупштине Коморе;
- 2) расправља и одлучује о повереним пословима и осталим пословима и задацима из своје надлежности;
- 3) утврђује предлог годишњег плана и програма свога рада за Скупштину Регионалне коморе;
- 4) утврђује предлог финансијског плана и утврђује предлог (усваја) извештаја о финансијском пословању, а на предлог Председника регионалне коморе;
- 5) подноси извештај о свом раду Скупштини РЛК;
- 6) предлаже Управном одбору усвојени план набавки регионалне коморе;
- 7) доноси Пословник о свом раду;
- 8) обавља друге послове и задатке у складу са овим статутом.

За обављање одређених послова извршни одбор регионалне коморе може образовати комисије и повремена или стална радна тела, утврђујући њихов састав и задатак.

Мандат чланова Извршног одбора је 4 године.

Члан 53.

Председник регионалне коморе руководи радом регионалне коморе и за свој рад одговара скупштини регионалне коморе и Скупштини Коморе.

Потпредседнике бира скупштина регионалне коморе на предлог председника регионалне коморе, по једног из државне и приватне праксе.

Председник регионалне коморе:

- 1) извршава одлуке скупштине регионалне коморе;
- 2) закључује материјалне послове регионалне коморе на основу овлашћења директора Коморе, а у складу са Законом о јавним набавкама и Законом о рачуноводственим политикама и уз сагласност Извршног одбора РЛК;
- 3) утврђује предлоге одлука које разматра и доноси извршни одбор;
- 4) организује, усмерава и усклађује сарадњу са државним органима и другим државним и стручним организацијама на подручју надлежности регионалне коморе;
- 5) прима свечане заклетве новоуписаних чланова Коморе;
- 6) доноси решење о упису члана у Именик Коморе и решење о испуњености услова за издавање лиценце;
- 7) доноси решење о брисању члана из Именика Коморе;
- 8) предлаже Скупштини регионалне коморе два потпредседника регионалне коморе;
- 9) предлаже директору Коморе кандидата за Секретара регионалне коморе;
- 10) обавља и друге послове одређене законом и овим статутом.

Члан 54.

Посебни одбори регионалних комора су:

- 1) одбор за стручна питања и стручни надзор;

2) одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси;

3) одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси;

4) одбор за примарну здравствену заштиту у приватној пракси;

5) одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној пракси;

6) одбор за медицинску етику;

7) одбор за медицинско образовање.

Посебни одбори имају председника, потпредседника до 10 чланова, уз равноправну заступљеност представника државне и приватне лекарске праксе, сем у одборима за државну и приватну праксу.

Чланови скупштине регионалне коморе, као и чланови Коморе са територије надлежности одређене регионалне коморе, не могу истовремено бити чланови више од једног посебног одбора на нивоу регионалних комора.

О броју чланова сваког посебног одбора РЛК одлучује скупштина те РЛК.

Рад одбора се уређује пословником о раду одбора.

Члан 55.

Надзорни одбор регионалне коморе врши контролу пословања и надзор над финансијским радом регионалне коморе.

Надзорни одбор чине председник и два члана које бира и разрешава скупштина регионалне коморе, а чији мандат траје четири године.

Надзорни одбор РЛК два пута годишње доставља извештај о раду Скупштини регионалне коморе, као и Надзорном одбору Коморе.

VIII. СТРУЧНА СЛУЖБА КОМОРЕ

Члан 56.

Стручне, правне, финансијске, административне, (помоћне) техничке и друге послове за потребе Коморе обављају стручна служба Коморе и стручне службе регионалних комора.

Стручна служба Коморе и стручне службе Регионалних комора:

1) обављају стручне, правне, финансијске, административно - техничке послове за потребе органа Коморе и за Комору у целини;

2) обављају остале послове у складу са овим статутом и општим актима Коморе.

Организација и рад стручне службе Коморе и стручних служби регионалних комора утврђују се Правилником о организацији и систематизацији стручне службе Коморе, који доноси Директор Коморе.

Запослени у стручној служби имају сва права и дужности утврђене Законом о раду, овим статутом и одлукама органа Коморе.

Радом стручне службе руководи генерални секретар Коморе и секретари регионалних комора.

Генерални Секретар Коморе је лице које има високу стручну спрему, запошљава се на основу конкурса и Закона о раду и за свој рад одговара директору Коморе.

Генерални Секретар Коморе и секретари комора чине колегијум Коморе, задужен за решавање стручних питања Коморе, на захтев Директора Коморе и Председника Регионалних комора.

Рад Колегијума организује и њим руководи генерални Секретар Коморе.

Извештај о раду Колегијум подноси директору Коморе.

Генерални секретар Коморе:

- 1) организује рад стручне службе;
- 2) пружа правну помоћ директору Коморе;
- 3) прати прописе и законе који су у вези са радом Коморе и здравственом делатношћу;
- 4) стара се о припреми седница органа Коморе и о извршењу одлука (и других послова) тих органа;
- 5) присуствује седницама Скупштине Коморе и Управног одбора, Надзорног одбора Коморе, Посебних одбора Коморе и свих других органа и тела у Комори;

6) обавља и друге послове које му се повере одлукама директора Коморе.

Секретар регионалне коморе:

- 1) организује рад стручне службе Регионалне коморе;
- 2) пружа правну помоћ председнику Регионалне коморе;
- 3) прати прописе и законе који су у вези са радом Коморе и здравственом делатношћу;
- 4) стара се о припреми седница органа регионалне коморе и о извршењу одлука тих органа;
- 5) присуствује седницама органа и тела регионалне коморе;
- 6) обавља и друге послове које му се повере одлукама председника Регионалне коморе и директора Коморе.

IX. ОПШТИ АКТИ КОМОРЕ

Члан 57.

Општи акти Коморе су Статут, Кодекс медицинске етике, правила, пословници и други општи акти.

Општи акти Коморе морају бити у сагласности са Уставом, законом и овим статутом.

Иницијативу за доношење или измену општих аката из става 1. овог члана може поднети сваки орган Коморе или Скупштина регионалне коморе.

Статут Коморе и други општи акти објављују се у гласилу Коморе.

Статут Коморе се објављује и у „Службеном гласнику Републике Србије“.

Статут и други општи акти мењају се или допуњају на начин одређен за њихово доношење.

Општи акти, осим Статута, из става 1. овог члана ступају на снагу даном доношења.

X. ФИНАНСИРАЊЕ КОМОРЕ

Члан 58.

Средства за финансирање рада Коморе обезбеђују се:

- 1) од чланарине;
- 2) накнаде за упис у Именик Коморе;
- 3) накнаде за издавање и обнављање лиценце;
- 4) накнаде за издавање уверења и других докумената Коморе;
- 5) поклона и легата;
- 6) других извора средстава у складу са Законом и овим статутом.

Члан 59.

Средства за обављање поверених послова и других послова и задатака Коморе воде се на рачуну Коморе и то тако да:

1) на основу Закона о коморама здравствених радника, Члан 33. став 4. и члана 58. тачка 3) овог статута, средства од накнаде за издавање и обнављање лиценце уплаћују се на рачун Коморе и то: 2/3 средстава на рачун Коморе, а 1/3 средстава на подрачуне регионалних комора, сразмерно броју својих чланова.

2) Средства из члана 58. став 1) тачка 6) овог статута уплаћују се на рачун Коморе.

3) Средства која се обезбеђују, за обављање поверених послова и других послова и задатака Коморе, из члана 58. став 1) тачка 1), тачка 2) и тачка 4) уплаћују се на рачун Коморе и подрачуне регионалних комора, тако да се 1/3 средстава, из ових тачака, уплаћује на рачун Коморе, 2/3 средстава на подрачуне регионалних комора. Комора из наведених средстава подмирује накнаде трошкова члановима свих органа Коморе, накнаде трошкова штампања „Гласника ЛКС“, као и остале потребе.

4) легати и поклони из члана 58. став 1. тачка 5) овог статута воде се на посебном подрачуну Коморе.

Средства прибављена из легата или поклона не могу се користити за покривање трошкова рада Коморе сем ако их поклонодавац или легатар није за то наменио.

Наредбодавац за употребу средстава Коморе јесте директор Коморе, а изузетно лице које он овласти.

Наредбодавац за употребу средстава Регионалне коморе, по овлашћењу директора Коморе, је председник Регионалне коморе.

О стању средстава Коморе и средстава регионалних комора савлађују се периодични обрачуни и завршни рачун за сваку календарску годину.

Регионалне коморе на посебним подрачунима воде средства из Фонда намењеног за узајамну помоћ члановима Коморе.

Формирање средстава и начин коришћења средстава из Фонда за узајамну помоћ члановима Коморе уређује се посебним правилником, који доноси Скупштина Коморе.

Члан 60.

Рад Коморе је јаван.

Јавност рада Коморе обезбеђује се јавношћу седница органа Коморе и других тела Коморе и скупова у Комори, издавањем информација о њиховом раду и сарадњом са средствима јавног информисања и другим средствима обавештавања.

Комора има своју презентацију на интернету.

Органи или тела Коморе могу искључити или ограничити јавност седнице или скупа, када то налаже Кодекс медицинске етике или када се разматрају документа или подаци поверљиве природе.

Комора редовно упознаје своје чланове са одлукама, ставовима и предлозима усвојеним на седницама органа и тела и другим скуповима у Комори путем гласила Коморе.

Комора је дужна да обавештава јавност о свим питањима из надлежности Коморе.

Комора је дужна да обавештава министарство надлежно за унутрашње послове, надлежне правосудне органе и министарство надлежно за послове здравља о дисциплинским поступцима који се воде против чланова коморе пред надлежним органима коморе, као и о поступцима издавања, обнављања или одузимања лиценце, ако се у тим поступцима установи да постоји сумња да је извршено кривично дело.

Комора је дужна да на захтев органа из претходног става овог члана достави потребне податке о чињеницама о којима има сазнање.

XI. ЗАШТИТА ПРАВА ЧЛАНОВА КОМОРЕ

Члан 61.

Све одлуке и решења о остваривању права, обавеза и одговорности члана Коморе обавезно се, у писаном облику, достављају члану Коморе са поуком о правном леку.

Комора штити професионални интегритет и право на приватност својих чланова у оквиру позитивних прописа Републике Србије.

XII. ПРАВИЛА О УПИСУ И ВОЂЕЊУ ИМЕНИКА ЧЛАНОВА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

1. ОПШТЕ ОДРЕДБЕ

Члан 62.

Овим правилима уређује се упис доктора медицине у Лекарску комору Србије (у наставку текста: Комора), вођење и садржај Именика чланова Коморе и поступак издавања дозволе за самосталан рад (у даљем тексту: лиценца).

Члан 63.

Доктор медицине (у даљем тексту: лекар) постаје члан Коморе уписом у Именик Коморе.

Члан 64.

Лекар се може уписати у Именик Коморе као:

- лекар приправник без положеног државног испита (незапослен или на стажу),
- лекар са положеним државним испитом коме се издаје лиценца и то као:
- лекар опште медицине,
- лекар специјалиста,
- лекар субспецијалиста.

Комора води посебне евиденције лекара по следећим категоријама:

- незапослени лекари,
- лекари на стажу,
- лекари запослени у државној установи,
- лекари запослени у приватној установи,
- лекари оснивачи приватне установе,
- лекари на специјализацији.

Такође се води евиденција почасних чланова Коморе.

2. УПИС У ИМЕНИК КОМОРЕ

Члан 65.

Упис се обавља на основу захтева лекара, који испуњава услове одређене Законом о здравственој заштити и овим правилником, у регионалној комори којој лекар припада на основу места сталног боравка.

За упис у Именик лекар је обавезан да приложи:

1. Испуњен захтев за упис;
2. Испуњен евиденциони лист;
3. Документе као доказе о наводима из евиденционог листа;
4. Доказе о измиренем трошковима накнаде за упис у Именик и накнаде за издавање лиценце.

1. Евиденциони лист

У евиденциони лист лекар уписује следеће податке:

А) Лични подаци:

- име и презиме
- име једног од родитеља
- девојачко презиме
- ЈМБГ
- датум и место рођења
- адреса и телефон сталног боравка
- адреса електронске поште
- држављанство
- националност

Б) Подаци о запослењу:

- запослење: (1. незапослен, 2. на стажу, 3. запослен у државној установи, 4. запослен у приватној установи, 5. оснивач приватне установе)
- назив, адреса, телефон и мејл државне установе у којој лекар обавља редовну здравствену делатност или је на стажу
- назив, адреса, телефон и мејл приватне установе у којој лекар обавља редовну здравствену делатност или је на стажу
- назив, адреса, телефон и мејл државне установе у којој лекар допунски обавља своју здравствену делатност
- назив, адреса, телефон и мејл приватне установе у којој лекар допунски обавља своју здравствену делатност

Ц) Подаци о образовању, научном и наставном звању:

- место и датум дипломирања;
- датум полагања државног испита;
- грана специјализације и датум полагања;
- грана уже специјализације и датум полагања;
- додатно усавршавање: 1. на специјализацији 2. на ужој специјализацији
- датум стицања примаријата;

- датум стицања академског звања магистра наука
- датум стицања научног степена доктора медицинских наука
- научно звање (научни сарадник, виши научни сарадник, научни саветник)
- наставно звање (асистент, доцент, ванредни професор, редовни професор)
- назив и година стицања сертификата о додатном образовању

Д) Остали подаци:

- чланство у домаћим и иностраним лекарским удружењима

Лекар, оснивач приватне праксе, дужан је да додатно упише следеће податке:

Е) Подаци о приватној здравственој установи:

- назив под којим приватна пракса обавља здравствену делатност, утврђен у складу са решењем о упису у регистар код надлежног органа;
- делатност коју обавља на основу решења министарства надлежног за послове здравља о испуњености услова за почетак рада и обављање здравствене делатности;
- имена оснивача приватне праксе;
- датум почетка обављања здравствене делатности утврђен решењем о упису у регистар код надлежног органа.

Документи као докази о наводима из евиденционог листа

Лекар је обавезан да уз захтев за упис приложи следеће доказе о наводима из евиденционог листа:

- фотокопију личне карте;
- диплому или оверену фотокопију и фотокопију медицинског факултета.

Лекар, оснивач приватне праксе, дужан је додатно да приложи:

- решење или оверену фотокопију решења Министарства надлежног за послове здравља о испуњености услова у погледу кадрова, опреме, просторија и лекова за почетак рада и обављање послова здравствене делатности.

Докази о измиренем трошковима

Лекар је обавезан да приложи копију уплатнице о плаћеној накнади за упис у Именик Коморе и копију уплатнице о плаћеној накнади за издавање лиценце.

Члан 66.

О свакој промени података из члана 65. овог статута Члан Коморе дужан је да обавести регионалну комору у року од 30 дана од настанка промене.

Члан 67.

При упису у Комору лекару се додељује идентификациони број лекара.

Идентификациони број садржи шест цифара, при чему прва цифра означава број регионалне коморе у коју је лекар уписан, док преосталих пет цифара означавају редни број под којим је лекар уписан у Именик попуњен нулама до 5 цифара.

Члан 68.

Након уписа у Комору лекару се издаје чланска карта.

3. ИЗДАВАЊЕ ЛИЦЕНЦЕ

Члан 69.

Поступак уписа у Именик чланова Коморе и издавање лиценце и органи надлежни за решавање по захтеву за упис у Именик чланова Коморе и издавање лиценце регулисани су одредбама чланова 13, 14, 15, 16. и 17. овог статута.

Члан 70.

Комора ће поништити решење о упису и лиценцу ако се накнадно утврди да за упис нису постојали прописани услови.

4. ПРОМЕНА ЛИЦЕНЦНОГ ЛИСТА

Члан 71.

Лекар је обавезан да промени лиценци лист ако унутар важења лиценце:

- промени име или презиме;
- заврши специјализацију или субспецијализацију;
- стекне звање примаријуса, доцента, магистра или доктора наука;
- промени место сталног боравка у други регион при чему добија нови број лиценце.

Лекар је дужан да у року од 30 дана од настанка промена поднесе захтев за промену лиценцног листа.

Лекар је обавезан да приложи документ као доказ о насталим променама и копију уплатнице о плаћеној накнади за промену лиценцног листа.

Члан 72.

Стручна служба РЛК у којој је лекар до тада био евидентиран, припрема, а председник те РЛК доноси Решење о брисању овог лекара из евиденције чланова ЛКС, која се води у тој РЛК.

Поред уручења једног примерка овог Решења именованом лекару, Стручна служба матичне РЛК доставља по један примерак овог решења Стручној служби РКЛ у чији регион се именовани лекар преселио, као и Стручној служби Лекарске коморе Србије - централна евиденција.

На основу примљеног Решења из претходног става овог члана, Стручна служба РКЛ у чији регион се именовани лекар преселио припрема, а председник ове РЛК доноси ново Решење о упису именованог лекара у евиденцију чланова ЛКС, која се води у тој РЛК и додељује му, овим решењем, нови Идентификациони број.

Поред уручења једног примерка новог Решења именованом лекару, Стручна служба нове РЛК доставља и један примерак овог решења Стручној служби ЛКС - централна евиденција.

По пријему Решења о брисању именованог лекара из евиденције чланова ЛКС, која се води у претходној РЛК и пријему новог Решења о упису именованог лекара у евиденцију чланова ЛКС, која се води у новој РЛК и којим му је додељен нови Идентификациони број, Стручна служба Лекарске коморе Србије припрема, а директор ЛКС доноси ново Решење о издавању Лиценце именованом лекару, са новим идентификационим бројем, односно новим бројем Лиценце, али старим датумом важности Лиценце, тј. датумом важности старе лиценце.

Приликом преузимања Лиценце са новим идентификационим бројем, именовани лекар је дужан да, претходно, Стручној служби записнички преда Лиценцу са старим идентификационим бројем.

5. ПРОМЕНА РЕГИОНАЛНЕ КОМОРЕ

Члан 73.

Уколико члан промени место сталног боравка при чему више не припада регионалној комори у коју је уписан, дужан је да се пријави у другу регионалну комору у року од 30 дана.

При томе је обавезан да достави:

- сву документацију по члану 65. овог статута;
- потврду о испису и о измиреним обавезама према регионалној комори у коју је претходно био уписан;
- потврду и доказе о стеченим бодовима на основу Правилника о континуираној едукацији;
- потврду о првостепеном поступку.

6. ИСПИС ИЗ ИМЕНИКА КОМОРЕ

Члан 74.

Испис из Именика чланова Коморе врши се у случајевима када редовним члановима престаје чланство, а што је дефинисано чланом 21 овог статута.

Члан 75.

Решење о одузимању Лиценце доноси директор Коморе. Решење о брисању из Именика Коморе доноси председник регионалне Коморе.

Члан 76.

Члан Коморе којем је престало чланство, дужан је да у року од 15 дана Комори преда чланску карту и лични печат.

У случају да их не преда у том року, решење о одузимању Лиценце и престанку чланства објављује се у гласилу Коморе.

Након одузимања Лиценце лекар не сме више обављати лекарску делатност.

7. ВОЂЕЊЕ ИМЕНИКА КОМОРЕ

Члан 77.

Именик Коморе воде регионалне коморе, тако што се у свакој регији ажурирају подаци о лекарима који јој припадају.

Регионалне коморе дужне су да воде и евиденције изречених дисциплинских мера члановима Коморе.

Лекарска комора Србије на основу података из Именика регионалних комора води централну евиденцију чланова Лекарске коморе Србије.

Члан 78.

Уз евиденциони лист из члана 65. овог статута регионалне коморе воде и помоћне листове са осталим подацима о члановима.

Регионалне коморе дужне су да воде и евиденцију следећих података:

- подаци о упису и испису из Именика Коморе;
- подаци о издавању, продужавању и одузимању Лиценце;
- подаци о изреченим дисциплинским мерама члановима Коморе у првостепеном поступку;
- подаци о накнадама за упис у Именик и накнадама о месечној чланарини.

Комора је дужна да води и евиденцију следећих података:

- подаци о изреченим дисциплинским мерама члановима Коморе у другостепеном поступку;
- подаци о накнадама за издавање Лиценце.

8. СИГУРНОСТ ПОДАТАКА

Члан 79.

Подаци из Именика могу се користити само за потребе Коморе и других тела одређених законом или уз одобрење Извршног одбора Регионалне коморе, односно Управног одбора Коморе.

Подаци од интереса за пацијенте могу бити јавно доступни уз сагласност лекара и уколико за њих постоје доказни документи.

Члан 80.

Надзорни одбор регионалне коморе надгледа начин прикупљања, обрађивања и коришћења података из Именика.

XIII. ПРАВИЛА О ОБРАЗОВАЊУ И РАДУ ЕТИЧКОГ ОДБОРА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

1. ОПШТЕ ОДРЕДБЕ

Члан 81.

Овим правилима утврђују се поступак образовања, надлежности, као и правила поступка и начин рада на седницама Етичког одбора Лекарске коморе Србије.

Одредбе ових правила обавезне су за чланове Етичког одбора, као и за сва друга лица која учествују у раду овог одбора.

Члан 82.

Етички одбор, као орган Лекарске коморе Србије, има права и

обавезе утврђена на основу закона, подзаконских акта, Статута и других општих аката Лекарске коморе Србије (у даљем тексту: Комора) као и одлука Скупштине Лекарске коморе Србије.

Члан 83.

Етички одбор у свом раду користи печат Лекарске коморе Србије.

2. НАДЛЕЖНОСТ ЕТИЧКОГ ОДБОРА

Члан 84.

Етички одбор је стручно тело Лекарске коморе Србије, које прати и промовише начела професионалне етике при пружању и спровођењу здравствене заштите и у другим областима професионалног рада лекара.

Надлежности Етичког одбора ЛКС (у даљем тексту: Одбор) су:

- 1) разматрање етичких питања која се односе на обављање лекарске професије;
- 2) давање мишљења о раду чланова Коморе у складу са одредбама Кодекса професионалне етике ЛКС, и покреће дисциплинске поступке пред Судовима части ЛКС;
- 3) промовисање принципа професионалне етике ради успостављања етичког понашања чланова Коморе у обављању професије здравственог радника;
- 4) праћење, анализирање и давање мишљења о примени начела професионалне етике у превенцији, дијагностици, лечењу, рехабилитацији, истраживању, као и увођењу нових здравствених технологија;
- 5) давање препорука и ставова по појединим етичким питањима;
- 6) обављање и других послова у вези са применом и поштовањем Кодекса професионалне етике ЛКС.

Члан 85.

У вршењу своје функције Одбор је независан и своју надлежност обавља у складу са законом, Статутом ЛКС, Кодексом професионалне етике ЛКС, међународним начелима медицинске етике и овим правилима.

3. ОРГАНИЗАЦИЈА ОДБОРА

Члан 86.

Етички одбор Лекарске коморе Србије се састоји од 15 чланова, по 3 члана из сваке Регионалне лекарске коморе у саставу ЛКС.

Чланове Етичког одбора Лекарске коморе Србије бира и разрешава Скупштина Лекарске коморе Србије из редова чланства Коморе.

Такође, Скупштина Лекарске коморе Србије, из састава 15 чланова Одбора, именује председника Одбора, а на предлог Етичког одбора.

Мандат председника и чланова Етичког одбора Лекарске коморе Србије траје четири године.

Члан 87.

Етички одбор Лекарске коморе Србије заузима ставове на својим седницама, простом већином гласова присутних чланова Етичког одбора Коморе.

Етички одбор Лекарске коморе Србије ради у седницама које су, у начелу јавне, уколико Етички одбор не одлучи другачије.

Седницу Одбора сазива и њом председава председник Одбора, а у случају спречености или одсуства председника Одбора, седницу сазива и њом председава Члан Одбора којег председник овласти за то.

Писани захтев за сазивање седнице Етичког одбора може поднети председнику Одбора и најмање 1/3 укупног броја чланова Одбора.

У случају из претходног става овог члана статута, председник Одбора је дужан да седницу сазове у року од осам дана од дана пријема писменог захтева из претходног става овог члана статута.

Уколико председник Етичког одбора одбије да сазове седницу на предлог најмање 1/3 укупног броја чланова Одбора или је не сазове у року од осам дана, седницу може да сазове и најмање 1/3 укупног броја чланова Етичког одбора и да одржи седницу уколико је укупно присутно најмање осам чланова Одбора.

Овако сазваном седницом председава најстарији присутни члан Одбора.

4. РАД И ПОСТУПАК ПРЕД ОДБОРОМ

Члан 88.

Седнице Етичког одбора сазивају се писменим путем, односно електронском поштом, уз обавештавање позваних чланова о дану, часу и месту одржавања седнице, као и предлогу дневног реда.

Предметни позив се обавезно доставља члановима Одбора, најмање 8 дана пре одржавања седнице, у ком року се и материјал са дневним редом доставља свим члановима Одбора поштом или путем електронске поште.

У изузетним случајевима седница се може сазвати у краћем року од рока дефинисаног претходним ставом овог члана.

Члан 89.

Етички одбор Лекарске коморе Србије може пуноважно да заседа и дискутује, ако је на седници присутно најмање осам његових чланова.

Члан 90.

Седницом Етичког одбора председава и њеним радом руководи председник Етичког одбора, а уколико је председник одсутан, седницу отвара и њом председава члан Етичког одбора, којег је председник овластио у складу са одредбом из члана 87. став 3. овог статута, односно најстарији присутни члан Одбора у случају када сеницу сазове најмање 1/3 укупног броја чланова Етичког одбора, у смислу одредбе из члана 87. став 7. овог статута.

Члан 91.

Поступак пред Етичким одбором покреће се писменим захтевом или по сопственој иницијативи чланова Одбора.

Анонимни захтеви се не разматрају.

Члан 92.

Уколико се о одређеном питању пред Одбором расправља по писменом захтеву, документација која се подноси уз захтев мора да садржи све доказе који су потребни да би се он могао разматрати.

Ако је захтев неразумљив или не садржи доказе, на које се подносилац позива, Одбор ће позвати подносиоца захтева да исти допуни односно исправи у року који одреди Одбор.

Ако подносилац захтева не поступи по позиву Одбора исти се неће разматрати.

Члан 93.

На основу комплетног или допунски комплетираног захтева Етички одбор Лекарске коморе Србије спроводи разматрање и дискусију.

Уколико Одбор оцени да је то потребно, подносилац захтева ће бити позван на седницу Одбора, ради непосредног објашњења члановима Одбора око навода из захтева.

Евентуални сведоци могу бити позвани на разговор са члановима Одбора, ако је то у интересу дискусије и заузимања ставова Одбора по предметном захтеву.

Ако Одбор оцени да је то потребно, у предметној дискусији се могу ангажовати и експерти из појединих области.

Члан 94.

О свим наведеним активностима Одбора води се записник. Записник води секретар Лекарске коморе Србије, односно лице које он одреди и записник обавезно садржи:

- 1) Назив предмета о којем се дискутује;
- 2) Време и место заседања Етичког одбора;
- 3) Имена присутних и одсутних чланова Одбора;
- 4) Имена других лица која присуствују седници Одбора;
- 5) Имена лица која учествују у дискусији пред Етичким одбором;
- 6) Кратак садржај дискусије и донете закључке;
- 7) Утврђене предлоге о питањима о којима је дискусија вођена;
- 8) Потпис председника Одбора, односно другог члана Одбора који председавао предметном седницом, као и лица које је водило записник.

Став, односно мишљење Етичког одбора, по завршеној дискусији биће достављен надлежним органима Коморе и подносиоцу захтева, а по процени Етичког одбора Лекарске коморе Србије, и свим другим заинтересованим субјектима за предметно етичко питање.

Члан 95.

Уколико са седнице Етичког одбора Лекарске коморе Србије изостану странке које су уредно позване, Одбор ће одржати седницу у одсуству уредно позваних странака.

Члан 96.

У току дискусије пред Етичким одбором Лекарске коморе Србије, председник Етичког одбора, односно председавајући тој седници, води дискусију и даје и одузима реч члановима Одбора присутним странкама и експертима.

Чланови Етичког одбора Лекарске коморе Србије не могу, ван седница овог Одбора, износити своје личне ставове о темама о којима Етички одбор дискутује.

Члан 97.

Након окончања дискусије чланова Етичког одбора и присутних лица на седници, председавајући седнице констатује да је дискусија о тој теми пред Етичким одбором закључена и спроводи процедуру гласања акламацијом, уколико је то потребно.

Члан 98.

Након закључене дискусије пред Етичким одбором, Етички одбор формулише свој став и доноси мишљење у складу са одредбом из члана 87. став 1. овог статута.

Процедури коначног формулисања става и дефинисању мишљења Одбора и гласању присуствују само чланови Одбора и лице које води записник.

Члан 99.

На основу заузетог става из претходног члана овог статута, Етички одбор Лекарске коморе Србије може да предложи органу Коморе, надлежном за даље поступање, одређене мере или да констатује да код одређене, предметне ситуације нема повреда етичких начела.

5. ОСТАЛЕ ОДРЕДБЕ

Члан 100.

На писмени захтев председника Етичког одбора, Управни одбор Лекарске коморе Србије или други одбор Лекарске коморе Србије, може да закаже заједничку седницу Етичког одбора и тог органа, у случајевима када су на дневном реду ових одбора, као и Етичког одбора, на дневном реду иста питања.

Члан 101.

Директор Лекарске коморе Србије обезбеђује техничку, стручну и административну помоћ као и друге услове неопходне за успешан рад Етичког одбора Лекарске коморе Србије.

Члан 102.

О правилној примени ових Правила стара се председник Етичког одбора Лекарске коморе Србије.

XIV. ПРАВИЛА О ПОСТУПКУ КАНДИДОВАЊА, НАЧИНУ ИЗБОРА И ОПОЗИВА ЧЛАНОВА СКУПШТИНЕ И ДРУГИХ ОРГАНА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ И ЧЛАНОВА СКУПШТИНЕ И ДРУГИХ ОРГАНА РЕГИОНАЛНИХ ЛЕКАРСКИХ КОМОРА У ЊЕНОМ САСТАВУ

1. ОСНОВНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 103.

Овим правилима регулише се поступак кандидовања, начин избора и опозива чланова (делегата) Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова Скупштина Регионалних лекарских комора и других органа Регионалних лекарских комора.

Члан 104.

Органи Лекарске коморе Србије су: Скупштина, Управни одбор, директор, Етички одбор, посебни одбори, Врховни суд части, Надзорни одбор и Комисија за посредовање.

Органи Регионалних лекарских комора су: Скупштина, Извршни одбор, Председник, посебни одбори, Надзорни одбор, Суд части првог степена и Комисија за посредовање.

Члан 105.

Избори у Лекарској комори Србије (у даљем тексту: ЛКС) и регионалним лекарским коморама (у даљем тексту: РЛК) спроводе се по непосредном и посредном принципу гласања.

Непосредно гласање спроводи се по територијалном принципу, по изборним јединицама формираним у управним окрузима регионалних лекарских комора и изборним јединицама формираним у градовима седиштима регионалних лекарских комора, а за избор чланова Скупштине ЛКС и за избор чланова скупштина регионалних лекарских комора.

Изборне јединице могу се формирати од једне или више општина. На непосредним изборима учествују сви чланови ЛКС-а уписани у Именик Лекарске коморе Србије.

Посредним гласањем Скупштина ЛКС-а бира органе Коморе, прописане Статутом ЛКС, а скупштине РЛК посредним гласањем бирају органе регионалних лекарских комора, прописане Статутом ЛКС.

2. ОРГАНИ И СПРОВОЂЕЊЕ ИЗБОРА

Члан 106.

Органи за спровођење избора за чланове Скупштине ЛКС и чланове скупштина РЛК су: Централна изборна комисија Лекарске коморе Србије, изборне комисије регионалних лекарских комора, и бирачки одбори изборних јединица.

Органи за спровођење избора за чланове органа ЛКС и РЛК, који бирају делегати Скупштине ЛКС и Скупштина РЛК, су Комисија за избор и именовање Скупштине Лекарске коморе Србије и Комисије за избор и именовање скупштина Регионалних лекарских комора.

Централна изборна комисија ЛКС, изборне комисије регионалних лекарских комора и бирачки одбори изборних јединица спроводе непосредне изборе за чланове Скупштине ЛКС и чланове скупштина РЛК.

Чланови изборних комисија не могу се кандидовати за чланове Скупштине ЛКС и чланове скупштина РЛК.

Комисије за избор и именовање спроводе изборе органа које бира Скупштина ЛКС и скупштине РЛК.

Члан 107.

Све радње око припреме и спровођења избора обавља Централна изборна комисија Лекарске коморе Србије у сарадњи са изборним комисијама регионалних лекарских комора.

Централна изборна комисија:

- 1) стара се о спровођењу непосредних избора у складу са Законом о коморама здравствених радника, Статутом ЛКС, (Правилима о поступку кандидовања, начину избора и опозива чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова скупштина и других органа регионалних лекарских комора у њеном саставу) и актима ЛКС који регулишу ову материју;
- 2) организује техничке припреме за изборе;
- 3) прати примену аката побројаних у тачки 1) и даје објашњења;
- 4) утврђује јединствене стандарде за изборни материјал;
- 5) прописује обрасце и правила и утврђује рокове за спровођење изборних радњи прописаних овим правилима;
- 6) одређује и оглашава број и адресу бирачких места;
- 7) образује бирачке одборе и именује председнике и чланове бирачких одбора и њихове заменике, на предлог Извршног одбора РЛК;
- 8) утврђује број гласачких листића за бирачка места, оверава их и заједно са овереним изводом из бирачког списка, записнички предаје Изборним комисијама регионалних лекарских комора;
- 9) одређује изборне акте који јој се достављају;
- 10) утврђује да ли су изборна листа, односно предлог кандидата састављени и поднети у складу са Правилима и проглашава изборну

листу, односно листу кандидата, или решењем одбија проглашење изборне листе односно кандидата;

11) доноси решење о проглашењу збирне изборне листе, односно решење о утврђивању листе кандидата;

12) доноси решење о проглашењу укупног броја бирача уписаних у бирачки списак;

13) одређује начин чувања и руковања изборним материјалом;

14) утврђује и објављује резултате избора;

15) издаје уверење о избору делегата;

16) подноси извештај Скупштини Лекарске коморе Србије о спроведеним изборима;

17) решава о приговорима на решења Изборних комисија регионалних лекарских комора, и њена одлука је коначна;

18) даје мишљења и обавештења у вези са применом прописа о непосредним изборима у Лекарској комори Србије;

19) доноси Роковник за вршење изборних радњи у поступку спровођења избора, који је обавезан документ за спровођење избора и као такав роковима обавезује све учеснике у изборном процесу;

20) врши обуку свих председника и заменика бирачких одбора и Изборних комисија регионалних лекарских комора.

21) врши и друге послове у складу са овим правилима;

22) доноси Пословник о свом раду.

Члан 108.

Централна изборна комисија има 13 чланова које бира Скупштина Лекарске коморе Србије са мандатом од пет година.

По једног члана члана Централне изборне комисије Скупштини Коморе предлажу Скупштине регионалних лекарских комора.

Остале чланове Централне изборне комисије, до броја 13, Скупштини Коморе предлажу директор Коморе и Управни одбор ЛКС заједно на седници Управног одбора, од којих су најмање три дипломирани правници.

Председника и заменика председника Централне изборне комисије бира Скупштина ЛКС већином присутних чланова Скупштине ЛКС.

Рад Централне изборне комисије регулише се Пословником о раду Централне изборне комисије Лекарске коморе Србије који доносе чланови Комисије на конститутивној седници овог органа.

Централна изборна комисија доноси одлуке већином гласова од укупног броја чланова.

Члан 109.

Изборне комисије регионалних лекарских комора:

1) обавештавају чланство са своје територије о условима и роковима изборних радњи;

2) доносе Пословник о раду;

3) врше записничку предају изборног материјала бирачким одборима са своје територије;

4) врше записнички пријем изборног материјала после гласања од бирачких одбора са своје територије, и утврђују резултате гласања које у посебним записницима достављају Централној изборној комисији;

5) решавају по приговорима на рад бирачких одбора;

6) координирају рад бирачких одбора са своје територије у сарадњи са Централном изборном комисијом;

7) врши и друге послове у складу са овим правилима и одлукама Централне изборне комисије.

Члан 110.

Изборне комисије регионалних лекарских комора имају по седам чланова које бирају скупштине регионалних лекарских комора на предлог извршних одбора регионалних лекарских комора, са мандатом од 5 година.

Најмање један члан изборне комисије регионалних лекарских комора мора бити дипломирани правник.

Председника и заменика председника Изборне комисије регионалне коморе бира скупштина регионалне коморе већином присутног броја чланова скупштине.

Рад изборне комисије регионалне лекарске коморе регулише се Пословником о раду изборне комисије регионалне лекарске коморе који доносе чланови Комисије на конститутивној седници овог органа.

Изборна комисија регионалне коморе доноси одлуке већином гласова од укупног броја чланова.

Члан 111.

Изборе у изборним јединицама формираним по управним окрузима градовима или територији једне или више општина, спроводе бирачки одбори.

Сваки бирачки одбор чине председник, заменик председника и један до три члана.

Централна изборна комисија доноси решење о именовању чланова бирачког одбора најкасније 10 дана пре одржавања избора.

Замену члана бирачког одбора врши Централна изборна комисија на захтев самог члана, или образложени захтев кандидата којим се утврђује да је члан бирачког одбора у првом степену сродства са кандидатом за кога се гласа у тој изборној јединици.

Бирачки одбор спроводи изборе у изборној јединици на основу Правила о раду бирачког одбора који доноси Централна изборна комисија.

Члан 112.

Гласање на непосредним изборима у Лекарској комори Србије обавља се у изборним јединицама одређеним по управним окрузима, града или територији једне или више општина који сачињавају регионалну лекарску комору, на бирачким местима која ће одредити Централна изборна комисија, најкасније 20 дана пре датума одржавања избора.

Бирачко место одређује се за гласање највише 2.500, а најмање 300 бирача.

Бирачка места се организују у административним центрима јединица локалне самоуправе, или у седишту подручне канцеларије регионалне лекарске коморе, или у седишту регионалне лекарске коморе или у седишту Лекарске коморе Србије, или на осталим погодним местима за спровођење избора према одлуци Централне изборне комисије.

Изузетно, бирачко место може се одредити и за гласање мање од 300 бирача за бирачка места на подручју РПК Косова и Метохије, за бирачка места на којима гласају чланови Коморе из приватне праксе или ако би, због просторне удаљености или неповољног географског положаја, бирачима тог места гласање на другом бирачком месту било знатно отежано.

За свако бирачко место одређује се: број бирачког места, назив бирачког места, адреса бирачког места и подручје са којег гласају бирачи на том бирачком месту.

За чланове Коморе из РПК Косова и Метохије може се одредити издвојено бирачко место у седишту друге РПК.

Члан 113.

Секретари регионалних лекарских комора доносе решење о закључењу извода из бирачког списка чланова Лекарске коморе Србије уписаних у Именик ЛКС, који се води у регионалној лекарској комори 15 дана пре датума одржавања избора, и наведена решења достављају Централној изборној комисији на усвајање.

Централна изборна комисија на основу достављених решења, у року од 48 часова од достављања, доноси одлуку о закључењу бирачког списка, као и извода из бирачког списка по изборним јединицама и бирачким местима.

Централна изборна комисија на основу закљученог бирачког списка, доноси решење о укупном броју бирача који учествују на изборима, као и о броју бирача по изборним јединицама и бирачким местима.

Извод из бирачког списка оверава се тако што се на последњој страни сваке свеске бирачког списка наводе подаци из решења о закључењу бирачког списка, а посебно број страна свеске бирачког списка, број уписаних бирача, датум закључења бирачког списка, потпис овлашћеног лица и печат Лекарске коморе Србије.

Члан 114.

После закључења бирачког списка, Централна изборна комисија ће извршити упис промена у изводе из бирачког списка на основу одлуке надлежног основног суда које прими најкасније 72 часа пре датума одржавања избора.

Упис промена у извод из бирачког списка уноси се, почев од редног броја 1, на крају извода из бирачког списка, на посебној страни под називом: „Накнадне промене“.

После уписа накнадних промена у изводе из бирачког списка, Централна изборна комисија утврђује коначан број бирача и објављује га на сајту Лекарске коморе Србије.

Члан 115.

Чланови Комисије за избор и именовање бирају се на првој конститутивној седници сваког новог сазива Скупштине Лекарске коморе Србије, односно скупштине регионалне лекарске коморе из редова чланова Скупштине ЛКС, односно РЛК.

Чланове Комисије за избор и именовање бира Скупштина Коморе, односно скупштина РЛК на предлог делегата скупштине.

Комисија има пет чланова чији је мандат четири године.

Председника Комисије и осталих четири члана бира Скупштина Лекарске коморе Србије, односно скупштина РЛК већином од укупног броја делегата.

Комисија за избор и именовање у складу са Статутом, односно овим Правилима, припрема и спроводи изборе за све органе које бира Скупштина Лекарске коморе Србије, односно скупштина регионалне лекарске коморе.

Рад Комисије за избор и именовање регулише се Пословником о раду Комисије за избор и именовање Лекарске коморе Србије и регионалних лекарских комора који доносе чланови Комисије на конститутивној седници овог органа.

Комисија за избор и именовање одлуке доноси већином гласова од укупног броја чланова.

3. ИЗБОР ЧЛАНОВА СКУПШТИНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ И ЧЛАНОВА СКУПШТИНА РЕГИОНАЛНИХ ЛЕКАРСКИХ КОМОРА

А. Опште напомене

Члан 116.

Изборе за Скупштину Лекарске коморе Србије и скупштине регионалних лекарских комора расписује председник претходног сазива Скупштине, најмање 45 дана пре истека мандата претходног сазива.

Након доношења одлуке Скупштине ЛКС о избору Централне изборне комисије и одлуке о избору изборних комисија регионалних лекарских комора, као и доношењу одлуке о расписивању избора за чланове Скупштине и других органа ЛКС за које су избори расписани, као и чланова скупштине и других органа регионалних лекарских комора, за које су избори расписани, Скупштина ЛКС и скупштине РЛК настављају са радом у обиму потребном за рад Коморе.

Након расписивања избора, из претходног става овог члана, директор Коморе, помоћници директора, Управни одбор, Надзорни одбор Коморе, Посебни одбори Коморе настављају са радом у обиму потребном за рад Коморе, а до момента конституисања нових органа, у новом сазиву Скупштине Коморе и примопредаје дужности.

Након расписивања избора, из става 2. овог члана, председник РЛК и два потпредседника, извршни одбор, надзорни одбор РЛК, посебни одбори РЛК настављају са радом у обиму потребном за функционисање и рад РЛК, а до момента конституисања нових органа, у новом сазиву скупштине РЛК и примопредаје дужности.

У одлуци о расписивању избора председник Скупштине дужан је да наведе тачан датум одржавања избора као и датум почетка изборних радњи.

Првог дана после одређеног датума почетка изборних радњи одржава се седница Централне изборне комисије.

Расписани избори не могу бити одржани пре истека 30 дана од дана расписивања.

Члан 117.

Све радње око припреме и спровођења избора обавља Централна изборна комисија Лекарске коморе Србије у сарадњи са изборним комисијама регионалних лекарских комора.

Члан 118.

Сви доктори медицине, чланови Коморе уписани у Именик ЛКС, бирају своје представнике на територији регионалне Коморе на основу места пребивалишта, у изборним јединицама управних округа,

градова и општина од којих се састоји регионална лекарска комора у чији су именик уписани.

У посебном акту који усваја Скупштина, а који чини саставни део ових Правила наводи се:

- 1) територија коју обухвата изборна јединица;
- 2) број чланова Коморе уписаних у именик који гласају на тој изборној јединици (коначан број утврђује Централна изборна јединица својим решењем);
- 3) број делегата Скупштине који се бира се изборне јединице у Скупштину ЛКС односно скупштину РЛК.

Изборне јединице по управним окрузима, градовима и општинама предлажу скупштине регионалних лекарских комора а усваја Скупштина Лекарске коморе Србије у посебном акту који је саставни део ових правила.

Члан 119.

У свакој изборној јединици бира се један или више чланова Скупштине Лекарске коморе Србије и један или више чланова скупштине регионалне лекарске коморе, уз поштовање принципа дефинисаних Статутом Коморе.

Делегати Скупштине ЛКС се бирају по принципу да се на 300 уписаних чланова Коморе из државних здравствених установа бира један делегат Скупштине ЛКС.

Делегати Скупштине ЛКС из приватне праксе бирају се по принципу да се на 100 уписаних чланова Коморе из приватне праксе бира један делегат Скупштине ЛКС.

Делегати Скупштине ЛКС из региона Косова и Метохије бирају се по принципу да се на 70 уписаних чланова Коморе из региона Косова и Метохије бира један делегат Скупштине ЛКС и из државних здравствених установа и из приватне праксе.

Скупштину регионалне коморе чине изабрани делегати Скупштине Коморе са територије регионалне коморе, уз изабране делегате скупштине регионалне коморе изабраних по принципу један делегат на 200 уписаних чланова Коморе, из државних здравствених установа, а са територије регионалне коморе, и по принципу један делегат на 100 уписаних чланова Коморе, из приватне праксе, а са територије регионалне коморе.

Скупштину регионалне коморе Косова и Метохије чине изабрани делегати Скупштине Коморе са територије регионалне коморе Косова и Метохије, а уз изабране делегате скупштине регионалне коморе, изабраних по принципу један делегат на 20 уписаних чланова Коморе из региона Косова и Метохије, и из државних здравствених установа и из приватне праксе.

Б. Поступак кандидовања

Члан 120.

За члана Скупштине Коморе и скупштине регионалне коморе може бити предложен и биран сваки редован Члан Коморе уписан у Именик Коморе.

Кандидата за члана Скупштине Коморе или скупштине регионалне коморе може предложити сваки редован члан Коморе уписан у Именик Коморе, а који се води у евиденцији регионалне коморе у којој се Члан кандидује, с тим да има пребивалиште на територији изборне јединице у којој се кандидат за члана Скупштине кандидује.

Редован Члан Коморе уписан у Именик може својим потписом подржати само онолико кандидата колико се бира на тој Изборној јединици за Скупштину РЛК и за скупштину ЛКС.

Редован Члан Коморе уписан у Именик може бити кандидат само на тој изборној јединици, оној у коме се налази његово пребивалиште.

Члан 121.

Свака кандидатура за члана Скупштине Лекарске коморе Србије из државних здравствених установа мора бити подржана потписима најмање 20 чланова регионалне лекарске коморе и са изборне јединице на чијој територији кандидат има пребивалиште.

Свака кандидатура за члана Скупштине Лекарске коморе Србије из приватне праксе и са територије Косова и Метохије мора бити подржана потписима најмање 10 чланова регионалне лекар-

ске коморе и са изборне јединице на чијој територији кандидат има пребивалиште.

Свака кандидатура за члана скупштине регионалне лекарске коморе мора бити подржана потписима најмање 10 чланова регионалне лекарске коморе и са изборне јединице на чијој територији кандидат има пребивалиште, изузев кандидатуре за члана скупштине РЛК Косова и Метохије која мора бити подржана потписима најмање пет чланова РЛК Косова и Метохије, са изборне јединице на чијој територији кандидат има пребивалиште.

Свака кандидатура за члана Скупштине ЛКС и за члана РЛК из државних здравствених установа мора бити подржана потписима чланова из државних здравствених установа, а кандидатура за члана Скупштине ЛКС и члана скупштине РЛК из приватне праксе мора бити подржана потписима чланова из приватне праксе.

Стручна служба регионалне Коморе у року од 10 дана од дана расписивања избора, обавештава све чланове Коморе са своје територије да се писаним путем образложене кандидатуре достављају Изборној комисији регионалне лекарске коморе.

Изборна комисија регионалне лекарске коморе доставља приспеле кандидатуре на проглашење Централној изборној комисији у року од 48 сати.

Централна изборна комисија дужна је да у року од 48 сати од пријема кандидатура донесе одлуку или закључак.

Кандидатуре се подnose најкасније 20 дана пре одржавања избора.

Члан 122.

Кандидатура обавезно садржи:

- 1) име и презиме кандидата;
- 2) ЈМБГ кандидата;
- 3) пребивалиште кандидата;
- 4) потврду или решење да је уписан у Именик Коморе издату од стране регионалне лекарске коморе;
- 5) прикупљен прописани број потписа на обрасцу чланова Коморе који подржавају кандидатуру;
- 6) изјаву кандидата на прописаном обрасцу да подноси кандидатуру за делегата Скупштине.

Члан 123.

Ако кандидатура садржи недостатке за проглашење, Централна изборна комисија закључком налаже подносиоцу кандидатуре да у року од 48 часова од часа достављања закључка отклони недостатке. Против закључка није дозвољен приговор ни жалба.

Ако подносилац кандидатуре не отклони недостатке у року из става 1) овог члана, Централна изборна комисија решењем одбија проглашење кандидатуре.

Члан 124.

Сваки бирач (на изборној јединици кандидата чија је кандидатура одбијена), кандидат за делегата, може да поднесе Централној изборној комисији приговор на решење којим је одбијено проглашење кандидатуре, у року од 24 часа од када је кандидат примио решење.

Централна изборна комисија доноси решење по приговору у року од 48 часова од пријема приговора и доставља га подносиоцу приговора.

На решење Централне изборне комисије које је донесено по приговору, подносилац приговора може изјавити жалбу суду у року од 24 сата од доношења решења, преко Централне изборне комисије.

Одлука која је донесена у поступку по жалби је правоснажна и против ње се не може поднети захтев за ванредно преиспитивање судске одлуке, нити захтев за понављање поступка који су предвиђени Законом о управним споровима.

Члан 125.

Централна изборна комисија, по завршеном поступку кандидовања, утврђује коначне листе кандидата по изборним јединицама, најкасније 15 дана пре дана одржавања избора и објављује збирну изборну листу кандидата за делегате Скупштине Лекарске коморе Србије и збирне изборне листе кандидата за делегате Регионалних лекарских комора.

Збирна изборна листа садржи све кандидатуре, лична имена свих кандидата, податке о години рођења, лични број (ЈМБГ) кандидата и пребивалиште кандидата.

Редослед кандидата на збирној изборној листи утврђује се према редоследу проглашења кандидатура.

Збирне изборне листе кандидата објављују се јавно, на огласним таблама регионалних комора и њихових окружних канцеларија и на сајту Коморе.

Збирна изборна листа кандидата за делегате Скупштине Лекарске коморе Србије и збирна изборна листа за кандидате регионалне лекарске коморе, објављују се обавезно на бирачком месту.

Члан 126.

Подносилац кандидатуре може је повући најкасније 24 сата пре рока одређеног у члану 22. став 1).

В. Избори

Члан 127.

Избори за Скупштину Лекарске коморе Србије и скупштине регионалних лекарских комора одржавају се искључиво недељом.

Гласање за избор чланова Скупштине врши се на бирачким местима.

Свако бирачко место има редни број.

Изборне комисије регионалних комора најкасније седам дана пре дана одржавања избора објављују распоред бирачких места, са знацима који чланови коморе гласају на одређеним бирачким местима.

За свако бирачко место се обезбеђује посебна просторија.

Члан 128.

Гласање се врши лично.

Глас се гласачким листићима.

Гласачки листић садржи:

- 1) ознаку и редни број изборне јединице у којој се врше избори;
- 2) обавештење о броју кандидата који се бирају у тој изборној јединици;
- 3) имена и презимена кандидата, по редоследу са збирне изборне листе;
- 4) испред имена сваког кандидата ставља се редни број према редоследу са збирне изборне листе;
- 5) ознаку за члана које Скупштине се гласа предметним листићем, односно да ли се гласа за члана Скупштине ЛКС или члана скупштине РЛК.

Члан 129.

Глас се само за кандидате наведене на гласачком листићу појединачно, а највише за онолико кандидата колико се чланова Скупштине Коморе, односно скупштине РЛК бира из те изборне јединице.

Гласање се врши заокруживањем редног броја испред имена кандидата за кога се гласа.

Члан 130.

Гласачки листићи на којима су заокружени редни бројеви испред имена већег броја кандидата од броја кандидата који се бира, листићи у које су унета и заокружена нова имена, непопуњени гласачки листићи као и листићи на којима се не може са сигурношћу утврдити за кога је кандидата гласано, сматрају се неважећим.

Члан 131.

Гласање траје непрекидно, од 07,00 до 19,00 часова.

Бирачко место се у 19,00 часова затвара, али се бирачима који су се затекли на бирачком месту у време затварања, омогућава да гласају.

Бирачко место на коме су гласали сви уписани бирачи може бити затворено и пре истека рока наведеног у претходном ставу овог члана.

Члан 132.

Чланови бирачких одбора проверавају да ли је свако ко приступа гласању уписан у бирачки списак.

Уколико бирач није уписан, гласање му неће бити дозвољено, осим ако члановима комисије не стави на увид решење суда о упису у бирачки списак.

Сваки такав случај уноси се у записник, а судско решење ставља на последњу страну извода из бирачког списка.

Члан 133.

Идентификација бирача уписаних у бирачки списак врши се на основу увида у личну карту или путну исправу (пасош).

Г. Утврђивање резултата гласања

Члан 134.

По завршетку гласања бирачки одбор започиње утврђивање резултата гласања.

Резултати гласања се утврђују тако што се прво врши пребројавање неупотребљених гласачких листића, стављају их у посебан омот који печати с назнаком на омоту да се ради о неупотребљеним гласачким листићима.

Потом се, на основу бирачког списка, извода из бирачког списка, утврђује укупан број бирача који су гласали, и приступа се отварању бирачке кутије и пребројавању гласова.

Кад се бирачка кутија отвори, после провере контролног листа, важећи гласачки листићи се одвајају од неважећих.

Бирачки одбор констатује број неважећих гласачких листића, уноси се у записник и неважеће гласачке листиће печати у посебан омот, с назнаком да се ради о неважећим гласачким листићима, а потом утврђује број гласачких листића и број гласова који је добио сваки кандидат, што се такође уноси у записник.

Важећи гласачки листићи стављају се у посебан омот са назнаком да се ради о важећим гласачким листићима, који се потом печати.

Кад се утврди да је број гласачких листића у гласачкој кутији већи од броја бирача који су гласали, или у гласачкој кутији није нађен контролни листић, бирачки одбор се распушта и именује нови, а гласање на том бирачком месту понавља се.

Члан 135.

Када се утврде резултати гласања у записник се уносе следећи подаци:

- 1) укупан број бирача у бирачком списку на том бирачком месту;
- 2) број бирача који је гласао;
- 3) број гласова који је добио сваки кандидат са гласачког листића;
- 4) број неважећих гласачких листића.

У записник се уносе све околности и чињенице од значаја за гласање.

Записник потписују сви чланови бирачког одбора.

Члан 136.

Записник се, са другим изборним материјалом, доставља Изборној комисији регионалне коморе у року од 24 сата од времена затварања бирачког места.

Члан 137.

Изборна комисија регионалне Лекарске коморе у року од 48 часова од дана пријема материјала утврђује резултате избора и доставља их Централној изборној комисији Лекарске коморе Србије на проглашење.

Члан 138.

Коначне резултате избора проглашава Централна изборна комисија Лекарске коморе Србије, најкасније 15 дана од дана одржавања избора.

Централна изборна комисија свим изабраним члановима Скупштине Лекарске коморе Србије и члановима регионалних лекарских скупштина, издаје уверење о избору за члана Скупштине Лекарске коморе Србије, односно члана скупштине регионалне лекарске коморе у року од 3 дана од проглашења коначних резултата шаље уверења о избору на адресу пребивалишта изабраним кандидатима, препоручено са повратницом.

Централна изборна комисија подноси извештај о изборима Скупштини Лекарске коморе Србије на првој конститутивној седници Скупштине.

Члан 139.

Мандат чланова Скупштине Лекарске коморе Србије и чланова скупштине РЛК траје 4 године, и почиње даном верификације у Скупштини.

Поступак верификације регулисан је Пословником о раду Скупштине Лекарске коморе Србије.

Д. Примедбе на регуларност избора

Члан 140.

Приговор на регуларност избора може ставити сваки члан Коморе или сваки кандидат за члана Скупштине Коморе или скупштине регионалне лекарске коморе.

Приговор на регуларност избора, на неправилности у спровођењу изборних радњи, подноси се у року од 24 часа од дана када је донета одлука, односно извршена радња или учињен пропуст, Изборној комисији регионалне лекарске коморе на чијој се територији налази бирачко место на чији рад се улаже приговор.

Изборна комисија регионалне лекарске коморе доноси решење по приговору у року од 24 часа од пријема.

Уколико је приговор решењем одбијен од старне Изборне комисије регионалне лекарске коморе, подносилац има право жалбе Централној изборној комисији у року од 24 сата од времена пријема одлуке Изборне комисије регионалне лекарске коморе.

Централна изборна комисија доноси одлуку по жалби у року од 24 сата од пријема.

Одлука Централне изборне комисије Лекарске коморе Србије је коначна и на њу подносилац може изјавити жалбу суду у року од 24 часа од достављања одлуке Централне изборне комисије.

Уколико Централна изборна комисија усвоји приговор, избори се на том бирачком месту понављају у року од 7 дана од дана одржавања.

У случају да из неке изборне јединице не буде изабран број делегата који се бира, избори се понављају у року од 60 дана као допунски.

Одлука суда донета у поступку по жалби је правоснажна и против ње се не може поднети захтев за ванредно преиспитивање судске одлуке, нити захтев за понављање поступка који су предвиђени Законом о управним споровима.

Све примедбе на регуларност избора достављају се надлежним изборним комисијама писаним путем, уз детаљно образложење.

4. ПРЕДАЈА ИЗБОРНОГ МАТЕРИЈАЛА ПРЕ ГЛАСАЊА

Члан 141.

Централна изборна комисија обезбеђује целокупан изборни материјал за сва бирачка места (гласачке кутије, параване за гласање, прибор за писање, прибор за печатење гласачких кутија и другог изборног материјала, коверте за одлагање гласачких листића, збирне изборне листе, изводе из решења о одређивању бирачког места, решења о именовању бирачког одбора, изводе из бирачког списка, гласачке листиће, контролне листове за проверу исправности гласачке кутије, обрасце записника о раду бирачког одбора, одговарајуће обрасце записника о примопредаји изборног материјала, Правила о раду бирачких одбора).

Члан 142.

Централна изборна комисија записнички доставља изборни материјал Изборним комисијама регионалних лекарских комора најкасније 96 часова пре дана одржавања избора.

Изборне комисије регионалних лекарских комора записнички предају изборни материјал бирачким одборима са своје територије најкасније 72 сата пре дана одржавања избора.

5. РАД БИРАЧКОГ ОДБОРА

Члан 143.

Сви бирачки одбори поступају у складу са правилима о раду бирачких одбора која ће прописати Централна изборна комисија.

6. ДОСТАВЉАЊЕ ИЗБОРНОГ МАТЕРИЈАЛА ПОСЛЕ ГЛАСАЊА

Члан 144.

Пошто утврди резултате гласања на бирачком месту, сваки бирачки одбор без одлагања записнички предаје прописани изборни материјал Изборној комисији регионалне лекарске коморе.

Уколико је уложена жалба на решење Изборне комисије регионалне лекарске коморе, уз записник Централној изборној комисији прослеђује се и материјал са бирачког места на чији је изборни процес жалба уложена.

Изборне комисије регионалних лекарских комора пошто прикупе изборни материјал са свих бирачких места, констатују записнички резултате гласања на територији регионалне лекарске коморе, и без одлагања, записнике достављају Централној изборној комисији.

Централна изборна комисија по протеклу рокова за жалбу, утврђује коначне резултате гласања по регионалним лекарским коморама за Скупштину Лекарске коморе Србије и за Скупштине регионалних лекарских комора.

7. СТАНДАРДИ ЗА ИЗБОРНИ МАТЕРИЈАЛ

Члан 145.

Гласачки листићи за избор делегата Скупштине Лекарске коморе Србије и делегата скупштине регионалних лекарских комора, штампају се у Београду у штампарији коју одреди Централна изборна комисија.

Гласачки листићи штампају се на хартији која је заштићена воденим жигом.

Број гласачких листића који се штампа, њихов облик, боју и њихов изглед утврђује Централна изборна комисија.

Број гласачких листића који се штампају мора бити једнак укупном броју бирача - лекара уписаних у Бирачки списак, уз додатак резервних гласачких листића чији број не може прећи 0,3% од укупног броја бирача.

О броју резервних гласачких листића Централна изборна комисија доноси Решење које објављује на сајту Лекарске коморе Србије.

Члан 146.

Текст и изглед гласачких листића утврђује Централна изборна комисија.

Централна изборна комисија после доношења одлуке о тексту и изгледу гласачког листића, сачињава узорак гласачког листића који оверава председник Централне изборне комисије својим потписом, а поред се ставља потпис директора Лекарске коморе Србије и печат Лекарске коморе Србије.

Оверени узорак гласачког листића предаје се штампарији, која на основу њега израђује графичке плоче.

Процес штампања почиње у присуству овлашћених представника Централне изборне комисије.

Први одштампани гласачки листићи који испуњава оптималне графичке стандарде, представник Централне изборне комисије упоређује са овереним узорком гласачког листића.

Пошто утврди да је одштампани примерак гласачког листића подударан са овереним узорком, представник Централне изборне комисије својим потписом одобрава штампање гласачких листића у утврђеном броју примерака.

Одмах по завршетку штампања, комисија, коју чине представници Централне изборне комисије и штампарије, уништава компјутерску припрему за израду графичких плоча и графичке плоче.

О уништавању компјутерске припреме и графичких плоча, саставља се записник, а уништене графичке плоче се предају Централној изборној комисији.

8. УПОТРЕБА ЈЕЗИКА И ПИСМА

Члан 147.

Текст гласачког листића и преосталог материјала за спровођење избора, штампа се на српском језику, ћирилицом.

9. СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА

Члан 148.

Статистичку обраду података, при спровођењу избора, обавља стручна служба Лекарске коморе Србије.

10. ПРАЋЕЊЕ РАДА ОРГАНА ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ИЗБОРА

Члан 149.

Домаће организације које су регистроване за праћење избора, међународне организације чији је Члан Лекарска комора Србије и невладине организације, а које желе да прате рад органа за спровођење избора, подносе пријаву Централној изборној комисији, најкасније 10 дана пре дана одржавања избора.

Пријава садржи: назив организације, међународне организације или невладине организације, број посматрача, име и презиме посматрача, ЈМБГ, фотографију посматрача и подручје праћење рада органа за спровођење избора.

Уз пријаву се подноси и акт о регистрацији организације код надлежног органа.

Централна изборна комисија може издати овлашћења домаћим посматрачима, на основу којих они могу да прате рад органа за спровођење избора.

Члан 150.

Централна изборна комисија издаје посматрачима идентификационе картице, које садрже податке који су неопходни, а који се преузимају из пријаве.

Посматрачи су дужни да идентификационе картице носе на видном месту.

Трошкове плаћања рада органа за спровођење избора и трошкове издавања идентификационих картица (осим оних посматрача које ангажује посебним уговором Лекарска комора Србије) сnose они чији посматрачи прате изборе.

Члан 151.

Централна изборна комисија дужна је да посматрачима којима је одобрено праћење избора, омогући несметано праћење сваке изборне радње и да у записницима о свом раду констатује њихово присуство.

Бирачки одбори дужни су да посматрачима којима је Централна изборна комисија одобрила праћење избора омогуће несметано праћење сваке изборне радње и да у записницима о свом раду констатују њихово присуство.

Посматрачи су дужни да поступају по правилима о одржавању реда на бирачком месту.

Бирачки одбор може са бирачког места удаљити посматрача ако се посматрач не придржава правила о одржавању реда на бирачком месту, ако на бирачком месту користи: пејџер, мобилни телефон и друга средства везе и комуникације, а посебно ако се на било који начин меша у рад бирачког одбора.

Бирачки одбор је дужан да о удаљењу посматрача и разлозима за то удаљење одмах обавести Централну изборну комисију.

Централна изборна комисија може да посматрачу одузме овлашћење и идентификациону картицу, уколико се посматрач не понаша у оквиру својих овлашћења.

Посматрачи рада Централне изборне комисије и Изборних комисија регионалних лекарских комора, дужни су да се крећу унутар овлашћења и правила наведених у претходним ставовима овог члана.

11. СРЕДСТВА ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ИЗБОРА

Члан 152.

Средства за спровођење избора обезбеђују се из буџета Лекарске коморе Србије, доприносима (партиципацијом) регионалних лекарских комора сразмерно броју уписаних чланова у Именик коморе.

Средства за спровођење избора могу да се користе за:

- 1) накнаде за рад органа за спровођење избора;
- 2) накнаде за рад ангажованих посматрача;

3) накнаде за рад запослених у стручним службама Коморе;
4) накнаде за дневнице и путне трошкове председника и чланова Централне изборне комисије и Изборних комисија регионалних лекарских комора, од места пребивалишта до седишта комисија и од седишта комисија до места где је потребно извршити службени посао;

- 5) накнаде за рад ангажованих лица;
- 6) штампање изборног материјала;
- 7) набавку канцеларијског и осталог потрошног материјала;
- 8) прикупљање, статистичку обраду и презентацију података;
- 9) превозничке, ПТТ, угоститељске, медијске и друге услуге.

12. ПОСТУПАК ОПОЗИВА

Члан 153.

Мандат делегата скупштине почиње да тече даном потврђивања мандата на конститутивној седници скупштине.

Конститутивну седницу скупштине сазива председник скупштине из претходног сазива у року од 15 дана од дана објављивања резултата избора од стране Централне изборне комисије.

Конститутивном седницом председава најстарији делегат, који је овлашћен и да сазове конститутивну седницу ако то у законском року не учини председник скупштине из претходног сазива.

На образложену иницијативу најмање једне трећине чланова уписаних у именик коморе из изборне јединице у којој је Члан скупштине изабран, скупштина регионалне Лекарске коморе дужна је да спроведе поступак изјашњавања о поверењу поменутом члану скупштине, у року од 60 дана од дана пријема иницијативе.

Поступак изјашњавања о опозиву спроводи се на истоветан начин као избор делегата чији се опозив тражи, а у изборној јединици у којој је изабран, у складу са овом одлуком.

Члан 154.

Члан Скупштине Лекарске коморе Србије или члан скупштине РЛК је опозван уколико је за његов опозив гласало више од половине чланова Коморе из његове изборне јединице.

Члан 155.

У случају опозива члана Скупштине ЛКС или РЛК, Комора је дужна да спроведе допунске изборе у изборној јединици из које је опозвани члан Скупштине ЛКС или РЛК, у року од 60 дана од дана опозива.

Допунски избори из става 1) спровode се и у случајевима:

- 1) смрти члана Скупштине;
- 2) оставке;
- 3) исписа из Именика Коморе;
- 4) уколико није изабран број делегата који се бира из изборне јединице у Скупштину ЛКС или РЛК одређен Одлуком о изборним јединицама;
- 5) у случају када је против члана Скупштине ЛКС или РЛК изречена правоснажна и извршна пресуда којом је изречена казна затвора.

11. СРЕДСТВА ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ИЗБОРА

Члан 152.

Средства за спровођење избора обезбеђују се из буџета Лекарске коморе Србије, доприносима (партиципацијом) регионалних лекарских комора сразмерно броју уписаних чланова у Именик коморе.

Средства за спровођење избора могу да се користе за:

- 1) накнаде за рад органа за спровођење избора;
- 2) накнаде за рад ангажованих посматрача;
- 3) накнаде за рад запослених у стручним службама Коморе;
- 4) накнаде за дневнице и путне трошкове председника и чланова Централне изборне комисије и Изборних комисија регионалних лекарских комора, од места пребивалишта до седишта комисија и од седишта комисија до места где је потребно извршити службени посао;
- 5) накнаде за рад ангажованих лица;
- 6) штампање изборног материјала;

- 7) набавку канцеларијског и осталог потрошног материјала;
- 8) прикупљање, статистичку обраду и презентацију података;
- 9) превозничке, ПТТ, угоститељске, медијске и друге услуге.

12. ПОСТУПАК ОПОЗИВА

Члан 153.

Мандат делегата скупштине почиње да тече даном потврђивања мандата на конститутивној седници скупштине.

Конститутивну седницу скупштине сазива председник скупштине из претходног сазива у року од 15 дана од дана објављивања резултата избора од стране Централне изборне комисије.

Конститутивном седницом председава најстарији делегат, који је овлашћен и да сазове конститутивну седницу ако то у законском року не учини председник скупштине из претходног сазива.

На образложену иницијативу најмање једне трећине чланова уписаних у именик коморе из изборне јединице у којој је Члан скупштине изабран, скупштина регионалне Лекарске коморе дужна је да спроведе поступак изјашњавања о поверењу поменутом члану скупштине, у року од 60 дана од дана пријема иницијативе.

Поступак изјашњавања о опозиву спроводи се на истоветан начин као избор делегата чији се опозив тражи, а у изборној јединици у којој је изабран, у складу са овом одлуком.

Члан 154.

Члан Скупштине Лекарске коморе Србије или члан скупштине РЛК је опозван уколико је за његов опозив гласало више од половине чланова Коморе из његове изборне јединице.

Члан 155.

У случају опозива члана Скупштине ЛКС или РЛК, Комора је дужна да спроведе допунске изборе у изборној јединици из које је опозвани члан Скупштине ЛКС или РЛК, у року од 60 дана од дана опозива.

Допунски избори из става 1) спровode се и у случајевима:

- 1) смрти члана Скупштине;
- 2) оставке;
- 3) исписа из Именика Коморе;
- 4) уколико није изабран број делегата који се бира из изборне јединице у Скупштину ЛКС или РЛК одређен Одлуком о изборним јединицама;
- 5) у случају када је против члана Скупштине ЛКС или РЛК изречена правоснажна и извршна пресуда којом је изречена казна затвора.

14. ИЗБОР УПРАВНОГ ОДБОРА КОМОРЕ И ИЗВРШНИХ ОДБОРА РЕГИОНАЛНИХ ЛЕКАРСКИХ КОМОРА

Члан 158.

Чланове Управног одбора, искључиво из редова чланова Скупштине Коморе, предлажу регионалне коморе и то по два члана са територија регионалних комора, док посебни одбори Коморе предлажу по једног члана.

Председника, два потпредседника, пет чланова извршног одбора РЛК, искључиво из редова чланова скупштине РЛК предлаже најмање 10 делегата скупштине РЛК, док посебни одбори РЛК предлажу по једног члана.

Члан 159.

Регионалне коморе и посебни одбори Коморе, у писаној форми, достављају предлоге кандидата за чланове Управног одбора Комисији за избор и именовање Скупштине Лекарске коморе Србије, најкасније у року од 15 дана од дана конституисања Скупштине Коморе.

Чланови скупштине РЛК и посебни одбори РЛК у писаној форми достављају предлоге кандидата за чланове извршних одбора РЛК, Комисији за избор и именовање скупштине РЛК, најкасније у року од 15 дана од дана конституисања скупштине РЛК.

Комисија утврђује листу предложених кандидата и доставља је Скупштини ЛКС, односно скупштини РЛК на одлучивање.

Скупштина ЛКС, односно скупштина РЛК гласа о избору чланова Управног одбора, односно чланова извршног одбора најкасније у року од 30 дана од дана конституисања Скупштине.

Даном конституисања Скупштине сматра се дан одржавања конститутивне седнице новог сазива Скупштине Лекарске коморе Србије, односно скупштине регионалне лекарске коморе.

Скупштина о понуђеној листи гласа у целисти.

Чланови Управног одбора Коморе, односно чланови извршног одбора РЛК изабрани су уколико се за листу изјасни више од половине присутних чланова Скупштине Коморе, односно скупштине регионалне лекарске коморе.

Уколико се за понуђену листу кандидата за чланове Управног одбора, односно чланове извршног одбора не изјасни довољан број присутних чланова Скупштине, избори се понављају најкасније у року од 30 дана.

Члан 160.

Чланови Управног одбора, на основу Пословника о раду Управног одбора Лекарске коморе Србије, из својих редова, предлажу Скупштину Коморе кандидата за председника Управног одбора, у року од 15 дана од дана избора чланова Управног одбора.

Чланови извршног одбора на основу Пословника о раду извршног одбора РЛК, из својих редова, предлажу скупштину РЛК кандидата за председника извршног одбора, најкасније у року од 15 дана од дана избора чланова извршног одбора.

Председник Управног одбора, је изабран уколико за њега гласа више од половине присутних делегата Скупштине Коморе.

Председник извршног одбора, је изабран уколико за њега гласа више од једне половине присутних делегата скупштине РЛК.

Уколико кандидат за председника не добије потребну већину, гласање се понавља најкасније у року од 30 дана, на наредној седници Скупштине Коморе, односно скупштине РЛК.

Члан 161.

Председник Управног одбора на седници на којој је и сам изабран, уз образложење, предлаже Скупштини Коморе два потпредседника Управног одбора из редова чланова Управног одбора, по једног из државне и из приватне лекарске праксе.

Председник извршног одбора РЛК на седници на којој је и сам именован, уз образложење предлаже скупштини РЛК два потпредседника извршног одбора, из редова чланова извршног одбора, по једног из државне и из приватне праксе.

О предложеним кандидатима се гласа појединачно, а кандидат за потпредседника је изабран на ту функцију уколико се за то изјасни више од половине присутних чланова Скупштине ЛКС, односно РЛК.

Уколико један или оба кандидата за потпредседнике Управног одбора, односно извршног одбора нису изабрани, гласање се понавља најкасније у року од 30 дана.

Мандат председника, потпредседника и чланова Управног одбора траје четири године.

Мандат председника, потпредседника и чланова извршног одбора траје четири године.

Члан 162.

Иницијатива за опозив Управног одбора у целисти, председника, потпредседника или чланова овог органа доставља се, у писаној форми, Комисији за избор и именовање Скупштине Лекарске коморе Србије.

Иницијатива за опозив извршног одбора у целисти потпредседника или чланова овог органа доставља се у писаној форми, Комисији за избор и именовање скупштине регионалне лекарске коморе.

Иницијативу за опозив председника Управног одбора, уз писано образложење, може поднети најмање једна трећина чланова Скупштине Коморе, једна трећина чланова Управног одбора или једна регионална комора.

Иницијативу за опозив председника извршног одбора одбора, уз писано образложење, може поднети најмање једна трећина чланова скупштине регионалне коморе, или једна трећина чланова извршног одбора.

Иницијативу за опозив потпредседника Управног одбора, уз писано образложење, може покренути председник Управног одбора, најмање једна трећина чланова Управног одбора, једна трећина чланова Скупштине Коморе или једна регионална Комора.

Иницијативу за опозив потпредседника извршног одбора, уз писано образложење, може покренути председник извршног одбора, најмање једна трећина чланова извршног одбора или једна трећина чланова скупштине регионалне коморе.

Опозвани председник или потпредседник Управног одбора, односно извршног одбора нису аутоматски опозвани и са места чланова Управног одбора, односно извршног одбора уколико подносилац иницијативе у свом образложењу то није изричито захтевао.

Иницијативу за опозив члана Управног одбора, уз писано образложење, може поднети најмање једна трећина чланова Скупштине Коморе, једна регионална комора или посебни одбор који га је предложио на то место.

Иницијативу за опозив члана извршног одбора, уз писано образложење, може поднети најмање једна трећина чланова скупштине регионалне коморе или посебан одбор који га је предложио на то место.

Иницијативу за опозив целог Управног одбора, уз писано образложење, може поднети најмање једна трећина чланова Скупштине Коморе или једна регионална комора.

Иницијативу за опозив целог извршног одбора, уз писано образложење, може поднети најмање једна трећина чланова скупштине регионалне коморе.

О иницијативи за опозив Управног одбора или извршног одбора у целисти, односно председника и потпредседника или члана Управног одбора или члана извршног одбора, Скупштина ЛКС, односно скупштина РЛК гласа на првој наредној седници после датума пријема иницијативе.

Управни одбор у целисти или извршни одбор у целисти, председник и потпредседник Управног одбора, односно извршног одбора те чланови Управног одбора, односно извршног одбора опозвани су уколико се за то изјасни више од половине присутних чланова Скупштине Коморе, односно скупштине регионалне коморе.

У случају опозива председника Управног одбора, односно председника извршног одбора до избора новог функцију врши један од потпредседника или члан кога чланови Управног одбора, односно извршног одбора изаберу у складу са Пословником о раду Управног одбора Лекарске коморе Србије, односно у складу са Пословником о раду извршног одбора регионалне лекарске коморе.

Скупштина Коморе ће, најкасније у року од 30 дана од дана опозива Управног одбора, његовог председника, потпредседника или члана, на новој седници, изабрати нови Управни одбор, председника, потпредседника, односно члана Управног одбора.

Скупштина РЛК ће, најкасније у року од 30 дана од дана опозива извршног одбора, његовог председника, потпредседника или члана, на новој седници, изабрати нови извршни одбор, председника, потпредседника, односно члана извршног одбора.

15. ИЗБОР ДИРЕКТОРА, ДВА ПОМОЋНИКА ДИРЕКТОРА И ИЗБОР ПРЕДСЕДНИКА РЛК И ДВА ПОТПРЕДСЕДНИКА РЛК

Члан 163.

Директора Коморе, искључиво из својих редова, бирају чланови Скупштине Коморе.

За директора Коморе може се кандидовати сваки члан Скупштине Коморе који испуњава услове прописане Законом о коморама здравствених радника и Статутом Коморе, ако му подршку да једна регионална комора са више од половине гласова чланова скупштине регионалне коморе или једна трећина чланова Скупштине Коморе.

Кандидатуре се, у писаној форми, са образложењем, достављају Комисији за избор и именовање Скупштине Коморе најкасније у року од тридесет дана од дана одржавања конститутивне седнице Скупштине.

Комисија прави јединствену листу кандидата и доставља је Скупштини Коморе на одлучивање.

Скупштина Коморе гласа о понуђеним кандидатима на седници која се одржава најкасније у року од 45 дана од дана одржавања конститутивне седнице Скупштине Коморе.

За директора Коморе изабран је кандидат који освоји више од половине гласова присутних чланова Скупштине Коморе.

Уколико ниједан кандидат у првом кругу гласања не освоји више од половине гласова, два кандидата са највећим бројем гласова иду у други круг.

За директора Коморе, у другом кругу, изабран је кандидат са већим бројем гласова.

Уколико је на листи кандидата само један кандидат, а он приликом гласања не освоји више од половине гласова присутних чланова Скупштине Коморе, гласање се понавља најкасније у року од 15 дана.

Председника РЛК, искључиво из својих редова, бирају чланови скупштине РЛК.

Процедура за избор председника и два потпредседника регионалне коморе идентична је процедури за избор директора и два помоћника директора Коморе.

За председника РЛК може се кандидовати сваки члан скупштине регионалне коморе, ако му подршку да једна трећина чланова скупштине РЛК.

Кандидатуре се, у писаној форми, са образложењем, достављају Комисији за избор и именовање скупштине РЛК у року од петнаест дана од дана одржавања конститутивне седнице скупштине РЛК.

Комисија прави јединствену листу кандидата и доставља је скупштини РЛК на одлучивање.

Скупштина РЛК гласа о понуђеним кандидатима на седници која се одржава најкасније у року од 30 дана од дана одржавања конститутивне седнице скупштине РЛК.

За председника изабран је кандидат који освоји више од половине гласова присутних чланова скупштине РЛК.

Уколико ниједан кандидат у првом кругу гласања не освоји више од половине гласова, два кандидата са највећим бројем гласова иду у други круг.

За председника РЛК, у другом кругу, изабран је кандидат са већим бројем гласова.

Уколико је на листи кандидата само један кандидат, а он приликом гласања не освоји више од половине гласова присутних чланова скупштине РЛК, гласање се понавља најкасније у року од 15 дана.

Члан 164.

Директор Коморе, на седници на којој је и сам изабран, уз образложење предлаже Скупштини Коморе кандидате за помоћнике директора и то једног из државне и једног из приватне лекарске праксе.

О кандидатима се гласа у пакету, а изабрани су уколико се за то изјасни више од половине присутних чланова Скупштине Коморе.

Уколико предложени кандидати не добију потребну већину гласова, гласање се понавља.

Мандат директора и помоћника директора Коморе траје 4 године.

Процедура за избор два потпредседника РЛК идентична је процедури за избор помоћника директора Коморе.

Предлог за избор потпредседника РЛК скупштини РЛК доставља председник РЛК.

О кандидатима се гласа у пакету, а изабрани су уколико се за то изјасни више од половине присутних чланова скупштине РЛК.

Уколико предложени кандидати не добију потребну већину гласова, гласање се понавља.

Мандат председника РЛК и потпредседника РЛК траје четири године.

Члан 165.

Иницијатива за опозив директора Коморе или помоћника директора Коморе доставља се, у писаној форми, Комисији за избор и именовање Скупштине Лекарске коморе Србије.

Иницијативу за опозив директора Коморе или помоћника директора Коморе може поднети најмање једна трећина чланова Скупштине Коморе или једна регионална комора на основу одлуке донете са више од половине гласова у скупштини регионалне коморе.

О иницијативи за опозив директора или помоћника директора Лекарске коморе Србије, Скупштина Коморе одлучује на првој седници после дана пријема иницијативе.

Директор или помоћник директора Лекарске коморе Србије су опозвани уколико се за то изјасни више од половине присутних чланова Скупштине Коморе.

Избор новог директора Коморе или помоћника директора Коморе има се обавити најкасније у року од 30 дана ода дана опозива претходног.

До избора новог директора функцију директора врши помоћник кога Скупштина Коморе за то овласти.

У случају истовременог опозива директора и оба помоћника функцију директора Коморе, до избора новог, врши председник Скупштине Коморе.

Иницијатива за опозив председника РЛК или два потпредседника РЛК доставља се, у писаној форми, Комисији за избор и именовање скупштине РЛК.

Иницијативу за опозив председника РЛК или потпредседника РЛК може поднети најмање једна трећина чланова скупштине РЛК.

О иницијативи за опозив председника РЛК или потпредседника РЛК, скупштина РЛК одлучује на првој седници после дана пријема иницијативе.

Председник РЛК или потпредседник РЛК су опозвани уколико се за то изјасни више од половине од чланова скупштине РЛК.

Избор новог председника или потпредседника РЛК има се обавити најкасније у року од 30 дана ода дана опозива претходног, на новој седници скупштине РЛК.

До избора новог председника РЛК функцију председника РЛК врши потпредседник кога скупштина РЛК за то овласти.

У случају истовременог опозива председника РЛК и оба потпредседника РЛК функцију председника РЛК, до избора новог, врши председник скупштине РЛК.

Члан 164.

Директор Коморе, на седници на којој је и сам изабран, уз образложење предлаже Скупштини Коморе кандидате за помоћнике директора и то једног из државне и једног из приватне лекарске праксе.

О кандидатима се гласа у пакету, а изабрани су уколико се за то изјасни више од половине присутних чланова Скупштине Коморе.

Уколико предложени кандидати не добију потребну већину гласова, гласање се понавља.

Мандат директора и помоћника директора Коморе траје 4 године.

Процедура за избор два потпредседника РЛК идентична је процедури за избор помоћника директора Коморе.

Предлог за избор потпредседника РЛК скупштини РЛК доставља председник РЛК.

О кандидатима се гласа у пакету, а изабрани су уколико се за то изјасни више од половине присутних чланова скупштине РЛК.

Уколико предложени кандидати не добију потребну већину гласова, гласање се понавља.

Мандат председника РЛК и потпредседника РЛК траје четири године.

Члан 165.

Иницијатива за опозив директора Коморе или помоћника директора Коморе доставља се, у писаној форми, Комисији за избор и именовање Скупштине Лекарске коморе Србије.

Иницијативу за опозив директора Коморе или помоћника директора Коморе може поднети најмање једна трећина чланова Скупштине Коморе или једна регионална комора на основу одлуке донете са више од половине гласова у скупштини регионалне коморе.

О иницијативи за опозив директора или помоћника директора Лекарске коморе Србије, Скупштина Коморе одлучује на првој седници после дана пријема иницијативе.

Директор или помоћник директора Лекарске коморе Србије су опозвани уколико се за то изјасни више од половине присутних чланова Скупштине Коморе.

Избор новог директора Коморе или помоћника директора Коморе има се обавити најкасније у року од 30 дана ода дана опозива претходног.

До избора новог директора функцију директора врши помоћник кога Скупштина Коморе за то овласти.

У случају истовременог опозива директора и оба помоћника функцију директора Коморе, до избора новог, врши председник Скупштине Коморе.

Иницијатива за опозив председника РЛК или два потпредседника РЛК доставља се, у писаној форми, Комисији за избор и именовање скупштине РЛК.

Иницијативу за опозив председника РЛК или потпредседника РЛК може поднети најмање једна трећина чланова скупштине РЛК.

О иницијативи за опозив председника РЛК или потпредседника РЛК, скупштина РЛК одлучује на првој седници после дана пријема иницијативе.

Председник РЛК или потпредседник РЛК су опозвани уколико се за то изјасни више од половине од чланова скупштине РЛК.

Избор новог председника или потпредседника РЛК има се обавити најкасније у року од 30 дана од дана опозива претходног, на новој седници скупштине РЛК.

До избора новог председника РЛК функцију председника РЛК врши потпредседник кога скупштина РЛК за то овласти.

У случају истовременог опозива председника РЛК и оба потпредседника РЛК функцију председника РЛК, до избора новог, врши председник скупштине РЛК.

Члан 167.

Иницијативу за опозив председника, потпредседника, члана или Надзорног одбора Коморе у целини, у писаној форми, Комисији за избор и именовање Скупштине Коморе, може поднети најмање једна петина чланова Скупштине Коморе или једна регионална комора.

Скупштина Коморе се о поднетој иницијативи изјашњава на првој наредној седници од дана пријема иницијативе.

Председник, потпредседник или Члан Надзорног одбора су опозвани уколико се за то изјасни више од половине од присутних чланова Скупштине Коморе.

У случају опозива председника, потпредседника, члана или целог Надзорног одбора Коморе, Скупштина Коморе ће изабрати нове чланове или цело тело, на новој седници, најкасније у року од 30 дана од дана опозива.

Опозваног председника, до избора новог, у складу са Пословником о раду Надзорног одбора Лекарске коморе Србије, замењује потпредседник или један од чланова.

Иницијативу за опозив председника, потпредседника, члана или Надзорног одбора Коморе у целини, у писаној форми, Комисији за избор и именовање Скупштине Коморе, може поднети најмање једна петина чланова Скупштине Коморе или једна регионална комора.

Скупштина Коморе се о поднетој иницијативи изјашњава на првој наредној седници од дана пријема иницијативе.

Председник, потпредседник или Члан Надзорног одбора су опозвани уколико се за то изјасни више од половине од броја присутних чланова Скупштине.

У случају опозива председника, потпредседника, члана или целог Надзорног одбора Коморе, Скупштина Коморе ће изабрати нове чланове или цело тело, на новој седници, најкасније у року од 30 дана од дана опозива.

Опозваног председника, до избора новог, у складу са Пословником о раду Надзорног одбора Лекарске коморе Србије, замењује потпредседник или један од чланова.

Иницијативу за опозив председника, или члана надзорног одбора РЛК у целини, у писаној форми, комисији за избор и именовање скупштине РЛК, може поднети најмање једна петина чланова скупштине РЛК.

Скупштина РЛК се о поднетој иницијативи изјашњава на првој наредној седници од дана пријема иницијативе.

Председник или Члан надзорног одбора РЛК су опозвани уколико се за то изјасни више од половине од броја присутних чланова скупштине РЛК.

У случају опозива председника, члана или целог надзорног одбора РЛК, скупштина РЛК ће изабрати нове чланове или цело тело, на новој седници, најкасније у року од 15 дана од дана опозива.

Опозваног председника, до избора новог, у складу са Пословником о раду надзорног одбора РЛК, замењује један од чланова.

Иницијативу за опозив председника, члана или надзорног одбора РЛК у целини, у писаној форми, комисији за избор и именовање скупштине РЛК, може поднети најмање једна петина чланова скупштине РЛК.

Скупштина РЛК се о поднетој иницијативи изјашњава на првој наредној седници од дана пријема иницијативе.

Председник или Члан надзорног одбора РЛК су опозвани уколико се за то изјасни више од пола од присутног броја чланова скупштине РЛК.

У случају опозива председника, члана или целог надзорног одбора РЛК, скупштина РЛК ће изабрати нове чланове или цело тело, на новој седници, најкасније у року од 15 дана од дана опозива.

Опозваног председника, до избора новог, у складу са Пословником о раду надзорног одбора РЛК, замењује један од чланова надзорног одбора РЛК.

17. ПОСЕБНИ ОДБОРИ КОМОРЕ И ПОСЕБНИ ОДБОРИ РЛК

Члан 168.

Посебни одбори Коморе Србије имају по 10 чланова, који из својих редова бирају председника и потпредседника одбора, уважавајући равноправну заступљеност регионалних комора и државне и приватне праксе.

Посебне одборе регионалних комора чине председник, потпредседник и 10 чланова, уз равноправну заступљеност представника државне и приватне лекарске праксе, осим у одборима за државну и приватну праксу.

Скупштина Лекарске коморе Србије, односно скупштина регионалне лекарске коморе бира чланове посебних одбора најкасније у року од 30 дана од дана конституисања Скупштине Коморе, односно скупштине РЛК.

Кандидате за чланове посебних одбора Коморе, и то по два, предлажу регионалне коморе, на основу одлука скупштине регионалних комора донетих са више од половине гласова чланова скупштине регионалних комора присутних на седницама на коме се одлучивало о кандидатима за чланове посебних одбора.

Кандидате за чланове посебних одбора регионалне коморе може предложити најмање једна петина чланова скупштине регионалне коморе.

Комисија за избор и именовање Скупштине Коморе, односно комисији за избор и именовање скупштине РЛК на основу писаних кандидатура регионалних комора, односно чланова скупштине регионалне коморе, утврђује листе кандидата за чланове посебних одбора, и доставља их Скупштини Коморе, односно регионалне коморе на одлучивање.

Скупштина Коморе, односно скупштина РЛК, гласа о листи кандидата за чланове предложених одбора у целини.

Листа је прихваћена уколико се за њу изјасни више од половине присутних чланова Скупштине Коморе, односно скупштине РЛК.

Уколико понуђена листа не добије потребну већину, Скупштина коморе, односно скупштина РЛК ће, најкасније у року од 30 дана поновити изборе.

Чланови посебних одбора Коморе и чланови посебних одбора РЛК из својих редова бирају председника и потпредседника и предлажу Скупштини Коморе, односно регионалне коморе кандидате за чланове Управног одбора Коморе, односно чланове извршног одбора регионалне коморе из посебних одбора Коморе, односно посебних одбора РЛК.

Поступак избора председника и потпредседника посебних одбора, као и поступак избора представника посебних одбора у Управном одбору, односно извршном одбору ближе се уређују пословницима о раду посебних одбора ЛКС и пословницима о раду посебних одбора РЛК.

Мандат председника, потпредседника и чланова посебних одбора ЛКС и РЛК траје четири године.

Члан 169.

Иницијативу за опозив појединих чланова посебног одбора или одбора у целини Коморе, Комисији за избор и именовање ЛКС, у писаној форми, може предложити најмање једна петина чланова Скупштине Коморе или једна регионална комора.

Иницијативу за опозив појединих чланова посебног одбора или одбора у целини регионалне коморе, Комисији за избор и именовање регионалне коморе, у писаној форми, може предложити најмање једна петина чланова скупштине регионалне коморе.

Скупштина се о поднетој иницијативи изјашњава гласањем, на првој седници после пријема иницијативе.

Члан посебног одбора или одбор у целини, опозвани су уколико се за то изјасни више од половине од присутног броја чланова Скупштине Коморе, односно скупштине регионалне коморе.

Нови члан посебног одбора или посебни одбор у целини бира се најкасније у року од 30 дана од опозива, на седници Скупштине Лекарске коморе Србије, односно скупштини регионалне коморе.

18. ВРХОВНИ СУД ЧАСТИ И ПРВОСТЕПЕНИ СУДОВИ ЧАСТИ

Члан 170.

Врховни суд части чине председник, заменик председника и 15 чланова.

Председника, заменика председника и чланове Врховног суда части бира Скупштина Лекарске коморе Србије најмање 45 дана пре истека њиховог мандата.

Кандидате за председника и заменика председника Врховног суда части може предложити најмање једна петина чланова Скупштине Коморе или једна регионална комора.

Кандидатуре се, у писаној форми, достављају Комисији за избор и именовање Скупштине Коморе, која прави коначну листу предложених кандидата и доставља је Скупштини Коморе на одлучивање.

За председника Врховног суда части изабран је онај кандидат који у првом кругу гласања освоји више од једне половине гласова присутних чланова Скупштине Коморе.

Ако у првом кругу гласања ниједан кандидат не освоји натполовичну већину гласова, два кандидата са највећим бројем гласова иду у други круг гласања.

За председника Врховног суда части изабран је кандидат који у другом кругу освоји већи број гласова присутних чланова Скупштине Коморе.

Поступак избора заменика председника Врховног суда части идентичан је поступку избора председника.

Свака регионална комора доставља Комисији за избор и именовање по два кандидата са своје територије за чланове Врховног суда части.

Комисија прави заједничку листу кандидата и доставља је Скупштини Коморе на одлучивање.

О листи кандидата за чланове Врховног суда части гласа се у целисти.

Чланови Врховног суда части изабрани су ако се за то изјасни више од половине присутних чланова Скупштине Лекарске коморе Србије.

Мандат председника, заменика председника и чланова Врховног суда части траје пет година, почев од дана полагања свечане изјаве.

Члан 171.

Суд части првог степена чине председник, заменик председника и 10 чланова.

Председника, заменика председника и чланове суда части првог степена бира скупштина регионалне лекарске коморе најмање 45 дана пре истека мандата.

Кандидате за председника и заменика председника може предложити најмање једна петина чланова скупштине регионалне лекарске коморе.

Кандидатуре се, у писаној форми, достављају комисији за избор и именовање скупштине РЛК, која прави коначну листу предложених кандидата и доставља је скупштини регионалне лекарске коморе на одлучивање.

За председника суда части првог степена изабран је онај кандидат који у првом кругу гласања освоји више од половине гласова присутних чланова скупштине регионалне лекарске коморе.

Ако у првом кругу гласања ниједан кандидат не освоји више од половине гласова, два кандидата са највећим бројем гласова иду у други круг гласања.

За председника суда части првог степена изабран је кандидат који у другом кругу освоји већи број гласова присутних чланова скупштине регионалне лекарске коморе.

Поступак избора заменика председника суда части првог степена идентичан је поступку избора председника.

Сваки делегат у скупштини регионалне лекарске коморе може да предложи комисији за избор и именовање РЛК по једног кандидата за члана суда части првог степена те РЛК.

Комисија прави заједничку листу кандидата и доставља је скупштини регионалне лекарске коморе на одлучивање.

О листи кандидата за чланове суда части првог степена гласа се у целисти.

Чланови суда части првог степена изабрани су ако се за то изјасни више од половине присутних чланова скупштине Регионалне лекарске коморе.

Мандат председника, заменика председника и чланова суда части првог степена траје пет година, почев од дана полагања свечане изјаве.

Члан 172.

Иницијативу за опозив председника, заменика председника, члана Врховног суда части или Врховног суда части у целини, у писаној форми, Комисији за избор и именовање, може поднети најмање једна петина чланова Скупштине Коморе или једна регионална комора.

Скупштина ће се о поднетој иницијативи изјаснити на првој седници која следи по пријему иницијативе.

Председник, заменик председника, Члан или Врховни суд части у целини опозвани су уколико се за то изјасни више од половине присутних чланова Скупштине Коморе.

У случају опозива, Скупштина ће нове носиоце функција у Врховном суду части или Врховни суд части у целини, изабрати у року од 30 дана од опозива претходних, на новој седници.

У случају опозива председника Врховног суда части, до избора новог, а у складу са Правилима о раду Врховног суда части Лекарске коморе Србије, функцију председника обавља заменик председника или најстарији члан Врховног суда части.

Процедура за опозив председника, заменика председника, члана првостепеног суда части, или првостепеног суда части у целини идентична је процедури за опозив председника, заменика председника, члана Врховног суда части или Врховног суда части у целини.

Иницијативу за опозив може поднети најмање једна петина чланова скупштине регионалне коморе или Врховни суд части.

Иницијатива се подноси Комисији за избор и именовање регионалне коморе, а одлуку о поднетој иницијативи доноси скупштина регионалне коморе, са гласовима више од половине присутних чланова скупштине РЛК.

У случају опозива председника првостепеног суда части, до избора новог, а у складу са правилима о раду првостепеног суда части, функцију председника обавља заменик председника или најстарији члан првостепеног суда части.

Члан 173.

Правила о избору и опозиву у овој глави примењиваће се до доношења посебних Правила која регулише ову материју, а од стране Скупштине Лекарске коморе Србије.

19. ЕТИЧКИ ОДБОР

Члан 174.

Формирање и састав Етичког одбора уређују се посебном Главом Статута: правилима о образовању и раду Етичког одбора Скупштине Лекарске коморе Србије.

20. КОМИСИЈА ЗА ПОСРЕДОВАЊЕ

Члан 175.

Комисију за посредовање чине три члана (председник и два члана) и исту бира Скупштина сваке регионалне лекарске коморе.

Послове из своје надлежности чланови Комисије обављају на основу Правила о раду Комисије за посредовање који доноси Скупштина Лекарске коморе Србије, као део овог статута.

21. ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 176.

Директор, чланови Управног и Надзорног одбора не могу бити лица изабрана, постављена или именована на функцију у држав-

ном органу, органу територијалне аутономије или локалне самоуправе, лица изабрана у органе управљања односно пословања високошколских установа, Српског лекарског друштва, Друштва лекара Војводине, Друштва лекара Косова и Метохије, удружења здравствених установа и других стручних удружења здравствених радника.

Члан 177.

Руководећа функција у органима Коморе није спојива са функцијама у политичким партијама, о чему кандидат за руководећу функцију у органима Коморе прилаже писану изјаву.

Члан 178.

Чланови сазива Скупштине Лекарске коморе Србије који буду изабрани на руководеће функције у Комори имају рок од 90 дана да поднесу оставке на функције наведене у члановима 176. и 177. овог статута и о томе писмено обавесте Скупштину Коморе.

Уколико поменути чланови Скупштине не поступе у складу са ставом 1. овог члана, аутоматски ће бити опозвани са својих функција у Комори због кршења одредби Закона о коморама здравствених радника, Статута Лекарске коморе Србије, односно ових правила.

Члан 179.

Саставни део ових правила чини Одлука о утврђеним изборним јединицама за изборе чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова скупштине и других органа регионалних лекарских комора у њеном саставу.

XV. ПРАВИЛА О РАДУ КОМИСИЈЕ ЗА ПОСРЕДОВАЊЕ

1. Опште одредбе

Члан 180.

Правила о раду Комисије за посредовање утврђује се начин рада, надлежност, састав и овлашћења Комисије за посредовање на огранку Лекарске коморе Србије, као и правила поступка посредовања у спорним односима.

У дисциплинским поступцима, покренутим пред Судовима части ЛКС, по службеној дужности, поступак посредовања (медијације) може се водити ради решавања спорног односа између чланова Коморе, као и између чланова Коморе и пацијента, независно од вођења дисциплинског поступка пред судовима части, у делу који се односи на њихов спорни однос.

Члан 181.

Ради вансудског решавања спорова између чланова Коморе, као и између члана Коморе и пацијента, у вези са обављањем здравствене делатности врши се посредовање од стране Комисије за посредовање и Центра за медијацију, а у складу са одредбама Закона о медијацији.

Стране у спору могу споразумно бирати посреднике - медијаторе са јединствене листе медијатора Центра за медијацију.

Сваки огранак има своју Комисију за посредовање.

Странке у поступку за посредовање могу бити чланови Коморе и корисници здравствених услуга.

Члан 182.

Странке могу своје спорове решавати пред Комисијом за посредовање огранка Коморе и ЛКС, као и пред Центром за медијацију уколико се претходно о томе сагласе и о поднесу споразумни захтев у писаном облику, пре покретања поступка пред судовима части и за време поступка пред судовима части, све до доношења коначне одлуке пред судовима части. Сагласност мора садржати и сагласност око избора посредника.

Чланови Коморе су обавезни да прихвате споразумно решавање насталог спорног односа.

Стране се могу сагласити да у поступку посредовања поред медијатора учествује и комедијатор, као стручњак из одређене области посредовања.

2. Начин рада Комисије за посредовање

Члан 183.

Комисија за посредовање огранка Коморе и Лекарске коморе Србије може посредовати само о питању које пред њу изнесу странке спора.

Споразум који странке потпишу пред Комисијом за посредовање огранка Коморе и Лекарске коморе Србије има према странкама карактер вансудског поравнања, те странке не могу по истом питању покретати поступак пред судом части и редовним судовима, изузев уколико обе или једна од страна која је потписала споразум у поступку посредовања не поштује потписани споразум, у року који је дефинисан споразумом.

Члан 184.

Седишта комисија за посредовање огранка налазе се у седиштима огранака Коморе.

3. Састав Комисија за посредовање

Члан 185.

Комисије за посредовање Коморе састоји се од председника и два члана, с тим да уколико је чине чланови Коморе исти не могу бити чланови органа Коморе, изузев чланова Скупштине Лекарске коморе Србије.

Мандат чланова Комисије за посредовање ЛКС је четири године и може бити поновљен више пута.

Члан 186.

Извршни одбор огранка Коморе и Управни одбор Лекарске коморе Србије може одредити и дипломираног правника са положеним правосудним испитом за пружање правно – техничке помоћи Комисији за посредовање огранка Коморе и Лекарске коморе Србије, односно послове из домена стручне службе Комисије за посредовање огранка Коморе и Лекарске коморе Србије може пренети у надлежност својих стручних служби.

4. Покретање поступка посредовања

Члан 187.

Поступак посредовања покрене се подношењем споразумног или појединачног захтева за покретање поступка посредовања Комисији за посредовање огранка Коморе или Комисији за посредовање Лекарске коморе Србије или Центру за медијацију.

У захтеву се наводе следећи подаци:

- имена странака спора;
- подаци о међусобном спору.

Уколико захтев из става 1. овог члана нису поднеле стране споразумно, стручна служба огранка Коморе ће упутити примљени захтев другој страни у спору уз упозорење да може у року од 8 дана од дана пријема захтева обавестити Комисију за посредовање огранка Коморе да прихвата решавање спора пред њом, и тада се сматра да је поднет споразумни захтев, а уколико у наведеном року страна у спору не одговори на упућен захтев сматра се да је предлог за посредовање одбијен.

5. Спровођење поступка

Члан 188.

Стране у спору могу да се споразумеју о начину спровођења поступка, а ако не Комисија за посредовање ће спровести поступак посредовања на начин који сматра да је одговарајући, имајући у виду околности спорног односа, интересе које стране желе да остваре, уз поштовање начела хитности.

Комисија за посредовање може да води заједничке или одвојене разговоре са странама, као и да уз сагласност једне стране другој пренесе и предочи предлоге и ставове о појединим питањима.

Уколико странке прихвате предлог, саставља се споразум који странке потписују и овакав споразум странака има карактер поравнања у вансудском поступку.

Чланови Комисије за посредовање су дужни да у поступку посредовања поступају неутрално, без икаквих предрасуда у погледу страна у спору и предмета спора, без наметања решења.

Уколико стране у спору по спорном питању не постигну споразум, поступак посредовања се окончава констатовањем да посредовање није успело, закључком.

Уз сагласност страна у спору поступак посредовања у име Комисије за посредовање из члана 181. овог статута може вршити Центар за медијацију при Министарству правде, уз одговарајућу накнаду коју плаћају стране у поступку у једнаким износима.

6. Окончање поступка

Члан 189.

Поступак посредовања се окончава пред Комисијом за посредовање или пред Центром за медијацију, у року од 90 дана од дана подношења захтева.

Поступак посредовања се окончава:

- 1) закључивањем споразума,
- 2) одлуком да се поступак обуставља, јер даљи поступак није оправдан,
- 3) изјавом стране о одустајању од даљег поступка.

Споразум између странака не сме бити противан јавном поретку, добрим обичајима и моралу.

У поступку пред Комисијом за посредовање огранка коморе примењују се углавном начела Закона о посредовању - медијацији, као што су начело добровољности, начело једнакости и равноправности страна, начело поверљивости и начело хитности, уколико овим статутом није другачије одређено.

7. Застарелост покретања поступка пред Комисијом за посредовање

Члан 190.

Покретање поступка посредовања пред Комисијом за посредовање застарева истеком једне године од учињене повреде.

Покретањем поступка посредовања пред Комисијом за посредовање или Центром за медијацију застарелост се прекида пред судовима части.

Одредбе ових Правила примењују се на повреде учињене од дана доношења Закона о коморама здравствених радника.

8. Трошкови поступка посредовања

Члан 191.

Свака страна у поступку сноси своје трошкове пред Комисијом за посредовање, или пред Центром за медијацију, уколико се стране Споразумом другачије не договоре, у складу са трошковником Центра за медијацију.

XVI. ПРАВИЛА О РАДУ СУДОВА ЧАСТИ

1. Опште одредбе

Члан 192.

Правилима о раду Судова части (у даљем тексту: Правила) утврђује се организација, начин рада, надлежност, ток поступка пред Судовима части првог и другог степена Лекарске коморе Србије (у даљем тексту: Комора), мере које се изричу за дисциплинске повреде утврђене Законом о коморама здравствених радника и Статутом Лекарске коморе Србије, као и правни лекови.

Члан 193.

Судови части Лекарске коморе Србије су органи Лекарске комо-

ре Србије који врше своје функције утврђене Законом и Статутом Лекарске коморе Србије, тј. овим правилима.

Судови части су у вршењу своје функције самостални и независни и суде на основу Закона, Статута ЛКС, Кодекса професионалне етике ЛКС и ових правила.

Судови части се образују као:

- 1) Судови части при Регионалним лекарским коморама, као судови части првог степена и
- 2) Врховни суд части на нивоу Лекарске коморе Србије, као суд части другог степена.

Суд части првог степена, има седиште у седишту огранка Коморе, односно у Београду, Новом Саду, Крагујевцу, Нишу и Косовској Митровици.

Врховни суд части, као Суд части другог степена, има седиште у седишту Коморе, односно у Београду.

Члан 194.

Суд части из члана 193. Статута утврђује повреду професионалне дужности и/или угледа члана Коморе, на основу спроведеног поступка за утврђивање дисциплинске одговорности члана Лекарске коморе Србије.

2. Дисциплинска одговорност

Члан 195.

Повреде професионалне дужности и/или угледа члана Коморе постоје ако члан Коморе својим чињењем или нечињењем:

- 1) поступа у супротности са одредбама закона којим се уређује здравствена заштита и закона којим се уређује здравствено осигурање у пружању здравствене заштите пацијентима;
- 2) повреди етички кодекс ЛКС;
- 3) обавља здравствену делатност нестручно, односно у супротности са савременим достигнућима медицинске науке и праксе, или ако начини стручну грешку;
- 4) својим понашањем према пацијентима, другим члановима коморе или трећим лицима повреди углед професије;
- 5) у обављању здравствене делатности злоупотреби средства здравственог осигурања;
- 6) не испуњава обавезе члана коморе утврђене законом, статутом и другим општим актима коморе.

Кривична или прекршајна одговорност, односно одговорност члана коморе из радног односа код послодавца, не искључује дисциплинску одговорност члана коморе по овом статуту те се сви ови поступци могу паралелно водити.

Повреде професионалне дужности или угледа члана Коморе Судови части класификују се као: лаке и тешке повреде и квалификују се сразмерно тежини учињене повреде професионалне дужности или угледа члана Коморе и тежини настале последице у сваком конкретном случају.

Члан 196.

Пред Судом части може да одговара само члан Лекарске коморе Србије, који је уписан у Именик чланова Лекарске коморе Србије, а који се води у евиденцији Регионалне лекарске коморе на чијој територији има пребивалиште.

Члан 197.

У поступку пред Судом части примењују се одредбе Закона о општем управном поступку (у даљем тексту: ЗУП) у погледу усмене расправе, доказивања, достављања записника, искључења јавности као и начела ЗУП-а, као што су начело законитости, начело истине, начело оцено доказа, начело самосталности у решавању, уколико Статутом, тј. овим правилима није другачије одређено.

Члан 198.

Сви учесници у поступку пред Судом части као и чланови Коморе, органи, тела и организациони облици Коморе су дужни да Судовима части достављају акте, списе, податке и обавештења који су потребни у поступку одлучивања пред Судом части.

Чланови Коморе су дужни, по захтеву Суда, да доставе на увид потребна документа за потребе поступка.

За потребе вођења поступка и утврђивања доказа, Судови части су овлашћени да од редовних судова, државних органа, привредних друштава, установа, и свих правних и физичких лица траже, акте, списе, податке и обавештења.

Члан 199.

О свом раду Судови части извештавају Скупштину Коморе и подносе јој годишњи извештај.

Члан 200.

Материјалне и друге услове за рад првостепеног Суда части обезбеђују Регионалне лекарске коморе пред којима се поступак води, а услове за рад Врховног суда части, обезбеђује Лекарска комора Србије.

3. Границе расправе пред Судом части

Члан 201.

Суд части врши расправу на основу приложених доказа, у границама захтева за покретање дисциплинског поступка, пазећи по службеној дужности на надлежност, допуштеност и благовременост.

Члан 202.

Када Суд части утврди да није месно надлежан да води поступак по одредбама ових правила, огласиће се ненадлежним и предмет проследити Суду части месно надлежном за вођење поступка.

Кад Суд части утврди да је предлог за покретање поступка поднет од неовлашћеног лица или да предлог није допуштен, јер није предмет расправе пред Судом части или када је неблаговремено поднет предлог за покретање поступка, или је захтевани документ који има снагу доказа стигао Суду по истеку рока, решењем ће обуставити поступак.

На решење из ст. 1. и 2. овог члана дозвољена је жалба председнику Врховног суда части у року од 8 дана од дана пријема решења пре почетка јавне расправе.

4. Јавност усмене расправе

Члан 203.

Усмена расправа је по правилу јавна.

Председник Суда части може својим образложењем закључком, по службеној дужности, искључити јавност са целе расправе, или само једног дела ако то захтевају разлози морала или јавне безбедности као и ради заштите државне, војне, службене, пословне, професионалне или научне тајне.

Захтев за искључење јавности са целе расправе или једног њеног дела може поднети и подносилац предлога или члан Коморе против кога се поступак пред Судом части води. Захтев се подноси председнику Суда части.

Против решења председника Суда части којим искључује јавност са расправе пред Судом части или захтев за искључење јавности одбија није дозвољена жалба.

У поступку пред Судом части у коме је искључена јавност, учесници у поступку дужни су да чувају као тајну све оно што дознају као учесници у овом поступку пред Судом части.

У поступку пред Судом части увек ће бити искључена јавност због интереса деце и малолетних лица и у том случају јавност ће бити искључена по службеној дужности.

На све што није предвиђено у погледу искључења јавности са јавне расправе Статутом тј. овим правилима, сходно се примењују одредбе чл. 140. и 141. ЗУП-а.

5.

Надлежност и састав Суда части

Члан 204.

У поступку пред Судом части надлежан Суд првог степена је Суд части према месту учлањења члана Коморе, односно према пребивалишту члана Коморе.

Члан 205.

У случајевима када када се не може формирати Веће пред првостепеним судом части за процесуирање у конкретном случају, јер постоје разлози за изузеће судија тога суда части или постоје објективни разлози који онемогућавају том суду части да започне или настави поступак, на захтев председника односно првостепеног суда части или када се поступак не може започети из оправданих, објективних разлога, на предлог Етичког одбора Лекарске коморе Србије, председник Врховног суда части, може овакав предмет проследити другом првостепеном суду части на даљу надлежност или може и сам решењем одредити судију истражитеља из другог првостепеног суда части, односно формирати Веће за вођење поступка у том предмету, а које је састављено од судија првостепених судова части других регионалних лекарских комора.

Члан 206.

Уколико се једна пријава односи на више чланова Коморе који су уписани у Именик Лекарске коморе Србије, али у евиденцијама које се воде код различитих РЛК, председник Врховног Суда части Лекарске коморе Србије решењем може одредити вођење обједињеног поступка пред само једним првостепеним Судом.

Члан 207.

Суд части првог степена суди у трочланом Већу које чине председник Већа и двоје судија, које одређује председник Суда својим решењем.

Суд части првог степена има председника, заменика председника и 10 чланова.

Члан 208.

За потребе првостепеног Суда части формира се стручна служба Суда части, која испитује испуњеност формалних услова предлога за покретање поступка пред првостепеним Судом части и пружа правну, техничку и административну помоћ председнику Суда и судијама - члановима Већа.

Члан 209.

Председник првостепеног Суда части одређује из редова првостепеног Суда части судију који спроводи истражне радње и утврђује постојање основаности сумње за покретање поступка пред првостепеним судом части и који присуствује седницама Већа, како на главној расправи, тако и на нејавним седницама Већа.

Председник Суда части може, када се за то укаже потреба, да присуствује седницама Већа тог Суда, а може и позвати на разговор странке у поступку ради непосреднијег увида у чињенично стање предмета.

Члан 210.

О жалби против одлуке Суда части првог степена решава Врховни суд части Лекарске коморе Србије.

Врховни суд части, као Суд части другог степена чине председник, заменик председника који замењује председника Суда у случају његове спречености и одсутности и 15 чланова, уважавајући равноправну заступљеност регионалних комора и државне и приватне праксе.

Врховни суд части Лекарске коморе Србије суди у Већу од петоро судија Врховног суда части, од којих је један председник Већа и које бира председник Врховног суда части Лекарске коморе Србије.

Члан 211.

Председник Врховног суда части Лекарске коморе Србије из састава судија Врховног суда части решењем одређује судију известиоца који, поред испитивања испуњености формалних услова за вођење поступка, стручно анализира списе предмета и припрема предлог за разматрање и одлучивање пред Већем Врховног суда части.

Члан 212.

Врховни суд части формира стручну службу Врховног суда части која му пружа правну, техничку и административну помоћ.

Члан 213.

Председници, заменици председника, судије Судова части бирају се на 5 година, од момента давања свечане изјаве.

По извршеном избору, председници, заменици председника и чланови - судије дају свечану изјаву пред директором Лекарске коморе Србије и Скупштином Лекарске коморе Србије.

Текст свечане изјаве гласи:

„Изјављујем да ћу се у свом раду придржавати Устава, Закона и аката Лекарске коморе Србије и да ћу поверену функцију вршити савесно и нејириситрасно.“

Члан 214.

Председници, заменици и судије Судова части не могу бити председници, потпредседници и чланови: Управног одбора ЛКС, Етичког одбора ЛКС, Надзорних одбора ЛКС и РЛК, Комисија за посредовање, директор и помоћници директора ЛКС и председници и потпредседници Регионалних лекарских комора.

6. Изузеће судија Судова части

Члан 215.

Председник Суда части, заменик председника или судија Суда части не може вршити дужност, односно судити у Већу пред Судом части:

- 1) ако је оштећен радњом члана Коморе против кога се води поступак;
- 2) ако му је члан Коморе из тачке 1. овог члана, или његов пуномоћник брачни друг или бивши брачни друг или сродник по крви у правој линији до било ког степена, у побочној линији до четвртог степена, а по тазбини до другог степена;
- 3) ако је са чланом Коморе из тачке 1. овог члана или његовим пуномоћником у односу стараоца, стараника, усвојоца, усвојеника, храниоца или хранјеника;
- 4) ако је у истом предмету саслушан као сведок или вештак;
- 5) ако је спровео истражне радње, или је одлучивао у првом степено;
- 6) ако је запослен у истом правном лицу као и члан Коморе против кога се води поступак;
- 7) ако постоје друге околности које изазивају сумњу у његову непристрасност.

Члан 216.

Председник суда части, односно судија чим сазна да постоји разлог за изузеће, или образложени захтев за изузеће поднесе лице које поднело предлог за покретање поступка или члан Коморе против кога се поступак води, уз навођење околности због којих се сматра да постоји неки од основа за изузеће, дужан је да прекине сваки рад на том предмету и да о томе обавести председника Скупштине Коморе односно председника Суда.

Председник Суда части решава о захтеву за изузеће заменика председника Суда части и судија Суда части, а председник Скупштине Лекарске коморе Србије решава о захтеву за изузеће председника Судова части.

Члан 217.

Против одлуке којом се захтев за изузеће усваја или одбија није дозвољена жалба.

Одредбе о изузећу судија примењују се и на вештаке и записничаре.

7. Поступак пред судом части

Покретање поступка

Члан 218.

Судија који је спроводио истражне радње може покренути дисциплински поступак пред Судовима части на предлог пацијента, односно оштећеног лица или по службеној дужности, на предлог Скупштине Коморе, Управног одбора Коморе, Надзорног одбора Коморе, директора Коморе и Етичког одбора Коморе.

Поступак пред Судовима части по службеној дужности ће бити покренут ако се на основу чињеница до којих Комора дође из притужби грађана или из других околности посумња да је лекар - члан

Коморе извршио повреду професионалне дужности или угледа члана Коморе, а сходно одредбама овог статута.

Предлог за покретање поступка пред Судом части странка може поднети Суду части, у писменом облику и такав предлог мора да садржи: назив органа пред којим се води поступак; име и презиме лекара против кога се води поступак; податке о запослењу лекара; време и место извршења повреде; чињенице и околности неопходне да се повреда одреди и квалификује; доказе којима се поткрепљују наводи из пријаве, као и предлоге које доказе треба извести пред Судом части; као и предлог да се лекар прогласи одговорним.

8. Покушај мирног решења спорног односа

Члан 219.

У случајевима када је достављен предлог за покретање поступка пред Судом части, стручна служба Регионалне лекарске коморе или Лекарске коморе Србије или стручне службе при Судовима части упутиће стране у овом поступку на могућност решавања спорног односа пред Комисијом за посредовање или пред Центром за медијацију, а у складу са Правилником о раду Комисије за посредовање Лекарске коморе Србије.

9. Претходни поступак

Члан 220.

Предлог за покретање поступка доставља се председнику Суда части РЛК, а стручна служба Суда части испитује испуњеност формалних услова за вођење поступка пред Судом части и уколико утврди да предлог за покретање поступка не садржи све потребно да би се на основу њега поступало, може тражити од подносиоца предлога да допуни или исправи предлог у року од 8 дана, те да уколико исти не поступи у остављеном року има се сматрати да је од предлога одустао о чему ће председник Суда части РЛК донети решење.

Ако је предлог поднела неовлашћена особа или особа која нема правни интерес за вођење поступка или је предлог недопуштен, јер није предмет расправе пред Судом части или је предлог недовољан, решењем ће председник Суда части РЛК одбацити поднети предлог.

Председник Суда части РЛК, коме је достављен предлог за покретање поступка дужан је у року од 30 дана да донесе решење којим се или констатује да су испуњени формални услови за вођење поступка пред Судом части или решење којим се предлог за вођење поступка пред судом части одбацује, уколико нису испуњени формални услови за вођење поступка.

Против решења за постојање или непостојање формалних услова за покретање поступка није дозвољена жалба и исто се сматра коначним.

Основаност сумње

Члан 221.

Основаност сумње за постојање повреде професионалне дужности и/или угледа члана Коморе и покретање поступка пред Судом части утврђује један од судија Суда части РЛК, који је од стране председника првостепеног Суда части одређен и који је дужан да спроведе истражне радње које произилазе из притужби грађана из поднетог предлога или других околности и чињеница у вези са сваким случајем понаособ, како би утврдио оправданост предлога, односно оправданост покретања дисциплинског поступка пред Судом части, који ће у случају основаности исти формулисати као „захтев за покретање дисциплинског поступка“ и који ће тај захтев заступати на главној расправи.

По добијању предлога, за који је судија који је спровео истражне радње, уз помоћ стручне службе Суда части констатовао испуњење формалних услова за вођење поступка, овај судија одређен да спроведе истражне радње дужан је да оцени да ли постоји основ предлога и да ли су обезбеђени материјални докази.

Судија, који спроводи истражне радње, мора проверити све чињенице, наводе и доказе и у том смислу тражити писмену изјаву од лекара - члана Коморе против кога је поднет предлог за вођење

поступка пред Судом части, од послодавца где је овај члан Коморе запослен, као и других лица за које се претпоставља да имају сазнања у вези са предметом пријаве.

Члану Коморе против кога је поднет предлог за вођење поступка пред Судом части, доставља се примерак предлога за вођење поступка пред Судом части, са позивом да се у року од 8 дана на исти писменим путем изјасни, са упозорењем да ће се поступак спровести и без његове писмене изјаве.

Члан 222.

У року од 30 дана, од дана пријема предлога Судија, који је спровео истражне радње и испитао основаност поднетог предлога, доноси:

1) образложено решење којим констатује да је предлог за покретање поступка пред Судом части оправдан и предлог проследити Суду части, који се има сматрати захтевом или

2) образложено решење да је предлог за покретање поступка пред судом части неоснован.

Против решења из претходног става овог члана донетог од стране судије одређеног за спровођење истражних радњи, а о основаности или неоснованости поднетог предлога, може се поднети жалба председнику Врховног суда части Лекарске коморе Србије у року од 8 дана, од дана пријема решења.

Жалбу могу поднети: подносилац предлога за покретање поступка или лекар – члан Коморе против кога је поднет предлог за покретање поступка.

Председник Врховног суда части Лекарске коморе Србије дужан је да решењем по жалби из претходног става овог члана одлучи у року од 8 дана од дана пријема жалбе и његова одлука је коначна било да жалбу усвоји, одбије или одбаци.

10. Поступак пред Судом части

Члан 223.

Поступак се сматра започетим достављањем председнику Суда части, писменог захтева за покретање поступка пред Судом части од стране судије који је спровео истражне радње и који је утврдио основаност поднетог предлога.

Достављање

Члан 224.

Достављање писмена (одлука суда, позива и др.) члана Коморе против кога се води поступак врши се писменим путем препорученом поштом на адресу пребивалишта или запослења члана Коморе или пуномоћнику члана Коморе против кога се води поступак.

У случају неуспелог достављања, писмено се има сматрати достављеним истеком рока од 8 дана од дана истицања на огласној табли Регионалне лекарске коморе, пред чијим Судом се поступак води.

11. Главна расправа

Члан 225.

Члан Коморе против кога је покренут дисциплински поступак мора бити писмено обавештен о датуму и месту одржавања расправе пред Судом части и назначењем члана закона, Статута, односно Правила о раду судова части и Кодекса професионалне етике и на основу којег се терети за повреду професионалне дужности и/или угледа члана Коморе.

Позив за одржавање расправе пред Судом части мора бити уручен странкама у поступку најмање 8 дана пре одржавања расправе пред Судом части. Позив члану Коморе против кога је поступак покренут мора да садржи и: поуку о његовом праву да у поступку има браниоца, као и да се расправа може одржати и без његове присутности.

Члан 226.

У припреми расправе пред Судом части председник овог Суда части ће по службеној дужности решењем обуставити дисциплински поступак уколико:

1) је подносилац захтева одустао од захтева за покретање дисциплинског поступка, пре него што је расправа почела;

2) ако је поступак вођен без захтева овлашћеног подносиоца захтева;

3) ако је члан Коморе против кога је поднет захтев за исто дело већ коначном одлуком суда части проглашен одговорним, ослобођен од одговорности или је поступак против њега коначно обустављен;

4) ако су странке у поступку постигле споразум у поступку пред Комисијом за посредовање. У овом случају дисциплински поступак се може водити по службеној дужности.

На решење председника Суда части о обустави поступка дозвољена је посебна жалба председнику Врховног Суда части Лекарске коморе Србије, а у року од 8 дана од дана пријема решења о обустави поступка.

Члан 227.

Расправи присуствују лица која су позвана: Судија који је спроводи истражне радње, лице које је поднело пријаву (у својству оштећеног), лекар – члан Коморе против кога се води поступак, бранилац уколико га има, лица која су позвана у својству сведока, вештака и др. као и друга лица која желе да присуствују расправи, уколико у поступку није искључена јавност и у оној мери колико услови суда то дозвољавају.

Председник расправног Већа може изузетно одложити рочиште:

1) када нису приступиле позване странке, а председник Већа оцени да је њихово присуство потребно;

2) ако је потребно извести нове доказе, а стање из списка није довољно разјашњено.

Није дозвољена жалба против одлуке о одлагању расправе.

Расправа се може одржати у одсуству лекара - члана Коморе, тј. лица против кога се поступак води, (под условом да је уредно позвано, а није оправдало свој изостанак), а уколико са расправе одсуствује уредно позван подносилац пријаве, а своје одсуство не оправда, председник Већа ће решењем обуставити поступак.

Против напред наведеног решења дозвољена је посебна жалба председнику Врховног суда части Лекарске коморе Србије, у року од 8 дана од дана пријема.

Члан 228.

Расправом пред судом части руководи председник Већа.

Председник Већа утврђује да ли су дошле све позване особе, да ли су им позиви уредно уручени и одлучује да ли расправа може да се одржи у одсуству неких од уредно позваних лица.

Расправа почиње саопштавањем састава Већа Суда части од стране председника Већа, констатовањем ко је од позваних лица присутан, ко је од одсутних, а позваних лица свој изостанак оправдао и читањем захтева за покретање поступка.

Председник Већа брине о одржавању реда у току расправе.

Уколико неко од присутних лице нарушава ред на седници, председник Већа га може опоменути, што се уноси у записник са главне расправе, а након тога, уколико лице и даље настави са нарушавањем реда, председник Већа га удаљава из просторије у којој се одржава расправа, што ће такође бити унето у овај записник.

Председник Већа у поступку прво узима изјаву од лекара - члана Коморе против кога се поступак води, а након његовог излагања може му постављати питања, а затим је дужан да дозволи осталим члановима Већа, дисциплинском тужиоцу, подносиоцу пријаве и браниоцу лекара – члана Коморе против кога се поступак води (уколико га има) да постављају питања лекару - члану Коморе против кога се води поступак.

Лекар – члан Коморе против кога се поступак води, може да се изјашњава о свим околностима које га терете и износи све чињенице које му иду у корист и предлаже извођење доказа који му служе за одбрану или може да се брани ћутањем, а што не може представљати отежавајућу околност.

Доказни поступак

Члан 229.

Странке у поступку су дужне изнети све чињенице и предложити доказе на којима се заснива њихов захтев, или којима се побијају наводи из захтева.

О предлозима странака за извођење доказа председник Већа одлучује решењем, против кога није дозвољена посебна жалба.

И само Веће Суда части по службеној дужности може одредити извођење доказа које странке нису предложиле.

Члан 230.

Судије Већа Суда части су овлашћене да изврше увиђај уколико сматрају да је за утврђивање или разјашњење чињеничног стања у поступку неопходно непосредно опажање.

Странке у поступку могу присуствовати увиђају. О спроведеном увиђају води се посебан записник.

Члан 231.

Судије судећег Већа Суда части су овлашћене да одреде вештачење када је то неопходно за утврђивање или оцену неке чињенице, прибавити налаз и мишљење од особе која располаже стручним знањем.

Судије судећег Већа Суда части по службеној дужности или на предлог странке могу да одређују извођење доказа вештачењем једног или више вештака.

Вештаци медицинске струке у поступку пред Судовима части су вештаци са листе Надзорника, који обављају стручни надзор, а које бира Скупштина Лекарске коморе Србије, на предлог Регионалних лекарских комора.

У случајевима када је када је налаз и мишљење вештака нејасно или непотпуно и када се налаз и мишљење два или више вештака битно разликују или се појави сумња у тачност њихових мишљења, судеће Веће Суда части може затражити мишљење и вештачење од научне или стручне организације, која располаже стручњацима, а који су експерти у областима у којима се вештачење захтева.

Члан 232.

У спровођењу доказног поступка судеће Веће Суда части може позивати сведоке, за које се претпоставља да могу да дају обавештења на основу свог непосредног или посредног опажања у вези са учињеном повредом лекара - члана Коморе против кога се поступак води и свим другим околностима у вези са доношењем одлуке у поступку пред Судом части.

Вештацима и сведоцима након испитивања од стране председника и чланова Већа, питања могу постављати и подносилац пријаве, Судија који је спроводио истражне радње, лекар - члан Коморе против кога се поступак води и његов бранилац, када им председник Већа да реч.

Председник Већа ће на самој расправи одлучити да ли ће суочити сведоке, вештаке и друга лица, која учествују или су позвана на главну расправу.

На сведоке и вештаке се примењују одредбе из чланова 163 - 182. Закона о општем управном поступку.

Члан 233.

Након спроведеног доказног поступка, председник Већа даје реч учесницима у поступку и то прво Судији који је спровео истражне радње, подносиоцу пријаве, браниоцу и на крају, лекару - члану Коморе против кога се поступак води.

Након спроведеног доказног поступка, председник Већа ће објавити да је расправа завршена.

12. Доношење одлуке и записник

Члан 234.

Када оцени да су разлози за вођење усмене јавне расправе исцрпљени, судеће Веће Суда части ће исту закључити.

Веће ће након тога приступити нејавној седници Већа, где ће целокупне списе предмета и све изведене доказе у предмету поново размотрити и донети одлуку.

Доношење Одлуке судеће Веће Суда части врши већином гласова чланова Већа Суда части.

О доношењу Одлуке из става 2. овог члана води се посебан записник, који се чува одвојено од списка предмета.

Води се посебан Записник о већању и гласању који потписују председник Већа Суда части, записничар и чланови Већа Суда части, као и посебан Записник о усменој расправи и извођењу доказа које потписују председник и чланови Већа Суда части, записничар, странке, као и остали учесници у поступку.

Члан 235.

По извршеном већању и гласању о доношењу Одлуке, судеће Веће Суда части може објавити Одлуку одмах или извршити објављивање Одлуке достављањем писменог отправака странкама у поступку, а у року од 15 дана од дана закључења главне расправе.

13. Садржај одлуке о изреченој дисциплинској мери и врсте мера

Члан 236.

Писмена одлука о изрицању дисциплинске мере садржи кратак увод са позивом на правни основ за доношење Одлуке, изреку и образложење Одлуке и поуку о правном леку.

14. Врсте одлука

Члан 237.

Одлуку којом се захтев за покретање поступка одбија Веће ће изрећи:

- 1) ако је поступак пред Судом части вођен без захтева особе овлашћене за вођење поступка;
- 2) ако подносилац пријаве одустане од пријаве до закључења расправе;
- 3) ако је већ ранијом коначном одлуком Суда части Коморе одлучено о одговорности лекара, а ради се о истом чињеничном стању;
- 4) ако је наступила застарелост покретања или вођења поступка;
- 5) ако је постигнут споразум пред Комисијом за посредовање или пред Центром за медијацију, до момента коначности Одлуке Суда части, а поступак пред Судом части није вођен по службеној дужности.

Члан 238.

Одлуку којом се лекар ослобађа одговорности Веће ће изрећи:

- 1) ако је дело за које се лекар терети не представља повреду професионалне дужности или угледа члана коморе из члана 65. ових правила;
- 2) ако није доказано да је лекар - члан Коморе починио дело за које се терети.

Члан 239.

У одлуци којом се лекар оглашава одговорним Веће ће изрећи:

- 1) за које се дело оглашава одговорним;
- 2) каква се дисциплинска мера изриче;
- 3) одлуку о трошковима поступка;
- 4) поуку о правном леку.

Члан 240.

За повреде професионалне дужности или угледа члана Коморе из члана 195. овог статута, Суд части може изрећи једну од следећих дисциплинских мера:

- 1) јавну опомену;
- 2) новчану казну у висини до 20% од просечне месечне зараде по запосленом у Републици, у месецу који претходи месецу у коме се казна изриче, по подацима републичког органа надлежног за послове статистике;

3) привремену забрану самосталног рада у обављању одређених послова здравствене делатности;

4) привремену забрану самосталног рада у обављању здравствене делатности.

Дисциплинске мере из овог члана тач. 1) и 2) овог статута изричу се за лакше повреде професионалне дужности и угледа члана коморе.

Дисциплинска мера из овог члана тачка 2 овог статута може се изрећи у трајању од једног до шест месеци.

Дисциплинске мере из овог члана тач. 3) и 4) овог статута изричу се за тежу повреду професионалне дужности и угледа члана коморе.

Дисциплинске мере из овог члана тач. 3) и 4) овог статута не могу трајати краће од шест месеци, ни дуже од једне године, а у изузетним случајевима могу трајати до пет година.

Наплата новчаних казни уплаћује се на рачун Регионалне лекарске коморе пред чијим Судом части је поступак вођен и на рачун ЛКС, уколико је поступак вођен пред Врховним судом части Лекарске коморе Србије, а што ће бити регулисано посебним Правилима.

При одређивању дисциплинске мере, судеће Веће Суда части мора узети у обзир тежину и последице учињене повреде, околности под којима је до учињене повреде дошло, степен кривице учиниоца и његово држање након учињене повреде и друге олакшавајуће или отежавајуће чињенице и околности које су имале утицај на доношење дисциплинске мере.

15. Жалба

Члан 241.

Против одлуке судећег Већа Суда части лекар - члан Коморе против кога се води поступак, односно његов бранилац и подносилац предлога, могу поднети жалбу Врховном суду части у року од 15 дана, од дана пријема одлуке, а преко првостепеног Суда части.

Одлука се може побијати у целини или делимично, а може се побијати и само због дела одлуке о изреченој мери, као и због дела Одлуке о трошковима поступка. У делу у ком одлука није побијана жалбом, иста постаје коначна и извршна.

Жалба мора да садржи:

- означавање одлуке против које се изјављује жалба;
- изјаву да ли се одлука побија у целини или у одређеном делу;
- разлоге жалбе;
- потпис подносиоца жалбе.

Члан 242.

Одлука Суда части се може побијати:

- 1) Због битне повреде одредаба поступка дефинисаних овим статутом, односно Правилима о раду суда части;
- 2) Због погрешно или непотпуно утврђеног чињеничног стања;
- 3) Због погрешне примене материјалног права;
- 4) Због Одлуке о изреченој дисциплинској мери.

Члан 243.

Битна повреда поступка постоји:

- ако је суд није био прописно састављен, ако је судија који је морао бити изузет, ако је у доношењу одлуке учествовао судија који није учествовао на главној расправи;
- ако је одлучено о захтеву који не спада у надлежност Суда части;
- ако странци незаконитим поступањем, а нарочито пропуштањем достављања није дата могућност да расправља пред судом;
- ако је у поступку као подносилац захтева учествовало лице које не може бити странка у поступку, ако пуномоћник странке није имао потребно овлашћење за вођење поступка пред Судом части или за поједине радње у поступку, ако се ови недостаци односе на странку која је изјавила жалбу;

– ако је одлучено о захтеву по коме је већ донета коначна одлука или о захтеву по коме већ тече поступак;

– ако Одлука суда части има недостатака због којих се не може испитати, а нарочито ако је изрека Одлуке неразумљива, ако противречи сама себи или разлозима одлуке или ако одлука нема уопште разлога или у њој нису наведени разлози о битним чињеницама или су ти разлози нејасни или противречни или ако о битним чињеницама постоји противречност између онога што се у разлозима одлуке наводи о садржини исправа, записника о исказима датим у поступку и самих тих исправа или записника или изведеним доказима.

Члан 244.

Погрешно или непотпуно утврђено чињенично стање постоји кад је Суд неку битну чињеницу погрешно утврдио, односно кад је није утврдио.

Члан 245.

Погрешна примена материјалног права постоји када Суд није применио одредбу материјалног права коју је требало да примени или кад такву одредбу није правилно применио.

16. Поступак по жалби

Члан 246.

Судију известиоца Врховног суда части Лекарске коморе Србије, за сваки предмет понаособ одређује председник Врховног суда части ЛКС.

Судија известилац који је одређен решењем председника Врховног суда части ЛКС дужан је да испитује испуњеност формалних услова за решавање пред Врховним судом части ЛКС, као и да анализира списе предмета и припрема предмет за разматрање на седници Већа Врховног суда части, које буде расправљало и одлучивало по предметној жалби.

Уколико судија известилац Врховног суда части ЛКС утврди да жалба има формалних недостатака, упутиће је подносиоцу да је допуни или уреди у року од 8 дана, те уколико исти не поступи у остављеном року има се сматрати да је од жалбе одустао, о чему ће председник Врховног суда части Лекарске коморе Србије донети решење.

Врховни суд части одлучује на седници Већа, које чини пет судија Врховног суда части.

Чланове Већа именује председник Врховног суда части својим решењем.

Врховни суд части Лекарске коморе Србије мора одлучити о жалби у року од 60 дана од дана пријема жалбе и комплетних списа предмета од првостепеног Суда части, преко којег је предметна жалба и уложена.

Члан 247.

Врховни суд части може донети следеће одлуке:

- 1) ОДБАЦИТИ жалбу као неблаговремену или као недопуштену;
- 2) ОДБИТИ жалбу као неосновану и ПОТВРДИТИ одлуку Суда части првог степена;
- 3) УВАЖИТИ жалбу, УКИНУТИ првостепену одлуку Суда части и ВРАТИТИ Суду части предмет на поновно расправљање и одлучивање;
- 4) УВАЖИТИ жалбу и ПРЕИНАЧИТИ одлуку Суда части.

Члан 248.

Одлука Врховног суда части Лекарске коморе Србије се у писменом облику доставља лекару – члану Коморе против кога је вођен поступак пред Судом части, или његовом браниоцу уколико га има, као и подносиоцу предлога за покретање поступка и Судији који је спровео истражне радње.

Одлука Врховног суда части Лекарске коморе Србије је коначна и против ње се може водити управни спор, осим када се ради о коначној одлуци којом је изречена мера јавне опомене из члана 240. овог статута.

17. Извршење мера и казни**Члан 249.**

Дисциплинске мере и казне извршавају се кад одлука Суда части постане правоснажна, а најкасније у року од 6 месеци од дана правоснажности.

Јавна опомена објављује се у гласилу Коморе.

Коначна Одлука којом је лекар ослобођен одговорности објављује се на WEB сајту Коморе и штампаним медијима.

Новчану казну лекар је дужан уплатити на рачун Коморе, у року од 30 дана од дана пријема одлуке.

Неплаћање новчане казне представља особито тешку повреду професионалне дужности и/или угледа члана Коморе.

Члан 250.

О изреченим дисциплинским мерама Службе Коморе и Регионалних лекарских комора воде евиденцију.

Примерак одлуке о изреченој мери одлаже се у Именик изречених дисциплинских мера члановима Коморе, а о коначној одлуци о привременом или трајном одузимању лиценце обавештава се Министарство здравља у року од 8 дана од дана коначности Одлуке.

Изречена мера брише се из евиденције по истеку од 3 године од правоснажности одлуке, уколико лекар није починио нову повреду од правоснажности одлуке.

18. Застарелост**Члан 251.**

Покретање дисциплинског поступка застарева истеком једне године од дана учињене повреде професионалне дужности и/или угледа члана Коморе из члана 195. овог статута.

Застарелост извршења мере дефинисане овим правилима наступа по истеку шест месеци од дана правоснажности одлуке о изреченој мери.

Застарелост се прекида покретањем поступка посредовања пред Комисијом за посредовање или Центром за медијацију и сваком радњом која се предузима ради покретања поступка пред Судом части или извршења мере.

После сваког прекида, рок застарелости почиње поново да тече, с тим да застарелост наступа у сваком случају када протекне два пута онолико времена колико је по одредбама овог Статута потребно за застарелост покретања поступка, односно извршења изречене мере, изузев када се ради о случајевима из става 5. и става 6. овог члана.

Ако се због повреде против лекара - члана Коморе води поступак пред Судом части, а истовремено је покренут или се води прекршајни или кривични поступак за исти догађај, Суд части може застати са поступком пред Судом части до окончања предметног кривичног, односно прекршајног поступка.

У случају из претходног става овог члана, застарелост пред Судом части не тече, односно наставља да тече од дана достављања

Суду части правоснажне одлуке у предметном кривичном, односно прекршајном поступку.

19. Општа акта о раду Судова части**Члан 252.**

У року од 30 дана од дана ступања на снагу ових Измена и допуна Статута Лекарске коморе Србије, Врховни суд части Лекарске коморе Србије ће донети Пословник о раду првостепених судова части и Врховног суда части Лекарске коморе Србије.

**XVII. ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ
ОДРЕДБЕ СТАТУТА ЛКС****Члан 253.**

Статут се објављује у гласилу Коморе.

Статут ступа на снагу осмог дана након објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије“, а објављује се након прибављања сагласности на члан 10. овог статута који се односи на јавна овлашћења, од стране Министарства здравља Републике Србије.

Измене и допуне Статута Коморе објављују се на Сајту Коморе.

Измене и допуне Статута Коморе објављују се у „Службеном гласнику Републике Србије“ и ступају на снагу осмог дана од дана објављивања.

Измене и допуне Статута Коморе примењују се на све органе Коморе и органе регионалних комора даном ступања на снагу.

Одредбе из члана 59. Измена и допуна Статута примењиваће се почев од 1. јула 2012. године.

Измене и допуне Статута Коморе односе се на све органе Коморе и органе регионалних комора у погледу састава и у погледу трајања мандата и примењују се од дана истека постојећег мандата.

Измене и допуне Статута Коморе у погледу састава и у погледу трајања мандата односе се на судије првостепених судова части и другостепеног суда части Коморе и примењују се даном ступања на снагу.

У Београду, 28. септембра 2006. године

Чланови Радног председништва:
прим. др Татјана Радосављевић, с. р.
др Милан Симић, с. р.
др Милета Попов, с. р.

У Београду, 25. фебруара 2012. године

Председница Скупштине ЛКС,
проф. др Марина Дељанин Илић, с. р.



