

Број 16 //
Београд //
Марш-април //
2013 //
Година V //

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ

ГЛАСНИК

ISSN 1821-3995

АНКЕТА ЛКС О ЗДРАВЉУ ЛЕКАРА

НАША ТЕМА

УКЉУЧИВАЊЕ ПРИВАТНОГ СЕКТОРА
У ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ:

РЕЗУЛТАТИ СТУДИЈЕ ИЗВОДЉИВОСТИ

ИНТЕРВЈУ

ПРОФ. ДР ДУШАН МИЛИСАВЉЕВИЋ:

ЈОШ ЧЕКАМО ОЗБИЉНУ РЕФОРМУ

REGIONALNA LEKARSKA KOMORA BELGIJA
REGIONAL MEDICAL CHAMBER OF BELGIUM

O KODIRI POSLOVNI EDUKACIJA INFO KONTAKT

STRUČNO USAVRŠAVANJE
KONTINUIRANA EDUKACIJA

- Akreditacija programa
- Zemlje ispitiva
- Programi poddžba od strane LKS
- Podaci o svojim sertifikovima
- On-Line ispitivanja
- Medunarodni programi
- Javni pozivi
- Pravilnik

KALENDAR KME

ČESTA PITANJA

ODLUKE LKS

14 ODLUKE LKS

Odluke o visini naknada za 2012. godinu

Odluke o visini naknada za izdavanje licenca i potvrde
overenja i potvrda, kao i naknade za članstvo za 2012. godinu
izdavanje potvrda i potvrda (130012)

Pogledajte odluke (PDF)

- Odluka o visini naknada za upis u imenik LKS
- Odluka o visini naknada za izdavanje licenca LKS
- Odluka o visini naknada za izdavanje izvoda, overenja, potvrda

REGULATIVA

- LKS
- Statut
- Pravilnik
- Pravilnik
- Odluke

SLUX

ZAVRŠNE

PRILAGODI

UREDBE

NACRTI, RADNE VERZIJE

KELEKTIVNI UGOVOR

DECLARACIJE

2012

Kalendar KME

www.rkg.org.rs/index.php/edukacija/kalendar/kalendar/001304/13/

EDUKACIJA KALENDAR KME

Kalendar

Godišnji kalendar

13. April 2013

Ponedjeljak	Utorak	Sreda	Četvrtak	Petak	Subota	Nedjelja
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	1	2	3	4

LEGENDA

- Kursovi
- On-line ispitivanja
- Kongresi i simpozijumi
- Drugi kategorije

KALENDAR KME

April 2013

KME

Kontinuirana medicinska edukacija

- Akreditacija programa
- Zemlje ispitiva
- Kalendar KME
- Programi poddžba od LKS
- Česta pitanja

Гласник

ЛИСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ



Година V, број 16,
март-април 2013. 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 Грудич
Др Иван Илић
Др Милан Симић
Др Драгана Арсић
Др Слађана Илић
Др Гордана Ђокић
Др Олга Вучићевић Осипов
Др Јелица Крчмарчевић
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 име:

Adamant

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

Насловна сјрана:

Специјална болница за ортопедско-
хируршке болести „Бањица“

Штампа:

Штампарија „Гласник“, Београд

Реч уредника

Драги читаоци,
поштоване колегинице
и колеге,



У

овом броју пронаћи
ћете План рада Лекарске коморе
Србије за 2013. који је директор-
ка са тимом сарадника напра-
вила за ову годину; интервју са
председником Одбора за здравље
и породицу Народне скупштине
Републике Србије који се оштро

залаже за озбиљну реформу система здравства; при-
каз др Драгане Милутиновић, председнице Управ-
ног одбора ЛКС о Студији изводљивости укључива-
ња приватног сектора у систем здравствене заштите
који је Лекарска комора направила у сарадњи са Фа-
култетом организационих наука; утиске са Конфе-
ренције о здрављу лекара одржане у децембру 2012.
и анонимни Анкетни упитник који обавезно попу-
ните и пошаљите на zdravljelekara.lks@gmail.com

Такође је ту и извештај о раду Коморе у 2012, али и
детаљан приказ нашег уваженог професора др Сло-
бодана Ковачевића, председника Врховног суда ча-
сти како су се медицинско право и Комора заједно
развијали;

Лекарска Комора Србије за Гласник,
Краљице Наталије 1,

или на

urednikglasnika.lks@gmail.com

Са поштовањем,
др Бранка Лазић
главни уредник Гласника
Лекарске коморе Србије

ИЗ ОВОГ БРОЈА

ПЛАН РАДА ЛКС ЗА 2013. ГОДИНУ **Стр. 6**

ТЕМА БРОЈА **Стр. 12**

- СТУДИЈА ИЗВОДЉИВОСТИ УКЉУЧИВАЊА ПРИВАТНОГ СЕКТОРА У ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ: СИСТЕМСКЕ ПРОМЕНЕ КАО ИМПЕРАТИВ

ПОВОДИ **Стр. 15**

- ЗДРАВЉЕ ЛЕКАРА У СРЕДИШТУ ПАЖЊЕ
- ПРЕВЕНЦИЈА BURNOUT СИНДРОМА БАЛИНТ МЕТОДОМ
- КОЛИКО СМО СТВАРНО, ЗДРАВИ?
- УПИТНИК ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ О ЗДРАВЉУ ЛЕКАРА

АКТИВНОСТИ ЛКС И РЛК У 2012. **Стр. 31**

- УПРАВНИ ОДБОР:
ДОНЕТО ВИШЕ ОД 150 ОДЛУКА
- НАДЗОРНИ ОДБОР:
ОДРЖАНО ОСАМ РЕДОВНИХ СЕДНИЦА
- ПОСЕБНИ ОДБОРИ: ЛОША КОМУНИКАЦИЈА СА МИНИСТАРСТВОМ И РФЗО
- РЛК БЕОГРАДА: БРОЈНЕ АКТИВНОСТИ ОБЕЛЕЖИЛЕ 2012. ГОДИНУ
- ПО ЗА МЕДИЦИНСКУ ЕТИКУ РЛК БЕОГРАДА: О ПРОФЕСИОНАЛИЗМУ ЛЕКАРА
- ВОЈВОДИНА: БЕЗ БОДОВА НЕМА ЛИЦЕНЦЕ

СУДОВИ ЧАСТИ **Стр. 45**

- ИЗВЕШТАЈ О БРОЈУ ПРЕДМЕТА ПРЕД СУДОВИМА ЧАСТИ У 2012.
- ИЗРЕЧЕНЕ ТРИ ЈАВНЕ ОПОМЕНЕ

МЕДИЦИНСКО ПРАВО **Стр. 57**

- БРОЈНЕ АКТИВНОСТИ У ГОДИНИ ЈУБИЛЕЈА

ПРОПИСИ **Стр. 63**

- НОВИ ПРАВИЛНИК О СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈАМА: ИЗМЕЋУ ОЧЕКИВАЊА И СТВАРНОСТИ
- ИЗМЕНЕ И ДОПУНЕ СИСТЕМСКИХ ЗАКОНА У ЗДРАВСТВУ: ЦЕНТРАЛИЗОВАНЕ НАБАВКЕ И СТЕЗАЊЕ КАИША

РЕФОРМА ЗДРАВСТВА **Стр. 68**

- ИНСТИТУТИ И ЗАВОДИ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ: ОПСТАНАК ПОД ЗНАКОМ ПИТАЊА

ЛИЧНИ УГАО **Стр. 71**

- ПОТРЕБАН НАЦИОНАЛНИ ПРОГРАМ ТРАНСПЛАНТАЦИЈА

ПРЕДСТАВЉАМО **Стр. 73**

- ДОМ ЗДРАВЉА ШАБАЦ:
ПРИЗНАЊА КОЈА ОБАВЕЗУЈУ
- СПЕЦИЈАЛНА БОЛНИЦА ЗЛАТИБОР:
ДВЕ ДЕЦЕНИЈЕ ПОПУЛАРНОГ ПРОГРАМА ЧИГОТА

СКУПОВИ **Стр. 80**

- ОДЈЕЦИ 10. ЕВРОПСКОГ ЕПИЛЕПТОЛОШКОГ КОНГРЕСА
- МЕЋУНАРОДНИ СИМПОЗИЈУМ О ВРТОГЛАВИЦАМА
- БИОМАРКЕРИ АЛЦХАЈМЕРОВЕ БОЛЕСТИ

ДА СЕ НЕ ЗАБОРАВИ **Стр. 82**

- ЗАВЕШТАО СВОЈЕ ТЕЛО НАУЦИ:
ДР СЛАВОЉУБ САВИЋ



8–11

ИНТЕРВЈУ:

Проф. др Душан Милисављевић:

Још чекамо озбиљну реформу



45–56

Пред Судовима части РЛК 616 предмета

У 2012. поднето је 75 нових предмета за покрећање
испуњавања пред Првостепеним судовима



12-14

*Студија изводљивости
укључивања приватног сектора
у здравствени систем:*

**Системске промене
као императив**



15-18

Конференција РЛК Београда:

**Здравље лекара
у средишту
пажње**



60-52

*Институт за ортопедско-хирушке
болести „Бањица“*

**Акредитација
– потврда највише
квалитета**



70-71

**Парадокс борбе
против имунизације**

*Медицинска јавност
мора да се ојача од антивакциналне
кампане и јасно јој се
суопстави*

План рада Лекарске коморе Србије за 2013. годину

Пише: Прим. др сци. мед.
ТАТЈАНА РАДОСАВЉЕВИЋ,
ДИРЕКТОРКА ЛЕКАРСКЕ
КОМОРЕ СРБИЈЕ



ПОВЕРЕНИ ПОСЛОВИ

- вођење именика (централни информациони систем, имплементација информационог система Војводине)
- издавање лиценци и привремених лиценци
- усвајање Измена Кодекса професионалне етике (модеран Кодекс као „живи“ документ)
- рад судова части
- издавање чланских картица

САРАДЊА СА МИНИСТАРСТВОМ ЗДРАВЉА

- студија изводљивости о укључивању приватне праксе у систем здравствене заштите и систем здравственог осигурања (упутити примерак студије Европској комисији)
- праћење примене Уредбе о корективном коефицијенту преко представника ЛКС у Радној групи Министарства здравља
- укључивање представника ЛКС у рад републичких стручних комисија
- учешће на заједничким састанцима министра здравља, председника Здравственог савета, Института за јавно здравље, око питања уписне политике на факултете, полагања стручног испита (сет питања из законодавства и медицинског права)

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

- комуникација са новим директором Фонда
- наставак активности око уговора о изабраном лекару
- активности везане за примену Дијагностички сродне групе

ЗДРАВСТВЕНИ САВЕТ

- стратегија менаџмента лекарских грешака
- учешће у акредитацији програма Континуирана медицинска едукација
- демографска слика Србије
- Скупштински одбор за здравље и породицу

ЗАКОНОДАВНА АКТИВНОСТ

- Израда Стратешког документа о примарној здравственој заштити
- Израда предлога Закона о лекарској делатности (статус службених лица)
- Предлагање Националне стратегије о здрављу лекара
- Предлози за измену закона и важних правилника (већина постоји)
- Промена правилника о лиценцирању и КМЕ

РАД ПОСЕБНИХ ОДБОРА

- иницијативе за измене подзаконских и законских аката
- појединачни случајеви на терену

АКТИВНОСТИ ЛКС

- осигурање од професионалне одговорности (евентуални партнери-комора здравствених установа)
- сарадња са синдикатима и удружењима око значајних питања за лекаре у Србији
- сарадња са осталим коморама здравствених радника, као и инжењерском, адвокатском и ветеринарском комором
- сарадња са Институтом за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“
- сарадња са Управом за биомедицину

КОНТИНУРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА

- наставак бесплатних програма КМЕ за лекаре
- анкета међу лекарима о томе шта им је потребно у даљем току
- место посебних одбора за медицинско образовање региона и ЛКС
- електронска едукација (сајт ЛКС)

КОНФЕРЕНЦИЈЕ

- РЛКЦЗС - Трансплантација, информисани пристанак на меру лечења (посебан осврт на пацијенте са менталним поремећајима и пацијенте у затворима) учешће предавача из WMA
- РЛКБ - Демографски проблеми у Србији, Репродуктивно здравље жена - учешће предавача из Немачке коморе
- РЛКИС - Финансирање секундарне и терцијарне здравствене заштите, Квалитет здравствене заштите - учешће предавача из Америке, директор Join Commission



Комора – кућа свих лекара Србије

ОСТАЛЕ ТЕМЕ

- Терапеутска комуникација II
- Обука Судова части
- Однос са медијима, реаговање у кризним ситуацијама
- Медиколегалне теме
- Конференција о здрављу лекара – резултати прве године испитивања
- Међународна конференција о насиљу над лекарима подржана од WMA, у организацији ЛКС и ИМА

ДАНИ СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ ДИЈАСПОРЕ

- Београд и Ниш (Милански едикт)
- Могуће области: хипербарична медицина
Квантна медицина
Патологија
Психијатрија
ОРЛ
Радиологија

КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА

- Покретање стручног часописа

- Приступање електронској библиотеци

МЕЂУНАРОДНА АКТИВНОСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

- Активно учешће у раду WMA и измени свих декларација, укључујући Хелсиншку и декларацију о насиљу над лекарима
- Активно учешће у раду СРМЕ
- Конференција EFMA у Београду (апликација, решавање у току) у 2014.
- Сарадња са Савезном немачком комором (посета председника Немачке коморе у јуну месецу)
- Сарадња са коморама у окружењу

ОСТАЛЕ АКТИВНОСТИ

- Куповина простора и увођење институција „лекарских домова“, места где ће се лекари окупљати
- Развијање мреже регионалних канцеларија
- Издавање Гласника
- Рад на побољшавању сајта ЛКС
- Обележавање 90 година рада Лекарске коморе Србије
- Аплицирање за пројекте
- Издавачка делатност

ИНТЕРВЈУ – ПРОФ. ДР ДУШАН МИЛИСАВЉЕВИЋ, ПРЕДСЕДНИК
ОДБОРА ЗА ЗДРАВЉЕ И ПОРОДИЦУ СКУПШТИНЕ СРБИЈЕ

ЈОШ ЧЕКАМО ОЗБИЉНУ РЕФОРМУ

// СРПСКО ЗДРАВСТВО НИЈЕ ФУНКЦИОНАЛНО, ЈЕР ПОСТОЈИ ВИШАК ЛЕКАРА С ЈЕДНЕ СТРАНЕ, А МАЊАК РАДИОЛОГА, АНЕСТЕЗИОЛОГА, КАРДИОХИРУРГА – С ДРУГЕ
// ПРИВАТНО ЗДРАВСТВО МОРА ДА БУДЕ УКЉУЧЕНО У СИСТЕМ, АЛИ ЈЕ ПОТРЕБНА И КОМПЕТИЦИЈА ИЗМЕЂУ ОСИГУРАВАЈУЋИХ КУЋА //

Проблеме српског здравства није лако решити у месецима који долазе. Свакако да они изискују промену закона и бројне реформе које српско здравство, нажалост, није имало још од деведесете године. Како је ко од министара долазио најављивао је реформе, али до тих реформи нисмо дошли. Важећи Закони о здравственој заштити и здравственом осигурању, као темељи здравственог система у Србији, застарели су и мора да буду промењени у што скорије време – каже, у разговору за Гласник Лекарске коморе Србије, проф. др Душан Милисављевић, председник Одбора за здравље и породицу у Скупштини Србије.

У децембру су донете измене и допуне Закона о здравственој заштити и Закона о здравственом осигурању, да ли мислите да је то довољно или би требало генерално мењати ова два системска закона?

Измене донете у децембру заправо су покушај да се поправи лош Закон о здравственој заштити, који не одсликава тренутно стање здравља наше нације. Сматрам да то није довољно, већ да треба да направимо потпуно нове законе о здравственој заштити и о здравственом осигурању.

Сматрате ли да приватно здравство може и треба да буде интегрирано у систем здравства Србије?

Недопустиво је да се у Србији приватни сектор „не види“. Огроман новац од грађана Србије одлази у



Проф. др Душан Милисављевић

приватне ординације и клинике, а приватни сектор здравства буквално није препознат од Републичког фонда за здравствено осигурање. Потребно је изједначити приватно здравство са државним, укључити га у систем здравства Србије. То је веома битно у поготово у економској ситуацији у којој се Србија налази. Приватно здравство постоји, од њега не смемо да окрећемо главу, јер постоје добри капацитети у систему приватног здравства Србије. Такође, и војно здравство треба да буде укључено у систем здравства Србије. Наш систем војног здравства прављен је за велику Југославију, која више не постоји, а капацитети војних здравствених

установа су респектабилни, у тим болницама имамо добар здравствени кадар, добру опрему, квалитетан простор, за разлику од клиничких центара и градских болница у Србији, који су буквално затрпани, без довољног броја постеља, пуно пута принуђени да кревете смештају по ходницима или да пацијенте отпуштају и пре времена. Неопходно је та два система, уз промену Закона о здравственој заштити, укључити у систем здравства и за то ћу се залагати као председник скупштинског Одбора за здравље и породицу.

Често се говори о великом броју незајаслених лекара, а истовремено постоји дефицит одређених спе-

цијалности. Може ли се таква айсурдна ситуација превазићи?

У Србији постоји дискрепанца између броја лекара и недостатка нових радних места и уписне политике медицинских факултета. Залажем се да се промени садашњи начин рада Министарства просвете које контролише уписну политику на медицинске факултете и одређује уписне квоте, док, с друге стране, Министарство здравља нема никакве ингеренције. Министарство здравља најбоље зна колико лекара је потребно држави Србији у наредних пет или десет година и може да много боље предвиди колико лекара треба школовати у ком временском периоду, да ли је потребно повећати или смањити уписне квоте на медицинским факултетима. Нелогично је да се уписне квоте на медицинским факултетима из године у годину повећавају, док, примера ради, у Нишу према евиденцији службе за запошљавање има 500, а у Београду око 2.000 лекара који чекају посао.

Као професор Медицинског факултета у Нишу, схватам интерес свих факултета да уписују што већи број студената, али држава Србија нема толико пара да баца на едукацију лекара који у старту немају шансу да након завршеног факултета нађу посао. То је велики проблем, јер све већи број наших младих колега, услед немогућности да се запосле у здравственим установама Србије, последњих година напушта Србију одлазећи да лече грађане Немачке, Аустрије, Америке или неких других западноевропских земаља. Тренутно су „у тренду“ Норвешка и Шведска које имају попустљиву (имиграциону) политику према лекарима и медицинским сестрама.

Објективнија уписна политика треба да прати потребе државе Србије да лекарима којима ће, након завршеног факултета, држава омогућити да што пре заснују радни однос и наставе усавршавање знања из области медицине.

Да ли је тај проблем ирисушан само у највећим градовима, где је и концентрисано највише медицинских устанаова?

Иако постоји жеља многих који заврше медицинске факултете у Нишу, Новом Саду, Београду и Крагујевцу, да остану у тим центрима, и у мањим градовима нема нових радних места. Пуно је примера колега из Београда или Ниша који не питају да ли ће радити у западној

Србији, Војводини или на југу Србије, само траже шансу да заснују радни однос и да својим радом издржавају породицу. Не бих се сложио да постоји вишак радних места по унутрашњости, а да је само циљ да се нађе радно место у већим градовима. Сматрам да је због пропуста Министарства здравља у неким ранијим годинама, у неким срединама долазило до пренатрпаности здравствених установа где су, и када није имало потребе, неки лекари примани.

У Србији није било јавног конкурса за лекаре у протеклих 20 година. Једини јавни конкурс био је прошле године у Београду, а град је заједно са Министарством здравља расписао конкурс за пријем 60 лекара. На тај конкурс јавило око 650 заинтересованих лекара из целе Србије који су полагали квалификациони испит. За пријем се узимао просек са факултета и резултат пријемног испита. Нажалост, сада готово да не постоји начин да неко са просеком 10,0 нађе посао након завршеног факултета, него му је потребна и нека партијска књижица. Навео бих пример неколико младих лекара из Ниша. Један од њих је Петар Станковић у чијем индексу су саме десетке, проглашен најбољим младим лекаром Медицинског факултета у Нишу, који је био први на ранг листи на јавном конкурс у Београду, од више стотина пријављених лекара. Тренутно, он ради на ОРЛ клиници Клиничко-болничког центра Звездара. Др Александар Стојанов, као и још неколико младих лекара са просечном оценом 10, већ две-три године не могу да нађу посао. Недавно сам чуо да су почели да уче немачки језик и да ће напустити нашу земљу. Наша најбоља деца одлазе и то је катастрофа за државу Србију, за грађане Србије.

Евидентан је мањак лекара огређених специјалности.

Постоји мањак специјалиста анестезиолога, радиолога и кардиохирурга. Сви се сећамо прошлогodiшње афере када је јапанска влада поставила питање зашто се не користи тридесет и више мамографа које је јапански народ поклатио српском народу. У Србији, где званично имамо вишак лекара, показало се да имамо мањак лекара радиолога, који би радили на тим апаратима. То је још један показатељ да се у неком ранијем периоду није добро радило и зато управо и тражим детаљну реформу система здравства. Дефинитивно, српско здравство није

функционално, ако с једне стране постоји вишак лекара, а мањак радиолога, анестезиолога, кардиохирурга, с друге. И онда испада да грађане нема ко да лечи, а да на папиру имамо вишак лекара. Ко је за то одговоран ако не Министарство здравља. То је управо показатељ недомаћинског руковођења Министарства здравља у ранијим годинама.

То, сложићеш се, није проблем који може преко ноћи да се реши.

Свестан сам тога. И ја сам пуно пута и у Скупштини рекао да пружам шансу актуелној министарски здравља проф. др Славици Ђукић Дејановић и подржавам је да уђемо у озбиљну реформу у коју се до сада није ушло. Било је неких покушаја, али ми још чекамо једну озбиљну реформу система здравства.

Више људи указивали на јорући проблем предугог листа чекања. Где видиш решење?

У многим болницама постоје листе чекања које бих назвао потенцијалним листама за корупцију. Борим се да листе чекања буду прошлост и да у Србији нико не чека на преглед или операцију дуже од неколико дана.

Да нешто не ваља у систему здравства Србије, говоре и листе чекања за лечење онколошких пацијената. Бројне афере дешавале су се и на новосадској онкологији и неким другим онколошким центрима где пацијенти који болују од малигних обољења чекају, не данима, него недељама, а неки и месецима, да дођу на ред за зрачну терапију. Као професор Медицинског факултета који се бави хирургијом главе и врата, морам да кажем да је, када се нека операција уради, оптимално да тај пацијент буде зрачен после две, максимално три недеље, од завршеног оперативног лечења. То је стандард у Европи и Америци. Нажалост, стандард у Србији је да мора да чека више од два - три месеца. Питам, врло одговорно, Министарство здравља, шта пацијенти могу да очекују када чекају три месеца да се зраче, какав је њихов проценат преживљавања? Рећи ћу вам: веома слаб. Те листе чекања мора да нестану, а оперисани пацијенти мора да буду подвргнути зрачној терапији у року од неколико недеља. Листе чекања постале су „мода“ не само на онкологији, него и на другим клиникама и специјалностима. Ако се зна да у Србији више од 20.000 људи чека на операцију катаракте, то показује да или има-

9 <

мо мањак лекара офталмолога или нешто не штима у набавкама сочива или материјала потребног за саму операцију. Да ли ова држава има слуха да помогне грађанима Србије? Много што-шта не функционише у Министарству здравља и Фонду здравственог осигурања.

Колико год неко казао, па да, али ми смо сиромашна земља, нема пуно пара, не одваја се пуно пара за здравство, па је због тога и квалитет услуга такав, кажем вам да се огромна средства одвајају месечно и годишње за систем здравства Србије и да је веома битно да се крене у реформу зарад пацијената, зарад грађана Србије, али исто и зарад лекара и медицинских сестара које раде. Систем здравства у Србији још увек држи ентузијазам лекара и медицинских сестара, да нема те љубави према овом позиву од њих, стање би било горе. Сведок сам да у многим ситуацијама лекари импровизацијом долазе до циља, раде у немогућим условима, само са циљем да помогну пацијенту. И у најтежим условима они не одбијају да пруже помоћ, чак и када се дође до границе да ли је паметно уопште радити, и због безбедности и лекара и пацијента, ставља се приоритет опет тај пацијент коме је потребна помоћ, операција, неки преглед и науштрб личне безбедности, исцрпљености лекара се иде на то да се грађанима помогне.

Колико год критикујем рад Министарства здравља у неким ранијим мандатима, желим да истакнем приврженост и ангажованост лекара Србије у свом послу. Мислим да су лекари управо стуб који чува и социјални мир. Лекари су струка која са љубављу и хуманошћу обавља свој посао. То је битно.

Као председник скупштинског Одбора за здравље и породицу залажем се да се донесе Закон о правима лекара. У Скупштини Србије написао сам, иницирао и предао Закон о заштити права пацијената, али сматрам да у што скоријем периоду треба да имамо и Закон о правима лекара. У многим случајевима лекари су и угрожени на свом радном месту. Морамо јасно прецизирати права и обавезе лекара према пацијентима, али морамо прецизирати и права лекара у овом систему државе Србије.

Када ћемо гоћи до фазе да новац ипацијентима?

Неопходно је да приватно здравство буде укључено у систем здравства Србије и систем здравственог осигурања. На тај начин би паци-

јент, уколико жели да оде код неког лекара који ради у приватној ординацији, то без проблема могао да уради са својим здравственим осигурањем. Потребна је компетиција између осигуравајућих кућа. Није добро да постоји само један Републички фонд здравственог осигурања. Треба да имамо бар још једну, можда две или три осигуравајуће куће, које би се бориле за свог клијента, пацијента, за грађанина, а онда би свака осигуравајућа кућа бирала са киме ће склопити уговор, са којом приватном ординацијом, са којим клиничким центром, са којим



БИОГРАФИЈА

Душан Милисављевић рођен је 1968. године у Нишу. Дипломирао је 1993. а магистрирао 1997. године на Медицинском факултету у Нишу. Докторску дисертацију одбранио је 2002. године у Цириху.

Од 1999. године ради као специјалиста на Одељењу за хирургију главе и врата ОРЛ клинике Клиничког центра Ниш. 2004. године изабран је за начелника хирушког одељења ОРЛ клинике. Од 2000. године ради као асистент на предмету ОРЛ на Медицинском факултету у Нишу, где је 2007. године изабран за доцента, а 2012. и за ванредног професора.

Члан је Америчке академије ОРЛ лекара, као и Немачког удружења ОРЛ лекара.

Народни посланик постао је 2008. а био је члан посланичких група пријатељства са Аустријом и Немачком. Находи се на месту председника Одбора за здравље и породицу.

Од јануара 2013. године члан је неформалне зелене посланичке групе у Скупштини Србије.

професором, примаријусом... Битно је да се уведе метод такмичења.

Пошто је до сада реформа „забишла“ Фонд здравственог осигурања, можемо ли очекивати велике оштрице увођењу још неке осигуравајуће куће?

Сигурно. Свако ко је монополиста жели да буде монополиста заувек и гледа да користи тај свој статус. Није добро ни у једном сегменту привреде и друштва да неко буде монополиста. Ја се борим против тога. Мислим да су то и правила игре Европске уније. Залажем се да се много транспарентније троше паре буџетских обвезника, грађана Србије, да тачно знамо колико пара дајемо у РФЗО, шта ми добијамо заузврат од тих пара. Јер, понављам, дајемо солидна средства, а сем те квалитетне услуге лекара, недостаје квалитетна дијагностичка опрема, недостају достојанствени услови за лечење пацијената – имамо препуне чекаонице, препуне болесничке собе, некавалитетне кревете, некавалитетну храну у болницама. С обзиром на то да сам више година провео у иностранству, видео сам како систем функционише и у америчким, швајцарским и немачким клиникама, како се опходе према пацијентима, какви су услови за лечење, постоперативни или период рехабилитације.

Већина људи би рекла: „да, али ми немамо шлолика издвајања за здравство као Швајцарска или Немачка“. Моју ли, онда, да нам високоразвијене земље буду узор?

Имамо огромна издвајања, али њих нико не контролише и та средства не троше се наменски. Да ли је нормално да у некој болници купујете скупе апарате, а да та болница нема квалитетан кадар да користи те апарате? Да ли је нормално да неке мање болнице по Србији купују магнетне резонанце, а да не умеју да их користе? Да ли је нормално да клинички центри буду затрпани тако да су практично пријемне амбуланте домова здравља? Морамо да знамо ко шта ради. Клинички центри су установе терцијарног нивоа. Домови здравља су изгубили своју улогу, а њихови доктори све више су само „скретничари“ који пишу упуте и рецепте.

Они, заправо, треба да решавају највећи проценат здравствених проблема ипацијентима?

У примарној заштити мора да се решава 80 одсто свих здравстве-

них потреба пацијената, у градским болницама од 40 до 50 одсто мањих оперативних захвата попут операције крајника, слепог црева, девијације носа, а да се високоскофистициране операције као што су трансплантација јетре и бубрега, трансплантација срца, тумор хирургија - обављају у клиничким центрима. Најбољи универзитетски и професорски кадар треба да се запошљава у универзитетским клиникама, клиничким центрима и да ради те сложене процедуре, а не да лечи кијавицу и пише рецепте. Наш систем здравства је у хаосу зато што се не зна ко шта ради. Не зна се ко шта купује. Ако имате „везу“ купујете скупе апарате, трошите паре грађана Србије, а потом те апарате недовољно користите. Тако имамо апсурдну ситуацију да Клиничком центру у Нишу недостају апарати за анестезију, док у градовима у окружењу има по три-четири таква апарата, од којих се користи само један, док три стоје нераспакована. Уместо тога, треба да домаћински руководимо средствима која се троше.

Да ли ће то променићи увођење централизованих јавних набавки за здравство које се ускоро очекује?

Централне јавне набавке изгласане су у Народној скупштини у децембру. Након изгласавања настао је један вакуум период, у коме су се многи директори здравствених установа, мада им је дато право да у међувремену раде тендере, устручавали да то чине, чекајући ту централизацију. Ја сам скептик и не знам како ће то да функционише. Сумњам да ће моћи да се са једног места коректно покрију потребе свих здравствених установа у Србији у датом тренутку. Ипак, време ће показати да ли је увођење централних јавних набавки било оправдано или не.

Од новембра је кренула калитација у примарној заштити. Да ли мислите да ли је то прави начин да се људи ситишу мушкима да раде више и боље и да ли је, уопште, то могуће у условима какви су им намењени?

Што се тиче капитације, мислим да је требало мало више времена једног припремног периода дати и лекарима, детаљније израчунати и проценити могућности и самих лекара и здравствених установа. Овако се своди да рангирамо лекаре у примарној здравственој заштити по томе колико су пацијената имали.

Број пацијената сам по себи не може дати квалитетну здравствену услугу. Постоје стандарди у Европској унији колико лекар треба да посвети времена пацијенту у току прегледа, а уколико уђе у такмичење и лекару наметне да сваког дана достигне 20, 30 или 40 прегледа, он неће имати довољно времена за сваког пацијента понаособ, а грађанин неће добити квалитетну здравствену услугу. Изабраном лекару треба дати довољно времена за разговор и преглед пацијента без журбе. Награђивање лекара је добро, али се у овај процес ушло пребрзо. Иначе, мислим да најбољи лекари и људи који највише раде треба да буду награђени. Не слажем се да сви вредимо исто, нити да сви треба да примамо исту плату. У свету постоји јасна градијација међу примањима специјалности, а то су први Американци увели. Треба то урадити и са српским лекарима, али мислим да ће проћи још пуно времена док ми достигнемо тај ниво награђивања.

Плаћање по принципу дијагно-стички сродних група (ДГР) у секундарној и терцијарној заштити примењиваће се, како је најављено, од 1. јануара 2014. године. Какве ефекте очекујете?

Позвао бих на једну ширу кампању међу здравственим радницима, као и да се правила игре утврде на један објективнији начин него што то неко у некој канцеларији пише, можда препишује неке правилнике, да се стварно утврде могућности и лекара и здравствених установа како би се ушло у све то. Навешћу пример из своје клинике: иако имамо три операционе сале, последњих шест месеци само једна сала функционише због недостатка новца да нам Клинички центар Ниш и Министарство здравља купи нове апарате за анестезију. Не може се очекивати да неко постигне одређени број операција само са једном операционом салом. Најпре треба обезбедити услове, да би се тражило нешто од тих лекара. Тако да сам ја овог пута на страни и пацијента и лекара, а не да се прави пресинг на лекаре шта мора да уради у оквиру „просека“ и „броја“.

Да ли ће се Одбор на чијем савезу индустријалне бавиће борбом против корупције у здравству?

Борба против корупције не сме да се своди на медијско најављивање хапшења и да то буде забава за народ, као борбе у арени у време Ри-

мљана. Корупција у оквиру здравства оцењена је великом оценом. То значи да грађани сматрају да је она присутна, да је пуно људи било у контакту са лекарима који су им тражили новац, што није достојанствено од стране лекара. Иако је та ситна корупција, где се двестотри евра тражи од пацијената, свакако за осуду и за санкционисање, много је већа и опаснија системска корупција у врху здравства, при Министарству здравља и при великим фармацеутским кућама. Мора се увести много више реда, односно транспарентнијег рада и Министарства здравља и клиничких центара и здравствених установа по Србији, како би и новинари и грађани могли да јасно виде где се троши новац. Дакле, борба против корупције да, али системска, институционална, и борба у оквиру система здравства, а не да то буде борба појединца. Моја жеља је, а управо зато сам и ушао у политику, да неке ствари које су ми сметале у систему здравства, које сметају мојим комшијама, мојим пријатељима, покушам да изменим или да, ако у томе не успем, бар укажем на проблеме. Свој мандат председника скупштинског одбора и обављам тако што указујем и на корупцију и на друге проблеме у здравству са једним једним циљем: да направимо бољи здравствени систем у Србији који ће користити и грађанима, али и лекарима и медицинским сестрама.

Каква је сарадња Одбора са другим институцијама и организацијама које се баве здравствима - Лекарском комором, Здравственим савезом, Српским лекарским друштвом...?

Увео сам праксу да на сваку седницу позивам председника Здравственог савета Србије, проф. др Драгана Делића, а увек су као гости позвани и представници Лекарске коморе Србије, Српског лекарског друштва, осталих комора, невладиних организација, удружења пацијената, грађана Србије, да сходно теми буду присутни и чују у ком смеру представници Министарства здравља износе планове о неким даљим корацима, чују мишљење посланика, имају право да се укључе у рад Одбора. Мислим да је то најобјективнији и најтранспарентнији начин да из једне добре дискусије, једног квалитетног састанка, изађемо са добрим закључком и уверен сам да је то кључ доброг рада и успеха.

Јасмина Томашевић

ТЕМА БРОЈА – СТУДИЈА ИЗВОДЉИВОСТИ УКЉУЧИВАЊА ПРИВАТНОГ СЕКТОРА У СИСТЕМ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ И ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

СИСТЕМСКЕ ПРОМЕНЕ КАО ИМПЕРАТИВ

// ЛКС ЈЕ СТУДИЈОМ ПОКАЗАЛА ДА ПОСТОЈИ ОДРЖИВО РЕШЕЊЕ ЗА УКЉУЧИВАЊЕ ПРИВАТНОГ СЕКТОРА У ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ СРБИЈЕ И ДА БИ ТО УВЕЛИКО ПОБОЉШАЛО ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ СТАНОВНИШТВА //

Пише: ДР ДРАГАНА
Милутиновић,
ПРЕДСЕДНИК УПРАВНОГ
ОДБОРА ЛКС



Србија је једина земља у окружењу којој приватна здравствена пракса постоји потпуно аутохтоно и самостално, као посебан систем здравствене заштите. Пре 24 године Законом о здравственој заштити, дозвољено је отварање лекарских ординација у приватном власништву. Од тада, приватни сектор се развијао, растао, проширивао палету својих услуга и данас у Србији по евиденцији Лекарске коморе Србије постоји 1.513 приватних субјеката и то највише, преко једне трећине у Београду. Од тога је 65 болница (52 специјалне и 13 општих болница), 14 домова здравља, 123 поликлинике, док су остало различите специјалистичке ординације и око 70 ординација опште праксе, 11 завода (лабораторијских и радиолошких). Постоји и један Клиничко-болнички центар у приватној својини који, на жалост, не ради.

У приватном сектору за стално је запослено 2.792 лекара различитих специјалности, док око 850 лекара ради по уговору о делу. Том броју треба додати и око 5.000 медицинских техничара.

Према подацима Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“ и Министарства здравља, између 30 и 40 одсто услуга грађани обаве у приватној пракси.

Узимајући у обзир све те податке и нерешавање проблема од стране

здравственог естаблишмента Лекарска комора Србије је, у сарадњи са Српским менаџмент центром, израдила Студију изводљивости укључивања приватног сектора у систем здравствене заштите и здравственог осигурања Србије.

Циљ студије је анализа изводљивости функционалног обједињава-

ња приватног и државног сектора здравствене заштите у систем Републичког фонда за здравствено осигурање у циљу доприноса очувања и унапређења здравља становништва и креирању ефикасног, одрживог и квалитетног система здравствене заштите.

Здравље народа је од општег друштвеног интереса и најзначајнији ресурс за развој сваке државе. Заједничко деловање државног и приватног сектора на очувању и унапређењу здравља становништва, као и јачању здравствених потенцијала нације путем функционалног обједињења државног и приватног сектора би створило тржиште на коме би пружаоци услуга здравствене заштите борили за ограничене ресурсе. Увођење тржишта као механизма за селекцију најквалитетнијих и најефикаснијих, допринело би одрживости, повећању ефикасности и унапређењу квалитета здравствене заштите.

У систему здравствене заштите Србије приватни сектор је до сада имао маргиналан улогу, готово да је његово постојање било игнорисано у смислу укључивања у постављање циљева здравствене политике Србије.

Студија обухвата бројне анализе и приказе у циљу сагледавања стања и фактора који утичу на да то здравствено стање нације, као и анализе које приказују по одређеним показатељима стање одабраних земаља Европског региона. Два кључна индикатора здравственог стања становништва су социо-економско стање нације и стање здравственог система Србије.

Социо-економска анализа обухвата: – укупан број становника Србије је 7.120.666 (попис становништва 2011.) и мањи је у односу на 2002. за 370.000 становника – податке о територијалном уређењу Републике Србије – подела на 5 региона (Регион Војводине, Београдски регион, Регион Шумадије и Западне Србије, Регион Јужне и Источне Србије, Регион Косово и Метохија), 29 округа; – надлежности које локалне самоуправе имају у области здравствене заштите – општине су оснивачи установа у области примарне здравствене заштите, надлежност локалних самоуправа је праћење здравственог стања становништва, промоција јавног здравља – демографске податке о Србији – од почетка 21. века у Србији се смањује број становника, 2010. је осамнаеста година за редом у којој је био негативан природни прираштај – Србија са мање од 10 живорођења на 1.000 становника спада у групу европских земаља са најнижом стопом natalитета, у периоду од 2002–2009. стопа живорођења је спала са 10,4 на 9,6; а у 2011. износила је 9,0. Природни прираштај је у 2011. негативан -5,2, стопа смртности порасла са 13,7 на 14,2, просечна старост становништва порасла на 41,2 године у 2009.

Старосна структура – данас готово изједначен број становника млађих од 15 година и старијих од 65 година. – Податке о економској ситуацији у Републици Србији: година 2009. је на економском плану представљала најтежу годину за Републику Србију од 2000. Дошло је до преливања ефеката глобалне економске и финансијске кризе који су се негативно одразили на српску привреду. У периоду од 2006–2009. године просечни раст бруто домаћег производа (БДП) био је 3,5 одсто, 2009. се бележи пад од 3,5 одсто. – висока стопа незапослености, поготову младих од 25–34 године (29,6 одсто)

Просечна плата у Србији у периоду јануар–јул 2010. Била је 330,3 евра, а просечна пензија 197 евра. – У 2010. години просечна месечна расположива средства по домаћинству у Србији су износила 47.376 динара, а издаци за личну потрошњу износе 42.488, од чега је највећи део издатака био за храну и безалкохолна пића 41,3 одсто, затим за становање, струју, воду, гас и друга горива 16 одсто, одећу и обућу 4,8 одсто. У периоду од 2006–2010. постоји тенденција повећања издвајања новца за храну и безалкохолна пића која говоре у прилог чињеници да су добра од егзистенцијалног значаја за становништво у сталном покупљењу.

Економска криза највише је погодила домаћинства са шест и више чланова тако да је проценат сиромашних порастао са 15,5 одсто у 2008. на 29,3 одсто у 2009. години.

У студији је урађена веома опсежна и детаљна анализа здравственог система Србије: 2003. године је представљен документ „Боље здравље за све у трећем миленијуму“ који обједињује здравствену политику, визију система здравствене заштите у Републици Србији и стратегију и акциони план реформе система здравствене заштите.

Реформа система здравствене заштите у Србији, као континуирани процес, подразумева између остали следеће циљеве:

1. Очување и унапређење здравственог стања становништва
2. Правичан и једнак приступ здравственој заштити свим грађанима
3. Постављање пацијента у центар система здравствене заштите
4. Одрживост здравственог система
5. Дефинисање улоге приватног сектора у пружању здравствених услуга становништву

На дан 31. децембра 2009. у систему здравствене заштите Републи-

ке Србије (здравствене установе у Плану мреже) било је запослено 114.175 радника – здравствених радника и сарадника са високом стручном спремом је било 26.746, а административног и техничког особља 28.839.

У Србији је просечна обезбеђеност лекарима била 284 лекара на 100.000 становника, док је у земљама ЕУ износила 324 (2008.).

Укупан број здравствених установа према Уредби о плану мреже у 2009. године је 345, од тога 36 апотека, 157 домова здравља, 22 завода, 40 општих болница, 37 специјалних, четири клиничко-болничка центра, четири клиничка центра, шест клиника, 16 института, 23 института/завода за јавно здравље.

Подсећам да се ниједна приватна здравствена установа не налази у Плану мреже.

Стационарну (болничку) здравствену заштиту је пружало 128 здравствених установа у којима је било 41.000 постеља, односно 5,6 постеља на 1.000 становника. Укупан број болесника је износио 1.268.399,

Држава издваја за здравство око 10,5 одсто бруто домаћег производа (БДП), а по глави становника 270 евра, и још 196 евра грађани издвајају из личног џепа (подаци за 2012. годину).

Највише новца издваја се за куративну здравствену заштиту 5,06 одсто БДП-а и 2,77 одсто БДП-а за лекове. Године 2009. у Србији је свега 10,73 одсто жена било обухваћено систематским гинеколошким прегледом, 15,11 одсто циљаним прегледом на рано откривање рака грлића материце, а 13,75 одсто жена циљаним прегледом на рано откривање рака дојке.

У Србији постоји тренд пораста смртности – 2008. године био је 13,97 одсто; 2010. год. 14,2 одсто. Највећа смртност је од кардиоваскуларних болести – 55 одсто, 20 одсто од неоплазма. Такође постоји пораст карцинома – стопа карцинома дојке је 29,78 на 100.000 становника, карцинома грлића материце 10,34 и карцинома бронха 50,54. **У Европи у последњој деценији постоји тренд смањења поменутих карцинома.**

СТОПА СМРТНОСТИ ОД КАРЦИНОМА НА 100.000 СТАНОВНИКА У 2008. ГОДИНЕ

Стандардна стопа смртности на 100.000	СРБИЈА	ЕВРОПА
Рак грлића материце	10,34 (расте)	3,39 (опада)
Рак дојке	29,78 (расте)	23,65 (опада)
Рак трахеје/плућа/бронха	50,54 (расте)	37,64 (опада)

просечна дужина лечења је износила 8,8 дана, а просечна заузетост постеља 74,5 одсто (подаци за 2009. годину).

Смањење просечне дужине лечења иде у прилог повећању ефикасности рада болница. Постоје велике разлике међу болницама у дужини лечења и заузетости постеља за иста обољења и стања, што указује на разлике у ефикасности и продуктивности у раду, као и на неодговарајућу дистрибуцију постеља у односу на актуелне потребе. Досадашњи начин плаћања није остављао могућност да се награде они који показују боље резултате у погледу ефикасности и продуктивности.

Финансирање здравствене заштите у Србији засновано је на Бизмарковом моделу, а најважнији извор финансирања су обавезни доприноси (12,3 одсто) кроз систем здравственог осигурања. Републички фонд за здравствено осигурање је централна установа која је одговорна за финансијско функционисање здравственог система.

Око 46 одсто укупних расхода Републичког фонда одлази на зараде запослених.

Можда најважнији део студије је *cost-benefit* анализа у којој су идентификоване најважније користи које би друштво имало од укључивања приватног сектора у систем здравствене заштите и систем здравственог осигурања. Идентификоване користи су далеко надмашиле трошкове друштва.

Прихватањем студије изводљивости као основе за даље истраживање и доношење коначне одлуке о дефинисању и имплементацији пројекта функционалног обједињавања имало је значајне ефекте:

1. Боље здравствено стање нације – највећи здравствени проблем су хроничне незаразне болести и директан ефекат пројекта би било смањење оптерећености овим болестима и факторима ризика пре свега превентивном, али и куративном негом;
2. Већи квалитет услуга – у систему где новац прати пацијента, паци-

13 <

јенти имају могућност слободног избора лекара, такав систем приморава да се даваоци услуга боре за пацијенте пружањем квалитетнијих услуга;

3. Већа респонзивност здравственог система – систем где новац прати пацијента „тера“ здравствени систем да се прилагођава потребама тржишта;
4. Смањење листа чекања – пружањем могућности пацијентима да своја права из обавезног здравственог осигурања остваре без обзира на сектор, смањиће се листе чекања;
5. Смањење корупције – услед смањења листа чекања, могућности већег избора пружаоца здравствених услуга, као и могућности коришћења права обавезног здравственог осигурања и у приватној пракси претпоставља се да би дошло да смањења корупције;
6. Развој приватног сектора

Упоредна анализа здравственог система Србије и здравствених система Европских земаља је потврдила да Србија има мање здравствених ресурса у односу на одабране земље, али и низак степен ефикасности и ефективности здравственог система.

У студији је идентификован главни проблем приказаног стања здравствене заштите, а то је недовољно

развијен здравствени систем Србије. Узроци оваквог стања су: низак БДП по глави становника, велики проценат грађана који живи испод границе сиромаштва, висока стопа незапослености и релативно лоша образовна структура становништва. Ипак су, можда, најважнији узроци у неадекватном управљању унутар система здравствене заштите, неусклађеност здравственог система и старосне структуре становништва и неукљученост приватног сектора у здравствени систем. Разлози за неукључивање су бројни: између осталог, то су неадекватан законски оквир, општи став јавности, отпор или инерција Министарства здравља, Републичког фонда за здравствено осигурање и самог приватног сектора.

Последице недовољне развијености система здравствене заштите су монополистички положај државних здравствених институција, повећана корупција, јачање сиве економије, листе чекања. Дошло се до закључка да монополистички положај државних здравствених установа као последицу има лош квалитет услуга, лошу организованост здравствених установа, смањење унапређења знања и вештина, што све као крајњи резултат има повећање смртности, веће трошкове рада, повећање потребе за здравственим установама, смањење продуктивности.

У студији су идентификоване и разматране четири опције за решење проблема:

1. да стање остане непромењено – тј. да се приватни сектор не укључи у здравствени систем – то би довело до неодрживости здравственог система и немогућности да одговори на здравствене проблеме становништва;
2. функционално обједињавање сектора здравства путем равноправног укључивања приватних пружаоца здравствене заштите у систем осигурања. Прецизније, предложено је увођење промена у набавку услуга од стране Републичког фонда, где би се набавка вршила према стварним потребама становништва и то путем уговора који подржавају управљање перформансама и нови систем плаћања;
3. увођење два или више фондова здравственог осигурања који уводе пакете здравственог осигурања – представљало би социјални експеримент и не би довело до решења проблема;
4. формирање мреже приватника које би као корпоративно тело управљало групом приватника и вршило уговарање здравствених услуга – није могуће у овом тренутку, али би било могуће у каснијим фазама развоја система здравствене заштите.

За одабрано решење, равноправно укључивање приватног сектора у систем здравствене заштите и осигурања, извршена је финансијска и економска анализа и оцењено је да је предложено решење финансијски одрживо уз увођење нових извора финансирања путем пореза и такси на факторе који негативно утичу на људско здравље. Такође у додатне изворе финансирања укључени су и додатни приходи од добровољног здравственог осигурања, за које се предвиђа да ће имати већи прилив након редефинисања пакета основних услуга.

Друштвено-економска анализа предложеног решења је показала значајно већу корист у односу на трошкове друштва. Закључна разматрања указују на неопходност увођења промена у систему здравствене заштите и здравственог осигурања.

Лекарска комора Србије је овом студијом показала да одрживо решење за укључивање приватног сектора у здравствени систем Србије постоји и да би то увелико побољшало здравствену заштиту становништва. Даљи задатак нам је да у то убедимо креаторе здравствене политике и носиоце власти. //



ИСКОРИСТИТИ РЕСУРСЕ ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ: НА СЛИЦИ ПОЛИКЛИНИКА ХУМАН У НИШУ

15 <

из Истраживања здравља становништва Србије 2006. године и нашег садашњег истраживања здравља лекара у Србији. Предлог мера који би следио за враћање достојанства, части, угледа и здравља лекара као јединства, стратешки је интерес струке и државе, јер само здрав, задовољан и емотивно стабилан лекар може у потпуности да се посвети својим пацијентима.

Конференција о здрављу лекара у организацији РЛК Београда одржана је 13. децембра у Дому гарде у Топчидеру (Београд). Упркос хладном зимском дану и релативној изолованости од главних градских праваца изузетно добра посећеност тог скупа доказала је да ова тема привлачи пажњу колега, иако има доста недоумица. Какво је здравље оних који брину о здрављу нације, ко брине о њиховом здрављу и како, колико има насиља упереног према лекарима и како оно утиче на њихово здравље, колико се лекари придржавају савета о здравим стилови-ма живота, какви су услови рада и финансијска ситуација у струци и колико утичу на здравље, колико су присутна психосоматска обољења, колико депресија и сагоревање, шта кажу анкете задовољства запослених у здравству... На крају, презентован је Упитник којим ће се доћи до података анонимно, ради процене елемената који угрожавају њихово наше здравље.

Здравље – најважнији циљ

Поздравна реч председника РЛК Београда, **прим. др Спасе Анђелића**, којом је отворио скуп, постави-

ла је здравље као најважнији циљ нашег деловања, не само у заједници, већ и међу нама. Да бисмо могли да заступамо здравље, морамо се трудити да сачувамо и унапредимо и своје, да би смо и личним примером утицали на заједницу. У оним сегментима где оно не зависи само од нас и наша струковна организација треба да се укључи и делује. Спровођење упитника и његови резултати ће указати где су те тачке деловања.

Прво излагање имала је **др Слађана Мајкић**, специјалиста медицине рада из Ниша, са аспекта велике и специфичне одговорности због предмета нашег рада-здравља, достојанства и живота појединца и заједнице, превеликог броја пацијената, временске стиске, услова рада, честих дежурстава и прековременог рада, сменског рада, недостатка средстава за дијагностику и терапију, недостатка подршке сарадника и колега, претпостављених...

Најнижа стопа боловања међу свим занимањима је међу лекари-

ма, јер често негирају болест, занемарују симптоме и врло често се сами лече. Област рада у држави Србији регулишу Закон о раду, Закон о условима на раду и безбедности, Закон против злостављања на раду и разни подзаконски акти. Професионалну делатност лекара уређују Закон о здравственој заштити, Закон о здравственом осигурању, Закон о лековима и медицинским средствима, Закон о заштити становништва од заразних болести, Закон о контролисаним психоактивним супстанцама, Закон о трансплантацији органа и други. И поред толиких закона и правилника, однос између пацијента и лекара мора бити однос поверења, уважавања, стручности и етичности. Закључак је да се лекари као струка налазе у „сендвичу“ свих ових околности.

Следеће излагање имала је **прим. др Татјана Радосављевић**, директорка ЛК Србије, о познатим случајевима насиља према лекарима, као „врху леденог брега“. Насиље

ЧЕТИРИ ТЕМЕ

Лекарска комора је у завршницу 2012. године ушла са четири значајне теме:

- Укључивање приватне праксе у здравствени систем Србије - императив или немогућа мисија (12. децембар);
- Здравље лекара (13. децембар);
- Ефекти психосоцијалног стреса на здравље и могућности превенције (14. децембар);
- Изазови за примарну здравствену заштиту на почетку 20. века у Србији - шта се мења осим начина плаћања (14. децембар - Ртањ).



Уводно предавање одржала је др Слађана Мајкић



Пуна сала Дома војске у Топчидеру



До бесплатних бодова КМЕ захваљујући Комори

вербално и врло често физичко понекад врше пацијенти, понекад њихова родбина. Према подацима Светске медицинске асоцијације, један од три здравствена радника искуси насиље, од тога један од 10 бива и физички нападнут. Изнет је податак да спадамо у државе са врло присутним тим обликом понашања, вероватно и због лоше казнене политике. Један од разлога је свакако и лоша медијска слика о лекарима која ствара погодну климу за такве појаве. Други разлог је професионална дискреција коју лекари и на своју штету подржавају, па велики број случајева не бива пријављен. Деловање ЛК ће ићи у два правца: нулта толеранција за насиље уопште, већа безбедност лекара путем специјалних обука за комуникацију, прављење Националних регистара предатора у здравственом систему, њихово упућивање другом лекару или у другу установу, али и поправљање медијске слике о струци.

Лекари подложни депресији

Др Небојша Илић, психијатар из Ниша, говорио је о квалитету живота лекара, присуству психосоматских обољења и депресије, на основу сопствених претходно спроведених истраживања. Она су

спроведена од 2006. до 2009. године, а укључени су били доктори опште медицине у два дома здравља - Ниш и Вождовац. Квалитет живота процењиван је у односу на начин коришћења слободног времена, изложеност и врсту стреса на радном месту (40 одсто се односи на конфликт са пацијентом), додатни професионални ангажман (чак 52 одсто). Присуство депресије код лекара (19-30 одсто) веће је него у општој популацији (6-8 одсто). Према неким ауторима, жене-лекари су осам пута склоније депресији, што се објашњава тиме да вредне и амбициозне бивају притиснуте многим улогама и обавезама у породици и друштву. То је посебно изражено у традиционалистичким срединама са лошом економском ситуацијом. Посебан проблем представља удруженост депресије са другим проблемима менталног здравља: анксиозношћу и злоупотребом психоактивних супстанци. Када се разматра заступљеност психосоматских обољења међу лекарима, др Илић је добио податак да је то чак 36,11 одсто. Најчешће је у питању повишен притисак у 76 одсто. Посебан проблем представља околност да се лекари тешко одлучују да потраже помоћ колеге психијатра, често одлучујући да се сами лече и кријући да имају проблема.

Ко и како нарушава здравље лекара пита се **др Драгана Арсић**, такође психијатар из Крушевца. Одговора има много: лоша економска ситуација, спора и недоследна реформа, наслеђен систем неефикасног финансирања здравства према капацитетима, а не према услугама, све старије становништво Србије (више од 16 одсто старијих од 65 година) и све болесније становништво (пораст општег морталитета на 14,2 на 1.000 становника), релативно ниске зараде и пензије, висока стопа незапослености.

Тек сваки трећи физички активан

Здрави стилови живота и колико су прихваћени од лекара у Србији, представљају још један аспект који је обрађен у Упитнику. Прелиминарне резултате истраживања о физичкој активности на узорку београдских лекара изложила је **др Бранка Лазич**, специјалиста опште медицине. Тек сваки трећи анкетирани се у довољној мери бавио физичком активношћу, четвртина седи дуже од 12 сати дневно, а ризик за развој шећерне болести испитиван Упитником висок је код чак 8,9 одсто анкетираних. Колико оброка имају и каквог су састава, колико седе, а колико се рекреирају, да ли имају изабраног лекара

17 <

и да ли их он лечи или неко други... – сазнаћемо тек после спроведене анкете у 2013. години.

Проф. др Олга Поповић, физијатар из Београда, је говорила о процени здравља и задовољства животом у лекарској струци. После најмање 18 година учења у Србији се већина прво суочи са проблемом запошљавања у струци. Када посао и нађе, захтеви послодавца, пацијената, даљег стручног усавршавања које је неопходно, превелики су, тако да би чак 60 одсто анкетираних лекара Клиничког центра Србије променило посао (обично државни за приватни и сл.). Незадовољство потиче од лошег статуса у друштву, бирократских ограничења, услова рада, међуљудских односа, агресив-

ности пацијената, незаштићености, нерегулисаности приватне праксе, малих зарада... Које су то вредности које стављамо на прво место и какав је став у тренутној ситуацији ближе ће показати Упитник.

Врло емотивно и надахнуто је о синдрому изгарања на послу код лекара говорио и **доцент др Дејан Нешић**, са катедре за Физиологију Медицинског факултета у Београду. Посебну склоност ка развоју тог поремећаја имају они чији посао захтева рад са људима: лекари, учитељи, полицајци, менаџери и сл. Код лекара преципитирајући чиниоци су: ноћна смена, 24-сатна дежурства, преоптерећеност послом, неадекватна плата, тесни временски рокови, норма и др.

На крају је сам Упитник представила **др Слађана Каурин**, специјалиста медицинске статистике и информатике из Шапца, која је и образложила у коју ће се сврху обрађивати и користити резултати. Пресек здравственог стања на основу самопроцене испитаника, социјално-демографске и професионалне одреднице, као и животне стилове, Комисија за здравље лекара користиће за идентификацију и решавање приоритетних проблема, са циљем унапређења здравља и повећања задовољства животом и послом. Истраживање ће се радити као студија пресека на популацији лекара која буде попунила цео упитник, а резултати ће бити приказани на крају године.

Др Бранка Лазић

БАЛИНТ МЕТОДА КАО НАЧИН РЕЛАКСАЦИЈЕ И ОСЛОБАЂАЊА ОД ПСИХОСОЦИЈАЛНОГ СТРЕСА

Превенција *burnout* синдрома

На данима дијаспоре 2012. године у Београду др Живана Медиговић говорила је о *burnout* синдрому и Балинтовом психотерапеутском методу. Оснивач тог метода је мађарски лекар Mihali Maurice Bergman који касније, одласком у Енглеску, мења име у Michael Balint (М. Balint, 1896–1970). Бавио се хуманизацијом односа лекар-пацијент, холистичким приступом у односу на пацијента и решавањем психосоматских болести на нивоу лекара опште праксе.

Енглески назив „*burnout*“ се у психотерапеутским круговима одомаћио и код нас. Може се превести као: сагоревање, преоптерећеност, „пад система“, а све то изазвано неким спољашњим тешкоћама. Нагомилани стрес на послу доводи до: фрустрираности, беса, осећања беспомоћности... Последице тога су здравствени проблеми у виду: несанице, главобоље, повишеног артеријског притиска или других облика реаговања аутономног нервног система. Особа са *burnout* синдромом на послу је незадовољна, демотивисана, нерасположена, љута, одбојна и колеге је често избегавају.

Балинтов метод заснован је на Фројдовим психоаналитичким принципима мада је М. Балинт говорио: „поштујем Фројда, али ја волим Фе-

ренција“, мислећи на мађарског професора психоанализе, Фројдовог ученика, Шандора Ференција. Балинт и Ференци су заједнички истраживали проблеме из домена психосоматске медицине која је служила као подршка раду лекара опште праксе. Проф. Балинт, по одласку из Мађарске у Велику Британију пред Други светски рат, у Лондону, свој рад проширује оснивањем Британске асоцијације психоаналитичара и неко време јој председава. Убрзо после његове смрти 1970. године, основана је 1972. Интернационална Балинт федерација. У нашој земљи се 1996. године у Институту за ментално здравље оснивају Балинт групе које прерастају у Балинт друштво Србије. Улога тог друштва је примена Балинтовог метода, у складу са циљевима међународне и националне стратегије за заштиту здравља и унапређења едукације у односима лекара и пацијента. Едукацијом у тим групама, које су отвореног типа, обухваћени су разни профили: здравствени радници, педагози, социолози, теолози, форензичари и други учесници заинтересовани за проблеме који се односе на интеракцију између лекара и пацијента.

У литератури се нарочито истичу најчешће приказивани случајеви из праксе Балинт група: психосо-

матске болести, тешкоће у односима лекар – пацијент (језичке, верске...), тешке ситуације у породици пацијента, захтевни пацијенти (посебне социјалне групе), злоупотреба лекова, тешке и неизлечиве болести и друге осетљиве и несвакидашње ситуације у којима се могу наћи лекар и пацијент.

Занимљив је податак из литературе који се односи на анкету коју је направио сам оснивач Балинт група, а која се односи на одговоре лекара изражене у процентима. Питања су била:

1. Да ли сте задовољни својом каријером (84,5 – да, 79,5 – не)
2. Да ли бисте изабрали исту специјалност
када бисте сада завршили медицински факултет (86,1 – да, 55 – не)
3. Да ли сте задовољни финансијском компензацијом за свој рад (52,8 – да, 47,4 – не).

Интеракција лекар – пацијент је динамична и стално актуелна. Допринос проф. Балинта лекара, психотерапеута, учитеља и великог хуманисте, уврстио га је међу значајне личности медицинске науке двадесетог века.

Приредила
др Нина Михајловић

ЛКС ЗАПОЧИЊЕ СВЕОБУХВАТНУ СТУДИЈУ О ЗДРАВЉУ ЛЕКАРА

Колико смо, стварно, здрави?

РЕЗУЛТАТИ АНАЛИЗЕ БИЋЕ ИСКОРИШЋЕНИ ЗА ИДЕНТИФИКАЦИЈУ
ПРОБЛЕМА И ПРЕДУЗИМАЊЕ АКТИВНОСТИ У ЦИЉУ УНАПРЕЂЕЊА
ЗДРАВЉА ЛЕКАРА И ПОВЕЋАЊА ЗАДОВОЉСТВА ЖИВОТОМ

Полазећи од чињенице да су лекари једна од најважнијих карика сваког здравственог система и да чине веома важан ресурс здравствених установа, Лекарска комора Србије дизајнирала је истраживачку студију чији је циљ да испита здравље лекара, као и евентуално постојање везе између професионалних захтева који се свакодневно постављају пред лекаре и њиховог здравственог стања и задовољства животом. Истраживање ће бити спроведено у току 2013. године уз помоћ упитника израђеног за ту намену. Упитник ће бити доступан у Гласнику Лекарске коморе Србије, а сем тога ће бити дистрибуиран након програма континуиране едукације подржаних од стране Лекарске коморе који су одржани на територијама подручних канцеларија. Учешће у истраживању је анонимно. Упитник су осмислили чланови Радне групе за испитивање здравља лекара и састоји се из десет целина.

- Прву групу питања чине професионални подаци. Одговори на та питања треба да омогуће прикупљање информација о карактеристикама радног места на ком лекар - учесник истраживања ради.
- Друга група питања се односи на социјално-демографске податке.
- Трећа група питања односи се на здравствено стање лекара. Одговори на та питања омогућиће прикупљање информација о здравственом стању лекара, евентуалном постојању болести у породици, као и о понашању лекара када су болесни.
- Четврта група питања се односи на податке о коришћењу здравствене службе. Ова питања омогућују стицање увида о навикама лекара у вези са коришћењем здравствених услуга (изабрани лекар, приватна пракса итд.).
- Пета група питања се односи на процену здравља и задовољство животом. Циљ је да се дође до информација о начину на који лекари процењују своје здравствено стање и колико су задовољни животом, као и да ли би поново одабрали исту професију.

- Шеста група питања се односи на животне навике или стилове живота. Овим питањима се прикупљају информација о навикама лекара у исхрани, начину на који лекари проводе своје слободно време и о томе колико се баве физичком активношћу.
- Седма група питања се односи на синдром изгарања. Циљ је добити информације о томе колико напоран рад и стресне ситуације којима су лекари изложени доводе до стања психичке, физичке или психофизичке исцрпљености.
- Осма група питања се односи на насиље над лекарима. Циљ је да се дође до информација о томе да ли су лекари на радном месту или изван њега изложени физичком или вербалном насиљу, као и о реакцијама на евентуално доживљено насиље.
- Девету групу питања чине питања Цунгове скале за самопроцену депресивности. Понуђено је 20 изјава, а испитаник треба да се изјасни у којој мери се свака од изјава односи на њега.
- Десета група питања се односи на искуства лекара са коришћењем психоактивних супстанци. Циљ је сазнати да ли је испитаник користио неку од психоактивних супстанци, коју врсту проблема му је донело коришћење тих супстанци и да ли је покушавао да престане са коришћењем психоактивних супстанци.

Лекари који се одазову позиву Лекарске коморе Србије и узму учешће у истраживању тако што попуне Упитник представљаће узорак на основу чијих карактеристика ће се извршити процена здравственог стања свих лекара у Србији. Идентификоваће се водећи здравствени проблеми и добиће се увид у разлике везане за здравствено стање и изложеност факторима ризика у односу на услове рада, специјалност и социо-демографске карактеристике.

Резултати те анализе биће искоришћени за идентификацију приоритетних проблема и предузимање активности у циљу унапређења здравља лекара и повећања задовољства животом.

Др Слађана Каурин Милетић

УПИТНИК ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ О ЗДРАВЉУ ЛЕКАРА

Поштоване колегинице и колеге,

Лекарска комора Србије је дизајнирала истраживачку студију са циљем испитивања здравља лекара у Србији, као и везе између професионалног ангажовања и здравља лекара. Пред Вама се налази упитник који је осмишљен у ту сврху. Упитник је анониман. Молимо Вас да прихватите позив Лекарске коморе и да искрено одговорите на сва постављена питања. О резултатима истраживања бићете обавештени преко Гласника Лекарске коморе Србије.

Захваљујемо Вам се на сарадњи!

Да ли сте до сада анкетирани овим упитником? а) да б) не
(Уколико сте већ анкетирани немојте даље попуњавати упитник)

I – ПРОФЕСИОНАЛНИ ПОДАЦИ

1. На ком нивоу здравствене заштите радите? а) примарни б) секундарни в) терцијарни
2. У којој служби/одељењу радите? _____
3. Радите у:
а) самосталној приватној пракси б) групној приватној пракси в) јавној/државној пракси
4. Радите као:
а) доктор медицине
б) специјалиста _____
в) супспецијалиста _____
г) професор/доцент/асистент
д) лекар на специјализацији
ђ) лекар на пракси (стажиста)

Заокружите и појуните све што се односи на Вас.

5. Радни стаж
Колико сте дуго запослени? _____ година
Колико дуго радите као лекар? _____ година
Колико дуго радите као специјалиста? _____ година
6. Да ли имате сменски рад? а) да б) не
7. Да ли радите у ноћној смени? а) да б) не
8. Да ли сте на некој руководећој позицији? а) да б) не

II – СОЦИЈАЛНО-ДЕМОГРАФСКИ ПОДАЦИ

1. Животна доб: _____ година
2. Пол: а) мушки б) женски
3. Брачно стање: а) неожењен/неудата б) ожењен/удата в) разведен(а)
г) удовац/удовица
4. Да ли имате децу? а) да б) не
5. Број деце: _____
6. Ваше стамбено питање:
а) Није решено, живим у неодговарајућим/некомфорним условима
б) Није решено, али живим у одговарајућим/комфорним условима
г) Решено је у смислу власништва, али живим у неодговарајућим/некомфорним условима
д) Сопствени власник, живим у одговарајућим/комфорним условима



III – ПОДАЦИ О ЗДРАВСТВЕНОМ СТАЊУ

1. Да ли болујете од неког од наведених обољења?

(заокружите број испред сваке болести од које болујете)

1. Повишени крвни притисак
2. Поремећај ритма
3. Коронарна болест срца
4. Срчани удар
5. Мождани удар
6. Туберкулоза
7. Бронхијална астма
8. Хронични бронхитис
9. Поремећај липидног статуса
10. Шећерна болест
11. Повећана функција штитне жлезде
12. Мигрена
13. Хронична анксиозност или депресија
14. Алергија (кожне алергијске манифестације, алергија на храну)
15. Чир на желуцу и дванаестопалачном цреву
16. Хронична обољења јетре (хепатитиси)
17. Болест дебелог црева
18. Улцерозни колитис
19. Обољење жучне кесе
20. Обољење бубрега
21. Реуматска обољења
22. Остеопороза
23. Малокрвност
24. Гојазност
25. Малигна болест (локализација) _____

Друго (допишите од које болести болујете у случају да није обухваћена списком): _____

2. Да ли Вам је потврђено професионално обољење? а) да, _____ б) не
(уколико је одговор да, напишите о ком обољењу се ради)

3. Колико дана сте у претходној години одсуствовали са посла због болести/повреде
(боловање)? _____

4. Да ли радите и када сте болесни?

(заокружите онај одговор који је највише примењив на Ваше понашање)

а) не, никада б) ретко в) понекад радим, понекад не радим г) често д) да, увек

5. Да ли радите и када сте преморени?

(заокружите онај одговор који је највише примењив на Ваше понашање)

а) не, никада б) ретко в) понекад радим, понекад не радим г) често д) да, увек

6. Породично оптерећење болестима (напишите које болести):

7. Да ли имате сталну медикаментну терапију? а) да б) не

8. Колика је Ваша телесна тежина? _____ кг

9. Колика је Ваша телесна висина? _____ цм

10. Тренутни пушачки статус: а) пушач б) бивши пушач в) никад био пушач

Ако сте пушач: Колико цигарета пушите дневно? _____

Колики је Ваш пушачки стаж? _____ година

11. Колико шоља кафе попијете на дан? _____

IV – ПОДАЦИ О КОРИШЋЕЊУ ЗДРАВСТВЕНЕ СЛУЖБЕ

1. Ко ме се прво обраћате када имате здравствени проблем?

1. Лекару опште медицине, медицине рада
2. Специјалисти
3. Приватном лекару



4. Неком другом (колеги, родитељима, рођацима, пријатељима, деци)
5. Никоме, лечим се сама
- 2. Да ли имате свог изабраног лекара опште медицине, медицине рада?**
 1. Да 2. Не
- 3. Да ли сте и колико пута у току предходних 12. месеци били код изабраног лекара опште медицине, медицине рада?**
 1. Да, _____ пута
 2. Био/ла сам пре више од годину дана
 3. Никад нисам био/ла у животу
- 4. Који је био главни разлог Ваше последње посете изабраном лекару?**
 1. Контрола здравља (када сте без тегоба), систематски преглед
 2. Болест, повреда
 3. Само да ми пропише лекове
 4. Добијање потврде
 5. Добијање упута за специјалисту, лабораторију и слично
 6. Друго, навести: _____
- 5. Да ли имате свог изабраног гинеколога?**
 1. Да 2. Не
- 6. Да ли сте и колико пута у току последњих 12 месеци били код гинеколога?**
 1. Да, _____ пута
 2. Била сам пре више од годину дана
 3. Никад нисам била у животу
- 7. Да ли имате свог стоматолога?**
 1. Да 2. Не
- 8. Да ли сте током предходних 12 месеци користили услуге приватног лекара?**
 1. Да 2. Не
- 9. Које специјалности је био приватни лекар чије сте услуге користили ?**
 1. Лекар опште медицине
 2. Стоматолог
 3. Гинеколог
 4. Интерниста
 5. Офталмолог
 6. Друго, навести _____
- 10. Наведите најзначајније разлоге због којих сте користили услуге приватног лекара?**
 1. Квалитетније ради
 2. Нема чекања
 3. Љубазнији је
 4. Стрпљивији је
 5. Принуђен/а сам јер одређене прегледе могу да обавим само код приватног лекара
 6. Друго, навести: _____

V – ПРОЦЕНА ЗДРАВЉА И ЗАДОВОЉСТВА ЖИВОТОМ

- 1. Како бисте оценили своје здравље у целини?**
 1. Врло лоше
 2. Лоше
 3. Просечно
 4. Добро
 5. Врло добро
- 2. Какав је ваш став у вези са сопственим здрављем?**

	Не слажем се	Нисам сигуран/а	Слажем се
1. Ја сам одговоран/а за своје здравље	1	2	3
2. Ако будем бринуо/ла о себи бићу здрав/а	1	2	3
3. Чак и ако будем водио/ла рачуна о себи, лако ћу се разболети	1	2	3
4. Ако сам здрав/а то је чиста срећа	1	2	3



3. Да ли постоји нека особа на коју сигурно можете рачунати у свакој ситуацији (у случају развода, болести, проблема на послу, смрти у породици и сл.)?
1. Не
 2. Да
 3. Не знам
4. Оцените на скали 1-8 задовољство својим садашњим животом, где 1 значи најмање задовољство животом, а 8 значи највеће задовољство животом: _____
5. Ако нисте у потпуности задовољни својим садашњим животом, којим делом сте најмање задовољни?
1. Брачним партнером
 2. Децом
 3. Родитељима
 4. Пријатељима/комшијама
 5. Рођацима
 6. Колегама на послу
 7. Сексуалним животом
 8. Приходима
 9. Својим здрављем
 10. Самоћом
 11. Самим собом
 12. Послом
 13. Политичком ситуацијом
 14. Друго, навести _____
 15. У потпуности сам задовољан
6. Оцените задовољство финансијском надокнадом за ваш рад:
1. веома незадовољан/незадовољна
 2. незадовољан/незадовољна
 3. ни задовољан/задовољна ни незадовољан/незадовољна
 4. задовољан/задовољна
 5. веома задовољан/задовољна
7. Уколико бисте могли поново да бирате, да ли бисте опет уписали медицину?
1. Да
 2. Не

VI – ПОДАЦИ О НАВИКАМА У ИСХРАНИ, СЛОБОДНОМ ВРЕМЕНУ И ФИЗИЧКОЈ АКТИВНОСТИ

1. Колико пута недељно:

	Никад	Понекад	Сваки дан
1. Доручкујете	1	2	3
2. Ужинате пре подне	1	2	3
3. Ручате	1	2	3
4. Ужинате после подне	1	2	3
5. Вечерате	1	2	3

2. Колико чаша воде попијете у току једног дана?

Упишите тачан број, не пишите интервале. Мисли се на обичне чаше од 2дл, обичне, минералне, газиране, негазиране воде _____ чаша

3. Која врста масноће се најчешће користи у вашем домаћинству за припремање хране?

1. Свињска маст, путер
2. Биљна маст, маргарин
3. Уље
4. Не користим масноћу
5. Не знам

4. Да ли досољавате храну коју једете?

1. Никад
2. Кад храна није довољно слана
3. Скоро увек пре него пробам храну



5. Да ли при избору начина исхране размишљате о свом здрављу?

1. Никад
2. Понекад
3. Често
4. Увек

6. Да ли имате посебан режим исхране?

1. вегетаријанство
2. пост
3. дијетески режим због болести
4. дијетески режим због изгледа
5. немам

7. Како проводите слободно време?

	Никад или скоро никад	Понекад	Често
1. Гледам ТВ, ДВД, видео касете	1	2	3
2. Проводим време за компјутером	1	2	3
3. Проводим време са децом	1	2	3
4. Проводим време са пријатељима	1	2	3
5. Бринем о кућном љубимцу	1	2	3
6. Радим у кући и око ње	1	2	3
7. Радим у пољу, на њиви	1	2	3
8. Идем у биоскоп, позориште, на концерте	1	2	3
9. Бавим се индивидуалним спортом (теретана, трчање, тенис..)	1	2	3
10. Бавим се тимским спортом (фудбал кошарка одбојка..)	1	2	3
11. Читам књигу	1	2	3
12. Читам новине, часописе, укрштенице	1	2	3
13. Играм друштвене игре (шах, карте, јамб..)	1	2	3
14. Имам активности везане за додатне зараде	1	2	3
15. Друго навесити	1	2	3

8. Колико сте активни у Вашем слободном времену?

Један одговор. Најинтензивнија активност, односно она која захтева највећи физички напор

1. Читао, гледам ТВ, седим, лешкарим и сл.
2. Углавном ходам, возим бицикл или сл (шетање, пецање, лов) најмање 4 сата недељно
3. Бавим се физичким активностима ради одржавање физичке кондиције (трчање, пливање, скијање, фитнес, пилатес, јога, игре лоптом, тежи рад у башти) најмање 4 сата недељно
4. Тренирам редовно, неколико пута недељно

9. Колико се често, у слободно време, бавите физичким активностима бар 30 мин?

Један одговор. Уколико је испитаник старија особа и одговори да не може да вежба, заокружиће бр. 7.

1. Сваког дана
2. 4-6 пута недељно
3. 2-3 пута недељно
4. једном недељно
5. 2-3 пута месечно
6. Неколико пута годишње/никад
7. Не могу да веждам због болести/инвалидности

10. Колико сте обично времена у току једног дана провели седећи?

Уписати број сати: _____ и _____ минута



VII – УПИТНИК ЗА ОДРЕЂИВАЊЕ НИВОА СИНДРОМА ИЗГАРАЊА

Да ли се лако замарате и осећате ли се исцрпљено?	1	2	3	4	5
Да ли се узрујате када вам неко каже да у задње време не изгледате добро?	1	2	3	4	5
Радите ли све више и више, а осећате да ништа нисте урадили?	1	2	3	4	5
Да ли сте заједљиви и све више разочарани светом око вас?	1	2	3	4	5
Осећате ли се жалосним, а не знате зашто?	1	2	3	4	5
Да ли сте заборавни, не одете у договорену посету или често нешто изгубите?	1	2	3	4	5
Да ли сте мрзовољни, брзо планете, очекујете ли више од људи око вас?	1	2	3	4	5
Проводите ли све мање времена са породицом и пријатељима?	1	2	3	4	5
Да ли сте превише заузети за уобичајене потребе (тел. разговор, писање писма)?	1	2	3	4	5
Да ли се увек осећате лоше или сте стално болесни?	1	2	3	4	5
Да ли се осећате сметено на крају радног дана?	1	2	3	4	5
Имате ли потешкоћа у постизању осећаја среће и задовољства?	1	2	3	4	5
Да ли сте неспособни да се нашалите на свој рачун?	1	2	3	4	5
Да ли вас секс оптерећује и ствара више проблема него иначе?	1	2	3	4	5
Да ли осећате да врло мало тога имате да кажете људима?	1	2	3	4	5

Упитник се попуњава заокруживањем оцено на скали 1–5 (означавање: 1-никада, 2-понекад, 3-рејко, 4-често, 5-увек)

VIII – УПИТНИК О НАСИЉУ НАД ЛЕКАРИМА

1. У последњих 12 месеци да ли сте били сведок било ког облика насиља на радном месту?

1. Да 2. Не

2. Да ли сте забринути због могућег постојања насиља на вашем радном месту?

(1=нисам забринути уопште; 5=веома сам забринути)				
1	2	3	4	5

3. Да ли постоје процедуре пријављивања на вашем радном месту?

1. Да 2. Не

4. Да ли постоји подршка да се насиље пријави?

1. Да 2. Не

5. Ако ДА, од кога?

1. менаџмент/надређени	2. запослени	3. колеге	4. синдикат
5. комора здравствених радника	6. ваша породица/пријатељи		
7. остали (молим уписати)			

6. Да ли је у последњих 12 месеци било физичког напада на радном месту?

1. Да 2. Не

Ако не, пређиће на питање број 16

7. Да ли мислите да је то био типичан догађај физичког насиља на радном месту?

1. Да 2. Не

8. Ко је напао?

1. пацијент/клијент	2. родбина пацијента/клијент	3. колега/е
4. неко од запослених	5. руководица/надређени	6. спољни сарадници/радници
7. неко из заједнице	8. други (молим наведите прецизно)	

9. Где се инцидент догодио?

1. у здравственој установи

2. у кући пацијента/клијента

3. ван здравствене установе (на путу до посла/своје куће/пацијента)

4. друго (молим наведите прецизно) _____



10. Како сте одговорили на инцидент: (можете обележити више одговора)?

1. ништа нисте предузели	9. поднели тужбу са тражењем одштете
2. рекли сте нападачу да престане	10. покушали сте да се понашате као да се није десило
3. саопштили сте пријатељима/породици	11. покушали сте да се браните физички
4. саопштили сте колеги	12. тражили сте правну помоћ
5. пребачени сте на друго радно место	13. саопштили сте надређенима/руководиоцу
6. тражили сте помоћ од синдиката	14. тражили сте помоћ синдиката
7. попунили сте формулар за пријаву инцидента	15. друго (ујисаји)
8. поднели сте тужбу	

11. Да ли мислите да је инцидент могао да се спречи?

1. Да 2. Не

12. Да ли је предузет било какав поступак да се истражи узрок инцидента?

1. Да 2. Не 3. Не знам

13. Које последице је сносио нападач?

1. никакве	4. пријава полицији
2. усмена опомена	5. поднета тужба
3. премештај на друго радно место	6. не знам
7. друго (молим наведите прецизно)	

14. Да ли су надређени или руководиоци предложили да вам пружи заштиту кроз:

1. поступак посредовања а) да б) не
 2. могућност да пријавите догађај усменим или писменим путем а) да б) не
 3. другу подршку а) да б) не

15. Ако нисте пријавили или рекли за инцидент другима, молим вас да наведете разлоге (можете обележити више одговора)?

1. није био важан	2. због срамоте и стида	3. осећај кривице
4. осећај да ће пријављивање бити бескорисно	5. нисам знао како и коме да пријавим	
6. друго (молим наведите прецизно)		

16. Да ли је у последњих 12 месеци било вербалног напада на вашем радном месту?

1. Да 2. Не

17. Како сте одговорили на инцидент: (можете обележити више одговора)?

1. ништа нисте предузели	9. поднели тужбу са тражењем одштете
2. рекли сте нападачу да престане	10. покушали сте да се понашате као да се није десило
3. саопштили сте пријатељима/породици	11. покушали сте да се браните физички
4. саопштили сте колеги	12. тражили сте правну помоћ
5. пребачени сте на друго радно место	13. саопштили сте надређенима/руководиоцу
6. тражили сте помоћ од синдиката	14. тражили сте помоћ синдиката
7. попунили сте формулар за пријаву инцидента	15. друго
8. поднели сте тужбу	

18. Да ли је предузет било какав поступак да се истражи узрок вербалног напада?

1. Да 2. Не 3. Не знам

19. Да ли су надређени или руководиоци предложили да вам пружи заштиту кроз:

1. поступак посредовања а) да б) не
 2. могућност да пријавите догађај усменим или писменим путем а) да б) не
 3. другу подршку а) да б) не



**20. Ако нисте пријавили или рекли за инцидент другима,
молим вас да наведете разлоге
(можете обележити више одговора)**

1. није био важан	2. због срамоте и стида	3. осећај кривице
4. осећај да ће пријављивање бити бескорисно	5. нисам знао како и коме да пријавим	
6. друго (молим наведите прецизно)		

**21. Ако сте имали искуство са насиљем у последњих 12 месеци,
обележите адекватан одговор за свако понуђено питање у табели:**

ПОСЛЕДИЦЕ НА ЗДРАВЉЕ	Не	Повремено	Често	Стално
Осећате се напето и уморно				
Имате главобоље				
Осећате се веома тужно када се сетите непријатељског понашања које је било усмерено ка вама				
Једете претерано, желите да смањите апетит				
Имате гастроинтестиналне проблеме				
Ваш професионални живот негативно утиче на ваш приватни живот (брак и породицу)				
Ваш сан је поремећен				
Стално се сећате/оживљавате непријатности које су вам чинили				
Мислите да сте депресивни				
Не верујете никоме на вашем радном месту				
Користите алкохол, цигарете, психоактивне супстанце				
Проводите већи део вашег времена са особама које нису у директној вези са вашим послом				
Имате бол у грудима, лупање срца				
Мање сте посвећени свом послу				
Осећате да ће се десити нешто лоше без одређеног разлога				
Имате варирање крвног притиска				
Бојите се када идете на посао, не желите да будете на послу				
Осећате се изневерено				
Проклињете оне који су чинили те ствари				
Осећате се веома узнемирено				
Осећате се као да сте изгубили самопоуздање и самопоштовање				
Имате проблем да се сконцетришете на задатак				
Осећате се кривим све време				
Понекад мислите да се осветите људима који су били против вас				
Правите грешке у свом раду				
Користите подршку психолога због понашања којим сте били изложени				
Нисте у стању да урадите било какав посао на вашем радном месту				
Одајете утисак да сте веома заузети и кад нисте ништа урадили				
Ублажавате бол због патњи тако што омаловажавате друге				



IX – ЦУНГОВА СКАЛА ЗА САМОПРОЦЕНУ ДЕПРЕСИВНОСТИ

Упутство: Тест садржи 20 изјава. Молимо Вас да сваку пажљиво прочитате и процените у коликој мери се свака од њих односи на ваше стање у прошлој недељи. Одлучите да ли се свака изјава односи на ваше стање ретко, понекад, углавном или најчешће. Код сваке изјаве обележите одговарајући број. Ако би, нпр. изјава: „Нервозан сам“ - описивала како сте се углавном осећали прошле недеље, обележите овако:

	Ретко	Понекад	Углавном	Најчешће
Нервозан/а сам	1	2	3	4
Нервозан/а сам и тужан/а	1	2	3	4
Најбоље се осећам ујутру	1	2	3	4
Плаче ми се	1	2	3	4
Ноћу лоше спавам	1	2	3	4
Једем као пре	1	2	3	4
И даље уживам у сексу	1	2	3	4
Примећујем да губим на тежини	1	2	3	4
Патим од затвора	1	2	3	4
Срце ми куца брже него обично	1	2	3	4
Умарам се без разлога	1	2	3	4
Бистар/а сам као и некад	1	2	3	4
Радим без напора као и пре	1	2	3	4
Немиран/а сам и не држи ме место	1	2	3	4
Имам веру у будућност	1	2	3	4
Лакше се изнервирам него пре	1	2	3	4
Лако доносим одлуке	1	2	3	4
Осећам се корисним и потребним	1	2	3	4
Живот ми је испуњен	1	2	3	4
Мислим да би за све било боље да умрем	1	2	3	4
Уживам у стварима као и раније	1	2	3	4

X – УПИТНИК О КОРИШЋЕЊУ ПСИХОАКТИВНИХ СУПСТАНЦИ – ПАС

Поставићемо Вам нека питања о Вашем искуству са алкохолом, дуванским производима и другим дрогама у току читавог Вашег живота и у току претходна 3 месеца. Молимо Вас да покушате да на свако питање дате искрен одговор у циљу егзактног сагледавања здравља лекара у Србији. Обележите крстићем ваш одговор – х

1. Да ли сте током Вашег живота икада користили неку од наведених супстанци?

	ДА	НЕ
Дувански производи		
Алкохолна пића		
Марихуана		
Кокаин или крек		
Амфетамини или стимуланти		
Инхаланти		
Седативи или таблете за спавање		
Халуциногене дроге		
Хероин, морфијум		
Аналгетици		
Друго (навести)		

Уколико је одговор на сва питања НЕ – прекинути интервју



2. Које од наведених ПАС сте први пут пробали, где и у којој години живота?

ПАС	Место	Године живота
	Журка, дискотека, кафић	
	Школа	
	Друго (уписати)	

3. У току протекла 3 месеца колико сте пута користили следеће ПАС?

	Никада	1-2 пута	Месечно	Недељно	Свакодневно
Дувански производи					
Алкохолна пића					
Марихуана					
Кокаин или крек					
Амфетамини или стимуланти					
Инхаланти					
Седативи или таблете за спавање					
Халуциногене дроге					
Хероин, морфијум					
Аналгетици					
Друго (навести)					

Уколико је одговор на сва 3 питања НИКАДА - прећи на питање бр. 10

4. У току протекла 3 месеца колико пута сте због коришћења ПАС имали здравствених, социјалних, законских или финансијских проблема?

Никада	1-2 пута	Месечно	Недељно	Свакодневно

5. У току протекла 3 месеца колико пута нисте успели да урадите ствари које се под нормалним околностима од Вас очекују, зато што сте користили неку од ПАС?

Никада	1-2 пута	Месечно	Недељно	Свакодневно

6. Да ли су Ваши пријатељи или чланови породице икада изразили забринутост зато што користите неку од ПАС?

	Не, никада	Да, давно	Да, у протекла 3 месеца
Дувански производи			
Алкохолна пића			
Амфетамини или стимулативи			
Седативи или таблете за спавање			
Аналгетици			
Друго (уписати):			

7. Да ли сте икад покушали да контролишете, смањите или престанете са коришћењем ПАС?

Не, никада	Да, давно	Да, у протекла 3 месеца



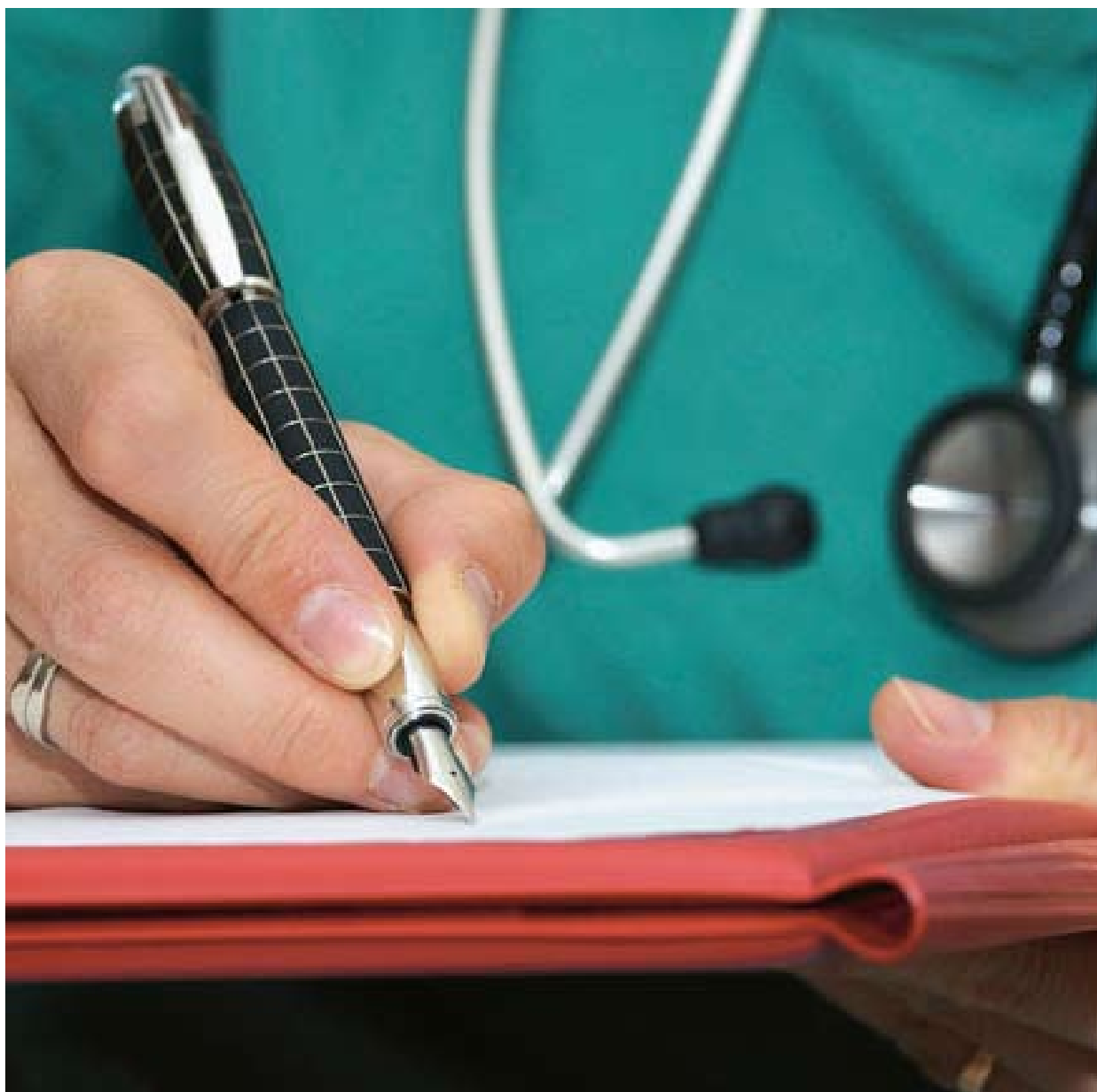
8. Да ли сте се икад напили?

Не, никада	Да, давно	Да, у протекла 3 месеца
о	о	о

9. Колико цигарета дневно конзумирате? _____

10. Колико сте сати дневно изложени дуванском диму на радном месту или у свом дому?

	Нисам изложен/а
	Мање од 1 сат
	1-5 сати
	Више од 5 сати



Студија ће показати има ли везе између професионалних захтева који се постављају пред лекаре и њиховог здравственог стања и задовољства животом



АКТИВНОСТИ ЛКС И РЛК У 2012. >>>>>>>>>>

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ УПРАВНОГ ОДБОРА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ ЗА 2012. ГОДИНУ

ДОНЕТО ВИШЕ ОД 150 ОДЛУКА

// ОДРЖАНО 13 РЕДОВНИХ И ДВЕ ТЕЛЕФОНСКЕ СЕДНИЦЕ // ЗАОКРУЖЕНА ПРАВНА РЕГУЛАТИВА БИТНА ЗА ФУНКЦИОНИСАЊЕ КОМОРЕ //

Управни одбор ЛКС је одржао у 2012. години 13 редовних и две телефонске седнице и донео преко 150 одлука (на 34 стране) и припремио четири редовне седнице Скупштине Лекарске коморе од којих је једна била свечана седница која је одржана у Сремским Карловцима и на којој су додељене награде Коморе.

Такође је установљена пракса да се све одлуке Управног одбора у кратком временском року након седнице достављају Регионалним коморима како би биле упознате са њима.

Управни одбор је редовно разматрао извештаје о финансијском пословању Лекарске коморе у целини, као и појединачне извештаје Регионалних лекарских комора, извештаје Надзорног одбора, извештаје посебних одбора и прихваћене иницијативе упућивао Министарству здравља, РФЗО-у, и другим надлежним институцијама, извештаје председника регионалних комора, извештаје и информације са састанака у Министарству и Фонду, извештаје представника Лекарске коморе у Здравственом савету Србије.

Чланарина без њромене

Неке од најважнијих одлука и до-
гађаја у 2012. години биле су:

Na svojoj redovnoj šestoj sednici 21. februara 2012. Skupština LKS je donela novi Statut Lekarske komore Srbije. Svi se sećamo koliko je to bio naporan rad u коме je učestvovao veliki broj kolega, direktora, članovi Upravnog odbora i stručne službe.

Како је промењен начин финансирања, Управни одбор је својим одлукама и редовним праћењем финансијске ситуације омогућио да финансирање функционише без застоја. Висина чланарина није промењена ни у 2012. години, уведена је надокнада за издавање привремених лиценци за странце, изједначени су приватни лекари запослени у приватним ординацијама и оснивачи тако да је свима 0,8 одсто од плате, а мин 400 динара месечно, и сви мора да плаћају месечно.

Među najvažnijim, a sigurno naj-
leši događaj je kupovina prostora
za potrebe Regionalne komore za
Centralnu i zapadnu Srbiju. To je
prvi prostor koji poseduje Leکار-
ska komore Srbije i nadam se da
će uskoro imati lepe vesti i iz
drugih Regionalnih komora da sle-
de ovaj primer.

Управни одбор је припремио Правилник о критеријумима за избор стручних надзорника, а Скупштина Лекарске коморе Србије га је усвојила, јер подсећам Вас једно од овлашћења Коморе је да предлаже Министарству здравља листу Стручних надзорника.

Први пут 2012. године је расписан Конкурс за стручне надзорнике и они су на тај начин и изабрани. Морам признати да сам веома задовољна што смо то урадили на овакав начин, али нисам задовољна исходом, јер је било различитих тумачења неопходне документације, нисмо упозорили стручне службе да претходно прегледају документацију и помогнемо колегама да је допуне ако им нешто недостаје, те

je određeni broj kolega odbijen, jer nije u pravno-formalnom smislu ispunio uslove konkursa.

Управни одбор такође је донео одлуку да се сви бројеви Гласника Лекарске коморе ставе на сајт ЛКС, да се формира редакцијски одбор и почне активно да учествује у припремању Гласника. Такође смо одлучили да Регионалне коморе спроведу анкету код доктора како би се изјаснили да ли желе Гласник у електронској или писаној форми, јер стално добијамо информације од колега, поготову у великим државним установама како велики број Гласника остане у установама, јер их доктори не узимају. Видећемо у овој години какви ће резултати анкете бити, поготову што смо последњи број гласника доставили у електронској форми свим докторима чије смо e-mail адресе имали у бази информационог система.

Такође донета је одлука о ценовнику за објављивање огласа у Гласнику како би постепено смањили трошкове око издавања Гласника који су изузетно велики.

Формиране радне јрује

Управни одбор је у више наврата разматрао иницијативе Посебних одбора и усвојио већи број предложених иницијатива. О томе ћу ближе говорити када будем презентовала Извештај о раду Посебних одбора.

У два наврата је у протеклој години расписан тендер за осигурање од професионалне одговорности лекара, али нисмо успели да за предви-



пружању правне помоћи лекарима у вези са објављивањем података на сајту „какав је доктор?“ и, као што знате, са сајта је скинут списак имена и презимена лекара.

Подршка лекарима

Овлашћује се директор Коморе да заједно са др Златком Спасићем, стручним службом и правним заступником Коморе, Дејаном Бабићем, адвокатом, сачини допис за Министарство здравља, у коме ће се изнети све примедбе на рад Радне групе за измену Правилника о ближим условима за спровођење континуиране едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике.

Чланови Управног одбора из Регионалне лекарске коморе Војводине читаве године нису учествовали у раду Управног одбора. Редовно су позивани на седнице Управног од-

бора и, наравно, добијали све материјале везано за рад Управног одбора, али се тим позивима нису одазивали.

Како су све Регионалне коморе добијале одлуке Управног одбора исто се односило и на Регионалну комору Војводине. За разлику од тога, Управни одбор је обавештаван о одлукама Скупштине Регионалне коморе и Извршног одбора само у мери којој су Председник Скупштине РЛКВ, Председник РЛКВ и Председник ИО РЛКВ сматрали за сходно и потребно, тако да Управни одбор није имао увида у поступање и рад Регионалне лекарске Војводине.

Регионална комора Војводине је самостално без икаквих консултација и договора упутила државним органима Предлог измена Закона о коморама здравствених радника. Такво понашање је недопустиво према лекарима, за то руководство није имало никаквих овлашћења, а

Управни одбор је донео одлуку да се обавесте сви државни органи да то није став Лекарске коморе Србије већ став појединаца из РЛКВ.

И ову годину су обележили унутрашњи персонални проблеми у Комори, али сматрам да је Управни одбор урадио велики посао, заокружена је правна регулатива веома битна за функционисање Коморе, као и да смо реаговали и пружили подршку лекарима у већини проблема. Било би наравно много лакше и једноставније да немамо стални притисак и незадовољство руководства регионалне коморе Војводине, али упркос томе сматрам да идемо правим путем за добробит свих лекара. На исти начин, суочавајући се свим напади-ма и проблемима, наставићемо да остварујемо постављене циљеве.

Др Драгана Милутиновић,
председник Управног одбора ЛКС

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ НАДЗОРНОГ ОДБОРА ЛКС ЗА 2012. ГОДИНУ

ОДРЖАНО ОСАМ РЕДОВНИХ СЕДНИЦА

// РАЗМАТРАНИ ФИНАНСИЈСКИ ИЗВЕШТАЈИ ЛКС И РЕГИОНАЛНИХ КОМОРА, КАО И НОВИ НАЧИН ФИНАНСИРАЊА //

Надзорни одбор Лекарске коморе Србије је у току 2012. године одржао осам редовних седница. На истима се бавио, пре свега, разматрањем финансијских извештаја ЛКС и РЛК у њеном саставу, а који су Надзорном одбору ЛКС достављани квартално. Надзорни одбор ЛКС се у току 2012. године бавио и проблематиком ефикасности наплата чланарина у регионалним лекарским коморама, као и проблематиком наплате чланарина лекарима који остварују за-раду по више основа.

Надзорни одбор ЛКС активно је учествовао и у разматрању нацрта Правилника о материјално-финансијском пословању у ЛКС и предложио његово усвајање на наредној седници Скупштине Лекарске коморе Србије и информисан је о нацрту Одлуке о висини накнада за органе и тела у ЛКС.

Надзорни одбор ЛКС детаљно бавио се анализирањем финансијског извештаја ЛКС у другој половини 2012. године, рађеног на бази новог начина финансирања у ЛКС, почев од 1. јула 2012. године и оро-

чавањем средстава у регионалним лекарским коморама, те у том смислу донео одлуку да РЛК Војводина не користећи могућност орочавања новчаних средстава доводи себе у ситуацију да губи део прихода.

Надзорни одбор ЛКС је у току 2012. године имао добру сарадњу са надзорним одборима у регионалним лекарским коморама, које је у току 2012. године обишао и са њима разматрао актуелне теме из надлежности тих органа.

Др Бранко Радивојевић,
председник Надзорног одбора ЛКС



вљен је и рад на изменама и допунама Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у делу који се односи не неопходну медицинску опрему. Истовремено, Правилник о номенклатури здравствених услуга на примарном нивоу здравствене заштите који ће ових дана бити и званично објављен није ни разматран од стране поменутог РСК, иако је у дужем периоду био предмет њеног рада.

Комисија овог ПО за специјалистичко-консултативне службе, као и радне групе за педијатрију и гинекологију такође су изашле са конкретним предлозима за измену постојећих подзаконских аката.

Радећи у оквиру ПО за ЈЗ и ПЗЗ у државној пракси, велики број предлога за измене важећих нормативних аката израдиле су и комисије за хитну медицинску помоћ, медицину рада и јавно здравље.

Ове чињенице директно указују на то да Посебан одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси има капацитете да на равноправној основи учествује у креирању политике примарне здравствене заштите у Републици Србији. Међутим, озбиљно забрињава чињеница да креатори здравствене политике оличени у релевантним државним органима упорно одбијају да такву реалност препознају и признају. Рад на превазилажењу тог проблема надилази могућности и компетенције било ког, па и нашег посебног одбора и захтева ангажман читаве организације.

ПОСЕБНИ ОДБОР ЗА ПРИМАРНУ ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ У ПРИВАТНОЈ ПРАКСИ ЛКС

Председник:

мр сци. мед. Снежана Јовановић

Посебан одбор за примарну здравствену заштиту у приватној пракси Лекарске коморе Србије је током 2012. године одржао три редовне седнице. Одбор је наставио да ради у складу дефинисаним планом рада и зацртаним приоритетима. ПО бавио се предлогом измена Закона о здравственој заштити у делу приватне праксе, и то чл. 55, 56 и 60, и упутио своје предлоге Управном одбору

Од 2009. године ПО је радио на припреми Правилника о посебним условима за оснивање приватне праксе од стране старосних пензионера, али ни до данас такав Правилник није донет. Став ПО узима став да се са нацртом поменутог Правилника застане, док се не добију конкретне смернице од Министарства здравља везане за лиценцирање старосних пензионера.

ПО је инсистирао да добије одговор и извештај о покренутих иницијативама од стране овог ПО, тако да је на другој седници одбора присуствовала директорка Коморе и дала одговоре на постављена питања. Тражено је да тамо где није добијен одговор, иницијативе буду поновљене према надлежним институција (Министарство здравља и РФЗО).

Такође је затражено да се направи ургенција за иницијативу Уставном суду везано за чл. 29 о изабраном лекару како би се и приватни лекар могао да буде изабрани лекар.

ПО за примарну здравствену заштиту у приватној пракси ЛКС сматра да је Правилник о провери квалитета стручног рада здравствених установа, приватне праксе, здравствених радника и здравствених сарадника недоречен у домену приватне праксе, као и да су наведени критеријуми за државну праксу непримениви у приватној пракси.

Прослеђена је иницијатива УО ЛКС, да се упути позив представницима Републичке стручне комисије за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената, за један од наредних састанака ПО, како би се разговарало о унапређењу квалитета здравствене заштите у приватној пракси.

Покреће се иницијатива ка УО ЛКС, да предузме одређене активности према Министарству здравља и РФЗО-у, како би се приватним лекарима омогућило да издају упуте пацијентима-осигураницима за обављање лабораторијских и других дијагностичких и консултативних прегледа на примарном, секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, и издају потврде о здравственом стању леченог детета за потребе вртића, школе, излета, екскурзије и слично, на исти начин и под istim условима под којима је иста могућност дата лекарима из

државног сектора (изабраним лекарима). Постојећим прописима приватним лекарима није дата могућност да упућују пацијенте на остале нивое здравствене заштите, и на тај начин је и пацијентима, који плаћају доприносе за обавезно здравствено осигурање одузето право да остваре ово своје право. На овај начин се приватни лекари стављају у неравноправан положај у односу на државне лекаре, а с друге стране усвајањем овакве иницијативе би се ова неједнакост избегла и државни сектор растеретио писања упута за онај број пацијената који би своја права реализовали посредством упута лекара из приватне праксе.

ПО за примарну здравствену заштиту у приватној пракси ЛКС није задовољан постигнутим резултатима рада, јер није успео да оствари комуникације са МЗ и РФЗО, нити да реализује одлуке од фундаменталног интереса за унапређење приватне праксе у Србији.

ПОСЕБНИ ОДБОР ЗА МЕЂУНАРОДНУ САРАДЊУ

Председник:

проф. др сци. Мед. Драган Мандарић

ПО за међународну сарадњу ЛКС је у 2012 години одржао једну седницу и то 26. новембра 2012 године. Седници је присуствовао и нови члан ПО за међународну сарадњу ЛКС др Олга Поповић, која је делегирана од стране Скупштине РЛК Београда уместо дотадашњег председника и члана ПО др Наде Радан Милованчев. На седници су изабрани нови председник ПО – др Драган Мандарић и нови потпредседник – др Саша Зајић.

ПО је започео посао на изменама и допунама Пословника о раду ПО за међународну сарадњу, како би рад Одбора био што продуктивнији и једноставнији. Такође, чланови ПО су апострофирали значај редовнијег одржавања седница ПО и размене потребног материјала путем електронске поште. Посебни одбор за међународну сарадњу ЛКС ће предузети све потребне активности сагласно Статуту ЛКС, које су у вези са међународном активношћу ЛКС.

35 <

АКТИВНОСТИ ЛКС И РЛК У 2012. >>>>>>>>>

**ПОСЕБНИ ОДБОР
ЗА СЕКУНДАРНУ И
ТЕРЦИЈАРНУ ЗДРАВСТВЕНУ
ЗАШТИТУ У ДРЖАВНОЈ
ПРАКСИ ЛКС**

Председник:
др Драган Малобабић

ПО се састао два пута. Дискутовало се о тексту о ДРГ –у објављеном у Лекарском гласнику, чији је аутор председник ПО, што је наставак рада из 2011. године.

Обавештени су чланови о формирању Радне групе за болничко здравство, чији је члан и председник ПО. Чланови Одбора такође су обавештени о иницијативи за одлагање примене корективног коефицијента за октобар, тј. До конституисања новог министарства.

Упућен је захтев УО да се интензивније реагује на новинске написе којима се руши углед професије.

На другој седници активно учешће узела је и директорка Коморе.

Уочено је да је већина активно-сти у 2012. усмерена на примарну здравствену заштиту и капитацију. Тада је пружена информација да још нема одговора из Министарства о коефицијентима за примаријусе, магистре и субспецијалисте, а члановима је подељена студија о могућностима укључивања приватног здравства у систем здравственог осигурања. Покренута је иницијатива за укидање фискалних каса, а чуло се и мишљење да је уписна политика саставни део аутономије Универзитета.

Заједнички закључак је да су повратне информације из Министарства здравља изостале, што се доводи у везу са променом министра.

ПОСЕБНИ ОДБОР ЗА СТРУЧНА ПИТАЊА И СТРУЧНИ НАДЗОР

Председник:
др Милан Симић

Припремљен је и на Скуштини ЛКС усвојен Правилник о критеријумима за избор стручних надзорника. Главни критеријуми су да лекар поседује потребна стручна и практична знања у области којом се бави. Конкретно су то године рада и

препоруке колега истог или вишег ранга, као и стручних удружења. У другој половини године спроведен је конкурс који је расписао Управни одбор ЛКС, а на основу пристиглих пријава и обраде конкурсне документације ПО је Управном одбору предложио листу кандидата коју је УО усвојио и проследио Министарству здравља РС.

По ње у наредном периоду приступити покретању иницијативе за измене и допуне Правилника којим се регулише спровођење стручног надзора којима би акцент у стручном надзору био на: - провери стручног рада колеге појединачно, а не као до сада установе, - провери да ли су мере и активности у складу са савременим медицинским и научним достигнућима и медицинским доктринама - унапређењу унутрашњег надзора над радом на измену мера које се предузимају за отклањање недостатака, а посебно на упућивање колега на додатну едукацију у установе вишег ранга и обавезно опремање установе потребном опремом и др.

ПО расправљао је о недоследно-
сти стриктне-директне примене
уредбе о коефицијентима за обра-
чун и исплату плата – у делу њи-
ховог увећања на основу стручно
признатих звања, посебно прима-
ријуса као јединог стручног звања, –
као и у делу њиховог увећања код
субспецијалистичких послова које
обављају субспецијалисти прима-
ријуси и магистри.

ПО је закључио да би непризнавање priznatih stručnih i naučnih zvanja koje rezultira neuvećanjem zarade u narednom periodu imalo uticaja na unapređenje stručnosti i stručnog rada lekara. Zbog toga je PO uputio stručnoj službi захтев за правно тумачење примене уредбе.

ПО за СПСН није успео да у току 2012. одradi све планом и програмом усвојене задатке.

У више наврата састанци су отказивани због недостатка кворума или простора. Овом приликом би требало похвалити редовно ангажовање колега из РЛК Југоисточне Србије и Косова и Метохије, те по једног колега/инице из осталих региона који су дали пуни допринос раду овог одбора. Не постоји сарадња Лекарске коморе са одговарајућим институцијама државе, а у веzi послова које обавља овај одбор.

ПОСЕБНИ ОДБОР ЗА МЕДИЦИНСКО ОБРАЗОВАЊЕ

Председник:
др Радивоје Лазић

У протеклих годину дана овај Одбор је имао три седнице на којима су теме биле везане за пут сертификата за 2011. и 2012. годину, акредитацију и спровођење програма КМЕ, углавном из медикологалних тема и тема у оквиру Дана дијаспоре 2012, а добар део активности је био и на предлозима измена и допуна Правилника о лиценци, Правилника о КМЕ, а са тим у вези и покретање иницијатива према УО ЛКС, као и анализа приспелих сертификата у току претходне календарске године. Због оставке председника ПО за медицинско образовање ЛКС др Станка Барлова, на место председника овог одбора изабран је др Радивоје Лазић, дотадашњи потпредседник Одбора, а за потпредседника је изабрана др Рада Петровић.

ПОСЕБНИ ОДБОР ЗА СЕКУНДАРНУ И ТЕРЦИЈАРНУ ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ У ПРИВАТНОЈ ПРАКСИ

Председник:
др Драгана Милутиновић

Посебни одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној пракси одржао је у 2012. години три седнице. И даље имамо проблем са окупљањем и потребним кворумом. Представник РЛКВ др Панфилов је дао оставку (у писаној форми је нисмо добили), али и поред обраћања председнику Скупштине РЛКВ да се изабере нови члан, то није урађено.

Како је у приватној пракси сада највећи, горући проблем законска регулатива у којој је приватни сектор дискриминисан и неравноправан, чланови посебног одбора су се највише бавили припремом предлога измена Закона о здравственој заштити и он је у потпуности и урађен.

Такође смо припремили Предлог правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе.



Припремили смо и Предлог правилника о ближним условима и поступку давања сагласности за оснивање приватне праксе од стране здравственог радника корисника старосне пензије. Он је прослеђен Управном одбору, али није усвојен.

Посебан одбор је припремио и предлог измена Правилника о лиценцирању. Упућена је иницијатива УО ЛКС да се упути допис Министарству здравља РС, којим би се тражило тумачење Инструкције о примени Закона о здравственом осигурању бр. 011-00-77/2007-03 од 19.07.2007, а односи се на обавезе и начин поступања изабраног лекара по налазу (извештају) лекара специјалисте у приватној пракси.

Упућена је иницијатива УО ЛКС да се тражи измена и допуна Уредбе о одређивању делатности код чијег обављања не постоји обавеза еводентирања промета преко фискалне касе, тако да се изузму пре-

узетници из делатности здравства (ординације, поликлинике...). Иницијатива је прихваћена од стране УО ЛКС, али одговор од Министарства финансија није стигао.

Такође, Посебан одбор за СИТ је и у овој години радио на утврђивању предлога о минималним ценама услуга у приватној пракси и урадио ценовнике за већи број специјалности – пластична хирургија, општа хирургија, офталмологија, гинекологија, ОРЛ... Недостаје још свега неколико области, а потом ћемо изаћи са дефинитивним предлогом.

На крају бих издвојила неколико запажања: већина председника посебних одбора је напоменула да има проблем са организовањем седница ПО, јер колеге не долазе на састанке. Замолила бих лекаре који нису заинтересовани за рад у Посебним одборима да се повуку и дају прилику другим колегама како би посебни одбори могли да функционишу у

правој мери и остваре своје задатке. Такође постоји проблем у комуникацији између регионалних одбора и одбора на нивоу ЛКС, наиме дешава се да посебни одбори ЛКС нису обавештени о иницијативама са региона, поготову ако председници из регионалних одбора нису чланови или не долазе на ПО ЛКС. Мислим да би то могло да се превазиђе достављањем записника са састанака посебних одбора на региону председнику ПО ЛКС како би се што више проблема и иницијатива спровело или бар покушало да спроведе.

Такође, заједничко је за све одборе недостатак повратних информација надлежних институција и недостатак комуникације пре свега са Министарством здравља и РФЗО-ом.

Захвалила бих се свим члановима посебних одбора који су уложили труд и рад како бисмо препознали проблеме и бар почели да их решавамо. //

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ БЕОГРАДА

БРОЈНЕ АКТИВНОСТИ ОБЕЛЕЖИЛЕ 2012.

// СВИ ОРГАНИ И ТЕЛА РЛК БЕОГРАДА РАДИЛИ „ПУНОМ ПАРОМ“ // СКУПШТИНА РЛК БЕОГРАДА ДОНЕЛА ОДЛУКУ О ПОКРЕТАЊЕ ПОСТУПКА ЗА КУПОВИНУ НЕПОКРЕТНОСТИ ЗА ПОТРЕБЕ ЛКС И РЛКБ, НА ПРЕДЛОГ ИЗВРШНОГ ОДБОРА
// РЕАЛИЗОВАНО 26 ПРЕДАВАЊА ИЗ ДЕВЕТ АКРЕДИТОВАНИХ ПРОГРАМА КМЕ, КОЈИМА ЈЕ УКУПНО ПРИСУСТВОВАЛО 4.588 ЛЕКАРА //

Пише:
МР СЦИ. МЕД. ПРИМ. СПАСО
АНЂЕЛИЋ,
ПРЕДСЕДНИК РЛКБ



СКУПШТИНА РЛК БЕОГРАДА

Скупштина РЛК Београда има 99 чланова и на седницама је увек постојао кворум за одржавање седница и доношења одговарајућих одлука.

У 2012. Скупштина РЛКБ одржала је три редовне седнице и једну ванредна телефонска седница.

Редовне седнице Скупштине РЛКБ одржане су 13. фебруара 2012, 19. јуна 2012. и 25. септембра 2012. године. На седници од 13. фебруара 2012. године усвојен је извештај о финансијском пословању за 2011. годину, пред-



- да се упуту допис Министарству здравља, којим би се тражило да доктори медицине на секундарном и терцијарном нивоу здравствене заштите, не прописују терапију која се не може реализовати на примарном нивоу здравствене заштите, већ да се таква терапија пружи у њиховој установи као болничка терапија;

- да се поново упуту иницијатива да доктори медицине добију статус службеног лица;

- да се упуту иницијатива за измену одлуке о усклађивању радног времена у домовима здравља на нивоу града Београда и да се Комора одреди према томе;

- да се одложи примена капитационе формуле, јер нису створени услови за њену примену;

- да се радна места лекара у домовима здравља приликом израде акта о процени ризика утврде као радна места са повећаним ризиком и на тај начин омогући скраћено радно време за лекаре запослене у домовима здравља;

- да се организује састанак са директорима здравствених установа на секундарном и терцијарном нивоу у циљу поштовања одредбе којом се омогућава осигураном лицу да, на основу упута изабраног лекара, има право на контроле у овим установама у трајању од шест месеци од дана јављања лекару специјалисти;

- да се упуту допис Министарству здравља којим би се тражило да се све специјализације у вези са јавним здрављем и менаџментом у систему здравствене заштите, које су добиле званичну акредитацију од стране надлежног министарства, признају кроз Правилник о специјализацијама и ужим специјализацијама здравствених радника и здравствених сарадника и кроз коефицијенте;

- да се упуту допис РФЗО-у којим ће се тражити измена садржаја и обима превентивних мера у области примарне здравствене заштите;

- на седници од 30. маја 2012. године дискутовано је о досадашњим активностима у вези са капитацијом и о предлогу Уговора о обављању послова изабраног лекара на који су дате одређене примедбе и предлози за његову измену и допуну;

- на седници од 19. септембра 2012. године донети су закључци да се покрене иницијатива за изједначавање цена пружања услуга у државном и приватном сектору и да се наставе активности у вези са изменама и допунама Уредбе о корективном коефицијенту;

На истој седници предложено је да се упуту допис здравственој инспекцији о незаконитом раду лекара који прегледају спортисте, а немају специјализацију из спортске медицине. Чланови одбора заузели су став да се и даље инсистира се на преиспитивању одлуке Града о продужењу радног времена, јер се показало да то нема никаквог ефекта, а са друге стране, за дужи рад добија се иста плата.

- на седници одржаној 23. новембра 2012. године предложено је да се затражи званична информација од Министарства здравља РС о резултатима рада Комисије за праћење примене капитације у примарној здравственој заштити. Дати су предлози на Нацрт Закона о заштити и унапређењу права пацијената.

ПОСЕБНИ ОДБОР ЗА СЕКУНДАРNU И ТЕРЦИЈАРNU ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ У ДРЖАВНОЈ ПРАКСИ у овом периоду одржао је једну седницу на којој је, уместо досадашњег председника др Миодрaгa Вукчевића, за новог председника изабран др Владимир Жугић. На истој седници донете су следеће одлуке:

- о покретању иницијативе за измену и допуну Уредбе о корективном коефицијенту којом би се предвидело да основица за обрачун плате лекара буде један;

- да се покрене иницијатива за измену и допуну Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе тако да се у делу „ТАБЕЛА МЕРЕ ИЗВРШЕЊА“, мере извршења дефинишу према квалитету и сложености послова,

- да се покрене иницијатива за испитивање уставности и законитости Уредбе о корективном Коефицијенту; и инсистира да Комора заузме став у вези са Уредбом о корективном коефицијенту.

ПОСЕБНИ ОДБОР ЗА ПРИМАРНУ ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ У ПРИВАТНОЈ ПРАКСИ одржао је две седнице на којима су разматране досадашње активности одбора и даља стратегија у раду одбора.

- На седници одржаној 4. јуна 2012. године, др Зорица Динић, председница одбора, информисала је чланове о досадашњим активностима одбора које су се односиле на: залагање да приватна пракса буде укључена у мрежу здравствених установа, како постојају тако и убудуће; склапање Уговора са РФЗО-ом о пружању здравствених услуга; залагање за именовање саветника у Министарству здравља који би био задужен за питања приватне лекарске праксе; укључивање представника приватне лекарске праксе у доношење законских прописа који се односе на приватну лекарску праксу; информисаност чланства Коморе о раду посебних одбора; иницијативу за израду протокола лечења; укључивање лекара из приватне лекарске праксе у унутрашњи и спољни надзор приватних здравствених установа; стварање адресара приватних здравствених установа и лекара запослених у приватном сектору; бољу информисаност базе чланстава о томе шта одбори раде; достављање Управном одбору ЛКС предлога за измену и допуну Правилника о ближим условима за отварање здравствених установа; залагање за примену прописа који се односе на право приватне праксе на изабраног лекара и на концесије.

- На седници од 25. јуна 2012. године донети су следећи закључци: од Стручне службе и Скупштине РЛК треба тражити одговор на питање докле се стигло са предлозима које је упуту овај Одбор, а тичу се измене и допуне Правилника о ближим условима за обављање приватне лекарске праксе; имајући у виду чињеницу да позитивни прописи дозвољавају пацијентима да изаберу лекаре из приватне праксе, треба поставити питање надлежнима, зашто се то право не користи; предложити надлежнима да у Служби инспекцијског надзора буде и представник приватне лекарске праксе; затражити јасан став о консултативном раду лекара, који нису наставно особље; затражити информацију о разговорима у Министарству здравља о постављењу помоћника министра из приватне лекарске праксе и са представницима РФЗО о склапању уговора за већи број услуга у приватној пракси; урадити адресар приватне лекарске праксе, посебно Београда и посебно целе Србије, да би се сазнало који је тачан број ординација и лекара запослених у приватној пракси.

ПОСЕБНИ ОДБОР ЗА СЕКУНДАРNU И ТЕРЦИЈАРNU ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ У ПРИВАТНОЈ ПРАКСИ одр-



прихваћена. У сва три случаја, одржан је састанак Комисије са странкама ради вансудског решавања спора. Како нису постигнути споразуми између страна у спору, настављени су поступци пред Првостепеним судом части РЛКБ.

АКРЕДИТОВАНИ ПРОГРАМИ

У периоду 1. јануара до 31. децембра 2012. године, уз подршку Регионалне лекарске коморе Београда реализовано је 26 предавања из девет акредитованих програма континуиране медицинске едукације (даље: КМЕ), на којима је присуствовало укупно 4.588 лекара.

13. и 14. децембра 2012. године, уз подршку Регионалне лекарске коморе Београда, одржана је Конференција о здрављу лекара која је обухватала Симпозијум „Здравље лекара“ и Курс прве категорије „Ефекти психосоцијалног стреса на здравље и могућност превенције“. Конференција је одржана и Дому гарде на Топчидеру и укупно је присуствовало 2.094 лекара.

ДАНИ МЕДИЦИНСКЕ ДИЈАСПОРЕ

У оквиру Конференције Дани српске медицинске дијаспоре која је одржана 4–6. октобра 2012. године, учествовало је укупно 1.054 лекара, од тога 597 лекара из Регионалне лекарске коморе Београда.

• У периоду од 1. јануара 2012. године до 31. децембра 2012. године примљено је четири стотине тридесет и три (433) захтева за упис у Именик Лекарске коморе Србије уз потребну документацију. Од 433 примљена захтева, 306 је испунило услове и за издавање лиценце, а 127 само за упис.

• Такође је у наведеном периоду од стране раније уписаних доктора медицине поднето 598 захтева за израду лиценце или новог лиценчног листа, исто толико је урађено и Решења о постојању услова за издавање лиценци.

• По основу примљених захтева и одлука Извршног одбора донето је девет Решења о постојању услова за издавање привремене лиценце и издато исто толико привремених лиценци.

ЈАНУАР			
Тема предавања	Датум одржавања	Место одржавања	Број присутних
1 Кретање може да замени многе лекове	24. 01. 2012.	Општина Стари град	144
2 Дегенеративне болести коштаног система	25. 01. 2012.	ДЗ Вождовац	84
3 Дегенеративне болести коштаног система	28. 01. 2012.	ДЗ Чукарица	202

ФЕБРУАР			
Тема предавања	Датум одржавања	Место одржавања	Број присутних
4 Лекарска грешка и осигурање	08. 02. 2012.	ВМА	98
5 Дегенеративне болести коштаног система	11. 02. 2012.	ДЗ Стари град	73

МАРТ			
Тема предавања	Датум одржавања	Место одржавања	Број присутних
6 Дегенеративне болести коштаног система	03. 03. 2012.	ДЗ Врачар	104
7 Дегенеративне болести коштаног система	10. 03. 2012.	ДЗ Лазаревац	108
8 Кретање може да замени многе лекове	10. 03. 2012.	ДЗ Обреновац	102
9 Дегенеративне болести коштаног система	17. 03. 2012.	ДЗ Савски венац	87

АПРИЛ			
Тема предавања	Датум одржавања	Место одржавања	Број присутних
10 Кретање може да замени многе лекове	06. 04. 2012.	ДЗ Лазаревац	87
11 Дегенеративне болести коштаног система	25. 04. 2012.	ДЗ Гроцка	84

МАЈ			
Тема предавања	Датум одржавања	Место одржавања	Број присутних
12 Лекарска грешка и осигурање	09. 05. 2012.	ДЗ Чукарица	202
13 Дегенеративне болести коштаног система	12. 05. 2012.	ДЗ Обреновац	145
14 Кретање може да замени многе лекове	23. 05. 2012.	ДЗ Ковачица	32
15 Психонкологија	30. 05. 2012.	ДЗ Стари град	93

ЈУН			
Тема предавања	Датум одржавања	Место одржавања	Број присутних
16 Дегенеративне болести коштаног система	01. 06. 2012.	ДЗ Палилула	104
17 Насиље међу младима и спречавање суицида младих	09. 06. 2012.	ДЗ Нови Београд	77
18 Дегенеративне болести коштаног система	23. 06. 2012.	ДЗ Раковица	53

ОКТОБАР			
Тема предавања	Датум одржавања	Место одржавања	Број присутних
19 Принцип рехабилитације хроничних болесника	24. 10. 2012.	КБЦ Земун	97
20 Насиље међу младима и спречавање суицида младих	27. 10. 2012.	ДЗ Нови Београд	62
21 Лекарска одговорност – етички, кривични и грађанско-правни аспекти	30. 10. 2012.	КБЦ „Др Драгиша Мишовић“	92
22 Психонкологија	31. 10. 2012.	Завод за здравствену заштиту радника „Железнице Србије“	54

НОВЕМБАР			
Тема предавања	Датум одржавања	Место одржавања	Број присутних
23 Лекарска одговорност – етички, кривични и грађанско-правни аспекти	10. 11. 2012.	Институт за здравствену заштиту мајке и детета	136

ДЕЦЕМБАР			
Тема предавања	Датум одржавања	Место одржавања	Број присутних
24 Принципи рехабилитације хроничних болесника	04. 12. 2012.	КБЦ „Др Драгиша Мишовић“	174
25 Здравље лекара	13. 12. 2012.	Дом гарде Топчидер	1036
26 Ефекти психосоцијалног стреса на здравље и могућност превенције	14. 12. 2012.	Дом гарде Топчидер	1058

Укупно присутних	4588
------------------	------



Професионалност је резултат интеракције индивидуалних фактора, фактора организације рада и клиничке аутономије, те карактеристике радног места и посла, односно лекарске праксе.

Професионализам захтева потпуну преданост својој професији. Професионалци стога живе од своје професије (свог рада) и због тога треба да су адекватно материјално награђени.

И друга документа, прописи (водичи добре праксе, протоколи лечења, клинички путеви) повећавају степен професионалног деловања, смањују могућност професионалне грешке и санкције, али не смеју елиминисати оптимални степен личног учешћа, индивидуалност и аутентичност.

Професионализам се заснива на: аутономији (самосталност у одлучивању о примени знања и вештине), – сопственом ауторитету (који обезбеђује поверење и сигурност пацијента) и – алтруизму (потпуну посвећеност пацијенту).

Ауторитет лекара је важан ради успостављања односа поверења, а произлази из изграђеног професионалног идентитета, који је настао комбинацијом личних својстава лекара (топлина, емпатичност, аутентичност) стеченог професионалног знања и искуства и поштовања етичких принципа.

Професионална етика је скуп правила о понашању припадника поједине професије. Професионална етика лекара (Кодекс медицинске етике) регулише однос према пацијентима, према колегама и поштовања прописа, односно правила струке. Поред професионалне етике лекар поштује и правила индивидуалне и друштвене етике (друштвене норме), јер ни лекар ни пацијент нису изоловани из социјалне средине.

На предлог председнице Посебног одбора за медицинску етику Регионалне лекарске коморе Београда, у жељи да се у 2013. баве питањима која су од интереса за чланство:

Посебни одбор за медицинску етику Регионалне Лекарске коморе Београд (ПО за медицинску етику РЛКБ) отворен је за све Ваше коментаре, сугестије и питања.

Наша адреса је:
rlkbeograd@gmail.com, назначите:
За ПО за медицинску етику РЛКБ

Спец. др мед. Снежана
Кузмановић

НАЈЧЕШЋЕ ПОСТАВЉАНА ПИТАЊА И ОДГОВОРИ У ВЕЗИ СА КОНТИНУИРАНОМ МЕДИЦИНСКОМ ЕДУКАЦИЈОМ

Без богова нема обнове лиценце

Питање 1:

Да ли су лекари који не обављају здравствену делатност, лекари који су у пензији, лекари који су на специјализацији и лекари који су незапослени у обавези да присуствују програмима Континуиране медицинске едукације и сакупљају бодове?

Одговор:

Чланом 8 Правилника о ближим условима за издавање, обнављање и одузимање одобрења за самостални рад (Правилник објављен у службеном гласнику РС број 40/2010) предвиђено је да се лекару, без обзира на тренутно запослење, може обновити лиценца ако је у периоду важења лиценце у поступку континуиране едукације сакупио одговарајући број бодова.

Питање 2:

Колико бодова треба да сакупи лекар у току једне календарске године?

Одговор:

Сваки лекар је у обавези да, за сваку годину важења лиценце сакупи 24 бода. Година важења лиценце се, најчешће, не поклапа са календарском годином. Сваки лекар мора обратити пажњу на датум издавања лиценце и од тог датума рачунати годину важења лиценце. Пример: ако је лиценца издата 18. марта 2013. године лекар је дужан да до 18. марта 2014. године сакупи 24 бода.

Питање 3:

У којим случајевима је лекар ослобођен сакупљања бодова?

Одговор:

Лиценцираном лекару се, под одређеним условима, може продужити рок за сакупљање бодова, али се ниједан лиценцирани лекар не може ослободити сакупљања бодова.

Чланом 13 Правилника о ближим условима за издавање, обнављање и одузимање одобрења за самостални рад предвиђено је да лекарима који су:

1) На одлуке војног рока

2) Упућени на рад у иностранство од стране послодавца или у оквиру међународно-техничке, просветно-културне сарадње, у дипломатска, конзуларна или друга представништва

3) Изабрани, односно именовани, на функцију у државном органу, синдикату, политичкој организацији или на другу јавну функцију чије вршење захтева да привремено престане даљи рад код послодавца

Лекарима који су на боловању дужем од шест месеци, трудничком, породичком или одсуству ради неге детета, рок за испуњавање услова за обнављање лиценце продужава за период за који су трајали наведени разлози.

Питање 4:

Да ли се бодови могу преносити из године у годину?

Одговор:

Чланом 10 Правилника о ближим условима за издавање, обнављање и одузимање одобрења за самостални рад предвиђено је да, ако лекар у периоду важења лиценце сакупи

СУДОВИ ЧАСТИ >>>>>>>>>>>>>>>>>>

АКТИВНОСТИ СУДОВА ЧАСТИ РЛК И ВРХОВНОГ СУДА ЧАСТИ ЛКС
У ТОКУ 2012. ГОДИНЕ

ПРЕД СУДОВИМА
ЧАСТИ РЛК
616 ПРЕДМЕТА

**// ПОДНЕТО ЈЕ 75 НОВИХ ПРЕДЛОГА ЗА ПОКРЕТАЊЕ ПОСТУПКА ПРЕД
ПРВОСТЕПЕНИМ СУДОВИМА ЧАСТИ // ПОСЛОВНИК О РАДУ СУДОВА ЧАСТИ
УСКЛАЂЕН СА ИЗМЕЊЕНИМ СТАТУТОМ ЛКС // ОРГАНИЗОВАНО ВИШЕ СТРУЧНИХ
ПРЕДАВАЊА ЗА СУДИЈЕ СУДОВА ЧАСТИ //**

Судови части регионалних лекарских комора, као првостепени судови и Врховни суд части Лекарске коморе Србије, као другостепени суд су у току 2012. године, а у смислу извршавања овог јавног овлашћења, односно повереног посла према одредбама Закона о коморама здравствених радника, углавном су редовно обављали своју функцију.

Према приложеним подацима из судова части регионалних лекарских комора (изузев Регионалне лекарске коморе за Косово и Метохију, где није поднет ни један предлог за покретање поступка), од почетка рада Судова части у РЛК, па до 1. јануара 2012. године било је укупно укупно 541 предмета који су били у раду (у РЛК Београда 259, у РЛК Војводине 80, РЛК за југоисточну Србију 114 и РЛК за централну и западну Србију 88 предмета).

У току 2012. године поднето је укупно 75 нових предлога за покретање поступка пред првостепеним судовима части и то у РЛК Београда 40, у РЛК Војводине седам, РЛК за југоисточну Србију - 15 и РЛК за централну и западну Србију - 13 предмета, чиме је укупан број предмета пред судовима части РЛК у саставу Лекарске коморе Србије достигао број од 616 предмета, а на дан 31. децембра 2012. године.

ВРХОВНИ СУД
ЧАСТИ ЛКС

Врховни суд части Лекарске коморе Србије је у току 2012. године разматрао и одлучивао о жалбама на одлуке првостепених Судава части у осам предмета и то:

1. У четири предмета Суд је одбио жалбу као неосновану и потврдио ослобађајућу одлуку првостепеног Суда части;
2. У три предмета је жалба је одбијена као неоснована и потврђена је осуђујућа одлука првостепеног Суда части;
3. У једном случају Врховни суд части одбио је жалбу као неосновану, а жалба се односила на део о трошковима поступка, првостепене ослобађајуће одлуке.

Овде је интересно напоменути да је у 2012. години (према подацима достављеним из РЛК Војводине) Суду части ове РЛК достављено седам предлога, од чега је у једном случају констатовано да не постоје формални услови, а „...у шест наведених предмета који испуњава-

ју формалне услове испуњава није
ни зајочетиа јер се Суд није саста-
јао...“.

Осим тих редовних активности, судије првостепених судова части РЛК и Врховног суда части ЛКС су размотриле и припремиле, а Врховни суда части ЛКС на својој општој седници која је одржана 30. маја 2012. године у Београду, усвојио пречишћени текст Пословника о раду судова части РЛК и Врховног суда части ЛКС, односно, у складу са обавезом из члана 252. Статута Лекарске коморе Србије, извршио усклађивање овог Пословника са измењеним Статутом ЛКС.

Такође, Врховни суд части је у сарадњи са Удружењем за медицинско право Србије, у марту 2012. године, у просторијама УМПС организовао стручно предавање на тему: „Одговорност лекара због непоштовања воље пацијента да га оперише изабрани доктор“.

Исто tako, у марту 2012. године у Хотелу „М“ у Београду је организован и одржан дводневни симпозијум који се односио на обуку судија Судова части, а у сарадњи Врховног суда части са Лекарском комором Србије, Правосудном академијом и Удружењем за медицинско право Србије.

У септембру 2012. године, у организацији „ЕУРОСФЕРА“ агенције за

СУДОВИ ЧАСТИ >>>>>>>>>>>>>>>>>

Такође, у септембру 2012. године у просторијама Удружења за медицинско право Србије одржано је и предавање на тему: „Дужност лекара да обавести пацијента о ризици-

Коначно, узевши у обзир укупне капацитете у РЛК и ЛКС који ста-

Секретар
Врховног суда части ЛКС
Желько Милић,
Председник
Врховног суда части ЛКС
др Слободан Ковачевић

Извештај о броју предмета
пред Судовима части у 2012. години,
а који за предмет имају повреде
етичкої кодекса

УКУПАН БРОЈ НОВИХ ПРЕДМЕТА						
Година	РЛК Београда	РЛК Војводине	РЛК за југоисточну Србију	РЛК за централну и западну Србију	РЛК за Косово и Метохију	УКУПНО
2009	127	24	31	40	0	222
2010	72	40	58	25	0	195
2011	60	16	25	23	0	124
2012	40	7	15	13	0	75
УКУПНО	299	87	129	101	0	616
ОД ТОГА – ПРЕДМЕТИ У ВЕЗИ СА ПОВРЕДОМ ОДРЕДАБА КОДЕКСА						
Година	РЛК Београда	РЛК Војводине	РЛК за југоисточну Србију	РЛК за централну и западну Србију	РЛК за Косово и Метохију	УКУПНО
2009	80	6	5	23	0	114
2010	47	21	10	11	0	89
2011	48	3	5	17	0	73
2012	28	4	5	10	0	47
УКУПНО	203	34	25	61	0	323



ПОСЕБНИ ПОДАЦИ						
Број предмета по врстама повреда Кодекса професионалне етике ЛКС	РЛК Београда	РЛК Војводине	РЛК за југоисточну Србију	РЛК за централну и западну Србију	РЛК за Косово и Метохију	УКУПНО
Основна начела Кодекса (једнакост полова, нација, вероисповести...) – чл. 1. – 11. Кодекса	1	0	1	20	0	22
Лекарске и професионалне тајне – чл. 19. Кодекса	2	0	0	1	0	3
Принудно лечење – чл. 30. – 31. Кодекса	3	0	1	1	0	5
Рад лекара вештака – чл. 38. – 39. Кодекса	10	4	5	6	0	25
Однос лекара и пацијента – чл. 40. – 49. Кодекса:		22		23		45
• понашање према пацијенту	37		5			42
• лекарска одговорност (дијагноза, дијагностички поступци, лечење ... смртни исход)	113		1			114
Посебна брига о деци – чл. 46. Кодекса	3	0	0	1	0	4
Однос према пацијентовим ближњим (према родбини и породици) – чл. 50. Кодекса	11	2	5	4	0	22
Међусобни однос лекара – чл. 66. – 72. Кодекса	23	6	7	5	0	41
УКУПНО	203	34	25	61	0	323





кументацију достављену од стране подносиоца предлога и оне које су прибављене по службеној дужности и извео је доказ саслушањем Маријане Радивојевић у својству оштећене, па је ценећи изведене доказе, како сваки посебно, тако и све у њиховој међусобној повезаности, судско Веће одлучило као у изреци ове одлуке.

Увидом у медицинску документацију КБЦ „Др Драгиша Мишовић“ потврђени су наводи оштећене, а што ни др Бјеговић не спори, да се у наведеним, критичним данима са својим дететом налазила у просторијама Болнице следећи упутства лекара са претходних прегледа. Дана 13.02.2012. год. у ординацију бр. 4. их је увела др Церовић, па их је само на кратко оставила саме у истом простору. Неспорно је и то да је овај простор предлагач морао да напусти на интервенцију др Бјеговића.

Суд сматра да није кривица пацијента, односно мајке пацијента да је дошло до прекорачења термина коришћења ординације од стране др Церовић, односно да су ушли у термин резервисан за др Бјеговића. Ако је неко пацијента и његову пратњу требао да премести у другу ординацију, то није требао да уради др Бјеговић, већ др Церовић, лекар чија је контрола у поменутој ординацији била у току. Самим чином да је др Бјеговић удаљио пацијента из ординације у одсуству ординирајућег лекара, чији преглед још није у потпуности завршен, можда несвесно али сигурно је иницирао конфликт са пацијентовим родитељима. Када је још, како је и сам признао, коментарисао учесталост прегледа и бесплатну здравствену заштиту, морао је да буде свестан да ће увредити пацијентову мајку. Суд сматра да након тог „неспоразума“, како сам доктор назива вербални сукоб од претходног дана, да је хтео да смири ситуацију и да се извини предлагачу, никако није смео да гласним коментаром провоцира мајку пацијента, нарочито што се она том приликом није њему обраћала. Расправа, коментари и добављивање пацијенту или пацијентовој родбини неспојиви су са лекарским позивом и чувањем угледа професије.

Суд у потпуности верује исказу оштећене, Маријане Радивојевић, јер је логична и доследна. Пошто раније није познавала др Бјеговића, није имала разлога да га оптужи за нешто што се није десило, није имала никакве предрасуде према њему, а нема ни користи од овог поступак, па нема разлога да не говори истину.

Др Владан Бјеговић, иако тврди да мајка преувеличава цео случај и да је то само био неспоразум, нити у поступку пред својим руководиоцем нити у овом поступку пред Судом части није покушао да се суочи са њом и да непосредним контактом разјасни ситуацију. Др Бјеговић дакле, са недоласком на заказано рочиште сам себе лишио могућности одбране.

На основу горе изнетог Суд сматра да је утврђено да је спец. др. мед. Владан Бјеговић учинио повреду угледа члана Коморе на у изреци описан начин.

Суд сматра да изречена мера адекватна учињеном делу.

Одлука о трошковима није донета.

На основу горе изнетог одлучено је како у изреци.

Поука о правном леку

На основу чл. III. Статута против ове одлуке може се поднети жалба **Врховном суду части Лекарске коморе Србије** у року од **15 дана** од дана пријема исте. Жалба се доставља преко овог Суда.

Председник судског Већа

Спец. др. мед. прим. Јелица Поповић

Број: Дж – 20 – 3/2013

Београд, 25. фебруар 2013. године

Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије, именовано решењем председника Врховног суда части Лекарске коморе Србије бр. 275/2013 од 08. фебруара 2013. године у следећем саставу: проф. др Слободан Ковачевић, председник већа и проф. др Борисав Јанковић, др Милан Парезановић, др Славица Ђуровић Младеновић и др Мирослава Јевтић, чланови већа, одржало је 21. фебруара 2013. године у Београду нејавну седницу, а поводом разматрања и одлучивања по жалби бр. Ди – 13 – 52/2012, коју је 05. фебруара 2013. године поднео предлагач – Етички одбор Лекарске коморе Србије, а против Одлуке мешовитог Већа Суда части број Ди – 13 – 30/2012, која је донета у Регионалној лекарској комори Београда дана 09. јануара 2013. године, а на основу одредаба из члана 246. и члана 247. Статута Лекарске коморе Србије, дана 21. фебруара 2013. године донело следећу

ОДЛУКУ

1. УВАЖАВА СЕ у целости жалба бр. Ди – 13 – 52/2012 од 04. фебруара 2013. године, коју је 05. фебруара 2013. године поднео Етички одбор Лекарске коморе Србије, а против Одлуке мешовитог Већа Суда части број Ди – 13 – 30/2012, која је донета у Регионалној лекарској комори Београда дана 09. јануара 2013. године, а у поступку за утврђивање дисциплинске одговорности проф. др Александра Димића и доц. др Драгана Ђорђевића, као чланова Лекарске коморе Србије, а по предлогу Етичког одбора Лекарске коморе Србије, као основана;

2. ПРЕИНАЧУЈЕ СЕ Одлука мешовитог Већа Суда части број Ди – 13 – 30/2012, који је донета у Регионалној лекарској комори Београда дана 09. јануара 2013. године и утврђује се да су **проф. др Александар Димић и доц. др Драган Ђорђевић ОДГОВОРНИ** за:

– под 1) за повреде угледа члана Коморе из одредаба чл. 47. ст. 1. т. 2. и 4. Статута Лекарске коморе Србије, у вези са чл. 5. ст. 4. и чл. 66. ст. 1. Кодекса професионалне етике Лекарске коморе Србије; дужности из одредаба чл. 47. ст. 1. т. 7. Статута ЛКС, по основу непоштовања и неизвршавања одлука органа Лекарске коморе Србије и одредаба Статута ЛКС;



да ли је код спонзора инсистирао да проф. др Марина Дељанин Илић не буде главни истраживач у предметним предложеним (и одобреним) студијама – клиничким испитивањима лекова, а на какво поступање директор здравствене установе у сваком случају нема право и што је, по оцени предлагача, понашање члана Лекарске коморе Србије које знатно нарушава углед, како предметне здравствене установе, тако и лични и професионални углед члана Коморе којег је (за предметну студију – клиничко испитивање лекова) спонзор студије већ предложио уз достављени предлог за обављање такве студије, а у коначној консеквенци битно нарушава и углед члана Лекарске коморе Србије – самог проф. др Александра Димића, који је (како је то пријављено и како то произилази из приложених транскрипата телефонске комуникације са дотичним спонзорима) такве предлоге предочио предметним спонзорима.

Наводе из образложења оспорене Одлуке којима се наводи да је проф. др Александар Димић у свом исказу на главној расправи навео и да се: „... у конкретном процесу ради о злоупотреби положаја Скупишћине ЛКС од стране ошћене – проф. др Марине Дељанин – Илић, да би се дошло до остварења одређених личних циљева, уклањање њега са места директора Института, ово им пре, што је локални, надлежни Суд части у Нишу је заобиђен...“ – ово Веће Врховног суда части није узимало у обзир јер је то потпуно правно ирелевантна чињеница у односу на повреду Статута и Кодекса које су проф. др Александру Димићу стављене на терет.

Такође, ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је прихватило наводе жалиоца – Етичког одбора ЛКС, којима наводи да првостепено Веће Суда части ЛКС, при разматрању чињеница у овом случају и доношења оспорене одлуке пропустило да утврди битну, кључну чињеницу – да ли је и на који начин проф. др Александар Димић контактирао спонзоре предметне студије лекова и да ли је од спонзора тражио да проф. др Марина Дељанин Илић не буде главни истраживач, као и да посебно цени чињеницу да се проф. др Александар Димић понео на овако некоректан и неетичан начин, при томе апсолутно излазећи из делокруга овлашћења директора здравствене установе у конкретном случају.

Такође, ово Веће Врховног суда части ЛКС је оценило да овако понашање проф. др Александра Димића којим је до краја избегавао и коначно и избегао да пружи директан и потпун одговор на конкретна питања органа Лекарске коморе Србије – Етичког одбора ЛКС о томе да ли је у наведена времена био у личном контакту са спонзорима предметних истраживања и да ли је код њих инсистирао да проф. др Марина Дељанин Илић не буде главни истраживач (како су то спонзори и предлагали). Ово Веће је закључило да је проф. др Александар Димић, на овакав начин испољио понашање којим игнорише и омаловажава овај орган ЛКС, те да је његова одговорност као руководиоца здравствене установе – Института за лечење и рехабилитацију «Нишка бања» утолико већа јер он својим понашањем и личним примером, с обзиром на свој положај, треба да представља позитиван пример својим потчињеним, овде конкретно лекарима члановима ЛКС.

Даље, у образложењу овакве Одлуке, првостепено (мешовито) Веће наводи да је цео исказ проф. др Марине

Дељанин Илић протумачило веома површно и погрешно (без утврђивања конкретних чињеница) као: „...субјективни осећај...“, а да је такође потпуно површно и погрешно (без било какве провере, било каквог претходног контактирања актера предметне комуникације и сл.) закључило да приложени докази о телефонској и електронској комуникацији – кореспонденцији: „... од 08. и 13. децембра 2010. године и белешку о обављеном телефонском разговору од 08.04.2011. год. Суд је утврдио да исти не представљају писани документи са доказном снагом...“, а затим само Веће и закључује: „... јер нису сачињени од стране актера целој случајности су упућени њима, а није ни доказана аутентичност истих...“.

Поред тога, првостепено Веће овог Суда части у РЛК Београда, је приликом достављања предметне жалбе и свих списа овог предмета Врховном суду части ЛКС на даљу надлежност, дана 08. фебруара 2013. године, под бр. Ди – 13 – 56/2012 доставило и свој писани коментар наводи из жалбе, где под тачком 1) објашњава да; „...битну и кључну чињеницу – да ли је и на који начин проф. др Александар Димић контактирао спонзоре предметне студије лекова и да ли је од спонзора тражио да проф. др Марина Дељанин Илић не буде главни истраживач...“ овај суд није утврдио, али тврди да то ни предлагач, нити било ко други „...није ни тражио...“, односно да „...Суд не може да утврди истинитост «чињенице», коју нико у шоку поседује као «чињеницу» није изнео...“. Ово Веће Врховног суда части констатује да је представка проф. др Марне Дељанин Илић, која је упућена Етичком одбору ЛКС управо садржала писану тврдњу оваквог понашања проф. др Александра Димића, у прилогу је доставила и 3 транскрипта о овим контактима, које су јој спонзори доставили.

Такође, након спорних контаката са проф. др Димићем, захтев да се ова чињеница дефинитивно утврди и докаже, је један од темељних захтева које је Етички одбор ЛКС својим предлогом за покретање поступка овом Суду части и доставио. Наиме, очигледно је из укупних списа овог предмета да проф. др Александар Димић је (и поред инсистирања и више писаних ургенција Етичког одбора ЛКС) коначно успео да избегне одговор на најконкретнија питања ЕО ЛКС, односно да ли је контактирао спонзоре клиничких студија које је Етички одбор Установе већ одобрио, да ли је захтевао да се главни истраживач (проф. др Марина Дељанин Илић) промени и, ако јесте, из којих разлога? Ово Веће Врховног суда части сматра да не првостепено (мешовито) Веће било обавезно да овакве чињенице учини неспорним. Такође, ово Веће сматра да проф. др Александар Димић јесте контактирао спонзоре клиничких студија које је Етички одбор Установе већ одобрио и јесте захтевао да се главни истраживач (проф. др Марина Дељанин Илић) промени, јер у супротном, у току доказног поступка је такве тврдње (уколико су нетачне) могао без проблема да оспори.

И доц. др Драган Ђорђевић је, на исти начин избегао да одговори на конкретно питање – да ли је био упознат са оваквим контактима између спонзора и проф. др Александра Димића поводом предметних клиничких студија. А даља одбрана доц. др Драгана Ђорђевића, да тражену одлуку и тражене одговоре Етичком одбору ЛКС није дао јер су тражени од њега лично, а не од Етичког одбора Установе, нема правно утемељење. Наиме,

Етички одбор Лекарске коморе Србије се у оба случаја обратио редовним члановима Лекарске коморе Србије и као један од највиших органа Коморе, у складу са својим овлашћењима из Закона о коморама здравствених радника и Статута Лекарске коморе Србије, затражио одређене исказе и документацију. У смислу одредаба поменутог закона и статута, сви чланови Лекарске коморе Србије су обавезни да поступе у складу са постављеним захтевом. Уосталом, то је и део свечане изјаве коју су дали приликом учлањења у комору и приликом стицања лиценце за самосталан рад.

У том смислу, став у поменутом изјашњењу првостепеног Већа на жалбу и покушај свођења евентуалне одговорности за игнорисање постављених захтева од стране Етичког одбора ЛКС само на доц. др Драгана Ђорђевића, а због недостављања тражене предметне Одлуке Етичког одбора Уставне – Етичком одбору Лекарске коморе Србије није правно утемељен. Ово Веће сматра да су и проф. др Александар Димић и доц. др Драган Ђорђевић, обојица као редовни чланови Лекарске коморе Србије, у овом случају показали сопствено понашање које је испод нивоа етичности који је неопходно да поседује сваки члан Лекарске коморе Србије. Својим конкретним понашањем, све до краја овог поступка, обојица су показали однос према највишим органима Лекарске коморе Србије који се не може нити сме толерисати. Обојица су евидентно показала елементарно и умишљајно непоштовање ауторитета Лекарске коморе Србије и њених институција, чиме је евидентно да су починили повреду описану у одредби члана 47. став 1. тачке 6. и 7. Статута Лекарске коморе Србије.

Жалилац оправдано сматра да је проф. др Александар Димић, на овакав начин озбиљно и дубоко повредио и углед саме институције – Лекарске коморе Србије и то описаним односом (у континуитету) према својој колегиници – члану Коморе, као и свесним и намерним избегавањем (у више наврата) директног и потпуног одговора на конкретна питања органа Лекарске коморе Србије – Етичког одбора ЛКС чиме је манифестовао непоштовање овог органа ЛКС па самим тим и ЛКС у целини.

Након детаљног разматрања предметне жалбе, свих изведених доказа у достављеним списима овог предмета, како појединачно, тако и у њиховој међусобној повезаности, Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је поуздано закључило да су сви наводи из предметне жалбе основани у целости.

Имајући све напред наведено у виду, ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије сматра да је, поред правилног закључивања и доношења исправне и праведне одлуке у овом поступку, поред примарног и конкретног ефекта такве одлуке на непосредне учеснике овог поступка, од посебне важности и тзв. „генерална превенција“ у конкретној ситуацији, односно утицај на све чланове Лекарске коморе Србије у смислу недвосмисленог указивања на њихове обавезе поштовања свих организационих, правних и етичких норми на којима Лекарска комора Србије заснива своју организацију, своје деловање и своје постојање. Недопустиво је толерисање игнорисања захтева органа Лекарске коморе Србије од стране било којег од њених чланова, као што је, такође, недопустив, однос између лекара – колега и сарадника, на начин како се то очигледно показало у току овог поступка.

Из свих напред наведених разлога, Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је донело одлуку да се предметна жалба Етичког одбора Лекарске коморе Србије усвоји у целости и да се оспорена Одлука првостепеног (мешовитог) Већа Суда части у Регионалној лекарској комори Београда Ди - 13 - 30/2012 преиначи на начин како је то у диспозитиву ове одлуке и наведено.

председник Већа
Врховни суд части Лекарске коморе Србије
проф. др Слободан Ковачевић,

ДОСТАВЛЈЕНО:

- Етички одбор ЛКС, 11000 Београд, Краљице Наталије бр. 1 – 3;
- проф. Др Александар Димић, Ниш
- доц. Др Драган Ђорђевић, Ниш
- Суд части у РЛК Београда, 11000 Београд, Краљице Наталије бр. 1 – 3;
- а/а

Број: Дж – 21 – 3/2013
Београд, 25. фебруар 2013. године

Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије, именовано решењем председника Врховног суда части Лекарске коморе Србије бр. 273/2013 од 08. фебруара 2013. године у следећем саставу: проф. др Слободан Ковачевић, председник већа и проф. др Борисав Јанковић, др Милан Парезановић, др Славица Ђуровић Младеновић и др Мирослава Јевтић, чланови већа, одржало је 21. фебруара 2013. године у Београду нејавну седницу, а поводом разматрања и одлучивања по жалби коју је 05. фебруара 2013. године поднео предлагач – Етички одбор Лекарске коморе Србије, а против Одлуке мешовитог Већа Суда части број Ди – 17 – 31/2012, која је донета у Регионалној лекарској комори Београда дана 15. јануара 2013. године, а на основу одредаба из члана 246. и члана 247. Статута Лекарске коморе Србије, дана 21. фебруара 2013. године донело следећу

ОДЛУКУ

1. УВАЖАВА СЕ у целости жалба бр. Ди – 17 – 51/2012 од 04. фебруара 2013. године, коју је 05. фебруара 2013. године поднео Етички одбор Лекарске коморе Србије, а против Одлуке мешовитог Већа Суда части број Ди – 17 – 31/2012, која је донета у Регионалној лекарској комори Београда дана 15. јануара 2013. године, а у поступку за утврђивање дисциплинске одговорности проф. др Бранислава Перића, као члана Лекарске коморе Србије, а по предлогу Етичког одбора Лекарске коморе Србије, као основана;



2. ПРЕИНАЧУЈЕ СЕ Одлука мешовитог Већа Суда части број Ди – 17 – 31/2012, која је донета у Регионалној лекарској комори Београда дана 15. јануара 2013. године у ставу I) Одлуке и утврђује се да је решење о постојању основане сумње – захтев за покретање поступка пред Судом части бр. Ди – 17 – 262/2012, од 22. маја 2012. године **БЛАГОВРЕМЕН**, као и да је проф. др Бранислав Перин **ОДГОВОРАН** за повреде професионалне дужности из одредаба чл. 47. ст. 1. т. 7. Статута ЛКС, по основу непоштовања и неизвршавања одлука органа Лекарске коморе Србије и одредаба Статута ЛКС;

3. ПРЕИНАЧУЈЕ СЕ Одлука мешовитог Већа Суда части број Ди – 17 – 31/2012, која је донета у Регионалној лекарској комори Београда дана 15. јануара 2013. године у ставу II) Одлуке и утврђује се да је проф. др Бранислав Перин **ОДГОВОРАН** и за повреде професионалне дужности из одредаба чл. 47. ст. 1. т. 7. Статута ЛКС, а по основу непоштовања Закона о јавним набавкама приликом набавки робе за потребе РЛК Војводина;

4. ИЗРИЧЕ СЕ проф. др Браниславу Перину (у смислу одредбе из чл. 240. ст. 1. т. 1. Статута ЛКС) дисциплинска мера

ЈАВНА ОПОМЕНА

5. Ова Одлука је **коначна**.

Образложење

Поступајући по наводима из жалбе коју је 05. фебруара 2013. године поднео Етички одбор Лекарске коморе Србије против Одлуке мешовитог Већа Суда части број Ди – 17 – 31/2012, која је донета у Регионалној лекарској комори Београда дана 15. јануара 2013. године, Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је констатовало следеће чињенице:

1. Поднета жалба је благовремена и дозвољена;

2. Предметну жалбу Етички одбор Лекарске коморе Србије је изјавио **због битне повреде одредаба овог поступка, због погрешно и непотпуно утврђеног чињеничног стања и због погрешне примене материјалног права**.

3. Даље, подносилац жалбе наводи да је: „...*првостепено Веће овој Суду части у РЛК Београда поштом погрешно закључило да је дело учињено 21. 02. 2011. године (отварање новог рачуна и пребацивање средстава), а немогућности располагања средствима РЛК Војводине од стране директора ЛКС Суд сматра као последицу, а не као изводено дело...*“, а подносилац предметне жалбе закључује да је: „...*проф. др Бранислав Перин неовлашћено и без сагласности директора ЛКС отворио нови текући рачун код Војвођанске банке и пребацио на њега сав новац са рачуна ЛКС – РЛК Војводине у периоду пре више од годину дана од дана подношења предметног предлога, али се не може издати правно и извршивостановно стање, које је настало овим нелегалним поштом проф. др Бранислава Перина – и који траје и дан данас!!! – сматрајући њимом последицом...*“. У наставку образложења ове жалбе, подносилац жалбе наводи да на овај начин проф. др Бранислав Перин у континуитету и перманентно одбија да промени ову

противправну ситуацију (ситуацију може једноставно да промени – позивањем директора ЛКС да депонује свој потпис на предметном рачуну или гашењем тог рачуна и враћањем новца на стари текући рачун у Интеза банци где и директор ЛКС и он, као председник РЛК Војводине имају депонован потпис) – па тако да и даље, у континуитету чини исту повреду професионалне дужности и угледа члана Коморе – и то свесно и намерно.

4. Подносилац жалбе посебно наглашава да: „...*Оваквом ситуацијом која је настала пре више од годину дана, а траје и даље директном намером проф. др Бранислава Перина, непосредно се подрива ауторитет и интегритет Лекарске коморе Србије у целини и свих њених органа...*“.

5. Подносилац жалбе закључује да одлука првостепеног Већа да се захтев (у овоме делу) одбија из разлога застарелости – једноставно заснован на нетачном закључку и да је правно неодржив.

6. Што се тиче, другог дела оспорене Одлуке првостепеног Већа Суда части, којом се: „...*услед недостижних доказа...*“ проф. др Бранислав Перин „...*ослобађа одговорности...*“ – подносилац жалбе наводи да тврди првостепеног Већа Суда части да није било доказа да је РЛК Војводине обављала набавке добара и услуга без спровођења прописаног поступка јавних набавки (што је недвосмислено одређено писаним тумачењем од стране тадашњег министра финансија Србије) – није тачна и то из више разлога:

– ове наводе није (у свом писаном изјашњењу на Захтев о покретању поступка, акт Ди – 17 – 221/2012 од 04. маја 2012. године, а ни у каснијим својим писаним изјавама) оспоравао ни сам проф. др Бранислав Перин. Наиме, он је само тврдио да су поменуте набавке обављане у складу са одлукама органа управљања РЛК Војводине и да у томе нема његове личне одговорности;

– да проф. др Бранислав Перин ничим није објаснио зашто ништа није предузео, као председник РЛК Војводине, да се такве противзаконите одлуке ставе ван снаге и да се такве набавке добара и услуга спрече у РЛК Војводине;

– да је проф. др Бранислав Перин, као председник РЛК Војводине био овлашћено лице које је за све такве набавке потписивало налоге за исплату (или је налоге потписивало лице које је он писменим путем овластио), те да је у потпуности био свестан правила која својим понашањем на овакав начин крши, тако да је немогуће је да он лично нема никакву одговорност за непоштовање прописа који регулишу систем јавних набавки;

– да Етички одбор ЛКС никако није орган који је овлашћен да обезбеђује и прикупља доказе у поступку припреме предлога, већ да је то задатак и овлашћење судије који спроводи истражне радње и судећег Већа Суда части које спроводи доказни поступак и предузима мере за прикупљање и обезбеђење доказа у конкретnoj ситуацији.

7. Подносилац предметне жалбе посебно указује и на још једну чињеницу – на лични однос проф. др Бранислава Перина према Лекарској комори Србије, свим њеним органима, па и том Суду части, јер: „...*се он ни у једном тренутку у шоку овој институцији није оглашавао позивима која Суду које је уредно примао и није пристигао ни на једно роциште за одржавање главне расправе. Уместо тога, дочекао је Одлуку Скупштине Ре-*



жане 18. марта 2011. године у Новом Београду и 17. маја 2011. године у Новом Саду, а ни сам проф. др Бранислав Перин (у свом писаном „...Изјашњењу о захтеву за покретање поступка пред Врховним судом части Лекарске коморе Србије...“ од 04. маја 2012. године, где наводи: „...не може се закључити које сам радње чињења и нечињења предузео у циљу наводног сјечавања органа РЛК Војводине, који су самостални у свом раду и у чије надлежности и овлашћења се никада као Председник РЛК Војводине нисам мешао, да примењују одредбе закона о јавним набавкама. Најомиљем да је, од момената доношења овакве одлуке Скупштине РЛК Војводине учествовала у посредству јавних набавки организованих од стране ЛКС...“) ничим не оспорава чињеницу да је РЛК Војводине све до краја маја 2011. године обављала набавке добара и услуга за своје потребе, а мимо спровођења поступка јавних набавки у систему ЛКС и да је тек након предметне одлуке Скупштине ЛКС од 17. маја 2011. године, приступила обједињеном планирању и спровођењу поступка јавних набавки за потребе ЛКС и свих РЛК у њеном саставу. У ствари, предметно Веће Врховног суда части ЛКС сматра да је ова чињеница у предметном поступку ноторна (да је не треба доказивати) и да је првостепено Веће Суда части морало ту чињеницу да узме у обзир и разматрање пре доношења оспорене одлуке, а не да констатује да по овом делу предлога „нема доказа“, те да проф. др Бранислава Перина ослободи од одговорности „...услед недостижних доказа...“.

2. Након укупног разматрања свих релевантних детаља и чињеница у овом поступку, оцене и процене свих изјава и докумената у овом предмету, те оцењујући све наводе из предметне жалбе, ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је закључило да разлози застарелости покретања поступка, који су наведени у оспореној одлуци мешовитог Већа Суда части у РЛК Београда не постоје, да је закључак првостепеног Већа да: „...је дело учињено 21.02.2012. год. (ошварење новог рачуна и пребацивање средстава), а да немогућност даље располања средствима РЛК Војводине од стране директора ЛКС Суд сматра као последицу, а не као продужено дело...“ правно и логички неодржив и да су наводи из предметне жалбе да: „...се не може проширити правно и проширившићушно сјачање, које је настало овим нелегалним пошезом проф. др Бранислава Перина – и који траје и дан данас!!! – сматрајући љуком последицом...“ стварно очигледни. Такође, ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије сматра у потпуности основаним и оправно утемељеним наводи из образложења ове жалбе, којима подносилац жалбе наводи да на овај начин проф. др Бранислав Перин у континуитету и перманентно одбија да било како промени ову противправну ситуацију (позивањем директора ЛКС да депонује свој потпис на предметном рачуну или гашењем тог рачуна и враћањем новца на стари текући рачун у Интеза банци где и директор ЛКС и он, као председник РЛК Војводине, већ имају депонован потпис) – тако да и даље, у континуитету чини исту повреду професионалне дужности и угледа члана Коморе – и то свесно и намерно, те са циљем да се директор ЛКС онемогући у редовном обављању својих послова и преузимању законске одговорности за такве послове.

3. Такође, ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је закључило да констатација која је наведена у оспореној одлуци мешовитог Већа Суда части у РЛК Београда да нема доказа за утврђивање евентуалне одговорности проф. др Бранислава Перина за непоштовање обавезе примене поступка јавних набавки, приликом набавки добара и услуга за потребе РЛК Војводине у периоду 2010. – јуни 2011. године, а која је резултирала и доношењем ослобађајуће одлуке – једноставно није тачна!!! Наиме, потпуно су тачни наводи из предметног предлога, као и из образложења предметне жалбе, поднетих од стране Етичког одбора Лекарске коморе Србије, којима се указује на следеће чињенице:

– неспорно је да РЛК Војводине у периоду 2010. – јуни 2011. године није била укључена у систем обједињених јавних набавки добара и услуга за потребе ЛКС и свих РЛК у њеном саставу и да ни сам проф. др Бранислав Перин не оспорава ову чињеницу, односно да је та чињеница (а сасвим је свеједно колико поступака набавки добара и услуга је РЛК Војводине обавила мимо система обједињених јавних набавки добара и услуга за потребе ЛКС и свих РЛК!!!) несумњиво констатована и адекватним одлукама Скупштине ЛКС, које су биле доступне првостепеном (мешовитом) Већу Суда части;

– неспорно је да се у овом делу проф. др Бранислав Перин брани истичући у свом писаном Изјашњењу о захтеву за покретање поступка од 04. маја 2012. године, где следеће: „...не може се закључити које сам радње чињења и нечињења предузео у циљу наводног сјечавања органа РЛК Војводине, који су самостални у свом раду и у чије надлежности и овлашћења се никада као Председник РЛК Војводине нисам мешао, да примењују одредбе закона о јавним набавкама. Најомиљем да је, од момената доношења овакве одлуке Скупштине РЛК Војводине учествовала у посредству јавних набавки организованих од стране ЛКС...“, а да при томе управо игнорише кључну чињеницу, а то је чињеница да проф. др Бранислав Перин није само у позицији редовног члана Лекарске коморе Србије, РЛК Војводине (који је дужан само да извршава одлуке органа ЛКС и РЛК), већ је проф. др Бранислав Перин изабран на функцију председника Регионалне лекарске коморе Војводине, па у складу са одредбама из члана 53. став 1. Статута Лекарске коморе Србије: „...Председник регионалне коморе руководи радом регионалне коморе и за свој рад одговара скупштини регионалне коморе и Скупштини Коморе...“, што значи да је, у том својству био дужан да води рачуна о томе да ли органи РЛК Војводине доносе одлуке које су у складу са законима и Статутом ЛКС или не;

– То непосредно значи да је проф. др Бранислав Перин, као председник РЛК Војводине, био дужан да упозори ове органе (Извршни одбор РЛК и Скупштину РЛК) у случају да припремају доношење одлука које нису у складу са законским прописима и са одредбама Статута ЛКС. Проф. др Бранислав Перин ни у једном делу својих изјава не износи свој лични став по питању набавки добара и услуга које је РЛК Војводине обавила мимо система обједињених јавних набавки добара и услуга за потребе ЛКС и свих РЛК, а у смислу да ли је то било понашање било у складу са Статутом ЛКС и законским прописима који регулишу област јавних набавки (што су све остале РЛК поштовале, без изузетка!) или не?

СУДОВИ ЧАСТИ <<<<<<<<<<<<<<<<<<<

У смислу свега напред наведеног, Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је закључило да су сви наводи из предметне жалбе основани у целости.

Наиме, првостепено (мешовито) Веће при Суду части Регионалне лекарске коморе Београда, након не-исправно утврђеног чињеничног стања, занемаривши кључне чињенице (изнете у предметној жалби) погрешило је када је закључило да је наступила застарелост покретања поступка у делу који се односио на утврђивање евентуалне одговорности проф. др Бранислава Перина због „неовлашћеног отварања новог текућег рачуна РЛК Војводине код Војвођанске банке у Новом Саду“, погрешно закључивши да је отварање поменутог рачуна – „главно дело“, а да је противправна и противстатутарна ситуација, која и даље траје искључиво вољом проф. др Бранислава Перина – само „последича“, те када је у томе делу донело одлуку којом се Одбија захтев за покретање поступка „...услед застарелости покретања поступка...“.

Такође, предметно (мешовито) Веће при Суду части Регионалне лекарске коморе Београда је погрешило када је закључило да се у делу захтева који се односи на наводе да проф. др Бранислав Перин није поштовао Закон о јавним набавкама при набавкама роба и услуга за потребе РЛК Војводине, па се „Ослобађа одговорности“ услед „недостатка доказа“.

Ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије сматра да је у овом поступку у довољној мери доказана непосредна одговорност проф. др Бранислава Перина, како због неовлашћеног, противзаконитог и противставителног отварања новог текућег рачуна код Војвођанске банке и преноса средстава на тај рачун са легалног текућег рачуна код Интеза банке, тако и због намерног и смишљеног одржавања оваквог противправног стања (проузроковањег и одржавањег и даље свесном вољом проф. др Бранислава Перина), а које траје и у моменту подношења предметног предлога, тако и у моменту доношења ове Одлуке, те да је то повреда која траје у континуитету и даље, коју је неопходно окончати и коју није могуће даље толерисати.

Што се тиче дела оспорене првостепене Одлуке, ко-
ји се односи на ослобађање проф. др Бранислава Пери-
на од одговорности за неизвршавање обавезе примене
поступка јавних набавки, приликом набавки добара и
услуга за потребе РЛК Војводине у периоду 2010. – ју-
ни 2011. године, а „услед недостатка доказа...“, ово Ве-
ће Врховног суда части Лекарске коморе Србије, тако-
ђе сматра да је првостепено Веће погрешно доносићи
овакву одлуку, с једне стране јер није прибавило и из-
вело све доказе за које је сматрало да су потребни у
датим околностима, а посебно јер је констативало да
нема довољно доказа у ситуацији која је неспорно и
ноторно утврђена одлукама највиших органа Лекар-
ске коморе Србије, а ни сам проф. др Бранислав Перин
није ни једном својом тврдњом оспорио чињеницу да
је РЛК Војводине у спорном периоду заиста обављала
набавке добара и услуга супротно одредбама Закона о
јавним набавкама.

Ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је закључило да је проф. др Бранислав Перин, поменути неовлашћеним, противзаконитим и противстатутарним отварањем новог текућег рачуна код Војвођанске банке и преносом средстава на тај рачун са легалног текућег рачуна код Интеза банке, тако посебно и на-

мерним и смишљеним одржавањем оваког противправног стања до данас, начинио повреду професионалне дужности и угледа члана Коморе повреда која траје у континуитету и даље и којом је, посебно имајући у виду да је изабран на једну од највиших функција у Лекарској комори Србије, злоупотребио овакав свој положај и непосредно угрозио интегритет и ауторитет Лекарске коморе Србије, а исто тако и Регионалне лекарске коморе Војводине.

Стављањем важности одлука органа Регионалне лекарске коморе Војводине изнад нивоа важности одлука највиших органа Лекарске коморе Србије, високи функционер Лекарске коморе Србије, проф. др Бранислав Перин, председник Регионалне лекарске коморе Војводине директно је довео у питање основне принципе унутрашњег организовања и функционисања Лекарске коморе Србије, са регионалним лекарским коморама у њеном саставу, а који су утврђени и прописани одредбама Закона о коморама здравствених радника и Стратутом Лекарске коморе Србије, који је донет у складу са поменутим законом.

С тим у вези, ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је закључило да је ову незакониту и не-статутарну ситуацију неопходно, без одлагања, оконча-ти, односно да овакву ситуацију никако даље није могуће толерисати. Ово пре свега због тога што је неопходно целокупном чланству Лекарске коморе Србије, па и целокупној јавности у Србији, јасно ставити до знања да се основна начела организовања и функци-онисања Лекарске коморе Србије и свих регионалних лекарских комора у њеном саставу морају, без и најма-ње резерве, поштовати и спроводити, а да ће они који се таквих начела не буду држали и не буду их пошто-вали, морати да снесу одговорност и адекватне санк-ције за такво понашање.

Из свих напред наведених разлога, Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је донело одлуку да се предметна жалба Етичког одбора Лекарске коморе Србије усвоји у целости и да се оспорена Одлука првостепеног (мешовитог) Већа Суда части у Регионалној лекарској комори Београда Ди - 17 - 31/2012 преиначи на начин како је то у диспозитиву ове одлуке и наведено.

председник Већа
Врховни суд части Лекарске коморе Србије
проф. др Слободан Ковачевић,

ДОСТАВЉЕНО:

- Етички одбор ЛКС, 11000 Београд, Краљице Наталије бр. 1 – 3;
- проф. др Бранислав Перин, Нови Сад
- Суд части у РЛК Београда, 11000 Београд, Краљице Наталије бр. 1 – 3;
- а/а

МЕДИЦИНСКО ПРАВО И ЛКС

БРОЈНЕ АКТИВНОСТИ
У ГОДИНИ ЈУБИЛЕЈА

// УДРУЖЕЊЕ ЗА МЕДИЦИНСКО ПРАВО СРБИЈЕ ТОКОМ 2012.
РАДНО ЈЕ ОБЕЛЕЖИЛО 15 ГОДИНА ПОСТОЈАЊА //

Пише: Проф. др Слободан
Ковачевић, председник
Удружења за медицинско
право Србије (УМПС),
председник Врховног суда
части Лекарске коморе
Србије (ВСЧЛКС)



Удружење за медицинско право Србије (УМПС) је у фебруару 2013. године одржало редовну годишњу седницу скупштине у Институту друштвених наука у Београду. У оквиру дневног реда скупштине значајно место је представљао извештај о раду УМПС у 2012. години и доношење плана рада за 2013. годину, који је поднео председник УМПС. На скроман начин, достојанствено и са поносом, види се да смо за 15 година постојања на овим нашим просторима права и медицине значајно препознати.

„Медицина је одавно ушла у право, али и право у медицину. Њиховим узајамним прожимањем настало је једно интердисциплинарно подручје практичног и научног рада, познато као медицинско или здравствено право. Реч је о правним и етичким правилима која се тичу не само лекарске делатности, него и производње и употребе лекова, тј. медицине у целисти. У питању су, дакле, норме које уређују односе између припадника здравствених професија и грађана, који као пацијенти, користе њихове услуге. Колики је значај тих односа у свакодневном животу није потребно посебно доказивати.

У оснивању Удружења за медицинско право Србије имало се у виду искуство истоветних или слич-

них удружења, која постоје у земљама са високим стандардом медицинских услуга и завидним степеном правне културе. Удружење је од општедруштвеног значаја, будући да је од користи не само лекарима и правницима, који се баве практичним и научним радом, него

и другим државним и законодавним органима.“ Иницијатива и само оснивање УМПС-а (раније Југословенског удружења за медицинско право ЈУМП, основаног 22. фебруара 1997.) нераскидиво је везано за име уваженог проф. др Јакова Радишића, као првог председника, а касније почасног председника.

ПРОГРАМ КОНТИНУИРАНЕ
ЕДУКАЦИЈЕ

Стручна група УМПС коју чине: председник проф. др Слободан Ковачевић, почасни председник проф. др Јаков Радишић, потпредседник др Весна Клајн-Татић, генерални секретар др Хајрија Мујовић-Зорнић и члан председништва мр Марта Сјеничић – предложила је програм континуиране едукације из области медицинског права (здравственог права), као интердисциплинарног подручја рада медицинских и правних струка. Едукација је намењена заинтересованим припадницима медицинских односно здравствених струка, члановима УМПС и осталима, као и свима онима на које се односе или који примењују у пракси здравствене заштите одређене правне прописе или пак правила медицинског стаљежа (лекари, здравствено особље, фармацеути, правници и др).

Прва едукација одржана је од 13.

до 16. јуна 2009. у хотелу „Best Western М“ у Београду у организацији Лекарске коморе Србије и Правосудне академије, а заинтересованост за предавања, која су одржали проф. Ковачевић, проф. Радишић, др Клајн-Татић и др Мујовић-Зорнић, била је на завидном нивоу, што је верификовано у анонимној излазној анкети.

Удружење за медицинско право Србије је на најбољи начин препознато и прихваћено од ЛКС као највећег сталешког удружења у нашој земљи, а лекари су такође најбројнији у УМПС, посебно истичући добре интерперсоналне односе између челника ЛКС и УМПС и аплицирали су одређена предавања, изузетно интересантна и значајна, која је Здравствени савет Србије акредитовао. У оквиру акредитованих предавања УМПС је реализовао иста у првој етапи за лекаре судије судова части регионалних лекарских комора и ЛКС (првостепени и врховни суд части). Наслови предавања и предавачи су следећи: „Судови части ЛКС и медицинско право“, предавач проф. др Слободан Ковачевић; „Појам лекарске грешке“, предавач проф. др Јаков Радишић; „Медицинска, етичка и правна питања појединачног и групног генетског тестирања“, предавач др Весна Клајн-Татић; „Правни аспекти рада етичких комитета у медицини“, предавач др Хајрија Мујовић-Зорнић; „Пристанак пацијента на меру лечења“, предавач мр Марта Сјеничић. Предавања су била намењена лекарима, медицинским сестрама, здравственим техничарима као и осталим заинтересованим грађанима.

Своја предавања из циклуса акредитованих предавања проф. Радишић и проф. Ковачевић су одржали у Градском заводу за хитну медицинску помоћ, КБЦ „Бежанијска

57 <

коса", Дому здравља Барајево, Општој болници „Св. Јован“ у Зрењанину. Ова предавања је карактерисала изузетна посећеност заинтересованог аудиторијума. Др Клајн-Томић, др Мујовић-Зорнић и др Сјеничић су одржали своја акредитована предавања у седишту УМПС.

Чланови УМПС-а узели су учешће на бројним скуповима, одржали предавања по позиву и учествовали у јавним расправама, контактима и медијима. Копаоничка школа природног права 2007–2010, секција „Здравље“, у неколико реферата др Хајрија Мујовић-Зорнић, секретар УМПС-а и члан етичког одбора Министарства здравља Србије имала је уредничко ангажовање.

На 18. Конгресу светског удружења за медицинско право у својству референата дискусаната и остваривања бројних контаката били су присутни проф. др Слободан Ковачевић, др Хајрија Мујовић-Зорнић, прим. др Татјана Радосављевић, др Олга Јовић и Милан Марковић („Гласник“, октобар 2010, II(6):45–9).

На секцији лекара СЛД-а у Ужицу, октобра 2009. учествовали су др Весна Клајн-Татић и проф. др Ратко Ковачевић, као и на годишњем семинару судско-медицинских вештака, мај 2007–2010. у Врњачкој Бањи.

Проф. Ковачевић и др Мујовић-Зорнић учествовали су на расправи о законима из области здравља у фебруару 2009. године у Институту за јавно здравље „Др Милан Јовановић-Батут“. Др Мујовић-Зорнић је узела учешће у организационом одбору УНЕСКО-ве школе биоетике у оквиру националног биоетичког комитета САНУ (27. јуна до 1. јула 2011.).

Стручна група УМПС је 2008. године упутила Медицинском факултету у Београду предлог да се уведе Здравствено право као смер у оквиру здравствених специјализација и то за сараднике у здравственој припаднике високообразованих немедицинских професија који раде у здравственим службама и у практичном раду долазе у контакт са правним прописима (правници, организатори, економисти у здравству).

У малој сали Коларчеве задужбине др Јован Ђирић, правник и члан председништва УМПС-а из групе правника и прим. др Татјана Радосављевић су у 2011. години одржали предавање о лекарској одговорности у Кривичном закону Србије и здравственом систему Србије које је било изузетно посећено.

Проф. Ковачевић је у току 2009. и 2010. на Правном факултету Уни-

верзитета Источно Сарајево, на Палама и Бјељини одржао више предавања из правне медицине која су била у вези са здрављем и медицинским правом.

У октобру 2010. у Бањалуци, а на позив ЛК Републике Српске, проф. Ковачевић је одржао предавање које се односило на ЛКС, судове части и медицинско право. Пошто се радило о годишњој скупштини Лекарске коморе Републике Српске исто предавање је испраћено од стране најеминентнијих представника лекарске професије и штампано у часопису „КОД“ Лекарске коморе Републике Српске.

У мају 2011. у Невесињу, на позив Удружења хирурга Републике Српске, у оквиру XI Стручног састанка хирурга проф. Ковачевић је одржао предавање на тему „Лекарска одговорност и медицинско право у Републици Србији“.

ХРОНОЛОГИЈА АКТИВНОСТИ УПМС У 2012.

Како је приказано у извештају о раду, радно смо обележили наш мали јубилеј, 15 година од оснивања УМПС.

26. март 2012.

Проф. др Јаков Радишић – „Одговорност лекара због непоштовања воље пацијента да га оперише изабрани лекар“. Предавање је одржано у УМПС.

30–31. март 2012.

Стручна конференција у Крагујевцу у организацији ЛКС и РЛК за централну и западну Србију: „Етички аспекти краја живота“.

I – Симпозијум (30. март): „Етички аспекти палијативне и геријатријске неге“;

II – Симпозијум (31. март): „Лечење умирућих пацијената – етички изазови, ограничења и недоумице“. Предавачи чланови УМПС.

Прим. др Татјана Радосављевић, директорка ЛКС, одржала је предавање: „Лекар у умирућу пацијент – између медицинских индикација и пацијентових жеља. Етички, дентолошки и правно-медицински аспекти“, а прим. др Славица Ђуровић-Младеновић предавање „Етички кодекс“.

11–12 мај 2012.

У организацији ЛКС, правосудне академије и УМПС, у хотелу „Best Western M“ у Београду, одржана су акредитована предавања у оквиру

„Обуке судија части“, која су се односила на: Кривичну одговорност лекара; Грађанско правну одговорност; Однос пацијент и лекар; Лекарску тајну; Поступак пред судовима части ЛКС и РЛК. Предавачи су били директор, лекари и правници ЛКС, правници и лекари РЛК, судије апелационог суда у Београду, представник здравствене инспекције Министарства здравља РС, а председник УМПС у својству предавача и модератора дводневног стручног скупа. Исти скуп је био прилика за размену мишљења, али и приказ конкретних проблема у пракси. Такође је указано и на недовољно познавање медицинског права и прописа из области здравства међу судијама, адвокатима и заштитницима пацијентских права у здравственим установама. Осврт на предавања одржана на овом скупу је афирмативног текстуално представљен у „Гласнику“, листу ЛКС („Гласник“, октобар 2012, IV(14):38–40, 48–9).

28. септембар 2012.

У организацији „Еуросфера“ агенције за консалтинг и менаџмент у Привредној комори Србије организован је инструктиван семинар са међународним учешћем: „Здравствена заштита, право и људска права“, под покровитељством: Генералног секретара Савета Европе Торбјорна Јагланда, Министарства здравља Републике Србије, Српског лекарског друштва, Лекарске коморе Србије, Удружења за медицинско право. Уз подршку: Здравственог савета Србије, Привредне коморе Србије, Коморе медицинских сестара и здравствених техничара Србије. Предавачи су били: министри, председници покровитељских институција, челници комора, савета, друштава и удружења као и чланови УМПС. Прим. др Славица Ђуровић-Младеновић одржала је предавање „Право на приватност и поверљивост у систему здравствене заштите“; прим. др Јованка Чубрило „Право детета на здравље у актуелној ситуацији у Србији“, а проф. др Слободан Ковачевић говорио је на тему: „Судови части ЛКС јуче, данас, сутра и медицинско право“.

Семинару су присуствовали полазници различитих усмерења у здравственом систему Србије, руководиоци клиничких центара, института, клиника, КБ центара, општих и специјалних болница, домова здравља и апотека, бања и природних леčiliшта, заштитника права пацијената, као и представници фармацеутске индустрије, добављачи медицинске опреме



Представници ЛКС на Светском конгресу медицинског права у Загребу 2010.

и експерти за људска права, представници правосудног система, цивилних друштва и организација пацијената, информатичари, научници и други који желе да учествују у креирању најновијих трендова у мултидисциплинарном свету здравства.

25. октобар 2012.

Проф. др Јаков Радишић одржао је предавање у УМПС „Дужност лекара да обавести пацијента о ризицима предложене медицинске мере“

12-17. децембар 2012.

Др Весна Клајн-Татић „Испуњење етичких захтева као услова за правну допустивост биомедицинских истраживања и клиничких огледа на људима“.

Тематски наслов, односно стручни рад је био уврштен у сесију „Право на здравље“ Копаоничке школе природног права.

Крајем прошле године, циркуларним писмом, обавештени су уважени чланови УМПС, електронском поштом да на е-маил адресу predsednik.umps@gmail.com, или пак на поштанску адресу УМПС пошаљу своје предлоге тема за стручне састанка УМПС, односно предавања која би одржали у циљу реализације плана и програма рада УМПС у 2013. години. Реализација тог предлога (који су поједи-

ни чланови УМПС са задовољством прихватили) биће показатељ наших активности, воље и жеље да кроз континуирану едукацију као значајну делатност унапређујемо и популаришемо медицинско право на овим нашим просторима.

Едукација је намењена заинтересованим припадницима здравствених струка, члановима и осталима као и свима онима на које се односе или који примењују у пракси здравствене заштите одређене правне прописе или пак правила медицинског staleжа (лекар, здравствено особље, фармацеути, правници и др).

Чланство УМПС (107 е-маил адреса и 89 поштанских адреса) је значајан сегмент, јер, пре свега у суштинском смислу, представља промотере нашег удружења, односно доприноси утемељењу медицинског права код нас, те у оквиру плана рада у 2013-ој години желимо њихову значајнију активност, како у предлагању тематских наслова који су део наше стварности, а председништво као носилац и заговорник у будућности када то буде потребно, спремно аплицира предлоге и закључке на мултидисциплинарним тематским скуповима.

УМПС је у оквиру КМЕ предложио Здравственом савету Србије следећа предавања за акредитацију (јануар 2013.):

Др Весна Клајн-Татић: „Медицински третман озбиљно дементног пацијента – медицинско-етички и правни приступ“

Проф. др Јаков Радишић: „Одговорност лекара због погрешне лекарске дијагнозе и непредузимања потребних дијагностичких мера“

Прим. др Снежана Кузмановић: „Принудно лечење“.

Имајући у виду да се јавни позив од стране Здравственог савета Србије објављује четири пута годишње (јануар, април, јул, октобар), а валидност (трајање) акредитације је унутар једне године од одобрене акредитације (датум акредитације), предложена су ова три напред наведена предавања.

Такође, цитирамо и друге наслове тема и предаваче који завредњују своју презентацију у смислу своје актуелности као акредитована или неакредитована предавања:

Др Весна Клајн-Татић: „Пристанак информисаног пацијента на учешће у насумично контролисаним клиничким огледима“; др Весна Клајн-Татић: „Испуњење етичких захтева као претпоставке за правну допустивост биомедицинских истраживања и клиничких огледа на људима“; проф. др Јаков Радишић: „Одговорност лекара да испитује вољу пацијента да га оперише изабрани лекар“; проф. др Јаков Радишић: „Дужност лекара да обавести пацијента о ризицима предложене медицинске мере“; прим. др Славица Ђуровић-Младеновић: „Посредовање – медијација као вид комуникације између супростављених страна“; прим. др Славица Ђуровић-Младеновић: „Етички аспекти краја живота“; проф. др Слободан Ковачевић: „Судови части ЛКС, дисциплинска одговорност лекара (наша искуства) и медицинско право“; проф. др Слободан Ковачевић: „Судскомедицинско вештачење“.

Наша активност у протеклих 15 година, као и другогодишњи рад еминентних стручњака за област Медицинског права који је претходио оснивању УМПС у Центру за правна истраживања Института друштвених наука у Београду су, без лажне скромности, добар основ за будућност УМПС као једне покретачке снаге у циљу унапређења науке и праксе медицинског права на овим нашим просторима.

Неки од значајнијих резултата су:

- Скуп о лекарској дијагнози као медицинском и правном проблему
- Трибине по здравственим уставима
- Нацрт кодекса лекарске етике

59 <

- Пројекат Помоћ пацијентима у остваривању њихових права
- Увођење предмета медицинско право у наставни програм једног факултета
- Први уџбеник медицинског права у региону
- Учешће и присутност имена Удружења у Светском удружењу за медицинско право, у бази програма UNESCO-а Одељење за науку и етику, и учешће на регионалним скуповима
- Први докторат и магистеријум и даљи рад са студентима и специјализантима
- Позив за континуирану едукацију лекара и едукацију судија
- Неколико монографија из ове области
- Увођење Медицинског права, као опционог предмета Правног факултета Универзитета у Београду

– Увођење Медицинског права у оквиру последипломских студија на Медицинском факултету Универзитета у Београду

Континуирана едукација лекара ЛКС, лекара судија судова части, правника ЛКС и регионалних лекарских комора, чланова стоматолошке, фармацеутске, коморе биохемичара, коморе медицинских сестара и здравствених техничара, здравствених инспектора Министарства здравља, публикување стручних и научних достигнућа у стручно-информативном листу „Гласник“ ЛКС.

И на крају, тематски програм рада који је делимично реализован, али ће, имајући у виду актуелност и комплексност тематских јединица, бити у будућности путем писане речи или предавања презенто-

ван у часописима, на скуповима, трибинама:

Медицинско право и медицинска етика; Правна регулатива о здравственој заштити становништва; Превентивна здравствена заштита и здравствено просвећивање; Пристанак пацијента на медицинску интервенцију; Лекарска грешка и одговорност; Узрочност лекарске грешке као услов одговорности; Допинг и манипулација човековом способношћу; Најновија схватања о еутаназији; Пренатална дијагностика и пренатална штета; Одговорност за штету због нежељеног рођења детета; Може ли се крв узета од пацијента употребити у било које сврхе и без пацијентовог знања; Право нерођеног детета на накнаду штете изазване шоком његове мајке; Самоубиство: филозофски, етички и правни проблеми. //

ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ – ИНСТИТУТ ЗА ОРТОПЕДСКО-ХИРУРШКЕ БОЛЕСТИ „БАЊИЦА“ – НЕКАД И САД

АКРЕДИТАЦИЈА – ПОТВРДА НАЈВИШЕГ КВАЛИТЕТА

// ЗАХВАЉУЈУЋИ ПРЕДАНОМ РАДУ ОСНИВАЧА, ДИРЕКТОРА, ЛЕКАРА И МЕДИЦИНСКОГ ОСОБЉА, ИНСТИТУТ УСПЕО ДА СЕ ПОЗИЦИОНИРА У САМ ВРХ ОРТОПЕДСКЕ ХИРУРГИЈЕ У РЕГИОНУ //

Пише:
ПРИМ. ДР ВЕСНА
ЈОВАНОВИЋ



Непосредно након завршетка Другог светског рата, далеко од града, започела је на бањичком брду градња објекта грандиозних димензија за тадашње услове, који је требало да након завршетка служи за опоравак бораца и рањеника. Због недостатка средстава радови су пре-

стали и објекат је конзервиран. Крајем 50-тих година прошлог века, тадашња министарка здравља Цана Бабовић покреће иницијативу да се започета градња настави, али да се изврши промена намене. Донета је одлука о градњи Специјалне болнице за дечју парализу и коштану-зглобну туберкулозу. Годинама је објекат зидан, као један од најмодернијих за то време. Одлучено је, да тада

млад и на почетку своје каријере, асистент Бранко Радуловић постаје управник болнице у настајању. Др Радуловић је својим преданим радом, енергијом и знањем успео да тај амбициозни пројекат доведе до завршетка. Болница је сазидана и опремљена, уређен је велелепан парк око болнице. За мале болеснике у дворишту зграде направљен је и зоо врт. Званично је почела да ради 1. јула 1961. године.

Кроз последње деценије прошлог века болница је одрастала и мењала своју намену и назив. Већ од 11. децембра 1963, Специјална болни-



МИНИСТАРКА ЗДРАВЉА СА ДИРЕКТОРОМ ИНСТИТУТА ОБИЛАЗИ РЕНОВИРАНО ОДЕЉЕЊЕ ИНТЕНЗИВНЕ НЕГЕ

ца за коштано-зглобну туберкулозу и дечију парализу постаје наставно-научна база Медицинског факултета у Београду на Катедри за хирургију. Од 1964. године болница добија назив Специјална ортопедска болница „Бањица“. Од 1969. године болница је укључена у рад хитне службе за збрињавање свих повреда коштано-зглобног система и то понедељком и четвртком што једно данашњег дана задржано. У последњој деценији прошлог века, а захваљујући великом броју доктора наука, стручних сарадника и наставника универзитета који су у болници радили, болница прераста у Институт за ортопедско-хируршке болести „Бањица“.

ИОХБ „Бањица“ је захваљујући преданом раду њених оснивача, директора, доктора и медицинског особља успео да се позиционира у сам врх ортопедске хирургије у региону и да кроз деценије буде узор и подршка ортопедима широм Србије и Југославије. Организација по одељењима се мењала, али већ деценијама покрива практично сву ортопедско-трауматолошку патологију.

Јединствен Спинални центар

Рад је организован по одељењима: операциони блок, служба анестезије, служба заједничких медицинских и немедицинских делатности, поликлиничка служба, дванаест одељења која се баве најразличитијом патологијом и Спинални центар. Спинални центар јединствен је у нашој земљи по томе што се већ деценијама у њему сва-

кодневно током 24 часа збрињавају хитни случајеви из земље и региона са повредама и обољењима кичменог стуба.

У Институту се успешно лече пацијенти од најранијег узраста до геријатријске популације. Операције уградње вештачких зглобова кука, колена и рамена - хируршка су свакодневица. Реинтервента алоартропластична хирургија, операције деформитета стопала, лечење коштаних тумора као и лечење псеудоартроза, септичних псеудоартроза, прелома са великим дефектима ткива, лечење конгениталних аномалија методом по Илизарову, операције су по којима је „Бањица“, препознатљива у стручној и широј јавности. Коштана трансплантација и банка костију нешто је чиме се „Бањица“ поносила у другој половини прошлог века, а данас, након деценије паузе, у Институту се поново раде операције трансплан-

ПРОШЛЕ ГОДИНЕ ОКО 7.000 ОПЕРАЦИЈА

У Институту за ортопедско-хируршке болести Бањица током 2012. године, упркос радовима у две операционе сале, урађено је око 7.000 операција. У 2011. години обављено је готово трећину више оперативних захвата. У оквиру амбулантно-поликлиничке делатности прегледано је око 90.000 пацијената, у оквиру редовног амбулантног рада и у амбулантама хитне службе.

тације кадаверичних коштаних грена код онколошких пацијената.

Током прошле године завршена је велика реконструкција поликлиничког дела, интензивне терапије и дела операционог блока, у коју је уложено 68 милиона динара, што ће умногоме допринети већем задовољству како пацијената, тако и запослених у Институту. Тиме су, према речима проф. др Слободана Славковића, створени предуслови да се пацијенти лече према европским стандардима.

Сертификациј о акредитацији

Захваљујући огромној преданости и пожртвованом труду менаџмента и свих запослених, крајем прошле године завршен је циклус акредитације установе и Институт је добио, од Комисије за акредитацију, акредитацију на три године. У многим веома битним сегментима рада од комисије су добијене најпозитивније оцене.

Институт за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ прва је акредитована ортопедска установа у Србији, што је потврда да спроводи здравствену заштиту у складу са савременим медицинским достигнућима, стручним протоколима и да задовољава све професионалне стандарде. Директору Института „Бањица“, проф. др Слободану Славковићу, сертификат о акредитацији уручила је др Снежана Манић, директорка Агенције за акредитацију здравствених установа. Институт за ортопедско-хируршке болести „Бањица“ акредитован је на период од три године.

Доделом тог сертификата, Институт је стекао статус акредитоване установе терцијарног нивоа која пружа услуге из домена ортопедије и коштано-зглобне трауматологије, кроз достизање максималног нивоа стручних и квалитета у пруженим услугама и посвећености захтевима корисника. Увођење стандарда и мерила за процену квалитета, доказује да установе које су акредитацију добиле на темељу стручних процена Агенције за акредитацију постижу боље резултате у раду и болесницима дају већу сигурност у квалитет исхода њиховог лечења.

Институт „Бањица“ је прва установа терцијарног нивоа која је препознала потребу за увођењем стандарда, па је на своју иницијативу покренула овај процес који је трајао годину дана, а обухватио је све фазе, почев од дефинисања и припрема акредитационих тимова,

61 <

процене достигнутог нивоа и усаглашавања са дефинисаним стандардима, утврђивања и прикупљања доказа, до фазе самооцењивања и оцењивања од стране спољних оцењивача.

„Овај резултат део је планских активности које системски спроводимо. Акредитацијом наше установе потврђујемо још једном своју референтну улогу у здравственом систему Србије и лидерско место у земљи и региону у области ортопедске хирургије и трауматологије мускулоскелетног система“, каже проф. др Слободан Славковић, директор Института „Бањица“.

Акредитација је поступак оцењивања квалитета рада здравствене установе, на основу примене оптималног нивоа стандарда рада здравствене установе у одређеним областима здравствене заштите. Током усаглашавања са дефинисаним стандардима и критеријумима, у коме су учествовали сви запослени, урађен је велики број различитих процедура, ажурирано мноштво упутстава, водича и протокола и припремљен велики број доказа за испуњеност критеријума у оквиру дефинисаних стандарда.

Стандарди и критеријуми су примењени у свим областима почев од првог контакта током пријема и тријаже пацијената до стационарног лечења и отпуста или упућивања у другу здравствену установу.

Тим процедурама посебно је обезбеђено унапређење квалитета рада, унапређење безбедности пацијената и превенција нежељених догађаја у установи, а створени су услови и за безбеднији рад и веће задовољство, како пацијената, тако и запослених.



ОПЕРАЦИОНА САЛА

IN MEMORIAM

Проф. др Зоран Вукашиновић
(1959–2013)

Почетком фебруара 2013. године српска медицина изгубила је једног од најбољих лекара. Проф. др Зоран Вукашиновић рођен је 12. јула 1959. године у породици угледних београдских интелектуалаца, мада је себе често волео да назива Ваљевцем.

Увек најбољи ђак, најбољи студент, са просечном оценом 9,85, дипломирао је први у својој генерацији. Веома брзо, након завршетка студија почиње да ради у Институту за ортопедско хируршке болести „Бањица“, коју је сматрао својом другом кућом. Магистрирао је и докторирао у најкраћем могућем року и постао наставник на Медицинском факултету Београдског Универзитета. Био је бескрајно предан послу, како наставном, тако и хируршком.

Објавио је 27 књига и монографија, од којих су неке постале неизоставни уџбеници у целом региону, као и 344 стручна рада у престижним медицинским часописима. Минузиозан и вешт хирург, у ИОХБ „Бањица“ увео је као рутинску операцију једну од најзахтевнијих захвата на куку тзв. триплу

Упркос постојању низа проблема са којима се све здравствене установе суочавају последњих деценија у нашој земљи Институт за ортопедско хируршке болести „Бањица“ је успело да остане лидер у земљи и окружењу и да својим постојањем и радом да



osteotomiју карлице. Светски експерт за област дечије ортопедије, био је нежан и брижан родитељ и супруг. Сви ми који смо га познавали или имали част и срећу да будемо његове сарадници и пријатељи, осећамо бескрајну празнину након његовог одласка.

Нека му је вечна слава.

велики допринос и у наставно-научном и у ортопедско-хируршком раду, трудећи се да непрекидном едукацијом кадрова и применом најсавременије технологије и имплантата пружи најбоље свим пацијентима који се лече у Институту. //



ИНТЕНЗИВНА НЕГА

ПРОПИСИ – НОВИ ПРАВИЛНИК О СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈАМА ИЛИ САМО ИЗМЕНЕ И ДОПУНЕ СТАРОГ

ИЗМЕЋУ ОЧЕКИВАЊА И СТВАРНОСТИ

// ЈАЧАЊУ ЛАНЦА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКОГ УСАВРШАВАЊА ДОПРИНЕЛО БИ УВОЂЕЊЕ „КАРИКА КОЈЕ НЕДОСТАЈУ“ – НАЦИОНАЛНОГ ОДБОРА ЗА СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈЕ, ВОДИТЕЉА ПРОГРАМА СПЕЦИЈАЛИЗАЦИЈЕ, ГЛАВНОГ МЕНТОРА И МЕНТОРА – СА ТАЧНО ОДРЕЂЕНИМ УЛОГАМА И ОБАВЕЗАМА //

Пише: др Милан Симић

Две године након појаве Правилника о специјализацијама, појавио се ових дана нови Правилник о специјализацијама. Искрено се надам да је то последњи пут да Лекарска комора не учествује у изради тако важног документа, јер представља ставове и искуства струке. Циљ мог чланка је да вас обавестим о његовом садржају, али и да скренем пажњу на неке ствари које нису нашле место у овом, а надам се да ће због свих нас наћи место у неком новом правилнику. С обзиром на то да се називно ради о новом правилнику, а не о изменама и допунама старог, очекивао сам да се ради о новом приступу и потпуно новом тексту. Нажалост, као што ћете из текста који следи видети, ради се углавном о изменама и допунама претходног правилника.

Врста и трајање специјализација

Неурохирургија и кардиохирургија трају шест година. Интерна медицина општа хирургија, абдоминална хирургија, васкуларна хирургија, грудна хирургија, ортопедска хирургија и трауматологија, дечја хирургија, пластична хирургија, максиларно-лицна хирургија, урологија, ургентна медицина трају пет година.

Интернистичка онкологија, инфектологија, педијатрија, неуро-



логија, психијатрија, дечја неурологија, дечја и адолесцентна психијатрија, гинекологија и акушерство, анестезиологија, оториноларингологија, офталмологија, дерматовенерологија, физикална медицина, општа медицина, медицина рада, радиологија, радијациона

онкологија, нуклеарна медицина, патологија, судска медицина, медицинска микробиологија, клиничка биохемија, клиничка фармакологија, лабораторијска медицина - трају четири године.

Имунологија, хигијена, епидемиологија, социјална медицина, спортска медицина, трансфузијска медицина и ваздухопловна медицина трају три године.

Ужих специјализација има 51 и трају по 12 месеци.

Програмима специјализација утврђен је обим, садржај и план наставе која је подељена на теоријску и практичну, као и обим садржаја и план практичног стручног рада, али исто тако и програм план и садржај знања и вештина које се стичу. Појава практичног и стручног рада знања и вештина је нешто што ће, по мом уверењу, знатно допринети унапређењу стручности наших будућих специјалиста.

Свакако да сваки појединачни програм специјализације својим обимом превазилази обим овог текста, а да ја нисам стручан да о њима пишем. Искрено се надам да су програми специјализација у складу са програмима који важе у Европи,

јер ће само такве специјализације омогућити колегама да и формално буду на истом нивоу са колегама из Европе у сваком погледу. Специјалистички стаж започиње даном уписа на факултет и обавља се под надзором ментора кога одреди факултет.

Место обављања специјалистичког стажа

Специјалистички стаж се обавља на одговарајућем факултету, здравственој установи или приватној пракси која испуњава услове: - да има најмање двоје специјалиста одговарајуће специјалности са пет година радног искуства; - да на једног специјалисту нема више од два специјализанта. То ће обезбедити квалитетнији пренос знања и вештина са ментора на специјализанта; - да има одељење одговарајуће специјалности у којима се у редовном раду обавља већина процедура предвиђених програмом специјализације. Нема, дакле, едукације тамо где се рутински не обављају процедуре из програма; - да има, али и да спроводи, план стручног усавршавања. Свакако ћете се сложити да ментори, тј. они који едукују друге, и сами морају да се стално едукују; - да имају стручну библиотеку и да су претплаћене на добијање научних и стручних часописа и публикација. Веома је битно за будуће специјализанте да имају где да се упознају са литературом и струком, а да не јуре по интернету где им је у већини случајева забрањен приступ књигама и часописима у пуном обиму, али и за менторе, како у погледу сопствене едукације

63 <

је, тако и праћења савремених токова.

Специјализант има обавезу да, по предлогу ментора, најмање половину стажа проведе на клиникама неког универзитетског центра, а може по предлогу ментора да део стажа у трајању до три месеца обави у некој другој установи која је у рангу терцијарне здравствене установе.

Специјалистички испит

По завршеном стажу подноси се пријава за полагање и прилаже се специјалистички испит. Испит се састоји из три дела:

1. Теста који има од 15 до 20 питања која се налазе у банци питања. Да би положио специјализант мора тачно одговорити на најма-

вања са рада из разлога утврђених законом (боловање дуже од шест месеци, трудноћа, компликације везане за одржавање трудноће, одсуство ради неге болесног детета), рок за стицање услова рачуна се од истека одсуствовања са рада по тим основама. Уколико специјализант не положи испит, може га полагати у роковима који нису краћи од шест месеци.

Признавање специјалистичког стажа

Уколико је специјализант пре одбора специјализације провео на раду одређено време у здравственој установи, Министарство здравља на његов захтев и на предлог факултета може признати то вре-

ме на снагу правилника, уколико специјализација траје дуже од четири године стаж обављају по одредбама овог правилника.

Чега нема у Правилнику, а требало би да буде

Да бих одговорио на то питање послужио сам се Правилником о специјалистичком усавршавању доктора медицине и то из два разлога: прво, зато што је у складу са европским прописима; друго, зато што је на језику који најбоље разумем.

1. **Јасна упутства** за све учеснике у специјалистичком усавршавању између министарства здравља, са једне, и специјализанта, с друге стране.

Код Хрвата постоји Национално повереништво за специјалистичко усавршавање. Задужено је за проверу, процену унапређења квалитета специјалистичког усавршавања. Оно надзире усавршавање доктора, поставља државне стандарде, надзире трајање и садржај усавршавања, контролише квалитет поступка у усавршавању предлаже методе процене успешности усавршавања - предлаже министру предузимање одговарајућих мера у случају негативног налаза при провери квалитета специјалистичког усавршавања поједине специјализације. Чине га представници министарства, деканске конференције медицинских факултета, Лекарске коморе, Лекарског друштва и Агенције за квалитет. Водитељ програма специјалистичког усавршавања координира извођење програма појединих специјализација, надзире рад свих главних ментора. Именује га министар, по претходно прибављеном мишљењу Лекарске коморе, на време од пет година.

Главни ментор има најмање десет година специјалистичког стажа. Одговоран је за прописано спровођење целокупног програма специјализације, сарађује са менторима, прати напредак специјализаната, проверава знање специјализанта најмање два пута годишње провером знања и вештина, одговоран је за тачност података у специјалистичкој књижици, ако специјализант не извршава обавезе или нема склоности према специјализацији - о томе у писаној форми извештава министарство, дужан је да за сваког специјализанта изради распоред обављања специјализације. За свој рад одговара водитељу програма специјалистичког усавршавања.

Министарство може разрешити главног ментора уколико неодго-



Хирурзи међу најдефицитарнијим

ње 60 одсто;

2. Практичног дела - код којег се полаже на сам дан испита.

3. Усменог дела - код кога чланови комисије појединачно оцењују одговоре на свако питање и кандидат је положио ако оствари просечну оцену шест.

Испитна комисија се састоји председника и најмање два члана, а сви мора да буду наставници факултета, и одговарајућег броја заменика. Испитне комисије се образују на сваком факултету. Рок у коме специјализант може приступити полагању испита је шест месеци после стицања услова за полагање. Време трајање услова предвиђених законом о раду за које је утврђено мировање радног односа не рачуна се у рок за стицање услова за полагање испита. За време одсуство-

ва у специјалистички стаж најдуже до шест месеци, под следећим условима: да установа у којој је провео на раду одређено време испуњава услове које су дужне да испуне установе у којима се обавља специјализација; ако се у тој установи обављају поступци и садржаји који су предвиђени програмом специјализације; ако специјализација траје четири и више година; ако је здравствени радник у тој установи обављао здравствену делатност дуже од две године по положеном стручном испиту.

Изузетак су, наравно, дефицитарне гране у којима се лекар може упутити на специјализацију после завршеног приправничког стажа и положеног стручног испита.

Специјализанти који су започели специјалистички стаж пре ступања

ворно води специјализанта и то на предлог директора установе, водитеља програма те специјализације. За свој рад остварује годишњу накнаду за рад од подносиоца предлога за специјализацију у износу који утврђује министар.

Директор здравствене установе предлаже министру листу главних ментора своје установе, по једног за сваку специјализацију. Ментор је специјалиста са најмање пет година специјалистичког стажа. Листу ментора саставља директор здравствене установе. Одговоран је за прописано спровођење програма специјализације, за тачност података у књижици специјализанта у којој се бележи напредак, али и дневник рада специјализанта. Прати напредак специјализанта, редовно проверава знање специјализанта путем провере знања и вештина, сарађује са главним ментором. За свој рад одговоран је главном ментору. Остварује годишњу накнаду по менторству од подносиоца предлога за одобрење специјализације.

2. Прописани услови: Здравствене установе у којима се обавља специјализација постају то на тачно прописани начин. Здравствена установа подноси захтев за давање овлашћења за спровођење специјализација у коме стоје докази о испуњености услова, предлаже део специјализације и менторе за извођење. Министар, на предлог повереништва за

специјализације, издаје решење на пет година и води регистар.

3. Установе у којима се спроводи специјализација имају **довољан број болесника и довољан број практичних процедура.**

4. **Време годишњих одмора** не сматра се прекидом, него је, у складу са колективним уговором за здравство, урачунато у време специјализације.

5. **Специјалистичко усавршавање у иностранству**, а које је у складу са програмом специјализације, признаје се.

6. **Могућност прекида специјализације** уколико специјализант нема склоности ка специјализацији или неизвршава обавезе.

7. **Обавезни Дневник рада специјализанта** од највећег је значаја за практични рад будућих специјализаната и савладавање вештина које постоје у програмима специјализација. У дневник рада бележе се дневне активности провера усвојених знања и вештина.

8. **Пријава за испит** садржи мишљење главног ментора. Уз њу се прилаже специјалистичка књижица и дневник рада.

9. У саставу **Испитне комисије** не могу бити главни ментор, нити ментор специјализанта.

10. **Могућност признавања специјалистичког усавршавања у иностранству.** Оно се у Хрватској решава тако да на предлог Лекар-

ске коморе министар може специјализацију признати у целости или делимично, ако су у складу са програмом специјализације.

11. Признавање специјализације страним држављанима.

Све у свему, мишљења сам да би у наредном периоду било неопходно и код нас увести пре свега Национални одбор за специјализације, водитеља програма специјализације, главног ментора и ментора - као карице које недостају, а доприносиле би значајно јачању ланца специјалистичког усавршавања, свакако са тачно постављеним местом, улогама и обавезама. Обавезни Дневник специјализанта имао би велики допринос за достизање одговарајућих практичних знања. За садржај поједних програма специјализација и њихову усклађеност са европским, мишљење ће дати сама струка.

Лекари увек стреме ка специјалистичком усавршавању, а држава им то мора омогућити на одговарајући начин обезбеђивањем свих услова неопходних за стицање нових знања и вештина, почев од опреме и услова за рад, стицање теоретских и практичних вештина, како у квантитавном, тако и у квалитативном смислу, до неопходних квалитетних и стручних људских ресурса који ће спроводити програме специјализација и едуковати колеге. //

ШТА ДОНОСЕ ИЗМЕНЕ И ДОПУНЕ СИСТЕМСКИХ ЗАКОНА У ЗДРАВСТВУ

ЦЕНТРАЛИЗОВАНЕ НАБАВКЕ И СТЕЗАЊЕ КАИША

Посланици републичког парламента усвојили су у суботу 15. децембра 2012. сет закона из области здравства. Усвојене су измене и допуне Закона о здравственој заштити и Закона о здравственом осигурању, као и Закон о преузимању обавеза здрав-

ствених органа према велелековима по основу набавке лекова и медицинског материјала и претварање тих обавеза од 13,5 милијарди динара у јавни дуг Србије.

У образложењу предлагача закона - Владе Србије, наводи се да су разлози за доношење предложених из-

мена и допуна Закона о здравственој заштити садржани у потреби да се створе услови за здравствену заштиту најугроженијих категорија становништва, као и да се успостави здравствени систем који је финансијски одржив, односно заснован на рационалној употреби

65 <

средстава јавне потрошње. Из тог разлога, измене и допуне два системска закона у области здравства, не могу се посматрати одвојено.

Предложене измене и допуне Закона о здравственој заштити имају за циљ да се:

1) угроженим категоријама грађана Републике Србије обезбеде услови за здравствену заштиту из средстава јавне потрошње;

2) унапреди друштвена брига за здравље коју обезбеђује аутономна покрајина, општина, односно град, како би се створили повољнији услови за остваривање здравствене заштите од интереса за грађане на територији јединица локалне самоуправе, односно територијалне аутономије;

3) створи правни основ за спровођење централизованих јавних набавки за потребе здравствених установа из Плана мреже здравствених установа који доноси Влада, као и да се оснује Управа за централизоване јавне набавке здравствених установа из Плана мреже, као орган управе у саставу Министарства здравља;

4) створе услови да се пословање здравствених установа усклади са Законом о буџетском систему, односно да здравствене установе као корисници јавних средстава имају појачану одговорност за финансијску дисциплину и наменско трошење јавних средстава;

5) ближе уреди начин и поступак доношења републичког кадровског плана, као и кадровског плана здравствених установа, који служи као основ за запошљавање у здравственим установама, односно као основ за финансирање плата запослених и других додатака на плату из средстава јавних прихода.

Више осигураних преко буџета

Законом је проширен круг грађана за чије се здравствено осигурање средства обезбеђују у буџету Републике. Друштвеном бригом за здравље на нивоу Републике обухваћене су и посебно осетљиве категорије грађана Србије - лица којима је неопходно обезбедити обавезну имунизацију у складу са прописима којима се уређује здравствена заштита становништва од заразних болести; лица којима је неопходно обезбедити циљане превентивне прегледе, односно која ће се укључити у скрининге које ће организовати Министарство здравља, као и самохрани родитељи са децом до седам година живота чији су месечни приходи испод прихода утврђе-

них у складу са овим законом којим се уређује здравствено осигурање.

На тај начин, наводи се у образложењу Закона, доприноси се најширем обухвату грађана у Републици Србији системом обавезног здравственог осигурања у складу са препорукама Светске здравствене организације о неопходности најширег обухвата здравственом заштитом свих категорија становништва, па и оних који немају сопствене приходе.

>>> Изменама су дата већа овлашћења РФЗО који ће спроводити централизоване набавке за установе из мреже <<<

Нејасно је, међутим, како ће се, без додатних средстава у буџету, реализовати измене Закона о здравственом осигурању, будући да су уведене нове категорије осигураника за које се здравствена заштита финансира на терет Републике.

Проширена су овлашћења аутономне покрајине, општине, односно града у обезбеђивању и спровођењу мера које доприносе остваривању здравствене заштите од интереса за грађане, као и за унапређивање рада и функционисања здравствених установа чији су оснивачи. Законом је предвиђено да оснивач установе може да обезбеди средства само за онај број запослених који недостаје у установи, до прописаних стандарда. Предлагач закона сматра да се тиме доприноси се обезбеђивању квалитетније здравствене заштите у здравственој установи чији су оснивачи аутономна покрајина, општина, односно град, с обзиром на то да у овом моменту Фонд нема финансијска средства за те намене.

Закон такође даје овлашћење оснивачу (аутономној покрајини, општини, односно граду) да обезбеди средства за запошљавање већег броја запослених у здравственој установи чији је оснивач, од броја који је као минимум утврђен стандардима у Закону о здравственој заштити, као и средства за простор, опрему, лекове и медицинска средства, која су већа од прописаних стандарда. То, другим речима, значи да општине и градови, уколико желе и имају средства у буџету, могу да плате рад лекара и медицинских сестара који су, према републичком стандарду, „прекобројни“.

Обезбеђивање средстава за пружање хитне медицинске помоћи

од стране аутономне покрајине, општине, односно града - не представља новину у односу на садашње правно решење, већ прецизније уређивање друштвене бригае за здравље на нивоу аутономне покрајине, општине, односно града у складу са чланом 162. ст. 1. и 2. Закона о здравственој заштити.

Поред тога, локална самоуправа може да установима чији је оснивач, обезбеди и средства за извршавање обавеза по основу извршних судских одлука (за које не постоји обавеза финансирања из средстава обавезног здравственог осигурања, а установа не може да обезбеди средства у свом финансијском плану). Тиме је омогућено оснивачу да помогне и унапреди рад здравствене установе, односно да предузме мере како здравствена установа не би била блокирана у свом раду и како би се спречило настајање штетних последица по имовину коју користи здравствена установа, односно у пружању здравствене заштите грађанима. Аутономна покрајина, општина, односно град могу обезбедити и средства за осигурање објеката и опреме здравствене установе.

На тај начин, створен је правни основ да оснивач здравствене установе може да учине на ефикаснији рад здравствене установе, а доприноси се и наставку децентрализације у области здравствене заштите.

Министар доноси кадровски план

Министар доноси кадровски план за запослене у здравственим установама из Плана мреже за територију Републике, кога чини укупан број запослених обухваћен појединачним кадровским плановима здравствених установа из Плана мреже. Кадровски план доноси се најкасније до 31. децембра текуће календарске године за наредну буџетску годину, а број запослених у здравственој установи не сме бити већи од броја утврђеног тим планом. Здравствена установа може да поднесе Министарству захтев за измену, односно допуну, кадровског плана здравствене установе са потребном документацијом највише два пута у току једне календарске године.

Тим законским решењем настоји се да се „дисциплинује“ кадровска политика установа из плана мреже, односно систем усклађује са финансијским могућностима РФЗО. Другим речима, број запослених у здравственим установама мора бити сразмеран средствима обезбеђе-

ним за те намене у финансијском плану здравствене установе, о чему мора да постоје јасни докази (да здравствена установа има обезбеђена средства за те намене). На тај начин спречила би се уочена појава да здравствене установе запошљавају већи број запослених од сопствених финансијских могућности, односно број који није усклађен са одређеним средствима на основу уговора закљученог са РФЗО. С друге стране, то ће осим неизвесности, донети и могућност остајања без посла за велики број запослених на одређено време, чије зараде ни до сада нису финансиране из касе здравственог осиграња.

Измене закона треба да допринесу већој финансијској дисциплини у пословању здравствених установа из Плана мреже које, пружајући јавне услуге, користе средства из јавних прихода.

Централизација јавних набавки

Иако су предлогом измена и допуна Закона о здравственом осигурању биле предвиђене крупне новине: да државни и приватни сектор буду интегрисани у један здравствени систем, сагласно Европској Повељи о правима пацијената (Рим, 2002. године) која указује да пацијент има право да усмери свој новац од осигурања тамо где жели да се лечи - на то ћемо, по свему судећи, још морати да сачекамо. Такође, док је у предложеној верзији измена и допуна закона било предвиђено оснивање посебног одсека при

>>> Локалне самоуправе моћи да „одреше кесу“ и помогну установама чији су оснивачи, не само за финансирање „прекобројних“ и опремање, него и осигурање и трошкове по судским одлукама <<<

Министарству здравља који би се бавио централним јавним набавкама, усвојени документ предвиђа да се централизација јавних набавки за здравствене установе из Плана мреже повери Републичком фонду за здравствено осигурање.

Како се процењује, централизованом набавком роба и услуга за здравствене установе из Плана мреже могу се остварити уштеде од 20 до 40 одсто, у односу на на средства која се у овом моменту троше за набавку лекова, медицинског и санитетског потрошног материјала, уградног материјала и др. Установе неће бити забрањено да саме купују лекове и опрему.



Кроз јавне набавке до уштеде: Уградња пејсмејкера

У ситуацији када је издвајање за здравство из бруто домаћег производа у Републици Србији око 250 евра по глави становника, међу најнижим у Европи, предлагач закона сматра да је „неопходно рационализовати потрошњу свих роба и услуга које се користе у здравственим установама“.

Према слову закона, Републички фонд обавља послове централизованих јавних набавки у име и за рачун здравствених установа из Плана мреже здравствених установа

доноси План централизованих јавних набавки. Завод за јавно здравље основан за територију Републике дужан је да прибави мишљење републичких стручних комисија у вези са Планом централизованих јавних набавки.

Централна комисија за лекове

Министарство здравља дало је налог директорима здравствених установа да обезбеде потрошни материјал за прву половину 2013, док ће централизованим тендерима бити обезбеђено све што је потребно у другој половини године.

Ради обављања послова у поступку за стављање лекова на Листу лекова, измену и допуну Листе лекова, односно за скидање лекова са Листе лекова, у РФЗО образује се Централна комисија за лекове о чему одлуку доноси Управни одбор Фонда. Централна комисија за лекове има 11 чланова, из реда истакнутих стручњака у области медицине, стоматологије и фармације, између којих се бира председник и потпредседник. Министар надлежан за послове здравља и директор Републичког фонда именују по пет чланова Централне комисије за лекове, док једног члана именује заједница медицинских факултета.

Закони су објављени у „Службеном гласнику“ од 15. децембра (Сл. гласник 119-12), а ступили на снагу осмог дана од објављивања.

Ј. Томашевић

који доноси Влада, а за то му није потребно претходно овлашћење, односно сагласност тих установа. (Члан 10. Закона о изменама и допунама Закона о здравственом осигурању, којим се додаје члан 212а).

Прецизирано је и да Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ обезбеђује стручне, административне и техничке послове за рад републичких стручних комисија.

Изменама Закона прецизира се да Завод за јавно здравље основан за територију Републике прикупља, обједињује и анализира планове потреба здравствених установа из става 1. овог члана, на основу којих

РЕФОРМА ЗДРАВСТВА – ЗАШТО ИНСТИТУТЕ И ЗАВОДЕ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ ТРЕБА ДА ФИНАНСИРА ДРЖАВА

ОПСТАНАК ПОД ЗНАКОМ ПИТАЊА

// ЗА РАЗЛИКУ ОД ОСТАЛИХ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА ИЗ ПЛАНА МРЕЖЕ, ИНСТИТУТИ И ЗАВОДИ НЕ ДОБИЈАЈУ СРЕДСТВА ОД РФЗО ПРЕМА БРОЈУ УГОВОРЕНИХ РАДНИКА, ВЕЋ САМО СРЕДСТВА ЗА ОДРЕЂЕНЕ ПОСЛОВЕ И ЗАДАТКЕ //

Пише: др СЕРГЕЈ ЛАЗАРОВ,
ПРЕДСЕДНИК КОМИСИЈЕ
ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ ЛКС



Анализирајући социоекономски и професионални, као и радно-правни статус запослених у здравственим установама у Србији, као и запослених у институтима и заводима за јавно здравље, констатују се велике, вишегодишње (и све веће) разлике на штету запослених у институтима/заводима за јавно здравље. Уколико се у наредном периоду не промени однос државе према начину финансирања института/завода за јавно здравље, само је питање тренутка када ће се ове здравствене установе угасити!

У складу са Законом о здравственој заштити оснивач свих института/завода за јавно здравље је Република Србија (члан 119. Закона о здравственој заштити, „Сл. Гласник РС“ бр. 107/2005). Један део програмских активности – минимално тзв. „општег интереса“, финансира се из буџета Републике Србије, а део послова-услуга из буџета РФЗО-а.

Према Закону о здравственом осигурању („Сл. Гласник РС“ бр. 107/05 и „Сл. Гласник РС“ бр. 109/05) чл. 117. дефинисане су основе Уговарања здравствених услуга између РФЗО-а и здравствених установа, да би се исте прецизно дефинисале чланом 108. истог закона.

За разлику од осталих здравствених установа из Плана мреже, институти и заводи за јавно здравље који су, према важећој законској регулативи такође у Плану мреже, не добијају средства од РФЗО-а према броју уговорених радника, као остале здравствене установе (домови здравља, болнице, КБЦ-и), већ само средства за одређене послове и задатке.

„Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облацима здравствене службе“ („Сл. Гласник РС“ бр. 43/06.) и најновије измене и допуне овог Правилника („Сл. Гласник РС“ бр. 112/09.) којим се, између осталог, утврђује и минимални стандард кадрова за одређене врсте здравствених установа, како би оне уопште могле да отпочну сарадњу. Овај стандард кадрова, када су у питању институти и заводи за јавно здравље

никог не обавезује, јер се не узима у обзир приликом уговарања здравствених услуга, за разлику од осталих здравствених установа. Наиме, „Правилник о условима, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и утврђивање накнаде за њихов рад“ („Сл. Гласник РС“ бр. 17/2010) који доноси сам РФЗО, регулише критеријуме за уговарање накнаде за рад здравственим установама из Плана мреже, између РФЗО-а и здравствених установа на следећи начин:

- За све здравствене установе, како на примарном, тако и на секундарном и терцијарном нивоу, први критеријум је – уговорени број радника, па потом важећа основица за обрачун и исплату плата запослених у здравственим установама, додатна средства за прековремени, минути рад... у складу са законом.

- За институти и заводе за јавно здравље то је број услуга, с тим да се уговорена накнада за услуге из става 1. тачке 2. овог члана утврђује на основу трошкова за те намене пројектованих за претходну годину, а највише до висине уговорене накнаде увећане за процењени проценат инфлације (5–6 одсто). Али те услуге треба да реализују запослени којима треба дати надокнаду за рад, средства за превоз, прековремени, минути рад, наравно- у складу са законом.

Заједнички именитељ за поменуте јавно-здравствене установе су две чињенице: да им основну делатност дефинишу два актуелна закона и то: ЗАКОН О ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ („Сл. Гласник РС“ бр. 107/05 и 57/11) и ЗАКОН О ЈАВНОМ ЗДРАВЉУ („Сл. Гласник РС“ бр. 72/09). Оба поменута Закона прецизно дефинишу место и улогу завода/института за јавно здравље у друштву, али и у мрежи здравствених установа чији је оснивач држава.

ПРВА специфичност завода/института за јавно здравље је мандат који су добили од државе да спроводе читав низ делатности у области јавног здравља у смислу социјално-медицинске, хигијенске, епидемиолошке и микробиолошке здравствене делатности. У оквиру тих делатности реализују се следећи циљеви и задаци:

- Промоција и очување здравља и афирмација здравих стилова живота становништва;
- Сагледавање, праћење и анализа, њиховог здравственог стања;
- Утврђивање, праћење, редукција и елиминација фактора ризика понашања и животне средине, уз

процене утицаја (контрола ваздуха, квалитета вода, комуналне буке, санитарног надзора и др.), који који угрожавају здравље људи;

- Превенција, благовремено откривање и контрола за разних и незаразних болести укључујући Програм обавезних имунизација;
- Превенција, праћење и редукција фактора ризика хроничних незаразних обољења
- Постизање што већег обухвата посебно вулнерабилних групација релевантним мерама, акцијама и интервенцијама;
- Унапређења квалитета рада здравствених радника кроз редовни надзор над стручним радом у здравственим установама;
- Спремност за благовремене акције/интервенције у ванредним ситуацијама.

ДРУГА специфичност која издваја заводе/институте за јавно здравље од осталих здравствених установа у Плану мреже јесте и начин финансирања запослених.



Градски завод за јавно здравље

У циљу анализирања и решавања социјално-економских, професионалних и проблема везаних за радни статус запослених у заводима/институтима за јавно здравље, Комисија за јавно здравље на својој седници одржаној 6. марта, донела је следеће закључке:

А) Предузети активности према Министарству здравља и РФЗО-у у циљу повећавања обима средстава из буџета који учествује у структури зарада (плата) запослених и то: 70 одсто да чине средства из буџета, а 30 одсто средства остварена продајом услуга на тржишту (укључујући и сарадњу са локалном управом).

Б) Упутити захтев РФЗО-у, да обезбеди услове за *размајрање постојеће (неправедно) начина финансирања* института/завода за јавно здравље, који се примењује од 2002. године, као и да се сопствени приходи института/завода за јавно здравље не узимају у буџет РС.

Тиме се подразумева да је потребно применити у пракси **постојећи стандард кадрова за институте/заводе за јавно здравље код склапања уговора са РФЗО** („Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облацима здравствене службе“ и „Правилник о услови-

ма, критеријумима и мерилима за закључивање уговора са даваоцима здравствених услуга и утврђивање накнаде за њихов рад“).

1. Уредби о коефицијентима за обрачун и исплату плата запослених у јавним службама препознати заводе/институте за јавно здравље, тако што ће сви запослени који носе основну делатност у установи бити препознати висином коефицијента, при чему би се потребна средства обезбедила из буџета РФЗО-а.
2. Комисија за јавно здравље заузима став, да је потребно је да оснивач завода/института за јавно здравље (Министарство здравља РС) дефинише минимум обима услуга и послова које пружају заводи/институту за јавно здравље на тржишту.

Ове услуге би се реализовале за потребе локалне заједнице односно локалне управе, а на бази претходно донете и усвојене **локалне стратегије јавног здравља** за одређену територију (како то предвиђа Закон о јавном здрављу). Неопходност сарадње локалне управе и института/завода за јавно здравље требало би да буде утврђена изменама и допуна Закона о јавном здрављу у смислу **институционалног** (што значи обавезног) **интегрисаног управљања** у локалној заједници (кроз посебно координационо тело или Савет за јавно здравље). Ово је и механизам за спровођење „Здравља у свим политикама“ што ову сарадњу института и завода за јавно здравље са локалном управом, као и мултисекторски приступ у раду (ангажовање и других сектора ван сектора здравства) **чини обавезном**, а не као до сада добровољном.

Образложење: Оснивач мора подзаконским акти-ма, као и изменама и допунама закона (Закон о јавном здрављу) да предвиди, посебна буџетска средства за овакво институционално интегрисано управљање (локалне самоуправе, инспекцијске службе, предшколске, школске, здравствене и др. установе) како би сарадња, тимски рад и реализација заједничких интервенција у области јавног здравља у локалној заједници представљала обавезу, како за институте и заводе за јавно здравље, тако и за остале partnere у локалној заједници.

3. Комисија за јавно здравље сматра да је потребно да оснивач обавезе послодавце да ангажују исту, државну и референтну установу медицине рада која ће по јединственим критеријумима извршити процену ризика радних места у институтима/заводима за јавно здравље, а како би се избегле неједнакости у процени ризика за исто радно место у различитим установама.
4. Када је у питању исплата јубиларних награда за запослене у здравству за 2009, 2010, 2011, 2012. и текућу годину, као и Божићне награде за 2013. годину Комисија за јавно здравље заузима став, да је потребно што пре омогућити исплату тих награда. Малом броју завода/института за јавно здравље који су то већ урадили из сопствених средстава, потребно је иста рефундирати.
5. Комисија за јавно здравље покреће иницијативу према ПО и УО ЛКС, да се предузму одређене активности на формирању посебне Радне групе, састављене од стране представника Министарства здравља, РФЗО-а, института/завода за јавно здравље, представника ЛКС и репрезентативних синдиката, како би се у што краћем временском року започело са системским решавањем егзистенцијалних питања запослених у институтима/заводима за јавно здравље. //

МИШЉЕЊА

ДА ЛИ ЈЕ ОБАВЕЗА ЛЕКАРА ДА ПОШТУЈЕ СТАВОВЕ
СТРУКЕ И ЗАКОНСКУ РЕГУЛАТИВУ?

Парадокс борбе против имунизације

Пише:
Прим. др Предраг Кон

У другој деценији 21. века чини се да српско друштво одустаје од заштите од грипа и инвазивних пнеумококних болести. О томе говоре подаци о имунизацији против тих болести и све мањем планирању набавке вакцина. Имунизација против грипа се у периоду од 2005. до 2009. године у Београду спроводила са 61.917 доза у просеку. У последње три године непрекидно се смањује: у 2010. години примењено је 53.037 доза (смањење 14,4 одсто), 2011. године 44.497 доза (смањење 28,1 одсто), 2012. године 37.891 (смањење 38,8 одсто). Из године у годину смањује се потраживање ових вакцина: за 2010. годину план је био 87.778 доза, за 2011. 79.242 доза, за 2012. годину 70.043 доза, а за 2013. годину планира се свега 59.982 доза (смањење 37,7 одсто).

Чини се да су борци против имунизације и за очување грипа успели! Како је до тога дошло? Многи ће олако рећи да је то настало због „измишљене“ пандемије грипа А H1N1 2009. и „непотребног застрашивања“ становништва. Шта је истина? Да ли имамо у Србији јасне податке и ставове у вези имунизације против грипа и пнеумококних инфекција који су обавезујући за све чланове Лекарске коморе, али и читавог друштва? Да ли имамо ставове о обавезујућем поступању у току пандемије грипа?

Одговори на та питања су јасни. Постоји и законска регулатива и научна истина о имунизацији против грипа, као и непобитни докази о пандемији грипа А H1N1 2009. године.



Имунизација против грипа је по Закону о заштити становништва од заразних болести ОБАВЕЗНА за све оне код којих је индикована по клиничким и епидемиолошким индикацијама. Исто важи и за имунизацију против пнеумококних инфекција. Индикације за имунизацију прописане су Правилником о имунизацији и начину заштите лековима, а поред тога сваке године их утврђује и јавно препоручује Институт за јавно здравље Србије.

Имунизацију по закону спровode лекари. У складу са тим законом и правилником у Београду имамо 378.500 особа које треба да се штите против грипа имунизацијом у свакој сезони. (око 17.500 деце узраста од шест месеци до 19 година и око 82.000 лица узраста од 20 до 64 година који због своје дијагнозе хроничне болести имају индикацију за вакцинацију против грипа. Поред тога имамо око 247.000 старијих од 65 година и око 32.000 лица која због епидемиолошких индикација треба да се вакцинишу). На основу тих података јасно је да се закон не спроводи, па је актуелно питање да ли га треба мењати или поштовати и предузети активности како би се свест о значају ове имунизације знатно променила.

Научни ставови о користи од имунизације у смислу чувања живота и смањења учесталости хоспитализација су добро познати, па је без озбиљнијег анализирања разлога за одустајање од имунизације тешко разумети због чега се то дешава. Сада се уочава да су лекари већином одустали од препоручивања имунизације против грипа сво-

јим пацијентима, и да нису озбиљно спремни да раде на едукацији. Антивакцинална кампања у току пандемије грипа А H1N1 2009. године само је покренула неповерење у имунизацију против грипа у Србији. Након емитовања емисије Инсајдер у јесен 2011. године и стално понављаних података о „Афери вакцина“ непосредно пред имунизацију против грипа у сезони 2011. покренут је читав антивакцинални покрет који је прави замах добио тек крајем те године и поновио се у лето 2012. године. Кратком анализом медијских наслова објављених на сајту *naslovi.net* у периоду мај-август 2012. године од 89 наслова свега осам је било позитивно оријентисано о имунизацији (девет одсто).

Када друштво потпуно одбија имунизацију против грипа тако што спроводи континуирану антивакциналну кампању у медијима, онда се медицинска јавност мора јасно оградити од такве кампање и врло јасно јој се супротставити. Међутим, дошло је до тога да су медији тражили поједине лекаре да говоре о безбедности имунизације. Њихове изјаве су користиле уз „бомбастичне“ антивакциналне наслове и тако те лекаре злоупотребљавали и ширили антивакцинални покрет. Обично се радило о интерпретацији појединачних случајева нежељених реакција удружених са имунизацијом који су описани у литератури, па се ретко може дати примедба на изјаве лекара. Ове изјаве намерно су медијски искривљене до већ чувених антивакциналних наслова „Вакцине нам убијају децу!“, „Вакцинирана па умрла на ВМА!“ и многих других. Међутим, медијско изношење негативних ставова о имунизацији, макар и редовних професора Медицинског факултета, у најмању руку зах-

тева етичку расправу јер озбиљно одвраћа пацијенте од имунизације. Да ли је обавеза лекара да поштује ставове струке, а затим и законске регулативе?

Од реакције медицинске јавности било је чланака професора Зорана Радовановића у писаним медијима, чланка професора Драгана Делића у Гласнику ЛКС, реакције Епидемиолошке секције Српског лекарског друштва (СЛД) и конференције за новинаре организоване у СЛД од стране Лиге за имунизацију са учешћем секретара СЛД уједно и председника Педијатријске секције СЛД, председника Епидемиолошке секције СЛД (начелника Института за епидемиологију ВМА), председника Лиге за имунизацију, председника Здравственог савета Републике Србије и председника Републичке стручне комисије за заштиту жена деце и омладине. Та реакција није била довољна да спречи даљи пад обухвата имунизацијом против грипа.

У ситуацији у којој се налазимо неповерење према имунизацијама се шири, па треба мислити да ће се негативно одразити на обавезну имунизацију деце, уколико крајње озбиљно не почнемо да се преиспитујемо. У атмосфери „страха од вакцина“ дешава се да је ове године имунизација против грипа започела са месец дана закашњења, дешава се да је дошло до прекида у снабдевању вакцинама из обавезног програма имунизације. Све је то последица једног „лагодног“ односа према имунизацијама. Такав однос је ризичан и Србија треба да учини све да се изађе из ове ситуације. Највећу одговорност свакако имају здравствени радници, али и читаво друштво.

Данас је актуелна тема преиспитивање ефикасности имунизације против грипа и врло добро је познато да је најмање ефикасна код старих и болесних, али је исто тако познато да је ефикасна од 70 до 90 одсто код деце, одраслих и здравих људи. Нико у научној јавности не спори ефикасност у заштити живота старих људи и хроничних болесника.

Снажни отпор неких педијатара, односно гинеколога, професора Медицинског факултета, спровођењу имунизације деце и трудница против грипа потпуно је у супротности са стручно методолошким упутствима и такође се стручно и етички мора разјаснити.

Посебно је ирационално говорити о великом трошку за вакцине. Јер, лечење оболелих вишеструко је скупље од масовне имунизације. //

ЛИЧНИ УГАО

ЗАШТО ЈЕ ПОТРЕБАН НАЦИОНАЛНИ ПРОГРАМ ТРАНСПЛАНТАЦИЈА

Пресађивање Полиитичке Воље

*Закон треба да регулише ту област,
свесно нека помоћне, а црква је своје рекла:
на небо не примају без душе, а без органа се може...*

Аутор: Горан Козић,
новинар и трансплантирани
пацијент

Па, нека је и захтев Европе, али ако је изнуђена одлука ондашњег Председника Тадића да завешта органе, па затим и декларативно изјашњавање тадашњег министра здравља, те изјава тадашње председнице Скупштине на ту тему, тај толико чекани знак политичке (да, политичке!) воље да у Србији трансплатације органа постану обична, а не ударна вест, онда је у питању суштинска промена коју подржавам с радошћу. Јер, ја као пацијент са пресађеном јетром и релативно млад човек који је одбројавао последње дане у болници чекајући да неко падне с мотора, имам на то право.

Шта је друго, до скоро, пацијенту с јетром која га је издала, (или који је издао њу) преостало осим да прати црну хронику и нада се да ће породица преминулог у сред своје муке имати слуха, снаге и то потребно зрно племенитости да органима свог преминулог члана спасава живе непознатим људима?

А, уздати се у свест Србина коме је погинуо јединац и надати се да ће у том тренутку он смоћи снаге за херојско дело, равно је чуду. Па тако и ја кажем да су у мом случају, уз наше феноменалне лекаре, припомогли и Свети Врачи!

Хиљаде људи умире у Србији сваке године од болести које се могу „излечити“ трансплатацијом, јер не стигну ни до компетентних здравствених установа, а камоли до спасоносног списка за живот на коме се споро померају ка врху, јер - до мора нема. Кадавери, особе с мо-

жданом смрћу, потенцијални даваоци, путују на онај свет носећи са собом све своје органе иако им тамо где иду нису потребни... Кажем сада, а поновићу хиљаду пута: Закон треба да регулише ову област, свест нека помогне, а Црква се изјаснила: на небо не примају без душе, без органа се може...

Иако смо међу првима у региону у она „грозна времена“ која сада сви пљују, приступили трансплатационим операцијама које се сматрају врхом медицине, изгубили смо добру пол-позицију. Прву успешну трансплатацију јетре у СР Југославији извео је 12. јула 1995. године професор др Божина Радевић са сарадницима у Институту за кардиоваскуларне болести „Дедиње“ у Београду. Његов први пацијент данас је жив, здрав и има успешан бизнис!

Како то раде најбољу

Данас смо принуђени да слушамо хвалисање Хрватске, Пољске, Чешке, а одавно Италије, Аустрије и Швајцарске, те читамо и слушамо о прославама двестотих и стототих операција. Нијансе су у питању од земље до земље, али принцип је следећи - са првим документом који означава понолетност млада особа одлучује да ли ће изричито нагласити да је против да се у случају смрти користе њени органи. Ако није против, сматра се да је за и да је дала дозволу. Ту одлуку накондно не може да промени ни родбина, ни ико други. Тако, само тако, може да се дође до критичног броја органа те трансплатације постану рутини. Због чињеница да ово важно поље код нас није уређено, невољници су принуђени да траже помоћ у иностранству. Ту ће их до-

71 <

чекати две чињенице и већину заувек оставити без сваке наде. Наиме, трансплатација јетре у свету најскупља је хируршка интервенција и такву операцију наше здравствено осигурање не жели да покрива. Или не може, уз опаску да је пацијенту то свеједно.

Најјефтиније у Тузли

Најскупља је Британија, испод триста хиљада евра не треба ни помишљати. Јефтинија је Италија, Пољска са око сто педесет, а најповољнија шанса стиче се у Тузли за око педесет хиљада евра. Све ово примите врло условно. Јер, често су то само прве, иницијалне суме. На њих треба додати трошкове путовања, пратиоца, преводиоца, хотел, чекање...

Да, и лежарина се плаћа, јер јетра никога не чека, већ се на њу чека, а то може да потраје месецима док се трошкови гомилају, а здравствено стање онога који се нада погоршава.

Америка је то урадила на свој начин. Трансплатација јетре тамо је постала рутинa. Популарише се ова област медицине и стимулишу се потенцијални даваоци. Седмoг дана после операције пацијент се отпушта кући, али, коментарише злобно један од наших саговорника, тај се пацијент већ после три дана враћа и тражи помоћ и постопративно праћење - што се додатно наплаћује. Потенцијални даваоци стимулисани су тако што је човек који је завештао своје органе зарадио приоритет за себе и своју породицу онога далеког, а тако блиског, дана када у старости или у болести органи затрабају њему или члановима његове породице. Дакле, све је измишљено, али код нас није прекопирано.

Сваки лекар ће вам рећи да су у питању докторске сујете, скупoћа

операције, неспособност руководећих структура, па и Министарства здравља да уведе ред у област медицине коју ћемо потпуно намерно опет назвати врхом у медицини. Рећи ће вам и да су најчешће трансплатације бубрега између чланова породице, па се тако од једног болесника праве два! Рећи ће вам лекари и да се од кадавера обично узимају бубрези, а да се јетре – бацају. Као и срце, плућа, панкреас, зеница, црева...

Погвић др Сћарцла

За све ово време у Србији је урађено укупно тридесетак трансплатација јетре од којих је двадесет четири обавио проф. др Божица Радевић с великим успехом. Донедавно идеја о трансплатацији јетре била је имагинација. Први експеримент изведен је 1955. године, а жртва науке био је један млади пас.

Др Томас Старцл је први у свету 1963. године урадио неуспелу, а 1967. успелу трансплатацију јетре човеку. Годину дана касније др Рој Калн направио је прву успешну клиничку трансплатацију јетре у Европи. Велики напредак направљен је 1980. године средишњим хлађењем органа перфузијом *in situ*, затим појавом нових раствора 1988/89. и вено-венском бајпас процедуром 1982. што је поправило успех операција.

Cyclosporin A уведен 1980. дао је велики допринос успешности трансплатације. Остварени резултати довели су до тога да је трансплатација јетре 1983. године регистрована као метода избора за лечење неких болести јетре у терминалној фази.

Било је потребно огромно фундаментално и хируршко знање да се трансплатира део јетре живог даваоца. Урадио је то први др Раица 1989. године. Не мање значајна била је и идеја о трансплатацији помоћне јетре што је др Абсолон урадио 1964,

а др Фортнер у неколико покушаја 1973. године.

У само тридесетак година згуснуто су поређани значајни догађаји, али најзначајнији је да сада у свету постоје бројни центри за трансплатацију јетре и да све дуже преживљавање пацијената оправдава ову методу. Трансплатација јетре један је од најсложенијих, али и најзахвалнијих захвата у смислу прогнозе и преживљавања пацијената! Али ова област вапи за уређењем!

Већина не дочека

Актуелно, у Србији је на листи чекања око 70 болесника за трансплатацију јетре, око 1500 болесника за трансплатацију бубрега, као и других болесника који чекају за трансплатацију других органа и ткива. Нажалост, већина њих не дочека да им се пресађивањем органа продужи живот. Суштински проблем је - недостатак органа. Србија није члан ни „Евротрансплантанта“ (у процесу), те наши пацијенти којима је потребна операција нису приоритет земљама чланицама. Тако да могу да постану власници органа који није потребан пацијентима у матичној земљи, што ће речи добиће неуслован, нееквалитетан орган. Исто може да се деси у сваком светском центру за трансплантације где одете за свој новац. Прво резиденти, па чланови ЕУ, па остали. Ми смо остали...

Неопходна је едукација здравствених и пратећих радника, неопходно је да се направи мрежа донације и да се по мом мишљењу, направи један центар за трансплатацију. Дакле, један центар у који треба да уђу лекари ове области из свих установа које развијају те програме.

Постати регионални центар за трансплатацију, па од зараде покривати скупу доживотну имуносупресивну терапију домаћих пацијената, логично је, зар не? Нико нема права да успорава развој ове врсте операција! Као најсложенији програм лечења, трансплатација се мора организовати као национални програм, треба укључити све здравствене центре у донаторски систем, донети закон, формирати национални регистар за доноре, даље развијати систем донорских картица.

Веома је важно да се код људи стално развија свест о потреби доирања органа или давања сагласности да се могу узети органи од најближег сродника код кога је наступила мождана смрт... Али, верујте неком ко је бројао последње дане: Најважнија је она политичка воља с почетка текста! //

СЕСТРА

Куповао сам лубеницу на Палилулској пијаци. Прошло је годину дана од када имам нову јетру. Осећао сам се добро и снажно. Онда, кад не треба, зазвонио је мобилни: Да ли сам ја Горан Козић, да ли сам радио у Политици, да ли ми је тачно пре годину дана пресађена јетра, распитивала се женска особа која се није представила. – Шта хоћете ви од мене, питао сам љутито. – Да чујем како сте, ја сам рођена сестра вашег донора!

Кад се нисам срушио. Ужурбано сам објашњавао да сам хтео контакт, да сам желео да покажем колико сам захвалан, али да сам поштовао вољу породице да остане анонимна... – Само желим да чујем како сте. – Добро сам, кажем, радим, ћерке опет имају оца. – Радујем се, рекла је, само сам хтела да вас чујем, тешко ми је на овај дан...

ПРЕДСТАВЉАМО – ДОМ ЗДРАВЉА ШАБАЦ

ПРИЗНАЊА КОЈА ОБАВЕЗУЈУ

// ПРВА АКРЕДИТОВАНА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА У МАЧВАНСКОМ ОКРУГУ, ЈЕДНА ЈЕ ОД РЕТКИХ УСТАНОВА КОЈА НЕМА ДУГОВА И ПОСЛУЈЕ ОДГОВОРНО //

Дом здравља Шабац, као модерна установа примарне здравствене заштите, настао је у априлу 2007. године, из ранијег Здравственог центра, на темељу дуге и богате традиције здравства шабачког краја.

Прошлост која обавезује на професионалност и посвећеност, путоказ је за континуирано ангажовање на унапређењу свих сегмената нашег рада.

Имајући у виду да су фактори који утичу на квалитет здравствене заштите бројни, као свој најважнији ресурс, осим добре сарадње са локалном самоуправом, у чијој надлежности је примарна здравствена заштита, Министарством здравља и бројним институцијама и организацијама, истичемо знање, професионалност и преданост запослених.

Од око 550 запослених, 419 су здравствени радници, што је 75 одсто укупног броја запослених. У Дому здравља Шабац укупно ради 161 доктор медицине и стоматологије, од тога 31 одсто (50) су лекари опште медицине, 50 одсто (81) су специјалисти, доктора стоматологије је шест одсто (девет), а специјалиста разних грана стоматологије је 13 одсто (21). Највише запослених ангажовано је у Служби опште медицине, њих 186 или 35 одсто.

Чињеница да је међу нашим лекарима већина специјалиста, још један је од доказа нашег уверења да само сталним стручним усавршавањем можемо одговорити на изазове захтевног и одговорног посла. Како бисмо остварили континуитет у кадровској смени, наши лекари су константно усавршавају, па је и сада у току осам специјализација. Дом здравља Шабац, издваја значајна средства за трошкове њихове континуиране едукације – превоз, котизације, слободне дане.



Признања као обавеза: директорка Дома здравља Шабац, др Весна Ћурић

Запослени у нашој установи и сами веома ангажовани на припреми и реализацији стручних предавања. Остварена је добра сарадња са колегама у Општој болници „Лаза К. Лазаревић“ у Шапцу, те кроз заједничко ангажовање запослених у обе установе обезбеђујемо довољан број акредитованих програма за континуирану едукацију.

Два милиона евра за модернизацију

Осим добрих услова за рад, Дом здравља Шабац улаже и у адекватну радну опрему запослених, па је једна од ретких здравствених установа, која издваја средства и за те намене. Циљ је да се створе услови који ће стимулисати професионал-

ност, стручност и афирмисати све позитивне вредности.

За врхунске резултате у струци, осим знања и вештина посвећених професионалаца, неопходни су добри услови за рад. У протеклих шест година Град Шабац и Дом здравља у изградњу и реконструкцију објеката, набавку нове опреме и модернизацију рада уложили су око два милиона евра. На тај начин здравствену заштиту учинили смо доступном на целој територији Градске управе Шапца, значајно унапређујући њен квалитет.

У протеклом периоду изграђене су три нове амбуланте – у Мачванском Причиновићу, Богосавцу и Месној заједници Јевремова. Реконструисани су сви објекти и прибављена савремена опрема, па Дом

73 <

здравља Шабац данас располаже са 32 објекта, од којих је 28 на сеоском, а четири на градском подручју. У току је изградња амбуланте у великом шабачком насељу Летњиковац. Објекат ће задовољити потребе неколико околних месних заједница са приближно десетак хиљада становника. Приводе се крају радови на комплетној реконструкцији амбуланте у селу Бела Река. Значајно су инфраструктурно опремиљене и стоматолошке амбуланте.

Обновљен возни ѓарк

Недостатак пијаће воде, што је годинама био проблем у теренским амбулантама, превазиђен је уградњом потребне опреме. У склопу инфраструктурног опремања, а у складу са потребом рационализације сопственог пословања, економичним, ефикасним и еколошки прихватљивим учинили смо и грејање у нашим објектима. У овој грејној сезони лож уље као енергент заменили смо пелетом у здравственим амбулантама у Мајуру, Варни и Прњавору. Осим што су значајно смањени трошкови, показана је и висока еколошка свест и одговорност према окружењу, поштујући постулате енергетске ефикасности, адаптацијом и изолацијом својих амбуланти.

На почетку свог рада као самостална установа Дом здравља је имао непоуздана, небезбедна возила, просечне старости око 10 година.



УПРАВНА ЗГРАДА

Данас, возни парк има 24 возила, чија је просечна старост три године, а за те потребе изграђена је и велика гаража, као још једна од важних инвестиција наше установе.

Унајређење квалитетa

Са циљем повећања доступности квалитетне и безбедне здравствене заштите, 2011. године отворен је и пункт Службе хитне медицинске помоћи у Прњавору. Близина магистралног пута, као и потребе мештана овог и околних мачванских села, показали су да је овај потез сасвим

оправдан, а значајно је скраћено време изласка екипе на терен.

Све учињено у протеклих шест година није прошло незапажено, па је Дом здравља Шабац од Министарства здравља Републике Србије у 2010. години добио *Признање за изврсношћ у развоју сйрајшешкој йлана и менаџменћ у йримарној здравсйвеној зашйићи*, а проглашен је и за *Најбољи у сйалном унајређењу квалитетa рага* за 2010. йодину.

Награде смо и овом приликом схватили само као обавезу да радимо још вредније и континуираним напорима допринесемо да на-



Пренос стеченог искуства у оквиру процеса акредитације представницима Дома здравља Гуча – Лучани



Служба дечје здравствене заштите

ши пацијенти остваре своје право на квалитетну, безбедну и ефикасну здравствену заштиту. У намери да то и реализујемо у свим сегментима свог пословања, учествовали смо у различитим пројектима који су нам створили могућност да ангажовано радимо на промоцији здравља, информатизујемо свој рад, али и уђемо у захтеван и обиман процес акредитације установе.

Сертификат о акредитацији, који је Дом здравља добио у јулу 2011. године, тако је постао само круна напора свих запослених и последица промишљеног и доследног спровођења планова менаџмента. Наша установа је, тако, постала ПРВА акредитована здравствена установа у Мачванском округу, према којој гравитира више од 120.000 становника. Своја искуства у процесу акредитације сада делимо са представницима бројних домова здравља, који показују велико интересовање, јер се добар глас о успеху са којим смо реализовали овај посао чуо далеко. Изузетно нас радује што смо у могућности да својим колегама пружимо помоћ у послу који многе од њих тек очекује.

Електронски карџон

Средства за акредитацију обезбедили смо учешћем у пројекту ДИЛС Министарства здравља, путем ког смо дошли и до средстава за информатизацију, за рад са вулнерабилним групама – пре свега децом, као и за адаптацију простора у ком своје услуге пружа Служба за здравствену заштиту жена и стварање услова за тимски рад. Дом здравља, захваљујући овом пројекту, али и сопственим средствима,



Служба хитне помоћи

данас има јединствен информациони систем, али и више од 300 рачунара и исто толико штампача.

Улога лидера у информатизацији рада омогућила нам је и имплементацију електронског картона, што смо такође успели сопственим напорима и ангажовањем. У оквиру Пројекта са вулнерабилним групама радили смо са децом основношколског узраста на развијању свести о значају правилне исхране и физичке активности за правиан раст и развој, као и за очување здравља.

Изузетно важним у сопственом пословању, које за приоритет има задовољне кориснике, којима је пружена адекватна, поуздана и ефикасна здравствена заштита, сматрамо чињеницу да смо и у тешким финансијским условима, у којима се

налази здравство у Србији, једна од ретких установа која нема дугова и послује одговорно и рационално, што је препознато од стране Министарства здравља и РФЗО.

Како промоцију здравља сматрамо још једним од приоритета у раду, своје кадровске и све друге потенцијале користимо у свакој прилици, а у складу са потребама локалне средине, али и са датумима важним у Календару здравља. Циљ нам је да укажемо на значај превенције и развијања и афирмације здравих животних навика. Посебно смо ангажовани на раду са децом и младима, а уверени смо да тек на овај начин, едукацијом својих суграђана у потпуности испуњавамо своју мисију и предано радимо на остварењу своје визије.

Прим. др Весна Ђурић



СПЕЦИЈАЛНА БОЛНИЦА ЧИГОТА

СПЕЦИЈАЛНА БОЛНИЦА ЧИГОТА ЗА БОЛЕСТИ
ШТИТАСТЕ ЖЛЕЗДЕ И МЕТАБОЛИЗМА - ЗЛАТИБОР

ДВЕ ДЕЦЕНИЈЕ ПОПУЛАРНОГ ПРОГРАМА

// ИАКО ОВАЈ ЈЕДИНСТВЕНИ ЦЕНТАР НА БАЛКАНУ СПРОВОДИ
НАЈСАВРЕМЕНИЈЕ ДИЈАГНОСТИЧКЕ И ТЕРАПИЈСКЕ ПРОЦЕДУРЕ
ИЗ ПАТОЛОГИЈЕ ШТИТАСТЕ ЖЛЕЗДЕ, НАЈПОЗНАТИЈИ ЈЕ ПО
ДИЈЕТЕСКО-РЕКРЕАТИВНОМ ПРОГРАМУ //

Пише: Др Олга Осипов,
Општа болница Ужице

Специјална болница за болести штитасте жлезде и метаболизма Чигота смештена је у центру Златибора окружена боровом шумом на идеалних 1.000 м надморске виси-



не. Основна делатност је пружање медицинских услуга из области ендокринологије, нуклеарне и физикалне медицине, а позната је и по надалеко чувеном и признатом програму за регулисање телесне тежине, „Чигота“ програму. У понуди се налазе и дру-

ги „wellness“ програми: Менаџер, Антицелулит и Програм за штитасту жлезду.

Идеја за изградњу лечилишта на Златибору јавила се крајем 19 века, а реализована је 1964. Прво Специјализовано лечилиште за хипертиреозу, почело је да ради у саставу Дома здравља у Чајетини. Било је смештено у више вила, најдуже у садашњој вили „Србија“, а изградња нове зграде завршена је 1978. године. Локали-



Део тима лекара Чиготе

тет је изабран на основу елабората који је урадио тим стручњака: лекари, климатолози, архитекте. Првобитно Лечилиште преименовано је у Завод за превенцију, лечење и рехабилитацију обољења штитасте жлезде. Резултати лечења били су неупоредиво бољи у односу на раније искључиво медикаментно лечење, тако да је ова установа постала јединствен центар за лечење обољења штитасте жлезде на Балкану.

Сарадња са Клиничким центром Србије

Захваљујући великом ентузијазму, првенствено лекара, који су својим упорним радом развијали и унапређивали ову установу, Завод 1997. године прераста у Институт за штитасту жлезду и метаболизам. Тада почиње и сарадња са Институтом за ендокринологију, дијабетес и болести метаболизма Клиничког центра Србије, што је омогућило да Институт Чигота постане база Медицинског факултета у Београду. Касније мења назив у Специјална болница за болести штитасте жлезде и метаболизма Златибор, а од пре неколико година именована је као Специјална болница Чигота.

Специјална болница у медицинском делу функционише у оквиру следећих целина: Интерна медицина, Нуклеарна медицина, Центар за превенцију, лечење и рехабилитацију гојазности код деце и адолесцената; Физикална медицина, као и Лабораторијска дијагностика. У хо-

ДИЈЕТА ЗА ТЕЛО, ГОЗБА ЗА ДУХ

У току главне туристичке сезоне посебна пажња посвећује се организовању културних дешавања (књижевне вечери, позоришне представе, концерти, изложбе слика...). Библиотека „Чиготе“ је прави, мали културни центар Златибора, место многих лепих дешавања из области културе и уметности. Ликовним изложбама, које су такође део културног живота у „Чиготи“, као и повремено организованим уметничким вечерима, показује се у пракси како је здравом телу обавезно потребан и – здрав дух! Од прве изложбе слика 1978, у галерији Чигота излагало више од 300 уметника из наше земље и иностранства.

спиталном делу Специјалне болнице спроводи се рехабилитација оболелих од штитасте жлезде и осталих ендокринолошких обољења.

У области дијагностике „Чигота“ је јединствена на овим просторима. Нуклеарна лабораторија са RIA лабораторијом омогућава да се дијагностика патологије штитасте жлезде уради брзо и ефикасно и по модерним стандардима. У служби нуклеарне медицине изводе се функционална, морфолошка и хемодинамска испитивања. У области нуклеарне ендокринологије: тест фиксације I-131 у штитастој жлезди, скинтиграфија штитасте жлезде (I-131 и 99m-Tc-pertechnetate), одређивање T3, T4, TSX, TRX тест анти Tg-Ab и то за сада RIA и IRMA методама. Из области репродуктивне ендокринологије FSH, LH, пролактин, прогестерон, естрадиол, тестостерон. Ради се и C-пептид и глукагонски тест.

У области нуклеарне нефро-урологије: статичка и динамска скинтиграфија бубрега, динамска скинтиграфија са стимулацијом диурезе, одређивање гломеруларне филтрације са сепаратним клиренсима, одређивање релативне дистрибуције бубрежне функције;

У области нуклеарне хепатологије: скинтиграфија јетре и слезине, испитивање пула крви у јетри; Нуклеарна кардиологија: радионуклидна вентрикулографија; Скинтиграфија костију и зглобова, плувачних жлезда. Постоји и Кабинет за ултразвучну дијагностику тиреоидне жлезде, дојке, абдомена као и Кабинет за остеоденситометрију. Апарат најновије DXA технологије омогућава безбедно и неинвазивно мерење коштане минералне густине (BMD) као и откривање асимптоматских патолошких фрактура на кичменим пршљеновима. Ради се и функционална дијагностика кар-



Чигота програм у Базену

диоваскуларног система (Ерго тест) и УЗ срца.

Терапијске процедуре из области нуклеарне медицине подразумевају примену терапијске дозе I-131 у циљу лечења хипертиреозе, као и примену терапијске и аблативне дозе I-131 код пацијената након операције због диферентованих карцинома штитасте жлезде, са смештањем пацијената у две специјалне такозване „оловне собе“ након процедуре.

„Чиготица“ за децу и адолесценције

У Центру за превенцију и лечење гојазности код деце и адолесцената у оквиру програма „Чиготица“ лече се и едукују гојазна деца и адолесцененти, обављају дијагностичка испитивања и лечење у коме се тимски приступа и тиме побољшава одговор пацијената на предложене мере. У раду тима учествују: педијатар ендокринолог, специјалиста физикалне медицине, психолог, професори физичког васпитања, нутрициониста, медицинске сестре.

Уз континуирани стручни надзор, пацијенти добијају план исхране и физичких активности зависно од узраста, кондиције и здравственог стања. Предност програма „Чи-

готица“ је управо мултидисциплинарни приступ лечењу гојазне деце. Непосредни циљ лечења је постићи дугорочну – трајну редукцију телесне масе, унапредити здравље уз промену понашања и усвајање здравих животних стилова. Лечење у Програму „Чиготица“ подразумева хипокалоријску, уравнотежену исхрану, физичку активност, клиничку, психолошку подршку и едукацију (предавања, радионице...)

Удружење педијатара Србије и Специјална болница „Чигота“ Златибор, имајући у виду значај проблема гојазности и чињеницу да учесталост, према подацима УНИЦЕФ-а, износи у Србији већ 15 одсто у деце узраста до пет година, предложили су у октобру 2007. године Министарству здравља и Републичком заводу за здравствено осигурање реализацију Пројекта „Превенција и лечење гојазности код деце и адолесцената у Србији“. Према одлуци Републичког завода за здравствено осигурање од 2008, циљну групу корисника у Центру чине гојазна деца узраста од 12 до 18 година. Њихов пријем и боравак, раније у трајању од 21 дан, сада 10 дана, планира се према унапред одређеним терминима у групама од по 30 корисника. Договор о пријему таквих група обавља пријемна служба Центра током школске годи-

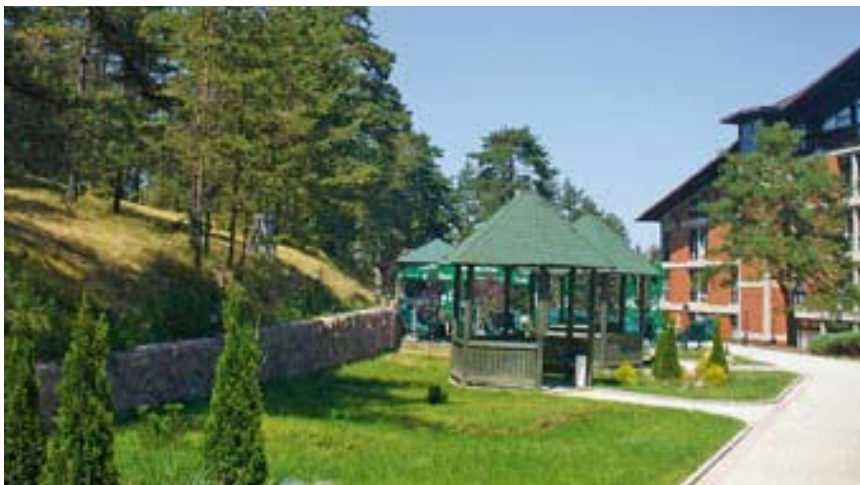
не настојећи да захтеве упућене из педијатријских установа усклади са капацитетима Центра, у циљу рационалног коришћења.

У Центар се током целе године могу примати и појединачни корисници било о трошку РФЗО или на комерцијалној основи, али само уз унапред заказани пријем. Договор у таквом случају се постиже између одговорног лекара педијатријске установе са педијатром Центра. У Центар се, у складу са позитивним законским прописима, могу примати и гојазна деца и адолесцененти из околних и других земаља.

Одељење за физикалну медицину и рехабилитацију располаже апаратуром за електротерапију, магнетотерапију, сонотерапију, фототерапију, термотерапију, хидротерапију и механотерапију, као и савремено опремљеном салом за кинезитерапију. Функционише са два лекара специјалисте физикалне медицине и рехабилитације, 22 физиотерапеута, ту су и масери и козметичари. Овде се лече дегенеративна обољења кичменог стуба и периферних зглобова, реуматска обољења, ванзглобни реуматизам меких ткива, обољења централног нервног система, деформитети код деце, посттрауматска стања и контрактуре, различите спортске повреде: дистензије, дисторзије, контузије, фрактуре,



Разноврсни садржаји за болесне и здраве: Масажа у Чиготи



Лепота која инспирише: башта Чиготе

МЕДИЦИНСКИ ГЛАСНИК

„Медицински гласник“ Специјалне болнице Златибор је стручни и научни часопис намењен ширем кругу корисника, првенствено лекара различитих специјалности. Током више од две деценије излагања постепено је профилисан до препознатљивог извора изузетно корисних, поузданих, актуелних и проверених информација из медицинске струке, оригиналних научних радова и доприноса, савремених редовно обновљених водича за праксу, актуелних информација из медицинских и парамедицинских асоцијација, али и занимљивих осврта на историју медицине, лечења и заслужних личности у овој делатности људског ума и вештине. Од 2011. часопис је прихваћен и у медицинској бази „Medline“.

успорено стварање калуса, обољења периферне циркулације и полинеуропатије настале као последица шећерне болести, прекомерног пушења и узимања алкохола. Највећи део услуга пружених у овим индикационим подручјима може се остварити уз адекватан упут на терет РФЗО. Део услуга је у комерцијалном програму (Антицелулит програм примењује физикалне процедуре: лимфну дренажу, сауну, подводну масажу, бодилајн мишићни стимулатор, ласер и ручну масажу). У априлу 2010. године Уредбом о Плану мреже здравствених установа у Специјалној болници одређено је 70 постеља за продужену рехабилитацију реуматских обољења, повреда и обољења локомоторног сиситема, ендокринолошка обољења и рехабилитацију деце.

За здрав и активан живот

Програм „Чигота“ је популарни дијететско-рекреативни програм који је дизајниран тако да се клијент током боравка на Златибору ослободи вишка килограма, да се одмори, освежи, обнови кондицију и што је најважније - да научи да живи другачије - активно и здраво. Овај програм се већ 20 година бави гојазним пацијентима и превенцијом пратећих болести, које настају као последица удружености мултиплих поремећаја и лоших навика који су ризични фактори за многе болести. Он обухвата: комплетно антропометријско мерење, биохемијску дијагностику, нискокалоријску исхрану (1.200-1.500 Kcal/дан), организоване физичке активности (шетње, вежбе, пливање), едукацију, упутства и препоруке за правилну исхрану.

Од 2008. год почиње сарадња са руским „Гаспромнефтом“ и упућивање око 100 радника годишње, из Руске федерације, у оквиру здравствено-рекреативног програма. И други клијенти са руског говорног подручја долазе у Специјалну болницу на терапијске процедуре за примену радиоактивног јода или на рекреативни одмор, а очекује се да ће се та сарадња и даље унапређивати.

Програми Континуиране медицинске едукације за здравствене раднике овде су често организовани. До сада је одржано више симпозијума и научних скупова са међународним учешћем из области обољења штитасте жлезде, гојазности, као и већ традиционални семинари Педијатријске школе Србије. //

укус сваког епилептолога, мада је због веома обимног и занимљивог програма на конгресу јако мало време на остајало за разгледање знаменитости града.

Током конгреса било је око 300 презентација, што је организовано кроз четири главне сесије (пленарне теме), шест специјалних симпозијума, 42 сесије, 31 ЕСЕ форум, девет спонзорисаних симпозијума и три „како то да урадим“ сесије.

Заједнички утисак великог броја учесника је да је штета што су се бројна предавања одржавала истовремено у различитим конференцијским салама, те није било могуће одслушати све. Дешавало се да се истовремено одражава чак шест сесија, те су слушаоци били стављани на „слатке муке“ избора. Но, таква подела је наравно неопходна ако се жели успешна организација скупа овакве величине.

Уверен сам да се, по завршетку конгреса, највеће задовољство код лекара практичара који се сваког дана сусрећу са изазовима лечења пацијената са епилепсијом, читавало у обиљу информација применљивих у свакодневној клиничкој пракси и размени искустава током занимљивих дискусија које су се по правилу развијале у свакој од сесија.

То је, коначно, и најважнији циљ интернационалних сусрета лекара: подизање нивоа лечења и побољшање здравља пацијената. //



ПРЕДАВАЊЕ ПРОФЕСОРА ПОДВИНЕЦА ИЗ ШВАЈЦАРСКЕ У ЕУРОМЕДИКУ

Сугестија организаторима скупа била је да скуп, због актуелности теме коју обухвата, треба проширити на шири круг слушалаца, што се нарочито односи на лекаре који се у пракси свакодневно срећу са вртоглавицама и свим дијагностичким и терапијским недоумицама које оне доносе.

Др Нина Михајловић, неуролог

ПРЕДАВАЊЕ НА МЕДИЦИНСКОМ ФАКУЛТЕТУ У БЕОГРАДУ

Биомаркери алцхајмерове болести

Пише: др Нина Михајловић



У свечаној сали Деканата Медицинског факултета у Београду одржано је 28. јануара предавање о биолошким маркерима Алцхајмерове болести. Предавач је био проф. Харолд Хампел, директор Психијатријског одељења и ко-директор Имиџинг центра Универзитетске болнице у Франкфурту. Биомаркери Алцхајмерове болести представљају важан фактор у идентификацији продормалних стадијума болести, одређивању степена патолошких збивања и евалуацији утицаја лекова који се дају током болести. Дегенеративне промене у мозгу могу се пратити испитивањем церебро-спиналне течности. Одређују се нивои бета амилоида и бета амилоидних олигомера, а посебно присуство димера који се појављују у пацијената са Алцхајмеровом болешћу, којих нема у старијој здравој популацији. Метаболизам холестерола и липида у мозгу је такође измењен. Највећи проблем, када су биомаркери у питању, јесте проналажење и избор праве комбинације биомаркера, карактеристичних за Алцхајмерову болест.

Поред биомаркера за доказивање Алцхајмерове болести важна су и генетска испитивања као и неуроимиџинг. Прате се промене хипокампуса и користе се комбинована PET, CT и NMR снимања. Тродимензионални приказ мождане супстанце (3D визуелизација) постаје златни стандард будућности праћења промена запремине хипокампуса (и његовог мерења) током Алцхајмерове болести. Тешкоће у истраживању дегенеративних неуролошких болести уопште, односе се на финансијске могућности здравствене службе јер је цена тих научних испитивања висока. Истовремено, неопходно је да се испита велики број старијих појединаца, јер је важно утврдити који знаци указују на болест, а који од њих припадају нормалном процесу старења.

Професор Харолд Хампел био је гост Неуролошке клинике у Београду и Медицинског Факултета Универзитета у Београду и дошао је на позив проф. др Елке Стефанове, која води Центар за деменције, као и директора Клинике академика проф. др Владимира Костића. Водећи светски стручњак у области деменција промовисан је у професора по позиву Медицинског факултета у Београду. //

ДА СЕ НЕ ЗАБОРАВИ

Завештао своје тело науци

Др Славољуб Савић, лекар специјалиста пнеумофтизиолог у Дому здравља у Владимирцима склопио необичан уговор са Медицинским факултетом у Нишу

Пише: прим. др Предраг Тојић

У заврелом свету са црквених авмона, проповедаоница, универзитетских катедри, јавних трибина, путем свих медија, политичких институција одјекују позиви за: мир међу људима, разумевање људи у невољи, солидарношћу, помагањем путем материјалних или нематеријалних добротина онима којима помоћ треба. Свега тога има, али увек недовољно. Увек треба још. Непрекидна је утакмица између страсти узимања и радости давања. Увек је мање оних који се радују давању, од оних који са великом страшћу узимају. Како време тече, тако се мултипликује однос оних којима треба и оних којима претиче, оних који могу, а неће, који не могу, а хоће. Све се то јавно, које где и које када, истиче и наглашава. Има много истих или сличних, па је пријем таквих вести код већине, навикнутих на то, равнодушнији. Ипак, постоје и несвакидашња, сасвим ретка, даривања мало теже схватљива, али посве драгоцена. О чему се ради?

Др Славољуб Савић, лекар специјалиста пнеумофтизиолог, запослен у Дому здравља у Владимирцима, склопио је уговор са Медицинским факултетом у Нишу, чији је студент био, о завештању свога тела истом факултету после своје смрти, да се његово тело користи за едукацију студената на Институту за анатомију. У одредбама уговора стоји да се после исцрпљења едукационих потреба остаци у договору са наследницима др Славољуба Савића сачувају по православној обреду. Вест несвакидашња, вредна сваког поштовања. Ово је „дар“ једног лекара Медицинском факултету на коме је стекао медицинска знања и диплому. Дар који према доступним информацијама још нико од лекара у Србији није понудио. Како је дошло до овога?

Дародавац др Славољуб Савић већ дуже време је размишљао како да се захвали својој школи, за сва стечена знања у њој, а да то буде оригинално и сасвим практично. Да би задовољио и једно и друго, синула му је идеја да то буде његово тело после упокојења. За студенте и анатоме драгоцено, нема шта! Своју идеју изложио је декану Медицинског факултета у Нишу проф. др Вишњићу, кога је изненадила Славољубова понуда, јединствена и несвакидашња. Декан му је рекао да још мало размисли. Др Славољуб Савић је рекао да за то нема потребе, да је при чистој свести донео такву одлуку и да може одмах потписати Уговор о завештању свога тела после смрти Медицинском факултету у Нишу, конкретније Институту за анатомију тог факултета. Уговор је и склопљен између две стране 2010. године. Ова одлука заслужује додатно портретисање дародавца др Славољуба Савића, пнеумофтизиолога из Владимираца!

Славољуб је рођен 16. априла 1948. године у Крнулама општина Владимирци, као четврто дете (две сестре и брат) Милорада и Надежде, у породици циглар печалбара досељених из села Семче испод Суве планине, општина Гаџин Хан, код Ниша, 1938. године. Основну школу завршио је у Владимирцима, као ђак генерације. Гимназију је завршио у Шапцу 1967. године, такође као ђак генерације, медицински факултет завршио 1972. године у Нишу, са просечном оценом 9,1, а специјализацију из пнеумофтизиологије у Београду. Говори активно француски, италијански и пољски, а служи се и енглеским. Има два сина и два унука.

По завршетку факултета и одслужењу војног рока вратио се у завичај, у Владимирце, у Дом здравља 1974. године. Цео радни век остварио је у Дому здравља „Владимирци“ од теренског лекара до функције директора здравља у периоду 1984–1986, 1994–2000. године и 2008–2010. године. То „циклично директоровање“ заслужује извесну пажњу. Наиме, у малим местима, типа Вла-

димираца, задесе се у истом времену аспиранти на челне функције, па се циклично смењују на функцији директора, зависно од „односа снага подршке“ у датом тренутку. Можда су тај ривалитет око директорске функције у Дому здравља и још нека животна задешења Славољуба навела да пролазне животне одлуке заврши непролазним завештањем органа свога тела науци.

Није без значаја навести још неке ствари из биографије др Славољуба Савића, као доказ његове необичне личности. Др Савић је од детињства велики љубитељ шаха. Играјући за више шаховских клубова у Регионалној и Српској лиги стигао је до престижног звања Мајсторског кандидата. Шах је инвентивна и древна игра и од играча тражи много квалитета, које поседује, ипак мали број људи. Славољуб их је сигурно имао, али они у малом месту нису ни могли бити квантификовани.

Као резервни официр и одликовани примерни војник заволео је оружје и спортски лов. Укључио се у ловачко друштво у Владимирцима и Ловачки савез Србије. Већ три деценије је веома успешан ловац, познат широм Србије. Можда је баш лов помогао др Славољубу да још бише прихвати чињеницу и потребу служења човеку, његовој заштити и правилном усмерењу.

Животни мото му је мисао Алберта Пајка: „Оно што човек у свом животу уради за себе умире заједно са њим, оно што уради за друге постаје и остаје вечно“.

На крају ове необичне животне приче др Славољуба Савића треба истаћи да он није направио каријеру какву је могао, да се није увек са својим окружењем довољно добро разумео, чију је цену платио. По својој животној одлуци добро је схватио пролазност животних малих страсти и непролазност милосрђа, као свој животни мото!



Др Славољуб Савић

СИМПОЗИЈУМИ

ТРАНСПЛАНТАЦИЈА ОРГАНА У СРБИЈИ ДАНАС ПРИСТАНАК ПАЦИЈЕНТА НА МЕРУ ЛЕЧЕЊА ***INFORMED CONSENT***



ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ
РЕГИОНАЛНА ЛЕКАРСКА КОМОРА ЗА ЦЕНТРАЛНУ И ЗАПАДНУ СРБИЈУ
КРАГУЈЕВАЦ 12—13/04/2013



www.rlkczs.org.rs

Скенирајте QR Code и преузмите програм конференције



Ускршња честийка

