

СКУПШТИНА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ



Скупштина Лекарске коморе Србије
расписује опште изборе за делегате

**Скупштине Лекарске коморе Србије
и
Скупштине регионалних лекарских комора
Београда, Војводине, Југоисточне Србије,
Централне и западне Србије и Косова и Метохије
за 20. јун 2010. године.**

На изборима за ове органе могу да учествују
сви лекари уписани у Именик Лекарске коморе Србије.
Кандидати за делегате Скупштине Лекарске коморе Србије
на посебним обрасцима треба да сакупе 20 потписа лекара,
а кандидати за делегате Скупштине регионалних лекарских
комора треба да сакупе 10 потписа лекара да би се
кандидовали на изборима.

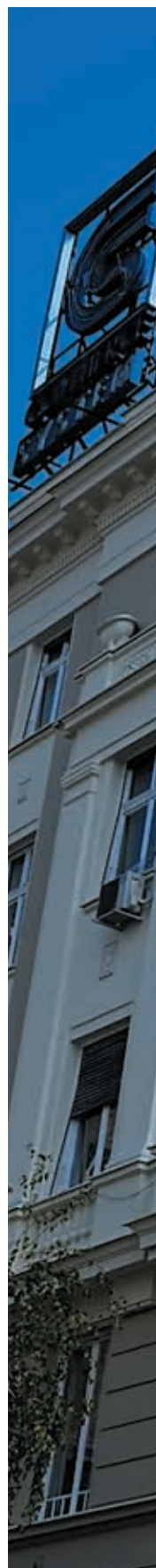
Обрасци за кандидатуру могу се преузети
у Регионалним лекарским коморама и то у:

1. Београда – Краљице Наталије 3, Београд, 011/36 26 196
2. Војводине – Душана Даниловића 40, Нови Сад, 021/47 94 000
3. Југоисточне Србије – Јанка Веселиновића 5а, Ниш, 018/292 924
4. Централне и Западне Србије – Крагујевачког октобра 104,
Крагујевац, 034/337 882
5. Косова и Метохије – Анри Динана бб,
Косовска Митровица, 028/421 021

Рок за предају кандидатура је недеља, 30. 05. 2010. године
до поноћи (24.00 часова).

Ближа обавештења могу се добити на сајту Лекарске коморе Србије
www.lks.org.rs или на телефон Лекарске коморе Србије 011/3626185
као и на горе наведене телефоне Регионалних лекарских комора.

Оглас је објављен у дневној штампи 20. маја 2010. године





Седиште ЛК Србије и РЛК Београда

Драге колегинице,
Драге колеге,



Хвала на бројним писмима као и на похвалама које су стигле после објављивања прошлог броја „Гласника“. Хвала на сугестијама иако малобројним. И даље молим за сарадњу, јер само тако ће часопис бити све бољи и постати онакав какав чланство заслужује. Ближи се дан када ћемо

прославити 4. рођендан нове – старе Лекарске коморе Србије.

Кажем „старе“, јер је основана 1901, њено деловање је забрањено декретом врховне власти после Другог светског рата и основали смо после 61 године нашу „нову“ Лекарску комору Србије. Ова комора је стварана по свим стандардима лекарских комора Европе. У њеном васпостављању учествовали су и у њој су и данас активни лекари чланови ентузијастички, сви без икакве материјалне надокнаде, јер је тако статутом предвиђено. Чланови Скупштине Лекарске коморе Србије биран су у свим регијама Србије демократским путем после објављених избора у јавним медијима.

Најмукотрпнији део посла је током ове прве четири године обављен, установљена су сва акта и тела Коморе, сви одбори раде и радиће све боље јер су „дечје болести“ пребројене.

Сугестије и добре критике су добродошле и наравно да су подстрек за бољи рад увек и свуда, нажалост има много злурадих критика и то од колега, који не укључујући се у активан, плононосан рад желе, делујући са стране, да дискредитују и онемогуће рад Коморе. Похвале примамо из бројних комора Европе, сви се диве нашој ефикасности и нашем присуству, тј. брзо оствареном чланству у европским организацијама лекара.

У јуну ове године предстоје нам избори делегата за следећу четворогодишњу Скупштину Лекарске коморе Србије и свих скупштина Регионалних комора. Предизборне активности су већ кренуле. У овом броју можете да се упознате са Правилником, који регулише целокупну процедуру око избора, а о самим изборима ће обавештавати Регионалне лекарске коморе као и Лекарска комора Србије на свом сајту и преко јавних медија.

Желим да на предстојећим изборима гласате за праве, нашој струци примерене, достојанствене претставнике из својих средина, који ће допринети афирмацији, још ширем деловању и даљем напретку Лекарске коморе Србије.

Feci quod potui; faciant meliora potentes.

Прим. др Нада Радан-Милованчев,
председник привременог Уређивачког одбора

ИЗ ОВОГ БРОЈА

// За част и углед **5** // „Ванбрачно дете“ здравственог система **7** // Пред „чељусти-ма“ локалне самоуправе **37** // Умирање на рате **40** // Цена услуга и квалитет рада **42** // У транзиционом сендвичу **44** // Прва стална цивилна болница у Србији **50** // Лекар је слуга и тумач природе **52** // Враћање имовине **55** // Редовније плаћање од чланарине **56** // До пуније касе узајамне помоћи **58** // Лиценце и после одласка у пензију **60** // Четири изборне јединице **63** // Бију по навици **83** //

8–36

ЛЕКАРСКА ГРЕШКА

// Неопростиве грешке и опростиве омашке
// Под „веловима ћутње“ // „Чаоробњаци“ на зрну грашка // Грешке које живот значе // Једно је жеља а друго исход // Воља болесника је највиши закон // Једно је право у медицини, а друго медицина у праву //

47–49

ВЕЛИКАНИ НАШЕ МЕДИЦИНЕ ВЛАДАН ЂОРЂЕВИЋ (1844–1930)

// Био је све осим „краља и патријарха“ //

67–79

ИЗБОРИ

// Избори делегата за следећу четворогодишњу Скупштину ЛКС и свих Скупштина Регионалних комора // Правилник – који регулише целокупну процедуру око избора //

81–82

СА СВИХ МЕРИДИЈАНА

// Со „забиберила“ здравље и буџет // Кеш бољи од аспирина // Зевамо и у ембриону // Стечај због гојазних // Вештачка трудноћа кривично дело // Пре и после јела – музика //



ISSN 1821-3995 // ГЛАСНИК – Лист Лекарске коморе Србије. Година II, број 4, мај 2010. године. *Редакција:* Београд, Краљице Наталије 1. Тел/фах 36-26-185, 36-26-187, 36-26-188. *И-мејл:* lekarskakomorasrbije@gmail.com; www.lks.org.rs. *Привремену*

уређивачки одбор: председник из РЛКБ прим. др Нада Радан-Милованчев, *чланови:* из РЛКЦЗС др Слађана Илић, др Рајко Лазаревић, из ЛКЈИС проф. др Марина Дељанин-Илић, прим. др Љубица Ћинђић, из РЛКБ проф. др Ранко Раичевић, из РЛКВ проф. др Никола Грујић, др Драган Ковачевић, из РЛККиМ проф. др Момчило Перић, др Добривоје Јовановић. *Издавачки савеш:* председник проф. др Едита Стокић из РЛКВ, *чланови:* из РЛКБ проф. др Миодраг Чолић, прим. др сци. Татјана Радосављевић, проф. др Маријан Новаковић, из РЛКЦЗС др Слободан Китановић, из РЛКВ проф. др Милан Антонић, др Зоран Булатовић, из РЛКЈИС др Милош Бранковић, из РЛККиМ др Љубиша Недељковић. *Новински уредник:* Милош Чолић. *Ликовно-графичка обрада:* milijagraf. *Типографско писмо:* Adamant. Лист се објављује четири пута годишње и доставља бесплатно свим члановима ЛКС. Штампана: ПТТ Београд

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ – КУДА ИДЕМО

За час̄и и уїлег

// Лекарска комора Србије тежи да постане модерна организација јасно дефинисаних циљева, која јасно дефинише своје место у здравственом систему Србије, истовремено зна куда иде а и како тамо треба да стигне // ЛКС тежи да постане део здравственог система кроз који ће сви лекари моћи да иницирају и утичу на решавање свих проблема везаних за лекарство //

Пише: прим. др Татјана Радосављевић, директорка Лекарске коморе Србије

Свака савремена организација у двадесет и првом веку на путу свога развоја, мора да поседује јасне циљеве своје делатности, тј мора да јасно зна куда иде и како тамо треба да стигне. Савремени приступ организацијама обухвата коришћење техника и алата који помажу дефинисању мисије и визије организације. Лекарска комора Србије тежи томе, да иако наставља традиције Лекарске коморе Србије са почетка двадесетог века, постане модерна организација са јасно дефинисаним циљевима. Дакле организација која јасно дефинише своје место у здравственом систему Србије и истовремено зна куда иде, а и како тамо треба да стигне.

Делегати Скупштине Лекарске коморе Србије на својој фебруарској седници усвојили су план рада директора ЛКС за 2010 годину и мисију и визију Лекарске коморе Србије, као и анализу спољашњег окружења и места Лекарске коморе Србије у здравственом систему Србије у овом тренутку. Из свега тога произашао је и предлог активности, тј. планова за следећи период, да би се Лекарска комора Србије позиционирала на место на коме треба да се налази убудуће.

Желела бих да све колеге упознам с овим документима, која представљају нови савремени квалитет у развоју наше организације.

Лекарска комора Србије (ЛКС) је независна, еснафска организација, основана по Закону о коморама здравствених радника, у којој је чланство обавезно, а независност јој је гарантована самофинансирањем.

ЛКС има јавна овлашћења, поверене послове која се односе на вођење именика свих лекара, давање лиценце-дозволе за рад, њено обнављање и одузимање, доношење Кодекса професионалне етике и формирање судова части.

Први пут у Србији је основана 1901. године и радила је до 1945. када је укинута декретом комунистичког

режима. Њен рад је обновљен децембра месеца 2006. године.

До сада је Лекарска комора Србије обавила сва јавна овлашћења и постала један од значајних stakeholder у здравственом систему Србије. Око 29.500 лекара добило је лиценце за рад.

Данас у Србији лекари не могу да раде без лиценце.

МИСИЈА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

Лекарска комора Србије је еснафска организација која штити лекарску струку, част и углед лекара и лекарске професије у целини, а истовремено активно ради на повратку поверења корисника и јавности у лекаре.

ВИЗИЈА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

Лекарска комора Србије као обавезна еснафска организација лекара ослања се на традицију Лекарске коморе Србије између два светска рата, чије деловање наставља. ЛКС је организација која обавља поверене и остале послове које се односе на све области рада везане за лекарску струку. ЛКС тежи да постане **део здравственог система кроз који ће сви лекари моћи да иницирају и утичу на решавање свих проблема везаних за лекарство.**

Лекарска комора Србије тежи да постане значајан чинилац у решавању свих проблема везаних за лекарство, и да утиче на изглед, садржину и садржај свих закона који се односе на лекарску струку, укључујући и закон о лекарству.

Лекарска комора Србије, ослањајући се на стручни потенцијал својих чланова лекара и својих стручних служби, има визију да са маргина здравственог система, где се упркос свим напорима још увек налази, **дође у средиште дијалога** и активно утиче на доношење важних одлука у здравственом систему Србије.

МОЖЕМО, УМЕМО, ХОЋЕМО, ЗНАМО КАКО. ОДГОВОРНИ СМО И ПОСТУПАМО ИСКЉУЧИВО ПО ЗАКОНУ.

SWOT АНАЛИЗА

SWOT анализа представља посебну врсту анализе којом се процењују са једне стране снаге и слабости саме организације а са друге стране претње и могућности спољашњег окружења, тј. свеукупног политичког, економског, социјалног миљеа у коме Лекарска комора постоји. Ова анализа је полазна основа да се тзв укрштањем, или мечовањем дође до тога које конкретне акције треба предузети, да би уочени проблеми могли да се решавају као и начини за њихово решавање.

МОГУЋНОСТИ (О):

- О1. Повољна законска регулатива (Закон о коморама здравствених радника, Закон о јавним набавкама)
- О2. Препознавање ЛКС као партнера од стране естаблишмента који није непосредно везан за здравство



5 <

- O3. Могућност ућешћа у међународним пројектима
- O4. Препознавање ЛКС као партнера од стране Здравственог савета Републике Србије
- O5. Препознавање ЛКС као партнера од стране лекарског синдиката
- O6. Препознавање ЛКС као могућег партнера од стране Републичког завода за здравствену заштиту

ПРЕТЊЕ (Т)

- T1. Неповољна законска регулатива (Закон о здравственој заштити, Закон о здравственом осигурању, Правилници о допунском раду, лиценцирању и континуираној медицинској едукацији)
- T2. Политичко окружење (идеје о укидању обавезности чланства, тежње да се смање јавна овлашћења)
- T3. Непрепознавање улога ЛКС од Министарства здравља, медицинских факултета и Одбора за здравље и породицу Републичког парламента
- T4. Економска криза
- T5. Јавно мњење (лоша медијска слика лекара и ЛКС)
- T6. Лош однос са Српским лекарским друштвом (спор око обавезног чланства у ЛКС)
- T8. Дискриминација приватног сектора од стране Министарства

СЛАБОСТИ (W)

- W1. Недовољно информисање лекара о свим активностима ЛКС и непрепознавање значаја Коморе за лекаре
- W2. Тромост у реаговању на редовна догађања и кризне ситуације

СНАГА (C)

- C1. Самофинансирање и финансијска независност
- C2. Децентрализација
- C3. Постојање информационог система
- C4. Јавност у раду (сајт, гласило)
- C5. Чланство у међународним организацијама
- C6. Тимски рад (посебни одбори)
- C7. Постојање контролних механизма у систему менаџмента
- C8. Могућност уштеде (обавезна примена Закона о јавним набавкама)
- C9. Ангажовање независне ревизорске куће

РЕЗУЛТАТИ МЕЧОВАЊА (укрштања)

SO

- 1. Повољна законска регулатива (обавезност чланства, плаћање чланарине, децентрализација) омогућила је ЛКС финансијску независност и самофинансирање (мах-мах)
- 2. Могућност учешћа у међународним пројектима представља могућност додатне зараде за ЛКС и за ја-

чање капацитета ЛКС у целини (мах-мах), као и даљи развој информационог система (мах-мах)

WO

- 1. Могућност учешћа у међународним пројектима који би омогућили да унутрашњи капацитет Организације ојача, те да се превазиђе тромост у реаговању на поједине кризне ситуације
- 2. Јачање капацитета информационог система омогућиће бољу информисаност лекара

ST

- 1. Лоша слика о лекарима у јавности може да се промене деловањем следећих унутрашњих снага: коришћењем информационог система, јавношћу у раду, тимским радом.
- 2. Економска криза неповољно може да утиче на самофинансирање, развој информационог система, штампање гласила и може да смањи уштеде

WT

Институција ЛКС ће испунити своју визију захваљујући адекватној примени повољне законске регулативе, уз обавезно поштовање јавности у раду

АКЦИЈЕ ЛКС

Активности Лекарске коморе треба да буду усмерене на следеће:

- 1. Промену закона сагласно захтевима ЕУ везано за хармонизацију (дискриминација приватне праксе)
- 2. Пријаву учешћа у међународним пројектима везано за јачање капацитета организације
- 3. Измену Статута ЛКС
- 4. Тражити друге могућности финансирања и уштеде (средства из Буџета РС за поверене послове, добијање акредитације програма КМЕ)
- 5. Спровођење интензивне медијске кампање (увођење ПР службе, едукације новинара и сл)

Лекарска комора Србије у многоме је специфична у односу на друге здравствене институције. Због тих својих специфичности, као и због тога што се тек сада развија као организација, неопходно је велику пажњу посветити свему што се односи на стратешки менаџмент, а нарочито на елементе анализе и планирања.

Менаџмент промена је отежан тиме што је ЛКС истовремено и значајан stakeholder у здравственом систему Србије, али и независна еснафска организација.

Међутим, потребно је да лекарска комора Србије и даље развија све оно што чини њену снагу, а пре свега тимски рад са циљем да се поврати част и углед лекарској професији.

Зато је примена стратешког менаџмента у овом случају била велики изазов. //

ПРИВАТНА ПРАКСА ОД ТЕОРИЈЕ ДО ПРАКСЕ

„ВАНБРАЧНО ДЕТЕ“ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА

// ПРЕ 18 ГОДИНА ДОЗВОЉЕНО ЈЕ ОСНИВАЊЕ ПРИВАТНИХ ОРДИНАЦИЈА АЛИ И ДАНАС, НАКОН ТОЛИКО ВРЕМЕНА ПОЛОЖАЈ ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ СЕ НИЈЕ ПРОМЕНИО // ЛЕГАЛИЗАЦИЈА ДИСКРИМИНАЦИЈЕ // ПОКРЕНУТА ЈЕ ИНИЦИЈАТИВА ДА СЕ У МИНИСТАРСТВУ ЗДРАВЉА ИМЕНУЈЕ СЕКРЕТАР ИЛИ ПОМОЋНИК МИНИСТРА ЗА ПРИВАТНУ ПРАКСУ //

Често цитирам колегиницу, неуропсихијатра да је приватна пракса ванбрачно дете нашег здравственог система, јер то је апсолутно тачно. Пре 18 година дозвољено је оснивање приватних ординација. Али, и данас, након толико времена наш положај се није променио. И даље смо у апсолутно дискриминисаном и неравноправном положају у односу на државно здравство. Сматрама да је сада наш положај чак и лошији него на почетку, јер донесени Закони и Уредбе су легализовали такву дискриминацију.

Оснивањем Лекарске коморе и посебних одбора за примарну и секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној пракси (органи Коморе који се баве проблематиком приватне праксе) започета је институционализована борба за побољшање нашег положаја.

Посебни одбори су пре свега одредили циљеве до којих је неопходно стићи, а то су:

1. Изједначавање приватног и државног сектора у здравству
2. Интеграција у систем осигурања
3. Укључивање у здравствену мрежу установа на нивоу Републике Србије.

Већина чланова Лекарске коморе је упозната са предметима који се воде пред Уставним судом – оцењивање уставности и законитости члана 299. 333 о допуном раду и члану 29 истог закона о изабраном лекару. Данашњим законским решењима приватном лекару није дозвољено да буде изабрани лекар што значи не може да напише рецепт (тачније Уредбом из 2007. писање рецепата је омогућено али у пракси се јако тешко реализује и само мали број приватника је успео то да оствари), боловање, да упути пацијента на даљу дијагностику и лечење. Добијањем оценом Уставног суда решио би се и суштински променио положај приватног лекара.

Покренута је иницијатива да се у Министарству здравља именује секретар или помоћник министра за приватну праксу. Тренутно не постоји особа која је задужена за приватну праксу што итекако осликава наш положај.

У Србији постоји око 1265 приватних здравствених установа – ординација, поликлиника, болница од скоро и један клиничко-болнички центар. У приватном сектору ради 3050 лекара што је око 12 процената, а према подацима Министарства здравља пружа око 35–40 одсто услуга у здравству.



Др Драгана Милутиновић: У Србији постоји око 1265 приватних здравствених установа

Дијалог са Министарством здравља је веома отежан. Њихово образложење да није могуће укључити приватнике у здравствени систем, јер Фонд Републичког здравственог осигурања нема довољно новца, није аргументован. Лекарска Комора Србије ради студију изводљивости којом би показали економску одрживост здравственог система уколико би се приватници укључили. Сигурна сам да ће резултат бити позитиван, јер укључивање поменутих приватних здравствених установа са својим ресурсима и квалитетима веома би унапредило наш здравствени систем, а самим тим би пацијенти добили виши ниво здравствене заштите.

Др Драгана Милутиновић,
председник ПО за секундарну и терцијарну
здравствену заштиту у приватној пракси
ЛКС и РЛК Београд

ОДРЖАН МЕЂУНАРОДНИ СТРУЧНИ СКУП „ЛЕКАРСКА ГРЕШКА“

Лекар не треба све да зна али треба да зна шта не зна

У новом Мастер центру Новосадског сајма одржан је у децембру 2009. стручни скуп посвећен лекарској грешци. На састанку су запажена излагања имали лекари и правници из Србије, Хрватске, Словеније и Македоније. Нека од њих преносимо.

На наредним странама наћи ћете и одговоре шта се дешава када о неком медицинском питању право не говори ништа, односно да оно није регулисано. Да ли оба-

веза чувања професионалне тајне престаје с окончањем професионалне делатности или траје доживотно као и да ли су живот и здравље вреднији од дужности да се тајна чува.

Колико је тачна теза да право на истину има онај болесник који је, по процени лекара, способен да је поднесе. Зашто у Америци, по званичним подацима, грешке медицинског особља годишње односе 98.000 живота – више него што Американаца страда у саобраћај-

ним несрећама, од рака дојке и од сиде – заједно. Каква је ситуација у Србији?

Хамурабијев законик (1700. г. п. н. е.) садржи прве одредбе о кривичној и грађанској одговорности лекара, која зависи од статуса пацијента колико и од последице грешке, уз примену система талиона.

Да ли је лекар дужан да штету надокнади само уколико се на суду докаже да примена неког другог метода лечења или неког другог лека, исту штету не би узроковала. //



Сврха медицине је акција, а не чекање. Опасност од постављања криве дијагнозе је мања него ако се чека да пацијент умре без третмана

КРИСТИЈАН БЕРНАРД

Мисли као човек а ради као човек који размишља

АНРИ – ЛУИ БЕРСОН

ШТА ШТАМПА ШТАМПА

У ВАЉЕВУ

ПАЦИЈЕНТ ПРЕМИНУО, МОГУЋ УЗРОК СМРТИ ГРЕШКА ОСОБЉА

Болеснику укључена трансфузија крви намењена другом болеснику

СКАНДАЛОЗНО: СЕПСА ОДНОСИ ЖИВОТЕ

ЉУДИ ИМ УМИРУ, А ЛЕКАРИ НЕ ЗНАЈУ НИ АБЕЦЕДУ МЕДИЦИНЕ!

Д. Б. умро је са 28 година у августу 2003. после прелома потколенице. Случај је преузео СУП, али ни до данас лекар који га је лечио није одговарао

СМРТНОСНО ПОПРАВЉАЊЕ ЗУБА

Д. Ђ. (49) умро је у јулу прошле године после интервенције у једној приватној стоматолошкој ординацији, која није имала дозволу за рад, а интервенцију су радили државни лекари. Ни у овом случају судски поступак није покренут

Донето штринаест пресуда лекарима

Судови части Лекарске коморе Србије за прва четири месеца 2010. донели 13 правоснажних пресуда, док је на једну пресуду уложена жалба и тај предмет се налази пред другостепеним органом – Врховним судом части. Најстрожа предвиђена казна – забрана обављања делатности, до сада није изречена. Од око 300 предмета који су стигли пред пет судова части у Београду, Новом Саду, Нишу, Крагујевцу и Косовској Митровици, 114 је излазило из оквира његове надлежности, а незадовољни пацијенти и њихова родбина упућени су на друге институције – Министарство здравља, Републички завод за здравствено осигурање.

– Највише предмета и пресуда је у Београду, где ради око 10.000 лекара. У регионалној Лекарској комори

Казне – Лекарима за које се утврди да су криви, суд части може да да изрекне јавну опомену, привремено одузимање лиценце, а за најтеже пропусте у раду предвиђено је трајно одузимање лиценце.

Београда у току је 148 предмета, а до сада је донето девет пресуда. Од тога, две пресуде су ослобађајуће, а изречено је шест опомена. У једном случају донета је мера забране иступања и вештачења, али та пресуда није правоснажна, јер је на њу поднета жалба. У Србији су изречене три опомене, а један лекар ослобођен је одговорности – рекла је за „Данас“ др Татјана Радосављевић, директорка ЛКС Судови части почели су да раде средином прошле године. Најсложенији случајеви су у току. По потреби, ангажују се и судски вештаци, а обе стране у спору могу да ангажују и адвокате.

Радосављевићева истиче да, уколико је већ покренут кривични или грађански поступак, према препоруци ЕУ, примењује се „застајање“ процеса пред Судом части, до завршетка „редовног спора“, пред грађанским судом и напомиње да су одлуке суда части независне и могу бити различите од пресуда грађанског или кривичног поступка. Међутим ако редовни суд донесе пресуду о кривици и забрани бављења лекарском професијом, суд части „аутоматски“ доноси исту одлуку. **Ј. Т.**



УЧЕШЋЕ НА СКУПУ је узела и потпредсеница СРМЕ др Катрин Фјелдстет, која је у Србију дошла три дана раније, да би се упознала са радом Лекарске коморе Србије и са великом жељом да ближе упозна Београд. Показали смо јој и знаменитости Новог Сада. Приредили смо јој и нешто сасвим неочекивано, изненађење, које је одушевило – пријем код господина Слободана Мићића, почасног конзула Исланда, земље у којој је др Катрин Фјелдстет рођена, у којој живи и ради као лекар.

Др Н. Р.-М

СУДСКИ ВЕШТАЦИ БРАНЕ КОЛЕГЕ ЛЕКАРЕ

ЛЕКАРИ У СРБИЈИ СКОРО НИКАД НИСУ КАЖЊЕНИ ЗБОГ ПРОПУСТА

ЛЕКАР КРИВ ЗА СМРТ ПОРОДИЉЕ

ПОСЛЕ КАЗНЕ ОПЕТ У БЕЛИ МАНТИЛ

РАСПОРЕНА!

ЗАБУНА НА ХИРУРШКОМ ОДЕЉЕЊУ

ХИРУРЗИ ПОБРКАЛИ ПАЦИЈЕНТЕ

Пацијенту који је упућен на операцију бруха грешком је 12. јануара 2006. године оперисана жучна кеса

НОГА ПУНА ГАЗЕ

Јовану Јанковићу лекари у левој потколеници заборавили чак 15 тупфера, због чега је после четири месеца „лечења“ наступила и сепса

ХИТНА БРУКА!

ОПЕРИСАНА ПОГРЕШНА НОГА

ЛЕКАРСКЕ ГРЕШКЕ: ИЗМЕЂУ ОПРАВДАЊА И ОПТУЖИВАЊА

КОБНА ЗАБОРАВНОСТ

УБИСТВО МЛАДЕ ДЕВОЈКЕ

ИСТРАГА ЈЕ У ТОКУ ПОРОДИЦА ТРЕБА ДА КАЖЕ СВОЈУ РЕЧ

СУДСКОМЕДИЦИНСКИ АСПЕКТ ЛЕКАРСКЕ ОДГОВОРНОСТИ

ГРЕШКЕ КОЈЕ ЖИВОТ ЗНАЧЕ

// ДР РУДОЛФ ВИРЦХОВ ПРВИ ДЕФИНИСАО ПОЈАМ ЛЕКАРСКЕ ГРЕШКЕ: ЛЕКАРСКА ГРЕШКА ЈЕ КРШЕЊЕ ОПШТЕ ПРИЗНАТИХ ПРАВИЛА ВЕШТИНЕ ЛЕЧЕЊА, УСЛЕД ОТСУСТВА ПОТРЕБНЕ ПАЖЊЕ ИЛИ ОПРЕЗНОСТИ //

Пише проф. др Слободан Ковачевић
Институт за судску медицину
Медицински факултет Београд

Професор др Слободан Ковачевић, из Института за судску медицину, иначе и председник Удружења за медицинско право, уједно на комлексност судскомедицинске, односно експертизне дијагностике у оквиру јасног члана Кривичног законика Србије који се односи на кривично дело несавесног пружања лекарске помоћи и кривично дело не указивања лекарске помоћи.



не захтева допунска објашњења јер су иста садржана и позната у свакодневном обављању лекарске делатности.

Под појмом савесности подразумевамо свестраност и потпуност у односу између лекара и пацијента у току дијагностичких и терапеутских поступака. Институција судскомедицинског вештачења је практично једна од најзначајнијих карика у утврђивању материјалне истине на суду у оквиру кривичне одговорности лекара.

Судскомедицински одбор Медицинског факултета у Београду је стручно тело кога чине најкомпетентнији стручњаци одређених медицинских специјалности који у

својству судскомедицинских вештака а на захтев суда у оквиру задатих вештачења дају одговарајуће експертне налазе и научна мишљења.

Укупан број завршених предмета Судскомедицинског одбора Медицинског факултета у Београду у периоду 1990 – 1999 године представљен је анализом 248 судскомедицинских списа:

1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
38	29	17	9	24	19	34	25	33	20

Укупан број предмета који се односио на одговорност лекара у предметима Судскомедицинског одбора Медицинског факултета у Београду у периоду 1990 – 1999 године је представљен анализом 65 судскомедицинских списа:

1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
8	8	4	1	6	2	10	9	10	7

Од укупног броја предмета који се односио на одговорност лекара:

- на кривична дела несавесног пружања лекарске помоћи односило се 60 предмета
- на неуказивање лекарске помоћи 2 предмета
- на тешка дела против здравља људи 13 предмета

Укупно: 75 предмета

Укупни број се разликује јер су у појединим случајевима постојале истовремене тужбе за два дела: **Несавесно пружање лекарске помоћи и тешко дело против здравља људи.**

■ МЕДИЦИНСКЕ ОБЛАСТИ НА КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ ТУЖБЕ ЗА ЛЕКАРСКУ ОДГОВОРНОСТ: ГИНЕКОЛОГИЈА 21, АНЕСТЕЗИОЛОГИЈА 8, ОПШТА ПРАКСА 6, ИНТЕРНА МЕДИЦИНА 6, ИНФЕКТИВНЕ БОЛЕСТИ 3, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЈА 6, ПЕДИЈАТРИЈА 4, НЕУРОЛОГИЈА 2, РА-

Др Рудолф Вирцхов је први дефинисао појам лекарске грешке: **Лекарска грешка је кршење опште признатих правила вештине лечења, услед одсуства потребне пажње или опрезности.** Правна теорија дефинише појам лекарске грешке као одступање од опште признатих правила медицинске науке или лечење које се не обавља **lege artis**.

Међутим у свакодневној медицинској пракси, лекарска интервенција која је извршена **lege artis** не мора да доведе до жељених резултата и позитивних ефеката. Међутим лекар не може да одговара за негативне ефекте свога рада ако је, како то правна пракса дефинише, своју делатност вршио са дужном пажњом и у оквирима стандарда своје професије. **Груба непажња подразумева занемаривање основних дијагностичких и терапијских правила која се морају поштовати.**

У Немачкој сваке године 8000 захтева, у Хрватској прошле године пријављено чак 1600 лекарских грешака, док код нас нема података. У Америци, по званичним подацима, грешке медицинског особља годишње односе 98.000 живота – више него што Американаца страда у саобраћајним несрећама, од рака дојке и од сиде – заједно.

Све лекарске грешке не носе у себи обележје кривичне одговорности. Само лекарске грешке које су последице грубе непажње и које проузрокују погоршање здравственог стања односно смрт пацијента као такве носе обележје кривичне одговорности. У оквиру кривичне одговорности лекара у нашој земљи је познато као што је већ истакнуто у оквиру кривичног законика **кривично дело несавесног пружања лекарске помоћи.**

У обележју истог дела помињу се појмови: **Очигледно неподобно средство, или очигледно неподобан начин лечења** који по правној теорији представљају грубе, тешке и упадљиве грешке тј. Одступање од медицинске струке и науке. То одступање од медицинске струке и науке мора да је очигледно и грубо. Непримењивање одговарајућих хигијенских мера је појам који

ДИОЛОГИЈА 4, НЕУРОПСИХИЈАТРИЈА 1, ОФТАЛМОЛОГИЈА 1, СТОМАТОЛОГИЈА 1, ХИРУРГИЈА 35, **УКУПНО 98**

■ У оквиру ХИРУРГИЈЕ: ОПШТА ХИРУРГИЈА 19, ДЕЧИЈА ХИРУРГИЈА 5, ОРТОПЕДИЈА 3, МАКСИЛОФАЦИЈАЛНА 2, УРОЛОГИЈА 3, ТОРАКАЛНА 1, НЕУРОХИРУРГИЈА 2, **УКУПНО 35**

– У појединим предметима тужба се истовремено односила на више медицинских области.

– Од укупног броја предмета потпуна медицинска документација била је присутна у 45, док је у 20 била непотпуна.

– Од укупног броја предмета лекарске одговорности са смртним исходом била је заступљена у 48 случајева, а са несмртним у 18. У једном предмету била је здружена тужба за два оштећена лица.

– Од укупног броја предмета са смртним исходом судскомедицинска обдукција је извршена у 31 случају, а у 17 није извршена.

У несмртним случајевима тужба је подигнута због:
– Урађене тоталне хистеректомије због непотврђеног карцинома

– Перитонитис после царског реза

– Смањење функционалног капацитета мокраћне бешике после убризгавања алкохола због цистоскопије

– Задржавање страног тела у рани после операције варикозе

– Постпорођајна хистеректомија због руптуре материце и као компликација – обољење бубрега, отоци ногу, психички поремећаји

– Акутни фибринозногнојни перитонитис

– Страно тело (игла) у грлићу материце – болови у стомаку, страх, патња

– Тотална хистеректомија због аденомиоматозе утеруса

– Операција препонске киле са спиналном анестезијом – слабост леве ноге

– Операција хидроцеле са погрешне стране

– Слепило на оба ока услед тумора хипофизе

– Одузетост половине тела због можданог крварења после лекарске интервенције

– Атрофија и пареза мишића натколенице настала после операције „слепог црева“

– Слепило на једном оку после механичке повреде ока

– Губитак функције улнарног живца због повреде руке

– Криво срастање костију после прелома надлактице

– Перитонитис због перфорације инфламраног апендикса

– Руптура violenta uteri cum histerectomia subtotalis са стерилитетом

Узроци смрти код обдукованих случајева:

– Аспирација плодове воде, бронхопнеумонија и гнојни менингитис (2 случаја)

– Сепса (6 случајева)

– Искрварење из расцепа јајовода на месту ванматеричне трудноће

– Смрт у анестезији (4 случаја)

– Искрварење из расцепа слезине (крварење у два времена)

– Тромбна емболија због прелома костију потколенице (2 случаја)

– Аспирација крви због вишестуких прелома костију лица и доње вилице

– Искрварење из варикса једњака – цироза јетре

– Искрварење из расцепа плућа и раскиданих крвних судова око вишеструко преломљених костију екстремитета и ребара

– Аспирација страног тела

– Опсежно обострано запаљење бубрежног ткива

– Опште гнојно запаљење трбушне марамице

– Тромботична тромбоцитопенична пурпура са поремећајем по живот важних органа

– Запаљење срчаног мишића које је претходило вађењу зуба

– Опареност II и III степена више од половине површине тела

– Оток мозга услед устрелине главе

– Бронхопнеумонија услед прелома ребара

– Разорење по живот важних можданих центара и притисак на мозак од крви изливене у мождане коморе дејством тупине механичког оруђа

– Спољашње и унутрашње искрварење услед убодине грудног коша и плућа

– Епидурални хематом

– У једном случају узрок смрти није могао да се установи због одмаклих трулежних промена

Наведени узроци смрти код необдукованих случајева:

– Сепса (4 случаја)

– Акутно крварење из хроничног чира на дванаестопалачном цреву

– Општа интоксикација због продора токсина (највероватније анаеробних бактерија) у крвоток из убодине палца

– Потхрањеност и пад имунитета због недостатка највећег дела црева, одстрањених због перитонитиса после царског реза и могућа сепса

– Morbus Chron – перитонитис – сепса

– У четири случаја је медицинска документација била неадекватна те се на основу ње није могао донети закључак о узроку смрти

– Хидроцефалус

– Diabetes mellitus

– Убодина бутине са пресецањем великих крвних судова

– Акутно запаљење мозга и меких можданица

– Акутно запаљење дисајних путева

Предмети судскомедицинског одбора Медицинског факултета за период 1996 – 1999. године, који су се односили на ургентна стања:

1996	1997	1998	1999
2	4	4	3

Медицинске области на које се односе оптужбе за лекарску одговорност: ГИНЕКОЛОГИЈА 6, ХИРУРГИЈА 6, АНЕСТЕЗИЈА 1, **УКУПНО 13**

У свим овим случајевима је дошло до смртног исхода, а радило се о:

– Акутно искрварење из хроничног улкуса дуоденума

– Руптура јајовода на месту непрепознате ванматеричне трудноће и следствено искрварење

– Непрепозната руптура слезине, крварење у два времена и следствено искрварење

– Искрварење из расцепа варикса једњака због цирозе јетре

– Смрт током операције слепог црева због погрешно постављеног тубуса

– Непрепознати илеус и смрт услед перитонитиса

– Руптура материце током порођаја – сепса

– Постпорођајна сепса због заосталог дела постељице

– Перитонитис после царског реза (2 случаја)

– Цхронова болест – акутни абдомен – перитонитис

– Перитонитис због убодине трбуха

– Општа интоксикација после убодине палца

11 <

Укупан број завршених предмета Судскомедицинског одбора Медицинског факултета у Београду у периоду 2000 – 2004. године је представљен анализом 151 судскомедицинског списка:

2000	2001	2002	2003	2004
26	30	32	33	30

Укупан број предмета који се односио на одговорност лекара у предметима Судскомедицинског одбора Медицинског факултета у Београду у периоду 2000 – 2004. године је представљен анализом 58 судскомедицинских списка:

2000	2001	2002	2003	2004
13	14	10	13	8

Од укупног броја предмета који се односио на одговорност лекара:

- на кривична дела несавесног пружања лекарске помоћи односило се 55 предмета
- на неукazujeње лекарске помоћи ниједан предмет
- на кривична дела несавесног пружања лекарске помоћи и тешка дела против здравља људи односило се 25 предмета
- искључиво на тешка дела против здравља људи 3 предмета

Укупно: 83 предмета

Укупни број се разликује јер су у појединим случајевима постојале истовремено тужбе за два дела: **Несавесно пружање лекарске помоћи и тешко дело против здравља људи** (25 предмета)

■ **МЕДИЦИНСКЕ ОБЛАСТИ НА КОЈЕ СЕ ОДНОСЕ ТУЖБЕ ЗА ЛЕКАРСКУ ОДГОВОРНОСТ: ГИНЕКОЛОГИЈА 19, АНЕСТЕЗИОЛОГИЈА 2, ОПШТА ПРАКСА 1, ИНТЕРНА МЕДИЦИНА 5, ИНФЕКТИВНЕ БОЛЕСТИ 1, ОТОРИНО-**

ЛАРИНГОЛОГИЈА 1, ПЕДИЈАТРИЈА 5, НЕУРОЛОГИЈА 2, РАДИОЛОГИЈА, НЕУРОПСИХИЈАТРИЈА, ОФТАЛМОЛОГИЈА, СТОМАТОЛОГИЈА, ХИРУРГИЈА 21, ОНКОЛОГИЈА 1, УКУПНО 58

■ У оквиру ХИРУРГИЈЕ: ОПШТА ХИРУРГИЈА 6, ДЕЧИЈА ХИРУРГИЈА 3, ОРТОПЕДИЈА 3, МАКСИЛОФАЦИЈАЛНА ХИРУРГИЈА 2, ТОРАКАЛНА 1, НЕУРОХИРУРГИЈА 6, УКУПНО 21

– Од укупног броја предмета потпуна медицинска документација била је присутна у 46, док је у 12 била непотпуна.

– Од укупног броја предмета лекарске одговорности са смртним исходом била је заступљена у 36 случајева, а са несмртним у 22. У једном предмету била је здружена тужба за два оштећена лица (два сина умрла зато што су приликом лечења урођене хемофилије А инфицирана ХИВ вирусом).

– Од укупног броја предмета са смртним исходом судскомедицинска обдукција је извршена у 22 случаја, а у 14 није извршена.

У несмртним случајевима тужба је подигнута због:

- урађене тоталне хистеректомије због непотврђеног карцинома (2 случаја)
- постпорођајне компликације – растава препонског споја (симфизе)
- постоперативне компликације након операције Ца ПВУ (3 случаја)
- питање адекватне хемиотерапије код карцинома плућа
- урађена нефректомија после разбијања камена у булбегу (2 случаја)
- операција дискус херније – отежана покретљивост, смањена способност координације покрета, отежано мокрење, оштећење сексуалних и репродуктивних функција
- неадекватно примењена акушерска интервенција (2 случаја)
- адекватност оперативног захвата – пробијање горњег краја десне бутне кости врхом имплантиране протезе и оштећење п. ishiadicus-а

РЕПУБЛИЧКИ ПРОПИСИ КРИВИЧНИ ЗАКОНИК РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ

КРИВИЧНА ДЕЛА ПРОТИВ ЗДРАВЉА ЉУДИ

Члан 248.

Непоступање по здравственим прописима за време епидемије

Ко за време епидемије какве опасне заразне болести не поступа по прописима, одлукама или наредбама којима се одређују мере за њено сузбијање или спречавање, казниће се новчаном казном или затвором до једне године.

Члан 249.

Преношење заразне болести

Ко не поступа по прописима, одлукама или наредбама за сузбијање или спречавање заразних болести, па услед тога дође до преношења заразне болести, казниће се затвором до три године.

Члан 250.

Преношење инфекције ХИВ вирусом

(1) Ко свесно другог доведе у опасност од инфекције ХИВ вирусом, казниће се затвором до две године. (2) Ко се свесно не

придржава прописа и мера који се односе на спречавање ширења ХИВ инфекције и тиме из нехата доведе до преношења инфекције ХИВ вирусом на друго лице, казниће се затвором од једне до пет година. (3) Ко знајући да је заражен ХИВ вирусом свесно пренесе на другог ту инфекцију, казниће се затвором од две до дванаест година. (4) Ако је услед дела из става 3. овог члана наступила смрт зараженог лица, учинилац ће се казнити затвором од пет до петнаест година. (5) Ако је дело из ст. 3. и 4. овог члана учињено из нехата, учинилац ће се казнити за дело из става 3. затвором до три године, а за дело из става 4. затвором од шест месеци до пет година.

Члан 251.

Несавесно пружање лекарске помоћи

(1) Лекар који при пружању лекарске помоћи примени **очигледно неподобан начин лечења или не примени одговарајуће хигијенске мере или уопште очигледно несавесно поступа** и тиме проузрокује погоршање здравственог стања неког лица, казниће се затвором од три месеца до три године. (2) Казном из става 1. овог члана казниће се и други здравствени радник

који при пружању медицинске помоћи или неге или при вршењу друге здравствене делатности очигледно несавесно поступа и тиме проузрокује погоршање здравственог стања неког лица. (3) Ако је дело из ст. 1. и 2. овог члана учињено из нехата, учинилац ће се казнити новчаном казном или затвором до једне године.

Члан 252.

Противправно вршење медицинских експеримената и испитивање лека

(1) Ко противно прописима на људима врши медицинске или друге сличне експерименте, казниће се затвором од три месеца до пет година.

(2) Казном из става 1. овог члана казниће се и ко врши клонирање људи или врши експерименте у том циљу.

(3) Ко противно прописима врши клиничко испитивање лека, казниће се затвором од три месеца до три године.

Члан 253.

Неуказивање лекарске помоћи

(1) Лекар који противно својој дужности одбије да укаже лекарску помоћ лицу којем је таква помоћ потребна, а које се налази у непосредној опасности за

- руптура мокраћне бешике у току операције препонске киле и настале компликације
- погоршање општег здравственог стања код урођене епидермалне булозне дерматозе приликом примене амнионских мембрана
- операција слепог црева са оперативном грешком – оваријектомија и аднексектомија
- прелом кључне кости и парализа plexus brachialis као компликација порођаја
- хистеректомија због руптуре утеруса након вађења спирале и компликације у виду илеуса и перитонитиса
- вештачење Рх инкопатибилије код труднице и смрт новорођенчета (хемолитичка болест)
- потврђивање оправданости учињеног царког реза због промене положаја плода
- инфекција хепатитисом Б током операције карцинома бубрега
- питање оправданости операције на коју је послата у иностранство

Узроци смрти код обдукованих случајева:

- сепса (3 случаја)
- запушење венских крвних судова дела црева, изумирање његовог зида и следствено запаљење зидне и дробне трбушнице (акутни абдомен)
- акутни ентероколитис
- компликације настале након операције слепог црева
- смрт у анестезији (2 случаја)
- респираторни дистрес синдром (2 случаја)
- оштећење за живот важних можданих центара (након туче)
- искрварење из непотпуног расцепа зида аорте код недиагностификованог урођеног сужења аорте
- погоршање постојећег запаљеног обољења срца и његове компликације (дилатациона кардиомиопатија)
- искрварење после мануелне ревизије материце
- искрварење из руптуре дисекантне анеуризме аорте након трауме

- инфаркт миокарда
- интраутерина смрт због притиска на мозак крвљу изливеном испод меких можданица
- херпетични енцефалитис
- урођени цистични тумор опорњака танког црева (лимфангиом)
- тромбна емболија пар дана после операције проширених вена леве потколенице
- тромбна емболија због прелома костију леве ноге
- акутни и јакостепени едем плућа – последица интравенског узимања хероина

Наведени узроци смрти код необдукованих случајева:

- сепса
- компликације дугогодишње шећерне болести манифестоване дифузним тешким атеросклеротским променама крвних судова и акутни инфаркт миокарда
- компликације у виду запаљења плућа и ДИК-а у оквиру сепсе
- тонзилектомија – без обдукције неутврђен узрок
- предат захтев за ексхумацију која није одобрена
- без обдукције неутврђен узрок смрти (2 случаја), а медицинска документација је била неадекватна те се на основу ње није ни могао донети закључак о узроку смрти
- инфекција ХИВ вирусом – СИДА – након лечења урођене хемофилије А
- перитонитис као компликација чира на желуцу
- искрварење због руптуре материце
- расцеп раслојеног зида грудног дела аорте
- септички шок након перфорације црева
- асфиксија плода као последица неблаговремено примене акушерске интервенције
- прогресија постојећег неуролошког обољења – Adenoleucodystrophia

Предмети судскомедицинског одбора Медицинског факултета за период 2000 – 2004, а који су се односили на ургентна стања:

> 14

живот или опасности наступања тешке телесне повреде или тешког нарушавања здравља, казниће се новчаном казном или затвором до две године. (2) Ако услед дела из става 1. овог члана лице којем није указана лекарска помоћ буде тешко телесно повређено или му здравље буде тешко нарушено, учинилац ће се казнити затвором од три месеца до четири године. (3) Ако је услед дела из става 1. овог члана наступила смрт лица коме није указана лекарска помоћ, учинилац ће се казнити затвором од једне до осам година.

Члан 254.

Надрилекарство и надриапотекарство
(1) Ко се без одговарајуће стручне спреме бави лечењем или пружањем других медицинских услуга, казниће се новчаном казном или затвором до две године. (2) Казном из става 1. овог члана казниће се и ко се без одговарајуће стручне спреме бави справљањем или издавањем лекова.

Члан 259.

Тешка дела против здравља људи
(1) Ако услед дела из чл. 249, 251. ст. 1. и 2, 252, 254, 255. став 1, 256. ст. 1. и 2, 257. став 1. и 258. став 1. овог законика, неко лице бу-

де тешко телесно повређено или му здравље буде тешко нарушено, учинилац ће се казнити затвором од једне до осам година. (2) Ако је услед дела из чл. 249, 251. ст. 1. и 2, 252, 254, 255. став 1, 256. ст. 1. и 2, 257. став 1. и 258. став 1. овог законика наступила смрт једног или више лица, учинилац ће се казнити затвором од две до дванаест година. (3) Ако услед дела из чл. 251. став 3, 255. став 2, 256. став 3, 257. став 2. и 258. став 2. овог законика неко лице буде тешко телесно повређено или му здравље буде тешко нарушено, учинилац ће се казнити затвором до три године. (4) Ако је услед дела из чл. 251. став 3, 255. став 2, 256. став 3, 257. став 2. и 258. став 2. овог законика наступила смрт, учинилац ће се казнити затвором од једне до осам година.

Члан 251.

Несавесно пружање лекарске помоћи
(1) Лекар који при пружању лекарске помоћи примени **очигледно неподобно средство или очигледно неподобан начин лечења или не примени одговарајуће хигијенске мере или уопште очигледно несавесно поступа** и тиме проузрокује погоршање здравственог стања неког лица, казниће се затвором од три месеца до

три године. (2) Казном из става 1. овог члана казниће се и други здравствени радник који при пружању медицинске помоћи или неге или при вршењу друге здравствене делатности очигледно несавесно поступа и тиме проузрокује погоршање здравственог стања неког лица. (3) Ако је дело из ст. 1. и 2. овог члана учињено из нехата, учинилац ће се казнити новчаном казном или затвором до једне године.

Тежи облик овог кривичног дела постоји у случају кад услед несавесног пружања лекарске помоћи наступи тешка телесна повреда, тешко нарушење здравља, или смрт једног или више лица што је садржано у члану 259.

КРИВИЧНИ ЗАКОНИК РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ ОПШТИ ДЕО

КРИВИЧНО ДЕЛО

ОПШТЕ ОДРЕДБЕ О КРИВИЧНОМ ДЕЛУ

Члан 23.

Неурачунљивост

(1) Није кривично дело оно дело које је учињено у стању неурачунљивости. »

13 <

2000	2001	2002	2003	2004
2	3	1	6	4

■ Медицинске области на које се односе оптужбе за лекарску одговорност: ХИРУРГИЈА 7, ГИНЕКОЛОГИЈА 3, ОПШТА ПРАКСА 1, ПЕДИЈАТРИЈА 1, ИНФЕКТИВНЕ 1, ИНТЕРНА 3, УКУПНО 16

У свим овим случајевима је дошло до смртног исхода, а радило се о:

- запушење венских крвних судова дела црева, изумирање његовог зида и следствено запаљење зидне и дробне трбушнице (акутни абдомен)
- компликације дугогодишње шећерне болести манифестоване дифузним тешким атеросклеротским променама крвних судова и акутни инфаркт миокарда
- компликације настале након операције слепог црева
- искрварење из непотпуног расцепа зида аорте код недијагностикованог урођеног сужења аорте
- респираторни дистрес синдром (2 случаја)
- искрварење после мануелне ревизије материце
- искрварење из руптуре дисекантне анеуризме аорте након трауме
- инфаркт миокарда
- перитонитис као компликација чира на желуцу
- искрварење због руптуре материце
- расцеп раслојеног зида грудног дела аорте
- септички шок након перфорације црева
- тромбна емболија пар дана после операције проширених вена леве потколенице
- тромбна емболија због прелома костију леве ноге
- акутни и јакостепени едем плућа – последица интравенског узимања хероина

У обрађеном десетогодишњем периоду од 1990. до 1999. године од укупно 248 завршених предмета судско-медицинског одбора 65 (26,2%) предмета односило се на одговорност лекара.

У петогодишњем периоду од 2000. до 2004. године од укупно 151 завршеног предмета судско-медицинског од-

бора на лекарску одговорност односило се 58 (38,4%) предмета.

Анализом помоћу χ^2 теста утврђено је да постоји статистички значајна разлика ($\chi^2=5,265$; $p<0,005$) између ова два периода.

Ови подаци указују на пораст броја тужби које се односе на одговорност лекара.

ОДГОВОРНОСТ ХИРУРГА:

1. ПОГРЕШНО ПОСТАВЉЕНА ИНДИКАЦИЈА ЗА ОПЕРАЦИЈУ.
2. ИСКРВАВЉЕЊЕ ЗБОГ ПОВРЕДЕ ВЕЋЕГ КРВНОГ СУДА.
3. ЗАОСТАЛА ГАЗА, КОМПРЕСА ИЛИ ИНСТРУМЕНТ У ТЕЛУ ПАЦИЈЕНТА.
4. ИНФЕКЦИЈА ОПЕРАТИВНЕ РАНЕ.

ОДГОВОРНОСТ АНЕСТЕЗИОЛОГА:

1. ПОГРЕШАН ИЗБОР ПРЕМЕДИКАЦИЈЕ.
2. ИНТРААРТЕРИЈАЛНО ДАВАЊЕ БАРБИТУРАТА ИЛИ ДРУГИХ АНЕСТЕТИКА.
3. ОШТЕЋЕЊЕ ЗУБА ПРИЛИКОМ ИНТУБАЦИЈЕ.
4. ПОГРЕШНО УВЕДЕН ЕНДОТРАХЕАЛНИ ТУБУС.
5. НЕПРИМЕЋЕНА ИСПРАЖЊЕНА БОЦА СА КИСЕОНИКОМ.
6. ПОГРЕШНО ПРИКЉУЧЕНИ АНЕСТЕТИЧКИ ГАСОВИ И О₂.
7. ОБСТУКЦИЈА ДИСАЈНИХ ПУТЕВА И ХИПОВЕНТИЛАЦИЈА.
8. СВЕСНОСТ ПАЦИЈЕНТА У ТОКУ ОПШТЕ АНЕСТЕЗИЈЕ.

ОДГОВОРНОСТ ХИРУРГА И АНЕСТЕЗИОЛОГА:

1. ГРЕШКА У ИДЕНТИФИКАЦИЈИ ПАЦИЈЕНТА У ОПЕРАЦИОНОЈ САЛИ- НЕПОТРЕБНА ИЛИ ПОГРЕШНА ОПЕРАЦИЈА.
2. ОПЕРАЦИЈА НА ПОГРЕШНОЈ СТРАНИ И ОПЕРАЦИЈА ЈЕДНОГ ОД ПАРНИХ ОРГАНА.
3. ПОВРАЋАЊЕ У ТОКУ ОПЕРАЦИЈЕ И АСПИРАЦИЈА ЖЕЛУДАЧНОГ САДРЖАЈА.
4. ОШТЕЋЕЊЕ УСЛЕД НЕОДГОВАРАЈУЋЕГ ПОЛОЖАЈА ПАЦИЈЕНТА НА ОПЕРАЦИОНОМ СТОЛУ. //

« (2) Неурачинљив је онај учинилац који није могао да схвати значај свог дела или није могао да управља својим поступцима услед душевне болести, привремене душевне поремећености, заосталог душевног развоја или друге теже душевне поремећености. (3) Учиниоцу кривичног дела чија је способност да схвати значај свог дела или способност да управља својим поступцима била битно смањена услед неког стања из става 2. овог члана (битно смањена урачунљивост) може се ублажити казна.

Члан 24.

Скривљена неурачинљивост

(1) Кривица учиниоца кривичног дела који се употребом алкохола, дрога или на други начин довео у стање у којем није могао да схвати значај свог дела или да управља својим поступцима утврђује се према времену непосредно пре довођења у такво стање. (2) Учиниоцу који је под околностима из става 1. овог члана учинио кривично дело у стању битно смањене урачунљивости не може се по том основу ублажити казна.

Члан 25. Умишљај

Кривично дело је учињено са умишљајем кад је учинилац био свестан свог дела и хтео његово извршење или кад је учинилац био свестан да може учинити дело па је на то пристао.

Члан 26. Нехат

Кривично дело је учињено из нехата кад је учинилац био свестан да својом радњом може учинити дело, али је олако држао да до тога неће доћи или да ће то моћи спречити или кад није био свестан да својом радњом може учинити дело иако је према околностима под којима је оно учињено и према својим личним својствима био дужан и могао бити свестан те могућности.

Члан 27.

Одговорност за тежу последицу

Кад је из кривичног дела произашла тежа последица због које закон за то дело прописује тежу казну, та се казна може изрећи ако је учинилац у односу на ту последицу поступао из нехата, а и са умишљајем ако тиме нису

остварена обележја неког другог кривичног дела.

Члан 28. Стварна заблуда

(1) Није кривично дело оно дело које је учињено у неотклоњивој стварној заблуди. (2) Стварна заблуда је неотклоњива ако учинилац није био дужан и није могао да избегне заблуду у погледу неке стварне околности која представља обележје кривичног дела или у погледу неке стварне околности која би, да је заиста постојала, чинила дело дозвољеним. (3) Ако је учинилац био у стварној заблуди услед нехата, постојаће кривично дело учињено из нехата кад закон такво кривично дело предвиђа.

Члан 29. Правна заблуда

(1) Није кривично дело оно дело које је учињено у неотклоњивој правној заблуди. (2) Правна заблуда је неотклоњива ако учинилац није био дужан и није могао да зна да је његово дело забрањено. (3) Учиниоцу који није знао да је дело забрањено, али је то био дужан и могао да зна, казна се може ублажити.

МЕДИЦИНА ЈЕ ДЕЛОМ НАУКА, АЛИ И УМЕЋЕ И ВЕШТИНА, И НЕШТО ШТО ЈЕ ДАВНО ЗАБОРАВЉЕНО: ЛИЧНА НАДАХНУТОСТ, ИНТУИЦИЈА, – УМЕТНОСТ

„ЧАРОБЊАЦИ” НА ЗРНУ ГРАШКА

// ДОК ПРАВНИК ЛОГИЧНО ХЛАДНО И СА ДАЉИНЕ АРГУМЕНТИШЕ, ДОТЛЕ ЈЕ ЛЕКАР ПРИСИЉЕН ДА ДОНОСИ БРЗЕ ОДЛУКЕ И ДА РЕАГУЈЕ ЕМОЦИОНАЛНО // ЦИЉЕВИ МЕДИЦИНЕ МОГУ БИТИ ДА ПОНЕКАД ЛЕЧИ, ЧЕСТО ПОМАЖЕ, А УВЕК УТЕШИ //

Пише: прим. др сци. мед. Татјана Радосављевић,
директор Лекарске коморе Србије

Кроз историју се може видети да су примитивни људи из древне прошлости лекаре сматрали чаробњацима, врачима, јер се мислило да болест доносе зли духови. Примитивни лекар је био тајанствен, општио је са духовима. Медицина ни до данас није напустила тајанственост у поступку и упечатљивост у речима. Да ли ће их икад напустити?

Симбол лекарства **змија** омотана око меркуровог или ескуалповог штапа је знак „божанског лека”. Тај лук од мистичног до божанског не сме да утиче на начин обављања лекарске делатности и овлашћења лекара.

Светска здравствена организација дефинише здравље као стање потпуног физичког, психичког и социјалног благостања, а не само одсуство болести или физичких недостатака. Правна пракса дефинише појам болести који подразумева сваку, па и незнатну и пролазну сметњу нормалних својстава или стања или нормалних активности тела, која су излечива-отклоњива или се као таква могу ублажити. Болест треба да буде доступна медицинском третману, применљива споља и обично повлачи са собом радну неспособност.

Медицинска делатности подразумева:

- лечење или ублажавање болести, телесних оштећења или патњи-терапија
- све радње и поступке којима је циљ да препознају и открију болести код одређених лица, а потом и сам чин њиховог препознавања-дијагностика
- предвиђање даљег тока и крајњег исхода болести-прогноза
- предохрана од болести-превенција

Здравствену заштиту закон Србије третира као делатност којом се обезбеђује здравствена заштита грађана, а која обухвата спровођење мера и активности здравствене заштите које се у складу са здравственом доктрином и уз употребу здравствених технологија, користе за очување и унапређење здравља, а коју обавља здравствена служба. Мере и активности здравствене заштите морају бити засноване на научним доказима, односно морају бити безбедне, сигурне и ефикасне и у складу са начелима професионалне етике.

Медицина је делом наука, али и умеће и вештина, и нешто што је давно заборављено:

ЛИЧНА НАДАХНУТОСТ, ИНТУИЦИЈА, ИНВЕНТИВНОСТ, ЈЕДНОМ РЕЧИ ARS MEDICA-УМЕТНОСТ.

Медицина, и у потпуно техничком и научном смислу, подразумева односе међу људима, а лекарско установавање дијагнозе, давање савета и пружање третмана уоквирено је моралним кодексом. Циљеви медицине могу бити да понекад лечи, често помаже, а увек утеши. Спремност лекара и пацијената да се придржавају моралних вредности, као што су дужни међусобног поштовања, поштење, поверење, саосећање и опредељење за постизање заједничких циљева, обично доводе до дубоког етичког односа пацијента и лекара.

Међутим, медицина је и оптерећена судбоносним ризицима, чије свођење на мању меру зависи од економских могућности друштва и системских истраживања. Лекар међутим, коме медицинска наука нуди више различитих метода не одлучује се увек нужно за онај метод који најмање може да нашкоди. Напротив лекар мора да пружи најбољу, најефикаснију помоћ, чије изгледа на успех он једини може само да процењује а не може да их израчуна.

Сваки лекар има личне вредности, ставове или погледе који могу утицати на његово тумачење података, чак и емоције које нерадо познаје, а које могу да искриве објективност расуђивања, као што су страх од смрти и инвалидитета, несимпатисање одређених типова особа или животних стилова, расне и родне предрасуде, предрасуде према старијима, жеља за напредовањем у каријери, поштовањем мишљења колега или профитом, што све може да подрије објективно клиничко расуђивање.

Бездушна радионица за механичке оправке

Однос између лекара и пацијената не одвија се само према правним правилима, него према правилима **медицинске етике**. Ова етичка начела облику правне обавезе, одређују њихову садржину и опсег, јер у противном медицина би постала „бездушна радионица за механичке оправке”. Лекарска етика и право се једно на друго ослањају и међусобно допуњавају. У случају правних празнина меродавним се сматра етичко расуђивање.

Клиничка етика рачуна на уверење да чак и када је збуњеност велика и емоције јаке, лекари, сестре, пацијенти и њихове породице могу да раде конструктивно, да утврде, анализирају и разреше већину етичких проблема који настају у клиничкој медицини.

Морални принципи клиничке етике су:

- Принцип поштовање аутономије пацијента,
- Принцип добробити,

15 <

- Принцип ненаношења штете
- Принцип правде.

Уз то, морају постојати и одређени стандарди понашања, који се називају етички принципи или етичка правила, као што су Хипократово „прими помоћ и не нанеси штету и „принцип корисности“. Наиме, у англосаксонској литератури можемо наћи правило да лекари имају обавезу да лече пацијенте, па чак и када су сами у опасности. Врло често и лекари и пацијенти морају да доносе одлуке брзо

Закон о здравственој заштити налаже следеће:

- дужни су да се придржавају општих аката здравствених установа који се односе на услове боравка и понашања у њој
- уколико пацијент прекине лечење и поред упозорења лекара дужан је да се о томе писмено изјасни, или се сачињава службена белешка
- активно учествовања у заштити, очувању и унапређењу свога здравља
- да у потпуности информисае надлежног здравственог радника о истинитим подацима о свом здравственом стању
- да се придржава упутстава и предузима мере прописане терапије од стране надлежног здравственог радника.

Уколико то пацијент не чини надлежни здравствени радник **може отказати пружање даље здравствене заштите пацијенту изузев хитне медицинске помоћи**, о чему обавештава директора и бележи разлоге за ово одбијање у медицинску документацију

Лекар - ђацијент

Када се пацијент обрати лекару и затражи од њега медицинску помоћ и лекар пристаје да помогне, међу њима се успоставља одређен однос чију садржину чине одређена права и обавезе. Лекар је дужан да установи врсту пацијентове болести и да предузме одговарајуће мере лечења, а пацијент је обавезан да саопшти симптоме болести и следи налоге лекара. Ако лекар не учини то, он штети пацијенту, а ако пацијент не поштује обавезе, он шкоди сам себи. **За правним регулисањем овог односа нема потребе**, већ овај однос треба препустити **правилима медицинске струке и медицинске етике**, једно је од мишљења у литератури. Ако би лекар био застрашен од законске одговорности, врло мало би смео учинити за своје болеснике.

Друго мишљење, које заступају правници **јесте да право не ствара неповерење у односу лекар пацијент, него неповерење призива у помоћ право**. Ова разлика у неким земљама достиже до струпња хладног рата и постављање баријере мишљења:

Док правник логично хладно и са даљине аргументише, дотле је лекар присиљен да доноси брзе одлуке и да реагује емоционално. Без те емотивне компоненте која је својствена лекару, правни однос између њега и пацијента једва да је могућ.

Етички аспекти односа лекар-пацијент:

1. Само добар човек може бити добар лекар (Нотнагел)
2. Поверење у лекара као темељ односа (лекар је у односу на пацијента у „типичном односу надмоћности“, али зато пацијент треба да има право на слободан избор лекара. Са друге стране, лекар може поступати по свој савети само ако слободно доноси одлуке, не следећи упутства виших органа, али се држећи закона и медицинске етике

3. Лекар не лечи болест него болесника („И реч је лек“)

Однос лекар – пацијент правно представља врсту уговора о лекарској услузи, или се односи на одређене

Дужност лекара...

ИЗ КОДЕКСА ПРОФЕСИОНАЛНЕ ЕТИКЕ ЛКС

• Часна животна дужност лекара је да своју професионалну активност обавља што савесније, пожртвованије, хуманије и према свом најбољем знању, да се посвети заштити здравља и лечењу људи.

• У складу са тим, лекар поштује људски живот од његовог почетка до смрти, пружа здравствену делатност и поштује људско тело и приватност и после смрти.

• Лекарску помоћ пружа једнако свима, без обзира на године живота, пол, расу, националну припадност, вероисповест, друштвени положај, образовање, социјално порекло или друго лично својство, поштујући људска права и достојанство сваког.

• Право лекара да одлучује о осетљивим питањима које се односе на здравље и живот човека подразумева посебну личну одговорност и дужност лекара да пружа одговарајуће здравствене услуге уз пуно поштовање човековог достојанства, поштује права болесника, колега и других медицинских сарадника, поштује законе и своје обавезе, изузев уколико би ти закони или обавезе били у супротности са коришћу болесника...

• Лекар у својим професионалним и приватним активностима чува и брани углед и достојанство лекарског staleжа и своје лично име и часно се односи према својим колегама.

• У стању виталне угрожености болесника лекар је дужан да у границама својих могућности и стручног звања без одлагања пружи хитну лекарску помоћ и не сме то одбити без обзира на то да ли је на дужности или није за то изричито замољен.

ИЗ ЗАКОНА О ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

• Здравствени радници обављају здравствену делатност у складу са важећом здравственом доктрином и у складу са кодексом професионалне етике, а за свој рад преузимају **стручну, етичку, казнену и материјалну одговорност**.

• Здравствени радници не смеју напустити радно место док им се не обезбеди замена и ако је њихово радно време истекло, ако би се тиме нарушило обављање здравствене делатности и угрозило здравља пацијената

• Здравствени радник може одбити пружање здравствене заштите ако здравствена заштита није у складу са њиховом савешћу или међународним правилима медицинске етике (приговор савести), о чему обавештава надређеног. Ово право не важи за пружање хитне помоћи.

• Здравствени радник мора да уредно води медицинску документацију, евидентирајући све медицинске мере које су предузете над пацијентом.

• Обавештавају пацијената о природи и току интервенције у циљу добијања његовог пристанка на исту.

• Стално се стручно усавршавају, ради одржавања и унапређења резултата рада, и ради продужавања важења лиценце.

медицинске поступке. Лекар предузима у дијагнози и лечењу правила медицинске науке, односно стандард медицине и саопштава информације о њима пацијенту и то чини са посебном пажњом.

„Онај ко може више, више је дужан“

Основна дужност лекара је да пацијента лечи, а из тога приистичу и следеће обавезе:

1. Обавеза да услугу изврши лично
2. Обавеза да узима податке за анамнезу
3. Обавеза да изврши преглед, односно испитивање пацијента
4. Обавеза да постави дијагнозу.

Међутим, правно, дијагноза не мора бити истоветна са коначним утврђивањем болести и њених узрока, није стална и непроменљива и него је временски условљена. У времену са могу променити ток болести и ток медицинске науке.

Дијагноза се прилагођава појединим новим момен-тима, и прилагођава слици болести у току обољења и не мора бити коначно завршена

5. Обавеза да постави индикацију за терапију, или инетервенцију
6. Обавеза да лечи пацијента, а начин лечења одре-ђен је здравственом доктрином
7. Обавеза да се доцније стара о пацијенту
8. Обавеза да поступа по правилима струке и пажљиво, тј **lege artis** и са „**пажњом доброг стручњака**“.

Међутим, по начелима грађанског права ако лекар поседује натпросечне способности и знања дужан је да их употреби, а ако просечни лекар нема нека знања нема обавезу и није одговоран што их не примењује.

„Онај ко може више, више је дужан“

9. Обавеза лекара да води и чува медицинску доку-ментацију
10. Обавеза лекара да чува пацијентову тајну

У правном смислу пацијент има следеће обавезе:

1. Обавезу да плати награду за рад, **осим ако се она подмирује из здравственог осигурања**
2. Обавезу да сарађује са лекарем

Међусобни односи лекара регулисани су кодексом професионалне етике ЛКС:

1. Заснивају се на коректности, искрености, поштова-њу и размени искустава
2. Часни лекар се односи према колегама онако како би желео да се они понашају према њему
3. Поштује своје учитеље, а млађима служи за углед
4. Брани колегу који је неоправдано нападнут и по-штује начело солидарности
5. **РАЗЛИКЕ У МИШЉЕЊИМА НЕ ТРЕБА ДА ИЗАЗИ-ВАЈУ СПОРОВЕ**
6. Лекарском позиву стране су увреде, клевете, ома-ловажавање, неоправдана и у лаичкој јавности изре-чена критика колега.
7. О грешкама се не може расправљати са родбином, болесником, или средствима јавног информисања
7. Лекари стручно сарађују у интересу пацијената
8. У медицини постоји стриктна подела рада, али и сарадња у конзилијумима.

У здравственим системима какав је наш са једним је-диним РЗЗЗО и приватном праксом која није у систе-му здравственог осигурања, те ограничењима која по-стављају економски закони, **вредновање лекара није пропорционално раду, труду и квалитету**. Спорно је да ли ће се други начини финасирања, као што је ка-питација било шта поправити. //

ПРЕСТАНАК ПРАВА НА ОБАВЉАЊЕ ЛЕКАРСКЕ ДЕЛАТНОСТИ

Први део који се односи на престанак права на самостални рад, законски се још формулише као одузимање лиценце и регулисан је 333, Правилни-ком о ближим условима за издавање, обнављање и одузимање лиценце члановима комора здравстве-них радника, Статутом ЛКС, те Правилником о ра-ду судова части ЛКС

ЛКС има јавно овлашћење да привремено или трајно одузме лиценцу у следећим случајевима:

1. ако здравствени радник не обнови лиценцу под условима прописаним законом
2. ако здравствени радник обавља делатност на коју му није издата лиценца
3. ако здравствени радник у обављању здравстве-не делатности начини стручну грешку којом се на-рушава, односно погоршава здравствено стање па-цијената
4. ако је здравственом раднику изречена једна од мера привремене забране самосталног рада од стране надлежног органа коморе, због теже повре-де професионалне дужности и угледа члана коморе у складу са законом или статутом коморе
5. ако је правоснажном судском пресудом здрав-ствени радник осуђен за кривично дело које га чи-ни недостојним за обављање професије здравствене-ног радника
6. ако у обављању здравствене делатности злоу-потреби средства здравственог осигурања
7. у другим случајевима прописаним законом.

Привремено одузимање лиценце може трајати од шест месеци до пет година.

– Под стручном грешком према 333, подразумева се несавесно лечење односно занемаривање про-фесионалних дужности у пружању здравствене заш-тите односно непридржавање или непознавање утврђених правила и професионалних вештина у пружању здравствене заштите, које доводи до нару-шавања, погоршавања, повреде, губитка или оште-ћења здравља или делова тела пацијената.

– Стручна грешка се утрђује у дисциплинском по-ступку пред надлежним органом коморе, односно у поступку редовне и ванредне спољне провере ква-литета стручног рада здравствених радника..

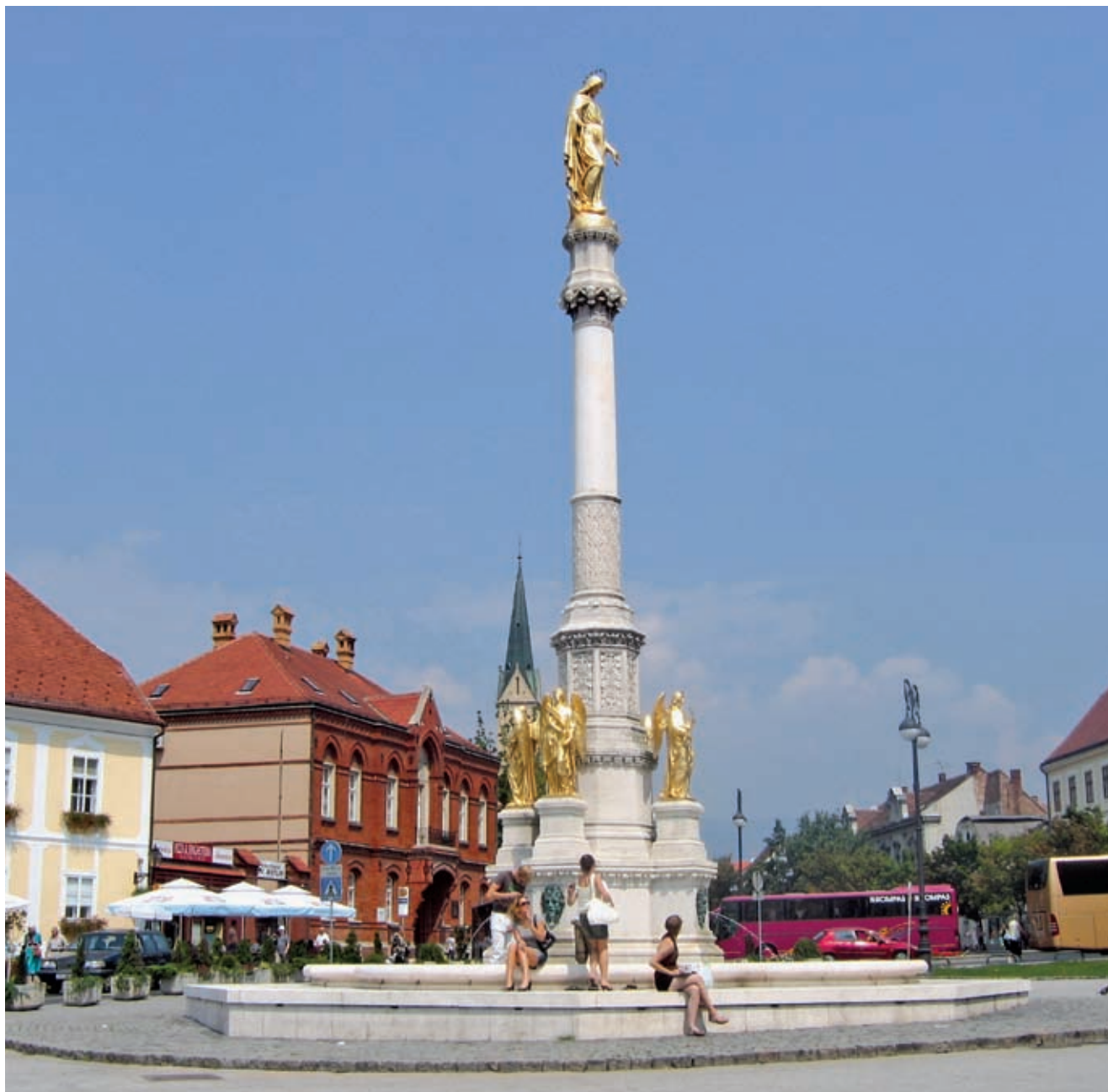
– Комора трајно одузима лиценцу здравственом раднику ако је правоснажном судском пресудом осуђен на казну затвора због тешког кривичног де-ла против здравља људи.

– Здравствени радник коме је одузета лиценца не може доносити самосталне одлуке о лечењу и мо-ра радити под надзором.

НЕДОСТОЈНОСТ ЗА ОБАВЉАЊЕ ЛЕКАРСКЕ ПРОФЕСИЈЕ

– Дела која чине здравственог радника недостој-ним за обављање лекарске професије наведена су у ставу 4, којим се дозвољава могућност дисци-плинске одговорности и за поступке који нису не-посредно повезани са обављањем здравствене де-латности, као што су:

- намерно убиство, вожња у пијаном стању, ко-рупција, силовање...
- ово ће се формирати током судске праксе су-дова части.



У ХРВАТскоЈ ЗА НЕСТРУЧНО ОБАВЉАЊЕ ЛЕКАРСКЕ ПРОФЕСИЈЕ У ПРОШЛОЈ ГОДИНИ ИЗРЕЧЕНА ЈЕДНА ОПОМЕНА ДОК СУ 32 ПОСТУПКА У ТОКУ

ИСКУСТВА ХРВАТСКЕ ЛК У ОДРЕЂИВАЊУ ПОЈМА ЛЕКАРСКЕ ГРЕШКЕ

ЈЕДНО ЈЕ ЖЕЉА А ДРУГО ИСХОД

// СИГУРНОСТ ПАЦИЈЕНАТА У ДИРЕКТНОЈ ЈЕ ВЕЗИ С ПРАВИЛНИМ ОБАВЉАЊЕМ СВИХ САМОСТАЛНИХ ПРОФЕСИЈА У ЗДРАВСТВЕНОМ СИСТЕМУ У ХРВАТскоЈ // САМО ПОД СТРОГО ПРОПИСАНИМ УСЛОВИМА ОДРЕЂЕНА ПОСТУПАЊА ЛЕКАРА МОГУ СЕ У СПРОВЕДЕНОМ КАЗНЕНОМ ПОСТУПКУ ПРОГЛАСИТИ КАЗНЕНИМ ДЕЛОМ //

Пише: КАТАРИНА СЕКЕЉ-КАУЗЛАРИЋ, ДР МЕД.,
СТАЛНИ СУДСКИ ВЕШТАК,
ЧЛАНИЦА ИЗВРШНОГ ОДБОРА ХЛК

Појам стручне грешке у немачкој правној пракси касније је замењен појмом грешка у третману. Обухвата све грешке у профилакси, дијагностици, лечењу и накнадној бризи, а настаје због занемаривања или одступања од медицинског стандарда, односно стандарда медицинске науке (Deutsch)



Исход медицинског поступка каткад не иде жељеном, тиме не и искључиво једном трасом:

1. **Жељени исход:** превенција која је спечила појаву болести, успешно завршен дијагностички поступак, излечење, заустављена прогресија болести, успешна рехабилитација
2. **Нежељени исход:** компликација, неизбежни исход или неповољни догађај

Компликација (непредвиђена тешкоћа, искрсла неприлика, заплет)

– Нежељени исход медицинског поступка који настаје упркос медицински исправно и правовремено изведеног поступка, који је изведен правилном употребом исправне опреме и средстава (лекова, хемијских материја и сл.) уз оптималну организацију рада

Неизбежни исход

– Нежељени исход медицинског поступка који настаје упркос правовременом и исправном медицинском поступку, због немогућности излечења (смртоносна болест, старост, отказивање више органских система и друго)

Штетни догађај

(енглески "adverse event")

– Догађај у ком долази до ненамерне и непожељне штете за болесника нанесене медицинским поступањем. Последица може бити: продужење лечења, оштећење организма повезано с пролазном или трајном неспособношћу, а у најгорем случају и смрт

Надзор ризика

(енгл. "risk management")

– Посебна служба која припрема установу на захтев за одштету коју путем тужби траже пацијенти и њихове породице, а истовремено ова служба придонosi настојањима да се побољша квалитет бриге (*џроф. Ел-гар*). Проучава неповољне догађаје и њихове узроке, те ради на спречавању истих

Закључци

Сигурност пацијената у директној је вези с правилним обављањем свих самосталних професија у здравственом систему у Хрватској:

- доктори медицине
- доктори денталне медицине
- магистри фармације
- инжењери медицинске биохемије
- психолози
- медицинске сестре
- бабице
- физиотерапеути
- радни терапеути

- лабораторијски техничари
- ртг техничари
- санитарни инжењери

Професионална аутономија

- Слобода избора начина и техничких помагала за извршење професионалне услуге.
- Ограничење правилима струке и дужношћу поштивања Кодекса медицинске етике и деонтологије
- Одобрење за самосталан рад – лиценца
- доказ стручне оспособљености

Врсте професионалне одговорности уопште

1. Казнена одговорност
2. Грађанскоправна одговорност
3. Прекршајна одговорност
4. Дисциплинска одговорност

Врсте поступака у којима се утврђује одговорност

1. Казнени поступак
2. Парнични поступак за накнаду штете
3. Прекршајни поступак
4. Управни поступак за утврђивање дисциплинске одговорности

Напомена: лекари учествују у свим овим поступцима у својству експерта или вештака

Друштвена сврха поступака

- Казнени – заштита важних вредности појединца и заједнице
- Грађански парнични – накнада настале штете
- Прекршајни – заштита од повреда јавног поретка, друштвене дисциплине или других вредности које нису заштићене казним законом
- Дисциплински – сталешка осуда

Одговорност у казном поступку

- Починилац казног дела – појединац
- КЗ РХ – Казнена дела против здравља људи (несавесно лечење, самовољно лечење, недопуштено пресађивање делова људског тела, непружање медицинске помоћи)

„Само под строго прописаним условима одређена поступања лекара могу се у проведеном казном поступку прогласити казним делом“

Санкције

Казнени поступак:

1. Казна (затвор-новчана казна)
2. Мере упозорења (судска опомена и условна казна)
3. Сигурносне мере (забрана обављања звања)

- За одговорност у поступку ради накнаде штете вреде општа правила о одштетној одговорности (Закон о обвезним односима, НН бр. 35/05, 41/08)
- Оптужени – Оштећени – даваоци здравствене услуге (здравствена установа, трговачко друштво, лекар у ординацији)
- Субјективна одговорност (лекар доказује да није крив за насталу штету)

19 <

Санкције

Поступак за накнаду штете:
– Досуђени новчани износ

Одговорност у прекршајном поступку

– Општа сврха: поштовање правног система и забрана чињења прекршаја
– Прописи који регулишу подручје здравства и лекарске струке (Закон о здравственој заштити, Закон о лечењу)

Санкције

Прекршајни поступак:

1. Казна (новчана и казна затвора)
2. Мере упозорења (опомена и условна казна)
3. Заштитне мере (забрава обављања звања)

Одговорност у дисциплинском поступку – Закон о лечењу (НН бр. 121/03)

Лекар је дисциплински одговоран ако повреди:

1. одредбе Закона о лечењу,
2. одредбе Кодекса медицинске етике и деонтологије Хрватске лекарске коморе,
3. обавља нестручно лекарску професију,

Модел швајцарског сира

ШТА ПАЦИЈЕНТ ПОСЛЕ СВЕГА МОЖЕ ДА ОЧЕКУЈЕ

4. својим понашањем према пацијенту, другом лекару или трећим особама повреди углед лекарске професије,

5. не испуњава Статутом и другим општим актом одређене чланске обвезе према Комори (чланак 50.ст.1. ЗоЛ)

Тела за вођење дисциплинског поступка

Поступак за утврђивање дисциплинске одговорности проводе дисциплинска тела Коморе и то:

- Часни суд и
 - Високи часни суд,
- на темељу одредаба Правилника о дисциплинском поступку који доноси Скупштина Коморе, (чланак 51. и 52. ЗоЛ)

Правилник о дисциплинском поступку доступан је на www.hlk.

Дисциплинске повреде дефинисане су у две категорије и то:

1. теже и
 2. лакше,
- а за њих се могу изрећи припадајуће дисциплинске мере

Дисциплинске мере за теже дисциплинске повреде

За теже дисциплинске повреде лекару се могу изрећи следеће дисциплинске мере:

- укор,
 - јавни укор,
 - новчана казна,
 - привремено одузимање одобрења за самосталан рад од месец дана до годину дана,
 - трајно одузимање одобрења за самосталан рад,
 - привремено или трајно ограничење опсега одобрења за самосталан рад.
- (чланак 53. ст.1. ЗоЛ)

Дисциплинске мере за лакше дисциплинске повреде

За лакше дисциплинске повреде лекару се могу изрећи следеће дисциплинске мере:

- опомена,
- новчана казна.

Уз сваку напред наведену меру (тежа и лакша повреда), осим уз меру трајног одузимања одобрења за самосталан рад, лекару се може одредити и дисциплинска мера додатне едукације. Дисциплинска мера одузимања одобрења за самосталан рад може се изрећи условно с роком пробе од шест месеци до две године.

(члан 53. ст. 2. и 3. ЗоЛ)

Овлашћени за покретања дисциплинског поступка

1. Пацијент, односно друга заинтересована особа,
2. Председник Коморе,
3. Секретар Коморе,
4. Тела Коморе,
5. Комисија за стручни надзор,
6. Министар надлежан за здравство

Изречене дисциплинске мере за нестручно обављање лекарске професије у раздобљу од 2004. до средине 2009. године

- 2004. година - (1) опомена,
- 2005. година - (1) јавни укор и (1) одлука којом се пријављени лекар ослобађа одговорности,
- 2006. година – без изречених мера,
- 2007. година – (1) опомена и (2) одлуке којима се пријављени лекари ослобађају одговорности,
- 2008. година – (1) јавни укор и (2) одлуке којима се пријављени лекари ослобађају одговорности,
- 2009. година – (1) опомена, 32 поступка у току

Спровођење јавних овлашћења Хрватске лекарске коморе и то:

- вредновање облика трајне медицинске едукације и
- спровођење стручног надзора усмерене су на превенцију настанка професионалних пропуста који спадају у категорију нестручног обављања лекарске професије

ИСКУСТВА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СЛОВЕНИЈЕ У СМАЊИВАЊУ БРОЈА ЛЕКАРСКИХ ГРЕШАКА

НОВИ СИСТЕМ ПРОЦЕСИРАЊА ЖАЛБИ ПАЦИЈЕНАТА

// МЕРЕ У ДИСЦИПЛИНСКОМ ПОСТУПКУ УКЉУЧУЈУ И ПРИВРЕМЕНО ОДУЗИМАЊЕ ЛИЦЕНЦЕ – ДО 5 ГОДИНА // ДИСЦИПЛИНСКИ СУД МОЖЕ ДОНЕТИ МЕРУ ОБАВЕЗНОГ ДОПУНСКОГ СТРУЧНОГ УСАВРШАВАЊА КАО И ОБАВЕЗНОГ ЛЕЧЕЊЕ ЗАВИСНОСТИ ОД АЛКОХОЛА ИЛИ ЗАБРАЊЕНИХ НАРКОТИКА //

Пише: БРАНЕ ДОВНИКАР
ПРАВНИК ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ
СЛОВЕНИЈЕ

Због чега радимо – питање је које у одговору по правилу у први план ставља пацијента и његову заштиту, затим јавноздравствени интерес, потом јачање поверења и изграђивање доброг односа доктор – пацијент, на крају, али не и најмање важно, заштиту доктора. Свему томе претходи етика и професионална компетенција као предуслов.



Одговорност доктора

- струковна (послодавац, Комора, редовни суд)
- етичка (послодавац, Комора, редовни суд)
- кривична
- кривични поступак (редовни суд)
- дисциплинска (послодавац, Комора)
- материјална – отштетна (послодавац, пацијент)

Инструменти коморе за унапређење квалитета рада доктора

А) Обављање у оквиру јавних овлашћења Коморе

- Регистар коморе – сви, који обављају лекарску делатност или желе да буду добровољни чланови коморе – доктори медицине и стоматолози
- Лиценцирање – издавање, ревалидација (кредитни бодови) и одузимање лиценце за рад
- Специјализације и СМЕ - управљање подипломским усавршавањем - дефинисање програма специјализација, логистичко вођење (мрежа специјализантских радних места, главни и непосредни ментори, надзорници квалитета за сваку специјалност, специјалистички испит)
- Стручни надзор са саветовањем

Релиценцирање

- Тренутно релиценцирање у већој мери базира се на принципима и критеријумима присуства на семина-

рима, радионицама и конференцијама а мање на индивидуалном раду и модерним принципима перманентног учења.

Б) Други инструменти

„Превентивни“

- Пројект Квалитет
- Други облици едукације (семинари, округли столови,...)
- Учествовање у припреми здравственог законодавства
- Партиципација у различитим радним и пројектним групама осигуравајућег завода, министарства,...
- Информатизација
- Осигурање у случају стручне грешке за одштету
- Осигурање за правну помоћ
- Иницијатива за “non fault compensation”
- Информисање доктора и пацијената
- (лат) Ad hoc учествовање – с инспекцијама и другим органима те извођачима здравствених услуга

“Куративни“

- Дисциплински поступци

Компјутери у комуникацији с пацијентом

21 <



ЕТИКА И ПРОФЕСИОНАЛНА КОМПЕТЕНЦИЈА
КАО ПРЕДУСЛОВ: ЉУБЉАНА

Спровођење квалитета у здравству

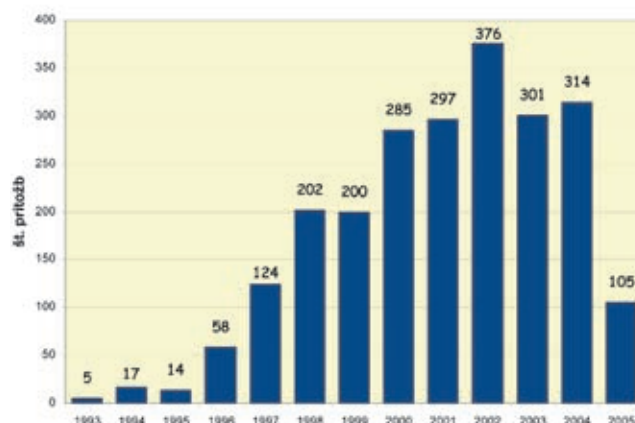
Окулистика: Операција Предстарачке и старачке катаракте

1. Име и презиме пацијента:
2. Број пописа:
3. Установа и шифра установе: /
4. Датум рођења: /
5. Пол 1 мушки 2 женски
- Болесни пацијент*
6. Шећерна болест 1 да 2 не
7. Ретинопатија диабетика непролиферативна 1 да 2 не
8. Ретинопатија диабетика пролиферативна 1 да 2 не
9. Крвни притисак: /
10. Антикоагулантна терапија 1 да 2 не
11. Оштрина вида пред операцију:
12. Очни притисак – тонус апланацијски:
Промене на очном дну
13. Офталмоскопски преглед 1 да 2 не
14. Дегенерација макуле 1 да 2 не
15. Крвавот мрежнице 1 да 2 не
16. Одвајање мрежнице 1 да 2 не
- Компликације операције*
17. Тип уграђеног интраокуларног сочива:
18. Повреда задњег сочива овојнице: 1 да 2 не
19. Пропадање једра сочива у стакласто тело: 1 да 2 не
20. Фиброза очног дна: 1 да 2 не
21. Стање ока по операцији: унутрашње 1 да 2 не
спољашње 1 да 2 не
22. Секундарни глауком: 1 да 2 не

ПРИТУЖБЕ У РАЗДОБЉУ 1993–2005.

Leto	Pritožbe	OSM	OZB	OPE	Tožilec	Razsodišće I.	Razsodišće II.	Skupaj
1993	2				1	2		5
1994	5	1			5	5	1	17
1995	5			2	4	3		14
1996	25	9	6	8	6	4		58
1997	55	32	6	22	5	4		124
1998	93	48	15	28	12	6		202
1999	89	63	8	22	10	6	2	200
2000	132	72	8	61	6	5	1	285
2001	135	72	22	58	4	4	2	297
2002	177	111	13	68	3	3	1	376
2003	141	78	23	48	7	4		301
2004	152	96	12	49	4	1		314
2005	52	34		19				105
Skupaj	1063	616	113	385	67	47	7	2298

ПРИСПЕЛЕ ПРИТУЖБЕ У РАЗДОБЉУ 1983–2005.



Резултати операције

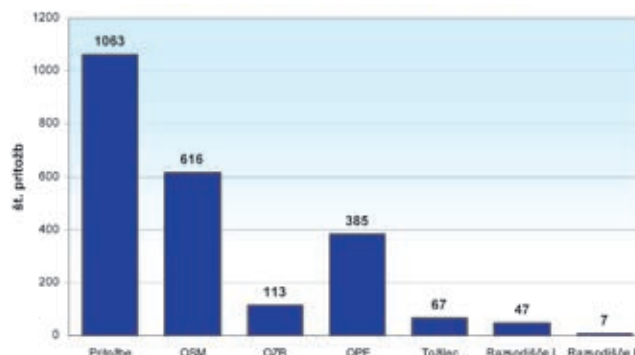
23. Видна оштрина по операцији без корекције:
са корекцијом:

24. Лекар: шт.

Мере у дисциплинском поступку

Дисциплински суд може донети следеће дисциплинске мере:

ПРИТУЖБЕ ПО ПОДРУЧЈИМА И РАЗДОБЉУ 1983–2005.



- Опомена,
- Јавна опомена,
- Привремено одузимање лиценце – до 5 година,
- Трајно одузимање лиценце.

Такође, Дисциплински суд може донети следеће дисциплинске мере сигурности

- Колегијална препорука,
- Извињење пацијенту,
- Плаћање штете пацијенту,
- Обавезно допунско стручно усавршавање,
- Обавезно лечење зависности од алкохола или забрањених наркотика.

Што и како даље?

- Усавршавање садашњег система праћења индикатора квалитета
- Нови принципи CPD
- Нови систем процесирања жалби пацијената
- Доношење стандарда за извођаче
- Акредитација извођача

//

УВОД У МЕДИЦИНСКО ПРАВО

ЈЕДНО ЈЕ ПРАВО У МЕДИЦИНИ, А ДРУГО МЕДИЦИНА У ПРАВУ

// МЕДИЦИНСКО ПРАВО ТРЕБА РАЗЛИКОВАТИ ОД ПРАВНЕ ИЛИ СУДСКЕ МЕДИЦИНЕ, КОЈА СЕ БАВИ МЕДИЦИНСКИМ РАЗЈАШЊАВАЊЕМ ОДРЕЂЕНИХ ЧИЊЕНИЦА КОЈЕ СУ ПРАВНО РЕЛЕВАНТНЕМ //

Пише: др сци. иур. Хајрија Мујовић Зорнић,
виши научни сарадник,
Институт друштвених наука Београд

Слично незадрживом развоју медицине, у данашње време и **медицинско право** доживљава све веће ширење и афирмацију не само на националном плану већ и у међународним размерама. У правној литератури се поред назива медицинско право сусрећу и други, од којих је најчешћи назив **здравствено право**, што чини шири појам и подразумева све правне прописе у интересу здравља људи. Посматрано кроз свакодневну, животну праксу, то значи да медицинско право налази примену увек кад се одлучује о човековим најважнијим, правно заштићеним добрима у вези са здрављем, као што су: живот, телесни интегритет, здравље, самоодређење и лично достојанство.

Следствено уџбеничкој дефиницији, медицинско право у објективном смислу подразумева **скуп правних правила која уређују медицинску делатност, утврђују својства лица која ту делатност обављају и њихов однос према корисницима њихових услуга**. Медицинско право у ширем смислу укључује и прописе који се односе на лекове и медицинска средства. Медицинско право треба разликовати од **правне или судске медицине**, која се бави медицинским разјашњавањем одређених чињеница које су правно релевантне. Једно је право у медицини, а друго је медицина у праву.

Биомедицина бржа од људског

На појачану правну контролу вршења медицинске делатности, због чега се често говори о појави тзв. **јуридизације** медицине, утицали су бројни фактори:

– најпре, нови концепт вршења медицине условио је и да правни приступ тој проблематици буде другачији. На пример, промењена је дефиниција саме медицинске радње. Према најранијим схватањима само је хируршки захват чинио такав акт, док ни испитивање ни постављање дијагнозе нису имали тај карактер. Доцније су се као критеријум узимали у обзир само терапијски разлози. Данас, међутим, одређење медицинског третмана подразумева и радње које нису искључиво терапијског карактера, чиме се излази из до-

тадашњег оквира. Затим, медицина је еволуирала од стања вештине појединца у правцу колективне медицине, која се не обавља изоловано већ у сарадњи, и са изразитом концентрацијом на техничка средства и научна сазнања.

– још један важан фактор јесте природа односа лекара и пацијента. Основ за ту везу и даље наставља да буде однос узајамног поверења. Међутим, сматра се да „традиционално“ схватање односа поверења није примерено данашњем добу, нити оно нуди адекватну сигурност за пацијентову права, посебно у светлости третмана који укључује растуће комплексну медицинску технологију. Ауторитет лекара, који се изводио из његове господарске позиције по неписаном правилу да „знање је моћ“, одавно се већ доводи у питање. Лекарско познавање ствари даје све мање рационални основ легитимности за то да се пацијент слепо, и

>>> Успостављање стандарда је једна ствар, али друга да они требају да буду имплементирани не само у националном законодавству и политици, него и у свакодневној медицинској пракси <<<

„с пуним поверењем“ потчињава суду и упутствима лекара. Осим тога, у савременом друштву потреба за сигурношћу постаје примарна, а несрећни догађаји (болест, смрт) не схватају се више на исти начин и не бивају просто прихватани са резигнацијом. Управо успеси медицине су ти који фаворизују услове тог новог стања свести. Свака особа, здрава или болесна, уверена је да је заштита здравља фундаментално право појединца. Лечење је нормална појава, а сваки неуспех у доброј мери може бити знак одређеног пропуста или недостатка.

– најзад, у свакој професији, а нарочито медицинској, људски фактор игра важну улогу, те су отуда правила понашања веома строга, било да је реч о правилима струке тј. актуелном медицинском стандарду или о правилима пажње. Право као општи закон слободе свих не сме медицинску службу ослободити од својих заповести и забрана и не сме решавање могућих конфликата, проистеклих из медицинске делатности, препустити искључиво професионалном staleжу. Као и

23 <

сваки грађанин, и лекар стоји под општим законом из кога се изводе најважнија мерила за његово чињење и нечињење. Отуда, лекарске грешке, као кршења дужног понашања, у највећој мери резултирају одговорношћу чије је тежиште данас пребачено на грађанску одговорност, а мањи удео има професионална одговорност и кривична одговорност. У новије време јако је порастао значај грађанског права за питања која су повезана са човековим здрављем. Разлог томе је, првенствено, повећано знање о релевантним узрочним везама и новим могућностима да се утиче на живот и људско здравље. У неким областима биомедицине развој напредује тако бурно, да је тешко разазнати све његове последице.

Ко је „сћарију“ лекар или пацијент?

Самосталност и монопол медицинске делатности историјски су утемељени и природа ове делатности прогресивно се мењала. У обављању ове делатности њени носиоци, пре свега лекари, носе научну и правну одговорност, лично и неподељено, да поступају са дужним поштовањем према струковним правилима и према пацијенту. **Аутономија** у струци правно значи да медицински посао није субординиран. Етимолошки аутономија значи капацитет да се буде вођен сопственим правилима или да се буде потчињен сопственим правилима. Постоје професионална ексклузивност, облигација независног и личног делања у коме постоји дужност да се гарантује научна компетентност и интегритет. Учешће у заштити јавног здравља налази се у средишту мисије лекара, али се поставља питање шта је конкретно у пацијентовом интересу, а то треба да буде оптимални медицински третман. Ово питање је фундаментално јер је фокусирано на сврху делатности, а не на услове и формалне облике делатности.

Оно што суштински у правном смислу разликује медицинску услугу од услуге комерцијалне природе јесте могућност да се нешто одбије, а у том погледу право да се одбије или прекине лечење од стране лекара јесте веома јасно. То отуда што сам лекар има научну компетенцију, која му допушта да одбије такво чињење, с позивом да је неопходно да монопол лечења буде резервисан за њега. Ово је есенцијално за разумевање и очување независног карактера друштвено одговорне

>>> Лекар поступа онако како налаже морално правило и попуњава правну празнину <<<

медицине. Поред аутономног делања лекара у односу на друге припаднике медицинских струка, постоји и аутономност у односу на пацијента. Воља пацијента или његовог заступника не ослобађа лекара од његових правних обавеза, јер његов монопол има прецизно задатак да осигура научну компетентност и независност у одлучивању и раду. Чак иако пацијент инсистира, лекар не треба да одступи од свог става, ако такво чињење пацијента доводи у опасност или ако то захтевају разлози чувања јавног здравља. Свакако да пацијентова воља има битну улогу, али под условом да је пацијент способан и потпуно информисан о ризицима у које улази. Ово рађа проблем који је деликатан по својој природи, а то је наиме обим информација које се дају пацијенту, што уједно говори и о ограничењима аутономије лекара мером пацијентовог права на самоодређење као базичног права.

За обављање медицинске делатности првенствено се везује **слобода лечења** где је сваки лекар суверен и компетентан у оквиру важећих медицинских стандарда. То подразумева слободу да се изабере она метода која се сматра најефикаснијом у сваком конкретном случају, водећи при том рачуна да она буде целисходна са становишта стања пацијента како се не би излагао неоправданом ризику. Лекар има право да одбије лечење у следећим случајевима:

- ако је уверен да између њега и пацијента, односно пацијентовог заступника не постоји однос потребног поверења;

- ако није довољно стручан или ако му недостају потребне техничке могућности за пружање оног вида медицинске услуге који је у конкретном случају потребан;

- ако дати вид медицинске услуге противречи моралним принципима лекара или његовим клиничким убеђењима.

Право да се одбије лечење сходно не постоји према пацијенту коме је потребна хитна лекарска помоћ. Лекар има право да прекине даље лечење пацијента у следећим случајевима:

- ако је уверен да између њега и пацијента, односно пацијентовог заступника не постоји више однос потребног поверења;

- ако пацијент није спреман на терапијску сарадњу.

Лекар не сме прекинути поступак лечења ако здравствено стање болесника изискује хитну лекарску помоћ или док га не замени други лекар. Исто тако, лекар који одлучи да учествује у заједничком штрајку не ослобађа се тиме своје лекарске дужности према пацијенту. Он треба да укаже лекарску помоћ у хитним случајевима и да се стара о пацијентима који се већ налазе на лечењу.

Ценовник хуманих циљева

Једно од основних права сваког здравственог радника јесте наплата на име пружене услуге. Тако, лекар има право на накнаду за услугу, а она треба да буде одмерена према околностима конкретног случаја, зависно од карактера обављене услуге, утрошеног времена и економских прилика пацијента, односно дужника накнаде. У случају кад за лекарске услуге постоји ценовник (тарифа) утврђен од стране надлежне Коморе или законодавца, лекар је дужан да се придржава тог ценовника. Ако такав ценовник не постоји, лекар треба да сам утврди свој ценовник услуга и да га истакне у својој ординацији. Ако у испитивању или лечењу истог пацијента учествује више лекара, њима се накнада обрачунава засебно. Пацијент има право да од лекара тражи писмену потврду (рачун) о плаћеној накнади.

Хумани циљеви којима лекар служи дају му право да захтева довољно материјално обезбеђење и стварање подесних услова за обављање лекарске делатности. Низ права по основу чланства у Комори здравствених радника (учествује у раду, да буде обавештаван, едукован и право на заштиту у случају неоправданих оптужби било од пацијената или од колега). Поред права положај припадника медицинских професија карак-

терише у великој мери низ обавеза које су реципрочне правима корисника тих услуга и изводе се из општих прописа за случај повреде права или кршења дужности:

1) **професионална, сталешка, или дисциплинска одговорност** настаје услед кршења правила професије. Сви лекаре који ступају у чланство Коморе дужни да се упознају са Кодексом и да га се придржавају. Није од значаја да ли лекар своју професионалну делатност обавља у оквиру јавне или приватне здравствене службе. Непознавање одредаба кодекса никог не оправдава. С друге стране, Комора је дужна, осим што чланове упознаје са текстом кодекса, да пази на поштовање њиме усвојених решења. Против лекара који се не придржава одредаба кодекса Лекарска комора покреће поступак пред судом части и ту је реч о професионалној одговорности код које су санкције исто такве природе: нпр. укор, новчана казна, суспендовање рада на одређено време, искључење из коморе, одузимање титуле и јавно објављивање осуде.

2) **кривична одговорност**; има индивидуални, субјективни карактер јер одговара лекар а не здравствена установа; изузетак постоји у француском праву кад су у питању посебно осетљиве области биомедицине (трансплантација асистирани репродукција и пренатална дијагностика) где санкција може бити у забрањеном обављању професионалне делатности. Кривични закон Србије предвиђа као кривична дела несавесно пружање лекарске помоћи, неуказивање лекарске помоћи, и дела чији извршилац није лекар али су у вези са лечењем, као што су дела надрилекарство и надриапотекарство.

3) **имовинска одговорност, грађанска или одговорност за штету**; реч је у највећем броју случајева о одговорности за лекарску грешку или лошу (погрешну) медицинску праксу (малпрактице) услед кршења правила струке или правила пажње што је довело до штете по живот и здравље пацијента. Стандард пажљивог рада лекара ћини пажња доброг стручњака из чл.18 Закона о облигационим односима (ЗОО), као повећана пажња која осигурава квалитет услуге и везана је за медицински стандард и конкретан случај. Данас је у свету управо тежиште на овој одговорности, па се у многим земљама због ризика медицинске професије уводи институција осигурања од одговорности.

Светска искуства

Лекар је дужан да закључењем уговора о осигурању обезбеди довољно новчано покриће за подмирење захтева за накнаду евентуалне штете изазване његовом непрописном медицинском интервенцијом. У случају кад се стекну услови за имовинску одговорност, лекар треба, у споразуму са оштећеним и осигураваоцем, да настоји да се спор реши мирним путем. По праву Србије, а на основу одговорности за другог из члана 170 ЗОО, за штету коју њен радник тј. лекар проузрокује у раду и у вези са радом одговара здравствена установа, осим ако докаже да је лекар поступао како је требало. Она одговара за све облике кривиче својих радника. Лекар може бити непосредно тужен само ако је поступао са намером, а установа има право регреса уколико је он поступао намерно или са крајњом непажњом. Често поред ове одговорности за другог установа може одговарати и за сопствени пропуст, где је реч о повреди примарне обавезе да се обезбеди одговарајућа организација установе. Пропуст у организацији чини

посебан основ одговорности али се мора у сваком случају доказати узрочна веза између противправне радње и настале штете (нпр. код самоубиства хоспитализованог пацијента).

Некада поље игнорисано од права, или виђено као забрањено, данас биомедицина пролази кроз **етапу нарастућих правних норми**. Запитани пред новим правилима налазе се и правници и припадници медицинских професија. Кад је реч о европском простору, правно обликовање материје медицинског права нарочито је уочљиво и интензивно у последњих десет година, у ком периоду се у већини земаља доноси завидан број посебних закона и других прописа. Значајно место даје се и сталешким прописима, почев од етичких кодекса, правилника, бројних стручних водича за поједине врсте стандардизованих медицинских процедура, па до појединачних елемената тих процедура, као код писменог изражавања пристанка у виду прописивања формулара и типских уговора. На пример, Француска је донела тзв. Законе о биоетици (1994) као делове Закона о јавном здрављу, а поред постојећег Закона о медицинској деонтологији и Закон о фармацеутској деонтологији (1995). Веома уређену област правних аспеката био-медицинских делатности има такође и Немачка, где су донети важни закони од којих су новијег датума Закон о регулацији питања гентехнологије (1990) и Закон о трансплантацији (1997).

Бостонско ујуиштво

Већина земаља је своју опсежну законодавну активност заокружило кодификовањем пацијентових права, и то следећи више модела, било у виду доношења посебних закона и повеља, било кроз измену и допумену већ постојећих законских текстова о здравственој

>>> Лекар не сме прекинути поступак лечења ако здравствено стање болесника изискује хитну лекарску помоћ или док га не замени други лекар <<<

заштити. Добар пример у погледу такве законодавне активности даје Холандија. Наиме, она је донела Закон о уговору о медицинском третману (1995), чинећи га истовремено саставним делом свог Грађанског законика. То је уједно прва земља која је на тај особен начин кодификовала најесенцијалнија права медицинских посленика и пацијената, аргументујући то тиме да су се права и пре тога поштовала у пракси, али да закон јесте инструмент који наглашава та права у смислу да прецизира реципрочна права и обавезе пацијената и даваоца здравствених услуга које произилазе из уговора о медицинском третману. Када је реч о Србији, она је у новије време усвојила нове законе из области здравства, и то Закон о лековима и медицинским средствима (2004) и три основна закона из области здравствене заштите и здравственог осигурања (2005).

Потреба потпуније заштите људских права у области здравља зацртава се и у документима Светске здравствене организације (WHO, Регионална Канцеларија за Европу). Савет Европе има дугу историју у ономе што се означава као „биоетичка питања“, што уноси хуманистички приступ у широком рангу примена нових технологија у биологији, биохемији и биомедицини. Почетни термин биоетика замењен је доцније термином биомедицина. Број препорука (директива),

25 <

које датирају још од 1976, сведоче о интересу тог тела за проблеме изазване новим револуционарним развојем на биомедицинском пољу.

На примеру пацијентових права најбоље се види дценијски рад на европској регулативи и унапређењу услова **хуманијег, квалитетнијег и одговорнијег** лечења. Појам пацијентових права је одраз својеврсне социјалне, културне и етичке еволуције људских права. Развијене земље, нарочито англо-саксонске и са севера Европе, прве су усвојиле законодавство о пацијентовим правима и оно је временом постало део европских препорука, којима се друге земље придружују.

Још 1973. године, у једној бостонској клиници (САД) објашњавано је сваком пацијенту путем посебног упутства да му стоје на располагању: - право које му припада кад има неко питање или жели да добије више информација као и право на предсретљив одговор; - право на завесу код прегледа у болничкој соби; - право да зна који задатак свако има код његовог лечења; - право да зна име лекара; - право да све потребне информације добије како би свој медицински проблем разумео; - право да се са предвиђеним кораком у лечењу и тестовима истог дана информише, да зна прогнозу и значај који за њега то убудуће има; - право да зна ко је над њим предузео операцију или тест и право да тог лекара одбије (промени). Од међународних докумената најзначајнија је Лисабонска декларација о правима пацијената коју је 1981. усвојила Светска медицинска асоцијација.

Зачеци европског концепта пацијентових права препознају се први пут у **Повељи о хоспитализованом пацијенту** (1979) која је, сходно називу, била специфично намењена болничком пацијенту, што не значи да је игнорисала друге пацијенте у здравственом систему. Њу је усвојио Болнички комитет Е. Е.С. желећи да остане у оквирима своје улоге да уобличи пацијентова права у болничкој ситуацији. Први међувладин напор Европе да скицира на општој основи специфичне препоруке за пацијентова права, доживео је бродолом 1985. године.

Следећи покушај био је 1994. године до ког времена је сазрео официјални међувладин европски текст о општим правима пацијената, уобличен у **Декларацији о промовисању пацијентових права у Европи**. У дефинисању принципа и тражењу стратегије за промовисање пацијентових права у европским земљама Декларација нуди општи оквир да би подржала државне чланице у њиховој политици у пацијентовим правима.

Декларацију је следило усвајање специфичног секторски везујућег инструмента Савета Европе, Европске **Конвенције о људским правима и биомедицини** (1997). Упркос њеном фокусу на нова биотехнолошка унапређења, Конвенција истовремено покрива општа права пацијената. Она ствара минимални ниво који треба да буде гарантован. Дobar пример правила јесте Директива о заштити личних података којом се покрива више питања: прекогранична здравствена заштита, размена органа и ткива у сврху трансплантације, као и медицинска истраживања са људским биолошким материјалом су најпримереније области.

Када етика љрива љраво

Важан корак и најновији документ представља **Европска повеља о пацијентовим правима** (2002), која у првом делу говори о фундаменталним правима а у другом о четрнаест побројаних права пацијената. Њоме се потенцира улога грађанина као активног појединца, односно неких грађанских права која морају

бити прокламована: право на интересне активности, на активности заступања и на партиципације у доношењу одлука у области здравља.

Донет је **Водич Савета Европе** у облику препорука за специфичне ситуације, што се показало као корисно. Повезујући теорију и праксу у прагматичном водичу за политику, препоруке су релевантне за све укључене стране, политичаре, оне који дају здравствене услуге и пацијенте. Развој тренинга за здравствене професионалце, важно је оруђе за операционализацију пацијентових права у свакодневној пракси. Успостављено је европско партнерство о пацијентовим правима и јачању грађана.

Иако се медицинска етика темељи на општим етичким нормама, медицина као струка има нарочито изражену **посебност етичких норми**, јер су њен непосредни предмет човек, његови живот, здравље и достојанство. У основи етичких правила за лекарску професију јесте хуманост као суштина медицинске етике и основне поставке „да само добар човек може бити добар лекар, да је поверење у лекара темељ односа лекар – пацијент, и да лекар треба да лечи не болест него болесника“.

Осим тога, медицинска професија се од давнина објашњавала низом етичких ставова развијених у корист пацијента. Постоје два корпуса правила понашања која строго узев не улазе у састав правних правила, а то су **правила медицинске струке и правила медицинске етике и деонтологије**. Медицинска етика следствено томе представља **аутономни извор медицинског права**. Етика је шира и вредносно на вишој лествици, али њена санкција је због пољуљаног поверења временом изгубила на снази, а право због обаезујућег карактера све више добија на значају и помаже код тешко решених етичких питања.

Право може бићи много „љрубо“

Оценити да су право и етика међусобно повезани је као установити нешто што је евидентно и неспорно. Не само да они извиру из истих филозофских корена и Јудео-Хришћанске традиције, већ они деле исти говор у коме изрази као – права, дужности, одговорности и облигације доминирају, поред концепта као што су правда, поштење, једнакост. Не би било коректно рећи да свака морална облигација повлачи правну дужност, али свака правна дужност је заснована на моралној облигацији.

На пример, да се говори лаж је широко осуђено као неморално али постоје прописи који то санкционишу само у уском контексту. Истиче се такође да док право говори јасно у многим областима биоетичких разматрања – о смрти и умирању, репродуктивним технологијама, трансплантацији органа, у неким областима не постоји тај консензус и питања остају нерешена. У време убрзаних технолошких унапређења друштво треба да се окрене „моћи“ права и правног система у веровању да то може довести до бржег, сигурног одговора. Брига за медицинску етику често постаје призивање медицинског права.

На пример, у прошлости се то дешавало у вези са дискусијом о критеријумима који се примењују кад се узимају органи од преминулих лица (критеријум „мождане смрти“ и концепт смрти), а то се сада дешава у погледу питања моралног статуса ембриона *in vitro*. Ако у основи постоје етичка неслагања, могу бити разматрани различити приступи да се нађе решење за законску регулативу које иде ка томе да буде прихваћена, позивајући се на уставне норме и у светлости тих норми ограничења законских одредби на апсолутни

минимум који се тражи и оставља простор за етичку одговорност.

Информација о праву је корисна такође, у вађењу из „бункера“ правних митова и кориговању лоше перцепције права. Ако се на то не укаже највише жељени етички курс поступања може бити изведен на погрешним правним основама. Слично томе, познавање права може помоћи лекарима и другом особљу да разумеју шта су стварни ризици грађанске и кривичне одговорности, а да се избегну претерани страхови. Идентификујући правне проблеме и нарочито позивајући право да покаже да ли је опција препоручена од клиничког етичког комитета реалистична и да ли она може бити имплементирана по важећем праву друга је предност која може бити наведена.

Клаузула савесџи

Ипак, за многе етичаре право је некад више претња него пријатељ и свакако слаб супститут за морални консензус. То је зато што правна интервенција већином неизбежно води у легализам – процес у теорији описан као превођење моралних проблема у правне проблеме. Сузбијање моралне дебате због страха да ће она бити тако преведена, и подизање моралне оцено на судску инстанцу као моралног стандарда у земљи. Претерано истицање правних процедура и узано фокусирање на право редукује етичко промишљање у мери којој ће се неко правило следити.

Без обзира на изнете дилеме, практично обављање медицинске делатности може припаднике медицинских професија довести у различите позиције:

- најпре, може се десити да о неком медицинском питању право не говори ништа, односно да оно није регулисано. Тада, правно гледано постоји празнина или оно што је обичајно право. Лекар поступа онако како налаже **морално правило** и попуњава правну празнину или, помажући се етичким резоновањем, шире тумачи насталу ситуацију у духу других правних правила.

>>> Лекар је дужан да закључењем уговора о осигурању обезбеди довољно новчано покриће за подмирење захтева за накнаду евентуалне штете изазване његовом непрописном медицинском интервенцијом <<<

- у другом случају етичка норма и правна норма могу бити **идентичне** по усвојеном решењу и лекар по њима поступа, што је пример код прибављања пристанка информисаног пацијента;

- трећа ситуација се тиче различитих решења која нису тако честа али се могу појавити, да закон говори другачије од онога што је етички за струку прихватљиво. На пример, код случајева одбијања медицинског третмана, код покушаја самоубиства неког лица, или код штрајка глађу у затворским условима. У том случају лекар је дужан да поступа по закону и поштује пацијентова права. Евентуално неслагање лекара може бити покривено тзв. клаузулом савести (на пример код побачаја) што би био извињавајући разлог за лекара, али то су ретки случајеви које закон допушта. Овде је **правни пропис** снабдевен силом државне принуде и захтевом за стриктним поштовањем права, што фактички има јачу санкцију и тиме доминантнију улогу од етичког расуђивања. У принципу, „неправедан“ закон (пропис) се може променити али само законским путем а не вољом појединца.

Изношење спорних случајева кроз етичка и правна промишљања и консултације има меродаван али и едукативни карактер, јер се увек усредсређује на дужно поступање сагласно етичким принципима и поштовању сопствених и туђих права. Са становишта медицинског права тесна веза етике и права код ових питања није формална већ суштински и предметно везана за различите случајеве из медицинске праксе.

Етичка тела (комитети, одбори, судови) овде могу имати превентивну али и консултативну улогу онда кад се „етички случај“ препознаје или када прераста у „правни случај“.

Овај аспект је редовно присутан а изразито постаје актуелан кад су етички аргументи несигурни и недољовни или кад се практичар запита шта треба да уради са правне тачке гледишта. Тада се најчешће тражи консултација од стране надлежног етичког комитета. Слично, консултација може бити тражена и званично од стране суда или другог органа ако је реч о процесуираном медицинском случају. Имају се у виду различити сегменти рада етичких комитета у погледу испуњавања њихових задатка.

На пример, код одлуке о поднетим протоколима испитивања лека комитет пази да ли су заштићена права, сигурност и добробит субјеката који учествују у њему. Заједничка карактеристика етичких консултација је њихов донекле ограничен домет, јер асистенција углавном важи за конкретан случај у коме се појављује етички проблем.

Судови без сџамова

Разматрање односа етичких комитета у медицини и судовоа који одлучују о њима заједничким предметима често за модел узима америчко искуство, које показује да се скоро у сваком случају сугерише контактирање судовоа и комитета. У вези са тим, неки коментатори су заступали консултације случаја као пут који настоји да случај реши изван суда. Кроз изношење ових различитих погледа не изненађује да америчке судије такође пропуштају да буду конзистентне у свом поступању. Тако у једном случају судови третирају ставове комитета као високо убедљив доказ толико далеко да користе његову документацију у оба правца, да расветле процес који долази пре одлуке, и да одлуку учине ваљаном. Другим речима, изгледа да суд користи документацију комитета да осигурају да су лекар и експерт дошли до правог одговора а одговарајућа процедура је подржала тај одговор. Али у другом случају суд је вештачки игнорисао препоруку комитета или је наложио неку врсту поступања комитета за будуће. У већини земаља ситуација није много јаснија будући да судови још увек нису заузели ставове о препорукама етичког комитета. Каква правна важност ће у будуће бити дата таквој препоруци због тога је неодређено.

Ако се узме пример Велике Британије судови се традиционално приклањају медицинској професији, радије него што озбиљно искушавају одлуке комитета, осим наравно ако је њихов став у несагласности са званично одговорним телом за мишљења у медицини. Такође је врло вероватно да ће суд потврдити тумачење и модификацију националног водича од стране комитета као, на пример, оних донетих од стране националне медицинске асоцијације, што може наново био предмет сваке даље модификације сагласно прихваћеној медицинској пракси.

Међутим, истовремено други важан аспект рађа проблем приваћености тј. поштовања таквих водича, а то ствара ризик по чланове комитета да буду тужени за етички савет који су дали. //

ПОЈАМ ЛЕКАРСКА ГРЕШКА ОД ТРЕНУТКА ПОЈАВЉИВАЊА
ПОСТАЈЕ ПОЉЕ СПОРЕЊА МЕДИЦИНСКЕ И ПРАВНЕ НАУКЕ

ЛЕКАР НЕ ТРЕБА СВЕ ДА ЗНА АЛИ ТРЕБА ДА ЗНА ШТА НЕ ЗНА

// МЕДИЦИНСКА ВЕШТИНА НЕ МОЖЕ ИМАТИ КРУТА ОПШТЕПРИЗНАТА ПРАВИЛА
КАО НА ПРИМЕР ГРАЂЕВИНСКА ВЕШТИНА // У ПРАКСИ СЕ ПОСТАВЉА ПИТАЊЕ:
ДА ЛИ ПОЈАМ СТРУЧНЕ ГРЕШКЕ ОБУХВАТА СВЕ НЕПРАВИЛНЕ ИЛИ САМО НЕКЕ
НЕПРАВИЛНЕ МЕДИЦИНСКЕ РАДЊЕ // ЛЕКАР ЈЕ ДУЖАН ДА ШТЕТУ НАДОКНАДИ
САМО УКОЛИКО СЕ НА СУДУ ДОКАЖЕ ДА ПРИМЕНА НЕКОГ ДРУГОГ МЕТОДА
ЛЕЧЕЊА ИЛИ НЕКОГ ДРУГОГ ЛЕКА, ИСТУ ШТЕТУ НЕ БИ УЗРОКОВАЛА //

Пише: ДЕЈАН Д. БАБИЋ, АДВОКАТ

Errare humanum est.

Лекарска грешка повезана је са вештином дијагностиковања и стара је колико и сама медицина. Од тренутка појављивања појам постаје поље спорења медицинске и правне науке. Суштина проблема је дилема: да ли садржину појма чине и објективни и субјективни елементи, да ли појам „лекарска грешка“ обухвата само кршење правила медицинске науке и праксе или и непридржавање, кршење правила о пажљивом поступању.

Немац Рудолф Вирхов дефинише стручну грешку лекара као кршење општепризнатих правила вештине лечења услед одсуства потребне пажње или опрезности. Вирховљево дефиницију стручне грешке прихватају али и споре немачки, швајцарски и аустријски правници, али и лекари тврдећи да медицинска вештина не може имати крута општепризната правила као на пример грађевинска вештина. У пракси се поставља питање: да ли појам стручне грешке обухвата све неправилне или само неке неправилне медицинске радње.

Швајцарско и аустријско искуство

Швајцарски Савезни суд у пракси даје одговор на питање кроз разликовање: **правих и неопростивих стручних грешака од опростивих омашки.**

Праве и неопростиве: свако непридржавање општеутврђених начела медицинске науке или оперативне технике која су постала заједничко добро (нпр: промашај у спровођењу операције – технички погрешна операција).

Опростиве омашке: погрешне лекарске радње услед несавршеношћу науке и човека (грешка у процедири – остављање тупфера на месту операције).

Правници и лекари почињу да инсистирају на разлици између: стручних лекарских грешака и несрећних случајева у медицини (неуспеле медицинске интервенције које су објективно непредвидљиве и које настају услед тешкоћа саме болести, особености организма пацијента).

Основно значење појма лекарске грешке је поступање лекара противно правилима медицинске струке (contra legem artis) – непоштовању правила која чине медицински стандард. Медицински стандарди су скуп правила којих се мора придржавати сваки лекар: базични или основни стандарди (нпр: хигијенски захтеви приликом интервенције).

Судско схватање медицинског стандарда, пресуда Врховног суда Аустрије: „Лекар не поступа непажљиво ако метод лечења што га је одабрао одговара пракси која је призната од стране угледних медицинара, којима се може веровати за ту методу, чак и кад би исто тако компетентне“ колеге давале предност некој другој методи“.

Данас важећа - суиџра сумњива

Међутим, ствар стоји другачије у случају кад претежан део медицинске науке и праксе одређену методу лечења, која је дотле важила за прихваћену, сматра сумњивом“.

– Проблем је у одсуству јединствено утврђених медицинских стандарда (у неким западним земљама говори се о Протоколима лечења).

Три су елемента којих лекар мора да се придржава (слобода терапије):

- 1) **Лекар мора да одлучи да ли је лечење потребно.**
- 2) **Лекар не сме подлећи притиску да примени методе или медикаменте који се косе са његовом савести.**

3) Лекар је слободан да изабере, мора изабрати оне дијагностичке или терапијске мере за које верује да су за конкретног пацијента најподесније и најделотворније.

У случају спора, суд одлучује шта се има сматрати медицинским стандардом, уз помоћ вештака јер суд не поседује адекватна стручна знања.

Мера њошребне њажње

Лекар је дужан не само да се придржава медицинских стандарда (важећих правила медицинске науке и праксе) већ и да поступа **пажљиво (дужна пажња)**. Мера потребне пажње зависи од величине опасности која прети пацијенту (Савезни врховни суд Немачке, 1987. у одлуци наводи: „Да ли је лекар начинио грешку која је водила ка оштећењу здравља пацијентовог, на то питање има се одговорити искључиво према томе да ли је лекар, користећи медицинско знање и искуство које се од њега тражи, донео у конкретном случају основану одлуку о дијагностичким и терапијским мерама, и да ли је те мере брижљиво спровео“).



Дејан Д. Бабит, адвокат ЛКС:
Неопростиве грешке и опростиве омашке

Дужна пажња: од лекара се очекује да у свом професионалном раду покаже повећану пажњу, пажњу доброг стручњака (чл. 18. ЗОО) – искусног и савесног стручњака из одређене области.

– **Лекар не треба све да зна али треба да зна шта не зна.**

– Питање односа лекарске грешке и кривице: да ли је неопходна коорелација (**објективни и субјективни елемент**).

– Првобитна Вирховљева дефиниција као и модерна схватања лекарске грешке садрже у себи и кривицу.

Стручна грешка се дефинише као скривљено кршење лекарске дужности пажње, које се темељи на непридржавању општепризнатих начела медицинске науке и праксе.

У немачкој правној и медицинској литератури јавља се и објективно схватање: констатује се да стручна гре-

шка постоји ако се у одређеном случају констатује да се десило нешто што је са медицинског становишта не-прописно, некорисно или штетно.

Врсте лекарске грешке

Лекарске грешке се испољавају у: чињењу или пропуштању; у предузимању неиндикуваног или у непредузимању индикуваног медицинског захвата; у погрешним мерама или у непрописним диспозицијама лекара.

– различити критеријуми разврставања л. грешака.

Критеријум грешака у хирургији - поједини периоди медицинског опслуживања пацијената:

- 1) дијагностичке грешке;
- 2) тактичке грешке;
- 3) техничке грешке;
- 4) грешке у организацији;
- 5) грешке у вођењу медицинске документације;
- 6) грешке у понашању медицинског особља.

Друга подела лекарских грешака је на: **тактичке** (погрешан избор метода испитивања ради постављања дијагнозе) и **техничке** (непрописно спровођење дијагностичких и терапијских мера), а етапно на дијагностичке, терапијске и профилактичке. Поделе лекарских грешака немају практичан значај, нити га имају са правног становишта.

Класификација лекарских грешака која има значај са правног становишта подељене су на: неизбежне и оне које су се могле избећи; на грешке које повлаче и које не повлаче одговорност.

Што се тиче самог појма лекарске грешке она је: свако поступање, мера лекара које није у сагласности са добром лекарском праксом, са актуелним медицинским стандардом.

Одговорност збој лекарске грешке

Основ кривичне одговорности:

– Кривична одговорност лекара претпоставља **тешку или грубу лекарску грешку**.

– Мање лекарске грешке (које се могу поткрасти и савесном лекару) не доводе до кажњавања.

– чл. 251. КЗ РС: **Несавесно пружање лекарске помоћи**, кривично дело постоји само ако лекар примени **очигледно неподобно средство или очигледно неподобан начин лечења** (прихваћена кажњивост тежих, грубих грешака).

– Кривично право Немачке не ограничава кривичну одговорност лекара на грубе лекарске грешке (степен пажње, тежина грешке...утичу на одмеравање казне).

Субјективно мерило за пажњу приликом утврђивања кривице: кривим се сматра само онај лекар који је према својим личним способностима и индивидуалним знањима био у стању да се понаша онако како се од њега очекује, тј. као просечно способан и савестан лекар одређене струке.

Одговорност за лекарску грешку претпоставља узрочну везу између ње и штете наступеле за пацијента.

Потребно је проценити да је здравствено стање пацијента узроковано грешком лекара, а не неким другим фактором. Питање узрочне везе између лекарске

29 <

грешке и штете, цени судија на основу мишљења медицинских вештака, схватања правне науке и праксе, али мора својим уверењем да попуни и онај простор који је у већој или мањој мери медицинки недоказив.

Између лекарске грешке и штете мора постојати зависност у смислу природних наука, да би се утврдила њихова узрочна повезаност у правном смислу (**лекарска грешка мора бити *conditio sine qua non* за настанак штете – значи да штета не би наступила да није било лекарске грешке**).

Лекар је дужан да штету надокнади само уколико се на суду докаже да примена неког другог метода лечења или неког другог лека, исту штету не би узроковала. Лекар одговара једино због штете коју би прописаним поступањем могао спречити или избећи, нема лекарске одговорности за неизбежну штету.

Узрочну везу између грешке и наступеле штете мора да докаже тужилац. **Узрочна веза се сматра утврђеном** ако пацијент (тужилац) докаже да је **лекар начинио грешку и да таква грешка (према сазнању медицинске науке и лекарске праксе) води типично ка штети која је наступила**. Извесност о наступању неке чињенице која судији треба да пружи доказ, не сме се идентификовати са апсолутном елиминацијом сваке друге могућности. За одржив каузални развој говори претежна вероватноћа, довољан је дакле висок степен вероватноће.

Немачко искуство

Немачки судови допуштају могућност да се пацијент ослободи терета доказивања узрочне везе у случају кад се ради о **грубој лекарској грешци** (лекар сноси терет доказивања).

Да би лекар кривично одговарао за грешку, извесност узрочне везе између штете и последице мора бити утврђена са већом сигурношћу. Судска пракса: „**Узрочна веза између лекарске грешке и смрти пацијента**

сматра се утврђеном само ако је суд, на основу мишљења медицинских вештака, дошао до закључка да би прописно понашање лекара спасило или продужило живот пацијента са вероватноћом која се граничи са сигурношћу“.

Вероватноћа која се граничи са сигурношћу значи степен извесности који искључује сваку разумну сумњу (*in dubio pro geo*). Када се грешка лекара састоји из пропуштања тада је тешко утврдити извесност која искључује разумну сумњу (случај из Немачке праксе).

К. д. из чл. 251. КЗ РС Несавесно пружање лекарске помоћи:

– Законодавац полази од посебне важности која има пружање лекарске и друге медицинске помоћи у друштву, ради заштите човековог здравља.

– Од здравствених радника се захтева посебна обавезност и савесност у вршењу позива.

– Несавесно лечење од стране лекара: радња к. д.-а је алтернативно одређена и може се састојати у примени неподобног средства или неподобног начина лечења, непримењивању одређених хигијенских мера или уопште у несавесном поступању лекара при пружању лекарске помоћи.

– „**Очигледно неподобно средство или начин лечења**“ значи да су примењени начин и средство лечења код којих је лако уочљива њихова штетност или несврхисходност, тако да њихова примена значи грубо кршење правила медицинске струке.

Одговорност лекара кроз историју

Одговорност медицинских радника за стручне грешке постоји колико и сама професија. У раним друштвима у којима је лекар сматран врачом, чаробњаком

ПРОФЕСИОНАЛНА ТАЈНА МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛАНИКА

ПОД „ВЕЛОВИМА ЋУТЊЕ“

// ЗАКОН О ПАРНИЧНОМ ПОСТУПКУ ОВЛАШЋУЈЕ ЛЕКАРА ДА УСКРАТИ СВЕДОЧЕЊЕ О ЧИЊЕНИЦАМА КОЈЕ ЈЕ ДУЖАН ДА ЧУВА КАО ТАЈНУ // АТМОСФЕРА ПОВЕРЕЊА, КОЈА ОЛАКШАВА РАД ЛЕКАРА, УТИЧЕ И НА ФУНКЦИОНАЛНУ СПОСОБНОСТ ЗДРАВСТВА У ЦЕЛОСТИ, СЛУЖИ, ДАКЛЕ, И ОПШТЕМ ИНТЕРЕСУ //

Пише: проф. др Јаков Радишић

Дужност чувања професионалне тајне развила се најпре из самог односа између лекара и пацијента. Она није настала на темељу неког прописа који је дошао споља, него захваљујући самом бићу медицинске делатности, која важи као **арс мута**. Обавезу чувања тајне Хипократ је сматрао „светом дужношћу“ лекара, па зато о њој говори и у својој **Заклетви**: „Што у своме послу будем сазнао или видео, уколико се не буде смело јавно знати, прећутаћу и задржаћу као тајну“. Дуго времена, чување професионалне тајне представљало је искључиво моралну оба-

везу лекара према пацијенту. До њеног преобраћања у правну обавезу доћи ће тек у осамнаестом веку, знатно доцније него што је озакоњена, на пример, одговарајућа обавеза адвоката.

За откривање тајне од стране „медицинског персонала“ по први пут је била утврђена казна у **Пруском општем земаљском праву (1794)**. У деветнаестом столећу, дужност чувања професионалне тајне бива санкционирана у кривичним законима и тако је остало све до данашњих дана. **Кривични законик Србије** садржи, такође, дело „неовлашћеног откривања тајне“ (члан 141). Сем тога, **Закон о здравственој заштити Србије** дужност чувања професионалне тајне уређује у два члана

од кога зависи живот и здравље, опстанак, одговорност за смрт болесника била је апсолутна; нису се разликовали умишљај, немар, случај.

– Хамурабијев законик (1700. г.п.н.е.) садржи прве одредбе о кривичној и грађанској одговорности лекара, која зависи од статуса пацијента колико и од последице грешке, уз примену система талиона.

– У древном Египту лекари су били дужни да се строго придржавају правила „Свете књиге“, тако да ако је лекар лечио потпуно у складу са тим правилима, бивао је ослобођен одговорности чак и кад болесник умре. Уколико лекар одступи од правила, могао је бити кажњен и смртном казном због неуспелог лечења.

– У античкој Грчкој лекар је био ослобођен од кажњавања уколико је болесник умро: „противно вољи оног ко га је лечио“.

>>> Хамурабијев законик (1700. г.п.н.е.) садржи прве одредбе о кривичној и грађанској одговорности лекара, која зависи од статуса пацијента колико и од последице грешке, уз примену система талиона <<<

– У старом Риму постојала је одговорност лекара за смрт пацијента под условом да је она последица стручне грешке, јер су Римљани сматрали да је неумешност равна немарности. Појам лекарске грешке у Римском праву је био широк и обухватао је: неискуство, неопрезност, и неуказивање медицинске помоћи.

– И у доба раног Хришћанства, неуспело лечење је кажњавано смрћу и конфискацијом имовине лекара.

– У царској Русији, у руском Казненом закону из 1885.г., за очигледне и озбиљне лекарске грешке била је прописана забрана бављења лекарском праксом, а

за смрт болесника и узроковање значајне штете његовом здрављу – црквено покајање.

Одговорност лекара 60-тих и 70-тих година прошлог века века, имовинска одговорност медицинских посленика према пацијенту добија на значају, повећава се број тужби за накнаду штете према лекарима и медицинским установама, док је број кривичних поступака и даље занемарљив.

Данас кривични законици мањег броја држава Европе садрже посебне одредбе о одговорности лекара и осталих медицинских посленика, и у њих спадају: Србија, Хрватска, Аустрија, Португалија и Словенија.

Да ли је лекар дужан да пацијенту саопштини своју грешку?

Да ли је прећуткивање сопствених лекарских грешака у сагласности са правним начелима и начелима лекарске етике? У нашој правној литератури овај проблем није посебно разматран, али у земљама Европе и САД и поред многобројних расправа и студија, нема јединственог става.

– **Аргумент против** је правно начело по коме нико није дужан оптуживати или окривљавати себе самог.

– **Савремено право не познаје обавезујуће норме у том домену.**

– **Аргументи за:** морални разлози, однос поверења пацијент-лекар које се гради на истини, лекар који је питан не би смео не говорити истину.

– **Умерен став:** Штетно понашање по пацијентово здравље једино је сама лекарска грешка, није њено накнадно прећуткивање... У правном смислу, прећуткивање лекарске, стручне грешке не представља нову грешку, осим ако узрокује штету по пацијентово здравље. //

(30 и 37). Најпосле, лекарска тајна постала је саставни део и сталешких правила медицинске професије.

Пацијент треба да је сигуран да ће подаци о њему, које он сам даје лекару или омогућава да се они утврде, бити чувани као тајна. На томе се темељи међусобно поверење лекара и пацијента, које чини основну претпоставку лекарског рада. Од чувања медицинске тајне зависи често, лична срећа онога кога се тајна тиче, његово непредовање у послу и укључивање у друштвену средину.

Међутим, атмосфера поверења, која олакшава рад лекара, утиче и на функционалну способност здравства у целисти, служи, дакле, и општем интересу. Тачније речено, откривање лекарске тајне може условити кривичну казну, обавезу накнадне штете, и дисциплинску одговорност пред сталешким судом за лекаре. Сем тога, **Закон о парничном поступку** овлашћује лекара да ускрати сведочење о чињеницама које је дужан да чува као тајну (члан 237). **Законик о кривичном поступку Србије и Црне горе** (члан 97, тачка 3) иде још даље па каже: „Не може се саслушати као сведок лице које би својим исказом повредило дужност чувања професионалне тајне (верски исповедник, адвокат, лекар, бабица и др.), осим ако је ослобођено те дужности посебним прописом или изјавом лица у чију је корист установљено чување тајне“.

По **Закону о здравственој заштити Србије** обавезу да чувају тајну о личним подацима пацијената имају, „сви здравствени радници и здравствени сарадници,

као и друга лица запослена у здравственим установама, приватној пракси, односно организацији здравственог осигурања код које је пацијент здравствено осигуран, а којим су ти подаци доступни и потребни ради остварења законом утврђених надлежности“. Сем тога, сматра се да обавези чувања тајне о личности пацијента подлежу и студенти наведених професија, секретарице и остала лица која су по занимању лекареви помоћници. Међутим, такву обавезу немају лица запослена као лекарева кућна послуга и лица која су лекару помогла у збрињавању једног јединог пацијента. Обавеза чувања професионалне тајне не престаје са окончањем професионалне делатности, него траје доживотно.

Злокобне дијагнозе и њихове

Дужност чувања професионалне тајне односи се на чињенице које су познате само ограниченом кругу лица. Ради се о чињеницама из приватне сфере одређеног пацијента, које чак не морају ни бити медицински значајне. Није нужно ни да је у питању податак који се да објективно утврдити (нпр. Предпостављена дијагноза). Али је услов за држање у тајности тих чињеница пацијент има „разуман“ интерес, **достojан заштите**. Тај је услов испуњен ако би обзнањивање дотичног податка могло шкодити пацијенту у било ком смислу, или би га могло повредити у његовом психичком интегритету. Тиме се хоће спречити произвољност критеријума, лагарије и ђефови субјекта тајне.

ОБАВЕШТЕЊЕ И ПРИСТАНАК ПАЦИЈЕНТА НА МЕДИЦИНСКУ ИНТЕРВЕНЦИЈУ

ВОЉА БОЛЕСНИКА ЈЕ НАЈВИШИ ЗАКОН

// ЦЕНТАР КОНТРОВЕРЗИ НИЈЕ ДАНАС ДУЖНОСТ ОБАВЕШТЕЊА, ВЕЋ СТАНДАРД КОЈИ ТРЕБА ПРИМЕНИТИ И ОПСЕГ У КОМЕ ОБАВЕШТЕЊА МОРА БИТИ ДАТО ПАЦИЈЕНТУ ОД СТРАНЕ ЛЕКАРА У СВАКОМ КОНКРЕТНОМ СЛУЧАЈУ // ГОВОРЕЋИ УОПШТЕНО, ПРАВО НА ИСТИНУ ИМА ОНАЈ БОЛЕСНИК КОЈИ ЈЕ, ПО ПРОЦЕНИ ЛЕКАРА, СПОСОБАН ДА ЈЕ ПОДНЕСЕ //

Пише: др Весна Клајн-Татић

Пошто добровољност лечења важи данас као општи правни принцип, допуштеност медицинске делатности не значи и овлашћење за принудно лечење које је резултат *лекареве самовоље*. Лекар је дужан да води рачуна не само о здрављу свог пацијента, него и о аутономији његове личности. Лечење мора зависити од воље онога кога се тиче, јер човек није пуки објекат медицине. На предузимање одговарајуће медицинске интервенције лекара не овлашћује ни болест ни телесна повреда сама по себи, већ претходни пристанак оболелог или повређеног лица.

Смисао и сврха лекареве обавезе обавештења је да саопшти пацијенту нужно потребна чињеница, на начин

разумљив и медицинском лаику, да би он на основу сазнања и разумевања истих, био у стању да изврши лично право одлучивања да ли да се подвргне одређеном медицинском третману или не. Само обавештен пацијент може самоодговорно одвагати (одмерити) разлоге за и против властите одлуке да пристане или да не пристане на предстојеће лечење.

Право на „ненашминкану истину“

Зато англоамерички правници користе термин „пристанка обавештеног пацијента“, односно *„informed consent“*, у контексту проблематике која се тиче пацијентовог пристанка на лечење. Лекарева обавеза обавештења пацијента служи припреми и подршци да се подвргне

31 <

По правилу, здравствени радници треба да пролазе од претпоставке да пацијент има вољу да се његови подаци држе у тајности. Но, та се претпоставка може у конкретном случају оповргнути, на основу изјава или поступка пацијентових. Кад су у питању пацијенти неспособни за расуђивање, на место стварне ступа претпостављена њихова воља да се чињенице које се њих тичу држе у тајности. То важи и у случају кад се неке чињенице не саопштавају ни пословно способном пацијенту, зато што је обавештење о њима медицински контраиндиковано (нпр, злокобне дијагнозе и прогнозе).

>>> Обавеза чувања професионалне тајне не престаје с окончањем професионалне делатности, него траје доживотно <<<

Саобразно 333, дужности чувања професионалне тајне одговара пацијентово „право на приватност и поверљивост информација“. И у правној теорији влада мишљење да појам професионалне тајне медицинских посланика треба тумачити широко, тако да он, поред података о болести и болеснику, обухвати и податке о личним, породичним, професионалним, економским и финансијским приликама пацијента, као и његове односе са другима. У тајну спадају не само информације о пацијенту него и о трећим лицима, које је лекару саопштио пацијент. Услов је једино да је пацијент заинтересован да оне остану „под велом ћутања“. Начелно,

лекар не треба тајну да открије никоме, па ни члановима породице, блиским пријатељима и сродницима пацијента. Изузетак од овог правила постоји у случају кад је реч о малолетном пацијенту, јер је за његово лечење потребна сагласност родитеља, усвојоца или староца. Упркос обавези да ћути, лекар мора тим лицима да да потребно обавештење о болести малолетниковој и о медицинској мери са којом она треба да се сагласе. Јер без обавештења њихова сагласност није правно ваљана.

Чињеницу коју мора држати у тајности лекар треба да је спознао управо „у вршењу свог позива“. Није битно да ли му је те чињенице саопштио сам пацијент или неко трећи (нпр., супруга или послодавац пацијентов), или је лекар до њихове спознаје дошао властитим испитивањем, прегледом или увидом приликом кућне посете пацијенту. Ако је тајна лекару саопштена, неважно је где и како је то учињено: усмено, писмено, путем слике или одређених знакова, у ординацији, на улици, на неком пријему, приликом конкретне медицинске мере, или у оквиру општег разговора између лекара и пацијента. Али је потребно да то саопштење буде учињено у специјалном поводу, да стоји у **унутрашњој вези** са лекаревим професионалним радом, да му је дато у **његовом својству лекара**.

О томе не може бити говора у случају кад лекар сазна за тајну независно од свог занимања (нпр., у приватном разговору) или **самовољно**, односно на **илегалан начин** (нпр., читањем затвореног писма адресованог

одређеном потребном лечењу и отуда је ова обавеза лекара потпуно у складу са максимумом „добробит болешника је највиши закон“ („*Salus aegroti suprema lex*“). С друге стране, будући да је *обавештење пацијента прећућивање њуноважној писанка или неписанка на лечење*, то је претходни пристајак, односно не пристајак на лечење у складу са максимумом „воља болесника је највиши закон“ („*Voluntas aegroti suprema lex*“).

Правници, напосто, кажу да пацијента обавештењем ваља поставити у ситуацију да у најбитнијим цртама

>>> Питања треба ли пацијента обавестити о одређеним чињеницама није препуштено слободној процени лекара <<<

спозна врсту, досег, ризике, последице и сам ток медицинског захвата, пре него што на њега пристане. Мада медицинска професија признаје лекареву дужност да пружи пацијенту одговарајућа обавештења и то изричито формулише у својим медицинско етичким правилима, „правна доктрина о обавештеном пристајку пацијента на медицинску интервенцију“ рађа бројне проблеме у пракси. Центар контроверзи није данас дужност обавештења, већ стандард који треба применити и опсег у коме обавештења мора бити дато пацијенту од стране лекара у сваком конкретном случају.

Етичке основе обавезе обавештења исхода из лекарских сталешких правила, као што су, на пример, правила садржана у Лисабонској декларацији о правима пацијената Светског удружења лекара из 1981, са амандманима из 1995. и 2005. године или, правила садржана у Кодексу професионалне етике Лекарске коморе Србије из 2006. године, сходно закону о коморама здравствених радника Србије. У извршењу обавезе обавештења пацијента, лекар треба да се руководи етичким правилима, од којих су најважнија два: да говори пацијенту

истину (да се придржава „принципа честитости“) и да поштује самоодређење човека. У принципу, пацијент има право на „ненашминкану истину“ док у стварности начело – да је лекар обавезан да каже пацијенту истину – непоштује увек.

Када лекар може да прећути истину зависи. Пре свега, од околности конкретног случаја. Говорећи општено, *право на истину има онај болесник који је, по процени лекара, способан да је поднесе*. Други важан захтев медицинске етике јесте да се поштује право пацијента на самоодређење. Етика налаже лекару да респектује вољу пацијента и када је она са медицинске тачке гледишта неразумна, све док је та воља израз пацијентове аутономије личности. Човек може да одбије лечење и када му је угрожено здравље или чак и онда када му је угрожен сам живот.

По свом *правном основу*, обавеза обавештења не произилази, по правилу, из законског, него из тзв. Судског права (*case law*). Први и најошширнији *правни основ лекареве дужности обавештења* пацијента о одређеним чињеницама *јесте у уставној гаранцији човека на самоодређење*, с обзиром на чињеницу да сваки медицински захват задира у уставно заштићено подручје човекових личних права. Ова уставна гаранција тиче се: 1) права човека на неповредивост физичког и психичког интегритета и личних права, сходно одредби члана 25. *Устава Србије* из 2006. године; 2) права на неприкосновеност човековог живота, сходно одредби члана 24. *Устава Србије* и 3) права човека на личну слободу, сходно одредби члана 27. *Устава Србије*.

Главна или споредна уговорна обавеза.

Други и ужи правни основ лекареве обавезе обавештења лежи у ошшој забрани наношења штете другоме (neminem laedere), сходно одредби члана 16. Закона о облигационим односима. Радња којом се прикрађује лично право или апсолутно право, сама је по себи,

> 34

на пацијента). Међутим, лекар може накнадно поставити обавезан да чува и такву тајну, уколико доцније буде лечио лице о чијој тајни се ради. Али, ако наступа у улози медицинског вештака, тада може да обелодани резултате испитивања, уколико је пацијент, односно испитаник обавезан да се подвргне испитивању или је на то пристао својевољно. У последњем случају пристајак на испитивање може се опозвати у свако време, све до подношења извештаја о вештачењу, па је зато и ослобађање од дужности чувања тајне опозиво.

Треће лице

Тајну „открива“ онај ко је учини доступном неком трећем ко за њу не зна, чак и кад тај трећи спада у круг лица која су дужна да тајну чувају. На пример: давањем усменог или писменог обавештења другоме, самоиницијативно или на тражење другога, потврђивањем туђих претпоставки или других информација, препуштањем другоме медицинске документације, налазе и сл. „Откривање“ је могуће и тако што лекару присуству трећег, разговара телефоном о околностима са тајним карактером, уколико присутни трећи може да идентификује пацијента на кога се околности односе. Радња „откривања“ тајне може се извршити и нечињењем. На пример: ако лекар пацијентову медицинску документацију остави незакључану, и тако омогући неовашћеном трећем да је разгледа или однесе. Друго је питање има ли у овом случају места одговорности лекара.

У начелу, размена информација о тајним чињеницама између лекара који раде у тиму, између ординирајућег лекара и лекара специјалисте као и између лекара који наизменично лече истог пацијента, не сматра се „откривањем“ тајне. То важи и за лекарске помоћнике који знају за податке који имају карактер тајне. Саопштење осталим лекарима сматра се недопуштеним. Међутим, лекари имају легитимну потребу за разменом искуства, те ради тога могу један другоме случај описати на начин који не допушта идентификацију пацијента. Тајна пацијентова сфера тиме није погођена, уколико се не спомиње ни његово име нити неки други податак који би дозволио да се закључи о којој се личности ради.

Лекар је дужан да, у пуној мери, чува професионалну тајну и после смрти дотичног пацијента. У неким кривичним законима то је изричито прописано, али би такав ваљало подразумевати и без одговарајућег прописа. Јер право човека на приватност не гаси се са његовом смрћу. Сем тога, овлашћење пацијента да располаже тајном из домена властитог живота, као строго лично право, престаје у тренутку његове смрти. Пацијент није више у стању да лекара ослободи обавезе чувања тајне, а неки правници сматрају да то не могу да учине ни његови наследници ни блиска лица. Међутим, посмортална лекарева обавеза ћутања може бити укинута заживотном изјавом умрлог лица, изричитом или прећутном.

Дужност чувања професионалне тајне није апсолутна. Извесни кривични законици прописују изричито да

> 34

33 <

ipso iurata. Отуда се лекар може ослободити одговорности због задирања у телесни или психички интегритет одређеног пацијента само ако је лечење, о чијој га је сврси и циљу лекара обавестио, „покривено“ пацијентово пуноважним пристанком.

Другим речима, овде су и добробит и воља болесника највиши закон („*Salus et voluntas aegroti suprema lex*“). Према мишљењу већине правника, *ипсећи и најконкретнији правни основ обавезе произилази из уговореног односа између лекара или медицинске установе и пацијента* (из *шакозваној уговора о лечењу*).

Уговор о лечењу, лекара пацијенту не гарантује излечење, побољшање његовог здравља или изиостанак непожељних пратећих последица лечења, већ једино да ће потребне медицинске радње обавити према правилима струке (*lege artis*) и са дужном пажњом. Лекарева је и законска и уговорна обавеза према пацијенту да пре преузимања било којег медицинског захвата у циљу лечења, дијагнозе или заштите од болести, тражи пристанак пацијента. При томе остаје спорно да ли је обавеза обавештења главна или споредна уговорна обавеза.

Најп Најприхватљивије се чини становиште према коме је обавеза обавештења пацијента *несамостални део испуњења главне обавезе* која се састоји у настојању лекара да отклони или ублажи исполене тегобе и болове пацијента одговарајућим медицинским третманом. Но, важно је правити разлику између лекареве обавезе обавештавања ради пацијентовог самоодређивања у односу на тело од лекареве дужности обавештавања ради сигурности пацијента (*шзв. шерајијској обавештавања пацијента*). Пропуштање обавештења које изискују терапијски разлози, *води ка самосталној лекаревој претици*, коју пацијент треба да докаже. Што се тиче питања *ојсеја лекареве обавезе обавештавања пацијента*, оно спада у једно од најспорнијих практичних питања, посебно када о томе расправљају лекари и правници..

Већини европских земаља, укључујући и нашу, дужност и опсег обавештења које дугује лекар условљава,

готово искључиво, пацијентова добробит (*salus aegroti*). У начелу, мишљење је лекара да „као што своје пацијенту дозира медикаменте, тако треба да му дозира и меру информација, водећи рачуна о физичком и психичком стању пацијента и његовим умним способностима. Стога је судска пракса већине земаља у Европи усвојила у погледу дужности обавештења „разуман лекарев стандард“ утврђен од стране прихваћене професионалне праксе, с тим што је суд овлашћен да утврди, у случају спора, да ли је лекар достигао стандард који се захтева по закону.

Две врсте ризика

Законодавац Републике Србије, међутим, у Закону о здравственој заштити из 2005. године, као и раније важећи Закон из 1992, са изменама до 2002. године, налаже само врсту обавештења која се тиче могућих последица одбијања медицинске интервенције, док све остале информације које служе пацијентовом праву самоодређивања у односу на тело препушта слободној оцени лекара. Са становишта нашег законодавца, пацијент треба свесно да преузме само ризик нелечења, док ризик лечења може преузети и несвесно. То, међутим, није одрживо ни са моралне, ни са правне тачке гледишта, јер пацијента занимају поједнако обе врсте ризика. Њему треба омогућити да и одлуку о пристанку на медицински захват, који му лекар предлаже, донесе разумно и промишљено, као и одлуку да захват одбије.

Супротно од претходног становишта, правци из Северне Америке, Савезне Републике Немачке и Швајцарске, стављају, бар начелно, у први план пацијентово право самоодређивања у односу на тело (*voluntas aegroti*). То опредељује и опсег података које лекар треба да му саопшти. Подвлачећи одлучујући узајамни однос између пацијентових најбољих здравствених интереса, тј. личне сигурности, здравља, спасавања живота болесника (*salus aegroti*), и његовог права да донесе властиту одлуку

33 <

је кажњиво само „неовлашћено“ откривање тајне. Тако чине, на пример, **Кривични законик Србије** (203, став 1). Према претежном схватању немачких правника, појам „неовлашћено“ треба изједначити са појмом „неоправдано“, тј. „противправно“. Ово гледиште одговара, за цело, и нашем праву, јер **Кривични законик Србије** утврђује да неће бити кажњен онај „ко открије тајну у општем интересу или у интересу другог лица који је претежнији од интереса чувања тајне. Сем тога, **Закон о здравственој заштити Србије** каже да дужности чувања службене тајне здравствени радници и здравствени сарадници могу бити ослобођени само на основу писменог или другог јасно и недвосмислено изреченог пристанка пацијента или одлуком суда.

У свим наведеним случајевима, ради се о оправданом одвајању професионалне тајне. Неовлашћено, дакле, не поступа лекар који тајну открива из оправданих разлога. Због тога је веома важно знати који су то разлози. Неки од тих разлога утврђени су специјалним законским прописима (као што су, нпр, прописи о обавезном пријављивању и регистрацији одређених болести), док други проистичу из општих околности које су у стању да искључе противправност. Међу овим другим особито су значајни: 1.) пристанак овлашћеног; 2.) претпостављени пристанак овлашћеног; 3.) стање крајне нужде; 4.) одбрана својих оправданих интереса. Пошто они у законима нису ближе описани, њих ваља подробно објаснити.

Пристанак овлашћеног као разлог оправдања проистиче из права самоодређивања, и он има највећи

>>> Стање крајне нужде оправдава и лекара који обавести супругу пацијентову да је њен муж инфициран ХИВ вирусом, јер су живот и здравље жене вреднији од дужности да се тајна чува <<<

практични значај. Пристанком пацијента, односно родитеља, староца или усвојоца лекар бива ослобођен обавезе да чува професионалну тајну. Трећа лица нису на то овлашћена ни у случају кад су она саопштила лекару тајну која се на пацијента односи. Али ако се тајна тиче неког трећег, његов пристанак је потребан. Изјава воље која значи пристанак може се дати у било ком облику, изричито или конклюдентним радњама. Ако пацијент, нпр. именују свог лекара као сведока, у томе треба видети прећутно ослобађање од обавезе да се професионална тајна чува. Иста је ситуација и у случају кад пацијент, поступајући по упуту свог кућног лекара, оде специјалисти: он прећутно пристаје да налазе које утврди специјалиста може погледати и кућни лекар. Ово правило могло би важити и у земљама у којима уместо кућних лекара, постоје изабрани лекари опште медицине.

Лекар треба да поступа у знању за пацијентов пристанак, тј. на основу пристанка, а откривање тајне не сме бити противно добрим обичајима. Сем тога, пристанак не сме претерано ограничавати слободу пацијентову. Било би превише ако би, нпр, лекар добио овла-

ку о томе шта ће бити учињено са његовим телом (*voluntas aegroti*), у немачкој судској пракси заступа се став према коме заштитом пацијентовог права на самоодређивање судови не исказују поштовање према овом пацијентовом праву из просте формалности.

Међутим, независно од наведених различитих почетних приступа, у једном се слажу и лекари и правници: опсег обавештења пацијента увек зависи од околности конкретне случаја. полазећи од начела да нема болести, већ да постоји само болесна особа, обим обавештења треба увек прилагодити конкретном пацијенту. Према становишту које заступају немачки, амерички и енглески правници, обавезу обавештавања пацијента неопходно је подвргнути одређеном објективном стандарду за обавештавање.

Појам „разумни пацијент“ за медицинско право је сте у томе да се помоћу њега може извести и одредити начин и обим обавештења пацијента: околности које су, са становишта просечно разумног и у погледу воље неограничено слободног пацијента, вредне значаја, морају се саопштити и конкретном пацијенту. Лекар не може а priori поћи од тога, односно претпоставити да има пред собом „разумног пацијента“, него обавештења мора прилагодити конкретном пацијенту који се пред њим налази, његовом интелекту и степену знања. Према једном испитивању лекара и јавног мњења у САД, више од 40 одсто испитаника изјаснило се да је засновано на информативним потребама конкретне пацијента бољи од оног који је у припреми, т. ј. „разумног пацијента“ и „стандардног лекара“.

„Разумни пацијент“

Као грубо мерило, може се поставити следеће начело у погледу опсега обавезе обавештења пацијента: *обим и степењ прецизности обавештења су обрнуто пропорционални нужној медицинској интервенцији и повољном исходу лечења*. Ако је медицински захват ви-

>>> Човек може да одбије лечење и када му је угрожено здравље или, чак и онда када му је угрожен сам живот <<<

тално индикован и хитан, захтеви за обавештењем су мањи. С друге стране, ако медицински захват није од виталног значаја нити је хитан, обавештење треба да је у принципу, прецизније и опсежније. То је особито случај кад су у питању козметички и естетске операције које немају, саме по себи, терапеутску вредност.

У питању су информације које су за пацијента изузетно битне, јер му омогућавају да упореди ризике лечења са ризицима не лечења. *Под ризиком медицинске интервенције подразумевају се различите врсте опасности које лекарски захват условљава*, као што су на пример, компликације и нежељене штетне последице, велики болови и сл.

Изглед за успех медицинске интервенције утичу на потребну меру обавештења о ризицима. *Уколико су изгледа за успех медицинске интервенције већи, потреба за обавештењем о њеним ризицима по себи је мања и обрнуто*. У погледу изабраног метода лечења (изабране терапије) и опсега лекареве обавезе обавештења такође постоји веза: *што је изабрани медицински метод сјорији и подлеже већим сумњама; што лекар жели више да одсјужи од уобичајној и „важеће“ методе лечења и што лекар више намерава да „заборачи у неизнајно“, то је потреба за информисањем пацијента већа*.

У пракси је искрсло и питање како поступати у случају кад лекар пропусти да обавести пацијента о неком значајном ризику, али се услед медицинског захвата реализује други ризик о коме није био дужан да пружи обавештење. Правни писци немају о томе јединствен став. У том погледу, интересантно је мишљење *Савезној врховној суда Немачке*. Он заступа став према коме недостатак основних обавештења чини пацијентов

> 36

шћење да одговори на свако питање о стању здравља одређеног пацијента.

Ваља рећи да се претпостављени пристајак овлашћеног сматра својеврсним разлогом што оправдава одавање тајне; он није само подврста стања нужде. Значајан је особито у случају кад пацијент није у стању да се сам изјасни. На пример: зато што је умро, што је изгубио свест или што је ментално болестан, али и у случају кад се из околности може закључити да пацијент нема интереса за чувањем његове тајне. Садржина претпостављене воље може се докучити из личних прилика пацијентових, из његових личних интереса, жеља, потреба и представа о вредностима. Објективно мерило, које подразумева тзв. „разумног“ пацијента, није од значаја у овом случају, него једино индивидуална хипотетичка воља. Ако не постоји ниједна тачка ослонаца за веровање да би се пацијент успротивио давању другима поверљивих података о себи, тада се сматра да давање може оправдати његов претпостављени пристајак.

Тајна и заразне болести

Овлашћење да се професионалан тајна открије постоји увек у случају кад претежнијем интересу (јавном или приватном) запрети одређена опасност која се да отклонити једино откривањем тајне. То важи под условом да је одавање тајне „подесно средство“ за отклањање опасности. Тај услов задовољавају ови случајеви: откривање душевне болести одређеног пацијента у циљу

његовог смештаја у одговарајућу установу; обавештење надлежног управног органа о тешком обољењу пацијента које га чини неспособним за вожњу аутомобила и опасним по остале учеснике у саобраћају; обавештење полиције о злостављању деце од стране пацијента, особито кад постоји опасност да се оно понови.

Стање крајне нужде оправдава и лекара који обавести супругу пацијентову да је њен муж инфициран ХИВ вирусом, јер су животи и здравље жене вреднији од дужности да се тајна чува. Ово би требало да важи и кад су у питању остале заразне болести. Поред брачног друга, лекар је овлашћен да и друга лица, која су блиска пацијенту, упозори на опасност од заразе, уколико је претходно безуспешно покушао да убеди пацијента да сам предузме мере заштите. И 333 дозвољава здравственом раднику да податке о здравственом стању пацијента саопшти пунолетном члану његове породице, у случају кад је то неопходно ради избегавања здравственог ризика за члана породице. (члан 37, став 6).

Право лекара да обзнани професионалну тајну може, у одређеним околностима, да се преобрати у **обавезу откривања тајне**. На пример; ако су брачни партнери или сексуални партнери пацијента истог лекара, па он утврди да је једно од њих заражено вирусом **си-де**. У том случају постоји колизија лекаревих дужности: према зараженом брачном другу, односно сексуалном партнеру лекар је дужан да његову заразу држи у тајности, док према здравом има обавезу да штити његово здравље од опасности заразе. Али, пошто је интерес

> 36

35 <

пристанак на медицински захват неважечим у целини. Другим речима, немачки суд стоји на становишту да је пристанак на медицински захват недељив, да се не односи на један или други ризик одвојено, него на медицински захват у целини.

Најзад, да би обавештење пацијента било пуноважно, оно мора да уследи *благовремено*. То значи да пацијенту мора бити остављено довољно времена да после обавештења слободно образује своју вољу. Обавештење је у неким случајевима, по природи ствари, нарочито код тешких обољења, као што је, на пример, карцином, нужно сталан процес. С друге стране, у „нормалном“ уобичајном случају може се узети да је, начелно, довољно да обавештење пацијента уследи између једног и три дана уочи операције.

Терапијска привилегија

Околности конкретног случаја морају пружити лекару јасну тачку ослоња да би прибегла понашању које одступа од правила. Став који може послужити лекару као општа оријентација је следеће: што су психа и разум пацијента мање оштећени болешћу, то је веће право пацијента на информацију о свим релевантним питањима и могућностима; на супрот томе, што су, услед болести, пацијентова емоционална и интелектуална оштећења већа, пацијентово право и захтев за обавештењем су мањи, будући да је повећана потреба пацијента за лекаревим старањем и вођењем. Осим тзв. Терапијске привилегије, постоје и неке друге околности које могу бити разлог за ограничењем опсега обавеза обавештења пацијента од стране лекара. Међу тим околностима, најзначајније су: 1) одрицање пацијента од обавештења (воленти нон фит иниуриа); 2) претходно већ информисани пацијент; 3) степен образовања и пацијентова интелигенција и, 4) решеност пацијента да се без даљњег подвргне медицинској интервенцији.

35 <

за одржавање живота и здравља претежнији од интереса чувања тајне, лекар је дужан да здравог брачног друга односно сексуалног партнера обавести о опасности заразе, уколико није убеђен да ће онај који је заражен сам обавестити здравог.

Међутим, обавеза да се професионална тајна обзнани може произићи из потребе да се заштити важније правно добро од самог пацијента на кога се тајна односи. Такав један случај био је предмет судског спора о коме је морао да се изјасни и **Савезни врховни суд Немачке**. Радило се о 21-годишњој пацијенткињи, код које је гинеколог посумњао на ванматеричну трудноћу (у јајоводу), која је представљала акутну опасност по живот. Излазећи у сусрет свесрдној молби пацијенткиње да њеној мајци, која је чекала испред ординације, не каже ништа о трудноћи, гинеколог се придржавао обавезе да чува професионалну тајну. Али је, у исти мах, више пута упозорио пацијенткињу да одмах затражи помоћ у болници. Пацијенткиња није поступала по савету лекара да одмах оде у болницу, а већ следећег јутра дошло је до прскања њеног јајовода, од чијих је последица она умрла. **Савезни врховни суд** је сматрао да је гинеколог **противправно** пропустио да пацијенткињи пружи потребну хитну помоћ, у облику информација мајци о стању њене кћери. „У односу према мајци пацијенткиње, дужност чувања тајне морала је уступити, јер је обавештење и подучавање мајке било као средство потребе и подесно за спасавање пацијенткиње“. Осим тога, Суд је био мишљења да је, у овом слу-

Сваки од ових разлога, укључујући тзв. Терапијску привилегију, прате, међутим, спорови у правној литератури и пракси и велике резерве. На пример, као што је недопуштено генерални пристанак на медицински захват, тако је недозвољено и бланко одрицање од обавештења, посебно када ризици медицинске интервенције превазилазе меру која је прихватљива за „разумног пацијента“.

Како се ни у погледу тачности дијагнозе, ни у погледу успеха терапије од лекара не очекује гаранција, тако се ни у погледу обавезе обавештења не очекује да лекар било шта гарантује, *већ само да своју обавезу обавештења изврши савесно и брижљиво, њиј. у складу са актуелним правилима медицинске стируре (lege artis)*. *Оговорност лекара не везује се за погрешно обавештење као резултат, него за неајжљиво постојеће које је водило ка том резултату. Правни основ тужбе за накнаду штете, због необавештавања лекара о потребним чињеницама ради пацијентовој самоодређивања у односу на своје тело, може бити како кршење уговорне обавезе (из изв. уговора о лечењу), тако и кршење опште забране доношења штетних дејстава, сходно одредби члана 16. Закона о облигационим односима.*

Пацијент може бирати правни основ тужбе који је за њега повољнији. Разуме се, кад буде обештећен по једном основу, губи право да се обрати лекару за обештећење и по другом основу, осим ако по другом основу може добити више него по првом. За одговорност лекара услов је да је пацијент претрпео штету (имовинску или неимовинску), да постоји кривица, т. ј. нехат или немар лекара, односно поступање *против лекара* и узрочна веза између лекаревог чињења и настале штете. Медицинска интервенција која није покривена пристанком пацијента повлачи обавезу накнадне штете. При томе, право на накнаду штете није условљено стручном грешком, већ *лекаревом самовољом*. //

чају, спасавање „много вреднијег правног добра налагало потребу да се тајна открије“.

И одбрана властитих интереса у стању је да оправда лекарево обавештење о болести и лечењу одређеног пацијента. То бива, на пример, у случају када пацијент принуди лекара да га тужи због неплаћања хонорара или кад против њега распирује кампању штампе. Иста је ситуација ако пацијент захтева од лекара накнаду штете узроковане лечењем, тврдећи да све предузете медицинске мере нису биле индиковане. Тада се од лекара не може више очекивати да поштује професионалну тајну.

Сем тога, дужност чувања професионалне тајне ослабљена је општим друштвеним напретком и напретком саме медицинске делатности. Што је здравствено и социјално осигурање масовније и подела рада у медицини потпунија, све је више угрожена приватна сфера пацијента. Обавезно здравствено осигурање преобратило је двострани однос лекар-пацијент у тространи однос. Тиме је дужност чувања професионалне тајне знатно **релативизирана**. Јер здравствено осигурање и јавно стање о здрављу грађана изискује ригорозну евиденцију болести и болесника, систематско пријављивање и обавештавање. Службеници здравственог и социјалног осигурања имају, такође, обавезу да податке о болеснику држе у тајности, а користе се често и тзв. шифриране дијагнозе и саопштења. Најпосле, електронска обрада података и медицинска документација чине озбиљније препреке чувању професионалне тајне. Угрожена на многе начине, та обавеза, ипак, донекле одржава и тајне. //

ИЗАЗОВИ КРАЉЕВАЧКОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ЦЕНТРА „СТУДЕНИЦА“

ПРЕД „ЧЕЉУСТИМА“ ЛОКАЛНЕ САМОУПРАВЕ

// ДО КРАЈА ГОДИНЕ ПО ЗАКОНУ О ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ ОСНИВАЧКА ПРАВА НАД ДОМОМ ЗДРАВЉА ТРЕБА ДА ПРЕУЗМЕ ЛОКАЛНА САМОУПРАВА, ШТО БИ ДОНЕЛО МНОГО ПРОБЛЕМА ОБЗИРОМ ДА ЈЕ СТАЊЕ У ЛОКАЛНОЈ САМОУПРАВИ У КРАЉЕВУ ОЧАЈНО И ДА НЕ ПОСТОЈИ НИ КАДРОВСКИ НИ ФИНАНСИЈСКИ ПОТЕНЦИЈАЛ ДА ПРЕУЗМЕ ОДГОВОРНОСТ ЗА ТАКО ВАЖНУ ИНСТИТУЦИЈУ КАО ШТО ЈЕ ДОМ ЗДРАВЉА //

Светла традиција Манастира Студеница по коме је названа наша Установа посебно нас обавезује на стално унапређење и развој здравствене заштите. Здравствени центар је јединствена здравствена установа која пружа услуге примарне здравствене заштите у Дому здравља Краљево и услуге секундарне здравствене заштите у Општој болници Краљево.

Дом здравља Краљево пружа услуге примарне здравствене заштите за око 140.000 становника који живе на територији Града Краљева. У Дому здравља у Служби опште медицине ради 60 тимова у 25 амбуланти у Краљеву и једној здравственој станици у Ушћу. Поред тога при нашем Дому здравља веома успешно функционишу: Служба за здравствену заштиту деце, Служба за здравствену заштиту жена, Служба за кућно лечење, Медицина рада, Превентивни центар и Саветовалиште за младе.

Обзиром да смо посебно препознали значај примарне здравствене заштите ми смо у сарадњи са Међународним комитетом Црвеног крста и Министарством здравља у периоду од 2002. до 2005. године развијали модел „изабрани лекар“ који се касније шири и примењује

ствених услуга. Капитација је далеко праведнији и рационалнији систем финансирања од линеарног какав је данас код нас.

На жалост, РЗЗО не препознаје суштину капитације па је претходних месеци промовисао своју верзију „капитација“ која не постоји нигде у свету. Та верзија је представљена и у претходном листу Лекарске коморе „Гласник“. На срећу то је био неуспели покушај који би донео много проблема у пракси. Примена капитације захтева довољно знања и искуства и озбиљан стручни тим као и промену законодавства за рад и радне односе.

Деобни биланс – немојућа мисија

Много је других програма у којима је наш Дом здравља активно учествовао и исте спроводио, а све у циљу унапређења примарне здравствене заштите. У нашем Дому здравља највећи број корисника и у највећем обиму задовољава своје потребе за очувањем здравља а они корисници који имају потребу за услугама на секундарном нивоу веома једноставно остварују исте потребе преко специјалистичко-консултативних амбуланти и одељења Опште болнице. Између осталог и зато што Дом здравља и Општа болница функционишу под истим окриљем као Здравствени центар „Студеница“.

Посебно смо забринути што до краја године по Закону о здравственој заштити оснивачка права над Домом здравља треба да преузме локална самоуправа, што би донело много проблема обзиром да је стање у локалној самоуправи у Краљеву очајно и да не постоји ни кадровски ни финансијски потенцијал да преузме одговорност за тако важну институцију као што је Дом здравља. Такође је скоро немогуће урадити деобни биланс због потпуно повезане инфраструктуре и у погледу простора, електро, водовних инсталација, грејања ...

Искуство из других градова нас учи да

>>> РЗЗО не препознаје суштину капитације па је претходних месеци промовисао своју верзију „капитација“ која не постоји нигде у свету <<<

на све домове здравља у Србији. Изабрани лекар представља основу за суштинску реформу примарне здравствене заштите, пре свега у погледу начина финансирања познат као капитација. Капитација подразумева једнаку шансу и за државне и за приватне здравствене установе у примарном сектору, она уводи конкуренцију, доприноси ефикасности и квалитету у пружању здрав-



Др Драган Арсић

37 <

представнике локалних самоуправа углавном интересује именовање управног одбора, кадрова и запошљавање својих партијских чланова, те да ниво здравствене заштите је далеко лошији него раније. Због тога очекујемо неку врсту „лек специјалиста“ како би избегли нежељене последице по здравље грађана Краљева.

Наша Општа болница која спада у ред великих болница пружа услуге секундарне здравствене заштите за око 250.000 потенцијалних корисника са 580 постеља, организована је као савремена болница на основу Статута и Правилника о унутрашњој организацији а чине је:

- Хируршки сектор,
- Интернистички сектор,
- Дијагностички сектор и
- Немедицински, који су функционално повезани.

Болница је у оквиру Пројекта „Развој здравства Србије“ реструктурирана уз подршку Министарства здравља и Светске банке. Исти пројекат је подразумевао реконструкцију простора, набавку нове опреме, увођење информационе технологије и едукацију кадрова. Пројекат је успешно завршен и постигнути су очекивани резултати са крајњим циљем стварања безбедне, ефикасне, рационалне и квалитетне болнице која је једнако доступна свим корисницима.



ЗДРАВСТВЕНИ ЦЕНТАР „СТУДЕНИЦА“ У КРАЉЕВУ

Због напред наведеног 2006. године је на Националној конференцији проглашена најбољом у унапређењу квалитета у конкуренцији великих болница у Србији од тада стално смо у врху ранг листе у истој конкуренцији. То нас још више обавезује да стичемо нова знања и ширимо стечена где их у пракси примењујемо у најбољом начину а све у циљу очувања телесног и менталног здравља наших грађана.

Уз подршку Агенције за акредитацију и Министарства здравља наша Установа је прошла процес акредитације првог степена а сада настојимо да уведемо

ЦЕНТАР ЗА КОНТИНУИРАНУ МЕДИЦИНСКУ ЕДУКАЦИЈУ ЗЦ „СТУДЕНИЦА“ КРАЉЕВО

АКРЕДИТОВАНО 18 ПРОГРАМА

// ПОДЈЕДНАКО ВАЖНО ПОДИЗАЊЕ ОПШТЕГ НИВОА СТАТУСА ЛЕКАРА И ЛЕКАРСКЕ ПРОФЕСИЈЕ У ЦЕЛИНИ, КАО И ПОСТИЗАЊЕ КВАЛИТЕТНИЈИХ ИНТЕРПЕРСОНАЛНИХ ОДНОСА У ДУХУ ДОБРЕ ЕСНАФСКЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ, КАКВА БИ ТРЕБАЛО ДА БУДЕ ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ //

Обзиром на чињеницу да је са доделом лиценци лекара од 1. јануара 2009. године почео да тече седмогодишњи лиценци рок и вођени потребом да лекарима запосленим у нашем Здравственом центру омогућимо квалитетну и доступну континуирану едукацију Одлуком Управног одбора Здравственог центра од 09. 02. 2009. год. формиран је Центар за континуирану медицинску едукацију лекара (у даљем тексту Центар КМЕ). Намера нам је била да под једним кровом објединимо кадровске, финансијске и материјално-техничке

ресурсе и да тако заједничким напорима поставимо основе за дугорочан процес континуиране медицинске едукације лекара у нашој установи.

Посебно нам је драго што су на тај начин обједињени напори и активности три стуба лекарских организација и удружења: Канцеларија ЛКС, ОО СЛФС и Подружница СЛД-а. На тај начин смо и правно утемељили Центар КМЕ и омогућили његов трајни карактер и активности за многе будуће генерације лекара у нашој установи. Убрзо након поменуте одлуке формирани су органи Центра КМЕ (Програмски

савет, Извршни одбор, Руководилац Центра КМЕ), донет је Правилник о раду Центра КМЕ, Програм и План активности за 2009. годину, усвојен лого, меморандум, плакат Центра КМЕ као и евалуациони лист за оцену предавача и организатора акредитованих програма едукације. Следиле су напоре бројне активности. Поменимо само неке од њих.

Свесни чињенице да организација акредитованих програма едукације захтева уредно архивирање података, најпре смо формирали електронску базу података свих лекара који су добили лиценце у

и клиничке путеве. Остварили смо веома успешну сарадњу са многим здравственим установама у земљи и иностранству, а посебну сарадњу имамо са Војно медицинском академијом, Клиничким центром у Марибору, с Општом болницом у Сент Полтену (Аустрија), са Болницом Ужоки у Будимпешти, с Универзитетком клиником Сибиу (Румунија) итд.

Штедња ђовлачи казну

Посебно желим да истакнем активности и остварене резултате у оквиру Програма „Србија против рака“ на раном откривању рака дојке и грлића материце, дебелог црева, што ћемо у мају месецу објавити. Циљ нам је да овај Програм наставимо у континуитету.

Важно је да истакнемо да наша Установа остварује и веома добре резултате у финансијском погледу. Иако добијамо недовољно средстава од стране РЗЗО-а за лекове, потрошни материјал и за плате, ми финансијски успешно послујемо, између осталог зато што правилном применом Закона о јавним набавкама остварује-

>>> Правилном применом Закона о јавним набавкама остварујемо и до 20 одсто ниже цене од цена које су објављене у Службеном гласнику <<<

мо и до 20 одсто ниже цене од цена које су објављене у Службеном гласнику. Због тога, наравно често будемо наредне године приликом уговарања са РЗЗО-ом кажњени уместо да будемо награђени, због чега се последњих година интензивно залажемо да се промени начин финансирања и у примарној и у секундарној здравственој заштити по принципу да новац прати пацијента. Такав начин финансирања је предуслов за одрживост здравственог система. Такође, поносни смо на Центар за континуирану медицинску едукацију који смо формирали пре годину дана.

За све што је позитивно урађено у нашој Установи дугујем захвалност, пре свега својим сарадницима менаџмента у коме доминирају сараднице које су веома привржене и одговорне што је и можда рецепт за успех главног менаџера. Такође, захвалност дугујем и највећем броју од 1.700 запослених у нашој Установи који су препознали праве вредности у нашој Установи.

На крају желим да истакнем одличну сарадњу са Лекарском комором, посебно са директорком др Тањом Радосављевић која је у више наврата посетила нашу Установу и којом приликом смо потврдили сагласност о основним начелима лекарске етике и праксе који представљају основ за очување наше професије.

Др Драган Арсић,
директор Здравственог центра
„СТУДЕНИЦА“ Краљево

нашој канцеларији ЛКС (око 400 лекара) са свим најважнијим биографским и другим подацима везаним за досадашње образовање и стручно усавршавање. Ради поуздане и једноставније регистрације учесника програма одштампали смо за сваког лекара ИД-картицу са барираним кодом (који представља његов број лиценце) а која се једноставно „превуче“ читачем на крају сваког програма којем је лекар присуствовао.

Практично, његово присуство датом програму се аутоматски евидентира електронским путем и тај податак остаје трајно архивиран. Наравно, употребом овакве базе података знатно је олакшано и издавање потврда учесницима програма, као и накнадно издавање исте у случају губитка, нестанка или оштећења потврде. Захваљујући оваквој бази података можемо да континуирано пратимо и ажурирамо податке о едукацијама сваког лекара посебно, без обзира да ли је реч и интерној или екстерној едукацији (податке о обављеним екстерним едукацијама достављају сами лекари у Канцеларију ЛКС).

У циљу популаризације саме идеје континуиране медицинске едукације формиран је посебан сајт Центра КМЕ у оквиру сајта Здравственог центра, преко којег се лекари из наше установе али и из других градова могу редовно информисати о свима активностима Центра КМЕ и наравно о детаљима веза-

ним за одржавање програма едукације. Сличну улогу има и наш локални часопис „Студеница инфо“ који излази једном месечно, и где је добар део страница листа посвећен управо активностима Центра КМЕ.

Током 2009. године имали смо више од 20 програма едукације који, на жалост, нису били акредитовани због свима добро познатих проблема и кашњења у формирању Здравственог савета Србије и свих других последица које су проистекле из те чињенице. Током јесени 2009. и у јануару 2010. године успели смо да акредитујемо 18 програма (10 стручних састанака и 6 курсева), од којих броја су њих 10 - предавачи из наше средине, а предавачи по позиву из Универзитетских центара, угледни и признати стручњаци у својој струци.

Циљеви које смо поставили за 2010. годину су ухватавање циклуса акредитованих програма, даље популарисање идеје континуиране медицинске едукације, стицање нових медицинских сазнања и вештина, што доприноси повећању квалитета рада лекара и пружања услуга, а не само стицање неопходних бо-



Др Станко Барлов

дова за релиценцирање. Сматрамо да је подједнако важно и подизање општег нивоа статуса лекара као појединца и лекарске професије у целини, као и постизање квалитетнијих интерперсоналних односа у духу добре еснафске организације, каква би требало да буде Лекарска комора Србије.

На крају, желим да кажем да смо у свим овим активностима имали свесрдну подршку Пословодства Здравственог центра

што је веома важно када желите да установите један овакав систем, готову због чињенице да смо имали мали број узора на које би се угледали сада већ далеког јануара 2009. године. Наравно, и овакав систем рада захтева континуирано усавршавање, те ће нам размена искустава са другим Центрима КМЕ бити од посебне користи у периоду пред нама.

Наша досадашња скромна искуства су на располагању свима онима који имају жељу да направе помак у области континуиране медицинске едукације.

Мр сци. мед. Станко др Барлов,
руководилац Центра КМЕ
ЗЦ „Студеница“ Краљево

ДА СЕ НЕ ЗАБОРАВИ – ПУТЕВИ И СТРАНПУТИЦЕ ИНСТИТУТА „ТОРЛАК“

УМИРАЊЕ НА РАТЕ

// НЕДАВНО ЈЕ ПРОЦУРЕЛА ВЕСТ ДА ЈЕ УПРАВЉАЧКА СТРУКТУРА ИНСТИТУТА ТОРЛАК ПРЕДЛОЖИЛА УПРАВНОМ ОДБОРУ ЗАТВАРАЊЕ ОДСЕКА ЗА АНТИБИОГРАМ. ПОТЕЗ ЈЕ ПРИПРЕМАН ГОДИНАМА, СИСТЕМАТИЧНО – БЕЗ ПРАВИХ СТРУЧНИХ АРГУМЕНАТА // САГЛЕДАВАЈУЋИ РЕЗУЛТАТЕ, ЕКОНОМИСТА ФРАНЦ СТОБЕЛАР, У ОКВИРУ ЕВРОПСКЕ ПОМОЋИ, У СТРАТЕШКОМ ПЛАНУ РАЗВОЈА ИНСТИТУТА, ЗАВРШЕНОМ 2003, ОЗНАЧИО ЈЕ ОДСЕК ЗА АНТИБИОГРАМ КАО ОДСЕК КОЈИ ИМА БУДУЋНОСТ //

Није згорег да се подсетимо да се Институт ТОРЛАК није бавио само производњом серума и вакцина, иако му је то била основна делатност. Искусно, тадашње руководство Завода је још шездесетих година прошлог века схватило да не може да се живи само од серума и вакцина, посебно у тешким временима, када се прво ускраћивало превентиви. Делатност је проширена оснивањем Одељења за бактериолошке подлоге, а нешто касније и производњом препарата са лактобацилима, антибиограм таблетама, алергенима.

Недавно је процурела вест да је управљачка структура Института ТОРЛАК предложила Управном одбору затварање Одсека за антибиограм. Потез је припреман неколико година, систематично, а без правих стручних аргумената. У ту сврху је добро послужила Европска агенција за реконструкцију у Београду. Занимљиво је и пре свега важно осврнути се на четрдесетогодишњи рад овог Одсека.

Производња антибиограм таблета на Торлаку почела је 1967. године, с идејом да се уведе јединствена методологија уместо шароликости – најблаже речено – која је потицала од тога што је свака лабораторија сама припремала дискове од хартије натопљене антибиотиком, за методу дифузије. Ова производња, одвојена од произвођача антибиотика, обезбеђивала је објективност, обележавајући антибиотике генеричким (хемијским) називима. Тако је процена осетљивости бактерије, на пример, на пеницилин омогућена без обзира на то да ли је произвођач „Галеника“ или „Крка“. Била је прихваћена у периоду више од 20 година на целом бившем југословенском простору.

За оног ко се буде и ако се буде бавио историјом антибиограма, биће јасно да је за 40 година свог постојања била део светског процеса развоја и промена које су биле поступне, сталне, условљене усклађивањем резултата добијених *in vitro* са терапијским резултатима. Антибиограм је путоказ у примени антибиотика, а усклађивање *in vitro-in vivo* резултата је део процеса, што би рекао мудри Пјотр Капица, који је на питање студента: шта још може да се уради, одговорио: „Учинити биологију егзактном као што је физика“.

Подсетићемо, такође, да је Торлак, примајући Билтен СЗО био на извору информација. На прву вест о прихватању предлога Америчког микробиолошког друштва да се три соја из њихове колекције (*Staph. Aur.*, *E coli* и *Ps. aeruginosa*) употребљавају у контроли, Торлак је набавио те АТСС сојеве, лиофилизовао их и понудио свим микробиолошким лабораторијама бесплатно, као контролу произвођача таблета и сопственог рутинског ра-

да. Понуђен је и ампулирани Баријум сулфат стандард за контролу инокулума. Уз своје производе слао је и сепарат о потреби контроле антибиограма као и методу за контролу.

Као илустрацију добро усклађених резултата дифузионе методе урађене таблетама производње ТОРЛАК и дилуционе методе као арбитра, наводимо неколико примера:

После вишедеценијске примене пеницилина, забележени су, међу првима у свету, сојеви *St. pneumoniae* резистентни на пеницилин у Специјалној болници за плућне болести и туберкулозу у Београду (др Јулијана Лабан), 1978. године. Резултати су проверени одређивањем минималне инхибиторне концентрације (МИК) као јединице мере осетљивости и потврђени у Statensserum институту у Копенхагену.

Међу првима у свету

У новије време, око 2000. године, у Клиничкој болници за инфективне и тропске болести у Београду изолован је сој *St. pneumoniae* смањене осетљивости на ceftriaxon (др Милица Јовановић), такође прво дифузионом методом, па потврђеног одређивањем МИК. Искусном оку истог микробиолога, неколико година касније, није промакао ни сој *Enterococcus faecalis* резистентан на ванкомицин.

Импортовани сој *V. Cholerae* изолован у Републичком заводу (др В. Грујић, др Алексић), означен као осетљив на тетрациклин, Торлаковом таблетом је показивао резистенцију, што је било неуобичајено, али је резултат потврђен у Референтној лабораторији у Хамбургу.

Др Биљана Миљковић, сада руководиоца Референтне лабораторије за кампилобактер, по повратку са међународног састанка на коме је изнела наше заједничке резултате, изјавила је да су наши резултати упоредиви са светским. Зар то није циљ стандардизације?

Нећемо говорити о бројним саопштењима и другим радовима у нашим и страним часописима, који су, наравно за оне који су хтели да их чују или прочитају, доприносили расветљавању и откривању проблема у микробиолошком и клиничком раду. За несребичну помоћ и сарадњу, осим горе поменутих и проф. др Олги Бергер-Јекић, прим. др. Мирјани Чанић-Радојловић, др Љиљани Савићевић, др Заги Илић, др Трбојевићу и бројним другим сјајним микробиолозима који су на срећу наше микробиологије још активни, Институт Торлак и ја дугујемо бескрајну захвалност и поштовање.

Економски ефекти ове производње такође нису занемарљиви. Сагледавајући те резултате, економиста

Франц Стобелар, у оквиру европске помоћи, у стратешком плану развоја Института, завршеном 2003. године, означио је Одсек за антибиограм као одсек који има будућност.

Октобра месеца 2006. године у београдском хотелу „Балкан“, одржан је дводневни семинар, Ептиса, у организацији Европске агенције за реконструкцију под називом: УНАПРЕЂЕЊЕ ЛАБОРАТОРИЈСКИХ УСЛУГА СРБИЈЕ. У раду семинара учествовао је ограничен број од 40 учесника, специјалиста микробиолога, представника свих већих микробиолошких лабораторија из Завода за здравствену заштиту и болница. Предавачи су били: проф Ralf Rene Reinert – руководилац пројекта, Rafael Canton из Шпаније, проф. Guiseppe Cornaglia из Италије, Antoan Pierson – руководилац пројекта, као и наши познати стручњаци, међу којима и четири професора Медицинског факултета.

Циљ пројекта је, како је назначено у материјалу подељеном свим учесницима, унапређење лабораторијских

услуга кроз КВАЛИТЕТ, ПОУЗДАНОСТ И ИСПЛАТИВОСТ. Општа тема тзв. радионице: Испитивање осетљивости на антибиотике. Еминентни предавачи су излагали на разноврсне теме, у оквиру опште задате теме. Неке од њих су: Антибиотска резистенција Грам позитивних бактерија-механизми резистенције и методе за испитивање осетљивости; Програм надзора над резистенцијом стрептокока у Србији; Антибиотска резистенција Грам негативних бактерија- резистенције и методе за испитивање осетљивости; Значај норми и стандарда који се употребљавају у испитивању осетљивости; Удружења која одређују стандарде за испитивање осетљивости бактерија на антибиотике...

Отворен ђућ за ђушење ђроизводње у Инстџиџушу Торлак

Другог радног дана је дат предлог норми и стандарда за тестирање антибиотске осетљивости, за усвајање на националном нивоу. Предложене су три варијанте: Национални стандард за клиничке лабораторије (NCCLS преименован касније у CLSI – Америка) уз означавање неких основних карактеристика; затим само назначено ТОРЛАК, без навођења било каквих података; као треће – остало (што каже наш народ, тек да се каже). Иако је у излагању претходног дана проф. Rene навео да у Европи постоји најмање 7 националних комитета који активно раде и међу којима постоје приличне неусаглашености у разним фазама поступка, као и у приступу, на гласање се стављају горе поменути, без икаквих анализа поступка који нуди Торлак.

Без дискусије, односно уз ћутање присутних, организовано је гласање и донети су закључци да и даље дифузиона метода остаје у рутинском раду, али са дисконизацијом увозних произвођача који су усвојили амерички стандард.

Примена закључака Ептиса семинара и накнадне додатне смернице Републичког завода за јавно здравље (руководилац др Вељко Мировић), планирана је као решење за наредне две године, да се резултати прате и анализира унапређење у раду микробиолошких лабораторија.

Прошло је више од три године, а анализе нема, колико нам је познато. Оно што сигурно знамо је да је тада отворен пут за гушење производње у Институту Торлак, да је настао хаос у снабдевању дисковима од хартије различитих страних произвођача, без провере квалитета. Небулозни резултати за неке важне антибиотике (као амоксицилин са клавуронском киселином) указују на лош квалитет. То није испуњење прва два захтева семинара КВАЛИТЕТ И ПОУЗДАНОСТ, а високе цене увозних дискова (некад двоструко веће од домаћих таблета), указују на то да није постигнут ни трећи циљ – ИСПЛАТИВОСТ.

Зашто домаћи програм са добром стручном и економском подлогом није могао да се усаглашава са неким од европских стандарда на којима ради европски комитет (EUCAST), требало би питати, пре свих – управљачку гарнитуру Института Торлак. За сад, можемо само да се сложимо са једним еминентним професором, да нису криви они који нам то раде, већ ми који на то пристајемо.

Ово је глас о непристајању.

Остаје нада да ће надлежни покренути ревитализацију Института и помоћи младим стручњацима да ураде више и боље од нас.

Мр Мирјана Мраовић, дипл. хемичар,
спец. хемијске микробиологије,
оснивач и руководилац Одељења за
антибиограм Института Торлак (у пензији)



Некад резултати били упоредиви са светским: Институт „Торлак“

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ КОМИСИЈЕ ЗА МЕДИЦИНУ РАДА ЛКС

ЦЕНА УСЛУГА И КВАЛИТЕТ РАДА

// ЛЕКАР СПЕЦИЈАЛИСТА МЕДИЦИНЕ РАДА ОБАВЉА НЕ САМО СПЕЦИФИЧНУ ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ РАДНИКА, ВЕЋ СЛУЖИ КАО КОНСУЛТАНТ ИЗАБРАНОМ ЛЕКАРУ У ОДРЕЂЕНИМ СЛУЧАЈЕВИМА КАДА ЈЕ РАДИ ЛЕЧЕЊА ПОТРЕБНО ПОЗНАВАЊЕ ЗАХТЕВА РАДНОГ МЕСТА //

Комисија за медицину рада Лекарске коморе Србије дала је предлог Номенклатуре са минималним ценама услуга у области медицине рада у државној пракси, а у циљу заштите достојанства струке и квалитета рада у овој области здравствене заштите. Поменути документ налази се на сајтовима Регионалних лекарских комора. Извршили смо анализу броја лекара медицине **рада** који су уписани у именик Лекарске коморе и којима је издата лиценца за рад (по регионима и добној структури). Ови подаци су достављени Републичкој стручној комисији за медицину рада како би били уграђени у Стратегију медицине рада.

Желимо да обавестимо лекаре специјалисте медицине рада да ће Лекарска комора Србије извршити анкетирање поменутих лекара како би се добили прецизни подаци о броју лекара који су остали да раде у области медицине рада.

Упутили смо такође захтев Министарству здравља и Министарству рада у циљу промене Закона о пензијском и инвалидском осигурању што би омогућило да се Лекарске комисије за давање сагласности на предлог изабраног лекара за утврђивање инвалидности у срединама где постоје Заводи за здравствену заштиту радника изместе из Домова здравља у поменуте Заводе.

Дали смо предлог промене Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе (Сл. гласник РС 43/2006 и 112/2009)

Члан 4. тачка 10. иза речи активности **брисати** (специфична здравствена заштита радника), а иза 3000 запослених **брисати** „за које је предвиђена специфична здравствена заштита у вези са условима рада“.

Образложење: Лекар специјалиста медицине рада обавља не само специфичну здравствену заштиту радника. Он служи као консултант изабраном лекару у одређеним случајевима када је ради лечења потребно познавање захтева радног места. Лекар медицине рада као део специјалистичко-консултативне службе пружа услуге које захтева изабрани лекар, а односи се на давање мишљења о потреби рада осигураника са скраћеним радним временом у току лечења сходно захтевима радног места што је у складу са чланом 3. тачка 12. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања (Сл. гласник РС бр. 108/2008 ...), као и мишљења код сумње на професионално обољење и болест у вези са радом у циљу

даљег поступања изабраног лекара, мишљења о радној способности у оквиру обраде за ИК, консултација код сумње у вези повреде на раду, давање мишљења ради ослобађања од ноћног рада и сменског рада у оквиру лечења од одређених болести (глауком, хипертензија, епилепсија, шећерна болест и друге ендокрине болести, ТБЦ, малигне болести, миастениа гравис, стерилитет...), консултација код сумње на акутно и хронично тровање које није везано за радно место (домаћице, пензионери, незапослени)...

Лекар медицине рада, обавља одређене дијагностичке процедуре које се не користе само у дијагностици професионалних болести већ се користе и за дијагностику болести опште популације као што су: системске болести везивног ткива, реуматоидни артрит, рејнова болест, шећерна болест, болест артеријских и венских крвних судова, неуролошка стања (капилароскопија, плетизмографија, колд-тест, кожна тармометрија, динометрија...) као и тест процене стреса на радном месту у циљу лечења

Дали смо и предлог промене Правилника о Номенклатури здравствених услуга на примарном нивоу здравствене заштите (Сл. гласник 24/2009)

У Правилнику о Номенклатури уврстити **преглед лекара специјалисте медицине рада**

Садржај и опис услуга би гласио: Узимање анамнестичких података и радне анамнезе, општи клинички преглед, анализа медицинске документације и описа радног места, давање мишљења о потреби рада са скраћеним радним временом осигураника у току лечења, мишљења о радној способности у оквиру обраде за ИК, мишљења о постојању сумње на професионално обољење и болест у вези са радом осигураника који су у радном односу, мишљења о акутном и хроничном тровању која нису везана за радно место, мишљења код постојања дилеме у вези повреде на раду, мишљења у вези ноћног и сменског рада запослених у оквиру лечења.

Цена услуге треба да се изједначе са ценом услуга лекара специјалиста офталмолога, ОРЛ, интернисте

Образложење: Постоји потреба да лекар специјалисте медицине рада буде део специјалистичко-консултативне службе и пружа услуге које захтева изабрани лекар, а односи се на давање мишљења о потреби рада осигураника са скраћеним радним временом у току лечења сходно захтевима радног места што је у складу са чланом 3. тачка 12. Правилника о начину и поступку

ку остваривања права из обавезног здравственог осигурања (Сл. гласник РС бр. 108/2008), као и мишљења код сумње на професионално обољење и болест у вези са радом у циљу даљег поступања изабраног лекара, мишљења о радној способности у оквиру обраде за ИК, консултација код сумње у вези повреде на раду, давање мишљења ради ослобађања од ноћног рада и сменског рада у оквиру лечења од одређених болести (глауком, хипертензија, епилепсија, шећерна болест и др ендокрине болести, ТБЦ, малигне болести, миастениа гравис, стерилитет), консултација код сумње на акутно и хронично тровање које није везано за радно место (домаћице, пензионери, незапосленим).

У Правилнику о Номенклатури уврстити **дијагностичке услуге** које пружају лекари медицине рада, а које се не користе само у дијагностици професионалних болести већ се користе и за дијагностику болести опште популације као што су: системске болести везивног, реуматичног артрит, рејноова болест, шећерна болест, болест артеријских и венских крвних судова, неуролошка стања, као и тест процене стреса на радном месту у циљу лечења психосоматских болести

Од дијагностичких процедура треба уврстити:

1. **Капилароскопија** – микроскопски преглед капилара у корену ноктију шака

(битна у постављању дијагнозе болести везивног ткива, реуматске болести, рејноове болести)

2. **Плетизмографија** – регистровање пулзација на нивоу арттериола на прстима шака и стопала (битна за дијагностику код дијабетичне васкулопатије, Биргерове болести, рејноове болести)

3. **Колд тест** – тест хлађења и посматрање промена на кожи и крвним судовима шака и стопала (код дијабета, рејноове болести)

4. **Кожна термометрија** – мерење температуре коже (код васкуларних обољења)

5. **Динамометрија** – мерење снаге мишића леђног и раменог појаса (код неуролошких и реуматских обољења)

6. **Тест процене стреса на радном месту** – примена стандардизованог упитника у циљу процене стреса на радном месту (а у циљу лечења психосоматских болести)

Лекарима медицине рада који нису отишли у изабране лекаре треба дати могућност да раде систематске прегледе одраслих, групни здравствено-васпитни рад и индивидуални здравствено – васпитни рад.

Систематски прегледи одраслих: (шифра 1200013 код електронског фактурисања)

Предлажемо да систематске прегледе одраслих радно-способних лица обављају специјалисти медицине рада. Садржај и опис услуга је исти како је у номенклатури дефинисано.

Образложење: Пошто је у садржају прегледа наведено оцена здравственог стања и процена фактора ризика по здравље, сматрамо да специјалиста медицине рада најбоље познаје професионалне штетности на раду, услове рада и ризике по здравље јер обилази радна места и на време може да препозна и превенира почетне поремећаје здравља. Специјалисти медицине рада имају више времена да посвете пацијенту и могу организовати систематске прегледе и на терену (у предузећу, установи, итд) док је изабрани лекар оптерећен лечењем и нема довољно времена за свеобухватни превентивни рад.

Индивидуални здравствено васпитни рад: (шифра 1000215 код електрон. факт)

Ову услугу за одрасла радно способна лица треба да обавља специјалиста медицине рада. Садржај и опис услуга је исти како је у номенклатури дефинисано.

Образложење: Након обављеног систематског прегледа, на основу клиничког налаза и лабораторијских анализа (поремећаја) заказати индивидуални разговор. У току индивидуалног разговора објаснити нађене здравствене поремећаје или болест, предочити утицај професионалних штетности и услова рада на даљи ток поремећаја или болести. Инсистирати на правилној употреби лекова, правилној исхрани, бављењу спортом и корекцији лоших навика (пушење, алкохол, дрога). Размотрити психосоцијално стање на послу и у породици.

Групни здравствено васпитни рад: (шифра 1000207 код електрон фактурисања)

Ову услугу за радно способна лица обавља специјалиста медицине рада. Садржај и опис услуга је исти како је у номенклатури дефинисано

Образложење: Предавања и саветовања ради корекције навика у вези исхране, пушења, конзумирање алкохола, употребе лекова у контексту здравствених ризика на радном месту. Такође и значај бављења спортом или хобијем ради очувања физичког и менталног здравља. Такође би утицај професионалних штетности и услова рада на здравље радника били посебна тема у зависности од састава групе и експозиције на радном месту.

Предлози промене Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности и Правилника о номенклатури здравствених услуга достављени су Министарству здравља

Др Слађана Мајкић,

спец. мед. рада

председник Комисије за медицину рада ЛКС

ПОДАЦИ ИЗ ФЕБРУАРА 2010. ГОДИНЕ

РЛК	Београд	Војводина	ЈИС	ЦЗС	КиМ	ЛКС	%
≤ 30	0	0	0	0	0	0	0.00
31 - 40	4	2	3	5	1	15	2.00
41 - 50	31	30	29	55	2	147	19.20
51 - 55	42	51	47	54	4	198	26.00
56 - 60	70	54	41	50	2	217	28.60
61 - 65	37	36	35	17	0	125	16.40
66 - 70	12	12	11	14	0	49	6.40
≥ 71	4	3	3	1	0	11	1.40
укупно	200	188	169	196	9	762	

Приказ лекара специјалиста медицине рада који су уписани у именик Лекарске коморе Србије и којима је издаша лиценца за рад

ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ РАДНИКА – НИШ

У ТРАНЗИЦИОНОМ
СЕНДВИЧУ

// ПОДАЦИ ЗЕМАЉА У ТРАНЗИЦИЈИ УКАЗУЈУ НА ПРОПАДАЊЕ ВЕЛИКИХ ПРЕДУЗЕЋА, РАСТ НЕЗАПОСЛЕНОСТИ И СИРОМАШТВА, НЕПОТПУНИ ИЛИ ПРИВРЕМЕНИ РАДНИ ОДНОС, РАСТ „РАДА НА ЦРНО“, ПАД КВАЛИТЕТА РАДА МЕДИЦИНЕ РАДА ШТО ИМА ЗА ПОСЛЕДИЦЕ: ПОРАСТ БРОЈА ПОВРЕДА НА РАДУ, ЧАК И У УСЛОВИМА СМАЊЕНЕ ПРОИЗВОДЊЕ И ПРОДУКТИВНОСТИ, У ПОРАСТУ ПРОФЕСИОНАЛНИХ ОБОЉЕЊА И ПОРАСТА СТОПЕ ОДСУТНОСТИ //

Завод за здравствену заштиту радника Ниш је здравствена установа у систему здравства Републике Србије чији је оснивач и власник до јануара 2007. године била Влада Републике Србије, а након тога Град Ниш преузима оснивачка права. Седиште Завода је у улици Војислава Илића бб у Нишу, док су саставне радне јединице лоциране у кругу различитих привредних предузећа: Диспанзери „МИН“, „ДИН“, „ЕИ“, „НИР“, „Лака индустрија“ и амбуланте „Јастребац“, „Нитекс“, „Грађевинар“, „Вулкан“, СУП.

Реч је о здравственој установи у којој се више од пет деценија обавља здравствена заштита радно активне популације и унапређује њихово здравље. Од свог оснивања Завод спроводи и подстиче научно-истраживачку делатност, као наставна база Медицинског факултета Универзитета у Нишу.

Развој службе медицине рада у Нишу почео је давне 1955. године, када је основан Диспансер за индустријску хигијену и професионалне болести. Од 1961. године Диспансер је пословао као Одељење за медицину рада у саставу Хигијенског завода у Нишу, а од 1964. године постаје наставна база Медицинског факултета у Нишу. Године 1966. Одељење прераста у Институт за медицину рада, које од 1971. године функционише у оквиру Медицинског факултета у Нишу. Интеграцијом Диспансера за медицину рада при фабрикама МИН, ДИН, ЕИ, Вулкан, Дом железничара и Института за медицину рада као наставне базе Медицинског факултета формиран је 1986. године јединствен Институт за медицину рада Ниш, који је од 1992. године сагледан као Завод за здравствену заштиту радника Ниш.

Делатношћу Завода спровode се:

Превентивни прегледи:

А) Претходни прегледи и периодични прегледи радника који раде на радним местима са повећаним ризиком.

Б) Систематски прегледи

Циљани прегледи (гинеколошки, кардиолошки, превентивни прегледи раног откривања малигних обољења и други).

В) Издавање лекарских уверења за:

- возаче (аматере, професионалце и за продужење возачке дозволе за особе старије од 65 година)
- заснивање радног односа

- отварање приватног предузетништва
- одлазак у иностранство
- усвајање деце и хранитељство
- склапање брака малолетних лица
- ношење оружја
- упис у школу и факултет
- добијање телефона или стана
- смештај у Дом пензионера
- ЈУ образац
- ФОЗ (фактор отежаног запошљавања)

Г) Припрема пацијената за излазак на инвалидску комисију

Д) Оцена привремене и трајне радне неспособности

Ђ) Професионална оријентација и селекција

Е) Експертне обраде, судско медицинска вештачења

Ж) Едукација из области прве помоћи, здравствена предавања у групи

З) Промоција здравља на радном месту у односу на акт о процени ризика, промоција здравих стилова живота, едукација радника...

Дијагностика и лечење:

А) Општа медицина и медицина рада са:

- лабораторијском дијагностиком
- рендген, колор доплер ултразвук
- мерењем коштане густине (дензитометрија)
- функционалном дијагностиком плућа, срца и крвних судова, капилароскопијом и плетизмографијом

Б) Специјалистичко консултативне службе:

- офталмологија (Ауторефрактокератометријско испитивање вида, периметријско испитивање ширине видног поља, одређивање наочара, одређивање оштрине вида, безконтактно мерење очног притиска, стерео вид, електронеуроофталмолошка испитивања – ВЕП, ЕРГ, ЕОГ и др.)
- Неуропсихијатрија (психотестирање, ЕМНГ испитивање, Антистрес програм и др.)
- Интерне болести (ЕКГ, тест оптерећења, ултразвук срца, Холтер ЕКГ и Холтер крвног притиска и др.)
- Гинекологија (Папа тест, колпоскопија, испитивање секрета, припрема за вантелесну оплодњу, психофизичка припрема трудница и др.)
- Оториноларингологија (испитивање слуха и равнотеже, тимпанометрија, риноманометрија)



Завод за здравствену заштиту радника у Нишу више од пет деценија унапређује здравље запослених

- Дерматовенерологија (медицинска козметологија)
- Алергологија (кожне алергијске пробе, неспецифични бронхопробациони тест)

Ц) Стоматологија

- лечење болести зуба и уста
- протетика

За здраву радну и животну околину:

А) Процена ризика на радном месту и у радној околини

- Поседујемо лиценцу за обављање процене ризика на радном месту.
- ХИГИЈЕНА РАДА: испитивање хемијских, физичких штетности (бука и вибрације), квалитета осветљења и микроклиме на радном месту.

Б) Акредитовано одељење за заштиту од зрачења:

- мерење радиоактивности у узорцима животне и радне околине са издавањем сертификованих резултата.

В) Испитивање спољашњег озрачивања особа изложених изворима јонизујућег зрачења (ТЛД)

Г) Услуге лица за безбедност и здравље на раду

Д) Испитивање тешких метала у узорцима (атомска абсорпција)

Организациона структура Завода за здравствену заштиту радника је следећа:

1. Служба за медицину рада

1.1. Одељење за обављање превентивних прегледа

1.1.1. Одсек за обављање превентивних здравствених прегледа

1.1.2. Одсек за патофизиологију рада

1.1.3. Одсек за саобраћајну медицину

1.1.4. Одсек за оцену радне способности

1.2. Одељење за физичко хемијска и друга мерења ради очувања здравља запослених у безбедној и здравој радној средини (хигијена рада)

1.2.1. Одсек за процену професионалног ризика

1.3. Одељење за спровођење мера личне и колективне заштите запослених

1.3.1. Одсек за научно-истраживачку делатност и континуирану медицинску едукацију запослених

1.3.2. Одсек за промоцију здравља на радном месту

2. Служба за општу медицину, гинекологију и стоматологију

2.1. Одељење за општу медицину

2.2. Одељење за гинекологију

2.3. Одељење за стоматологију

3. Служба за специјалистичко-консултативну делатност

3.1. Одељење за интерну медицину

3.2. Одељење за неуропсихијатрију

3.3. Одељење за оториноларингологију

3.4. Одељење за офталмологију

3.5. Одељење за дерматовенерологију

3.6. Одељење за радиологију

4. Служба за лабораторијску дијагностику

4.1. Одељење за биохемијску и хематолошку дијагностику

4.2. Одељење за заштиту од зрачења

4.3. Одељење за токсиколошку дијагностику

45 <

5. Служба за правне, економско-финансијске, техничке и друге послове

- 5.1. Одсек за правне и опште послове
- 5.2. Одсек за економско-финансијске послове
- 5.3. Одсек за информатику и аутоматску обраду података

У нишком Завод за здравствену заштиту радника запослено је, на дан 31. 12. 2009 године, укупно 330 радника, Од тога је укупно 70 лекара (63 специјалиста и седам лекара опште медицине), један дипломирани фармацеут специјалиста токсиколог, 128 запослених здравствених радника са вишом и средњом стручном спремом, 16 зубних лекара, 21 стоматолошка сестра, 13 зубних техничара, 20 здравствених сарадника са високом и средњом стручном спремом, 61 административни и технички радник.

Радно-активно становништво, које је циљна група медицине рада, ствара сва материјална добра за друштвену надградњу и функционисање државе и напредак друштва. Оно ту своју улогу може остварити само ако је здраво и радно способно, па у крајњем, здравље радно-активног становништва чини основни ресурс једне земље.

Због трендова глобализације и либерализације тржишта, јачања конкуренције, а последњих година због економске и финансијске кризе на глобалном нивоу дошло је до низа негативних ефеката, посебно у земљама у транзицији, на социјалну сигурност, на запошљавање, на радну и животну средину. Све то има уплив и на здравље радно-активне популације и на службе медицине рада које су задужене за бригу о њеном здрављу.

Подаци и искуства земаља у транзицији указују на пропадање великих предузећа (која су била носиоци квалитетних служби медицине рада), на раст незапослености и сиромаштва, на појаву непотпуног или привременог радног односа (без адекватне заштите здравља на радном месту), на раст броја малих и средњих предузећа (где је често недовољна свест о значају заштите здравља радника), на раст „рада на црно“, на раст атипичних облика рада и радних односа (самозапошљавање, рад у кући, рад у породичном предузећу), на пад квалитета рада медицине рада (али и њене доступности и обухвата радне популације), на нејасну и недовољну легислативу која регулише област здравствене заштите радне популације.

Последице ових трендова огледају се у порасту броја повреда на раду (чак и у условима смањене производње и продуктивности), како у великим тако и малим и средњим предузећима, у порасту професионалних обољења, у порасту броја болести у вези с радом, пораста стопе одсутности с посла и што је још важније порасту инвалидизирања и смањењу запошљивости радника.

Наведене трендове прате високи трошкови лечења и различити други издаци и давања, све до неоствареног дохотка. Процене Међународне организације рада указују да се само по овом основу губи око 4 одсто бруто националног дохотка.

Уз напред наведено, искуства земаља у транзицији из области неминовних реформи социјалног, здравственог, пензијског и инвалидског система указују да захтеви за „брзим смањењем јавне потрошње“ доводе до:

- смањених издвајања за заштиту здравља на раду (која има озбиљне и дугорочне реперкусије),
- непоштовања минимума међународних стандарда који су дефинисани документима Светске здравствене организације и Међународне организације рада,
- запостављања па чак и делимичног укидања постојеће инфраструктуре медицине рада,
- „пребацивања“ финансирања ове делатности на предузећа (често у пропадању) и предузетнике (неин-

формисане или незаинтересоване) чиме се додатно отежава спровођење превентивних мера и мера очувања здравља радника.

Због свега наведеног, план наших активности ће и у току 2010 године бити усмерен на решавање нагомиланих проблема из ове области. Термин здравље на раду традиционално подразумева очување и унапређење здравља и радне способности радника, али и унапређење радне средине и стварање безбедних и здравих радних места. Главни носилац здравља на раду јесу службе медицине рада.

Иницијатива која је покренута из Ниша и нашег Завода уродила је формирањем Републичке стручне комисије за медицину рада коју је именovalo Министарство здравља са задатком да у контакту са одговорним лицима Министарства здравља и рада, даје предлоге за унапређење медицине рада и одговоре на сва спорна питања која се тичу ове области.

Такође, предложили смо да се хитно приђе изради неопходних докумената која недостају и која проистичу из докумената међународних организација (Национална стратегија здравствене заштите радно-активног становништва, Национални акциони план о здравственој заштити на раду, Закони о обавезном здравственом осигурању заштите здравља на раду и др.).

Почетком ове године је израђена Национална стратегија здравствене заштите радно-активног становништва као документ који треба да донесе Влада Републике Србије на предлог Републичке стручне комисије. Из Националне стратегије треба да проистекну сва важна документа из области здравствене заштите радно-активног становништва.

То је, надамо се и увод у коначно уређење и јасну легислативу која регулише област здравствене заштите радно-активне популације.

У складу са Законом о здравственом осигурању („Службени гласник РС бр. 107/05 и 109/05) и Законом о здравственој заштити („Службени гласник РС бр. 107/05) који су ступили на снагу децембра 2005. године, специфична здравствена заштита коју пружају службе медицине рада не представљају право из обавезног здравственог осигурања, већ ову врсту здравствене заштите финансира послодавац из својих средстава.

У овим тешким временима, када се јавно говори о општој незапослености, лошем стању у привреди, економској кризи и све већем сиромаштву, Министарство здравља намерава да најважнији ресурс земље, здравље радноактивног дела становништва и бригу о њему, препусти привредницима и власницима средњих и малих предузећа, по угледу на високоразвијене земље, где најжалост Србија у овом тренутку не припада.

У Србији је тешко примењив модел развијених земаља данас, када се већина становништва углавном бори за егзистенцијални опстанак. Ко треба да брине о здрављу радника? Послодавац или држава? Ми смо трамо да то мора да чини држава преко ресорног министарства – Министарства здравља.

Зато је наш предлог да се најављена измена у финансирању служби медицине рада одложи до доношења напред наведених докумената, а да се у међувремену утврди минимум активности из области специфичне здравствене заштите запослених (друштвена брига за здравље на нивоу послодавца) који би се финансирао из буџета Републике (и других средстава) и тиме обезбедио минимум превентиве за запослене који раде под повећаним ризиком – а чији су послодавци најчешће у финансијски најтежем положају.

Др сци. Љубодраг Радевић,
директор Завода за здравствену
заштиту радника, Ниш

ВЕЛИКАНИ НАШЕ МЕДИЦИНЕ – ВЛАДАН ЂОРЂЕВИЋ (1844–1930)
ХИРУРГ КОЈИ ЈЕ БИО „ВЕЋИ ЗА ГЛАВУ“ ОД СВОЈИХ САВРЕМЕНИКА

БИО ЈЕ СВЕ ОСИМ „КРАЉА И ПАТРИЈАРХА“

// ПО РОЂЕЊУ ДАТО МУ ЈЕ ИМЕ ХИПОКРАТ, СА ЖЕЉОМ ДА БУДЕ ЛЕКАР. ТО ИМЕ ЈЕ ЂОРЂЕВИЋ НОСИО СВЕ ДО МАТУРЕ, КАДА ЈЕ НА ПРЕДЛОГ ЂУРЕ ДАНИЧИЋА ПРОМЕНИО ДА БУДЕ „ПО СРПСКИ“ ВЛАДАН // ПОД УТИЦАЈЕМ ЈОСИФА ПАНЧИЋА ОПРЕДЕЛИО СЕ ЗА СТУДИЈЕ МЕДИЦИНЕ У БЕЧУ // У АПРИЛУ 1872, УЗ ВЕЛИКУ ДИПЛОМАТСКУ ВЕШТИНУ И СТРПЉЕЊЕ УСПЕО ЈЕ ДА ФОРМИРА СРПСКО ЛЕКАРСКО ДРУШТВО – ПРВУ АСОЦИЈАЦИЈУ ЛЕКАРА НА БАЛКАНУ //

Тешко је у историји медицине наћи личност такве ширине и деловања, тог утицаја и толике деловности. Др Владан Ђорђевић оставио је дубоке трагове у српској медицини деветнаестог века. Рођен у Београду 1844. године био је предодређен да буде лекар.

Отац му потиче из северне Грчке, био је лекарски помоћник у српској војсци. Сину је по ређењу дао име Хипократ, са жељом да буде лекар, као онај чувени антички филозоф и лекар. То име је Ђорђевић носио све до матуре, када је на предлог Ђуре Даничића променио да буде „по српски“ Владан.

Под утицајем Јосифа Панчића определио се за студије медицине у Бечу. Био је врло запажен млади књижевник још у време гимназијског школовања, добио је награду за књижевни првенац од кнеза Михаила Обреновића. За време студија определио се за хирургију, коју је специјализирао код чувеног професора Билрота. Да би усавршио хируршко знање, уз дозволу српске владе отишао је на „ратно крштење“ у француско-пруски рат, укључивши се у пруски санитет.

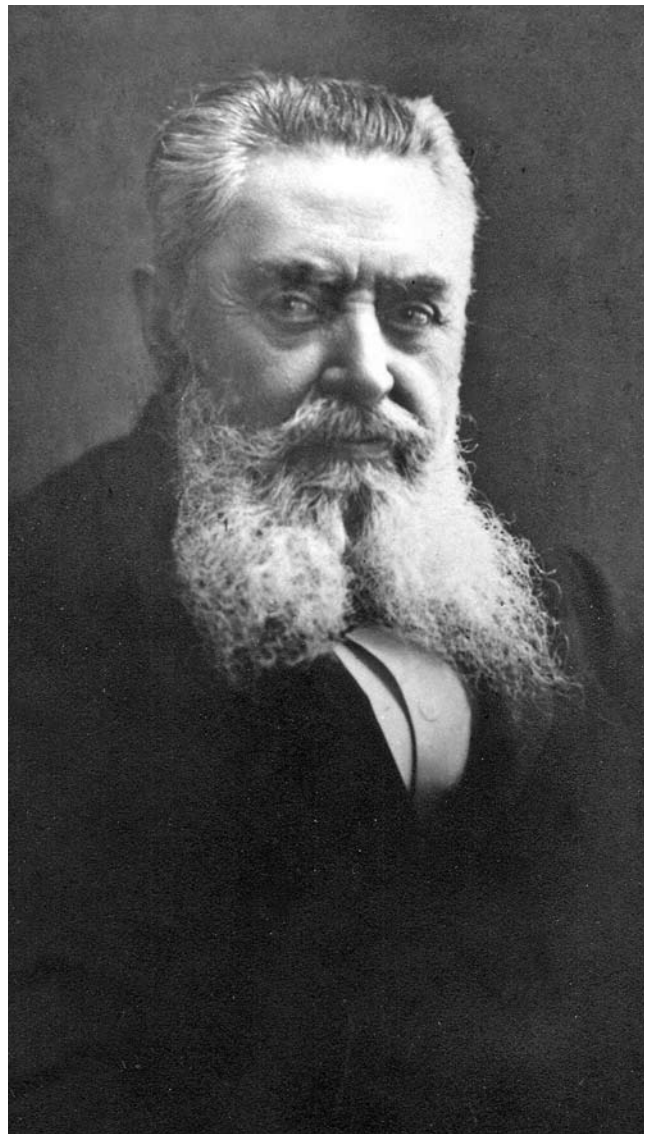
Ратно крштење

Врло успешно је организовао ратну болницу код Франкфурта, због чега је добио чин и похвалу чувеног хирурга Лангебека.

По повратку у Србију, био је краће време у немилојсти режима па је отворио приватну праксу. Показао се као врло успешан и агилан лекар. Био је уочен од стране грађана али и владајуће елите.

Примљен је у војску, а потом унапређен за дворског лекара. Године 1872. написао је и публиковао књигу „Санитетски послови у Србији“ која је изазвала жучне полемике, а Владан легитимисан као лекар који жели и хоће да промени жалосно стање здравствене заштите у Србији. Др Владан Ђорђевић је дао слику не само лекарске службе, него и социо-економског стања српског становништва.

>>> Године 1876. др Владан Ђорђевић основао Друштво црвеног крста Србије <<<



КОРАК ИСПРЕД СВОГ ВРЕМЕНА: ДР ВЛАДАН ЂОРЂЕВИЋ

47 <

Изнео је оштру критику санитетских власти на чијем челу се тада налазио др Стеван Милисављевић. Критика није остала без одговора, па је по добром „српском“ обичају изазвала вишемесечну полемику, која није оставила равнодушним ни ван медицинског кругове.

Да би доказао како није суви критизер, др Владан Ђорђевић се дао на посао. Написао је програм модернизације српског санитета кроз лекарске асоцијације. Већ у априлу 1872, са много напора, уз велику дипло-

>>> Мало је позната чињеница да је др Ђорђевић био председник Београдске општине, иницирао увођење плинског светла, канализације и водовода, калдрмисање београдских улица, изместио је гробље са Ташмајдана, на Ново гробље кога старији памте као „Владановац“ <<<

матску вештину и стрпљење успео је да формира СРП-СКО ЛЕКАРСКО ДРУШТВО – прву асоцијацију лекара на Балкану. Оснивачкој скупштини присуствовало је 15 лекара, потицали су из пет националности. Статут је написао др Владан Ђорђевић а одобрио га Министар унутрашњих дела. За председника Српског лекарског друштва изабран је Ахим Медовић лекар високе стручне и моралне репутације.

Том приликом основан је „Српски архив“ часопис који траје до данашњег дана, један од најстаријих и најдуговечнијих медицинских часописа у свету. Др Владан Ђорђевић је пуних 25 година бринуо о изласку и финансирању овог часописа. Био је његов уредник и агилан стручни сарадник.

Прва школа за болничаре

Године 1876. др Владан Ђорђевић је основао Друштво црвеног крста Србије. Ово хумано удружење одиграло је значајну улогу у српско турским ратовима и касније у решавању социјалних питања сиромашног становништва српских села и градова.

Друштво црвеног крста постало је носиоц здравственог просвећивања српског народа. У оквиру друштва вршена је стручна едукација за прву помоћ болеснима и рањеницима.



Први лекар с чином пуковника Српске војске – др Владан Ђорђевић



Мало је познато да је др Ђорђевић био и председник Београдске општине

Од 1872. до 1877. године др Владан Ђорђевић се ангажовао у организацији војног санитета. Велике су његове заслуге на овом пољу. Основао је прву школу за болничаре, на којој је и предавао. Изборио се за уважавање војних лекара, њихово напредовање у официрској хијерархији и положају. Треба напоменути да у српској војсци до Владана Ђорђевића лекар није могао имати већи чин од мајорског, др Владан је први добио чин пуковника српске војске. Утицај др Владана Ђорђевића у Србији био је велики, не због политичке снаге већ због динамике, акције и организације свега чега се прихватао.

Био је корак испред свога времена и „већи за главу“ од својих савременика. Био је човек ренесансног образовања и модерних идеја. Хтео је да феудалну Србију, модерним реформама и савременим размишљањима уведе у Европу.

Године 1882. формирао је у Београду „Српско друштво за борбу и гимнастику“, из тог корена широм Србије почела су да се оснивају разна спортска друштва од „Сокола“ до „Душана силног“. Оснивање спортских друштава било је у функцији здравља и здравствене културе српске омладине.

Значајан подухват др Владана Ђорђевића свакако је и доношење закона „О народном санитетском фонду“ и „О чувању народног здравља“. Био је аутор оба ова закона. Требало је много труда, знања и вештине да Народна скупштина усвоји ове модерне законске акте. Историјари здравства сматрају да су та два акта – закона највећи успех здравствене политике Србије у деветнаестом веку. Били су то савремени погледи на потребе становништва за здравственом заштитом и санитарним прописима. Оцењени су у међународној јавности као најнапреднији на европском континенту.

Нажалост, никада у целисти нису примењени.

Увео јавну расветљу

Мало је позната чињеница да је др Владан Ђорђевић био председник Београдске општине. Иако се кратко време задржао на том положају учинио је много да се наш главни град трансформише, из средњевековне турске касабе у модерни европски град.

Иницирао је увођење плинског светла, канализације и водовода, калдрмисање београдских улица. Данашњи „Студентски парк“ дело је др Владана Ђорђевића. Изместио је гробље са Ташмајдана на периферију Београда. Стари Београђани су Ново гробље упамтили као „Владановац“.

У својој богатој политичкој каријери др Владан Ђорђевић био је све осим „краља и патријарха“ како су не без зависти говорили његови политички противници. Историја га је легитимисала као конзервативног обреновићевца, што га је по паду династије Обреновића ставило ад акта.

Проживео је још тридесет година XX века. Доживео је да се оствари његова идеја о медицинском факултету у Београду. Године 1925. први декан тог факултета др Милан Јовановић Батут, уручио је др Владану Ђорђевићу прву диплому – почасну.

Сваки објективни историчар српске књижевности не би могао заобићи Владана Ђорђевића као књижевног ствараоца XIX и XX столећа. Према објављеним текстовима Владан је најплоднији српски писац. Педантни статистичари забележили су да је његов текст попунио 24.000 штампаних страница.

Писао је приче, песме, драмске текстове, романо, есеје, критике. Најзапаженије његово дело је „Историја српског санитета“ у три тома. Пуних двадесет пет година уређивао је и издавао књижевни часопис „ОТАЦ-БИНА“ у коме су своја књижевна дела објављивали Змај, Нушић, Веселиновић, браћа Илић и многи други значајни и заборављени писци српских књижа. Нажалост, Јован Скерлић „заборавио“ је да спомене др Владана Ђорђевића у „Историји српске књижевности“.

Ћиомен ѿлоча

На крају овог текста о првом српском хирургу оснивачу многих асоцијација, државнику и дипломати, књижевнику и хумани-

>>> У родном Београду нема улице ни установе са његовим именом <<<



сти, треба, не без горчине споменути чињеницу да је неправедно запостављен. У родном Београду нема улице ни установе са његовим именом.

Захваљујући агилности начелника и лекара ВМА поводом обележавања 165. година рођења подигнут је споменик др Владану Ђорђевићу испред ове установе. Вредна је хвале и спомена подршка Лекарске коморе Србије и њене директорице др Татјане Радосављевић да се на улазу у Ново гробље постави спомен плоча са бронзаним ликом др Владана Ђорђевића.

Комора је у ту сврху организовала „Донаторско вече“ где су лекари дали прилог за реализацију ове акције. На 165 година од рођења откривена је спомен плоча и на тај начин изаборава „извучен“ др Владан Ђорђевић, најпознатије име српске медицине у њеном трајању кроз три столећа.

Академија медицинских наука Србије – СЛД у поводу 165 година од рођења, организовала је научни симпозијум, а аутори В. Јокановић и М. Јевтић написали су и монографију „ДР ВЛАДАН ЂОРЂЕВИЋ У ЦИВИЛНОМ И ВОЈНОМ САНИТЕТУ СРБИЈЕ“.

Покренута је иницијатива да се једној од београдских улица да име др Владана Ђорђевића. Надамо се да ће се и то догодити, заслужио је др Ђорђевић веће признање и поштовање српског народа.

Др Владимир Јокановић

ХРОНИКА ПОВОДОМ 150 ГОДИНА

Прва стална цивилна болница у Србији

// ОСНИВАЊЕ БОЛНИЦЕ
У КРАГУЈЕВЦУ КАО
И БРОЈНЕ ИНСТИТУЦИЈЕ
У ОВОМ ГРАДУ,
ЗАПОЧЕО ЈЕ КНЕЗ
МИЛОШ ОБРЕНОВИЋ
А НАСТАВИЛИ СУ
ЊЕГОВ СИН МИХАЈЛО
И КЊЕГИЊА ЈУЛИЈА //

На иницијативу Окружне подружнице Српског лекарског друштва у Крагујевцу, у току је израда хронике поводом 150 година од оснивања болнице у Крагујевцу, као прве сталне цивилне болнице у Србији. Дело ће бити промовисано у оквиру „Октобарских здравствених дана“ у Крагујевцу.

Уредник ове хронике, проф. др Зоран Матовић књигу је најавио као капитално дело за будућност, сведочанство о развоју сваке медицинске гране понаособ, о развоју здравствених установа, школа, медицинских часописа у Крагујевцу у протеклих век и по. Резултат је дугогодишњег рада на коме ради више од 30 аутора.

Оснивање болнице у Крагујевцу, која је била прва у Србији, као и бројне институције у овом граду, започео је кнез Милош Обреновић а наставили су његов син Михајло и књегиња Јулија. Тако је 1860. године на простору данашњег „Милошевог венца“ основана болница која је тада имала шест а потом дванаест кревета за пацијенте. Пацијенте су лечили најученији лекари у то време који су студирали медицину ван граница Србије. Та болница представља претечу не само данашњег Клиничког центра Крагујевац, већ свих здравствених установа у централној Србији.

Заинтересовани читаоци имаће могућност да свој примерак хронике обезбеде у претплати. Цена књиге по изласку из штампе износиће 1250,00 динара а у претплати 850,00 динара.

Мр сци. мед. др Горан Илић



1



3

>>> На простору данашњег „Милошевог венца“ 1860. године основана је болница која је тада имала шест а потом дванаест кревета за пацијенте <<<

КРАГУЈЕВАЧКЕ БОЛНИЦЕ



2

>>> Пацијенте су лечили најученији лекари у то време, који су студирали медицину ван граница Србије <<<

Контакт за наручивање претплатничког примерка:

Телефон: 034/372-169

Факс: 034/337-583

E-mail: slfskckg@nadlanu.com

Број текућег рачуна код Cedy банке: 150-1225-52



4

1. НЕКАДАШЊА УПРАВНА ЗГРАДА БОЛНИЦЕ
2. ПАВИЉОН ЛАБОРАТОРИЈЕ И АПОТЕКЕ
3. ГИНЕКОЛОШКА ОПЕРАЦИЈА 1926. ГОДИНЕ
4. ПАВИЉОН КОЖНОГ ОДЕЛЕЊА И ЛАБОРАТОРИЈЕ
5. ПАВИЉОН НЕКАДАШЊЕ ХИРУРГИЈЕ И ИНТЕРНОГ ОДЕЛЕЊА
6. ХИРУРШКА ОПЕРАЦИЈА 1906. ГОДИНЕ



5



6

НЕПОЗНАТО О ПОЗНАТИМА „ОТАЦ МЕДИЦИНЕ“ СА КОСА

ЛЕКАР ЈЕ СЛУГА И ТУМАЧ ПРИРОДЕ

// ПОСЕБАН, МОЖЕ СЕ РЕЋИ НЕПРОЦЕЊИВ ЗНАЧАЈ ХИПОКРАТОВЕ МЕДИЦИНЕ ЈЕ У КЛИНИЧКОЈ ПРАКСИ // „ОТКРИВАЊЕ БОЛЕСТИ (DIAGNOSIS) ОБАВЉА СЕ ПОСМАТРАЊЕМ И ЗАПАЖАЊЕМ (ANAMNESIS), АЛИ НЕ ГЛЕДАЊЕМ У ЗВЕЗДЕ И У ДИМ СА ЖРТВЕНИКА, ВЕЋ У БОЛЕСНИКА, СВОЈИМ ОЧИМА (VISITATIO), УШИМА (AUSCULTATIO), НОСЕМ (OLFACIO), УСНАМА (DEGUSTATIO), РУКАМА (PALPATIO)“!!! //

Хипократ, античко-грчки лекар из доба Перикла, сматра се једним од најзначајнијих личности у историји медицине. До данас важи за утемељивача модерне медицине, тј. медицине као науке, те с правом овог грчког лекара сматрају „оцем медицине“.

О самом Хипократовом животу се мало зна, но опште прихваћено мишљење историчара је да је рођен око 460. године на острву Косу (Κως), где је и постао познати лекар и наставник лекарског позива. О његовом животу корисне информације добијамо од његовог првог биографа, грчког гинеколога из другог века нове ере Сорануса из Ефеса, а такође и из списка Аристотела из IV века пре нове ере. Подаци о животу и личности Хипократа такође постоје и у делима написаним много касније после његове смрти у делима Цеца у 12. веку нове ере.

Тако Соранус пише да је Хипократов отац Хераклид лекар, а његова мајка Пракситела је ћерка Тицана. Два Хипократова сина, Тесалус и Драко, као и његов зет, Полибус су били његови студенти. Према Галену, Полибус је био прави Хипократов наследник, док су оба његова сина имала синове који су носили његово име - Хипократ.

По Соранусу, Хипократ је учио медицину од свог оца и деде. Вероватно је похађао предавања, вежбе у



ХИПОКРАТ
(ГРЧ. *Ἱπποκράτης*),
РАД ПЕТЕРА ПАУЛА
РУБЕНСА, 1638.

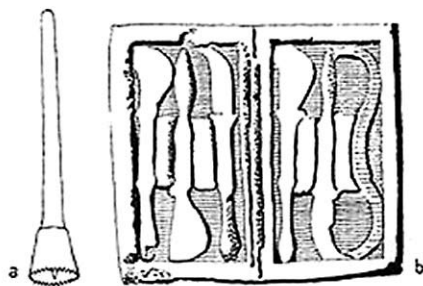


Асклепиеону (Асклепијенов или Ескулапијев храм) на Косу и узимао лекције од тракијског лекара, у то време чувеног, Херодикуса, као и од софисте Горгија.

Познато је да је за свог живота највише подучавао на свом родном острву, али је такође и много путовао по целој античкој Грчкој, Египту, Малој Азији, Либији и стекао велику славу. Многе забележене приче и догађаји из Хипократовог живота, немају историјску потврду и све се не могу

сматрати за истините, иако се спомињу у многим модерним текстовима. Свакако да је најпознатија она о великом пожару који је подметнут по Хипократовом налогу у Атини за време велике епидемије куге, као мера дезинфекције, што је допринело сламању епидемије и спасавању Атине.

Прича о другом пожару у коме је страдао његов храм на Косу са целокупном библиотеком, а који је такође подметнут по Хипократовом налогу, да би он наводно, сачувао медицинска знања само за себе, данас се сматра потпуном неистином. Наиме, о епидемији куге у Атини, постоје поуздани историјски докази, ова друга легенда нема никакву историјску подлогу. Шта више сматра се да је она плаширана од његових неистомишљеника и непријатеља у циљу његове компромитације. Умро је у покрајини Тесалији, вероватно у доби од 83 или 90 година. Сахра-



АНТИЧКИ ГРЧКИ ИНСТРУМЕНТИ:
А-ТРЕФИН, Б-СКАЛПЕЛИ



ЕСКУЛАПИЈЕВ, ГР. *Ἀσκληπιόν*
ХРАМ НА ОСТРВУ КОС



ДРВО, ПЛАТАНА У ГРАДУ КОСУ
ИСПОД КОГА ЈЕ ХИПОКРАТ „РАДИО“

њен је поред Ларисе где је била и изграђена гробница. Данас није могуће утврдити тачно место његовом гробу, а на острву Косу може се и данас видети извор и поред њега табла са Хипократовим именом.

Сва медицинска дела која се приписују Хипократу сакупљена су у збирци која носи његово име, *Corpus Hippocraticum*. Ово дело садржи списе који су од IV века п. н. е били приручна библиотека лекара и дали основу за терминологију која још и после скоро 2500 година важи. Тешко је међутим издвојити оно што припада само Хипократу. Сами антички лекари, пре свега Гален увидели су да сва дела нису потицала од Хипократа.

Анализе модерних историчара говоре да је *Corpus Hippocraticum* хетероген, што би могло да значи да списи не потичу од истог аутора. Главни списи одсликавају учење Ескулапијеве школе са Коса. Болесни организми се посматрају као целине, даје се прогноза и утврђује законитост патолошких процеса, док је лечење конзервативно, дијететско са усмеравањем на јачање организма као целине. У другим деловима су заступљене идеје о хуморалној теорији постанка болести, а у неким је пнеума значајна. Постоје и списи који чине расправе спекулативног и филозофског карактера из пресократовог времена. Сва дела су писана грчким језиком јонског дијалекта мада има и оних са мањим језичким разликама. Нека дела су у виду приручника са научним расправама за професионалне лекаре а нека за студенте и широку публику.

Хипократова лекарска етика

Но без обзира на ове изнете податке несумњиво да је већина списа Хипократово дело, док су остала, дела његових ученика који су потекли из његове школе (Херодик, Праксагора, Тесал, Полибус). Сва дела су написана од V до III века п. н. е, што говори о њиховој аутентичности, и од тада су генерацијама лекара главни извор медицинског знања. Хипократова дела имају много тога заједничког, међусобно су повезана, строго су научна и осуђују лечење магијом а признају природу (*physis*) те се с правом може говорити о постојању Хипократове медицине.

Болест се посматра као биолошка појава која се дешава по законима природе, али против хармоније организма и околине. „Природа се састоји из четири елемента: ваздуха, ватре, воде и земље, а човек се састоји из чврстих делова (кости, мембране, крвних судова, меса) и течних делова или сокова (крви, слози, жуте и црне жучи)“. Најчешће, болест се своди на дискразију, поремећај односа телесних сокова, њихове количине, стања, изгледа итд. У току дисхармоније организам настоји да успостави поремећену равнотежу тј. он је активан у процесу успостављања правилног односа сила, односно у процесу оздрављења. Из овога се наслуђује нешто што се у модерној медицини назива **хомеостаза!** У Хипократовим делима описане су болести праћене повишеном телесном температуром где се могу препознати: тифус, пуерперална сепса, маларија, пнеумонија, туберкулоза и др. Такође се могу наћи изванредни описи болести као што су: илеус, тетанус, гихт, епилепсија, церебрална апоплексија, отитис, реуматска обољења.

Посебан, може се рећи непроцењив значај Хипократове медицине је у клиничкој пракси. „Откривање болести (*diagnosis*) обавља се посматрањем и запажањем (*anamnesis*), али не гледањем у звезде и у дим са жртвеника, већ у болесника, својим очима (*visitatio*), ушима (*auscultatio*), носом (*olfatio*), уснама (*degustatio*), рукама (*palpatio*)“!!! Хипократ каже: „Треба наклонити уво са стране грудног коша и задрмати болесниково раме, па

ЗАШТО СЕ ХИПОКРАТОВА ЗАКЛЕТВА „ДОТЕРУЈЕ“

Редиковање заклетве

Један од најважнијих и најзначајнијих текстова у *Corpus Hippocraticum*-у је свакако прва позната кодификација начела лекарске етике дата у тексту под називом „Хипократова заклетва“. Сматра се да Хипократова заклетва потиче од питагорејске филозофске школе и да су је уобичајено полагали сви лекари па и сам Хипократ приступању у лекарско друштво Ескулапијеве школе на острву Косу. Хипократова заклетва је индивидуалистичка, лекар има две врсте обавеза, према болеснику и према колегама!!! Позивања на божанства и обавезе неопадања медицинских сазнања онима који не положи заклетву упућује на дубоки морални став и схватања тадашњег друштва (приватност пацијената и отклон према лаицима и надрелекарству!). Хипократова заклетва је вековима била етички узор свим лекарима те је доносимо у целини у оригиналној верзији:

Хипократова заклетва:

Кунем се Аполоном лекаром, Асклепијем, Хигејом, и Панакејом, и за сведоке узимам све богове, и све богиње, да ћу се у складу са својим способностима и својим расуђивањем држати ове Заклетве.

Да ћу сматрати драгим као родитеља оног који ме је научио овој уметности; да ћу живети у слози са њим и, уколико је то потребно, делити своја добра са њим; да ћу његову децу гледати као своју браћу, да ћу их, уколико то зажеље, подучити овој уметности без наплате или писане обавезе, да ћу поделити са својим синовима, синовима учитеља и ученицима који су се уписали и прихватили правила професије, али само са њима, правила и инструкције.

Преписиваћу лечење на добробит својих пацијената у складу са мојим способностима и мојим расуђивањем и никада никоме нећу нанети зло.

Никоме нећу, чак и ако ме замоли, преписати смртоносан отров нити ћу му дати савет који може проузроковати његову смрт.

Нити ћу дати жени средство за побачај

Одржаћу чистоту мог живота и мог умећа

Нећу оперисати код камена, чак и ако је болест очигледна код пацијента; оставићу ову операцију специјалистима тог умећа.

У коју год кућу да уђем, ући ћу само за добробит мојих пацијената, држећи се подаље од било каквог намерног недела и од завођења жена и мушкараца зарад љубавних задовољстава, било да су слободни или робови.

Све што сазнам приликом вршења моје професије или свакодневног пословања са људима, а што не треба ширити даље, чуваћу као тајну и никада нећу открити. Уколико се верно држим ове заклетве, нека уживам у мом животу и пракси моје уметности, поштован од стране свих људи за сва времена; али уколико застраним са ње или је прекршим, нека ме све супротност задеси.

»

« Овакав, дубоко етички текст, са очигледним потенцирањем алтруизма, скромности и строгим поштовањем свих људских, хуманих и божијих закона ретко ког човека а посебно лекара може да остави равнодушним. Моралне вредности које се наводе, чини се да су нам данас потребније него икад.

Оригинална Хипократова заклетва садржи следеће најважније принципе:

- Заклињање да ће се придржавати ове заклетве;
- Исказивање захвалности и поштовања према својим учитељима;
- Обавеза на чист и побожан живот;
- Обавеза да се свој живот подреди у корист болесника;
- Равноправност болесника без обзира на пол и класу;
- Одбијање да се лекар бави оним за шта није оспособљен;
- Одбијање давања абортивних средстава;
- Чување тајне све што види и дозна при лечењу болесника;
- Прихватање награде за успешно придржавање заклетве и казне ако поступи супротно.

Током времена ова се заклетва често мењала од разних аутора, правдајући те измене, њеном превазиђеношћу и непримереношћу савременој медицини и модерном добу!?. Имајући у виду основне постулате оригиналне Хипократове заклетве чини се да се иза ових оправдања крију и други разлози (све очигледнија деперсонификација оболелих, моралне дилеме у неким посупцима, дијагностици и испитивању медикамената и медицинских третмана на „добровољцима“, све присутнији материјализам како у животу тако и у раду). Тако је на неким факултетима, посебно у англосаксонским земљама и Америци седамдесетих година прошлог века, полагање заклетве свршених студената медицине потпуно избачено. Шта се крије из оваког по нама потпуно неоправданог поступка ми можемо само да наслуђујемо. Но, било како било данас је опште прихваћена тзв. модерна верзија Хипократове заклетве чији је текст усаглашен на Међународном конгресу лекарских друштава одржаном у Женеви 1948. године. Даље допуне истог, „модерног текста“ извршене су 1968, 1984, 1994, 2005, и 2006. године, са жељом да се потенцира хуманизам лекарске професије и осуде злочини почињени у нацистичкој Немачкој. Данашња Хипократова заклетва најчешће садржи следећи текст:

„У часу када ступам међу чланове лекарске професије, свечано обећавам да ћу свој живот ставити у службу хуманости. Према својим учитељима сачуваћу дужну захвалност и поштовање. Своје ћу звање обављати савесно и достојанствено. Најважнија брига ће ми бити здравље мога пацијента. Поштоваћу тајне онога који ми се повери. Одржаваћу свим силама част и племените традиције лекарског позива. Моје колеге ће ми бити браћа. У вршењу дужности према болеснику неће на мене утицати никакви обзира вере, националности, расе, политичке или класне припадности. Апсолутно ћу поштовати људски живот од самог зачетка. Нити под претњом нећу допустити да се искористе моја медицинска знања супротна законима хуманости. Ово обећавам свечано, слободно, позивајући се на своју част“.

//

ако у плеури има течности чуће се клокотање”. По први пут се уводи историја болести, са праћењем симптома и клиничких знакова. Код болесника се пажљиво прате и бележе све физичке и психичке промене (*decursus morbi*). Још и данас се у готово свим модерним уџбеницама цитирају примери изванредног запажања и расуђивања који нису застарели до данашњих дана: Хипократови описи „батичастих прстију“ код срчаних болесника (*digg. Hippocratici*) или изглед болесника у терминалном стадијуму шока („*facies hippocratici*“) као и опис Cheyne-Stokes-овог дисања.

Лечење – вештина лекара

Познавање хумане анатомије у доба Хипократа било је оскудно због забране дисекције људског тела. Без обзира на то може се рећи да су и хируршке гране биле развијене. Извођене су трепанације, плеуралне дренаже, ампутације, одстрањивање апсцеса, а третирани су и ишчашења и преломи коштано - зглобног система. Описане су преоперативне припреме болесника и правила чистоће тј. први принципи сепсе и антисепсе. Лечење (*therapia*) спада у вештину лекара, али и у надлежност природе. „Природа је лекар болести“, зато су основни принципи његовог лечења: „*Primum non nocere*“ (Прво не штетити), „*Contraria contrari curantur*“ (Супротно се супротним лечи).

Сва дела из збирке *Corpus Hippocraticum*, први је штампао на латинском језику *Fabius Calvus* у Риму 1525. године, а на грчком језику *Aldo Manuzio* у Венецији 1526. године. Медицина за Хипократа није ништа друго него подржавање природе. Лекар је слуга и тумач природе. Отуда Хипократова вера у „*vis medicatrix naturae*“ (исцелитељска моћ природе), отуда потиче низ непролазних мисли, које су у пуном сјају досегле и до данашњих дана: „*Natura sanat, medicus curat*“ - природа исцељује, лекар лечи. Хипократова мисао је једноставна и упрошће-



Цртеж ХИПОКРАТОВЕ КЛУПЕ ЗА ЛЕЧЕЊЕ ПРЕЛОМА ЕКСТРЕМИТЕТА, ПУТЕМ ТРАКЦИЈЕ

на, понекад до запањујуће обичности. Она носи у себи лакоћу и лепоту новорођене грчке научне мисли. „Живот је кратак, уметност дуга, прави час нагло нестане, искуство је варљиво, просуђивање тешко“.

После 2500 година, савремени Хипократов читалац нема шта да дода или измени, за његово дело можемо слободно рећи да је бесмртно. Хипократ је наш савременик колико је и човек античког, свог доба. Његови описи, коментари и анамнезе су задивљујуће концизне и прецизне, а многе од њих ни до данас нису застареле. Свакако да је Хипократова највећа заслуга утемељење медицине као науке, одвојене од магије, празноверја, апстрактне философије и религије, као и први јасно дефинисани **морални кодекс рада и живота лекара**. Нама на почетку XXI века остаје можда да се запитамо: Где се сада налазимо? Како смо доспели догде? Да ли смо заиста прави и достојни следбеници темељних медицинских и моралних Хипократових постулата, које искрено или не, још увек сматрамо да су поставили медицину као науку.

Прим. др **Милан Тасић**,
спец. анестезиолог

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ РЛК ВОЈВОДИНЕ

ВРАЋАЊЕ ИМОВИНЕ

// ИЗВРШНИ ОДБОР ПОКРЕНУО ПОСТУПАК РЕСТИТУЦИЈЕ ИМОВИНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ДУНАВСKE БАНОВИНЕ // ВЕЛИКИ ПРОБЛЕМ ДОПУНСКОГ РАДА ЛЕКАРА, ОДНОСНО НЕПОСТОЈАЊЕ ЈЕДИНСТВЕНОГ СТАВА ДИРЕКТОРА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА ПРИЛИКОМ ОДОБРАВАЊА ПОДЕЛЕ РАДНОГ ВРЕМЕНА ЗАПОСЛЕНИМА //

У периоду до 1. септембра 2009. до 1. маја 2010. године Скупштина Регионалне лекарске коморе Војводине одржала је пет седница. На седницама су разматрана сва питања која су била од значаја за функционисање и рад Регионалне лекарске коморе Војводине, као и Лекарске коморе Србије у целини. Највише времена је било посвећено питању организације избора за Скупштину Лекарске коморе Србије, изради Правилника који ће регулисати поступак избора, информисању чланства о процесу кандидовања и изборним радњама и слично.

Са посебном пажњом се водило рачуна о финансијском пословању Коморе и са задовољством се може констатовати да, захваљујући домаћинском пословању и рационалном коришћењу средстава, Регионална лекарска комора Војводине послује позитивно.

Извршни одбор Регионалне лекарске коморе Војводине је у назначеном периоду одржао 11 седница на којим је, поред обављања задатака везаних за поверени посао (издавање решења о упису у именик Коморе као и решења о постојању услова за издавање лиценце), разматрао и доносио одлуке о многим питањима важним за што бољу интеракцију Коморе са својим чланством- израда информационог система Регионалне лекарске коморе Војводине као и прерастање сајта РЛКВ у портал РЛКВ.

Извршни одбор, у сарадњи са председником Коморе, покренуо поступак реституције имовине Лекарске коморе Дунавске бановине. Прикупљена је сва неопходна документација, остварени су први контакти са установама које се тренутно налазе у просторијама које су некада припадале Лекарској комори Дунавске бановине тако да је за очекивати да се, у наредном периоду, покрене поступак пред надлежним државним органима.



НАЈВЕЋИ ПРОБЛЕМ – „РАД НА ЦРНО”: Нови Сад

Посебни одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту РЛКВ је у 2010. години одржао три састанка. Закључено је да су проблеми примарне здравствене заштите на које је одбор указивао и раније (извештавање према Фонду за здравствено осигурање, проблем шифрирања услуга, напади пацијената на лекаре...) и даље присутни. Посебан проблем представљао је предлог Уговора са фондом за здравствено осигурање као и на територији Новог Сада, промена печата лекара специјалиста гинекологије, педијатрије и спортске медицине запослених у примарној здравственој заштити.

Боговање и за специјализацију

Посебни одбор за секундарну и терцијалну здравствену заштиту у државној пракси је у 2010. години

одржао је једну седницу. Поново је као тренутно највећи проблем истакнут допунски рад лекара, односно непостојање јединственог става директора здравствених установа приликом одобравања поделе радног времена запосленима.

Посебан одбор за медицинско образовање РЛКВ је у првој половини 2010. године одржао две седнице. Са задовољством је дочекана вест да је процес КЕ на територији Републике Србије започет након закашњења од годину дана али појавили су се многи проблеми у самом спровођењу процеса едукације. Ту се, пре свега, мисли на проблем финансирања присуства стручним скуповима као и на проблем одсуствовања са посла. Одбор је дошао до информације да је велики број лекара који се налазе на специјализацији поставио питање зашто се специјализација не бодује као облик континуиране едукације?

Посебни одбор за стручна питања и стручни надзор је у 2010. години одржао једну седницу на којој је, између осталог, било речи о односу здравствене инспекције према оснивачима приватне праксе јер су од чланства добијене информације да се појединим оснивачима приватне праксе оспоравају решења о дозволи за рад.

Етички одбор РЛКВ је у 2010. години одржао три седнице. На одржаним седницама разматрани су дописи пацијената који су имали примедбе на етичко поступање лекара. Са задовољством се може констатовати да лекари на територији надлежности РЛКВ нису чинили повреде етичког кодекса.

Посебни одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту и одбор за секундарну и терцијалну здравствену заштиту РЛКВ имали су један заједнички састанак у 2010. Години. На састанку је било речи о проблемима са којима се сусреће приватна пракса. Највећи проблем, као и до сада, представља рад

55 <

„на црно“ као и однос државних институција које се баве здравством према приватној пракси. Регионална лекарска комора Војводине је ушла у процес преговора са Покрајинским фондом за здравствено осигурање чији је коначни циљ да се лекарска документација из приватне праксе прихвата на исти начин као и документација државних здравствених установа. РЛКВ је урадила анкету међу оснивачима приватне праксе у којој се велика већина оснивача изјаснила као заинтересована за склапање уговора са фондом за здравствено осигурање.

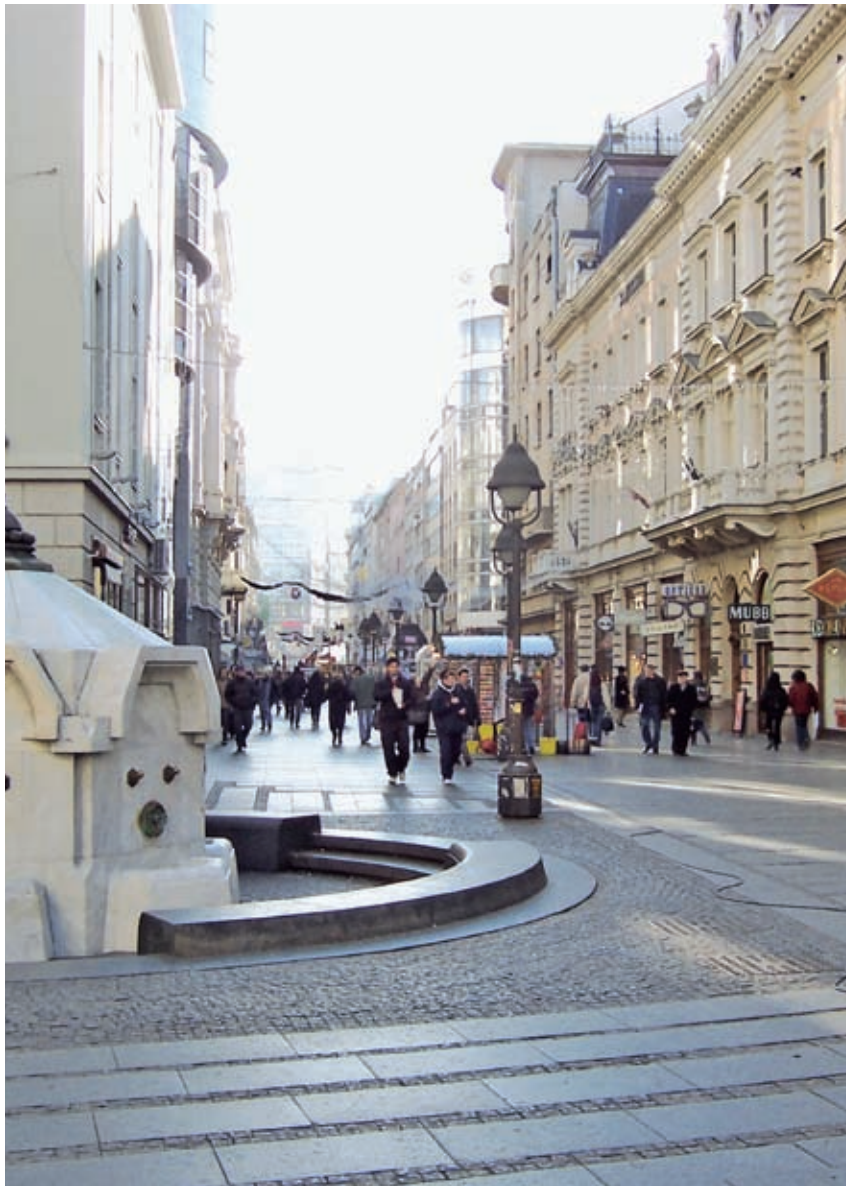
Нова канцеларија у Врбасу

У Мастер центру Новосадског сајама 14. децембра 2009 одржан је међународни стручни скуп „Лекарска грешка“ на ком су, поред представника Лекарске коморе Србије, учешће узели и представници Лекарских комора Хрватске, Словеније, Македоније и Исланда. Актуелна тема скупа привукла је велики број посетилаца, а успешна организација је препоручила Регионалну лекарску комору Војводине као институцију која има капацитете за организацију стручних скупова на највишем нивоу.

Регионална лекарска комора Војводине била је 13. априла ове године домаћин делегацији Покрајинског секретаријата за здравство АП Војводине. Делегацију је предводио Покрајински секретар за здравство др Атила Ченгери. На састанку, који је протекао у изузетно позитивној атмосфери, закључено је да Покрајински секретаријат за здравство АП Војводине Регионалну лекарску комору Војводине прихвата као равноправног партнера на истом задатку: очувању и побољшању здравља грађана АП Војводине.

Регионална лекарска комора Војводине је угостила је 12 маја др Војислава Бабића, шефа одсека здравствене инспекције у Новом Саду. Посета је имала за циљ да унапреди сарадњу између Коморе и здравствене инспекције јер је утврђено да велики број лекара није довољно информисан о прописима којих су дужни да се придржавају у свом раду.

Регионална лекарска комора Војводине 1. маја отворила је канцеларију у Врбасу. Тиме су лекари са пребивалиштем у Врбасу и околним општинама, попут својих колега у Сремској Митровици, Суботици, Зрењанину, Сомбору, Кикинди, Вршцу и Панчеву добили своју канцеларију. //



Покренута иницијативу за измену Правилника о упису и издавању лиценци страним држављанима

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ СТРУЧНЕ СЛУЖБЕ РЛК БЕОГРАДА

РЕДОВНИЈЕ ПЛАЋАЊЕ ЧЛАНАРИНЕ

// ПРВОСТЕПЕНИ СУД ЧАСТИ У ТОКУ 2009. ГОДИНЕ. ПРИМИО 127 ЗАХТЕВА // СА 31. ДЕЦЕМБРОМ 2009. ГОДИНЕ РЕГИОНАЛНА ЛЕКАРСКА КОМОРА БЕОГРАДА ИМАЛА ЈЕ УКУПНО 10.261 ЧЛАНОВА //

У току 2009. године стручна служба Регионалне Лекарске коморе Београда припремила је и организовала четири седнице Скупштине РЛКБ и четири седнице Извршног одбора, с укупно 80 тачака дневног реда и за исте припремила одговарајуће материјале, обезбедила адекватне известице, уз доследно поштовање Пословника о раду нарочито у делу који се односи на поступак сазивања, као и доследну примену Статута ЛКС у погледу адекватног презентирања, разматрања и одлучивања о свим питањима из надлежности ових органа. На овај начин, створен је оквир за успешан и несметан рад Извршног одбора и Скупштине у оквирима њихових надлежности и омогућено несметано и ефикасно деловање њихових делегата.

На седницима Скупштине РЛКБ од 19. 2. 2009. године и 27. 4. 2009. године конституисани су:

- Одбор за јавно здравље, примарну здравствену заштиту у државној пракси,
- Одбор за секундарни и терцијалну здравствену заштиту у приватној пракси,
- Одбор за медицинску етику,
- Одбор за медицинско образовање.

На седницама Скупштине од 19. 2. 2009. године и 27. 4. 2009. године, изабрани су:

- Првостепени суд части и
- Комисија за посредовање.

Наведени органи одржали су, у организацији Стручне службе РЛКБ, следећи број седница у току 2009. године:

- Одбор за јавно здравље, примарну здравствену заштиту у државној пракси, одржао је четири седнице.
- Одбор за секундарну и терцијалну здравствену заштиту у приватној пракси одржао је три седнице
- Одбор за медицинску етику – три седнице
- Одбор за медицинско образовање – једну седницу.

Првостепени Суд части је у току 2009. године, примио 127 захтева. Другим регионалним уступљена су 23 захтева, због ненадлежности РЛКБ. Донета су 45 решења о непостојању формалних услова и 54 решења о постојању формалних услова. Одржана су три главна претреса, а почетком 2010. године донета је и прва пресуда.

Стручна служба РЛКБ је свакодневно пружала информације члановима РЛКБ у вези уписа у Лекарску комору, услова за издавање лиценци, фискализације, бодовања, допунског рада, услова за издавање лиценци страним држављанима, вакцинасања и о другим питањима важним за чланове коморе. Такође је пружала Правне савете у вези радног односа.

Упозорење директорима

У првој половини 2009. године издате су лиценце оним члановима Коморе, који нису били у могућности да присуствују свечаним доделама лиценци.

У току 2009. године у Регионалну лекарску комору Београда, уписало се 363 чланова, којима су издата Решења о упису и уколико су испуњавали услове за издавање лиценци, Решење о испуњености услова о издавању лиценци. Са 31. 12. 2009. године Регионална лекарска комора Београда имала је укупно 10.261 чланова.

Једно од значајних питања које је Стручна служба РЛКБ покренула је и предлог, који је усвојен од стра-

не Управног одбора ЛКС, а то је предлог – иницијатива за измену и допуну Правилника о ближим условима за издавање, обнављање и одузимање лиценци, у делу који се односи на упис и издавање лиценци страним држављанима.

У првој половини 2009. године започет је унос података о уплати чланарине од стране чланова Коморе, тако што су направљене аналитичке картице за сваког члана појединачно, а све у циљу постојања прецизних и потпуних података о извршавању обавезе плаћања чланарине од стране сваког члана Коморе појединачно.

Стручна служба се такође ангажовала на достављању упозорења директорима здравствених установа, који нису били ажурни у плаћању чланарине и упознали их на могућност предузимања мера, као што је брисање лекара из Именика лекарске коморе због неплаћања чланарине и позивање на дисциплинску одговорност, што је прописано чланом 32, ставом 2. Закона о коморама здравствених радника и чланом 21, ставом 4. Статута Коморе, а све у циљу ажурирања података о плаћеној чланарини. Такође су о неизмиренем дуговању за чланарину обавештени и лекари из приватне праксе (оснивачи и запослени). Предузимање наведених мера од стране стручне службе у току пословне 2009. године, имало је за резултат повећања прихода од плаћања чланарине за 100 одсто.

Нове подручне канцеларије

У току 2009. године стручна служба РЛКБ завршила је све припреме података за штампање чланских карата, скенирање и сечење фотографија.

У октобру 2009. године формиране су одлуком Извршног одбора и Скупштине РЛКБ подручне канцеларије у Младеновцу, Лазаревцу и Обреновцу, а које су као организациони делови РЛКБ организоване у циљу њеног ефикаснијег деловања а потом и технички опремљене, што је подразумевало обезбеђење радног простора и његово опремање у чему је учествовала стручна служба.

Стручна служба РЛКБ учествовала је у раду Комисије за јавне набавке расписане у току 2009. године, а које су се односиле на: обезбеђење рачуноводствених услуга, набавку канцеларијског материјала, средстава и прибора у одржавању личне хигијене. Такође је учествовала и у припреми конкурсне документације за јавну набавку штампања часописа ЛКС „Гласник“, а све у складу са одредбама Закона о јавним набавкама.

Стручна служба РЛКБ активно је учествовала у организацији трибине у вези фискализације здравствених услуга и организовала пописивање петиције у вези фискализације здравствених услуга, допунског рада и КМЕ.

Стручна служба учествовала је у организацији трибине на иницијативу комисије за медицину рада и трибине под називом „Осигурање лекара од професионалне одговорности“.

Обезбеђено је члановима Суда части и Комисије за посредовање похађање обуке за медијатора у Центру за медијацију, у јуну 2009. године.

Крајем маја 2009. године Председник РЛКБ, проф. др Мирослав Вукосављевић и члан Скупштине РЛКБ проф. др Небојша Станковић, учествовали су на хуманитарном турниру у малом фудбалу, „BELHOSPICE“

Стручна служба РЛКБ, успешно је организовала прославу славе „Свети Врачи“ у просторијама у ул. Краљице Наталије број 1-3, као и свечани пријем у ресторану „АЕРОКЛУБ“, при чему је утрошено знатно мање средстава од планираних. //

РАД ОРГАНА РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ЗА ЦЕНТРАЛНУ И ЗАПАДНУ СРБИЈУ

ДО ПУНИЈЕ КАСЕ УЗАЈАМНЕ ПОМОЋИ

// УСВОЈЕН ЈЕ ПРЕДЛОГ ДА СЕ ОД ЧЛАНАРИНЕ ОДВАЈА ПЕТ ОДСТО МЕСЕЧНО У ФОНД УЗАЈАМНЕ ПОМОЋИ // ПОКРЕНУТА ИНИЦИЈАТИВА КА СКУПШТИНИ ЛКС ДА ДОНЕСЕ ОДЛУКУ О ПОКРЕТАЊУ ПОСТУПКА ЗА ИЗБОР ОСИГУРАВАЈУЋЕ КУЋЕ СА НАЈПОВОЉНИЈОМ ПОНУДОМ РАДИ ЗАКЉУЧЕЊА УГОВОРА О ОСИГУРАЊУ ЧЛАНОВА КОМОРЕ ОД ПРОФЕСИОНАЛНЕ ОДГОВОРНОСТИ // ФОРМУЛИСАТИ И ОБЈАВИТИ УНИВЕРЗАЛНИ ОБРАЗАЦ ЗА СЕРТИФИКАТ СА ПРЕДАВАЊА КОНТИНУИРАНЕ МЕДИЦИНСКЕ ЕДУКАЦИЈЕ //

Трећа седница Скупштине Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију одржана је 14. децембра 2009. године која је уједно и последња седнице Скупштине одржане у 2009. години. Седници су, поред чланова Скупштине, присуствовали директор Лекарске коморе Србије, др. сци. мед. Татјана Радосављевић, прим., председник Управног одбора ЛКС, др. мед. спец. Зоран Булатовић и председник Радног тела Здравственог савета за акредитацију континуиране медицинске едукације, проф. др. Слободан Јанковић. Проф. Јанковић је са задовољством известио да је установљена нова процедура акредитације програма едукације по којој ће се програми пријављивати директно Лекарској комори Србије а саму акредитацију вршиће Комисија за акредитацију, као тело формирано у оквиру Коморе у чији састав улазе и два члана Здравственог савета.

У оквиру извештаја о раду Посебних одбора РЛКЦЗС, усвојен је предлог да члановима одбора буде омогућено да, уколико постоји интересовање, похађају едукације везане за њихов ангажман у одборима. Чланови Скупштине настављају рад на активирању подручних канцеларија према калкулацији трошкова коју је направила стручна служба уз ангажовање референта који ће три пута недељно по два сата обављати административне послове у сарадњи са канцеларијом Регионалне коморе.

Чланови Скупштине из приватног сектора припремиће предлог за избор кандидата из приватне праксе водећи се идејом о позитивној дискриминацији а радиће се и на броју изборних јединица како државне тако и приватне праксе. Предлог Скупштине РЛКЦЗС је да мандат судија Судова части траје 5 година како би се максимално искористила предност едукације кроз коју су лекари - судије прошли како би се ваљано бавили овим послом. Усвојен је предлог да се од чланарине одваја 5 одсто месечно у Фонду узајамне помоћи. Као једна од најбитнијих тема ове седнице, покренута је иницијатива ка Скупштини ЛКС да донесе одлуку о покретању поступка за избор осигуравајуће куће са најповољнијом понудом ради закључења уговора о осигурању чланова Коморе од професионалне одговорности.

Једногласно је донета одлука да се на Скупштини ЛКС покрене иницијатива о уласку у поступак прибављања



ДАТ ЈЕ ПРЕДЛОГ ДА СЕ ОСМИСЛИ СИСТЕМ ВОЂЕЊА ЕВИДЕНЦИЈЕ О ПРИСУСТВУ НА ПРЕДАВАЊИМА ТЕ ЈЕ ПРЕДСТАВЉЕН СИСТЕМ КОЈИ ЈЕ УСПОСТАВЉЕН У КРАЉЕВУ

пословног простора за потребе РЛКЦЗС. С обзиром да је др. мед. спец. Сања Милојевић поднела оставку на место заменика председника Суда части првог степена, др. мед. спец. Милисав Лазовић је изабран на ово место. Донете су одлуке о уплати партиципације на рачун Лекарске коморе Србије по завршном рачуну од 2008. године и по шестомесечном рачуну из 2009. године.

Сћара цена чланарине

Прва седница Скупштине РЛКЦЗС у 2010. години одржана је 17. фебруара. Усвојени су Финансијски извештај за 2009. годину, План јавних набавки за 2010. годину, Финансијски план за 2010. годину. Поред одлука везаних за финансијско пословање РЛК, донети су предлози појединачних одлука о висини чланарине, накнаде за упис у Именик Коморе, накнаде за издавање лиценце, накнаде за измену лиценцног листа и накнаде за издавање уверења уз службене евиденције. Сви износи су остали на нивоу из 2009. године. Предлог који је Скупштина РЛКЦЗС усвојила а који се односи на наредне изборе је да укупан број чланова Скупштине Лекарске коморе Србије буде 150, при чему су чланови Скупштине Регионалне коморе сви чланови Скупштине ЛКС изабрани са подручја надлежности одговарајуће регионалне коморе. Да би се бирало по оваквом моделу,

неопходно је извршити одређене промене у Статуту, о чему је Скупштина заузела став, те су предлози за измену прослеђени канцеларији ЛКС. Изабрани су чланови Изборне комисије РЛКЦЗС и чланови Изборне комисије ЛКС.

На последњој седници Надзорног одбора у 2009. години, одржаној 14. октобра, усвојен је шестомесечни финансијски извештај РЛКЦЗС за исту годину. У 2010. години одржане су две седнице, 20. фебруара и 25. фебруара. Поред извештаја са седница Надзорног одбора ЛКС које је изнео председник одбора, чланови су упознати са Финансијским извештајем за претходну годину, Финансијским планом за текућу и динамиком уплате партиципације Лекарској комори Србије.

Посебни одбори Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију наставили су са својим активностима.

На седници Посебног одбора за стручна питања и стручни надзор одржаној 1. децембра 2009. године, одређен је списак лекара, чланова РЛКЦЗС, предложених за надзорнике за редовну и ванредну спољну контролу стручног рада здравствених установа уз напомену да у редовни и ванредни стручни надзор треба апсолутно, према специјализацији, укључити чланове Одбора за стручни надзор ЛКС и РЛК.

складу са новим прописима и међународним стандардима, изабрана је проф. др сци. мед. Биљана Вулетић из Етичког одбора Медицинског факултета у Крагујевцу. Утврђен је план рада Одбора за 2010. годину.

Посебан одбор за медицинско образовање РЛКЦЗС одржао је 29. септембра 4. седницу у 2009. години. Утврђени су предлози за измене Правилника о ближим условима за издавање, обнављање или одузимање лиценце члановима комора здравствених радника и Правилника о ближим условима за спровођење континуиране едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике. У 2010. години, до сада је одржана једна седница Одбора 19. јануара.

Чланови одбора сматрају да треба формулисати и објавити универзални образац за сертификат са предавања континуиране медицинске едукације. Дат је предлог да се осмисли систем вођења евиденције о присуству на предавањима те је укратко представљен систем који је успостављен у Краљеву. Одбор је донео одлуку о организовању састанка са директорима здравствених установа коме ће присуствовати функционери Лекарске коморе Србије, а у циљу успостављања међусобне сарадње.

Дана 1. фебруара је у Крагујевцу организован састанак представника служби за хитну медицинску помоћ са региона централне и западне Србије како би се оства-



Екипа ЗХМП Крагујевац

Победничка екипа крагујевачке хитне помоћи

Екипа ЗХМП Крагујевац коју су чинили др Јелена Танасијевић, техничар Милош Ђоровић и возач Ненад Обрадовић, освојила је прво место на такмичењу завода хитних помоћи одржаног у Београду 4. новембра 2009. године.

У оквиру пројекта „Техничка подршка реформи хитне медицинске помоћи у Србији“, који је подржала и Европска унија и који подразумева набавку нове опреме и едукацију кадрова. Задатак екипа је био збрињавање пацијента са болом у грудима и збрињавање трауматизованог пацијента.

Победничка екипа је награђена посетом Братислави и Бечу.

Др мед. спец. Гордана Ђокић

Последња седница Посебног одбора за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси, у 2009. години, одржана је 11. децембра. Одређен је тим лекара који је успешно извршио свој задатак и прикупио сугестије за измену капитационе формуле. Предлози су уобличени у формални документ усвојен на следећој, телефонској седници овог Одбора одржаној 10. фебруара 2010. године и прослеђени Посебном одбору на нивоу ЛКС и директору Лекарске коморе Србије.

Измене Кодекса професионалне етике

Посебни одбори за примарну и за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној пракси, одржали су заједничку седницу 7. новембра 2009. године на којој је усвојен документ са заједничким ставовима које су заузели лекари приватне праксе, а везано за рад Лекарске коморе Србије.

Посебан одбор за медицинску етику одржао је још две седнице у 2009. години: 10. новембра и 24. децембра. Поред извештаја председника о раду одбора ЛКС и о дешавањима у Комори, чланови су изразили интересовање за похађање обуке за медијаторе, што им је на седници Скупштине и омогућено. Последња седница одржана је 10. фебруара 2010. године на којој је за члана Комисије која ће пратити измене Кодекса професионалне етике у

рила сарадња са Комисијом за хитну медицинску помоћ, основаној при ЛКС и разматрали заједнички проблеми ових служби.

У извештајном периоду, првостепени Суд части Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију, своју активност је усмерио на спровођење истражних радњи у предметима који су приспели у РЛК, као и на припреме за одржавање главних расправа у предметима за које се за то стекну услови.

Чланови Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију, као што је у претходном броју Гласника наведено, имају на располагању сајт www.rlkczs.org.rs где се могу информисати о раду како Регионалне, тако и Лекарске коморе Србије. У рубрици „ОБРАСЦИ“ налазе се формулари неопходни за упис лекара у Комору, измену лиценцног листа, отварање приватне ординације од стране пензионисаног лекара и издавање уверења из службене евиденције што може лекарима олакшати обављање послова везаних за Комору. У рубрици „ЕДУКАЦИЈЕ“ налазе се, између осталог, и термини програма КМЕ који су достављени канцеларији РЛК у Крагујевцу.

Уколико нису у прилици да користе погодности интернета, лекарима је на услузи стручна служба са радним временом од 08,00–16,00 часова.

Стручна служба РЛКЦЗС

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ РЛК ЗА ЈУГОИСТОЧНУ СРБИЈУ

ЛИЦЕНЦЕ И ПОСЛЕ ОДЛАСКА У ПЕНЗИЈУ

// УСВОЈЕН И ПРЕДЛОГ ЗА ИЗМЕНУ СТАТУТА У ДЕЛУ КОЈИ РЕГУЛИШЕ НАКНАДЕ СУДИЈАМА СУДОВА ЧАСТИ КОЈЕ СУ ДО САДА БИЛЕ БЕСПЛАТНЕ // ОДЛУЧЕНО ЈЕ ДА СЕ ИСПИТА МОГУЋНОСТ ДА СЕ СА ЛИСТЕ СТРУЧНИХ НАДЗОРНИКА МОГУ ПРЕДЛАГАТИ ВЕШТАЦИ У ПОСТУПЦИМА ПРЕД СУДОМ ЧАСТИ, УКОЛИКО ЈЕ ТО ПРАВНО МОГУЋЕ И У СКЛАДУ СА ВАЖЕЋИМ АКТИМА КОМОРЕ //

У периоду од јула 2009. године па закључно са 1.март 2010. године, обзиром да су завршени сви послови око поделе лиценци, формирани и активирани сви органи РЛКЈИС и ухотан рад Стручне службе, већина активности се сводила на рад Посебних одбора.

Међутим, и Скупштина као највиши орган Коморе и Извршни одбор као извршни и оперативни орган, имали су редовне седнице на којима се одлучивало из домена њихових надлежности.

У поменутом периоду, одржане су три редовне и једна ванредна седница Скупштине, као и пет седница Извршног одбора. Поред текућих питања, усвајања финансијских извештаја и планова рада, најважније одлуке везане су за актуелности у раду лекара са циљем да им Комора помогне онолико колико је то у оквиру њених овлашћења и могућности.

Тако је покренута иницијатива да се, ради помоћи чланству и боље реализације КМЕ, Комора укључи у овај поступак тако што би успоставила неки вид пословно техничке сарадње са Медицинским факултетом, СЛД-ом и другим стручним удружењима лекара који имају акредитоване програме, уз обавезно учешће Посебног одбора за медицинско образовање у чијој је надлежности КМЕ.

Ко финансира едукацију

Поменута иницијатива би требало да заживи након што се с истом упознају и остали региони и заузме јединствен став везан за финансирање КЕ од стране Коморе а из средстава чланарине коју лекари плаћају. На тај начин би се део чланарине употребио на добробит свих лекара који имају законску обавезу едуковања ради обнављања лиценце. Усвојен је и предлог за измену Статута у делу који регулише накнаде судијама Судова части које су до сада биле бесплатне, у смислу да их је потребно платити обзиром на њихову одговорност и деликатност. Везано за рад Судова части, одлучено је и да се испита могућност да се са листе стручних надзорника могу предложити вештаци у поступцима пред Судом части, уколико је то правно могуће и у складу са важећим актима Коморе.

Важно је рећи да је Суд части РЛКЈИС у протеклом периоду био веома активан, што представља велики успех обзиром на његов непотпун састав и на бесплатно обављање врло захтевних и одговорних послова. Већ су

одржане и две главне расправе, а у марту месецу још три рочишта на којима ће се одлучивати о приспелим пријавама.

Подржан је став ПО за ПЗЗ у државној пракси, везан за капитацију у смислу активног укључења Коморе у процес њене примене у складу с овлашћењима из чл. 8. Закона о коморама, као и одржавања трибине уз присуство директора ЛКС а ради упознавања чланства са применом капитације у ПЗЗ. Поменута трибина је била заиста и организована 29. децембра 2009. године у Дому здравља Ниш, уз присуство г-дина Вукашина Радуловића као представника РЗЗО и др Милице Николић Перишић као члана радне групе за капитацију при СЛФС. Трибина је била изузетно посећена, лекари су имали много питања, а подељени су и анкетни листови који и даље пристижу и који ће се систематизовати.



НЕОПХОДНА ДОДАТНА СРЕДСТВА НАМЕЊЕНА ЗА ИСПЛАТУ

вати по групама питања и иста се проследити надлежним органима.

Донета је и одлука да се предложи Скупштини ЛКС доношење одлуке којом се захтева придржавање одредаба чл. 181. и 182. 333 а које се односе на стручно усавршавање, као и измену чл. 187. 333 тако да у ст. 2. овог члана уместо речи „прописује министар“ стоји „прописује надлежна Комора“. Поменута одлука се заснива опет на пружању помоћи лекарима у делу који се односи на обезбеђење слободних дана или плаћене накнаде за потребе стручног усавршавања као обавезе сваког послодавца.

Како је на нивоу ЛКС усвојен Правилник о солидарној помоћи члановима ЛКС и РЛК, ова РЛКЈИС је већ формирала Комисију која је разматрала приспеле захтеве и донела одговарајуће одлуке на основу којих ће се члановима Коморе или члановима њихове уже породице, доделити солидарна помоћ за случај смрти, теже болести и слично. Поменути Правилник је објављен на сајту ове Коморе (за оне који не знају назив сајта је lkjs.rs).

Капитациона формула достављена на кућне адресе

Посебни одбори РЛКЈИС, као стручни органи формиран од стране Скупштине, веома су активни, сваки у оквиру својих статутарних надлежности.

Тако је испред По за ПЗЗ у државној пракси формирана и посебна Стручна комисија за хитну медицинску помоћ, чији је председник др Милорадна Стојановић. На тему актуелности у раду служби ХМП, у Нишу је одржан посебан састанак који је окупио толико лекара из ових служби на нивоу југоисточног региона, да су просторије Коморе биле мале да приме толико лекара, што указује истовремено и на бројне проблеме и питања која муче лекаре ових служби у њиховом свакодневном раду. Планира се да даља активност поменуте Комисије буде таква да покуша да пружи одговоре на сва

питања и помогне у реализацији неопходних промена у раду ових служби. на тему актуелне капитације.

На иницијативу овог ПО, свим лекарима из ПЗЗ југоисточног региона је на кућне адресе достављено стручно објашњење примене капитационе формуле, ради лакшег разумевања исте. Поред ове Комисије, овај ПО је веома активан и на учешћу у изменама и допунама актуелног Правилника о ИД бројевима и Номенклатури у ПЗЗ. Веома је активна и Комисија за медицину рада која постоји на нивоу овог ПО и која се залаже за унапређење услова рада лекара из ове области у склопу Стратегије развоја медицине рада за период од 2010. до 2015. године.

ПО за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси, иако је најкасније почео да ради, један је од најактивнијих у иницирању одређених корака везаних за ову област здравствене заштите. Тако су у више наврата упућивани разни дописи здравственим установама са предлозима да се изјасне који су то највећи проблеми на које наилазе у свакодневном раду, али је најжалост одзив био испод очекиваног.

Овај ПО је заузео и став поводом Плана развоја здравствене заштите РС до 2015. године – наиме, да су циљеви овог Плана у начелу позитивни али да постоји бојазан њихове реализације због обимности истих као и досадашњих искустава у реализацији сличних планова, али да постоји неопходност укључења Лекарске коморе у активности везане за евалуацију овог Плана, обзиром на законска и статутарна овлашћења која Комора има.

Један од важних закључака овог Одбора је везан за исплату накнада за дежурства и прековремени рад, а то је да се исте морају исплаћивати у складу са законским прописима, те су потребна додатна средства из чл. 32. Правилника о уговарању ЗЗ из обавезног здравственог осигурања а која су намењена за исплату поменутих накнада, исплаћивати у увећаном износу а никако мањем од 18 одсто уместо досадашњих 16 процената од укупног износа предвиђеног за исплату зарада; даље,



НАКНАДА ЗА ДЕЖУРСТВО И ПРЕКОВРЕМЕНИ РАД

61 <

да средства прикупљена од екстерне реализације треба да буду дата здравственој установи за набавку опреме и текуће одржавање. Овакав закључак треба усмерити ка РЗЗО на чији рачун иду средства од екстерне реализације. Поводом увођења нових стандарда и норматива везаних за финансирање секундарне и терцијарне здравствене заштите, став овог одбора је да се на основу Статута именује посебно радно тело задужено за извршење послова из чл. 8. ст. 1. тач. 6. Закона о коморама.

Како го примаријата

ПО за стручна питања и стручни надзор, поред активности везаних за предлагање листе стручних надзорника, покренуо је иницијативу сарадње са стручним органима у здравственим установама, који спроводе унутрашњу контролу, ради изналагања модуса за анимирање начелника појединих служби који су први степен контроле, а све са циљем доследне примене прописа и правовремено обавештавање запослених о актуелностима из законске регулативе, па тиме и заштите чланства Коморе због евентуалне необавештености.

Даље, овај ПО је иницирао и ПО за медицинско образовање да крене у поступак укључења Коморе везано за стицање примаријата. Обзиром да овај одбор нема овлашћење да врши унутрашњи нити спољашњи надзор, то ће се ангажовати да пружи стручну помоћ за сва питања које упуте здравствене установе а везана су за спровођење стручног надзора. Континуирани задатак овог Одбора у текућој години ће свакако бити унапређење квалитета здравствених услуга, те је у области мен-



Организована техничка подршка Коморе за КМЕ

талног здравља, покренута иницијатива за формирање Комисија за унапређење квалитета здравствених услуга из ове области, а да се касније формирају и Комисије за остале области здравља.

По за медицинску етику, поступајући у оквиру своје основне надлежности – спровођење Кодекса медицинске етике, иницирао је измену овог Кодекса у више сегмената, а полазећи од нових законских одредби које у Кодексу добијају нову конотацију. Како на адресу овог Одбора стижу и поједине пријаве против лекара, то је овај Одбор упутно иницијативу да се дефинишу надлежности Етичког одбора и овог ПО и разграниче у Стату, како би се у пракси могло поступати по поменутиим пријавама. Основни циљ активности овог одбора усмерен је на афирмацију Кодекса, па је у том смислу сугерисано да се акредитују и предавања са темама из Кодекса како би се етичка начела приближила чланству

Коморе. Даље, кренуло се у сарадњу са Етичким одборима који постоје при здравственим установама, а која би била заједничко решавање проблема у интересу и пацијената и лекара.

Заузет је и став о неопходности континуираног професионалног развоја свих лекара који би омогућио развој његовог личног и стручног потенцијала, а независно од обавезе лекара да се стручно едукује. Посебна пажња је посвећена и начелима медицинске етике која се односе на улогу лекара у заштити затвореника и притворених лица од мучења и сличних поступака. У Плану рада овог Одбора је поред наставка поменутих активности и усклађивање Кодекса са Кодексом СЛД-а или доношење јединственог Кодекса за све лекаре, као и вредновање рада лекара као тема коју треба обрадити заједно са Синдикатом, министарством, Фондом...

ПО за медицинско образовање је посебно активан, обзиром да у својој надлежности има едукацију лекара, која је кренула од ове године. Председник овог Одбора, проф. др Марина Дељанин Илић истовремено је и члан радне групе при Здравственом савету РС, тако да је директно укључена у све активности везане за акредитацију пријављених програма. У жељи да помогне чланству Коморе, овај ПО је иницирао и формирање посебног радног тела које би било задужено да прегледа и селекује пријављене акредитоване програме, како би се извршио избор оних који се од стране ове Коморе могу финансирати.

Улога лекара у заштити и заштити затвореника

Као први корак, кренуће се у сарадњу са ДЗ у Нишу у смислу пружања организационо техничке подршке од Коморе за реализацију КМЕ, а након заузимања јединственог става за све Коморе како би се то финансирање спровело на јединствени начин. Ради доступности свих програма лекарима, одлучено је да се сви акредитовани програми ставе на сајт РЛКЈИС и посебно обележе они који се односе на овај регион. Такође је покренута иницијатива за укључење Лекарске коморе у израду Правилника о специјализацији, обзиром да је та активност предвиђена и као законска обавеза Лекарске коморе.

По за ПЗЗ у приватној пракси се континуирано залаже за побољшање статуса приватних лекара и њихово изједначавање у свим сегментима са колегама у државном сектору, а посебно на укључење приватног сектора у Фонд здравственог осигурања... Покренут је поступак и за израду посебног Правилника о оснивању приватних ординација од стране корисника старосне пензије, обзиром на тренутну недовољну дефинисаност ове процедуре. У току је и поступак за оцену уставности чл. 29. Закона о ЗЗ а коју је покренуо овај Одбор, са циљем изједначавања свих лекара приликом опредељивања пацијената за свог лекара.

Такође је покренута иницијатива о формирању посебног радног тела за сарадњу са РЗЗО југоисточног региона, као и Комисије за евалуацију реформи здравственог система РС која би објединила лекаре из приватног и државног сектора, као и примарне, секундарне и терцијарне заштите. И најзад, овај одбор ће покренути и иницијативу за измену Правилника о лиценцирању у делу који се односи на издавање лиценци пензионерима при оснивању приватне лекарске праксе – ради се о чл. 4. и чл. 9. поменутог Правилника, како би се прецизно дефинисале ситуације издавања лиценци након одласка у пензију, прекида радног односа на одређено време и сличних случајева када лиценца на неки начин „мирује“.

Стручна служба РЛКЈИС

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ РЛК ЗА КОСОВО И МЕТОХИЈУ

ЧЕТИРИ ИЗБОРНЕ ЈЕДИНИЦЕ

// НА СЕДНИЦИ СКУПШТИНЕ РЕГИОНАЛНЕ КОМОРЕ ОДРЖАНЕ 11. ФЕБРУАРА
 ДОНЕТА ОДЛУКА О ФОРМИРАЊУ ИЗБОРНИХ ЈЕДИНИЦА ЗА ТЕРИТОРИЈУ РЛККМ
 // ДЕЛЕГАТИ СКУПШТИНЕ САГЛАСИЛИ СЕ СА ПРЕДЛОГОМ ДР ЉУБИШЕ
 НЕДЕЉКОВИЋА – ПРЕДСЕДНИКА РЛК О ФОРМИРАЊУ ЧЕТИРИ ИЗБОРНЕ
 ЈЕДИНИЦЕ НА ТЕРИТОРИЈИ НАДЛЕЖНОСТИ КОМОРЕ //

У другој половини 2009. године, Регионална лекарска комора за Косово и Метохију је наставила да преко својих изабраних органа и Стручне службе врши поверене јој послове и задатке. Извршни одбор РЛККМ је на одржаним седницама одбора донео низ одлука и закључака из делокруга своје надлежности. Донета је Одлука о партиципирању у трошковима рада коморе за првих шест месеци у 2009. години и убудуће као и Одлука о учешћу РЛККМ у покривању трошкова оснивања ЛКС поводом дуговања ЛКС према СЛД – у. Усвојен је предлог Правилника о употреби печата и предлог Правилника о солидарној помоћи члановима ЛКС и члановима њихових ужих породица. Дата је сагласност на понуђени предлог измене и допуне Статута ЛКС и предлог новог ИД броја.

Одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси одржао је прву редовну седницу, на којој је усвојен Пословник о раду овог Одбора и разматрана је иницијатива изабраних лекара ДЗ Јагодина, Ђуприја, Параћин о концепту изабрани лекар.

Почетак пословне 2010. године, РЛККМ је означила као почетак припрема изборног процеса за изборе за Скупштину ЛКС и Скупштину РЛК. На седници Скупштине регионалне коморе одржане 11. фебруара 2010. године, донета је Одлука о формирању изборних јединица за територију РЛККМ.

Делегати Скупштине су се, узевши у обзир све чињенице и околности наше регије, сагласиле са предлогом др Љубише Недељковића – председника РЛК о формирању четири изборне јединице на територији надлежности наше Коморе, и то :

ОКРУЗИ	ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА
КОСОВСКИ	ГРАЧАНИЦА
КОС.-МИТРОВАЧКИ	КОС. МИТРОВИЦА
КОС.-ПОМОРАВСКИ	ШИЛОВО
ПЕЋКИ И ПРИЗРЕНСКИ	ШТРПЦЕ

У прва два месеца 2010. године, одржане су две редовне седнице Скупштине и једна седница ИО РЛК, на којима су сваки из своје надлежности донели одређене одлуке и закључке везане за пословање РЛККМ. На седницама Скупштине РЛК усвојени су:



- Извештај о раду РЛК за 2009. годину,
- Извештај о попису имовине и обавеза пописне комисије за 2009. годину,
- Извештај о раду ИО РЛК за 2009. годину,
- Извештаја о финансијском пословању РЛККМ, за период од 01. 01. 2009. године до 31. 12. 2009. године,
- Плана рада РЛККМ за пословну 2010. годину,
- Финансијски план РЛККМ за пословну 2010. годину,
- Плана јавних набавки РЛККМ за 2010. годину

Донета је Одлука о утврђивању накнада за уписнину, за издавање лиценци, чланарину, издавање лиценцног листа, извода и потврда у висини накнада у 2009. години, као и Одлука да се новчана средства која се налазе на рачуну РЛККМ код Комерцијалне банке – АД Београд орочавају сваких шест месеци, по истеку рока орочења на нових шест месеци увећана за износ слободних средстава која нису неопходна за редовно функционисање Коморе.

Све тачке које су разматране на седницама Скупштине, практично су прошле и кроз Извршни одбор РЛККМ.



Мост на Ибру који представља линију раздвајања Северног и Јужног дела Косовске Митровице

63 <

У оквиру осталих послова Стручна служба РЛККМ свакодневно пружа стручну помоћ члановима Коморе, даје тумачење и стручне савете поводом сваког захтева за пружање стручне помоћи достављеног од стране лекара – чланова Регионалне коморе и даје информације које се односе на актуелне теме и активности Коморе.

Завршена је персонализација са фотографијама у електронској форми за потребе израде чланских кар-

тица а започет је и рад на унапређењу постојеће базе података. Затим, дата је подршка да Комора буде законски носилац акредитације и да лекари имају право на допунски рад у складу са Законом.

Здравственим установама упућени су дописи којима се упозоравају на санкције прописане за установе и одговорна лица уколико радно ангажују, лекаре који нису уписани у Именик лекара и не поседују ли-

ДР МАРЈАН СТАНКОВИЋ – ДОБИТНИК ПРИЗНАЊА СРПСКИ ВИТЕЗ, ДОШАО ЈЕ ПОЧЕТКОМ 2002. ГОДИНЕ ДА ЛЕЧИ СРБЕ НА СЕВЕРУ МЕТОХИЈЕ

Витез од Косова

// Желео сам искрено да помоћем сународницима овде, на ободу Дренице, где је безбедност Срба и данас још великим знаком ишитања. Ова српска села су у правом смислу енклаве с тим што је у селима на северу Метохије безбедност ограничена чак и на уско ограниченом простору – каже др Марјан //

Поводом 620 година Косовске битке, представници Српске круне из Крагујевца доделили су доктору Марјану Станковићу признање Српски витез, за његов прегалачки и хуманитарни рад и долазак на Косово 2002. године, да лечи Србе у три села на северу Метохије. Уз ово признање, доктору Марјану је додељено и „мајсторско писмо“ Српске круне.

Доктор Марјан Станковић је почетком 2002. године дошао да лечи Србе на северу Метохије, не могавши да слуша њихове вапаје како немају лекара, али и на позив Здравственог центра из Косовске Митровице. Стигао је на Космет фебруара 2002. године, дословно по минском пољу, у српска села Бање, Суво Грло и Црколес, која су у то време била опасана бодљикавом жицом и пуна челичних во-



>>> Здравственим установама упућени дописи којима се упозоравају на санкције прописане за установе и одговорна лица уколико радно ангажују, лекаре који нису уписани у Именик лекара и не поседују лиценцу <<<

ценцу. Такође је, на адресе рачуноводствених служби здравствених установа, у два наврата упућено упозорење на могућност да лекар буде брисан из Именика због неплаћања чланарине и позван на дисциплинску одговорност, што је прописано и Законом о коморама здравствених радника и Статутом Коморе.

Снежана Пајовић
секретар РЛК Косова и Метохије

зила војника Кфора. Животни и радни пут доктора Марјана дуг је десетинама хиљада километара, али његова одлучност да дође да лечи Србе у Метохији му је била највећи изазов.

„Нисам се много двоумио када сам чуо вапаје Срба, и преко ноћи сам одлучио да дођем у Метохију. Желео сам искрено да помогнем сународницима овде, на ободу Дренице, где је безбедност Срба и данас под великим знаком питања. Ова српска села су у правом смислу енклаве с тим што је у селима на северу Метохије безбедност ограничена чак и на уско ограниченом простору“, прича



Др Станковић са повељом „Српског витеза“

др Марјан Станковић. Као и многи Срби из Метохије који су од 1999. каменовани, нападани и доживљавали друге претње, и др Марјан се, од свог доласка у Метохију, суочавао са разним проблемима.

„Пролазио сам санитетским возилом минираним путем, преживели смо каменице, Албанци су одроњавали стене на нас, док смо се крета-

ли ка Зубином Потоку... Сећам се кад смо минираним путем једном стигли до Цркoлeзa. Шпански војници су са узбуђењем ишчекивали да одлетимо у ваздух. Срећом, биле су то противтенковске закопане мине, ко-

је се активирају на три или више тона“, присећа се доктор.

И поред свега доживљеног у некој од три амбуланте у три српска села, које је др Марјан оформио, без устручавања од почетка прима на преглед и лечење Албанца из суседних села, који углавном у вечерњим сатима, кријући се од својих, долазе на преглед код српског лекара.

„Не правим разлике међу људима, поштујем Хипократову заклетву и моја врата су отворена за све“, сведочи доктор.

На добијеном признању Српске круне, Српског витеза, које се додељује најистакнутијим прегаоцима у раду и хуманости, др Марјан је захвалан. Скромно тврди да му је неизмерна част да носи титулу српског витеза, те да ће му признање бити додатни мотив у лечењу Срба у Метохији.

С. П.

На основу одредбе из члана 14. Правилника о поступку кандидовања, начину избора и опозива чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова скупштине и других органа Регионалних лекарских комора у њеном саставу, на другом делу 6. редовне седнице, а који је одржан дана 19. априла 2010. године у просторијама Општине Нови Београд, Скупштина лекарске коморе Србије је, по 5. тачки дневног реда, донела следећу

ОДЛУКУ

Расписују се непосредни избори за чланове Скупштине Лекарске коморе Србије и за чланове скупштине Регионалних лекарских комора у њеном саставу.

Избори ће се спровести у недељу, 20. јуна 2010. године.

Изборне радње почињу да теку почев од 26. априла 2010. године.

СКУПШТИНА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

Прим. др Нада Радан Милованчев, потпредседник

На основу одредбе из члана 4. став 1. и члана 6. Правилника о поступку кандидовања, начину избора и опозива чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова скупштине и других органа Регионалних лекарских комора у њеном саставу, који је усвојен дана 06. априла 2010. године, а на основу предлога скупштине Регионалних лекарских комора, као и предлога директора и Управног одбора Лекарске коморе Србије са своје XXVIII редовне седнице одржане 19. априла 2010. године, у другом делу VI редовне седнице Скупштине Лекарске коморе Србије, која је одржана 19. априла 2010. године у Београду донета је следећа

ОДЛУКА

о именовању чланова, председника и заменика председника Централне изборне комисије Лекарске коморе Србије

1. Именује се Централна изборна комисија Лекарске коморе Србије за спровођење избора у 2010. години, за чланове Скупштине Лекарске коморе Србије и чланове скупштине Регионалних лекарских комора, а у следећем саставу;

2. За председника Централне изборне комисије бира се адвокат Дејан Бабић, правни заступник Лекарске коморе Србије;
3. За заменика председника Централне изборне комисије бира се др. Слађана Мајкић.
4. Ова одлука је коначна и ступа на снагу даном до ношења.

Образложење

Поступајући по предлозима скупштине Регионалних лекарских комора, као и прелогу који је уврдио директор ЛКС са Управним одбором ЛКС, у смислу одредбе из члана 6. Правилника о поступку кандидовања, начину избора и опозива чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова скупштине и других органа Регионалних лекарских комора у њеном саставу, Скупштина Лекарске коморе Србије је донела Одлуку као у диспозитиву.

У Београду, 19. априла 2010. године

СКУПШТИНА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

Прим. др Нада Радан Милованчев, потпредседник

Редни број	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ	ЗАПОСЛЕЊЕ	ПРЕДЛАГАЧ
1.	Јелена Ћировић	Адвокат, правни заступник РПК Бгд	Скупштина РПК Београда
2.	др. Небојша Вуликић	Члан ЛКС – РПК Војводине	Скупштина РПК Војводине
3.	др. Селимир Спасић	Члан ЛКС – РПК Ц и ЗС	Скупштина РПК Ц и ЗС
4.	др. Слађана Мајкић	Члан ЛКС – РПК ЈИС	Скупштина РПК ЈИС
5.	др. Мирјана Декић	Члан ЛКС – РПК К и М	Скупштина РПК К и М
6.	Дејан Бабић	Адвокат, правни заступник ЛКС	Директор и УО ЛКС
7.	Сузана Губерина Чомић	Секретар ЛКС	Директор и УО ЛКС
8.	Жељко Мишић	Секретар Врховног суда части ЛКС	Директор и УО ЛКС
9.	др. Александар Влаховић	Члан ЛКС – РПК Војводине	Директор и УО ЛКС
10.	др. Слободан Китановић	Члан ЛКС – РПК Ц и ЗС	Директор и УО ЛКС
11.	др. Љубица Живковић	Члан ЛКС – РПК ЈИС	Директор и УО ЛКС
12.	др. Александар Стефовски	Члан ЛКС – РПК Београда	Директор и УО ЛКС
13.	др. Златко Спасић	Члан ЛКС – члан Здравственог Савета	Директор и УО ЛКС

На основу одредбе из члана 16. став 2. и члана 77. Правилника о поступку кандидовања, начину избора и опозива чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова скупштине и других органа Регионалних лекарских комора у њеном саставу, који је усвојен дана 06. априла 2010. године, а на основу предлога скупштине Регионалних лекарских комора, које је објединио Управни одбор Лекарске коморе Србије на својој XXVIII редовној седници одржаној 19. априла 2010. године, у другом делу VI редовне седнице Скупштине Лекарске коморе Србије, која је одржана 19. априла 2010. године у Београду донета је следећа

ОДЛУКА

о утврђеним Изборним јединицама за изборе чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова Скупштине и других органа Регионалних лекарских комора у њеном саставу

УТВРЂУЈУ СЕ Изборне јединице за изборе чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова Скупштине и других органа Регионалних лекарских комора у њеном саставу, по територијама надлежности Регионалних лекарских комора и то:

а) РЛК Београда
ДЕЛЕГАТИ ИЗ ДРЖАВНЕ ПРАКСЕ

Редни број	ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА	ОПШТИНЕ	Број гласача	1:300 %	Број делегата са С.к. ЛКС	1:200 %	Број делегата са С.к. РЛК
1.	Нови Београд	Нови Београд	1.647	5,490	5	8,235	8
2.	Вождовац	Вождовац и Гроцка	1.190	4	4	5,95	6
3.	Чукарица	Чукарица и Раковица	1.412	4,706	5	7,060	7
4.	Врачар	Врачар	852	2,840	3	4,260	4
5.	Савски Венац	Савски Венац	597	1,99	2	2,985	3
6.	Земун	Земун и Сурчин	508	1,693	2	2,540	3
7.	Звездара	Звездара	847	2,823	3	4,235	4
8.	Палилула	Палилула	727	2,420	2	3,365	4
9.	Стари Град	Стари Град	624	2,080	2	3,120	3
10.	Обреновац	Обреновац, Лазаревац, Барајево, Младеновац и Сопот	346	1,150	1	1,730	2
УКУПНО:			8.750	29,158	29	43,750	44

ДЕЛЕГАТИ ИЗ ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ

Редни број	ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА	ОПШТИНЕ	Број гласача	1:100 %	Број делегата са С.к. ЛКС	1:100 %	Број делегата са С.к. РЛК
1.	Нови Београд	Нови Београд, Земун, Сурчин, Палилула, Савски Венац, Сопот, Барајево, Лазаревац, Обреновац, Младеновац	600	6,000	6	6,000	6
9.	Стари Град	Стари Град, Врачар, Звездара, Вождовац, Чукарица, Раковица, Гроцка	911	9,110	9	9,110	9
УКУПНО:			1.511	15,110	15	15,110	15

б) РЛК за југоисточну Србију (Ниш)
ДЕЛЕГАТИ ИЗ ДРЖАВНЕ ПРАКСЕ

Редни број	ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА	ОПШТИНЕ	Број гласача	1:300 %	Број делегата са С.к. ЛКС	1:200 %	Број делегата са С.к. РЛК
1.	БРОЈ 1	Велико Градиште, Мало Црниће, Голубац, Жабари, Пожаревац,	343	1,140	1	1,720	2
2.	БРОЈ 2	Кладово, Мајданпек, Неготин, Кучево, Петровац, Жагубица	322	1,070	1	1,610	2
3.	БРОЈ 3	Бор, Зајечар	412	1,370	1	2,060	2
4.	БРОЈ 4	Књажевац, Сокобања, Бољевац, Ражањ, Алексинац	318	1,060	1	1,590	2
5.	БРОЈ 5	Крушевац, Ћићевац Александровац, Брус, Варварин	496	1,650	2	2,480	2
6.	БРОЈ 6	Град Ниш, Сврљиг, Гаџин Хан, Дољевац, Меровина, Прокупље, Житорађа, Блаци, Куршумлија	2.462	8,210	8	12,310	12
7.	БРОЈ 7	Пирот, Димитровград, Бела Паланка, Бабушница	255	0,850	1	1,280	1
8.	БРОЈ 8	Лесковац, Власотинце, Лебане, Бојник, Медвеђа	642	2,140	2	3,210	3
9.	БРОЈ 9	Врање, Сурдулица, Прешево, Владичин Хан, Бујановац, Босилеград, Трговиште	571	1,900	2	2,860	3
УКУПНО:			5.821	19,400	19	29,110	29

ДЕЛЕГАТИ ИЗ ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ

Редни број	ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА	ОПШТИНЕ	Број гласача	1:100 %	Број делегата са С.к. ЛКС	1:100 %	Број делегата са С.к. РЛК
1.	БРОЈ 1	Браничевски управни округ, Зајечарски управни округ, Борски управни округ, Пиротски управни округ	94	0,940	1	0,940	1
2.	БРОЈ 2	Нишавски управни округ	194	1,940	2	1,940	2

3.	БРОЈ 3	Расински управни округ, Топлички управни округ, Јабланички управни округ, Пчињски управни округ	110	1,100	1	1,100	1
УКУПНО:			398	3,980	4	3,980	4

ц) РЛК Војводине (Нови Сад)**ДЕЛЕГАТИ ИЗ ДРЖАВНЕ ПРАКСЕ**

Редни број	ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА	ОПШТИНЕ	Број гласача	1:300 %	Број делегата са С.к. ЛКС	1:200 %	Број делегата са С.к. РЛК
1.	СОМБОР	Сомбор, Апатин, Оџаци, Кула	481	1,600	2	2,400	2
2.	СУБОТИЦА	Суботица, Бачка Топола, Мали Иђош, Ада, Сента, Кањижа	582	1,940	2	2,910	3
3.	КИКИНДА	Кикинда, Чока, Нова Црња, Нови Кнежевац, Бечеј, Нови Бечеј	300	1,000	1	1,500	2
4.	ЗРЕЊАНИН	Зрењанин, Житиште, Сечањ	417	1,390	1	2,080	2
5.	ВРШАЦ	Вршац, Бела Црква, Алибунар, Пландиште	261	0,870	1	1,300	1
6.	ПАНЧЕВО	Панчево, Опово, Ковачица, Ковин	364	1,210	1	1,820	2
7.	СРЕМСКА МИТРОВИЦА	Сремска Митровица, Шид, Ириг, Инђија, Стара Пазова, Рума, Пећинци	509	1,700	2	2,550	3
8.	НОВИ САД	Нови Сад, Беочин, Жабаљ, Тител	2.104	7,010	7	10,520	11
9.	ВРБАС	Врбас, Бач, Бачка Паланка, Бачки Петровац, Србобран, Темерин	285	0,950	1	1,420	1
УКУПНО:			5.303	17,670	18	26,500	27

ДЕЛЕГАТИ ИЗ ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ

Редни број	ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА	ОПШТИНЕ	Број гласача	1:100 %	Број делегата са С.к. ЛКС	1:100 %	Број делегата са С.к. РЛК
1.	НОВИ САД	Нови Сад, Беочин, Жабаљ, Тител	288	2,880	3	2,880	3
2.	БАЧКА И СРЕМ	Суботица, Бачка Топола, Мали Иђош, Ада, Сента, Кањижа, Сомбор, Рума, Апатин, Оџаци, Кула, Врбас, Бач, Бачка Паланка, Бачки, Пећинци Петровац, Темерин, Србобран, Сремска Митровица, Шид, Ириг, Инђија, Стара Пазова	162	1,620	2	1,620	2
3.	БАНАТ	Кикинда, Чока, Нова Црња, Нови Кнежевац, Бечеј, Нови Бечеј, Опово, Зрењанин, Житиште, Сечањ, Панчево, Алибунар, Ковачица, Ковин, Вршац, Бела Црква, Пландиште	101	1,010	1	1,010	1
УКУПНО:			551	5,510	6	5,510	6

д) РЛК за централну и западну Србију (Крагујевац)**ДЕЛЕГАТИ ИЗ ДРЖАВНЕ ПРАКСЕ**

Редни број	ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА	ОПШТИНЕ	Број гласача	1:300 %	Број делегата са С.к. ЛКС	1:200 %	Број делегата са С.к. РЛК
1.	БРОЈ 1	Богатић, Шабац, Владимирци и Коцељева	421	1,400	1	2,100	2
2.	БРОЈ 2	Лозница, Крупањ, Мали Зворник, Љубовија	265	0,880	1	1,350	1
3.	БРОЈ 3	Ваљево, Мионица, Љиг, Лајевац, Уб, Осечина	391	1,300	1	1,950	2
4.	БРОЈ 4	Бајина Башта, Косјерић, Ужице, Пожега, Чајетина, Ариље, Пријепоље, Нова Варош, Сјеница, Прибој	768	2,560	3	3,840	4
5.	БРОЈ 5	Горњи Милановац, Чачак, Лучани, Ивањица	557	1,850	2	2,780	3
6.	БРОЈ 6	Аранђеловац, Топола, Лапово, Баточина, Рача, Крагујевац, Кнић	1.147	3,850	4	5,730	6
7.	БРОЈ 7	Врњачка Бања, Трстеник, Краљево	580	1,930	2	2,900	3
8.	БРОЈ 8	Нови Пазар, Рашка, Тутин	318	1,060	1	1,590	2

9.	БРОЈ 9	Свилајнац, Јагодина, Деспотовац	321	1,070	1	1,600	2
10.	БРОЈ 10	Ђуприја, Рековац, Параћин	366	1,220	1	1,830	2
11.	БРОЈ 11	Велика Плана, Смедеревска Паланка, Смедерево	425	1,420	1	2,120	2
УКУПНО:			5.560	18,510	18	27,790	29

ДЕЛЕГАТИ ИЗ ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ

Редни број	ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА	ОПШТИНЕ	Број гласача	1:100 %	Број делегата са Ск. ЛКС	1:100 %	Број делегата са Ск. РЛК
1.	БРОЈ 1	Богатић, Шабац, Коцељева, Лозница, Љубовија, Ваљево, Уб, Осечина	83	0,830	1	0,830	1
2.	БРОЈ 2	Бајина Башта, Косјерић, Ужице, Пожега, Ариље, Горњи Милановац, Чачак, Ивањица, Нови Пазар, Нова Варош, Рашка, Прибој	104	1,040	1	1,040	1
3.	БРОЈ 3	Аранђеловац, Лапово, Крагујевац, Врњачка Бања, Трстеник, Краљево, Топола	111	1,110	1	1,110	1
4.	БРОЈ 4	Деспотовац, Свилајнац, Јагодина, Ђуприја, Параћин, Велика Плана, Смедеревска Паланка, Смедерево	107	1,070	1	1,070	1
УКУПНО:			405	4,050	4	4,050	4

е) РЛК за Косово и Метохију (Косовска Митровица)

ДЕЛЕГАТИ ИЗ ДРЖАВНЕ ПРАКСЕ

Редни број	ИЗБОРНА ЈЕДИНИЦА	ОПШТИНЕ	Број гласача	1:70 %	Број делегата са Ск. ЛКС	1:20 %	Број делегата са Ск. РЛК
1.	ГРАЧАНИЦА (Косовски округ)	Приштина, Косово Поље, Обилић, Липљан, Урошевац, Штимље, Глоговац, Качаник, Подујево	380	5,429	5	19,000	19
2.	КОСОВСКА МИТРОВИЦА (Косовско-митровачки округ)	Косовска Митровица, Звечан, Лепосавић, Зубин Поток, Вучитрн, Србица	228	3,257	3	11,400	11
3.	ШИЛОВО (Косовско-поморавски округ)	Гњилане, Косовска Каменица, Витина, Ново Брдо	55	0,785	1	2,750	3
4.	ШТРПЦЕ (Пећки и Призренски округ)	Пећ, Исток, Клина, Дечани, Ђаковица, Призрен, Сува Река, Ораховац, Гора, Штрпце	76	1,086	2	3,800	4
УКУПНО:			739	10,557	11	36,950	37

У РЛК за Косово и Метохију, за сада нема лекара у ПРИВАТНОЈ ПРАКСИ.

1. Бирачка места у оквирима утврђених Изборних јединица из претходне тачке ове Одлуке ће својим актом одредити Централна изборна комисија Лекарске коморе Србије, а најкасније 20 дана пре датума одржавања избора, а у свему у складу са одредбама из члана 5. и члана 10. Правилника о поступку кандидовања, начину избора и опозива чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова скупштине и других органа Регионалних лекарских комора у њеном саставу;

2. Ова одлука је коначна и ступа на снагу даном доношења, те постаје саставни део Правилника о поступку кандидовања, начину избора и опозива чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова скупштине и других органа Регионалних лекарских комора у њеном саставу, а у смислу одредбе из члана 77. овог Правилника.

Образложење

Поступајући по предлозима скупштине Регионалних лекарских комора, а које је објединио Управни одбор Лекарске коморе Србије на својој XXVIII редовној седници одржаној 19. априла 2010. године, Скупштина Лекарске коморе Србије је донела Одлуку као у диспозитиву.

У Београду, 19. априла 2010. године

СКУПШТИНА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ
др. Нада Радан Милованчев, потпредседник

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ • SERBIAN MEDICAL CHAMBER

ПРАВИЛНИК

О ПОСТУПКУ КАНДИДОВАЊА,
НАЧИНУ ИЗБОРА И ОПОЗИВА
ЧЛАНОВА СКУПШТИНЕ И ДРУГИХ
ОРГАНА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ
И ЧЛАНОВА СКУПШТИНЕ И ДРУГИХ
ОРГАНА РЕГИОНАЛНИХ ЛЕКАРСКИХ
КОМОРА У ЊЕНОМ САСТАВУНови Београд,
уторак, 06. април 2010. године

На основу Статута Лекарске коморе Србије, Скупштина Лекарске коморе Србије, на VI редовној седници одржаној 06. априла 2010. године у Београду усвојила је:

ПРАВИЛНИК

О ПОСТУПКУ КАНДИДОВАЊА, НАЧИНУ ИЗБОРА И ОПОЗИВА
ЧЛАНОВА СКУПШТИНЕ И ДРУГИХ ОРГАНА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ
СРБИЈЕ
И ЧЛАНОВА СКУПШТИНЕ И ДРУГИХ ОРГАНА
РЕГИОНАЛНИХ ЛЕКАРСКИХ КОМОРА У ЊЕНОМ САСТАВУ

I – ОСНОВНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

Овим Правилником регулише се поступак кандидовања, начин избора и опозива чланова (делегата) Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова Скупштине Регионалних лекарских комора и других органа Регионалних лекарских комора.

Члан 2.

Органи Лекарске коморе Србије су: Скупштина, Управни одбор, директор и два помоћника директора, Етички одбор, посебни одбори, Врховни суд части, Надзорни одбор и Комисија за посредовање.

Органи Регионалних лекарских комора су: Скупштина, Извршни одбор, Председник, два потпредседника, посебни одбори, Надзорни одбор, Суд части првог степена и Комисија за посредовање.

Члан 3.

Избори у Лекарској комори Србије (у даљем тексту: ЛКС) и Регионалним лекарским коморама (у даљем тексту: РЛК) спроводе се по непосредном и посредном принципу гласања.

Непосредно гласање спроводи се по територијалном принципу, по изборним јединицама формираним у управним окрузима Регионалних лекарских комора и изборним јединицама формираним у градовима седништима Регионалних лекарских комора, а за избор чланова Скупштине ЛКС и за избор чланова Скупштине регионалних лекарских комора.

Изборне јединице могу се формирати од једне или више општина.

На непосредним изборима учествују сви чланови ЛКС-а уписани у Именик Лекарске коморе Србије.

Посредним гласањем Скупштина ЛКС-а бира органе Коморе, прописане Статутом ЛКС, а Скупштина РЛК посредним гласањем бирају органе регионалних лекарских комора, прописане Статутом ЛКС.

II – ОРГАНИ И СПРОВОЂЕЊЕ ИЗБОРА

Члан 4.

Органи за спровођење избора за чланове Скупштине ЛКС и чланове Скупштине РЛК су: Централна изборна комисија Лекарске коморе Србије, изборне комисије регионалних лекарских комора, и бирачки одбори изборних јединица.

Органи за спровођење избора за чланове органа ЛКС и РЛК, који бирају делегати Скупштине ЛКС и Скупштине РЛК, су Комисија за избор и именовање Скупштине Лекарске коморе Србије и Комисије за избор и именовање Скупштине Регионалних лекарских комора.

Централна изборна комисија ЛКС, изборне комисије регионалних лекарских комора и бирачки одбори изборних јединица спроводе непосредне изборе за чланове Скупштине ЛКС и чланове Скупштине РЛК.

Чланови изборних комисија не могу се кандидовати за чланове Скупштине ЛКС и чланове Скупштине РЛК.

Комисије за избор и именовање спроводе изборе органа које бира Скупштина ЛКС и Скупштине РЛК.

Члан 5.

Све радње око припреме и спровођења избора обавља Централна изборна комисија Лекарске коморе Србије у сарадњи са изборним комисијама регионалних лекарских комора.

Централна изборна комисија:

1) стара се о спровођењу непосредних избора у складу са Законом о коморама здравствених радника, Статутом ЛКС, (Правилником о поступку кандидовања, начину избора и опозива чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије) и актима ЛКС који регулишу ову материју;

2) организује техничке припреме за изборе;

3) прати примену аката побројаних у тачки 1) и даје објашњења;

4) утврђује јединствене стандарде за изборни материјал;

5) прописује обрасце и правила и утврђује рокове за спровођење изборних радњи прописаних овим Правилником;

6) одређује и оглашава број и адресу бирачких места;

7) образује бирачке одборе и именује председнике и чланове бирачких одбора и њихове заменике, на предлог Извршног одбора РЛК;

8) утврђује број гласачких листића за бирачка места, оверава их и заједно са овереним изводом из бирачког списка, записнички предаје Изборним комисијама регионалних лекарских комора;

9) одређује изборне акте који јој се достављају;

10) утврђује да ли су изборна листа, односно предлог кандидата састављени и поднети у складу са Правилником и проглашава изборну листу, односно листу кандидата, или решењем одбија проглашење изборне листе односно кандидата;

11) доноси решење о проглашењу збирне изборне листе, односно решење о утврђивању листе кандидата;

12) доноси решење о проглашењу укупног броја бирача уписаних у бирачки списак;

13) одређује начин чувања и руковања изборним материјалом;

14) утврђује и објављује резултате избора;

15) издаје уверење о избору делегата;

16) подноси извештај Скупштини Лекарске коморе Србије о спроведеним изборима;

17) решава о приговорима на решења Изборних комисија регионалних лекарских комора, и њена одлука је коначна;

18) даје мишљења и обавештења у вези са применом прописа о непосредним изборима у Лекарској комори Србије;

19) доноси Роковник за вршење изборних радњи у поступку спровођења избора, који је обавезан документ за спровођење избора и као такав роковима обавезује све учеснике у изборном процесу;

20) врши обуку свих председника и заменика бирачких одбора и Изборних комисија регионалних лекарских комора.

21) врши и друге послове у складу са овим Правилником

22) доноси Пословник о свом раду.

Члан 6.

Централна изборна комисија има 13 чланова (по 5 чланова и заменика) које бира Скупштина Лекарске коморе Србије са мандатом од 5 година.

По једног члана члана Централне изборне комисије Скупштине Коморе предлажу Скупштине регионалних лекарских комора.

Остале чланове Централне изборне комисије до броја 13 Скупштине Коморе предлажу директор Коморе и Управни одбор ЛКС заједно на седници Управног одбора, од којих су најмање три дипломирани правници.

Председника и заменика председника Централне изборне комисије бира Скупштина ЛКС већином присутних чланова Скупштине ЛКС.

Рад Централне изборне комисије регулише се Пословником о раду Централне изборне комисије Лекарске коморе Србије који доносе чланови Комисије на конститутивној седници овог органа.

Централна изборна комисија доноси одлуке већином гласова од укупног броја чланова.

Члан 7.

Изборне комисије регионалних лекарских комора:

1) обавештавају чланство са своје територије о условима и роковима изборних радњи;

2) доноси Пословник о раду;

3) врше записничку предају изборног материјала бирачким одборима са своје територије;

4) врше записнички пријем изборног материјала после гласања од бирачких одбора са своје територије, и утврђују резултате гласања које у посебним записницима достављају Централној изборној комисији;

5) решавају по приговорима на рад бирачких одбора;

6) координирају рад бирачких одбора са своје територије у сарадњи са Централном изборном комисијом;

7) врши и друге послове у складу са овим Правилником и одлукама Централне изборне комисије.

Члан 8.

Изборне комисије регионалних лекарских комора имају по седам чланова које бирају Скупштине Регионалних лекарских комора на предлог извршних одбора регионалних лекарских комора, са мандатом од 5 година.

Најмање један члан изборне комисије регионалних лекарских комора мора бити дипломирани правник.

Председника и заменика председника Изборне комисије регионалне коморе бира Скупштина Регионалне коморе већином присутног броја чланова Скупштине.

Рад Изборне комисије регионалне лекарске коморе регулише се Пословником о раду Изборне комисије Регионалне лекарске коморе који доносе чланови Комисије на конститутивној седници овог органа.

Изборна комисија регионалне коморе доноси одлуке већином гласова од укупног броја чланова.

Члан 9.

Изборе у изборним јединицама формираним по управним окрузима градовима или територији једне или више општина, спроводе бирачки одбори.

Сваки бирачки одбор чине председник, заменик председника и један до три члана.

Централна изборна комисија доноси решење о именовању чланова бирачког одбора најкасније 10 дана пре одржавања избора.

Замену члана бирачког одбора врши Централна изборна комисија на захтев самог члана, или образложени захтев кандидата којим се утврђује да је члан бирачког одбора у првом степену сродства са кандидатом за кога се гласа у тој изборној јединици.

Бирачки одбор спроводи изборе у изборној јединици на основу Правилника о раду бирачког одбора који доноси Централна изборна комисија.

Члан 10.

Гласање на непосредним изборима у Лекарској комори Србије обавља се у изборним јединицама одређеним по управним окрузима, града или територији једне или више општина који сачињавају регионалну лекарску комору, на бирачким местима која ће одредити Централна изборна комисија, најкасније 20 дана пре датума одржавања избора.

Бирачко место одређује се за гласање највише 2.500, а најмање 300 бирача.

Бирачка места се организују у административним центрима јединица локалне самоуправе, или у седишту подручне канцеларије регионалне лекарске коморе, или у седишту Регионалне лекарске коморе или у седишту Лекарске коморе Србије, или на осталим погодним местима за спровођење избора према одлуци Централне изборне комисије.

Изузетно, бирачко место може се одредити и за гласање мање од 300 бирача за бирачка места на подручју РЛК Косова и Метохије, за бирачка места на којима гласају чланови Коморе из приватне праксе или ако би, због просторне удаљености или неповољног географског положаја, бирачима тог места гласање на другом бирачком месту било знатно отежано.

За свако бирачко место одређује се: број бирачког места, назив бирачког места, адреса бирачког места и подручје са којег гласају бирачи на том бирачком месту.

За чланове Коморе из РЛК Косова и Метохије може се одредити издвојено бирачко место у седишту друге РЛК.

Члан 11.

Секретари регионалних лекарских комора доносе решење о закључењу извода из бирачког списка чланова Лекарске коморе Србије уписаних у Именик ЛКС, који се води у регионалној лекарској комори 15 дана пре датума одржавања избора, и наведена решења достављају Централној изборној комисији на усвајање.

Централна изборна комисија на основу достављених решења, у року од 48 часова од достављања, доноси одлуку о закључењу бирачког списка, као и извода из бирачког списка по изборним јединицама и бирачким местима.

Централна изборна комисија на основу закљученог бирачког списка, доноси решење о укупном броју бирача који учествују на изборима, као и о броју бирача по изборним јединицама и бирачким местима.

Извод из бирачког списка оверава се тако што се на последњој страни сваке свеске бирачког списка наводе подаци из решења о закључењу бирачког списка, а посебно број страна свеске бирачког списка, број уписаних бирача, датум закључења бирачког списка, потпис овлашћеног лица и печат Лекарске коморе Србије.

Члан 12.

После закључења бирачког списка, Централна изборна комисија ће извршити упис промена у изводе из бирачког списка на основу одлуке надлежног основног суда које прими најкасније 72 часа пре датума одржавања избора.

Упис промена у извод из бирачког списка уноси се, почев од редног броја 1, на крају извода из бирачког списка, на посебној страни под називом: „Накнадне промене“.

После уписа накнадних промена у изводе из бирачког списка, Централна изборна комисија утврђује коначан број бирача и објављује га на сајту Лекарске коморе Србије.

Члан 13.

Чланови Комисије за избор и именовање бирају се на првој конститутивној седници сваког новог сазива Скупштине Лекарске коморе Србије, односно Скупштине Регионалне лекарске коморе из редова чланова Скупштине ЛКС, односно РЛК.

Чланове Комисије за избор и именовање бира Скупштина Коморе, односно Скупштина РЛК на предлог делегата Скупштине.

Комисија има 5 чланова чији је мандат 4 године.

Председника Комисије и осталих 4 члана бира Скупштина Лекарске коморе Србије, односно Скупштина РЛК већином од укупног броја делегата.

Комисија за избор и именовање у складу са Статутом и овим актом припрема и спроводи изборе за све органе које бира Скупштина Лекарске коморе Србије, односно Скупштину Регионалне лекарске коморе.

Рад Комисије за избор и именовање регулише се Пословником о раду Комисије за избор и именовање Лекарске коморе Србије и регионалних лекарских комора који доносе чланови Комисије на конститутивној седници овог органа.

Комисија за избор и именовање одлуке доноси већином гласова од укупног броја чланова.

III – ИЗБОР ЧЛАНОВА СКУПШТИНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ И ЧЛАНОВА СКУПШТИНА РЕГИОНАЛНИХ ЛЕКАРСКИХ КОМОРА

а. Опште напомене

Члан 14.

Изборе за Скупштину Лекарске коморе Србије и Скупштине регионалних лекарских комора расписује председник претходног сазива Скупштине, најмање 45 дана пре истека мандата претходног сазива.

Након доношења одлуке Скупштине ЛКС о избору Централне изборне комисије и одлуке о избору изборних комисија регионалних лекарских комора, као и доношењу одлуке о расписивању избора за чланове Скупштине и других органа ЛКС за које су избори расписани, као и чланова Скупштине и других органа регионалних лекарских комора, за које су избори расписани, Скупштина ЛКС и скупштине РЛК настављају са радом у обиму потребном за рад Коморе.

Након расписивања избора, из претходног става овог члана, Директор Коморе, помоћници директора Управни одбор, Надзорни одбор Коморе, Посебни одбори Коморе настављају са радом у обиму потребном за рад Коморе, а до момента конституисања нових органа, у новом сазиву Скупштине Коморе и примопредаје дужности.

Након расписивања избора, из става 2. овог члана, Председник РЛК и два потпредседника, Извршни одбор, Надзорни одбор РЛК, Посебни одбори РЛК настављају са радом у обиму потребном за функционисање и рад РЛК, а до момента конституисања нових органа, у новом сазиву Скупштине РЛК и примопредаје дужности.

У одлуци о расписивању избора председник Скупштине дужан је да наведе тачан датум одржавања избора као и датум почетка изборних радњи.

Првог дана после одређеног датума почетка изборних радњи одржава се седница Централне изборне комисије.

Расписани избори не могу бити одржани пре истека 30 дана од дана расписивања.

Члан 15.

Све радње око припреме и спровођења избора обавља Централна изборна комисија Лекарске коморе Србије у сарадњи са Изборним комисијама регионалних лекарских комора.

Члан 16.

Сви доктори медицине, чланови Коморе уписани у Именик ЛКС, бирају своје представнике на територији регионалне Коморе на основу места пребивалишта, у изборним јединицама управних округа, градова и општина од којих се састоји Регионална лекарска комора у чији су именик уписани.

У посебном акту који усваја Скупштина, а који чини саставни део овог Правилника наводи се:

1. територија коју обухвата изборна јединица;
2. број чланова Коморе уписаних у именик који гласају на тој изборној јединици (коначан број утврђује Централна изборна јединица својим решењем);
3. број делегата Скупштине који се бира се изборне јединице у Скупштину ЛКС односно Скупштину РЛК.

Изборне јединице по управним окрузима, градовима и општинама предлажу Скупштине регионалних лекарских комора а усваја Скупштина Лекарске коморе Србије у посебном акту који је саставни део ово Правилника.

Члан 17.

У свакој изборној јединици бира се један или више чланова Скупштине Лекарске коморе Србије и један или више чланова Скупштине Регионалне лекарске коморе, уз поштовање принципа дефинисаних Статутом Коморе.

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

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

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

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

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

б. Поступак кандидовања**Члан 18.**

За члана Скупштине Коморе и Скупштине регионалне коморе може бити предложен и биран сваки члан Коморе уписан у Именик Коморе.

Кандидата за члана Скупштине Коморе или Скупштине регионалне коморе може предложити сваки члан Коморе уписан у Именик Коморе, а који се води у евиденцији Регионалне коморе у којој се члан кандидује, с тим да има пребивалиште на територији изборне јединице у којој се кандидат за члана Скупштине кандидује.

Члан Коморе уписан у Именик може својим потписом подржати само онолико кандидата колико се бира на тој Изборној јединици за Скупштину РЛК и за Скупштину ЛКС.

Члан Коморе уписан у Именик може бити кандидат само на тој изборној јединици, оној у коме се налази његово пребивалиште.

Члан 19.

Свака кандидатура за члана Скупштине Лекарске коморе Србије из државних здравствених установа мора бити подржана потписима најмање 20 чланова регионалне лекарске коморе и са изборне јединице на чијој територији кандидат има пребивалиште.

Свака кандидатура за члана Скупштине Лекарске коморе Србије из приватне праксе и са територије Косова и Метохије мора бити подржана потписима најмање 10 чланова регионалне лекарске коморе и са изборне јединице на чијој територији кандидат има пребивалиште.

Свака кандидатура за члана Скупштине регионалне лекарске коморе мора бити подржана потписима најмање 10 чланова регионалне лекарске коморе и са изборне јединице на чијој територији кандидат има пребивалиште, изузев кандидатуре за члана Скупштине РЛК Косова и Метохије која мора бити подржана потписима најмање 5 чланова РЛК Косова и Метохије, са изборне јединице на чијој територији кандидат има пребивалиште.

Свака кандидатура за члана Скупштине ЛКС и за члана РЛК из државних здравствених установа мора бити подржана потписима чланова из државних здравствених установа, а кандидатура за члана Скупштине ЛКС и члана Скупштине РЛК из приватне праксе мора бити подржана потписима чланова из приватне праксе.

Стручна служба Регионалне Коморе у року од 10 дана од дана расписивања избора, обавештава све чланове Коморе са своје територије да се писаним путем образложене кандидатуре достављају Изборној комисији регионалне лекарске коморе.

Изборна комисија регионалне лекарске коморе доставља приспеле кандидатуре на проглашење Централној изборној комисији у року од 48 сати.

Централна изборна комисија дужна је да у року од 48 сати од пријема кандидатура донесе одлуку или закључак.

Кандидатуре се подносе најкасније 20 дана пре одржавања избора.

Члан 20.

Кандидатура обавезно садржи:

- име и презиме кандидата;
- ЈМБГ кандидата;
- пребивалиште кандидата;
- потврду или решење да је уписан у Именик Коморе издату од стране регионалне лекарске коморе;
- прикупљен прописани број потписа на обрасцу чланова Коморе који подржавају кандидатуру;
- изјаву кандидата на прописаном обрасцу да подноси кандидатуру за делегата Скупштине.

Члан 21.

Ако кандидатура садржи недостатке за проглашење, Централна изборна комисија закључком налаже подносиоцу кандидатуре да у року од 48 часова од часа достављања закључка отклони недостатке. Против закључка није дозвољен приговор ни жалба.

Ако подносилац кандидатуре не отклони недостатке у року из става 1) овог члана, Централна изборна комисија решењем одбија проглашење кандидатуре.

Члан 22.

Сваки бирач (на изборној јединици кандидата чија је кандидатура одбијена), кандидат за делегата, може да поднесе Централној изборној комисији приговор на решење којим је одбијено проглашење кандидатуре, у року од 24 часа од када је кандидат примио решење.

Централна изборна комисија доноси решење по приговору у року од 48 часова од пријема приговора и доставља га подносиоцу приговора.

На решење Централне изборне комисије које је донесено по приговору, подносилац приговора може изјавити жалбу суду у року од 24 сата од доношења решења, преко Централне изборне комисије.

Одлука која је донесена у поступку по жалби је правоснажна и против ње се не може поднети захтев за ванредно преиспитивање судске одлуке, нити захтев за понављање поступка који су предвиђени Законом о управним споровима.

Члан 23.

Централна изборна комисија, по завршеном поступку кандидовања, утврђује коначне листе кандидата по изборним јединицама, најкасније 15 дана пре дана одржавања избора и објављује збирну изборну листу кандидата за делегате Скупштине Лекарске коморе Србије и збирне изборне листе кандидата за делегате Регионалних лекарских комора.

Збирна изборна листа садржи све кандидатуре, лична имена свих кандидата, податке о години рођења, лични број (ЈМБГ) кандидата и пребивалиште кандидата.

Редослед кандидата на збирној изборној листи утврђује се према редоследу проглашења кандидатура.

Збирне изборне листе кандидата објављују се јавно, на огласним таблама регионалних комора и њихових окружних канцеларија и на сајту Коморе.

Збирна изборна листа кандидата за делегате Скупштине Лекарске коморе Србије и збирна изборна листа за кандидате регионалне лекарске коморе, објављују се обавезно на бирачком месту.

Члан 24.

Подносилац кандидатуре може је повући најкасније 24 сата пре рока одређеног у члану 22. став 1).

в. Избори

Члан 25.

Избори за Скупштину Лекарске коморе Србије и скупштине регионалних лекарских комора одржавају се искључиво недељом.

Гласање за избор чланова Скупштине врши се на бирачким местима.

Свако бирачко место има редни број.

Изборне комисије регионалних комора најкасније 7 дана пре дана одржавања избора објављују распоред бирачких места, са назнакама који чланови коморе гласају на одређеним бирачким местима.

За свако бирачко место се обезбеђује посебна просторија.

Члан 26.

Гласање се врши лично.

Глас се гласачким листићима.

Гласачки листић садржи:

1. ознаку и редни број изборне јединице у којој се врше избори;
2. обавештење о броју кандидата који се бирају у тој изборној јединици;
3. имена и презимена кандидата, по редоследу са збирне изборне листе.

Испред имена сваког кандидата ставља се редни број према редоследу са збирне изборне листе.

4. ознаку за члана које Скупштине се гласа предметним листићем, односно да ли се гласа за члана Скупштине ЛКС или члана Скупштине РЛК.

Члан 27.

Глас се само за кандидате наведене на гласачком листићу појединачно, а највише за онолико кандидата колико се чланова Скупштине Коморе, односно Скупштине РЛК бира из те изборне јединице.

Гласање се врши заокруживањем редног броја испред имена кандидата за кога се гласа.

Члан 28.

Гласачки листићи на којима су заокружени редни бројеви испред имена већег броја кандидата од броја кандидата који се бира, листићи у које су унета и заокружена нова имена, непопуњени гласачки листићи као и листићи на којима се не може са сигурношћу утврдити за кога је кандидата гласано, сматрају се неважећим.

Члан 29.

Гласање траје непрекидно, од 07,00 до 19,00 часова.

Бирачко место се у 19,00 часова затвара, али се бирачима који су се затекли на бирачком месту у време затварања, омогућава да гласају.

Бирачко место на коме су гласали сви уписани бирачи може бити затворено и пре истека рока наведеног у претходном ставу овог члана.

Члан 30.

Чланови бирачких одбора проверавају да ли је свако ко приступа гласању уписан у бирачки списак.

Уколико бирач није уписан, гласање му неће бити дозвољено, осим ако члановима комисије не стави на увид решење суда о упису у бирачки списак.

Сваки такав случај уноси се у записник, а судско решење ставља на последњу страну извода из бирачког списка.

Члан 31.

Идентификација бирача уписаних у бирачки списак врши се на основу увида у личну карту или путну исправу (пасош).

г. Утврђивање резултата гласања

Члан 32.

По завршетку гласања бирачки одбор започиње утврђивање резултата гласања.

Резултати гласања се утврђују тако што се прво врши пребројавање неупотребљених гласачких листића, стављају их у посебан омот који печати с знаком на омоту да се ради о неупотребљеним гласачким листићима.

Потом се, на основу бирачког списка, извода из бирачког списка, утврђује укупан број бирача који су гласали, и приступа се отварању бирачке кутије и пребројавању гласова.

Кад се бирачка кутија отвори, после провере контролног листа, важећи гласачки листићи се одвајају од неважећих.

Бирачки одбор констатује број неважећих гласачких листића, уноси се у записник и неважеће гласачке листиће печати у посебан омот, с назнаком да се ради о неважећим гласачким листићима, а потом утврђује број гласачких листића и број гласова који је добио сваки кандидат, што се такође уноси у записник.

Важећи гласачки листићи стављају се у посебан омот са знаком да се ради о важећим гласачким листићима, који се потом печати.

Кад се утврди да је број гласачких листића у гласачкој кутији већи од броја бирача који су гласали, или у гласачкој кутији није нађен контролни листић, бирачки одбор се распушта и именује нови, а гласање на том бирачком месту понавља се.

Члан 33.

Када се утврде резултати гласања у записник се уносе следећи подаци:

1. укупан број бирача у бирачком списку на том бирачком месту;
2. број бирача који је гласао;
3. број гласова који је добио сваки кандидат са гласачког листића;
4. број неважећих гласачких листића.

У записник се уносе све околности и чињенице од значаја за гласање.

Записник потписују сви чланови бирачког одбора.

Члан 34.

Записник се, са другим изборним материјалом, доставља Изборној комисији регионалне коморе у року од 24 сата од времена затварања бирачког места.

Члан 35.

Изборна комисија регионалне Лекарске коморе у року од 48 часова од дана пријема материјала утврђује резултате избора и доставља их Централној изборној комисији Лекарске коморе Србије на проглашење.

Члан 36.

Коначне резултате избора проглашава Централна изборна комисија Лекарске коморе Србије, најкасније 15 дана од дана одржавања избора.

Централна изборна комисија свим изабраним члановима Скупштине Лекарске коморе Србије и члановима регионалних лекарских скупштина, издаје уверење о избору за члана Скупштине Лекарске коморе Србије, односно члана Скупштине регионалне лекарске коморе у року од 3 дана од проглашења коначних резултата шаље уверења о избору на адресу пребивалишта изабраним кандидатима, препоручено са повратницом.

Централна изборна комисија подноси извештај о изборима Скупштине Лекарске коморе Србије на првој конститутивној седници Скупштине.

Члан 37.

Мандат чланова Скупштине Лекарске коморе Србије и чланова Скупштине РЛК траје 4 године, и почиње даном верификације у Скупштини.

Поступак верификације регулисан је Пословником о раду Скупштине Лекарске коморе Србије.

д. Примедбе на регуларност избора

Члан 38.

Приговор на регуларност избора може ставити сваки члан Коморе или сваки кандидат за члана Скупштине Коморе или Скупштине регионалне лекарске коморе.

Приговор на регуларност избора, на неправилности у спровођењу изборних радњи, подноси се у року од 24 часа од дана када је донета одлука, односно извршена радња или учињен пропуст, Изборној комисији регионалне лекарске коморе на чијој се територији налази бирачко место на чији рад се улаже приговор.

Изборна комисија регионалне лекарске коморе доноси решење по приговору у року од 24 часа од пријема.

Уколико је приговор решењем одбијен од старне Изборне комисије регионалне лекарске коморе, подносилац има право жалбе Централној изборној комисији у року од 24 сата од времена пријема одлуке Изборне комисије регионалне лекарске коморе.

Централна изборна комисија доноси одлуку по жалби у року од 24 сата од пријема.

Одлука Централне изборне комисије Лекарске коморе Србије је коначна и на њу подносилац може изјавити жалбу суду у року од 24 часа од достављања одлуке Централне изборне комисије.

Уколико Централна изборна комисија усвоји приговор, избори се на том бирачком месту понављају у року од 7 дана од дана одржавања.

У случају да из неке изборне јединице не буде изабран број делегата који се бира, избори се понављају у року од 60 дана као допунски.

Одлука суда донета у поступку по жалби је правоснажна и против ње се не може поднети захтев за ванредно преиспитивање судске одлуке, нити захтев за понављање поступка који су предвиђени Законом о управним споровима.

Све примедбе на регуларност избора достављају се надлежним изборним комисијама писаним путем, уз детаљно образложење.

IV – ПРЕДАЈА ИЗБОРНОГ МАТЕРИЈАЛА ПРЕ ГЛАСАЊА

Члан 39.

Централна изборна комисија обезбеђује целокупан изборни материјал за сва бирачка места (гласачке кутије, параване за гласање, прибор за писање, прибор за печатење гласачких кутија и другог изборног материјала, коверте за одлагање гласачких листића, збирне изборне листе, изводе из решења о одређивању бирачког места, решења о именовању бирачког одбора, изводе из бирачког списка, гласачке листиће, контролне листове за проверу исправности гласачке кутије, обрасце записника о раду бирачког одбора, одговарајуће обрасце записника о примопредаји изборног материјала, Правила о раду бирачких одбора).

Члан 40.

Централна изборна комисија записнички доставља изборни материјал Изборним комисијама регионалних лекарских комора најкасније 96 часова пре дана одржавања избора.

Изборне комисије регионалних лекарских комора записнички предају изборни материјал бирачким одборима са своје територије најкасније 72 сата пре дана одржавања избора.

V – РАД БИРАЧКОГ ОДБОРА

Члан 41.

Сви бирачки одбори поступају у складу са правилима о раду бирачких одбора која ће прописати Централна изборна комисија.

VI – ДОСТАВЉАЊЕ ИЗБОРНОГ МАТЕРИЈАЛА ПОСЛЕ ГЛАСАЊА

Члан 42.

Пошто утврди резултате гласања на бирачком месту, сваки бирачки одбор без одлагања записнички предаје прописани изборни материјал Изборној комисији регионалне лекарске коморе.

Уколико је уложена жалба на решење Изборне комисије регионалне лекарске коморе, уз записник Централној изборној комисији прослеђује се и материјал са бирачког места на чији је изборни процес жалба уложена.

Изборне комисије регионалних лекарских комора пошто прикупе изборни материјал са свих бирачких места, констатују записнички резултате гласања на територији регионалне лекарске коморе, и без одлагања, записнике достављају Централној изборној комисији.

Централна изборна комисија по протеклу рокова за жалбу, утврђује коначне резултате гласања по регионалним лекарским коморама за Скупштину Лекарске коморе Србије и за Скупштине регионалних лекарских комора.

VII – СТАНДАРДИ ЗА ИЗБОРНИ МАТЕРИЈАЛ

Члан 43.

Гласачки листићи за избор делегата Скупштине Лекарске коморе Србије и делегата Скупштине регионалних лекарских комора, штампају се у Београду у штампарији коју одреди Централна изборна комисија.

Гласачки листићи штампају се на хартији која је заштићена воденим жигом.

Број гласачких листића који се штампа, њихов облик, боју и њихов изглед утврђује Централна изборна комисија.

Број гласачких листића који се штампају мора бити једнак укупном броју бирача – лекара уписаних у Бирачки списак, уз додатак резервних гласачких листића чији број не може прећи 0,3% од укупног броја бирача.

О броју резервних гласачких листића Централна изборна комисија доноси Решење које објављује на сајту Лекарске коморе Србије.

Члан 44.

Текст и изглед гласачких листића утврђује Централна изборна комисија.

Централна изборна комисија после доношења одлуке о тексту и изгледу гласачког листића, сачињава узорак гласачког листића који оверава председник Централне изборне комисије својим потписом, а поред се ставља потпис директора Лекарске коморе Србије и печат Лекарске коморе Србије.

Оверени узорак гласачког листића предаје се штампарији, која на основу њега израђује графичке плоче.

Процес штампања почиње у присуству овлашћени представника Централне изборне комисије.

Први одштампани гласачки листић који испуњава оптималне графичке стандарде, представник Централне изборне комисије упоређује са овереним узорком гласачког листића.

Пошто утврди да је одштампани примерак гласачког листића подударан са овереним узорком, представник Централне изборне комисије својим потписом одобрава штампање гласачких листића у утврђеном броју примерака.

Одмах по завршетку штампања, комисија, коју чине представници Централне изборне комисије и штампарије, уништава компјутерску припрему за израду графичких плоча и графичке плоче.

О уништавању компјутерске припреме и графичких плоча, саставља се записник, а уништене графичке плоче се предају Централној изборној комисији.

VIII – УПОТРЕБА ЈЕЗИКА И ПИСМА

Члан 45.

Текст гласачког листића и преосталог материјала за спровођење избора, штампа се на српском језику, ћирилицом.

IX – СТАТИСТИЧКА ОБРАДА ПОДАТАКА

Члан 46.

Статистичку обраду података, при спровођењу избора, обавља стручна служба Лекарске коморе Србије.

X – ПРАЋЕЊЕ РАДА ОРГАНА ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ИЗБОРА

Члан 47.

Домаће организације које су регистроване за праћење избора, међународне организације чији је члан Лекарска комора Србије и невладине организације, а које желе да прате рад органа за спровођење избора, подносе пријаву Централној изборној комисији, најкасније 10 дана пре дана одржавања избора.

Пријава садржи: назив организације, међународне организације или невладине организације, број посматрача, име и презиме посматрача, ЈМБГ, фотографију посматрача и подручје праћење рада органа за спровођење избора.

Уз пријаву се подноси и акт о регистрацији организације код надлежног органа.

Централна изборна комисија може издати овлашћења домаћим посматрачима, на основу којих они могу да прате рад органа за спровођење избора.

Члан 48.

Централна изборна комисија издаје посматрачима идентификационе картице, које садрже податке који су неопходни, а који се преузимају из пријаве.

Посматрачи су дужни да идентификационе картице носе на видном месту.

Трошкове плаћања рада органа за спровођење избора и трошкове издавања идентификационих картица (осим оних посматрача које ангажује посебним уговором Лекарска комора Србије) сnose они чији посматрачи прате изборе.

Члан 49.

Централна изборна комисија дужна је да посматрачима којима је одобрено праћење избора, омогући несметано праћење сваке изборне радње и да у записницима о свом раду констатује њихово присуство.

Бирачки одбори дужни су да посматрачима којима је Централна изборна комисија одобрила праћење избора омогуће несметано пра-

ћење сваке изборне радње и да у записницима о свом раду констатују њихово присуство.

Посматрачи су дужни да поступају по правилима о одржавању реда на бирачком месту.

Бирачки одбор може са бирачког места удаљити посматрача ако се посматрач не придржава правила о одржавању реда на бирачком месту, ако на бирачком месту користи: пејџер, мобилни телефон и друга средства везе и комуникације, а посебно ако се на било који начин меша у рад бирачког одбора.

Бирачки одбор је дужан да о удаљењу посматрача и разлозима за то удаљење одмах обавести Централну изборну комисију.

Централна изборна комисија може да посматрачу одузме овлашћење и идентификациону картицу, уколико се посматрач не понаша у оквиру својих овлашћења.

Посматрачи рада Централне изборне комисије и Изборних комисија регионалних лекарских комора, дужни су да се крећу унутар овлашћења и правила наведених у претходним ставовима овог члана.

XI – СРЕДСТВА ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ИЗБОРА

Члан 50.

Средства за спровођење избора обезбеђују се из буџета Лекарске коморе Србије, доприносима (партиципацијом) регионалних лекарских комора сразмерно броју уписаних чланова у Именик коморе.

Средства за спровођење избора могу да се користе за:

- накнаде за рад органа за спровођење избора;
- накнаде за рад ангажованих посматрача;
- накнаде за рад запослених у стручним службама Коморе;
- накнаде за дневнице и путне трошкове председника и чланова Централне изборне комисије и Изборних комисија регионалних лекарских комора, од места пребивалишта до седишта комисија и од седишта комисија до места где је потребно извршити службени посао;
- накнаде за рад ангажованих лица;
- штампање изборног материјала;
- набавку канцеларијског и осталог потрошног материјала;
- прикупљање, статистичку обраду и презентацију података;
- превозничке, ПТТ, угоститељске, медијске и друге услуге.

е. Поступак опозива

Члан 51.

Мандат делегата скупштине почиње да тече даном потврђивања мандата на конститутивној седници скупштине.

Конститутивну седницу скупштине сазива председник скупштине из претходног сазива у року од 15 дана од дана објављивања резултата избора од стране Централне изборне комисије.

Конститутивном седницом председава најстарији делегат, који је овлашћен и да сазове конститутивну седницу ако то у законском року не учини председник скупштине из претходног сазива.

На образложену иницијативу најмање једне трећине чланова уписаних у именик коморе из изборне јединице у којој је члан Скупштине изабран, Скупштина регионалне Лекарске коморе дужна је да спроведе поступак изјашњавања о поверењу поменутом члану Скупштине, у року од 60 дана од дана пријема иницијативе.

Поступак изјашњавања о опозиву спроводи се на истоветан начин као избор делегата чији се опозив тражи, а у изборној јединици у којој је изабран, у складу са овом Одлуком.

Члан 52.

Члан Скупштине Лекарске коморе Србије или члан Скупштине РЛК је опозван уколико је за његов опозив гласало више од половине чланова Коморе из његове изборне јединице.

Члан 53.

У случају опозива члана Скупштине ЛКС или РЛК, Комора је дужна да спроведе допунске изборе у изборној јединици из које је опозван члан Скупштине ЛКС или РЛК, у року од 60 дана од дана опозива.

Допунски избори из става 1) спроводи се и у случајевима:

- смрти члана Скупштине;
- оставке;
- исписа из Именика Коморе;
- уколико није изабран број делегата који се бира из изборне јединице у Скупштину ЛКС или РЛК одређен Одлуком о изборним јединицама;
- у случају када је против члана Скупштине ЛКС или РЛК изречена правоснажна и извршна пресуда којом је изречена казна затвора.

Члан 54.

Уколико је опозван члан Скупштине био истовремено и члан неког органа Коморе, или органа РЛК сматра се да је опозивом са места члана Скупштине истовремено опозван и из органа чији је члан био.

Нови члан одговарајућег органа Коморе или органа РЛК бира се у складу са одредбама овог Правилника на првој наредној седници Скупштине.

XII – ИЗБОР ПРЕДСЕДНИКА И ДВА ПОТПРЕДСЕДНИКА СКУПШТИНЕ ЛКС И ПРЕДСЕДНИКА И ДВА ПОТПРЕДСЕДНИКА СКУПШТИНЕ РЕГИОНАЛНИХ ЛЕКАРСКИХ КОМОРА

Члан 55.

Кандидата за председника Скупштине Лекарске коморе Србије може предложити свака регионална Лекарска комора или најмање 20 (двадесет) чланова Скупштине.

Кандидата за Председника Скупштине регионалне лекарске коморе може предложити најмање 10 чланова Скупштине РЛК.

Кандидатуре се, у писаној форми, достављају Комисији за избор и именовање ЛКС, односно РЛК која саставља коначну листу предложених кандидата и доставља је Скупштини ЛКС, односно Скупштини РЛК на одлучивање.

У првом кругу гласања изабран је кандидат за председника Скупштине ЛКС који освоји више од половине гласова присутних чланова Скупштине Коморе.

У другом кругу гласања изабран је кандидат за председника Скупштине РЛК који освоји више од половине гласова присутних чланова Скупштине РЛК.

Уколико ниједан од кандидата не оствари више од половине гласова присутних чланова Скупштине, два кандидата са освојеним највећим бројем гласова иду у други круг.

У другом кругу гласања изабран је онај кандидат који добије већи број гласова присутних чланова Скупштине (просту већину).

Уколико је предложен само један кандидат за место председника Скупштине, изабран је уколико за њега гласа више од половине присутних чланова Скупштине.

Уколико за кандидата из претходног става овог члана не гласа више од половине присутних чланова Скупштине, избори се понављају са новим кандидатом, односно кандидатима.

Седница Скупштине на којој се гласа о новом кандидату или кандидатима за место председника Скупштине мора бити одржана најкасније у року од 15 (петнаест) дана од дана одржавања конститутивне седнице Скупштине.

Поступак избора потпредседника Скупштине Коморе, односно Скупштине РЛК идентичан је поступку избора председника Скупштине, уз напомену да се један потпредседник бира из редова доктора медицине запослених у државним здравственим установама, а други из редова доктора медицине који раде у приватној пракси.

Гласање за потпредседнике Скупштине врши се посебно за сваку потпредседничку функцију, а потпредседници су изабрани ако се за њихов избор изјасни више од половине присутних чланова Скупштине.

Иницијативу за опозив председника или потпредседника Скупштине ЛКС, уз писано образложење, Скупштини ЛКС може поднети свака регионална Лекарска комора или најмање 20 чланова Скупштине ЛКС.

О поднетој иницијативи Скупштина ЛКС, се изјашњава на првој наредној седници.

Иницијативу за опозив председника или потпредседника Скупштине регионалне лекарске коморе, уз писано образложење може поднети најмање 10 чланова Скупштине РЛК.

О поднетој иницијативи Скупштина РЛК, се изјашњава на првој наредној седници.

Председник или потпредседник (потпредседници) Скупштине су опозвани уколико се за то изјасни више од половине присутних чланова Скупштине.

Скупштина бира новог председника или потпредседника најкасније у року од 30 дана од дана опозива претходног.

У случају опозива председника Скупштине радом Скупштине до избора новог председника, укључујући и сазивање наредне седнице Скупштине, руководи потпредседници Скупштине.

У случају истовременог опозива председника и оба потпредседника, радом Скупштине Коморе, укључујући и сазивање наредне седнице Скупштине, руководи директор Коморе, односно Скупштином РЛК, председник РЛК.

Мандат председника и потпредседника Скупштине Коморе и мандат председника и потпредседника Скупштине РЛК траје 4 године.

XIII – ИЗБОР УПРАВНОГ ОДБОРА КОМОРЕ И ИЗВРШНИХ ОДБОРА РЕГИОНАЛНИХ ЛЕКАРСКИХ КОМОРА

Члан 56.

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

Председника, два потпредседника, пет чланова Извршног одбора РЛК, искључиво из редова чланова Скупштине РЛК предлаже најмање 10 делегата Скупштине РЛК, док посебни одбори РЛК предлажу по једног члана.

Члан 57.

Регионалне коморе и посебни одбори Коморе, у писаној форми, достављају предлоге кандидата за чланове Управног одбора Комисији за избор и именовање Скупштине Лекарске коморе Србије, најкасније у року од 15 дана од дана конституисања Скупштине Коморе.

Чланови Скупштине РЛК и посебни одбори РЛК у писаној форми достављају предлоге кандидата за чланове Извршних одбора РЛК, Комисији за избор и именовање скупштина РЛК, најкасније у року од 15 дана од дана конституисања Скупштине РЛК.

Комисија утврђује листу предложених кандидата и доставља је Скупштини ЛКС, односно Скупштини РЛК на одлучивање.

Скупштина ЛКС, односно Скупштина РЛК гласа о избору чланова Управног одбора, односно чланова Извршног одбора најкасније у року од 30 дана од дана конституисања Скупштине.

Даном конституисања Скупштине сматра се дан одржавања конститутивне седнице новог сазива Скупштине Лекарске коморе Србије, односно Скупштине регионалне лекарске коморе.

Скупштина о понуђеној листи гласа у целисти.

Чланови Управног одбора Коморе, односно чланови Извршног одбора РЛК изабрани су уколико се за листу изјасни више од половине присутних чланова Скупштине Коморе, односно Скупштине регионалне лекарске коморе.

Уколико се за понуђену листу кандидата за чланове Управног одбора, односно чланове Извршног одбора не изјасни довољан број присутних чланова Скупштине, избори се понављају најкасније у року од 30 дана.

Члан 58.

Чланови Управног одбора, на основу Пословника о раду Управног одбора Лекарске коморе Србије, из својих редова, предлажу Скупштини Коморе кандидата за председника Управног одбора, у року од 15 дана од дана избора чланова Управног одбора.

Чланови Извршног одбора на основу Пословника о раду Извршног одбора РЛК, из својих редова, предлажу Скупштини РЛК кандидата за председника Извршног одбора, најкасније у року од 15 дана од дана избора чланова Извршног одбора.

Председник Управног одбора, је изабран уколико за њега гласа више од половине присутних делегата Скупштине Коморе.

Председник Извршног одбора, је изабран уколико за њега гласа више од једне половине присутних делегата Скупштине РЛК.

Уколико кандидат за председника не добије потребну већину, гласање се понавља најкасније у року од 30 дана, на наредној седници Скупштине Коморе, односно Скупштини РЛК.

Члан 59.

Председник Управног одбора на седници на којој је и сам изабран, уз образложење, предлаже Скупштини Коморе два потпредседника Управног одбора из редова чланова Управног одбора, по једног из државне и из приватне лекарске праксе.

Председник Извршног одбора РЛК на седници на којој је и сам именован, уз образложење предлаже Скупштини РЛК два потпредседника Извршног одбора, из редова чланова Извршног одбора, по једног из државне и из приватне праксе.

О предложеним кандидатима се гласа појединачно, а кандидат за потпредседника је изабран на ту функцију уколико се за то изјасни више од половине присутних чланова Скупштине ЛКС, односно РЛК.

Уколико један или оба кандидата за потпредседнике Управног одбора, односно Извршног одбора нису изабрани, гласање се понавља најкасније у року од 30 дана.

Мандат председника, потпредседника и чланова Управног одбора траје четири године.

Мандат председника, потпредседника и чланова Извршног одбора траје четири године.

Члан 60.

Иницијатива за опозив Управног одбора у целисти, председника, потпредседника или чланова овог органа доставља се, у писаној форми, Комисији за избор и именовање Скупштине Лекарске коморе Србије.

Иницијатива за опозив Извршног одбора у целисти потпредседника или чланова овог органа доставља се у писаној форми, Комисији за избор и именовање Скупштине регионалне лекарске коморе.

Иницијативу за опозив председника Управног одбора, уз писано образложење, може поднети најмање једна трећина чланова Скупштине Коморе, једна трећина чланова Управног одбора или једна регионална комора.

Иницијативу за опозив председника Извршног одбора одбора, уз писано образложење, може поднети најмање једна трећина чланова Скупштине регионалне коморе, или једна трећина чланова Извршног одбора.

Иницијативу за опозив потпредседника Управног одбора, уз писано образложење, може покренути председник Управног одбора, најмање једна трећина чланова Управног одбора, једна трећина чланова Скупштине Коморе или једна регионална комора.

Иницијативу за опозив потпредседника Извршног одбора, уз писано образложење, може покренути председник Извршног одбора, најмање једна трећина чланова Извршног одбора или једна трећина чланова Скупштине регионалне коморе.

Опозвани председник или потпредседник Управног одбора, односно Извршног одбора нису аутоматски опозвани и са места чланова Управног одбора, односно Извршног одбора уколико подносилац иницијативе у свом образложењу то није изричито захтевао.

Иницијативу за опозив члана Управног одбора, уз писано образложење, може поднети најмање једна трећина чланова Скупштине Коморе, једна регионална комора или посебни одбор који га је предложио на то место.

Иницијативу за опозив члана Извршног одбора, уз писано образложење, може поднети најмање једна трећина чланова Скупштине регионалне коморе или посебан одбор који га је предложио на то место.

Иницијативу за опозив целог Управног одбора, уз писано образложење, може поднети најмање једна трећина чланова Скупштине Коморе или једна регионална комора.

Иницијативу за опозив целог Извршног одбора, уз писано образложење, може поднети најмање једна трећина чланова Скупштине регионалне коморе.

О иницијативи за опозив Управног одбора или Извршног одбора у целисти, односно председника и потпредседника или члана Управног одбора или члана Извршног одбора, Скупштина ЛКС, односно Скупштина РЛК гласа на првој наредној седници после датума пријема иницијативе.

Управни одбор у целисти или Извршни одбор у целисти, председник и потпредседник Управног одбора, односно Извршног одбора те чланови Управног одбора, односно Извршног одбора опозвани су уколико се за то изјасни више од половине присутних чланова Скупштине Коморе, односно Скупштине регионалне коморе.

У случају опозива председника Управног одбора, односно председника Извршног одбора до избора новог функцију врши један од потпредседника или члан кога чланови Управног одбора, односно Извршног одбора изабере у складу са Правилником о раду Управног одбора Лекарске коморе Србије, односно у складу са Правилником о раду Извршног одбора регионалне лекарске коморе.

Скупштина Коморе ће, најкасније у року од 30 дана од дана опозива Управног одбора, његовог председника, потпредседника или члана, на новој седници, изабрати нови Управни одбор, председника, потпредседника, односно члана Управног одбора.

Скупштина РЛК ће, најкасније у року од 30 дана од дана опозива Извршног одбора, његовог председника, потпредседника или члана, на новој седници, изабрати нови Извршни одбор, председника, потпредседника, односно члана Извршног одбора.

XIV – ИЗБОР ДИРЕКТОРА, ДВА ПОМОЋНИКА ДИРЕКТОРА И ИЗБОР ПРЕДСЕДНИКА РЛК И ДВА ПОТПРЕДСЕДНИКА РЛК

Члан 61.

Директора Коморе, искључиво из својих редова, бирају чланови Скупштине Коморе.

За директора Коморе може се кандидовати сваки члан Скупштине Коморе који испуњава услове прописане Законом о коморама здравствених радника и Статутом Коморе, ако му подршку да једна регионална комора са више од половине гласова чланова Скупштине регионалне коморе или једна трећина чланова Скупштине Коморе.

Кандидатуре се, у писаној форми, са образложењем, достављају Комисији за избор и именовање Скупштине Коморе најкасније у року од тридесет дана од дана одржавања конститутивне седнице Скупштине. Комисија прави јединствену листу кандидата и доставља је Скупштини Коморе на одлучивање.

Скупштина Коморе гласа о понуђеним кандидатима на седници која се одржава најкасније у року од 45 дана од дана одржавања конститутивне седнице Скупштине Коморе.

За директора Коморе изабран је кандидат који освоји више од половине гласова присутних чланова Скупштине Коморе.

Уколико ниједан кандидат у првом кругу гласања не освоји више од половине гласова, два кандидата са највећим бројем гласова иду у други круг.

За директора Коморе, у другом кругу, изабран је кандидат са већим бројем гласова.

Уколико је на листи кандидата само један кандидат, а он приликом гласања не освоји више од половине гласова присутних чланова Скупштине Коморе, гласање се понавља најкасније у року од 15 дана.

Председника РЛК, искључиво из својих редова, бирају чланови Скупштине РЛК.

Процедура за избор Председника и два потпредседника регионалне коморе идентична је процедури за избор директора и два помоћника директора Коморе.

За Председника РЛК може се кандидовати сваки члан Скупштине регионалне коморе, ако му подршку да једна трећина чланова Скупштине РЛК.

Кандидатуре се, у писаној форми, са образложењем, достављају Комисији за избор и именовање Скупштине РЛК у року од петнаест дана од дана одржавања конститутивне седнице Скупштине РЛК.

Комисија прави јединствену листу кандидата и доставља је Скупштини РЛК на одлучивање.

Скупштина РЛК гласа о понуђеним кандидатима на седници која се одржава најкасније у року од 30 дана од дана одржавања конститутивне седнице Скупштине РЛК.

За Председника изабран је кандидат који освоји више од половине гласова присутних чланова Скупштине РЛК.

Уколико ниједан кандидат у првом кругу гласања не освоји више од половине гласова, два кандидата са највећим бројем гласова иду у други круг.

За председника РЛК, у другом кругу, изабран је кандидат са већим бројем гласова.

Уколико је на листи кандидата само један кандидат, а он приликом гласања не освоји више од половине гласова присутних чланова Скупштине РЛК, гласање се понавља најкасније у року од 15 дана.

Члан 62.

Директор Коморе, на седници на којој је и сам изабран, уз образложење предлаже Скупштини Коморе кандидате за помоћнике директора и то једног из државне и једног из приватне лекарске праксе.

О кандидатима се гласа у пакету, а изабрани су уколико се за то изјасни више од половине присутних чланова Скупштине Коморе.

Уколико предложени кандидати не добију потребну већину гласова, гласање се понавља.

Мандат директора и помоћника директора Коморе траје 4 године.

Процедура за избор два подпредседника РЛК идентична је процедури за избор помоћника директора Коморе.

Предлог за избор потпредседника РЛК Скупштини РЛК доставља Председник РЛК.

О кандидатима се гласа у пакету, а изабрани су уколико се за то изјасни више од половине присутних чланова Скупштине РЛК.

Уколико предложени кандидати не добију потребну већину гласова, гласање се понавља.

Мандат председника РЛК и потпредседника РЛК траје 4 године.

Члан 63.

Иницијатива за опозив директора Коморе или помоћника директора Коморе доставља се, у писаној форми, Комисији за избор и именовање Скупштине Лекарске коморе Србије.

Иницијативу за опозив директора Коморе или помоћника директора Коморе може поднети најмање једна трећина чланова Скупштине Коморе или једна регионална Комора на основу одлуке донете са више од половине гласова у Скупштини регионалне Коморе.

О иницијативи за опозив директора или помоћника директора Лекарске коморе Србије, Скупштина Коморе одлучује на првој седници после дана пријема иницијативе.

Директор или помоћник директора Лекарске коморе Србије су опозвани уколико се за то изјасни више од половине присутних чланова Скупштине Коморе.

Избор новог директора Коморе или помоћника директора Коморе има се обавити најкасније у року од 30 дана ода дана опозива претходног.

До избора новог директора функцију директора врши помоћник кога Скупштина Коморе за то овласти.

У случају истовременог опозива директора и оба помоћника функцију директора Коморе, до избора новог, врши председник Скупштине Коморе.

Иницијатива за опозив председника РЛК или два потпредседника РЛК доставља се, у писаној форми, Комисији за избор и именовање Скупштине РЛК.

Иницијативу за опозив председника РЛК или потпредседника РЛК може поднети најмање једна трећина чланова Скупштине РЛК.

О иницијативи за опозив председника РЛК или потпредседника РЛК, Скупштина РЛК одлучује на првој седници после дана пријема иницијативе.

Председник РЛК или потпредседник РЛК су опозвани уколико се за то изјасни више од половине од чланова Скупштине РЛК.

Избор новог председника РЛК Коморе или потпредседника РЛК има се обавити најкасније у року од 30 дана ода дана опозива претходног, на новој седници Скупштине РЛК.

До избора новог председника РЛК функцију председника РЛК врши потпредседник кога Скупштина РЛК за то овласти.

У случају истовременог опозива председника РЛК и оба потпредседника РЛК функцију председника РЛК, до избора новог, врши председник Скупштине РЛК.

XV – НАДЗОРНИ ОДБОР КОМОРЕ И РЛК

Члан 64.

Надзорни одбор има председника, потпредседника и 5 чланова које бира Скупштина Коморе.

Председник, потпредседник и чланови Надзорног одбора морају бити изабрани најкасније у року од 30 дана од дана конституисања Скупштине Коморе.

Кандидате за председника, потпредседника и чланове Надзорног одбора, искључиво из редова чланова Скупштине Коморе, може предложити најмање једна петина чланова Скупштине Коморе или једна регионална Комора.

Предлози се, у писаној форми, достављају Комисији за избор и именовање ЛКС која утврђује листе кандидата за све набројане функције и доставља их Скупштини Коморе на одлучивање.

За председника Надзорног одбора Коморе изабран је кандидат који у првом кругу освоји више од половине гласова присутних чланова Скупштине Коморе.

Уколико ниједан од кандидата не задобије више од половине гласова, приступа се другом кругу гласања.

У други круг гласања иду два кандидата са највећим бројем гласова у првом кругу, а изабран је онај кандидат који освоји већи број гласова.

Поступак избора потпредседника Надзорног одбора Коморе идентичан је поступку избора председника.

За чланове Надзорног одбора Коморе изабрани су кандидати са највећим бројем гласова присутних чланова Скупштине Коморе.

Уколико је број предложених кандидата једнак броју који се бира, о предложеној листи кандидата може се гласати у целисти. У том случају, кандидати су изабрани уколико је за њих гласало више од половине присутних чланова Скупштине Коморе.

Мандат председника, потпредседника и чланова Надзорног одбора Коморе траје 4 године.

Надзорни одбор РЛК има председника и два члана које бира Скупштина РЛК.

Председник и чланови Надзорног одбора РЛК морају бити изабрани најкасније у року од 15 дана од дана конституисања Скупштине РЛК.

Кандидате за председника и чланове Надзорног одбора РЛК, искључиво из редова чланова Скупштине РЛК, може предложити најмање једна петина чланова Скупштине РЛК.

Предлози се, у писаној форми, достављају Комисији за избор и именовање РЛК која утврђује листе кандидата за све набројане функције и доставља их Скупштини РЛК на одлучивање.

За председника Надзорног одбора РЛК изабран је кандидат који у првом кругу освоји више од половине гласова присутних чланова Скупштине РЛК.

Уколико ниједан од кандидата не задобије више од половине гласова, приступа се другом кругу гласања.

У други круг гласања иду два кандидата са највећим бројем гласова у првом кругу, а изабран је онај кандидат који освоји већи број гласова.

За чланове Надзорног одбора РЛК изабрани су кандидати са највећим бројем гласова присутних чланова Скупштине РЛК.

Уколико је број предложених кандидата једнак броју који се бира, о предложеној листи кандидата може се гласати у целисти. У том случају, кандидати су изабрани уколико је за њих гласало више од половине присутних чланова Скупштине РЛК.

Мандат председника и чланова Надзорног одбора РЛК траје 4 године.

Члан 65.

Иницијативу за опозив председника, потпредседника, члана или Надзорног одбора Коморе у целини, у писаној форми, Комисији за избор и именовање Скупштине Коморе, може поднети најмање једна петина чланова Скупштине Коморе или једна регионална Комора.

Скупштина Коморе се о поднетој иницијативи изјашњава на првој наредној седници од дана пријема иницијативе.

Председник, потпредседник или члан Надзорног одбора су опозвани уколико се за то изјасни више од половине од присутних чланова Скупштине Коморе.

У случају опозива председника, потпредседника, члана или целог Надзорног одбора Коморе, Скупштина Коморе ће изабрати нове чланове или цело тело, на новој седници, најкасније у року од 30 дана од дана опозива.

Опозваног председника, до избора новог, у складу са Правилником о раду Надзорног одбора Лекарске коморе Србије, замењује потпредседник или један од чланова.

Иницијативу за опозив председника, потпредседника, члана или Надзорног одбора Коморе у целини, у писаној форми, Комисији за избор и именовање Скупштине Коморе, може поднети најмање једна петина чланова Скупштине Коморе или једна регионална Комора.

Скупштина Коморе се о поднетој иницијативи изјашњава на првој наредној седници од дана пријема иницијативе.

Председник, потпредседник или члан Надзорног одбора су опозвани уколико се за то изјасни више од половине од броја присутних чланова Скупштине.

У случају опозива председника, потпредседника, члана или целог Надзорног одбора Коморе, Скупштина Коморе ће изабрати нове чланове или цело тело, на новој седници, најкасније у року од 30 дана од дана опозива.

Опозваног председника, до избора новог, у складу са Правилником о раду Надзорног одбора Лекарске коморе Србије, замењује потпредседник или један од чланова.

Иницијативу за опозив председника, или члана Надзорног одбора РЛК у целини, у писаној форми, Комисији за избор и именовање Скупштине РЛК, може поднети најмање једна петина чланова Скупштине РЛК.

Скупштина РЛК се о поднетој иницијативи изјашњава на првој наредној седници од дана пријема иницијативе.

Председник, или члан Надзорног одбора РЛК су опозвани уколико се за то изјасни више од половине од броја присутних чланова Скупштине РЛК.

У случају опозива председника, члана или целог Надзорног одбора РЛК, Скупштина РЛК ће изабрати нове чланове или цело тело, на новој седници, најкасније у року од 15 дана од дана опозива.

Опозваног председника, до избора новог, у складу са Правилником о раду Надзорног одбора РЛК, замењује један од чланова.

Иницијативу за опозив председника, члана или Надзорног одбора РЛК у целини, у писаној форми, Комисији за избор и именовање Скупштине РЛК, може поднети најмање једна петина чланова Скупштине РЛК.

Скупштина РЛК се о поднетој иницијативи изјашњава на првој наредној седници од дана пријема иницијативе.

Председник, или члан Надзорног одбора РЛК су опозвани уколико се за то изјасни више од пола од присутног броја чланова Скупштине РЛК.

У случају опозива председника, члана или целог Надзорног одбора РЛК, Скупштина РЛК ће изабрати нове чланове или цело тело, на новој седници, најкасније у року од 15 дана од дана опозива.

Опозваног председника, до избора новог, у складу са Правилником о раду Надзорног одбора РЛК, замењује један од чланова Надзорног одбора РЛК.

XXI – ПОСЕБНИ ОДБОРИ КОМОРЕ И ПОСЕБНИ ОДБОРИ РЛК

Члан 66.

Посебни одбори Коморе Србије имају по 10 чланова, који из својих редова бирају председника и потпредседника одбора, уважавајући равноправну заступљеност регионалних комора и државне и приватне праксе.

Посебне одборе регионалних комора чине председник, потпредседник и 10 чланова, уз равноправну заступљеност представника држав-

не и приватне лекарске праксе, осим у одборима за државну и приватну праксу.

Скупштина Лекарске коморе Србије, односно Скупштина регионалне лекарске коморе бира чланове посебних одбора најкасније у року од 30 дана од дана конституисања Скупштине Коморе, односно Скупштине РЛК.

Кандидате за чланове посебних одбора Коморе, и то по два, предлажу регионалне коморе, на основу одлука скупштине регионалних комора донетих са више од половине гласова чланова скупштине регионалних комора присутних на седницама на коме се одлучивало о кандидатима за чланове посебних одбора.

Кандидате за чланове посебних одбора регионалне коморе може предложити најмање једна петина чланова Скупштине регионалне коморе.

Комисија за избор и именовање Скупштине Коморе, односно Комисија за избор и именовање Скупштине РЛК на основу писаних кандидатура регионалних комора, односно чланова Скупштине регионалне коморе, утврђује листе кандидата за чланове посебних одбора, и доставља их Скупштини Коморе, односно регионалне коморе на одлучивање.

Скупштина Коморе, односно Скупштина РЛК, гласа о листи кандидата за чланове предложених одбора у целини.

Листа је прихваћена уколико се за њу изјасни више од половине присутних чланова Скупштине Коморе, односно Скупштине РЛК.

Уколико понуђена листа не добије потребну већину, Скупштина коморе, односно Скупштина РЛК ће, најкасније у року од 30 дана поновити изборе.

Чланови посебних одбора Коморе и чланови посебних одбора РЛК из својих редова бирају председника и потпредседника и предлажу Скупштини Коморе, односно регионалне коморе кандидате за чланове Управног одбора Коморе, односно чланове Извршног одбора регионалне коморе из посебних одбора Коморе, односно посебних одбора РЛК.

Поступак избора председника и потпредседника посебних одбора, као и поступак избора представника посебних одбора у Управном одбору, односно Извршном одбору ближе се уређују пословницима о раду посебних одбора ЛКС и пословницима о раду посебних одбора РЛК.

Мандат председника, потпредседника и чланова посебних одбора ЛКС и РЛК траје 4 године.

Члан 67.

Иницијативу за опозив појединих чланова посебног одбора или одбора у целини Коморе, Комисији за избор и именовање ЛКС, у писаној форми, може предложити најмање један петина чланова Скупштине Коморе или једна регионална Комора.

Иницијативу за опозив појединих чланова посебног одбора или одбора у целини регионалне коморе, Комисији за избор и именовање регионалне коморе, у писаној форми, може предложити најмање један петина чланова Скупштине регионалне коморе.

Скупштина се о поднетој иницијативи изјашњава гласањем, на првој седници после пријема иницијативе.

Члан посебног одбора или одбор у целини, опозвани су уколико се за то изјасни више од половине од присутног броја чланова Скупштине Коморе, односно Скупштине регионалне коморе.

Нови члан посебног одбора или посебни одбор у целини бира се најкасније у року од 30 дана од опозива, на седници Скупштине Лекарске коморе Србије, односно Скупштине регионалне коморе.

XXII – ВРХОВНИ СУД ЧАСТИ И ПРВОСТЕПЕНИ СУДОВИ ЧАСТИ

Члан 68.

Врховни суд части чине председник, заменик председника и 10 чланова.

Председника, заменика председника и чланове Врховног суда части бира Скупштина Лекарске коморе Србије најмање 45 дана пре истека њиховог мандата.

Кандидате за председника и заменика председника Врховног суда части може предложити најмање једна петина чланова Скупштине Коморе или једна регионална комора.

Кандидатуре се, у писаној форми, достављају Комисији за избор и именовање Скупштине Коморе, која прави коначну листу предложених кандидата и доставља је Скупштини Коморе на одлучивање.

За председника Врховног суда части изабран је онај кандидат који у првом кругу гласања освоји више од једне половине гласова присутних чланова Скупштине Коморе.

Ако у првом кругу гласања ниједан кандидат не освоји надполовичну већину гласова, два кандидата са највећим бројем гласова иду у други круг гласања.

За председника Врховног суда части изабран је кандидат који у другом кругу освоји већи број гласова присутних чланова Скупштине Коморе.

Поступак избора заменика председника Врховног суда части идентичан је поступку избора председника.

Свака регионална комора доставља Комисији за избор и именовање по два кандидата са своје територије за чланове Врховног суда части.

Комисија прави заједничку листу кандидата и доставља је Скупштини Коморе на одлучивање.

О листи кандидата за чланове Врховног суда части глас се у целисти.

Чланови Врховног суда части изабрани су ако се за то изјасни више од половине присутних чланова Скупштине Лекарске коморе Србије.

Мандат председника, заменика председника и чланова Врховног суда части траје пет година, почев од дана полагања свечане изјаве.

Члан 69.

Суд части првог степена чине председник, заменик председника и 5 чланова.

Председника, заменика председника и чланове Суда части првог степена бира Скупштина Регионалне лекарске коморе најмање 45 дана пре истека мандата.

Кандидате за председника и заменика председника може предложити најмање једна петина чланова Скупштине Регионалне лекарске коморе.

Кандидатуре се, у писаној форми, достављају Комисији за избор и именовање Скупштине РЛК, која прави коначну листу предложених кандидата и доставља је Скупштини Регионалне лекарске коморе на одлучивање.

За председника Суда части првог степена изабран је онај кандидат који у првом кругу гласања освоји више од половине гласова присутних чланова Скупштине Регионалне лекарске коморе.

Ако у првом кругу гласања ниједан кандидат не освоји више од половине гласова, два кандидата са највећим бројем гласова иду у други круг гласања.

За председника Суда части првог степена изабран је кандидат који у другом кругу освоји већи број гласова присутних чланова Скупштине Регионалне лекарске коморе.

Поступак избора заменика председника Суда части првог степена идентичан је поступку избора председника.

Сваки делегат у Скупштини Регионалне лекарске коморе може да предложи Комисији за избор и именовање РЛК по једног кандидата за члана Суда части првог степена те РЛК.

Комисија прави заједничку листу кандидата и доставља је Скупштини Регионалне лекарске коморе на одлучивање.

О листи кандидата за чланове Суда части првог степена глас се у целисти.

Чланови Суда части првог степена изабрани су ако се за то изјасни више од половине присутних чланова Скупштине Регионалне лекарске коморе.

Мандат председника, заменика председника и чланова Суда части првог степена траје пет година, почев од дана полагања свечане изјаве.

Члан 70.

Иницијативу за опозив председника, заменика председника, члана Врховног суда части или Врховног суда части у целини, у писаној форми, Комисији за избор и именовање, може поднети најмање једна петина чланова Скупштине Коморе или једна регионална Комора.

Скупштина ће се о поднетој иницијативи изјаснити на првој седници која следи по пријему иницијативе.

Председник, заменик председника, члан или Врховни суд части у целини опозвани су уколико се за то изјасни више од половине присутних чланова Скупштине Коморе.

У случају опозива, Скупштина ће нове носиоце функција у Врховном суду части или Врховни суд части у целини, изабрати у року од 30 дана од опозива претходних, на новој седници.

У случају опозива председника Врховног суда части, до избора новог, а у складу са Правилником о раду Врховног суда части Лекарске коморе Србије, функцију председника обавља заменик председника или најстарији члан Врховног Суда части.

Процедура за опозив председника, заменика председника, члана првостепеног суда части, или првостепеног суда части у целини идентична је процедури за опозив председника, заменика председника, члана Врховног суда части или Врховног суда части у целини.

Иницијативу за опозив може поднети најмање једна петина чланова Скупштине регионалне коморе или Врховни суд части.

Иницијатива се подноси Комисији за избор и именовање регионалне коморе, а одлуку о поднетој иницијативи доноси Скупштина регионал-

не коморе, са гласовима више од половине присутних чланова Скупштине РЛК.

У случају опозива председника првостепеног суда части, до избора новог, а у складу са Правилником о раду првостепеног Суда части, функцију председника обавља заменик председника или најстарији члан првостепеног Суда части.

Члан 71.

Правила о избору и опозиву у овој глави примењиваће се до доношења посебног Правилника који регулише ову материју, а од стране Скупштине Лекарске коморе Србије.

XVIII – ЕТИЧКИ ОДБОР

Члан 72.

Формирање и састав Етичког одбора уређују се посебним Правилником Скупштине Лекарске Коморе Србије.

XIX – КОМИСИЈА ЗА ПОСРЕДОВАЊЕ

Члан 73.

Комисију за посредовање чине три члана (Председник и два члана) и исту бира Скупштина сваке регионалне лекарске коморе.

Послове из своје надлежности чланови Комисије обављају на основу Правилника о посредовању који доноси Скупштина Лекарске коморе Србије.

XX – ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 74.

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

Члан 75.

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

Члан 76.

Чланови сазива Скупштине Лекарске коморе Србије који буду изабрани на руководеће функције у Комори имају рок од 90 дана да поднесу оставке на функције наведене у члановима 74. и 75. овог Правилника и о томе писмено обавесте Скупштину Коморе.

Уколико поменути чланови Скупштине не поступе у складу са ставом 1. овог члана, аутоматски ће бити опозвани са својих функција у Комори због кршења одредби Закона о коморама здравствених радника, Статута Лекарске коморе Србије и овог Правилника.

Члан 77.

Саставни део овог Правилника чини Одлука о утврђеним Изборним јединицама за изборе чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова Скупштине и других органа регионалних лекарских комора у њеном саставу.

Члан 78.

Овај Правилник ступа на снагу даном доношења.

Члан 79.

Даном ступања на снагу овог Правилника престаје да важи Правилник о поступку кандидовања, начину избора и опозива чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије, донет на III конститутивној седници Скупштине ЛКС, одржаног 13. јуна 2007. године у Београду.

Београд, 06. априла 2010.

Председник

Скупштине Лекарске коморе Србије
проф. др сци. мед. Милан Антонић с.р.

„МЕХИРУЋИ” ПОДИЖУ ЗАРАДУ

– Разна слатка безалкохолна пића, нарочито она са мехурићима налазе се на „црној листи” свих заговорника здраве исхране, али једна студија је ипак показала да пре доношења важних одлука у животу треба попити неки сок или газирано пиће пуно шећера да би се глава разбистрила, јер шећер позитивно утиче на рад мозга. Амерички научници поручују да запо-

слени који желе да са шефовима преговарају о повећању плате претходно треба да попију сок или газирано пиће са шећером, преноси сајт Стетоскоп. Студија коју су спровели научници Универзитета Јужне Дакоте показала је да благо повишен шећер у крви доприноси доношењу смиренних и мудрих одлука, док недостатак глукозе води до импулсивних потеза. „Десет минута пошто су попили пиће са

шећером, учесници су се радије одлучивали за већу суму коју ће касније добити”, каже Сјао-Тјан Ванг, један од психолога који су спровели студију чији су резултати објављени у часопису „Психолошка наука” (Психологијал Сциенце).

„То је као при јелу – ако имамо повећану количину шећера у крви, можемо дуже да чекамо до следећег оброка”, објаснио је научник.

ПРВИ СВЕТСКИ ПРИРУЧНИК О ЗЕВАЊУ,
СЛЕДИ И КОНФЕРЕНЦИЈА

ЗЕВАМО И У ЕМБРИОНУ

Просечан човек „зевне”
250.000 пута током живота

ПАРИЗ – Зевамо када смо уморни, кад нам је досадно, кад смо гладни, падобранци то чине пред скок, а неки стручњаци сугеришу да постоји и веза између зевања и секса, али тачан узрок и функција зевања су практично још увек нејасни. Зевању је наука досад зачуђујуће мало посвећивала пажњу. Тек недавно је француски породични лекар Оливије Валусински објавио први приручник о овом питању, под насловом „Мистерија зевања у физиологији и болести”, преноси Ројтерс.

У тој књизи су садржани резултати најновијих истраживања овог збуњујућег и неконтролисаног понашања. Књига претходи Првој међународној конференцији о зевању, која ће 24. и 25. јуна бити одржана у Паризу.

Оно што се засад зна је да просечан човек „зевне” 250.000 пута током живота, а да ембриони у стомаку то почињу да чине између 12 и 14 недеље трудноће, што сугерише да ова појава има важну неурофизиолошку улогу јер, по речима Валусинског, биће у зачетку, тешко свега 60 грама, иначе не би трошило енергију на зевање.

Зевају и птице и рибе, у ствари готово сви и топлокрвни и хладнокрвни кичмењаци. Међу ретке зверке које досад нису „ухваћене” у зевању спадају жирафе и китови. Међу људима је још увек распрострањено уверење да се зевањем повећава ниво кисеоника у крви и елиминише сувишан угљен диоксид, али ту теорија је наука напустила још осамдесетих година, отада је студија Американца Роберта Провајна показала да је ниво гасова у крви потпуно исти пре и после зевања.

То што зевамо кад нам се спава или нам је досадно, навела је недавно неке стручњаке на теорију да се тиме постиже повећање пажње. Ово би могла да поткрепи и чињеница да зевамо када смо гладни, иако човеку, за разлику од лавова и других месождера, више није потребна повећана пажња да би уловио плен.

Што се тиче падобранаца који зевају пред скок, и ту би могло да се ради о подстицању пажње, али има мишљења и да је у питању сузбијање стреса. Учено је, између



осталог, да пацови у кавезу изложени стресним стимулансима, зевају чешће него обично. Једна друга теорија сугерише да се зевањем постиже расхлађивање мозга, чиме се штите церебралне активности и повећава ефикасност. Поставља се, међутим, питање зашто онда не зевамо више кад имамо повишену температуру и зашто и змије зевају, а не располажу механизмом за регулацију топлоте.

Оно што је сигурно је да је зевање заразно, што се повезује с људском способношћу емпатије. Снимањем мозга је, наиме, утврђено да се исти области у њему активирају кад према некоме осетимо емпатију, као и кад нас заразе зевањем. Тестови личности су показали да на особе које пате од шизофреније или аутизма зевање других делује мање заразно.

Валусински наглашава да је веза између зевања и секса код животиња много очигледнија него код људи. Тако доминантан мужјак макаки мајмуна зева пре и после парења, што изгледа има везе с нивоом тестостерона, јер кад се такав мајмун кастрира и изгуби доминантан статус, престаје и зевање.

СА СВИХ МЕРИДИЈАНА

ОСМЕХ ПРОДУЖАВА ЖИВОТ – Људи који се осмехују живе дуже, тврде амерички научници који су проучавали 230 фотографија играча бејзбол лиге из 1952 године. У закључима истраживања објављеним у стручном часопису Сајколоџикал сајенс они наводе да су, према изразима лица, спортисте сврстали у три групе.

На оне са смиреним изразом лица, без осмеха, оне са полуосмехом који су

активирали само зону око уста и оне са широким осмехом, код којих је цело лице озарено. Истраживачи су утврдили да су они из прве групе у просеку живели 72,9 година, они из друге 75, а они који су се највише осмехивали, дочекали су 79,9 година.

ТЕСТ ВАКЦИНЕ ПРОТИВ АЛЦХАЈ-МЕРА – Аустријска биотехнолошка компанија „Афирис” објавила је да ће-

на вакцина АД02 против једног од облика деменције – Алцхајмерове болести – улази у фазу испитивања на пацијентима у шест европских земаља.

Развијена у сарадњи са британском лабораторијом „ГлаксоСмитКлајн”, вакцина треба да спречава формирање плочица у мозгу изазваних протеином бета-амилоидом које блокирају нервне импулсе, пренели су француски медији.

ЉУБИТЕЉИ ЧОКОЛАДЕ ДЕПРЕСИВНИЈИ – Недавно истраживање показало је да је претерана жудња за чоколадом поуздан знак депресије. Чоколада има састојке који поправљају расположење, а особе са симптомима депресије једу двоструко више чоколаде од оних који немају те симптоме, наводи се у студији америчких истраживача објављеној у часопису „Архиви интерне медицине“.

Током истраживања, које је обухватило око 1.000 мушкараца и жена, утврђено је да су они с неким симптомима депресије јели у просеку 240 грама чоколаде месечно, док су они без знакова депресије јели двоструко мање. Што су симптоми депресије били израженији, то је конзумирање чоколаде било веће.

Истраживачи, међутим, нису сигурни да ли је конзумирање чоколаде својеврсна терапија. Вођа истра-

живачког тима др Натали Роуз и њене колеге са Универзитета „Калифорнија“ у Сан Дијегу кажу да постоји много могућих објашњења која тек треба истражити.

„Начин на који се осећамо је у директној вези с оним шта једемо“, истичу научници, напомињући да је потребно спровести даља истраживања како би се установила тачна веза између чоколаде и расположења.

МЕКСИЧКО ЗДРАВСТВО ПРЕД
ТЕШКИМ ИЗАЗОВОМ

СТЕЧАЈ ЗБОГ ГОЈАЗНИХ

Трошкови у здравству везани
за гојазност износе
3,3 милијарде долара

МЕКСИКО СИТИ – Мексичко министарство здравља саопштило је да би здравствени систем у земљи могао да се уруши за двадесет година због растућих трошкова повезаних са повећањем гојазности међу становништвом. Према подацима министарства, у Мексику који броји 107 милиона становника, 70 одсто одраслих особа пати од превелике телесне тежине, а 4,5 милиона деце узраста од пет до 11 година је гојазно.

Мексичка влада је у јануару објавила почетак примене националног споразума за борбу против гојазности чији је циљ промена прехранбених навика становништва, подстицање физичких активности и контрола хране и пића доступних ученицима у школама широм земље.

Министар здравља Хосе Анхел Кордоба је изјавио да трошкови у здравству везани за гојазност износе 3,3 милијарде долара, док индиректни трошкови, попут пада продуктивности узрокованог том појавом, износе 1,9 милијарди долара, пренела је агенција АП.



АМЕРИЧКЕ КОМПАНИЈЕ СМАЊУЈУ
САДРЖАЈ СОЛИ У ХРАНИ

СО „ЗАБИБЕРИЛА“ ЗДРАВЉЕ

Смањење уноса соли за само 10 одсто
може да спречи стотине хиљада срчаних
и можданих удара и смањи трошкове
за здравствену заштиту
у САД за 32 милијарде долара

ЊУЈОРК – Компаније „Старбакс“ и „Хајнц“ налазе се међу 16 америчких прехранбених компанија које су се обавезале да ће снижити количину соли у својим производима, у оквиру националне кампање коју је покренуо градоначелник Њујорка Мајкл Блумберг. Та обећања су део Блумбергове Националне иницијативе за смањење садржаја соли, чији је циљ смањење нивоа тог зачина у ресторанима и пакованим прехранбеним производима за 25 одсто у периоду од пет година.

„Старбакс“ ће смањити количину соли у сендвичима за доручак, док ће „Хајнц“ додавати мање натријум хлорида у своје кечапе и маринаде. Међу компанијама које ће учествовати у тој иницијативи су и „Крафт“, „Марс“, „Мекејн“, „Унилевер“ и друге. Амерички научници су недавно утврдили да смањење уноса соли за са-

> 82



**БРОЈ ОБОЛЕЛИХ ОД ДЕМЕНЦИЈЕ
УБРЗАНО РАСТЕ** – У новообјављеном

британском научном истраживању о броју оболелих од деменције наводи се да широм света од те болести пати тридесет пет милиона људи, преноси Би-Би-Си. Број пацијената који трпе последице обољења која, како се наводи, оштећује мозак и менталну способност, много је већи него што се претпостављало на шта указује пода-

так да око две трећине оболелих живи у земљама у развоју у којима је животни век људи последњих деценија знатно продужен.

Деменција у већини случајева погађа људе старије од 65 година, а у истраживању које је спровела и објавила Међународна организација за борбу против Алцхајмерове болести процењује се да ће се у следећих двадесет година број оболелих скоро

удвостручити. Аутори студије описују најновија сазнања као алармантна, тврдећи да су владе многих земаља неспремне за борбу са тако великим повећањем броја дементних болесника.

Они подсећају да су висок ниво холестерола, дијабетес и прекомерна телесна тежина, уз године живота, најважнији фактори који повећавају ризик од обољења.

ВЕШТАЧКА ТРУДНОЋА КРИВИЧНО ДЕЛО

– Нови закон у Турској сврстао је вештачку трудноћу међу кривична дела и лишио жене могућности коју нуди савремена медицина. Вештачка трудноћа је од раније нелегална у Турској, али су жене могле да траже у иностранству донаторе сперме за такву врсту трудноће, док ће, по новом закону, бити одговорне за дело које повлачи казну до три године затвора, прено-

си Би-Би-Си. Турски лекари и правници кажу да још покушавају да установе како ће влада примењивати нови закон и тим поводом један турски гинеколог је казао да исламистичка влада не разуме потребу прилагођавања закона понуди савремене медицине.

ПРОФИТ ОД 693 МИЛИОНА ЕВРА

– Немачка компанија за производњу фармацеутских и хемијских производа

„Бајер“ пријавила је раст нето профита у првом тромесечју ове године од чак 63 одсто, чему је допринео раст продаје од више од пет процената. „Бајер“, који је познат у свету по свом аспирину, остварио је у првом кварталу ове године профит од 693 милиона евра, док је у истом периоду 2009. остварена зарада износила 425 милиона, пренела је агенција АП. Приходи су порасли на 8,3 милијарде евра, са 7,8 милијарди.

81 <

мо 10 одсто може да спречи стотине хиљада срчаних и можданих удара током неколико деценија и смањи трошкове за здравствену заштиту у САД за 32 милијарде долара. Конзумирање превеликих количина соли је велики узрочник високог крвног притиска, који је, по оцени америчког Института за медицину, болест која се занемарује, а која амерички здравствени систем кошта 73 милијарде долара годишње.

ПРЕБРОЈАВАЊЕ НОВЧАНИЦА
УМАЊУЈЕ БОЛ

КЕШ БОЉИ ОД АСПИРИНА

У Великој Британији на аналгетике
потроши се више од 500 милиона
фунти годишње

ЛОНДОН – Пребројавање новчаница може да буде исто тако добар ако не и бољи лек против болова од аспирина или ибупрофена, резултат је недавног истраживања, пише лондонски Телеграф. Научници с Универзитета у Минесоти спровели су серију експеримената који су показали да пребројавање новчаница умањује бол.

Ранија истраживања су показала да особе задовољне собом лакше подносе бол. У свету константно расте потрошња лекова против болова. Тако се у Великој Британији на аналгетике потроши више од 500 милиона фунти годишње.

У најновијој студији, научници су тражили од једне групе студената да преброје свежањ новчаница од 100 долара док су другој дали обичне папириће. Волонтерима је речено да ће бити тестирана њихова спретност у барањању папирића. Након тога студенти су морали да умоче прсте у чинију вреле воде и опишу бол који су осетили и наведу колико дуго су могли да га издрже. Истраживање, објављено у најновијем броју часописа Психолошка наука, показало је да су студенти који су пре тога пребројавали новчанице осетили мањи бол и да су били у стању да га дуже истрпе. Ови резултати поткрепљују закључке ранијих студија да мозак прибегава разним начинима да умањи бол без употребе аналгетика.



МУЗИКА ПОМАЖЕ У ОПОРАВКУ
ОД МОЖДАНОГ УДАРА

ПРЕ И ПОСЛЕ ЈЕЛА – МУЗИКА

ХЕЛСИНКИ – Свакодневно слушање музике може да помогне пацијентима који се опорављају од можданог удара (шлога), саопштили су фински научници.

У студији објављеној у париском медицинском часопису „Брејн“ (Brain) научници су навели да слушање два сата дневно музике може да помогне пацијенту у опоравку и у поправљању вербалних и других когнитивних функција. Музика може да помогне у поправљању расположења више него слушање аудио касета о књигама. Благотворна дејства музике на лечење анксиозности, депресије и бола, чак и шизофреније, деменције и аутизма, већ су позната, али ова студија први пут сугерише да је музика добра после можданог удара.

Музика је добра за стимулисање мозга да се навикне на оштећења изазвана ударом, а та оштећења могу да утичу на говор, пажњу или покрете.

„То је јефтино оруђе које би могло да употпуни терапију лечења“, наводи се у студији, током које су испитани пацијенти који су слушали музику још у болници непосредно после можданог удара.

ГЛЕДАЊЕ ФОТОГРАФИЈА БОЛЕСНИХ ЈАЧА ИМУНИ СИСТЕМ ПОСМАТРАЧА

– Недавно истраживање обављено у Канади показало је да посматрање фотографија болесних људи поспешује имуни систем посматрача. Истраживачи на универзитету у Британској Колумбији тражили су у свом експерименту од групе младих волонтера да десет минута посматрају фотографије болесних људи.

На фотографијама су били људи које муче алергије на кожи, који кашљу, цури им нос или изгледају заиста болесно. Пре и након посматрања фотографија учесницима експеримента узети су узорци крви. Узорци су потом изложени једној бактерији како би се утврдило да ли је имуни систем реаговао другачије након гледања фотографија. Научници су анализирали ниво интерлеукина 6, антиинфламаторне

супстанце која реагује у случају инфекције. Резултати су показали да је ниво интерлеукина 6 код волонтера био виши након посматрања фотографија болесних особа. Како би проверили да ли је до тога заиста дошло због фотографија или због стреса, учесницима експеримента подељене су фотографије мушкараца са ватреним оружјем, али никакве промене у крви нису забележене, пренели су канадски медији.

ПОСЛЕДЊЕ ВЕСТИ



Лекарска комора Србије тражи да лекари добију статус службених лица

Бију њо навици

Лекарска комора Србије, поводом напада пацијента на дежурну лекарку у Интернистичкој амбуланти болнице у Пожаревцу, изразила је најоштрији протест и затражила од надлежних институција да лекари добију статус службених лица. ЛКС у саопштењу подсећа да се овакви немили случајеви често дешавају у Србији, а да само поједини од њих доспеју до медија.

Свакодневно насиље не сме бити начин зивота у Србији, а лекари не смеју бити уплашени за свој живот нарочито не док лече грађане Србије, наведено је у саопштењу. Зато ЛКС захтева доношење Закона о лекарству, којим би се статус службених лица лекарима обезбедио на начин аналоган оном како је регулисано за судије и тужиоце.



Државни секретар Министарства здравља др Невена Карановић

Лекар треба да се шћићи знањем

Државни секретар Министарства здравља др Невена Карановић рекла је да лично сматра да здравствени радници ни на који начин не треба да буду заштићени, осим својим знањем и вештинама. Она је казала да сматра да службени статус лекарима не би требао да буде потребан, и да Министарство здравља и Агенција за акредитацију здравствених установа Србије са свим запосленима у систему здравства треба

да раде на постизању стандарда који се тичу поштовања пацијента и њихових права.

„Здравствени радници треба сами да заслуже поштовање“, оценила је Карановићева. Према њеним речима, због начина живота пацијенти су нервозни и реагују агресивно и због тога лекар треба да примени своје знање које је током учења и рада стекао. Она је истакла да осуђује сваки напад на запослене у здравственом систему и оценила је да мора да се изгради друштво које ће бити толерантније и које ће обезбедити сигурност свима у држави, па и запосленима у здравству.

Поводом напада на лекара у пожаревачкој болници, Карановићева је рекла да обезбеђење у болници сигурно постоји и да је у конкретном случају морало да реагује. Савез синдиката лекара и фармацеута Србије осудио је физички напад на докторку болнице у Пожаревцу, оцењујући да је то само још један доказ анимозитета између пацијената и лекара. Пацијент, стар 63 године, у дежурној интернистичкој амбуланти болнице у Пожаревцу, 14. априла у касним вечерњим сатима пијан је насрнуо на дежурну лекарку, интернисту Гордану Д. (60) и ударио је по образу и руци.



Неопходно што пре донети нови Правилник о здравственој исправности дијететских намирница

Дуалистички пројекат

Неопходно је што пре донети нови Правилник о здравственој исправности дијететских намирница и суплемената, јер је услед недостатка адекватне законске регулативе усклађене са прописима ЕУ, на домаћем тржишту присутан „дуалитет“ прописа, због чега су произвођачи често принуђени да у пракси „импровишују“, речено је у Привредној комори Србије (ПКС).

На седници Групаације произвођача дијететских намирница

и дечје хране истакнуто је да се домаћи произвођачи суочавају са бројним проблемима и не могу да се на прави начин позиционирају на тржишту Србије на коме влада „шаренолико стање“, али ни на страним тржиштима. Како је указано, неки од проблема односе се на регистрацију дијететских намирница која је „јако дугачка и спора“, декларисање производа, као и на споро и компликовано добијање сертификата о слободној продаји неопходног за пласман на страна тржишта, нарочито дечје хране.



Лекарска комора Србије противи се злоупотреби лекара

Што даље од политике!

Лекарска комора Србије саопштила је да се најоштрије противи злоупотреби лекара у дневно-политичке сврхе и да они, њихов позив и лекарска струка „не смеју бити таоци било каквих политичких игара, нити монета за поткусуривање у политичким нагодбама“. У саопштењу се наводи да изјаве министра економије и регионалног развоја Млађана Динкића, кога су новинари питали за здравствено стање министра здравља Томице Милосављевића, „садрже грубе квалификације везане за лекаре и лекарску професију у целини“. Представници Коморе, како је наведено, нису желели до сада да коментаришу догађања око лечења министра здравља поштујући Кодекс професионалне етике те институције, јер је и сам Милосављевић њен члан.

„Лекарска комора Србије у свом Статуту јасно је прокламовала да ће као еснафска организација остати ван политике и да ће штитити струку, али и јавност у Србији“, наведено је у саопштењу. Такође се додаје да ће прихвати активно и аргументовано учешће у свим озбиљним расправама везаним за актуелно стање у српском здравству, са другима актерима у здравственом систему Србије. //



 **HELIOCARE**
FOTO-IMUNO PROTEKCIJA

FERNBLOCK®
4 NIVOA ZAŠTITE:

- Anti-oksidativno dejstvo
- Imunološko dejstvo
- Štiti ćelijsku DNK
- Čuva strukturu kože

***Proverite, zašto ih
preporučuju lekari
širog sveta!***

 **MSFPHARM**

Ekskluzivni zastupnik HELIOCARE preparata.
ADRESA: Orlovića Pavla 4, 11000 Beograd
TEL: 011 / 38 36 588; 38 36 589; 38 36 590

