ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ

Гласник

Број 24 //
Београд //
Април //
2015 //
Година VII //

ISSN 1821-3925

ПРИМ. ДР ВЕСНА ЈОВАНОВИЋ, ЛКС

Значај позиционирања коморе и лекара

ПРОФ. ДР НЕБОЈША ЈОВАНИЋ, КДМ РС

Државни или приватни, доктори су доктори

ПРОФ. ДР КОЧО ЧАКАЛАРОСКИ, ЛКМ

Лекарска професија јединствена је као људско тело

Гласник
ЛИСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

Година VII, број 24,
април 2015. године.

ISSN 1821-3995

Редакција:
Београд, Ул. Краљице Наталије 1

Тел/факс:
36-26-185, 36-26-187, 36-26-188

И-мејл:
lekarskakomorasrbije@gmail.com,
www.lks.org.rs

Главни уредник:
Др Бранка Лазић

Чланови уређивачког одбора:
Др Нинослава Михајловић
Др Јасмина Павловић
Др Игор Николић
Др Сергеј Лазаров
Др Данка Грудић
Др Иван Илић
Др Милан Симић
Др Драгана Арсић
Др Слађана Илић
Др Гордана Ђокић
Др Олга Вучићевић Осипов
Др Јелица Крчмаревић
Др Предраг Рогулић
Др Дубравка Миодраговић

Издавачки савет:
Прим. др Весна Јовановић
Спец. др Милан Симић
Прим. др Јадранка Равић
Проф. др Олга Поповић
Спец. др Гордана Лучић
Спец. др Александар Радосављевић
Мр сци. мед. Томислав Стантић
Спец. др Ксенија Турковић

Новински уредник:
Јасмина Томашевић

Ликовно-графички уредник:
Илија Милошевић

Типографско писмо:
Adamant

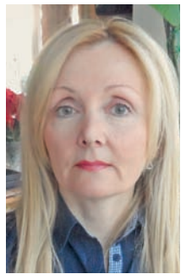
Лист се објављује четири пута годишње и доставља бесплатно свим члановима ЛКС

Насловна и последња страна:
Клиничко-болнички центар Звездара у Београду

Штампа:
Штампарија „Scanner studio“, Београд

Реч уредника

Поштоване колегинице
и колеге, драги чланови
Лекарске Коморе Србије,



Време протекло од изласка прошлог броја обележили су: оставка директора професора др Драгана Делића пред јануарско заседање Скупштине ЛКС; постављање на сајт Министарства здравља Нацрта Измене Закона о коморама здравствених радника уз недостатак партнерског односа званичних институција са Коморама здравствених радника, тј. њихово апсолутно неучествовање у изради овог Нацрта пре свега, као и хронолошки лоше распоређено уређивање здравственог система – уместо прво променама базичних закона који ову област регулишу – што је изазвало заједничку реакцију свих пет комора и доста непотребних тензија; на срећу, разговорима представника Министарства и представника здравствених комора (Лекарске, Стоматолошке, Фармацеута, Биохемичара и Медицинских сестара и техничара) дошло је до помака и сви се надамо да ће убудуће таква врста сарадње и постати пракса у интересу свих, а пре свега грађана Србије; избори за новог директора ЛКС протекли су у демократској атмосфери уз међусобно уважавање и на мартовској Скупштини је изабрана примаријус др Весна Јовановић, дечји ортопед из Института за ортопедску хирургију Бањица.

Ове године истиче први период важења лиценци. Предстоји нам први пут релиценцирање што је значајан задатак, не само за лекаре, већ и за стручне службе. С обзиром на то да овај процес није до краја дефинисан, урађен је и Предлог измене правилника о релиценцирању.

У овом броју доносимо извештај о раду ЛКС за 2014. годину, као и извештаје свих РЛК.

Случајеви насиља над лекарима и другим здравственим радницима се настављају и Посебни одбор за примарну здравствену заштиту и јавно здравље ЛКС је упутио иницијативу за Измену Кривичног законика увођењем новог кривичног дела-напад на здравствене раднике у обављању здравствене делатности.

Захваљујући деловању антивакциналног лобија у свету и код нас и следственог смањеног обухвата вакцинацијом, у новембру 2014. године лабораторијски је потврђено присуство вируса малих богиња–Morbilla у популацији, а 29. децембра 2014. пријављена је епидемија на територији Града Београда са 76 оболелих која је и даље на снази. Значајан проценат, око 60 одсто, оболелих су одрасли становницистарији од 30 година.

Некадашња задужбина српског трговца и добротвора Николе Спасића, Градска болница, а сада Клиничко-болнички центар Звездара славила је 80 година постојања, одржања стручности, квалитета и хуманости. Представљамо вам и приватну интернистичку ординацију „Барили“ у Пожаревцу.

О Европском здравственом потрошачком индексу поново пишемо и о начинима да се Србија значајније помери на тој скали квалитета здравствених услуга.

С поштовањем,
Главни уредник
Прим. др Бранка Лазић

ИЗ ОВОГ БРОЈА

АКТИВНОСТИ КОМОРЕ Стр. 10
- ПРОМЕНЕ У ВРХУ ЛКС
- ИЗВЕШТАЈ О РАДУ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ И РАДУ РЕГИОНАЛНИХ ЛЕКАРСКИХ КОМОРА У 2014. ГОДИНИ

АКТУЕЛНОСТИ У КОМОРИ Стр. 28
- ГЛАС СТРУКЕ МОРА ДА СЕ УВАЖАВА
- РАЗЛОЗИ ЗА ПОВЛАЧЕЊЕ ИЗ ПРОЦЕДУРЕ РАДНЕ ВЕРЗИЈЕ НАЦРТА ЗАКОНА О ИЗМЕНАМА И ДОПУНАМА ЗАКОНА О КОМОРАМА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА

КОМОРЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА Стр. 33
- ПРОМЕНИТИ СВЕСТ О МЕСТУ И УЛОЗИ КОМОРСКОГ СИСТЕМА
- КРЕИРАТИ СИСТЕМ ЈАСНО ДЕФИНИСАНИХ ОДГОВОРНОСТИ
- У ДОНОШЕЊЕ ЗАКОНА УКЉУЧИТИ И ПРЕДСТАВНИКЕ СТРУКЕ
- ДРЖАВНИ ИЛИ ПРИВАТНИ, ДОКТОРИ СУ ДОКТОРИ
- ЛЕКАРСКА ПРОФЕСИЈА ЈЕДИНСТВЕНА ЈЕ КАО ЉУДСКО ТЕЛО

НОВЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ У МЕДИЦИНИ Стр. 50
- О НОВИНАМА У ХИРУРГИЈИ СРЕДЊЕГ УВА

СА СТРУЧНИХ ОКУПЉАЊА Стр. 52
- ПУТ ДО ПРЕЦИЗНИЈЕ ДИЈАГНОЗЕ

ПРИВАТНА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА Стр. 59
- СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА ИНТЕРНИСТИЧКА ОРДИНАЦИЈА „БАРИЛИ“, ПОЖАРЕВАЦ

САВЕТИ ПРАВНИКА Стр. 62

ИЗ ИСТОРИЈЕ МЕДИЦИНЕ Стр. 63
- РОЂЕНИ У ШАПЦУ И ПИСАЛИ ИСТОРИЈУ СРПСКОГ ЛЕКАРСТВА
- ЖИВОТ И ДЕЛО ПРОФЕСОРА ДР ВУКАНА ЧУПИЋА
- ДР САША БОЖОВИЋ, ЛЕКАР И ПИСАЦ

ЛЕКАРИ ПИШУ Стр. 68
- ЛЕКАР ИЗМЕЂУ СТРУКЕ И РОДИТЕЉСКИХ ЗАХТЕВА
- КУДА ИДЕ ЛЕКАРСКА ПРОФЕСИЈА?
- МОБИНГ У НАШЕМ ОКРУЖЕЊУ

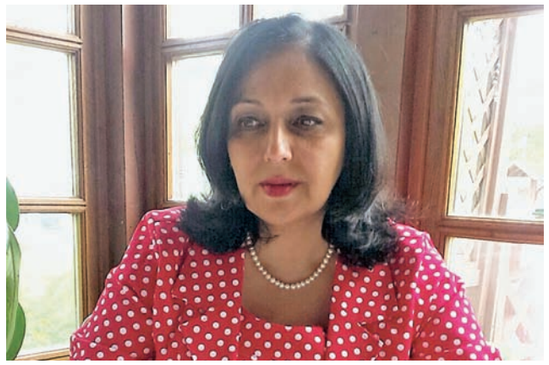
ПРЕНОСИМО ИЗ ДРУГИХ ГЛАСИЛА Стр. 70
- ЕВРОПСКО ЗДРАВСТВО ИДЕ НАПРЕД – АЛИ ЈЕ НЕЈЕДНАКОСТ СВЕ ВЕЋА

КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА Стр. 72
- ЈАВНИ ПОЗИВ ЗА ПРИЈАВЉИВАЊЕ АКРЕДИТОВАНИХ ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ МЕДИЦИНСКЕ ЕДУКАЦИЈЕ

МЕЂУНАРОДНА САРАДЊА Стр. 72
- СВЕТСКА МЕДИЦИНСКА АСОЦИЈАЦИЈА (WMA)

ВЕСТИ И ДОГАЂАЈИ Стр. 74

ОДЛУКЕ СУДА ЧАСТИ Стр. 80



6–9

Директорка Лекарске коморе Србије, прим. др Весна Јовановић

Значај позиционирања Коморе и лекара

33–35

Мр Славица Цимбаљевић, директорка Коморе биохемичара

Подела унутар коморе није добра идеја

46–48

Татјана Бабић, директорка Агенције за борбу против корупције

Недостаци у правном оквиру погодују корупцији

49–51

Морбили (поново) у Београду

Крајем прошле године ГЗЈЗ Београд пријавио епидемију малих богиња које су, упркос доступној и ефикасној вакцини, један од водећих узрока смртности деце у свету

53–58

Савремена медицина је тимски посао

Проф. др Александра Аранђеловић, директорка КБЦ Звездара, открива како функционише једина болница-задужбина и зашто је воле пацијенти и запослени

60–61

Осуда напада на лекаре

Регионална лекарска комора Београда и Посебни одбор за ЈЗ и ПЗЗ реаговали поводом учесталих напада на припаднике лекарске професије

Реч директора

ПРИМ. ДР ВЕСНА ЈОВАНОВИЋ,
ДИРЕКТОРКА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

Значај позиционирања Коморе и статуса лекара

// ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ, КАО ИНСТИТУЦИЈА, СТОЈИ ИЗА СВАКОГ СВОГ ЧЛАНА
// НЕ СМЕМО ДА ДОПУСТИМО ДА ОПСТАЈЕ ЛОША СЛИКА О ЛЕКАРИМА //

Прим. др Весна Јовановић, ортопедски хирург и трауматолог из Института за ортопедско-хируршке болести „Бањица“, новоизабрана је директорка Лекарске коморе Србије. Др Јовановић је била делегат Скупштине ЛКС у претходном сазиву, председник Надзорног одбора Регионалне лекарске коморе Београда. Од избора, спроведених 2014. године, до доласка на чело ЛКС, била је члан Управног одбора те организације.

Прим. др Весна Јовановић

Однедавно сте на челу Лекарске коморе Србије која у здравственом систему Србије још није довољно озбиљно прихваћена као партнер. Може ли се то променити?

– Иако у самој Комори не постоје неки велики проблеми, питање је недостатка партнерског односа са институцијама од значаја које би биле у могућности да нам помогну да се оно, што унутар Коморе буде договорено, и спроведе, с обзиром на чињеницу да Комора није ни законодавно, ни извршно тело. С друге стране, можемо да урадимо пуно поводом стручних питања и да те предлоге упутимо институцијама које су за њих надлежне. Надам да ћу, у предстојећем периоду, у коме ћу бити на челу Лекарске коморе, успети да успоставим добре односе са Министарством здравља, са скупштинским Одбором за здравље и породицу, синдикатима, Универзитетом, Медицинским факултетом како би препознали важност позиционирања Коморе и статуса лекара. На тај начин би биле прихваћене неке иницијативе Коморе, на добробит, не само лекара, већ и здравственог система и друштва у целини.

Какву сарадњу очекујете са Министарством здравља, Републичким фондом за здравствено осигурање и другим коморама у здравству?

– У овом тренутку најважније је да нађемо заједнички језик са Министарством здравља Републике Србије. Притом мислим да Комора, која заступа интересе лекара, то не чини као део Министарства, већ као засебна институција. Али, пошто је наш интерес заједнички, ми морамо да нађемо решење које ће бити на добробит здравственог система и пружања услуга пацијенту.

Да ли ћете се залагати да Комора успоставе боље односе са Српским лекарским друштвом?

– Наш однос са Српским лекарским друштвом је нешто што оптерећује лекарство, због чега ћемо морати да нађемо начин да се постојеће несугласице превазиђу. Подсетила бих да су, у периоду после Другог светског рата, Коморе забрањене декретом тадашњих власти, а све ингеренције у вези са лекарством преузело је Српско лекарско друштво. Поновним оснивањем Лекарске коморе, Законом о коморама здравствених радника из 2005, требало би да многе ингеренције СЛД-а постепено прелазе у надлежност Коморе, како се догађа свугде у свету. То није лак процес. Дубоко ценим и традицију СЛД, његове осниваче и значај који је оно до сада имало, нарочито у том периоду када коморе нису постојале. Тада је Друштво било бастион лекарства и стручног рада лекара. Залагаћу се, мада ће то вероватно да наиђе на значајне препреке, да неке активности, између осталог, додела стручног звања примаријус, које, по закону, могу да обављају и коморе, а не само СЛД, постепено прелазе на Комору и у неком периоду буду двојне. Сваки лекар је у обавези да плаћа чланарину Лекарској комори Србије – и то треба да је довољно да буде у могућности да стекне стручно звање.

Којим проблемима и темама ћете дати приоритет у Плану и Програму рада?

– Не мислим да ја, као појединац, треба да донесем План и Програм рада. На седници Скупштине ЛКС сам рекла да ћу тражити од сваког скупштинског делегата, регионалних комора и одбора да, у најкраћем временском периоду, доставе своје идеје и размишљања о ономе што сматрају да је најважнији циљ за који треба да се боримо у ограниченим временским периодима. Направићу сублимацију свега за шта се залажу региони, одбори, поједини чланови коморе, чак и ако нису делегати. Сваки лекар има неку визију тога шта Комора треба да му пружи. Тако да ћемо, сходно томе, најинтензивније кренути у реализацију и покушати да остваримо то свим законским средствима. Важно је да све буде у одређеним временским оквирима.

Радна верзија Нацрта закона о изменама и допунама закона о коморама изазвала је бројне полемике међу здравственим посленицима. Очекујете ли да ће приговори које су коморе упутиле бити уважени?

– Значајан је и рад на изменама и допунама Закона о коморама здравствених радника. Формирано је тело у које су укључени директори свих пет комора здравствених радника, и већ су започети разговори са Министарством здравља. Очекујемо да ће Министарству здравља имати слуха да у комисије које ће се бавити тим законом буду укључени представници комора, што ће бити од велике користи у доношењу законске регулативе.

Лекарска комора је, у протеклом периоду, док је др Татјана Радосављевић била на челу, припремила интегрални текст на који начин треба да се мењају закони. Министарство здравља може да утиче на делове закона који се односе на послове које је влада РС поверила коморама – лиценцирање, релиценцирање, етички кодекс, али није допустиво да се то односи на изборни процес и унутрашњу организацију о чему треба да одлучују саме коморе.

Предстоји обиман процес релиценцирања чланова, први пут од оснивања Коморе. Имаће ли процене колико лекара неће прикупити довољан број бодова и како ће тај проблем бити решен?

– Ове године истиче први период важења лиценци од седам година и предстоји обиман посао релиценцирања за 32.800 лекара. Процењујемо да од 10 до 15 одсто лекара неће испунити услове за обнову лиценце. Мора се пронаћи неки модус, било да им се омогући да полажу одређени стручни испит или да на неки други начин надокнаде недостајуће бодове. Треба да се види да ли је то у ингеренцији Коморе, Здравственог савета или Министарства здравља, како бисмо заједно са њима пронашли начин да се та ситуација превазиђе. Никако се не сме допустити да толики број људи не може самостално да обавља посао – то би довело у питање функционисање здравственог система.

Како су Комора биохемичара, као и Комора медицинских сестара и здравствених техничара раније кренуле у тај процес, Лекарској комо-

8 >

ПРОТОКОЛИ ЛЕЧЕЊА

– Инсистираћу на увођењу протокола лечења. Само ће на тај начин моћи тачно да се разјасни шта је лекарска грешка, а шта не. Уколико постоји протокол и лекар га у потпуности поштује, онда је било каква несрећа која је задесила пацијента питање нечег другог, а не лекарске грешке. Протоколи би били значајни не само за лекаре, којима би умногоме олакшали рад, него и за пацијенте. Водичи добре клиничке праксе су неспорно значајни, али су то препоруке, а не обавезујући ставови струке.

Реч директора

7 <

ри Србије ће њихова искуства бити од помоћи.

ЛКС је до сада подржавала неке скупове континуиране медицинске едукације. Хоће ли се таква пракса наставити у наредним годинама?

– Када је реч о континуираној медицинској едукацији (КМЕ), ЛКС је у претходним годинама подржавала један број програма који су били бесплатни за чланство. У договору са Здравственим саветом, који ће се у наредном периоду формирати, и Министарством здравља треба да се изнађе решење које би било, не само у материјалном, него и у стручном смислу, на добробит лекара чије интересе Комора треба да штити.

У веома кратком временском периоду, до октобра ове године, покушаћемо да сваком појединачном лекару омогућимо да дође бесплатно до бодова електронским путем, на основу on-line едукација и упитника. Настојимо да код Министарства здравља и Здравственог савета издејствујемо да нам омогући да се и Комора бави континуираном едукацијом. То нам, у овом тренутку, није дозвољено, а сматрам да смо за то оспособљени, као и професори који, након сопствених предавања, оцењују своје студенте. Наћи ћемо начин да, као и до сада, подржимо неке стручне скупове како бисмо омогућили лекарима да оствере бодове, да сазнају нешто ново, и то бесплатно.

Сензационализам у вези са белим мантилима неретко пуни новинске ступце: лекарима се пресуђује пре пресуде, износе се њихова пуна имена и презимена, итд. Какав ће бити став Коморе?

– Као струковно удружење, ЛКС штити стручне и професионалне интересе лекара, залаже се за добре услове за рад, па чак и материјални аспект, а све у циљу пружања боље услуге пацијенту. Али, Комора мора да буде боље медијски позиционирана. Не смемо да допустимо да опстаје лоша слика о лекарима. Мора се наћи начин да се медији афирмативно изражавају о нама, као и да се помногне лекарима који су изложени нападима током обављања свог посла – лечења пацијената.

У сарадњи са законодавним властима треба да се види да ли је могуће да се ти напади на лекаре третирају другачије, а не као „свађа двоје људи на улици“ или „кафанска туча“. С обзиром на то да је врло често реч о лаким повредама, тужилац починиоце не гони по службеној дужности, већ је остављено самом лекару да се бори за заштиту својих права и очување сопственог угледа и части.

Да ли је и због тога важно да (и) Србија што пре усвоји Закон о лекарству?

– У свим земљама у окружењу је Закон о лекарству на снази. Иако постоји Закон о коморама, како су у питању различити носиоци здравственог система – лекари, фармацеути, медицинске сестре, биохемичари, стоматолози – од којих сваки има неки свој посебан интерес, Законом о лекарству било би прецизно дефинисано шта је то што је значајно само за лекаре и на томе треба инсистирати. ЛКС није законодавно тело, али су рађени обимни елаборати у вези са Законом о лекарству које планирамо да презентујемо Министарству и министру здравља, да са њима нађемо заједнички језик и установимо колико је то заиста значајно.

Уколико лекар добије лаку телесну повреду, Тужилаштво не реагује и оставља се оштећеном да сам покрене судски поступак. Лекари често одустају од тога. Комора би требало више пажње да посвети едукацији, на пример савладавању асертивних техника, да би лекари знали како да сваки конфликт у комуникацији са пацијентом, особљем или другим колегама избегну или реше на обострану добробит.

У јавности су честе предрасуде о раду Судова части. Колико је процеса до сада покренуто и колико их је окончано одузимањем лиценце?

– Судови части су врло озбиљна и респектабилна институција. Од када су настали 2009. године до данас, процесуирана су 792 предмета, а трајно су одузете три лиценце. Уколико је лекар осуђен за тешко дело против здравља људи у редовном кривичном поступку, грађански суд налаже Судовима части да у том случају трајно одузиму лиценцу. За нека лакша дела, у односима лекар-пацијент било да су у вези са комуникацијом или лекарском грешком, у неким случајевима лиценца се одузима на шест месеци до годину дана. Слика у јавности да судови части, заправо, само штите лекаре јесте само популистичка прича која није поткрепљена конкретним подацима.

Да ли ће бити измена Етичког кодекса?

– Доношење Етичког кодекса – спада у посао који је Комори поверен од стране државе Србије. Иако је Етички кодекс добар, у међувремену се мењало законодавство из области грађанско-правне материје и Кодекс мора да се томе уподоби, као и са Законом о трансплантацији ћелија и ткива, Законом о трансплантацији органа, преднацртом грађанског законика који предвиђа сурогат мајчинство итд. Етички кодекс мора да се усаглашава, а то је на Лекарској комори.

Такође, Лекарска комора треба да се у то активно укључи и да помогне да се лекари опште медицине, кроз неке радионице, едукују за рад са потенцијалним донорима. Инсистираћемо да лекари опште медицине, који су по закону задужени за то, разговарају са потенцијалним донорима органа, као и да имају донорске картице. Са друге стране, они су преоптерећени у капитационом процесу и имају велики број пацијената. Зато није ни чудо што каскамо за земљама у окружењу према броју потписаних донорских картица.

Имате ли сазнања колико је лекара затражило документа за рад у иностранству („good standing“ сертификат) у 2014?

– Због општег материјалног стања у земљи и немогућности да нађу посао, велики број лекара одлази у Немачку, Норвешку, Словенију или земље Средњег Истока. Нажалост, одлазе нам школовани лекари. Само у току прошле године ЛКС издала је 947 „good standing“ сертификата. То је болно за нас али, у овом тренутку, немамо адекватно решење. Ипак, надамо се да ће се ићи према бољитку. Држава мора да нађе начин да те људе задржи овде.

Један број лекара у Србији није задовољан оним што је Комора до сада чинила за њих. Шта је потребно урадити у циљу афирмације еснафске организације свих лекара?

– Трудићу се да Лекарска комора буде као родитељ. Иако не мора да у сваком тренутку има осећај да Комора постоји, сваки лекар-појединац треба да буде сигуран да ће, када се нађе у некој кризној ситуацији, било да је у питању конфликтан догађај или неки проблем, Комора да стане иза њега, уколико није починио кривично дело, и да максимално штити његове интересе. Сваки лекар, било где у Србији, треба да зна да је заштићен институцијом чији је члан, и уколико је починио кривично дело из домена пружања здравствених услуга, треба да буде примерено кажњен, али не и да буде проскрибован кроз медије чак и пре него што се кривица докаже. Сваки лекар мора да зна да га Комора штити, да је ту да му помогне у ситуацијама које су за њега кризне и које појединац не може сам да превазиђе. Наравно, треба да оствариму тесну комуникацију са сваким лекаром, како би знао да у сваком тренутку може да се обрати и потражи помоћ у вези са стручним и професионалним питањима.

Шта бисте поручили лекарима у Србији?

– Надам се да ћемо, у предстојећем периоду, док будем на челу ЛКС, наћи начин да лекари осете Комору као свој кућу, породицу, институцију која чврсто стоји иза њих и која ће им се наћи у сваком тренутку када им то буде потребно. Истовремено, перманентно ћу се трудити да се стручни, професионални али и друштвени статус лекара поправи, да заузму место које им припада, а све то на добробит система и пацијената због којих смо сви ту. Уверена сам да ћемо оно што смо добили од владе као поверени посао добро обављати и убудуће: чување базе података, издавање дозвола за рад, лиценцирање, као и судови части, доношење етичког кодекса, као и да ће све то да функционише складно и без већих проблема.

Јасмина Томашевић

СТРУЧНИ ЧАСОПИС

– Мислим да је веома значајно, како за младе лекаре, тако и за старије колеге који се баве медицинском науком, да имају „свој“ часопис у коме ће моћи да објављују стручне радове. Настојаћемо да покренемо такав стручни часопис који би издавала Комора и у кратком временском периоду доведемо на SCI листу. Како су сви лекари и чланови Лекарске коморе, има много људи који су спремни да учине напоре како би се та идеја и реализовала.

Састанак директорке ЛКС и министра здравља

Директорка ЛКС прим. др Весна Јовановић и министар здравља асс. др Златибор Лончар одржали су састанак 8 . априла у просторијама Министарства здравља. После срдачних честититки које је Министар упутио новоизабраној директорки ЛКС, вођени су успешни разговори о горућим проблемима у здравству Србије који су обухватили проблеме лиценцирања лекара и осталих здравствених радника као и њихове едукације.

Др Златибор Лончар

Заказан је и нови састанак са надлежнима из Министарства на коме ће се тражити решења за те проблеме, на добробит лекарства и целокупног здравственог система Србије.

Започети су разговори и о осталим питањима која уназађују здравствени систем Србије, као што је проблем издавања упута, рецепата и осталог од стране лекара из приватне праксе. Министар је упознат са тим проблемом, поводом чега је нагласио да, док се не изради јединствена база података свих лекара, како из приватног, тако и из државног здравственог сектора, овај проблем неће моћи да се превазиђе, али се нада да ће и то убрзо бити разрешено.

АКТИВНОСТИ КОМОРЕ >>>>

Кандидати за директора уочи избора: прим. др Весна Јовановић и мр сци. др Томислав Стантић

ПРОМЕНЕ У ВРХУ ЛКС

Од оснивања Лекарске коморе Србије, на месту директора ЛКС током два мандата, била је **прим. др Татјана Радосављевић**. Након прошлогодишњих избора, Скупштина ЛКС изабрала је у јулу **проф. др Драгана Делића**, тадашњег директора Инфективне клинике, за директора Коморе. Његов противкандидат била је **др Слађана Илић**, дерматовенеролог, помоћник директора ЗЦ Ћуприја. Професор Делић поднео је оставку на ту функцију у јануару, а дужности је разрешен на 4. Седници Скупштине 24. фебруара, када су и расписани нови избори за челног човека Коморе. До следећег скупштинског заседања, 25. марта, ту функцију је обављао **проф. др Ненад Ђоковић** из Крагујевца. Чланови Скупштине су тада, на 5. Седници, бирали директора између два кандидата: **прим. др Весне Јовановић**, ортопеда у Институту за ортопедско-хируршке болести Бањица, РЛКБ, и **мр. сц. др Томислава Стантића**, приватног лекара из Суботице, РЛКВ.

Радно председништво Скупштине ЛКС

Скупштина је протекла у фер и демократској атмосфери, уз пуно међусобно уважавање кандидата, а за директорку ЛКС изабрана је др Весна Јовановић. На истој седници Скупштине, **др Ивица Милосављевић** изабран је за председника Врховног суда части ЛКС у наредном периоду. Пре њега, ту функцију обављао је **проф. др Слободан Ковачевић**. //

Гласање чланова Скупштине Лекарске коморе Србије

Заседање протекло у демократској атмосфери: Пета седница Скупштине ЛКС

АКТИВНОСТИ КОМОРЕ >>>>>>>>>>>>>>>>>>

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ БЕОГРАДА У 2014. ГОДИНИ

У ЗНАКУ ОДРЖАВАЊА ИЗБОРА

Протекла година била је у знаку одржавања избора за чланове Скупштине Лекарске коморе Србије и скупштина регионалних лекарских комора, који су одржани 8. јуна 2014. године. За Скупштину регионалне лекарске коморе Београда бирала су се 103 делегата: 73 из државне праксе и 30 из приватне праксе. Изабрано је укупно 63 делегата. Након конституисања Скупштине Регионалне лекарске коморе Београда изабрани су органи Регионалне лекарске коморе Београда.

У току 2014. године Скупштина Регионалне лекарске коморе Београда одржала је пет седница.

На седници Скупштине РЛКБ од 20. фебруара 2014. године, донете су следеће одлуке: Усвојен је извештај о финансијском пословању за 2013. годину, предлог финансијског плана и плана јавних набавки за 2014. године и извештај о раду РЛК Београда за 2013. Највећи посао у првих шест месеци 2014. године представљала је организација и спровођење изборних радњи, обавештавање чланства о изборима и бирачким местима, пријем кандидатура и провера сваке кандидатуре, да ли је поднета у складу са Правилником о поступку кандидовања, начину избора и опозива (број потписника подршке кандидатури, да ли је са исте изборне јединице, да ли ради у државној или приватној пракси, матични број).

Након спроведених непосредних избора у јуну за чланове Скупштине Лекарске коморе Србије и за чланове Скупштине Регионалне лекарске коморе Београда, одржане су четири седнице Скупштине РЛК Београда. Конститутивна седница Скупштине РЛК Београда одржан је дана 3.септембра 2014.године на којој су верификовани мандати изабраних чланова Скупштине РЛК Београда и на којој су изабрани чланови Комисије за избор и именовање, председник и потпредседници Скупштине РЛК Београда На првој и другој редовној седници Скупштине РЛК Београда изабрани су сви остали органи Регионалне лекарске коморе Београда. На трећој редовној седници усвојен је Предлог финансијског плана за 2015. годину и годишњи Програм и План рада за 2015. годину.

ИЗВРШНИ ОДБОР РЛКБ

Извршни одбор Регионалне лекарске коморе Београда одржао је шест редовних седница и оет ванредних телефонских седница. Поред доношења одлука о финансијском пословању Регионалне лекарске коморе Београда, чланови Извршног одбора разматрали су материјални положај лекара и солидарни порез и покренули инцијативу о потписивању петиције за изузимање здравствених радника из примене Закона о умањењу нето прихода лица у јавном сектору и из забране запошљавања у јавном сектору.

Поводом мајских поплава, чланови Извршног одбора РЛК Београда донели су одлуку да се хитно позову лекари из угрожених подручја како би поднели захтеве за исплату солидарне помоћи. Донета је одлука да се изврши корекција висине средстава који се уплаћује на рачун Фонда намењен за солидарну помоћ, са 2,5 одсто на седам одсто. Регионална лекарска комора Београда је на име ублажавања последица елементарних непогода одобрила 109 захтева.

После конституисања новог сазива Извршног одбора РЛК Београда, одржане су три седнице. На првој редовној седници, чланови Извршног одбора усвојили су извештај о трошковима одржавања конститутивне, прве и друге седнице Скупштине РЛК Београд, именовали су нове чланове Комисије за солидарну помоћ РЛК Београда, усвојили су измене и допуне Пословника о раду Извршног одбора РЛК Београда. На другој редовној седници донета је одлука о измени и допуну Одлуке о исплати паушалног износа за накнаду трошкова превоза за седнице и састанке стручних органа РЛКБ од 10. јануара 2012. године, донета је одлука да се упути јавни позив организаторима акредитованих бесплатних програма континуиране едукације да пријаве своје програме Регионалној лекарској комори Београда.

НАДЗОРНИ ОДБОР

Надзорни одбор РЛКБ је у овој години одржао пет редовних седница на којима је, у складу са Статутом ЛКС, разматран извештај о финансијском пословању РЛК Београда за 2013. годину, за период од 1. јануара до 31. марта 2014. године, за период од 1. јануара до 30. јуна 2014. године и за период оа 1. јула до 30. септембра 2014. године. Надзорни одбор РЛКБ је, приликом разматрања извештаја о финансијском пословању РЛКБ за наведене периоде, констатовао да је све рађено у складу са Статутом ЛКС, одлукама органа ЛКС и РЛКБ и у складу са законским прописима који регулишу финансијско пословање. Како је све било у реду, Надзорни одбор РЛКБ доносио је одлуке о прихватању и давању сагласности на извештаје о финансијском пословању РЛК Београда.

ПОСЕБНИ ОДБОРИ

Посебни одбори организовани су на нивоу регионалних Лекарских комора и по два представника из регионалног Посебног одбора су чланови Посебног одбора ЛКС.

Основне иницијативе крећу са региона. Оне морају бити правно обликоване, подкрепљене одређеним законским актима које се директно односи на покренуту иницијативу и као такве долазе на Посебан одбор ЛКС. Посебан одбор ЛКС се изјашњава о иницијативи и ако је усвоји, она се презентује члановима Управног одбора. Усвојена иницијатива Посебног одбора наставља даље као иницијатива Лекарске коморе Србије у све даље процедуре. Посебни одбори Регионалне лекарске коморе Београда су након конституисања Скупштине РЛК Београда и избора чланова посебних одбора, одржали своје редовне седнице.

ПО за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси одржао је две редовне седнице. На првој редовној седници усвојен је следећи план рада:

1. Спречавање погоршања положаја лекара запослених у домовима здравља, институтима и заводима за јавно здравље и другим установама на нивоу примарне здравствене заштите.

2. Повећати активности на креирању предлога и подношењу иницијатива за унапређење услова рада, процеса рада, квалитета здравствене заштите, како би стимулисали лекаре да на рационалан, економичан и ефикасан начин употребе своје знање и вештине у циљу превенције, дијагностике и лечења на нивоу ПЗЗ што је најбоље за грађане, а најефтиније за државу.

3. Активирати рад Радне групе Министарства здравља, за праћење ефеката Уредбе о корективном коефицијенту и Републичке стручне комисије за ПЗЗ Министарства здравља у чије би саставе ушли и представници Лекарске коморе Србије – Посебног одбора за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси.

5. Залагање за поштовање норматива и стандарда за рад изабраних и других лекара на ПЗЗ. Залагање за поштовање норматива и стандарда за рад изабраних и других лекара на примарном нивоу здравствене заштите.

4. Измена законских и подзаконских аката која би, усвајањем и применом, имала позитивне ефекте на лекара запослене у ПЗЗ. Измена подзаконских аката који се односе на опрему и номенклатуру услуга на нивоу ПЗЗ; Законски прописи у домену кадровских стандарда и норматива, као и норматива извршења;

5. Доношење протокола лечења пацијената и пратећих терапијских протокола које треба објавити у Службеном гласнику РС, како би били Законски обавезујући за изабране лекаре, а гаранција за грађане да ће једнаку здравствену услугу добити на читавој територији РС.

6. Да се упути допис РФЗО. у којим ће се тражти измена садржаја и обима превентивних мера у области ПЗЗ.

7. У складу са законским прописима тражити да запослени у здравству добију статус службеног лица

8. Да се упути иницијатива за измену Уредбе о дужини радног времена у ДЗ на нивоу града Београда и да се Комора одреди према томе.

9. Да се радна места лекара у ДЗ приликом израде акта о процени ризика утврде као радна места са повећаним ризиком и на тај начин омогући скраћено радно време за лекаре запослене у ДЗ.

10. Да се упути захтев Министарству здравља РС и РФЗО да директорима здравствених установа на секундарном и терцијарном нивоу да поштују одредбу којим се омогућава осигураном лицу да на основу упута изабраног лекара има право на контроле у овим устанаовама у трајању од 6 месеци од дана првог јављања лекару специјалисти (у горњем десном углу специјалистичког извештаја-на за то предвиђеном месту обавезно уписати датум до када важи упут).

11. Да доктори медицине на свим нивоима добију ИД број и на тај начин сви могу да прописују рецепте.

12. Да доктори медицине на секундарном и терцијарном нивоу не прописују терапију која не може да се реализује нивоу ПЗЗ, него да се да у њиховој установи као болничка терапија.

13. Да се упути допис здравственим установама на секундарном и терцијарном нивоу да се за прегледе који не захтевају болничко лечење не траже болничи упути већ интерни специјалистички упути и да се за пацијенте по приоритету одреди рок за заказивање.

14. Да се упути допис Министарству здравља, којим би се тражило, да се све специјализације везане за јавно здравље и менаџмент у систему здравствене заштите, које су добиле званичну акредитацију од стране надлежног министарства, морају признати кроз Правилник о специјализацијама и ужим специјализацијама здравствених радника и здравствених сарадника и кроз коефицијенте.

15. Поднети захтев да Заводи и институти буду директни корисници буџетских средстава,

16. Покренути иницијативу за измену и допуну Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе тако да се укине „ТАБЕЛА МЕРЕ ИЗВРШЕЊЕ“ , или да се мере извршења дефинишу према квалитету и сложености послова.

17. Покренути иницијативu којом би се РФЗО обавезао да регулише статус осигураника.

18. Покренути следећу иницијативу да у делу стратешког плана развоја ПЗЗ буде заступљено следеће: економска цена услуга у домовима здравља, да пацијента „прати новац“ и да домови здравља буду плаћени за услуге које пружају.

19. Заузет став да је недопустиво да се лекари третирају као радници јавних предузећа јер се према Закону о здравственој заштити и здравственом осигурању, здравство финансира из средстава РФЗЗО-а. Сви чланови одбора су се изјаснили против увођења солидарног опорезивања у здравству.

20. У радно време мора бити укључено и време које је потребно да изабрани лекар испуни своју обавезу да обавља кућне посете својих (тешки, хронични и непокретни болесници, деца ометена у развоју, социјално угрожене породице...), здравствено васпитни рад и КМЕ.

21. Неопходно је временско поклапање прве и друге смене да не би долазило до застоја у пријему пацијената и да би лекари обе смене могли да размене важне информације о дешавањима из предходне смене. На тај начин би се пратили потребе тешких пацијената, епидемиолошка ситуација. Лекари би се информисали о изменама и допунама законских и позаконских аката која уређују област здравства, а који се непосредно примењују (Стручни састанци лекара и посебно меди-

16 >

АКТИВНОСТИ КОМОРЕ >>>>>>>>>>>>>>>>>>

15 <

цинских сестара, а не састанци на којима се само прослеђују наредбе Министарства здравља РС и РФЗО преко директора ДЗ, како је сада пракса.)

22. Сарадњи са представницима струковних и гранских синдиката који окупљају лекаре и струковним удружењима.

23. Заједнички рад ЛКС и партнерских организација на укупном унапређењу положаја лекара у многим сегментима.

24. Праћење и унапређење катедре опште медицине на Медицинском факултету Универзитета у Београду.

25. Праћење и унапређење катедре за ургентну медицину на Медицинском факултету Универзитета у Београду.

26. Покренути иницијативу за изједначавање цена пружања услуга у државном и приватном сектору.

На другој редовној седници разматран је материјални положај лекара и радно време у домовима здравља на територији града Београда.

Посебни одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси је у овом периоду одржао једну редовну седницу.

На седници одбора, чланови одбора упознали су се са иницијативама које је покренуо предходно сазив Посебног одбора за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси РЛКБ. Чланови посебног одбора су донели одлуку да понове иницијативе које је претходни сазив усвојио, а то су: доношење протокола лечења, уређење шифарника здравствених услуга, ангажовање око утврђивања минималне цене здравствених услуга у у секундарној и терцијарној делатности, тражити информацију од надлежних државних органа какав је план финансирања здравства на секундарном и терцијарном нивоу, покренути иницијативу да се број запослених лекара на секундарном и терцијарном нивоу усклади са нормативима послова у лекарској пракси, покренути иницијативу за побољшање услова рада и већу цену рада, регулисати допунски рад у здравственим установама, покренути иницијативу за измену и допуну Уредбе о корективном коефицијенту којом би се предвидело да основица за обрачун плате лекара буде један одсто, покренути иницијативу за измену и допуну Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе тако да се у делу „ТАБЕЛА МЕРЕ ИЗВРШЕЊЕ“, мере извршења дефинишу према квалитету и сложености послова; покренути иницијативу за испитивање уставности и законитости Уредбе о корективном Коефицијенту.

ПО за примарну здравствену заштиту у приватној пракси одржао је једну редовну седницу.

На седници одбора, чланови одбора упознали су се са иницијативама које је покренуо предходно сазив Посебног одбора за примарну здравствену заштиту у приватној пракси РЛКБ. Договорено је да се за следећу одбора усвоји план рада посебног одбора за 2015. годину. Донета је одлука да се др Милан Динић предложи за представника Лекарске коморе Србије, у радној групи при Министарству здравља која ће радити на укључивању приватне лекарске праксе у систем здравствене заштите и здравственог осигурања.

ПО за секундарну и терцијарну зз у приватној пракси одржао је једну редовну седницу.

На седници одбора, чланови одбора упознали су се са иницијативама које је покренуо предходно сазив Посебног одбора за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној пракси РЛКБ. На седници су се чланови одбора сагласили да су примарни задаци овог одбора инкорпорација приватне праксе у здравствени систем Србије (изједначавање приватне и државне праксе), као и измена и допуна Правилника о ближим условима за отварање здравствених установа. Председник посебног одбора предложио је да се одржавају заједничке седнице посебних одбора у приватној пракси.

ПО за медицинску етику одржао је две редовне седнице.

Усвојен је следећи план рада: Сарадња и комуникација са другим телима Коморе, Учешће на скуповима у организацији ЛКС, Анализа најчешћих повреда Кодекса медицинске етике, Професионални идентитет здравственог радника, Криза професионализма; Еутаназија и асистирано самоубиство; Сурогат мајчинство; Учешће у расправи везане за предлог новог Грађанског законика РС у сарадњи са осталим органима Коморе; Корупција у здравству, измена Кодекса (у делу чл. 12–18); У оквиру праћења међународних стандарда медицинске етике, рад на усклађивању Кодекса медицинске етике ЛКС са најновијом верзијом Хелсиншке декларације-етички принципи медицинских истраживања на људима, која је усвојена 2013. године; Мобинг; Принудно лечење и Пристанак пацијента на предложену меру лечења; Спречавање настанка грешке.

ПО за медицинско образовање одржао је две редовне седнице.

Усвојен је следећи план рада: Укључивање у рад Радне групе Здравственог савета Србије за акредитацију програма континуиране едукације; Предлог за измену и допуну Правилника о ближим условима за спровођење континуиране медицинске едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике; Успостављање сарадње са свим релевантним институцијама; Организовање on-line едукације; Покретање иницијативе за измену Статута Лекарске коморе Србије.

ПРЕДЛОЖЕНЕ ИЗМЕНЕ ПРАВИЛНИКА О ЛИЦЕНЦИРАЊУ

Чланови одбора донели су одлуку да се предложи Посебном одбору за медицинско образовање ЛКС да покрене иницијативу за доношење посебног Правилника о ближим условима за издавање, обнављање или одузимање лиценце члановима Лекарске коморе Србије.

Предложене су следеће измене и допуне посебног Правилника о ближим условима за издавање, обнављање или одузимање лиценце здравственим радницима:

I Уводне одредбе

Члан 1

Став 1 се мења и гласи: Овим правилником утврђују се ближи услови за издавање, обнављање или одузимање одобрења за самостални рад (удаљем тексту: лиценца) здравствених радника лекара, поступак и начин издавања, обнављања или одузимања лиценце, образац и садржај издате, обновљене или одузете лиценце, као и друге услове потребне за издавање, обнављање или одузимање лиценце.

Став 2 се мења и гласи: Издавање, обнављање и одузимање лиценце јесте поступак који спроводи надлежна комора Лекарска комора Србије ради утврђивања стручне оспособљености здравствених радника лекара за самостални рад.

Став 3 се мења и гласи: Лиценца је јавна исправа којом се доказује стручна оспособљеност здравственог радника лекара за самостално обављање здравствене делатности у Републици Србији.

Став 4 се мења и гласи: О издатој, обновљеној или одузетој лиценци решење доноси директор надлежне коморе Лекарске коморе Србије.

Члан 2 се мења и гласи:

Комора издаје лиценцу здравственом раднику лекару члану коморе (у даљем тексту: здравствени радник лекар) који као професију у Републици Србији обавља послове здравствене делатности је завршио медицински факултет и положио стручни испит у Републици Србији.

Члан 4 се брише:

Надлежна комора незапосленом здравственом раднику издаје лиценцу након заснивања радног односа.

Надлежна комора здравственом раднику оснивачу приватне праксе, издаје лиценцу даном подношења захтева за оснивање приватне праксе.

Надлежна комора здравственом раднику кориснику старосне пензије, издаје лиценцу након заснивања радног односа са оснивачем приватне праксе или даном подношења захтева за основање приватне праксе.

Здравствени радник страни држављанин који на територији Републике Србије повремено обавља здравствену делатност (пословно-техничка сарадња, стручно консултантске услуге), надлежној комори подноси доказ о чланству у комори, односно сталешком удружењу као и важећу лиценцу земље у којој обавља здравствену делатност.

Члан 5:

Став 1 се мења и гласи: Уз захтев из члана 3. овог правилника здравствени радник лекар доставља следећу документацију:

1) решење о упису у именик надлежне коморе Лекарске коморе Србије;

2) оверену фотокопију дипломе високе, више или средње стручне спреме здравствене струке, Медицинског факултета у Републици Србији, односно нострификовану диплому високе, више или средње стручне спреме здравствене струке стечене Медицинског факултета у иностранству;

3) оверену фотокопију уверења о положеном стручном испиту у Републици Србији;

4) потврду да је у радном односу и пословима које непосредно обавља.

Став 2 се мења и гласи: Здравствени радник Лекар који је стекао наставно-научно звање, односно назив примаријус, доставља оверене фотокопије уверења о стеченом звању, односно називу.

Став 3 се мења и гласи: Доказ да правноснажном судском одлуком здравствени радник лекар није осуђен за кривично дело које га чини недостојним за обављање здравствене делатности, односно да правноснажном судском одлуком није осуђен на казну затвора због тешког кривичног дела против здравља људи, надлежна комора Лекарска комора Србије прибавља од надлежног органа по службеној дужности.

Члан 6 се мења и гласи:

Здравствени радник Лекар који обавља специјалистичку делатност, поред докумената из члана 5. овог правилника, уз захтев за издавање лиценце доставља и следећу документацију:

1) оверену фотокопију дипломе о положеном специјалистичком испиту, односно нострификовану диплому о положеном специјалистичком испиту стечену у иностранству;

2) оверену фотокопију дипломе о положеном испиту из уже специјалности, односно нострификовану диплому о положеном испиту из уже специјалности стечену у иностранству.

Члан 7:

Став 1 се мења и гласи: Уколико здравствени радник лекар у оквиру рока важења лиценце стекне стручни назив примаријус или наставно-научно звање дужан је да о томе обавести надлежну комору.

Став 2 се мења и гласи: У случају да наступе околности из става 1. овога члана, здравственом раднику лекару се издаје нова лиценца са истим лиценцним бројем и периодом важења.

Став 3 се мења и гласи: Уколико здравствени радник лекар у оквиру рока важења лиценце положи специјалистички или испит из уже специјалности дужан је да о томе обавести надлежну комору.

Став 4 се мења и гласи: У случају да наступе околности из става 3. овога члана, здравственом раднику лекару се издаје нова лиценца са новим периодом важења.

ПОСТУПАК ОБНАВЉАЊА ЛИЦЕНЦЕ

Члан 8.

Став 1 се мења и гласи: Здравственом раднику Лекару се може обновити лиценца ако је у периоду важења лиценце, у поступку континуиране едукације стекао 168 /140 бодова и то за сваку годину важења лиценце по 24/20 бодова кроз садржај акредитованих програма континуиране едукације, везано за професионалну делатност коју обавља, а за коју се издаје, односно обанавља лиценца.

Став 4 се мења и гласи: Укупан број од 24/20 бодова мора бити скупљен из више различитих програма континуиране едукације.

Став 5 се брише: Једна половина годишње укупне суме бодова (12 бодова) стиче се у оквиру програма континуиране едукације који се спроводе у здравственој установи или приватној пракси у којој је здравствени радник запослен, односно у оквиру акредитованих програма континуиране едукације који се спроводе у здравственим установама и приватној пракси на територији општине или управног округа.

Став 6 се брише: Друга половина годишње укупне суме бодова (12 бодова) добија се кроз учешће на екстерним програмима континуиране едукације који се спроводе ван здравствене установе и приватне праксе у којој је здравствени радник запослен, на републичком или

18 >

АКТИВНОСТИ КОМОРЕ >>>>

АКТИВНОСТИ КОМОРЕ >>>>>>>>>>>>>>>>>>

19 <

вршена је измена раније усвојеног Финансијског плана

По извршеним изборима, осим конститутивне одржане су три седнице, на којима су поред спровођења избора за састав органа РЛК учињени предлози за састав чланова органа ЛКС. Такође је покренута иницијатива за опозив председника Врховног суда части, из разлога што не испуњава формалне услове за обављање те функције.

АКТИВНОСТИ ИЗВРШНОГ ОДБОРА РЛК

Извршни одбор РЛК одржао је у 2014.години пет редовних и две телефонске седнице на којима су разматрана текућа питања и доношене одлуке које се тичу редовног рада Коморе, као и одлуке неопходне за спровођење избора.

По извршеним изборима, поред конститутивне одржане су три редовне и две телефонске седнице на којима су доношене одговарајуће одлуке у циљу спровођења допунских избора, организације обележавања Славе, покретања иницијатива за заштиту знака Коморе, избора чланова Комисије Фонда солидарности.

АКТИВНОСТИ ПОСЕБНИХ ОДБОРА

Имајући у виду да је 2014. била изборна година, активности Посебних одбора су биле смањене.

Посебан одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси пре одржаних избора одржао је једну седницу, а новоизабрани чланови овог одбора су одржали две седнице – једну конститутивну и једну редовну на којој су упознати са радом овог одбора у претходном периоду и усвојили су План рада за 2015. годину.

Посебан одбор за медицинско ообразовање је одржао две редовне седнице пре одржаних избора. Захваљујући активном учешћу чланова Одбора успешно је обављен посао прегледа сертификата континуиране медицинске едукације за претходну годину и потврде о оствареном броју бодова дистрибуиране члановима РЛКЦЗС.

У новом сазиву, после конститутивне седнице одржане су две редовне седнице на којима је, између осталог, дат предлог Измена и допуна Првилника о ближим условима за издавање, обнављање или одузимање лиценце члановима комора здравствених радника.

Посебан одбор за медицинску етику је одржао једну седницу у претходном сазиву на којој је, између осталог, предлажено Управном одбору ЛКС-а да организује конференцију за штампу ЛКС, на којој би били изнети сви нерешени захтеви упућени законодавним телима, органима и организацијама, а односе се на стицање статуса службеног лица, на укидање солидарног опорезивања, одобравање запошљавања у јавном сектору, учествовања у креирању уписне политике на Медицинске факултете, као и све друге иницијативе и предлози упућени Министарству здравља, а који нису усвојени, а вероватно ни разматрани.

По избору нових чланова и конституисању, овај одбор је одржао и једну редовну седницу на којој се упознао са радом одбора у претходне четири године и усвојио је План рада за 2015. годину.

Посебан одбор за секундарну и терцијарну здрасвтвену заштиту у државној пракси одржао је, осим конститутивне, и три редовне седнице и донео План рада за 2015.годину, анализирао модел финансирања здравствене заштите у Србији и предложио покретање иницијатива за анализирање различитих модела финансирања здравственог система како би се изнашао и предложио најквалитетнији начин финансирања, а разматрао је и услове рада лекара као и проблеме допунског и прековременог рада и дежурстава, као и могуће бенефите добијања статуса службеног лица.

Посебан одбор за стручна питања и стручни надзор је одржао након конститутивне и две редовне седнице и донео План рада за 2014 – 2015. годину и, између осталог, усвојио препоруку за убрзани пријем пацијената из енклава са КиМ у регионалне здравствене центре који гравитирају КиМ.

Посебан одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној пракси и Посебан одбор за примарну здравствену заштиту у привантој пракси у 2014. години нису заседали.

СУД ЧАСТИ

У 2014.годину пренето је осам предмета из 2013. године, од којих је шест решено, а два су још увек у раду.

Од почетка 2014. године закључно са 31.12.2014. године Суду части Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију поднето је 14 поднесака.

– Правноснажно је окончано седам предмета. У једном од окончаних предмета изречена је дисциплинска мера јавна опомена – жалбе на решење о јавној опомени није било.

– У два предмета је од стране судије истражитеља донето решење о основаности предлога, оба решења су потврђена по жалби.

– У једном предмету је донето решење о неоснованости предлога, , па се предмет налази у Врховном суду части по жалби.

– У четири предмета истрага је још у току.

КОМИСИЈА ФОНДА СОЛИДАРНЕ ПОМОЋИ

Комисија Фонда солидарне помоћи је у 2014. години одржала шест седница и разматрала укупно 174 поднета захтева. Повећани број поднетих захтева произашао је због елементарне непогоде која је погодила велики број чланова ове Регионалне коморе. На иницијативу чланства дат је предлог за измену Правилника о солидарој помоћи члановима Лекарске коморе србије и члановима њихових ужих породица

Од укупног броја примљених захтева у шест случајева помоћ није додељена, јер подносиоци захтева нису испуњавали услове прописане Правилником о солидарној помоћи.

УПИС У ИМЕНИК КОМОРЕ

Захтеве за упис у Именик Коморе у 2014. години поднело је 307 лекара, те је закључно са 31. 12. 2014. у Именик било уписано 7.219 чланова. Од наведеног броја 6.486 лекара поседује лиценцу, а преосталих 452 лекара не испуњава услове за добијање лиценце, јер не обављају здравствену делатност.

Од укупног броја уписаних лекара, 200 је премештено у друге Регионалне коморе због промене пребивалишта, а за 87 лекара је добијена информација да су преминули.

Све основане подручне канцеларије, а њих је 10, започеле су поступак прикупљања сертификата за 2014. годину.

Финансијски извештај о раду Регионалне коморе је саставни део Финансијског извештаја Лекарске коморе Србије.

Председник Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију,
спец. др мед. Гордана Лучић

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ЗА ЈУГОИСТОЧНУ СРБИЈУ У 2014. ГОДИНИ

ПОСЕБНИ ОДБОРИ – ГЛАВНИ НОСИОЦИ АКТИВНОСТИ

Рад Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију (РЛКЈИС), као и рад осталих РЛК и ЛКС у 2014.години, у највећој мери је био условљен приремом и одржавањем избора за скупштине регионалних комора и Лекарске коморе Србије.

У периоду пре почетка одржавања изборних радњи, органи и тела РЛКЈИС (Извршни и Надзорни одбор, посебни одбори и др.) радили су у складу са својим плановима рада за 2014. годину.

Како су за главне носиоце активности, као и у претходним годинама, планирани посебни одбори РЛКЈИС, од њих се највише и очекивало када је реч о предлозима за побољшање рада Коморе и предлагање решења за унапређење положаја лекара и професије уопште.

Упркос ангажману чланова одбора и изради великог броја предлога који се односе на промене у области континуиране медицинске документације, примарне здравствене заштите и др., готово у континуитету, изостајала је вертикална комуникација са одговарајућим посебним одборима ЛКС што су делегати најчешће и замерали. Ако на ово додамо и чињеницу са којом се и сада суочавамо да је углавном изостајао адекватан одговор Министарства здравља РС на предлоге и иницијативе ЛКС у целини, јасно је да посебним одборима није било лако да реализују сопствене закључке, упркос подршци Извршног одбора и председника РЛКЈИС која није изостајала.

Извршни одбор РЛКЈИС је, иначе, у складу са планом рада, редовно одржавао седнице, пратио рад посебних одбора, финансијско пословање РЛК и обављао и друге послове у складу са Статутом ЛКС и другим правним актима.

Током прошле године значајно је унапређена сарадња са подружницом Српског лекарског друштва за Град Ниш. Потписано је и заједничко саопштење којим су обе организације (ЛКС и СЛД) позване на превазилажење несугласица и заједнички рад. Тенденција добре сарадње настављена је и у 2015.години, уз наду да ће проширити и на област КМЕ и неке друге области.

Стручна служба је ажурно обављала своје задатке који су се, у највећој мери, односили на поверене послове Коморе: упис у Именик Коморе, константно ажурирање базе података, издавање потврда на захтев чланова и сл.

Осим наведеног, у континуитету је пружана стручна помоћ члановима Коморе, обрађени су сертификати КМЕ за претходну годину, а радило се и на наплати заостале чланарине из претходног периода и другим пословима.

Иако су избори за скупштине ЛКС и РЛКЈИС спроведени од стране за то овлашћених тела (Изборна комисија Регионалне лекарске комисије за југоисточну Србију и бирачки одбори), комплетну логистику, укључујући и финансирање рада ових органа, пружила је РЛКЈИС.

По окончању изборног процеса обављено је конституисање тела и органа РЛКЈИС, као и избор представника за тела и органе ЛКС.

Председник РЛКЈИС,
спец. др мед. Александар Радосављевић

АКТИВНОСТИ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ВОЈВОДИНЕ У 2014. ГОДИНИ

ГОДИНА ИЗБОРА И ЈУБИЛЕЈА

РАД ОРГАНА РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ВОЈВОДИНЕ

Скупштина Регионалне лекарске коморе Војводине је, током 2014. године, одржала једну редовну седницу, фебруара месеца, у старом сазиву и, након одржавања избора у јуну и септембру 2014. године, једну конститутивну и три редовне седнице. Седнице су биле посвећене избору и конституисању нових органа Регионалне лекарске коморе Војводине, након спроведених избора, као и избору представника РЛК Војводине у органима Лекарске коморе Србије. Истовремено, Скупштина РЛК Војводине разматрала је, у складу са Статутарним овлашћењима, актуелна питања и теме од значаја за рад и фунцкионсиање РЛК Војводине (усвајање финансијског плана, плана рада, плана набавки и слично...).

Извршни одбор Регионалне лекарске коморе Војводине, током 2014, одржао седам седница у старом сазиву и, након одржавања избора, три седнице у новом сазиву. На састанцима су разматрана актуелна питања у вези рада и функционисања РЛК Војводине.

Одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси је током 2014. године одржао две седнице.

Одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у приватној пракси је током 2014. године одржао две седнице.

Одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси је током 2014. године одржао три седнице.

Одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној пракси се није састајао у 2014. години.

Десет година од оснивања РЛКВ: свечаност поводом доделе лиценци

Одбор за медицинско образовање је током 2014. године одржао три седнице.

Одбор за стручна питања и надзор одржао је током 2014. године две седнице.

Одбор за медицинску етику је током 2014. године одржао две седнице. Седнице су биле посвећене конституисању одбора, упознавању чланова одбора са надлежностима одбора, доношењу плана активности одбора за наредни период и избору представника у одборе ЛКС.

Суд части РЛКВ се током 2014. године није састајао, као ни Комисија за посредовање.

Укупно је одржано 29 седница.

ИЗБОРИ У КОМОРИ

Година 2014. била је изборна година у Комори. Избори за чланове Скупштина ЛКС и РЛК су одржани у два наврата: јун 2014. године први круг избора и у септембру 2014. године допунски избори у изборним једницама у којима нису изабрани делегати на изборима одржаним у јуну. Поступак избора је окончан у септембру 2014. године, када се приступило конституисању органа РЛК Војводине. Избори на територији надлежности РЛК војводине протекли су без неправилности.

Конститутивна седница новог сазива Скупштине РЛК Војводине одржана је 10. и 14. јула 2014. године, а на њој је изабран Председник Скупштине РЛК Војводине.

Прва редовна седница Скупштине РЛК Војводине одржана је 4. септембра 2014, на којој су изабрани Председник РЛК Војводине, осам чланова Извршног одбора РЛК Војводине и Надзорни одбор РЛК Војводине.

Након поновљених избора, на седници Скупштине РЛК Војводине 13. октобра 2014. године изабрани су чланови посебних одбора РЛК Војводине, као и представници РЛК Војводине у органима Лекарске коморе Србије.

Десетогодишњица оснивања Лекарске коморе Војводине свечано је обележена 5. децембра 2014, када је одржана свечана додела лиценци новолиценцираним члановима Коморе. Свечаности су присуствовали представници Покрајинског секретаријата за здравство, социјалну политику и демографију АП Војводине, Министарства здравља РС, осталих комора здравствених радника, као и представници регионалних лекарских комора у оквиру Лекарске коморе Србије.

Реља Алексић,
секретар РЛК Војводине

ИЗВЕШТАЈ О ОБАВЉЕНИМ ПОСЛОВИМА РЛК КОСОВА И МЕТОХИЈЕ У 2014. ГОДИНИ

АКТИВНОСТИ ОБЕЛЕЖЕНЕ ИЗБОРИМА

Регионална лекарска комора Косова и Метохије у пословној 2014. години, као и у протеклим годинама наставила је да врши поверене јој послове и остале задатке и послове предвиђене Статутом ЛКС и Законом, посредством својих органа и Стручне службе РЛК. Поред напред наведеног, пословну 2014. годину су свакако, највише обележили послови везани за редовне изборе чланова Скупштине и других органа ЛКС и чланова Скупштине и других органа регионалних лекарских комора у њеном саставу.

У свакодневном раду РЛК Косова и Метохије даје информације из своје надлежности лекарима са територије РЛК КиМ, пружа стручну помоћ члановима коморе, води евиденцију чланства кроз одговарајући Именик чланова коморе, врши упис нових чланова, затим одјаву лекара због промене места пребивалишта, евидентира све промене везане за стручно усавршавање, као и редовност уплате чланарина од стране запослених лекара.

У Именик ЛКС-РЛК Косова и Метохије укупно су уписана 872 члана.

У периоду од 1.јануара до 31. Децембра 2014. Године, 25 здравствених радника-лекара, који према месту пребивалишта припадају РЛК КиМ, уписано је у Именик ЛКС-РЛК. У истом периоду донето је 25 Решења о постојању услова за издавање лиценце и 19 Решења о испуњености услова за измену лиценцног листа. Закључно са 31. децембром 2014, донето је укупно 19 Решења о брисању из Именика ЛКС-РЛК.

У наведеном периоду одржано је укупно пет седница Скупштине РЛК КиМ, док је Извршни одбор РЛК КиМ у наведеном периоду од 1. јануара до 31. децембра 2014. године одржао девет седница. Затим, ПО за јавно здравље и примарну здравствену заштиту и ПО за медицинско образовање одржали су по једну редовну седницу док остали органи нису одржавали своје седнице.

Сви наведени органи су на својим седницама расправљали и одлучивали о питањима из своје надлежности.

Секретар РЛК КиМ,
Јелена Мркић, дипл. правник

АКТУЕЛНОСТИ У КОМОРИ >>>>>>>>>>>>>>>>

ЛКС И ДРУГЕ КОМОРЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА ЗАХТЕВАЈУ

ГЛАС СТРУКЕ МОРА ДА СЕ УВАЖАВА

Медицинску јавност у Србији почетком фебруара „узбуркала“ је радна верзија Нацрта закона изменама и допунама закона о коморама, објављена на сајту Министарства здравља. Свих пет комора здравствених радника потом издало је заједничко саопштење у коме је указано на неколико битних пропуста. Затражено је и повлачење спорног текста.

Замерено је што у писању радне верзије Нацрта закона – коју је сачинила Радна група Министарства правде и Министарства здравља за анализу корупт ивних аспеката у здравственим законима – нису консултовани, нити учествовали представници комора.

Осим тога, нису уважене специфичности појединих комора, а предвиђено организовање нових избора (само годину дана након последњих) значило нови значајан трошак с једне стране, а с друге – ометање обимног и важног посла релиценцирања чланова. Ни предвиђене поделе коморских скупштина на два „дома“, односно већа, као и одвајање сектора у управним одборима – за приватне и за државне упосленике – не би биле сврсисходне, већ би продубиле разлике међу припадницима исте професије, на основу сектора (државни/приватни) у коме раде.

После мноштва састанака, заједничким ангажовањем свих комора, постигнут је помак, а Министарство здравља прихватило је представнике комора као озбиљног партнера у даљим разговорима о изменама и допунама Закона о коморама.

Захваљујући заједничким активностима свих комора здравствених радника, које заједно броје 140.000 чланова, ситуација је сада далеко повољнија него што је била пре само два-три месеца. Наравно, све коморе настављају константне активности, а радна верзија Нацрта закона још није ушла у јавну расправу. Најважније је да се, не само у случају овог закона, него и других који се тичу здравствених професионалаца, чује и уважи глас струке. Судећи по тоновима из надлежног Министарства, нема разлога да буде другачије.

Због значаја ове теме, на наредним страницама Гласника ЛКС доносимо чињенице, аргументе предлагача, ставове ЛКС и других комора здравствених професионалаца, као и образложење стручних служби ЛКС. //

Са становишта предлагача

У анализи правног оквира здравства са аспекта ризика на корупцију Радне групе Министарства правде и Министарства здравља, наводи се да је корупција и превера у здравству софистицирана, истражни и правосудни органи немају потребну експертизу за комплексне облике корупције, због чега у првој линији борбе против корупције, преваре и злоупотреба у здравству мора да буду лекари преко својих професионалних организација.

У елаборату „Увод у јавну расправу – Измене и допуне Закона о коморама здравствених радника“ др Алексе Еветовића, члана Радне групе министарстава правде и здравља за анализу правног оквира здравства са аспекта ризика на корупцију, између осталог, наводи се да Резолуција Европског парламента о Србији, од 29. марта 2012, констатује висок степен системске корупције у здравству.

Скупштина Србије усвојила је у јулу 2013. Националну стратегију борбе против корупције до 2018. године, а један одељак (3.7) посвећен је области здравства. Циљ број 1. у здравству јесте да буду „идентификовани и отклоњени сви недостаци у правном оквиру који погодују корупцији и обезбеђена њихова пуна примена“. Акционим планом, у чијој изради је учествовало више од стотину стручњака из области борбе против корупције, предвиђено је формирање Радне групе Министарства правде и Министарства здравља за анализу здравствених закона у погледу ризика на корупцију (2014.)

Како наводи др Еветовић, ЕУ разлози измене Закона о коморама здравствених радника јесу:

– Обавезе преузете у оквиру отварања преговора о чланству ЕУ из Поглавља 23 Acquis Communautaige ЕУ за борбу против корупције у здравству.

– Отварање преговора из Поглавља 28 – заштита потрошача и здравља.

– Усклађивање са Директивом 2005/36/ЕС о регулисаним професијама ЕУ смернице за олакшавање мобилности квалификованих професионалаца.

Као главне разлоге измене ЗКЗР, Радна група наводи: Отклањање правног дефекта у ЗКЗР као подстицај системске корупције у здравству; елиминисање постојећег сукоба интереса у обавезујућој, заједничкој професионалној организацији са јавним овлашћењима; Конфликтан модел коморског организовања, блокада, мајоризација; помешани правно-привредни односи, струковно-професионални аспекти; као и да је то припремни корак за измене осталих системских закона.

Према очекивањима Радне групе, измене би требало да донесу: промене у структури коморске организације – елиминисање конфликта интереса; сачувају струковно јединство у заједничкој професионалној организацији; идентификацију носилаца различитих правно статусних – економских интереса, стварање услова за дефинисање легалних и легитимних партнера, носилаца права и одговорности у систему; рационализацију спровођења овлашћења и надлежности; дисперзију овлашћења, децентрализацију и дебирократизацију у коморском систему; институт коморе за вештачење – заштиту права пацијената; демаркацију професионалних од стручних питања, елиминисање арбитрарних притисака на здравствене раднике, као и већу заштиту здравствених радника – узбуњивача.

Радна група формирана је 2014, са задатком да изради анализу целокупног правног оквира из области здравственог система у погледу ризика на корупцију. Председник радне групе је министар здравља асс. Златибор Лончар, а заменици председника су Радомир Илић из Министарства правде и проф. Драгана Јовановић, посебни саветник министра здравља.

Чланови комисије су: др Татјана Рајовић, помоћник министра здравља, проф. др Дана Грујичић, СЛД, др стоматологије Бранислав Кардашевић ДЛВ СЛД, проф. др Татјана Пејчић, КЦ Ниш, др Горан Кушевија, ЗЦ Краљево, др Борко Јосифовски, НВО Доктори против корупције, др Алекса Еветовић, Удружење приватних лекара и стоматолога, др Михајло Луковић, Удружење приватних лекара и стоматолога, Мирослав Петровић, НВО Удружење пацијената Право на здравље (правник), Јосиф Богић, НВО Здрава Србија (правник), мр фармације Вукица Стефановић, НВО Фармацеутско језгро, Ивана Опачина, Апотека Београд, Миломир Пантелић, правник Института за трансфузију крви, Влада Чобанов, правник, Покрајински завод за здравствено осигурање. Секретари Радне групе су Сања Вујачић, државни службеник Министарства правде и Наташа Гудовић, државни службеник Министарства здравља. Решење о оснивању Радне групе потписали су министри правде и здравља – Никола Селаковић и Златибор Лончар.

Предлози и коментари на нацрт закона о изменама и допунама закона о коморама могу се слати на e-mail адресу: zakon.komore@zdravlje.gov.rs. //

Чињенице о корупцији

- Претходна Влада у одговору на упитник ЕУ навела да је здравство најкорумпиранији сектор.
- Влада се системски бори против корупције: транспарентним јавним набавкама, ПРОМЕНАМА ЗАКОНА (да би отклонили коруптивни елементи) и процесуирањем.
- Србија је при дну европских система здравствене заштите. На основу рангирања 37 европских држава у Европском здравственом потрошачком индексу „Euro Health Consumer Index“ (EHCI) за 2014, Србија се налази на 33. месту. У претходне две године Србија је била последња на тој листи.
- Истраживање Медија Галупа установило да 73,6 одсто грађана сматра да је здравствени сектор корумпиран. Испред су само су политичке партије.
- У Извештају Агенције за борбу против корупције из 2012, о облицима, узроцима и ризицима корупције у систему здравства, наводи се да важну улогу у здравственом систему Србије има ЛКС, као независна, еснафска организација у којој је чланство обавезно, а независност гарантована самофинансирањем.
- Према подацима Агенције за борбу против корупције, у првој половини 2012. Примљено је 859 представки, од којх 41 из здравства.
- CeSID и UNDP – полугодишњи извештај о ставовима јавног мњења о корупцији у Србији: грађани сматрају да је корупција заступљена, доктори су три године у врху најкорумпиранијих професија, корупција је учестала и укорењена – то је допринело да здравство буде оцењено као најлошије у Европи према истраживању EHC Powerhouse.
- Србија је 2014. године забележила благи пад на Индексу перцепције корупције који је објавио Tranparency International. Са скором од 41, на скали од 100 до нула, Србија ове године заузима 78. место на табели међу у 175 држава (2013. била је 72. међу 177). Реч је о резултату коју Србију сврстава међу земље са веома распрострањеном корупцијом.
- Траспарентност Србија оцењује да се Стратегија за борбу против корупције и пратећи Акциони план се, нажалост, спроводе са закашњењем, а за неиспуњавање обавеза не постоји систем одговорности, што је био највећи недостатак и претходне Стратегије (из 2005). Приоритет државних органа би требало да буде промена стварног стања и одстрањиивање узрока корупције, уз свест да ће вероватно бити потребно знатно више времена да се промени и утисак о високој корумпираности, који се стварао деценијама. //

АКТУЕЛНОСТИ У КОМОРИ >>>>>>>>>>>>>>>

Допис Министарству здравља Републике Србије

Представници Лекарске коморе Србије, Стоматолошке коморе Србије, Фармацеутске коморе Србије, Коморе биохемичара Србије и Коморе медицинских сестара и здравствених техничара Србије, након састанака одржаних 3. и 6. фебруара 2015. године, упућују Министарству здравља Републике Србије, у име више од 140.000 здравствених радника, следеће заједничке захтеве:

1. Повлачење из процедуре радне верзије нацрта измена и допуна Закона о коморама здравствених радника
2. Формирање нове радне групе за израду нацрта измена и допуна Закона о коморама здравствених радника која би у свом саставу имала представнике свих пет Комора здравствених радника

ОБРАЗЛОЖЕЊЕ

Постојећа радна верзија нацрта измена и допуна Закона о коморама здравствених радника је неприхватљива због:

• Чињенице да ниједна од Комора здравствених радника није била ни консултована приликом израде радне верзије Нацрта измена и допуна Закона о коморама здравствених радника.

• Предложеним изменама и допунама се не остварује побољшање начина функционисања Комора здравствених радника у смислу унапређења услова за обављање професије здравствених радника, заштите њихових професионалних интереса, организованог учешћа на унапређењу и спровођењу здравствене заштите и заштите интереса грађана, што су најважнији послови комора. Уместо тога, предложеним изменама и допунама предвиђа се прегломазна унутрашња организација Комора која ће довести до великих проблема у функционисању Комора као и доношењу одлука. Предложена унутрашња организација Комора ће због свог структурног усложњавања и стварања финансијских предуслова за рад сваког од тих органа, довести до значајног повећања чланарина, што повређује примарни интерес чланова Комора и ставља их у неиздрживу економску ситуацију због чега предложене измене неће бити прихваћене од стране више од 140.000 здравствених радника – чланова Комора.

• Приликом израде радне верзије нацрта измена и допуна Закона нису узете у обзир специфичности сваке Коморе (бројност и структура чланства). Уместо тога, предвиђена је идентична организациона структура која неће бити апсолутно одржива ни у једној Комори. Посебно се истиче да је основна улога, Уставно дефинисање и сврха постојања самосталних регулаторних тела (којима су пренета јавна овлашћења) у обезбеђивању једнаких услова рада, односно једнаког поступања према свим субјектима чију делатност регулаторно тело уређује (а то је, у овом случају, чланство комора). Овом радном верзијом Закона се то не остварује, јер се предвиђа паралелизам у раду и одлучивању органа комора, искључиво на основу облика својине у којој здравствени радници обављају своју делатност.

• Приликом доношења одлуке да се крене у измене Закона, није узета у обзир чињеница да се у календарској 2015. години у свим Коморама здравствених радника спроводи поступак релиценцирања, посла који по свом обиму и важности превазилази све досадашње активности Комора и који је апсолутни приоритет у плановима рада за 2015. годину

• Истовремено, приликом доношења одлуке да оваква радна верзија измена и допуна Закона уђе у процедуру, није узета у обзир чињеница да су током 2014. године одржани избори у свим Коморама, да су конституисани и изабрани органи Коморе. Изборни процес у свим Коморама коштао је нешто мање од 15.000.000,00 динара. Евентуалним усвајањем предложених измена, предвиђа се обавеза спровођења нових избора што значи идентичан трошак за врло кратко време.

Директор Стоматолошке Коморе Србије,
проф. др Витомир Константиновић

Директор Фармацеутске коморе Србије,
мр сци. Светлана Стојков

Директор Коморе Биохемичара Србије,
мр сци. мед. Славица Цимбаљевић

Председник Управног одбора Лекарске коморе Србије,
прим. др Милан Симић

Директор Коморе медицинских сестара
и здравствених техничара Србије,
Радмила Угрица

>>>>>>>>>>>>>>

АКТУЕЛНОСТИ У КОМОРИ >>>>>>>>>>>>>>>

ЗАКЉУЧЦИ СА САСТАНКА СТРУЧНЕ СЛУЖБЕ ЛКС И РЛК ОДРЖАНОГ 5. МАРТА У КРАГУЈЕВЦУ

РАЗЛОЗИ ЗА ПОВЛАЧЕЊЕ ИЗ ПРОЦЕДУРЕ

// ТЕМА САСТАНКА БИЛА ЈЕ РАДНА ВЕРЗИЈА НАЦРТА ЗАКОНА О ИЗМЕНАМА И ДОПУНАМА ЗАКОНА О КОМОРАМА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА //

Основни циљ Закона о коморама здравствених радника јесте заштита професионалних интереса лица која обављају професије на које се овај закон односи. Задржаћемо се само на лекарској професији. Ова материја уређена је постојећим Законом. Тачније, законодавац је имао пуну слободу уређења предметне материје и Лекарска комора Србије је функционисала у складу са постојећим Законом без проблема, донела све неопходне подзаконске акте, као најважнији Статут ЛКС, на који, подсећања ради, Министарство здравља РС даје сагласност. Обављала је све поверене послове, без примедби надлежних органа који врше контролу над њеним радом.

У земљи, познатој по томе да свака нова власт даје себи слободу да мења законску регулативу, сада са оправдањем да то налаже процес европске интеграције, ипак изненађује чињеница да се у анализи правног оквира здравства са аспекта ризика на корупцију као најважнији нашао Закон о коморама здравствених радника. Подсећамо да је, пре свега, потребно извршити неопходне измене Закона о раду, Закона о здравственој заштити, Закона о здравственом осигурању Републике Србије, Закон о вођењу медицинске документације.

Као основ за измену и допуну Закона о коморама здравствених радника (која се по обимности и суштини предложених измена и допуна не може формално тако ни назвати, већ предлогом новог Закона о коморама здравствених радника) наведен је члан 97., став 1., тачка 10. Устава Републике Србије. Исти се односи на „Надлежност Републике Србије“ и гласи:

Члан 97.

Република Србија уређује и обезбеђује:

10. систем у областима здравства, социјалне заштите, борачке и инвалидске заштите, бриге о деци, образовања, културе и заштите културних добара, спорта, јавног информисања; систем јавних служби;

Примећујемо да није спорно да Република Србија уређује и обезбеђује систем у области здравства, што је већ и учињено низом закона и између осталог и важећим Законом о коморама здравствених радника. Треба подсетити ауторе радне верзије и на члан 55. и члан 60. Устава Републике Србије, који гарантују право на удруживање, као и право на рад.

Подсећамо да право на рад подразумева да „свако има право на поштовање достојанства своје личности на раду, безбедне и здраве услове рада, потребну заштиту на раду, ограничено радно време, дневни и недељни одмор, плаћени годишњи одмор, правичну накнаду за рад и на правну заштиту за случај престанка радног односа. Нико се тих права не може одрећи“.

(Не)оправданост разлога за измене закона

Даље, као разлози за доношење предметног Закона о изменама и допунама Закона о коморама здравствених радника наведени су:

1. Стварање услова за континуирани рад комора здравствених радника кроз прописивање изборног поступка за органе коморе којим се омогућава несметано обављање како поверених послова, тако и других послова коморе прописаних Законом;

И постојећим Законом о коморама здравствених радника су обезбеђени услови за континуирани рад комора здравствених радника, а Статутом Лекарске коморе Србије је прописан изборни поступак за органе Лекарске коморе Србије (поступајући по Одлуци Уставног суда Републике Србије, изборна правила, раније дефинисана посебним Правилником) – Правила о изборном поступку инкорпорирана су у Статут Лекарске коморе Србије.

На тако измењен Статут Лекарске коморе Србије Министарство здравља Републике Србије дало своју сагласност.

До сада су обављена два изборна процеса, а последњи у току 2014. године, који је окончан у септембру 2014. године. Са пуним правом се може рећи да су ови избори успешно спроведени, надзор је вршио CeSID, о чему постоје и одговарајући извештаји. Сви чланови Лекарске коморе Србије су више пута обавештени, па и електронском поштом и путем СМС – порука, о изборима, те је свакоме било омогућено да се укључи у изборни процес. Неспорно је, да су избори легално и легитимно спроведени.

>>>>>>>>>>>>>>

АКТУЕЛНОСТИ У КОМОРИ >>>>

31 <

ђу здравствене раднике, на основу облика својине у којој здравствени радници обављају здравствену делатност, што није у складу са ни Законима РС, ни са Уставом РС, а свакако неће бити ни препорука за наш улазак у Европску Унију.

9. Предметни текст Радне верзије Закона о изменама и допунама Закона о коморама здравствених радника има и низ, како суштинских, тако и формалних недостатака, као и нелогичности:

• Неспровођење обавезне јавне расправе о тексту предложеног Нацрта Закона о изменама Закона о коморама здравствених радника (Поступак јавне расправе започиње објављивањем јавног позива за учешће у јавној расправи који мора да садржи ПРОГРАМ ЈАВНЕ РАСПРАВЕ и информације о образовању и саставу радне групе која је припремила предметни текст, рок у којем се достављају предлози, примедбе, сугестије и друго, а који не може бити краћи од 15 дана – што у овом случају недостаје);

• Уз предметни текст није достављено никакво образложење, анализа постојећег стања, проблеми које би нови текст требало да реши, циљеве који се таквим текстом постижу, односно одговор на питање зашто би доношењем овакког прописа наведени проблеми били решени на најбољи начин;

• Предметним текстом се арогантно манипулише идејом евроинтеграција, а при томе се на најгрубљи начин игнориши искуства европских, а посебно држава у нашем региону (које су не тако давно прошле процес придруживања и постале чланице Европске уније). Уместо тога, нуде се организациона решења која не постоје у овим земњама! Оваквим нацртом Закона о изменама и допунама Закона о коморама здравствених радника се у наш здравствени систем, који нажалост посрће и коме је преко потребна функционална реконструкција и обезбеђивање услова за реалан развој – уводи хаотичност и неодговорност;

• Подсећамо да је недавно WMA (26. фебруара 2015) објавила на свом сајту у виду саопштења-упозорење да владе широм света не покушавају да демонтирају медицинске професионалне независне органе, што је подржано и од стране Сталног комитета европских доктора (CPME). Након распуштања органа Лекарске коморе у Анкари од стране Владе Турске, WMA лидери су издали саопштење указујући на то да се значај овог предмета проширио далеко изван Турске у виду покушаја да се уклоне професионалне независне организације које су основане у многим земљама и многим облицима широм света. Између осталог, у поменутом опширном саопштењу, др Xavier Deau, председник WMA је рекао да ће та организација наставити да подржава сва медицинска удружења чијој се независности прети.

• Чак су нека од предложених решења у директној супротности са одредбама (и даље важећег) Закона о здравственој заштити. Изменама Закона о коморама здравствених радника НИКАКО СЕ НЕ МОГУ мењати одредбе неког другог законског акта. Наиме, важећим одредбама Закона о здравственој заштити директно је прописано да решење о издавању, обнављању и одузимању лиценце здравственим радницима доноси директор предметне коморе – а што овај текст покушава да другачије регулише, такође приметно је и изостављање других облика приватне праксе;

• Уводи се Комисија за вештачење без дефинисања њене стварне улоге – да ли иста замењује судове части, у којој фази поступка се користи и сл. Такође, указујемо и на немогућност њеног формирања у пракси за случај када је потребно обезбедити одговарајући број чланова Комисије са највишим стручним и академским звањима из појединих области;

• На више места у предметном тексту Радне верзије нацрта Закона о изменама и допунама Закона о коморама здравствених радника се користе нетачни – неважећи термини (на пример: „подрачун“ уместо „текући рачун и рачуни посебне намене“)а приметна је и терминолошка неусклађеност у самом тексту на различитим местима;

• Затим, предвиђа се у свакој од ових комора формирање више стручних служби и доношење више општих аката о организацији и систематизацији радних места за запослене, а обзиром да је свака од ових комора јединственои правно лице, тим се директно нарушава правило да 1 послодавац може да има само 1 општи акт о организацији и систематизацији радних места за запослене;

• Предложена организациона структура у коморама здравствених радника уводи дуализам – паралелизам у органима, у одлучивању и у стручним службама, при томе ничим не дајући никакву назнаку могућности арбитрирања у случају доношења супротних одлука у паралелним органима. Успоставља се дуализам у „заступању и представљању“ пред трећим лицима, сваке од ових комора, а које су „јединствена правна лица“ и доводи се до правно недозвољене ситуације и до озбиљног нарушавања начела правне сигурности;

• Коначно, у време општих напора да се штеди и одлучних мера Владе Републике Србије да се постигне једноставније, ефикасније и економски одрживо организовање носилаца јавних овлашћења, предложеним изменама се чини управо супротно, јер се коморама здравствених радника (са укупно преко 140.000 чланова – здравствених радника) намеће компликован, правно недовољно уређен, гломазан, тром и веома скуп систем, систем без одговорности и са великим могућностима да одлучивање кроз органе у систему буде блокирано, а што само по себи чини један озбиљан извор потенцијалне корумпираности, систем у којем ће нужно морати доћи до повећања износа чланарина (из којих коморе и финанасирају своје делатности) и – на крају и надасве до неефикасности.

Стучна служба Лекарске коморе Србије и РЛК у њеном саставу:

Сузана Губерина Чомић, генерални секретар ЛКС
Жељко Михић, секретар Врховног суда части ЛКС
Гордана Цекић, секретар РЛК Београда
Реља Алексић, секретар РЛК Војводине
Ирена Ђокић, секретар РЛК за југоисточну Србију
Лидија Грубишић, дипл. правник РЛК за југоисточну Србију
Радмила Окиљевић, секретар РЛК за централну и западну Србију
Јелена Митровић, секретар РЛК за Косово и Метохију

КОМОРЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА >>>>>>>>

МР СЦИ. МЕД. СЛАВИЦА ЦИМБАЉЕВИЋ,
ДИРЕКТОРКА КОМОРЕ БИОХЕМИЧАРА СРБИЈЕ

ПОДЕЛА УНУТАР КОМОРЕ НИЈЕ ДОБРА ИДЕЈА

Комора биохемичара Србије (КБС), једна од пет комора здравствених радника, започела је рад 9. јуна 2006, а прве лиценце члановима издате су 31. марта 2008. године. При оснивању КБС имала је 409 чланова, а у току осмогодишњег постојања број чланова је удвостручен, тако да данас има укупно 816 лиценцираних биохемичара. Од тог броја у јавном сектору ради 71 одсто, а у приватном 29 одсто биохемичара. КБС у чланству има 48 биохемичара са примаријатом, 37 магистара наука и 47 доктора наука.

Од самог оснивања Комора је организована у три огранка који територијално покривају северни, западни и источни део Србије, огранак Београд, Војводина и Ниш. У јуну 2014. године у КБС су одржани трећи редовни избори у току којих су изабрани нови чланови Скупштине и осталих органа Коморе биохемичара Србије. За новог директора је изабрана мр сц. мед. др Славица Цимбаљевић, специјалиста клиничке биохемије. Ексклузивно за Гласник ЛКС, она говори о актуелним проблемима и активностима Коморе биохемичара Србије.

Коморе здравствених радника објавиле су заједничко саопштење поводом радне верзије нацрта закона о изменама и допунама закона о коморама. Шта ви видите као основни проблем?

– Одмах након објављивања радне верзије Нацрта Закона о изменама и допунама Закона о коморама, Комора биохемичара Србије (КБС) је на састанцима унутар Коморе, као и

Др Славица Цимбаљевић

>>> У току прошле године извршене су измене и допуне Статута КБС, како би се обезбедила пропорционалност и значајно увећао број чланова из приватног сектора у свим органима и телима Коморе <<<

на седници Скупштине, размотрила све чланове Нацрта закона и дефинисала примедбе, предлоге и сугестије. Уследили су састанци свих комора здравствених радника где је свака комора изнела своје ставове и одмах је уочено да постоји јединствен став и закључак да Нацрт не доноси побољшање стања комора, чланова комора нити унапређење здравственог система наше земље. Из тога је проистекао допис који су коморе упутиле Министарству здравља РС. Основни проблем је што Закон о коморама, који је годинама омогућавао функционисање комора различитих по величини и структури чланства, није допуњен изменама које би побољшале и унапредиле рад комора, нити предвиђа повећање надлежности комора, а то је управо оно што чланство очекује и захтева од комора.

Које су најважније примедбе на објављени текст нацрта закона?

– Предложеним изменама се предвиђа потпуно нова унутрашња организација комора, сва постојећа тела и органи се деле, почев од Скупштине где Нацрт предвиђа увођење два одвојена већа, Веће здравствених радника у здравственим установама и Веће здравствених радника у приватној пракси, а по истом принципу и по два сектора Управног и Надзорног одбора. Овако гломазан систем органа комора би отежао функционисање коморе, вишеструко повећао трошкове рада, па чак довео до немогућности функционисања мањих комора. Није добро да комори главни посао буде њена унутрашња организација, коморе нису основане да би се бавиле собом, запошљавале нове раднике, комора треба да се бави проблемима својих чланова и да их решава што ефикасније, да ради на унапређењу и спровођењу здравствене заштите и заштите интереса пацијената.

Да ли је Комора на чијем сте челу упутила Министарству здравља корекције појединих

34 >

КОМОРЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА >>>>>>>>

33 <

одредби или сматрате да треба повући цео документ?

– Као што сам већ рекла, након састанака унутар КБС, и на нивоу свих комора здравствених радника упућен је допис Министарству здравља. Уследио је састанак представника Радне групе за израду Закона о измени Закона о коморама здравствених радника образоване од Министарства здравља и представника комора здравствених радника, одржан у Министарству здравља РС 19. фебруара 2015.године. На том састанку представници комора су изнели сугестије, примедбе као и предлог да се те сугестије разматрају у оквиру рада нове Радне групе јер израда Нацрта захтева међусобну комуникацију и заједнички рад и не може се решити једним дописом. Из тог разлога је до сада тражено да се повуче Нацрт и формира нова Радна група, коморе очекују одговор и надамо се да ће постојећа Радна група бити допуњена са представницима комора и да ће у том саставу наставити рад на изради Нацрта.

Какве последице би биле могуће уколико буде усвојен предложени текст Нацрта закона?

– Коморе су предочиле Министарству здравља недостатке овог Нацрта и верујемо да ће се последице избећи, ниједан закон не треба да доводи до неких последица и предлагач сигурно то неће дозволити. Није добро да се комора дели на различита већа и да се професионална питања решавају на један начин у Већу државних установа, а на други начин у Већу приватне праксе. То су заједничка питања, рад треба да буде уједначен, када говоримо о пословима биохемичара треба да је у складу са Добром лабораторијском праксом и да се струка унапређује процесима акредитације лабораторија и здравствених установа.

У мају се у Београду одвијају важни скупови за биохемичаре. Да ли очекујете подршку међународних асоцијација биохемичара?

– Биохемичари су одувек предњачили у многим активностима, тако смо, након усвајања Закона о коморама, први почели да радимо 9. јуна 2006. године, а прве лиценце издали својим члановима 31. марта 2008. године. У највећој мери је то било захваљујући богатој и вишедеценијској традицији Друштва медицинских биохемичара Србије (ДМБС) које у мају ове године обележава 60 година постојања. Уз обележавање овог великог јубилеја, Друштво медицинских биохемичара Србије заједно са Комором биохемичара Србије организује 11th EFLM Symposium for Balkan region са темом Лабораторијски медицински специјалиста фокусиран на добробит пацијента (Laboratory Medicine Specialist Focuses on the Patients Well-Being) управо са намером да се нашим члановима пруже информације о томе какав је положај и организација клиничко-биохемијске лабораторијске службе у Европи.

У излагањима најпознатијих европских стручњака биће изнета Директива ЕУ за ову област, начин едукације и тренинга ових стручњака, положају лабораторијске медицине у ЕУ, као и потребе акредитације лабораторија и дефинисања свих фаза лабораторијског рада у погледу преаналитичке и аналитичке фазе, као и примене индикатора квалитета у свакодневном раду. Управо је циљ овог Симпозијума да се размене искуства страних стручњака из Европе и наших медицинских биохемичара и у погледу стручног организовања, па и деловања кроз Коморе као стручне организације. И до сада наши стручњаци примењивали су све принципе добре лабораторијске праксе која је јединствена за државни и приватни сектор наше делатности.

Симпозијуму ће присуствовати председници Светске (IFCC) и европске федерације (EFLM) којој припадају и наши медицински биохемичари, те ћемо и у разговору са њима затражити подршку за активности које спроводимо, с обзиром да је управо Министарство здравља РС дало сагласност за наше учлањење у ове организације.

Ове године почиње поступак обнове лиценци. Колико ће тај процес бити доведен у питање ако се, годину за годином, спроводе нови избори како се сторним нацртом закона предвиђа?

– У КБС је поступак релиценцирања увелико у току, прве издате лиценце за 380 чланова, коморе што чини скоро половину чланства, имају важност до краја марта ове године. Релиценцирање је процес који траје месецима, а како се све ради први пут, било је потребно све добро припремити. Направили смо план спровођења релиценцирања, формирана је Комисија за релиценцирање. До сада све иде по плану, захтеве за обнављање лиценце чланови су у складу са Правилником о ближим условима за издавање, обнављање и одузимање лиценце чланови комора здравствених радника доставили најмање 60 дана пре истицања лиценци. Сада смо при завршетку обраде документације, формирају се извештаји за сваког члана на основу којих ће се доносити решење о испуњености или неиспуњености услова за обнављање лиценце. То је веома важан и одговоран посао, захтева ангажовање свих запослених у комори, као и ангажовање представника Огранака коморе који све то обављају без материјалне надокнаде, али одговорно и посвећено. Послови око релиценцирања ће бити настављени у континуитету, јер следи друга већа група чланова којима лиценце имају важност до 30. маја.

Напорима свих у комори до сада смо успели да неке ванредне активности не угрозе поступак релиценцирања. Међутим, евентуално спровођење нових избора захтевало би потпуно ангажовање свих запослених око изборног процеса, а након избора конституисање нових органа и тела Коморе. Због свега тога нисмо сигурни да бисмо успели да релиценцирање спроведемо у наведеном законском року што би могло да створи ситуацију да велики број лиценцираних биохемичара у једном периоду буде без лиценци, а самим тим да немају право на самостални рад.

Нови избори представљали би значајан губитак у финансијском смислу?

– У дописима које су коморе упутиле Министарству здравља наведена је сума која је била потребна за управо завршене изборе за све коморе заједно. Трошкови избора у КБС у укупној суми фигурирају са релативно малим износом, али пропорционално материјалном ресурсу наше коморе то су велика и значајна средства које комора у тако кратком периоду не би могла поново да обезбеди. Предлог изнет у Нацрту да средства иницијално обезбеди Министарство здравља не мења ситуацију, јер је предвиђено да коморе врате та средства Министарству у року од 30 дана од почетка рада комора након избора.

Ако направимо паралелу са другим коморским организацијама, Адвокатском или Инжењерском комором, једино се коморама здравствених радника намеће решење „споља“. Како то објашњавате?

– Одговор на ово питање је тешко да дамо ми унутар Коморе, оно што могу да кажем за КБС а након свих заједничких састанака тврдим да су и остале коморе веома расположене са сарадњу, за заједнички рад свих структура и да не треба да постоји унутра и споља, треба да постоји само једна целина и сарадња.

Предвиђено је увођење дводомне скупштине, два сектора УО и ИО? Да ли сматрате да ће се на тај начин „увести ред“ или ће ослабити Комору?

– Комора биохемичара Србије у свом саставу има фармацеуте специјалисте медицинске биохемије, лекаре специјалисте клиничке биохемије и наше најмалађе колеге дипломиране фармацеуте биохемијског смера, ми смо нераскидив тим у свакодневном раду у лабораторији, из ког је и настала КБС. И у досадашњем раду КБС се придржавала принципа пропорционалне заступљености чланова у свим њеним телима и органима узимајући у обзир наведени стручни профил, регионалну заступљеност и наравно рад у државном и приватном сектору. У вези са повећањем броја чланова Коморе из приватног сектора, Комора је у току прошле године извршила измене и допуне Статута КБС, како би се обезбедила пропорционалност и значајно увећао број чланова из приватног сектора у свим органима и телима Коморе. Ово истичем због тога што су све досадашње одлуке, у сва три сазива Скупштине КБС, увек доношене уз сагласност оба ова сектора здравственог система Србије, уважавајући специфичности оба сектора уз очување јединства струке. У КБС у складу са бројем чланова Коморе, Скупштина Коморе има укупно 45 чланова, Управни одбор има пет чланова, Надзорни одбор три члана, Етички одбор се састоји од седам чланова, тако да је подела тих органа нецелисходна и неприменљива.

При садашњем начину организовања рада комора, посао у КБС се обавља уз ангажовање минималног броја стално запослених, (троје у сталном радном односу), док изабрани чланови Коморе у Скупштини и телима Коморе не добијају никаква материјална средства за свој рад. Ово се односи и на представнике Огранака Коморе у Београду, Војводини и Нишу. Међутим, захваљујући доброј организованости и јединству Коморе сви послови Коморе су до сада успешно обављани. Износ годишње чланарине и осталих материјалних давања чланова није мењан у КБС од 2010. године и сматрамо да у време рационализације и не треба да се повећава, али се онда поставља питање финансирања нових служби које Нацрт закона предвиђа а које се не могу волонтерски организовати.

Да ли би предвиђене измене закона имале антикоруптивни ефекат који очекује предлагач?

– Јединство које сам управо навела као највећу снагу КБС увођењем ових измена више не би постојало, јер Нацрт предвиђа увођење два одвојена већа, Веће здравствених радника у здравственим установама и Веће здравствених радника у приватној пракси, и на истом принципу поделу Управног и Надзорног одбора на секторе. Новопредложеним Већима Скупштине дају се већа овлашћења од оних које би имала сама Скупштина, свако Веће би доносило свој пословник о раду, годишњи програм рада већа, правила већа, бирало би председника већа и усвајало своје финансијско пословање.

Мишљења смо да би ове измене могле да доведу до различитих начина и критеријума рада различитих већа и сектора, и да би то могло да створи услове за неуједначене и нетранспарентне радње. Сада се одлуке доносе заједнички и исти услови важе за све чланове коморе.

Надзор над коморама је већ дефинисан постојећим Законом о коморама и наравно да треба да постоји и наравно да надлежне институције треба да реагују када год се утврди нека неправилност у раду.

Нису уважене ни специфичности појединих комора?

– Коморе имају своје специфичности и зато је и основано пет посебних комора здравствених радника. Након оснивања и развоја комора дошао је тренутак да се позабавимо тим специфичностима и уградимо их у допуне Закона о коморама, и ту би значајан допринос могли да дају представници комора у Радној групи. Овде још једном истичем да је једна од специфичности КБС и то да она као најмања Комора најмање има потребу за поделом на већа, секторе, на увођење нове стручне службе, и да најмање има материјалних могућности да тако функционише.

Где видите решење? Какав је став КБС?

– Најважније је да решење постоји. Јако је добро да је Министарство здравља покренуло иницијативу за допуну Закона о коморама здравствених радника, а сада је најважније да прихвати сугестију комора да то треба урадити користећи дугогодишње искуство комора, па да стручњаци из Министарства здравља заједно са представницима свих комора здравствених радника направе допуну Закона која ће оправдати покретање иницијативе.

Комора биохемичара Србије подржава иницијативу Министарства здравља РС у свим антикоруптивним мерама везаним за област здравствене делатности и надамо се да ће коморе имати прилику да дају допринос у измени и допуни Закона о здравственој заштити и осталим законима који уређују област деловања здравствених радника.

Наравно, КБС највише може да допринесе са предлозима за унапређење квалитета рада клиничко-биохемијских лабораторија у Републици Србији као и на допуни Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите („Службени гласник РС“, бр. 49/2010) са показатељима квалитета који се прате у области клиничко-биохемијских лабораторија.

Јасмина Томашевић

КОМОРЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА >>>>>>>>

МР СЦИ. СВЕТЛАНА СТОЈКОВ, ДИРЕКТОРКА ФАРМАЦЕУТСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

ПРОМЕНИТИ СВЕСТ О МЕСТУ И УЛОЗИ КОМОРСКОГ СИСТЕМА

У духу хармонизације законске регулативе наше земље са ЕУ, осим формалних и козметичких измена, треба да мењамо суштину, а то је свест о месту и улози комора у здравственом и друштвеном систему. Коморе представљају вишевековну цивилизацијску тековину и њихова мисија је заштита професионалних интереса и права чланова. Да би остварили своју улогу, потребно је да добију шира овлашћења, од партнерског преговарачког односа са институцијама и фондовима, до давања мишљења на законске прописе – каже за Гласник ЛКС, мр сци. Светлана Стојков, дипломирани фармацеут специјалиста, директорка Фармацеутске коморе Србије.

Према њеним речима, Заједнички закључак који су донели представници свих комора здравствених радника, јесте чињеница да се у израду предлога Нацрта нису укључиле Коморе, односно њихови најкомпетентнији представници, што за последицу има неадекватан, некомплетан и нехармонизован акт. Наметање лоших решења, сматра мр Стојков, не доводи до унапређења здравственог система и доводи у питање крајњи циљ.

– Нацрт доноси и комплексну и гломазну унутрашњу организацију Коморе, што је може учинити нефункционалном, тромом и финансијски неодрживом – наглашава директорка Фармацеутске коморе и додаје да су мишљења у вези са насталом ситуацијом су подељена, али свакако иду у правцу настајања друге верзије Нацрта.

Мр сци. Светлана Стојков

>>> Општи је утисак да је иницијатива и предлог нацрта настао као решење за неке од комора, док су остале, а међу њима и фармацеутска, део „колатералне штете“. Сматрамо да се ради о закону који ће одредити будућност наше професије и да њене специфичности треба да буду уважене. Свако друго решење представљаће дискриминацију наше професије, а верујемо да то није циљ <<<

Када је реч о релиценцирању, мр Стојков објашњава:

– Чињеница да је ово година у којој треба започети процес прве обнове лиценци, представља још један разлог због кога не треба журити са изменом закона. Процес обнове лиценци захтева пријем и обраду огромне документације нашег чланства и представља наш најважнији задатак за наредни период. Будући да доношење новог закона захтева и нове изборе, постоји оправдана бојазан да би то отежало квалитетну реализацију нашег најважнијег задатка – лиценцирања. То би представљало не само значајан губитак у финансијском смислу, него и струковном. Нови Нацрт и нови избори одвраћају пажњу и троше време за решавање постојећих проблема. Имајући у виду све мере рационализације коју ова Влада спроводи, сматрамо да се са новим изборима непотребно и нецелисходно коморе излажу новим трошковима, а они за све коморе износе више од 10 милиона динара.

Мр Стојков истиче да успех Адвокатске комора, представницима других комора даје обавезу и пример како јединственим ставовима, истрајношћу и утицајем на општу и стручну јавност постизања бољег позиционирања професије.

– Спољних утицаја ће увек бити, али се поставља питање унутрашње снаге и синергије да се одупремо. Сем тога, зависи и од спремности ресорног министарства да прихвате трендове професионализације и аутономности њихових комора. Имајући у виду да је у Министарству здравља ради велики број здравствених професионалаца, очекујемо њихово разумевање и подршку – уверена је наша саговорница.

Мр Стојков осврнула се и на предложено увођење дводомне скупштине, као и два сектора у управним и извршним одборим акомора:

– Тешко је наћи разумно објашњење за понуђено решење организације и структуре комора. Као што сам и раније поменула, оно је последица чињенице да аутори Нацрта нису довољно упознати са начином функционисања комора и потребом да она буде ефикасна, функционална и пре свега да не прави поделу између колега. Комора штити професионалне интересе чланства и они се не разликују у завсности од типа власништва установе у којој раде, као што се не разликују етички постулати, односно Кодекс.

Мр Стојков објашњава да се стиче утисак да аутори Нацрта сматрају да кроз измену закона у коморама мењају одређене коруптивне елементе у важећем закону, односно здравственом систему.

– Како нисмо добили анализу и приказ истих, не могу да претпоставим на које се конкретне одредбе мисли, али позната је чињеница да корупција углавном произилази из прегломазних структура, каква нам се овим предлогом намеће. Уколико је било неправилности, треба их санкционисати, а не урушавати добре системе који функционишу – каже она.

Општи је утисак, наводи мр Стојков, да је иницијатива и предлог нацрта настао као решење за неке од комора, док су остале, а међу њима и фармацеутска, део „колатералне штете“. Сматрамо да се ради о закону који ће одредити будућност наше професије и да њене специфичности треба да буду уважене. Свако друго решење представљаће дискриминацију наше професије, а верујемо да то није циљ. Стога желимо да активно учествујемо у настајању, за нас, кључног закона.

– Фармацеутска комора подржава сваку борбу против криминала и корупције, па у том смислу подржавамо и сваку измену законске регулативе која иде у том правцу. Међутим, неселективним, исхитреним и острашћеним активностима не постижемо резултат на дужи рок. Фармацеутска комора је од 2008. године, у више наврата, ресорном министарству прослеђивала предлоге неколико важних докумената, као и предлоге за измену и допуну законских и подзаконских аката који би битно побољшали функционисање комора и апотекарског сектора. Ту у првом реду мислим на Добру апотекарску праксу, Листу о одређеним врстама козметичких и других средстава за заштиту здравља којима апотеке могу снабдевати грађане и Правилник о ближим условима за издавање, обнављање и одузимање лиценце, а у току је и израда Закона о апотекарству.

Трудимо се да конструктивним предлозима заједнички решавамо постојеће проблеме. Иако нам то до сада није полазило за руком, верујемо да ће наше бројне иницијативе наићи на позитиван одговор и конструктивне и оперативне саговорнике, односно доносиоце одлука.

Имајући у виду проблеме са којима се сусреће наша струка, а тиче се уређења апотекарског сектора, обезбеђења квалитетног медицинског снабдевања и финансијског опстанка апотека, верујемо да ће Министарство здравља умети да препозна праве приоритете и донесе одговорне одлуке – закључује, на крају разговора, мр Светлана Стојков, директорка Фармацеутске коморе Србије.

Јасмина Томашевић

РАДМИЛА УГРИЦА, ДИРЕКТОРКА КОМОРА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И ЗДРАВСТВЕНИХ ТЕХНИЧАРА СРБИЈЕ

КРЕИРАТИ СИСТЕМ ЈАСНО ДЕФИНИСАНИХ ОДГОВОРНОСТИ

Комора медицинских сестара и здравствених техничара Србије у потпуности подржава борбу против системске корупције у здравству, усклађивање законодавства Републике Србије са европским стандардима као и мере штедње Владе Републике Србије, али сматрамо да Нацрт Закона о изменама и допунама Закона о Коморама суштински не доприноси овим утврђеним циљевима – указује Радмила Угрица, директорка Коморе медицинских сестара и здравствених техничара Србије, у разговору за Гласник ЛКС.

Наша саговорница уверена је да само заједнички тимски рад представника Министарства здравља и представника из свих пет здравствених комора и постизање широког консезуса свих чинилаца здравственог система, кроз отворене јавне расправе о овом питању, може довести до утврђивања антикоруптивних мера. Како објашњава Радмила Угрица, интегра-

38 >

КОМОРЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА >>>>>>>>

37 <

ција тих мера у корпус основних законских аката који се односе на обављање здравствене делатности, довешће до тога да у пракси корупција, дискриминација, манипулација и злоупотреба буду искорењене или сведене на најминималнију могућу меру.

– Најважнија замерка поменутом Нацрту јесте да он суштински не доприноси побољшању функционисања Комора здравствених радника у смислу унапређења услова за обављање професије здравствених радника, заштите њихових професионалних интереса и организованог учешћа на унапређењу и спровођењу здравствене заштите и заштите интереса грађана, што су најважнији послови Комора. Уместо тога, предложеним изменама се предвиђа прегломазна унутрашња организација Комора која може лако довести до проблема у функционисању Комора и доношењу одлука као и до финансијског краха или блокаде појединих Комора.

Поновни избори – непотребни и нецелисходни

Према њеним речима, од шест огранака Коморе медицинских сестара и здравствених техничара Србије само два огранка не би имала финансијске проблеме у спровођењу поновних избора за органе и тела Коморе с обзиром да претпостављамо да би цена тих избора била иста или већа од цене прошлогодишњих избора.

– С обзиром на то да су 2014. године спроведени избори у Комори медицинских сестара и здравствених техничара Србије које је надгледао ЦЕСИД и да су државни и приватни сектори равноравно заступљени у Скупштини КМСЗТС и да равноправно учествују у раду и одлучивању, сматрамо да су поновни избори прескупи, непотребни и нецелисходни, јер су осмишљени тако да се у питање доводи и самосталност и независност Комора које су основане као самосталне и независне професионалне организације здравствених радника, које су надлежне за вршење јавних овлашћења и послова од општег интереса и у којима су органи организовани тако да обезбеђују равноправност, без обзира на облик својине у здравственим установама у којима здравствени радници обављају здравствену делатност – истиче директорка КМСЗТС.

Комора медицинских сестара и здравствених техничара Србије сматра да Нацрт Закона о изменама и допунама закона о коморама треба повући у целости и формирати нову радну групу за израду новог Нацрта која би у свом саставу имала представнике свих пет Комора здравствених радника.

КМСЗТС упутила је Министарству здравља детаљно образложење примедби на велики број чланова овог Нацрта и на њихове мањкавости, противречности једних са другима и недоречености, из чијег броја и обима логично следи да је неопходно повући објављени Нацрт.

– Сматрамо да при изради Нацрта морају бити узете у обзир специфичности појединих комора које се тичу и врсте и специфичности здравствене делатности којом се чланови комора баве, односа броја чланова из приватног и из државног сектора, самог броја чланова: КМСЗТС има више од 92.000 чланова, а Комора биохемичара Србије има око 800 чланова, унутрашње организације Комора, финансијске могућности итд. Било би корисно, приликом доношења свих системских закона који се тичу здравства, узети у обзир позитивну праксу и решења и препоруке земаља Европске уније, а посебно наших комшија који су недавно постали чланови ЕУ и прошли мониторинг Европске уније који и нас очекује приликом усклађивања са европским законодавством, објашњава Радмила Угрица.

На тај начин, сматра наша саговорница, максимално би био искоришћен постојећи потенцијал надограђујући коморске структуре, уводећи реално примењиве антикоруптивне мере и постављајући здраве основе здравственог система способног да пружи врхунски здравствену услугу. Зато је неопходно креирати систем јасно дефинисаних одговорности свих елемената здравственог система. То је могуће постићи само кроз тимски рад и комуникацију свих чинилаца здравственог система и озбиљно промишљање о могућностима напретка и усавршавања, на основу, како детаљних анализа наше тренутне ситуације тако и на основу,

Радмила Угрица

>>> Било би корисно приликом доношења закона који се тичу здравства узети у обзир позитивну праксу и решења и препоруке земаља Европске уније, а посебно наших комшија који су недавно постали чланови ЕУ и прошли мониторинг који и нас очекује приликом усклађивања са европским законодавством <<<

у нашим условима примењивих, елемената позитивне европске праксе.

Озбиљан и обиман посао релиценцирања

Сматрамо да даљи успешан рад здравстених комора зависи како од наше способности да јасно и легитимно дефинишемо и одбранимо интересе здравствених радника и остваримо неометану међусобну комуникацију и сарадњу усмерену на ефикасно изналажење решења проблема и изазова са којима смо се сусрели, тако и од подршке и разумевања Министарства здравља, као кровне институције здравственог система, које ће, надамо се, уважити специфичне потребе, ставове, искуства и сугестије комора које представљају 140 хиљада здравствених радника Србије.

>>>>>>>

КОМОРЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА >>>>>>>>

39 <

кона и није ни терминолошки, ни суштински усклађен са Законом о здравственој заштити

Коморе здравствених радника основане су као самосталне и независне професионалне организације здравствених радника које су надлежне за вршење јавних овлашћења и послова од општег интереса и у којој су органи организовани на начин којим се обезбеђује равноправно учешће у раду и одлучивању свих чланова коморе, без обзира на облик својине у здравственим установама у којима они обављају здравствену делатност.

Основна улога, уставно дефинисање и сврха постојања регулаторних тела којима су пренета јавна овлашћења је у обезбеђивању једнаких услова рада, односно једнаких поступања према свим субјектима чију делатност регулаторно тело уређује, а то је у овом случају чланство у коморама, што се радном верзијом овог Нацрта не остварује, јер се предвиђа паралелизам у раду и одлучивању органа коморе искључиво на основу облика својине у здравственој установи у којој здравствени радници обављају здравствену делатност, што није у складу са чланом 82. и 86.Устава РС којима се јемчи равноправност и једнака правна заштита свих облика својине

2. Члан 2. којим се мења члан 3. став 2. Закона

није усаглашен са одредбама Закона о платном промету.

3. Члан 6. којим се брише став 2. члана 9. Закона

Издавање, обнављање и одузимање лиценци је јавно овлашћење које комора обавља, под условима прописаним Законом о здравственој заштити. Промена тог члана битно мења услове које даје Закон о здравственој заштити. Шта је циљ?

4. Члан 7. којим се мења члан 16. Закона

Правилницима (односно пословницима) се регулише рад органа, а не утврђују се органи и тела. Органи се утврђују законом и статутом коморе, као највишим општим актом. У Републици Србији, у складу са стандардима ЕУ и Поглављем 24, комплетна организација комора здравствених радника у РС треба да остане уређена законом, а пре свега статутом комора здравствених радника, у складу са чланом 16, став 1, тачком 10, како би се водило рачуна о посебности сваке од комора.

5. Члан 8. и Члан 9.- којим се мења члан 19. Закона

Предложеним изменама се, сматрамо, повећава корупативни елемент. Новопредложеним телима – Већима Скупштине дају се овлашћења која су већа од овлашћења која има сама Скупштина као највиши орган коморе, чиме је сврха постојања Скупштине, као највишег органа коморе, доведена у питање, а њен рад обезвређен. Предлагање нерационално велике унутрашње структуре и организације органа коморе према облику власништва над здравственим установама.

Увођењем система Већа створила би се нефункционална, нерационална и прегломазна унутрашња организација Комора која ће неминовно довести до великих проблема и блокаде у раду како саме Коморе, тако и проблема у раду, одлучивању и функционисању самих органа Комора. Предложено брисање тачке 13. из надлежности Скупштине је у супротности са чланом 22, став 1, тачком 6. Предлогом измена, јер није утврђено ко разматра и усваја извештај о раду и финансијском пословању Коморе као јединственог правног лица.

6. Члан 10. којим се мења члан 21. Закона

Није се водио рачуна о специфичним организационим потребама појединих комора здравствених радника.

7.Члан 11.и члан 12. којим се мења члан 22. Закона и предлаже додавање члана 22а

Потпуно нерационална и нефункционална предложена унутрашња структура и организација органа коморе и то искључиво према облику својине у здравственим установама у којима здравствени радници обављају здравствену делатност, из разлога што су коморе здравствених радника професионалне организације у којима су органи већ организовани на начин којим се обезбеђује равноправно учешће у раду и одлучивању свих чланова коморе, без обзира на облик својине у здравственим установама. Уводи се с прегломазна унутрашња организација Комора, што ће неминовно довести до повећање висине чланарине ових здравствених радника који су на ивици егзистенције.

Коме је за циљ да се се ствара гломазна нефункционалана организација на основу личних примања сестара и техничара?

8. Члан 13. којим се брише члан 23. Закона

Нажалост, овим чланом се одузима право да Скупштина као највиши орган Коморе бира ниже органе. Потпуно недемократски став.

9. Члан 16. којим се мења члан 25. Закона

У једном правном лицу може постојати само један општи акт, односно један Правилник о организацији и ситематизацији послова. Предложене одредбе тачака 4 и 6 су у супротности са одредбама Закона о раду, јер предвиђају да председник већа доноси посебно Правилник о организацији и систематизацији послова за стручне службе Већа и Сектора при органима Коморе. Предложеним изменама се предвиђа формирање шест нових стручних служби у оквиру сваког Већа (члан 48. радне верзије нацрта) и у оквиру сваког Сектора Управног и Надзорног одбора. Тиме би се беспотребно повећао број запослених лица, у времену када се предлаже рационализација трошкова и економичност у запошљавању.

10.Члан 17. којим се додаје члан 25а Закона

Предложена Већа Скупштине нису органи коморе. Директору Коморе смернице за рад може да да само Скупштина као највиши орган Коморе или Управни одбор као орган управљања. Прописивањем превиликих овлашћења председницима већа, а без икакве њихове одговорности за свој рад, се повећава корупативни елемент.

11. Члан 19. којим се мења члан 27а:

Предложена измена се коси са принципом рада У Народној скупштини Републике Србије и у привредним друштвима у РС верификована већина за расправљање о изборима је две трећине чланова Скупштине, а то је у складу и са стандардима Европске уније. Ово је антикорупативни елемент у складу са мерама штедње.

12. Члан 21. којим се мења члан 29. Закона и члан 22. којим се додаје се члан 29а

Предложеним изменама унутрашње организације органа коморе и саме коморе, којима би се увела Већа/Сектори као делови органа коморе, повећале реалне могућности за настанак услова за корупцију, као и да су Већима/Секторима, као деловима органа, дата превелика овлашћења у односу на овлашћења која су дата самим органима коморе и Скупштини, као највишем органу коморе и Управном одбору, као органу управљања и Надзорном одбору, чиме се обесмишљава постојање тих органа. Такво решење је потпуно супротно увођењу антикорупативних мера. Како то да ли део органа може да има већа овлашћења од органа у целини?

13 .Члан 27. којим се мења наслов поглавља 9 и члан 48. Закона

Предложена измена структуре Стручне службе у Комори није логична, ни оправдана, нити је у складу са Законом о раду.

14. Чланови 30.,31. и 32.

Предложеним изменама се нарушава принцип независности и самосталности коморе, прописан чланом 1.овог Нацрта. Предложено решење да се усвајањем ових измена спроведу нови избори, значило би најмање идентичан, ако не и значајно већи трошак Комора за врло кратко време, и то у ситуацији где се на нивоу државе спроводе системске мере штедње, рационализације и смањења свих врста расхода и трошкова А избори су завршени пре седам месеци.

Наведеним изменама у члану 30. и 31. овог Нацрта нарушава се принцип самосталности и независности, што је разлог за покретање поступка за оцену уставности уколико ове измене и допуне Закона буду усвојене.

ПРЕДЛОЗИ

Како овај Нацрт не садржи решења која би омогућила суштинско унапређење ефикасности у обављању поверених послова Коморе, има правне недоследности, неусклађености и може постати проблем експертиза, тумачења и тужби, и озбиљно угрожава струку уносећи раздор и дискриминацију међу здравствене раднике, на основу облика својине у којој здравствени радници обављају здравствену делатност, што није у складу са Уставом РС и ЕУ, предложено је:

1. Повлачење из процедуре радне верзије нацрта Закона о изменама и допунама Закона о коморама здравствених радника.

2. Формирање нове радне групе за израду нацрта измена и допуна Закона о коморама здравствених радника која би у свом саставу имала и представнике невладиног сектора, као мерило демократичности и јавности.

3. Сматрамо да комора мора остати јединствена за све наше профиле и да би било нерационално и неправдано правити профилске коморе.

4. Такође сматрамо да није економски оправдано ући у нове изборе у времену када се сваком упосленику у здравству смањује лични доходак као мера стабилизације саме државе. Нерационално би било трошити новац који би могао да се одвоји за едукацију и школовање кадрова тј. чланова коморе. //

ПРОФ. ДР НЕБОЈША ЈОВАНИЋ, ПРЕДСЕДНИК КОМОРЕ ДОКТОРА МЕДИЦИНЕ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ

ДРЖАВНИ ИЛИ ПРИВАТНИ, ДОКТОРИ СУ ДОКТОРИ

// СВИ ЛЕКАРИ ТРЕБА ДА БУДУ У ЈЕДНОЈ КОМОРИ, У ЈЕДНОМ ИМЕНИКУ, АЛИ ТРЕБА ОБЕЗБЕДИТИ МЕХАНИЗМЕ КОЈИМА СЕ ШТИТЕ СПЕЦИФИЧНИ ИНТЕРЕСИ ПРИВАТНИХ ДОКТОРА //

Комора доктора медицине Републике Српске формирана је 2001, у почетку као заједничка комора доктора медицине, доктора стоматологије и магистара фармације. После годину дана, донет је нови закон којим су коморе раздвојене. Иако функционишу одвојено, имају коректну сарадњу када су заједнички интереси у питању. Према том Закону, КДМ РС добила је јавна овлашћења: да води Регистар доктора медицине, да издаје лиценце за рад и да обавља релиценцирање, да акредитује континуирану медицинску едукацију – преко Центра за акредитацију континуиране медицинске едукације који делује у оквиру Коморе.

У ексклузивном разговору за Гласник ЛКС, проф. др Небојша Јованић,

42 >

КОМОРЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА >>>>>>>>

41 <

директор те организације, објашњава да је Комора доктора медицине саставни део здравственог система Републике Српске, али је финансијски независна и не добија новац из буџета. Чланарина износи пет евра за све чланове, без обзира на висину примања.

– Од тих средстава успели смо купити и опремити простор у центру града величине око 300 квадратних метара у коме имамо мали амфитеатар за 50 слушалаца, две мање сале за састанке, канцеларије и у овом тренутку то је довољно простора за наш рад. Имамо електронску библиотеку. Издајемо часопис, имамо web-сајт и електронски билтен. Стипендирамо децу наших чланова који су преминули. Имамо јако добру међународну сарадњу без обзира што нисмо признати као држава. Центар за акредитацију континуиране медицинске едукације делује у саставу Коморе. Акредитује организаторе и појединe скупове према важећим правилницима и додељује им одређен број бодова.

Проф. Јованић истиче да је проблема било још пре него што је Комора основана, јер одговорни у Влади нису познавали коморни систем, његову организацију и циљеве. Након тога, било је и других неспоразума, али су „све нападе и притиске успели да амортизују“.

– Сада нас повремено, али не увек, консултују везано за проблеме у здравственом систему. И даље многима од њих нису јасне чак ни специјализације, а континуирана медицинска едукација им је потпуна непознаница. Ту би многи од њих да „умешају своје прсте“ вођени само једном идејом да ту има много новца и да тај новац треба само узети. Када спознају да новца нема, сви беже. Нажалост, у друштву не заузимамо оно место које имају коморе у Европској унији, али ми морамо бити свесни да иза европских комора стоји велико искуство и дугогодишња традиција. Ми се трудимо да изградимо контакте са свима у здравственом систему, али то иде јако тешко и споро.

Да ли је од оснивања Коморе доктора медицине РС било покушаја да држава, на неки начин, утиче на рад и самосталност Коморе, организацију коморског система?

Проф. др Небојша Јованић

– Од првог Закона о коморама, а који је издржао једва годину дана, па до данашњег дана стално постоји жеља да се директно или индиректно утиче на рад Коморе. Сматрам да је то због тога што наша власт још увек има елементе социјалистичке контроле свега и свачега.

Већини у власти, па и многим докторима, још није јасан значај коморног система. Многима још није јасно да у Европској унији после дипломирања на Медицинском факултету који је, иначе, у надлежности Министарства просвете, сву даљу бригу око стручног усавршавања и професионалног развоја доктора медицине преузима на себе надлежна комора. Она процењује потребе за специјалистима, организује специјализације, организује специјалистичке испите, контролише и акредитује континуирану медицинску едукацију итд.

Медицински факултети организују докторске студије и научноистраживачки рад. Ми смо преко своје финанцијске независности обезбедили да се држава не може мешати у наш рад. Можемо разговарати, можемо се договарати, али држава не може утицати на рад у Комори.

Да ли је могућа подела лекарске професије на државне и приватне лекаре и да ли постоји негде у коморском систему Европе?

– Доктори су доктори. Сви су завршили исти факултет и исте специјализације и не могу се, а и не смеју се делити на државне и приватне, јер је то само начин како остварују лична примања. Према нашем мишљењу, сви морају бити у једној комори и у једном регистру. Сви морају имати равноправан приступ усавршавању (специјализацијама) и континуираној медицинској едукацији, а то се може постићи само у једној заједничкој комори. Наравно, у оквиру Коморе потребно је обезбедити механизме којима се могу посебно штите специфични интереси приватних доктора. То је у иностранству све решено.

Како је решен однос приватних и државних лекара у Коморе доктора медицине РС од почетка рада Коморе?

– Од почетка рада наше Коморе доктори запослени у приватном или државном сектору су сви заједно у једној Комори и у једном регистру. Сви имају иста права, али и исте обавезе. Свесни смо да су приватници врло специфични и да имају одређен број проблема и одређене интересе који су карактеристични само за њих. Због тога смо формирали Комисију приватних доктора коју су изабрали они сами и која заступа њихове интересе. Та Комисија вредно и добро ради. Комисија је саставни дио Коморе и по потреби се састаје у просторијама Коморе, разматра проблеме и формулише интересе приватника. Тако формулисани интереси приватника се презентују Извршном одбору Коморе и када их Извршни одбор прихвати сви органи Коморе су дужни да заступају те интересе како у самој Комори, тако и пред државним органима. То за сада добро функционише.

>>> У Европској унији после дипломирања на Медицинском факултету који је, иначе, у надлежности Министарства просвете, сву даљу бригу око стручног усавршавања и професионалног развоја доктора медицине преузима на себе надлежна комора. Она процењује потребе за специјалистима, организује специјализације, организује специјалистичке испите, контролише и акредитује континуирану медицинску едукацију итд. <<<

На који начин сте решавали проблеме корупције у здравству? Да ли сте стоја мењали законе и које?

– У све и једном сегменту нашег друштва постоји корупција. Нажалост, најчешће се прича о корупцији у здравству, мада она није највећа. Ми сматрамо да је питање корупције у здравству ствар полиције, тужилаштава и судова. Они имају законска овлаштења и механизме да воде истрагу, суде и доносе пресуде. Када суд донесе правоснажно решење везано за корупцију у којој је учествовао и наш члан, ми то решење поштујемо и према њему даље поступамо. Тада наш Суд части прихвата то решење и на основу њега доноси своју одлуку. Према нашим законима, Комора није у позицији да може мењати или предлагати законе, па тако ни законе везане за корупцију.

На који начин сарађујете са носиоцима здравствених политика?

– Сарадња са Министарством здравља и социјалне заштите је коректна уз обострано поштовање. Чланови смо радних група када се разговара о новим законима и унапређењу здравствене заштите. Стално смо пријављени и наши чланови одлазе на састанке Комисија у Скупштини Републике Српске када се разговара о здравству, екологији, репродукцији, породици, европским интеграцијама итд. итд. Сарадња са Фондом здравственог осигурања практично не постоји. Сарадња са Медицинским факултетима првенствено везано за континуирану медицнску едукацију је на задовољавајућем нивоу.

Како штитите и заступате професионалне интересе лекарства?

– Мада постоји релативно велики број доктора у клупама Народне Скупштине Републике Српске који су у исто време и чланови Коморе доктора медицине Републике Српске могло би се очекивати да ће они бранити интересе струке и да ће увек у Скупштини гласати у интересу доктора. Нажалост, то није тако. Они су углавном везани за партије којима припадају, и гласају у интересу својих партија, а ми врло често у здравству добијамо законе и одлуке које нам не одговарају. Због тога ми настојимо да се појављујемо када год је то могуће пред државним органима, у средствима јавног информисања, у електронским медијима и на свим другим скуповима где можемо јавно изнети наше ставове и заступати наше професионалне интересе.

Јасмина Томашевић

Просторије Коморе доктора медицине Републике Српске

КОМОРЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА >>>>>>>>

ИНТЕРВЈУ – ПРОФ. ДР КОЧО ЧАКАЛАРОСКИ, ПРЕДСЕДНИК ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ МАКЕДОНИЈЕ

ЛЕКАРСКА ПРОФЕСИЈА ЈЕДИНСТВЕНА ЈЕ КАО ЉУДСКО ТЕЛО

Лекарска комора Македоније (ЛКМ) основана је актом Скупштине (Собрание) Републике Македоније 1992. године као еснафска организација доктора опште медицине и свих специјалистичких профила. Законом су одређене ингеренције ЛКМ и држава, Република Македонија, захтева од ЛКМ да спроводи и поштује законитост у раду. Скупштина РМ, као законодавно тело, преко Комисије за здравство, редовно сарађује са ЛКМ (позивање за састанке Комисије када је у питању доношење закона или измена и допуна закона у области здравства).

На састанку Комисије представници ЛКМ имају право да изнесу своје ставове и мишљења, али не утичу на коначну одлуку – прихватање или неприхватање амандмана. Са Министарством за здравство негујемо коректне односе, иако су се у међувремену, пре 2,5 године, десиле радикалне промене у здравственом законодавству које су довеле и до штрајка доктора у секундарном и терцијарном здравству – каже, за Гласник ЛКС, проф. др Кочо Чакалароски, председник Лекарске коморе Македоније.

Да ли је од оснивања ЛКМ било покушаја да држава, на неки начин, утиче на рад и самосталност Коморе, организацију коморскої система?

– Држава утиче на Лекарску комору Македоније само изменама/допунама законске регулативе, а не притисцима на руководни кадар

Проф. др Кочо Чакалароски

>>> Нигде у Европи, као и у свету, нико не дели докторе по основу типа запослености – у приватном, државном или јавно-приватном здравству. <<<

ЛКМ – председник, потпредседници ЛКМ, чланови Извршног одбора и председници постојећих комисија при ЛКМ. Од ресорног Министарства за здравство (МЗ) редовно добијамо захтеве за мишљења у вези са проблематиком која је у интересу чланства ЛКМ. ЛКМ сама израђује акте од свог делокруга рада, али је њихово стављање у функцију оствариво само са потписом Министарства за здравство.

Према вашем мишљењу, да ли је могућа подела лекарске професије на државне и приватне лекаре, и да ли постоји негде у коморском систему Европе?

– Лекарска професија је јединствена као и људско тело. Један лекар извесно време ради у јавној здравственој, „државној“, установи, а потом може да се ради у приватном здравственом сектору. За ЛКМ сви доктори раде на унапређењу здравља, лечењу болести/повреда, корекцији телесних недостатака – било да су ангажовани у приватним или државним болничким и/или поликлиничким установама. У Републици Македонији примарна здравствена заштита је потпуно приватизована, са концесионарством некадашњих амбуланти. Уведен је породични лекар. Исто тако постоје и специјалистичке ординације које су приватне од оснивања, али сви су увек чланови ЛКМ и уредно плаћају чланарину. Према мојим сазнањима, нигде у Европи, а и шире у свету, нико не дели докторе по основу типа запослености – приватно, државно или јавно-приватно здравство: public-private partnership. Постоји разлика по основу начина организације стручних докторских удружења. Она су некада саставни део лекарских комора као, на пример, у СР Немачкој, а некада постоји лекарско друштво које организује стручно-научни рад лекара независно од комора, какав је случај са РМ, Македонско лекарско друштво, основано 1945, организује/покрива сва стручна докторска удружења у земљи.

>>>>>>>

ИНТЕРВЈУ – ТАТЈАНА БАБИЋ, ДИРЕКТОРКА АГЕНЦИЈЕ ЗА БОРБУ ПРОТИВ КОРУПЦИЈЕ

НЕДОСТАЦИ У ПРАВНОМ ОКВИРУ ПОГОДУЈУ КОРУПЦИЈИ

// НАЈЗАСТУПЉЕНИЈИ ВИДОВИ КОРУПЦИЈЕ У ЗДРАВСТВУ, СЛИЧНО КАО И У ДРУГИМ СИСТЕМИМА, ЈЕСУ ПРИМАЊЕ И ДАВАЊЕ МИТА, ТРГОВИНА УТИЦАЈЕМ, КАО И СУКОБ ИНТЕРЕСА // ВЕЋИ ДЕО ПРЕДСТАВКИ ИЗ ОБЛАСТИ ЗДРАВСТВА ОДНОСИ СЕ НА СИСТЕМСКУ КОРУПЦИЈУ //

Феномен корупције постоји у свим сегментима друштва, али се, утисак је, у широј јавности највише говори о корупцији у здравству. Колике су размере корупције у српском здравству у поређењу са окружењем и земљама Европске уније, да ли је перцепција корупције заиста већа од присутне корупције, који су њени појавни облици и узроци, али и какве су могућности за превенцију те појаве „на дуже стазе“, у интервјуу за Гласник ЛКС, говори Татјана Бабић, директорка Агенције за борбу против корупције Србије.

– Према Извештају „Health Consumer Powerhouse“ за 2013. годину, којим су оцењена 34 национална европска система здравствене заштите, Србија је била на последњем месту на листи квалитета здравства у Европи, што је био случај и са 2012. годином. Према Извештају из 2014. године, којим су оцењена 36 национална европска система здравствене заштите, Србија је на 33. месту, а иза ње су једино Црна Гора, Румунија и Босна и Херцеговина. Ови подаци указују на низ проблема у области здравства и квалитету пружања здравствених услуга. Помак је остварен у лакшем долажењу до лекара примарне здравствене заштите и у бољој информисаности пацијената, а оно на чему мора да се ради јесте превенција и смањење корупције у здравству.

У оквиру своје надлежности Агенција врши анализу представки које се односе на област здравства ради свеобухватног сагледавања корупције у овој области. Циљ анализе је да се сагледају појавни облици и узроци корупције у здравству, да се укаже на ризике од корупције и да се дају препоруке за њихово отклањање. Разлог за наведено је постојање високе перцепције корупције у здравству.

Од укупног броја представки које Агенција прими на годишњем нивоу у области здравства је од пет до седам одсто. Број представки у области здравства не говори, међутим, о раширености ове појаве, већ пре свега говори о спремности грађана да те случајеве пријаве.

Мали број представки односи се на тзв. ситну корупцију, примање и давање мита -вероватно због тога што закон не прави разлику – одговара и онај који је дао, као и онај који је примио мито, иако је према већини истраживања овај облик корупције у здравству најзаступљенији. Пацијенти ретко пријављују да им је тражен новац на посредан или директан начин као и ускраћивањем или одлагањем пружања здравствене услуге, јер се боје штетних последица за себе и своју породицу, не желе да се замере лекарима јер се прибојавају да после неће имати лекарски третман уопште или да ће исти бити неквалитетан. То је посебно изражено у малим срединама где су пацијенти упућени на само једну установу примарне здравствене заштите. На то је указао и Извештај из 2014. године, где је констатовано да квалитет пружене услуге варира у зависности од тога где пацијент живи, јасно је да је у локалним срединама то израженије и тамо је њихова бојазан да им неће бити пружена здравствена заштита потпуно оправдана, јер је неретко лекар на којег се притужују и једини.

Непостојање мотивације за пријаву дела додатно повећавају тешкоће које тужилаштво и полиција имају приликом доказивања када су ова дела у питању, тако да непостојање доказа и непризнавање дела доводи до одбацивања кривичних пријава и утврђивања да не постоји основ за кривично гоњење. Ова дела пријављују они којима је лекарски третман према њима или блиским особама био неуспешан. Такође, ова дела не пријављује велики број лекара који не тражи мито, налазећи да на тај начин чува углед и интегритет професије.

Који видови корупције су најприсутнији у здравству?

– На основу анализе представки упућених Агенцији за борбу против корупције и медијски познатих случајева, може се констатовати да су најризичнији процеси за настанак корупције у здравству: допунски рад лекара, листе чекања, пружање ванстандардних услуга, однос између фармацеутских кућа и здравствених радника, јавне набавке, трошење средстава, како из буџета, тако и донација, као и пријем у радни однос здравствених радника. С друге стране, најзаступљенији видови корупције у здравству, слично као и у другим системима, јесу примање и давање мита и трговина утицајем, као и сукоб интереса.

Чести су случајеви да се посредује како би се дошло до лекара мимо прописане процедуре и да се за то узима накнада, да сами медицински радници у државним установама упућују пацијенте код лекара у приватној пракси, а да за то добијају противуслугу или провизију, утицање на директора државне установе да на конкурсу за посао буде изабран кандидат који иначе не би редовно био изабран или да се запосленом обезбеде бенефиције на које, иначе, не би имао право.

Случајеви могућих злоупотреба у пракси поступања по представкама у области здравства су: незаконито отварање боловања, стављање на више место на листи чекања мимо прописа, наплаћивање лекарских услуга без основа, упућивање пацијената у приватну праксу, продаја лека који недостаје у апотекама од лекара, узимање мита лекарских комисија за одлазак у инвалидску пензију, препоручивање тачно одређеног лека или помагала од лекара, фиктивно увећавање и приказивање веће потрошње лекова, санитетског материјала и болничких услуга од оне која је стварно утрошена.

Татјана Бабић

Већи део представки из области здравства односи се на системску корупцију у здравству – злоупотребе овлашћења у здравству на највишем нивоу, од оних на којима почива систем здравства у Србији. Услед великих овлашћења које РФЗО поседује у области обезбеђивања финансијских средстава за спровођење обавезног здравственог осигурања, долази до злоупотреба истих. Ненаменско и несврсисходно трошење средстава од стране клиничко-болничких центара, учествовање лекара у клиничким студијама и сарадња са фармацеутских кућама од које је наручен лек за клинику, увећавање новца за потребе здравствене установе због фиктивног повећања броја запослених, као и вишеструког увећавања дугова здравствене установе према разним повериоцима.

Од укупног броја представки у самом врху, како по броју случајева, тако и по висини износа јавних средстава која се троше, налази се злоупотреба у вези са јавним набавкама, као посебно друштвено опасно дело. Корупција у овој области увек је одобрена од стране јавних функционера који узимају највећи део мита, док запослени спроводе јавне набавке, непосредно потписују сва документа у спровођењу јавне набавке, иако на садржину немају утицаја и учествују у искључиво техничким пословима. На тај начин, ова корупција је у непосредној вези са политичком корупцијом и системска је.

У Извештају Агенције о облицима, узроцима и ризицима корупције у систему здравства из 2012, наводи се да је узрок ризика корупције у системским законима. На шта се, конкретно, мисли?

– За сузбијање корупције у здравству неопходно је најпре изменама и допунама правног оквира створити предуслове за успостављање система, који ће се заснивати на објективно прописаним критеријумима, одговорности и адекватним надзорним и контролним механизмима рада здравствених установа. Реализација препорука из овог извештаја би, према нашем мишљењу, допринела смањењу ризика корупције и унапређењу система здравствене заштите.

Између осталог, Агенција је препоручила да се уведу механизми финансијске мотивације запослених у здравству на основу резултата рада, да се прецизним правилима уреди област донација медицинских апарата, лекова и медицинских средстава, однос са фармацеутском индустријом, односно клиничке студије и донације од стране фармацеутске индустрије, као и сукоб интереса здравствених радника и сарадника и лица која обављају функције. Осим тога, предложили смо да се Законом о здравственој заштити на адекватан начин уреди област допунског рада, са јасним критеријумима за добијање дозволе за тај рад, одређивањем где и под којим условима може да се обавља, као и да се прецизно регулишу услови под којима здравствени радници у државним установама могу пружати здравствене услуге у приватним установама.

У Акционом плану предвиђено је да до краја 2017. буде 30 одсто мањи број притужби у вези са здравственим сектором – у односу на 2012. Који „појавни облици“ корупције се могу најефикасније превенирати?

– За смањење ризика корупције, неопходно је изменити правни оквир и увести адекватне надзорне и контролне механизме рада здравствених установа. Уз остварење ових предуслова, може се очекивати да ће доћи до смањења степена корупције у здравству.

Један од циљева који је постављен Националном стратегијом за борбу против корупције и Акционим планом јесте идентификовање и отклањање свих недостата-

48 >

47 <

ка у правном оквиру који погодују корупцији и обезбеђење пуне примене тог оквира. Као индикатор за остварење овог циља предвиђено је да у односу на 2012. годину број основаних притужби у вези са сектором здравља на годишњем нивоу буде умањен за 30 одсто до краја 2017. године.

Међутим, иако је до сада требало да буду окончане све активности у погледу измена Закона о здравственој заштити, Закона о здравственом осигурању, Закона о коморама здравствених радника и Закона о лековима и медицинским средствима, тако да се отклоне недостаци који стварају ризике корупције, то се није десило. Наиме, радне групе које је формирало Министарство здравља израдиле су анализе ризика корупције у овим законима, с тим што ове анализе нису обухватиле све елементе из напомена у Акционом плану, што ће свакако утицати на остварење прокламованог циља.

У циљу отклањања корупативних елемената у системским законима, сачињена је и радна верзија Нацрта закона о изменама и допунама закона о коморама, којој треба да је претходила анализа ризика на корупцију. Шта је та анализа показала?

– Према наводима Министарства здравља, анализа ризика била је усмерена не само на превенцију ризика за корупцију, већ и на унапређење и потпунију примену закона. Анализе ризика су израђене и достављене почетком априла 2014. године.

Конкретно, радна група за анализу ризика корупције у Закону о коморама здравствених радника закључила је да је потребно прописати да директор мора бити у радном односу у комори, да листа надзорника за редовну и ванредну проверу стручног рада буде дефинисана на основу предлога Скупштине коморе, као и да се боље регулишу критеријуми за континуирану медицинску едукацију. Такође, указано је на то да је неопходно појаснити одредбу по којој је комора надлежна да одређује цену услуга у приватном сектору, које нису покривене обавезним здравственим осигурањем, да се боље регулише осигурање од професионалне одговорности, да се одредбе о спровођењу јавних набавки усагласе са Законом о јавним набавкама, као и да се прецизира број представника сваке појединачне установе из које министар здравља именује одбор за расписивање избора за чланове Скупштине коморе. Међутим, с друге стране, радна група је пропустила да посвети пажњу, по нашем мишљењу, значајним питањима са становишта ризика корупције, као што су финансирање коморе, праћење токова новца, надлежности директора, управног одбора и скупштине.

Национална стратегија за борбу против корупције за период од 2013–2018. уводи, између осталог, начело „нулте толеранције“ на корупцију. Шта је потребно да бисмо се приближили том циљу?

– Често се погрешно схвата да начело нулте толеранције на корупцију подразумева да више нема корупције. Међутим, нулта толеранција подразумева одговарајуће реаговање и спречавање свих облика корупције – од оних најбенигнијих, као што је неетичко или непрофесионално понашање, па до оних најозибљнијих, у које спадају кривична дела са тешким последицама по јавне ресурсе.

Које су кључне, приоритетне области у којима ће се деловати на отклањању узрока корупције?

– Имајући у виду да Агенција није овлашћени предлагач јавних политика, ово је питање за Министарство здравља.

С друге стране, на основу до сада спроведених анализа правног оквира, може се констатовати да су неки од корака које је неопходно предузети у наредном периоду нормативно уређење донација медицинских апарата, лекова и медицинских средстава, односа са фармацеутском индустријом, односно клиничких студија и донација од стране фармацеутске индустрије, као и сукоба интереса здравствених радника и сарадника, увођење јединственог начина заказивања приликом пружања услуга у здравственим центрима и бољих механизама за контролу формирања и ажурирања листа чекања.

Такође, важно је формирати електронски информациони систем за праћење токова новца, а посебно ванстандардних услуга и сопствених прихода, одвојено од информационог система пружања здравствених услуга, увести и уредити механизме контроле комисија у Републичком фонду за здравствено осигурање.

Зашто је неопходан системски приступ? Колико је важна сарадња између релевантних институција у систему здравства?

– Имајући у виду да је већина идентификованих проблема у здравству системског карактера, неопходан је системски приступ њиховом решавању. Значај унапређења сарадње и координације активности између релевантних институција на сузбијању корупције у систему здравства препознат је у Стратегији и Акционом плану и представља једну од мера која би требало да допринесе успостављању ефикасних механизама за интегритет, одговорност и транспарентност у доношењу и спровођењу одлука.

У том смислу, значајно је да је у јуну 2014. године потписан Меморандум о сарадњи између Министарства здравља, Министарства правде, Министарства унутрашњих послова, Одбора за здравље и породицу Народне Скупштине, Републичког јавног тужилаштва, Државне ревизорске институције и Агенције за борбу против корупције. Овим меморандумом је, поред осталог, предвиђено укључивање струковних удружења и комора здравствених радника у систем сталне и обавезне међусобне координације. Остаје да се види како ће се развијати та сарадња и да ли ће се доћи до жељених резултата.

ЛКС и друге коморе здравствених радника залажу се за борбу против корупције и желе да дају свој допринос. Међутим, у изради радне верзије Нацрта закона о изменама и допунама Закона о коморама нису били укључени представници комора.

– То, наравно, није добро, јер би њихово учешће свакако допринело квалитету Нацрта закона.

Србија је од прошле године постала чланица Европске мреже за борбу против корупције у здравству. Због чега је то важно?

– Европска мрежа је партнерска организација Европске комисије. Чланство у тој мрежи је за Србију важно због чињенице да је наше здравство на самом дну листе Европског здравственог потрошачког индекса, и то пре свега због распрострањене корупције, а наша земља тежи придруживању Европској унији.

Јасмина Томашевић

ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ >>>>>>>>>>>>>>>>>>>>

МОРБИЛИ – АКТУЕЛНА ЕПИДЕМИОЛОШКА СИТУАЦИЈА У БЕОГРАДУ

Аутор: Др Ивана Беговић Лазаревић, специјалиста епидемиологије, координатор за надзор над морбилима, Градски завод за јавно здравље Београд

Морбили или мале богиње су једна од најконтагиознијих заразних болести које изазива вирус. Вирус садржи RNA, а припада фамилији Paramyxoviridae. Садржи један антиген, а закључно са 2006. изоловано је 23 генотипова вируса. У 2007. и 2008. години у више од 90 одсто генотипова у Европи је изолован генотип D4. Реч је о веома осетљивом вирусу, који у спољашњој средини (у ваздуху, респираторним секретима, на површинама) опстаје најдуже до два сата, а лако га инактивира топлота, светлост, киселине, етар.

Једини резервоар вируса у природи је човек. Вирус се преноси директним контактом са секретом из носа или ждрела инфициране особе, путем ваздуха – капљицама респираторног секрета које се ослобађају током кашљања и кијања оболеле особе и ретко индиректним путем преко свеже контаминираних површина. Код ове вирусне инфекције постоје сезонске осцилације и највећи број оболелих се региструје током периода касне зиме и почетком пролећа.

Типичан инкубациони период код морбила је од 10 до 12 дана (од седам до 18 дана). По истеку инкубације долази до појаве продромалног стадијума који траје од два до четири, а карактерише га малаксалост, повишена телесна температура, секреција из носа, кашаљ и конјунктивитис. Лице оболеле особе добија изглед тзв. плачне маске. Након тог периода појављује се макулопапулозна оспа, која прво избија у пределу лица, а затим се у наредних неколико дана шири наниже на труп и екстремитете. Избијању оспе претходи појава енантема на слузокожи усне дупље – Копликове мрље, које су патогномоничан знак малих богиња. Оспа се повлачи након пет до шест дана уз благо перутање коже.

Оболела особа је најзаразнија два до четири дана пре појаве оспе и четири дана након њеног избијања. Уласком једне оболеле особе у осетљив колектив може се инфицирати од 12–18 особа. Након прележане болести остаје доживотни имунитет.

Компликације морбила

Код оболеле деце, млађе од пет година и старијих особа од 20 година могуће су компликације морбила у виду запаљења плућа, средњег ува, дијареја, запаљења мозга (један случај на 1.000 оболелих) и оштећења вида које може довести и до слепила. Једна од позних компликација морбила је субакутни склерозирајући паненцефалитис (ССПЕ), који се јавља у просеку након седам година (у распону од месец дана до 25 година) код особа које су прележале морбиле у млађем узрасту. ССПЕ се карактерише прогресивним дегенеративним и запаљенским променама на мозгу које се у великом броју случајева завршавају леталним исходом.

Компликације малих богиња су нарочито честе код потхрањене деце са дефицитом витамина А у исхрани, код имунодефицијентних особа и трудница.

Болест се лечи симтоматском терапијом, надокнадом изгубљене течности добро регулисаним третманом у случају појаве изражених дијареја, а код бактеријских инфекција укључује се адекватна антибиотска терапија.

Обавезна вакцинација против морбила у Србији уведена је 1971. године. Од 1981. године уведена је двовалентна вакцина против морбила и заушки, а 1994. године започета је вакцинација тровалентном вакцином против морбила, заушака и рубеле – ММР вакцина. Према важећем календару обавезних вакцинација, ова вакцина се даје деци са навршених 12 месеци живота (примовакцинација) и у седмој години живота (ревакцинација), у оквиру припрема за полазак у први разред основне школе. Према Правилнику о имунизацији и начину заштите лековима сву невакцинисану и непотпуно вакцинисану децу треба вакцинисати односно ревакцинисати ММР вакцином у узрасту од навршених 12 месеци до 14 година живота. Серолошке студије показују да се код 99 одсто особа које су примиле две дозе вакцине у узрасту након навршених 12 месеци живота развио адекватан имунолошки одговор. Разлог за давање друге дозе вакцине је да око 15 одсто деце након апликовања прве дозе вакцине не развије заштитни ниво антитела. Уколико вакцинисана особа и оболи од малих богиња клиничка слика ће бити много блажа него што је случај код оболелих невакцинисаних особа.

У нашој земљи је 2006. године усвојен План за елиминацију мор-

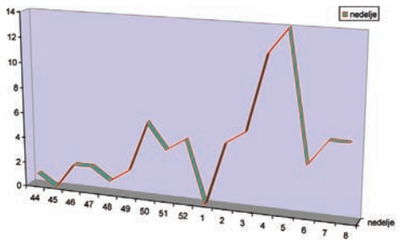
50 >

49 <

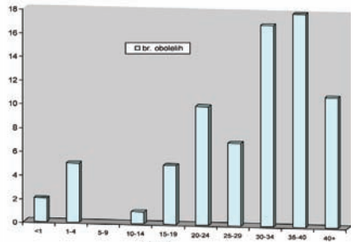
била и рубеле и превенцију Конгениталне рубела инфекције/конгениталног рубела синдрома.

Кључне компоненте у стратегијама наведеног Плана елиминације морбила су: достићи и одржати висок обухват (> 95 одсто) са две дозе ММР вакцине на националном нивоу, допунска имунизација особа које из различитих разлога нису вакцинисане, спровођење активног надзора над морбилима са истраживањем и лабораторијским испитивањем сваког пријављеног суспектног случаја као и повратно информисање здравствених радника и јавности о користи и ризицима који се односе на имунизацију против малих богиња.

Током 2012. и 2013. године у Београду није било регистрованих оболелих особа од морбила. У новембру 2014. године пријављен је и лабораторијски потврђен први случај морбила, а до краја 2014. године оболело је укупно 20 особа. Градски завод за јавно здравље Београд је 29. децембра 2014. године пријавио епидемију морбила на територији града, а закључно са 5. мартом 2015. године у епидемији је оболело 76 особа.



Број оболелих по недељама



Дистрибуција оболелих по узрасним групама

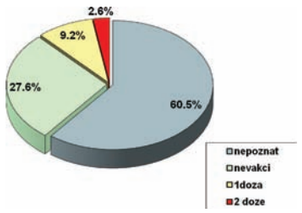
Епидемиолошким испитивањем утврђено је 11 ланаца трансмисије (епидемиолошка повезаност) за 25 од укупног броја оболелих особа. Осталих 51 оболелих су спорадични случајеви без утврђеног извора инфекције.

Водећи узрок смртности деце у свету

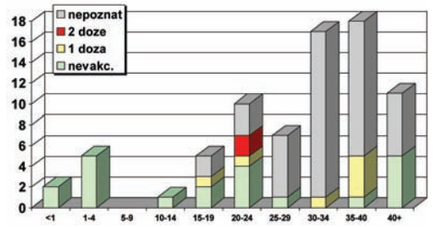
Имајући у виду податке добијене анкетирањем оболелих, инкубациони период и датум почетка тегоба четири оболеле особе се могу сматрати импортованим случајем (Далеки Исток, Билећа, Бијељина, Брчко). Због тежине клиничке слике, 27 оболелих особа је хоспитализовано и то: 23 на Клиници за инфективне и тропске болести КЦ Србије, по два оболела на Инфективној клиници ВМА и Стационару Студентске поликлинике и једно оболело дете на Институту за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“.

Код 11 оболелих су регистроване компликације у виду пнеумонија (девет оболелих), запаљења рожњаче (један оболели) и енцефалитиса (један оболели).

Међу оболелима је седморо деце, узраста од 0–4 године (9,2 одсто), једна оболела особа је у узрасту од 5–14 година (1,3 одсто), 22 оболеле особе су у узрасту од 15–29 година (28,9 одсто), 35 оболелих особа је у узрасту од 30–40 година (46,1 одсто) и 11 оболелих особа је старије од 40 година (14,5 одсто).



Вакцинални статус оболелих особа



Дистрибуција оболелих по узрасним групама и вакциналном статусу

Вакцинални статус оболелих је непознат код 46 (60,5 одсто) оболелих особа, 21 (27,6 одсто) оболела особа је невакцинисана, седам (9,2 одсто) оболелих је вакцинисано једном дозом ММР вакцине, док је двоје (2,6 одсто) оболелих вакцинисано са две дозе ММР вакцине.

И поред доступне сигурне и ефикасне ММР вакцине, морбили су један од водећих узрока смртности деце у свету. Током 2013. године на глобалном нивоу регистровано је 145.700 смртних случајева (око 400 дневно). Захваљујући ММР вакцини забележен је пад смртности од морбила за 75 одсто за период од 2000. до 2013. године.

У Сједињеним Америчким Државама 2000. године документована је елиминација морбила. Током 2014. године регистрован је рекордан број оболелих – 644 случаја у 27 америчких држава. Знатан број оболелих је боравио на Филипинима, где је регистрована епидемија. Највећа од 23 епидемије била је у једној Амиши заједници у држави Охајо са 383 оболеле особе. Крајем 2014. године регистрована је епидемија међу особама које су боравиле у Дизниленд парку у Калифорнији у којој је закључно са 27. фебруаром 2015. године оболело 170 особа из 17 америчких држава.

У Европи је 2010. и 2011. године било више од 30.000 случајева морбила годишње. У епидемији у Бугарској током 2009. и 2010. године је регистровано 24.000 оболелих са 24 смртна исхода, док је у Француској 2011. године оболело више од 15.000 људи.

У епидемији морбила у Републици Српској и Федерацији БиХ почев од фебруара 2014. године закључно са јануаром 2015. године оболело је око 6.000 особа.

Напори на глобалном повећању обухвата вакцинацијом ММР вакцином и редукцији смртности од морбила у дечјем узрасту подржали су удруженим активностима: Светска здравствена организација, Уницеф, Црвени крст САД, амерички Центар за контролу и превенцију болести и Уједињене нације. У 2012. години усвојен је нови Глобални стратегијски план елиминације морбила и рубеле за период од 2012. до 2020. године. Један од циљева наведеног Плана је достићи елиминацију морбила и рубеле у најмање пет региона Светске здравствене организације до краја 2020. године. //

НОВЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ У МЕДИЦИНИ – НА ВМА ОДРЖАН СКУП СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ

О НОВИНАМА У ХИРУРГИЈИ СРЕДЊЕГ УВА

Акредитовани међународни курс прве категорије под називом „Савремени приступ у хируршком лечењу обољења средњег ува“ у организацији Клинике за оториноларингологију Војномедицинске академије, а у сарадњи са Академским удружењем ОРЛ клиника северозападне Швајцарске и Удружењем оториноларинголога ORL BAL International, одржан је 30. марта на ВМА.

Заступник начелника Војномедицинске академије пуковник проф. др Зоран Шегрт у уводној речи истакао је да је ВМА често домаћин стручним окупљањима са међународним учешћем и да је то од непроцењивог значаја за одржавање и унапређивање квалитета лечења.

Рекао је да је развој савремене технологије, посебно током последње три деценије, отворио велике могућности у хируршком лечењу обољења средњег и унутрашњег ува. То је омогућило успостављање нових стандарда у отохирургији тако са више није приоритет само отклањање болести већ и очување функционалности структура спољашњег, средњег и унутрашњег ува. Тиме се значајно побољшава квалитет живота пацијента и додаје нова димензија хуманости у процес лечења што је од великог значаја не само за њега већ и за његову породицу.

Заступник начелника Клинике за ОРЛ пуковник асист. др Миланко Милојевић поздравио је предаваче из Универзитетске болнице у Цириху, професора Пробста и професора Хубера, као и професора др Михаела Подвинеца председника удружења ORL BAL International из Базела, који је уједно био и модератор курса.

Поред њих, гостујући предавачи на курсу били су и професорка др Драгослава Ђерић из Клинике за оториноларингологију и максилофацијлану хирургију Медицинског факултета Универзитета у Београду, професор др Милан Станковић са ОРЛ клинике Медицинског факултета Универзитета у Нишу, као и председник програмског одбора курса професор др Драган Данкуц са Клинике за оториноларингологију Медицинског факултета Универзитета у Новом Саду.

У току овог дводневног курса полазници су имали прилику да се упознају са индикацијама за ову врсту хирургије, неопходном радиолошком преоперативном припремом, опремом која се користи, хируршким техникама, компликацијама које се могу јавити и начинима њиховог лечења, као и новинама у овој врсти хирургије. Изведена је и хирургија уживо током које су приказане три различите операције којима се на савремен начин хируршки лече обољења средњег ува. Једна приказана је први пут у Србији – операција стапедотомије која се изводи са специјалном протезом. Курсу, који је првенствено намењен едукацији специјализаната и младих специјалиста који желе да се баве отохирургијом, али је од користи и искусним отохирурзима, присуствовао је велики број оториноларинголога из Србије, Словеније, Хрватске, Македоније, Црне Горе, Босне и Херцеговине и Републике Српске. //

Домаћини и гости: учесници скупа из отохирургије на ВМА

САСТРУЧНИХ ОКУПЉАЊА >>>>>>>>>>>>>>>

ПРВИ КОНГРЕС КАРДИОВАСКУЛАРНОГ ИМИЏИНГА СРБИЈЕ

ПУТ ДО ПРЕЦИЗНИЈЕ ДИЈАГНОЗЕ

Први конгрес кардиоваскуларног имиџинга Србије (КИС 2015) са међународним учешћем одржан је од 1. до 3. марта у београдском хотелу „Crowne Plaza“. Организатор скупа била је Радна група за кардиоваскуларни имиџинг Удружења кардиолога Србије. Председница Радне групе и председница Конгреса, професор др Јелена Степановић, кардиолог у Клиничком центру Србије, нагласила је да скуп има велики научни и клинички значај, јер по први пут су спојена заједно четири модалитета кардиоваскуларног имиџинга (multimodality imaging): ехокардиографија, компјутеризована томогафија (скенер), магнетна резонанца и нуклеарна кардиологија. На тај начин, испуњен је први и најважнији задатак Конгреса, а то је идеја повезивања различитих метода и опција које се користе у кардиоваскуларној дијагностици ради налажења најбољих начина лечења болесника.

Циљ скупа била је едукација лекара који се баве имиџинг (визуализационим) техникама у дијагностици кардиоваскуларних болести, а по угледу на Европско удружење за кардиоваскуалрни имиџинг. Признање је стигло од Европске акредитационе комисије ЕВАС, која је акредитовала овај Конгрес са 18 акредитационих бодова.

На конгресу је учествовало више од 600 кардиолога и радиолога из земље и окружења, као и 25 предавача по позиву из Европе. Међу предавачима посебно место заузимају: професор Gilbert Habib из Француске, председник Европског удружења за кардиоваскуларни имиџинг, професор Georg Sutherland из Велике Британије, пионир савремених ехокардиографских техника квантификације миокардне механике и професорка Jane Somervile, пионир и експерт у лечењу урођених срчаних мана одраслих.

У фокусу Конгреса било је више тема:

– 3D ехокардиографија: метода која у последњих две до три године технички све више непредује и омогућава значајно бољу и прецизнију визуализацију структурних болести срца, нарочито срчаних залистака. Она постаје незаменљива метода за планирање и извођење нових перкутаних интервенција на залисцима (TAVI, Mitral Valve Clips) и све драгоценија за планирање и извођење одређених кардиохирушких интервенција (реконструкција срчаних залистака);

– технике за квантификацију миокардне механике (стрејн и стрејн рејт напрезање и брзина напрезања): нови концепт процене систолне и дијастолне функције срца заснован на мерењу деформације срчаног мишића током срчаног циклуса. Метода на светком нивоу постоји око седам година, а у току је њена интезивна стандардизација између светких произвођача ехокардиографских

Са отварања конгреса

машина, са циљем имплементције ове методе у свакодневну, рутинску клиничку праксу. Ове методе први су и иницијални маркери у откивању оштећења срчаног мишића у читавом спектру кардиолошких болести (исхемијска болест срца, болест срчаних залистака, кардмиомиопатије, миокардитис, болести перикарда...);

– процена резерве коронарног протока – неинвазивно, путем Доплера мерење протока кроз коронарну артерију у циљу откривања сужења на коронарним артеријама, процене функционалне значајности тих сужења и процене коронарне микроциркулације. Допунска али, у неким ситуацијама, драгоцена метода у одабиру оптималног лечења болесника са коронарном болешћу;

– комплементарност и предности других имиџинг метода у дијагностици кардиоваскуларних обољења, као што су: значај магнетне резонанце срца у откривању промена ткива миокарда; значај CT- у прегледу коронарних артерија (CT коронарографија) и аорте (анеуризме аорте, дисекције); значај SPCT техника у процени перфузије миокарда у дијагнози и детаљнијем сагледавању коронарне болести.

Основна порука Конгреса јесте да савремене визуализационе технике пружају бржу, тачнију и детаљнију дијагнозу кардиоваскуларних болести, као и извођење одређених интервенција, што омогућава боље и ефикасније лечење. Покровитељ скупа била је ЊКВ принцеза Катарина Карађорђевић.

Проф. др Јелена Степановић,
председник Конгреса
Асс. др сци. мед. Данијела Замаклар Трифуновић,
генерални секретар Конгреса

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>

ОСАМ ДЕЦЕНИЈА КЛИНИЧКО-БОЛНИЧКОГ ЦЕНТРА „ЗВЕЗДАРА“

САВРЕМЕНА МЕДИЦИНА ЈЕ ТИМСКИ ПОСАО

// ПОСТОЈАЊЕ ОДЕЉЕЊА ИНТЕРВЕНТНЕ КАРДИОЛОГИЈЕ И ДВЕ АНГИОСАЛЕ – ИЗДВАЈАЈУ ГРАДСКУ БОЛНИЦУ ОД СЛИЧНИХ УСТАНОВА // АКРЕДИТАЦИЈА ЈЕ КРУНА НАПОРА СВИХ ЗАПОСЛЕНИХ //

Клиничко-болнички центар „Звездара“, познатији као Градска болница, једина је болница-задужбина у Србији. Основана је пре тачно осам деценија, а новац за њену изградњу дао је српски трговац и добротвор Никола Спасић. Како данас функционише Градска болница, које новине су уведене у дијагностици и лечењу, али и по чему је јединствена њена организација интервентне кардиологије – само су нека од питања о којима смо разговарали са проф. др Александром Аранђеловић, директорком КБЦ „Звездара“.

– Градска болница није најстарија, ни најлепша, нити најбоља болница у Србији, али Градску болницу воле људи који у њој раде. Данас, када Свет болује од нељубави, неповерења, отуђености, Градску болницу воли већина запослених. Када сам долазила рекли су ми: „Болница има душу – морате бити пажљиви“. Сада, после две и по године, кажем: „дођете-видите-схватите и останете“.

Утисак је, не само медицинске, него и шире јавности, да је последњих година направљен велики помак, пре свега у квалитету и спектру услуга. Које сте нове процедуре увели?

– Време је то које корача, медицина га прати, а ми желимо да идемо у корак како са временом, тако и са медицином. На овакво питање обично би се очекивало набрајање. Ја кажем: болница као и свака друга. Пуно постеља, пуно болесника, операционе сале, лабораторије... Настојимо да то што радимо, радимо добро, да нам верују пацијенти, а, оно што је за мене најважније, да нам верују наше колеге. Мислим да смо у томе успели. „Нових“ процедура има пуно, нових организационих јединица такође. Велика је болница, „клинички центар“ у малом.

Проф. др Александра Аранђеловић

Осим неурохирургије и кардиохирургије, болница има све медицинске дисциплине и у скоро свакој постоји нешто што је вредно помена. И све имају дугу традицију; хирургија, офталмологија, геријатрија, нефрологија, геријатријска хирургија, посебно ортопедија, једина у Србији, лапароскопска хирургија није новина у медицини, али су нове области и индикације код којих се она данас ради.

54 >

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>

53 <

Некад и сад: Градска болница на Звездари

Због велике разуђености КБЦ, сређивање се ради „по деловима“. Шта је до сада урађено када су у питању простор и опрема?

– Све велике болнице, посебно у Европи, које у својој архитектури носе „патину“ прошлости и имају сличну просторну организацију као Градска болница, поносне су на своју „разуђеност“. Зато ја ту нашу „разуђеност“ видим као богатство, велико богатство, непроцењиве вредности. Болница се налази на корак од Звездарске шуме, аутопута, одлично је повезана са околним болницама, окружена парковима... Није уређена. Биће. Уређујемо је полако. Сходно времену у коме живимо и могућностима које имамо, и ми као установа и држава која нам у томе помаже. Јер, и највеће богатство ако не чувате и не одржавате поједе зуб времена.

Сада нам је најважније да сачувамо простор, да ставимо у функцију сву опрему коју имамо, да обезбедимо континуитет у њеном одржавању. Опрема је „рак рана“ свих медицинских установа у Србији. Дуго није занављана, а и оно што јесте није плански. Зато пуно опреме стоји неискоришћено или још горе, нераспаковано широм Србије. Ми смо као приоритет поставили занављање базичне опреме; да бисмо могли безбедно и тачно да радимо најосновније ствари у дијагностици и лечењу. Зато набавку нових ултразвучних апарата, рендгена, па чак и скенера сматрамо рутинским одржавањем болнице и њеног професионалног интегритета. Оно што нас свакако издваја од осталих болница сличног профила је постојање одељења интервентне кардиологије и две ангиосале. Прошле године, преко научног пројекта Медицинског факултета, Министарства за науку, Јединице за управљање пројектима, а захваљујући академику Миодрагу Остојићу, нашем професору и учитељу, болница је добила нову ангиосалу и то је интервентну кардиологију Градске болнице позиционирало у сам врх интервентне кардиологије у Србији. Почетком ове године смо скоро у потпуности зановили службу патологије; и просторно и у опреми. То није урађено од 1971, од кад ова служба у болници постоји.

Када очекујете да буде решено питање око правног статуса зграде у Прешевској, некада Улици Рифата Бурџевића, у којој се налази Болница за гинекологију и акушерство, Клиника за ОРЛ и нека одељења Интерне клинике?

– Зграда болнице у Прешевској је „дар“ војске Југославије, давних 80. година. Велики објекат, 18.000 квадратних метара простора, чврст – како се само некада градило – циљано прављен за болницу, па су и архитектонска решења таква. У њој се налази скоро две трећине наше установе – патологија, нуклеарна медицина, физикална медицина, социјална медицина, ОРЛ, гинекологија, хематологија, неурологија, највећа геријатрија у Србији, некада и на Балкану.

Грађена је шездесетих година прошлог века, те није била нова ни када смо је добили. Данас је таква каква је. Ја често у „бесу“ или више из немоћи кажем медијима – када год желимо да покажемо како је здравство Србије лоше – приказујемо ову зграду са голубовима по болесничким креветима, тоалете који не раде, покидане инсталације. Заборављамо само да ту сваки дан спава 300 пацијената и ради минимум 150 здравствених радника. Заборављамо да кажемо зашто је то тако свих ових година. Њен правни статус је такође осетио турбуленцију времена у којима смо живели. Тако се и мењао. Од објекта датог Градској болници на „доживотно“ коришћење, касних деведесетих постао је „ничији“.

Важно је да смо преживели време када је тај простор виђен као тржни центар, станови... све, само не болница.

Заборавили смо само да је Градска болница задужбина, а ко даје с љубављу, даје и благослов. Градска болница има душу, кажу њени запослени – удахнуо ју је добри човек Никола Спасић. Надам се да је „лоше“ време иза нас. У то ме уверава и подршка Скупштине града и Градског секретаријата за здравље и Министарства здравља; сви смо на истом задатку и процес „легализације“ је већ увелико у току. Онда нам предстоји јос већи рад – реконструкција...

Колико је било захтевно добијање акредитације у свим областима рада КБЦ?

Зграда управе

Улаз у Дечју болницу

Ново одељење интервентне кардиологије

ЛИЧНА КАРТА БОЛНИЦЕ

Градска болница се налази на три адресе, у улицама Димитрија Туцовића, Прешевској и Мије Ковачевића, са девет објеката укупне површине 22.000 квадратних метара и девет хектара земљишта.

Има 786 болесничких постеља, а 1.522 запослена. Прошле године урађено хоспитализовано је 29.172 пацијента, а кроз дневну болницу прошло је 7.047. Обављено је 307.274 амбуланта прегледа и 17.523 операције, 700 лапароскопских операција, око 7.000 ендоскопија, као и 3.790 интервентних кардиолошких процедура. И остале бројке су импресивне: урађено је 975.365 лабораторијских анализа, готово 29.000 рендгенских снимања, 18.000 ултразвучних прегледа, 33.842 дијализе, 643 интервенција разбијања камена у бубрегу. Просечна дужина хоспитализације је 6,4 дана.

Проф. Аранђеловић подсећа да то нису само бројеви и проценти, већ су то болесни људи. Можда би, каже, интересантнија била друга страна „личне карте“, која се показује кроз задовољство пацијената услугама и начином на који их пружамо (2014/2013. године): задовољство пацијената услугама у поликлиници 3.96/3.77, а задовољство услугама у стационару 4.37/3,76.

– Акредитација овако велике установе је обавеза, затим част и изазов за установу, али и за институцију која акредитацију спроводи. Установа тиме добија званичну потврду да оно што ради ради на добар и квалитетан начин у складу са правилима добре клиничке праксе, према европским и светским стандардима. Нама посао није био проблем. Теже је било испунити „техничку акредитацију“. Испунити техничке услове објеката у којима радимо. Уложен је огроман напор свих запослених и акредитација Болнице је круна тог напора. Оно што мене радује је дух заједништва за који сам се плашила да је временом нестао. Показали смо себи да можемо; да можемо сарађивати, договарати се и помагати једни другима; што смо своје колеге из комисије за акредитацију дочекали и испратили као добри домаћини и као пријатељи. То је највећа вредност акредитације. А, посао, као сваки посао, иде својим током.

На кардиологији сте максимално скратили време уласка пацијента у ангиосалу. Колико успевате да држите корак са колегама из других кардиолошких центара?

– Организација интервентне кардиологије Градске болнице је јединствена у Србији и без лажне скромности, испред свих је ангиосала у нашој земљи а делимично и земљама у окружењу. Одељење интервентне кардиологије, састоји се из два сегмента. Један, припада ургентном блоку и ту се ангиосала налази одмах поред коронарне јединице: 20 метара од улазних врата где пристижу кола хитне помоћи тако да транспорт хитних пацијента до сале траје свега три до пет минута. Други део одељења има 13 постеља и функционише по принципу дневне болнице. Друга ангиосала је у истом нивоу са болесничким собама 20 метара од њих и у њој се раде елективне или „хладне“ интервен-

56 >

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>

55 <

ције. На тај начин хитни пацијенти никада не чекају, док елективни пацијенти заврше све у току дана и кући одлазе истог дана навече или сутрадан ујутру. То је учинило да листи чекања за ову врсту интервенција у Градској болници скоро да нема. Чекање је обично до три месеца и оно је више у склопу терапијског протокола, а не последица немогућности да се оне изводе.

Какву сарадњу имате са осталим клиничко-болничким центрима, као и болницама у околини Београда?

– Савремена медицина је тимски посао у коме и најбољи појединац ако инсистира на својој индивидуалности губи битку са струком. Ми смо сви једна велика породица чији су чланови мање или више наслоњени и ослоњени једни на друге. Када се бавите ургентном медицином, интервентним дисциплинама, хирургијом... такав начин размишљања постаје део вас и тада видите колико смо ми једни другима важни и потребни. Зато је Градска болница отворила своја врата за све здравствене установе широм Србије; и помажемо једни другима. Не без поноса, кажем да смо ми трећа коронарна јединица Ургентног центра, да смо део хирургије Ургентног центра... да увек примамо пацијенте који нам из других градова Србије стижу, понекад и ненајављено. Све је боље него да човек умире на улици, у колима хитне помоћи лутајући од болнице до болнице, у ходнику чекајући преглед или зато што негде нема места. Наш позив и јесте зато посебан јер није само „таблета“ или „скалпел“ већ „обавеза“ да сте пре свега човек, а онда лекар који зна свој посао.

Поводом Дана државности, председник Републике Томислав Николић доделио је одликовање КБЦ Звездара – златну медаљу за изузетне заслуге и постигнуте резултате у здравственој заштити. Шта то значи за установу и вас лично?

– Не постоји човек коме није драго када га неко похвали или потапше по рамену или загрли – не мора ништа да каже. Било би лицемерно рећи само да се радујем и да ћемо наставити још боље и оправдати указано поверење. Моје искрено осећање је осећање среће. Можда то није довољно снажан израз. Мени је срце као земаљска кугла: препуно. Пуно је разлога за то. Због мојих младих сарадника, да виде да рад даје смисао животу, да то неко ипак види, прати и награђује. Због оних неповерљивих који су почели

Признање: председник Србије Томислав Николић уручио Сретењски орден професорки Александри Аранђеловић

Лабораторија

Хируршки тимови КБЦ Звездара су добро обучени

Нова ангиосала

да губе наду да може боље и лепше, али само у овом тренутку треба уложити више напора. Али исто тако и оних који имају смелости да као изговор за своју пословну апатију налазе оправдање у недовољној мотивисаности.

Драго ми је јер је признање дошло изненада, јер су нас предложиле наше колеге, наши сарадници широм Србије. Зато ми је пуно срце. Зато сам једва изустила пар реченица захвалности када сам Председнику испред 2.000 запослених Градске болнице пружила руку и када ме је он загрлио – и није рекао ништа. И не стидим се да о својим осећањима говорим. За Болницу је то велико признање. Свако добронамеран ко зна колико је напора и снаге потребно да један овако велики систем задовољавајуће функционише, мисли и осећа исто. А, ми ћемо свакако поверење оправдати. Пре тачно 40 година Јосип Броз Тито одликовао је Болницу орденом рада са црвеном заставом. Тада – па сада.

Ви сте прва жена интервентни кардиолог у Србији. Да ли сте у почетку наилазили на предрасуде и стереотипе међу колегама и пацијентима?

– У медицини нема „мушких“ и „женских“ послова. Тачно је да се појединим дисциплинама, баве углавном мушкарци, али то никада, посебно данас, није било правило. Лично мислим да је разлог томе чињеница да жене кроз живот „трче“ двема паралелним стазама: стазом породице и стазом професије. И природно се очекује да на обема буду подједнако успешне. То није могуће уколико немате помоћ укућана. Ја сам интервентном кардиологијом почела да се бавим у професионално зрелим годинама када сам стекла довољно клиничког искуства и зрелости. Никада ни-

58 >

ВЕЛИКИ ЗАДУЖБИНАР

Никола Спасић (1838 — 1916) био је српски велетрговац, добротвор и велики задужбинар. Одликован је Таковском крстом 4. реда и Орденом Светог Саве 3. реда. Задужбина Николе Спасића је 1939. године имала за три одсто већи капитал од Нобелове. Уз опанчарски занат, Никола Спасић бавио се трговином платном и прерађеном кожом. Уживао је углед богатог, честитог и мудрог човека. Марљив и скроман, успео је да стекне огромно богатство. Деведесетих година деветнестог века Никола Спасић откупљује део српског иностраног дуга. Почетком двадесетог века, у дворишту Палилулске основне школе подигао је „ђачко склониште“.

У згради Управе монопола (1912. године) отворио је и опремио болницу за 50 рањеника. Ангажовао је и познатог лекара др Каценеленбогена из Немачке, а у болници је радила и др Драга Љочић, прва жена лекар у Србији. Храна за болницу спремана је искључиво у његовој кући, а његова супруга Анастасија-Нака била је главна болничарка. Много рањенике је и финансијски помогао. Касније је Никола сав болеснички намештај и сав лекарски материјал поклонио српском Црвеном крсту.

Тестаментом је завештао имовину за оснивање Задужбине. Тако је Задужбина 1935. саградила Градску болницу у Београду са 100 кревета, нуклеус садашњег КБЦ „Звездара“.

Никола Спасић

Исте године саграђена је болница у Куманову са 60 кревета, као и Дом за изнемогле грађане у Књажевцу. Болницу у Крупњу завршена је 1938. године.

Велики добротвор и задужбинар преминуо је на Крфу, 28. новембра 1916, а његови посмртни остаци пренети су 1923. у Београд и сахрањени на Топчидерском гробљу, у Храму Св. Трифуна, који је подигао за живота као своју задужбину.

Агенција за реституцију пре две године званично је вратила Задужбини Николе Спасића две зграде у Кнез Михајловој улици на бројевима 47 и 19. Реч је о 67 станова укупне површине око 5.500 квадратних метара. Задужбина основана са циљем да помаже здравству и образовању, месечно убира 4.000 евра од закупнине чију висину одређује Град Београд. Одлуком о враћању тада није обухваћено 1.600 квадратних метара локала у Кнез Михајловој 47, а Задужбина тражи и повраћај објеката у истој улици на бројевима 33 и 35. Између осталог, Задужбина сваке године награђује најбоље студенте Пољопривредног и Медицинског факултета.

57 <

сам имала проблема са колегама, а ни са пацијентима. Све што знам из интервентне кардиологије научили су ме „моји дечаци“ из Клиничког центра Србије, мог првог и најдужег радног места. Интервентна кардиологија је спој брзине, стрпљења и нежности. Знање се подразумева. Када је хитно, морамо бити брзи, када је компликовано – стрпљиви, а и у једном и другом случају морамо бити нежни да, желећи добро, не повредимо човека. Зато је можда интервентна кардиологија ипак мало и „женски“ посао.

У КБЦ-у имате сјајне лекаре, тимове – на Очној клиници, урологији, кардиологији... Ваша установа организује и бројне стручне састанке и предавања.

– Градска болница је, изузевши Клинички центар, највећа научно-наставна база Београдског универзитета. Ту се одржава настава четири факултета -Медицинског, Стоматолошког, Фармацеутског и Дефектолошког, као и свих средњих и виших медицинских школа. Скоро свакодневно се одржавају предавања у оквиру континуиране медицинске едукације, стручне секције Српског лекарског друштва из различитих области, презентација различитих научних и стручних пројеката и студија. Такође се, у сарадњи са Институтом „Батут“ преко пројеката скрининга карцинома дојке и карцинома дебелог црева, као и пројекта палијативне неге и концепта савремене болнице, успоставља тесна сарадња са локалном заједницом. Градска болница је пример добре сарадње са општином Звездара на којој се налази.

КБЦ има, осим здравствене, и едукативну и научно--истраживачку улогу. Које бисте актуелне пројекте посебно истакли?

– Управо наведени пројекти су од општег значаја и повезују превентивну медицину и клиничку праксу. Рано откривање болести је основ њеног успешног лечења. Настојимо да кроз пројекте скрининга покажемо људима колико они имају смисла и колико су корисни за опште здравље нације. Када је у питању палијативна нега, чињеница је да је Србија земља старих. Градска болница је колевка српске геријатрије; највећа у Србији. Просто је природно да се на тако велико одељење геријатрије наслања сегмент палијативне неге где ће се на хуман и човеку достојан начин бринути о болесницима пред крај живота. Како имамо све предиспозиције, надам се, да ћемо, уз помоћ државе, успети да овај пројекат спроведемо у дело.

Концепт савремене болнице је заснован на принципу „једнодневне“ медицине, брзе дијагностике, високопоштедних хируршких процедура које се све више изводе лапароскопским путем са циљем да пацијент што пре настави своје уобичајене животне активности. Што краће време боравка у болници, што ранија рехабилитација, што пре „усправити“ пацијента после ортопедских интервенција... Све су то покушаји да се смањи број болничких инфекција да се смањи број постоперативних компликација услед дуге имобилизације. Није лако. Савремена болница подразумева савремену опрему, обучен кадар, адекватне просторне услове. Пуно тога, али пре свега добру организацију и визију.

Недостатак кадра је проблем са којима се суочавају готово све здравствене установе. Који профили недостају КБЦ Звездара?

– Ми данас плаћамо данак немудре кадровске политике у здравству вођене деценијама уназад. Проблем се не може решити преко ноћи. Недостају нам сви профили лекара специјалиста; почев од неуролога, преко уролога, нефролога, радиолога… толико да се доводи у питање опстанак ових служби од којих неке, као што је нефрологија, доказано имају традицију у српској медицини. Велика је дискрепанца између броја лекара који одлазе у пензију, броја лекара који се у радни однос примају као и оних који специјализацију завршавају. Сада на највећој нефрологији у Србији, тачније највећој дијализи у Србији, када постоји објективна потреба за отварањем четврте смене, имамо проблем око свакодневног рутинског рада. Требаће нам пуно мудрости, стрпљења, издржљивости да заједничким снагама, сарадњом, добром комуникацијом превазиђемо овај проблем и „поставимо“ медицину као струку на место које јој објективно припада.

Какви су планови за 2015. годину?

– Планова има пуно. Динамика њихове реализације постављена је кроз четворогодишњи мандат ове управе. Бићемо презадовољни ако поправке старих и набавка нових апарата иде том брзином да у установи постигнемо базичну опремљеност; не најсавременију. Депласирано је да савремену дијагностику ради рендген апарат који је мој вршњак, педесетседмогодишњак. Такође се искрено надам да ће држава проблем јавних набавки и „тендера“ за медицину решавати по моделима који су прилагођенији и примеренији нашем послу; пре свега брже; како поправке апарата али и набавке нових, не бисмо чекали месецима, а за то време стајале операционе сале, ангиосале, дијализа… како бисмо могли да окончамо вишегодишњи тендер за прање веша, а да нам дотле пацијенти не леже на голим душецима. Лично бих волела да нам држава даје потребну опрему, одређује ко ће прати веш и достављати храну.

Мени је важно да лекари имају чиме да раде, да пацијенти добију што пре тачну дијагнозу, да леже у чистој постељини, да имају оброк примерен болести због које се лече… Ко ће за то бити задужен, потпуно ми је свеједно.

Шта ће бити приоритет у наредном периоду?

– Болница је динамичан систем, „жива материја“ која се мења у духу времена и сходно потребама друштва. Тешко је прецизно дефинисати приоритете и брзину њихове реализације, посебно када пуно ствари не зависи од вас лично. Већина нас би желела све и одмах: да се једно јутро пробудимо и видимо „Мејо“ клинику. Свесни смо да је то још увек сан. Али, томе тежимо. Важно је не ићи уназад и не стајати у месту. Важно је да људи виде да се покреће, да се мења, да постоји рад, жеља за бољим; важно је да верујете да је то могуће и да видите да се неке замисли и остварују.

Јасмина Томашевић

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА ИНТЕРНИСТИЧКА ОРДИНАЦИЈА „БАРИЛИ“, ПОЖАРЕВАЦ

КВАЛИТЕТ И ПОСВЕЋЕНОСТ ВАЖНИЈИ ОД КВАНТИТЕТА

Специјалистичка интернистичка ординација „Барили“ је основана децембра 2001. године, у Пожаревцу, на адреси Лењинова 12. Оснивач и власник ординације је др Радмила Јанковић, хематолог-интерниста са дугогодишњим искуством.

Шта је био мотив да као хематолог-интерниста покренете приватну праксу?

Пре оснивања ординације радила сам 25 година у Општој болници „Др Воја Дулић“, у Пожаревцу. Мотив да покренем приватну праксу произашао је из жеље да се више посветим својим пацијентима. После 25 година рада у болници, константне едукације и подизања троје деце, осећала сам потребу да се осамосталим и оформим своју приватну праксу. Када сте приватник не постоје дежурства, али сте 24 сата дневно доступни својим пацијентима.

Које све услуге пружате?

Од оснивања ординације, као и данас, у мојој ординацији обављам интернистичке прегледе, ЕКГ, тест оптерећења, УЗ абдомена, УЗ врата, УЗ штитасте жлезде, УЗ срца, лабораторијске анализе. Такође обављамо и прегледе од стране колега консултаната: нефролога и кардиолога.

Којим старосним категоријама припадају ваши најчешћи пацијенти?

Долазе пацијенти свих старосних група. Веома често сам консултант и педијатрима, јер Пожаревац нема дечијег хематолога.

Квалитетна опрема је сигурно веома важна у вашем послу. Како сте опремљени, које апарате имате и какве су њихове перформансе?

Опрема представља кључни фактор квалитета. Ординација „Барили“ је опремљена најсавременијим апаратима и од оснивања па до данас покушавамо да испратимо технолошки развој медицинске опреме (color doppler, ЕКГ...)

Колико пажње придајете стручном усавршавању?

Медицина, а посебно хематологија, константно захтевају стручно усавршавање, јер сваким даном све више напредује. Редовно посећујем сајмове, конгресе, семинаре. Сарађујем и са својим колегама, а осим поменутих консултаната у ординацији је запослена и медицинска сестра.

Др Радмила Јанковић

Какви су даљи планови? Да ли ћете проширити спектар услуга итд?

Не планирам проширивање спектра услуга, јер ми је важно да се квалитетно посветим пацијентима којима је потребна помоћ из моје области. Имам добру сарадњу са својим колегама из других специјалности. Мислим да је јако важно да лекари различитих области медицине међусобно сарађују, јер је то једини начин да се, у нажалост све комплекснијим болестима које нас окружују, пружи што адекватнија помоћ пацијентима.

Генерално, какав је ваш став по питању изједначавања приватне праксе са државним здравством? Шта нас, као државу, на том пољу очекује?

Мишљења сам да је најпре неопходна реорганизација здравственог система, као и Закона о здравственом осигурању. Свакако, и пацијентима и лекарима приватницима је жеља да постану део целокупног система здравствене заштите и да приватни лекари имају подједнака права и обавезе као и лекари у државном сектору, јер лекари се нису школовали за приватне и државне.

Ј. Томашевић

АКТУЕЛНО >>>>

Савети правника

Честа питања лекарској комори

1. Привремено ослобађање плаћања чланарине

Плаћања чланарине се привремено ослобађају лекари који не остварују доходак због: породиљског одсуства, неплаћеног одсуства, служења војног рока и боловања дужег од 60 дана, при чему су дужни да доставе одговарајућу потврду својој Регионалној лекарској комори.

2. Сагласност за оснивање приватне праксе од стране корисника старосне пензије

Да би лекар-пензионер могао да оснује неки од облика приватне праксе, поред тога што мора бити уписан у Именик ЛКС и поседовати лиценцу за рад, обавезан је у складу са чланом 55 ст. тач.2.Закона о здравственој заштити, прибавити САГЛАСНОСТ НАДЛЕЖНЕ КОМОРЕ.

На основу ове одредбе је Управни одбор ЛКС априла 2011. године и донео одлуку да Директор ЛКС издаје наведену сагласност и то по следећој процедури:

Под претпоставком да је лекар уписан у Именик ЛКС и да има лиценцу потребно је да преко надлежне РЛК, поднесе ЛКС захтев за давање сагласности за оснивање приватне лекарске праксе, уз који ће приложити копију решења о пензионисању и копију захтева за отварање приватне праксе који је поднет надлежној Здравственој инспекцији (реч је о типском формулару захтева у коме су наведени основни подаци о установи која се оснива, њеном седишту, делатности којом ће се бавити, оснивачу итд).

Надлежна РЛК ће овакав захтев са прилозима упутити ЛКС-Директору који ће издати сагласност уколико су испуњени наведени услови. По пријему сагласности, лекар-оснивач је дужан да одмах након оснивања установе, надлежној РЛК достави одговарајућа решења из МЗ и АПР-а као и Пријаву приватне здравствене установе. На тај начин је обезбеђено поштовање Закона и лекар-оснивач неће имати проблема при евентуалним контролама од стране надлежне Здравствене инспекције.

3. Право на приговор након контроле спровођења закључених уговора између РФЗО и давалаца здравствених услуга

На налаз из записника о контроли субјект контроле може да уложи приговор у року од осам дана од дана пријема записника.

Приговор може да уложи и други субјекат (здравствени радник, здравствени сарадник и др.) у чијем раду је у вези са предметом контроле утврђена неправилност.

У поступку одлучивања по приговору врши се провера оспорених чињеница и о томе може да се сачини допунски записник.

Писмени одговор на приговор доставља се у року од 15 дана од дана пријема приговора.

4. Покретање поступка пред Судом части

За повреду професионалне дужности или угледа члана Коморе, може се покренути поступак пред надлежним првостепеним Судом части РЛК у којој члан има пребивалиште.

Важно је поменути да се пријаве Суду части морају поднети у року једне године од дана учињене повреде, јер ће се у супротном поднета пријава одбацити због застарелости.

Предлог- пријаву може поднети како лекар тако и пацијент, односно оштећено лице а може се покренути и по службеној дужности, када Комора из притужби грађана или других извора дође до сазнања о учињеној повреди професионалне дужности. Подносилац предлога мора водити рачуна да се исти подноси надлежном Суду, да је лекар против кога се подноси члан Коморе као и да на страни подносиоца постоји правни интерес за вођење поступка. Комплетан поступак пред Судом части дефинисан је одредбама Статута ЛКС, а спроводи се по одредбама Закона о управном поступку.

5. Независност поступка пред Судом части

Судови части су у вршењу своје функције самостални и независни и суде на основу закона, Статута ЛКС и Кодекса професионалне етике ЛКС.

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

Кривична или прекршајна одговорност, односно одговорност лекара-члана Коморе из радног односа код послодавца, не искључује дисциплинску одговорност лекара по Статуту ЛКС.

Ако се због учињене повреде, против лекара води поступак пред Судом части, а истовремено је покренут или се води прекршајни или кривични поступак по истом основу, Суд части може застати са поступком пред Судом части до окончања предметног кривичног, односно прекршајног поступка.

Секретар РЛК ЈИС,
Ирена Ђокић, спец. прав.

Из историје медицине

ДА СЕ НЕ ЗАБОРАВИ

Рођени у Шапцу и писали историју српског лекарства

Пуковник др Сава Петровић

Сава је рођен у Шапцу 1839. године у коме је завршио основну школу, а потом 1854. године и полугимназију. Гимназију је наставио у Београду, где се по завршетку уписао на Лицеј. После две године отишао је о свом трошку на студије медицине у Париз, што је за оно време било право чудо. Докторирао је, опет чудно, са тезом „0 ботаничком раду доктора Јосифа Панчића“. По повратку из Париза у земљу постављен је за физикуса Округа крушевачког. Брзо је прешао у војну службу, радећи у Војној болници у Београду, али је уједно био лекар кнеза и потом краља Милана. У српско-турском рату 1876. године био је државни комесар за рањенике и болеснике, прихватајући и распоређујући стране лекаре и војне санитетске мисије. Радећи приљежно стекао је и чин санитетског пуковника, што је тада био највиши чин у српском санитету.

Др Сава Петровић бавио се првенствено медицинском струком. Међутим, он се од младих дана одушевљавао ботаником о чему сведочи и његов дипломски рад. Написао је већи број чланака из области медицине и његови радови су били из домена здравствене статистике. Изботанике оставио је неколико студија, али се неке нису могле носити са најбољим делима професора Јосифа Панчића. Започео је 1882. године са „Флора околине Ниша“. Следеће 1883. године издао је капитално дело „Лековито биље Србије“ са списком „народних имена лековитог биља“. Као аутор написао је предговор у коме је између осталог, рекао: „у овој књизи описано је биље, које у нашој земљи дивље расте или се ради неке цели гаји, а које је наша фармакопеја и наша народна медицина као лековито биље сматра. Уз опис биља, укратко је изложено и упуство за употребу истог биља у лекарству... Циљ ове књиге није да се самоуци стварају, већ да се лекарима и апотекарима, који у Србији станују, покаже шта има од лековитог биља у Србији“.

Др Сава Петровић спада у ред великих и заслужних лекара и природњака Србије, јер је истовремено био лекар, ботаничар и фармакогностичар. Два велика природњака, др Петровић и др Живојин Јуришић, такође родом из шабачког краја, заједно са академиком Јосифом Панчићем, су и највеће ботаничке величине Србије у деветнаестом веку. Штавише, у неким ситуацијама и данас се мора кренути од великих дела ових природњака. Умро је 1889. године у Београду.

Академик проф. др Ђорђе Нешић

Ђорђе је рођен 1873. године у Шапцу. Основну школу учио је у Лозници и Шапцу. Гимназију је завршио у Шапцу 1890. године. Са 17 година уписао се на Медицински факултет у Москви. У Москву је отишао на предлог своје рођаке по мајци, која је била удата за професора офталмологије др Крјукова. Све испите положио је са одличним успехом и завршио факултет 1896. године. Истовремено је студирао и физику. У Москви је ради специјализације остао још две године. По одслужењу војног рока, при Војној болници у Београду основано је, његовом заслугом, Очно одељење. За шефа Очног одељења у Државној болници на Палилули постављен је 1901. године. У ратовима од 1912–18. године учествовао је радећи по многим војним болницама.

После ослобођења и уједињене земље учествовао је у свим припремама за оснивање Медицинског факултета у Београду, а од 1921. године изабран је за редовног професора офталмологије на тек основаној очној клиници. У свом животу

64 >

Из историје медицине

63 <

објавио је 10 књига, два уџбеника и стотину научних радова у часописима у земљи и иностранству. Израдио је пет преносних електромагнета за војне болнице и један суперелектромагнет од неколико тона за очну клинику у Београду.

Професор Нешић је учествовао у многобројним пројектима за сузбијање очних болести. Тако је израдио програм за превенцију и лечење трахома у неким крајевима; Мачви, Подрињу, Поморављу и јужном Срему, који је усвојила Светска здравствена организација. Резултате веома успешне боји на сузбијању трахома, вођене по поменутом програму од 1948. до 1956. године, објавила је САНУ у част свога члана, академика професора др Ђорђе Нешића, а стручни часопис „Акта медика Југославика“, истим поводом, штампао је 1957 године књигу.

Професор др Ђорђе Нешић изабран је 1947 године за редовног члана САНУ, а био је активан и почасни члан страних офталмолошких друштава у Европи и свету. Одликован је великим бројем одликовања, почев од медаље руског Друштва црвеног крста за добровољно учешће у руско-јапанском рату 1904–1905. године. Посвећен струци и универзалном хуманизму, радио је преко свих граница, чак и у поодмаклој старости. Уживао је велико поштовање својих колега, специјализаната, магистраната, докторанта. Студентима је био велики узор и подршка своје очинске методичности и педагошке узвишености. Свевремени лекар и господин академик професор др Ђорђе Нешић пензионисан је 1955. године, али је радио све до упокојења 1959. године у Београду.

Др Лаза К. Лазаревић

Поводом 160 година од рођења др Лазе К. Лазаревића, аутор др Предраг Тојић писао је у броју 5 Гласника из 2010. године, у тексту „Радост живљења за друге“.

Др Милош Стевановић

Милош је рођен у Владимирцима 1873. године и са три године се породично настанио у Шапцу. Основну школу учио је у Шапцу, као и Гимназију, где је матурао школске 1892/93. године. Уписао се на филозофски факултет у Београду, провео годину дана, а по добијању стипендије отишао је у Грац на студије медицине, у коме је промовисан у доктора медицине 1901. године. Исте године, као војни питомац, унапређен је у чин поручника и упућен у Ниш за помоћника управника Пастеровог завода. Специјализирао је бактериологију 1904. и 1905. године у Коховом заводу у Берлину код професора Весермана и у Пастеровом заводу у Лилу, у Француској.

Кад се вратио постављен је за управника Пастеровог заводника у Нишу. Сам је радио на опремању маје за пелцовање против великих богиња за целу војску Србије, а затим за становништво старе Србије и Македоније. У ратовима 1912. и 1913. Године био је командир завојништва Моравске дивизије. Од почетка 1915. године нишка Војна болница проглашена је за Инфективну војну болницу а за њеног управника постављен је др Милош Стевановић и истовремено био управник Пастеровог завода. Лечећи тифусаре брзо се и сам заразио и у 43. години живота преминуо 11. фебруара 1915. године

Био је у чину санитетског потпуковника и за више од једне деценије много је урадио у својој струци. Одликован је орденом Св. Сава V и IV реда, Медаљом за ревносну службу, Крстом милосрђа и Златним знаком Црвеног крста. Уочи разбољевања држао је нашим и страним лекарима предавање „Како ћемо се ми лекари сачувати од заразе уопште, па и пегавца посебице“. Да зло буде веће, истог дана је држао посмртно слово др Сергију Ивановићу, руском лекару, умрлом од пегавца!

Др Драга Љочић

Причу о др Драги Љочић, првој жени лекару у Србији, објавили смо у броју 15 Гласника 2012. године из пера истог аутора.

Др Павле Јевтић

Павле је рођен 1858. године у Шапцу. Основну школу и гимназију завршио је у Шапцу и Београду, као и Филозофски факултет Велике школе у Београду. Једно време је радио као професор у Смедеревској гимназији. На објављеном конкурсу примљен је за државног питомца, па је у Бечу 1892. године завршио медицину. Специјализирао је хистологију нервног система и био асистент код чувеног професора Хермана Нотнагела. По повратку у Србију, постављен је за среског, а затим за бањског лекара у Врњачкој Бањи. Потом је био шеф Интерног одељења новоотворене Окружне болнице у Нишу. На Првом конгресу српских лекара и природњака у Београду 1904.године поднео је интересантан реферат: „Миогена теорија срца и балнеолошка терапија срчаних болести у Врњачкој Бањи“. Умро је 17. новембра 1915, године у Нишу од трбушног тифуса. О њему су његове колеге у „Поменику погинулих и умрли лекара и медицинара“ написали: „Био је лакар научник, племенит, посебан према пацијентима, умро као сиромах, а могао је бити богаташ“. Ваљда ово говори све о његовом људском профилу!

Припремио
прим. др Предраг Тојић

Живот и дело професора др Вукана Чупића

ГОДИНАМА РАЗРАЂИВАО И СТВАРАО КОНЦЕПЦИЈУ ЗДРАВСТВЕНОГ ЦЕНТРА ЗА МАЈКУ И ДЕТЕ

Пише: прим. др Драгана Лозановић, мр сц. мед. специјалиста социјалне медицине*

Постоји нераскидива веза између развоја Института за здравствену заштиту мајке и детета Србије и развоја здравствене заштите жена, деце и омладине у Србији са животом и делом проф. др Вукана Чупића.

Рођен је 27. октобра 1920. године у далеком Чилеу, у граду Портомонте. Са својом породицом, као шестогодишњи дечак, вратио се у Југославију 1926. године. Основну школу завршава у Никшићу, а гимназију у Пећи. После матуре, као најбољи ђак добија државну стипендију за студије медицине у Марсеју. Други светски рат затекао га је у Француској. Пошто је припадао Француском покрету отпора, прелази у Швајцарску и студије медицине завршава у Лозани, где стиче звање доктора медицине (le grade de Docteur en Medecine). Убрзо потом изабран је за асистента Педијатријске клинике у Лозани.

На позив Југословенске владе, непосредно после ослобађања земље, вратио се септембра 1945. године у Југославију. Октобра исте године постављен је за лекара Дечје клинике Медицинског факултета у Београду.

Проблеме епидемиологије туберкулозе и вакцинације против ове болести проучава у Данској и Шведској од октобра 1947. до марта 1948. године, а затим у Паризу завршава четворомесечни курс социјалне педијатрије који је организовао УНИЦЕФ. Предавања која су се односила на пренаталну, перинаталну, неонаталну и постнаталну медицину, исхрану, превентивне мере у спречавању најчешћих инфективних болести држали су познати стручњаци из Европе и Америке. Стечена знања применио је у акцији вакцинације против туберкулозе у Југославији, у својству руководиоца одељења за вакцинацију одсека за борбу против туберкулозе Комитета за заштиту народног здравља.

Сазнања на овим предавањима знатно су допринела и одредила даљи развој Чупићеве делатности. По завршеном курсу добија стипендију Рокфелерове фондације за једногодишње усавршавање у дечјим болницама „Hospital for Sick Children“ у Торонту и Лондону. Ту се др Чупић упознаје и са модерном архитектуром дечјих установа.

У звање асистента изабран је 1952. године, а исте године постаје и уредник Гласника социјалне педијатрије. Већ следеће године, као млађи доцент, именован је за директора Института за здравствену заштиту народног подмлатка Србије.

Активности на међународном плану

У периоду од 1955. до 1957. године као експерт Светске здравствене организације за здравствену заштиту жена и деце, у сарадњи са УНИЦЕФ-ом организује „Недељу социјалне педијатрије“ у Југославији и иностранству. На симпозијуму који је одржан у Паризу, маја 1957. године био је главни референт за проблем исхране деце у Јужној Европи.

Тако је у Турској, током 1957. године, у својству саветника Владе Турске и експерта СЗО, организовао течајеве социјалне педијатрије и социјалне гинекологије са опстетрицијом. У својству експерта СЗО руководио је Симпозијумом о здравственој заштити мајке и детета, који је организован за земље Медитерана у Каиру. Одржао је и два предавања која су штампана и публикована. Исте године је био главни известилац за Јужну Европу на Симпозијуму у Паризу о проблемима исхрањености деце. Постао је члан Комитета међународне уније за децу 1957. године, Међународне фондације за здравље детета од 1962. године, као и Комитета за здравље детета СЗО од 1966. године. Свој хуманитарни и професионални рад обављао је и као члан Савета за народно здравље НР Србије.

Био је: секретар УНИЦЕФ-а за ФНРЈ; члан Савезне Комисије за здравствену заштиту мајке и детета; председник Педијатријске секције Српског лекарског друштва; секретар, а касније и председник Управног одбора Удружења педијатара Југославије; члан Националног комитета за УНИЦЕФ и председник Комисије за категоризацију хендикепиране деце.

Септембра 1962. године учествовао је на симпозијуму о универзитетској и последипломској настави из педијатрије који је одржан у Анкари. Као експерт Рокфелерове фондације и УНИЦЕФ-а учествовао је на симпозијуму о здравственој заштити малог и предшколског детета у Лаго ди Комо 1963. године. Априла 1965. године учествовао

66 >

Из историје медицине

65 <

је на симпозијуму СЗО, на коме су разматрани проблеми здравствене заштите деце у земљама у развоју и едукације из педијатрије. Уз помоћ СЗО организовао је у Београду три међународне недеље социјалне педијатрије. Личним контактима омогућио је одржавање многих стручних скупова, као и усавршавање студената и здравствених радника у земљи и иностранству. У оквиру државних размена, бројни студенти из САД и других земаља долазили су на стручно усавршавање у Институт.

Напредовање у настави

За ванредног професора Медицинског факултета у Београду доктор Вукан Чупић је изабран 1959. године, а поново је био биран 1965. године. Први избор за ванредног професора уследио је после израде његовог хабилитационог рада са називом „Прилог проучавању акутне реуматске болести“ који су референти, проф. др Матија Амброжић, проф. др Никтополион Чернозубов и проф. Чедомил Плавшић, оценили као самосталну и значајну студију из области клиничке педијатрије и социјалне медицине са новим подацима и новим тезама.

За редовног професора Катедре педијатрије Медицинског факултета, Универзитета у Београду изабран је 1966. године. Објавио је 150 научних и стручних радова, штампаних у домаћим и страним часописима, монографијама и уџбеницима.

Утицај на националну политику

На проблем дечје смртности и смртности мајки, која је у Југославији била веома висока, професор др Вукан Чупић гледао је као на епифеномен сложених збивања на релацијама здравље – болест. Означавајући здравље жена и деце изузетно угроженим у Југославији после рата, сматрао је да се само очувањем и даљим унапређењем њиховог здравља може смањити стопа смртности деце, која представља најзначајнији индикатор здравственог стања становништва. Један од његових животних аксиома био је да се здравље детета не може посматрати одвојено од здравља његове мајке: „Без антенаталне профилаксе није могућа правилна здравствена заштита детета“.

У Институту, проф. Чупић развија свестрану делатност: све нивое непосредног пружања здравствене заштите, од поликлиничког рада до интензивне неге, стручно- методолошку делатност, наставу и научно – истраживачки рад.

Снагу своје идеје и установе којом је руководио готово двадесет година, видео је пре свега у развијању основне здравствене заштите деце и омладине широм Југославије. Укупна делатност проф. др Чупића, и Института којим је руководио, усредсређена је на развијање установа за основну здравствену заштиту жена, деце и омладине у Репу-

Проф. др Вукан Чупић

блици Србији. У својству секретара УНИЦЕФ -а за Југославију, помогао је развијање тих установа у другим републикама у земљи.

Утицај на развој здравствене заштите

Доктор Вукан Чупић је више година разрађивао и стварао концепцију здравственог центра за мајку и дете. Са колосалном енергијом и огромном креативном снагом разрађиво је и осмишљавао програме рада, методске поступке и доктрину здравствене заштите, посебно у јединицама центара за мајку и дете, тј. у дечјем и школском диспанзеру. Сарађујући са гинеколозима и акушерима у диспанзеру за жене, наглашавао је јединство здравствене заштите мајке и детета. Прва искуства која је стекао са својим сарадницима публиковао је 1954. године у Гласнику социјалне педијатрије у раду са називом: „Здравствени центар за мајку и дете“. Упоредо са стварањем ванболничких јединица за здравствену заштиту мајке и детета, стварао је дечја одељења и болнице и борио се за поправљање услова рада у породилиштима.

Стеченим ауторитетом, личним

>>> Доктор Вукан Чупић у највећој мери допринео је да се од зачетка домова здравља у Југославији, које је између два рата конципирао доктор Андрија Штампар, створе високоорганизоване и саверемене здравствене установе, тј. домови здравља <<<

примером и снагом аргумената значајно је доприносио адекватним инвестицијама у људе и објекте. Сматрао је да су инвестиције у едукацију најплодоносније. Радећи често на пионирским задацима, учинио је изузетно много за стручно усавршавање медицинских сестара и лекара. Посебно је настојао да мотивише здравствене раднике да користе епидемиолошки приступ у решавању масовних здравствених проблема угроженог дела популације. Полазећи од начела да је земља, са епидемилошког становишта недељива, чинио је посебне напоре да здравствени радници из развијених делова земље помогну оне који раде у мање развијеним подручјима у којима је становништво увек суочено са тежим здравственим проблемима. Своју делатност развијао је у Југославији за коју је говорио да је пример једне неравномерно развијене земље, за шта постоје историјска објашњења. Изузетну пажњу поклањао је развијању установа за медицинску рехабилитацију, проблемима хендикепираног детета уопште (посебно деци оболелој од церебралне парализе) и здравственој заштити превремено рођеног детета.

Разрађујући са сарадницима методе рада у диспанзерима, учинио је да центри за мајку и дете постану најчешће прва, а ретко завршна етапа у формирању домова здравља као институција за здравствену заштиту целокупне породице. У своме раду полазио је од начела да је служба за здравствену заштиту мајке и детета интегрални део здравствене заштите становништва у целини.

Допринос изради стандарда

Доктор Чупић је 1965. године са својим сарадницима публиковао „Обавезне минимуме здравствене заштите новорођенчета, одојчета, малог и предшколског детета“, односно „Обавезне минимуме здравствене заштите школске деце и омладине“. Тим радовима, доктринарно је дефинисана основна здравствена заштита деце и омладине, дати су минимуми те заштите и истовремено су истакнути основни елементи за израду стандарда и норматива здравствене заштите деце и омладине. Овим путем, а и непосредно, дао је велики допринос изради најпрогресивнијих законских аката који су довели до социјализације медицине у Југославији.

Доктор Вукан Чупић у највећој мери допринео је да се од зачетка домова здравља у Југославији, које је између два рата конципирао доктор Андрија Штампар, створе савремене и високоорганизоване здравствене установе, тј. домови здравља. Његов допринос у томе има историјске димензије. Својим ауторитетом, стручним, педагошким и организационим активностима решавао је проблеме клиничке и социјалне педијатрије на целој територији Србије, Југославије и Југоисточне Европе.

За изразити допринос развоју здравствене заштите мајки и деце, као и за испољену изузетно хуманитарну активност, одликован је златним знаком признања Црвеног крста Аустрије, Медаљом заслуга за народ и Орденом рада са црвеном заставом.

После тешке и дуже болести умро је у Институту, 7. маја 1981. године, окружен поштовањем и пажњом и негован од сестара и најближих сарадника. Сахрањен је у Алеји заслужних грађана на Новом гробљу у Београду.

* Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“

Др Саша Божовић, лекар и писац

Саша Божовић, рођена је 4. августа 1912. године у Београду, у породици Магазиновић, окружена слогом, испуњена љубављу, учена да цени рад и да поштује људе. Одгајана у слози и хармонији, завршава Медицински факултет у Београду и као млада и образована девојка, заљубљује се у свог будућег супруга Борислава Божовића. Убрзо постаје његова супруга и испуњена блаженим стањем будуће мајке, труднице, очекује рођење првог детета.

Њено благостање прекида почетак рата, бомбардовањем Београда 6. априла 1941. године, није ни слутила да ће разорени јој вољени град преокренути пут благостања у пут борбе за опстанак, боли, патње, разарања и победе.

Др Саша Божовић

Након бомбардовања Београда, 6. априла 1941. године, одлази у Подгорицу са супругом Бориславом, а који је био један од организатора устанка у Црној Гори, јула 1941. године. Међутим, докторку Сашу хапсе Италијани и одводе је у затвор, а потом у логор у Албанију, те она 9. новембра рађа кћерку Долорес којој је дала име по револуционарки из шпанског грађанског рата Долорес Ибарури. У логору је очевидац људских патњи и страдања која јој се дубоко урезују у сваку пору, осећа свачију бол не размишљајући о себи самој. Али, њен пут је морао даље, одређено јој је да бол доживи већу и јачу од свих њених победа.

Бива размењена за италијанске официре и прелази на ослобођену територију Црне Горе и као лекар формира прве сеоске партизанске болнице.

Немилосрдни, свакодневни ратни минути, дани, односили су многе животе и њен најмилији, кћерка јој умире 7. марта 1943. године од последица смрзавања, исцрпљености, глади, за време четврте непријатељске офанзиве – битке на Неретви.

Неизмеран бол за кћерком никад није преболела иако је и сама 28. септембра 1943. рањена у ноге. Као рањена руководи радом болнице, несебично се даје, извршава своје задатке надљудском снагом и енергијом.

Из рата је изашла са чином пуковника, а по ослобођењу Београда постављена је за војног делегата при Црвеном крсту Југославије.

Члан је Црвеног крста, заменик начелника војне болнице у Београду, специјалиста пулмологије, начелник антитуберкулозног института, писац.

Књига „Теби моја Долорес“, посвећена кћерки, штампана је седам пута, у укупном тиражу од 70.000 примерака, не само што је најчитаније књижевно дело у СФРЈ, него и споменар и сећање на ратне дане, ратне другове, страдања и херојства, тако да је иза себе „оставила“ себе, не само у времену свог постојања, него и у свом поколењу.

Др Саша Божовић носилац је Партизанске споменице 1941, личност која заслужује дивљење, до краја се бори и хумано даје. Поред своје деце одшколовала је шеснаест малишана. Својим делима је показала колико има љубави према људском бићу, а њен несебичан рад је извор постојања (инспирације) лекара.

Др Живка Зубанов,
радиолог

Лекари пишу

ПОКРЕНУТ ПОСТУПАК ПРЕД СУДОМ ЧАСТИ РЛК БЕОГРАД

Лекар између струке и родитељских захтева

Пише: прим. др Љиљана Станковић

Лекари који примењују Закон о заштити од заразних болести и боре за правила струке и заштиту јавног Здравља налазе се у непријатној ситуацији. На предлог мајке новорођеног детета, покренут је поступак пред Судом части против спец. др мед.... а у вези вакцинисања њеног новорођеног детета по рођењу.

Дете је добило Законом прописану вакцину, коју добијају све новорођене бебе (Хепатитис Б вакцину). Родитељ ове бебе је дошао до „сазнања“ да су ризици вакцинације знатно већи од ризика заразе болешћу против којих се вакцинација врши и да се у вакцинама налазе састојци који код детета доводе до тешких неуролошких и имунолошких оштећења па чак и смрти. Иритантан је и увредљив текст њихове изјаве, у коме поступак вакцинисања деце своде на „експеримент“ савремене медицине. „Забринут таквим ставом лекара“, отац детета долази на Клинику у пратњи адвоката и у интересу заштите здравља и добробити свог детета забрањује поступак вакцинације и давање витамина К.

Аргументе, прим. др Љиљане Станковић, за примену предложених вакцина и давање Витамина К, отац не прихвата. Он је донео одлуку и ништа је не може променити. Не жели даље разговоре о томе, јер је уверен у штетност вакцина. Напомињем да породиља има инсулин зависни дијабет и њен ХбСАг статус је непознат.

Последице одлуке родитеља да његово дете не добије Витамин К након рођења. Последица може да буде крварење у првим данима по рођењу или након пар недеља. Како да испоштујем такав захтев, ако знам који је ризик за дете? Ако прихватим такав захтев родитеља (који им по тумачењу неких правника даје Закон о правима пацијента) угрожавам пацијента и кршим основна начела медицинске етике и лекарске професије.

Да размотримо „црни сценарио“: дете на захтев родитеља не добије К витамин. Након пар недеља искрвари у сну. Да ли ће да одговара лекар који је испоштовао вољу родитеља?

Последице одбијања вакцине против хепатитиса Б: Родитељ одбија да вакцинише дете, које је Законом о заштити становништва од заразних болести обавезно. Не жели да дете прими Engerih (вакцину против хепатитиса Б). Да ли треба да, пре него што слепо прихватим захтев родитеља, тражим резултате тестирања мајке на хепатитис Б? Шта ако мајка није тестирана на хепатитис Б?

Ако је HBsAg негативна, вакцина је ствар превенције и могу као лекар да прихватим одлагање вакцине.

Шта ако је жена HBsAg позитивна? Онда дете у склопу терапије треба да добије и вакцину и серум. Ако не добије предвиђену терапију може да оболи од хепатитиса Б. У 90 одсто оболелих новорођенчади прелази у хроничну форму форму (80 одсто свих карцинома јетре је последица хроничног хепатитиса Б). Ако као лекар имам ова сазнања да ли треба да прихватим захтев родитеља да дете не прими вакцину против хепатитиса Б?

Шта урадити ако је родитељ у свом захтеву о непримени терапије упоран?

Невакцинисањем деце нарушавају се резултати и суштина примене јавно здравствених мера превенције и индиректно нарушава индивидулани, односно колективни имунитет када су у питању заразне болести.

Закон о заштити становништва од заразних болести и Закона о правима пацијената су у колизији. Тако испада да су лекари жртве правних аката који су у колизију у земљи у којима се прво штите права осигураника и пацијената, без ичега обавезујућег за исте, а не интереси здравља појединца и популације у целини чињењем оних који су за то едуковани!

Надам се да ће након седнице скупштинског Одбора за здравље и породицу бити јасно дефинисани начини како лекар може да заштити јавно Здравље. Или ће и овде морати да пресуди Уставни суд као у Хрватској?

Куда иде лекарска професија?

Пише: Др Љиљана Стојадиновић, специјалиста опште медицине и УЗ дијагностике Пожаревац

Као студент медицине осамдесетих година од проф. др Драгољуба Лебеде на настави фармакологије (Универзитет у Нишу) чула сам реченицу коју тада нисам разумела, а која је гласила: „трудите се да гробље које правите не буде велико“.

Сада, после 33 година радног искуства, у потпуности разумем суштину реченог. Наиме, повод за моје писање је поразна истина коју сам сазнала у једном дневном листу, а то је да је Председник Врховног суда части у Лекарској комори Србије смењен зато што је доносио одлуке у „корист“ пацијената.

Свакодневно се као клиничар сусрећем са великом несавесношћу у раду колега, које резултирају и нажалост леталним исходом. Док сам размишљала коме да се обратим да би се то успорило, јер знам да се неће искоренити та особина лекара, затекла ме је ова информација.

Поставља се питање: чему онда Лекарска комора? Да ли треба да жмури и буде саучесник несавесности и површности лекара да би „штитила“ лекаре како пише у Статуту коморе.

Осврнућу се укратко на нека питања у вези са професијом у садашњем тренутку.

Била сам један од оснивача ЛКС као представник приватних лекара у Скупшини. На конститутивној седници извојило се неколико колега који су били најгласнији и најагресивнији на седници који су касније добили „високе функције“ у Комори. Сада мислим да су били одређени за то. ЛКС је тада постављена на „климавим“ или „грбавим“ ногама, мада овај други придев није адекватан, али сам га употребила ради изреке „што се грбаво роди никад се не исправи“.

Пратила сам дешавања у Комори, али на моју жалост не као приватни лекар, јер сам морала у клими нелегалне конкуренције да поново постанем лекар у државној пракси. Сазнајем да су се функције у току развоја Коморе уновчиле, и сада поуздано знам да постоје лекари који су више плаћени за састанчење од оних који регуларно и савесно раде свој посао. Више су на састанцима него на послу.

Да ли зато плаћамо чланарину?

Такође, мислим да је акредитација потпуно промашила суштину на начин како се сада спроводи и да је осмишљена за финансијску корист одређене групе лекарске професије. Новине у одређеним областима треба да буду актуелне за лекаре који се том проблематиком баве, а не – као што је сада случај – да се на гинеколошким предавањима налазе ОРЛ лекари или педијатријским предавањима хирурзи и слично.

Посебно је „аут“ што су предавања илити акредитација осмишљени као настава за студенте. Суштина се потпуно изгубила, јер се долази дотле да један лекар упише још неколико колега као да су присуствовали настави – што се своди на пуко скупљање бодова. Концепт усавршавања је потпуни промашај и треба га мењати.

Положај лекара и корупција?

Тема врло актуелна. О њој се прича, са чињеницама се сусрећем, али доказа има мало. Због положаја наше струке многи су посегли за нечим што није примерено угледу лекара. Нпр. кућна посета хирурга који се усуђује да лечи пнеумонију без икакве дијагностике и наплаћује свој долазак.

Кућне посете лекара са ВМА у селима Србије, наравно уз богату надокнаду и слично. Има ли оправдања за ово? Према мом мишљењу – не.

Али, иако пишем о познатим особама, чак и да их пријавим ЛКС потпуно сам разоружана напред наведеним о смени председника Врховног суда части. Решење за корупцију постоји.

Моја маленкост се усуђује на напише своје мишљење.

Нека Министар здравља добије податак колико би новца било у каси када би се само укинула редовна срамна скупштинска заседања праћена телевизијом, плус укидање паушалног плаћања сваком посланику. За први предлог сигурно има решења, а за други сам сасвим сигурна да вам је свима јасно да се у развијеним земљама плаћа рад, а не присуство на папиру уместо у скупштинској сали која јадно делује када се види 20 од 250 посланика. Елем, платите адекватно рад лекара, а онда са пуним правом одмах отказ уколико је подмићен.

Верујем да ће се свако ко чита овај текст сложити са мном, али исто тако мислим да се за мога радног века то неће десити и због тога сам јако тужна.

Унапред жалим младе људе који се одлучују за ову јако одговорну и тешку, а дискредитовану професију.

И на крају рекла бих да су здравство и школство база једног друштва. Доситеј је рекао „држава на просвећености почива“. Али код нас је на последњем месту улога просветара уз коју само за главу више стоји здравство, а на пиједесталу су сада „неки нови клинци“.

Мобинг у нашем окружењу

Пише: прим. др сци. мед. Небојша Паунковић

Мобинг је појава у животињском свету када чопор избаци најслабије јединке. Изопштене животиње су на тај начин осуђене на пропаст, односно на смрт. Последњих година се све више говори и пише о мобингу у људском друштву. Пример такве појаве, онемогућавање нашим колегама да се баве послом за који су се квалификовали, предмет је овог саопштења.

Пре актуелног Закона о здравственој заштити, донетог 2005. године, са нама су радиле и две колегинице, молекуларни биолози по примарној едукацији, које су завршиле специјализацију медицинске биохемије. Ради се о познатој зајечарској служби за нуклеарну медицину која је ове године прославила јубилеј 45 година постојања. У то време, тзв. „здравствени сарадници“ (фармацеути, биолози) могли су да специјализирају неке медицинске области, на пример, медицинску биохемију. Закон донет 2005, увео је битне промене. Фармацеути су пребачени у здравствене раднике, а биолози (и молекуларци) су остали у категорији здравствених сарадника. Тада је отпочео прави мобинг те групе људи.

Молекуларци су мала група стручњака, високо едукованих и најчешће јако способних, поготову што је овде реч у људима који су на основу постојећих закона и прописа, завршили специјализацију и положили специјалистички испит на медицинском или фармацеутском факултету. Неколико година су успешно радили, често руководили лабораторијама. Многи од њих су положили и магистарски испит или чак одбранили докторску тезу (докторат медицинских наука). Нови Закон о здравствено заштити, праћен Законом о коморама, није предвидео овакав случај.

За рад у здравственој служби предвиђене су лиценце. Лиценцу за рад издаје надлежна комора, у овом случају Комора биохемичара. У уводним пасусима се каже да чланови ове коморе могу бити само лекари и фармацеути!? Значи колеге по струци, медицински биохемичари, не могу да добију лиценцу од своје коморе (мобинг од стране колега биохемичара). Закон о здравственој заштити је покушао да изменама и допунама исправи ову нелогичност, али чланови 198а и б, предвиђени за измену никада нису измењени (односно „нису урађена пратећа акта“).

Другим речима, мобингу се придружују и чланови лекарске професије.

Ја лично не прихватам да учествујем у овој работи. Радио сам годинама са две колегинице које су жртве беспоштедног мобинга. Једна је радила у служби којом сам руководио, а друга је сама више година била на њеном челу. Желим да, када видим на Google-у више од 130 цитата радова у којима је она аутор, а ја сарадник (или обрнуто), да се бар постидим у име професије која је имала већину у чопору. //

ПРЕНОСИМО ИЗ ДРУГИХ ГЛАСИЛА >>>>>>>>>>

ЕВРОПСКИ ЗДРАВСТВЕНИ ПОТРОШАЧКИ ИНДЕКС 2014

ЕВРОПСКО ЗДРАВСТВО ИДЕ НАПРЕД – АЛИ ЈЕ НЕЈЕДНАКОСТ СВЕ ВЕЋА

// ХОЛАНДИЈА ЈЕ НА ВРХУ, ДОК МЕЂУ 36 РАНГИРАНИХ ЗЕМАЉА ИМА ИЗНЕНАЂУЈУЋИХ ПОМЕРАЊА //

Упркос строгим мерама проузрокованим финансијском кризом као што су ограничења у порасту трошкова за здравство, Европско здравство даје све боље резултате. Степен излечења срчаних болести, шлога и рака је у порасту, иако се много прича о погоршању стила живота, као што су гојазност, потрошња брзе хране и седалачки стил живота. Смртност новорођенчади је у сталном паду што може да се види у Балтичким државама које су тешко погођене финансијском кризом. Међутим, има назнака раста јаза и неједнакости. Ово су неки важни закључци Европског здравственог потрошачког индекса („Euro Health Consumer Index“, EHCI) за 2014. годину објављеног у Бриселу у присуству Европског повереника за здравство др Витенис Андриукаитиса (Vytenis Andriukaitis).

EHCI је независно годишње рангирање здравства у 36 држава. Мање охрабрује склоност пораста неједнакости између богатих и мање богатих европских земаља, која је примећена у извештају из 2013. године, а јасније је видљива у издању из 2014. године. Девет држава, све из Западне Европе, су постигле преко 800 поена од максималних 1000. Њих у стопу прате још три имућне државе (Аустија, Француска и Шведска), које нису у самом врху из различитих разлога. После њих, јасно је видљива разлика са следећом групом држава међу којима се прве појављују оне из Централне и Источне Европе и Медитерана. Ова стратификација је јаснија у извештају EHCI за 2014. годину, него у ранијим издањима.

РАНГИРАЊЕ

Збирна табела EHCI 2014 показује да Холандија, поново, прави још већу разлику са другопласираним са 19 поена из 2013. године, на 43 поена у 2014. години (разлика у 2012. је била 50 поена), постижући 898 од 1.000 поена, EHCI рекорд свих времена. Крећући од Швајцарске (855 поена) на доле, EHCI из 2014. године показује да конкуренција на врху постаје све оштрија.

Освајач бронзане медаље је Норвешка са 851 поеном, где врло висока давања на задрваствене услуге по глави становника коначно показују резултате. Финска (четврта на листи, 846 поена) је направила завидан напредак и изгледа да је превазишла традиционални проблем чекања.

Данска (пета, 836 поена) показује стални раст од почетка упоређивања држава. Неке чланице ЕУ из Источне Европе се показују изненађујуће добро, нарочито Чешка Република и Естонија, узимајући у обзир знатно мања давањ за здравство у паритету купнвне моћи усклађеном према долару по глави становника. БЈР Македонија прави најзавиднији напредак у EHCI бодовима од свих држава у историји Индекса, скочивши са 27. на 16. место, највише захваљујући мањевише елиминисањем листе чекања уводећи систем електронског заказивања у реалном времену.

Неки кључни закључци Права потрошача и пацијената се побољшавају. У све већем броју Европских држава закони из области здравства су искључиво засновани на правима пацијената, а функционални приступ сопственом медицинском картону је постао стандард. Списак квалитетних болница/клиника годинама је био органичен на 2–3 државе. Број од девет држава из 2014. године је знак да се нешто дешава у овој области, активно подржавајући избор корисника услуга. Путовања за потребе лечења, подржана су од стране нове директиве ЕУ о мобилности пацијената, могу да убрзају потражњу за транспарентним учинком.

- Финансијска криза је резултовала благом, али приметном порасту неједнакости здравствених услуга широм Европе
- Постоји све већи јаз у учинку између богатих и сиромашних држава Европе
- Свеукупно, резултати медицинских третмана се стално побољшавају
- Одлагања и/или рестриктивност су чести при увођењу нових лекова.

СРПСКОМ ЗДРАВСТВУ И ДАЉЕ НЕОПХОДНЕ СУШТИНСКЕ ПРОМЕНЕ

Србија заузима 33. место у Европском здравственом потрошачком индексу 2014, са 473 бода од максималних 1.000 бодова. То значи напредак за једно место у односу на 2013. годину. Осмо издање EHCI представљено је 27. januara у Бриселу у присуству Комесара за здравство ЕУ Vitenisa Andriukaitisa. На врху је и даље Холандија, са 898 од максималних 1.000 бодова, након које следе Швајцарска, Норвешка, Финска и Данска. Истраживање обухвата 36 земаља и Шкотску.

– Упркос томе што је у многим земљама на здравствену заштиту потрошено нешто мање новца, свеукупна делотворност здравствене заштите и даље се повећава, објашњава др Арне Бјорнберг, председавајући HCP и вођа истраживања. Приликом првог истраживања 2006. само једна земља је добила преко 800 од максималних 1.000 бодова. У 2014. има чак девет таквих веома делотворних здравствених система.

Одлике здравствене заштите у Србији и даље су необавештеност пацијената, слаб приступ и неповољни исходи лечења. Могу да се примете нека побољшања, као што је бољи приступ лекарима примарне здравствене заштите и побољшања у вези са подацима о делотворности. Српски пацијенти могу да имају користи од информација које о фармацеутским производима могу да се пронађу на интернету.

Препоруке за побољшање Србије

– Здравствена заштита у Србији одражава генерално суморну свакодневицу, сматра др Арне Бјорнберг. Сви индикатори исхода за Србију и даље су означени црвеном бојом, што је случај и са Румунијом. Треба се усредсредити на побољшање основних функција, као што је смањење смртности код новорођенчади. Решавање „југословенског наслеђа“ у виду неједнакости, корупције, слабог приступа и пренаглашености болничког лечења изискиваће огромну промену у култури, упозорава др Бјорнберг.

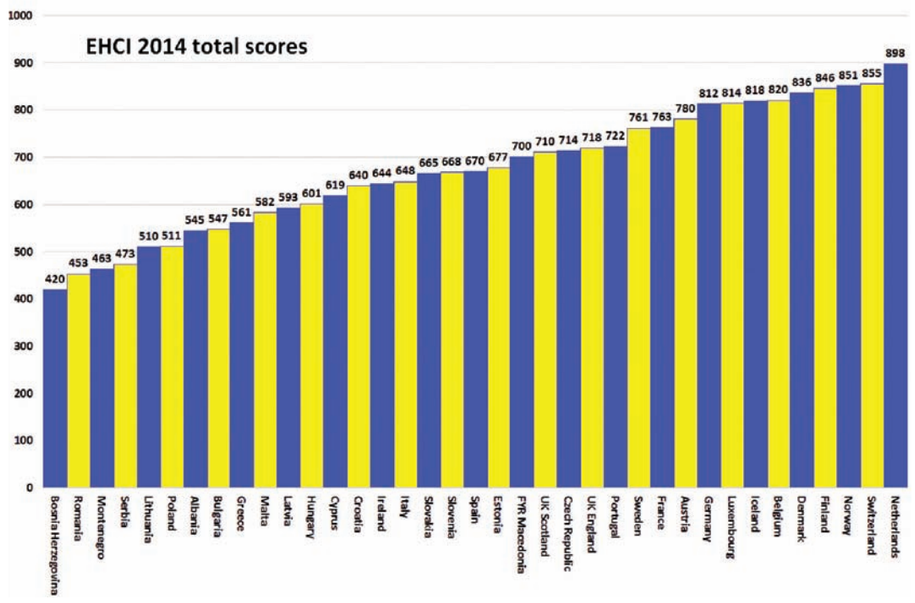
/Преузето са web-stranice HCP-a: www.healthpowerhouse.com/

О EHCI

Европски здравствени потрошачки индекс (EHCI), независно надгледа здравство у 36 држава, издао је своје осмо издање 27. januara 2015. године.

Од 2006. године ово упоређивање кључних вредности у здравству, узимајући ставове пацијената и потрошача, побољшало је схватање Европског здравства, оснажило пацијенте и помогло скретању пажње на слабости. EHCI и широки спектар студија конкретних болести изведених од стране „Health Consumer Powerhouse Ltd.“ (HCP) постављају стандарде шта може и треба да уради модерно, доброслужеће здравство. 50 Индекса су слободно доступни на www.healthpowerhouse.com.

EHCI 2014. је добио подршку захваљујући неограниченим средствима белгијских компанија „Medicover S. A.“ и „New Direction Foundation“.



КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА

Извршни одбор Регионалне лекарске коморе Београда, на другој редовној седници, одржаној 4. децембра 2014. године, донео је одлуку да се упути јавни позив организаторима акредитованих бесплатних предавања, да своје програме пријаве Регионалној лекарској комори Београда. Организаторима који пријаве своје програме, Регионална лекарска комора Београда обезбедиће техничку подршку и простор.

ЈАВНИ ПОЗИВ ЗА ПРИЈАВЉИВАЊЕ АКРЕДИТОВАНИХ ПРОГРАМА КОНТИНУИРАНЕ МЕДИЦИНСКЕ ЕДУКАЦИЈЕ

Позивају се организатори акредитованих програма КМЕ за лекаре да, уколико желе да уз техничку подршку Регионалне лекарске коморе Београда одрже акредитоване програме, пријаве своје програме Регионалној лекарској комори Београда, лично или путем поште на адресу Улица Краљице Наталије број 3, Београд.

Пријаву могу поднети:
искључиво организатори акредитованих бесплатних предавања
Регионална лекарска комора Београда обезбедиће организаторима КМЕ простор и техничу подршку стручне службе Регионалне лекарске коморе Београда.

Пријава акредитованих програма обављаће се у току 2015. године.

МЕЂУНАРОДНА САРАДЊА

СВЕТСКА МЕДИЦИНСКА АСОЦИЈАЦИЈА (WMA)

The World Medical Association (WMA) – Светска медицинска асоцијација је међународна организација састављена од независних Националних струковних организација. Основали су је 17. септембра 1947. лекари из 27 различитих држава на Првој генералној Скупштини у Паризу, да осигура независност лекара у раду и највише могуће етичке стандарде лечења свуда и за све. Финансира се од годишње чланарине сада већ 111 различитих лекарских асоцијација.

WMA организује Форуме где чланице разговарају отворено, активно сарађујући да постигну сагласје у високим стандардима медицинске етике и професионалне компетенције и да промовишу професионалну слободу лекара. Јединствено партнерство олакшава бригу о побољшању квалитета живота за све на планети.

Мисија је да служи човечанству настојећи да се достигне највиши степен Медицинске едукације, Медицинске науке, Медицинске уметности и Медицинске етике за све људе.

То подстиче кроз Декларације, Резолуције и Саопштења, које се баве широким спектром проблема: Међународним етичким кодексом, Правима пацијената, Клиничким тестирањем над људским субјектима, Негом болесних и рањених у ратним сукобима, Злостављањем затвореника, Коришћењем и злоупотребом лекова, Планирањем породице. То помаже Националним асоцијацијама у наступању према Владама и другим Међународним организацијама као водич.

Остале области деловања:

Људска права везана за здравље – промоција и одбрана основних права како пацијената тако и лекара, на националном и међународном нивоу. Као здравствени професионалци, лекари имају кључну улогу у спречавању дискриминације у остваривању права на лечење, превенцији и пријављивању злостављања. Нажалост, често постају и жртве кршења људских права бранећи права својих пацијената. WMA подржава и често интервенише да заштити лекаре који су прогањани или чак затворени због борбе за људска права.

Декларације:

• Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (Right to Health)
• Physicians in Distress
• Doctors working in prisons: human rights and ethical dilemmas
• Prevention of Torture
• Women & Health
• Other health related Human Rights issues
• Медицинска едукација-помаже лекарима да стално усавршавају своје знање и вештине
• Планирање људских ресурса за здравствену службу
• Безбедност пацијената
• Јавно здравље – пројекти контрола дувана, имунизација, хроничне незаразне болести

Иако се лекари баве углавном здрављем појединаца WMA инсистира да јавно здравље не буде одвојена категорија и залаже се за развој интегрисане здравствене заштите која укључује примарну, секундарну, терцијарну заштиту и јавно здравље. Проблем у било ком сектору може имати кобне последице како по здравље заједнице, тако и појединца. Повратак туберкулозе, ширење HIV-а, пандемијски грип, појава SARS-а даје јасну поруку о неопходности међусобне координације.

• Statement on Physicians and Public Health
• Statement on Avian and Pandemic Influenza
• Statement on HIV/AIDS and the Medical Profession
• Statement on Drug Treatment of Tuberculosis
• Statement on Health Hazards of Tobacco Products
• Statement on reducing the global Impact of Alcohol on Health and Society
• Statement on Alcohol and Road Safety
• Statement on Traffic Injury
• Демократски оквир за подршку младим медицинским асоцијацијама
• Лидерство и помоћ у развијању капацитета

• Пропагирање права лекара и права пацијената – WMA је ангажована у свим медицинским изазовима на међународном плану и критичним моментима за здравствену политику кроз праћење, подршку и процену; то је једина организација која представља глас струке на глобалном плану, али наравно сарађује са другим међународним организацијама (International Council of Nurses, the International Federation of Pharmacists and the International Dental Federation,) у постизању највиших стандарда медицинске етике и бриге о пацијенту кроз World Health Professions Alliance. Са Светском здравственом организацијом (WHO) је у званичним односима.

Етика – од оснивања WMA посебну пажњу посвећује највишим стандардима етичног понашања у лечењу. У ту сврху усвојене су Саопштења о глобалној политици по различитим етичким питањима која се редовно анализирају и развијају.

• International Code of Medical Ethics
• Declaration of Geneva
• Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects
• Declaration of Tokyo. Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment
• Declaration of Malta on Hunger Strikers
• Declaration of Lisbon the Rights of the Patient
• Declaration of Ottawa on Child Health

Са званичног сајта www.wma.net

Превела **прим. др Бранка Лазић**

***

На сајту Лекарске Коморе Србије можете прочитати неколико WMA Декларација преведених на српски језик:

• Међународни кодекс медицинске етике Светског медицинског удружења;

• Декларација о еутаназији Светског медицинског удржења;

• Декларација Светског медицинског удружења о нези болесника у терминалним фазама живота;

• Лисабонска декларација о правима пацијената;

• Женевска декларација... //

ВЕСТИ И ДОГАЂАЈИ >>>>

ВЕСТИ И ДОГАЂАЈИ >>>>>>>>>>>>>>>>>>>>

75 <

њу широког спектра компликованих операција које се већ рутински раде у овој болници. Надам се да ће ова сарадња бити настављена и очекујем да ће тим Института у скорој будућности бити потпуно компетентан да самостално лечи овакве болеснике – навео је своје утиске један од најбољих светских хирурга торако абдоминалне аорте проф. др Мајкл Џејкобс, након операције и кратког боравка у нашој болници.

За овакву хируршку интервенцију потребно је око седам до осам часова рада током којих је посебно значајно успешно извести комплексну технику заштите кичмене мождине и свих органа прокрвљених из оболелог дела аорте.

– Ова операција има велики значај за нашу установу и представља први корак у плану да уведемо ову процедуру у редован оперативни програм, чиме ћемо омогућити пацијентима са болешћу грудне и трбушне аорте да добију адекватно лечење у нашој установи. Надамо се да ће ова хируршка интервенција ускоро постати стандардна процедура у Институту – истакао је доц. др Александар Рецек, директор Института за кардиоваскуларне болести Војводине у Сремској Каменици.

ОБАВЕЗНА ИМУНИЗАЦИЈА У СРБИЈИ

Посланици Скупштине Србије усвојили су Закон о заштити становништва од заразних болести којим се предвиђа обавезна имунизација. Министар здравља, асс. др Златибор Лончар, рекао је „није реч о политици, већ о здрављу деце и нације“. Лончар је указао да је у земљама ЕУ проценат вакцинисане деце преко 96 одсто, а у Србији 89, за неке вакцине и нижи. Према

његовим речима, развијене земље имају механизме којима обезбеђују вакцинисање, па невакцинисано дете не може да се упише у вртић и школу, док у случају болести здравствено осигурање не покрива трошкове лечења.

Овлашћени предлагач измена Закона, проф. др Милета Поскурица, указао је да је одбијање вакцинације, посебно вакцине ММР (морбиле, рубеоле и заушке) достигло забрињавајући ниво. Он је додао да су ставови на друштвеним мрежама о повезаности вакцинације и потенцијалних обољења без икаквог рационалног доказа и упоришта.

Проф. др Душан Милисављевић, претходни председник Одбора за здравље и породицу, напоменуо је да пракса имунизације у Србији постоји од 1900. Године, а да се овим Законом „не намећу вакцине, већ се омогућава безбедна здравствена слика становништва“. Одбор Скупштине Србије за здравље и породицу почетком априла једногласно је прихватио предложене измене Закона које предвиђају обавезну вакцинацију за коју није потребан писани пристанак пацијента, односно законског заступника детета. Председница Одбора, проф. др Славица Ђукић Дејановић, рекла је да је циљ измена Закона да се постигне високи степен имунизације и заштите становништва од заразних болести и да парламент треба да пошаље јасну поруку грађанима о вакцинацији. Измене Закона предложила је група од 234 посланика.

ПЕТОВАЛЕНТНА ВАКЦИНА ЗА СВУ ДЕЦУ

Изменама Правилника о имунизацији и начину заштите лековима, које се примењују од 6. априла, омогућено је да сва деца у Србији имају право на бесплатну комбиновану петовалентну вакцину. Предвиђено је да сва деца, која су започела имунизацију комбинованим петовалентним вакцинама током 2014. године из медицинских разлога, као и друга деца која су започела вакцинацију овом вакцином мимо тада важећег Правилника, стичу право и могу бесплатно да буду вакцинисана истом вакцином и током 2015. године код свог педијатра у дому здравља.

Увођење новог типа комбиноване петовалентне вакцине против дифтерије, тетануса, великог кашља, полиомиелита и хемофилуса инфлуенце типа б, дефинисано је изменама и допунама Правилника о имунизацији и начину заштите лековима који се примењује од 1. јануара ове године. Како је један број родитеља током прошле године самостално набавио ту вакцину и уз сагласност педијатра омогућено јр да та вакцина буде апликована деци, мимо тада важећег Правилника, родитељи су сматрали да њихова деца имају право да са истом вакцином, о трошку РФЗО наставе и у 2015. години, када је на снагу ступио измењени Правилник.

Излазећи у сусрет свој деци која су на овак начин вакцинисана, а у циљу омогућивања да наставе са вакцинацијом започетим врстама вакцина, Министарство здравља је учинило напор да се обезбеде додатне количине комбиноване петовалентне вакцине. Министар здравља асс. др Златибор Лончар је, на предлог Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“ и уз позитивно мишљење Републичке стручне комисије за заразне болести, донео измену Правилника о имунизацији и начину заштите лековима.

Уколико из непредвиђених околности наступи тренутна несташица комбиноване петовалентне вакцине, биће обезбеђена комбинована тровалентна вакцина домаћег произвођача као адекватна замена.

ОТВОРЕНА ГЕНЕТСКА ЛАБОРАТОРИЈА

Прва генетска лабораторија у Институту за здравствену заштиту деце и омладине Војводине и нова лабораторија за вантелесну оплодњу Клинике за гинекологију и акушерство у Новом Саду – почеле су да раде 21. марта. Ове лабораторије је финансирао Покрајински секретаријат за здравство, кроз посебан програм унапређења лечења стерилитета биомедицинским потпомогнутим оплођењем и преимплантационом генетском дијагностиком (ПГД) на територији АП Војводине. До сада је уложено више од 46 милиона динара, а у 2015. години планирано је улагање још 12 милиона динара у рад тих лабораторија.

Војводина има добро развијену пренаталну и постнаталну цитогенетску дијагностику, али молекуларна дијагностика моногенских болести није постојала, осим дијагностике за цистичну фиброзу.

– Пацијенти ће бити у прилици да добију и бржу и јефтинију генетску дијагнозу. Имамо намеру да анализирамо ћелије ембриона добијених вештачком оплодњом и вратимо хромозомски здрав ембрион мајци, каже др Милан Обреновић из Института за здравствену заштиту деце и омладине Војводине.

Проф. др Весна Копитовић, покрајинска секретарка за здравство, социјалну политику и демографију истиче да је Клиника за гинекологију и акушерство КЦ Војводине и до сада имала квалитетне резултате када је реч о вантелесној оплодњи, а од сада ће бити још бољи тиме што ће омогућити пацијентима једну софистицирану, веома скупу методу. Наиме, пре него што се врати ембрион, знаће се да ли је здрав.

Предности молекуларно-генетске дијагностике у односу на досадашњи цитогенетски приступ су могућност откривања већег броја наследних болести (моногенске и већина хромозомских неправилности), прецизнија дијагностика, брже издавање резултата и врло често јефтинија анализа.

Преузето са сајта http://www.zdravstvo. vojvodina. gov. rs/, Покрајинског секретаријата за здравство, социјалну политику и демографију АПВ

ОБНОВЉЕН ВОЗНИ ПАРК СЛУЖБЕ ХИТНЕ ПОМОЋИ

Министар здравља, асс. др Златибор Лончар, уручио је кључеве 34 специјалозована возила за службе хитне медицинске помоћи представницима 24 дома здравља и Градском заводу за хитну медицинску помоћ Града Београда.

Министарство здравља је у циљу унапређења квалитета здравствене заштите за грађане Србије, уз финасијску подршку Светске банке, обезбедило укупно 64 возила за хитну медицинску помоћ, комплетно опремљених пратећом медицинском опремом, у вредности од 3,4 милиона евра. Ова набавка је реализована у оквиру пројекта „Пружање унапређених услуга на локалниом нивоу“ – ДИЛС.

Санитетска возила данас су додељена Градском заводу за хитну медицинску помоћ града Београда (10 возила), и Службама хитне помоћи домова здравља у: Ћуприји, Горњем Милановцу, Врбасу, Пожеги, Прибоју, Петровцу на Млави, Лазаревцу, Сенти, Сомбору, Убу, Обреновцу, Руми, Бачкој Тополи, Бујановцу, Новом Пазару, Куршумлији, Власотинцу, Крушевцу, Аранђеловцу, Ужицу, Тополи, Краљеву и Смедеревској Паланци. Возила су додељена установама које су имале оштећења возила настала у мајским поплавама, а такође и на основу исказаних потреба здравствених установа за санитетским возилима, старости возила у постојећем возном парку у службама хитне помоћи, броју становника и разуђености општине којој припада здравствена установа. У октобру 2014. године, додељено је 30 возила. За пет месеци коришћења, широм Србије екипе хитне помоћи су новим возилима превезле око 11.000 животно угрожених пацијената, прешавши више од 450.000 километара.

ОКРУГЛИ СТО О РАКУ ДОЈКЕ

Поводом Националног дана борбе против рака дојке, 20. марта одржан је округли сто на тему „Рана дијагностика и излечење рака дојке“, на ком су представљени резултати остварени у области превентивних прегледа и раног откривања те болести, као и планови за текућу годину. Министар здравља, асс. др Златибор Лончар, ре-

78 >

ВЕСТИ И ДОГАЂАЈИ >>>>

ОДЛУКЕ СУДА ЧАСТИ

Број: Дж – 38–3/2015
Београд, 9. јануар 2015. године

Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије, именовано решењем председника Врховног суда части Лекарске коморе Србије бр. Дж – 38–2/2014 од 22. децембра 2014. године у следећем саставу: проф. др Слободан Ковачевић, председник већа и др сци. мед. Радослав Радосављевић, мр сци. мед. Александар Исаковић, др Мирослава Јевтић, чланови Већа и проф. др Милан Парезановић, члан Већа и судија известилац, одржало је 9. јануара 2015. године у Београду нејавну седницу, а поводом разматрања и одлучивања по жалби бр. Ди – 3–5/2013 – IV, коју су 12. децембра 2014. године поднели подносиоци предлога, Сузана и Бојан Трајковић из Лесковца, а против одлуке Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију, бр. Ди – 3–5/2013 – IV од 26. септембра 2014. године, а на основу одредаба из члана 246. и члана 247. Статута Лекарске коморе Србије, дана 9. јануара 2015. године донело следећу

ОДЛУКУ

1. УВАЖАВА СЕ жалба бр. Ди – 3–5/2013 – IV, коју су 12. децембра 2014. године поднели подносиоци предлога, Сузана и Бојан Трајковић из Лесковца, а против одлуке Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију, бр. Ди – 3–5/2013 – IV од 26. септембра 2014. године, као основана у целости;

2. ПРЕИНАЧУЈЕ СЕ (на основу одредбе из члана 247. тачка 4) Статута Лекарске коморе Србије) Одлука Већа Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију број Ди – 3–5/2013 – IV, која је донета дана 26. септембра 2014. године, тако што се:

– др Биљана Стевановић, специјалиста педијатрије, рођена дана 13. маја 1957. године у Лесковцу, запослена у ОБ Лесковац, са лиценцом бр. 304343 и
– др Мариана Николић Павловић, специјалиста педијатрије, рођена 25. септембра 1963. године у Лебану, запослена у ОБ Лесковац, са лиценцом бр. 303746

ОГЛАШАВАЈУ ОДГОВОРНИМ

јер су као лекари Одељења неонатологије, ГАС ОБ Лесковац, учествујући у лечењу Саве Трајковића, новорођенчета подносилаца предлога Сузане и Бојана Трајковића у периоду од 27. јануара 2013. године до 12. фебруара 2013. године, нису обратиле довољно пажње приликом пружања здравствених услуга те је дошло до дијагностичких и терапеутских пропуста који су могли да представљају ризик по здравље детета, чиме су учиниле повреду професионалне дужности из одредаба члана 195. став 1. тачка 2) и тачка 3) Статута Лекарске коморе Србије, па им се, на основу одредбе из члана 240. став 1. тачка 1. и одредбе из става 7. овог члана Статута Лекарске коморе Србије изриче дисциплинска мера

ЈАВНА ОПОМЕНА

3. Свака страна сноси своје трошкове поступка.
4. Ова Одлука је коначна.

Образложење

На Одлуку бр. Ди – 3–5/2013 – IV коју је дана 26. септембра 2014. године донело Веће Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију, поступајући по предлогу Сузане и Бојана Трајковић из Лесковца, који су поднели томе суду против др Биљане Ставановић, лекара специјалисте педијатрије и др Мариане Николић Павловић, специјалисте педијатрије, које су обе запослене у ОБ Лесковац у Лесковцу и којом су обе лекарке ослобођене од одговорности за повреду професионалне дужности и угледа члана Коморе из одредаба члана 195. став 1. тачка 2. и тачка 3. Статута Лекарске коморе Србије, Сузана и Бојан Трајковић су изјавили жалбу.

Поступајући по наводима из наведене жалбе, надлежно Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је констатовало да је жалба благовремена и да је поднета од стране овлашћених лица.

Овом жалбом подносиоци, Сузана и Бојан Трајковић оспоравају првостепену Одлуку у целости:

– „...због погрешно утврђеног чињеничног стања,

– због погрешне примене материјалног права,

– због погрешно интерпретиране и минимизиране улоге оптужених докторки сводећи цео случај на колективну одговорност и лоше међуљудске односе,

– због не спровођења детаљног поступка и истраживања која сведоче о односу оптужених докторки према новорођенчету Трајковић Сави и мајци Сузани Трајковић,

– због не придржавања о главним оптужбеним захтевима родитеља и утврђивања појединачне одговорности оптужених докторки,

– због занемаривања чињеница да су оптужене докторке одавале лекарску тајну другим лицима о стању нашег детета,

– због занемаривања чињеница да су погрешно и недовољно лечиле наше дете, поставиле погрешну дијагнозу и хтеле да транспортују новорођенче у другу установу и да су при том ставу остале и приликом давања изјава, пред Комисијом за спољашњи стручни надзор, као и на главмној расправи пред овим Судским већем, да је наше дете имало менингитис,

– оспорава нам се право да као родитељи имамо право на избор и поверење у једног лекара и да своје патње и боли које су нам нанеле оптужене својим чињењем, морамо да доказујемо матријално и не метријално, а што се чини логично и познато како се може осећати мајка-породиља која је уплашена за живот свог новорођенчета,

– због занемаривања чињеница и истине из нашег тужбеног захтева, сведочења и изјава сведока ми као родитељи и даље се држимо у заблуди и страху за даљи живот нашег детета посебно подставкнути ослобађајућом одлуком Првостепеног судског већа према оптуженим докторкама,

– наша најискренија жалба и не слагање са оваквом ослобађајућом одлуком је заправо жеља да се задовољењем дисциплинске одговорности оптужених докторки стане на пут бахатом и паушалном понашању лекара нарочито према најмлађој популацији-бебама и спречe могуће катастрофалне последице и душевна бол родитеља...“

У образложењу ове жалбе се наводи да: „...чињенично стање изнето кроз образложење оспораване одлуке Првостепеног судског већа којом се ослобађају оптужене докторке дисциплинске одговорности, није адекватно, да је недовољно, површно, при чему апсолутно не даје одговоре и против доказне чињенице на наше тужбене захтеве као и на чињенице из решења судије истражитеља о покретању основаности покретања дисциплинске одговорности др Мариане Николић Павловић и др Биљане Стевановић.

Такође у жалби се истиче да: „... Мотив наше тужбе ... није утврђивање колективне одговорности лекара ... и решавање не решених међуљудских односа у ОБ Лесковац. Наша тужба је недвосмислена да се утврди појединачна одговорност оптужених докторки која је евидентна...“. Поред тога, оспорава се и закључак Судског већа којим се наводи: „...да зато што не постоје трајне последице по здравље детета не може се издвојено посматрати одговрност ниједног лекара појединачно...“, па се поставља и питање: „...Да ли се за утврђивање лекарске одгворности морају десити само смртни и катастрофални исхопди лечења пацијента?...“. Истиче се да: „...На основу медицинске документације, извештаја комисија и изјава сведока ... ми сматрамо супротно одлуци Првостепеног судског већа, да су одговорне за пропусте у дијагностици и лечењу, као и за непрофесионални однос према пацијенту, мајци породиљи и према предпостављенима и да су учиниле све повреде по Статуту и Кодексу ЛКС, које им стављамо на терета исказане у решењу за покретање дисциплинског поступка од стране судије истражитеља, а које је потврђено решењем председника Врховног Суда части ЛКС...“.

Посебно се наглашава да: „...Метаболички поремећај хипернатремија, који је последица интракранијалног крварења (вредности натријума су биле 182,3 ммол/л 01.2.2013.) др Биљана Стевановић није адкватно лечила, нити евидентирала поремећај који је значајно угрозио здравље и живот нашег детета ... телефоном ординирала терапију фенобарбитона, ноћу 02/03. фебруара 2013. детету које има температуру што је у супротностима са обавезама приправног лекара који мора да се одазове и дође у болницу, изјава др Срђана Митића то потврђује да је усмено испитао зашто није дошла, на основу писане пријаве шефа одељења. Након таквих вредности натријума а да није поновила лабораторијске налазе и дошла у току ноћи да прегледа дете...“. Даље се наглашава да медицинска документација није уредно вођена и да: „...Метаболички поремећај натријума са серумским вредностима је евидентиран само у отпусној листи коју је потписала др Виденовић...“. Такође се наводи да: „...Др Мариана је својим обавештавањем и Проф. Др Јанковића оставила у заблуди да је реч о менингитису код нашег детета, јер он „није сумњао у знање субспецијалисте др Мариане“.

Посебно се наглашава и то да: „...недопустиво је да лекари са таквим искуством и стеченим знањима дозволе себи чак и да диференцијално размишљају о постојању менингитиса, како је Комисија за спољашњи стручни надзор утврдила да се та дијагноза могла искључити већ после прве лумбалне пункције и анализа за инфекцију. Др Марина Николић је тврдила да параметре инкубатора подешавају медицинске сестре, али је у случају нашег детета она повисила температуру и влажност инкубатора на 60 одсто, што је предвиђено за превремено рођену децу, а не за фебрилну новорођенчад и наше дете, а потом мерила температуру детету. У свом образложењу Првостепено судско веће се не изјашњава о овим чињеницама...“.

У образложењу ове жалбе напомиње се и то да првостепено веће није узимало у разматрање: „... стручно мишљење сведока др Валентине Виденовић којим она потврђује пропусте у лечењу нашег детета од стране оптужених докторки...“, а наглашава се да ово веће није узело у рзматрање нити извело друге потенцијалне сведоке медицинске сестре, Љубинку Крстић, Милицу Цакић, Бранку Илић као и др Лепосаву Тасић, др Снежану Михајлов...“, јер је паушално закључило да се ради о поремећеним међуљудским односима.

Поред осталих навода у жалби, подносиоци жалбе, на крају предлажу да се оспорена првостепена ослобађајућа одлука за ове две лекарке – укине и: “...поново покрене поступак са допунским доказима и сведочењима...“, односно да Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије: „...поново размотри и сагледа чињенично стање кроз целокупну документацију предмета Ди 3–5/ 2013-IV и преиначи олобађајућу одлуку у изрицање неке од дисциплинских мера...“.

Након детаљног разматрања свих навода предметне жалбе, као свих изведених доказа и свих списа овог предмета, на основу веома исцрпног и детаљног Извештаја судије – известиоца (и члана Већа Врховног суда части Лекарске коморе Србије) у овом предмету, др Милана Парезановића, Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије, а и након разматрања и анали-

82 >

81 <

зирања свих доказа, како појединачно, тако и у њиховој међусобној повезаности, између осталог, утврдило следеће чињенице:

1. Новорођенче је у току хоспитализације лечио већи број лекара (пет);

2. Неспорно је утврђено да су у конкретном случају направљени (ненамерни) објективни дијагностички и терапијски пропусти (посебно што је превиђен резултат натријума из лабораторијских анализа) и то не само од стране ове две лекарке против којих је поступак покренут (др Виденовић је, после преузимања лечења новорођенчета тражила још једну лумбалну пункцију и наставила са погрешном терапијом;

3. Неспорно је утврђено да су међуљудски односи у овом колективу дуготрајно битно поремећени, а што може утицати на комплетан рад одељења и битно га угрозити;

4. На срећу, лечење новорођенчета Саве Трајковића је успешно завршено и без последица по његово здравље;

5. Начелник Службе за гинекологију и акушерство, др Срђан Митић је требало да образује конзилијум у овом случају и на тај начин би биле превазиђене даље дијагностичке, а самим тим и терапијске грешке;

6. Дијагностичка заблуда је постојала код свих лекара који су учествовали у лечењу овог новорођенчета у ОБ Лесковац;

7. Исход лечења је, на срећу, био успешан, али то не елиминише постојање погрешне дијагнозе и терапије, иако је евидентно да у овом случају је била у питању добра, а не лоша намера;

Поводом свих констатованих примедби о непотпуно утврђеном чињеничном стању, изнетих у жалби, ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је заузело став да су ове примедбе основане и да поменута ослобађајућа Одлука првостепеног Суда части погрешна.

Наиме, Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије сматра да у овом случају постоје елементи и евентуалне одговорности осталих лекара ОБ Лесковац, који су учествовали у лечењу овог новорођенчета, али, како је овај Суд части овлашћен да расправља и одлучује само „у границама захтева за покретање дисциплинског поступка“ (одредба из члана 201. Статута Лекарске коморе Србије), то је предмет ове расправе било утврђивање евентуалне одговорности др Биљане Стевановић и др Мариане Николић Павловић.

Ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије посебно наглашава да су лоши и поремећени међуљудски односи у медицинском колективу, као што је то овде случај, – недопустиви и често могу бити узрок озбиљних грешака са несагледивим и опасним последицама. Такво стање у колективу се не сме и не може толерисати.

У смислу свега напред наведеног, ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је закључило да су наводи из предметне жалбе, основани у целости, односно да првостепено веће Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију није извршило оцену свих изведених доказа у потпуности, ни појединачно ни доводећи их у међусобну корелацију, те да је извело погрешан закључак и донело погрешну одлуку, односно да је дошло до погрешне примене материјалног права, те да је ослобађајућа одлука првостепеног Већа неоснована у целости.

На основу свега, посебно детаљно сагледане постојеће медицинске документације, а посебно и чињеница и закључака у Извештају ванредне спољашње контроле квалитета стручног рада у Неонаталном одељењу Службе гинекологије и перинатологије ОБ Лесковац од 17. септембра 2013. године, на несумњив начин произилази да су (поред осталих лекара на овом Одељењу) др Биљана Стевановић и др Мариана Николић Павловић, у овом случају починиле повреде професионалне дужности, које су им стављене на терет предметним предлогом, па је ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије донело одлуку о преиначењу првостепене Одлуке Суда части Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију.

При томе, ово Веће је закључило да, имајући у виду и успешан исход лечења новорођенчета и недостатак штетних последица по здравље новорођенчета, изречена мера јавне опомене, као најблажа мера за санкционисање дисциплинске одговорности, треба да буде превентивног карактера највишег степена, када се говори о дужној пажњи лекара према пацијенту, примени одговарајућих дијагностичко – терапијских процедура, као и уредном и потпуном вођењу медицинске документације. Ово Веће сматра да ће се изреченом дисциплинском мером у потпуности остварити и превентивна и репресивна сврха кажњавања у конкретном случају

Имајући све напред наведено у виду, тежину повреде професионалне дужности и озбиљност последица те повреде у конкретном случају, а и посебно схватање да ће се изреченом и извршеном мером Јавне опомене у потпуности остварити сврха кажњавања одговорних др Биљане Стевановић и др Мариане Николић Павловић, као и циљеви генералне превенције, ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је по предметној жалби донело Одлуку као у диспозиживу.

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

ДОСТАВЉЕНО:
др. Биљана Стевановић;
др Мариана Николић Павловић;
Сузана и Бојан Трајковић;
Суд части РЛК за југоисточну Србију

VI КОНГРЕС

лекара опште медицине Србије

са међународним учешћем

Београд

24 - 27. IX 2015.

Дом гарде Топчидер

Здравствени професионализам кроз едукацију

Теме:

1. Консултације у општој медицини
2. Породични лекар - пацијент, партнерски однос
3. Слободне теме

www.opstamedicina.org www.agpfmsee.org Wonca

STOP
ПРТЕНСКА
МЕДИЦИНА
ХИДРОРАДИЈАЛНА ЕКСПОЗИЦИЈА
ЗОНА ЈУБМА