

Број 6 //
Београд //
Октобар //
2010 //
Година II //

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ

ГЛАСНИК

ISSN 1821-3995



ПРВА КОНФЕРЕНЦИЈА СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ ДИЈАСПОРЕ – БЕОГРАД

СРПСКИ ЛЕКАРИ НА СВЕТСКОМ ТРЖИШТУ РАДА

МИГРАЦИЈЕ ЛЕКАРА У СВЕТЛУ СТАТИСТИКЕ // СВАКИ ТРЕЋИ ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИК
У ВЕЛИКОЈ БРИТАНИЈИ ДОШАО ИЗ ИНОСТРАНСТВА // БЕЗ ДОКАЗА О КМЕ НЕМА ОСИГУРАЊА
ОД ЛЕКАРСКЕ ГРЕШКЕ // БУЏЕТ ЗА ИСТРАЖИВАЊА ИНСТИТУТА УНИВЕРЗИТЕТСКЕ БОЛНИЦЕ
У ХАМБУРГУ ЈЕДНАК ЦЕЛОКУПНОМ ИЗНОСУ ЗА МЕДИЦИНСКА ИСТРАЖИВАЊА У СРБИЈИ

СКУПШТИНА ЛКС УСВОЈИЛА ПРАВИЛНИК
О ОБРАЗОВАЊУ И РАДУ ЕТИЧКОГ ОДБОРА

ФОРМИРАН
ЕТИЧКИ
ОДБОР ЛКС

ЛЕКАРСКА
КОМОРА СРБИЈЕ
ПРИМЉЕНА
У СВЕТСКУ
МЕДИЦИНСКУ
АСОЦИЈАЦИЈУ

PRVO PROVERI PA POVERI

Zato što su najbolji uslovi štednje.

www.aikbanka.rs



AIK  **Banka**
D O M A Ć A , A J A K A

Гласник

ЛИСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ



Година II, број 6,
октобар 2010. године.

ISSN 1821-3995

Редакција:

Београд, ул. Краљице Наталије 1

Тел/фах:

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

И-мејл:

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

Привремени уређивачки одбор:

председник из РЛКБ
прим. др Нада Радан-Милованчев

чланови:

из РЛКЦЗС др Слађана Илић,
др Рајко Лазаревић, из ЛКЈИС
проф. др Марина Дељанин-Илић,
прим. др Љубица Ђинђић,
из РЛКБ проф. др Ранко Раичевић,
из РЛКВ проф. др Никола Грујић,
др Драган Ковачевић,
из РЛККМ проф. др Момчило Перић,
др Добривоје Јовановић

Издавачки савей:

председник проф. др Едита Стокић
из РЛКВ

чланови:

из РЛКБ проф. др Миодраг Чолић,
прим. др сци. Татјана Радосављевић,
проф. др Маријан Новаковић,
из РЛКЦЗС др Слободан Китановић,
из РЛКВ проф. др Милан Антонић,
др Зоран Булатовић,
из РЛКЈИС др Милош Бранковић,
из РЛККМ др Љубиша Недељковић

Новински уредник:

Милош Чолић

Ликовно-графикски уредник:

Илија Милошевић

Типографско писмо:

Adamant

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

Штампа: ЈП ПТТ саобраћаја „Србија“,
РЈ „Хибридна пошта“

Драге колегинице,
Драге колеге



Лето – доба одмора је иза нас. Поново смо се нашли на својим радним местима. Поново су се окупили ентузијастички – волонтери у Лекарској комори, сви око једне идеје, која траје већ четири године, да се створи стабилна, поштовања вредна Комора, наша еснафска организација, чији је главни циљ да штити интересе лекара.

Избори су, како је већ познато завршени у јуну месецу. Изабрани делегати за Скупштине Лекарске коморе Србије и свих регионалних комора имали су прилике да се на конститутивним скупштинама ближе међусобно упознају и донесу одлуке коме да укажу поверење и дају свој глас приликом избора делегата за рад у посебним одборима као и коме да повере даље руковођење Лекарском комором Србије и Регионалним коморама.

Већина предвиђених активности је обављена и овај број Гласника, као и до сада, у жељи да буде информатор збивања у Комори, објавиће имена изабраних колега за поменуте сегменте Коморе.

Нашој сада четири године старој Комори постављени су добри темељи, радило се на много поља, радило се у датом времену најбоље могуће, али тек будуће време ће моћи да покаже резултате. У протеклом периоду остварени су контакти и сарадња са великим бројем лекарских комора и лекара појединаца у свету. Колеге препознају Лекарску комору Србије као институцију од значаја и обраћају јој се са разним питањима и молбама.

Многе лекаре, Србе из дијаспоре, који су у нашој земљи завршили студије медицине интересује, између осталог, како би могли да остваре право на лиценцу наше коморе. Захваљујући напорима и умећу да се остваре контакти у свету ЛКС је успела да Београд у септембру месецу ове године постане место великог окупљања наших колега, земљака расутих по свету.

Велико признање наша Комора добила је непосредно пре него што ће Вам се Гласник наћи у рукама: Лекарска комора Србије од октобра 2010 године постала је стални члан Светске медицинске асоцијације.

Хвала драги читаоци на писмима – похвалама и идејама које упућујете.

Concordia parvae res crescunt,
discordia maximae dilabuntur

Прим. др Нада Радан-Милованчев

ИЗ ОВОГ БРОЈА

// Конститутивна седница другог сазива Скупштине Лекарске коморе Србије **8** // Изборна скупштина Регионалне лекарске коморе Војводине **9** // Оснивачка седница Скупштине Регионалне лекарске коморе Београда **12** // Извештај Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију **14** // Извештај о активностима Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију након избора **16** // Изборна скупштина Регионалне лекарске коморе Косова и Метохије **18** // На крају сви оду у САД или Канаду **24** // Новац није златни кључ **31** // Поклонили сте нам милијарде евра **36** // Волонтера – 99 одсто **41** // Основана Асоцијација младих лекара Србије **44** // Људска права и здравље **45** // Већи квалитет и – зарада **54** // Ко ће бити бржи: Скупштина или Уставни суд **55** // Континуирана медицинска едукација: искуства лекарске коморе Србије **66** // Помоћ најстаријој болници у Србији **68** // „Розе“ или „плаво“ питање је сад **69** // Великани наше медицине – др Јан Јован Валента **71** // Са свих меридијана **74** // ЛКС у „World Medical Journal“ **80** // Добре вести из Ванкувера **81** // Одлука суда части **82** //

5–19

Нови сазиви скупштина
РЛК и ЛКС

ИЗБОРИ
ОД СЕВЕРА ДО ЈУГА

20–40

Прва конференција српске
медицинске дијаспоре одржана
од 2. до 4. септембра у Београду

ЗАЈЕДНО ЗА БУДУЋНОСТ

50–56

ДОПУНСКИ РАД
ИЗМЕЂУ ТЕОРИЈЕ, ПРЕДЛОГА
И ПРАКСЕ

Већи квалитет и зарада // Ко ће бити бржи
Скупштина или суд

57–65

ПАЦИЈЕНТИ
ЗАДОВОЉНИЈИ
ОД ЗАПОСЛЕНИХ

Шта је показала анализа квалитета здравствене
заштите у Србији од 2005-2009.



Др Душан Антић, др Татјана Радосављевић и др Јасмина Кнежевић

ПРВА РЕДОВНА СЕДНИЦА ДРУГОГ САЗИВА
СКУПШТИНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

НОВИ МАНДАТ РАДОСАВЉЕВИЋЕВОЈ

// ОД ДВА ПРЕЛОЖЕНА КАНДИДАТА ЗА ДИРЕКТОРА ЛКС ТАЈНИМ ГАЛАЊЕМ,
ЗА НАРЕДНИ ЧЕТВОРОГОДИШЊИ МАНДАТ, ДР СЦИ. МЕД. ТАТЈАНЕ РАДОСАВЉЕВИЋ
// ЗА ПОМОЋНИКЕ ДИРЕКТОРА ЛКС ИЗАБРАНИ: ДР ЈАСМИНА КНЕЖЕВИЋ,
ЗА ДРЖАВНУ ПРАКСУ И ДР ДУШАН АНТИЋ, ЗА ПРИВАТНУ ПРАКСУ,
ОБА ПОМОЋНИКА СУ ИЗ РЛК ЗА ЦЕНТРАЛНУ И ЗАПАДНУ СРБИЈУ //

Прва, редовна седница другог сазива Скупштине Лекарске коморе Србије, одржана је у а понедељак, 18. октобар у 12,00 часова у сали I Општине Нови Београд. Седницу је отворила проф. Марина Дељанин Илић, председница Скупштине ЛКС, после чега је Скупштина усвојила састав верификационе комисије, која је бројањем присутних чланова констатовала да кворум на овој

седници постоји, односно да је од укупно 124 делегата, на овој седници присутно 108 делегата (87 делегата из државне праксе и 21 делегат из приватне праксе).

Проф. Марина Дељанин Илић, председница Скупштине ЛКС, на овој седници је предложила следећи дневни ред, који је усвојен већином гласова за и једним уздржаним гласом:

ДНЕВНИ РЕД

1. Усвајање Записника са прве конститутивне седнице Скупштине ЛКС;
2. Избор директора ЛКС и два помоћника директора ЛКС;
3. Избор чланова Посебних одбора Лекарске коморе Србије;
4. Избор чланова Управног одбора Лекарске коморе Србије;
– верификациона листа за чланове Управног одбора ЛКС

5 <

5. Избор председника и два потпредседника Управног одбора ЛКС;
6. Избор председника, потпредседника и чланова Надзорног одбора ЛКС;
7. Доношење Правилника о раду Етичког одбора ЛКС;
8. Избор чланова Етичког одбора ЛКС;
9. Доношење одлуке о изменама и допунама Одлуке Скупштине ЛКС од 14. 07. 2010. године о спровођењу допунских избора за чланове Скупштине Лекарске коморе Србије и чланове скупштина регионалних лекарских комора,
 - Доношење Одлуке о изменама и допунама Одлуке Скупштине ЛКС од 14. 07. 2010. године о почетку изборних радњи
 - Доношење Одлуке о утврђивању изборних јединица и броју делегата који се бира на допунским изборима за чланове Скупштине ЛКС и чланове скупштина РЛК.
10. Разно.

Сходно усвојеном дневном реду, Скупштина Лекарске коморе Србије је усвојила Записник са прве конститутивне седнице Скупштине ЛКС, већином гласова за и једним уздржаним гласом.

Под следећом тачком дневног реда, бр. 2., представљена су оба пријављена кандидата за избор директора ЛКС: проф. Тихомир Вејновић, којег је предложила РЛК Војводине и прим. др сци. мед. Татјана Радосављевић, чију је кандидатуру подржало 85 делегата Скупштине ЛКС као и РЛК за Косово и Метохију и РЛК Београда.

Након тога, спроведено је тајно гласање и за директора ЛКС у наредном четворогодишњем мандату, већином од 73 гласа за, изабрана је прим. др сци. мед. Татјана Радосављевић. Затим је, на предлог новог директора ЛКС, Скупштина ЛКС, већином гласова јавним гласањем изабрала оба помоћника директора ЛКС и то проф. др Јасмину Кнежевић из државне праксе и др Душана Антића из приватне праксе. Оба помоћника су из РЛК за централну и западну Србију. Затим је, на предлог председнице Скупштине, прихваћено да се разматра тачка бр. 7. дневног реда и, након уводног излагања представника стручне службе ЛКС, Скупштина је једногласно усвојила Правилник о организовању и раду Етичког одбора ЛКС.

После тога, под тачком бр. 3. и бр. 8. спроведено је тајно гласање чланова Скупштине Лекарске коморе Србије и већином гласова чланова Скупштине ЛКС су изабрани следећи чланови Посебних одбора и Етичког одбора ЛКС:

1. Посебан одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси Лекарске коморе Србије представљају доктори:

Миодраг Вукчевић	Драган Малобабић	Марина Дељанин Илић
Јасмина Кукобат	Живорад Дидић	Владимир Обрадовић
Милан Ковијанић	Владо Спироски	Сава Станојевић
	Наташа Поповић	

2. Посебан одбор за међународну сарадњу Лекарске коморе Србије:

Нада Радан Милованчев	Драган Мандарић	Светлана Сараволац Стефановић
Мирјана Марковић Лазић	Саша Зајић	Славица Ђуровић Младеновић
Борка Милев	Добрила Дражовић	Властимир Цветковић
	Александар Васић	

3. Посебан одбор за секундарну и терцијарну заштиту у приватној пракси Лекарске коморе Србије:

Драгана Милутиновић	Љиљана Милашиновић	Димитрије Панфилов
Јадран Бандић	Драган Стефановић	Јовица Станојковић
Бранко Миленковић	Миодраг Јаркин	

4. Посебан одбор за стручна питања и стручни надзор Лекарске коморе Србије:

Драгана Матић	Миодраг Манигода	Мирослав Илић
Лили Џилвициева	Милан Симић	Мирослав Миљковић
Љубиша Недељковић	Предраг Мијаиловић	Владимир Гајић
	Радисав Пантић	

5. Посебан одбор за медицинску етику Лекарске коморе Србије:

Марина Драговић	Снежана Петровић	Милета Попов
Тонка Перишкић	Владета Милојевић	Славица Ђуровић Младеновић
Гордана Лучић	Милутин Андрић	Драгана Игњатовић Ристић
	Владан Михаиловић	

6. Посебан одбор за примарну здравствену заштиту у приватној пракси Лекарске коморе Србије:

Милан Динић	Данка Грудић	Дорина Бугариу
Јадран Тачић	Снежана Јовановић	Радмила Јанковић
Бранка Јоцић	Смиља Банковић	

7. Посебан одбор за медицинско образовање Лекарске коморе Србије:

Јован Димитријевић	Бобан Ђорђевић	Весна Пековић Зрнић
Јадранка Равић	Иван Илић	Радивоје Лазић
Станко Барлов	Рада Петровић	Србислава Милинић
Давид Стојановић		

8. Посебан одбор за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси Лекарске коморе Србије:

Сергеј Лазаров	Јасмина Павловић	Светлана Малешевић
Светлана Детки	Небојша Илић	Александар Радосављевић
Гордана Ђокић	Ружица Стојић	Славица Чанковић
Зоран Спасојевић		

9. Етички одбор Лекарске коморе Србије:

Ђорђе Алемпијевић	Загорка Максимовић	Весна Млађеновић
Јосип Чикош	Јожеф Сирак	Снежана Гајић
Ружица Аздејковић	Лидија Ристић	Јасмина Иванчевић
Владимир Срећковић	Жаклина Тутуновић	Љубинко Васиљевић
Владан Михаиловић	Милена Цветковић	Јелица Крчмаревић

Док је трајало бројање гласачких листића за избор чланова посебних и Етичког одбора ЛКС, председница Скупштине је, под тачком 10. дневног реда – Разно изнела приговор који је др Миљко Пејић из РЛК за централну и западну Србију изнео на рад Скупштине ове РЛК тражећи тумачење од ове Скупштине, да ли је Скупштина РЛК за централну и западну Србију повредила одредбе Пословника о раду Скупштине ЛКС, обзиром да је за избор председника ове РЛК гласала јавно. Правна служба ЛКС дала је стручно тумачење, које је Скупштина ЛКС и усвојила јавним гласањем, да у конкретном случају нема повреда Пословника Скупштине ЛКС.

Након кратке паузе у којој су се Посебни одбори ЛКС, као и Етички одбор ЛКС конституисали (нису се конституисали Посебан одбор за стручна питања и стручни надзор ЛКС и Посебан одбор за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној пракси ЛКС, јер нису имали кворум), Етички одбор је предложио, а Скупштина ЛКС је јавним гласањем изабрала др Ђорђа Алимпијевића за председника Етичког одбора ЛКС..

После тога, Посебни одбори су предложили Скупштини Лекарске коморе Србије, по једног члана Управног одбора ЛКС из својих састава, тако да је формирана листа од 16 од укупно 18 кандидата предложених за чланове Управног одбора ЛКС.

После овога, у складу са тачком 4. дневног реда ове седнице, Скупштина ЛКС је тајним гласањем изабрала свих предложених 16, од укупно 18 чланова Управног одбора ЛКС и то:

Управни одбор Лекарске коморе Србије:

Спасо Анђелић	Сава Станојевић	Драгана Милутиновић
Бранислав Перин	Јадран Тачић	Милан Симић
Горан Стојиљковић	Бранко Ристић	Слађана Илић
Златко Новески	Рада Петровић	Александар Радосављевић
Милета Попов	Снежана Јовановић	Светлана Сраволац Стефановић
Миодраг Вукчевић		

Даље, у складу са тачком 8. дневног реда, Скупштина ЛКС је тајним гласањем изабрала и Надзорни одбор Лекарске коморе Србије у следећем саставу:

Надзорни одбор Лекарске коморе Србије:



Др Слађана Илић, др Драгана Милутиновић и др Милета Попов

- Нада Јовановић Васиљевић,
- Бранко Миличевић,
- Владета Милојевић,
- Бранко Радивојевић и
- Славица Чанковић.

После обављеног тајног гласања, одређена је краћа пауза у којој су се конституисали и Управни и Надзорни одбор Лекарске коморе Србије, а који су затим предложили Скупштини ЛКС кандидате за избор председника и 2 потпредседника Управног одбора и председника и заменика председника Надзорног одбора, а Скупштина ЛКС је, у скла-

ду са тачком 5. дневног реда, већином гласова изабрала:

- Драгану Милутиновић за председника Управног одбора ЛКС из приватне праксе,
- Слађану Илић за потпредседника Управног одбора ЛКС из државне праксе и
- Милету Попова за потпредседника Управног одбора ЛКС из приватне праксе.

као и у складу са тачком 6. дневног реда, Скупштина ЛКС је изабрала:

- Бранка Радивојевића за председника Надзорног одбора ЛКС и

- Бранка Миличевића за заменика председника Надзорног одбора ЛКС.

И на крају, обзиром да је само тачка 9. дневног реда преостала, након образложеног предлога од стране правног заступника Лекарске коморе Србије, Скупштина Лекарске коморе Србије је донела следеће одлуке:

Одлуку о изменама и допунама Одлуке о спровођењу допунских избора за чланове – Скупштине ЛКС и чланове скупштине РЛК, којом се ови избори заказују за недељу, 28. новембар 2010. године;

– Одлуку о изменама и допунама Одлуке о почетку спровођења изборних радњи, којом изборне радње почињу да теку од 20. октобра 2010. године и

– Одлуку о изменама и допунама Одлуке о утврђивању изборних јединица и броју делегата који се бирају на допунским изборима за чланове Скупштине ЛКС и чланове скупштине РЛК.

Обзиром да је на овај начин исцрпљен дневни ред у потпуности, ова седница је закључена у 18,30 сати. //

КОНСТИТУТИВНА СЕДНИЦА ДРУГОГ САЗИВА СКУПШТИНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

ДОПУНСКИ ИЗБОРИ 7. НОВЕМБРА

// ЗА ПРЕДСЕДНИКА СКУПШТИНЕ ЛКС ИЗАБРАНА ПРОФ. ДР МАРИНА ДЕЉАНИН ИЛИЋ, ДОК СУ ЗА ПОТПРЕДСЕДНИКЕ СКУПШТИНЕ ЛКС ИЗАБРАНИ, ИЗ ДРЖАВНЕ ПРАКСЕ, ПРОФ. ДР МИЛОШ МИЉКОВИЋ И ИЗ ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ ПРОФ. ДР БРАНКА ЈОЦИЋ // ВЕРИФИКОВАНИ МАНДАТИ 122 ИЗАБРАНА ЧЛАНА СКУПШТИНЕ ЛКС //

Прва, конститутивна седница Скупштине Лекарске коморе Србије, након избора који су одржани 20. и 27. јуна 2010. године за чланове Скупштине ЛКС и чланове Скупштина РЛК у саставу, заказана је за среду, 14. јули 2010. године, са почетком у 11,00 часова у сали I Општине Нови Београд.

Седницу је отворио проф. Милан Антонић, председник Скупштине ЛКС из претходног сазива, одржавши пригодан поздравни говор реч је предао најстаријем члану новог сазива Скупштине ЛКС, проф. Стевану Баљошевићу. Професор Стеван Баљошевић је предложио, а Скупштина усвојила састав верификационе комисије, која је бројањем присутних чланова констатовала да кворум на овој седници постоји, односно да је од укупно 124 делегата, на овој седници присутно 95 делегата (72 из државне праксе и 23 делегата из приватне праксе). председавајући на овој седници је предложио следећи дневни ред, који је једногласно усвојен

Прва тачка дневног реда била је подношење извештаја председника Централне изборне комисије ЛКС и верификација мандата чланова Скупштине Лекарске коморе Србије док је другом усвојен извештај Централне изборне комисије ЛКС о спроведеним изборима за чланове Скупштине Лекарске коморе Србије и чланове скупштина Регионалних лекарских комора у њеном саставу.

Сходно усвојеном дневном реду, Скупштина Лекарске коморе Србије је усвојила Извештај Централне изборне комисије ЛКС и извршила верификацију мандата 122 изабрана члана Скупштине Лекарске коморе Србије. Затим је, сходно плану и усвојеном дневном реду, проф. Стеван Баљошевић, председавајући овој седници објавио прекид ове седнице и најавио њен наставак у септембру, о чему ће сви чланови Скупштине бити благовремено, писмено обавештени.

Наставак прве, конститутивне седнице Скупштине Лекарске коморе Србије је благовремено заказан и одржан у петак, 17. септембра 2010. године, такође у сали I Општине Нови Београд, са почетком у 12,00 часова.

И овај наставак седнице је отворио проф. Стеван Баљошевић, председавајући овој седници Скупштине Лекарске коморе Србије. Сходно усвојеном дневном реду од 14. јула 2010. године, Скупштина је, у складу са одредбама важећег Правилника о поступку кандидовања, начину избора и опозива чланова Скупштине и других

органа Лекарске коморе Србије и чланова скупштине и других органа регионалних лекарских комора у њеном саставу, као и на основу предлога из Регионалних лекарских комора, изабрала Комисију за избор и именовање Лекарске коморе Србије.

На овој седници направљена је кратка пауза у току које је Комисија за избор и именовање Лекарске коморе Србије извршила сопствено конституисање и изабрала председника ове Комисије.

Након ове паузе, Скупштина Лекарске коморе Србије је донела одлуку којом прихвата именовање Комисије за избор и именовање Лекарске коморе Србије у предложеном саставу, као и да прихвата именовање председника ове Комисије.

Председавајући Скупштине Лекарске коморе Србије на овој седници, проф. Стеван Баљошевић је поново одредио паузу у раду ове седнице, у току које је спроведено тајно гласање за председника и два подпредседника (један из државне и један из приватне праксе) Скупштине Лекарске коморе Србије.

Након обраде гласачког материјала, Комисија за избор и именовање Лекарске коморе Србије је саопштила резултате гласања и Скупштина је донела одлуку којом се за председника Скупштине ЛКС бира проф. др Марина Дељанин Илић, за подпредседника Скупштине ЛКС из државне праксе, проф. др Милош Миљковић и за подпредседника Скупштине ЛКС из приватне праксе проф. др. Бранка Јоцић.

Након овога и једногласних честитки изабраном руководству Скупштине, вођење ове седнице проф. Стеван Баљошевић је препустио новом председнику Скупштине, проф. др Марини Дељанин Илић.

У складу са дневним редом ове седнице, на предлог председника Скупштине Лекарске коморе Србије и краћег појашњења од стране секретара Лекарске коморе Србије и правног заступника Лекарске коморе Србије, Скупштина Лекарске коморе Србије је једногласно донела одлуку којом се допунски избори за чланове Скупштине ЛКС и чланове Скупштина РЛК у њеном саставу заказују за недељу, 7. новембар 2010. године, а да изборне радње приочију да теку од 7. октобра 20210. године.

Захваливши се на указаном поверењу, председник Скупштине Лекарске коморе Србије, проф. др Марина Дељанин Илић је закључила ову седницу. //



Председништво Скупштине РЛК Војводине новог сазива

ИЗБОРНА СКУПШТИНА РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ВОЈВОДИНЕ

КОНСТИТУТИВНА СЕДНИЦА

// ВЕЋИНОМ ГЛАСОВА ЗА ПРЕДСЕДНИКА СКУПШТИНЕ ИЗАБРАН ДР МАРКО СЕНТЕ ИЗ СУБОТИЦЕ, ДОК СУ ЗА ПОТПРЕДСЕДНИКЕ СКУПШТИНЕ РЛКВ ИЗАБРАНИ ДР ЗОРАН КОМАЗЕЦ ИЗ НОВОГ САДА И ДР КЛАРА БОРОШ ЋЕВИ МАРКУШ ИЗ СУБОТИЦЕ // ПРОФ. ДР БРАНИСЛАВ ПЕРИН ЈЕДНОГЛАСНО ИЗАБРАН ЗА ПРЕДСЕДНИКА РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ВОЈВОДИНЕ // ПОТПРЕДСЕДНИЦИ РЛКВ ДР БОГДАН НИКОЛИЋ ИЗ СОМБОРА И ДР ДРАГАНА ГВОЗДАНОВИЋ ИЗ НОВОГ САДА //

Конститутивна седница Скупштине Регионалне Лекарске коморе Војводине је настављена 10. септембра 2010. године. У складу са раније утврђеним дневним редом, изабрана је комисија за избор и именовање РЛКВ у саставу: др Бранко Миличевић, државна пракса Нови Сад (председник) и чланови др Радослав Бечејац, државна пракса Кикинда, др Милета Попов, приватна пракса Зрењанин, др Емилија Грујић, приватна пракса Стара Пазова и др Мирјана Анђелић, приватна пракса Нови Сад.

Након избора Комисије, уследио је избор Председника Скупштине Регионалне лекарске коморе Војводине.

Кандидатуру за председника Скупштине РЛКВ поднела су два члана Скупштине, Др Марко Сенте, државна пракса из Суботице и др Светлана Малешевић, државна пракса из Новог Сада. Већином гласова за председника Скупштине изабран је др Марко Сенте, државна пракса из Суботице. За потпредседнике Скупштине РЛКВ изабрани су др Зоран Комазец, државна пракса из Новог Сада и др Клара Борош Ћеви Маркуш, приватна пракса из Суботице.

На предлог Председника РЛКВ, др Зорана Булатовића, одлучено је да се Изборна седница Скупштине РЛКВ одржи 24. септембра 2010. године.

9 <

Прва редовна седница Скупштине РЛКВ одржана је 24. септембра у Новом Саду, у Мастер центру Новосадског сајма. На седници је био предложен следећи дневни ред:

1. Усвајање записника са Конститутивне седнице Скупштине РЛКВ
2. Избор председника и два потпредседника РЛКВ
3. Избор председника, два потпредседника и пет чланова извршног одбора РЛКВ
4. Избор председника и два члана надзорног одбора РЛКВ
5. Избор чланова посебних одбора РЛКВ
6. Предлог Скупштине РЛКВ за чланове органа и тела ЛКС (Директор ЛКС, два заменика Директора ЛКС, УО ЛКС, Етички одбор ЛКС, Одбор за међународну сарадњу ЛКС и Надзорни одбор ЛКС)
7. Разно

Поступајући по дневном реду, Комисија за избор и именовање РЛКВ је известила Скупштину да је једину кандидатуру за Председника РЛКВ поднео проф. др Бранислав Перин, државна пракса из Новог Сада. Професор др Бранислав Перин је једногласно изабран за Председника Регионалне лекарске коморе Војводине. За потпредседнике РЛКВ изабрани су Др Богдан Николић, државна пракса из Сомбора и др Драгана Гвоздановић, приватна пракса из Новог Сада

Након избора председника, Скупштина Регионалне лекарске коморе Војводине је, у складу са Правилни-

ком о поступку кандидовања, начину избора и опозива чланова Скупштине и других органа Лекарске коморе Србије и чланова Скупштине и других органа регионалних комора у њеном саставу, изабрала и осам чланова извршног одбора РЛКВ:

Зоран Булатовић, приватна пракса Нови Сад
Марко Сенте, државна пракса Суботица
Мирјана Анђелић, приватна пракса Нови Сад
Јосип Чикош, приватна пракса Нови Сад
Светлана Чвокић, државна пракса Нови Сад
Илона Чернетић, државна пракса Чантавир
Гордана Гашпар, државна пракса Вршац
Радивој Бореновић, државна пракса Кикинда

Због кандидатуре у Извршни одбор, Мирјана Анђелић је поднела оставку на чланство у Комисији за избор и именовање РЛКВ. У Надзорни одбор Регионалне лекарске коморе Војводине изабрани су:

Веселин Бојат, државна пракса из Новог Сада
Емилија Грујић, приватна пракса из Старе Пазове
Тихомир Вејновић, државна пракса из Новог Сада

Због кандидатуре за Надзорни одбор, Емилија Грујић је поднела оставку на чланство у Комисији за избор и именовање РЛКВ. За чланство у Одбору за медицинску етику РЛКВ кандидатуру су поднели следећи лекари:



Избори у Мастер центру Нови Сад

Драган Ристић, Врбас
 Слађана Јовановић, Нови Сад
 Драгана Гвоздановић, Нови Сад
 Тонка Перишкић, Сомбор
 Љубиша Грујић, Вршац
 Дубравка Флего, Суботица
 Миљан Малетин, Нови Сад
 Владимир Арсенић, Зрењанин
 Славица Гутић, Бачка Паланка
 Гроздана Путник, Инђија
 Саша Петровић, Рума

Скупштина је једногласно прихватила предложену листу кандидата.

За чланство у Одбору за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у приватној пракси РЛКВ кандидатуру су поднели следећи лекари:

Владимир Блануша, Сомбор
 Душан Чокулов, Зрењанин
 Бошко Субашић, Сремска Митровица
 Владо Милетић, Панчево
 Дорина Бугариу, Вршац
 Јадран Тачић, Суботица
 Маја Тоби Стризовић, Нови Сад
 Драган Ранков, Кикинда
 Мирјана Зрнић, Бечеј
 Јадранка Јовић, Нови Сад
 Милица Рашета, Апатин
 Бранко Недић, Рума

Скупштина РЛКВ је једногласно прихватила предложену листу кандидата.

За чланство у посебном одбору за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној пракси кандидатуру су поднели следећи лекари:

Мирјана Анђелић, Нови Сад
 Хранислав Ђолић, Нови Сад
 Растислав Филко, Нови Сад
 Гордана Козаров, Нови Сад
 Игор Брзаковић, Нови Сад
 Јадран Бандић, Панчево
 Ласло Торде, Зрењанин
 Предраг Матејин, Зрењанин

Скупштина РЛКВ је једногласно прихватила предложену листу кандидата.

Кандидатуру за чланство у посебном одбору за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси поднели следећи лекари:

Бранка Беновић, Зрењанин
 Светлана Малешевић, Нови Сад
 Предраг Филипов, Нови Сад
 Мирјана Марковић Лазић, Панчево
 Снежана Трећаков, Нови Сад
 Светлана Детки, Зрењанин
 Нада Кардум, Нови Сад
 Никулина Мијучић, Нови Сад
 Радослав Бечејац, Кикинда

Скупштина РЛКВ је једногласно прихватила предложену листу кандидата.

Кандидатуру за чланство у посебном одбору за стручна питања и надзор РЛКВ поднели су следећи лекари:

Мирослав Илић, државна пракса Нови Сад
 Лили Џилвициева, државна пракса Нови Сад
 Јожеф Сирак, државна пракса, Суботица

Гордана Козловачки, државна пракса, Зрењанин
 Данијела Станковић Баричак, државна пракса, Нови Сад

Љерка Попов, државна пракса, Зрењанин
 Јасминка Вејновић, приватна пракса, Нови Сад
 Ванда Пековић Дринчић, државна пракса, Сомбор
 Бојан Зарић, државна пракса, Нови Сад
 Нина Смиљанић, државна пракса, Нови Сад

Скупштина је једногласно прихватила предложену листу кандидата.

За чланство посебног одбора за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси кандидатуру су поднели следећи лекари:

Татјана Станковић, Сомбор
 Милан Ковијанић, Панчево
 Снежана Гајић, Сомбор
 Драган Малобабић, Сремска Митровица
 Аурора Гајта, Вршац
 Ђорђе Петровић, Нови Сад
 Соња Прћић, Нови Сад

У чланство посебног одбора за медицинско образовање предложени су следећи лекари:

Зоран Комазец, Нови Сад
 Весна Пековић Зрнић, Нови Сад
 Наташа Дрча, Сомбор
 Горан Вешовић, Вршац
 Јадранка Равић, Рума
 Матилд Чеке, Зрењанин
 Дејан Дајковић, Зрењанин
 Јованка Копривица, Зрењанин
 Олгица Јукић Неатница, Нови Сад
 Предраг Рогулић, Сремска Митровица
 Драгана Мрђенов, Сомбор
 Ненад Ђетковић, Нови Сад

Скупштина је једногласно прихватила предложену листу кандидата.

Након избора посебних одбора, Скупштина РЛКВ је, поступајући у складу са дневним редом, донела следеће одлуке:

– Испред Регионалне лекарске коморе Војводине, за директора Лекарске коморе Србије предложен је проф. др Тихомир Вејновић, државна пракса Нови Сад. За место потпредседника Лекарске коморе Србије предложен је др Драган Данкуц, државна пракса Нови Сад.

– За чланове Управног одбора ЛКС предлажу се Бранислав Перин, државна пракса Нови Сад и Јадран Тачић, приватна пракса Суботица. За члана Надзорног одбора Лекарске коморе Србије предложен је Бранко Миличевић, државна пракса Нови Сад. За чланове одбора за међународну сарадњу предложу се Светлана Сараволац Стефановић, државна пракса Нови Сад и Мирјана Марковић Лазић, државна пракса Панчево. За чланове Етичког одбора ЛКС предложени су Јосип Чикош, приватна пракса Нови Сад, Јожеф Сирак, државна пракса Суботица и Снежана Гајић, државна пракса Сомбор.

Новоизабрани органи РЛКВ су одржали своје конститутивне седнице и у наредном периоду започеле са својим активностима у складу са Статутом и другим општим актима Коморе. //

ОСНИВАЧКА СЕДНИЦА СКУПШТИНЕ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ БЕОГРАДА

ИЗАБРАНИ ПРЕДСЕДНИЦИ

// ПРЕДСЕДНИК СКУПШТИНЕ РЛК БЕОГРАДА ДР БРАНКА ЛАЗИЋ, СПЕЦИЈАЛИСТА ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ У ДЗ СТАРИ ГРАД ДОК СУ ЗА ПОТПРЕДСЕДНИКЕ СКУПШТИНЕ ИЗАБРАНИ ДР ВЛАДИМИР ЖУГИЋ ИЗ ДРЖАВНЕ ПРАКСЕ И ДР ГОРДАНА ПАНТЕЛИЋ ИЗ ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ // ПРЕДСЕДНИК РЛК БЕОГРАДА ДР СПАСО АНЂЕЛИЋ, ПРИМ. СПЕЦ. АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИЈЕ У ГАК „НАРОДНИ ФРОНТ“ ДОК СУ ЗА ПОТПРЕДСЕДНИКЕ ИЗАБРАНИ ДР МИОДРАГ СТАНИЋ И ДР ВЕРА ОДАНОВИЋ //

Први део оснивачке седнице Скупштине РЛК Београда одржан је 15 јула 2010. године на којој су верификовани мандати следећих делегата доктора: Драган Цветић, Бојан Васић, Милош Јовановић, Сања Тасић, Драгана Гојшина, Ненад Степић, Снежана Петровић, Лукас Расулић, Мирјана Лапчевић, Драгана Матић, Весна Шуљагић, Мирослав Вукосављевић, Нинослава Михајловић, Небојша Лађевић, Нада Јовановић – Васиљевић, Марија Тошић, Драгана Мартиновић, Снежана Кузмановић, Владимир Ковчин, Србољуб Стајић, Јасмина Кукобат, Ђорђе Алемпијевић, Бранка Лазић, Александра Милосављевић, Јелена Милић, Сара Белеслин, Мирјана Мићовић, Мирјана Милићевић, Драгица Блажон, Драган Мандарић, Миодраг Вукчевић, Весна Млађеновић, Горица Бишкупих, Сања Ђорђевић, Петар Станојевић, Владимир Жугић, Јасмина Павловић, Сергеј Лазаров, Игор Николић, Нада Бараћ, Љиљана Миленковић – Атанацковић, Миодраг Срећковић, Гордана Сувајац, Миодраг Манигода, Мирјана Дурбаба, Зорица Ђумић, Миланка Давитков, Војислав Живанић, Драгана Милутиновић, Данијела Вранеш, Драгана Миливојевић, Миодраг Тодоровић, Милан Динић, Александар Ђоковић, Мирослава Шарац, Султана Манојловић и Ана Гифинг – Брадић.

Два месеца касније, 16. септембра одржан је други део оснивачке седнице Скупштине РЛК Београда на којој су изабрани чланови Комисије за избор и именовање, и то: др Мирјана Мићовић, др Миланка Давитков, др Ивана Петровић, др Нинослава Михајловић и др Војислав Живанић.

Председник Скупштине РЛК Београда је др Бранка Лазић, спец. опште медицине у ДЗ Стари Град док су потпредседници Скупштине РЛК Београда из државне праксе др Владимир Жугић, и из приватне праксе др Гордана Пантелић.

Петог октобра одржана је друга редовна седница Скупштине РЛК Београда на којој су изабрани следећи органи: **председник РЛК Београда др Спасо Анђелић, прим. спец. акушерства и гинекологије у ГАК „Народни фронт“ док су за потпредседнике РЛК Београда изабрани др Миодраг Станић из државног сектора и др Вера Одановић из државног сектора.**

Председник Надзорног одбора РЛК Београда су: Весна Јовановић, државни сектор, док су чланови Надзорног одбора РЛК Београда Владимир Ковчин из државног сектора и Миодраг Срећковић, из државног сектора.

Чланови Одбора за стручна питања и стручни надзор РЛК Београда су: Драгана Матић, Душан Стефановић, Љиљана Сокал-Јовановић, Гордана Пантелић, Миодраг Манигода, Драган Мандарић и Марија Тошић.

Чланова Одбора за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси РЛК Београда су: Сања Тасић, Сергеј Лазаров, Александра Милосављевић, Сања Ђорђевић, Вера Одановић, Јасмина Павловић, Мирјана Милићевић, Горица Бишкупих и Петар Станојевић.

Чланови Одбора за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси РЛК Београда су: Јасмина Кукобат, Нада Бараћ, Лукас Расулић, Миодраг Вукчевић, Драган Цветић, Петар Васиљевић и Владимир Жугић.

Чланови Одбора за примарну здравствену заштиту у приватној пракси су: Мирослава Шарац, Данка Грудић, Султана Манојловић, Милан Динић, Зорица Динић, Миодраг Манигода и Данијела Вранеш. **Чланови Одбора за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној пракси су:** Драган Манојловић, Александар Ђоковић, Гордана Сувајац, Зоран Раовић, Миодраг Станић, Мирјана Дурбаба, Јасмина Кнежевић, Драгана Милутиновић, Љиљана Милашиновић, Виолета Скоробаћ и Драгољуб Мандић.

Чланови Одбора за медицинску етику: Снежана Кузмановић, Јелена Милић, Миодраг Тодоровић, Марина Драговић, Ана Гифинг Брадић, Петар Дабић, Загорка Максимовић, Снежана Петровић, Љиљана Миленковић-Атанацковић и Вукашин Кариклић.

Чланови Одбора за медицинско образовање: Сања Ђорђевић, Вера Одановић, Јелена Милић, Бојан Васић, Јован Димитријевић, Небојша Лађевић, Зорица Ђумић, Бобан Ђорђевић, Милош Јовановић, Олга Поповић, Игор Николић и Драгана Гојшина



Клинички болнички центар Србије

Следеће недеље, 11. октобра одржан је наставак друге редовне седнице Скупштине РЛК Београда на којој су изабрани следећи органи:

За чланове Посебног одбора за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси РЛК Београда, поред девет чланова који су изабрани на седници Скупштине РЛК Београда од 05. октобра 10.2010. године, изабрани су и Љубиша Поповић и Драгана Мартиновић

Председник Извршног одбора РЛК Београда је др Олга Поповић, спец. физикалне медицине и рехабилитације оснивач ординације „Physical“. Потпредседници Извршног одбора РЛК Београда су: др Бојан Васић, спец. акушерства и гинекологије из државне праксе запослен у ГАК „Народни фронт“ и др сци. мед. Мирјана Дурбаба, прим. спец. радиологије, оснивач „FMMS Onkomedikus“. Чланови Извршног одбора РЛК Београда су: Нада Јовановић-Васиљевић, Маја Тодоровић, Драгољуб Мандић, Снежана Петровић, Србољуб Стајић, Мирјана Милићевић, Нада Бараћ, Александар Ђоковић, Јелена Милић, Игор Николић, Гордана Пантелић, Милан Динић.

Чланови Комисије за посредовање су: Јелена Милић, Султана Манојловић и Весна Јовановић док су за чланове Комисије ЛКС за припрему предлога Правилника о раду Етичког одбора ЛКС предложени: Ђорђе Алемпијевић, Загорка Максимовић и Весна Млађеновић.

За чланове Управног одбора Лекарске коморе Србије предложени су: из државне праксе др Спасо Анђелић и из приватне праксе др Драгана Милутиновић. За чланове Посебног одбора за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси ЛКС, предложени су: Сергеј Лазаров и Јасмина Павловић

За чланове Посебног одбора за секундарну и терцијалну здравствену заштиту у државној пракси ЛКС, предложени су: Миодраг Вукчевић и Јасмина Кукобат. За чланове Посебног одбора за секундарну и терцијалну здравствену заштиту у приватној пракси ЛКС, предложени су: Драгана Милутиновић и Љиљана Милашиновић

За чланове Посебног одбора за медицинску етику ЛКС, предложени су: Марина Драговић и Снежана Петровић. За чланове Посебног одбора за медицинско образовање ЛКС, предложени су: Јован Димитријевић и Бобан Ђорђевић. За чланове Посебног одбора за стручна питања и стручни надзор ЛКС, предложени су: Драгана Матић и Миодраг Манигода

За чланове Посебног одбора за примарну здравствену заштиту у приватној пракси ЛКС предложени су: Милан Динић и Данка Грудић док су за чланове Посебног одбора за међународну сарадњу ЛКС, предложени: Нада Радан Милованчев и Драган Мандарић.

Стручна служба РЛК Београда

ИЗВЕШТАЈ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ЗА ЦЕНТРАЛНУ И ЗАПАДНУ СРБИЈУ

ИЗБОР СВИХ ОРГАНА СКУПШТИНЕ И КОМОРЕ

// ЗА ПРЕДСЕДНИКА СКУПШТИНЕ ИЗАБРАН ДР СРЂАН ВУКАШИНОВИЋ ИЗ КРАЉЕВА ДОК СУ ПОТПРЕДСЕДНИЦИ МР СНЕЖАНА КОВАЧЕВИЋ ИЗ ШАПЦА И ДР РАЈКО ЛАЗИЋ ИЗ КРАГУЈЕВЦА // ЗА ПРЕДСЕДНИКА РЛКЦЗС ИЗАБРАН ЈЕ ДР БРАНКО РИСТИЋ ИЗ КРАГУЈЕВЦА ДОК СУ ЗА ПОТПРЕДСЕДНИКЕ ИЗАБРАНИ ДР БРАНКО МИЛЕНКОВИЋ ИЗ ЧАЧКА И ДР АЛЕКСАНДАР ЖУНИЋ ИЗ КРАГУЈЕВЦА //

Конститутивне седнице Скупштине Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију одржане су 16. јула и 13. септембра ове године, којима је председавао др Предраг Мијаиловић. Том приликом изабрана је Комисију за избор и именовање коју чине:

1. Милан Парезановић из Краљева, председник
2. Горан Обрадовић из Смедерева, члан
3. Слађана Каурин Милетић из Шапца, члан
4. Милан Пауновић из Крагујевца, члан
5. Владимир Обрадовић из Ваљева, члан

За председника Скупштине Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију изабран је др Срђан Вукашиновић из Краљева.

Скупштина Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију на основу члана 51. Статута лекарске коморе Србије и члана 55. Правилника о поступку кандидовања начину избора и опозива чланова скупштине и других органа лекарске коморе Србије и чланова скупштине и других органа регионалних лекарских комора у њеном саставу на седници одржаној 1. октобра донела је одлуку о избору потпредседника Скупштине РЛКЦЗС из државне праксе. За потпредседника Скупштине Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију из државне праксе изабрана је Снежана Ковачевић из Шапца док је за потпредседника Скупштине РЛКЦЗС из приватне праксе изабран Рајко Лазич из Крагујевца.

За председника Надзорног одбора из приватне праксе изабран је Бранко Радивојевић из Смедерева. За чланове Надзорног изабрани су: Томислав Башовић, из Ћуприје и Снежана Ковачевић, из Шапца.

За председника Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију изабран је Бранко Ристић из Крагујевца док су за потпредседнике изабрани Бранко Миленковић из Чачка, из приватне праксе и Александар Жунић из Крагујевца из државне праксе.

За чланове Посебног одбора за примарну здравствену заштиту у приватној пракси Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију изабрани су:

1. Бранка Јоцић из Ваљева
2. Весна Васић из Јагодине

3. Рајко Лазич из Крагујевца
4. Родољуб Јовановић из Краљева
5. Зора Ранковић из Шапца
6. Смиља Банковић из Крагујевца
7. Борисав Поповић из Параћина

За чланове Посебног одбора за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси изабрани су:

1. Снежана Трајкова Милић из Јагодине
2. Ружица Стојић из Ариља
3. Жаклина Тутуновић из Чачка
4. Љиљана Бањанац из Краљева
5. Гордана Ђокић из Крагујевца
6. Вера Терзић из Ваљева
7. Мирослав Миљешић из Шапца
8. Сања Гајић из Крагујевца
9. Саша Ђурђевић из Ћуприје

За чланове Посебног одбора за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси изабрани су:

1. Владимир Обрадовић из Ваљева
2. Владо Спирски из Јагодине
3. Сеад Личина из Новог Пазара
4. Томислав Башовић из Ћуприје
5. Ана Илић из Краљева
6. Митко Брајић из Шапца
7. Александар Жунић из Крагујевца
8. Снежана Ковачевић из Шапца
9. Драган Радивојевић из Смедерева
10. Вера Петровић из Чачка

Док су за чланове Посебног одбора за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној пракси изабрани:

1. Бранко Миленковић из Чачка
2. Бранко Крушевац из Краљева
3. Миодраг Јаркин, из Јагодине
4. Михајило Јовановић из Шапца
5. асна Којић из Ћуприје
6. Гордана Мирчић из Крагујевца

За чланове Посебног одбора за стручна питања и стручни надзор изабрани су:

1. Слободан Ђурић из Ваљева
2. Владан Стакић из Јагодине
3. Снежана Дабегић Недељковић из Нов. Пазара

4. Момир Јовановић, из Ђуприје
5. Предраг Мијаиловић, из Ужица
6. Драгиша Костић из Краљева
7. Владимир Гајић из Крагујевца
8. Милорад Мићић из Шапца
9. Горан Обрадовић из Смедерева

За чланове Посебног одбора за медицинско образовање Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију изабрани су:

1. Зорица Џида из Ваљева
2. Слађана Илић из Ђуприје
3. Марија Марковић из Ужица
4. Љубинко Васиљевић из Новог Пазара
5. Станко Барлов из Краљева
6. Владан Секулић из Лознице
7. Слађана Каурин Милетић из Шапца
8. Рада Петровић, из Чачка
9. Весна Петровић из Јагодине
10. Владимир Тодоровић из Смедерева

За чланове Посебног одбора за медицинску етику изабрани су:

3. Рада Петровић, из Чачка
4. Митко Брајић из Шапца
5. Јордан Петровић из Врњачке Бање
6. Владан Секулић из Лознице
7. Мирослав Селаковић из Ужица
8. Зорица Џида из Ваљева
9. Снежана Трајкова Милић из Јагодине
10. Ана Илић из Краљева
11. Станко Барлов из Краљева

Скупштина Регионалне Лекарске коморе за централну и западну Србију кандидовала је за члана Надзорног одбора Лекарске коморе Србије Бранка Радивојевића из Смедерева док су кандидати за чланове Посебног одбора за медицинску етику Лекарске коморе Србије: Гордану Лучић из Ужица и Драгана Игњатовић Ристић из Крагујевца.

Скупштина Регионалне Лекарске коморе за централну и западну Србију кандидовала је за чланове Посебног одбора за медицинско образовање Лекарске коморе Србије: Станка Барлова из Краљева и Раду Петровић из Чачка. За чланове Посебног одбора за међународну



Конститутивна седница Скупштине РЛК за централну и западну Србију

1. Владимир Срећковић из Ваљева
2. Сања Марковић Салоустрос из Ђуприје
3. Гордана Лучић из Ужица
4. Снежана Дабетић Недељковић из Новог Пазара
5. Јордан Петровић из Краљева
6. Бранко Трајковић из Деспотовца
7. Горан Малетић из Шапца
8. Предраг Радојковић из Велике Планае
9. Драгана Игњатовић Ристић из Крагујевца
10. Аксентије Тошић из Чачка

За чланове Извршног одбора Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију изабрани су:

1. Сеад Личина из Новог Пазара
2. Слађана Илић из Ђуприје

сарадњу Лекарске коморе Србије кандидовани су Борка Милев из Крагујевца и Добрила Дражовић, из Горњег Милановца.

Скупштина Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију кандидовала је за чланове Управног одбора Лекарске коморе Србије Бранка Ристића из Крагујевца и Слађану Илић из Ђуприје док је за председника Извршног одбора из државне праксе изабран Сеад Личина из Новог Пазара.

Скупштина Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију предложила је за чланове Комисије за припрему Правилника о раду Етичког одбора ЛКС:

- Владимира Срећковића из Ваљева
- Жаклину Тутуновић из Чачка
- Љубинка Васиљевића из Новог Пазара

ИЗВЕШТАЈ О АКТИВНОСТИМА РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ЗА ЈУГОИСТОЧНУ СРБИЈУ НАКОН ИЗБОРА

ПРЕДСЕДНИЦИ ИЗ НИША

// ЗА ПРЕДСЕДНИКА СКУПШТИНЕ ИЗАБРАН ЈЕ ДР ЗОРАН ДИМИЋ ИЗ НИША
А ЗА ПОТПРЕДСЕДНИКЕ ДР САША ЗАЈИЋ ИЗ КРУШЕВЦА И ДР МИРОЉУБ ЏИКИЋ
ИЗ ВРАЊА // ПРЕДСЕДНИК РЛКЈИС ДР АЛЕКСАНДАР РАДОСАВЉЕВИЋ
ИЗ НИША ДОК СУ ЗА ПОТПРЕДСЕДНИКЕ ИЗАБРАНИ ДР ДРАГАНА АРСИЋ
ИЗ КРУШЕВЦА И ДР ДРАГАН СТЕФАНОВИЋ ИЗ НИША //

Након спроведених избора за чланове Скупштине ЛКС и РЛКЈИС, одржана је конститутивна седница Скупштине РЛК за југоисточну Србију и то у два наврата: 15. јула 2010. године и 15. септембра 2010. године.

Председавајући је у складу са актима Коморе, био најстарији делегат Скупштине др Стеван Баљошевић, спец. инфектологије из Крушевца. У оквиру првог дела конститутивне седнице верификовани су мандати изабраним делегатима Скупштине РЛКЈИС и усвојен извештај о раду Изборне комисије РЛКЈИС о спроведеним непосредним изборима. У наставку ове седнице, дана 15. 09. 2010. године, изабрана је Комисија за избор и именовање Скупштине РЛКЈИС у саставу:

Маја Бошковић из Ниша-председник;
Ружица Аздејковић из Крушевца, члан;
Јован Костић из Лесковца, члан;
Лидија Ристић из Ниша, члан и
Перица Стојановић из Пирота, члан.

Истовремено је за члана Комисије за избор и именовање Скупштине ЛКС, делегирана Аздејковић Ружица из Крушевца.

На поменутој седници Скупштине, предложени су, и изабрани председник и два потпредседника Скупштине РЛКЈИС. Изабрани су они кандидати који су и предложени, и то за председника Скупштине изабран је др Зоран Димић, спец. ОРЛ из Ниша а за потпредседнике Скупштине из државне праксе изабран је др Саша Зајић, спец. опште хирургије из Крушевца а за потпредседника из приватне праксе др Мирољуб Џикић, спец. гинекологије и акушерства из Врања.

За 4. октобар 2010. године заказана је нова седница на којој су изабрани сви остали органи РЛКЈИС. У органе Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију на тој седници изабрани су следећи делегати

За председника Регионалне лекарске коморе за југоисточну Србију изабран је др Александар Радосављевић, спец. опште медицине из Ниша, док су за потпредседнике РЛКЈИС изабрани: др Драгана Арсић, спец. неуропсихијатрије из Крушевца за државну праксу и др Драган Стефановић, спец. опште хирургије из Ниша за приватну праксу.

За чланове Посебног одбора за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси, изабра-

ни су: Александар Радосављевић, из Ниша, Маја Бошковић, из Ниша – председник ПО, Драган Китановић, из Сурдулице, Бисерка Митић из Власотинца, Јасмина Иванчевић из Лесковца-потпредседник ПО, Слађана Миленковић, из Ниша, Драгослав Илић из Ниша, Славиша Антонијевић из Сокобање, Зоран Милошевић из Ниша, Горан Стојиљковић из Ниша, Косовка Илић из Власотинца, Небојша Илић из Ниша

За чланове Посебног одбора за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси изабрани су: Марина Дељанин-Илић из Ниша – председник ПО, Братислав Ноћић из Врања, Иван Илић из Пирота, Радивоје Лазић из Пожаревца, Живорад Дидић из Неготина, Зоран Димић из Ниша – потпредседник, Перица Стојановић из Пирота, Драгана Арсић из Крушевца.

За чланове Посебног одбора за стручна питања и стручни надзор изабрани су: Стева Станишић из Ниша, Славиша Антонијевић из Сокобање, Драган Китановић из Сурдулице, Милан Симић из Ниша – председник ПО, Саша Зајић из Крушевца, Мирослав Миљковић из Алексинца, Србобран Бранковић из Алексинца, Драгана Петровић из Пожаревца – потпредседник ПО.

За чланове Посебног одбора за медицинску етику изабрани су: Славица Младеновић из Врања, Мирослав Миљковић из Алексинца, Јасмина Иванчевић из Лесковца, Слађана Миленковић из Ниша, Драгослав Илић из Ниша, Звонимир Пантић из Бора, Драгослав Алексић из Лесковца – потпредседник ПО, Стева Станишић из Ниша – председник ПО, Владета Милојевић из Крушевца.

За чланове Посебног одбора за медицинско образовање изабрани су: Марина Дељанин-Илић из Ниша, Драгослав Илић из Ниша, Милан Симић из Ниша, Саша Зајић из Крушевца, Славица Младеновић из Врања, Перица Стојановић из Пирота, Иван Илић из Пирота, Драгослав Алексић из Лесковца, Радивоје Лазић из Пожаревца – председник ПО, Србобран Бранковић из Алексинца – потпредседник ПО, Стеван Баљошевић из Крушевца, Сузана Младеновић из Пожаревца.

За чланове Посебног одбора за примарну здравствену заштиту у приватној пракси изабрани су: Снежана Јовановић из Ниша – председник ПО, Радмила Јанковић из Пожаревца – потпредседник, Сузана Милутиновић из Прокупља, Гордана Стошић-Салатић из Врања,



Ниш

Миодраг Ранђеловић из Дољевца, Споменка Ковачевић из Ниша, Ивајло Илијев из Ниша, Весна Мишић-Николић из Ниша, Данијела Несторовић из Крушевца, Сања Марјановић из Ниша, Соња Филиповић из Ниша, Филип Пејчић из Пирота.

За чланове Посебног одбора за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној пракси изабрани су: Драган Стефановић из Ниша – председник ПО, Миодраг Чудомировић из Пожаревца, Јовица Станојковић из Лесковца, Предраг Николић из Ниша, Вукојица Кљајић из Крушевца, Милан Ђорић из дољевца, Миомир Марковић из Пирота – потпредседник ПО.

За чланове Посебног одбора за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси Лекарске коморе Србије предложени су: Александар Радосављевић из Ниша и Небојша Илић из Ниша. За чланове Посебног одбора за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси Лекарске коморе Србије предложени су: Марина Дељанин-Илић из Ниша и Живорад Дидић из Неготина.

За чланове Посебног одбора за стручна питања и стручни надзор Лекарске коморе Србије предложени су: Милан Симић из Ниша и Мирослав Миљковић из Алексинца. За чланове Посебног одбора за медицинско образовање Лекарске коморе Србије предложени су: Иван Илић из Пирота и Радивоје Лазић из Пожаревца.

За чланове Посебног одбора за медицинску етику Лекарске коморе Србије предложени су: Славица Мла-

деновић из Врања и Владета Милојевић из Крушевца. За чланове Посебног одбора за примарну здравствену заштиту у приватној пракси Лекарске коморе Србије предложени су: Снежана Јовановић из Ниша и Радмила Јанковић из Пожаревца.

За чланове Посебног одбора за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у приватној пракси Лекарске коморе Србије предложени су: Драган Стефановић из Ниша и Јовица Станојковић из Лесковца. За чланове Извршног одбора изабрани су следећи кандидати: Живорад Дидић из Неготина, Славиша Антонијевић из Сокобање, Драган Китановић из Сурдулице, Иван Илић из Пирота, Перица Стојановић из Пирота, Бисерка Митић из Власотинца, Радмила Јанковић из Пожаревца, Радивоје Лазић из Пожаревца, Стева Станишић из Ниша, Звонимир Пантић из Бора, Сузана Младеновић из Пожаревца, Горан Стојиљковић из Ниша, Драгана Арсић из Крушевца, Драган Стефановић из Ниша, Снежана Јовановић из Ниша.

За председника Извршног одбора РЛКЈИС изабран је Горан Стојиљковић из Ниша а за потпредседника Извршног одбора РЛКЈИС из државне праксе изабран је Славиша Антонијевић из Сокобање, а за потпредседника Извршног одбора РЛКЈИС из приватне праксе изабрана је Радмила Јанковић из Пожаревца.

За члана Надзорног одбора ЛКС предложен је Владета Милојевић из Крушевца а за чланове Посебног одбора за међународну сарадњу предложени су: Славица Младеновић из Врања и Саша Жајић из Крушевца.

Стручна служба РЛКЈИС

ИЗБОРНА СКУПШТИНА РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ КОСОВА И МЕТОХИЈЕ

НОВИ САЗИВ СКУПШТИНЕ

// ЗА ПРЕДСЕДНИКА СКУПШТИНЕ РЛК КОСОВА И МЕТОХИЈЕ ИЗАБРАН ЈЕ ДР ВЛАСТИМИР ЦВЕТКОВИЋ, СПЕЦИЈАЛИСТА РАДИОЛОГИЈЕ ДОК СУ ПОТПРЕДСЕДНИЦИ СКУПШТИНЕ ДР ЛЕНА РАДОСАВЉЕВИЋ И ДР НЕБОЈША МЛАДЕНОВИЋ // ПРЕДСЕДНИК РЛК КОСОВА И МЕТОХИЈЕ ЈЕ ДР ЉУБИША НЕДЕЉКОВИЋ, СПЕЦИЈАЛИСТА ИНТЕРНЕ МЕДИЦИНЕ ДОК ЈЕ ПОТПРЕДСЕДНИК МР СЦИ. МЕД. ЉИЉАНА МИНИЋ //

У претходном периоду, обављене су све изборне радње и избори за Скупштину Регионалне лекарске коморе Косова и Метохије као и за чланове Лекарске коморе Србије. За председника Скупштине РЛК Косова и Метохије изабран је др Властимир Цветковић, специјалиста радиологије. Потпредседници Скупштине РЛК Косова и Метохије су др Лена Радосављевић и др Небојша Младеновић.

За председника Извршног одбора РЛК Косова и Метохије изабрана је др Јелица Крчмаревић, специјалиста медицине рада, док су потпредседници Извршног одбора РЛК Косова и Метохије др Златко Новески и др Станислава Радовић.

ЧЛАНОВИ ИЗВРШНОГ ОДБОРА РЛК КОСОВА И МЕТОХИЈЕ СУ:

Радисав Панتيћ,
Давид Стојановић,
Славица Чанковић,
Сава Станојевић,
Милутин Андрић,
Саша Младеновић,
Небојша Илић,
Наташа Поповић,
Славиша Минић,
Рада Трајковић.

ЗА ПРЕДСЕДНИК РЛК КОСОВА И МЕТОХИЈЕ ИЗАБРАН ЈЕ ДР ЉУБИША НЕДЕЉКОВИЋ, СПЕЦИЈАЛИСТА ИНТЕРНЕ МЕДИЦИНЕ. ПОТПРЕДСЕДНИК РЛК КОСОВА И МЕТОХИЈЕ ЈЕ МР СЦИ. МЕД. ЉИЉАНА МИНИЋ.

ПРЕДСЕДНИК НАДЗОРНОГ ОДБОРА РЛК КОСОВА И МЕТОХИЈЕ ЈЕ:

Иванка Недељковић.

Чланови Надзорног одбора РЛК Косова и Метохије су:

1. Нихат Османи,
2. Зоран Букумирић.

ПОСЕБНИ ОДБОРИ РЛК КОСОВА И МЕТОХИЈЕ:

За чланове ПО за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси изабрани су:

СЛАВИЦА ЈОВАНИЋ,
СЛАВИЦА ЧАНКОВИЋ,
НИХАТ ОСМАНИ,
ЈЕЛИЦА КРЧМАРЕВИЋ,
СТАНИСЛАВА РАДОВИЋ,
ДОСТАНА ГРКОВИЋ,
МИОДРАГ СПАСИЋ,
ЈОРДАН ПЕТРОВИЋ,
ЗОРАН СПАСОЈЕВИЋ,
МИЛИЦА ВУКАДИНОВИЋ.

Чланови ПО за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси су:

МИЛЕ МИЛАНОВИЋ,
САВА СТАНОЈЕВИЋ,
ДРАГИЦА ОДАЛОВИЋ,
МИЛАН ФИЛИПОВИЋ,
БОГОЉУБ СТЕФАНОВИЋ,
БОГОЉУБ МИЛЕНКОВИЋ,
НАТАША ПОПОВИЋ.

За чланове ПО за стручна питања и стручни надзор изабрани су:

РАДИСАВ ПАНТИЋ,
ЉУБИША НЕДЕЉКОВИЋ,
ОЛИВЕРА БУЛАТОВИЋ,
ЉУБОМИР ФИЛИЈОВИЋ,
ЗОРИЦА МАРКОВИЋ,
АЛЕКСАНДАР СЕКУЛИЋ,
ЗЛАТКО НОВЕСКИ,
ВЛАСТИМИР ЦВЕТКОВИЋ.

Чланови ПО за медицинско образовање су:

СРБИСЛАВА МИЛИНИЋ,
ДАВИД СТОЈАНОВИЋ,
НАТАША ПОПОВИЋ,
СЛАВИША МИНИЋ,
ДРАГАН ИВАНОВИЋ,

НЕБОЈША ВИДЕНОВИЋ,
МИЛУТИН АНДРИЋ.

Чланови ПО за медицинску етику су:

МИЛУТИН АНДРИЋ,
МИРЈАНА КУЗМАНОВИЋ,
ВЛАДАН МИХАИЛОВИЋ,
ВОЈИСЛАВКА МИЛИЋ,
ЗОРАН ПЕТРОВИЋ,
ЗВОНКО ЂУРЂЕВИЋ,
САВА СТАНОЈЕВИЋ,
РАДА ТРАЈКОВИЋ,
ЉУБИША НЕДЕЉКОВИЋ.

Комисија за посредовање:

1. Владимир Ацић – председник Комисије,
2. Нешко Недељковић – члан,
3. Момчило Мирковић – члан.

Истовремено изабрани су и следећи кандидати за:

КАНДИДАТИ ЗА ЧЛАНОВЕ УПРАВНОГ ОДБОРА ЛКС из редова чланова Скупштине Коморе су:

1. Сава Станојевић,
2. Златко Новески.

Кандидат за члана Надзорног одбора ЛКС из редова чланова Скупштине Коморе је:

1. Славица Чанковић,

Кандидати за чланове Одбора за Међународну сарадњу су:

1. Властимир Цветковић,
2. Александар Васић.

КАНДИДАТИ ЗА ЧЛАНОВЕ ПОСЕБНИХ ОДБОРА ЛКС су:

ПО за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси

1. Славица Чанковић,
2. Зоран Спасојевић.

ПО за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси

1. Сава Станојевић,
2. Наташа Поповић.

ПО за стручна питања и стручни надзор

1. Радисав Пантић,
2. Љубиша Недељковић.

ПО за медицинско образовање

1. Србислава Милинић,
2. Давид Стојановић.

ПО за медицинску етику

1. Милутин Андрић,
2. Владан Михаиловић.

Стручна служба РЛК Косова и Метохије



Косовска Митровица

ПРВА КОНФЕРЕНЦИЈА СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ ДИЈАСПОРЕ



Идеја Лекарске коморе Србије о Конференцији српске медицинске дијаспоре подржана је од Министарства дијаспоре Републике Србије

Заједно за будућност

У прошлом броју ГЛАСНИКА опширно је најављена ова стратешка конференција. На радост организатора и на велико задовољство свих нас Прва конференција српске медицинске дијаспоре 2010 „Заједно – спремни за будућност“ одржана је веома успешно од 2. до 4. септембра ове године.

Замисао о окупљању колега из дијаспоре зачела се још у време уписа лекара у Комору 2007. године. Идеја о конференцији је подржана од стране Скупштине Лекарске коморе Србије у фебруару 2010. године и остваривању ове идеје се убрзо прикључило Министарство дијаспоре Владе Републике Србије, као суорганизатор и ЊКВ принц Александар и принцеза Катарина Карађорђевић као покровитељи. Велику активну подршку у организовању скупа и окупљању лекара из дијаспоре су дали Матица исељеника, Асоцијација српских лекара и стоматолога из Немачке, Српско-америчко удружење лекара и стоматолога, као и хуманитарна организација „Lifeline“ из Чикага.

Циљ конференције био је да се упознамо с искуствима колега из дијаспоре и да на основу тих сазнања по потреби утичемо на здравствене систе-

ме у Србији. Желели смо да се направи мрежа и регистар лекара у расељењу, да се оствари ближа сарадња са њима у више домена, да нам они захваљујући својим позицијама и искуством помогну да се створе мостови сталне сарадње, као што су на пример усавршавања наших лекара у иностранству, стипендије за младе лекаре, гостујућа предавања по позиву.

Желели смо да се оствари активнија комуникација и координација између Српске медицинске дијаспоре и матице Србије. У томе смо у многоме успели.

У Београд је допутовало око 200 наших лекара из расејања, дошли су са својим пријатељима, колегама на високим друштвеним и политичким функцијама, Американцима, Немцима, Аустријанцима, Италијанима ... У досадашњем богатом и успешном раду Асоцијације Српских лекара и стоматолога Србије (GSAeZ) веома значајан удео има њихов сарадник и пријатељ проф. др Ханс Јоахим Сајтц из Института за биохемију и молекуларну биологију Универзитетске Клинике Хамбург – Епендорф. Он улаже напоре и већ дужи низ година успешно продубљује и обогаћује сарадњу између Универзитета Београда и Хамбурга.

2010. ОДРЖАНА ОД 2. ДО 4. СЕПТЕМБРА У БЕОГРАДУ >>>



Конференција за штампу у току скупа

У раду Конференције учествовали су између осталих и др Матијас Висмар, експерт-аналитичар за здравствене системе у транзицији испред Светске здравствене организације и ЕУ, проф. др Тери Месон из Секретаријата за здравство Чикага, мр Пјетро Ди, стручњак за континуирану медицинску едукацију из Италије и многи други.

Као домаћини имали смо прилике да чујемо бројна стручна предавања наших у иностранству истакнутих стручњака из више области медицине, а гости су уживали у оном што смо им ми као добри домаћини организовали.

Трећи дан био је веома садржајан како у стручном тако и у друштвеном погледу. Гости су посетили у Београду Приватну болницу Belmedic и КБЦ „Бежанијска Коса“, болницу у Сремској Митровици, где су обишли и археолошка налазишта, затим болницу у Сремској Каменици и нови Ургентни центар у Новом Саду. У чувеној Гимназији „Бранко Радичевић“ у Сремским Карловцима госте је пре стручних предавања поздравио ректор Богословије, а круна збивања је био пријем у Владичинском двору, у згради, бисеру архитектуре Сремских Карловаца. Госте су дочекали и поздравили градо-

начелник мр Миленко Филиповић и домаћин Владика сремски Василије. После ужитка у дивном појању мушког хора у величанственом простору Двора Владика је за све госте приредио ручак.

Министар за дијаспору Срђан Срећковић је током Конференције најавио да ће то Министарство у сарадњи са Лекарском комором Србије и другим релевантним институцијама покренути иницијативу за стварање сталног интердисциплинарног тела, које ће координирати све активности државе са нашом медицинском дијаспором. Министар је истакао, да ће у склопу нове политике према расејању Министарство наставити да по различитим основама окупља све слојеве наших исељеника са посебним нагласком на научнике, менаџере и експерте свих профила који желе и могу да дају допринос развоју Србије.

Директорка Лекарске коморе Србије је најавила, да ускоро почињу припреме за Конгрес лекара дијаспоре, који је планиран за 2012. годину.

Уверени смо да је конференција била веома успешна, и да ће њени резултати веома брзо бити приметни.

Прим. др Нада Радан-Милованчев



Скуп је поздравила директорка Лекарске коморе Србије др Татјана Радосављевић



Председница Скупштине Србије др Славица Ђукић-Дејановић





ЊКВ ПРИНЦ АЛЕКСАНДАР СА ГОСТИМА ИЗ ЧИКАГА



УЧЕСНИЦИ КОНФЕРЕНЦИЈЕ ИСПРЕД БЕЛОГ ДВОРА

Прва конференција српске медицинске дијаспоре 2010. „Заједно – спремни за будућност“ одржана је у Београду од 2. до 4. септембра ове године уз присуство више од две стотине наших и страних колега из Евопе и Америке.

Свечано отварање Конференције одржано је у Белом двору на Дедињу. Скуп су поздравили директорка Лекарске коморе Србије др Татјана Радосављевић, ЊКВ принц Александар, председница Скупштине Србије др Славица Ђукић-Дејановић, др Мирјана Андрејевић – Кри (Немачка) и др Драгана Чупић (САД)

Почетак стручног рада наредног дана поздравили су поред директорке Лекарске коморе Србије и министар дијаспоре мр Срђан Срећковић, секретар у Министарству здравља др Периша Симоновић и ЊКВ принц Александар, који је узео и активно учешће у току Конференције постављајући гостима питања из области здравственог система њихових земаља. //



Др Матијас Висмар старији аналитичар здравствене политике

ПРВА КОНФЕРЕНЦИЈА СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ ДИЈАСПОРЕ

ДР МАТИЈАС ВИСМАР, ЕКСПЕРТ ЗДРАВСТВЕНЕ ПОЛИТИКЕ
О МИГРАЦИЈИ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА У ЕУ

НА КРАЈУ СВИ ОДУ У САД ИЛИ КАНАДУ

// НЕКИ ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМИ СЕ У ВЕЛИКОЈ МЕРИ ОСЛАЊАЈУ
НА РАДНУ СНАГУ ИЗ ИНОСТРАНСТВА: ЧАК 36,8 ОДСТО РАДНЕ СНАГЕ
У В. БРИТАНИЈИ ЈЕ ДОШЛО ИЗ ИНОСТРАНСТВА, И ОБУЧЕНО У ИНОСТРАНСТВУ.
У ШПАНИЈИ 12,5 ПРОЦЕНАТА, У БЕЛГИЈИ 9 ОДСТО //

Др Матијас Висмар обратио се колегама с уверењем да дијаспора пружа огромну могућност за размену знања с обзиром на то да наши стручњаци из Велике Британије, Немачке, Швајцарске, САД-а, представљају одличан спој за премोшћавање јаза између академских кругова и оних који утврђују здравствену политику.

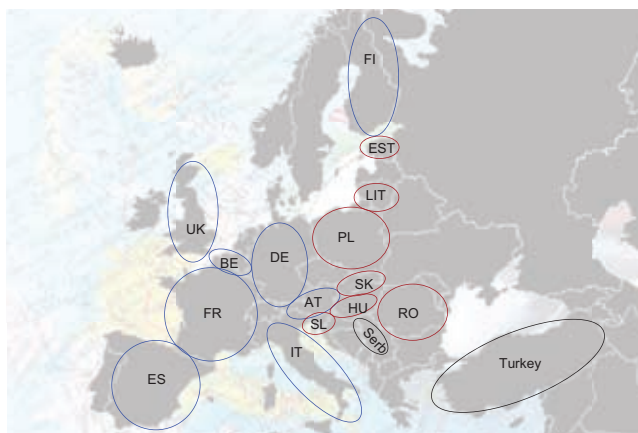
– Говорићу о мобилности здравствене професије, о мобилности лекара, која представља саму срж дијаспоре и покушаћу да одговорим на четири једноставна питања: који су обрасци мобилности лекара у Европи, шта знамо о мобилности из Србији, колико је квалитетно наше знање и анализе, односно, подаци којима располажемо у тој области и шта треба да се уради – објаснио је Висмар.

Кад говоримо о историјату, знамо да у Европи сви говоре о радној снази, јер радна снага је изузетно важно питање. Европска комисија је издала Зелену књигу. Белгија је преузела функцију председавајућег Европским саветом од прошлог лета, а у близини Брисела одржава се велика министарска конференција о радној снази, док се Мађарска највероватније припрема да се од следеће године усредсреди на мобилност професије.

Неки од вас су можда већ чули за Глобални кодекс праксе етичког запошљавања СЗО. Не желим да улазим у детаље, али само да нагласим да су они који доносе политику на разним нивоима веома ангажовани на питању будућности радне снаге и да су усредсређени на побољшавање и јачање радне снаге у будућности. Говорћу на основу података из једног пројекта који је финансира ЕУ где је обухваћено 17 земаља, односно, студија случајева. Драго ми је што овде видим колегу и пријатеља Ивана Микића, који је радио на студији у вези са Србијом.

Образац мобилности

Дакле, ми смо обухватили 15 земаља ЕУ, нових и старих и две земље које нису чланице, а то су Србија и Турска, јер сматрамо да су веома интересантне у смислу обрасца мобилности који представљају, а када је реч о условима мобилности људи, оне су веома интегрисане са Европском унијом.



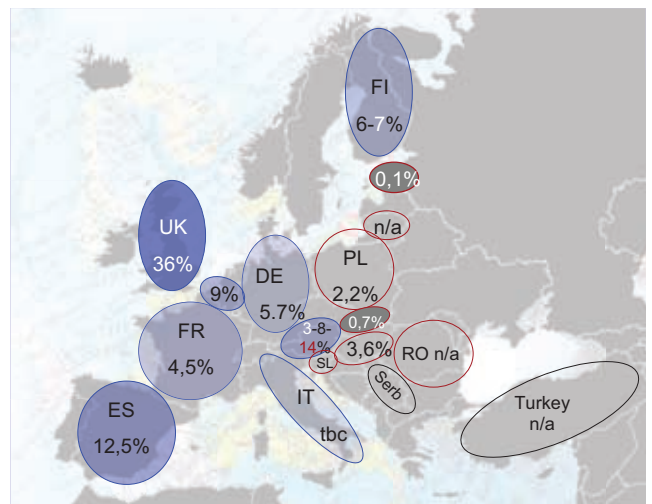
Шеме кретања

- 15 земаља чланица:
- Старе: Аустрија, Белгија, Финска, Француска, Немачка, Италија, Спанија и Енглеска
- Нове: Естонија, Мадјарска, Литванија, Пољска, Румунија, Словацка и Словенија
- Две земље које нису Чланице ЕУ: Србија и Турска

>>> Тенденција је да лекари одлазе у суседне земље. Немачка Аустрија, Немачка Швајцарска, Белгија Холандија, Белгија Немачка, Немачка Француска, Италија Француска, Естонија Финска ... <<<

Студије за сваку земљу су већ урађене, мада смо још увек у фази анализе података, али већ имамо прелиминарне налазе. На пример, неки здравствени системи се у релативно великој мери ослањају на радну снагу из иностранства. Погледајмо В. Британију. Чак 36,8 одсто радне снаге у В. Британији је дошло из иностранства, и обучено у иностранству. У Шпанији, 12,5 процената при чему највише њих долази из Ј. Америке. У Белгији, 9 одсто, а и то је прилично. У Аустрији, је још увек тешко утврдити бројке, али изгледа да се земља све више ослања на радну снагу из иностранства, али има земаља које се ослањају на своје снаге и не запошљавају радну снагу из других земаља.

Скала кретања здравствених радника



ПРЕЛИМИНАРНИ РЕЗУЛТАТИ:

- Релативно велико ослањање на страну радну снагу
 - Енглеска (36,8% школовани у иностранству у 2008.
 - Шпанија (12,5% странаца школованих у иностранству у 2008)
 - Белгија (9% странаца школованих у иностранству у 2005)
 - Аустрија (?) (3,3% школовани у иностранству (2007) према 8,6 % странаца школованих у иностранству (2007), према 14,2 % рођених у иностранству (2001)
- Земље са релативно задовољавајућом домаћом радном снагом
 - <3% Естонија (0,1 % школованих у иностранству у 2008.
 - Литванија (само непрецизни бројеви, Пољска, Словацка, Румунија, Србија, Турска)

Из различитих разлога неке земље, су суочене са чињеницом да људи тамо не долазе. На пример Словенија, је у време приступања ЕУ сматрала да има фантастичне услове, сматрали су да имају прилично добре приходе и да ће људи из Балтичке регије долазити тамо, али нико није дошао. Слично је и са Финском и Шведском.

25 <

Али можете видети да има много земаља где је проценат страних радника прилично мали.

Укратко профил мобилности је: као прво, одакле долазе Европљани? Покушали смо да објединимо целокупну мобилност у оквиру Европе и у правцу Европе да би смо утврдили где је главни извор и утврдили смо да је он у Европи.

Као што видите 2007. године од укупне мобилности, 82 одсто је потекло из Европе, Африка је ту одиграла само малу улогу, Јужна и Источна Азија и Америка такође само мале улоге.

Каква је дакле шема мобилности? Можда ће вам ово бити изненађење али тенденција је да лекари одлазе у суседне земље. Немачка Аустрија, Немачка Швајцарска, Белгија Холандија, Белгија Немачка, Немачка Француска, Италија Француска, Естонија Финска итд. и то у великим бројевима. Интересантно је то да у неким од ових земаља, плата и приход не могу играти значајну улогу у мобилности, јер су разлике у платама мале. Оно што је значајно су радно окружење, могућност за развој каријере, могућност за специјалистичку обуку итд.

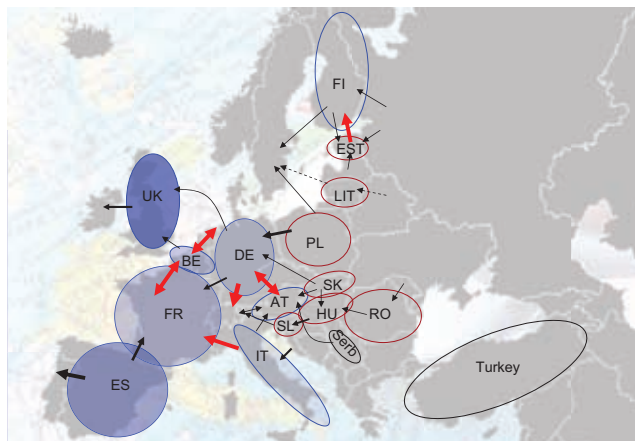
Значи суседне земље су јако битне у погледу мобилности медицинске професије, међутим, постоје и други правци кретања, као на пример са југа на север и са истока на запад. То су, дакле, три главна кретања, суседне земље, из неких земаља на југу ка северу, нарочито из Шпаније и Италије у Француску, из Италије у Велику Британију, али такође са истока на запад, а ту разлике у платама играју значајнију улогу.

Али, В. Британија као и Шпанија су донекле изузеци. Британија је у прошлости запошљавала велику радну снагу из Индије и Пакистана и других земаља, а Шпанија и даље из Ј. Америке. Као што видите, веома шаролика мапа направљена на бази података добијених од Европске комисије. То су подаци о прихватању сертификата. Ако желите да радите у ЕУ, морате доставити одговарајуће потврде а ако их медицински органи прихвате, шаљу их Комисији која их прикупља.

Видите број донетих одлука и величину тачака које одговарају броју доносилаца одлука. Видите да је највећи број у В. Британији и у Немачкој. Зелено означава позитивни нето биланс а црвено су они са мањим бројкама.

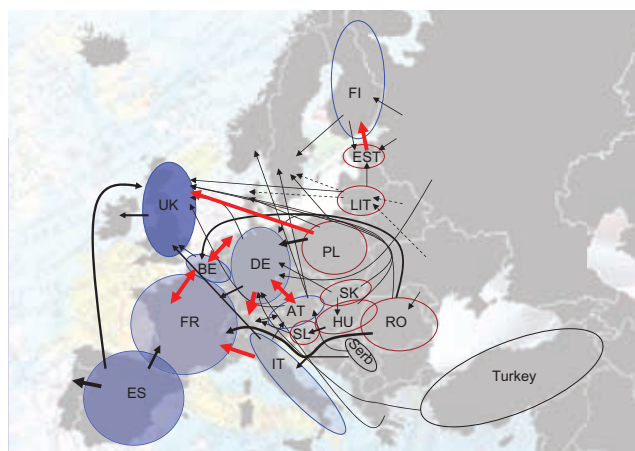
Постоји приказ токова мобилности у Европи из другог аспекта. Као што рече моје колега, Жил Дисо, ува-

Шеме кретања у Европском региону I



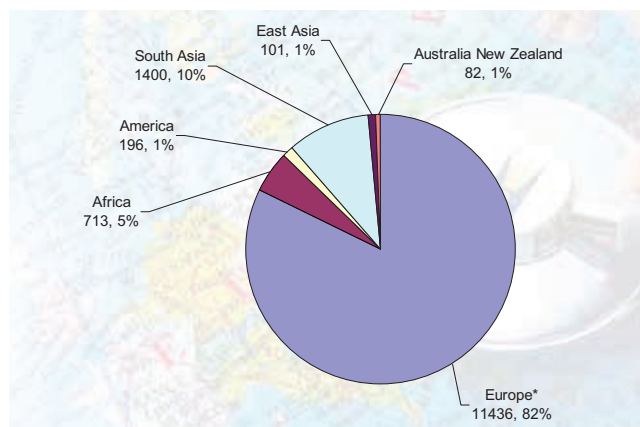
Суседне земље

Шеме кретања у Европском региону II



- плус: исток-запад/север-југ кретање
- Енглеска - земља велика дестинација

Профил кретања Индекс страних лекара по замљама



13.928 доктора медицине се сели по Европи у 2007.

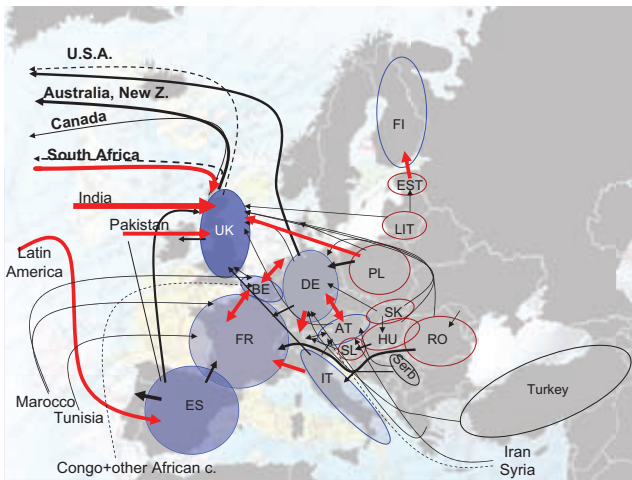
жени експерт за здравство, на крају сви стижемо у САД или Канаду, а ово су подаци из публикације СЗО из 2009, из које се види да је САД огромно тржиште са великим потребама где су врата за запошлење отворена и они запошљавају велики број представника медицинске професије, не само лекаре већ и медицинске техничаре из европских земаља.

Превелика њонуда у Србији

Ово је преглед који је објавио ОЕБС-а из 2006. године. Број обучених страних лекара по земљама где је пружена обука и можете видети да је велики број лекара отишао из Италије, Шпаније, Немачке, В. Британије, Пољске да се запосли у САД-у, а видите да је В. Британија, иако је запослила много лекара из других земаља, исто тако изгубила велики број лекара који је отишао.

Исто је случај у Немачкој, Шпанији и других земаља. Када је реч о Србији и мобилности медицинске професије, она је дуго времена земља извора медицинских стручњака - већ 40 - 50 година. Медицинска професија одлази из Србије у друге европске земље и САД због

Шеме кретања у Европском региону III



- кретање углавном у европском региону
- са изузецима: Енглеска и Шпанија

великих разлика у платама између Србије и земаља западне Европе. Томе доприноси и превелика понуда на тржишту здравствене професије у Србији.

Нажалост, немамо потпуне податке, тако да је тешко говорити прецизно о обиму тог кретања у правцу других земаља. Такође, тешко је класификовати податке о мигрантима по републикама бивше Југославије због јединствене евиденције у прошлости. Ова

кретања су делом кореспондирала са потребама за одређеним специјализацијама у инсостранству, анестезија, радиодијагностика, патологија и друге специјализације из хирургије, али лекари су такође одлазили на рад у иностранство на краћи период, рецимо шест месеци.

Будући да се ради о сталном одливу медицинске професије из Србије, тај тренд се током времена мењао. На пример у периоду после Другог светског рата, све је било једноставно јер су дипломе биле признате у већини земаља у Европи, нису биле потребне визе, а најпопуларније дестинације у том периоду су биле Немачка и Швајцарска, а разлози због којих су људи одлазили су били разлика у плати, могућност за обуку, специјализацију, за добијање посла, међутим, ово се променило с избијањем рата и економским распадом, дипломе више нису биле аутоматски признаване, тешко је било добити визу, услови за подношење захтева су постали ригорозни у западним европским земљама, тако да је Европска лекарска комора почела да издаје потврде о чланству, на захтев својих чланова, да би им се олакшало да добију запослење у Европи и признавање диплома.

Годинама финансирање здравствене системе у Европи и свету

Ово се, надамо се, поново мења, знамо да је визни режим либерализован, али се и даље издаје око 130 -170 потврда годишње, што није огроман број, али понуда лекарске професије је и даље превелика, можда ви то не осећате, али то је ситуација која се наставља. Ви то морате сагледати у контексту чињенице да ви већ годинама финансирате здравствене системе у Европи и С.А.Д.-у, јер као што знате обука лекара кошта јако мно-



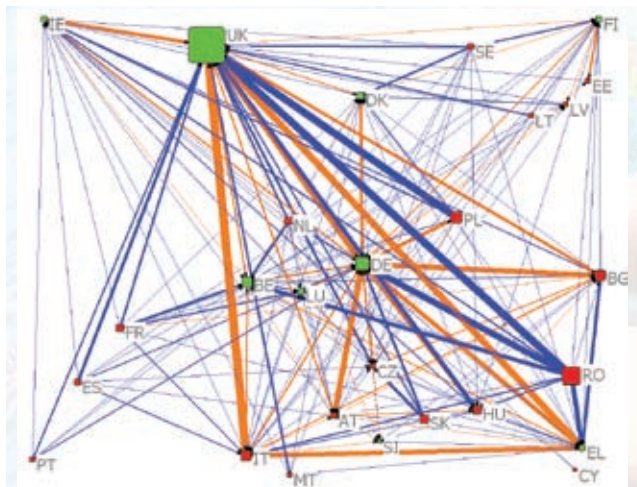
РЕГИСТРАЦИЈА УЧЕСНИКА

27 <

го, а чули смо претпоставке да се ради о износима у висини од више милијарди долара.

Дакле, колико нам је ово уопште познато. Рекох да су подаци за Србију доста неповољни из разних разлога, али нису бољи ни у другим земљама, а имамо и доста велику забуну због индикатора. Ту су битна три индикатора. То су на пример обука у иностранству, рођење у иностранству и страно држављанство.

Кретање европских доктора медицине у Европској Заједници



Податак: ЕУ признаје дипломе у земљи домаћину 2008.

Обрадио сам Европске земље, које прикупљају податке на бази различитих индикатора, односно, барем два од ових индикатора. Можете видети велике разлике. Ако погледамо Малту и одлуке на бази индикатора обука у иностранству, видимо да је проценат у односу на целокупну радну снагу 17,4 одсто, док су оне на бази индикатора страно држављанство 8,9 одсто, што је велика разлика и отежава поређење, али и планирање којим бројкама да баратате.

У неким земљама евидентирају само индикатор обука у иностранству, у другима да ли је особа страни држављанин, тако да је због тога тешко сагледати ситуацију. Знам да је ово донекле техничко питање, ви сте Лекарско удружење, то су ваши подаци и мислим да је битно да располагате одговарајућим подацима не само за Србију већ и Европу јер многе земље имају проблеме око података у вези са професионалном мобилношћу.

Ово су подаци у вези са свим лекарима опште праксе у односу на оне који активно раде. Активни здравствени радници су они који стварно раде у здравству за разлику од оних који су само регистровани као лекари опште праксе. Видимо да у Немачкој постоји велика разлика у овом смислу где је 77,1 одсто лекара опште праксе активно.

Сви хоће да раде у великим градовима

То не би био проблем кад се ради о поређењу, када би све земље имале исти приступ. У Пољској видимо да је та бројка 93,9 одсто. Проблем је у томе што неке земље воде податке само за активне лекаре опште праксе, неке за све заједно, неке и једне и друге због чега је тешко

извести закључке о реалној ситуацији а имамо ову разлику од двадесетак процената, што није занемарљиво, тако да је тешко утврдити о којим се бројкама актуелно ради и то отежава доношење одлука и планова.

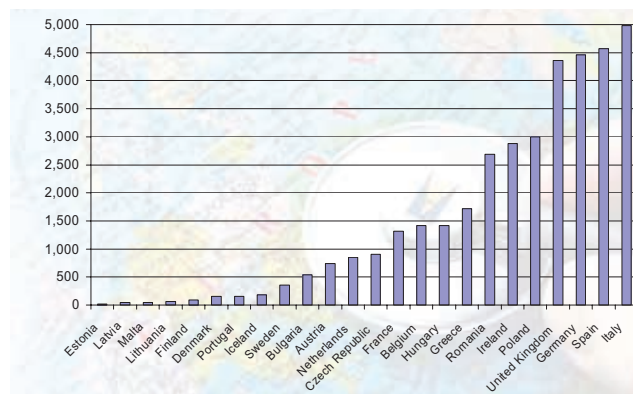
Имамо податке ОЕБС-а где Србија није укључена, што није изненађујуће, али мислим да није добро. Указао бих вам на две ствари. Овде имамо податке из 2008. године или последње расположиве. Ови подаци су објављени у децембру 2009. као најновији подаци ОЕБС-а. Морам да кажем да су доста фрагментарни јер представљају само неколико земаља.

Како из њих да сагледамо мобилност или зависност од стране радне снаге. На пример, за Пољску и Француску подаци потичу из 2005, док су за Португалију и Чешку из 2004. Дакле, како да планирате и да процените ситуацију на основу овако фрагментарних и застарелих података, за које се може рећи да су практично из периода пре приступања Европској унији.

Следеће питање је колико је релевантно питање мобилности медицинске професије. Јер многи сматрају да ова мобилност није добра за ваш здравствени систем, да ћете имати велике проблеме. Међутим, видели смо да има случајева, као што су Шпанија и В. Британија, где годинама нису могли да погубе многа управљена места у овом сектору у земљи и да пруже услуге становништву, што значи да је ова мобилност била корисна за њихове земље. Али није била добра за оне земље из којих је медицинска професија одлазила. То је било лоше јер су изгубљена велика средства која су уложена у образовање. То је горка чињеница, али ту не можете ништа.

Међутим, докази о штети коју ово наноси тим земљама нису толико убедљиви и изгледа да мобилност здравствене професије није главни проблем у Европи,

Број странаца школованих лекара по земљама школовања САД 2006.



већ је проблем то што неке земље имају велики недостатак ове професије, мали обим продукције ове професије, сасвим супротно Србији. У већини земаља у Европи је присутна јако лоша дистрибуција ове професије. Сви хоће да раде у великим градовима, а нико неће да ради у удаљеним крајевима у провинцији.

Наш колега Миклош Софка, који је сада министар здравља у Мађарској, био је укључен у овај пројекат о којем сада говорим, чији су резултати објављени пре неколико недеља, у оквиру којег је студентима медицине постављено питање да ли би били спремни да раде ван Будимпеште, на шта је више од 80 одсто њих одговорили негативно – уз то да ће ако не могу да раде у Будимпешти отићи негде друго.

Србија и кретање здравствених радника:

- Србија је била извор лекара последњих 40-50 година
- Велика разлика у платама између Србије и других земља Западне Европе
- Презасићеност тржишта лекарима
- Непотпуни подаци
- Тескоће да се класификују Југословенске миграције по републикама због ранијих постојања јединствених података

Специјализације које се траже у иностранству:

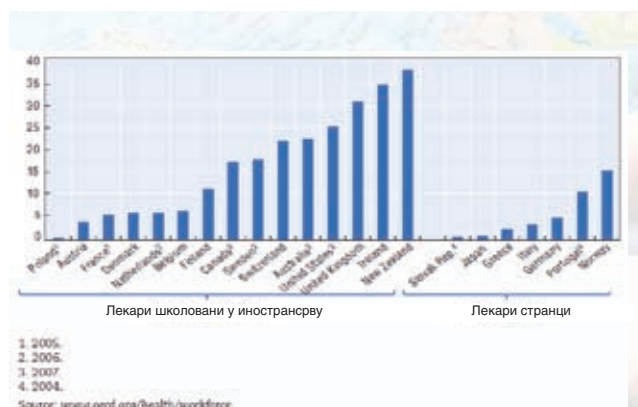
- Анестезиологија
- Радиологија
- Патологија
- и разне хируршке гране
- Такође краткотрајан рад у иностранству

Три фазе исељавања:

- 1960–1989 дипломе су се признавале, нису биле потребне визе, најпопуларније дестинације Немачка и Швајцарска
- 1990–1999. Разлози: плата, специјализације, неадекватни посао, дипломе се нису признавале, тешко добијање виза, ригорозни критеријуми пријављивања.
- СЛД почело са издавањем сертификата о чланству од 2000. Годишње се издавало од 130 до 170 сертификата.

Током година Србија је обезбедила Европи и САД значајан број доктора медицине.

Временско кретање и надовезивање података



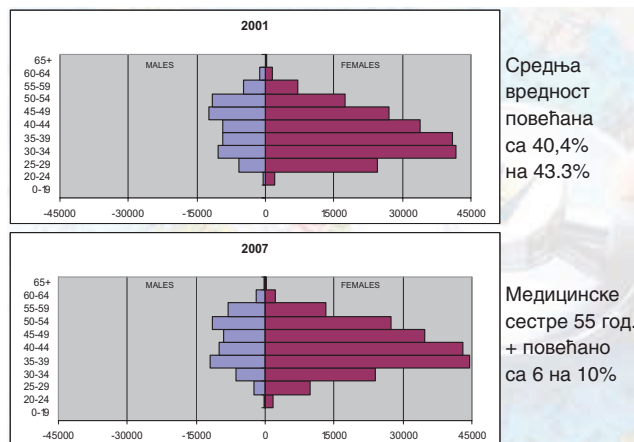
Школовани у иностранству и странци лекари у одређеним земљама ОЕБСа у 2008.

Кретање здравствених радника: Колико је то релативно?

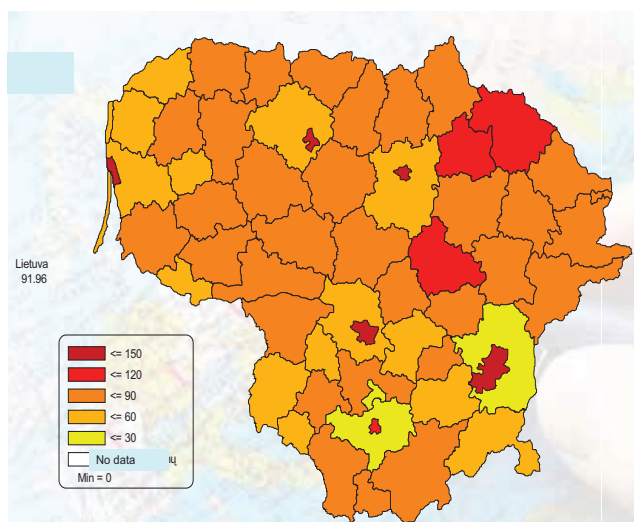
- Кретање у поређењу са другим питањима везаним за радну снагу:

- Недостатак
- Лоша регионална дистрибуција
- Одлив
- Систем образовања
- Пензионисање/Демографски подаци

Мотивација: Демографски изазов, старосна пирамида италијанског здравственог система, плаћене медицинске сестре по глави



Мотивација_Географска дистрибуција медицинских сестара и бабица у Литванији



Закључци:

- Скала кретања се разликује драстично
- Кретање – три главне чињенице
 1. изменђу суседних земаља
 2. Тренд исток/Запад Савар/југ
 3. углавном у Европском региону (са великим изузецима Енглеска и Шпанија)
- Кораци напред:
 - праћење развоја радне снаге
 - нови начини прикупљања података
 - састављање индикатора дефиниција.

То је дакле проблем. Осипање. Како да спречите да људи одлазе да раде у другој професији, у неком другом сектору. Наш образовни систем често пружа образовање погрешним људима. А у многим земљама је присутан проблем све старије радне снаге и очекује се велики пораст броја пензионера у европским земљама. У Србији је, колико ми је познато, ситуација друкчија.

29 <

Знам да ви имате могућност замене великог броја оних који одлазе у пензију следећих десет година.

Али у многим европским земљама нема замене за оне који ће напустити радна места наредних десет година и за разлику од онога што се ради у Србији и неким европским земљама, тамо се уводи дужи радни стаж. То је у вези са демографским подацима. Ево, видите из примера Италије, како се брзо то мења. Енглеска – видимо велики диспарат код понуде и потражње.

Углавном имамо пораст стент интервенција, катетеризација и нехируршких интервенција, а показатељи говоре да нема потребе за толиким бројем специјалиста. Значи тешко је постићи жељени број. Имамо приказ лоше дистрибуције у Литванији из чега видите да је ситуација у Србији много боља. Мислим да, заправо, није уопште лоша, јер има земаља где је та ситуација много гора.

Да изнесем неколико закључака. Обим мобилности у Европи варира у великој мери. Кретање професије се одвија углавном између суседних земаља, југа и се-

>>> Неке земље, су суочене са чињеницом да људи тамо не долазе. На пример Словенија, је сматрала да има фантастичне услове, и да ће људи из Балтичке регије долазити тамо, али нико није дошао, слично је и са Финском и Шведском <<<

вера и истока и запада и углавном у оквирима Европе, шире Европе, али не толико из Африке, Азије, јер постоји прилична забринутост да богате Европске земље проузрокују одлив мозга из Африке, међутим,

ја мислим да је то мање проблем саме Европе, а више неких других земаља.

Мислим да у блиској будућности треба да пратимо развој медицинске професије, да будемо боље упознати са релевантним политикама у земљама, да обезбедимо већу размену у погледу планирања радне снаге и методама које друге земље примењују у тој области да би изашли на крај са недоумицама, на пример, како уносе измене о броју специјалиста који им је потребан, како утврђују број студената који ће моћи да се упише следеће године.

Доћи до прецизних података

Такође треба да ревидирамо систем прикупљања података. Постоји неколико система који нису добри. СЗО има компликован систем, такође ОЕБС и ЕУ. Ове године су почели заједнички да раде на унификацији система, али нисмо сигурни које податке ће прикупљати. Располажемо различитим подацима јер имамо експерте у нашим земљама који раде на њиховом прикупљању, тако да постоје велике разлике у подацима за базе података међународних институција од земље до земље и за наше базе, нарочито кад је реч о федералним земљама, због чега је тешко поређење података.

Значи, потребно је усклађивање дефиниције индикатора у вези са здравственом професијом укључујући и индикаторе: обучен у иностранству, рођен у иностранству, итд. То би био кратак преглед ове огромне материје која је битна за вас, који може да вам помогне да сагледате у којој мери сте ви већ у оквиру европских земаља и Европске уније. //



Конференција за штампу у Холидејину

ПРВА КОНФЕРЕНЦИЈА СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ ДИЈАСПОРЕ
ПРОФ. ДР ТЕРИ МЕСОН, ДОСКОРАШЊИ СЕКРЕТАР ЗА ЗДРАВСТВО ГРАДА ЧИКАГА

НОВАЦ НИЈЕ ЗЛАТНИ КЉУЧ

// ЦЕНТАР ЗА МЕДИЦИНСКЕ УСЛУГЕ УТРОШИО ЈЕ 781 МИЛИЈАРДУ ДОЛАРА НА МЕДИЦИНСКУ НЕГУ У САД-У И ТЕ БРОЈКЕ РАСТУ, А МИ СВАКЕ ГОДИНЕ У АМЕРИЦИ УТРОШИМО ОКО ДВЕ ХИЉАДЕ МИЛИЈАРДИ ДОЛАРА НА ЗДРАВСТВО, КОЈИ ДОЛАЗЕ ИЗ ФЕДЕРАЛНОГ БУЏЕТА // ИНИЦИЈАТИВА ДА СЕ ПРЕИСПИТА КАКО СЕ ТРОШЕ СРЕДСТВА И КАКО ДА СЕ КОРИСТЕ ТАКО ДА СЕ СВИМА ПРУЖИ ПРИЛИКА //

Приликом обиласка болница у Србији, хтео сам да будем сигуран да вршимо исправна поређења. Превише често обилазимо болнице и упоређујемо их са болницама као што су оне у Сједињеним Државама које су веће и боље финансиране, међутим, не вршимо поређење међу државним болницама, тако да сам ја хтео да се упореде системи који функционишу на бази државних средстава, а такви системи у неким земљама пружају услуге свима, док у Сједињеним Државама државне болнице пружају услуге претежно сиромашнима – објаснио је проф. др Тери Месон, доскорашњи секретар за здравство Града Чикага.

Хтео сам такође да нагласим да постижете одличне резултате упркос вашој оцени. Ви сте на одређени начин тек почели, ако се имају у виду сва дешавања од пре десетак година, а колико видим доста добро напредујете, а сигурно је да ту ствари могу да се побољшају, међутим, надам се да ћете до краја мог излагања моћи да увидите да је ситуација код вас боља него што можда мислите.

Дакле, често се чују поређења са Сједињеним Државама, међутим, ми трошимо око две хиљаде милијарди долара на здравство. Ја бих у вези са тим имао доста питања да поставим. Јер, ако погледамо податке о очекиваном животном веку које је објавила CIA у својим Информацијама о свету, видећете да су САД 49. на списку од укупно 224 земље, што значи да нису ни међу првих 25 са тог списка. Трошимо велике своте новца али не постижимо онолико колико многе друге земље које троше много мање.

Ово наглашавам јер се говори о средствима. Она јесту значајна али је потребан ефекат онога што радите а средства су понекад прецењена кад се говори и питањима квалитета. Ако погледамо првих десет земаља на списку ове публикације CIA-е, видећете да ту нису ни САД нити неке од земаља које бисте очекивали. Чак је и Босна и Херцеговина боље рангирана када се ради о очекиваном животном веку, а то све указује на то да је у том смислу потребно предузети неке мере. Дакле, ово је од суштински значаја, нарочито када говоримо о квалитету.

Био сам секретар за здравство Града Чикага, а у склопу те функције био сам надлежан за све здравствене активности у целом граду. Са те функције сам отишао пре девет месеци и прешао у систем Cook County – Округа Кук. Град Чикаго је у саставу Округа Кук, а болнички систем у оквиру Округа Кук и Чикага је државни болнички систем за све становнике овог округа који укључује и Чикаго.

Као и ваше болнице, болнички систем у Округу Кук има дугу историју. Она је почела 1866. када је систем отворен када је имао само 12 пацијената који су припадали углавном католичкој мисији и институцији Мерсу која је била у склопу овог система. Десет година касније 1876. отворена је прва болница са 300 постеља. До 1910. изграђена је још једна болница са око три милиона долара средстава, капацитета 656 кревета, након чега је 1928. додата једна дечија болница, мртвачница, још зграда, велика инфраструктура и на крају смо достигли број од три хиљаде и четири стотине постеља. Нећу вас замарати овим детаљима осим да нагласим да је прва банка крви отворена ту, 1937. године, а 2002. је отворена нова болница 464 кревета.

А ако упоредимо број кревета видимо да то илуструје утицај јавног здравственог осигурања на државни болнички систем. Ово је нова државна болница John Stroger, јавна добротворна болница, то је место којем сви имају приступ, али у сваком случају ту долазе они који не могу да добију никакву медицинску негу ни на једном другом месту.

Како контиролисати 13.000 лекара

Правим разлику између појма медицинска и здравствена нега. Доктори у болницама пружају медицинску негу а не здравствену негу. То су социјалне одреднице. Зависи од тога где, живите, које школе похађате, који посао имате, какву безбедност имате и какву храну можете да конзумирате – то све одређује здравствену негу, а ми који радимо у болницама лечимо обољења и стања која често наступају управо због недостатка ових услова. Дакле, ово је болнички систем укључујући и болницу из 2002. године. Као саставни део кампуса у Округу Кук, ми имамо и бројне друге обавезе.

Пружамо сву медицинску негу за кривични и правосудни систем у Округу Кук. Имамо око 10.000 притворених лица – не затвореника, ми их зовемо притвореницима у Заводу за корективне мере у Округу Кук. То је уједно и највећа психијатријска болница у целом Граду Чикагу. То није податак који радује јер је психијатрија велики проблем који није решаван како треба и велики износ средстава одлази на психијатријско лечење и за последице злоупотребе наркотика у САД-у и Чикагу.

Такође имамо и кампус на неких 365 ари површине који располаже простором од око 350.000 квадратних метара. То је центар где лечимо оболеле од AIDS-а. Сваке године имамо око 1000 нових случајева у Граду Чикагу. Без обзира да ли имају могућности да плате услу-

31 <

ге које траже, ове установе су место где сви могу да се обрате и затраже помоћ.

Кад је реч о теми о којој данас треба да говоримо, а то је Контрола квалитета и мерења, као секретар за здравство био сам надлежан за све активности које се тичу одржавања квалитета у целом систему. Можете претпоставити колики је то задатак. Надлежан сам за око 13.000 лекара и око 725 редовно запослених који су на платном списку, негде око 6500 техничара, медицинских техничара и осталих. Можете претпоставити да се ради о великом задатку али не разликује се од онога што сам видео да ви имате овде у вашој земљи или што ћете тек имати.

Гушћо инспекцијско ситио

Дакле, прво питање које се поставља јесте шта је квалитет. Има неколико дефиниција. Прва која упада у очи јесте да је то степен изванредности – колико можете бити добри, односно, најбољи у ономе што радите. Наравно, у овом смислу су битна мерења. Ако било ко од вас воли да чита ноћу због тога што не може да заспи, ево, имате прилику да прочитате ове Стандарде квалитета које је издала Заједничка комисија у САД - у.

Како ми приступамо решавању овог проблема? Вероватно ће вам бити јасније из самих података, али оно што је битно јесте да ми све сагледавамо у контексту квалитета и свако је одговоран за квалитет. Питање квалитета не треба само да се препусти неколицини људи у неком одељењу министарству и да се сматра да је то само њихова надлежност. Квалитет је надлежност свих људи, дакле, свих 6500 запослених у организацији.

У Америци имамо бројне организације али су три међу њима главне организације, које су заиста надлежне, поред саме државе, а то је Заједничка комисија за акредитацију болница. Све болнице које желе да добију или да наставе да добијају државна средства морају да добију одобрење ове Заједничке комисије на основу инспекцијског поступка.

Ове инспекције се врше периодично, најмање једном у три године, тако да је неопходно обавити доста посла да будете сигурни да ће ваша болница добити одобрење ове Комисије. Некада сте могли да обавите све што је потребно да будете спремни за Комисију. Данас то више није случај. Тражи се цела гомила ствари и мерења, а то не можете урадити само тако што ћете

>>> Трошимо велике своте новца али не постижимо онолико колико многе друге земље које троше много мање <<<

урадити неке графиконе. Данас је то потпуно нова методологија и мислим да далеко боље илуструје стварну ситуацију.

Користи се метод који се зове Tracer. Морате да платите да се то обави. Нас то кошта, кошта нас око 35.000 долара, да та агенција дође у нашу болницу и да изврши периодичне инспекције болнице. Примењује се Tracer методологија, а у оквиру те методологије, они могу зауставити било кога, медицинску сестру или неког превозника и од њих тражити да одговоре о политикама, о процедурама у вези са њиховим послом, шта треба да ураде ако наиђу на проблем, кога да контактирају, где се налазе све уредбе и процедуре које су релевантне за дату ситуацију.

Постоји низ различитих система за управљање утиком и велике активности се спроводе у вези са кон-

тролом квалитета. Ми радимо на решавању разних питања, а ту су укључени разни субјекти, федерални државни органи, организације за колегијално преиспитивање, затим организације за безбедност пацијената. Ове организације представљају оквир за окупљање више болница. Не знам каква је ситуација овде у Србији, али у Сједињеним Државама ми морамо да пазимо о чему говоримо и где се то чини.

На пример, ако дође до грешке или нежељених ситуација, одређене информације могу да се задрже ван суда у одређеним државама, уколико се разматрају у контексту активности на побољшању квалитета, међутим, на нивоу федералних судова у Сједињеним Државама, ни један део тих информација не може да се задржи ван суда и понекад се оне користе у судском поступку против лекара.

Значи, постоји један број организација које су се окупиле у настојању да спроведу одговарајућу форму, с обзиром на то да ми сви можемо да учимо једни од других. Када имамо форму можемо лако да разматрамо проблеме које имамо јер шта год да се дешава у једној болници, то није битно другачије од збивања у некој другој болници, тако да захваљујући овој иницијативи ми сви имамо могућност да разменимо искуства. Ове организације за безбедност пацијената такође раде на томе.

Битно је то да данас постоје организације захваљујући којима доктори, када дође до грешке, могу одмах да се обрате породици и да признају грешку и да започну дијалог са породицом, уз помоћ правног заступника, јер често настаје велик проблем зато што људи знају да је дошло до грешке али да је ми прикривамо. На овај начин, ако ништа друго, људима је мало лакше јер знају да ништа не кријемо, а многи од ових случајева се могу решити ван суда уз помоћ других механизма.

Горуће питање реформе

Овај механизам је такође фокусиран на питање квалитета. Дакле, ови национални форуми су организације које утврђују националне приоритете и циљеве у вези са побољшањем нашег рада. Оне такође унапређују постизање националних циљева кроз програме образовања на националном нивоу. Често се дешава да се у ситуацијама недовољног буџета смањују образовни програми. А то је најважније што морамо да обезбедимо. Стално образовање не само за докторе већ и стално образовање за медицинске сестре, техничаре и све остале ...

Чућете доста тога о Агенцији за истраживање у области здравствене неге и квалитета, скраћено АРК. То је главна агенција у Сједињеним Државама чија је надлежност да обезбеди да ми урадимо све што је неопходно за побољшање безбедности, ефикасности и делотворности здравствене неге.

Ви сте вероватно много тога чули у вези са реформом система здравства у САД-у. Водила се велика дебата о компаративној делотворности, односно, да ли многи од метода имају икакав ефекат. То је било горуће питање у САД-у нарочито зато што се ту поставило питање метода за лечење рака и хемотерапије. Спроведене су бројне студије. У једној од њих је утврђено да се 38 одсто средстава здравственог буџета утроши на последњих шест месеци живота пацијента, тако да многи постављају питање да ли треба да се настави тим путем.

Центар за медицинске услуге, познат као CMS, утрошио је 781 милијарду долара на здравствену односно медицинску негу у САД-у. Те бројке расту, а ми сваке године у Америци утрошимо око две хиљаде милијарди долара на здравство, који долазе из федералног бу-



Проф. др Тери Месон, пренео вишегодишња искуства америчког здравственог система

цета. Дакле, појавила се иницијатива да се преиспита како се троше средства, а ми ћемо морати да видимо како да се та средства из буџета користе тако да се свима пружи прилика.

Постоји један низ основних мера које треба да примените и да доставите одговарајуће извештаје. Дакле, о којим мерама се ради? Имамо низ, тзв. основних мера. То су мере о којима сви морају да извештавају. Те податке учитавате у базу података и добијате информације на основу којих видите како ваша болница стоји у поређењу са другима. Мере су изабране и верификоване од стране агенција.

Имамо овај систем означавања који зовемо семафор – црвено, жуто, зелено. Црвено означава да не радите како треба, жуто да сте на добром путу али да још нисте стигли тамо где треба, а зелено да радите како треба. Не знам да ли вам је овај систем познат, али ми, да-

кле, имамо основне мере које се примењују у случају инфаркта миокарда, срчаног застоја, пнеумоније... Ми то називамо Пројектом побољшања на основу прескакања хируршке интервенције, Astmacare, Болничка и клиника одељења, Услуге на лицу места, Венска и артеријска тромбоза и Перинатална нега...

Електронска евиденција

То су основне мере о којима водимо рачуна, а те мере, ево, рецимо зелена означава да су агенције прегледале те мере и одобриле их као мере које се прописно примењују у конкретној области. То су мере које су послужиле као основа федералним органима а које се примењују на све и сви морају да извештавају у складу са њима. Показаћу вам податке који се односе на нашу институцију, да видите шта радимо. Сле-

33 <

дећих пет година Заједничка комисија ће бити веома активна.

Чули сте вероватно о многим кампањама и дебати о електронској евиденцији. То је нешто што ћете и ви једног дана морати да спроведете. Као председавајућем медицинске комисије у болници Мерсу у једном периоду, морам да кажем да ми је један од најтежих задатака био да прочитам рукописе доктора, јер некад не могу да прочитам ни сопствени. Значи, оно што добијате захваљујући електронској евиденцији је читак, аутентичан текст, знате тачно ко га је написао, где, време, датум. А то су битни подаци, поготово у Сједињеним Америчким Државама, где људи често покрећу тужбе и где је увек битно да имате јасну хронологију случаја.

Федерални органи сада желе да се ми оспособимо да им податке шаљемо електронским путем. Некада смо морали да претражујемо графиконе и видимо податке, уколико су уопште били уписани, а ако јесу, онда, уколико су уопште могли да се прочитају, да бисмо те податке послали релевантним институцијама. Овај поступак је почео да обухвата и друге врсте здравствене неге, нарочито дугорочну негу, негу код куће, негу беба, амбулантну негу. Ми имамо не само болнице већ и 19 клиника које такође подлежу инспекцији Заједничке комисије.

Помоћ незајосленима

Дакле, мора да се изврши низ активности, а треба обезбедити да се то све одвија без великог оптерећивања доктора, медицинског особља и саме институције. Подаци сами за себе могу бити велико оптерећење, а ми данас имамо око 50 запослених на том послу. Данас вам се обраћају бројне организације које траже разне податке. Због тога се Заједничка комисија труди да изнађе начин како да ми ово све прикупимо, да би CMS и друге институције могле да добију потребне податке.

Ви сте приморани да прикупите те податке јер, ако то не учините, не можете добити средства. То је велики проблем у САД-у. Поготово кад имате систем Medicare и Medicaid. Medicare је програм за старија лица. Ако сте радили у Сједињеним Државама довољно дуго да стекне одговарајући број поена, са 65 година имате право на Medicare, а Medicaid је програм за грађане у Сједињеним Државама који функционише на бази државних субвенција, а намењен је сиромашном делу становништва.

На пример, у држави Илиноис где ја живим, ако неко није запослен, тим програмом су на пример обухваћене све труднице, деца и лица са посебним потребама. У склопу тог програма, свака држава мора да уплати допринос од 50 центи, на које федерални органи додају својих 50 центи и то су средства из којих се плаћају услуге у оквиру тог програма. Ако говоримо о стратешком плану федералне владе у вези са програмом Medicare и Medicaid, циљеви су да се обезбеди одговарајуће покриће за Medicare и делотворне услуге за друге кориснике, међутим, у суштини, циљ је да се здравствени систем трансформише и модернизује, а други циљ је да се смањи обим потрошње испод 780 милијарди долара, тако да се улажу напори да се види постоји ли нека могућност, јер као и било где друго, постоје могућности да се смање ти велики буџети, јер људи увек изналазе начине да заобиђу оно што је потребно, тако да је битно утврдити да ли постоје могућности, да ли ту има превара и злоупотреба и да се на крају људима обезбеди да добију тачно оно што треба да добију.

Утврђени су неки начини и мере. На пример, ако је неко хоспитализован због неког оболења, они више не обезбеђују средства за то. Ако погледамо овај списак са пет кључних циљева који су изложени у стратешком

плану за период од 2008–2010. године, видећете да су то добри циљеви које држава жели да постигне. Радна снага представља велики изазов у САД-у с обзиром на високу стопу старења становништва. Наша радна снага је све старија, а наравно да имамо проблеме и са лошом дистрибуцијом, као и остали. Број лица који је потребан да би се систем одржао, све се више смањује, а сегмент старог становништва је све већи.

Ево, ја ћу, на пример, следеће године да напуним 60, а представљам најмлађу генерацију тог сегмента, дакле, да бисмо обезбедили систем који ће моћи да опстане и

>>> Водила се велика дебата о компаративној делотворности, било је то горуће питање у САД-у нарочито јер се поставило питање метода за лечење рака и хемотерапије јер је у једној од студија утврђено да се 38 одсто средстава здравственог буџета утроши на последњих шест месеци живота пацијента, тако да се многи питају да ли треба да се настави тим путем <<<

да пружа тражене услуге, морамо да обезбедимо и да потрошачи буду обавештени, значи сви ови индикатори морају бити јавни. Ви као грађанин морате имати могућност да преко интернета погледате све ове индикаторе и да донесете одлуку на основу изложених индикатора о томе да ли ћете отићи у неку болницу или не.

На овај начин се ствара колаборативно партнерство. Ми смо у Округу Кук покушали да ово све решимо кроз контекст одржања квалитета. Дакле, свако одељење у болници, дијагностика, апотека, рачунарска центар, административна подршка и сви остали имају индикаторе укључујући и нашу ИТ и то како вршимо набавке и како набављамо разну опрему.

На пример, неко ће можда питати зашто нам треба индикатор квалитета за уговарање и дистрибуцију, али замислите ситуацију где сте ви хирург, а немате апарат за компресију зато што неко није испунио налог за набавку како треба – имаћете, дакле, проблем. Ово је и питање људских ресурса, а то је значајно питање. Запоследни морају да долазе на време, мора да се води рачуна о животној средини јер ће Заједничка комисија за инспекцију прегледати целу зграду у сваком смислу.

Сукоб с традиционалним

Да ли је систем за гашење пожара на месту, да ли су сви конструкцијски елементи ваше зграде како треба, итд. Дакле, како да управљамо тим подацима који су њима потребни? Подаци представљају проблем. Многи нису вољни да уносе промене, јер су навикли да ствари обављају на одређени начин до тог тренутка, значи, то је проблем, нарочито кад је реч о медицинским техничарима и докторима.

Дакле, како се прикупљају подаци? То се ради на све могуће начине. Обично делегирани чланови тима надлежног за квалитет достављају податке електронским путем. Дакле, како се формирају електронске медицинске евиденције? Ми трошимо доста новца на развој тог систем, 3,2 милиона долара годишње одлази на одржавање тог система. У сваком случају, ти подаци се прикупљају електронски како би се лакше написали извештаји, а да не морате да тражите поједине елементе података.

Понекад имамо проблем у томе што многи раде доста ствари које ради и други, што доводи до неефикасног искоришћавања њиховог времена, тако да морате да обезбедите да људи буду добро распоређени. А понекад нам и фали људи, али због тога су и битне матрице квалитета. Често се дешава да морате да редизајнирате процес, а у болницама, када имате радну снагу која 20 или 30 година ради на одређени начин, промене могу бити тешке.

Управљање информацијама је релативно ново у целом процесу, а такође имамо и питање права пацијената и друге регулаторне аспекте које сам помињао. Још једна од ствари о којој морамо да достављамо извештај у смислу одржавања квалитета јесте ниво задовољства пацијената, а ако болница нема људе који спроводе то испитивање, то значи да морамо да ангажујемо спољну агенцију која ће извршити испитивање пацијената. Они нам дају детаљне одговоре. Захваљујући томе, имамо све податке о сваком одељењу, о свакој смени и о свему што се десило. Ради се анализа тих података и ми имамо велике сетове докумената који се односе на сваки детаљ који се тиче пацијената.

Свакодневна шрка у борби за стандард

Имамо, дакле, ове основне мере које су од суштинског значаја и свака болница мора о њима да извештава. Ово су мере у случају инфаркта миокарда. Да ли је пацијент добио аспирин када је доведен, да ли га је добио пре него што је отпуштен. Да ли смо им рекли да не пуше. Да ли је добио бета блокатор. Да ли га је добио пре отпуштања. Колико временом је протекло пре него што је пацијент добио тромболитике. За одређена стања постоји утврђен временски оквир од 90 минута од кад се пацијент појави у болници до тренутка када треба да буде збринут. То је неколико наших кључних мера у нашој институцији. Сви морамо да извештавамо о њима. Ти подаци сви могу да се упоређују и локално и на националном нивоу.

А када је реч о овој конкретной болници, реч је о болници за дугорочну негу чија је намена донекле преиначена, имамо показатеље да смо радили како треба и да смо били на нивоу просека или изнад просека у држави. Овакви извештаји се пишу сваког квартала. Они се шаљу нашем управном одбору и главном директору. Ако је реч о пнеумонији: Да ли смо извршили анализу крвне културе, да ли смо предузели све друге неопходне мере? Код неких елемената били смо на ниову

>>> Ако бисте желели да добијете ове мере за ваше институције, биће ми драго да вам их доставим <<<

који се тражи, код других смо били испод тога. Значи потребно је прегледати сву евиденцију, видети шта недостаје и обезбедити да се то коригује.

Ми се трудимо да премашимо стандарде за државу и за земљу, када се ради о овим индикаторима. Када се ради о Пројекту за побољшање хируршке неге, онда имамо индикаторе, рецимо, да ли је антибиотик дат у року од сат времена од интервенције. Дакле, имате податке о времену када је антибиотик дат, на сат времена од хируршког захвата. Имамо евиденцију са подацима о медијацији, тако да се тачно зна да ли је особа добила антибиотик сат времена пре хируршког захвата. Или јесте или није, нема ништа између. Да ли је особа дат одговарајући профилактички антибиотик, да ли је прекинуто давање 24 сата након интервенције. Да-

кле, то су националне мере које сви контролишу тако да се сви труде да испуне захтеве.

Али ово све неко мора да запише уколико немате електронски систем. Та дужност мора бити дефинисана. Исто тако, да ли је особа добро избријана, да ли је примењена одговарајућа анти тромбоемболијска процедура, да ли је добила профилаксу у одговарајућем року пре хируршке интервенције. То су, дакле, основне мере. Ако бисте желели да добијете ове мере за ваше институције, биће ми драго да вам их доставим. На крају, желим да вам покажем да поред ових мера, такође имамо и мере које рефлектују ниво задовољства пацијената и то су све јавни подаци који се добијају од пацијената.

Ми их питамо да ли сте комуницирали са доктором са медицинском сестром, да ли је адекватно реаговано на њихов проблем, на бол, да ли је болница била чиста, да ли је тиха, да ли сте добили потребне информације приликом отпуштања, да ли бисте препоручили ову болницу и другима.

Када се ради о комуникацијама са докторима, ту има проблема, јер се често дешава да се доктор појави док пацијент спава, тако да пацијент није имао прилику да разговара са доктором. Значи, то су те основне мере, а оне су бројне, а ово је само један мали сегмент који вам илуструје шта све предузимамо и како стојимо када се ради о поређењу са другима. Ми се не упоређујемо само на нивоу државе у целини, већ од болнице до болнице. Свака институција има свој скуп основних мера и ми те мере упоређујемо да бисмо утврдили где су проблеми. Нарочито када се ради о докторима, а ја сам надлежан и за комуникације са докторима и специјалистима по питању чистоће, исто тако и са техничким особљем, да ли су предузете мере да се смеће изнесе на време, да се води рачуна о чистоћи, јер се тиме спречава појава инфекција.

САД је шек на 49. месцу

На крају, желим да кажем да када вршити поређење себе са осталима, а знам да многе те фрустрира, ви овде у државном сектору, ако се упоредите са јавним сектором у Сједињеним Државама, можете закључити да одлично функционисте, с обзиром на то чиме располажете. Знамо да је свима потребно више средстава. Ми имамо исте проблеме у САД-у. Године 2002. изградили смо нову болницу, а сада већ почињемо да замењујемо неке ствари које су инсталиране пре око десет година.

Значи, наставите овим путем којим сте кренули јер сматрам да имате очигледан ентузијазам да побољшате ситуацију. Али квалитет је ту најбитнији. Исто тако безбедност пацијената и исход интервенција. Имамо и цели низ мера у вези са исходом. А кад говоримо о квалитету потребно је имати на уму да је то оно што желимо за нашег оца, мајку, супругу, дете и себе. Ако је то довољно добро за њих, онда је довољно добро и за пацијенте којима пружамо услуге. То је то главно мерило.

Исто тако морамо да сачувамо наше достојанство и интегритет као лекари, наш ентузијазам да боље радимо, а нарочито када искрсну конфликти, до којих често долази, нарочито у вези са новцем, а у приватном сектору, у поређењу са јавним, ја сам иначе уролог по професији и радили смо скрининг за рак простате, а данас уролози имају властите центре за радиологију. Морате бити пажљиви да не склизнете у неке области где не желите да се нађете. А, ево, још да кажем и то да, иако трошимо око две хиљаде милијарди долара, ми смо тек 49. на свету. //



Др Ханс Јоахим Сајтц, професор Универзитета у Хамбургу

**ПРВА КОНФЕРЕНЦИЈА СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ ДИЈАСПОРЕ
ОТРЕЖЊУЈУЋЕ ИЗЛАГАЊЕ ДР Х. Ј. САЈТЦ, ПРОФЕСОРА ИЗ ХАМБУРГА**

ПОКЛОНИЛИ СТЕ НАМ МИЛИЈАРДЕ ЕВРА

// ЗАХВАЛНИ СМО СРБИЈИ ШТО ЈЕ ПОСЛАЛА 5000 МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И 1500 ЛЕКАРА, ШТО ЈЕ ПОСЛАЛА И ТОЛИКИ БРОЈ ЗУБАРА И ФАРМАЦЕУТА У ЕВРОПУ. АКО УЗМЕМО У ОБЗИР ДА ОБРАЗОВАЊЕ ЈЕДНОГ ЛЕКАРА КОШТА ОКО МИЛИОН ЕВРА, ВИ СТЕ ЗА НАС У ЕВРОПИ УТРОШИЛИ ИЗНОС ОД 3000 ПУТА ПО МИЛИОН ЕВРА. ХВАЛА ВАМ НАЈЛЕПШЕ //

Захваљујући се Лекарској комори Србије на позиву а посебно његовој немачкој и српској колегиници, докторки Андрејевић-Кри др Ханс Јоахим Сајтц, професор Универзитетске клинике из Хамбурга није заборавио да помене један посебан поклон који годинама стиже из Србије.

– Ми смо, заправо, веома захвални Србији што је послала 5000 медицинских сестара и 1500 лекара, што је послала и толики број зубара и фармаколога у Европу. Све скупа више од 3000 њих. Ако узмемо у обзир да образовање једног лекара кошта око милион евра, ви сте за нас у Европи утрошили износ од 3000 пута по милион евра. Хвала вам најлепше. Ви сте очигледно богата земља – рекао је др Сајтц.

Можете видети да – наставио је он – када је реч, о лекарима, од око 2000 њих, 200 су провели отприлике годину дана. Највише је провело од две до пет година или од шест до девет, њих око 400 и 300, а више од 14 година провело је око 400 и то у најбољем периоду свог живота, када су млади и пуни снаге – тада долазе у нашу земљу. Још једном, хвала вам.

Радим у Универзитетској болници у Хамбургу. Ми смо једна од најмодернијих болница у Немачкој са око 1000 лекара и 3000 медицинских техничара. Имамо веома тесну сарадњу са Београдом, тако да се ми не бавимо причом о томе шта ћемо да радимо убудуће – јер то је типична балканска карактеристика, већ шта конкретно радимо сада. Размењујемо студенте медицине и студенте који похађају клиничку обуку док студирају. Реч је о размени у оквиру које је 12 студената упућено у Београд, а 70 у Хамбург, у последњих осам година.

Позвали смо више од 60 лекара у Хамбург на наше институте или клинике, а неки су ту били само два или три дана да обаве неке веома узбудљиве експерименте, а други су провели више од шест месеци и то укључили у своје докторате. Организовали смо три радионице у Београду и унапредили медицински програм наставе, заједно са професором Ђуричићем и Лалићем и другима. Позивали смо бројне лекаре на медицинске конференције, не знам тачно број, али сигурно више од стотину њих, на међународне летње школе у оквиру међууниверзитетског центра у Дубровнику.

Ми не причамо – нећемо радимо

Следећи састанак ће се одржати 1. октобра на тему имунологије, а организује га Европска асоцијација за имунологију. Ми смо веома срећни што су београдски лекари поново интегрисани у све активности. Поред тога, пре две године имали смо делегацију веома истакнутих лекара која је посетила нашу болницу да види како је организована и како ми управљамо нашом институцијом и како обезбеђујемо финансирање. Значи, ми не причамо, него радимо.

Ако погледамо где се налази Србија, то је заиста тешко. Европска унија је одржала конференцију у Лисабону пре осам и девет година, а циљ је био да Европска унија постане најразвијенија економија у свету заснована на знању. Да можемо да кажемо – ево, ми смо ту и ми то тако радимо у конкуренцији са Бразилом, Кином и другима. А ако погледамо ранг листу, а објаснићу вам како се врши бодовање, можемо да видимо да је 2010. године Шведска добила оцену 5,8, Немачка 5,39, Сједињене Државе 5,27.

Реч је о подугачком списку. Бугарска је добила 3,2, а ако сада погледате где је Србија – 3,5, а то је близу Албаније. Зар је то могуће?! То је стварно јако тужно јер видите да су чак и Македонија, па чак и Азербејџан изнад Србије. Бодовање обухвата информационо друштво,

иновацију, либерализацију, финансијске услуге и тако даље. То је све обједињено у оквиру овог бодовања. Тако да, као што видите, Србија ту мора много тога да уради. Ево видите, ово су старе бројке, али овде Србија није чак ни наведена. Косово је ниже на табели.

Да видимо шта сада Србија ради? Буџетске алокације за научноистраживачки рад и технолошки развој 2007. износиле су свеукупно стотину милиона евра. То је мање од 0,3 одсто од нашег бруто домаћег производа, за истраживање. Од тог буџета од 100 милиона, ви сте за медицинске науке издвојили 3,6 одсто, а то је око 3.600.000 евра. Морам да кажем да је толико износио буџет мог Института. Буџет једног института у Немачкој био је једнак целокупном буџету за медицинске науке и истраживања у Србији.

Обезбедити 5500 сати образовања

Могли бисмо да кажемо – па, добро, ствари су безнадежне, да не причамо више, него да попијемо по једну ракију, па ћемо онда да наставимо. Али не, ја не делим такав став, ја сам позван да изложим један позитиван преглед, међутим ја износим своје мишљење у које сам уверен, а то је да се ради о томе да многе ствари не коштају ништа и да могу да се ураде одмах. Ради се само о менталном ставу и потреби да се промени приступ. Дао бих вам две или три препоруке.

Ово је за медицинске студије, ово је за докторске студије, а ово је за континуирану медицинску едукацију, а почео бих од студија медицине. У вашој земљи – а овде су професор Ђуричић и многи други – мислим да би ваш циљ требало да буде да ваши млади што пре добију европски ниво образовања који ће аутоматски бити верификован и прихваћен, да ниво ваше медицинске едукације буде тако висок да о њему не може бити никакве дискусије, онако као што је то био случај 50-их и 60-их година и почетком 70-их, када се није постављало питање стандарда ваших медицинских стручњака, зубара, фармацеута и њиховог образовања.

Урадите то – сада! Као прво, треба обезбедити 5500 сати медицинског образовања. Ваши студенти могу да се обучавају из ургентне медицине, дефибрилације, јер ту се не ради о новцу већ о труду, као и о клиничарима. Молим вас да позовете ваше колеге који су на предклиничком нивоу да им објасните основе онкологије, јер оно што многи клиничари говоре је застарело.

Међутим, ваше колеге које се налазе одмах ту поред вас то знају. Зашто их не позовете и одржите им предавање од десетак минута? Ја не знам. То је сада стандард на многим местима. Још једна јако битна ствар на основу Болоњске декларације је то да сваки студент сада

>>> Од буџета од 100 милиона, ви сте за медицинске науке издвојили 3,6 одсто, а то је око 3,6 милиона евра колико износи буџет мог Института <<<

мора да проведе један семестар вани. Учините то. Али то значи да ви и ја треба да упутимо позиве. Биће потребне спаваонице, неко лепо место, биће вам потребна кафетерија и тако даље, јер нећете моћи да пошљете две или три хиљаде студената ван земље на такав начин. То морате организовати на бази реципроцитета, а то почните већ сутра.

Ја знам да ви то можете, ви сте некад били наши љубазни студенти, а ми знамо од наших студената који су били у Београду да су били више него одушевљени



СРБИЈА ТРЕБА ДА УВЕДЕ СТАНДАРДИЗОВАНЕ ИСПИТЕ, УСМЕНЕ, НЕЗАВИСНЕ И АНОНИМНЕ, КАО У САД-У И НЕМАЧКОЈ, КАО БИ

вашим гостопримством, вашом историјом, вашим знањем и градом Београдом.

Следеће, треба да уведете стандардизоване испите. Зашто да не, можете увести стандард као у Сједињеним Државама УСМЦЛ, или као код нас у Немачкој, усмене, независне, анонимне испите. Тада можете да уведете усмене испите са присуством свих професора, уместо да имате испите где један професор испитује три студента. Знам шта ту може да се деси, а то знате и ви.

Следећа поента се односи на докторат. Искрено говорећи, некада, 80-их година, докторат с Универзитета у Београду био је веома уважен. Али, након тога дошло је до распада целог научног сектора. А сада сте суочени са распадом медицинских наука за студенте медицине, биохемије, фармације и тако даље, већ 20 година. То је огроман недостатак.

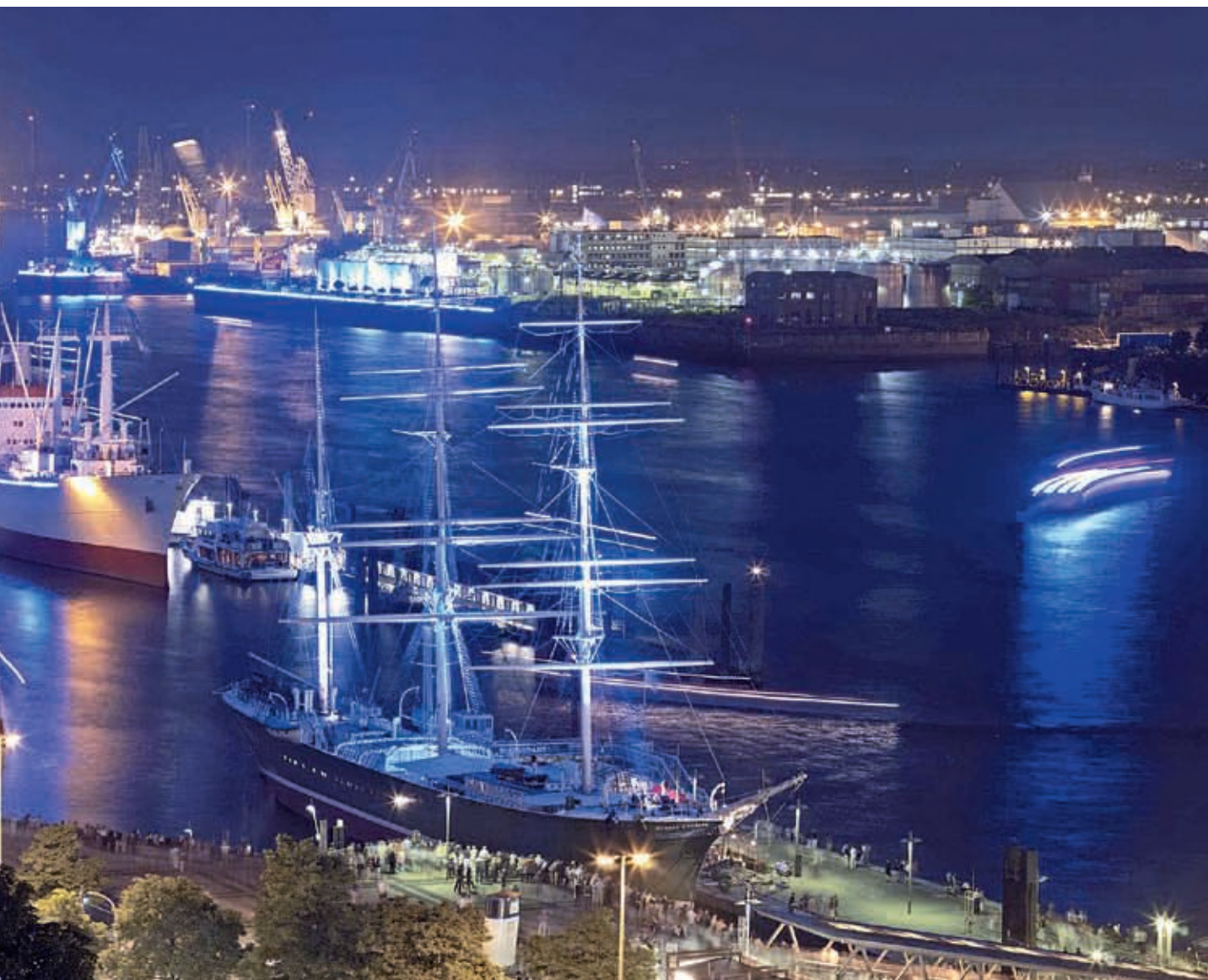
Ствар је у томе да почнете одмах. Да не узимате новац од студента већ да му га дајете. То је највреднији период живота – између 24. и 27. године. Они су жељни да врше експерименте, да напорно раде више од 60 сати недељно. Да гаје хелијске културе, обављају све што је потребно. Као професор, у мом одељењу сам имао пет, шест или седам младих људи који су обављали истраживања, док сам ја био у Загребу, Приштини, Дубровнику. Они

су били ти који су свакодневно вршили истраживања – гајили хелијске културе, радили на микробиологији, а ја сам их у томе подстицао.

Наравно, они су имали стипендије, што значи да треба да им дате стипендије, да јасно утврдите предмет истраживања, да организујете своје студенте. Верујте ми, наука је, данас, толико компликована да њоме не можете више да се бавите на последњем спрату ваше болнице или у подрумским просторијама. Не можете на тај начин више бити конкурентни. Морате се концентрисати и постати ефикасни, а затим јасно утврдити програм, рецимо три године и ни дан дуже.

Екстерна ревизија

Кад је реч о докторима медицине, у Немачкој смо увели краће програме, јер доктори медицине воле да иду на специјализацију али кад им кажете три године наука, три године хистологије, они се обесхрабре. Због тога данас постоје програми где је то све комбиновано, у оквиру којих се тражи један реферат годишње, а на крају прве године докторских студија они већ могу да присуствују међународним конференцијама, где могу да виде где се налазе и шта се догађа.



ВАШЕ ДИПЛОМЕ ИМАЛЕ „ТЕЖИНУ“ ОНИХ ИЗ 80. ГОДИНА С УНИВЕРЗИТЕТА У БЕОГРАДУ, СУГЕРИШЕ ПРОФЕСОР ИЗ ХАМБУРГА

Сада смо увели и препоруке за обављање докторских студија које се могу прочитати. Сада студенти медицине могу да направе паузу од девет месеци током којих треба да се баве експериментима. Они то воле да раде. С друге стране, програм додипломских студија је таква да може да се направи одговарајућа комбинација медицинских студија, медицинске специјализације и докторских студија.

Покушавам да вам предочим каква је ситуација у Немачкој. Последњих месеци, а ово је нешто прилично ново, наша болница је била подвргнута екстерној ревизији која је била прилично жестока. Рекли су нам – ви имате буџет од 700 милиона евра. Међутим, да бисте били конкурентни на европском нивоу, не можете имати 10 или 12 истраживачких предмета, као што смо некада имали.

Морате се концентрисати на неуролошке науке, инфламације, онкологију, јавно здравство, а у оквиру јавног здравства само једну тему, а што се тиче осталог, то све заборавите, тако да ми више немамо истраживачких делатности у области исхране, дијабетеса итд, јер више немамо могућности да добијамо средства, што значи да чак и кад се ради о болници која је тако богата као што је наша у Хамбургу, нема могућности да се излази ван одређених области.

То нарочито важи за мање немачке покрајине, као што су оне на Истоку, где морају да се фокусирају само на одређене теме да би добили средства. Ако се ради о неким областима у оквиру оних које су програмиране имате могућности, а у областима ван тог оквира, немате никаквих могућности.

Без доказа о КМЕ нема осигурања од лекарске грешке

Враћамо се на тему континуираног медицинског образовања. Ту се не ради о новцу. Континуирана медицинска едукација не значи специјализацију. Она представља константну обуку лекара да би могли да се одржавају на одређеном нивоу. Зашто Немачка то ради? Пре 10–15 година дошло је до многих катастрофалних исхода због лоших лекара. Пацијенти су се обраћали адвокатима, адвокати би покретали судски поступак и наравно, лекари су морали да потроше милион, два и више милиона да то исфинансирају.

Осигурање лекара је сада проблем. Сада морате да платите велики износ новца за ваше професионално осигурање. Ако немате континуирану медицинску едукацију, осигурање ће рећи – ми не желимо да вас осигу-

39 <

рамо. То је ваша брига. Због тога су лекари приморани да себи обезбеде континуирану медицинску едукацију. Други разлог је то што, у неким земљама, као што су Сједињене Државе, имате систем лиценцирања на сваким 6 или 7 година.

Лекарских комора у Немачкој размишља о увођењу континуиране медицинске едукације која ће бити на тако високом нивоу да неће бити потребе за поновним лиценцирањем. Када смо увели и покренули контину-

>>> Наука је, данас, толико компликована да њоме не можете више да се бавите на последњем спрату ваше болнице или у подрумским просторијама <<<

ирану медицинску едукацију, нисмо увели систем обуке из области медицине, већ систем за сталну обуку лекара из области које их интересују.

Рецимо, за лекаре опште праксе, унапређење знања из онкологије, кардиологије, педијатрије итд. Ова обука је под контролом лекарских комора. Немојте то предати у надлежност министарства. Министарство је ту смао посматрач. Ми, у Немачкој, смо веома поносни што све обављамо сами у сарадњи са лекарским коморама. Министарство нема ту шта да нам каже. Ми смо надлежни за ниво специјализације.

Наравно, на бази закључака до којих долазимо кроз дискусије са међународним групацијама. Ми и наше лекарске коморе смо надлежни за континуирану медицинску едукацију. Наравно, државни секретар може да обави свој део посла, да обезбеди средства, али он нам неће говорити о томе како континуирана медицинска едукација треба да изгледа. У нашим лекарским коморама имамо одбор који се поставља на ту функцију са мандатом од четири године. Ми га овлашћујемо. Имамо буџет наше коморе за ту сврху. Имамо годишњи програм и наравно, имамо и процедуру евалуације предавача и бројки као и свих догађања и имамо такође бодове који се додељују лекарима.

Нема болнице која сваке недеље не одржи КМЕ

Сваки лекар има картицу, тако да када се пријави за континуирану медицинску едукацију, то се учитава у компјутер. Не бих знао колико бодова морате да прикупите на годишњем нивоу, али у сваком случају много. Значи морате да прикупљате те бодове. Ја вас подстичем да одмах уведете систем континуиране медицинске едукације и да позовете докторе из иностранства, који су чланови ове познате лекарске асоцијације. Имате списак некадашњих студената који су данас познати лекари...

Ви ћете бити одговорни за ваше испите, процедуре, лиценцирање. То вас неће ништа коштати. Даћу вам један добар пример. Ради се о седма образовних скупова крајем августа и почетком септембра у двама болницама. Нема болнице која не одржава континуирану медицинску едукацију сваке седмице. Значи, ми у Хамбургу свакодневно имамо по неки догађај ове врсте.

Још једна битна ствар у вези са подизањем стандарда, а која не кошта ништа, јесте увођење омбудсмана. Ми у свакој болници имамо омбудсмана за приговоре пацијената. Када се омбудсман обрати директору болнице, овај одмах зна да је нешто искрсло. Омбудсман није адвокат, омбудсман је посредник. Он омогућава да се постигне договор, када доктор направи неку грешку. Тада може да се постигне одговарајући договор.

Можете имати омбудсмана за младе научнике. Многи млади научници су изнурени због глупих идеја неких професора. Жао ми је. У том случају могу да се обратите омбудсману и изложите шта им професор ради. Могу да кажу, ево радим без престанка, а не постижем никакве резултате. Немам ни место, ни папире. Потребан вам је модератор да помогне студентима, а исто тако и да помогне професору ако је у питању неки шашиви студент.

Омбудсмани то раде из љубави. Они добијају нека симболична средства. Често су то пензионисани професори или доктори који воле да буду омбудсмани. Сада је то, на основу наших прописа, постала обавеза да се поставе омбудсмани, како би се обезбедило да средства за истраживања буду утрошена за оно за шта су намењена. Ако погледамо Светску банку, они су направили анализу здравственог система у Србији и на Балкану и утврдили који су недостаци. Недостатак је у непостојању специфичних приоритета. Ви имате све, али имати све није конкурентно. Имате веома мало или скоро нимало заједничког истраживачког рада између института и привреде у вашој земљи.

Имаће све, али имаћи све није конкурентно

Недостају вам истраживачки програми које финансира Европска унија. Наравно, не можете да се пријавите јер вам је стандард на ниском нивоу. Немате вештине за пријављивање за такве пројекте јер не знате да управљате таквим пројектима, не пружате подршку младим истраживачима, а то је јако лоше, а ваша инфраструктура је јако лоша – иако можете да се пријавите за то.

Рекли су вам да је неопходно да оптимизирате наплату прихода, обезбедите порезе, рационализујте расподелу средстава из пакета бенефиција, модернизујте систем пружања услуга у здравству, што подразумева концентрацију, односно да budete најбољи у неким областима. Модернизујте систем наплата, побољшајте податке који одражавају квалитет. Дакле, како да се то постигне? Ви сте, на један начин, у једној дивној ситуацији. Сви ваши доктори су ван земље. Сви су напустили своју земљу. Они су, међутим, спремни да вам одмах помогну и то значајно. Они могу да позову младе докторе на клиничку обуку још данас, само им се обратите. Обезбедиће им спаваонице, сместиће их и код куће. Они знају где су најбоља места у болницама. Знају да је за њихове колеге из Србије, рецимо, одлично неко одређено место. Доћи ће у Београд да одрже предавања.

Знам да је лекарима у дијаспори веома драго да их позовете и биће спремни чак и да плате авионску карту. Једино што ће вам можда тражити је један леп сертификат. Један баш леп сертификат. А знате да то кошта мање од пет евра. Исто тако и лепа позивница, скуп где ће бити одржана и вечера, што може коштати додатних 25 или 30 евра. А имате толико одличних доктора ван земље. Они ће сви доћи и показати да није конфликт ако сте ван земље, а из Србије сте. Показаће вам да је то исто. Као што медаља има две стране, тако и они имају своју међународну и националну страну. Значи, искористите љубавност свих тих лекара. А ја сам сасвим сигуран да ће – уколико се концентришете и почнете већ сутра да радите на овоме, са новим идејама – Србија и Београд поново заузети оно славно место које су имали некада - и то ускоро! Срећно – закључио је своје излагање др Х. Ј. Сајтц, професор Универзитета из Хамбурга.

//

У РУМИ ПО НЕМАЧКОМ МОДЕЛУ ПЛАНИРА СЕ ПРВА,
ИНТЕГРИСАНА ВАТРОГАСНО-САНИТЕТСКА СТАНИЦА

ВОЛОНТЕРА – 99 ОДСТО

// ОКО 23 МИЛИОНА НЕМАЦА УЧЛАЊЕНО ЈЕ У ДОБРОВОЉНЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ
ADAC // ОПШТИ НЕМАЧКИ АУТО КЛУБ ИМА 17 МИЛИОНА ЧЛАНОВА
// У 2009. ГОДИНИ 42.000 СПАСИЛАЧКИХ АКЦИЈА //

У Руми се планира отворење прве, интегрисане ватрогасно-санитетске станице. То је модел који се у Немачкој, као санитетско-ватрогасна, односно ватрогасно-санитетска спасилачка служба већ дуги низ година са успехом практикује.

У Немачкој се деца иначе врло рано анимирају да уђу у разне па и спасилачке организације. То се ради на један за децу врло интересантан начин: дају им се шмркови, униформе, шлемчићи, алати и како би тако кроз игру ушли у свет правих активних спасилаца када одрасту.

Око 23 милиона Немаца учлањено је у добровољне организације. Многи од њих, међу којима је и приличан број женских чланова, радећи у овим организацијама и учествујући у акцијама широм света стичу употребом најсавременијих техничко-механичких и електронских уређаја искуства која могу касније да користе и на сопственом радном месту. Рад на интернационалном нивоу даје им могућност да на један не туристички начин упознају свет на свим меридијанима. Ту је јасно и поготово код млађих учесника, жеља за авантуром.



Проф. др Павле
Станковић
из Гетингена

Др Н. Р. М.

ОРГАНИЗАЦИЈА
СПАСИЛАЧКИХ СЛУЖБИ У
НЕМАЧКОЈ

Georg – August – Universität
Göttingen / Deutschland
Klinik für Unfallchirurgie,
Plastische und
Wiederherstellungschirurgie

Систем спасилачке службе

ИНФОРМАЦИЈА са места дешавања (позив: 112)
ЦЕНТРАЛА пријема позива 112

Позовите 112



УПУЋИВАЊЕ одговарајуће екипе
ПОМОЋ на лицу места
ТРИЈАЖА
ТРАНСПОРТ у одговарајућу здравствену
установу уз санитетску пратњу

- ИНФОРМАЦИЈА са места удеса-дешавања (судара, обрушавања, давлeња, пада, рањавања, пожара, срчаног удара, колапса, затрпавања, тровања итд)
- Средства информисања: мобилни телефони, класични телефони, радио- веза, телефони уз аутопутеве, алармни апарати у виду огрлице, ручног сата, или броша.

ЦЕНТРАЛА

Позивом броја 112 успостављена је директна веза са најближом централом – тј. са

- интегрисаним ватрогасно-санитетским, одн, санитетско-ватрогасним центром.
- Специјално обучено особље.
- Циљана питања.
- Филтрација одговора.
- Везе отворене 24 часа.



DRK – Deutsches Rotes Kreuz – Немачки Црвени Крст

JOHANNITER –, одн. MALTESER KREUZ – Јоханитер –, или Малтешки витешки ред)

FEUERWEHR – ватрогасна служба

THW-TECHNISCHER HILFSDIENST – Служба Техничке Помоћи

BERGWACHT – Планинско-алпска Служба

ASB- Arbeiter Samariter Bund – Раднички Самарићански савез

DRLG-Deutsche Lebensrettungsgesellschaft –Немачко Друштво за спасавање живота

41 <

ADAC- ALLGEMEINER DEUTSCHER AUTOKLUB (Општи Немачки Аутоклуб)

GIFTZENTRALE Централа за помоћ у случајевима тровања.

ЕКИПА

- 1) лекар специјалиста за анестезију / трауматологију / хирургију
- 2) специјализант
- 3) санитетски техничар
- 4) ватрогасци
- 5) техничко особље
- 6) коњичка екипа и пси трагачи (у посебним случајевима)

Немачки Црвени Крст

- 17.000 запослених у спасилачкој служби
- 1.500 особа у цивилној служби
- 2.300.000 спасилачких интервенција годишње



ДРК Немачки Црвени Крст – Гетинген

- 58 запослених у 2009. године обавило је 7445 ургентних интервенција

JOHANNITER-MALTESER ORDEN – Крсташки витешки ред основан у 11. веку у Јерусалиму

- Центар у Риму
- Возни парк: теренска возила и хеликоптери
- Посебна намена: коњичка екипа и пси трагачи
- 1.300.000 подпомажућих чланова
- 18.000 у активној спасилачкој служби



- FEUERWEHR-Ватрогасци у Гетингену присутни од 1335. године
- Опрема: савремени уређаји у оквиру интегрисаног ватрогасно-санитетског, одн. Санитетско-ватрогасног спасилачког система
- Централа: 9 позивних јединица
- Ватрогасно-санитетска обука

Ватрогасна служба у Гетингену располаже са:

- 14 возила за спасавање
- 4 возила са лекарском екипом
- 4 хеликоптера

THW-TECHNISCHER HILFSDIENST – Служба техничке помоћи

- Спасилачке акције: затрпавања, поплаве, саобраћајне и индустријске катастрофе, временске непогоде
- Карактеристика: техничка опрема и возила за саваљавање свих терена



THW

Највећа немачка организација за цивилну заштиту и заштиту у случају катастрофе 82.000 чланова



THW-Technisches Hilfswerk – Служба техничке помоћи – Буџет 2009. године – 176,000.000 евра за одржавање опреме, школовање кадрова и др.

Активна и у иностранству од Хаитија, Тајланда, Судана, Италије, до Мексика и до других места катастрофа.



• BERGWACHT – Планинско-алпска спасилачка служба – сконцентрисана у јужним, југоисточним и југозападним регионима државе у тесној вези са скијашким центрима и околним болницама.

- 3-годишње школовање
- 12.000 интервенција годишње
- 4400 добровољаца



ASB-Arbeiter – Samariter – Bund – Радничко самарићански савез – организација укључена и у службу спасавања са професионалцима, великим бројем добровољаца, одговарајућом опремом и возним парком

DRLG – DEUTSCHE LEBENSRETTUNGSGESELLSCHAFT – Немачко друштво за спасавање живота

- Спасилачке јединице у приобалним зонама мора, река и језера и свих локација на којима постоји опасност даљења



- Број чланова 2009: 49.000
- Број добровољних сати у спасилачкој служби на води: 2.220.400
- Број спасених живота: 723

- ADAC-ALLGEMEINER DEUTSCHER AUTOSCLUB – Општи немачки аутоклуб – 17 милиона чланова. Активна спасилачком служба: 48 хеликоптера и авиона
- 2009. године 42.000 спасилачких акција



- GIFTZENTRALE – Санитетска служба за слушајеве тровања са посебним центром за северну, односно Јужну Немачку – даноноћно дежурна.

– Све екипе на путу до одредишта остају на радио-вези са централом.

– хеликоптер даје додатне информације о променама локалне ситуације.

– У случају масовних саобраћајних удеса, обрушавања или ситуација као 24. 7. 2010. ове године на Love parade у Дуисбургу са 21 мртвим и око 500 повређених

ПОМОЋ НА ЛИЦУ МЕСТА

- Стабилизација односно корекција кардиоваскуларног стања и дисајних путева
- Адекватна имобилизација
- Заштита повређеног/оболелог
- Стална веза са централом одн. болницом

ТРИЈАЖА

Битна тријажа на лицу места

- ТРАНСПОРТ у зависности од случаја
- Транспорт се обавља средством које је за дотичну особу најповољније узимајући у обзир теренске и временске услове као и одредиште.
- Лекар- у радио-вези са централом – је обавештен о капацитету одговарајућих установа и одређује правац транспорта.

БОЛНИЦЕ / КЛИНИКЕ

Збрињавање

- Grundversorgung – основно збрињавање
- Regelversorgung – збрињавање по посебним правилима
- Maximalversorgung – максимално збрињавање
- Spezialversorgung – специјално збрињавање

ПРИМОПРЕДАЈА

Битна припомпредаја документације

БИТНО ШКОЛОВАЊЕ ПОДМЛАТКА

САРАДЊА ца страним ОРГАНИЗАЦИЈАМА

МЕЋУСОБНА – и САРАДЊА са ИНОСТРАНИМ СПАСИЛАЧКИМ СЛУЖБАМА и ПОЛИЦИЈОМ

КАРАКТЕРИСТИКЕ НЕМАЧКЕ СПАСИЛАЧКЕ СЛУЖБЕ

1. Организација и међусобна сарадња
2. Бројност чланства
3. Техничка опрема
4. Многостраност
5. Активност и у иностранству
6. Велики број добровољаца

СПАСИЛАЧКЕ СЛУЖБЕ НЕМАЧКЕ

Укупни годишњи трошкови – 2.837.000.000 евра

МОЖЕ ЛИ БОЉЕ? ЕФИКАСНИЈЕ?

1. RufAn ! – System/Систем – ПОЗОВИ!
2. Шанса за преживљавање од 3–5 одсто на 20–45 одсто
3. Објективније информације
4. Индивидуалне књижице
5. Усавршавање кадрова
6. Знање страних језика
7. Средства за прецизнију локализацију

ДОБРОВОЉЦИ

- на пр. од преко 80.000 чланова ТХВ-а
- само 800 тј. око 1 одсто добија новчану надокнаду
- 23.000.000 тј. 28,00 одсто грађана Немачке добровољно ради у разним друштвеним организацијама

Запишите 112





Чланови Асоцијације младих лекара Србије

ОСНОВАНА АСОЦИЈАЦИЈА МЛАДИХ ЛЕКАРА СРБИЈЕ

ОД ЕДУКАЦИЈЕ ДО РАЗВОЈА

// РАДОМ АМЛС-А РУКОВОДИ УПРАВНИ ОДБОР // ПРЕДСЕДНИК
УПРАВНОГ ОДБОРА НЕБОЈША ВУЛИКИЋ ИЗ НОВОГ САДА //

Асоцијација младих лекара Србије (АМЛС) основана је 27. јануара ове године у Новом Саду и представља невладину, непрофитну, струковну организацију младих лекара Србије. Чланови АМЛС-а могу бити млади доктори опште медицине, лекари на стажу, лекари на специјализацији, лекари који су запослени у државним и приватним установама, невладином сектору, међународним организацијама, на факултетима, у фармацеутским компанијама, локалној самоуправи и другим институцијама као и незапослени лекари.

Асоцијација је уписана у Регистар удружења Агенције за привредне регистре под матичним бројем 28005989.

Основни циљеви организације су:

- едукација, унапређење постдипломских усавршавања и размена искустава међу младим докторима медицине
- заштита друштвених, материјалних, социјалних и професионалних права и интереса младих лекара
- побољшање општих услова живота и рада доктора медицине

• остваривање начела солидарности, међусобно као и са члановима других удружења, организација и синдиката

• допринос развоју нашег здравственог система

Седиште АМЛС-а налази се у Новом Саду, а у плану је оснивање огранака АМЛС-а и у осталим градовима и позивамо све заинтересоване младе лекаре да се укључе у рад Асоцијације.

Web презентација се налази на адреси:
www.juniordoctors.rs

Радам АМЛС-а руководи Управни одбор. Председник Управног одбора је мр сци мед Небојша Вуликић из Новог Сада. План АМЛС-а је да постане пуноправна чланица Европске асоцијације младих лекара „PWG European Junior Doctors“ и настави деловање у сарадњи са Лекарском комором Србије.

На позив Лекарске коморе Србије, Асоцијација младих лекара Србије је учествовала на Конференцији српске медицинске дијаспоре 2010. „Заједно у будућност“, 3. септембра 2010. у Београду

ОСВРТ НА 18. СВЕТСКИ КОНГРЕС МЕДИЦИНСКОГ ПРАВА
ОДРЖАН ОД 8. ДО 12. АВГУСТА 2010. У ЗАГРЕБУ

ЉУДСКА ПРАВА И ЗДРАВЉЕ

// НАШЕ КУЛТУРЕ СУ РАЗЛИЧИТЕ, ВЕРУЈЕМО У РАЗЛИЧИТЕ БОГОВЕ, НАША ПРАВИЛА МЕДИЦИНСКОГ ПРАВА НИСУ УНИФОРМНА, НАШЕ НОРМЕ МЕДИЦИНСКЕ ЕТИКЕ СУ РАЗЛИЧИТЕ, АЛИ ПОДРЖАВАЈУЋИ И РАЗВИЈАЈУЋИ МЕДИЦИНСКО ПРАВО, МИ СМО СВИ ИСТОМИШЉЕНИЦИ – РЕКАО ПРОФ. ДР ЈОСИП КРЕГАР, ПРЕДСЕДНИК 18. СВЕТСКОГ КОНГРЕСА МЕДИЦИНСКОГ ПРАВА //

Пише: Проф. др Слободан Ковачевић
ПРЕДСЕДНИК УДРУЖЕЊА ЗА МЕДИЦИНСКО ПРАВО СРБИЈЕ
(УМПС) и ПРЕДСЕДНИК ВРХОВНОГ СУДА ЧАСТИ ЛКС

Светско удружење за медицинско право (СУМП), правни и медицински факултет Универзитета у Загребу, организовали су 18. Светски конгрес медицинског права од 8–12 августа 2010. године. У предговору књиге штампаних апстраката, а било их је 436 радова и 50 постера – одштампани су само избрани радови – користим прилику да Вам цитирам део текста проф. др. Амнона Кармија, председника СУМП-а, као и проф. др. Јосипа Крегара, председника 18. Светског конгреса медицинског права.

Проф. др Амнос Карми: „Загреб нас је објединио са све четири стране света, због наше посвећености медицинском праву, здравственом праву, биоекнологији, етици и биоетици. Наше културе су различите, верујемо у различите богове, наша правила медицинског права нису униформна, наше норме медицинске етике су различите, али подржавајући и развијајући медицинско право, ми смо сви истомишљеници. Ми схватамо и убеђени смо да је владавина права, укључујући медицинско право, неопходна компонента друштвене хармоније, где људи живе једни уз друге.

Шта више, биоетика, укључујући медицинску етику обезбеђује камен темеља на коме понашање сваке индивидуе друштва мора бити чврсто утемељено. Наши и конгреси који се одржавају сваке две године, представљају чланове медицинске, правне и етичке професије, са великим могућностима да се ојачају идеје које ми заједно делимо, да се усагласе контрадикторна гледишта и да успостави толеранција и схоластичка способност. Циљ овог конгреса је интерперсонална колегијална комуникација, комуникација између старих и младих, старих и најстаријих, и унапређење и популаризација медицинског права у многим земљама.

Осамнаести Конгрес СУМП-а је конгрес који удружује водеће експерте на пољу медицинског права, здравственог права, етике и биоетике, не само правнике и лекаре, већ експерте из свих здравствених професија, етичаре, социологе, филозофе и др. Осим презентирања нових достигнућа у медицинском праву и дискутовања о различитим решењима здравствене заштите, прису-



ствона овом конгресу је велика шанса за размену идеја са експертима из целог света, и из области здравственог права. Главне теме 18. Конгреса су људска права и здравље, закон, етика, пошто су људска права и здравствено право неодвојиви. Такође, на Конгресу се дискутује о текућим питањима код лекарске грешке и одговорности и осигурања, биоетике, правних аспеката, репродуктивне технологије и генетике, медицинским истраживањима, електронском здравству, правним питањима у јавном здравству, биоетици и правним аспектима, психијатријској нези, пракси медицинских сестара, алтернативним и комплементарним терапијама и биоекнологији – нагласио је проф. др Јосип Крегар“

Суштина рада конгреса у оквиру задате теме под насловом „Осврт на 18. Светски конгрес медицинског права може се сагледати у насловима поглавља и подпоглавља медицинског права, науке од огромног значаја за право и медицину, у интердисциплинарној сарадњи у циљу заштите људских права у области здравља и подизања стандарда и квалитета у пружању медицинских услуга.

1. ЗДРАВСТВЕНО ПРАВО И ЉУДСКА ПРАВА, НЕОДВОЈИВА СИНЕРГИЈА:

- Регусање права пацијената као људских права
- Представници права пацијената
- Права и обавезе пацијената
- Здравствено особље и људска права
- Рањиве особе
- Права деце

2. ЗДРАВСТВЕНО ПРАВО И МЕДИЦИНСКЕ ИНСТИТУЦИЈЕ

45 <

3. ЛЕКАРСКЕ ГРЕШКЕ И ОДГОВОРНОСТ ЛЕКАРА
4. ЛЕКАРСКЕ ГРЕШКЕ И
ИНСТИТУЦИОНАЛАНА ОДГОВОРНОСТ
5. МЕДИЦИНСКА ОДГОВОРНОСТ И ЗАШТИТА
6. ИНФОРМИСАНИ ПРИСТАНАК
7. БИОЕТИЧКИ И ПРАВНИ АСПЕКТИ
РЕПРОДУКТИВНЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ И ГЕНЕТИКЕ
8. АБОРТУС
9. ОДЛУКЕ О КРАЈУ ЖИВОТА
10. ТРАНСПЛАНТАЦИЈА ОРГАНА
11. ЗДРАВСТВЕНО ПРАВО И
МЕДИЦИНСКО ИСТРАЖИВАЊЕ
12. ПРАВНА ПИТАЊА У ЈАВНОМ ЗДРАВСТВУ
13. БИОЕТИЧКИ И ПРАВНИ АСПЕКТИ БРИГЕ
О МЕНТАЛНОМ ЗДРАВЉУ
14. ПРАВНИ ПРИСТУП Е-ЗДРАВЉУ
15. ПРАВНА ПИТАЊА ВЕЗАНА
ЗА ФАРМАЦЕУТСКУ ИНДУСТРИЈУ
16. МЕДИЦИНСКЕ СЕСТРЕ
17. АЛТЕРНАТИВИ И КОМПЛЕМЕНТАРНИ
ПОСТУПЦИ (ТЕРАПИЈЕ)
18. ОСИГУРАЊЕ И ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА
19. МЕДИЦИНСКО ПРАВО; ЗДРАВСТВЕНО ПРАВО;
БИОЛЕКСОЛОГИЈА; ОБРАЗОВНИ АСПЕКТИ

На крају конгреса одржана је и годишња скупштина СУМП и изражено огромно поштовање и захвалност досадашњем председнику СУМП-а проф. Кармију, једном од утемељивача медицинског права у свету. За новог председника изабран је проф. др Томас Нагучи, професор емеритус, професор судске медицине УСЦЛ-а, светски познат форензичар вишедеценијски члан СУМП.

И поред свега изнетог, у оквиру Осврта на 18. Светски конгрес медицинског права, одржаног у августу у Загребу, и констатације вишедеценијског постојања СУМП-, не можемо да будемо лажно скромни и да не истакнемо постојање у Београду удружења за медицинско право, и његову активност у протеклих 13 година, на пољу континуиране едукације правника, лекара, стоматолога, фармацеута и других заинтересованих лица.

Из нашег удружења за медицинско право Србије (УМПС), на 18. Светском конгресу медицинског права били су присутни: др сци. мед Татјана Радосављевић, директор ЛКС и члан удружења УМПС, др Хајрија Мујо-

СВЕТСКО УДРУЖЕЊЕ ЗА МЕДИЦИНСКО ПРАВО ЈЕ ОРГАНИЗОВАЛО САСТАНКЕ ШИРОМ СВЕТА

ГЕНТ, Белгија (1967)
 ВАШИНГТОН Дистрикт (1970)
 ГЕНТ, Белгија (1973)
 МАНИЛА, Филипини (1976)
 ГЕНТ, Белгија (1979) до (1991)
 ЈЕРУСАЛИМ, Израел (1994)
 САН СИТИ, Јужна Африка (1996)
 ЈЕЗЕРО БАЛАТОН, Мађарска (1998)
 ХЕЛСИНКИ, Финска (2000)
 МАСТРИХТ, Холандија (2002)
 СИДНЕЈ, Аустралија (2004)
 СЕУЛ, Кореја (2005)*
 ТУЛУЗ, Француска (2006)
 ПЕКИНГ, Кина (2008)
 ЗАГРЕБ, Хрватска (2010)

* Међународни конгрес

вић-Зорнић, Центар за правна истраживања Института друштвених наука и ген. секретар УМПС, Милан Марковић, дипл. правник, Центар за правна истраживања Института друштвених наука и члан УМПС и проф. др Слободан Ковачевић, председник УМПС и председник Врховног суда части ЛКС. Такође, у раду конгреса су узели су чешће и други лекари и правници, професори других медицинских и правних институција.

Присуство и активно учешће у раду Светског конгреса угледних и водећих чланова нашег највећег струковног медицинског удружења какво је ЛКС, не тако бројног по чланству, али значајног, по суштини континуиране едукације какво је удружење УМПС, било је врло корисно.

Скупштина СУМП-а је на годишњем заседању у Загребу одлучила, а на свечаности затварања конгреса саопштила, да ће се следећи светски конгрес медицинског права одржати 2012. године у Бразилу. Мото активности УМПС-а гласи: „Људски живот и здравље су пролазни, али су медицина и право које њима служе вечни“.

ЦИЉЕВИ УДРУЖЕЊА

Светско удружење за медицинско право (WAMЛ) основано је 1967. године како би подстакло изучавање здравственог права, правне медицине и биоетике, и испитивање начина на које се ове области могу употребити за добробит човечанства и унапређење људских права

► У 21. веку, ови концепти имају много већи значај него што су имали готово пола века раније

► Здравствено право, биоетика и правна медицина у 21. веку нужно ће се разликовати од истих области у прошлом веку како у погледу суштине, тако и у погледу подручја примене, али ће филозофија на којој је утемељено Светско удружење за медицинско право у садашњости задржати исту важност какву је имала и онда

► Квалификовани људи су кључни за формулисање нових концепата и пружање савета у вези са њиховом

применом у областима медицине, права и биоетике, које се константно развијају

► Данашњи лидери имају дужност не само да изграде структуру и установе процедуре које ће сачињавати медицинско право и правну медицину будућности, већ и да поштују и унапређују људска права. Ова потреба се није, нити ће се променити

► Улога Светског удружења за медицинско право остаје оправдана данас у једнакој мери у којој је то била 1967. године. Свет постаје све мањи, капацитети за размену идеја све већи, а медицинска и правна сазнања расту све већом брзином

► Светско удружење за медицинско право истомишљеницима нуди могућност да се састану на међународном нивоу како би испунили потребе заједница чији су представници и поделили своја искуства и мудрост у циљу међусобне помоћи



Проф. др Амнос Карми, Проф. др Томас Нагучи, Проф. др Рој БЕРАН

ПРИВИЛЕГИЈЕ ЧЛАНСТВА

► Чланство у Светском удружењу за медицинско право значи бити део најпрестижније професионалне организације, блиско повезане са Светском здравственом организацијом. Члановима се омогућава да буду део међународних збивања у областима здравственог права, правне медицине и биоетике

► Учешће у активностима и функцијама које организује Светско удружење за медицинско право, као и рад у комитетима и учествовање у групама за обављање испитивања, омогућавају истинско повезивање са колегама на међународном нивоу и шансу за размену знања са светским лидерима у областима од узајамног интереса

► Пријем нових чланова отвара врата за стицање нових искустава, знања и мудрости

► Чланови квартално добијају часопис *Medicine & Law* и новинску брошуру коју припремају чланови

► Чланови имају попусте на активности које организује Светско удружење за медицинско право, регистрацију за конгресе и промотивни материјал

► Чланском картом се потврђује да је члан примљен на светску сцену здравственог права, правне медицине и биоетике

► Постоји могућност приступања Борду председника и утицаја како на локална удружења, тако и на Светско удружење за медицинско право. Тим локалним организацијама се омогућава контакт и размена искустава са другим локалним удружењима, а лидерима се пружају шире могућности за усклађивање постојећих процедура са процедурама Светског удружења за медицинско право.

ОНИ СУ ОРГАНИЗОВАЛИ КОНГРЕС

Такође, желим да Вам прикажем имена људи и институција који су узели учешће у организацији успешног 18. Светског конгреса медицинског права одржаног у Загребу ове године:

ПРЕДСЕДНИК, ОРГАНИЗАЦИОНИ КОМИТЕТ:

- Јосип Крегар,
Правни факултет, Универзитета у Загребу
- Ђула Рушиновић-Сунара,
Удружење за права пацијената

ПРЕДСЕДНИК:

- Петар Кларић,
Правни факултет Универзитета у Загребу

ЧЛАНОВИ:

- Морана Бркљачић-Жагровић,
Медицински факултет Универзитета у Риједи
- Снежана Церјан,
Хрватско удружење адвоката у здравственом сектору
- Нада Чикеш,
Медицински факултет Универзитета у Загребу
- Јозо Чизмић,
Правни факултет Универзитета у Сплиту

- Анте Човић,
Факултет за хумане и друштвене науке
Универзитета у Загребу
- Дубравка Финка,
Хрватско удружење за права пацијената
- Радован Фуцхс,
Министарство за науку, образовање и спорт
- Ирис Голднер Ланг,
Правни факултет Универзитета у Загребу
- Дубравка Јадро,
Министарство здравља и социјалне заштите
- Владо Јукић,
Психијатријска болница Врапче, Загреб
- Хрвоје Јурић,
Факултет за хумане и друштвене науке
Универзитета у Загребу
- Анита Куртовић Мишић,
Правни факултет Универзитета у Сплиту
- Љуљана Лујанац, Хрватска
Комора медицинских сестара
- Јосип Мађарић,
Хрватска адвокатска комора
- Хрвоје Марковиновић,
Правни факултет Универзитета у Загребу
- Александар Маршавелски,
Правни факултет Универзитета у Загребу,
- Саша Никшић,
Правни факултет Универзитета у Загребу
- Жељко Поточњак,
Правни факултет Универзитета у Загребу



Проф. др Слободан Ковачевић и проф. др Томас Нагучи

- Љубомир Радованчевић,
Хрватско удружење за права пацијената
- Сунчана Роксандић-Видличка,
Правни факултет Универзитета у Загребу
- Ива Сорта Билајац,
Медицински факултет Универзитета у Ријеци
- Звонимир Шепаровић,
Правни Факултет универзитета у Загребу
- Дубравка Шимоновић,
Министарство спољних послова
и европских интеграција
- Драгица Шимуњец,
Хрватска комора медицинских сестара

ПОТПРЕДСЕДНИЦИ, ИЗВРШНИ КОМИТЕТ

- Bernard Dickens (Канада)
- David Collins (Нови Зеланд)
- Wu Chongqi (Кина)
- Eduardo Dantas (Бразил)
- Maria Hosa Carneiro de Sousa (Португалија)
- Amnon Carmi (Израел)
- David Collins (Нови Зеланд)
- Thomas T. Noguchi (САД)
- Roy Beran (Аустралија)

ГЕНЕРАЛНИ СЕКРЕТАР

- Сунчана Роксандић Видличка,
Правни факултет Универзитета у Загребу

ЗАМЕНИК ГЕНЕРАЛНОГ СЕКРЕТАРА
(ВЕБМАСТЕР)

- Oren Asman (Израел)

ПОВЕРЕНИК ЗА ФИНАНСИЈЕ

- Thomas T. Noguchi (САД)

УПРАВНИ ОДБОР

- B. Arda (Турска)
- R. Beran (Аустралија)
- A. Carmi (Израел)
- M. J. Carneiro de Sousa (Португалија)
- D. Collins (Нови Зеланд)
- E. Dantas (Бразил)
- С. Дековић (Босна)
- B. Dickens Канада)
- J. C. Galan Cortes (Шпанија)
- T. Harmanson (Финска)
- K. Hirabayashi (Јапан)
- T. Noguchi (САД)
- H. Nys (Белгија)
- Д. Рушиновић Сунара (Хрватска)
- Y. Sergeyev (Русија)
- M. Shon (Кореја)
- M. Vasinova (Италија)
- Ch. Wu (Кина)



УЧЕСНИЦИ КОНГРЕСА ИЗ СРБИЈЕ

На основу одредбе из члана 16. став 1. тачка 5. Закона о коморама здравствених радника („Сл. гласник РС“, број 107/2005) и одредбе из члана 27. став 1. алинеја 1. тачка 3. Статута Лекарске коморе Србије, Скупштина Лекарске коморе Србије је на својој I редовној сеници, која је одржана 18. октобра 2010. године у Новом Београду, донела

ПРАВИЛНИК О ОБРАЗОВАЊУ И РАДУ ЕТИЧКОГ ОДБОРА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

I. ОПШТЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

Овим Правилником утврђују се поступак образовања, надлежности, као и правила поступка и начин рада на седницама Етичког одбора Лекарске коморе Србије.

Одредбе овог Правилника обавезне су за чланове Етичког одбора, као и за сва друга лица која учествују у раду овог одбора.

Члан 2.

Етички одбор, као орган Лекарске коморе Србије, има права и обавезе утврђена на основу закона, подзаконских аката, Статута и других општих аката Лекарске коморе Србије (у даљем тексту: Комора) као и одлука Скупштине Лекарске коморе Србије.

Члан 3.

Етички одбор у свом раду користи печат Лекарске коморе Србије.

II. НАДЛЕЖНОСТ ЕТИЧКОГ ОДБОРА

Члан 4.

Етички одбор је стручно тело Лекарске коморе Србије, које прати и промовише начела професионалне етике при пружању и спровођењу здравствених заштите и у другим областима професионалног рада лекара.

Надлежности Етичког одбора ЛКС (у даљем тексту: Одбор) су:

- 1) разматрање етичких питања која се односе на обављање лекарске професије;
- 2) давање мишљења о раду чланова Коморе у складу са одредбама Кодекса професионалне етике ЛКС, на захтев судова части ЛКС;
- 3) промовисање принципа професионалне етике ради успостављања етичког понашања чланова Коморе у обављању професије здравственог радника;
- 4) праћење, анализирање и давање мишљења о примени начела професионалне етике у превенцији, дијагностици, лечењу, рехабилитацији, истраживању, као и увођењу нових здравствених технологија;
- 5) обављање и других послова у вези са применом и поштовањем Кодекса професионалне етике ЛКС;
- 6) издавање препорука и ставова по појединим етичким питањима.

Члан 5.

У вршењу своје функције Одбор је независан и своју надлежност обавља у складу са законом, Статутом ЛКС, Кодексом професионалне етике ЛКС, међународним начелима медицинске етике и овим Правилником.

III. ОРГАНИЗАЦИЈА ОДБОРА

Члан 6.

Етички одбор Лекарске коморе Србије се састоји од 15 чланова, по 3 члана из сваке Регионалне лекарске коморе у саставу ЛКС.

Чланове Етичког одбора Лекарске коморе Србије бира и разрешава Скупштина Лекарске коморе Србије из редова чланства Коморе, гласањем за листу у целисти.

Такође, Скупштина Лекарске коморе Србије, из става 15 чланова Одбора, именује председника Одбора, а на предлог Етичког одбора.

Мандат председника и чланова Етичког одбора Лекарске коморе Србије траје 4 године.

Члан 7.

Етички одбор Лекарске коморе Србије заузима ставове на својим седницама, простом већином гласова присутних чланова Етичког одбора Коморе.

Етички одбор Лекарске коморе Србије ради у седницама које су, у начелу јавне, уколико Етички одбор не одлучи другачије.

Седницу Одбора сазива и њом председава председник Одбора, а у случају спречености или одсуства председника Одбора, седницу сазива и њом председава члан Одбора које председник овласти за то.

Писани захтев за сазивање седнице Етичког одбора може поднети председнику Одбора и најмање 1/3 укупног броја чланова Одбора.

У случају из претходног става овог члана Правилника, председник Одбора је дужан да седницу сазове у року од 8 дана од дана пријема писменог захтева из претходног става овог члана Правилника.

Уколико председник Етичког одбора одбије да сазове седницу на предлог најмање 1/3 укупног броја чланова Одбора или је не сазове у року од 8 дана, седницу може да сазове и најмање 1/3 укупног броја чланова Етичког одбора и да одржи седницу уколико је укупно присутно најмање 8 чланова Одбора.

Овако сазваном седницом председава најстарији присутни члан Одбора.

IV. РАД И ПОСТУПАК ПРЕД ОДБОРОМ

Члан 8.

Седнице Етичког одбора сазивају се писменим путем, односно електронском поштом, уз обавештавање позваних чланова о дану, часу и месту одржавања седнице, као и предлогу дневног реда.

Предметни позив се обавезно доставља члановима Одбора, најмање 8 дана пре одржавања седнице, у ком року се и материјал са дневним редом доставља свим члановима Одбора поштом или путем електронске поште.

У изузетним случајевима седница се може сазвати у краћем року од рока дефинисаног предходним ставом овог члана.

Члан 9.

Етички одбор Лекарске коморе Србије може пуноважно да заседа и дискутује, ако је на седници присутно најмање осам његових чланова.

Члан 10.

Седницом Етичког одбора председава и њеним радом руководи председник Етичког одбора, а уколико је председник одсутан, седницу отвара и њом председава члан Етичког одбора, које је председник овластио у складу са одредбом из члана 7. став 3. овог Правилника, односно најстарији присутни члан Одбора у случају када седницу сазове најмање 1/3 укупног броја чланова Етичког одбора, у смислу одредбе из члана 7. став 7. овог Правилника.

Члан 11.

Поступак пред Етичким одбором покрене се писменим захтевом или по сопственој иницијативи чланова Одбора.

Анонимни захтеви се не разматрају.

Члан 12.

Уколико се о одређеном питању пред Одбором правља по писменом захтеву, документација која се подноси уз захтев мора да садржи све доказе који су потребни да би се он могао разматрати.

Ако је захтев неразумљив или не садржи доказе, на које се подносилац позива, Одбор ће позвати подносиоца захтева да исти допуни односно исправи у року који одреди Одбор.

Ако подносилац захтева не поступи по позиву Одбора исти се неће разматрати.

Члан 13.

На основу комплетног или допунски комплетираног захтева Етички одбор Лекарске коморе Србије спроводи разматрање и дискусију.

Уколико Одбор оцени да је то потребно, подносилац захтева ће бити позван на седницу Одбора, ради непосредног објашњења члановима Одбора око навода из захтева.

Евентуални сведоци могу бити позвани на разговор са члановима Одбора, ако је то у интересу дискусије и заузимања ставова Одбора по предметном захтеву.

Ако Одбор оцени да је то потребно, у предметној дискусији се могу ангажовати и експерти из појединих области.

Члан 14.

О свим наведеним активностима Одбора води се записник.

Записник води секретар Лекарске коморе Србије, односно лице које он одреди и записник обавезно садржи:

- Назив предмета о којем се дискутује;
- Време и место заседања Етичког одбора;
- Имена присутних и одсутних чланова Одбора;
- Имена других лица која присуствују седници Одбора;
- Имена лица која учествују у дискусији пред Етичким одбором;
- Кратак садржај дискусије и донете закључке;
- Утврђене предлоге о питањима о којима је дискусија вођена;
- Потпис председника Одбора, односно другог члана Одбора који председавао • предметном седницом, као и лица које је водило записник.

Став, односно мишљење Етичког одбора, по завршеној дискусији биће достављен надлежним органима Коморе и подносиоцу захтева, а по процени Етичког одбора Лекарске коморе Србије, и свим другим заинтересованим субјектима за предметно етичко питање.

Члан 15.

Уколико са седнице Етичког одбора Лекарске коморе Србије изостану странке које су уредно позване, Одбор ће одржати седницу у одсуству уредно позваних странака.

Члан 16.

У току дискусије пред Етичким одбором Лекарске коморе Србије, председник Етичког одбора, односно председавајући тој седници, води дискусију и даје и одузима реч члановима Одбора присутним странкама и експертима.

Чланови Етичког одбора Лекарске коморе Србије не могу, ван седница овог Одбора, износити своје личне ставове о темама о којима Етички одбор дискутује.

Члан 17.

Након окончања дискусије чланова Етичког одбора и присутних лица на седници, председавајући седнице констатује да је дискусија о тој теми пред Етичким одбором закључена и спроводи процедуру гласања акламацијом, уколико је то потребно.

Члан 18.

Након закључене дискусије пред Етичким одбором, Етички одбор формулише свој став и доноси мишљење у складу са одредбом из члана 7. став 1. овог Правилника.

Процедури коначног формулисања става и дефинисању мишљења Одбора и гласању присуствују само чланови Одбора и лице које води записник.

Члан 19.

На основу заузетог става из претходног члана овог Правилника, Етички одбор Лекарске коморе Србије може да предлаже органу Коморе, надклежном за даље поступање, одређене мере или да констатује да код одређене, предметне ситуације нема повреда етичких начела.

V. ОСТАЛЕ ОДРЕДБЕ**Члан 20.**

На писмени захтев председника Етичког одбора, Управни одбор Лекарске коморе Србије или други одбор Лекарске коморе Србије, може да закаже заједничку седницу Етичког одбора и тог органа, у случајевима када су на дневном реду ових одбора, као и Етичког одбора, на дневном реду иста питања.

Члан 21.

Директор Лекарске коморе Србије обезбеђује техничку, стручну и административну помоћ као и друге услове неопходне за успешан рад Етичког одбора Лекарске коморе Србије.

Члан 22.

О правилној примени овог Правилника стара се председник Етичког одбора Лекарске коморе Србије.

VI ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ**Члан 23.**

Овај Правилник ступа на снагу даном доношења. Поступак за измене и допуне овог Правилника врши се по поступку и на начин на који је и овај Правилник донет.

Промена овог Правилника о образовању и раду Етичког одбора Лекарске коморе Србије ступа на снагу даном доношења.

Др Марина Дељанин Илић,
председник Скупштине ЛКС

ПРЕДЛОГ ЗАКОНА О ИЗМЕНАМА И ДОПУНАМА ЗАКОНА О ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

Члан 1.

У Закону о здравственој заштити („Службени гласник РС”, бр. 107/05 и 72/09-др.закон), члан 199. мења се и гласи:

Члан 199.

Здравствени радник, здравствени сарадник, као и друго лице запослено у здравственој установи, односно приватној пракси које чини тим са здравственим радником у обављању здравствене делатности у складу са овим законом (у даљем тексту: друго запослено лице), може да обавља допунски рад у здравственој установи, односно приватној пракси ван редовног радног времена, у складу са овим законом.

Допунски рад из става 1. овог члана може да се обавља код послодавца са којим здравствени радник, здравствени сарадник, односно друго запослено лице има закључен уговор о раду са пуним радним временом, односно код другог послодавца, само под условом да рад здравственог радника, здравственог сарадника, односно другог запосленог лица ван редовног радног времена за који се закључује уговор о допунском раду, не утиче на организацију рада појединачних делова здравствене установе или здравствене установе у целини.

Ради обављања допунског рада из ст. 1. и 2. овог члана здравствени радник, здравствени сарадник, односно друго запослено лице закључује уговор о допунском раду са послодавцем код кога обавља допунски рад.

Здравствени радник, здравствени сарадник, односно друго запослено лице може да закључи уговор о допунском раду највише до једне трећине пуног радног времена.

Начин, поступак и услове, као и друга питања од значаја за организовање и обављање допунског рада здравствених радника, здравствених сарадника, односно других запослених лица прописује министар.”

Члан 2.

Члан 200. мења се и гласи:

„Члан 200.

Уговор о допунском раду може да се закључи:

1) за пружање здравствених услуга које нису обухваћене обавезним здравственим осигурањем у погледу садржаја, обима и стандарда, односно здравствених услуга које се не остварују на начин и у поступку који су прописани за остваривање права из обавезног здравственог осигурања;

2) за пружање здравствених услуга које здравствена установа пружа за потребе организације обавезног здравственог осигурања а за које не може на другачији начин да обезбеди одговарајући кадар;

3) за пружање здравствених услуга које здравствена установа пружа за потребе лица која немају својство осигураног лица у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање.”

Члан 3.

Члан 201. мења се и гласи:

„Члан 201.

Уговор о допунском раду закључује се у писменом облику и садржи: врсту, начин, време трајања посла, висину и начин утврђивања накнаде за рад, обвезника уплате утврђене накнаде за пружену здравствену услугу, у складу са законом и општим актима послодавца.

Пацијент коме је пружена здравствена услуга из члана 200. тач. 1) и 3) овог закона, односно осигуравајуће друштво у складу са прописима којима се уређује добровољно здравствено осигурање, односно организација обавезног здравственог осигурања у случају из члана 200. тачка 2) овог закона, уплаћују здравственој установи утврђену накнаду за пружену здравствену услугу.

О пруженој здравственој услузи здравствена установа, односно приватна пракса дужна је да пацијенту изда рачун на прописаном образцу, односно да за пружене здравствене услуге изда фактуру организацији обавезног здравственог осигурања, односно осигуравајућем друштву, у складу са прописима којима се уређује здравствено осигурање.

Здравствена установа, односно приватна пракса дужна је да исплати здравственом раднику, здравственом сараднику, односно другом запосленом лицу уговорену накнаду из става 1. овог члана, са првом наредном исплатом плате, а најкасније у року од 30 дана од дана пружања здравствене услуге, односно од дана преноса средстава од организације обавезног здравственог осигурања, односно од осигуравајућег друштва.

Здравствена установа, односно приватна пракса дужна је да води евиденцију о закљученим уговорима о допунском раду.

Здравствена установа у финансијском плану посебно исказује и води средства остварена по основу обављања допунског рада у складу са овим законом.

Послодавци који организују допунски рад у складу са овим законом, дужни су да пацијенту пруже потребне информације о начину и поступку пружања здравствених услуга у оквиру допунског рада, као и да на видном месту истакну обавештења о организацији допунског рада, као и лицима која су ангажована по основу уговора о допунском раду.”

Члан 4.

Члан 202. мења се и гласи:

„Члан 202.

Здравствени радник, здравствени сарадник, односно друго запослено лице које обавља послове по основу уговора о допунском раду у складу са овим законом остварује права из обавезног социјалног осигурања у складу са законом.”

Члан 5.

У члану 256. став 1. тачка 25) мења се и гласи: „25) ако ангажује здравственог радника, здравственог сарадника, односно друго запослено лице за оба-

вљање допунског рада супротно одредбама овог закона (чл. 199-201)”.

Члан 6.

У члану 259. после става 2. додаје се став 3. који гласи:

„За прекршај из става 1. тачка 13) овог члана казниће се и здравствени сарадник, односно друго запослено лице новчаном казном у износу од 30.000 до 50.000 динара.”

Члан 7.

Члан 277. брише се.

Члан 8.

Пропис за спровођење овог закона донеће се у року од 90 дана од дана ступања на снагу овог закона.

Одредбе подзаконског прописа које су се примењивале до ступања на снагу овог закона, а нису са њим у супротности, примењиваће се до доношења подзаконског прописа на основу овог закона.

Члан 9.

Овај закон ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику Републике Србије”.

ОБРАЗЛОЖЕЊЕ**I. УСТАВНИ ОСНОВ**

Уставни основ за доношење овог закона садржан је у одредбама члана 97. став 1. тачка 10. Устава Републике Србије, према којима Република Србија уређује и обезбеђује систем у области здравства.

II. РАЗЛОЗИ ЗА ДОНОШЕЊЕ ЗАКОНА

Разлози за доношење Закона о изменама и допунама Закона о здравственој заштити („Службени гласник РС”, бр. 107/05 и 72/09-др.закон) јесу:

– стварање услова за задовољавање стално растућих потреба становништва у коришћењу здравствене заштите кроз обезбеђивање доступне здравствене заштите свим грађанима на територији Републике Србије организовањем допунског рада здравствених радника, здравствених сарадника, као и других лица запослених у здравственим установама и приватној пракси на начин којим се омогућава обављање одређених послова здравствене делатности ових лица у здравственим установама и приватној пракси, а без обзира где ова лица имају закључен уговор о раду са пуним радним временом;

– обезбеђивање услова за унапређење квалитета здравствене заштите на начин којим се обезбеђује смањење Листе чекања, односно смањење временског периода који протекне до момента пружања одговарајућих здравствених услуга пацијентима;

– обезбеђивање услова пацијентима за шири избор како здравствених радника, тако и здравствених

51 <

сарадника, односно других лица запослених у здравственим установама и приватној пракси који чине тим који обавља допунски рад, а који ће пацијентима пружати одговарајуће врсте здравствених услуга, односно одговарајућу здравствену заштиту коју ова лица финансирају из сопствених прихода. На овај начин створиће се услови за ангажовање већег броја запослених здравствених радника, здравствених сарадника и других лица запослених у здравственим установама и приватној пракси;

— обезбеђивање услова за ангажовање већег броја сада запослених здравствених радника, здравствених сарадника, као и других лица запослених у здравственим установама и приватној пракси кроз стварање позитивних ефеката и обезбеђивањем потребног кадра, односно кадра са одговарајућим специјализацијама и ужим специјализацијама, којих на појединачним подручјима Републике нема у довољном броју, а који се на основу уговора о допунском раду могу обезбедити за рад у одређеној здравственој установи или приватној пракси, а у којима постоји потреба таквог ангажовања ради пружања здравствене заштите пацијентима.

III. ОБЈАШЊЕЊЕ ОСНОВНИХ ПРАВНИХ ИНСТИТУТА И ПОЈЕДИНАЧНИХ РЕШЕЊА

— У чл. 1-4 Предлога закона извршено је прецизирање одредаба које се односе на обављање допунског рада здравствених радника, здравствених сарадника, као и других лица запослених у здравственим установама и приватној пракси која чине тим са здравственим радником у обављању здравствене делатности, која се може обављати у здравственој установи и приватној пракси (чл. 199-202). Такође, предвиђено је да се допунски рад може обављати код послодавца код кога је здравствени радник, здравствени сарадник, односно друго запослено лице у радном односу, односно код другог послодавца највише до једне трећине пуног радног времена.

Одредбама новог члана 200. прописане су здравствене услуге које се могу обављати у оквиру допунског рада, односно на потпун и целиовит начин уређена је област обављања допунског рада у области здравствене заштите од закључивања уговора, пружања свих потребних информација пацијентима о организовању допунског рада, утврђивању цена здравствених услуга, начину издавања рачуна пацијенту за обављене здравствене услуге у оквиру допунског рада, тако што је прописано да се уговор о допунском раду може закључити:

1) за пружање здравствених услуга које нису обухваћене обавезним здравственим осигурањем, у погледу садржаја, обима и стандарда, односно здравствене услуге које се не остварују у складу са начином и поступком остваривања права из обавезног здравственог осигурања;

2) за пружање здравствених услуга које здравствена установа пружа за потребе организације обавезног здравственог осигурања а за које не може на друкчији начин да обезбеди одговарајући кадар;

3) за пружање здравствених услуга које здравствена установа пружа за потребе лица која немају својство осигураног лица у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање.

За обављање допунског рада закључује се уговор о допунском раду између здравственог радника, односно другог запосленог лица које обавља здравствену делатност и послодавца.

Новим чланом 201. предложено је да се уговор о допунском раду закључује у писменом облику и садржи: врсту, начин, време трајања посла, висину и начин утврђивања накнаде за рад, обвезника уплате утврђене накнаде за пружену здравствену услугу, у складу са законом и општим актима послодавца.

Такође, о пруженој здравственој услузи здравствена установа, односно приватна пракса дужна је да пацијенту изда рачун на прописаном обрасцу, односно да за пружене здравствене услуге изда фактуру организацији обавезног здравственог осигурања, односно одговарајућем осигуравајућем друштву, у складу са прописима којима се уређује здравствено осигурање. Поред тога, одредбама члана 201. овог закона прописана је

обавеза да послодавци који организују допунски рад у складу са овим законом, пацијенту пружају све потребне информације о начину и поступку пружања здравствених услуга у оквиру допунског рада, као и да на видном месту истакну обавештења о организацији допунског рада, као и лицима која су ангажована по основу уговора о допунском раду.

За пружене здравствене услуге у оквиру допунског рада, здравствена установа, односно приватна пракса исплаћује здравственом раднику, здравственом сараднику, односно другом запосленом лицу уговорену накнаду са првом наредном исплатом плате, а најкасније у року од 30 дана од дана пружања здравствене услуге, односно од дана преноса средстава од организације обавезног здравственог осигурања, односно од осигуравајућег друштва, чиме се омогућава редовна исплата накнада, а у складу за закљученим уговором о допунском раду. Средства остварена по основу обављања допунског рада, у складу са овим законом, здравствене установе посебно исклађују и воде у финансијском плану.

Чл. 5. и 6. Предлога закона усклађене су казнене одредбе, односно прецизиране су одредбе које се односе на прекршајну одговорност здравствене установе, приватне праксе, здравствених сарадника као и других запослених лица које обављају допунски рад у супротности са овим законом.

Чланом 7. Предлога закона прописано је да се члан 277. брише.

Чл. 8. и 9. Предлога закона предвиђен је рок за усклађивање, односно доношење прописа за извршавање овог закона и уређено је време ступања на правну снагу овог закона.

IV. ПРОЦЕНА ФИНАНСИЈСКИХ СРЕДСТАВА ПОТРЕБНИХ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ЗАКОНА

За спровођење овог закона није потребно обезбедити додатна средства у буџету Републике Србије за 2010. годину. Наиме, средства за спровођење овог закона за 2011. годину и надаље планираће се у складу са билансним могућностима Републике, као и у оквиру расположивих средстава планираних Финансијским планом Републичког завода за здравствено осигурање.

V. РАЗЛОЗИ ЗА ДОНОШЕЊЕ ЗАКОНА ПО ХИТНОМ ПОСТУПКУ

Ради што хитније примене одредаба овог закона које се односе на омогућавање остваривања права пацијената и ефикасније организације рада здравствених установа, приватне праксе кроз организовање допунског рада, као и унапређење организације здравствене службе кроз омогућавање несметаног обављања здравствене заштите, неопходно је да се овај закон донесе по хитном поступку.

Доношењем овог закона по хитном поступку спречило би се могуће наступање штетних последица по систем здравствене заштите.

ПРЕГЛЕД ОДРЕДАБА ЗАКОНА О ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ КОЈЕ СЕ МЕЊАЈУ И ДОПУЊУЈУ

ЧЛАН 199.

ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИК, ЗДРАВСТВЕНИ САРАДНИК, КАО И ДРУГО ЛИЦЕ ЗАПОСЛЕНО У ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ, ОДНОСНО ПРИВАТНОЈ ПРАКСИ КОЈЕ ЧИНИ ТИМ СА ЗДРАВСТВЕНИМ РАДНИКОМ У ОБАВЉАЊУ ЗДРАВСТВЕНЕ ДЕЛАТНОСТИ У СКЛАДУ СА ОВИМ ЗАКОНОМ (У ДАЉЕМ ТЕКСТУ: ДРУГО ЗАПОСЛЕНО ЛИЦЕ), МОЖЕ ДА ОБАВЉА ДОПУНСКИ РАД У ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ, ОДНОСНО ПРИВАТНОЈ ПРАКСИ ВАН РЕДОВНОГ РАДНОГ ВРЕМЕНА, У СКЛАДУ СА ОВИМ ЗАКОНОМ.

ДОПУНСКИ РАД ИЗ СТАВА 1. ОВОГ ЧЛАНА МОЖЕ ДА СЕ ОБАВЉА КОД ПОСЛОДАВЦА СА КОЈИМ ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИК, ЗДРАВСТВЕНИ САРАДНИК, ОДНОСНО ДРУГО ЗАПОСЛЕНО ЛИЦЕ ИМА

ЗАКЉУЧЕН УГОВОР О РАДУ СА ПУНИМ РАДНИМ ВРЕМЕНОМ, ОДНОСНО КОД ДРУГОГ ПОСЛОДАВЦА, САМО ПОД УСЛОВОМ ДА РАД ЗДРАВСТВЕНОГ РАДНИКА, ЗДРАВСТВЕНОГ САРАДНИКА, ОДНОСНО ДРУГОГ ЗАПОСЛЕНОГ ЛИЦА ВАН РЕДОВНОГ РАДНОГ ВРЕМЕНА ЗА КОЈИ СЕ ЗАКЉУЧУЈЕ УГОВОР О ДОПУНСКОМ РАДУ, НЕ УТИЧЕ НА ОРГАНИЗАЦИЈУ РАДА ПОЈЕДИНАЧНИХ ДЕЛОВА ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ ИЛИ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ У ЦЕЛИНИ.

РАДИ ОБАВЉАЊА ДОПУНСКОГ РАДА ИЗ СТ. 1. И 2. ОВОГ ЧЛАНА ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИК, ЗДРАВСТВЕНИ САРАДНИК, ОДНОСНО ДРУГО ЗАПОСЛЕНО ЛИЦЕ ЗАКЉУЧУЈЕ УГОВОР О ДОПУНСКОМ РАДУ СА ПОСЛОДАВЦЕМ КОД КОГА ОБАВЉА ДОПУНСКИ РАД.

ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИК, ЗДРАВСТВЕНИ САРАДНИК, ОДНОСНО ДРУГО ЗАПОСЛЕНО ЛИЦЕ МОЖЕ ДА ЗАКЉУЧИ УГОВОР О ДОПУНСКОМ РАДУ НАЈВИШЕ ДО ЈЕДНЕ ТРЕЋИНЕ ПУНОГ РАДНОГ ВРЕМЕНА.

НАЧИН, ПОСТУПАК И УСЛОВЕ, КАО И ДРУГА ПИТАЊА ОД ЗНАЧАЈА ЗА ОРГАНИЗОВАЊЕ И ОБАВЉАЊЕ ДОПУНСКОГ РАДА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА, ЗДРАВСТВЕНИХ САРАДНИКА, ОДНОСНО ДРУГИХ ЗАПОСЛЕНИХ ЛИЦА ПРОПИСУЈЕ МИНИСТАР.

ЧЛАН 200.

УГОВОР О ДОПУНСКОМ РАДУ МОЖЕ ДА СЕ ЗАКЉУЧИ:

1) ЗА ПРУЖАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА КОЈЕ НИСУ ОБУХВАЋЕНЕ ОБАВЕЗНИМ ЗДРАВСТВЕНИМ ОСИГУРАЊЕМ У ПОГЛЕДУ САДРЖАЈА, ОБИМА И СТАНДАРДА, ОДНОСНО ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА КОЈЕ СЕ НЕ ОСТВАРУЈУ НА НАЧИН И У ПОСТУПКУ КОЈИ СУ ПРОПИСАНИ ЗА ОСТВАРИВАЊЕ ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА;

2) ЗА ПРУЖАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА КОЈЕ ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА ПРУЖА ЗА ПОТРЕБЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА А ЗА КОЈЕ НЕ МОЖЕ НА ДРУКЧИЈИ НАЧИН ДА ОБЕЗБЕДИ ОДГОВАРАЈУЋИ КАДАР;

3) ЗА ПРУЖАЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА КОЈЕ ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА ПРУЖА ЗА ПОТРЕБЕ ЛИЦА КОЈА НЕМАЈУ СВОЈСТВО ОСИГУРАНОГ ЛИЦА У СКЛАДУ СА ЗАКОНОМ КОЈИМ СЕ УРЕЂУЈЕ ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ.

ЧЛАН 201.

УГОВОР О ДОПУНСКОМ РАДУ ЗАКЉУЧУЈЕ СЕ У ПИСМЕНОМ ОБЛИКУ И САДРЖИ: ВРСТУ, НАЧИН, ВРЕМЕ ТРАЈАЊА ПОСЛА, ВИСИНУ И НАЧИН УТВРЂИВАЊА НАКНАДЕ ЗА РАД, ОБВЕЗНИКА УПЛАТЕ УТВРЂЕНЕ НАКНАДЕ ЗА ПРУЖЕНУ ЗДРАВСТВЕНУ УСЛУГУ, У СКЛАДУ СА ЗАКОНОМ И ОПШТИМ АКТИМА ПОСЛОДАВЦА.

ПАЦИЈЕНТ КОМЕ ЈЕ ПРУЖЕНА ЗДРАВСТВЕНА УСЛУГА ИЗ ЧЛАНА 200. ТАЧ. 1) И 3) ОВОГ ЗАКОНА, ОДНОСНО ОСИГУРАВАЈУЋЕ ДРУШТВО У СКЛАДУ СА ПРОПИСИМА КОЈИМА СЕ УРЕЂУЈЕ ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ, ОДНОСНО ОРГАНИЗАЦИЈА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА У СЛУЧАЈУ ИЗ ЧЛАНА 200. ТАЧКА 2) ОВОГ ЗАКОНА, УПЛАЋУЈУ ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ УТВРЂЕНУ НАКНАДУ ЗА ПРУЖЕНУ ЗДРАВСТВЕНУ УСЛУГУ.

О ПРУЖЕНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ УСЛУЗИ ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА, ОДНОСНО ПРИВАТНА ПРАКСА ДУЖНА ЈЕ ДА ПАЦИЈЕНТУ ИЗДА РАЧУН НА ПРОПИСАНОМ ОБРАСКУ, ОДНОСНО ДА ЗА ПРУЖЕНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ УСЛУГЕ ИЗДА ФАКТУРУ ОРГАНИЗАЦИЈИ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА, ОДНОСНО ОСИГУРАВАЈУЋЕМ ДРУШТВУ, У СКЛАДУ СА ПРОПИСИМА КОЈИМА СЕ УРЕЂУЈЕ ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ.

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА, ОДНОСНО ПРИВАТНА ПРАКСА ДУЖНА ЈЕ ДА ИСПЛАТИ ЗДРАВСТВЕНОМ РАДНИКУ, ЗДРАВСТВЕНОМ САРАДНИКУ, ОДНОСНО ДРУГОМ ЗАПОСЛЕНОМ ЛИЦУ УГОВОРЕНУ НАКНАДУ ИЗ СТАВА 1. ОВОГ ЧЛАНА, СА ПРВОМ НАРЕДНОМ ИСПЛАТОМ ПЛАТЕ, А НАЈКАСНИЈЕ У РОКУ ОД 30 ДАНА ОД ДАНА ПРУЖАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ УСЛУГЕ, ОДНОСНО ОД ДАНА ПРЕНОСА СРЕДСТАВА ОД ОРГАНИЗАЦИЈЕ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА, ОДНОСНО ОД ОСИГУРАВАЈУЋЕГ ДРУШТВА.

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА, ОДНОСНО ПРИВАТНА ПРАКСА ДУЖНА ЈЕ ДА ВОДИ ЕВИДЕНЦИЈУ О ЗАКЉУЧЕНИМ УГОВОРИМА О ДОПУНСКОМ РАДУ.

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА У ФИНАНСИЈСКОМ ПЛАНУ ПОСЕБНО ИСКАЗУЈЕ И ВОДИ СРЕДСТВА ОСТВАРЕНА ПО ОСНОВУ ОБАВЉАЊА ДОПУНСКОГ РАДА У СКЛАДУ СА ОВИМ ЗАКОНОМ.

ПОСЛОДАВЦИ КОЈИ ОРГАНИЗУЈУ ДОПУНСКИ РАД У СКЛАДУ СА ОВИМ ЗАКОНОМ, ДУЖНИ СУ ДА ПАЦИЈЕНТУ ПРУЖЕ ПОТРЕБНЕ ИНФОРМАЦИЈЕ О НАЧИНУ И ПОСТУПКУ ПРУЖАЊА ЗДРАВСТВЕНИХ УСЛУГА У ОКВИРУ ДОПУНСКОГ РАДА, КАО И ДА НА ВИДНОМ МЕСТУ ИСТАКНУ ОБАВЕШТЕЊА О ОРГАНИЗАЦИЈИ ДОПУНСКОГ РАДА, КАО И ЛИЦИМА КОЈА СУ АНГАЖОВАНА ПО ОСНОВУ УГОВОРА О ДОПУНСКОМ РАДУ.

ЧЛАН 202.

ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИК, ЗДРАВСТВЕНИ САРАДНИК, ОДНОСНО ДРУГО ЗАПОСЛЕНО ЛИЦЕ КОЈЕ ОБАВЉА ПОСЛОВЕ ПО ОСНОВУ УГОВОРА О ДОПУНСКОМ РАДУ У СКЛАДУ СА ОВИМ ЗАКОНОМ ОСТВАРУЈЕ ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ СОЦИЈАЛНОГ ОСИГУРАЊА У СКЛАДУ СА ЗАКОНОМ.

Члан 256.

Новчаном казном од 200.000 до 1.000.000 динара, казниће се за прекршај здравствена установа ако:

- 1) пацијенту не омогући остваривање права на слободан избор доктора медицине, односно доктора стоматологије (члан 29);
- 2) без пристанка пацијента, односно противно његовој вољи или без пристанка законског заступника пословно неспособног пацијента, над пацијентом буду предузете медицинске мере супротно одредбама овог закона (члан 31. ст. 2. и 3. и члан 35. став 1);
- 3) пацијенту не омогући увид у своју медицинску документацију (члан 36. став 1);
- 4) родитељима, старатељу, односно законском заступнику не омогући увид у медицинску документацију када је пацијент новорођенче или малолетно лице (члан 36. став 2);
- 5) пре почетка медицинског огледа не осигура пацијента који је подвргнут медицинском огледу код надлежне организације за осигурање или ако над пацијентом врши медицински оглед без претходне одлуке етичког одбора здравствене установе (члан 38. ст. 7. и 9);
- 6) не организује рад заштитника пацијентових права или ако ускрати право на приговор пацијента здравственом раднику који руководи процесом рада, односно заштитнику пацијентових права, или ако онемогући самосталан рад заштитника пацијентових права (члан 39. ст. 1. 2. и 9);
- 7) у случају избијања епидемија и других већих непогода и несрећа благовремено и истинито не достави податке надлежном органу општине, града, аутономне покрајине и Републике (члан 41. став 3);
- 8) у року од 48 сати од дана пријема болесника на стационарно лечење, за кога надлежни доктор процени да је природа душевне болести код болесника таква да може угрозити живот болесника или живот других лица или имовину, не обавести надлежни суд (члан 44. став 2);
- 9) обавља здравствену делатност а не испуњава услове из члана 49. овог закона;
- 10) започне са обављањем здравствене делатности пре добијања решења Министарства којим је утврђена испуњеност услова за обављање здравствене

делатности или ако обавља здравствену делатност у супротности са наведеним решењем (члан 51);

11) користи нове здравствене технологије без дозволе Министарства за коришћење нових здравствених технологија (члан 70. став 1);

12) оглашава, односно рекламира здравствене услуге, стручно медицинске поступке и методе здравствене заштите, укључујући здравствене услуге, методе и поступке традиционалне медицине (члан 71. став 1);

13) истакне назив здравствене установе који не садржи податке о делатности која је утврђена решењем Министарства, радном времену, оснивачу и седишту здравствене установе, или ако истакне назив здравствене установе који има обележје коме се може приписати карактер оглашавања, односно рекламирања (члан 72. ст. 1. и 2);

14) не води здравствену документацију и евиденције, односно ако у прописаним роковима не доставља индивидуалне, збирне и периодичне извештаје надлежном органу, или ако на било који начин наруши тајност података из медицинске документације пацијента, односно ако не заштити медицинску документацију од неовлашћеног приступа, копирања и злоупотребе (члан 73. ст. 1. и 3);

15) не обавести општину, односно град на чијој територији има седиште здравствена установа у приватној својини, о недељном распореду рада, почетку и завршетку радног времена (члан 75. став 3);

16) не обезбеди минимум процеса рада за време штрајка, односно ако се организује штрајк у здравственој установи која пружа хитну медицинску помоћ (члан 75. ст. 5. и 6);

17) не доставља податке о тровањима центру за контролу тровања, у складу са овим законом (члан 92. став 5);

18) организационе јединице којим су саставни део здравствене установе носе назив апотека, клиника, односно институт, а не испуњавају услове утврђене овим законом за њихово образовање (члан 142. став 2);

19) не организује стручне органе у здравственој установи (члан 143);

20) стиче средства за рад супротно одредбама чл. 159. и 160. овог закона;

21) не поштује истакнути приговор савести здравственог радника, односно ако не обезбеди пружање здравствене заштите пацијенту од стране другог здравственог радника у случају истакнутог приговора савести (члан 171. став 3);

22) не створи услове и не организује обављање приправничког стажа (члан 176. став 3);

23) запосленом здравственом раднику и здравственом сараднику не обезбеди плаћено одсуство за континуирану едукацију ради обнављања одобрења за самостални рад (члан 182. став 3);

24) не обезбеди стручно усавршавање и не донесе план стручног усавршавања здравствених радника и здравствених сарадника (члан 183. ст. 1. и 2.);

25) АКО АНГАЖУЈЕ ЗДРАВСТВЕНОГ РАДНИКА, ЗДРАВСТВЕНОГ САРАДНИКА, ОДНОСНО ДРУГО ЗАПОСЛЕНО ЛИЦЕ ЗА ОБАВЉАЊЕ ДОПУНСКОГ РАДА СУПРОТНО ОДРЕДБАМА ОВОГ ЗАКОНА (ЧЛ. 199 – 201);

26) не спроводи унутрашњу проверу квалитета стручног рада, односно ако не донесе годишњи програм провере квалитета стручног рада у здравственој установи, у складу са овим законом (члан 206);

27) не сарађује у спровођењу редовне и ванредне спољне провере квалитета стручног рада од стране стручних надзорника, као и ако им не достави све потребне податке и другу документацију (члан 208. став 5);

28) не поступи по решењу министра којим је изречена привремена забрана рада у поступку спровођења редовне и ванредне провере квалитета стручног рада (члан 211. став 1);

29) обавља традиционалну медицину применом метода и поступака за које није добила сагласност Министарства (чл. 235 - 237);

30) странцу не укаже здравствену заштиту у складу са овим законом или ако му не пружи хитну медицинску помоћ (чл. 238, 239. и члан 240. став 1).

За прекршај из става 1. овог члана казниће се и одговорно лице у здравственој установи новчаном казном од 30.000 до 50.000 динара.

За прекршај из става 1. тач. 2) до 15), тач. 17), 18) и тач. 20) до 30) овог члана казниће се здравствени радник предузетник новчаном казном од 100.000 до 500.000 динара.

Члан 259.

Новчаном казном од 30.000 до 50.000 динара, казниће се за прекршај здравствени радник ако:

- 1) пацијенту не да обавештење које је потребно да би пацијент донео одлуку о пристанку или непристанку на предложено медицинску меру или ако пацијенту онемогући увид у трошкове лечења (члан 28);
- 2) другим лицима саопшти личне податке пацијента за које је сазнао, односно које му је пацијент у току пружања здравствене заштите саопштио (члан 30. став 2);
- 3) без пристанка пацијента, односно противно његовој вољи или без пристанка заступника пословно неспособног пацијента, над пацијентом буду предузете медицинске мере супротно одредбама овог закона (члан 31. став 2. и члан 35. став 1);
- 4) у медицинску документацију пацијента не упише податак о пристанку или одбијању пацијента на предложено медицинску меру (члан 33. став 3);
- 5) пацијенту не омогући увид у своју медицинску документацију или ако не води медицинску документацију у складу са законом (члан 36. ст. 1. и 3);
- 6) родитељима, старатељу, односно законском заступнику не омогући увид у медицинску документацију када је пацијент новорођенче или малолетно лице (члан 36. став 2);
- 7) у обављању фармацеутске здравствене делатности поступа у супротности са чл. 86. и 87. овог закона;
- 8) се не удружи у коморе здравствених радника у складу са законом (члан 167. став 1);
- 9) напусти радно место после истека радног времена, а да му није обезбеђена замена, чиме је нарушено обављање здравствене делатности или угрожено здравље пацијента (члан 170);
- 10) не пружи хитну медицинску помоћ истичући приговор савести (члан 171. став 4);
- 11) самостално ради у здравственој установи, односно приватној пракси а да није добио, односно обновио лиценцу, односно ако му је лиценца одузета (члан 191);
- 12) у року од осам дана од дана пријема решења о одузимању лиценце, исту не достави надлежној комори (члан 192);
- 13) обавља допуски рад у супротности са чл. 199. до 201. овог закона;
- 14) не сарађује са стручним надзорницима у спровођењу редовне или ванредне спољне провере квалитета стручног рада или ако не пружи све потребне податке и достави неопходну документацију за спровођење редовне и ванредне спољне провере квалитета стручног рада (члан 208. став 5);
- 15) одбије учешће у спровођењу поступка редовне и ванредне спољне провере квалитета стручног рада као надзорник са листе надзорника (члан 209. став 5);
- 16) не изврши непосредан преглед умрлог лица и утврди време и узрок смрти у року од 12 сати од примљеног позива (члан 219. став 5);
- 17) без одлагања не обавести надлежну организациону јединицу министарства надлежног за унутрашње послове о смртном случају под условима прописаним у члану 220. став 1. овог закона;
- 18) обавља традиционалну медицину применом метода и поступака за које није добио дозволу Министарства (чл. 235 - 237).

За прекршај из става 1. тач. 10), 14) и 15) овог члана казниће се и здравствени сарадник новчаном казном у износу од 30.000 до 50.000 динара.

ЗА ПРЕКРШАЈ ИЗ СТАВА 1. ТАЧКА 13) ОВОГ ЧЛАНА КАЗНИЋЕ СЕ И ЗДРАВСТВЕНИ САРАДНИК, ОДНОСНО ДРУГО ЗАПОСЛЕНО ЛИЦЕ НОВЧАНОМ КАЗНОМ У ИЗНОСУ ОД 30.000 ДО 50.000 ДИНАРА.

Члан 277.

У Предлогу о изменама и допунама Закона о здравственој заштити, **члан 277 је избрисан.**

ДР ПЕРИША СИМОНОВИЋ, ДРЖАВНИ СЕКРЕТАР МИНИСТАРСТВА ЗДРАВЉА О ПРЕДЛОЖЕНИМ ЗАКОНСКИМ ИЗМЕНАМА ДОПУНСКОГ РАДА И НАЧИНУ И ПОСТУПКУ ОСТВАРИВАЊА ПРАВА ИЗ ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

ВЕЋИ КВАЛИТЕТ И – ЗАРАДА

Допунски рад може бити организован и у самој установи у којој је радник запослен, а обухвата све запослене независно да ли се поред здравствене баве и неком другом делатношћу // Здравствени радник укупно може да ради пуно радно време и још једну трећину тог радног времена у виду допунског рада // Ако се усвоји предлог Правилника приватни лекар у општој пракси моћи ће да издаје упуте за специјалистички преглед, отвара боловање и води комплетну медицинску документацију пацијента као и изабрани лекар у дому здравља // Буде ли се усвојила ова новина важиће и за педијатре и за гинекологе у приватној пракси

Предлогом за измену Закона о здравственој заштити који је усвојила Влада Србије уводи се могућност допунског рада ван радног времена за све здравствене раднике, здравствене сараднике и друге запослене у здравственим установама ван радног времена. Закон се тренутно налази у скупштинској процедури па је могуће очекивати и измене. Валду још није прошао предлог Правилник о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања који такође собом носи новине у нашем здравственом систему.

Др Периша Симоновић, државни секретар Министарства здравља објаснио је да измене обухватају више врста здравствених услуга. То су здравствене услуге ван обавезног здравственог осигурања, здравствене услуге из обавезног здравственог осигурања у оним областима струке где због технологије процеса рада или других разлога постоје тзв. листе чекања и где се на други начин не може одржати континуитет ефикасности здравствених услуга, као и друге врсте здравствених услуга које се пружају особама које нису грађани ове земље или не спадају у осигурана лица.

Проспјор за ново запошљавање

Симоновић наводи да допунски рад може бити организован и у самој установи у којој је радник запослен, а обухвата све запослене независно да ли се поред здравствене баве и неком другом делатношћу. Он напомиње да је изменама омогућено да се изједначе у правима наставници универзитета и војни лекари и здравствени радници и сарадници са свим осталима који раде у здравству.

Ако се допунски рад организује у јавној здравственој установи, на видном месту мора се истаћи обавештење да се пружа допунски рад, из којих области, ко су ангажована лица, у које време се он организује. Установа је у



Др Периша Симоновић, државни секретар Министарства здравља Србије

О ЧЛАНУ 277 И ОКО ЊЕГА ...

КО ЋЕ БИТИ БРЖИ: СКУПШТИНА ИЛИ УСТАВНИ СУД

Најновији предлог Закона о измени закона о здравственој заштити, који је угледао светлост дана у сред летњих одмора, што је већ карактеристично за здравствену регулативу транзиционе Србије, у једном свом делу бавио се регулисањем допунског рада, у свему, осим у једном: није предвиђао укидање Члана 277, који забрањује лекарима из државне праксе да допунски раде у приватној пракси.

Лекарска комора Србије, иако тај предлог није добила, реаговала је на њега и инсистирала на укидању тог члана. Иначе, у току је период чекања да Уставни суд Србије закаже усмену расправу везано за наш захтев о неуставности и незаконитости овог члана, који је овој институцији упућен још августа 2008. године. На усмену расправу ЛКС чека већ годину дана.

После наше интервенције, Министарство здравља је предлог Закона о измени 333 упутило Здравственом савету Србије уз став да се укида члан 277. Закон би требало да уђе у процедуру усвајања



Др Татјана Радосављевић

по хитном поступку у Скупштини Србије. Лекаре у Србији интересује само ко ће бити бржи: Уставни суд или Скупштина Србије, јер ће резултат бити исти: вратиће се право лекарима на допунски рад, без обавезе да се подели

радно време. И још нешто: када ће се то коначно десити. О значају успеха овог подухвата говоримо када се он буде десио.

**Аутор коментара
прим. др сци. мед. Татјана
Радосављевић**

обавези да у сваком појединачном случају информише потенцијалног корисника о врсти и начину пружања услуга, као и ценама. Услуге из области допунског рада својом одлуком установиће органи управљања здравственим установама, сем за оне услуге из области обавезног здравственог осигурања које се односе на листе чекања, прецизира државни секретар.

Он каже да ће користи од нове организације рада бити вишеструке, а пре свега огледаће се у томе што ће здравствене услуге моћи да се пруже у већем обиму него до сада. Тиме ће бити омогућен ефикаснији и квалитетнији рад, јер ће у редовно радно време осигурана лица моћи брже да дођу до својих лекара и тимова, превентивни рад ће моћи да се планира на квалитетнији начин, а отвориће се простор и за нова запошљавања

здравствених радника, сарадника и другог особља, објашњава Симоновић.

Он истиче да ће се овим изменама, уз измене закона о платама у јавним службама, промовисати могућност да запослени у својим установама, преко допунског рада, могу више да зараде него до сада.

Погела радној времена

Планираним изменама ових прописа установиће се зарада која је састављена од основне зараде, других прихода по основу учинка, а то се односи на допунски рад, као и других прихода које установа пружа. Симоновић указује да ће измене Закона о здравственој заштити омогућити такође да се уговори здравствених

55 <

радника са другим послодавцима склапају на релаксиранији начин, ван радног времена, при чему ће бити задржане све могућности које су до сада постојале у области допунског рада.

„Уколико запослен у једној установи жели да подели рад по он време и у оквиру пуног радног времена жели да ради код другог послодавца, он за то мора имати сагласност свог директора, јер не партиципира у потпуности у својој матичној кући, па ће то време морати да покрије неки други запослени. Он може изабрати да ради код приватника или у некој другој установи“, наводи државни секретар Министарства здравља Србије. Он прецизира да здравствени радник укупно може радити пуно радно време и још једну трећину тог радног времена у виду допунског рада.

Исилаша ђружене услује до шпридесет дана

„Циљ ових решења је да се створе услови да се уставно право и равноправност својинских облика у здравственој делатности продубе у складу са материјалним могућностима. Када говоримо о послодавцима, ми не можемо да дозволимо да неко буде равноправнији од другог, па зато здравствени радници у јавном сектору могу да се запосле у другој установи јавног сектора, али и у установама и поликлиникама које се оснивају на основу личног рада или у приватним здравственим установама“.

Симоновић каже да све што је преко пуног радног времена здравствени радник или сарадник нашао као заједнички интерес са неким другим послодавцем није предмет обавештавања његове матичне куће. Он закључује уговор са послодавцем о пружању услуга до трећине радног времена, а нови послодавац је дужан да о томе извести надлежне органе. Све оно што је важило до сада о начину на који се документују и троше средства из допунског рада важиће и даље, наводи Симоновић додајући да су установе и у јавном и у приватном сектору обавезне да сваку услугу евидентирају фискализацијом и плате порезе и остале обавезе.

Сва права која су до сада важила за здравствене раднике са подељеним радним временом важиће и даље, али се уводи обавеза послодавца да уз наредну плату,

>>> Изменом прописа значајно ће се поједноставити процедуре и олакшати посао лекарима у државним домовима здравља. Тиме ће се појачати и одговорност приватних лекара, који ће убудуће морати прецизније да пријављују пружене услуге <<<

а најкасније 30 дана од пружене услуге, исплати принадежности здравстеном раднику који је учествовао у допунском раду, наглашава Др Периша Симоновић. Он напомиње да ће сада сви здравствени радници бити изједначени у шанси да могу допунски да раде, па ће бити укинута и једино ограничење да преко осам сати допунски рад могу да уговарају само наставници универзитета и запослени у војним установама.

Симоновић објашњава да је то измењено, јер у неким срединама нема наставног особља или нема довољно специјалиста. „Ако дом здравља нема све специјалности, ми желимо да пружимо могућност онима који живе у другој средини или раде у приватној пракси да партиципирају у пружању услуга грађанству да

би се употпунила доступност здравствене заштите на територији целе Републике“.

Он указује и на друге новине које се припремају у здравственој заштити, које су међусобно повезане, а које ће омогућити да грађани и у приватним домовима здравља имају изабраног лекара. Симоновић наглашава да је изменама Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања - који у овом тренутку чека „зелено светло“ Владе на путу до Скупштине - предвиђа да ће изабрани лекар у приватном сектору моћи пацијенту да пружи услуге које је до сада могао да оствари само у државним домовима здравља.

То значи да ће изабрани лекар у приватној установи моћи да прегледа пацијента, отвори боловање, као и да га упуту на даље болничко лечење, али сам преглед и све услуге које му се пружају у приватној установи иду на терет осигураног лица, а не на терет осигурања. Приватни лекар у општој пракси моћи ће да издаје упуте за специјалистички преглед, отвара боловање и води комплетну медицинску документацију пацијента као и изабрани лекар у дому здравља. Ова новина важиће и за педијатре и за гинекологе у приватној пракси.

Изменом прописа значајно ће се поједноставити процедуре и олакшати посао лекарима у државним домовима здравља. Тиме ће се појачати и одговорност приватних лекара, који ће убудуће морати прецизније да пријављују пружене услуге. Овим новинама створиће се већа конкурентност између приватних и државних здравствених установа од чега ће и пацијенти имати корист. Изабрани лекар може да отвори боловање до 30 дана, а преко тога пацијент се као и до сада мора обратити комисији осигуравајућег завода, које се формално налазе у домовима здравља.

Изабрани лекар, како их види Закон о здравственој заштити је лекар опште праксе, педијатар и гинеколог и на те три специјалности у потпуности ће се примењивати нови систем здравствене заштите, каже Симоновић.

Карџон ђацијентџа осџаје у дому здравља

Он прецизира да ће грађани и даље имати свог изабраног лекара у јавном дому здравља где ће преглед ићи на терет осигурања и додаје да је то оно што је у овој фази из постојећих средстава могуће постићи у погледу даљег изједначавања приватног са јавним сектором. О потпуном изједначавању приватних и државних изабраних лекара може се говорити тек у перспективи, када се створе услови и заживи принцип плаћања услуга по глави становника.

Зато ће и картон пацијента за сада морати да остане у јавном дому здравља, али ће се истовремено о свим интервенцијама код приватника водити медицинска документација која ће на захтев пацијента бити доступна и једној и другој страни. Задржавање два изабрана лекара за једног грађанина, према речима државног секретара, обезбеђују остваривање права из обавезног здравственог осигурања, али пацијентима пружају могућност и да уколико желе изаберу и другог лекара. Трајање изјаве о изабраном лекару као и до сада важиће годину дана и у том периоду не може се мењати изабрани лекар, сем у посебним случајевима.

Др Периша Симоновић наглашава да је примена медицинске доктрине универзална и важи за све облике здравствене делатности, без обзира где се одвија, уз вођење медицинске документације која може бити предмет стручног надзора. „Свака законска норма може бити злоупотребљена, али постоје механизми да свако ко се о њих огреши, у складу са законом ризикује одређену казнену последицу“.

//

ПРАЋЕЊЕ ПОКАЗАТЕЉА КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ У СРБИЈИ ОД 2005. ДО 2009.

ПАЦИЈЕНТИ ЗАДОВОЉНИЈИ ОД ЗАПОСЛЕНИХ

// НАЈВЕЋА ПРОСЕЧНА ДУЖИНА ЧЕКАЊА БИЛА ЈЕ ЗА УГРАДЊУ ЕНДОПРОТЕЗЕ КУКА // ПРОСЕЧНА ОЦЕНА ЗАДОВОЉСТВА КОРИСНИКА ЗДРАВСТВЕНОМ ЗАШТИТОМ У УСТАНОВАМА ПЗЗ У СРБИЈИ ЗА 2009. ИЗНОСИЛА ЈЕ 4,02 // У 2009. НАЈМАЊЕ СУ БИЛИ ЗАДОВОЉНИ ПОСЛОМ ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ У БЕОГРАДСКИМ ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА БЕЗ ОБЗИРА НА ВРСТУ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ //

У организацији Министарства здравља Републике Србије, у сарадњи са Институтом за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ и Републичким заводом за здравствено осигурање Србије, у Београду је у септембру одржана Шеста национална конференција о сталном унапређењу квалитета здравствене заштите.

Ове активности подразумевају национална испитивања задовољства корисника радом здравствене службе, професионалног задовољства запослених у здравственом систему, праћење показатеља рада на нивоу установа и свих служби у здравственим установама, праћење рада комисија за квалитет, и пређење континуираног усавршавања здравствених радника као предислова за унапређење квалитета.

Распони у оквиру којих се креће збирни скор за здравствене установе како на нивоу примарне тако и на нивоу секундарне здравствене заштите показује да је дошло до уједначавања квалитета њиховог рада. Веома је мали број установа са три звездице, већина је са две, док је код мањег броја установа потребно уложити додатне напоре у савладавању постојећих препрека за унапређење квалитета рада.

Квалитет је данас свуда око нас, у свим аспектима нашег живота. За здравствени систем и здравствене установе је то начин да креирају одрживи развој и да се усмере на побољшање задовољства корисника и пацијената пруженим услугама, да смање трошкове и повећају продуктивност рада, да подрже унапређење праксе и иновације у

раду, да помогне да се идентификују ризици и да се на најбољи начин управља њима, као и да се повећа јавна одговорност.

У циљу бољег информисања стручне и шире јавности, Институт за јавно здравље Србије издао је публикацију „Праћење показатеља квалитета здравствене заштите – Приказ изабраних показатеља у Србији 2005–2009.“ која представља покушај да се након првих неколико година искуства у области сталног унапређења укаже на значај самих показатеља, напора на њиховом дефинисању, као и успостављању процеса њиховог праћења и анализе чије део преносимо и на странице „Гласника“.

Здравствена делатност коју обављају изабрани лекари

Праћење квалитета здравствене заштите обухвата дефинисање обележја и критеријума који одређују шта чини добру здравствену заштиту. Највећи изазов за стално унапређење квалитета здравствене заштите је систематски приступ његовом мерењу, које нам омогућава да боље разумемо шта под квалитетом подразумевамо. У Републици Србији, опредељење за организовани, системски приступ сталном унапређењу квалитета здравствене заштите присутно је од 2004. године. Уједно, то је захтевало да широк спектар и сви аспекти квалитета здравствене заштите буду препознати у Министарству здравља и самим тим се омогући не само израда и усвајање низа припремних докумената, законских и подзаконских аката, већ

и њихово прилагођавање, мењање и развијање до данашњих дана.

Основни критеријуми којима су се аутори публикације руководили при избору били су: (1) заступљеност показатеља квалитета свих нивоа здравствене заштите и области за које су дефинисани показатељи квалитета, (2) могућност вишегодишњег сагледавања вредности показатеља, односно промена које говоре о унапређењу квалитета здравствене заштите или са друге стране о неопходности измена у раду здравствене службе (3) задовољавајући квалитет података неопходних за израчунавање показатеља. Као извор података за израду ове публикације коришћена је база података о показатељима квалитета Института за јавно здравље Србије.

Примарна здравствена заштита (ПЗЗ) је изузетно значајан део система здравствене заштите, чија развијеност, ефикасност и квалитет рада доприноси успешности функционисања виших нивоа система здравствене заштите. У примарној здравственој заштити се реализује први контакт корисника са здравственим радницима и здравственом службом и обезбеђује успостављање континуитета пружања здравствене заштите. Управо због важности ових елемената највећи изазов је био развијање показатеља који одражавају квалитет рада лекара и медицинских сестара у ПЗЗ.

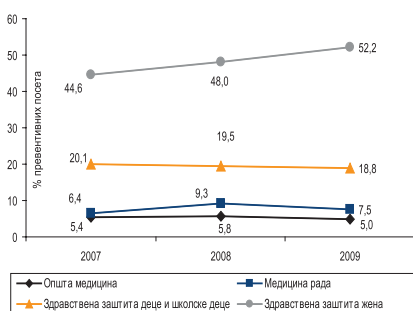
У јулу 2004. године дефинисани су показатељи којима се пратио квалитет рада лекара у домовима здравља. Континуирано праћење показатеља путем анализирања њихових карактеристика, као и развој здравственог информацио-

57 <

ног система (увођење електронског картона и електронских фактура) омогућили су установљивање нових показатеља квалитета рада изабраних лекара који ће бити у примени од 2011. године.

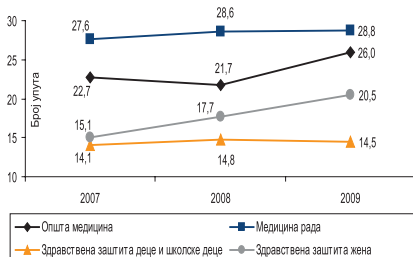
Пружање превентивних услуга једна је од главних активности здравствених радника примарне здравствене заштите.

Учешће превентивних прегледа у укупном броју прегледа је показатељ чија се вредност у периоду 2007–2009. године углавном одржавала на приближно истом нивоу у свим службама, изузев у служби здравствене заштите жена где је забележен пораст.



Графикон 1

Квалитет рада у примарној здравственој заштити огледа се и у пракси упућивања на више нивое здравствене заштите, што се прати преко просечног броја упута за специјалистичко-консултативни преглед по лекару на 100 куративних посета. Овај показатељ у периоду 2007–2009. године бележи пораст у служби здравствене заштите жена и опште медицине, док је углавном непромењен у службама здравствене заштите деце и школске деце и медицине рада.



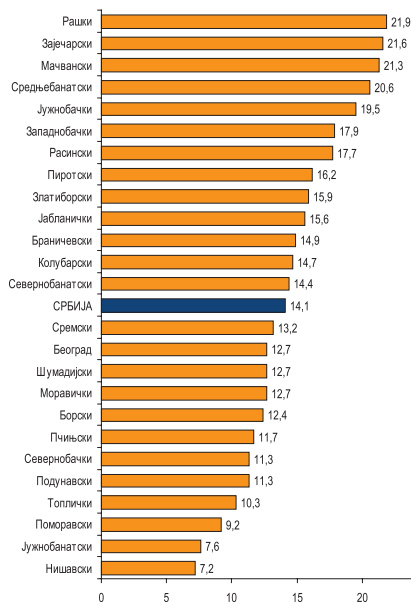
Графикон 3

Праћење кретања вредности овог показатеља треба да послужи као основ за постављање стандарда упућивања на више нивое здравствене заштите.

Један од значајних показатеља квалитета рада у ПЗЗ је и проценат особа старијих од 65 година обухваћених вакцинацијом против

грипа. Вакцинација против сезонског грипа, посебно особа старијих од 65 година представља значајну превентивну меру којом се спречава настанак самог обољења и компликација до којих оно може довести у овој популацији у којој су, више него у другим популационим групама, распрострањене хроничне незаразне болести.

У Србији се у последње три године бележи пораст вакцинисаног становништва старијег од 65 година од 11,7% колико је износио у 2007, до 14,1% у 2009. години. Иначе низак обухват ове популационе групе вакцинацијом против грипа у 2009. години, пратиле су и велике варијације према окрузима (графикон 2). Тако је у пет округа у којима је забележен највећи обухват, сваки пети, а у два округа са најмањим обухватом тек сваки 14. становник ове узрадне групе био вакцинисан.

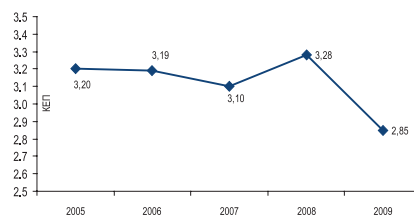


Графикон 2

Стоматолошка здравствена заштита

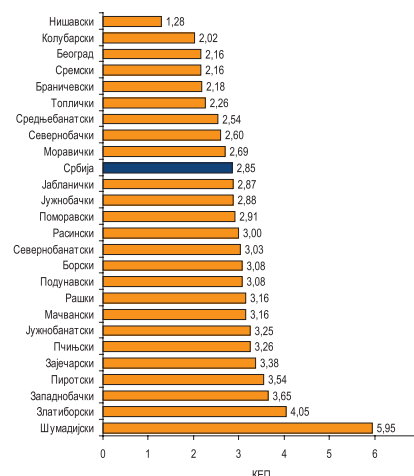
У стоматолошкој здравственој заштити, један од најчешће коришћених показатеља за процену каријес преваљенције и утврђивање потреба за стоматолошким лечењем различитих популационих група је индекс кариозних, екстрахираних и пломбираних зуба (КЕП). То је кумулативни и иререверзибилни показатељ јер мери присуство каријеса и у прошлости и у садашњости. Као општи показатељ здравља уста и зуба, КЕП се код деце у дванаестој години живота сматра поузданим показатељем њиховог оралног здравља.

У Србији, овај показатељ од 2005. године достављају све стоматолошке службе домова здравља и заводи за стоматологију. Његова вредност била је најповољнија у 2009. години. И поред тога, неопходно је спровођење превентивних стоматолошких мера од најранијег детињства како би се достигао циљ Националног програма превентивне стоматолошке заштите 2009–2015. године, да КЕП код деце у дванаестој години живота не прелази вредност 2,0 (графикон 4).



Графикон 4

Када се посматрају вредности овог показатеља по окрузима, очигледне су значајне разлике (графикон 5). Стоматолошке службе Шумадијског и Златиборског округа треба да уложе додатне напоре у пружању стоматолошких услуга и организацији промотивних активности којима ће се обезбедити боље орално здравље деце овог узраста.



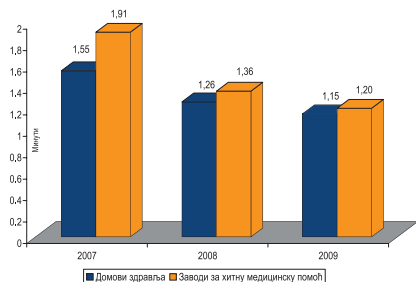
Графикон 5

Хитна медицинска помоћ

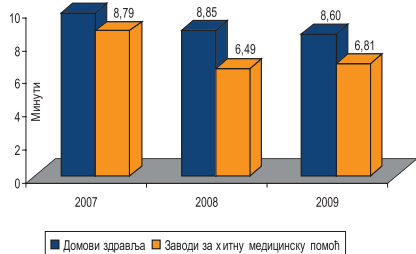
Квалитет рада хитне медицинске помоћи, као посебне области здравствене заштите која се обавља на примарном нивоу у заводима за хитну медицинску помоћ и службама хитне помоћи при домовима здравља, у Србији се прати од 2007. године.

Посматрајући показатеље који се односе на време одзива екипе за интервенцију на позив пацијента (време које је протекло од пријема за први ред хитности у диспечерском

центру до предаје позива екипи за интервенцију – реакционо време I и време које је протекло од пријема позива за први ред хитности до доласка екипе до пацијента – реакционо време II) уочавају се позитивна кретања, како у заводима за хитну медицинску помоћ, тако и у службама хитне помоћи при домовима здравља (графикон 6 и графикон 7).



ГРАФИКОН 6



ГРАФИКОН 7

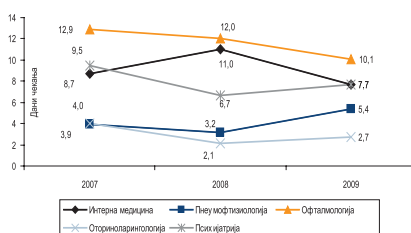
Реакционо време I је у заводима за хитну медицинску помоћ у периоду 2007–2009. година смањено за 0,7 минута, а у службама за хитну медицинску помоћ при домовима здравља за 0,4 минута. И код реакционог времена II се бележи смањење од 2,0 минута у заводима за хитну медицинску помоћ, односно 1,3 минута у службама за хитну медицинску помоћ при домовима здравља. Смањење времена одзива мобилне екипе на позив пацијента јасно документује унапређење ефикасности рада у области хитне медицинске помоћи.

Специјалистичко-консултативне службе у примарној заштити

Показатељи квалитета рада специјалистичко-консултативних служби су се у здравственим установама примарне здравствене заштите пратили у службама интерне медицине, пнеумофтизиологије, офталмологије, оториноларингологије и психијатрије. Просечна дужина чекања на први преглед специјалисте у наведеним службама је један од кључних показатеља успешности и квалитета рада здравствене слу-

жбе. Стога охрабрује чињеница да у периоду праћења овог показатеља на нивоу Србије, просечна дужина чекања на први преглед у специјалистичко-консултативним службама, за прегледе који нису хитни, није прелазила препоручену дужину до 30 дана од времена упућивања од стране изабраног лекара.

У установама примарне здравствене заштите током посматраног периода смањена је дужина чекања у свим специјалистичкоконсултативним службама, уз осцилације регистроване 2008. године, изузев пнеумофтизиологије где је после благог пада забележен пораст вредности овог показатеља (графикон 10).



ГРАФИКОН 10

Показатељи квалитета у секундарној и терцијарној здравственој заштити

У здравственим установама које обављају здравствену делатност на секундарном и терцијарном нивоу, квалитет здравствене заштите процењује се од 2004. на основу показатеља који су се пратили за установу у целини, и показатеља по гранама медицине (интернистичке, хирушке, гинекологије са акушерством, педијатрије и кардиохирургије) за стационарну и специјалистичкоконсултативну здравствену делатност. Правилником о показатељима квалитета здравствене заштите из 2007. године, проширена је листа показатеља квалитета које су здравствене установе биле у обавези да прате.

У овој публикацији издвојени су они показатељи који су исти и у првом и у другом периоду праћења, изузев показатеља Проценат царских резова у болницама који се прати од 2007. године. Први у низу је Стопа леталитета на нивоу установа (општи леталитет).

Болнички леталитет је мера исхода болничког лечења и зависи како од фактора на које квалитет лечења не може утицати (тежина обољења, правовремено јављање у болницу, старост пацијента и др), тако и од фактора унутар самих болница који утичу на квалитет лечења (правовремена дијагностика, терапија, знање и стручност особља, примена

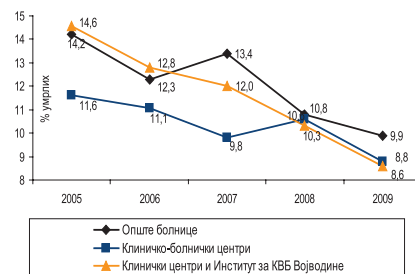
технологија и др.). Због тога, стопа леталитета одражава рад болничке установе. Овај показатељ је највише помогао самим установама да, пратећи његове вредности, открију узроке недостатака и побољшају квалитет свог рада. У Србији се у петогодишњем периоду, вредност посматраног показатеља смањила за 0,3% (табела 1).

Показатељ				
2005	2006	2007	2008	2009
Општи леталитет				
3,6	3,4	3,3	3,3	3,3
Леталитет од АИМ				
13,5	11,5	11,4	10,5	9,3
Леталитет од ЦВИ				
23,9	20,1	19,9	20,3	20,0

За процену квалитета рада бол-
ТАБЕЛА 1

ница, поред општег, значајан је и специфични леталитет од појединих болести. Смртност од акутног инфаркта миокарда и цереброваскуларног инсулта су прихваћени и у свету и код нас као поуздани показатељи квалитета здравствене заштите. Из табеле 1 може се видети да се стопа леталитета од цереброваскуларног инсулта у 2006. години у односу на претходну годину смањила са 24 одсто на 20 процената и задржала на истом нивоу. За разлику од овог показатеља, стопа леталитета од акутног инфаркта миокарда у посматраном периоду је стално имала тренд пада. Смањење за 4,2 одсто је поуздан показатељ бољег квалитета рада болница.

Највећа смртност од акутног инфаркта миокарда у 2005. години била је у установама терцијарног нивоа здравствене заштите, односно клиничким центрима и Институту за кардиоваскуларне болести



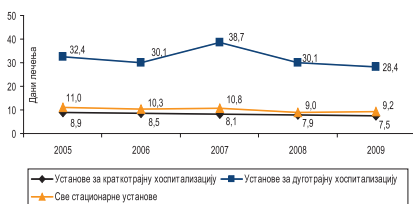
ГРАФИКОН 11

Војводине и износила је 14,6 одсто. Међутим, важно је истаћи да је у овим установама забележено и највеће смањење смртности пацијената од акутног инфаркта миокарда,

59 <

и то са 14,6 процената у 2005. години на 8,6 одсто у 2009. години. Не треба занемарити ни унапређен квалитет рада општинских болница и клиничко-болничких центара, где је смртност од акутног инфаркта миокарда такође значајно смањена (графикон 11).

Дужина болничког лечења зависи од низа фактора: тежине обољења, придружених болести, старости и пола пацијената, али и од квалитета пружених услуга. Просечна дужина болничког лечења је директна мера ефикасности лечења и квалитета рада болница. Вредности овог показатеља показују тренд смањења, посебно у болницама за краткотрајну хоспитализацију, и резултат су боље организације посла и ефикаснијег рада особља у болницама (графикон 12 и 13).



Графикон 12

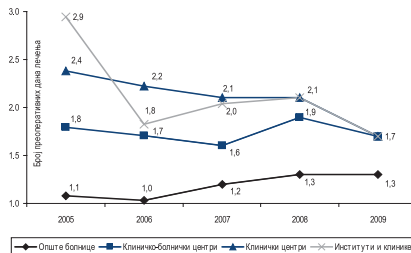


Графикон 13

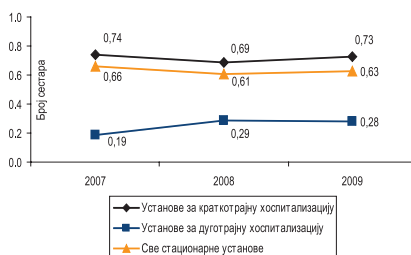
Просечан број преоперативних дана лечења је показатељ који указује на адекватност преоперативне припреме пацијента чиме се утиче на дужину боравка у болничким установама, односно скраћује болничко лечење. На основу праћења овог показатеља очигледно је да се у нашим болницама преоперативна припрема све више одвија у ванболничким условима, али још увек недовољно. У Србији, просечна дужина преоперативног боравка се смањила у већини болница, а највише у клиничким центрима и КБЦ – са 2,9, односно 2,4 у 2005. години на 1,7 дана у 2009. години. У општим болницама пре операције пацијенти просечно леже један дан што одговара стандарду добре праксе (графикон 14).

Од 2004. године у процесу праћења и унапређења квалитета рада здравствених установа пратио се укупан број сестара по болничкој постељи, а од 2007. године овај показатељ се прати као просечан

број медицинских сестара по заузетој болничкој постељи, јер је то онај кадар који је у директном контакту са болесником и непосредно утиче на ниво болничке неге. Иако су разлике у броју медицинских сестара и техничара у посматраном периоду



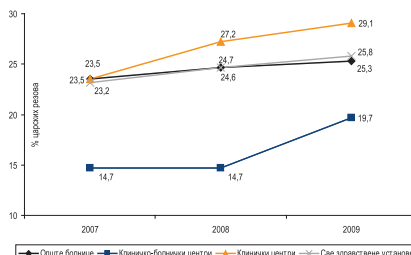
Графикон 14



Графикон 15

незнатне, тј. На нивоу друге децимале избор овог показатеља има за циљ да прикаже и промену приступа од традиционалног посматрања структурних елемената квалитета ка усмерености према пацијенту и квалитету његове неге.

Показатељи рада одељења гинекологије и акушерства у болницама који се односе на проценат порођаја обављених царским резом прате се од 2007. године. Царски рез је показатељ клиничке ефикасности, повезан са већим морталитетом и морбидитетом, укључујући тромбозу вена, плућну емболију, ендометриозу, инфекцију ране и др. Проценат царских резова у



Графикон 16

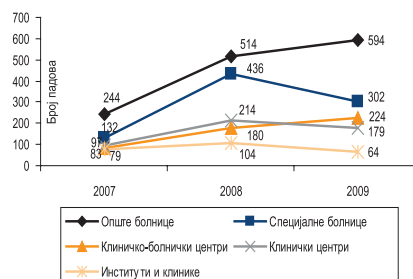
нашим болницама расте из године у годину и највише је порастао у клиничким и клиничко-болничким центрима, мада је у клиничко-болничким центрима још увек знатно нижи него у другим установама (графикон 16).

Безбедност пацијента представља идентификацију, анализу и корекцију ризичних догађаја, са циљем да се здравствена заштита учини безбеднијом и да се ризик по пацијента сведе на најмањи могући ниво.

Безбедност пацијената

Показатељи безбедности пацијената у Србији су почели да се прате од 2007. године као евиденција нежељених дејстава лекова и нежељених догађаја у здравственој установи. Како је било неопходно прво установити формалне процедуре и одговарајућу евиденцију, показатељи ове области су се углавном пратили као апсолутни бројеви.

Ради правилног поређења и анализе ових догађаја и њиховог утицаја на ниво квалитета здравствене услуге, у новом Правилнику о показатељима квалитета који ће почети да се примењује од 2011. године, сви показатељи до тада изражени у апсолутним бројевима су промењени у својој дефиницији и начину израчунавања, односно преименовани су у проценат или стопу. Међу њима се истичу падови пацијената у здравственим установама и број пацијената који су добили декубиталне ране током хоспитализације.



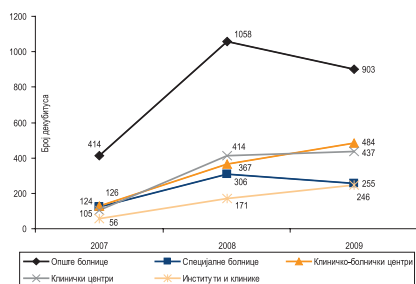
Графикон 17

У графикону 17 приказано је повећање броја падова у општим болницама и клиничко-болничким центрима и велике осцилације у клиничким центрима од 2007. до 2009. године, што се пре свега може тумачити бољим евидентирањем ових догађаја.

Број пацијената који су добили декубиталне ране током хоспитализације такође се повећао у свим установама. Овај показатељ, попут претходног, треба сагледати у контексту валидности самог показатеља.

Показатељи квалитета вођења листа чекања

За медицинске интервенције и процедуре које нису хитне уводе се листе чекања са циљем да се под



Графикон 18

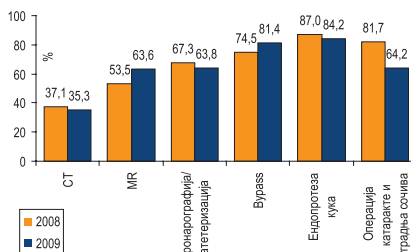
једнаким условима и равноправно обезбеди потребна здравствена услуга, уз рационално коришћење расположивих ресурса. При формирању листе чекања приоритети се морају дати пацијентима који имају највећу потребу за здравственом услугом и при томе време чекања не сме бити толико дуго да постаје ризик за погоршавање здравља пацијента.

Објашњење за праћење квалитета рада у здравственим установама из 2004. године дефинисало је интервенције и процедуре за које се сачињавају листе чекања, као и клиничке критеријуме и методологију за утврђивање листе и времена чекања за здравствене услуге у здравственим установама. Дефинисано је да се листе чекања воде за следеће медицинске интервенције и процедуре: преглед методом компјутеризоване томографије (СТ); преглед методом магнетне резонанције (MR); дијагностичка коронарографија или катетеризација срца; ревакуларизација миокарда; уградња трајног вештачког водича рада срца (TVES); уградња кардиовертер дефибрилатора (ICD); имплантација вештачких валвула; уградња графтова од вештачког материјала и ендоваскуларних графт-протеза; уградња ендопротеза кука и колена; инструментална сегментална корекција деформације кичменог стуба код деце.

Правилником о показатељима квалитета здравствене заштите из 2007. године, уведено је вођење листе чекања и за уградњу сочива. Овим Правилником такође су утврђени и показатељи квалитета вођења листа чекања. Обавезни показатељи квалитета који се односе на вођење листа чекања су: број нових пацијената стављених на листу чекања у извештајном периоду, проценат урађених процедура са листа чекања у односу на укупан број процедура, проценат пацијената којима је извршена интервенција или процедура са листа чекања, просечна дужина чекања за извршену процедуру или интервенцију са листе чекања на нивоу здравствене установе.

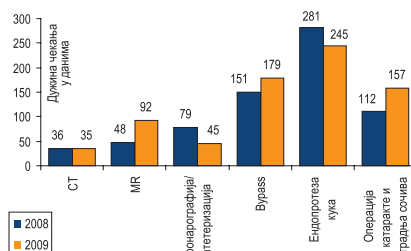
Имајући у виду да се ови показатељи прате тек од друге половине 2007. године, приказани су резултати само за 2008. и 2009. годину и то за изабране интервенције/процедуре за које се на листама чекања налази највећи број пацијената. Број нових пацијената стављених на листу чекања повећан је у 2009. години у односу на претходну годину код свих посматраних интервенција/процедуре.

Проценат извршених интервенција/процедуре са листе чекања у односу на укупан број кретао се у 2009. години од једне трећине код компјутеризоване томографије до преко четири петине код ендопротезе кука, при чему је код већине процедура/интервенција забележено смањење у односу на претходну годину (графикон 19).



Графикон 19

Највећа просечна дужина чекања је била за уградњу ендопротезе кука, али је важно истаћи да се време чекања за ову интервенцију у 2009. години смањило за преко 36 дана у односу на 2008. годину. С друге стране, код већине процедура дошло је до повећања времена чекања, што је резултат повећања броја нових пацијената стављених на листу чекања (графикон 20).



Графикон 20

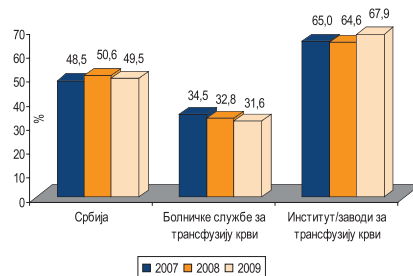
Праћењем листа чекања уочен је недостатак капацитета неопходних за обављање одређених интервенција и процедура, што је довело до значајних инвестиција, које су се пре свега огледале у набавци апарата за компјутеризовану томографију и магнетну резонанцу и опремања ангио сала. Ово повећање капацитета

та довело је и до повећања захтева за коришћењем нових ресурса, како од стране пацијената, тако и од стране здравствених радника. То је, поред повећаних потреба становништва, у значајној мери утицало на повећање броја нових пацијената стављених на листу чекања, као и на повећано време чекања за поједине интервенције и процедуре.

Здравствена делатност која се обавља на више нивоа

Благовремено снабдевање здравствених установа и пацијената у Републици Србији безбедном крвљу и компонентама крви један је од предуслова за успешно функционисање здравственог система.

Стратегијом за обезбеђење адекватних количина безбедне крви и компонента крви у Србији из 2009. године тежи се достизању највишег нивоа квалитета крви и компонента крви.

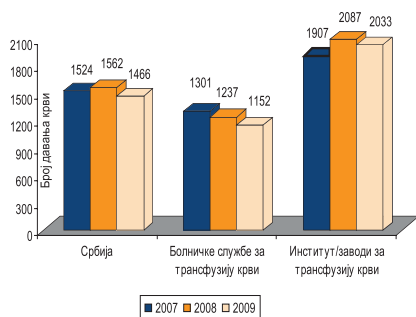


Графикон 21

Квалитет здравствене заштите у трансфузиологији, односно квалитет рада Института, завода и служби за трансфузију крви, прати се од 2007. године преко показатеља процеса и резултата рада укључујући праћење примене националних стандарда у овој области. Анализом два основна показатеља резултата рада, просечан број давања крви добровољних давалаца по лекару и проценат давања крви на терену (у мобилним тимовима), запажају се позитивна кретања у оквиру рада Института и завода за трансфузију крви где су достигнути стратешки дефинисани циљеви (1500 давања крви добровољних давалаца по лекару и учешће прикупљања крви у мобилним тимовима у укупном броју давања крви веће од 50 одсто).

У болничким службама за трансфузију крви бележи се континуирани пад вредности наведених показатеља што условљава не само удаљавање од стратешких циљева у оквиру рада у овим службама, већ и успоравање достизања стандарда у овој области на националном нивоу. Све наведено указује на потре-

61 <



ГРАФИКОН 22

бу за радом на омасовљењу дава-
лаштва и побољшању прикупљања
крви, чиме би се задовољиле потре-
бе здравствених установа у Србији.

Институту и заводу за јавно здра-
вље у складу са Законом о здрав-
ственој заштити, имају обавезу и
да прате, процењују и анализирају
здравствено стање становништва,
врше информисање, као и проце-
њују квалитет здравствене заштите,
о чему извештавају надлежне орга-
не и јавност. У складу са савреме-
ним начином комуникације и ди-
семинације информација, који се
очекују од установа овог типа, ода-
брани су следећи показатељи ква-
литета рада института и завода за
јавно здравље: постојање ажурира-
не интернет презентације установе,
доступност анализа здравственог
стања становништва на интернет
презентацији установе и доступ-
ност анализа показатеља квалите-
та рада на интернет презентацији
установе.

Вредности ова три показатеља се
разликују у последње три године. У
2007. години четири завода за јавно
здравље нису имала ажурирану ин-
тернет презентацију установе. По-
ред ова четири, још један завод није
имао доступну анализу здравствено-
ног стања, иако је имао ажурирану
интернет презентацију своје уста-
нове, док анализу показатеља ква-
литета рада није имало укупно се-
дам завода за јавно здравље.

У 2008. години је у том погледу
начињен значајан напредак и сви
заводи за јавно здравље су имали
интернет презентацију установе ко-
ју су ажурирали најчешће једном
месечно. Прегледом извештаја о
доступности анализе здравственог
стања становништва и анализе по-
казатеља квалитета рада сви заво-
ди су имали доступне обе анализе
на интернет презентацији устано-
ве. У 2009. години, један завод ни-
је имао анализу здравственог ста-
ња а два завода за јавно здравље ни
анализу показатеља квалитета ра-
да на интернет презентацији уста-
нове (табела 2).

Показатељ		
2007	2008	2009
Интернет презентација		
19	23	23
Анализа здравственог стања		
18	23	22
Анализа квалитета рада здравствених установа		
16	23	21

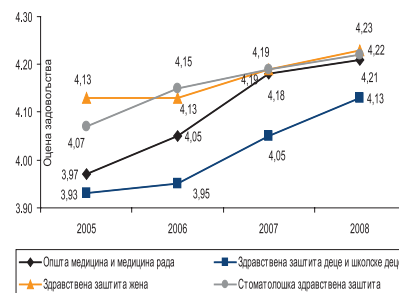
Редовно ажуриране интернет пре-
зентације завода за јавно здравље
обезбеђују запосленима у здрав-
ственим установама, корисницима
здравствене заштите, али и јавно-
сти доступност значајних подата-
ка здравствене заштите.

Шта кажу пацијенти ...

Као жељени исход лечења, задо-
вољство корисника представља су-
штински део квалитета рада здрав-
ствене службе. Уколико је корисник
незадовољан пруженим здравственим
услугама, систем здравствене
заштите није успео да испуни свој
ултимативни циљ. Циљ за обезбеђе-
ње квалитета у систему здравствене
заштите више не лежи у његовој
техничкој и стручној савршености,
већ у оптималном квалитету који
одговара потребама пацијената,
те је сасвим природно да је њихово
мишљење од великог значаја за
унапређење квалитета здравствене
заштите.

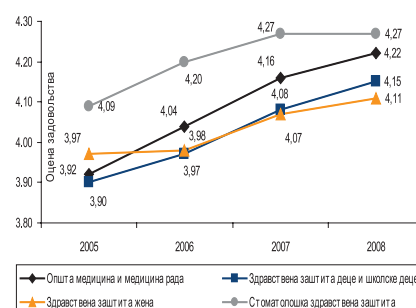
Испитивања задовољства кори-
сника спроводе се од 2004. годи-
не према стручно-методолошком
упутству Института за јавно здравље
Србије. На основу искуства стече-
ног након прве године истражива-
ња урађена је ревизија и стандар-
дизација упитника о задовољству
корисника примарне здравствене
заштите, четири одељења у стацио-
нарним установама, а од 2006. годи-
не и за специјалистичке службе ин-
терне медицине у свим установама
примарне, секундарне и терцијарне
здравствене заштите. Испитивање
задовољства корисника је прихваће-
но као један од редовних метода за
проверу и унапређење квалитета ра-
да. Број обрађених упитника, као и
стопа одговора корисника била је у
блажом порасту од 2004. године, што
указује да су и корисници прихва-
тили овакав начин испитивања.

Просечне оцене задовољства иза-
браним лекаром у свим службама
у примарној здравственој заштити
су уравнотежене и у порасту у пе-
риоду од 2005. до 2008. године (гра-
фикон 23).



ГРАФИКОН 23

Такође, и задовољство медицин-
ским сестрама у овим службама
је бележило континуирани пораст
(графикон 24).



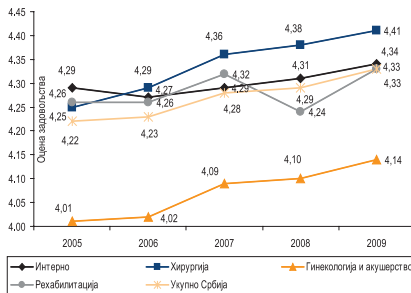
ГРАФИКОН 24

Након петогодишњег циклуса испи-
тивања, 2009. године је дошло до
измене садржаја упитника ради
прецизније оцена задовољства кори-
сника целокупном здравственом
заштитом пруженом у одређеној
служби, а не само радом изабраног
лекара и медицинске сестре. Про-
сечна оцена задовољства корисника
здравственом заштитом у установа-
ма ПЗЗ у Србији за 2009. године из-
носила је 4,02 и имала је уједначене
вредности у свим службама.

Упитник за задовољство кори-
сника болничким лечењем је при-
лагођен потребама здравствених
установа и прати аспекте пријема-
отпуста, сестринске неге, лекарске
услуге, дијагностичко-терапијске
процедуре и услуге, исхрану и сме-
штај, као и организацију посета. То-
ком посматраног периода, 2005-2009.
година, карактеристичан је пораст
просечне оцене задовољства бол-
ничким лечењем у Србији, као и у
свим одељењима (графикон 25).

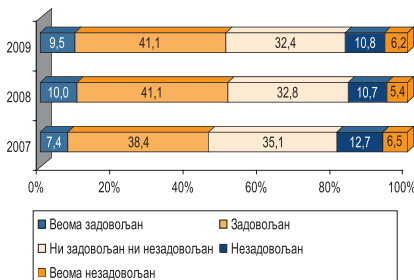
... а шта зајослени?

Прво испитивање задовољства за-
послених у здравственим устано-
вама Србије спроведено је 2006. го-
дине у осам домова здравља и две
опште болнице. Од 2007. године
се испитивање задовољства запо-
слених спроводи једном годишње
у свим здравственим установама



Графикон 25

Србије. У 2008. години дошло је до значајног повећања задовољства запослених (проценат задовољних и веома задовољних је порастао за око 2,5 одсто у обе категорије у односу на 2007. годину), док су се стагнација или благи пад регистровали у 2009. години (графикон 26).



Графикон 26

Резултати праћења задовољства запослених показују да је у последње две године, више од 50% запослених у здравственим установама Србије било задовољно и веома задовољно послом који обављају, а када се посматра професионално задовољство здравствених радника тај проценат је још већи. Током 2007. и 2008. године, најзадовољнији су били здравствени радници у домовима здравља. У 2009. години је порасло задовољство запослених у општим болницама, а посебно у заводима за хитну медицинску помоћ, нарочито опремом и могућностима едукације, што се може тумачити већим улагањима кроз различите међународне пројекте. У посматраном периоду најмање су били задовољни послом здравствених радника у београдским здравственим установама без обзира на врсту здравствене установе.

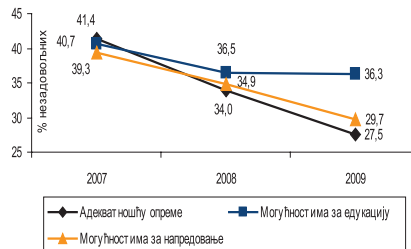
Аспекти посла са којима су у периоду од 2007. до 2009. године запослени у здравственим установама најзадовољнији су били непосредна сарадња са колегама, подршка претпостављених и расположиво време за обављање посла (графикон 27).

У посматраном периоду, постоји стално смањење незадовољства



Графикон 27

следећим аспектима посла: опремом – што је очекивано с обзиром на велика улагања у занављање опреме последњих година; могућностима едукације – такође очекивано јер се стално повећавао проценат запослених који учествују у програмима континуиране едукације; могућностима напредовања (графикон 28).

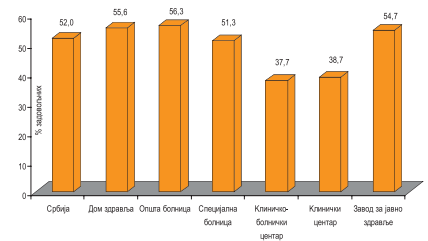


Графикон 28

Једино је забележен пораст процента запослених који су незадовољни месечним примањима, што је било најизраженије међу запосленима у клиничко-болничким центрима. У Србији је 2009. године најмањи проценат запослених који су задовољни својим послом забележен у клиничко-болничким и клиничким центрима. У овим здравственим установама је регистрован и највећи проценат запослених који сматрају да их посао исцрпљује и емоционално и физички.

На питање које се односило на промену посла, добијени су подаци слични претходним годинама, односно: 38 процената здравствених радника је изјавило да уопште не би мењали посао, 50 одсто би остало у државном сектору, 7,7 процента би радило послове који су ван здравственог система, и 4,4 одсто би отишло да ради у приватни сектор. С обзиром да се медицинска професија, у много већој мери у односу на друге професије, ослања на аутономију у раду, значајно је да је релативно висок проценат здравствених радника (60 одсто) био задовољан овим аспектом посла.

Комуникационим аспектима посла били су најзадовољнији запослени у домовима здравља. Подршком претпостављених, добијањем



Графикон 29

јасних упутстава шта се од запослених очекује, могућношћу излагања својих идеја били су најзадовољнији запослени у општим болницама, док су расположивим временом за обављање посла најзадовољнији у 2009. години били запослени у заводима за хитну медицинску помоћ.

Пожељно би било да менаџери свих нивоа уложе напоре и унапреде задовољство запослених могућностима да користе своја знања, способности и вештине, као и задовољство редовним евалуацијама рада од стране руководиоца јер су ови аспекти посла, према многим истраживањима, веома значајни за мотивацију и задовољство послом.

Стицање и обнова знања и вештина

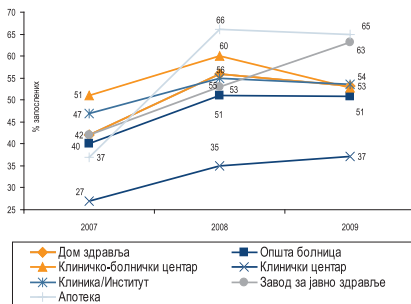
Здравствени радници и здравствени сарадници имају право и дужност да у току рада стално прате развој медицинске, стоматолошке, фармацеутске, као и других одговарајућих наука и да се стручно усавршавају ради одржавања и унапређења квалитета свог рада. У складу са Правилником о показатељима квалитета здравствене заштите, свака здравствена установа треба да обезбеди својим запосленима обуку или едукацију у циљу професионалног развоја.

Континуирана едукација је свакако значајна за стално унапређење система здравствене заштите јер је поред опремљености здравствених установа нужно и оспособљавање запослених за праћење савремених достигнућа у медицинској науци.

Анализом података за период 2007–2009. година запажа се да су у 2007. години једино клинички центри обезбедили могућност едукације за мање од 30 одсто радника. У 2008. години проценат запослених који се упућује на стицање и обнову знања значајно расте у свим типовима здравствених установа. Свакако да је на то утицало и доношење Правилника о ближим условима за спровођење континуиране едукације здравствених радника и здравствених сарадника, крајем

63 <

2007. године, као и увођење лиценцирања здравствених радника од стране надлежних комора.



Графикон 30

Избор показатеља за праћење квалитета у различитим областима здравствене заштите имао је за циљ да прикаже оно што је добро у постојећем систему здравствене заштите као резултат и самог процеса сталног унапређења квалитета, али и оно што захтева још веће напоре да би се процес унапредио и довео до позитивних промена.

Пре свега, несумњиво је да је увођење одговарајуће легислативе у последњих пет година значајно ојачало напоре ка постизању сталног унапређења квалитета здравствене заштите у Србији. У овој публикацији су приказане позитивне промене и проблеми везани за обезбеђење квалитета чије решавање доводи до унапређења у овој области, а самим тим и систему здравствене заштите. Пример позитивне промене је смањење

стопе умирања од акутног инфаркта миокарда. Овај показатељ говори да су примена и распрострањеност специфичних корака у процедурама и лечењу заснованих на најбољој пракси довели до унапређења квалитета, односно резултирали значајним смањењем леталитета од АИМ у свим болницама у Србији.

Испитивање задовољства корисника и запослених такође показује да је порастао проценат задовољних посматраним аспектима рада и понашања, и указује на то колико се исплате напори да се побољшају и унапреде услови и пракси у којима се обавља лечење пацијената и у којима раде запослени.

Поједини показатељи (попут процента превентивних посета у укупном броју посета код лекара примарне здравствене заштите, обухвата вакцинације старијег становништва) говоре о недовољном коришћењу здравствене заштите на нивоу Србије. Проценат царских резова у односу на укупан број порођаја указује на претерано коришћење здравствене заштите, док су код индекса оралног здравља регистроване неприхватљиво велике географске варијације. Иако наведени показатељи, односно њихове вредности, обезбеђују упоредивост у времену, неопходно је установљивање стандарда квалитета или достизање већ успостављених како би они у потпуности одговорили својој намени – мерење достигнутог у односу на жељени ниво квалитета.

Праћење показатеља квалитета је показало сву комплексност њиховог дефинисања и следствено томе, обезбеђења поузданих података. У овом моменту и поред значајног напретка у примени информациононих технологија, још увек се здравствени подаци у највећем обиму региструју и процесуирају на традиционалан начин који не обезбеђује потпуни одговор на захтеве праћења показатеља, а самим тим и квалитета здравствене заштите.

Како би се процес унапређења квалитета, који је један од главних приоритета политике развоја здравствене заштите у Србији успешно наставио, неопходно је да Министарство здравља инсистира на даљем развоју здравственог информационог система, здравствених технологија и размене здравствених информација.

ЛИСТА ПОХВАЉЕНИХ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА

Домови здравља

1. Дом здравља Ада
2. Дом здравља Сопот
3. Дом здравља Инђија
4. Дом здравља Крагујевац
5. Дом здравља Крушевац
6. Дом здравља Краљево

Опште болнице

1. Општа болница Параћин
2. Општа болница Јагодина
3. Општа болница Ђуприја
4. Општа болница Ср. Митровица

УНАПРЕЂЕЊЕ КВАЛИТЕТА, РАНГ ЛИСТА, ДОМОВИ ЗДРАВЉА

- 1 - 50.000 становника и мање,
- 2 - више од 50.000 становника

УСТАНОВА/РАНГ/КАТЕГОРИЈА

1	Дом здравља Ада	2.44	II
1	Дом здравља Сопот	2.35	II
1	Дом здравља Инђија	2.30	II
1	Дом здравља Прибој	2.28	II
1	Дом здравља Соко Бања	2.26	II
1	Дом здравља Тутин	2.24	II
1	Дом здравља Рековац	2.19	II
1	Дом здравља Александровац	2.19	II
1	Дом здравља Куршумлија	2.19	II
1	Дом здравља Димитровград	2.17	II
1	Дом здравља Гаџин Хан	2.15	II
1	Дом здравља Сврљиг	2.15	II
1	Дом здравља Жагубица	2.12	II
1	Дом здравља Трстеник	2.12	II
1	Дом здравља Житорађа	2.12	II
1	Дом здравља Нова Црња	2.10	II
1	Дом здравља Осечина	2.10	II
1	Дом здравља Косјерић	2.10	II
1	Дом здравља Ђићевац	2.10	II
1	Дом здравља Дољевац	2.10	II
1	Дом здравља Барајево	2.08	II
1	Дом здравља Лајковац	2.08	II
1	Дом здравља Топола	2.08	II
1	Дом здравља Пожега	2.06	II
1	Дом здравља Ивањица	2.06	II
1	Дом здравља Лучани	2.06	II

1	Дом здравља Коцељева	2.04	II
1	Дом здравља Трговиште	2.04	II
1	Дом здравља Ражањ	2.02	II
1	Дом здравља Уб	2.01	II
1	Дом здравља Велика Плана	1.99	II
1	Дом здравља Петровац	1.99	II
1	Дом здравља Рашка	1.99	II
1	Дом здравља Медвеђа	1.99	II
1	Дом здравља Бела Паланка	1.97	II
1	Дом здравља Брус	1.96	II
1	Дом здравља Блаце	1.96	II
1	Дом здравља Житиште	1.94	II
1	Дом здравља Опово	1.94	II
1	Дом здравља Пландиште	1.94	II
1	Дом здравља Пећинци	1.94	II
1	Дом здравља Мали Зворник	1.94	II
1	Дом здравља Кучево	1.92	II
1	Дом здравља Пријепоље	1.92	II
1	Дом здравља Меровина	1.92	II
1	Дом здравља Мионица	1.90	II
1	Дом здравља Кнић	1.90	II
1	Дом здравља Рача	1.90	II
1	Дом здравља Варварин	1.90	II
1	Дом здравља Бојник	1.90	II
1	Дом здравља Нови Бечеј	1.88	II
1	Дом здравља Озаци	1.88	II
1	Дом здравља Богатић	1.88	II
1	Дом здравља Љубовија	1.88	II
1	Дом здравља Деспотовац	1.88	II
1	Дом здравља Чајетина	1.88	II

1	Дом здравља Сјеница	1.88	II
1	Дом здравља Лапово	1.86	II
1	Дом здравља Врбас	1.85	II
1	Дом здравља Владимирици	1.85	II
1	Дом здравља Алибунар	1.83	II
1	Дом здравља Ковин	1.81	II
1	Дом здравља Ариље	1.81	II
1	Дом здравља Владичин Хан	1.81	II
1	Дом здравља Велико Градиште	1.79	II
1	Дом здравља Беочин	1.78	II
1	Дом здравља Љиг	1.78	II
1	Дом здравља Баточина	1.78	II
1	Дом здравља Бела Црква	1.76	II
1	Дом здравља Србобран	1.76	II
1	Дом здравља Крупањ	1.76	II
1	Дом здравља Књажевац	1.76	II
1	Дом здравља Бајина Башта	1.76	II
1	Дом здравља Бабушница	1.76	II
1	Дом здравља Бујановац	1.76	II
1	Дом здравља Нова Варош	1.74	II
1	Дом здравља Сечањ	1.72	II
1	Дом здравља Бечеј	1.72	II
1	Дом здравља Савски Венац	1.72	II
1	Дом здравља Жабари	1.72	II
1	Дом здравља Прокупље	1.72	II
1	Дом здравља Темерин	1.70	II
1	Дом здравља Тител	1.70	II
1	Дом здравља Шид	1.70	II
1	Дом здравља Апатин	1.68	II
1	Дом здравља Свилајнац	1.68	II
1	Дом здравља Врњачка Бања	1.68	II
1	Дом здравља Босилеград	1.68	II
1	Дом здравља Сурдулица	1.68	II
1	Дом здравља Аранђеловац	1.67	II
1	Дом здравља Бољевац	1.67	II
1	Дом здравља Нови Кнежевац	1.65	II
1	Дом здравља Бачка Топола	1.63	II
1	Дом здравља Бач	1.63	II
1	Дом здравља Власотинце	1.62	II
1	Дом здравља Кањижа	1.60	II
1	Дом здравља Ковачица	1.60	II
1	Дом здравља Кула	1.60	II
1	Дом здравља Бачки Петровац	1.60	II
1	Дом здравља Голубац	1.60	II
1	Дом здравља Мали Ђош	1.58	II
1	Дом здравља Чока	1.58	II
1	Дом здравља Сента	1.58	II
1	Дом здравља Кладово	1.58	II
1	Дом здравља Неготин	1.58	II
1	Дом здравља Жабал	1.56	II
1	Дом здравља Ѓуприја	1.54	II

1	Дом здравља Ириг	1.52	II
1	Дом здравља Мајданпек	1.50	I
1	Дом здравља Лебане	1.44	I
1	Дом здравља Горњи Милановац	1.38	I
1	Дом здравља Прешево	1.35	I
2	Дом здравља Крагујевац	2.15	II
2	Дом здравља Крушевац	2.12	II
2	Дом здравља Краљево	2.08	II
2	Дом здравља Чукарица	2.06	II
2	Дом здравља Лазаревац	2.06	II
2	Дом здравља Нови Сад	2.04	II
2	Дом здравља Алексинац	2.01	II
2	Дом здравља Сремска Митровица	1.99	II
2	Дом здравља Врачар	1.99	II
2	Дом здравља Јагодина	1.99	II
2	Дом здравља Стара Пазова	1.97	II
2	Дом здравља Нови Београд	1.97	II
2	Дом здравља Параћин	1.97	II
2	Дом здравља Пирот	1.96	II
2	Дом здравља Гроцка	1.94	II
2	Дом здравља Палилула	1.94	II
2	Дом здравља Ужице	1.94	II
2	Дом здравља Чачак	1.90	II
2	Дом здравља Бачка Паланка	1.88	II
2	Дом здравља Стари Град	1.88	II
2	Дом здравља Суботица	1.86	II
2	Дом здравља Вождовац	1.85	II
2	Дом здравља Шабац	1.85	II
2	Дом здравља Смедеревска Паланка	1.85	II
2	Дом здравља Кикинда	1.83	II
2	Дом здравља Раковица	1.83	II
2	Дом здравља Врање	1.80	II
2	Дом здравља Зрењанин	1.78	II
2	Дом здравља Ваљево	1.78	II
2	Дом здравља Вршац	1.74	II
2	Дом здравља Сомбор	1.74	II
2	Дом здравља Рума	1.74	II
2	Дом здравља Лозница	1.74	II
2	Дом здравља Бор	1.74	II
2	Дом здравља Зајечар	1.74	II
2	Дом здравља Панчево	1.72	II
2	Дом здравља Обреновац	1.72	II
2	Дом здравља Младеновац	1.67	II
2	Дом здравља Нови Пазар	1.67	II
2	Дом здравља Смедерево	1.65	II
2	Дом здравља Лесковац	1.65	II
2	Дом здравља Ниш	1.60	II
2	Дом здравља Пожаревац	1.58	II
2	Дом здравља Звездара	1.56	II
2	Дом здравља Земун	1.52	II

УНАПРЕЂЕЊЕ КВАЛИТЕТА, РАНГ ЛИСТА, ОПШТЕ БОЛНИЦЕ

1 – 100.000 становника и мање,
2 – више од 100.000 становника

УСТАНОВА/РАНГ/КАТЕГОРИЈА

1	Општа болница Параћин	2.72	III
1	Општа болница Јагодина	2.70	III
1	Општа болница Ѓуприја	2.63	III
1	Општа болница Зајечар	2.50	II
1	Општа болница Аранђеловац	2.43	II
1	Општа болница Књажевац	2.43	II
1	Општа болница Прибој	2.43	II
1	Општа болница Пријеполје	2.43	II
1	Општа болница Сента	2.43	II
1	Општа болница Кладово	2.33	II
1	Општа болница Бор	2.27	II
1	Општа болница Петровац	2.27	II
1	Општа болница Алексинац	2.20	II
1	Општа болница Кикинда	2.20	II
1	Општа болница Неготин	2.20	II
1	Општа болница Сурдулица	2.20	II
1	Општа болница Мајданпек	2.15	II
1	Општа болница Врбас	2.05	II

1	Општа болница Смедеревска Паланка	2.05	II
1	Општа болница Вршац	1.88	II
1	Општа болница Горњи Милановац	1.78	II
2	Општа болница Сремска Митровица	2.65	III
2	Општа болница Лесковац	2.43	II
2	Општа болница Пирот	2.40	II
2	Општа болница Крушевац	2.32	II
2	Општа болница Шабац	2.32	II
2	Општа болница Краљево	2.27	II
2	Општа болница Нови Пазар	2.20	II
2	Општа болница Чачак	2.20	II
2	Општа болница Суботица	2.17	II
2	Општа болница Врање	2.12	II
2	Општа болница Ужице	2.12	II
2	Општа болница Панчево	2.05	II
2	Општа болница Ваљево	1.98	II
2	Општа болница Прокупље	1.98	II
2	Општа болница Сомбор	1.98	II
2	Општа болница Зрењанин	1.90	II
2	Општа болница Лозница	1.90	II
2	Општа болница Смедерево	1.90	II
2	Општа болница Пожаревац	1.83	II



ПРОФ. ДР МАРИНА ДЕЉАНИН-ИЛИЋ

КОНТИНУИРАНА МЕДИЦИНСКА ЕДУКАЦИЈА:
ИСКУСТВА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

ДОЖИВОТНО УЧЕЊЕ

// ЗДРАВСТВЕНИ САВЕТ СРБИЈЕ, ЧЕТИРИ ПУТА ГОДИШЊЕ, УПУЋУЈЕ ЈАВНИ ПОЗИВ ЗА ПРИЈАВУ ПРОГРАМА КМЕ ЗА АКРЕДИТАЦИЈУ // СВЕ ПРИЈАВЕ ПРИМА ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ И РАДНО ТЕЛО ЕВАЛУИРА И БОДУЈЕ СВАКИ ПРОГРАМ КМЕ // ЗБИРНА ТАБЕЛА АКРЕДИТОВАНИХ ПРОГРАМА КМЕ ОБЈАВЉУЈЕ СЕ НА САЈТУ ЗДРАВСТВЕНОГ САВЕТА СРБИЈЕ И САЈТУ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ //

Лекари својој професији треба да приступе као процесу који укључује доживотно учење. Неопходно је да развију стратегију како би сагледали сопствене потребе на рефлексиван и ефективан начин. Традиционалан начин учења и надградње знања је управо континуирана медицинска едукација (КМЕ).

Континуирана медицинска едукација се односи на специфичну форму континуиране едукације која лекарима помаже да одрже своју компетентност и сазнају више о новим и актуелним темама у овој области. Садржај програма КМЕ се развија, обнавља и издаје од стране експерата за сваку посебну клиничку област, а сам програм може бити презентован усмено, у писаној форми, on-line, или путем аудио, видео и осталих електронских медија.

Континуирана медиционска едукација у Србији регулисана је Законом о здравственој заштити (Службени гласник РС, број 107/05) и Правилником о ближим условима за спровођење континуиране едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике, који је донео Министар здравља 2007. године.

У Србији, за одржање лиценце лекар треба да стекне 168 бодова за период од 7 година тј. 24 бода за сваку годину.

Укупан број од 24 бода, мора бити скупљен из више различитих програма континуиране едукације. Једну половину годишње укупне суме бодова (12 бодова) лекар треба да добије у оквиру програма континуиране едукације који се спроводе у здравственој установи или

>>> Организатори акредитованих програма КМЕ су обавезни да у писаној форми обавесте Лекарску комору Србије о тачном термину одржавања едукације најмање три недеље раније <<<

приватној пракси у којој је запослен. Другу половину годишње укупне суме бодова (12 бодова) лекар треба да добије кроз учешће на екстерним програмима континуиране едукације који се спроводе ван здравствене установе и приватне праксе у којој је запослен и може бити на републичком или међународном нивоу, као и кроз друге облике континуиране едукације утврђене прописом о ближим условима за спровођење континуиране едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике.

Нова процедура

Лекари се могу стручно усавршавати кроз различите врсте КМЕ и то: учешћем на конгресима, симпозијумима и другим облицима стручних састанака, курсеви-ма, семинарима, путем студијских боравака, објављивањем чланака у стручним и научним часописима или публикацијама и решавањем тестова у писменој или електронској форми. Поступак и организацију КМЕ мо-

гу спроводити факултети, здравствене установе, удружења, приватна пракса.

Према Правилнику о ближим условима за спровођење континуиране едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике, Здравствени савет Србије одговоран је за поступак процене квалитета програма КМЕ, тј. за акредитацију програма. Поступак акредитације програма КМЕ започет је јула 2009. године, о чему је Председник Здравственог савета обавестио директора Лекарске коморе Србије, прим. др Татјану Радосављевић. По добијању овог обавештења ЛКС је интензивирала већ започете разговоре са Здравственим саветом Србије, са циљем да буде активни чинилац у процесу акредитације програма КМЕ.

Здравствени савет Србије 3. децембра 2009. године доноси одлуку којом је утврђена нова процедура акредитације КЕ и која подразумева кључно учешће комора здравствених радника. Према овој одлуци „акредитацију програма и бодовање истих вршиће посебна радна тела Здравственог савета Србије која ће радити при коморама. Њу ће чинити два члана Здравственог савета и пет чланова које делегира комора“.

Јавни позив

По доношењу ове одлуке, 10. децембра 2009. формирано је радно тело Здравственог савета Србије за акредитацију програма континуиране медицинске едукације. Чланови радног тела испред Здравственог савета Србије су: проф. др Сандра Шипетић Грујић- председник Радне групе за акредитацију програма КЕ и др Златко Спасић, прим. Чланови радног тела испред Лекарске коморе Србије су: проф. др Марина Дељанин Илић, проф. др Србислава Милинић, мр. сци. мед. др Слађана Илић, мр. сци. мед. др Драгана Налић и прим. др сци. мед. Јадранка Равић.

Здравствени савет Србије, четири пута годишње, упућује јавни позив за пријаву програма КМЕ за акредитацију. Термини за пријаву програма у 2010. години: 01-25 јануар, 01-15 април, 01-15 јун и 15-30 септембар. Све пријаве прима Лекарска комора Србије и Радно тело евалуира и бодује сваки програм КМЕ. Поступак и систем бодовања врши се према Правилнику о ближим условима за спровођење континуиране едукације за здравствене раднике и здравствене сараднике. Збирна табела акредитованих програма КМЕ објављује се на сајту Здравственог савета Србије и сајту Лекарске коморе Србије.

Организатори акредитованих програма КМЕ су обавезни да у писаној форми обавесте Лекарску комору Србије о тачном термину одржавања едукације најмање три недеље раније, као и да по обављеној едукацији доставе комори извештај, који ће садржати број полазника, резултат провере знања полазника и резултат евалуације квалитета едукације од стране полазника.

Број пријављених, број и проценат акредитованих програма КМЕ по јавном позиву у јануару, априлу и јуну 2010. године приказан је у табели.

Проф. др Марина Дељанин-Илић

Јавни позив 2010. година	Број пријављених програма	Број акредитованих програма	%
Јануар	1407	1261	89,6
Април	1285	1057	82,2
Јун	802	665	82,9

ТАБЕЛА



Др Мима Андрејевић-Кри са супругом Раинером, представник болнице из Херфорда и возач Иван Мијаиловић



ТРАНСПОРТ ХУМАНИТАРНЕ ПОМОЋИ ЗА СРБИЈУ

ПОМОЋ НАЈСТАРИЈОЈ БОЛНИЦИ У СРБИЈИ

// У ОРГАНИЗАЦИЈИ „ПРОХУМАН“- а ИЗ НЕМАЧКЕ СТИГАО ШЛЕПЕР ХУМАНИТАРНЕ ПОМОЋИ НАМЕЊЕН НАЈСТАРИЈОЈ БОЛНИЦИ У СРБИЈИ, КОЈУ ЈЕ ПРЕ ВИШЕ ОД 175 ГОДИНА ОСНОВАО КЊАЗ МИЛОШ, У ПОЖАРЕВЦУ //

У понедељак 20. септембра из Херфорда (Северна Рајна Вестфалија) у Немачкој у режији хуманитарне организације „Прохуман“ из Бад Салцфлена отпремљен је шлепер од 35 тона хуманитарне помоћи намењен, као и свих претходних година побољшању радних и здравствених услова здравствених центара и болница Србије.

По изјави председнице ове интернационалне организације др. Миме Андрејевић-Кри помоћ се састоји из 30 најмодернијих електрично подесивих кревета за интензивну негу болесника, лежаја за транспорт болесника, 29 картона лекарских униформи, 10 картона болничке постељине и 12 картона хируршких рукавица.

Ова донација намењена је најстаријој болници у Србији, коју је пре више од 175 година основао књаз Милош, у Пожаревцу.

На првој и веома значајној конференцији одржаној почетком септембра у Београду, која је окупила преко 250 лекара европске и америчке дијаспоре, многи учесници су се могли упознати са стањем у нашем здравству као и ситуацијом на нашим клиникама, како у Београду тако и Војводини.

Познавајући неопходност и апел многих здравствених установа у Србији „Прохуман“ наставља своју активност и овим гестом даје пример да помоћи нема краја. Организација „Прохуман“ је, како истиче њена председница, кроз дуги низ година и поред царинских



потешкоћа остала неуморна и са задовољством ће наставити и у будуће свој хуманитарни рад.

Др Андрејевић-Кри изразила је своју захвалност „Фонду за дијаспору“, који је овај транспорт финансијски подржао, транспортној фирми „BIRD EXPRES“ на перфектно обављеном задатку, као и Ранку Беловићу, Снежани Ћосовић и возачу Ивану Мијаиловићу.

Н. Р. М.

ВИШЕ ОД ПОСЛА – ОД КАКО ЈЕ ЉУДСКОГ РОДА, ПОСТОЈАЛА ЈЕ ВЕЧИТА ЖЕЉА ДА СЕ ЈОШ ПРЕ РОЂЕЊА САЗНА ПОЛ ДЕТЕТА

„Розе“ или „йлаво“ йишање је сад

Није рејко да се лекари у слободном времену баве йисањем романа, йоезије, сајири, озбиљним йемама и хумором. Др Живко Сйевановић, рођен 1940. йод у Михајловцу код Смедерева, данас йедијашар у Пожаревцу, йодинама йише за бројне часојисе йриче хуморисйичкој садржаја, афоризме и анејдоше. У духу њејовој йисаној дела, са хумором, себе назива „йискаралом“. Њејови йексйови су објављивани у „Јеж-у“, у „Ловачким новинама“ у Смедеревском лисйу „Наш йлас“, у Ваљевском „Акй“ – у и мнојим друјим часојисима широм ех-йујославије. Учесйивао је и би-вао найрађиван на конкурсима.

Прича „Мушко или женско“ найрађена је у Пожаревачком лисйу „Реч народа“

Од како је људског рода и порода, постојала је вечита жеља да се још пре порођаја сазна пол будућег детета. Мушко или женско – била је вечита дилема будућих родитеља. Користећи ту ћињеницу, одувек су постојали разни „прогнозери и погађачи“ будућег пола новорођенчета, који су лаковерним и знатижељним родитељима, најчешће за дебелу материјалну надокнаду „стручно“ прорицали којег ће пола бити принова у породици. Наравно, радило се о чистом лоповлуку, те о неком стручном прогнозирању није било никаквих могућности.

Захваљујући напретку медицинске науке у последњим деценијама, проблем прогнозирања пола будућег новорођенчета постао је готово у потпуности решив. Увођењем ултразвука у циљу благовременог откривања евен-туалних патолошких стања у развоју плода, могуће је успут видети и којег је пола будуће новорођенче.

Додуше, деси се понекад да мање искусни ултразвучни дијагностичари оману, па се постави да родитељи који су већ припремили „плаву гардеробицу“ за бебу, када она дође на свет, морају да потраже „розе“ и обратно, али овакви случајеви су ипак врло ретки. Има и оних родитеља који желе да сачувају чаролију неизвесности око пола новорођенчета све до самог рођења, али је ипак више оних који би хтели да то знају такорећи од самог зачећа.

Испричаћемо вам причу о томе како се један, и поред неких „олакшавајућих“ околности, ипак несавестан лекар, досетио да ову радозналост будућих родитеља богато материјализује. Било је то додуше у оним раним послератним, гладним годинама, када је требало исхранити породицу и преживети, али ова чињеница ипак не оправдава поменутог доктора јер је поступак у озбиљном сукобу са постулатима Хипократове заклетве, на коју се

сви лекари заклињу приликом ступања у звање исцелитеља тела и душе људског рода.

Доктор НН дуго је живео у богатом стишком селу Б. Све становнике села, као и околних села која су гравитирала његовој амбуланти знао је такорећи „у главу“, тј. по имену и презимену. Знао је и шта ко има од деце и шта би желео још од подмлатка да има. Мала плата, ратом осиромашени сељаци који су мало шта осим прегледа могли да плате, макар и у натури, и породица коју је требало хранити и одевати, вероватно су учинили да се у доктору нешто „преломи“. Дошао је на идеју да се бави прогнозирањем пола будућих новорођенчади. Од идеје до реализације није требало много.

Довољно је било само омогућити да процури вест како доктор насигурно погађа пол будућег детета, такорећи од самог зачетка, па да се јаве прве „муштерије“. Чим би нека младаца у селу затруднела, будући родитељи би брже-боље похрлили свом доктору да им „прогнозира“ кога ће пола бити беба. Наравно, нису долазили празних руку, јер за тако нешто се није штедело, па се и од устију одвајало. Са пуном торбом и знатижељом долазило се код доктора. А и доктор би им се достојно реванширао прогнозирајући да ће беба бити баш оног пола који су и родитељи прижељкивали.

Радосни због овакве „прогнозе“, родитељи би одлазили весело кући, обећавајући доктору да ће бити још издашнији ако се прогноза оствари. Да све то не би изгледало шарлатански и да би било што убедљивије, доктор је инсистирао да се у одговарајућу књигу, коју је строго држао под кључем, запише оно што им је прогнозирао. То је код сељака још више уливало поверење у докторово знање и поштење, па су му се по овом питању све чешће обраћали и из околних села, а навратио би понеко и из града.



Др Живко Стевановић, лекар, писац и сатиричар

Када би прошло девет месеци и очекиване бебе стигле на свет, родитељи би поново долазили код доктора. Али, нису сви били истоветно расположени. Када би угледао раздрагане родитеље, посебно оца са флашом ракије у руци са којом би нудио све присутне у чекаоници, и мајку погрбљену под теретом торбешаренице, набијене од дна до врха сланином, сиром, орасима, сушеним месом а понекад и очишћеним прасенцетом, доктор је знао да му се прогноза остварила. Весело би излазио пред родитеље да подели са њима радост сретног исхода трудноће, дискретно им саветујући да поклоне због успешно погођеног пола однесу до његовог стана.

На докторову жалост, понекад је било и супротних реакција. Намргођени и бесни, често без куцања, родитељи би упадали у ординацију и још са врата осипали палбу на доктора доводећи у сумњу његову стручност и поштење. Њему је тада било јасно да је омануо у прогнози па је свим силама, користећи своју слаткоречивост и интелектуалну супериорност, настојао да побеснеле и увређене родитеље најпре колико-толико смири. Када би то постигао, почео би опрезно да им набацује могућност да су се вероватно они сами збунили и да су погрешно разумели оно што им је пре девет месеци прогнозирао.

Неки би се брзо смирили али са некимима је то теже ишло, посебно са оним родитељима којима је прогнозирао мушког наследника, а родила се „туђа кост“ тј. женско. Вешт у овој работи, доктор се не би збуњивао, већ би у погодном моменту избацио последњи и најјачи адут, тврдећи да до сада никада није погрешно, али ако му и даље не верују, онда би било најбоље да погледају у књигу јер „ако лаже коза – не лаже рог“.

Родитељи би истог момента прихватили овај предлог, како би показали доктору да су они у

праву. На њихово изненађење и жалост, увек би се испоставило да је доктор био у праву, односно у књизи је заиста писало да ће дете бити оног пола баш као што се и родило, а не како су разочарани родитељи тврдили. Буљили би у књигу а онда уз гунђање и без поздрава одлазили кућама. Неки су прећутно прихватили могућност да су заиста пре девет месеци погрешно чули доктора, а било је и оних који су сумњали у исправност докторове књиге, али нису имали доказа за то. Наравно, у оваквим приликама изостајало је чашћавање доктора, али то њему није тешко падало с обзиром да је могао да прође и са много „тежим“ последицама.

Свакако ћете се запитати у чему је виц, квака или штос? Објашњење је врло једноставно. Када је на почетку трудноће саопштавао родитељима пол будућег детета, доктор би у своју строго чувану књигу увек записао СУПРОТНИ ПОЛ од онога који би саопштавао родитељима. Радосни што им је доктор прогнозирао пол детета по жељи, родитељи нису ни обраћали пажњу на то што је доктор записао. Када би беба дошла на свет, родитељи којима се остварила жеља нису ни имали потребу да завирују у докторову књигу. За оне којима се није остварила прогноза, књига је била „доказ“ да је доктор „у праву“ а да су се они збунили. За доктора књига је била спас од разјарених и разочараних родитеља.

Ову причу сам чуо пре много година, радећи краће време у поменутом селу Б. Нисам био сигуран да ли је прича истинита или можда измишљена. Ако је истинита, онда се и поред озбиљног сукоба са Хипократовом заклетвом мора признати да је идеја заиста била оригинална. //

ВЕЛИКАНИ НАШЕ МЕДИЦИНЕ >>>

ДР ЈАН ЈОВАН ВАЛЕНТА (1826-1887), ЧЕХ ПО РОЂЕЊУ, СРБИН ПО ОПРЕДЕЉЕЊУ, ОСТАВИО ЈЕ НЕИЗБРИСИВ ТРАГ У СРБИЈИ

МЕЂУ ОНИМА ГДЕ ПРАЗНОВЕРИЦА ЦАРУЈЕ

„ДР ВАЛЕНТА ЈЕ 1852. НАПУСТИО РОДНУ ЧЕШКУ И СТИГАО У СРБИЈУ, ТЕ ПРОМЕНИВШИ ИМЕ ЈАН У СРПСКО – ЈОВАН ЊЕГОВО СТРУЧНО ЗНАЊЕ ИЗ ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЕ, ХИРУРГИЈЕ И „БАБИЧЛУКА“, СТЕЧЕНО НА КАРЛОВОМ УНИВЕРЗИТЕТУ У ПРАГУ ТАДА СТАВИО НА РАСПОЛАГАЊЕ НОВОЈ ОТАЏБИНИ И СУНАРОДНИЦИМА ПОСТАВШИ ФИЗИКУС ПРВО У СМЕДЕРЕВСКОМ А ЗАТИМ И РУДНИЧКОМ И ВАЉЕВСКОМ ОКРУГУ

Пише: др Јелена
Јовановић-Симић

Уважени колега, одкад ономад разговарасмо о Србији и србском народу носим се једном мишљу коју желим да Вам изложим. Наиме, високо ценим државу Вашу – младу, њежну али неразвијену у којој матерни језик у свим струкама влада и која је у свима гранама просвете противу своје природне тежње натраг и за осталих народа изостала, те се решавам скромне моје услуге србском народу посветити, да и ја принесем колико ми могуће буде к развоју напредка сродног ми народа, кога је кроз толико столетија ужасна и несретња судбина гонила – рече др Валента др Милану Јовановићу-Морском у једној шетњи дуж обале Влтаве, у Прагу, средином претпрошлог века.

„Драги пријатељу, у Србији ће зацело за Вас места бити јер је оскудица у практичним лекарима велика а у народу празноверице царују! Клањам се Вашој одлуци и од срца Вам желим успеха у том предузећу!“ – беше одушевљени одговор др Јовановића а др Валента настави: „Добротворни правац нашег доба тај је: да се науке и вештине, то умом и искуством стечено благо, целом народу колико се узможе приступним учини.“

И тако, године 1852, др Валента (1826–1887) напусти родну Чешку и стиже у Србију, те променивши име Јан у српско – Јован, постаде Србин по опредељењу. Своје стручно знање из области медицине, хирургије и „бабичлука“, стечено на Карловом универзитету у Прагу током четворогодишњих студија (1846–1850) ставио је на располагање својој новој отаџбини и новим сународницима поставши физикус прво у смедеревском а затим и рудничком и ваљевском округу. Упознавши се током дванаест година рада са свим обичајима, предрасуда-



ма, начином мишљења и начином живота српског народа увидео је да је путем штампане речи могуће „добре и полезне обичаје од рђавих раздвајати, начин живота показати како да се поболша, предрасуде разтерати“ те је 1864. године објавио књигу „Наука о чувању здравља“ („превео из чешког дела „Zdrowowjeda“ од др Кодима и по потребама нашег народа умножио и саставио Др. Јован Валента“), са једноставном посветом: „Народу србском“. За ово дело, штампано о државном трошку, влада је наградила писца са педесет дуката.

У то време је др Валента био практични лекар у Београду, члан Српског ученог друштва и Друштва чешких



ПОРТРЕТИ ЈОВАНА И АНЕ ВАЛЕНТЕ
из млађих дана (уље на платну)

лекара да би већ наредне, 1865. године, будући да је био запажен и цењен његов савестан рад, био постављен за управника Болнице вароши и округа Београда. У нову, наменски зидану зграду у тадашњој Видинској улици (данас Џорџа Вашингтона 19) Болница је усељена 1868. године а др Валента је њом управљао до 1874. године када га је на тој дужности заменио др Казимир Гонсјо-

71 <

ровски. Из тог периода остали су нам извештаји др Валенте о раду болнице објављени у више бројева часописа „Видовдан“ из 1868. и 1869. као и посебно штампана публикација „Поглед на београдску болницу (1868), као драгоценост сведочанства о болничком животу.

Са др Аћимом Медовићем покренуто је идеју о оснивању Друштва лекара 1868. али се та замисао није остварила све до 1872. године када се за њу заузео тада млади лекар Владан Ђорђевић. Исте је године покренут и друштвени часопис „Српски архив за целокупно лекарство“ у чијој је првој свесци, штампаној 1874, др Валента објавио приказ: „Случај царског прореза због еклампије породиље“, у коме наводи да је „царски прорез“ који је том приликом извео, колико он зна, први пут извршен (или бар описан) у Србији.

Заинтересованост др Валенте за област јавне хигијене добила је право усмерење његовим постављењем на место хонорарног професора тог предмета на Великој школи (године 1871, након оставке др Милана Јовановића-Морског). Предавања која је за студенте припремао и држао, објавио је у две књиге, с назнаком да: „Ова књига осим преподавања може служити за поуку сваком, који је одавно школу оставио, а рад је да се с начелима хигијене што боље упозна“ („Хигијена-наука о чувању здравља, Свеска I, Увод и део I. Ваздух“, 1877. и „Засебна хигијена – Дијететика, Свеска II, II део – Храна“, 1881). Осим студентима, др Валента је хигијену предавао и гимназијалцима па је остало забележено да је био међу професорима који су извели прву генерацију матураната Београдске гимназије 1877. године.

Заузимање за унапређење здравља народа потврдио је и учешћем у раду стручне комисије Српског лекарског друштва приликом креирања „Закона о чувању на-

родног здравља“ чији је нацрт израдио др Владан Ђорђевић. Био је то први свеобухватни здравствени закон у Србији а при његовом усвајању 1881. године др Валента је био у својству владиног посланика у Скупштини. У то време, значајно је и његово ангажовање у Српском друштву црвеног крста.

Године 1882. одлази у Пирот, где ради као окружни физикус да би 1886. године био пензионисан. У пензији, међутим, др Валента није дуго уживао – умро је већ наредне, 1887. године у Београду. У некрологу објављеном у „Српском архиву за целокупно лекарство“ записано је: „Не беше му суђено да дуго ужива своју заслужену мировину. Последњи рат српски коме средиште беше Пирот и тешке дужности лекарске за време војне, саломеише и тако нежан организам његов. Томе се придружила жалост за изгубљеном тековином његовом, а нарочито за богатом библиотеком. Све је то условило крај једном вредном али измученом животу...“

О приватном животу др Валенте сасвим се мало зна. Његови потомци, који данас живе у Београду али и изван граница Србије, с пијететом се сећају својих предака од којих су многи били заслужни и угледни грађани који су своја дела уградили у развој отаџбине. У вихорима ратова нестао је огроман део имовине које су генерације стицале, о прошлим временима нерадо се говорило а од успомена остало је само пар фотографија и родословно стабло.

Из њега сазнајемо да се др Јован Валента женио два пута – први пут Аном, са којом је имао сина Михаила а други пут (вероватно након смрти прве супруге) Даницом, са којом је имао сина Владимира (који је умро у 35. години, без потомака). Михаило Валента (1860–1909) се школовао на Техничком факултету



Јован и Даница Валента



ПРВИ РЕДОВНИ САСТАНАК СРПСКОГ ЛЕКАРСКОГ ДРУШТВА

22. ЈУЛА 1872

Др. Владимир Боттеник
Др. Н. ОстојићДр. В. Брзи
Др. Ј. МанинПРЕДСЕДНИК
Др. А. МедошеДр. М. Јаворник
Др. Ј. ВалентаДр. Б. Ђукић
Н. Ранић

Чланови Српског лекарског друштва (др Валента трећи у доњем реду)

УПОРНИ ПАЦИЈЕНТ

Др Јован Валента (1826–1887), отац грађевинског инжењера Михаила (1860), леčio је дуго времена једну хистериичну пацијенткињу. Иако је добијао добре хонораре, досадна жена му је додијала, па је саветовао: „Госпођо, моја вештина је при крају али у Грацу имамо доброг зnanца, одличног специјалисту. Он ће Вам сигурно помоћи. Идите к њему, даћу Вам препоруку“.

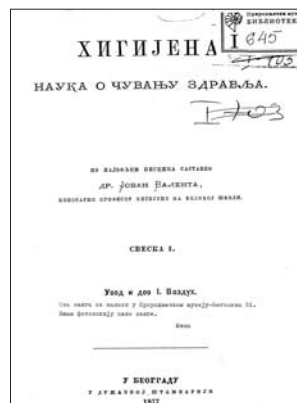
Госпођа сва радосна прихвати препоруку и крену на пут. Али у возу је поче мучити радозналост шта др Валента пише о њеној болести. Није се могла уздржати да не отвори писмо. Др Валента је то и очекивао па је коверат тако слабо залепио да га је хистериична госпођа могла лако да одлепи.

Писмо је било веома кратко: „Драги пријатељу, черупај гуску даље!“

„Гуска“ је на првој станици сишла из воза и вратила се кући, у Београд, излечена.

(Уступљено из Архиве Српског лекарског друштва г-дину Милошу Лазаревићу)

Велике школе а затим на политехничким академијама у Минхену и Прагу. Као грађевински инжењер радио је на прузи Неготин – Зајечар, на Сипском каналу на Дунаву и на мосту код Шапца. Са супругом Зорком која је умрла на порођају имао је кћерку Зорку која се, као и њен деда Јован Валента, ангажовала у хуманитарним друштвима – Друштву црвеног крста, затим у Друштву за чување народног здравља у чијем је „Летњиковцу за слабунаву децу“ у Кошутњаку кувала



НАУКА О ЧУВАЊУ ЗДРАВЉА ПОСВЕЋЕНА СРПСКОМ НАРОДУ

оброке, радила је у кухињи за незапослене раднике и у дечјем обданишту на Карабурми.

Зорка Валента (1888–1983) била је удата за индустријалца Илију-Ику Панића (1884–1956) који је током Другог светског рата, захваљујући свом угледу и везама успео да избави из београдских казамата и логора на Старом Сајмишту преко стотину људи али је и поред тога, у послератном времену и сам био заточен и прогањан а целокупна имовина му је конфискована.

У браку Зорке Валента и Ике Панића рођене су четири ћерке: Милена, Босанка, Милица и Зорислава (умрла у првој години). Њихова деца с љубављу чувају успомени на своју баку Зорку и деду Ику и поносна су на своје претке међу којима је на посебном месту др Јован Валента, Чех који је срцем постао Србин.

* Аутор се захваљује господину Милошу Лазаревићу, чукун-унуку др Јована Валенте, за уступљени материјал за чланак, као и за фотографије.

СЕУЛ • ВИРУС ХЕПАТИТИСА Б У ВЕЗИ СА НОН-ХОЋКИН ЛИМФОМОМ – Особе заражене вирусом хепатитиса Б су готово двоструко изложеније ризику оболевања од нон-Хоџкин лимфома, него оне које нису заражене тим вирусом, утврдио је међународни тим стручњака.

Од раније се већ зна да хепатитис Б повећава ризик од рака јетре, а било је и сумњи да повећава и ризик од поменутих врста лимфома, преноси Ројтерс.

Да би то проверили, др. Ерик Енглес, из америчког Националног института за рак, и Сун Ха Ђи, са се-

улског Универзитета Јонсеи, су анализирали здравствено стање више од 600.000 јужнокорејанаца током 14 година.

У Јужној Кореји је хепатитис Б био веома учестао, пре него што су 1995. уведене кампање вакцинације против те болести.



ЕЛЕКТРОНСКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ КЊИЖИЦЕ ДО 2013. У ЦЕЛОЈ СРБИЈИ

Електронске здравствене књижице биће уведене прво у Ваљеву, а до 2013. године у целој Србији. Електронска књижица, која ће изгледати као банковна картица, биће урађена од квалитетног поликарбоната, због чега ће рок трајања бити 10 година саопштено је из Републичког завода за здравствено осигурање (РЗЗО).

Нове књижице – картице израђива ће Завод за израду новчаница, а на њој ће бити матични подаци који се и сада налазе у здравственој књижици. Замена књижица грађане ће коштати око 300 динара.

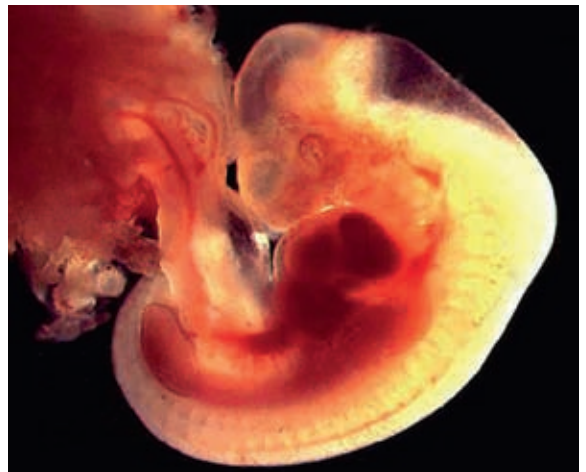
„Електронске књижице почињу да функционишу у готово свим земљама у окружењу, где су грађани већ заменили старе документе, а погодност је и то што њихова овера неће захтевати одлазак на шалтер РЗЗО-а“. Пилот-пројекат увођења електронских књижица почеће да се спроводи у Ваљеву тек пошто буду направљене прве анализе и у осталим крајевима Ср-

бије и у складу с тим очекује се да ће током 2013. године сви грађани Србије добити електронске здравствене књижице.

Ваљево је изабрано зато што су у потпуности компјутерски повезани домови здравља, болнице и апотеке са РЗЗО.

УПРАВЕ ЗА БИОМЕДИЦИНУ ЗА ГОДИНУ ДАНА

Управа за биомедицину биће потпуно конституирана у наредних годину дана, а ускоро почиње формирање јединственог регистра свих даваоца ћелија, ткива и органа, најављено је из те нове институције. Оснивање Управе за биомедицину предвиђено је законима о трансфузији, трансплантацији и биомедицински потпомогнутој оплодњи. Биомедицина за лечење неких тешких болести користи ћелије ткива



ЧИКАГО • ПОМАК У ЛЕЧЕЊУ ПАРКИНСОНА – Одређени ген везан за функционисање имунолошког система може да има велику улогу у настанку неуродегенеративног обољења – Паркинсонове болести, показали су резултати америчког истраживања. Ради се, како је показало

истраживање објављено у научном часопису „Нејчер џенетикс“, о гену из области људског леукоцитног антигена – ХЛА који садржи велики број гена везаних за функционисање имунолошког система. „То значи да имунолошки систем, вероватно, утиче на развој Паркинсона“, изја-

вио је др Сајрус Забетиан с Универзитета у Вашингтону. Резултати америчког истраживања би могли да омогуће развој делотворнијих терапија против Паркинсона, пренела је агенција Ројтерс.

Тренутне терапије против те болести могу да ублаже њене симптоме,

75 <

патитиса Б и вирус хепатитиса Ц повећавају ризик од лимфома, јер се имуни систем претерано ангажује да би се изборио са инфекцијом јетре коју они изазивају.

ЛОНДОН • МОДИФИКОВАНИ ВИРУС ХЕРПЕСА УНИШТАВА ЋЕЛИ-

ЈЕ РАКА – Британски научници су установили да модификовани вирус херпеса уништава ћелије рака, без оштећења здравих ћелија, објављено у Лондону. Вирусни херпес који се испољава избијањем ситних пликова на кожи и слузокожи, најчешће на уснама, погодио је макар јед-

ном безмало сваког другог становника Британије, али се због тога нико не узбуђује, јер у великој већини ови пликови нестају после третмана јевтиним антивирусним препаратима.

У исто време се показало да вирус херпеса не само што је безопасан, већ може и да буде јако и ефикасно

75 <



Група истраживача из здравственог центра при универзитету „Вејк Форест“ (Северна Каролина) је током лабораторијских испитивања ткива и анализе здравствене документације више од 800 жена оболелих од рака дојке, утврдила да је ниво протеина „феропортина“ који односи гвожђе из ћелија много нижи у туморима дојке, него у другим ткивима, пренели су француски медији.

Они су утврдили и да недостатак „феропортина“ доводи до гомилања гвожђа, што доприноси развоју тумора и може га учинити агресивнијим, док висок ниво тог протеина повећава шансе за дугорочнији продужетак живота за 90 одсто.

Стручњаци су, међутим, истакли и да пацијенткиње не морају да модификују унос гвожђа у исхрани, истичући да се обављено испитивање односи само на количину гвожђа у ћелијама, а не и у прехранбеним намирницама.

НАУЧНИЦИ ТВРДЕ ДА СУ АРОГАНТНИ ЉУДИ НЕСРЕЋНИ

БЕРЛИН – Научници су дошли до сазнања да су арогантне особе најчешће несрећне и да им прети опасност од психичких обољења, а може помоћи само

терапија, преноси радио Дојче веле. „Начин на који доживљавамо друге људе изузетно много говори о нашој личности“, каже професор психологије на Вејк Форест Универзитету у Северној Каролини Дастин Вуд, који је тај феномен истражио са још неколико америчких научника.

Они који су учествовали у студији имали су задатак да наброје позитивне и негативне карактеристике три особе, при чему су пријатељи морали међусобно да се оцењују, студенти-бруцоши да говоре о својим цимерима из дома, чланови разних удружења да описују своје колеге. Само на основу тих описа, научници су могли да утврде како су се испитаници осећали, колико су ментално стабилни и како их други доживљавају.

„Имати позитиван став према другима, веома позитивно делује на нашу личност“, сматра Вуд и додаје да се тада и сами осећамо срећно, доброг смо расположења и емоционално стабилно. Према Вудовим речима, негативно настројени људи имају склоност ка нарцисоидности, асоцијалном понашању или неким озбиљнијим психичким обољењима.

У закључку студије научници тврде да сваки човек може да буде добар психолог и наводе да „ако некога желите боље да упознате само га питајте да вам опише неког од његових колега или познаника и одмах ћете знати о каквој се особи ради“.

МУШКО И ЖЕНСКО СРЦЕ ЗАХТЕВАЈУ РАЗЛИЧИТО ЛЕЧЕЊЕ

БЕЧ – Интензивни медицински третман који се примењује у лечењу мушког срца могао би битно да погорша здравствено стање, па чак и да угрози живот жене са истим тегобама, истакнуто је на недавно одр-

мол“ повећава опасност и од настанка алергија и ексема.

ЛОНДОН • ДА ЛИ НАС ГУГЛ ЗАГЛУПЉУЈЕ? – Интернет претраживач Гугл штети нашем мозгу, јер нам превише помаже у решавању проблема, сматра један амерички научник. За-

хваљујући брзим, готово инстант информацијама које пружају претраживачи, људи губе интелектуалну способност да складиште информације, упозорава амерички публициста Николас Кар. Аутор књиге „Плићаци – Шта Интернет чини нашем мозгу“ истиче да Интернет лишава

људски мозак редовног вежбања који му је неопходан и да је људима све теже да се концентришу, као на пример при читању књиге. Супротно програмерима који се такмиче како да креирају што једноставнији софтвер, Николас Кар сматра да би сајтови попут Гугла требало да буду тежи за ко-

75 <

средство у лечењу онколошких болести, на пример рака лимфног система. Истина, за те потребе вирус мора да се подвргне генетској модификацији, како би се из његовог ДНК odstrанили гени који немодификованом вирусу омогућавају да се „скрива“ у људском организму.

Онкологи лондонске Краљевске марсден болнице су извршили такву модификацију, а затим унели вирус у тумор лимфних чворова на глави и врату 17 пацијената, који су после тога ипак подвргнути традиционалном зрачењу и хемотерапији. Руководилац истраживања доктор Кевин

Харингтон сматра да су резултати изузетни, јер је код 16 пацијената тумор ишчезао, вирус херпеса је једноставно разорио ћелије рака, практично без икаквих последица по здраве ћелије.

У целини гледно, 17 пацијената није упечатљив број, али у борби са

> 78



жаном симпозијуму Европског удружења кардиолога у Бечу.

Према истраживањима које је спровела докторка Ева Шван с Универзитетске болнице у Линчепингу у Шведској, жене имају много више шансе да преживе срчани напад од мушкараца, али ако се примени нека интензивна интервенција попут операције или уградње бајпаса, смртност код жена је много већа, преносе светске агенције.

Лекари још не могу поуздано да утврде зашто је то тако, али се претпоставља да је операције на женама теже извести, јер оне генерално имају мање срце и крвне судове, као и већу склоност ка крварењу, па и најмања грешка хирурга може да доведе до озбиљ-

них проблема. Слично је и код примене разних дијагностичких ендоскопских метода у крвним судовима. Други разлог за повећану смртност код жена могу да буду специфични женски хормони, чија улога још није сасвим испитана.

Не мање значајна је и чињеница да су жене са срчаним обољењима у просеку за читаву деценију старије од мушкараца са истим симптомима, па се сматра да и то може да утиче на исход операције. У сваком случају, према препоруци докторке Шван, лекари би требало два пута да размисле пре него што жени са срчаним обољењем предложи операцију и да је прво извесно време пажљиво обсервирају.

У студији докторке Шван, која је обухватила неколико стотина оболелих, жене са срчаним обољењима подељене су у две идентичне групе - једна са пацијенткињама које су имале операцију и друга са онима код којих се задржало на посматрању симптома. У првој групи забележено је осам смртних случајева током периода од годину дана, док је у другој био само један. „Велико је питање зашто је то тако“, каже докторка Шван и истиче да се тежи да не буде разлике међу половима, али да то не значи да мушкарце и жене треба на исти начин лечити.

ИЗОЛОВАНА БАКТЕРИЈА ОТПОРНА НА АНТИБИОТИКЕ

ЛОНДОН – У британским болницама је изолована бактерија отпорна на скоро све врсте антибиотика, пренета из јужне Азије преко људи који су тамо путовали ради здравственог туризма. Аутори истраживања, који су установили стање, изразили су бојазан од даљег ширења те бактерије у свету, пренеле су агенције.

Ради се о ентеробактерији која производи ензим НДМ-1, а први пут је идентификовао 2009. године на-

> 78

ришћење како би побољшали способност концентрације корисника.

Његов коментар уследио је након што је Гугл лансирао нову опцију Гугл Инстант која избацује резултате док корисник још укуцава кључне речи. „Због много тога се дивим Гуглу, али сматрам да они превише уско

гледају на начин на који бисмо требали да користимо наш мозак“, рекао је Кар за ББЦ. Они мисле да је све у брзом проналажењу неке информације која нам је потребна како бисмо могли одмах да пређемо на нешто ново“, рекао је он. Кар је посебно критиковао онлајн библиотеку Гугл

Букс која ће, по његовом мишљењу, довести до површног читања, као и сателитску навигацију, јер ће захваљујући њој људи ускоро почети да заборавају путање којим се крећу. Он је објаснио да ће се због уређаја ГПС временом сузити део мозга у којем се слажу менталне слике простора.

> 78

77 <

овом болешћу цени се сваки чак и мали корак напред, истичу британски лекари.

БАЗЕЛ • МРЕЖЊАЧА РЕГЕНЕРИСАНА УЗ ПОМОЋ ПРОТЕИНА „ХАЛОРХОДОПСИНА“ – Група истраживача из института „Фридрих Мишер“

у Базелу (Швајцарска) успела је да регенерише мрежњачу мишева уз помоћ протеина „халорходопсина“ добијеног од микроорганизама који живе у сланим језерима. Научници су дошли до тог резултата испитујући на мишевима појаву ретинитиса пигментоса.

СИДНЕЈ • ЉУДИ ИМАЈУ 70 ОДСТО ИСТИХ ГЕНА КАО И МОРСКИ СУНЂЕРИ – Аустралијски научници открили су да људи имају далеко више заједничког са морским сунђери – ма него што се досад мислило – чак 70 одсто истих гена као и ове вишећелијске морске животиње. Истра-

77 <



Скупља дара него мера: Британци ради обављања естетских операција одлазили у Индију, а у земљу се враћали с опасном бактеријом

учник Тимоти Волш с Универзитета у Кардифу (Велика Британија) код Швеђанина који је био на болничком лечењу у Индији.

Та бактерија је, међутим, сада већ изолована код 37 пацијената у Великој Британији, међу којима је одређен број путовао у Индију или Пакистан ради обављања естетских операција. Бактерија је изолована и у САД, Холандији, Аустралији и Канади, такође код пацијената који су ишли на лечење у Индију.

ЗАБАВОМ ПРОТИВ ДЕМЕНЦИЈЕ

ПАРИЗ – Забавне активности и игре за менталну вежбу могле би да смање опасност од Алцхајмерове болести и других облика деменције независно од фактора ризика, показали су резултати истраживања које

ВАШИНГТОН • РАЗВОЈ ТЕСТА ЗА ОТКРИВАЊЕ ПРЕ-ЕКЛАМПСИЈЕ – Међународна група научника направила је главни корак ка развоју теста, одређене врсте „отиска“ стања метаболичког система, који би омогућио да се идентификују жене с опасношћу од појаве пре-еклампија, чак

седмицама пре појаве првих симптома, пренела је агенција Ројтерс. Истраживачи, са научником Филипом Бејкером, с универзитета „Алберта“ у Канади, на челу, открили су низ од 45 једињења повезаних са метаболизмом, за који су установили да је у другачијем стању код жена са пре-

диспозицијом за појаву пре-еклампије него код осталих. То откриће би могло да буде основ теста за утврђивање појаве пре-еклампије, која још не постоји, чиме би могло да се спаси на стотине живота. У неразвијеним земљама 75.000 жена умре годишње од пре-еклампије.

77 <

живање светске баштине Великог коралног гребена показала су да те древне животиње имају велики број истих гена као и људи, укључујући оне које се доводе у везу са појединим болестима као што је рак.

Вођа истраживачког тима Бернард Дегнан, са универзитета у Квинслен-

ду, објаснио је значај овог открића, наводећи да „су морски сунђери својеврсни 'свети грал' матичних ћелија“. Проучавање генетских функција матичних ћелија сунђера могло би да омогући откривање „важних и кључних веза“ са генима који утичу на људску биологију, прецизирао је он.

Дегнан је истакао да би резултати студије требало да допринесу борби против рака и проналажењу нових видова лечења разних болести. Истраживање аустралијских научника је плод петогодишњег рада током којег је издвојен „веома чист ДНК“ из ембриона морских сунђера. //

је обавио француски Институт за здравље и медицинска истраживања.

Реч је о истраживању спроведеном између 1999. и 2001. године на 5.698 здравих особа старости од 65 година па навише, пренели су француски медији. Научници су током истраживања установили да је подстицање забавних активности код тих особа довело да смањења опасности од Алцхајмера за 61 одсто, а других облика деменције за 51 одсто. Ти резултати су били независни од фактора ризика за настанак деменције као што су васкулана опасност, симптоми депресије...

МЕДИТЕРАНСКА ИСХРАНА СМАЊУЈЕ РИЗИК ОД ДИЈАБЕТЕСА

МАДРИД – Традиционална медитеранска исхрана – богата маслиновим уљем и поврћем – може да помогне старијим особама да смање ризик од дијабетеса типа 2 и без бројања калорија и смањивања телесне тежине. Шпански стручњаци с Универзитета Ровира и Вирхили, из места Реус, су пратећи 418 особа, старости од 55 до 80 година, дошли до закључка да су они који се придржавају традиционалног начина исхране, под мањим ризиком да оболе од дијабетеса током четворогодишњег периода, него они који се придржавају дијете са смањеним садржајем масти, преноси Ројтерс.

Традиционална медитеранска исхрана је богата поврћем, интегралним житарицама, махунаркама, рибом и незасићеним масним киселинама биљног порекла – из маслиновог уља и орашастих плодова. С друге стране, у таквој исхрани слабо су заступљени црвено месо и пуномасни млечни производи. За истраживање биране су искључиво особе које су имале најмање један ризичан фактор за срчане болести – повишен крвни притисак, пушење итд.

Методом случајног узорка испитаници су подељени у три групе – једну на медитеранској исхрани, у којој је акценат био на маслиновом уљу, другу такође на медитеранској исхрани, али с акцентом на коштуњавим плодовима, и трећу групу, у чијој исхрани је тежиште било на смањењу свих врста масти. Ни од једног испитаника није тражено да ограничи унос калорија или да буде физички активнији. Након четири године, у две групе на медитеранској исхрани дијабетес се појавио код 10 до 11 одсто испитаника, док се у трећој групи појавио код 18 одсто испитаника. Испоставило се да медитеранска исхрана сама за себе смањује ризик оболевања од дијабетеса типа 2 за чак 52 одсто.

ХПВ УЗРОКУЈУ 90 ОДСТО СЛУЧАЈЕВА РАКА ГРЛИЋА МАТЕРИЦЕ

ПАРИЗ – Осам врста људских папиломавируса (ХПВ) су изазивачи више од 90 одсто свих случајева рака грлића материце у свету, показали су резултати досад највећег истраживања генотипова ХПВ, објављени у научном часопису „Лансет онколози“. Као најризичнији су идентификовани типови 16, 18, 45, 33, 31, 52, 58 и 35, при чему су најчешћи 16, 18 и 45. Типови 16 и 18 су већ „мета“ две вакцине против папиломавируса које се налазе у продаји – пренеле су агенције.

Научници су дошли до тих резултата испитујући узорке 10.575 случајева инвазивног рака грлића материце, дијагностикованих између 1949. и 2009. године, који су прикупљени у 38 земаља широм света. Рак глића материце може да се открије узимањем бриса из грлића материце током гинеколошког прегледа. Процењује се да број смртних случајева изазваних раком грлића материце ове године достиже око 328.000, а 80 одсто тих случајева се јавља у земљама у развоју. //

ЛОНДОН • РАЗВОЈ ТЕСТА ЗА РАНУ МЕНОПАУЗУ – Група британских научника је саопштила да је на путу да развије тест за откривање предиспозиције за рану менопаузу. Истраживачи с унверзитета „Екс итер“ и из Института за истраживање рака су обавили испитивање четири ге-

нетске мутације везане за појаву ране менопаузе.

Та истраживања, обављена на групи од 2.000 жена, могла би да резултирају развојем теста за откривање предиспозиције за рану менопаузу који би помогао женама да временски ускладе жељу за материнством и

„биолошки часовник“. Данас је свака 20. жена погођена појавом менопаузе пре 45. године живота (један одсто је доживи пре напуњених 40 година), а прво дете се обично рађа око 30 године. Научници истичу и да треба знати да плодност почиње да опада 10 година пре појаве менопаузе. //

НАША КОМОРА
ПЕДСТАВАЉЕНА У ЈЕДНОМ
ОД НАЈЕМИНЕНТНИЈИХ
МЕДИЦИНСКИХ ЧАСОПИСА

ЛКС У „WORLD MEDICAL JOURNAL“



The Medical Chamber of Serbia

The Medical Chamber of Serbia was revived in 2006, drawing upon the tradition of the Medical Chamber established in 1901 in the Kingdom of Serbia. The original Chamber played a very significant role in the work and life of physicians of that time, however, the functioning of the Chamber was banned after World War II by the new communist authorities, as was the case in all the countries in our neighbourhood.

Within the framework of the reform of the health sector in 2005, the Ministry of Health initiated the establishment of a medical chamber by virtue of the Law on the Chambers of the Medical Profession. Elections were organised to this effect, and MDs from both the public sector and the private sector were appointed to the Assembly of the Medical Chamber of Serbia thus establishing an integrated chamber of doctors of medicine in 2006.

The beginning of the functioning of the Medical Chamber was not simple; we invested a lot of effort in the endeavour, and we did not hesitate to seek and accept advice from chambers with a longstanding experience. Very shortly we drew up our Statute, and then, acting on the basis of the public authority we were vested with on the basis of the Law, we drew up our Code of Professional Ethics, and proceeded with drawing up the full list of MDs and relevant records, and issuing licences and ID cards to eligible MDs, including the drafting of the necessary codes of rules for the functioning of the committees, and organising of our courts of

honour, and all the other aspects necessary for ensuring continuous medical training.

Our Chamber is a self-sustained and politically and economically independent professional organisation, financed from its own sources. All the MDs working in the bodies of the Chamber provide their services without any remuneration, being assisted in that process by the relevant support services involving lawyers, economists, IT experts, and others, who receive appropriate fees.

On the basis of the Law on Health Care issued by the Ministry of Health of the Republic of Serbia, membership in our Chamber is mandatory, and membership fee is proportionate to the member's monthly income. Currently, there are 29 500 doctors of medicine in Serbia, 26 200 of whom are public employees, while 3300 are in the private sector.

Unfortunately, MDs from the private sector are not included in the health care system of our country, as a result of which patients have to pay for the relevant medical services from their own resources.

The Medical Chamber is an institution performing the tasks delegated to it as well as other activities from the purview of the medical profession, and since we dispose of the professional potential of our members – MDs, as well as that of our support services, our objective is to become part of a health care system accessible to all MDs, through which they will be able to influence the resolution of issues relating to the medi-



Nada Radan-Milosavicev

cal profession. We have a vision, and we are aspiring for becoming a significant factor in the decision taking process affecting the health care system of our country, as well as aiming to influence the content of all the laws relating to the medical profession.

We take great pride in all that we have achieved over the past four years, particularly stressing the establishment of contacts and friendships with numerous chambers in Europe, the gathering together of the representatives of 15 chambers at the ZEMA Meeting in Belgrade, in September 2009, as well as the fact that we have been keeping abreast of all the developments at the level of CPE and EFMA, and most importantly, the fact that the procedure for the admission of our Medical Chamber to the WMA is in process.

Dr. Nada Radan-Milosavicev
President of subcommittee for international cooperation of the Medical Chamber of Serbia

ZEVA СУСРЕТ ОДРЖАН ОД 30. СЕПТЕМБРА
ДО 2. ОКТОБРА У СКОПЉУ

БЕЗБЕДНОСТ ПАЦИЈЕНТА И КВАЛИТЕТ У МЕДИЦИНИ

Једно од излагања бавило се медицинско етичким аспектом у контексту суочавања лекара са проблемом некомплетног, неодговарајућег закона и могућности државе да омогући квалитетну здравствену заштиту

И ове године једна балканска земља била је домаћин скупа лекара из централне и источне Европе. Симпозијум 17. по реду, лекарских комора централне и источне Европе одржан је од 30. септембра до 2. октобра у Скопљу. Прошле године организатор и домаћин била Лекарска комора Србије у Београду.

Главна тема овогодишњег заседања била је „Безбедност пацијента и квалитет у медицини“. Своја искуства и препоруке из ове проблематике изнели су представници комора из Немачке, Аустрије и Македоније.

Председник СРМЕ (Стални комитет лекара Европе) др Константу Радзил присутне је упознао са најновијим активностима СРМЕ и утицајем тог комитета, са седиштем у Бриселу, на политику Европске Уније. Расправљало се о питањима и темама медицинске регула-

тиве и самоуправљања, о односу троугла лекар-пацијенти и здравствене институције према здравственом фонду – осигурању, о начину плаћања здравствене заштите и интелектуалних напора и могућности друштва да испуни та очекивања.

Једна од тема је била: лекар између потребе и објективне и реалне могућности као резултат организационих, правних и технолошких ресурса. Једно друго излагање се бавило медицинско етичким аспектом у контексту суочавања лекара са проблемом некомплетног, неодговарајућег закона и могућности државе да омогући квалитетну здравствену заштиту.

Присутни су упознати и са неким новим облицима континуиране медицинске едукације као делом професионалне медицинске едукације.

Др Н. Р. М.



Учесници 17. СИМПОЗИЈУМА ЛЕКАРА

У последњем броју, једног од најеминентнијих медицинских часописа у свету „World medical journal“ представљена је Лекарска комора Србије.

У овом часопису чији је први број изашао пре 56 година и гласило је Светске медицинске асоцијације (WMA) читаоци, наше колеге са свих меридијана – јер чланице WMA потичу из 95 земаља света – добили су прилику да сазнају нешто више о раду и потезима Лекарске коморе Србије. Светска медицинска асоцијација основана је давне 1947. године у Паризу на иницијативу струковних удружења 27 земаља света, да би 1954. године изашао и први број поменутог „World medical journal“-а.

С обзиром на број мејлова и захтева за контактом по објављивању овог чланка, уочљиво је да су колеге из света у нашој Комори препознали респектабилног партнера и поузданог сарадника у будућим заједничким наступима и пројектима.

Др Н. Р. М.



ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ ПРИМЉЕНА
У СВЕТСКУ МЕДИЦИНСКУ АСОЦИЈАЦИЈУ

ДОБРЕ ВЕСТИ ИЗ ВАНКУВЕРА

Председник Светске медицинске асоцијације др Dana W. Hanson и генерални секретар др Otmar Kloiber доносе вест о пријему Лекарске Коморе Србије у асоцијацију октобра месеца на Генералном заседању у Ванкуверу. Челници Светске медицинске асоцијације на слици са директором ЛКС и председником Одбора за међународну сарадњу ЛКС.

Др Н. Р. М.



ИЗ ЦЕНТРАЛНЕ И ИСТОЧНЕ ЕВРОПЕ ОВЕ ГОДИНЕ ОДРЖАНОГ У СКОПЉУ

На основу одредбе из члана 49. став 3. Правилника о раду судова части Лекарске коморе Србије и констатације да је Одлука Суда части РЛК Београда бр. Ди – 111-267/2009 од 26. маја 2010. године, постала правоснажна дана 13. јула 2010. године, дана 06. септембра 2010. године, директор Лекарске коморе Србије је донела решење бр. 1310/2010, којим се налаже објављивање изреке предметнеправоснажне одлуке Суда части РЛК Београда и то у дневном листу „ПОЛИТИКА“ и часопису „Гласник“ Лекарске коморе Србије. Изрека предметне одлуке, коју треба објавити је следећа:

Регионална лекарска комора ОДЛУКА ЈЕ ПРАВОСНАЖНА
БЕОГРАДА Суд части РЛК Београда
СУДЧАСТИ Дана 13. 07. 2010.
Број: Ди – 113-267/09

Судско Веће Регионалне лекарске коморе Београда у саставу др Љиљана Коларски Ненадић, као председник Већа, др сц. Мег. Радослав Радосављевић, дрим. И др Јелица Појовић, дрим., као чланови Већа, у поступку утврђивања дисциплинске одговорности против др Чедомира Чучковића, лекара специјалисте интерне медицине – нефролога из Клиничко болничког центра „Звезда“ у Београду због повреде професионалне дужности и улога члана Лекарске коморе из чл. 4. ст. 1. и 2. Правилника о раду судова части, у вези чл. 41. и 51. ст. 1. Кодекса професионалне етике Лекарске коморе Србије, по захтеву за покретање поступка – решења исправној судије проф. др Томислава Мареновића бр. Ди – 113-95/2009 од 23.02.2010. год., а по предлогу Станисављевић Стевана из Београда након одржане јавне главне претреса, дана 20.05.2010. године на заговореној седници донео

ОДЛУКУ

Лекар, члан Лекарске коморе др Чедомир Чучковић, специјалиста интерне медицине – нефролог, сада запослен у Специјалној болници „ФМЦ“ у Београду, са станом у Београду, Цвијићева 28., са бројем лиценце 108382

на основу чл. 36 ст. 1 тач. 2 Правилника о раду Судова части

ОСЛОБАЂА СЕ ОДГОВОРНОСТИ

да је у периоду 17.10. – 10.11.2008. године немарно пратио здравствено стање своје пацијенткиње, сада покојне Станисављевић Живке, која је 17.10.2008. год. Примљена на Одељење ради дијагнозе, а за време одсуствовања није се побринуо за сталну медицинску заштиту исте, па је са закашњењем констатовао погоршање здравственог стања болеснице и са закашњењем је започео адекватно лечење исте, чиме би учинио повреду професионалне дужности и улога члана Лекарске коморе из одредаба чл. 4. ст. 1. и 2. Правилника о раду судова части, а у вези чл. 41. и 51. ст. 1. Кодекса професионалне етике Лекарске коморе Србије.

Одлука о шрошковима није донета“

Ovo nije samo kartica

Postanite korisnik American Express Green kreditne kartice sa specijalnim pogodnostima, i statusom priznatim širom sveta, ekskluzivno namenjene članovima i zaposlenima Lekarske komore Srbije.



VIŠE OD KARTICE

Banca Intesa American Express Green kreditna kartica namenjena članovima i zaposlenima Lekarske komore Srbije Vam omogućava viši kreditni limit, odloženo plaćanje do 45 dana bez kamate i plaćanje na rate kroz model revolving kredita. **Specijalna ponuda uključuje niže kamatne stope i besplatnu članarinu tokom prve godine korišćenja.** Uz Vašu Banca Intesa American Express kreditnu karticu besplatno dobijate karticu putnog zdravstvenog osiguranja Delta Generali osiguranja sa asistencijom i podrškom na putovanju koju pruža Europ Assistance, a koju sve ambasade prihvataju kao dokaz o zdravstvenom osiguranju potrebnom prilikom odobravanja viza. American Express kreditnu karticu možete koristiti za plaćanje roba i usluga na više miliona prodajnih mesta u svetu, za podizanje gotovine u zemlji ili inostranstvu na više od pola miliona bankomata, kao i u preko 2200 American Express putničkih agencija širom sveta. Korisnik ove kreditne kartice možete postati veoma brzo i jednostavno, bez žirana i depozita, bez obzira da li ste klijent Banca Intesa ili ne. Vaša American Express kreditna kartica čeka na Vas.

POSTANITE KORISNIK AMERICAN EXPRESS KREDITNE KARTICE. DOĐITE U NAJBЛИŽU OD 220 EKSPOZITURA BANCA INTESA. WWW.AMERICANEXPRESS-SRBIJA.COM CALL CENTER: 011 / 201 66 11



Лекарска комора Србије
Serbian Medical Chamber



BANCA INTESA

www.bancaintesabeograd.com



Specijalna ponuda za članove Lekarske komore



ProCredit Bank

Znamo da Vam je briga o zdravlju Vaših pacijenata najvažnija, zato mi vodimo računa da Vaše poslovanje bude na stabilnim osnovama. Možemo da Vam preporučimo nekoliko kredita posebno napravljenih prema Vašim potrebama. Bilo da su to krediti za kupovinu, izgradnju i dogradnju poslovnog prostora ili krediti za opremu i vozila, svaki je podsticaj za Vaš sledeći korak ka sigurnijem poslovanju.

Zašto odabrati kredite ProCredit banke:

- mogućnost korišćenja perioda odložene otplate
- stručno i ljubazno osoblje će voditi brigu o Vašim potrebama
- fleksibilni rokovi otplate

I Krediti za kupovinu, izgradnju i dogradnju poslovnog prostora

- indeksirani u EUR
- godišnja kamatna stopa od 6M Euribor + 9,45 %
- jednokratna provizija za odobravanje kredita od 1%
- rok otplate do 180 meseci

U priloženoj tabeli prikazane su moguće rate kredita:

Iznos kredita u EUR	Rok otplate i rata kredita u EUR		
	84	120	180
75.000	1.269	1.017	835
95.000	1.608	1.288	1.057
140.000	2.369	1.898	1.557

*EKS od 11,34 %

II Krediti za opremu i vozila

- indeksirani u EUR
- godišnja kamatna stopa od 6M Euribor + 9,45 %
- jednokratna provizija za odobravanje kredita od 1%
- rok otplate do 84 meseca

U priloženoj tabeli prikazane su moguće rate kredita:

Iznos kredita u EUR	Rok otplate i rata kredita u EUR		
	48	60	84
40.000	1.047	883	699
100.000	2.566	2.155	1.692
150.000	3.849	3.233	2.538

*EKS od 11,50 %

Vaša ProCredit banka

