

Број 34 //
Београд //
Октобар //
2019 //
Година XI //

ГЛАСНИК

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ

ISSN 1821-3995



18-19. ОКТОБАР 2019.

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ ДОМАЋИН
ГЕНЕРАЛНЕ СКУПШТИНЕ УЕМО-а
ОДРЖАНЕ У БЕОГРАДУ

ЧИТАЈТЕ У ОВОМ БРОЈУ



19-21

Јубиларна Конференција српске медицинске дијаспоре



26-29

У ПОСЕТИ ИНСТИТУТУ
ЗА ОНКОЛОГИЈУ ВОЈВОДИНЕ

Увођење ДСГ у пракси



22-25

ИНТЕРВЈУ:
ПРОФ. ДР КОНСТАНТИН ГУГЛЕТА

Транспарентност финансијских токова је кључна



40-43

Лечење гинеколошко- акушерских проблема жена у врањском крају између два свешка раја

Гласник

ЛИСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ



Година XI, број 34,
октобар 2019. године.

ISSN 1821-3995

Редакција:

Београд, ул. краљице Наталије 1

Тел/факс:

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

И-мејл:

lekarskakomorasrbije@gmail.com,

Сајт:

www.lks.org.rs

Главни уредник:

Др Јасмина Павловић

Чланови Уређивачког одбора:

Др Јасмина Павловић
Др Славица Младеновић
Др Љиљана Станимировић
Др Тихомир Дуганџија
Др Јордан Петровић

Издавачки савет:

Др Милан Динић
Др Владимир Кљајић
Др Гордана Лучић
Др Олга Поповић
Др Дејан Сакач
Др Борис Ђинђић
Др Слађана Илић
Др Ксенија Турковић

Новински уредник:

Ана Крајнц

Ликовно-графички уредник:

Илија Милошевић

Типографско писмо:

Adamant

Писмо главне уреднице



Драге колегинице и колеге,

И овог пута се осврћемо, у рубрици фокус, на синдром сагоревања у лекарској професији. Свима познато, а често препознатљиво од нас самих. СЗО је препознала синдром изгарања као болест, на седници Скупштине Светске здравствене организације у Женеви, одржане 28. маја.

О многим активностима Лекарске коморе Србије добили смо информације на сајту ЛКС, а пратећи текстове у „Гласнику ЛКС“ добићемо исцрпније информације.

Пратимо учешће ЛКС на Међународном форуму медицинске асоцијације (ЕФМА) и Медицинском форуму југоисточне Европе (СЕЕМФ), где је др Ненад Ђоковић добитник признања Заслужни лекар југоисточне Европе.

Одржан је и ЗЕВА симпозијум у Будимпешти са темом обезбеђење квалитета у систему здравствене заштите, вакцинација и антивакцинајски покрет у Европи, ментално и физичко здравље лекара.

Извештај са Генералне скупштине Европског удружења лекара опште/породичне медицине је тематика занимљива и за дискусију.

Млади лекари из Србије постали су чланови Мреже младих лекара (WMA) у Сантјагу у Чилеу.

Одржали смо Десету јубиларну конференцију Српске медицинске дијаспоре, са великим бројем како предавача тако и учесника. Циљ конференције је унапређење сарадње између наших лекара и стручњака из области медицинских наука из дијаспоре, са циљем умрежавања.

Имамо занимљив и квалитетан интервју са проф. др Константином Гуглетом, са наглашавањем значаја транспарентности финансијских токова у здравству.

Кроз конкретну обраду функционисања ДСГ у пракси, у Институту за онкологију Сремска Каменица, враћамо се на већ добро праћену тему, са новим запажањима и конструктивним предлозима.

Пратимо активности регионалних комора, и обрађујемо приступ лекарској тајни и одговорности свих лица која учествују у процесу лечења пацијената.

Кроз историју причамо о Врању, првој болничкој згради, Гинекологија и акушерство Врања – ПУНЕ РУКЕ ЖИВОТА.

Желимо Вам пријатно читање и нове теме.

С поштовањем,

Др Јасмина Павловић

Главни уредник Гласника ЛКС

СОЛИДАРНА ПОМОЋ ЗА ЧЛАНОВЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

ЗА ДЕСЕТ МЕСЕЦИ У ПОРОДИЦЕ ЧЛАНОВА ЛКС СТИГЛО 367 БЕБА

// И ОВЕ ГОДИНЕ РЕЂЕЊЕ ДЕТЕТА ДОМИНИРА
У ЗАХТЕВИМА ЗА СОЛИДАРНУ ПОМОЋ //

Од јануара до октобра 2019. године у регионалним лекарским коморама усвојено је укупно 440 захтева за солидарну помоћ по решењу Комисије а на основу Правилника који је усвојен на Скупштини и чији се садржај налази доступан на сајту Лекарске коморе Србије. Убедљиво највише, чак 367 захтева поднето је поводом рођења детета, што чини више од 80 одсто укупног броја усвојених захтева.



Регионална лекарска комора	Укупан број усвојених захтева	Број захтева по основу рођења детета
РЛК Београд	123	110
РЛК Војводине	119	106
РЛКЦЗС	111	87
РЛКИЈС	83	61
РЛККИМ	4	3
Укупно	440	367

Право на солидарну помоћ имају чланови Лекарске коморе Србије који су редовно плаћали чланарину и то у следећим случајевима:

- За рођење детета члана Коморе
- За све тешке болести са компликацијама
- За потребе здравствене рехабилитације члана ЛКС
- За наступање инвалидности члана Коморе
- Ублажавање последица елементарних непогода
- За пружање помоћи породици умрлог члана Коморе
- За пружање помоћи члану Коморе у случају смрти члана уже породице

ПРИЈАВА НАСИЉА НАД ЛЕКАРИМА ПРЕКО САЈТА ЛКС

НАПАДИ НА ЛЕКАРЕ СВЕ УЧЕСТАЛИЈИ

// ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ НАЈОШТРИЈЕ ЈЕ ОСУДИЛА У ЈАВНОСТИ СВЕ УЧЕСТАЛИЈЕ НАПАДЕ НА ЛЕКАРЕ И АПЕЛОВАЛА НА НАДЛЕЖНЕ ДРЖАВНЕ ИНСТИТУЦИЈЕ ДА СЕ ШТО ХИТНИЈЕ УСПОСТАВИ НАЈВИШИ НИВО КРИВИЧНО-ПРАВНЕ ЗАШТИТЕ ЗА ЗДРАВСТВЕНЕ РАДНИКЕ И ДА СЕ ПОДИГНЕ СТЕПЕН БЕЗБЕДНОСТИ У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА //

Лекарска комора Србије је од 2017. године, како би скренула пажњу и подигла свест о безбедности и заштити здравствених радника на њиховом радном месту, покренула могућност за лекаре да пријаве насиље које су доживели на свом радном месту, путем онлајн апликације доступне на сајту Лекарске коморе Србије.

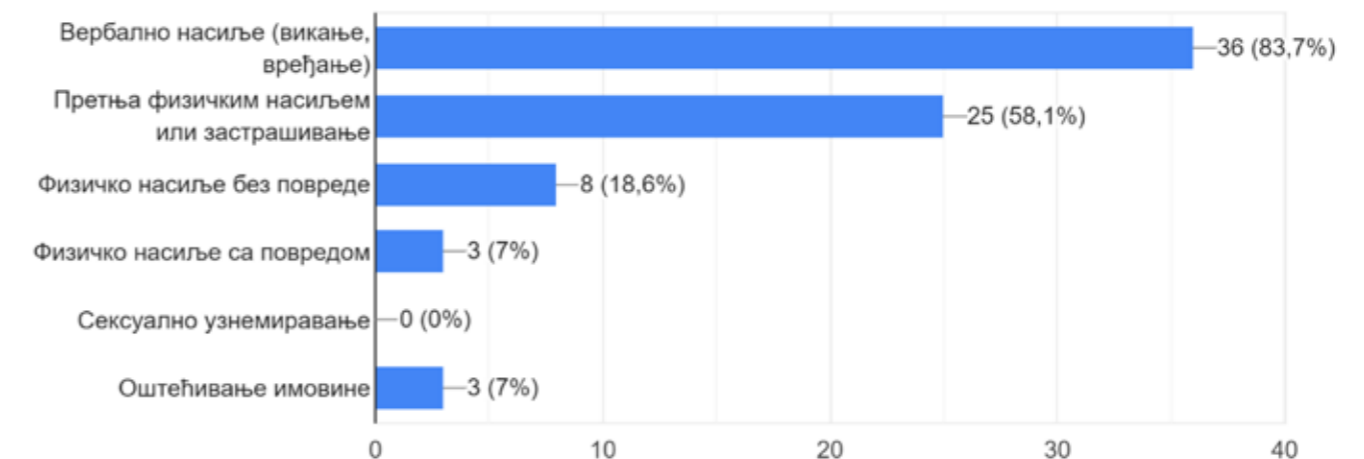
Од почетка рада апликације, примили смо преко 40 пријава лекара, док је за последњих десет месеци стигло укупно 17 пријава. Један од циљева иницијативе Лекарске коморе Србије био је и тај да

охрабримо лекаре да свако насиље, било вербално или физичко, пријаве, како Лекарској комори Србије, која може да им пружи правну подршку, тако и здравственој установи у којој су запослени и надлежним државним органима, полицији и тужилаштву.

Према евиденцији Лекарске коморе Србије, 81,4 одсто лекара је случај насиља пријавило здравственој установи у којој су запослени, а 49 одсто њих је случај пријавило и полицији. Да је потребно увођење статуса службеног лица за запослене у здравственим установама како би се превенирали

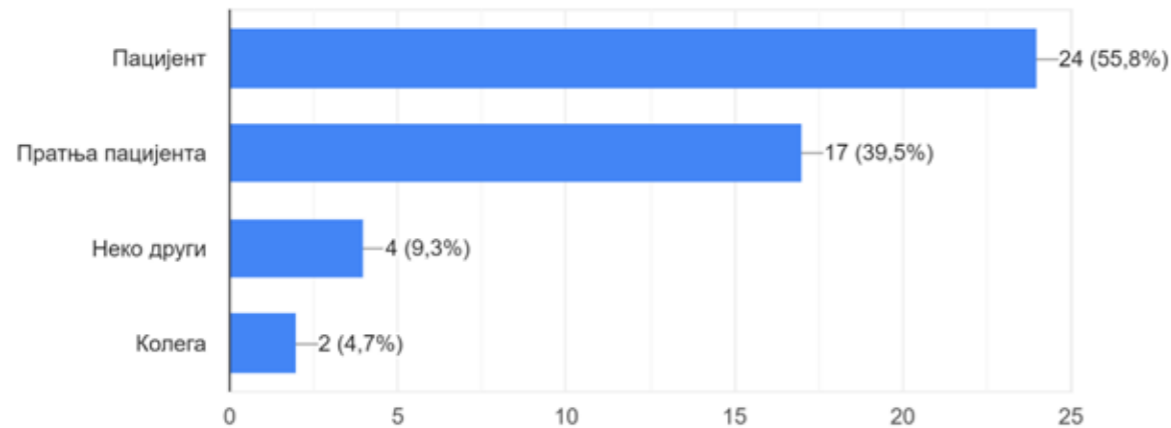
Врста насиља

43 одговора



Ко је био починилац насилног дела

43 одговора



случајеви насиља, сматра чак 86 одсто лекара који су пријавили случај насиља Лекарској комори Србије, док 79 одсто сматра да би побољшање статус

са лекара у друштву значајно допринело смањењу појаве насилног понашања пацијената и њихове пратње у здравственим установама. //

КМЕ ПРОГРАМИ ЗА ПЕРИОД ЈАНУАР – ОКТОБАР 2019.

	пријављено	акредитовано
Јануар 2019	1012	975
Април 2019	530	499
Јул 2019	729	669



У октобру 2019. године је пристигло око 500 програма који ће бити прегледани, акредитовани и постављени на сајт Здравственог савета и Лекарске коморе Србије до 18. новембра 2019. године.

Најављени и измењени датуми одржавања акредитованих програма КМЕ могу се наћи на мобилној апликацији ЛКС – МобиЛКС, која се, за Андроид телефоне, може бесплатно скинути са Google Play апликације, а за ИОС мобилне телефоне са Apple App Store. //

СКУПШТИНА УЕМО-А, 18-19. ОКТОБАР 2019. ХОТЕЛ МЕТРОПОЛ

ЛЕКАРИ ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ ИЗ ЦЕЛЕ ЕВРОПЕ ОКУПЉЕНИ У БЕОГРАДУ

// ПРЕКО 60 ЛЕКАРА, ДЕЛЕГАТА НАЦИОНАЛНИХ УДРУЖЕЊА ЛЕКАРА ПОРОДИЧНЕ/ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ ИЗ 26 ЕВРОПСКИХ ЗЕМАЉА, ОКУПИЛО СЕ У БЕОГРАДУ НА ГОДИШЊОЈ СКУПШТИНИ ЕВРОПСКОГ УДРУЖЕЊА ЛЕКАРА ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ/ПОРОДИЧНИХ ЛЕКАРА, ЧИЈИ ЈЕ ДОМАЋИН БИЛА ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ //

Лекарска комора Србије, као једна од чланица овог изузетно значајног удружења за европско лекарство, ове године је била организатор дводневне Скупштине Европског удружења лекара опште медицине/породичних

лекара у Београду, чије је свечано отварање одржано у петак, 18. октобра 2019. године у хотелу Метропол у Београду.

На свечаном отварању говорили су др Милан Динић, директор Лекарске коморе Србије, проф. др Берислав Векић, државни секре-

тар Министарства здравља Републике Србије, проф. др Небојша Лалић, декан Медицинског факултета у Београду, др Драган Ђорђевић, председник Посебног одбора за јавно здравље и примарну заштиту Лекарске коморе Србије, прим. др Невенка Дими-





тријевић, председница Секције опште медицине Српског лекарског друштва, др Бранка Лазић, делегат Лекарске коморе Србије у УЕМО-у, као и др Ивана Силва, представница Европске агенције за лекове.

Др Милан Динић, директор Лекарске коморе Србије поздравио је скуп у име 30.000 лекара окупљених у Лекарској комори Србије и рекао да је за Лекарску комору Србије велика привилегија што је добила прилику да организује овај значајан скуп и истакао да је велики оптимиста кад је питању будућност опште медицине и примарне здравствене заштите у Србији.

„Оптимиста сам зато што су се данас у Београду окупили лекари опште праксе и породични лекари из готово целе Европе из чијег искуства можемо много да научимо али и зато што су данас са нама представници најважнијих институција за здравствену заштиту у Србији, што говори да постоји значајна

сарадња између свих нас“, рекао је др Динић.

Проф. др Берислав Векић, државни секретар Министарства здравља Републике Србије поздравио је скуп и рекао да је велико задовољство што је Београд данас домаћин овог значајног скупа и што се указала прили-

ка да, из европског искуства, са знамо начине на које би Србија могла додатно да унапреди примарну здравствену заштиту. Векић је рекао да је у последњих неколико година доста тога унапређено у здравству.

„Уведен је е-рецепт, а на путу смо увођења е-картона, тако да



оčekујемо да ће ускоро цео здравствени систем бити покривен информационом технологијом. Остаје питање и подељено мишљење да ли је неопходно мењати изабраног лекара у породичног лекара и сигуран сам да ће нам ваша искуства у овом пољу доста помоћи да неке наше недоумице решимо“, рекао је он.

Проф. др Небојша Лалић, декан Медицинског факултета у Београду рекао је да постоји заједничка воља свих укључених у здравство да се модернизује примарна заштита у Србији и да се приближи Европској унији у овој области.

„Медицински факултет је отворио врата за бројне новине у области континуиране едукације, професионалног развоја и доста се ради на подизању значаја примарне заштите. Надамо се ћемо у блиској будућности дати већи допринос даљем развоју ове области“, рекао је професор Лалић.

Др Бранка Лазић је рекла на отварању Скупштине да је одлу-

ка организације УЕМО да прими Србију у своју организацију 2017. године знак да је наше здравство на добром путу и да је досадашња сарадња са том организацијом омогућила размену искустава са лекарима из целе Европе у областима које су од великог значаја за примарну здравствену заштиту, као што су е-здравство, превенција, нове технологије у здравственој заштити, континуирана едукација, професионални развој, као и препознавање значаја опште медицине.

Европско удружење лекара опште медицине/породичних лекара (УЕМО – Еуропеан Унион оф Генерал Практиционерс) основано је 1967. године у Паризу од стране удружења лекара опште медицине из шест земаља чланица Европске економске заједнице.

Данас је УЕМО најрепрезентативнија независна невладина организација која представља више од 400.000 лекара породичне/опште медицине широм Европе

и захваљујући Лекарској комори Србије и наши лекари имају делегата у овој организацији.

У њој пуноправно чланство имају 24 лекарске организације: Француска, Аустрија, Белгија, Хрватска, Чешка, Финска, Немачка, Мађарска, Ирска, Италија, Луксембург, Малта, Норвешка, Португал, Румунија, Словачка, Словенија, Србија, Шпанија, Шведска, Швајцарска, Холандија, Турска, Велика Британија а две делегације имају статус посматрача.

Основни задаци су промовисање стандарда добре медицинске праксе, принципа обуке и специјализације у породичној/општој медицини, заступање научних, етичких, друштвених и економских интереса специјалиста опште медицине и обезбеђење њихове аутономије у раду у најбољем интересу пацијента, као и дефинисање заједничких интереса свих чланица и њихово заступање у Европском Савету и Европском Парламенту, као и у другим међународним организацијама. //



Извештај са Генералне Скупштине УЕМО-а

Како је дошло до потписивања споразума и заједничке изјаве о сарадњи између ЕМА-е и УЕМО-а, на свечаном отварању, поред гостију из Србије, као земље домаћина, говорила је и Ивана Силва, представница Европске агенције за лекове (ЕМА), из сектора за јавно ангажовање, заинтересоване стране и комуникацију. ЕМА је децентрализована европска агенција основана 1995. године за, на науци засновану процену, надзор и безбедност праћења лекова у Европској унији. Блиско сарађује са националним надлежним Агенцијама за лекове у свим државама чланицама ЕУ / ЕЕА и Европском комисијом као делом европске мреже регулатора за лекове.

Интеракције са лекарима опште праксе и повратне информације тренутно су ограничене и споростижу до ЕМА-е. Њен циљ је:

- Развијање снажног динамичног односа са породичном медицином;
- Помоћ ЕМА-и да стекне боље разумевање како се лекови користе у стварном животу и њихов потенцијални утицај на регулаторне радње у нези пацијената;
- Лакше укључивање искустава опште медицине у активности ЕМА;
- Подизање свести код лекара о улози и активностима ЕУ мреже за регулацију лекова.

Извештај председника УЕМО-а, др Колина Бумбулута о раду Удружења између две Скупштине је садржао:

Извештај о дигиталној скупштини – 13. и 14. јуна 2019. године, Букурешт; Информације о ЦПМЕ-овом пројекту политике о вештачкој интелигенцији у здравству; Студија о утицају, перформансама и капацитетима примарне здравствене заштите у југоисточним европским земљама и јавна консултација о ревизији ЕУ класификације НАЦЕ; Информације у вези са активностима ЕНМЦА које су релевантне за УЕМО; Укратко о ОЕЦД политици: Остваривање пуног потенцијала примарне здравствене заштите, мај 2019. године; Састанак ЕАНА у Братислави 21. јуна 2019; ЗЕВА, 26. симпозијум лекарских комора земаља централне и источне Европе, 27–28. септембра 2019, Будимпешта, Мађарска. Тема су били и стање бивших, садашњих и будућих пуноправних чланова УЕМО-а, предлог за повећање чланарине, ситуација са бившим, садашњим и будућим пуноправним члановима УЕМО-а, као и будуће активности и састанци.

Извештај вишег саветника за здравствене политике, Мари Кристин Бонамур је садржао податке о новом председнику Европске комисије, говорила је и о приоритетима новог Повереника за здравље и јавну безбедност, о новом саставу Европског парламента, одбору ЕНВИ, представљању европских посланика са медицинским искуством, вештачкој интелигенцији и медицини, вакцинацији, као и о УЕМО-овој стратегији наступа у Парламенту.

Радне групе УЕМО-а су обрађивале следеће теме:

1. Компетенције лекара породичне медицине – Седам етичних аспеката за употребу вештачке интелигенције у медицини (обавезно учешће и надзор здравственог професионалца, техничка спремност и сигурност, поверљивост и управљање подацима, транспарентност, разноликост, недискриминација и коректност, друштвено и еколошко благостање и одговорност).

2. Превентивне активности – Кватернерна превенција и хелтизам, став УЕМО-а: УЕМО сматра да је превенција важна са становишта здравља становништва и подржава следећи приступ:

- Подстицање координисаног приступа кампањама свести пацијената за питања везана за здравље
- Препознавање потребе и значаја консултација усмерених ка пацијенту, како би се проценио ризик у контексту живота појединца
- Препоручивање употребе само програма проверених и заснованих на доказима
- Сарадња са свим релевантним агенцијама на мотивисању популације да се придржавају националних програма вакцинације.



3. Признавање специјалности и организационе промене – Захтев послати Европској комисији, представљајући законе, прописе, административне поступке и одредбе усвојене у вези са издавањем наслова квалификације специјалиста породичне медицине, укључујући информације о трајању и садржају обуке, програмима. Основни циљ је усвајање делегираног акта од стране Европске комисије, за увођење специјалности Општа медицина / породична медицина у Анексу 5. а условљен је обавезом да он буде прихваћен у најмање 2/5 држава ЕУ.

Тренутни буџет не дозвољава оснивање сталног секретаријата УЕМО-а у Бриселу, ни продужење уговора за Скуарис за све активности које имају до сада: комуникација (Билтен, Новости), информације и документи, правни (Мониторинг Белге, ЕМА, Одбор), учешће на УЕМО састанцима, подршка Радним групама. Неке од седница Управног Одбора одржаваће се у Бриселу са гостима из дирекција ЕК као што је био састанак у септембру 2019. године. Радне групе треба да класификују своје теме у активне, у посматрању и успаване.

4. Е-здравље – Различите земље су на различитим нивоима развоја. Евидентно је да су само организационо и/или проблеми с ресурсима главна препрека у напредовању оснаживања пацијената у коришћењу дигиталних технологија у процесу лечења. Рад породичних лекара у свим земљама ЕУ је постао завистан од информационих технологија. Приступ што већој количини информација о пацијенту је неопходан за постизање што бољег квалитета лечења, као и њихова размена међу лекарима који лече истог пацијента.

5. Прекогранична нега – УЕМО још једном понавља поновљени позив Парламенту Европске уније и влади Велике Британије да предузму све неопходне мере да се одржавају сигурност пацијента, лечење и стална медицинска едукација, обука као и научна истраживања.

6. Континуирана едукација/ професионални развој – Ова радна група одлучила је да задужи Председништво УЕМО-а да иницира контакт са УЕМС-ом ради преговора о почетку експерименталног периода за употребу њихове платформе за акредитацију. Овај преговарачки период има за циљ да представи нацрт споразума о коме ће се расправљати (и одобрити?) на Генералној скупштини УЕМО-а, у Бриселу у јуну 2020. године.

У овом периоду док трају припремни састанци могу да помогну др Патрик Оуврард и др Жан-Пјер Жакет, бавећи се темама као што су:

- Правни аспекти;
- Технички и научни аспекти;
- Како формирати групу лекара опште праксе који ће се укључити у процес и изабрати ко ће процењивати пријаве у сваком случају.

Др Бранка Лазих, примаријус, специјалиста опште медицине, делегат УЕМО-а из Лекарске коморе Србије



Одржан 26. ЗЕВА симпозијум

Лекарска комора Србије активно је учествовала на 26. симпозијуму лекарских комора и удружења из централне и источне Европе – ЗЕВА, који је ове године одржан у Будимпешти 26. и 27. септембра

Ове године, главна тема скупа у Будимпешти, чији је домаћин била Лекарска комора Мађарске, било је **Обезбеђење квалитета у систему здравствене заштите**.

Представници лекарских комора региона разменили су своје ставове и искуства о тој теми.

Друга тема првог дана скупа била је **Вакцинација – антивакцинашки покрет у Европи**, где су представници лекарских комора говорили о тренутном стању у погледу морбила, вакцинације и јачања, односно слабљења утицаја антивакцинашког покрета у земљама региона.



Ментално и физичко здравље лекара била је тема другог дана састанка у Будимпешти и том приликом су представљени основни изазови са којима се лекари данас суочавају у свом свакодневном професионалном раду.

ЗЕВА – симпозијум лекарских комора из централне и источне Европе је годишњи састанак који обезбеђује прилику учесницима да кроз састанке и дискустију разговарају о заједничким темама и проблемима са којима се сусрећу здравствени системи и здравствени радници широм региона.

мама и проблемима са којима се сусрећу здравствени системи и здравствени радници широм региона. //

МЕДИЦИНСКИ ФОРУМ ЈУГОИСТОЧНЕ ЕВРОПЕ
(SEEMF-SOUTH EAST EUROPE MEDICAL FORUM)

Др Ненад Ђоковић добитник признања Заслужни лекар југоисточне Европе

Јубиларни десети конгрес СЕЕМФ-а одржан је ове године у Софији у Бујарској од 4. до 8. септембра

Свечаном отварању конгреса, претходно је састанак борда, коме су биле присутне све чланице форума, осим Хрватске и Црне Горе. На самом борду презентоване су досадашње активности. Број чланица се од четири, које су биле присутне на оснивачкој скупштини, повећао на двадесет и пет, са тенденцијом даљег повећања.

Изнет је податак да је до сада одржано десет међународних конгреса, три међународне конференције и 36 састанака борда. Ефекат рада форума се осетио у многим земљама региона, а асоцијација је заузела значајно учешће и у раду Светске медицинске асоцијације, што је потврдио и професор Леонид Ајделман, председник те организације, који је присуствовао борду и отварању конгреса.

Сходно протеклом састанку на Оству Кос, борд је наставио рад у области припреме нове декларације, у коју су уврштена и нова виђења развоја здравственог система, нових технологија и лекараства у наредних 25 година. Сви присутни чланови борда СЕЕМФ-а су се сложили да готов, усаглашен предлог текста од стране 25 земаља чланова, треба презентовати Светској медицинској асоцијацији и Светској здравственој организацији а потом га усвојити на следећем конгресу, под називом **СОФИЈСКА ДЕКЛАРАЦИЈА**.

На предлог председника, СЕЕМФ-а проф. Андреја Кехајова, борд је донео одлуку да се у оквиру форума уврсти и Асоцијација студената медицине југоисточне Европе (СЕЕМСФ), чији рад треба да се подржи, и на чијем јачању треба радити у наредном периоду.

Борд је донео одлуку да се од стране СЕЕМФ-а установи признање под називом: **Заслужни лекар југоисточне Европе** и Најбољи студент медицине југоисточне Европе. Критеријуми и правилници за доделу признања биће презентовани у писаној форми на следећем састанку борда, а овом прили-



ком је борд одлучио да се првих пет таквих признања уручи заслужним члановима борда и то: Академику Владимиру Овчарову- Бугарска, доц др Глигору Тофоском- Северна Македонија, др Дин Абазу- Албанија, др Степану Фристову- Русија и др Ненаду Ђоковићу-Србија.

Борду је потом презентовано више могућности за одржавање предстојећег састанка борда-Конференције и наредног 11 Међународног конгреса, од којих су се искристализовале по две локације и то за 11. конгрес: Охрид- Македонија или Порторож-Словенија а за конференцију и борд: Москва- Русија или Ташкет- Узбекистан.

Потом се у Великој свечаној сали Хотела Маринела у Софији приступило свечаном отварању 10. јубиларног међународног конгреса СЕЕМФ- а. Конгрес су поздравили Председник НМА, проф. др Леонид Ајделман, Министар здравља Републике Бугарске, проф. др Кирил Ананиев, генерални секретар Црвеног Крста Бугарске, проф. др Красимир Гигов и др Иван Мадхзаров, председник Бугарске медицинске асоцијације. У име Председника Републике Бугарске, који је поздравио скуп, проглашење отварања конгреса учинио је актуелни министар здравља републике Бугарске.

Конгрес је радио паралелно у две конференцијске сале, службени језици су били: бугарски, руски и енглески. Презентовано је 86 радова из свих области медицине, а модератори сесија су били професори са Софијског медицинског факултета, уз копредседавање многих професора и доцента, са медицинских факултета југоисточне Европе и Русије.

Конгресу је присуствовало 640 акредитованих лекара из многобројних земаља Европе и југоисточне Азије. Из Србије, поред моје маленкости, било је присутно 12 лекара.

Извештај написао: **др Ненад Ђоковић**, помоћник директора Лекарске коморе Србије



ЕВРОПСКИ ФОРУМ МЕДИЦИНСКИХ АСОЦИЈАЦИЈА – ЕФМА

Насиље над здравственим радницима и миграције погађају цео регион

Лекарска комора Србије учествовала је на 34. годишњој конференцији Европског форума медицинских асоцијација (ЕФМА), која је одржана од 29. до 31. августа у Подгорици. Услови рада лекара и проблем насиља над здравственим радницима на њиховом радном месту биле су водеће теме првог дана Конференције. Др Милан Динић, директор Лекарске коморе Србије говорио је на Конференцији о стању у лекарству у Србији и представио национални извештај.

Други дан конференције био је посвећен едукацији лекара и растућем тренду миграција здравствених радника. ЕФМА је једна од најзначајнијих европских асоцијација која се бави здравственом политиком, актуелним проблемима у функционисању здравствених система у земљама Европе и Азије, планирањем и будућношћу здравствене заштите. Чланице ЕФМА чини 46 земаља Европе и Азије, као и бројна национална и интернационална удружења доктора медицине, а ове године домаћин скупа била је Лекарска комора Црне Горе. //

ИЗВЕШТАЈ СА ГЕНЕРАЛНЕ СКУПШТИНЕ УЕМО-а (THE EUROPIAN UNION OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS) ЕВРОПСКОГ УДРУЖЕЊА ЛЕКАРА ОПШТЕ/ ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ 24–25. ОКТОБРА 2019. У КЛУЖУ, РУМУНИЈА

Бољи положај породичних лекара у фокусу УЕМО

Породични лекари морају бити подржани са поштовањем, аутономијом и дати им се овлашћење да доносе рационалне, безбедне, засноване на доказима и финансијски одговорне одлуке

Добродошлицу поводом прве Генералне скупштине под румунским председништвом у име румунских колега је пожелео Председник УЕМО-а Колин Бубулут отворивши је следећим речима:

„Породични лекари су паметни, жилави, издржљиви, снажљиви људи. Међутим, они су на удару у здравственом систему, под великим су притиском и изложени сагоревању на послу и стопа самоубиства је висока (двоструко већа од активних војних припадника), сигнализирајући да нешто није у реду са системом.

Култура медицине вреднује све докторе, али вреднује боље лекаре који највише пружају тренутне и видљиве резултате. Породични лекари морају бити третирани са поштовањем, аутономијом и дати им се овлашћење да доносе рационалне, безбедне, засноване на доказима и финансијски одговорне одлуке.

Примарна здравствена заштита је далеко најзначајнија варијабла која се односи на бољи здравствени статус, у корелацији са нижом стопом смртности, мање смртних случајева од срчаних болести и рака, као и низ других корисних здравствених исхода. Запошљавање десет лекара примарне здравствене заштите има 250 одсто већи утицај на очекивано трајање живота од еквивалентног повећања броја специјалиста.

Румунски тим је преузео председавање УЕМО за наредне четири године, али филозофија и начин рада претходног италијанског председништва биће настављена.

УЕМО, је 51-годишња организација која не може бити реформисана тако брзо као што би то неки од нас желели, али с друге стране, као што је речено, постоји само један добар разлог за промену нечега и сто разлога да се то не уради. Потребна нам је реформа кроз еволуцију, прилагођена временима у којима живимо, а не револуција.

ВЕЋА ЕФИКАСНОСТ: Потреба за радном снагом која ће помагати Радним групама Европске Комисије у реструктурирању њихових активности, углавном долази од УЕМО 'стејкхолдера'. Сада на дебати постоје важне теме као што су 'здравствене технологије, е-Здравство, гојазност, Европска медицинска асоцијација, антимицробна резистенција, персонализована медицина, јединствено дигитално тржиште, обухват вакцинацијом, признавање специјалности'. Да бисмо имали значајан глас на европском нивоу, наша позиција као заинтересоване стране је од виталног значаја, посебно у оним предметима које сматрамо приоритетима или активним принципима, у којима имамо или ћемо имати политике. Очигледно, представљање УЕМО-а је тешко и дуготрајно, енергетски интензивно, захтева да се достигне висок ниво информација, а наш проблем је недостатак људи. Зато морамо држати наше представнике на кључним позицијама, без обзира да ли су чланови Одбора или не.

ВИШЕ ПРАВЕДНОСТИ: Било која европска земља, без обзира на величину и број лекара опште праксе, треба да буде у стању да дође до нивоа руководства УЕМО-а без финансијског терета подршке административном апарату који сада могућа остваре само неке од земаља чланица. Потребна је реформа финансијске стратегије УЕМО-а.

БЕЗ ДИСКРИМИНАЦИЈЕ ЗА НАШУ СПЕЦИЈАЛНОСТ: Признавање наше специјалности на европском нивоу је витално питање у смислу циља да се призна као специјалност једнака другим специјалностима.

Сматрамо да наша категоризација као лекара са специфичном обуком у општој медицинској пракси није само застарела, већ је тренутно индиректна дискриминација. Наши пацијенти би више волели да се консултују са специјалистом за породичну медицину, а не од стране квалификованог струч-

њака, а право пацијената је да добију исту здравствену заштиту широм Европске уније коју нуди призната специјалност.

Општа пракса изгледа као специјалност, понаша се као специјалност, има све атрибуте специјалности и треба да буде препозната као таква на европском нивоу.

ВИШЕ САРАДЊЕ: Потребно је развити већ успостављене односе са ЦПМЕ, ВОИЦА, ЕМО, УЕМС и другим. Ми нисмо конкурентни са другим европским медицинским организацијама, већ смо комплементарни са њима.

ВИШЕ КОМУНИКАЦИЈЕ: Потребно је више и боље комуницирати унутар организације. Веза између Одбора и делегата такође мора радити током пе-



риода између ГА. Користићемо укључиве ресурсе које нуде друштвени медији.

Као витални принцип, сви наши чланови су драгоценци!“

На отварању је скуп поздравио др Козмин Пуа, председник клужког Колеца лекара и шеф Катедре за породичну медицину Универзитета у Клужу.

Затим су чланови Одбора УЕМО-а подносили извештаје из области за које су задужени између две Скупштине. Др Даниел Видмар је говорио о дефиницији здравствене технологије у породичној медицини која је дефинисана Директивом 2011/24 / ЕУ, као медицински производ, медицински уређај или медицинска и хируршке процедура, као и мере за превенцију болести, дијагнозу или третман који се користи у здравству.

Др Патрик Увуар је говорио о аспектима КМЕ у светлу оформљена самосталног тела за Акредитацију програма намењеног лекарима породичне медицине. Др Тиаго Вилнева је говорио о аспектима сарадње УЕМО-а са Европском медицинском агенцијом и брзом протоку нових информација о лековима. Др Мери Мекарти је изнела резултате

истраживања о сагоревању на послу породичних лекара које је спроведено путем упитника међу земљама чланицама.

Финансијски извештај је поднела др Мадалина Весо, нови благајник УЕМО-а. Организација је финансијски стабилна, дуговања су измирена и уз помоћ Румунске организације породичних лекара, јер су постојале административне препреке за право-времено измиривање због промене председавајућег. Дискутовало се и о промени износа годишње чланарине која се није мењала од 2010. године. Од модела који су предложени, прихваћено је процентуално повећање у нивоу годишње инфлације Белгије као земље где се налази седиште.

Рад делегата се одвијао у Радним групама:

1. **Компетенције лекара опште медицине у ме-**

наменту комплексних стања – У процену здравствених технологија је неопходно укључити и етичку и социјалну димензију; породични лекари без обзира на регулативу морају учествовати у тој процени јер су свакако одговорни у процесу примене

2. и 3. **Прекогранична нега и Превентивне активности** су заједно дискутовалио недостатку лекова због промена у законској регулативи и пресељењу седишта ЕМА из Лондона у Амстердам; све земље чланице су имале акције против антивакционалног лобија са осетним повећањем стопе вакцинације;

Разговарало се и о предлогу за превенцију сагоревања на послу код породичних лекара (UEMOs triple health manifesto-Healthier working situation produces healthier health professionals and healthier patients – Здравија радна средина, здравији лекари, здравији пацијенти).

4. **Препознавање специјализације опште медицине и вредновање** – Настављена је дискусија са прошле Скупштине о стратегији спровођења донете Декларације, консензусом свих чланица о минималном неопходном програму специјали-

зације, коришћењем искуства и ресурса чланова УЕМС-а, лобирањем у ЕК.

5. **Е-здравље** – С обзиром да је дигитализација веома унапредовала у свим земљама чланицама, сада је главни задатак да се сви ови различити информациони системи инкорпорирају за контролисани међудржавни пренос информација, али без недозвољеног „цурења“ уз све мере заштите.

6. **Континуирана медицинска едукација и професионални развој** – Постављање платформе за пријаву програма за акредитацију, избор администратора

7. **Нова Радна група – Положај породичних лекара** се бавила СВОТ анализом: снага, слабости,

претња,могућности. После изношења разних модела закључак је да у Холандији и Финској породични лекари имају најбоље не само финансијске, већ и друштвене услове па је предложено да на следећој Скупштини представе свој положај у таквом моделу здравственог система.

После дискусије о Националним извештајима, одржала сам кратку презентацију о Београду као домаћину следеће Генералне Скупштине која је одлично прихваћена од делегата.

Извештај написала: **др Бранка Лазих**, примаријус, специјалиста опште медицине, Делегат УЕМО-а из Лекарске коморе Србије

ИЗВЕШТАЈ СА 212. СЕДНИЦЕ ВЕЋА WMA (WORLD MEDICAL ASSOCIATION) И БИАНУАЛНОГ САСТАНКА JDN (JUNIOR DOCTORS NETWORK)

Млади лекари из Србије постали чланови међународне Мреже младих лекара

На састанку међународних организација који је одржан у Сантјагу у Чилеу сам присуствовао од 24. до 27. априла 2019. године, као представник Лекарске Коморе Србије, заједно са др Николом Богосављевићем. Првог дана присуствовали смо састанку JDN – Junior Doctors Network (Мрежа младих лекара), са којима смо претходно остварили контакт и званично на састанку придружили младе лекаре Србије тој организацији, као представници Лекарске коморе Србије.

На састанку Мреже младих лекара била су отворена три панела на којима су се обрађивале теме маркетинга у медицини, равноправности полова и изједначавања постдипломског образовања међу земљама чланицама. Панеле су водили бивши и тренутни секретари, као и председници одређених одбора WMA. Седницу је затворила директорка Лекарске Коморе Чилеа. На последњем састанку био сам укључен у формирање будућег одбора за постдипломско образовање.

Од 25. до 27. априла присуствовали смо седницама одбора WMA – World Medical Association (Светска медицинска асоцијација) у хотелу Сантјаго. Извештаје о претходном и будућем раду изнели су



одбори за Финансије и планирање, Медицинску етику и Социомедицинске односе.

Након усвајања претходних извештаја и образлагања даљег плана, усвојени су сви предложени чланови који ће бити стављени на гласање на Генералној

Скупштини која ће се одржати у Тбилисију у Грузији, у октобру месецу ове године.

На састанку је др Франк Урлих Монтгомери (председник Немачке Лекарске коморе) изабран за председавајућег WMA. Др Андреас Рудкјобинг (најмлађи директор Лекарске Коморе Данске) је изабран за председника одбора за Медицинску Етику.

Неке од тема које су се разматрале су ограничавање дозвољеног уноса соли у храни, полна дискриминација при извршавању абортусу, еутаназија, однос према лекарима у Ирану и Филипинима.

На састанку је договорено да ће се Генерална скупштина одржати од 23. до 26. октобра 2019. године у Тбилисију, Грузија на коме ће сви предложени чланови и извештаји бити стављени на усвајање, док ће састанак JDN-а бити одржан дан раније.

Извештај написао: **др Никола Чолић**, члан Посебног одбора за међународну сарадњу ЛКС и члан Управног одбора ЛКС

ЈУБИЛАРНА КОНФЕРЕНЦИЈА СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ ДИЈАСПОРЕ

// ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ БИЛА ЈЕ ЈЕДАН ОД ОРГАНИЗАТОРА ЈУБИЛАРНЕ ДЕСЕТЕ „КОНФЕРЕНЦИЈЕ СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ ДИЈАСПОРЕ 2019“, КОЈА ЈЕ ОДРЖАНА ОД 20. ДО 22. ЈУНА 2019. У ХОТЕЛУ ХИЛТОН У БЕОГРАДУ //



Угледни српски лекари из дијаспоре, проф. др Константин Гуглета, офтамолог, хирург из Базела у Швајцарској и проф. др Татјана Станковић, са Института за канцер и геномска истраживања са Универзитета у Бирмингему у Великој Британији, постали су добровољни чланови Лекарске коморе Србије, свечаним уручењем на отварању X Конференције српске медицинске дијаспоре 20. јуна у Београду, коју Лекарска комора Србије традиционално подржава сваке године.

Престолонаследник Александар и Принцеза Катарина свечано су отворили 10. Конференцију српске медицинске дијаспоре 20. јуна у хотелу Хилтон у Београду.

На отварању су говорили и др Златибор Лончар, министар здравља Републике Србије, Ален Шеранић, министар здравља Републике Српске, проф. др Небојша Лалић, декан Медицинског факултета Универзитета у Београду, академик Драган Мицић испред Српске академије наука и уметности, др Маријан Ивануша, шеф канцеларије Светске здравствене организације у Београду, као и др Милан Динић, директор Лекарске коморе Србије.

Др Динић је поздравио све присутне на скупу истакавши значајан допринос који Конгрес има у очувању и унапређивању везе лекарима из Србије са лекарима који су у дијаспори широм света.

Том приликом, др Динић је, као и сваке године, на отварању Конгреса свечано уручио повеље о добровољном чланству у Лекарској комори Србије. Ове године, добитници повеље били су угледни српски лекари из дијаспоре, проф. др Константин Гуглета, офтамолог, хирург из Базела у Швајцарској и проф. др Та-



тјана Станковић, са Института за канцер и геномска истраживања са Универзитета у Бирмингему у Великој Британији.

Њ. К. В. Принцева Катарина је у свом говору истакла да Србија има успешну традицију у медицинској науци, веома добре и квалитетне лекаре. „Да бисмо тако и наставили, потребно је да даље развијамо и промовишемо размену знања и искустава међу лекарима“, рекла је она.

И ове године, Конференција српске медицинске дијаспоре

Овогодишњој Конференцији присуствовало је више од 600 домаћих лекара и више од 100 предавача из 20 земаља

одржана је под покровитељством Краљевске породице Србије а организована је уз подршку Министарства здравља Републике Србије, Министарства спољних послова Републике Србије, Ме-

дицинског факултета Универзитета у Београду, Светске здравствене организације, Краљевског медицинског одбора и Лекарске коморе Србије.

Десета, јубиларна Конференција српске медицинске дијаспоре обухватила је широк спектар области медицине, фокусирајући се на гинекологију, педијатрију, онкологију, генетику, гојазност и дијабетес, офталмологију, кардиологију и старење. Предавачи и модератори били су најистакнутији медицински стручњаци из

Србије и иностранства – са клинике Мејо из Рочестера (САД), Универзитета у Бирмингему (Велика Британија), Универзитетске клинике у Базелу (Швајцарска), болнице Митера из Атине, Херниа Центра из Минхена, Универзитетске клинике из Беча и других угледних здравствених институција.

Првог дана конгреса предавања су одржана у оквиру следећих сесија: Кардиологија (Педијатријска кардиологија, Стабилна ангина пекторис/Акутни ко-

ронарни синдром); Савремени аспекти у третману гојазности; Генетика (Генетика ретких поремећаја, Генетика у хематологији и онкологији); Офталмологија; Атријална фибрилација и Хипертензија; Алопеција и трансплантација косе; Интензивна медицинска нега.

Другог дана конгреса одржана су бројна предавања у оквиру сесија посвећених раку плућа, дијабетесу и факторима ризика, анти-ејџинг медицини, менталном здрављу, спортској медицини

и ортопедији. Циљ Конференције је унапређење сарадње између наших лекара и стручњака из области медицинских наука из дијаспоре са институцијама и појединцима из система здравствене заштите у Србији, као и умрежавање стручњака у области здравства у Србији са српском академском заједницом у дијаспори.

Овогодишњој Конференцији присуствовало је више од 600 домаћих лекара и више од 100 предавача из 20 земаља. //

ПРОФ. ДР КОНСТАНТИН ГУГЛЕТА, ПРОФЕСОР ОФТАЛМОЛОГИЈЕ
НА УНИВЕРЗИТЕТУ У БАЗЕЛУ

ТРАНСПАРЕНТНОСТ ФИНАНСИЈСКИХ ТОКОВА ЈЕ КЉУЧНА

// ДОК ГОД НИЈЕ КРИСТАЛНО ЈАСНО ВИДЉИВО ОДАКЛЕ СВАКИ ДИНАР ДОЛАЗИ У ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ И КУДА ОДЛАЗИ, ДОК ГОД СВАКА ДИЈАГНОСТИЧКА И ТЕРАПИЈСКА ПРОЦЕДУРА НИЈЕ ТРАНСПАРЕНТНО ФИНАНСИЈСКИ ДОКУМЕНТОВАНА И НАПЛАЋЕНА, ПА КОЛИКА ГОД ДА ЈЕ ДОГОВОРЕНА ЦЕНА, ТЕШКО ДА СУ МОГУЋЕ ПРОМЕНЕ НАБОЉЕ //

Након завршеног Медицинског факултета у Београду, проф. др Константин Гуглета отпочео је волонтерску специјализацију из офталмологије и после годину и по дана специјализације отишао за Базел. То је било 1997. године, када је имао 29 година. На Универзитетској очној клиници у Базелу радио је прве четири године као научни сарадник, пре свега на клиничким студијама. После тога је добио позицију лекара асистента („Assistenzarzt“), за шта би, како каже, српски еквивалент био специјализант. По завршеној обуци и положеном специјалистичком испиту по швајцарском моделу, добио је позицију специјалисте („Oberarzt“). „Ова позиција је временски лимитирана и обухвата даље супспецијализације, у мом случају то је био глауком и касније увеитис, као и очна хирургија“, прича професор Гуглета.

Десет година касније, 2014. године, уследила је позиција „Leitender Arzt“, за шта би еквивалент био старији консултант у англо-саксонском режиму, или у српском моделу рецимо примаријус. Ова клиничка позиција, на којој се данас налази, је временски неограничена и у болничкој хијерархији се налази одмах испод шефа клинике / шефа катедре у универзитетској болници.

У међувремену је клиничка специјализација из офталмологије и очне хирургије нострификована у Србији, тако да у Србији поседује титулу специјалисте офталмолога.

На научно-наставничком плану, после медицинске дисертације 2001. године, која је еквивалент англосаксонске МД титуле, уследила је 2008. године, по швајцарско-немачком моделу хабилитација („Venia docendi“) с титулом доцента, и затим 2016. године титула професора офталмологије на Универзитету у Базелу.

Ожењен је, супруга је такође рођена Београђанка, психолог, запослена у једној приватној психијатријској клиници у суседном кантону. Имају две ћерке, млађа је у средњој школи, а старија је управо отпочела студије медицине на Универзитету у Базелу. Разговарала: Ана Крајнц

Зашто сте одлучили да одете из Србије?

Волонтерска специјализација је кључна реч. Нисам имао сталан посао, он би ту одлуку веома отежао, можда чак и онемогућио. Сам чин одласка у иностранство је био жељен и планиран јако рано, још током средње школе и факултета, само је било отворено питање модалитета и трајања боравка у иностранству. У првим месецима или чак годину, две дана је још увек провејавао модел усавршавања у иностранству са повратком у Србију. Међутим, са успостављањем све боље позиције у Базелу с једне, с друге стране без сталног запослења у Србији коме бих могао да се вратим, одлука се временом сама од себе претворила у горе описани каријерни пут, а потом, то јест, паралелно је дошла и породица.



Мислим да свако треба да проведе бар неко време у иностранству, и да онда сам или сама одлучи који пут је најбољи

Шта су специфичности здравственог система у Швајцарској и кроз какве је све промене пролазио последњих пар деценија?

Бруто национални производ једне земље дефинише све сфере њеног живота, па је то случај и у Швајцарској. Веома пуно финансијских средстава стоји здравственом систему овде на располагању, остало су финесе, од којих је најважнија прелазак на обавезно здравствено осигурање пре отприлике 20 година. Тада претежно лево оријентисана влада и парламент су увели законску обавезу да свака особа која живи у Швајцарској мора да буде здравствено осигурана. До тада је ово осигурање, иако га је у реалности поседовала већина грађана, било само добровољно.

Специфичност здравственог система Швајцарске је да свака особа, осигураник, може али и мора да изабере једно, по вољи, од постојећих приватних и државних осигуравајућих друштава, које пак мора да прихвати сваког осигураника који се одлучи за то друштво.

Свако осигуравајуће друштво само формира своје цене, међутим, свако овакво базично здравствено осигурање, без обзира о ком је осигуравајућем друштву реч, покрива и плаћа практично све дијагностичке и терапијске процедуре, према званичном законском каталогу, са тачно фиксираним тарифама, који се релативно редовно ажурира.

Све амбулантне процедуре су униформно и у целој Швајцарској покривене, укључујући и слободан

избор лекара. Код стационарног болничког лечења постоји, осим овог обавезног базичног осигурања које такође покрива практично сваку врсту дијагностике и терапије, у целој Швајцарској независно од места живљења, још и добровољно додатно полуприватно и приватно осигурање које подразумева нешто сигурнији избор лекара за хоспитализоване процедуре, као и боље „хотелске“ услуге – сам у соби и тако даље.

Како функционише у пракси такав систем финансирања здравства и колико су та издвајања скупа за грађане?

Супротно увреженом мишљењу о швајцарским финансијама, врло битна карактеристика швајцарског здравственог система је транспарентност, сваки франак се јасно види. То значи да сваки осигураник, пошто изабере своје осигуравајуће друштво, сам мора сваког месеца из сопственог џепа да плаћа не малу месеч-

ну премију. То не ради послодавац, као у већини других земаља. Наравно да сиромашнији добијају помоћ специјализованих државних агентура за један део своје месечне премије, али то је ипак релативна мањина.

Очигледна последица овог приступа је да је свака особа веома свесна колико новца даје за своје, и здравствено осигурање своје породице. То су, и за швајцарске појмове, велике своте.

Следећа логична последица овог система је да је назив осигурање погрешан, психолошки се ради, у ствари, о једној врсти претплате и, када се неко претплати за релативно велику суму новца, очекује нешто заузврат, а посебно када је реч о тако важној теми као што је здравље. Што нас доводи до следеће последице. Већ сада велике премије расту надаље сваке године, што овде редовно производи право политичко позориште. Левица притом покушава да премије претвори у порез, значи да их направи зависним од прихода осигураника, што сада није случај. Десница, пак, покушава да смањи дифузну солидарност на неопходни минимум, да форсира личну одговорност и да уведе тржиште у цео процес, и да на мала врата поново врати добровољност осигурања. Наглашавам, на мала врата, пошто је враћање на потпуно добровољност равно увођењу америчког система осигурања пре реформе претходне администрације.

Конкретно, то у Швајцарској значи да се, на пример повећа део самосталног сношења трошкова код

сваке посете лекару, што је еквивалент учешћа у Србији; или да се даље форсира концепт франшизе, у зависности од слободног избора модела, или првих 300 или првих 2500 франака за произведене медицинске трошкове сваке особе сваке године плаћа та особа из свог џепа, тзв. франшиза, после чега преузима осигурање, при чему је у случају избора франшизе од 2500 франака цена дванаест месечних премија отприлике 1500 франака мања него у случају избора франшизе од 300 франака.

Конкретно, јасно је да ће млађи и здравији избрати другу опцију, чиме се релативно смањује њихово солидарно плаћање старијима и болеснијима. Левица би најрадије потпуно укинула франшизе, десница би их радо дуплирала или триплирала.

У дискусији је увођење тржишних механизма на страни лекара, односно приватних пракси. Сада сваки лекар који испуни законске услове, то јест, добије дозволу кантона да отвори праксу има право да обрачунава своје трошкове преко здравствених осигурања који морају то да прихвате. По алтернативном концепту, осигуравајућа друштва бирају сама с којим лекаром/праксом/болницом ће да склопе уговор, а са којим неће, што наравно ставља ове потоње у позицију да морају нижим ценама да се боре за добру вољу осигуравајућих друштава.

Све у свему, систем јесте у сталним променама и препун је изазова, тренутно међутим спада у најквалитетније здравствене системе на свету, првенствено из разлога већ наведеног а то је БДП Швајцарске.

Шта сматрате да би српски здравствени систем могао да усвоји из швајцарског искуства?

Транспарентност финансијских токова је кључна. Главна препрека тој транспарентности у српском здравственом систему је феномен „здравствене књижице“, и са тим повезано психолошки дубоко укоренење и врло тешко променљиво погрешно поимање здравствене заштите као бесплатне.

Док год није кристално јасно видљиво одакле сваки динар долази у здравствени систем и куда одлази, док год свака дијагностичка и терапијска процедура није транспарентно финансијски документована и наплаћена, па колика год да је договорена цена, тешко да су могуће промене набоље.

Како видите улогу приватног здравственог система, какво је искуство Швајцарске по том питању?

У Швајцарској је прави приватни здравствени систем – „pay for service“ - минијатуран, практично невидљив за ширу јавност и резервисан за светску финансијски потентну елиту. У контексту постављеног питања, за већину становништва, приватни здравствени систем у Швајцарској, ба-

рем у амбулантном делу, не постоји. Стационарно-хоспитализовано лечење је такође у далеко већем делу не-приватно.

На „pay for service“ концепт за широку популацију, где лекари бивају директно плаћани за конкретну услугу из џепа пацијената, гледам са скепсом. Сва проблематика тог система би се врло јасно видела када би државни здравствени систем у једном мисаоном експерименту напрасно „нестао“ – висока платежна способност пацијената, селекција ризика и пробирљивост понуђених услуга је оно што уопште омогућава да „pay for service“ заживи.

С друге стране, концепт приватног здравственог осигурања, што ширег, не би ли попримио елементе солидарности, је једно могуће решење и вероватно чак и преко потребна терапија за болести српског здравственог система, у смислу горе поменутог феномена „здравствене књижице“ и наравно, погрешног схватања здравствене заштите као бесплатне.

Да ли се лекарство у Швајцарској данас суочава са неким проблемима?

Упркос све већој улози „Др Гугла“ и све већој информисаној самосталности пацијената у одлучивању о сопственом лечењу, или можда управо због тог развоја, лекари са својим компетентним мишљењем и саветима и даље уживају велико поштовање и поверење у Швајцарској. С друге стране, с обзиром на све веће и даље растуће премије за здравствено осигурање, примања лекара су дошла под снажан рефлектор јавности – и оптужбе за похлепу, нажалост, више нису реткост.

То се наравно не односи на целокупно лекарство, али систем солидарног осигурања схваћен као самопослуга је неизбежно временом довео до црних оваца, и тај аспект постаје посебно проблематичан

Концепт приватног здравственог осигурања, што ширег, не би ли попримио елементе солидарности, је једно могуће решење и вероватно чак и преко потребна терапија за болести српског здравственог система

због финансијског оптерећења који растуће премије доносе становништву.

Како са друге стране, видите статус лекара у Србији и шта су пош вашем мишљењу, највећи изазови лекарства данас?

Питање је пре у томе колико је становништву једне земље битно своје здравље, односно, колико је, најтранспарентније могуће, спремно да издвоји у ту сврху.

Положити Хипократову заклетву стару 2400 година је усхићење које никакве краткорочне друштвено-економске флукуације не могу да умање.



Универзитетска клиника у Базелу

Специфичност здравственог система Швајцарске је да свака особа, осигураник, може да изабере једно од постојећих приватних и државних осигуравајућих друштава, које пак мора да прихвати сваког осигураника који се одлучи за то друштво

Статус лекара је чврсто у рукама свих оних који су се пре нас бавили овим часним занимањем и свих оних који ће доћи после нас. Ово говорим уз ограду да за уши лекара у Србији следећа изјава изречена из позиције лекара у Швајцарској, где су друштвено-економски можда чак и превише добро уређени, звучи небитно или чак депласирано. Мене у вези са статусом лекара више брине једна, за моја схватања апсолутно ненормална и неприхватљива тенденција све шире прихваћености асистираниог суицида у западној Европи и специјално у Швајцарској, и посебно загрижено инсистирање заговорника ове идеје на томе да лекари у том процеси играју важну или чак одлучујућу улогу. Уколико се у догледно време не направи јасан и снажан фронт противника оваквим идејама, постоји опасност да се на нашим белим мантилима временом појаве неизбрисиве црне мрље.

Колико Вам је било тешко у почетку да се навикнете на живот и рад у новој земљи?

Првих двадесет година је тешко, после је већ унеколико лакше... Шалу на страну, лако је навићи се на уређеност и дисциплину. Реалан проблем је био и остао језик, између осталог и због дубоко усађене потребе Швајцараца да сваки заселак негује свој посебан дијалект. Наравно да књижевни немачки језик разумеју сви, у немачком делу Швајцарске, али се с њим не постаје Швајцарац. С друге стране, број странаца овде је толико велики, да је и потреба и обавеза да се постане део локалног фолклора утолико мања.

Колико је генерално тешко прилагођавање у Швајцарској из позиције мигранта, конкретно кад је у питању лекарска професија?

Управо у медицини се свуда у свету комуницира на једном језику, латинском, и у свакој високоспецијализованој струци је стручно прилагођавање релативно лако.

Шта бисте данас рекли лекарима из Србије који желе да огу на рад у иностранство? Шта могу да очекују и за шта да се припреме?

Очекује их рад, ред и дисциплина, никако мед и млеко. Ради се много, конкуренција је огромна и наша полазна позиција је разумљиво гора него за некога рођеног у Швајцарској или у једној ЕУ земљи, што додатно отежава старт - али га не онемогућава. Мислим да свако треба да про-

веде бар неко време у иностранству, и да онда сам или сама одлучи који пут је најбољи. У Швајцарској је иоле озбиљнија каријера за рођене Швајцарце незамислива без боравка у иностранству, од западне Европе преко Северне Америке до Аустралије или чак Јапана. Таква правила би требало да важе и у Србији. Идеално би било, наравно имати посао и позицију у Србији на коју после тога могу да се врате. Нажалост, то код мене ономад није био случај, али времена се мењају.

Где видите могућности за успостављању чвршћих веза и сарадње између наших лекара у дијаспори и Лекарске коморе Србије?

У контактима, како личним и директним, тако и у склопу конгреса или конференција, као што је Конференција српске медицинске дијаспоре Њ.К.В. Принцезе Катарине Карађорђевић, коју бих издвојио као посебно пријатно искуство за мене. Осим тога, размена идеја, знања, мора да буде негована, у форми рецимо, организованог виђања колега из једне области на европским конгресима, или у форми кратких узајамних посета, колико време, обавезе и финансијске могућности дозвољавају. Потенцијалну линију сарадње дају такође и велике фармацевтске куће, и бројни наши медицински стручњаци који раде у њима, које су у потрази за локацијама за спровођење мултицентричних студија. Подизање квалитета центара у Србији би их поставило високо на овим мапама, што би опет омогућило чвршћу сарадњу и приступ тренутно најмодернијим терапијама за пацијенте у Србији. //

У ПОСЕТИ ИНСТИТУТУ ЗА ОНКОЛОГИЈУ ВОЈВОДИНЕ

УВОЂЕЊЕ ДСГ У ПРАКСИ

// КАКО БИСМО НА ПРИМЕРУ ИЗ ПРАКСЕ ПОКУШАЛИ ДА ПРИКАЖЕМО КАКО СУ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ У СРБИЈИ ПРИХВАТИЛЕ НОВИ СИСТЕМ ДИЈАГНОСТИЧКИ СРОДНИХ ГРУПА, ГДЕ ЛЕЖЕ ПРОБЛЕМИ И СА КАКВИМ СЕ ИЗАЗОВИМА У СВОМ РАДУ СУОЧАВАЈУ ЛЕКАРИ И СВИ УКЉУЧЕНИ У УВОЂЕЊЕ НОВОГ НАЧИНА ФИНАНСИРАЊА, ПОСЕТИЛИ СМО ИНСТИТУТ ЗА ОНКОЛОГИЈУ ВОЈВОДИНЕ, КАО ЈЕДНУ ОД УСТАНОВА КОЈА ЈЕ БИЛА УКЉУЧЕНА И У ПИЛОТ ПРОЈЕКАТ МИНИСТАРСТВА ЗДРАВЉА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ //

У Србији се увођење система дијагностички сродних група (ДСГ) први пут појавило као идеја још 2003. године, а постојала су и два покушаја за његово увођење, прво 2009. а касније и 2012. године. Поново се у реформу начина финансирања здравственог система у оквиру стационарне здравствене заштите кренуло пре нешто више од две године, прво кроз пилот пројекат Министарства здравља Републике Србије у који је, од 1. јуна 2017. године, било укључено 14 установа секундарне и терцијалне заштите које су кроз посебан систем извештавања, свој учинак мериле по ДСГ методологији.

Након завршеног пилот пројекта, од јануара 2019. године, на делимично финансирање по ДСГ систему (које подразумева пет одсто уговореног износа) прешло је 57 здравствених установа са акутним збрињавањем.

Како бисмо на примеру из праксе покушали да прикажемо како су здравствене установе у Србији прихватиле нови систем, где леже проблеми и са каквим се изазовима у свом раду суочавају лекари и сви укључени у увођење новог начина финансирања, посетили смо Институт за онкологију Војводине, као једну од установа која је била укључена и у пилот пројекат Министарства здравља Републике Србије. Дубравка Стрибер Деваја, мастер електротехнике, помоћница директора за техничка и оперативна питања Института за онкологију Војводине каже да је тај Институт ушао у пилот пројекат као установа која је имала највећу тачност у шифрирању главних и пратећих дијагноза.

Од јануара ове године уведено је ново финансирање по ком је, како каже Љиљана Станикић, дипл. економиста, помоћница директора за економско-финансијска питања у Институту, 95 одсто финансирања здравствене установе остало по старом систему, тј. односи се на фиксни део уговореног износа, док пет одсто чини варијабилни део накнаде који је посебно исказан у уговору са Републичким фондом за здравствено осигурање (РФЗО).

„Од тих пет одсто, четири одсто се односи на учешће збира тежинских коефицијената наше установе у укупном збиру коефицијената свих 57 установа које се у 2019. години финансирају по систему ДСГ, а остатак од један одсто се односи на показатеље квалитета рада саме установе“, каже она. Тих показатеља има пет и сваки носи 0,2 одсто од варијабилног дела накнаде.

Др Татјана Тамаш каже да се, тренутно, четири одсто рачуна кроз следећих пет показатеља: стопа првих прегледа у амбуланти у односу на укупан број прегледа у амбуланти, просечна дужина лечења, стопа ДСГ пружених у оквиру дневне болнице при чему постоји списак ДСГ које се прате у дневним болницама, стопа леталитета након 48 сати од пријема и стопа пацијената третираних резервним антибиотикима. На основу тих пет показатеља квалитета се одређује квалитет рада здравствене установе.

Станикић додаје да иако је тај варијабилни део од пет одсто, у релативном износу „мали удео“, то заправо, у њиховој установи конкретно износи 121 милион динара, што је велика сума која већ сада, у апсолутном износу може да ремети у мањој или већој мери рад Института.



Институт за онкологију Војводине у Сремској Каменици

„Према изјавама изнетим на предавањима у организацији Другог пројекта развоја здравства Србије план је да се у будућности варијабилни део накнаде повећава а да фиксни буде мањи, тако је у свим земљама из окружења и то чека и нас“, додаје Станикић.

ИЗ УГЛА ЛЕКАРА

Републичком фонду за здравствено осигурање редовно се шаље електронска фактура а на свака три месеца долази инспекција РФЗО-а, када се на сумице узме између 50 и 100 пацијената и контролише комплетна медицинска документација, како би се видело да ли се нека конкретна, израчуната ДСГ група слаже са предвиђањима.

У почетку је у сам процес увођења ДСГ у Институту био укључен мали број људи, јер је требало јако пуно да се научи, да се постави систем и, што је најважније, да се представи лекарима који су, на крају, ти који треба да уносе податке и шифрирају.

„Оног тренутка када су лекари тај део преузели на себе, кад смо ишчили саме ДСГ групе и

уградили контроле, систем је успостављен на Институту“, каже Стрибер-Деваја и додаје да је био потребан одређени прелазни период док систем није постављен на прихватљиви ниво.

„Ипак је то једна обавеза на крају радног дана лекара, јер они треба сами да схвате шта подразумева нови систем, да то више није само електронска фактура, већ потпуно други начин финансирања у коме они имају главну улогу“, каже она.

Доц. др Ивана Коларов Бјелобрк, специјалиста интернистичке онкологије на Институту за онкологију Војводине каже да им је у почетку било заиста тешко, јер је лекарима цео систем деловао апстрактно. „Нисмо могли да повежемо медицински део са финансијским и да разумемо колико ће нас, материјално гледано, скупо да кошта, уколико не научимо да усинхронизујемо две потпуно различите области, медицину и болесне пацијенте, са финансијског конструкцијом тог система“, каже она.

„Имали смо одличне инструкције и одлично постављен систем који нам је ипак омогућио да у свакодневном раду то постане нека рутина и да нам не одузима много времена. Кад је систем

правилно постављен, не губи се много времена, али на почетку је било тешко како све те болести и дијагнозе усинхронизовати, тако да их систем препознаје као финансијску добит. Сад кад знамо како коју дијагнозу шифрирамо, заиста је много лакше“, каже она и додаје да и даље, међутим, постоје нека нерешена и неразјашњена питања која буду препозната као проблем тек кад дође инспекција из РФЗО-а.

Др Коларов објашњава да је главни циљ да пацијенти буду правилно шифрирани и постављени,

„Потребно је да се систем постави оптимално, да пацијент не лежи у болници сувише дуго, а истовремено не толико кратко да може да се евентуално направи и додатна штета, па да се установи врати пацијент са компликацијама. У томе нам доста помажу и израђени клинички путеви за лечење одређених обољења“, каже она.

„Систем ДСГ захтева реорганизацију и тај неки западни систем за који нису све болнице једнако спремне. Треба имати и апарате и уређаје и свест људи за отварање дневних болница, једнодневне



ДСГ тим Института за онкологију Војводине: Дубравка Стрибер Деваја, Љиљана Станикић, др Татјана Тамаш и доц. др Ивана Коларов Бјеловрк

како би били сигурни да су урадили све да правилним шифрирањем покрију трошкове лечења.

„Ако не упишемо у шифрарник добре дијагнозе, систем таквог пацијента не препознаје, што значи да је то чист губитак за нашу установу и ту је највећа одговорност лекара. Сада више не презимамо само ризик у лечењу пацијента, него и финансијски ризик да погрешним шифрирањем можемо да направимо финансијску штету установи“, каже др Коларов.

Суштина ДРГ-а јесте да се пацијенти са сличном потрошњом болничких ресурса сврстају у једну групу и да на тај начин могу да се прате трошкови у болници. Управо зато, Стрибер-Деваја наглашава да тај систем, поред свега, подразумева и одређену реорганизацију саме здравствене установе.

хирургије, јер до сада су код нас за неке мање операције сви пацијенти лежали у болници“, каже она и додаје да је, у садашњем систему ДСГ група, то неисплативо, због чега је конкретно, Институт за онкологију Војводине, морао да отвори поред дневне болнице хемиотерапије и друге дневне болнице и да на тај начин организује свој рад.

„У стационар се прима баш пацијент који је за лежање, све остало што може, иде кроз дневне болнице. То подразумева потпуно други систем. Припрема пацијента која подразумева и дијагностику, спроводи се у амбулантним условима и подразумева и препознавање да ли пацијент индиковану терапију може да прими у амбулантним условима у дневној болници или се пацијент прима у стационар ради спровођења терапије“, објашњава она.

Непрецизности у дефинисању термина са којима се срећу у свом раду, где није јасно описана конкретна група или показатељ, додатно им отежавају посао.

Да би се добро функционисало, мора да се успостави мултидисциплинарни тим у установи, сматра др Коларов. С једне стране, лекарима информациони тим треба да предочи како да користе нови систем, а са друге стране, финансијски тим треба да их научи шта ће нека њихова одлука да донесе и да ли ће скупо да их кошта.

„Све то треба предочити лекарима, како бисмо на заједнички начин могли да превазиђемо све проблеме којих има сваки дан и које морамо решавати у ходу“, каже др Коларов и додаје да је то неопходно јер, правилник долази универзалан и није прилагођен за сваког пацијента, што значи да треба изнаћи модус како да се премосте неке потешкоће.

„Раније смо ми примали пацијента хоспитално, у хоспиталу радили сву потребну дијагностику, за шта се сад испоставило да је веома скупо и да тако даље неће моћи. Онда смо морали да седнемо и да се договоримо да тога више нема и да морамо унапред планирати када ће њему бити потребан на пример, снимак скенером. Наравно то искључује хитна стања, али сада све морамо унапред да договоримо и планирамо“, објашњава она.

ПРОСТОР ЗА ПОБОЉШАЊЕ

Питања и нејасноће у вези са ДСГ који се упућују доносиоцима одлука у државним институцијама са којима здравствене установе директно сарађују у овом послу, често остану без одговора.

„Нормално је да у увођењу система ДСГ постоје потешкоће, јер је то систем који је жив, који се још поставља, али би можда у неким тренуцима, пре него што се издају одређене одлуке, шифрарници и све остало што доносе надлежне државне установе, конкретно Министарство здравља и РФЗО,

Да би здравствена установа што лакше спровела потребну транзицију у свом раду и функционисању, потребна је синергија унутар саме установе, али и равноправан однос и сарадња између свих учесника који су укључени у лечење једног пацијента

требало контактирати базу, односно саме здравствене установе јер је врло тешко да се евентуалне грешке, када је већ донет и утврђен шифарник, касније исправљују“, каже Станикић и додаје да би већа сарадња била свима од користи.

„Оно што ми посебно истичемо као корисно јесте да се посебно обуче људи у здравственим установама. Имате затечено стање, па тако у одређеној установи цео систем најбоље разуме доктор, у другој је то инжењер који ради информациони систем, у трећој економиста... било би добро да се направи тим људи који у здравственој установи разумеју по-

За ДСГ је потребно да постоји добар информациони систем и добар план болнице јер је тада много лакше да се исправљају неке важне грешке и унапређује цео систем

датке. Није једноставно тумачити и читати податке које добијете из здравства, има много различитих података и морате знати структуру и информационог система и онога што желите да добијете као резултат“, каже она.

Да би здравствена установа што лакше спровела потребну транзицију у свом раду и функционисању, потребна је синергија унутар саме установе, али и равноправан однос и сарадња између свих учесника који су укључени у лечење једног пацијента, Министарства здравља, РФЗО и здравствених установа. Наше саговорнице поручују и да би едукација лекара, као и запослених у здравственим установама који су укључени у увођење ДСГ система требало да буде боље организована и са више примера из различитих грана медицине.

„Лекарима је основна делатност лечење пацијента и није за очекивати да ће лекари претраживати како је неко у, на пример, Хрватској решио одређени проблем и како је добио ДСГ групу. Одређени људи су ипак неко време посветили томе, уградили у систем филтере који њима спречавају грешке, лако откривају проблем и све остало и лекари су ти који ће то на крају пренети својим колегама, кроз свакодневне колегијуме“, објашњава Стрибер-Деваја.

За ДСГ је потребно да постоји добар информациони систем и добар план болнице јер је тада много лакше да се исправљају неке важне грешке и унапређује цео систем. Проблеми са којима се сусрећу у свом раду често настају и због неусклађености постојеће опреме, односно застареле верзије ДСГ система коју тренутно имају болнице, а који није осавремењен и не препознаје бројне услуге које здравствене установе данас пружају.

Наше саговорнице сматрају да ће ДСГ систем сигурно донети бољитак здравственом систему Србије на дуже стазе, али да његово увођење у овом тренутку, ипак захтева организованији приступ свих укључених. //

УСКЛАЂИВАЊЕ РАДА СА НОВИМ ЗАКОНСКИМ ИЗМЕНАМА

// С ОБЗИРОМ ДА СУ АПРИЛА МЕСЕЦА СТУПИЛИ НА СНАГУ НОВИ ЗАКОН О ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ КАО И ЗАКОН О ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ, ОРГАНИ РЛКЈИС, КАО И ЧЛАНСТВО ОВЕ РЛК СУ УПОЗНАТИ СА НАЈВАЖНИЈИМ ИЗМЕНАМА И ДОПУНАМА ПОМЕНУТИХ ЗАКОНА, А ПОСЕБНО ОНИХ КОЈИ СЕ ОДНОСЕ НА ДЕЛОКРУГ РАДА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ //

Од подношења претходног извештаја за период јануар-април 2019. године, у РЛКЈИС сви органи настављају са својим редовним активностима утврђеним Статутом и општим актима ЛКС.

С обзиром да су априла месеца ступили на снагу нови Закон о здравственој заштити као и Закон о здравственом осигурању, органи РЛКЈИС, као и чланство ове РЛК су упознати са најважнијим изменама и допунама поменутих закона, а посебно оних који се односе на делокруг рада Лекарске коморе и вршење поверених послова (начин издавања, обнављања и одузимања лиценце, вршење стручног надзора од стране Лекарске коморе, допунски и прековремени рад лекара итд.).

Поједини посебни одбори су одржали своје седнице на којима су разматране актуелности из домена њиховог рада. Тако је ПО за медицинску етику остао при ранијем ставу да је еутаназија у супротности са основним етичким принципима медицинске праксе, а разматрана је и оправданост честог прописивања лекова на рецепт и коришћења суплемената, те је пред-



Посебно предавање на тему ефеката увођења система ДСГ у плаћању

ложено да се одржи за једнички скуп са представницима Фармацеутске коморе на тему медиализације и фармакологизације у здравству.

ПО за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси се посветио анализи нових одредаба везаних за допунски и прековремени рад, као и примени система дијагностички сродних група у болничким условима и предложено је одр-

жавање предавања на ову тему, с обзиром на постојање недоумица у практичној примени овог система плаћања.

Представници приватног сектора из ПЗЗ су на својим седницама анализирали Правилник о ближним условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама, и дали своје предлоге измена и допуна овог акта. Такође је одржан и заједнички састанак са представни-

цима приватника из примарне здравствене заштите из Ниша, који се показао као врло користан, јер су разменили искуства из свакодневног рада и говорили о разним темама, како онима из делокруга рада Коморе, тако и оним које су везане за њихову делатност (допунски рад, поступање са медицинским отпадом, укључење приватног сектора у нови информациони систем итд.).

ПО за јавно здравље и примарну здравствену заштиту у државној пракси је поред детаљне анализе нових закона, посебну пажњу посветио предлагању измена постојеће капитационе формуле, коју је, закључено је, неопходно кориговати у појединим деловима.

Чланови Извршног одбора су такође одлучили да делегати Скупштине РЛКЈИС учествују на Конференцији српске медицинске дијаспоре која се у јуну одржала у Београду. Извршни одбор је дао и подршку да се уз седницу Скупштине РЛКЈИС, одржи и посебно предавање на тему ефеката увођења система ДСГ у плаћању болничких услуга. Тако је 1. јула 2019. године, пре редовне седнице Скупштине РЛКЈИС, поменуто предавање и одржано.

Учесницима је омогућено да се детаљно упознају са овом материјом и истовремено обезбеде себи по 6 бодова на име обнове лиценце. Овом скупу су присуствовали представници секундарне и терцијарне здравствене заштите југоисточног региона,

Од осталих органа у РЛКЈИС, Комисија Фонда солидарне помоћи редовно одлучује о поднетим захтевима за доделу солидарне помоћи, којих је све више, посебно по основу рођења детета.

У Стручној служби се константно ради на ажурирању базе података о члановима, прибављању информације о њиховом статусу, неплаћеној чланарини итд, а у сарадњи са здравственим установама овог региона. Чланови Коморе се редовно обавештавају о роковима за обнову лиценце, и проценат лекара који благовремено поднесе захтев за обнову је сада скоро 100 одсто.

Подручне канцеларије као посебан облик децентрализације региона, и даље активно раде и омогућавају лекарима разних



Болничких услуга одржано је 1. јула 2019. године, пре редовне седнице Скупштине РЛКЈИС

Надзорни и Извршни одбор су, као и сваке године, на својим редовним седницама анализирали финансијске извештаје у којима нису уочене никакве непарвильности. На последњој седници Извршног одбора је подржана будућа сарадња ЛКС-РЛКЈИС са Лекарским савезом Бугарске а кроз учешће представника Коморе на неком од међународних конгреса који ће се у овој години одржати у тој земљи.

који су се у великом броју одазвали позиву РЛКЈИС. Такође су позвани и млади аутори-чланови Коморе, чији су радови оцењени као најбољи и као такви објављени у стручно медицинском часопису Acta medica medicae Медицинског факултета Ниш. На тај начин је Комора дала подршку младим, стручним лекарима за досадашње резултате и будуће активности у домену науке и струке.

управних округа, да брже и ефикасније заврше све послове из домена рада Коморе, без доласка у седиште РЛКЈИС.

Даље активности РЛК Југоисточне Србије и Коморе у целини ће у будућем периоду свакако бити усмерене на побољшање статуса лекара, а њихов садржај ће зависити и од тога какав ће бити нови Закон о коморама здравствених радника на коме се увелико ради. //



СВЕЧАНО ОТВАРАЊЕ ОКТОБАРСКИХ ДАНА У КРАГУЈЕВЦУ

ФОТО: ГРАД КРАГУЈЕВАЦ

ОКТОБАРСКИ ЗДРАВСТВЕНИ ДАНИ У КРАГУЈЕВЦУ

// ПОД ПОКРОВИТЕЉСТВОМ РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ЗА ЦЕНТРАЛНУ И ЗАПАДНУ СРБИЈУ, РЕПУБЛИЧКОГ ФОНДА ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ ШУМАДИЈСКОГ ОКРУГА И ГРАДА КРАГУЈЕВЦА И СВИХ ГРАДСКИХ ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА И ИНСТИТУЦИЈА 24. И 25. ОКТОБРА ОДРЖАНИ СУ „ОКТОБАРСКИ ЗДРАВСТВЕНИ ДАНИ“ У ХОТЕЛУ КРАГУЈЕВАЦ. ОВУ ТРАДИЦИОНАЛНУ МАНИФЕСТАЦИЈУ ВЕЋ 44. ПУТ ОРГАНИЗУЈЕ ОКРУЖНА ПОДРУЖНИЦА СРПСКОГ ЛЕКАРСКОГ ДРУШТВА КРАГУЈЕВАЦ //

Теме овогодишњег научно – стручног скупа биле су савремени аспекти спиналне хирургије, актуелни трендови у стоматолозији и професионалним болестима, о чему је, кроз презентације и предавања говорило преко 40 водећих стручњака из земље и света – еминентних професора из Шпаније, Бугарске, Грчке, Босне и Херцеговине, Северне Македоније и Србије.

На отварању су говорили др Милан Динић, директор Лекарске коморе Србије, проф. др Ранко Голијанин, председник окружне подружнице Српског лекарског друштва- Крагујевац, а скуп је отворила

др Гордана Дамњановић, чланица Градског већа за здравствену и социјалну заштиту. Др Дамњановић је честитала Клиничком центру Крагујевац и Дому здравља на добијеним реакредитацијама на седам година, похвалила рад крагујевачке Апотекарске установе и Завода за хитну медицинску помоћ и поручила да је Крагујевац универзитетски град који заједници треба да се докаже не само кроз стручност већ и кроз људскост и хуманост.

„Октобарски здравствени дани“ били су акредитовани су као Међународни конгрес за лекаре, стоматологе, биохемичаре, фармацеуте и медицинске техничаре. //

ПРВИ КОНГРЕС ЛЕКАРА КОСОВА И МЕТОХИЈЕ

// ОД 29. НОВЕМБРА ДО 1. ДЕЦЕМБРА 2019. ГОДИНЕ ОДРЖАЋЕ СЕ НАУЧНИ СКУП ПОД НАЗИВОМ „ПРВИ КОНГРЕС ЛЕКАРА КОСОВА И МЕТОХИЈЕ“ У КОСОВСКОЈ МИТРОВИЦИ У ОРГАНИЗАЦИЈИ МЕДИЦИНСКОГ ФАКУЛТЕТА УНИВЕРЗИТЕТА У ПРИШТИНИ – КОСОВСКА МИТРОВИЦА, У ОКВИРУ ЗНАЧАЈНОГ ЈУБИЛЕЈА – 50 ГОДИНА ОД ОСНИВАЊА ФАКУЛТЕТА //

Преко 70 еминентних предавача из Србије и иностранства ће осим предавања, учествовати у раду округлих столова, панел дискусија и радионица.

Учешће на скупу за 600 учесника је бесплатно и наишло је на велико интересовање здравствених радника из земље и региона.

Конгрес представља највећи медицински научни скуп који се одржава на просторима Косова и Метохије у последњих 20 година и од огромног је значаја за размену најновијих знања из области медицинских наука, посебно на овим просторима.

Медицински факултет Приштина-Косовска Митровица организује Свечану академију 29. новембра у Дому културе Трепча у Звечану поводом јубилеја-50 година од оснивања Медицинског факултета.

Током тог првог дана, 29. новембра биће организовани и: Курс под називом „Почетно збрињавање повређене особе“ који организују инструктори Друштва лекара ургентне медицине Србије, асс. др Татјана Рајковић, др Саша Игњатијевић, др Миља



који организује проф. др Иван Димитријевић са Клинике за психијатрију КЦС Београд.

У суботу, 30. новембра биће организована бројна предавања у оквиру четири одвојене, паралелне сесије и то: Ургентна стања у медицини, Базичне науке у савременој медицини, Дентална медицина-данас и сутра, као и Здравствене и еколошке последице ратних дејстава НАТО на СФРЈ-Како их умањити и уклонити.

Скуп је акредитован од стране Здравственог савета Србије као национални конгрес са међународним учешћем (А-1/1814/19),

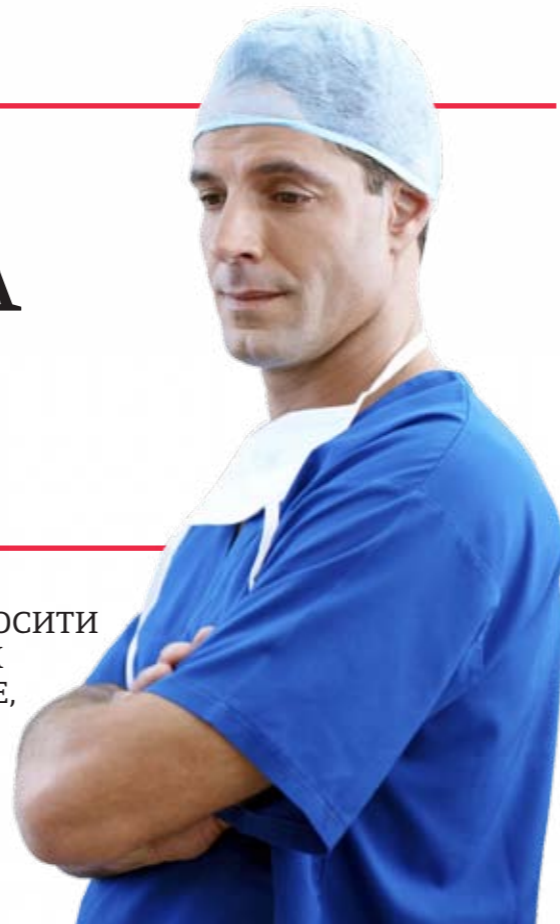
што доноси 8 бодова учесницима и 13 бодова предавачима.

Организација Првог конгреса лекара Косова и Метохије реализована је уз помоћ великог броја организација и институција Републике Србије, међу којима је и Лекарска комора Србије. //

Медицински факултет Приштина-Косовска Митровица организује Свечану академију 29. новембра у Дому културе Трепча у Звечану поводом јубилеја „50 година од оснивања Медицинског факултета“

Јовић, „Балинт радионица“ коју организују Балинт водитељи, доц. др Роса Шапић, психијатар/психотерапеут, доц. др Мирјана Стојановић Тасић, психијатар, као и округли сто на тему „Злоупотреба и зависност од алкохола и психоактивних супстанци-превенција, дијагноза и иницијани третман“,

СИНДРОМ САГОРЕВАЊА У ЛЕКАРСКОЈ ПРОФЕСИЈИ



// ДОК БИТИ ЛЕКАР, СА ЈЕДНЕ СТРАНЕ, ЗНАЧИ НОСИТИ ЈЕДНУ ОД НАЈХУМАНИЈИХ И НАЈОДГОВОРНИЈИХ ПРОФЕСИОНАЛНИХ УЛОГА У ДРУШТВУ, СА ДРУГЕ, ТА ИСТА УЛОГА ПОДРАЗУМЕВА И СВАКОДНЕВНУ ПОСВЕЋЕНОСТ И КОМУНИКАЦИЈУ СА ЉУДИМА КОЈИ СУ ИЗРАЗИТО ВУЛНЕРАБИЛНИ, У СТАЊУ ТЕШКОГ И НЕПРИЈАТНОГ ИСКУСТВА, БОЛА, ПАТЊЕ, ТЕ САМИМ ТИМ ИЗИСКУЈЕ И НАРОЧИТ ЕМОЦИОНАЛНИ АНГАЖМАН //

Пише: Асист. МА. Александра Ковач,
клинички психолог,
Институт за онкологију Војводине



тегобама попут учесталих главобоља, болова у леђима, али и другим неспецифичним телесним боловима, мучнином, те општим снижењем вољно-виталних динамизама.

Деперсонализација подразумева доживљај отуђености од пацијената, али и колега на радном месту, што се често огледа у наизглед безосећајном и циничном ставу према онима којима је помоћ најпотребнија, негативном ставу према послу, сметњама у комуникацији и генерално другачијој перцепцији властитог идентитета у професионалном контексту.

Доживљај умањеног личног постигнућа манифестује се кроз негативно самовредновање личних компетенција и професионалног постигнућа, губитком мотивисаности за рад, као и губитком самопоштовања, што последично доводи и до објективног пада у продуктивности и једној општој неефикасности која у почетку првобитно везана за посао, потом може да се одрази и на функционисање лекара у другим значајним животним аспектима.

Наравно, нису сви једнако подложни развоју синдрома сагоревања на раду. Велику улогу у његовом настанку имају како фактори саме личности, тако

Висока очекивања од себе у жељи да се помогне свом пацијенту, труд и залагање, не бивају увек и у свакој ситуацији препознати, док адекватна комуникација са колегама у тиму, најчешће услед високе преоптерећености захтевима посла, такође понекад може да мањка, што свеукупно и дугорочно гледано може да допринесе једном стању хроничног стреса у вези са својом професионалном улогом, које у коначници резултује оним што данас дијагностикујемо као 'синдром сагоревања'.

Синдром сагоревања (енг. Burnout syndrome) настаје као одговор на пролонгирано стање стреса, а манифестује се кроз субјективни доживљај емоционалне исцрпљености, деперсонализацију и доживљај умањеног личног постигнућа.

Емоционалну исцрпљеност, то јест, дефицит емоционалних ресурса у суочавању са новим захтевима, најчешће карактерише хронично нерасположење и апатија, које је неретко праћено соматским

СЗО препознала синдром изгарања као болест

Светска медицинска асоцијација је топло поздравила одлуку Светске здравствене организације да класификује синдром изгарања на послу као проблем који утиче на здравствено стање и да га укључи у нову верзију Међународне класификације болести.

Одлука о класификацији синдрома изгарања (бурноут) у Међународној класификацији болести Светске здравствене организације (СЗО) донета је на седници Скупштине Светске здравствене организације у Женеви одржаној 28. маја у Женеви.

Светска медицинска асоцијација је топло поздравила одлуку Светске здравствене организације да класификује синдром изгарања на послу као проблем који утиче на здравствено стање и да га укључи у нову верзију Међународне класификације болести.

Председник Светске медицинске асоцијације, др Леонид Еиделман, рекао је: „Предуго је проблем синдрома изгарања међу лекарима, углавном, игнорисан“. Емоционално исцрпљени лекари представљају опасност како по пацијенте, тако и по себе. Трошак у смислу људских живота и новца је ужасан“.

„Број самоубистава међу лекарима, због последица синдрома изгарања, је скандалозан и надам се да ће нова класификација СЗО нагласити ову срамотну ситуацију.“

„Надам се да ће одлука Светске здравствене организације довести до новог приступа који ће се бавити вишеструким факторима, укључујући услове рада лекара широм света“, рекао је др Еиделман.

У обновљеној Међународној класификацији болести која ће почети да се примењује од јануара 2022. године наводи се да се синдром изгарања односи искључиво на проблем који настаје на послу и да се не може примењивати за опи-



сивање искуства која настају у другим областима живота. Светска здравствена организација окарактерисала је синдром изгарања кроз три димензије: 1) осећај недостатка енергије и исцрпљеност, 2) појачан осећај менталне дистанце од посла или осећај негативизма и цинизма повезан са послом; 3) смањена професионална ефикасност.

и они у вези са специфичним карактеристикама радног места.

Када су карактеристике личности у питању, клиничко искуство, али и истраживања, упућују на то да су свакако вулнерабилнији они са израженијом цртом неуротицизма, тј. повећаном склоношћу ка доживљају негативних емоционалних стања и појачаном сензибилношћу на негативне последице стреса, перфекционисти који пред себе поставља-

ју високе, а неретко и мање рационалне захтеве, индивидуе које имају претерану потребу за контролом, они који се у социјалним контактима понашају пасивније и склони су повлачењу и неиспољавању емоција, те евентуалне конфликти не решавају конструктивно, као и они који се до те мере идентификују са професијом да им она служи као базично мерило самопотврђивања и доживљаја личне вредности.

Проблем може да настане и уколико постоје не-реална очекивања, како од своје професионалне улоге тако и од самог радног места, уколико постоји слабија способност организације па се неучинковито користи радно време и обавезе и распоред приоритета унутар истог, односно онда када се све процењује подједнако важним.

Иако у свакој области медицине постоји ризик за развој овог синдрома, најсензитивнији су они који су у директном контакту са тешким, неизвесним стањем и смрћу својих пацијента

Фактори посла који доприносе повећаном ризику за настанак синдрома сагоревања подразумевају како учесталији контакт са пацијентима, учесталије суочавање са неизвесношћу и негативним исходом лечења, односно радна места која укључују високу смртност оболелих.

Такође, рад у установама и на одељењима која карактерише негативна психосоцијална клима, учестали конфликти и губитак подршке колега, мобинг, као један од водећих узрока стреса на раду, али и она у којима постоји притисак рокова, одговорност без могућности утицаја или аутономије у раду, непрецизно дефинисане радне улоге и расподела одговорности, она у којима долази до појаве да су неки запослени привилегованији, када постоји преоптерећеност дужином радног времена и обимом посла.

Иако у свакој области медицине постоји ризик за развој овог синдрома (нпр. према последњим подацима базе медскејпа чак 44 одсто испитаних лекара се пожалило на симптоме сагоревања), најсензитивнији су они који су у директном контакту са тешким, неизвесним стањем и смрћу својих пацијента (запослени на одељењима онкологије, интензивне неге, ургентне медицине, неурологије и другим сличним одељењима).

Јако је битно имати реална очекивања од посла, али и водити рачуна о томе како се структурише време на послу, јасно одредити приоритете, али и обавезно издвојити време за одмор

С обзиром на распрострањеност симптома сагоревања код лекара, као и последица које се неминовно одражавају на ментално и физичко благостање нарочито онда када стање узме маха (на пример учесталија појава анксиозности, де-

пресивности, когнитивних сметњи, злоупотреба ПАС, повећан ризик за суицид, интерперсонални и породични проблеми и конфликти, различите соматске болести), а потом и на здравствену установу у којој је лекар запослен (честа боловања, пад у продуктивности, слабији квалитет пружених услуга) те у коначници и на рад и бригу о пацијентима који дају смисао целокупној лекарскај професији и због којих лекар и одабире свој позив, врло је важно препознати симптоме на време и обратити се за помоћ, нарочито онда када је таква помоћ доступна у здравственој институцији у којој лекар ради, то јест, клиничком психологу и/или психијатру у којег запослени има поверење.

Дакле, поред већ наведених манифестација сагоревања, важно је на време препознати уколико се јавља страх, напетост или узнемиреност онда када се одлази на посао, сумња у своје способности, брже замарање, несаница, малаксалост, негативистички однос према пацијентима и колегама, сумња у намере колега, хиперсензитивност, импулсивност, раздражљивост, снижено расположење, безвољност, губитак доживљаја смисла и вере у свој посао и професију.

Свакако, као и у свему, најбољи и најефикаснији лек увек је превенција. Како су узроци стреса на

Као једна од најбитнијих превенција јесте начин на који се функционише у значајним животним аспектима ван професионалне улоге

раду индивидуални, поред утврђивања фактора који стрес провоцирају, потребно је изнаћи најефикасније стратегије за његово савладавање и тако и осигурати доживљај личне контроле. Даље, јако је битно имати реална очекивања од посла, али и водити рачуна о томе како се структурише време на послу, јасно одредити приоритете, али и обавезно издвојити време за одмор.

На важност међусобне подршке и нарочито поштовање према колегама указао је још Хипократ. Од изузетног је значаја неговати односе са колегама и затражити савет онда када је потребно.

И наравно, као једна од најбитнијих превенција јесте начин на који се функционише у значајним животним аспектима ван професионалне улоге. Од базичног је значаја имати складан однос са породицом и/или блиским људима, ослонити се на њихову подршку онда када је потребно, неговати редовне заједничке активности, те посветити време садржајима који омогућавају физичку активност, ужитак и релаксацију, односно свим оним који нас испуњавају и подсећају на то ко смо и због чега вредимо баш због тога што јесмо. //

ТАЈНА И МЕДИЦИНА

// ДА БИ СЕ ПОЈЕДИНЦИ НЕСМЕТАНО ОБРАЂАЛИ ЗА ПОМОЋ ЛЕКАРУ, ПОТРЕБНО ЈЕ ДА БУДУ СИГУРНИ ДА ЋЕ ЛИЦА КОЈИМА СЕ ЗА ПОМОЋ ОБРАЂАЈУ, ЧУВАТИ ЊИХОВУ ЛИЧНУ ТАЈНУ. АКО У ТО НЕ БИ БИЛИ СИГУРНИ, ОНИ СЕ ЗА ТУ ПОМОЋ НЕ БИ НИ ОБРАЂАЛИ. НА ТАЈ НАЧИН БИЛА БИ ДОВЕДЕНА У ПИТАЊЕ ДРУШТВЕНА КОРИСНОСТ, ПА И САМА ДРУШТВЕНА ОПРАВДАНОСТ И ЦЕЛИСХОДНОСТ ЛЕКАРСКЕ ПРОФЕСИЈЕ У ЦЕЛИНИ //

Пише: др Славица Младеновић Ђуровић



Најстарији медицински записи су забрањивали лекару да одаје тајну која је „пове- рена уху или затечена очима или наслућена умом“.

Дуго времена је чување ле- карске тајне било искључиво морална обавеза. Хи- пократ је то сматрао светом дужношћу лекара па зато о њој говори и у својој Заклетви:

„Што у своме послу будем сазнао или видео, уко- лико се не буде смело јавно знати, прећутаћу и за- држаћу као тајну.“

Лекарска тајна је постала правна обавеза тек у XVIII веку. У заклетви која је установљена на кон- гресу Међународног савеза лекарских друштава у Женеви 1948. године пише: „Поштоваћу тајне оног ко ми се повери“.

Лекарска професионална тајна је један од најста- ријих облика професионалне тајне. Она подразу- мева обавезу сваког лекара да по сазнању неких чињеница кроз анамнезу, објективни преглед и остала испитивања и лечење, чињенице о боле- снику непрекидно чува као тајну. Поштовањем лекарске тајне лекар чува углед болесника и из- грађује свој лични ауторитет кроз поверење које му болесник исказује у току лечења.

Специфични значај медицинске тајне лежи у томе што на њој почива поверење болесника у лекара.

Међутим, свака чињеница сазната у извршењу нашег позива неће представљати тајну, већ само она за коју постоји интерес пацијента да не буде откривена.

Чување професионалне тајне регулише се оп- штим законским правилима, затим посебним за- конским правилима којима се регулише одређе- на професија, потом професионалним правилима

струковних удружења, односно комора (адвокат- ске, лекарске и др.) и на крају правилима кривич- ног законодавства.

Одавање професионалне тајне повлачи за со- бом дисциплинску одговорност (нпр. пред Судом части ЛКС), али и кривичну, па и грађанску одго- ворност.

СУБЈЕКТИВНИ МОТИВИ ОДАВАЊА ПРИВАТНОСТИ ПАЦИЈЕНТА И ГУБЉЕЊА ЊЕГОВОГ ПОВЕРЕЊА

НЕПАЖЊА

Ми, лекари се љутимо ако пацијент не схвата и не слуша, одбија наше предлоге а ми смо уверени да радимо за добро пацијента, јер су наше знање и искуство тим одбијањем доведени у питање.

Дешава се да ту пред пацијентом, у присуству неке треће особе, у љутњи износимо податке ко- ји су тајна.

У неким другим приликама тог пацијента и ње- гове податке лекар узима као пример, против че- га се ми, у професионалном и људском смислу боримо.

Понекад смо тужни због немоћи пред судбином људи код којих су болест, рањавање или повреда до- вели до смрти. Оправдавајући своју немоћ ми изно- симо и оне податке који су личне природе.

Такође и наше незадовољство проузроковано ор- ганизацијским, материјалним, кадровским и дру- гим условима рада може бити моменат за одавање приватности пацијента који се лече или негују у установи у којој радимо, а све у жељи да покаже- мо да све оно што смо предузели својим знањем и вештинама, без одговарајуће техничке опремље- ности, није довољно.

Тајна се одаје и давањем писменог или усменог обавештења другоме, потврђивањем туђих прет- поставки, препуштањем медицинске документаци- је и налаза другоме и слично.

Радња откривања тајне може се извршити и не чињењем. На пример, лекар је оставио медицинску документацију незакључану и тако омогућио увид неовлашћеном трећем лицу, лекар није затворио врата своје ординације па се разговор са пацијентом чуо у холу, прозивање пацијентата по имену и презимену, пред другима и слично.

НЕЗНАЊЕ

Не знамо све о приватности, не познајемо приватности као важну особину и одлику сваке особе, па не знамо ни то да је изношење података о пацијентима одавање приватности.

НАМЕРА

Понекад у жељи да истакнемо своју улогу и важност у одређеном лечењу, ми као доказ за то износимо и личне податке, узимамо као пример судбине људи о чијој приватности би требало да бринемо.

Такође се дешава да неки свој успех у лечењу поткрепљујемо документима и записима приватне природе.

Правници кажу да ту постоји нека врста намере. Одавања приватности можемо уочити и рецимо када се пацијенти, незадовољни лечењем, третманом или односом лекара према њима, обрате суду за надокнаду учињене штете.

Лекар тада, у намери да докаже приврженост својој професији, да докаже да је учино све што је било у његовој моћи, у циљу да умањи степен учињене штете, пред лицем јавности брани себе и своју професију управо оним подацима које би дубоко у себи требало да чува.

Напажња и незнање као разлог за одање приватност могу се решити сталним указивањем на важност приватности свакога пацијента с којима лекар долази у контакт, кроз етичко образовање лекара како би добили основна знања о приватности, врстама приватности и последицама које проистичу из неуважавања или одавања приватности, односно, кроз усвајање и примену етичких стандарда.

Како успоставити равнотежу између права и потреба појединца и права и потреба заједнице? Где су границе обавезе чувања лекарска тајне и који су разлози за одавање лекарске тајне?

Не постоји кривица ако лекар открије чињенице:

По овлашћењу лица од кога је сазнало тајну

Лекар је ослобођен чувања података који су тајни подаци у свим случајевима у којима пацијент пристаје на изношење његових података личне, приватне природе.

Услов је да је пацијент способан за давање такве сагласности и професионално информисан о зна-

Из Кодекса медицинске етике Лекарске коморе Србије:

ЛЕКАР И ПРОФЕСИОНАЛНА ТАЈНА

Професионална тајна и њено чување

Члан 23

У професионалну тајну спадају сва сазнања лекара о пацијенту и о његовом личним, породичном и социјалном окружењу, као и све информације у вези са утврђивањем, лечењем и праћењем болести до којих је дошао приликом обављања позива.

Лекар је дужан да чува професионалну тајну и после пацијентове смрти.

Лекар је дужан да професионалну тајну чува и у односу на чланове породице пацијента.

Ослобађање од чувања професионалне тајне

Члан 24

Лекар је ослобођен чувања професионалне тајне ако:

1. на то пристане пацијент или његов правни заступник писменим путем;
2. ако чување тајне угрожава живот или здравље пацијента или других људи;
3. ако га на то обавезују законски прописи.

Тајна се одаје само у потребној мери и само одговарајућој особи којој су те информације потребне ради спречавања последица.

У случају ослобађања од професионалне тајне лекар о томе треба да обавести пацијента.

Начин коришћења података о пацијенту

Члан 25

Подаци о пацијенту могу бити саопштени само на начин на који је анонимност пацијентата обезбеђена.

Објављивање података о пацијенту у научноистраживачкој документацији, стручним публикацијама и приликом наставе, могуће је само уз пристанак пацијента или његовог правног заступника. При томе, мора бити обезбеђено поштовање њиховог личног достојанства.

чењу тог чина, то јест, да је пристанак за одавање властитих података дао свестан, пунолетан и душевно здрав пацијент јер је право сваког човека да располаже својим властитим добром.

На основу законској овлашћења

Законска овлашћења која омогућавају лекару да открије тајну односе се на следеће ситуације:

Лекар као сведок на суду – Лекар открива тајну искључиво суду, а суд одлучује да ли сазнату тајну треба открити;

Лекар као вештак на суду – Априори је овлашћен од суда да открије сазнату тајну (лекар није обавезан да изнесе све чињенице које је открио током обављања вештачења, већ само оне које су везане за предмет вештачења);

Пријављивање заразне болести или сумње на заразну болест – То је законска обавеза коју лекар мора поштовати;

Пријављивање кривичних дела, извршења кривичног дела или његовој извршиоца – Та обавеза лекара као службеног лица такође је регулисана законом.

Дакле, постоје животне ситуације које лекара не обавезују апсолутно на чување тајне.

Најчешће је реч о ситуацијама у којима долазе у сукоб индивидуална права пацијентата с правима других особа или је реч о сукобу права пацијента и друштвеног, заједничког пречег интереса, односно заједничко добро. То су ситуације у којима ћутање и неодавање података о појединцима представља опасност и ризик за заједницу. То су реални случајеви у којима заштита заједнице има предност у односу на приватност пацијента.

Међутим, важно је нагласити да и у тим случајевима лекар не одаје податке директно у јавност него се обраћа одговарајућим институцијама и службама које могу помоћи у решавању одређеног проблема.

Најчешће је реч о социјалној заштити. полицији, адвокатима, судовима – институцијама и службама чије чланове исто тако обавезује чување професионалне тајне.

На тај начин у заштити заједничког добра, на позив лекара, учествују суђелују и сви они који су од друштва задужени за заштиту заједничког и друштвеног добра.

Штета трећим особама

Такође када постоји штета трећим особама, односно, у случајевима и ситуацијама у којима ћутање наноси штету недужним трећим особама. Најчешће је реч о ситуацијама које су већ решене законом (преношење полних и заразних болести, уколико је особа насилна и представља опасност на радном месту и у породици, уколико јој психо-

Закључак Посебног одбора за медицинску етику РЛКЈИС

На IV редовној седници Посебног одбора за медицинску етику РЛКЈИС која је одржана 7. октобра 2019. године, чланови ПО су донели следећи закључак:

У околностима када се однос лекар-пацијент, као двострани однос, претвара у тространи и вишестрани однос, односно када се шири круг лица којима су подаци о здравственом стању пацијента доступни, чување лекарске тајне се релативизује, јер је иста проширена на све учеснике у лечењу пацијента. У том смислу се мора захтевати лична одговорност сваког појединог здравственог радника који је учествовао у лечењу појединог пацијента.

С обзиром да се лекарска тајна као професионална тајна, првенствено односи на лекаре и њихове односе са пацијентом, а имајући у виду да је круг лица који су у обавези да податке о здравственом стању пацијента чувају, сходно Закону о правима пацијентата и Закону о заштити података о личности, неопходно је утврђивати степен одговорности и осталих лица, а који је у пракси веома низак – ту спада на пример помоћно особље у здравственој установи, те треба радити на њиховој едукацији о обавези чувања података о пацијентима.

физичке способности не дозвољавају даље обављање јавне делатности, па доводи у питање животе других људи и друге ситуације).

И за те случајеве важи исто професионално правило одавања приватних података, као и у случајевима када постоји претња заједничком добру.

И за крај, специфичност односа лекара и пацијента огледа се у томе што је то заправо двоје људи, који се понекад среће и први пут у животу, у једном потпуно неравноправном односу. Пацијент који због одређених тегоба долази по помоћ код лекара који треба да одговори на сва питања са којима пацијент долази и да му помогне. Већ након првих речи, од пацијента се очекује да говори о стварима које се једним делом доживљавају као приватне или интимне.

Да би се појединци несметано обраћали за помоћ лекару, потребно је да буду сигурни да ће лица којима се за помоћ обраћају, чувати њихову личну тајну. Ако у то не би били сигурни, они се за ту помоћ не би ни обраћали. На тај начин била би доведена у питање друштвена корисност, па и сама друштвена оправданост и целисходност лекарске професије у целини. //

ИЗ КЊИГЕ МОНОГРАФИЈЕ АУТОРКЕ ПРИМАРИЈУСА
МР СЦИ. МЕД. ДР МАРИНЕ Ј. ЈАЊИЋ „ПУНЕ РУКЕ ЖИВОТА – ГИНЕКОЛОГИЈА
И АКУШЕРСТВО ВРАЊА У МАТИЦИ ВРЕМЕНА”

Лечење гинеколошко- - акушерских проблема жена у врањском крају између два светска рата

У Болници у Врању, у недостатку гинеколога, доктори других специјалности обављали су и службу лечења жена. Записано је да су међу њима биле и жене лекари, о којима је и реч у овом тексту. Оне су:

- лечиле компликације услед тешких порођаја који су се обављали у кући породиља уз помоћ обучених бабица;
- побеђивале својим оданим радом конзервативна схватања жена врањског краја и привлачиле их у болничко породилиште;
- решавале са сигурношћу и најтеже гинеколошко- акушерске случајеве;
- указивале, најкраће речено, сваку помоћ трудницама из града и села читавог врањског краја.

УВОД

Одмах после ослобођења од Турака, 1878. године, отпочела је у врањском крају успостава и српских медицинских установа и служби којих до тада уопште није било. Настајало је ново време и нове могућности и за лечење жена, за гинеколошко- акушерске интервенције.

Тако је прва цивилна Окружна болница у Врању отворена 1881. године заслугом доктора Фрање Копше. Он је смешта у адаптирани Сулејман-бегов сарај, на периферији Врања, и бива њен први управник, а истовремено је и окружни физикус. У Болници су лечене и жене.

Лечење жена до тада, у доба немањићке државе, и у време робовања под Турцима, заснивало се на утицају и коришћењу знања и искустава византијске медицине. Ти утицаји су долазили, пре свега, преко Хиландара, а у врањски крај и преко манастира Прохор Пчињски. Лечење пак у време робовања под Турцима базирало се, углавном, на дотадашњим сазнањима и искуствима тзв. етнолошке, народне медицине. Лечењем жена су се бавиле видаре, гатаре и старије жене.

И код нас, у врањском крају, према истраживањима етнолога, слично је било све до краја Првог светског рата. Према нашем сазнању оваква пракса је настављена, у много случајева, и после Првог светског рата, па има је чак и у наше време. Помоћ при порођају по селима и у граду пружале су жене „верзиране“ и са „лаком руком“. Називане су бабицама. Прихваћене су би-



СУЛЕЈМАН-БЕГОВ САРАЈ, ПРВА БОЛНИЧКА ЗГРАДА У ВРАЊУ ПОСЛЕ ОСЛОБОЂЕЊА ОД ТУРАКА

ле и као професионалне бабице, обучене за посао али нешколоване.

Долазак првих стручних бабица у Врање поклапа се са оснивањем Окружне болнице и пионирским корацима у формирању акушерске службе. Истовремено и већи број лекара, углавном опште медицине, све више се у свом раду ангажује у решавању гинеколошких и акушерских проблема.

БОЛНИЦА ЖЕНА ШКОТСКЕ

Када је реч о женама лекарима других специјалности, које су обављале и службу лечења гинеколошко- акушерских обољења у периоду између два светска рата, треба већ на почетку истаћи улогу Болнице Жена Шкотске.

Важно је да се нагласи, и за гинеколошку службу, да одмах после Првог светског рата у Врању ради Болница Жена Шкотске (Scottish Women's hospital), названа популарно Аустралијска јединица јер су њене припаднице биле из Аустралије и са Новог Зеланда, а болницу су финансирале САД. У овој болници је радило 12 лекара и 40 сестара. Имала је 500 болничких постеља и



Др Емзли Хатон

била смештена у касарни „Књаз Милош Велики“ и у баракама.

На челу ове Болнице је била као управник и главни хирург др Емзли Хатон.

У овој болници су, поред осталих, лечене и жене од компликација услед тешких порођаја, који су обављани у кући породиља уз помоћ обучених бабица.

Ова болница је радила од 1918. до 1919. године, а по њиховом одласку Окружна болница бива смештена у приватној кући Јанче Јовановића Балције, у Душановој улици. Опремљена је била инвентаром који је био поклон Болнице Шкотских Жена.

(После 37 година, 1956, она је посетила Врање и том приликом је изјавила: „Врање се није многа променило (...) Толико сам задовољна што видим ишако велику и уређену болницу. Та, што пре није било ништа.“)

ДР НИНА КОВАЉЕВА

У то време у Врању почињу да раде и лекари који су се током Великог рата школовали у Француској и Швајцарској. Такве су др Станислава Илић Гочобанка, болнички лекар, Врањанка, школована у Француској и др Нина Коваљева, болнички лекар, рођена у Русији, школована у Женеви. Она је у Окружној болници у Врању радила од 1919. године као хонорарни лекар и уједно је била и први стручни сарадник и помоћник управника болнице. У исто време радила је и Здравственој станици у селу Ратају. На коњу је обилазила пацијенте и у околним поморавским селима.



КАСАРНА ПРВОГ ПЕШАДИЈСКОГ ПУКА „КЊАЗ МИЛОШ ВЕЛИКИ“



Балцијина кућа у којој је била смештена болница

Спомињемо их јер су оне, у недостаку одговарајућих лекара-гинеколога и бабица, преузимале и гинеколошке и акушерске интервенције.

Хроничар врањског здравства, заљубљеник у Врање и његове људе, хуманиста др Михајловић, записао је о овим докторкама: „Велика заслуга др Коваљеве јесте што је као жена својим оданим радом победила конзервативна схватања жена врањског краја и привукла их у породилиште Врањске болнице где су многи тешки случајеви успешно решавани. И у њеној приватној ординацији, њена урођена приступачност приближила ју је свем становништву врањског краја, па дуго година у недостатку гинеколога обављала је службу лекара за женске болести. Рад у Врањској болници напустила је 1928. године, а у Врању је остала као приватни лекар све до 1933, када је прешла у Босански Петровац за управника тамошње болнице.“

ДР СТАНИСЛАВА ИЛИЋ ГОЧОБАНКА

Слично види доктор Михајловић и заслуге, у Врању познате докторке, Станиславе Илић Гочобанке: „Др Илић је са сигурношћу решавала у Врањској болници и *тешке гинеколошке случајеве* (Подвл. М. Ј. Ј.) Брзо се афирмисала својом умешношћу код порођаја и у неговању мале деце.“

И касније су лекари (других струка) обављали и гинеколошке-акушерска лечења.

Када је на простору Сарајине 1931. године „бановина подигла велику дрвену бараку у којој су биле смештене све здравствене службе Врањске болни-



Др Нина Коваљева

це, овде су лечене разне болести, па и „венеричне“, „све женске болести“, „побачаји“ и указивала се помоћ трудницама града и села.“

У јесен 1928. године Врање добија на име ратне одштете од Немачке прву тзв. Декерову бараку, у којој је смештен Дом народног здравља. Следеће, 1929. године, добија и другу Декерову бараку, у којој се формира нова болница. Она се налазила нешто изнад данашњег АТД-а.

У њој је од 1929. године као лекар болнице радила већ поменута, позната Врањанка, докторка Станислава Илић Гочобанка, рођена 1896. године. Она је у Врање дошла као лекар са већ стеченом лекарском праксом.

Један други хроничар медицине у Врању, наш савременик, др Вукашин Антић, који иначе, као познати историчар медицине, наставља проучавање врањског здравства, које је тако свестрано и успешно чинио пре њега др Михајловић, о др Станислави Илић пише са пуно симпатија и уважавања. Он посебно истиче њене заслуге на пољу гинекологије и породилства: „Како је Станислава Илић, пре свега, била хумана и сажалива жена, највише напора, воље и труда уложила је у лечење новорођенчади и одојчади, а онда и најтежих гинеколошко-акушерских случајева. (...) Ради и најсложеније акушерске интервенције, (...) укључујући и хируршку екстракцију плода, форцепс, декапитацију итд. (...) Била је непогрешива у акушерској дијагностици (без ултразвука и токографа...), што је знатно олакшавало посао хирургу Врањске болнице, који је обично позван да начини царски рез.“

Пишући о ширини и значају рада др Гочобанке, с правом констатује: „Само хирург није била!“

Узбудљив је њен животни и стручни пут.

Станислава Илић Гочобанка (1896–1973) пошто је у време Првог светског рата, као страдалник прешла са нашом војском врлетну Албанију, у Француској је довршила започето гимназијско образовање и Медицински факултет у граду Нансију 1922. године. У Врање је дошла као лекар са већ стеченом лекарском праксом, јер је у ослобођеној земљи, у Велесу и Гњилану, службовала у тамошњим болницама. Отуда је, како пише др Михајловић, „донела једно велико искуство, те је са успехом увек



Др Станислава Илић



Болница у Декеровој бараци

знала да савлада и најтеже случајеве. У своју ординацију привукла је својом приступачношћу и својим преданим радом велики број пацијената а нарочито жена са разним обољењима“.

Од 1933. до 1936. године била је и управник Болнице у Врању, где је истовремено, у првим месецима обнове Врањске болнице, организовала и водила болничко породилиште. „Др Илић је са сигурношћу решавала у Врањској болници и теже гинеколошке случајеве. Брзо се афирмисала својом умешношћу код порођаја и у неговању мале деце“.

Такву, богату и активност, на пољу гинекологије и акушерства наставила је и после Другог светског рата. Била је шеф породилишта од свог поновног наименовања за управника Болнице 1946. године.

Са докторкама Нином Коваљевом и Станиславом Илић у то време, између два светска рата, радила је бабица Анушка Солдатовић (1874–1962), позната као Нуне бабица. Она је 52 године у врањском крају (по сведочењу њене унук, учитељице у пензији Данке Вучковић) обављала бабичке послове. Бабичку школу је завршила у Београду. Порађала је по кућама у граду, а одлазила је по позиву и у околна села, користећи ондашња превозна средства (чезе, коње и слично).

До потпуних података о другим бабицама, које су у ово време могле радити у врањском крају, нисмо могли доћи. Наводимо само статистички податак да је, на пример, на почетку 1937. године у Вардарској бановини, којој је припадао и врањски крај, у свим установама превентивне медицине би-

ло запослено 43 лекара, 32 сестре-помоћнице, 24 здравствена помоћника и само – пет бабица.

У Врању су пре Другог светског рата, а и кратко време након њега, по казивању бабице Вере Сулеве, радиле и две бабице чијих се презимена она не сећа: Мила, као среска бабица, порађала је по кућама, и Соња као теренска бабица, која јој је као бабици почетнику помагала у раду.

ЗАКЉУЧАК

Када је реч о лечењу женских болести, о гинеколошко-акушерској проблематици у периоду о коме овде говоримо, можемо закључити да је видан напредак у односу на претходне периоде у развоју ове службе у врањском крају. Све се сигурније трасира пут ка пуној примени научне медицине. Појављују се доктори, и први пут докторке, који су других специјалности, али који уз лечење од болести које су њихова специјалност, значајно доприносе и лечењу женских болести и уопште гинеколошко-акушерској служби.

Како смо показали, докторке успешно воде борбу против заосталости у врањској средини, посебно радећи у сеоским амбулантама, и настоје да пацијенткиње оријентису на болничко лечење и порођање у болничком породилишту.

Сав тај рад и труд, може се рећи, резултира и оснивањем Гинеколошко-акушерског одељења Врањске болнице, до којега ће доћи одмах по завршетку Другог светског рата.

Прим. мр сци. мед. др **Марина Ј. ЈАЊИЋ**, гинеколог-акушер




Анушка Солдатовић (Нуне Бабица)

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ
ПОВЕРЉИВО

Број: 219

Датум: 20-03-2019
БЕОГРАД

 ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ • SERBIAN MEDICAL CHAMBER

Број: Дж – 90 – 3/2019
Београд, 26. фебруар 2019. године

Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије, именовано решењем председника Врховног суда части Лекарске коморе Србије бр. Дж – 90 – 2/2019 од 08. фебруара 2019. године у следећем саставу: мр сци. мед. Ивица Милосављевић, председник већа и др сци. мед. Радослав Радосављевић, проф. др сци. мед. Борисав Јанковић и др Душан Вапа, чланови Већа и др Радован Карацић као судија известилац, одржало је 26. фебруара 2019. године у Београду нејавну седницу, а поводом разматрања и одлучивања по жалби бр. Ди 23 – 292/2018, коју је 31. децембра 2018. године изјавила подносилац предлога, [REDACTED] против одлуке Суда части Регионалне лекарске коморе Београда, бр. Ди 23 – 289/2017 од 20. априла 2018. године, па је ово Веће, на основу одредаба из члана 246. и члана 247. Статута Лекарске коморе Србије, дана 11. октобра 2018. године донело следећу

ОДЛУКУ

1. УВАЖАВА СЕ жалба бр. Ди 23 – 292/2018, коју је 31. децембра 2018. године изјавила подносилац предлога, [REDACTED] против одлуке Суда части Регионалне лекарске коморе Београда, бр. Ди 23 – 289/2017 од 20. априла 2018. године, којом је ослобођен од одговорности спец. др мед. Предраг Полексић, специјалиста дерматовенерологије из Градског завода за кожне и венеричне болести у Београду, као основана;

2. ПРЕИНАЧУЈЕ СЕ Одлука Суда части Регионалне лекарске коморе Београда, бр. Ди 23 – 289/2017 од 20. априла 2018. године, којом је спец. др мед. Предраг Полексић, специјалиста дерматовенерологије из Градског завода за кожне и венеричне болести у Београду ослобођен од одговорности, а која сада гласи:


„...на основу одредбе из члана 247. став 1. тачка 4. Статута Лекарске коморе Србије, као и одредбе из члана 239. Статута Лекарске коморе Србије, донета је

ОДЛУКА

Лекар, члан Регионалне лекарске коморе Београда, спец. др мед. Предраг Полексић, специјалиста дерматовенерологије из Градског завода за кожне и венеричне болести у Београду, са лиценцом бр. 100620, дисциплински некажњаван,

ОГЛАШАВА СЕ ОДГОВОРНИМ

1

 ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ • SERBIAN MEDICAL CHAMBER

због тога што је дана 21. марта 2017. године поступио противно начелима медицинске етике и приликом прегледа пацијенткиње [REDACTED] понашао непрофесионално, бахато и несавесно, без указивања пацијенткињи потребне дужне пажње, супротно начелима медицинске етике и угледа лекарске професије


чиме је учинио повреду професионалне дужности и угледа члана Коморе из члана 195. став 1. тачке 2) и тачке 4) Статута Лекарске коморе Србије и члана 4. Кодекса професионалне етике Лекарске коморе Србије

- на му се на основу члана 240. став 1. тачка 1. Статута Лекарске коморе Србије изриче дисциплинска мера

ЈАВНА ОПОМЕНА

3. Свака страна сноси своје трошкове поступка;

4. Ова Одлука је **коначна**.





ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ - SERBIAN MEDICAL CHAMBER
РЕГИОНАЛНА ЛЕКАРСКА КОМОРА БЕОГРАДА - REGIONAL MEDICAL CHAMBER OF BELGRADE

ОДЛУКА ЈЕ ПРАВОСНАЖНА
Суд части РЛС Београда



Регионална лекарска комора Београда

СУД ЧАСТИ

Број: Ди 5-285/2018

Датум: 13.12.2018.године

Судско Веће Регионалне лекарске коморе Београда у саставу проф. др Мирослава Јашовић Гашић, као председник Већа, проф. др Томислав Мареновић и проф. др Далибор Паспаљ, као чланови Већа, у поступку утврђивања дисциплинске одговорности спец. др. мед. Љубомира Мишковића, лекара специјалисте гинекологије из ДЗ „Младеновац“ у Младеновцу, због повреде професионалне дужности и угледа члана Коморе из одредаба чл. 195. став 1. тачка 1. и 4. Статута Лекарске коморе Србије, а у вези члана 7. и члана 51. Кодекса медицинске етике Лекарске коморе Србије, решавајући по захтеву за покретање поступка–решења судије истражитеља спец. др мед. Јелице Поповић бр. Ди 5-153/2018 од 18.09.2018. год., а на предлог ██████████ након одржаног јавног главног претреса, дана 13.12.2018.год. доноси

ОДЛУКУ

I Члан Лекарске коморе Србије спец. др мед. Љубомир Мишковић, специјалиста гинекологије, лекар ДЗ „Младеновац“ у Младеновцу, са лиценцом број 103981,

на основу члана 234.-237. и члана 239. Статута Лекарске коморе Србије,

ОГЛАШАВА СЕ ОДГОВОРНИМ

због тога што је одбио да буде изабрани лекар новоопредељеној пацијенткињи ██████████ и пружи јој здравствену услугу у ДЗ „Младеновац“ дана 01.02.2018.године, а притом се понашао непрофесионално и неетички, супротно начелима медицинске етике и угледу лекарске професије,

чиме је учинио повреду професионалне дужности и угледа члана Коморе из одредаба члана 195. став 1. тачка 1. и 4. Статута Лекарске коморе Србије, а у вези члана 7. и члана 51. Кодекса медицинске етике Лекарске коморе Србије,

и

на основу члана 240. став 1. тачка 1. став 2. и став 7. Статута Лекарске Коморе Србије, изриче му се дисциплинска мера

ЈАВНА ОПОМЕНА

II Свака странка сноси своје трошкове настале из овог поступка.

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ
ПОВЕРЉИВО

Број: 27-06-7019
Датум: БЕОГРАД



ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ • SERBIAN MEDICAL CHAMBER

Број: Дж – 93 – 3/2019
Београд, 07. мај 2019. године

Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије, именовано решењем председника Врховног суда части Лекарске коморе Србије бр. Дж – 93 – 2/2019 од 19. априла 2019. године у следећем саставу: др сци. мед. Радослав Радосављевић, председник већа и проф. др сци. мед. Борисав Јанковић, др Славица Ђуровић Младеновић, др Душан Глигоријевић и др Мирослава Јевтић, чланови Већа и др сци. мед. Ивица Милосављевић као судија извештач, одржало је 07. маја 2019. године у Београду нејавну седницу, а поводом разматрања и одлучивања по жалби бр. Ди 17 – 122/2017, коју је 06. маја 2019. године изјавила (преко пуномоћника, адв. Љубомира Бабетића из Београда) одговорни лекар, др Марија Јовановић из Београда, против одлуке Суда части Регионалне лекарске коморе Београда, бр. Ди 17 – 93/2017 од 05. априла 2019. године, па је ово Веће, на основу одредаба из члана 246. и члана 247. Статута Лекарске коморе Србије, дана 07. маја 2019. године донело следећу

ОДЛУКУ

- УВАЖАВА СЕ** жалба бр. Ди 17 – 122/2017, коју је 06. маја 2019. године изјавила (преко пуномоћника, адв. Љубомира Дабетића из Београда) одговорни лекар, др Марија Јовановић из Београда, против одлуке Суда части Регионалне лекарске коморе Београда, бр. Ди 17 – 93/2017 од 05. априла 2019. године, као делимично основана;
- ПРЕИНАЧУЈЕ СЕ** Одлука Суда части Регионалне лекарске коморе Београда, бр. Ди 17 – 93/2017 од 05. априла 2019. године, којом је спец. др мед. Марија Јовановић, специјалиста педијатрије из Градског завода за хитну медицинску помоћ у Београду ослобођен од одговорности, а која сада гласи:

„...ОДЛУКА

I Члан Лекарске коморе Србије спец. др мед. Марија Јовановић, специјалиста педијатрије из Градског завода за хитну медицинску помоћ у Београду, са лиценцом бр. 109662,

ОГЛАШАВА СЕ ОДГОВОРНОМ

због тога што, у пружању хитне медицинске помоћи витално угроженом детету, сада преминулом малолетном ██████████ након повреде настале на фудбалској утакмици, није предузела све неопходне мере за реанимацију нарочито пре почетка, као и током транспорта возилом хитне помоћи, од места повреде до Ургентног центра, дана 29.04.2017. године,



ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ • SERBIAN MEDICAL CHAMBER

чиме је учинила повреду професионалне дужности из одредаба члана 195. став 1. тачке 2) и тачке 3) Статута Лекарске коморе Србије и члана 4. и члана 8. Кодекса медицинске етике Лекарске коморе Србије

и
на основу члана 240. став 1. тачка 1), став 2. и став 7. Статута Лекарске коморе Србије, изриче јој се дисциплинска мера

ЈАВНА ОПОМЕНА

II Свака странка сноси своје трошкове настале из овог поступка...

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

