

Број 36 //
Београд //
Јун //
2020 //
Година XII //

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ

ГЛАСНИК

ISSN 1821-3995

Активности ЛКС за време пандемије COVID 19

Анкета о оцени
ситуације

Финансијска
помоћ за лекаре

ЧИТАЈТЕ У ОВОМ БРОЈУ



11-31

*Одржан Форум
Лекарске коморе
Србије*



32-33

*Јунаци у време
џандемије корона
вирусом*



34

*Искусџво
Сџецијалне болнице
за рехабилитацију
„Јунаковић“*



39

*Учешће лекара
у џромотивним
насџујима / камџањама
у медијима*



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 главној уредници



Драге колегинице и колеге,

Започињемо овај број са најактуелнијом и најтежом темом у претходном периоду, а свакако ћемо се сложити са добрим исходом.

Писати о новом корона вирусу на значи само приказивати бројеве заражених особа, умрлих или оздрављених, те особа у самоизолацији, то значи писати о свима онима који предано и одговорно

раде свој посао у другачијим околностима од оних на које смо навикли.

Можда је било недостатака, неправди према докторима, *ad hoc* неспремности, али на крају епидемије, за сада има много добрих исхода.

Посебно бих апострофирала све здравствене раднике, своје колегинице и колеге, јер су имали изузетан задатак, те им упућујем захвалност за све оно што чине за спас и очување људских живота, јер од њиховог рада, уз мало среће која је увек потребна, зависи и исход за свакога од нас, али и за целокупно друштво.

Ипак када је најтеже, увек се рачуна на нас и свакако смо показали да смо сигуран ослонац друштва.

Молим све докторе, који имају своја искуства и желе да их пренесу свима нама, да то учине у наредном периоду.

Упознаћете се са активностима Лекарске коморе Србије за време пандемије COVID 19 и одлуком скупштине ЛКС о средствима која су опредељена за донације установама и Влади РС за набавку тестова и друге опреме потребне за борбу против COVID 19, као и финансијска средства намењена за директну подршку лекарима и њиховим породицама.

Наше уобичајене активности отпратићете кроз обраду тема из претходног периода, извештај са трећег форума Лекарске коморе Србије, о нормама извршења и информационалним системима у здравству о којима су говорили представници домаћих институција и гости из земаља региона.

Подсетићемо се прописа који директно или индиректно утичу на права пацијената и како се могу заштитити здравствени радници.

Изражавам дубоку захвалност свим докторима. Желим вам добро здравље.

С поштовањем,
Др Јасмина Павловић

Активности Лекарске коморе Србије за време пандемије COVID 19

Последња два месеца била су изузетно изазовна за нашу професију и Лекарска комора Србије је напорно радила на томе да пружи максималну подршку колегама. Највећи део онога на чему смо били ангажовани и у шта смо улагали средства у том периоду, било је засновано на очекивањима и захтевима које су лекари исказали кроз анкету Лекарске коморе Србије која је урађена током марта месеца.

Чини се да је најтежи период прошао, али не без последица по здравствене раднике који су били изложени највећем ризику током пандемије вируса COVID 19. Неки од наших колега изгубили су борбу са овим вирусом, а многи су пролазили кроз емотивне и личне кризе суочени са тешкоћама у професионалном раду.



Лекарска комора Србије је зато и у мају спровела још једну анкету међу својим члановима, како бисмо имали што бољи увид о утицају епидемије корона вируса на нашу професију, као и повратну информацију о ставовима лекара о

ефектима државних мера и предузетих активности Лекарске коморе Србије у протеклом периоду.

Захваљујемо се свим лекарима на издвојеном времену за анкете ЛКС и помоћи да дођемо до правовремених и тачних информација које су нам помогле да усмеримо своје активности, првенствено ка томе да лекарима буде обезбеђена неопходна лична заштитна опрема, финансијска подршка, олакшан долазак до докумената, као и правовремене и тачне информације.

Конкретне активности ЛКС од почетка избијања епидемије COVID 19 у Србији биле су:

- Помоћ за лекара који је оболео и хоспитализован је због COVID 19
- Помоћ породици преминулог колеге
- Помоћ Влади РС за набавку тестова за COVID 19 за тестирање лекара и остале опреме
- Помоћ здравственим установама за набавку опреме за лекаре
- Објављивали смо ажурно нове протоколе Батута и препоруке Медицинског факултета
- Посветили смо страницу на сајту ЛКС преминулим колегама – In memoriam
- Започели смо евидентирање колега који су били ангажовани у COVID болницама и амбулантама
- Кроз гостовање у медијима и саопштења за јавност залагали смо се за интересе лекарске професије
- Урадили смо дизајн постера за даљу дистрибуцију који садрже препоруке за правилно понашање током трајања епидемије
- Омогућили смо колегама онлине упис у регистар ЛКС и онлине издавање лиценце
- Продужено је важење лиценце свима којима је истекла током ванредног стања
- Осигурали смо све лекаре од професионалне одговорности

ФИНАНСИЈСКА ПОМОЋ ЗА ЛЕКАРЕ У БОРБИ ПРОТИВ COVID 19

// ОДЛУКОМ СКУПШТИНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ,
ОПРЕДЕЉЕНА СУ СРЕДСТВА ЗА ДОНАЦИЈУ И ПОМОЋ У БОРБИ
ПРОТИВ COVID 19 У ВИСИНИ ОД 46.455.000 ДИНАРА //

Одговорним, рационалним и економичним пословањем у претходним годинама, Лекарска комора Србије била је у могућности да у тренутку великог изазова пред којим се наше здравство нашло, помогне колегама и друштву.

Одлуком Скупштине Лекарске коморе Србије, опредељена су средства за донацију и помоћ у борби против COVID 19 у висини од 46.455.000 динара.

Средства су намењена здравственим установама у Србији, пропорционално броју запослених лекара, за шта је, према евиденцији о броју запослених лекара у Србији којом располаже Лекарска комора Србије, издвојено 31.455.000 динара. Средства се донирају директно здравственим установама преко регионалних лекарских комора са циљем да се лекарима обезбеди неопходна лична заштитна опрема.

Лекарска комора Србије уплатила је и 15 милиона динара на посебан наменски рачун Владе РС за набавку тестова и друге опреме за борбу против COVID 19 за лекаре у виду донације.

Привременим болницама у Београду (Сајам), Нишу (Чаир) и Новом Саду (Сајам) опредељен је износ од по 100.000 динара за сваку привремену болницу, као



помоћ за набавку потребне опреме и средстава.

Лекарска комора Србије обезбедила је и финансијска средства за директну подршку лекарима и њиховим породицама.

Свим лекарима, нашим члановима, који су оболели и хоспитализовани због инфекције COVID 19, преко регионалних лекарских комора биће исплаћена једнократна донација у износу од 30.000 динара.

Скупштина Лекарске коморе Србије донела је и посебну одлуку о исплати једнократне до-

нације породици лекара, преминулог од последица болести изазване COVID 19, у висини од 100.000 динара, са рачуна регионалне лекарске коморе, у коју је лекар уписан.

Лекарска комора Србије је поносна на изузетну посвећеност и преданост коју су сви лекари уложили радећи свој посао и што смо показали да је лекарска професија у Србији на висини задатка увек када је најтеже и да наши грађани увек могу да рачунају на нас када им је потребно. //

РЕЗУЛТАТИ АНКЕТА ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ О ОЦЕНИ СИТУАЦИЈЕ У ЗДРАВСТВУ ВЕЗАНО ЗА ПАНДЕМИЈУ КОРОНА ВИРУСА (МАРТ И МАЈ 2020)

COVID 19 – Оцена ситуације, март 2020.

Лекарска комора Србије је, по узору на лекарске коморе из земаља региона током епидемије коронавируса, спровела у марту кратку анонимну анкету како би, кроз одговоре лекара, могла боље да прати ситуацију на терену, сазна где су проблеми и ка чему да усмери своје активности, како би на најбољи начин помогла својим члановима.

До понедељка, 30. марта стигла су 2.283 одговора. Лекари који су попунили анкету у највећем броју запослени су у државном сектору (77,3 одсто), 15,1 одсто лекара је из приватног здравственог сектора, а 7,6 одсто лекара који су попунили анкету је без радног ангажовања.

Први резултати анкете показују да је током 3. недеље од почетка епидемије коронавируса у Србији, 77,1 одсто анкетираних лекара своје здравствено стање оценило као добро, односно врло добро (графикон 1).

Међутим, ЛКС би желела да скрене пажњу на психолошко стање лекара током епидемије, с обзиром на то да је готово 30 одсто лекара оценило да се осећа лоше, односно веома лоше (графикон 2).

Зато сматрамо да је од изузетног значаја да се у оквиру здравствених установа обезбеди психолошка подршка колегама.

Као одговор на питање „**Чега се највише плашите**“ највећи проценат лекара одговорио је да се плаши даље ескалације болести и наглог скока у броју заражених, панике и неодговорног понашања појединаца у друштву. Лекари су исказали страх и од тога, да ће, уколико се сами заразе, изложити ризику своје ближње.

Доступност личне заштитне опреме током марта месеца су лекари оценили углавном као задовољавајућу, изражавајући притом потребу за обезбеђивањем редовног тестирања здравствених радника и редовног снабдевања новом ЛЗО. Зато је Лекар-

ска комора Србије одлучила да донира финансијска средства здравственим установама и Влади Србије, како бисмо допринели што ефикаснијем снабдевању здравствених установа додатном ЛЗО и тестовима.

Такође, већина лекара оценила је изложеност коронавирусу на радном месту као средњу (32,7 одсто), док 41,3 одсто лекара оцењује ту изложеност као високу или веома високу (графикон 3).

Са друге стране, изложеност ризику у кућном окружењу лекари су оценили у највећем процен-

ту као ниску (84,7 одсто). Због изложености коронавирусу, према резултатима анкете, у том тренутку се налазило или је већ било у самоизолацији девет одсто лекара.

Лекарска комора Србије скреће пажњу и на податак да је чак 34,7 одсто лекара означило у том тренутку да не зна где ће радити у наредних 10 дана, што указује на потребу да се у будућности успостави боље управљање појединим

здравственим установама у систему и боља координација између свих делова здравственог система, што подразумева и укључивање капацитета приватног сектора.

Истичемо и као посебно проблематичну чињеницу да више од 30 одсто лекара није имало обезбеђене аранжмане за бригу о деци, а том проблему су посебно изложене породице у којима су оба родитеља лекари.

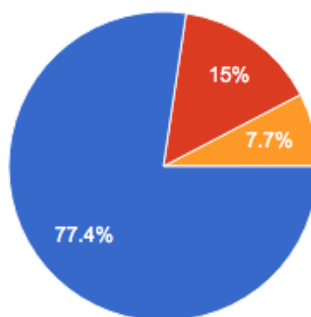
Оно што је свакако у жеку епидемије деловало охрабрујуће јесу поруке које су колеге упућивале једне другима путем анкете ЛКС, првенствено подстицајући на бригу о личној безбедности и истичући значај солидарности и колегијалности у тешким временима.

Подсећали смо једни друге и на то да треба да се што више одмарамо, хранимо здраво и пажљиво користимо личну заштитну опрему, поштујући

Radni status

2,283 responses

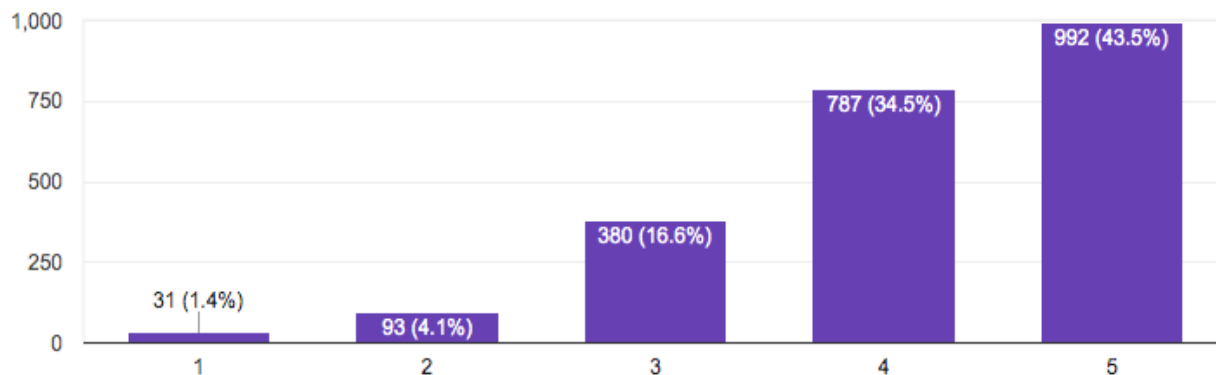
- Državno zdravstvo
- Privatno zdravstvo
- Bez radnog angažovanja



Како се осећате? Лични осећај здравственог стања



2,283 responses

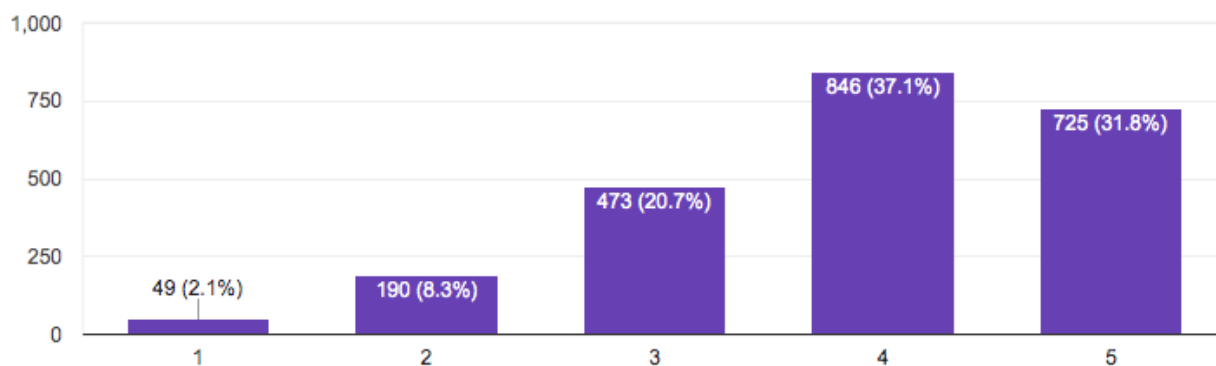


ГРАФИКОН 1

Како се осећате? Лични осећај психичког стања



2,283 responses

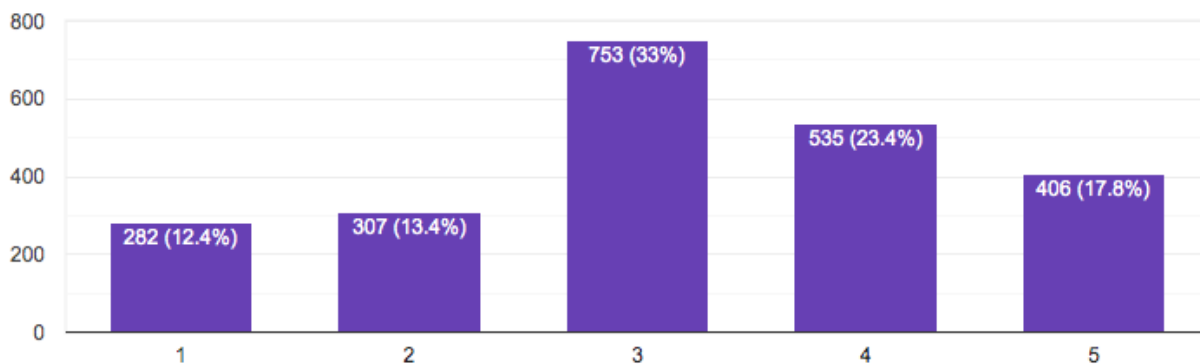


ГРАФИКОН 2

Izložnost epidemiji korona virusa na radnom mestu



2,283 responses



ГРАФИКОН 3

све алгоритме и правилнике, како бисмо се сачували од заразе. Истицали смо значај упорности и истрајности наше професије која је прва на удару

и основна одбрана, изражавајући храброст и наду да ћемо из свега овога изаћи јачи, солидарнији и искуснији. //

COVID 19 – Оцена ситуације, мај 2020.

Након анкете коју је Лекарска комора Србије спровела у марту, током треће недеље епидемије коронавируса у Србији и која је допринела бољем сагледавању тадашње ситуације, као и усмеравању нашег деловања у складу са Вашим захтевима, одлучили смо да, након укидања ванредног стања, у периоду стагнације инфекције COVID-19, кроз нову анкету упоредимо стање у здравству и задовољство лекара предузетим мерама.

Анкету Лекарске коморе Србије која је спроведена током треће недеље маја 2020. године, попунила су 1728 лекара, од чега је 80,4 одсто лекара

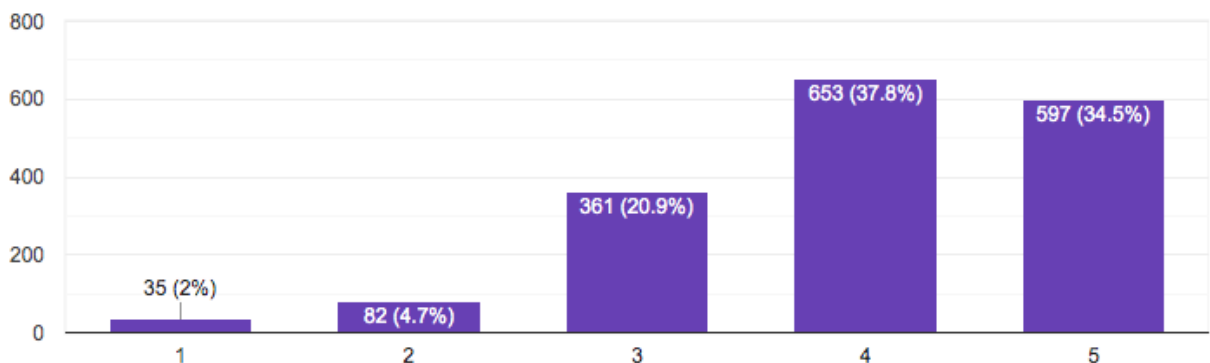
запослено у државном здравству, 14,6 одсто лекара из приватног сектора, а пет одсто лекара је без тренутног радног ангажовања.

Када је у питању лични осећај здравственог стања, нема велике разлике у односу на почетак епидемије, јер резултати показују да је 72,3 одсто лекара оценило своје здравствено стање као добро, односно врло добро (графикон 1).

Оно што је приметно је лошија оцена психичког стања, где је нешто већи проценат лекара (37,8 одсто) него што су показали резултати из марта, своје психичког стање оценио као лоше, односно веома лоше, што указује да су ванредно стање и

Како се осећате? Лични осећај здравственог стања

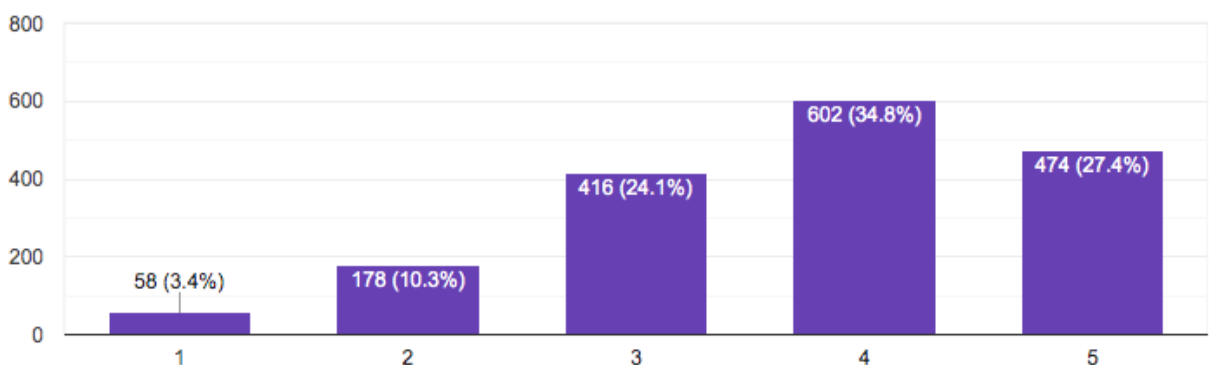
1,728 responses



ГРАФИКОН 1

Како се осећате? Лични осећај психичког стања

1,728 responses

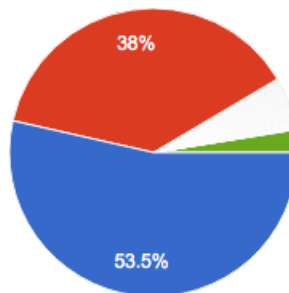


ГРАФИКОН 2



Da li ste bili radno angažovani u COVID bolnici ili ambulanti?

1,728 responses



ГРАФИКОН 3

два месеца епидемије током којих су многи лекари радили у изузетно тешким околностима, оставило последице и утицало на пораст проблема професионалног сагоревања (графикон 2).

Лекарска комора Србије зато сматра да би за колеге који су радили у COVID болницама, хитним службама и свим другим службама које су биле на удару епидемије, требало обезбедити додатни финансијски стимуланс и психолошку подршку.

У COVID болници или амбуланти, било је ангажовано 53,5 одсто лекара који су учествовали у овом истраживању Лекарске коморе Србије (графикон 3).

Због изложености корона вирусу, 10,8 одсто лекара је било у самоизолацији, а 2 одсто лекара је било на болничком лечењу, док је код 2,1 одсто лекара од COVID-19 оболео неко од њихових укућана. Резултати показују и да је 73,4 одсто лекара који

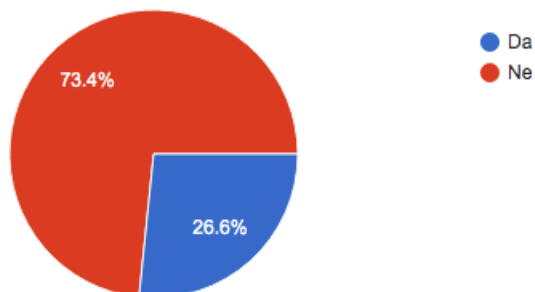
су учествовали у анкети тестирано на COVID-19 (графикон 4).

Доступност личне заштитне опреме на радном месту је 62,9 одсто лекара оценило највишим оценама. Лекари су исказали задовољство и степеном доступности нових, стручних информација везаних за вирусну инфекцију COVID-19 на радном месту, јер је 70,3 одсто лекара потврдило да је на послу добијало правовремене информације (графикон 5).

Са друге стране, задовољство предузетим активностима Лекарске коморе Србије током пандемије COVID-19, исказало је чак 70,9 одсто анкетираних лекара, што показује да су активности ЛКС препознате од стране колега као позитивне (графикон 6). Многе колеге замериле су нам јер нису биле упознате са радом Коморе, што указује на то да у наредном периоду Лекарска комора Србије треба више пажње да посвети редовном информисању лекара

Da li ste se testirali na COVID 19?

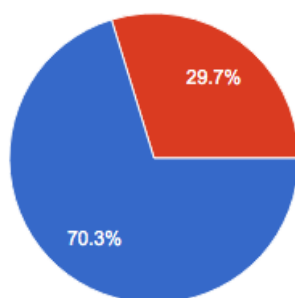
1,728 responses



ГРАФИКОН 4

Da li ste pravovremeno na radnom mestu dobijali nove, stručne informacije vezane za virusnu infekciju izazvanu COVID-19?

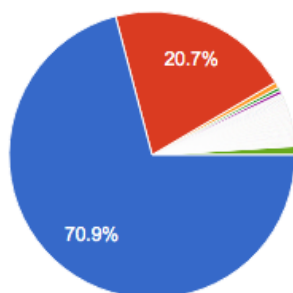
1,728 responses



ГРАФИКОН 5

Da li ste zadovoljni preduzetim aktivnostima LKS u vreme pandemije COVID -19?

1,728 responses



ГРАФИКОН 6

о својим активностима, првенствено преко пет регионалних лекарских комора.

Питали смо наше чланове да нам предложe активности Лекарске коморе Србије у наредном периоду за које сматрају да би биле од највеће користи за струку и највише одговора односи се на даље залагање за побољшање друштвеног и економског

статуса лекара у Србији, регулисање питања допунског рада лекара, обезбеђивање већег броја онлајн курсева за прикупљање КМЕ бодова, омогућавање онлајн обнављања лиценце, даље залагање за одбрану струке и борбу против надрилекарства, као и залагање за изједначавање права приватних лекара са државним. //

ОДРЖАН ТРЕЋИ ФОРУМ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ

// ТРЕЋИ ФОРУМ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ ОДРЖАН ЈЕ 28. ФЕБРУАРА 2020. У ХОТЕЛУ КРАУН ПЛАЗА У БЕОГРАДУ. И ОВЕ ГОДИНЕ ФОРУМ ЈЕ БИО ПОСВЕЋЕН АКТУЕЛНИМ ТЕМАМА, НОРМАМА ИЗВРШЕЊА И ИНФОРМАЦИОНИМ СИСТЕМИМА У ЗДРАВСТВУ О КОЈИМА СУ ГОВОРИЛИ ПРЕДСТАВНИЦИ ДОМАЋИХ ДРЖАВНИХ ИНСТИТУЦИЈА И ГОСТИ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ ИЗ ЗЕМАЉА РЕГИОНА //

Скуп је отворио др Милан Динић, директор Лекарске коморе Србије, рекавши да су доношење новог Закона о здравственој заштити у априлу прошле године и рад на подзаконским актима утицали на избор овогодишњих тема, сада већ традиционалног Форума Лекарске коморе Србије. Др Динић се захвалио представницима домаћих институција који су били гости предавачи на форуму, као и колегама из региона са којима, дужи низ година, постоји јако добра сарадња.

Први панел овогодишњег форума био је посвећен критеријумима за утврђивање норми извршења и индикаторима квалитета. Други панел био је посвећен развоју информационих технологија у здравству, умрежености здравствених установа и начину на који је систем дијагностички сродних група повезан са информационим здравственим системом.

Форуму су присуствовали председници регионалних лекарских комора, делегати Скупштине Лекарске коморе Србије и чланови других тела и органа ЛКС и РЛК, као и представници државних институција, Министарства



здравља РС, Републичког фонда за здравствено осигурање, Института за јавно здравље Србије Др Милан Јовановић Батут, Агенци-

је за акредитацију здравствених установа, као и представници комора здравствених радника и гости из региона.



I панел

НОРМЕ ИЗВРШЕЊА И КРИТЕРИЈУМИ ЗА УТВРЂИВАЊЕ НОРМИ ИЗВРШЕЊА

Предавачи:

- Др Весна Хорозовић, Институт за јавно здравље Србије
- Др Мирјана Милошевић, Министарство здравља Републике Србије
- Др Харун Дрљевић, Лекарска комора Федерације Босне и Херцеговине
- Др Александар Мугоша, Лекарска комора Црне Горе
- Др Весна Штефанчић Мартић, Лекарска комора Хрватске
- Др Маја Вајагић, Лекарска комора Хрватске

- Др Саша Вујновић, Комора доктора медицине Републике Српске

II панел

ИНФОРМАЦИОНИ СИСТЕМИ У ЗДРАВСТВУ, ИНТЕГРИСАНОСТ И РАЗМЕНА ПОДАТАКА

Предавачи:

- Др Зденка Чебашек – Травник, председница Лекарске коморе Словеније
- Никола Радоман, Министарство здравља РС
- Др Саша Вујновић, Комора доктора медицине Републике Српске
- Др Харун Дрљевић, Лекарска комора ФБиХ
- Др Маја Вајагић, Лекарска комора Хрватске
- Вукашин Радуловић, компанија Хелиант



ПРВИ ПАНЕЛ

Норме извршења и критеријуми за утврђивање норми извршења

Др Весна Хорозовић,

шеф одељења за унапређење и праћење квалитета здравствене заштите у Србији, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“

Здравствене организације у многим земљама у транзицији, па тако и у Србији, суочавају се са различитим изазовима услед ограничених средстава и велике потребе за реорганизацијом пружања услуга. У том смислу, кадровски, односно људски ресурси су, за разлику од осталих ресурса који су стабилни и предвидљиви, сложени за управљање, захтевни за постизање ефективности, споро се стварају а брзо нестају. Високо су специфични, јер често у исто време постоји и вишак и мањак кадра, зависно од делатности, територије и других услова.

У Републици Србији су стандарди и норме за здравствену делатност дефинисани кроз два законска акта:

1. Уредба о плану мреже здравствених установа

Овом уредбом утврђује се План мреже здравствених установа, и то број, структура, капацитети и просторни распоред здравствених установа у јавној својини и њихових организационих јединица по нивоима здравствене заштите, организацији пружања хитне медицинске помоћи, као и друга питања од значаја за организацију система здравствене заштите у Републици Србији.

2. Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе

Овим правилником прописују се ближи услови у погледу кадра, опреме, простора и лекова који се оснивају и обављају здравствене делатности, односно одређених послова здравствене делатности, морају испуњавати здравствене установе, односно други облици здравствене службе (приватна пракса).



Елементи за израду норматива су:

- Последња доступна процена броја становника Републичког завода за статистику, просечна густина насељености (2018), број осигураних лица...
- Критеријуми које дефинише Уредба о плану мреже
- Критеријуми које дефинише Правилник о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе
- Додатни елементи (опрема, заузетост постељних капацитета, мере извршења)
- Мере извршења у ПЗЗ и специјалистичко-консултативним делатностима
- Мере извршења за докторе медицине специјалисте у болничкој и поликлиничкој делатности
- Мере извршења за докторе медицине специјалисте у дијагностичкој делатности

ПЛАТЕ ЛЕКАРА У ПРИМАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

Плата лекара у ПЗЗ састоји се од основног дела плате и дела плате по основу радног учинка (највише 8,08 одсто) који се састоји од разних компоненти (регистрација, ефикасност, дијагностичко-тера-

пијске процедуре, квалитет здравствене заштите), али 50 одсто тог варијабилног дела чине индикатори квалитета здравствене заштите.

Показатељи квалитета који се рачунају у капитационој оцени (општа медицина):

1. Процент регистрованих осигураника старијих од 45 година који су имали скрининг за рано откривање дијабетеса типа 2 у последње 3 године.

Кадровски, односно људски ресурси су, за разлику од осталих ресурса који су стабилни и предвидљиви, сложени за управљање, захтевни за постизање ефективности, споро се стварају а брзо нестају

2. Процент регистрованих осигураника мушког пола од 36 до 69 година старости и број осигураника женског пола од 45 до 69 година који су имали скрининг за рано откривање кардио-васкуларног ризика у последњих 5 година.

3. Процент регистрованих осигураника старијих од 50 година до навршених 74 године којима је урађен тест на крвављење у столицу у последње 2 године.

4. Процент регистрованих осигураника старијих од 18 година који су имали скрининг за рано откривање депресије у последњих годину дана.

5. Процент оболелих од хипертензије (И10-И15) којима је урађено електрофизиолошко снимање везано за кардио васкуларни систем (ЕКГ) у последње 3 године.

6. Процент пацијената са инфарктом миокарда (И21, И22, И23, И25.2) којима је урађено електрофизиолошко снимање везано за кардио-васкуларни систем (ЕКГ) у последњих годину дана.

ПЛАТЕ У БОЛНИЦАМА

Здравственим установама које су укључене у пилот фазу ДСГ, утврђује се укупна накнада на годишњем нивоу на начин да се 95% накнаде уговара у фиксном износу, а 5% у варијабилном износу. Варијабилни износ (80% ДСГ учинак и 20% показатељи квалитета) се користи за лекове, санитарски материјал, енергенте, материјалне трошкове, плате).

Квалитет извршених здравствених услуга утврђује се на основу показатеља:

- стопа првих прегледа у амбуланти;
- просечна дужина болничког лечења;
- критеријум за пријем у болницу;
- стопа ДСГ пружених у оквиру дневне болнице;

– стопа пацијената третираних резервним антибиотцима.

ПРАЋЕЊЕ КВАЛИТЕТА ЗДРАВСТВА У СРБИЈИ

Када говоримо о систему праћења квалитета здравства у Србији, све је почело 2004. године када је Министарство здравља донело Одлуку о показатељима квалитета. Од тада су донета два правилника о показатељима квалитета рада здравствених установа, 2007. и 2010. године. Одржано је седам националних конференција о сталном унапређењу квалитета у периоду од 2005. до 2011. године. Донета је Стратегија за стално унапређење квалитета здравствене заштите и безбедности пацијената (2010–2015.) са пратећим акционим планом, урађена је евалуација те стратегије.

Све здравствене установе увеле су интегрисани план унапређења квалитета од 2010. године. Формирана је Агенција за акредитацију здравствених установа 2008. године.

Иако акредитација здравствених установа у Републици Србији није обавезна, велики број установа, државних и приватних, је приступио добровољној акредитацији.

Акредитовани су бројни стручни скупови о унапређењу квалитета у Институту за јавно здравље Србије. Обављено је и рангирање здравствених установа, па су у једном периоду најбоље здравствене установе биле и награђиване.

Донет је Закон о правима пацијената 2013. године, Закон о здравственој заштити и Закон о здравственом осигурању 2019. године, а у току је израда новог Правилника о показатељима квалитета здравствене заштите.

ИНДИКАТОРИ КВАЛИТЕТА

Институт за јавно здравље Србије заједно са мрежом института и завода за јавно здравље, прикупља податке о квалитету, анализира те податке и саставља годишње извештаје које доставља Министарству здравља и публикује на свом сајту. У току је израда нових индикатора, а тренутни индикатори квалитета на примарном нивоу здравствене заштите су:

- Изабрани лекар – одрасло становништво
- Изабрани педијатар
- Изабрани гинеколог
- Стоматолошка здравствена заштита
- Патронажа
- Медицина рада
- Хитна медицинска помоћ
- Апотеке

Болнички индикатори су:

- Показатељи за установу у целини
- Интернистичке гране
- Хируршке гране
- Гинекологија и акушерство
- Педијатрија
- Ургентна медицина
- Показатељи квалитета вођења листа чекања
- Безбедност пацијената

Остали показатељи су:

- Здравствена делатност која се обавља на више нивоа (заводи за јавно здравље, за вирусологију, антирабичну заштиту, трансфузију крви...)
- Показатељи задовољства корисника
- Показатељи задовољства запослених
- Интегрисани план унапређења квалитета у здравственој установи
- Едукација

Испитивање задовољства корисника, које се такође користи као показатељ, се спроводи у свим здравственим установама од 2004. године једном годишње, а такође се једном годишње спроводи и испитивање задовољства запослених у свим здравственим установама.

БУДУЋИ ПЛАНОВИ

Квалитет нам је стратешка оријентација развоја здравствене службе, као и медицинска документација у електронској форми, што ће омогућити аутоматско праћење индикатора. Јако нам је битно да се укључи приватни сектор и циљ нам је да све здравствене установе и приватне праксе буду укључене у те промене.

Унапређење фокуса на безбедност пацијената је такође један од циљева, као и дефинисање стандарда квалитета и давање подстицаја установама које остварују стандарде квалитета. Приликом закључивања уговора са Републичким фондом за оне здравствене установе које су у поступку акредитације добиле сертификат о квалитету прдвиђено је да имају предност.

Предстоји нам и даљи рад на унапређењу капитације, ДРГ, као и оптимизацији Плана мреже здравствених установа. //

Др Мирјана Милошевић,

лекар консултант Другог пројекта развоја здравства Србије, Министарство здравља Републике Србије



Када полазимо од примарне здравствене заштите, у Србији постоји концепт изабраног лекара. Пацијенти се опредељују за лекаре из области опште медицине, педијатрије, гинекологије и стоматологије. Постоји Уредба о корективном коефицијенту која дефинише плате за једину категорију запослених у јавном сектору у здравству а то су лекари на примарном нивоу, изабрани лекари који имају варијабилни део плате. Варијабилни део плате у износу од четири одсто се обрачунава управо на основу капитационе оцене. Колеге, лекари у домовима здравља и заводима за здравствену заштиту извештавају о свом раду путем електронске фактуре, онда се ти подаци обрађују у Дирекцији РФЗО који на кварталном нивоу износи такозване капитационе оцене за изабраног лекара.

Капитациона оцена је онда основа за израчунавање варијабилног дела плате од 2012. године. Од 1. јануара 2019. године на снази је нова капитациона формула коју смо осмислили управо у сарадњи са РФЗО, са идејом да се много више у оквиру исте вреднује квалитет.

Како изгледа та нова капитациона формула? Она се састоји од четири основна параметра: регистрација (број пацијената), ефикасност (број посета), квалитет (нови показатељ који има највећи удео у самој оцени и који се састоји од низа показатеља квалитета за сваку од специјалности- укупно 56 – Табела 1) и критеријум дијагностичко-терапијске процедуре (број пружених ДТП услуга).

Осмислили смо корективне коефицијенте који имају задатак да на неки начин нивелишу лекаре, односно да их ставе у исту стартну позицију. На

ПОКАЗАТЕЉИ КВАЛИТЕТА У ПРИМАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

Показатељи квалитета у примарној здравственој заштити

ОПШТА МЕДИЦИНА – 23 показатеља

1. СКРИНИНЗИ

- КВБ
- Дијабетес
- Карцином дебелог црева
- Депресија

2. МЕНАЏМЕНТ ХРОНИЧНИХ БОЛЕСТИ

- Дијабетичари
- Превенција дијабетичне ретинопатије
- Превенција дијабетичног стопала
- Контрола гликемије, ХБА1Ц, ГА, ЛДЛ
- Хипертоничари
- Контрола ГА, ЕКГ, укупни холестерол, гликемија
- Пацијенти са инфарктом миокарда
- Конторила ГА, ЕКГ, укупни холестерол, триглицериди, ХДЛ, ЛДЛ, гликемија

ГИНЕКОЛОГИЈА – 8 показатеља

1. СКРИНИНЗИ

- Карцином дојке
- Карцином грлића материце

2. ПРЕВЕНТИВНИ ПРЕГЛЕДИ

- Очување здравља
- Планирање породице

3. ТРУДНИЦЕ

- Превенција гестацијског дијабетеса
- Превенција ЕПХ гестозе

ПЕДИЈАТРИЈА – 12 показатеља

1. ПРЕВЕНТИВНИ ПРЕГЛЕДИ

- Одојчад (УЗ кукова)
- Деца предшколског узраста
- Деца школског узраста

2. ВАКЦИНАЦИЈА

СТОМАТОЛОГИЈА – 13 показатеља

1. ПРЕВЕНТИВНИ ПРЕГЛЕДИ

- Деца предшколског узраста
- Деца школског узраста
- Циљани прегледи – ортодонтске аномалије, каријес, парадонтопатија

2. ПРЕВЕНТИВНЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

- Заливање фисура
- Апликација флуорида

ТАБЕЛА 1

пример, лекара који ради у централној градској општини и лекара који ради у истуреној амбуланти у руралном подручју и који има практични проблем да све своје пацијенте сакупи на једном месту.

Оно што је кључни показатељ капитационе формуле је квалитет и до сада смо имали ту праксу да се одређене услуге које представљају превентивне услуге и које су се сматрале мером квалитета досадашње капитационе формуле, мере простим бројањем услуга. Сада смо од 2019. године направили један заокрет, односно тај критеријум је конципиран на обухвату, односно броју пацијената који су обухваћени услугом.

Генерално, у примарној здравственој заштити читава капитациона формула је оријентисана ка превентиви.

Све ове услуге које се пружају у оквиру примарне здравствене заштите јасно су дефинисане Правилником о обиму и садржају односно правилником који прописује колико тачно одређених превентивних услуга лекар може да пружи свом пацијенту у периоду од годину дана. За одређене услуге као

што су скрининзи постоји и већи временски период у коме пацијент може да добије једну од тих услуга. На тај начин је конципирана и калкулација за капитациону оцену.

Резултати показују да је код већине скрининга дошло до повећања обухвата пацијената у последњем кварталу, што значи да има ефекта.

Оно што је видљиво јесте да постоји тренд раста капитационе оцене на нивоу Републике Србије, што показује да постоји позитиван тренд и мислим да су се колеге у домовима здравља организовале да на бољи начин направе обухвате својих пацијената.

Оно што је нама најважније и што показују најновији резултати успеха појединачних домова здравља, где међу најбољима има и малих и великих домова здравља, односно установа примарне здравствене заштите које су постигле изузетне резултате, јесте да се показује да капитациона формула не фаворизује велике или мале домове здравља, већ је учинак заснован на организацији и квалитету рада установе.

СЕКУНДАРНА И ТЕРЦИЈАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

У 2019. години смо официјално, после година припрема, кренули са променом модела плаћања по систему дијагностички сродних група (ДСГ) у 57 акутних болница, укључујући опште болнице, све клиничко-болничке центре, као и специјализоване болнице.

Са РФЗО здравствена установа сада уговара 95 одсто фиксног буџета а пет одсто је варијабилни део за који се практично здравствене установе боре кроз ДСГ учинак. Тих пет одсто зависи од две ствари, једно је збир коефицијената ДСГ у износу од 80 одсто, а 20 одсто зависи од показатеља квалитета.

У 2020. години показатељи су:

Стопа првих амбулантних прегледа – Код нас постоји тај проблем што се у секундарним установама доста пацијената који су хронични болесници лечи амбулантно, тако да смо ми покушали да мотивишемо здравствену установу да смањи број контролних прегледа у амбулантама.

Просечна дужина болничког лечења – Чињеница је да је од 2019. године од када је уведен ДСГ систем за око осам одсто смањена дужина хоспитализације.

Стопа леталитета након 48 часова – Тај показатељ нам се није баш добро показао с обзиром на то да постоје установе у које, по правилу долазе врло тешки пацијенти где постоји висока стопа морталитета, па смо за 2020. годину заменили тај критеријум са критеријумима за пријем. Сада пратимо колико имамо хоспитализација у болницама које немају тачно дефинисан критеријум за пријем.

Стопа ДСГ пружених у оквиру дневне болнице – Наше здравствене установе нису имале тај тренд да оне услуге које су по светским стандардима намењене дневној болници то и спроводе у тим условима, већ имамо тренд збрињавања пацијената на стационарном делу, тако да ту желимо да подстакнемо прелазак на дневну болницу тамо где је то медицински оправдано.

Стопа пацијената третираних „резервним антибиотцима“ – Веома битан показатељ рада.

Остварени су помаци, посматрано кроз четири квартала. Резултати показују да су 24 здравствене установе имале позитиван учинак, односно добили су својих пет одсто варијабилног дела и преко тог процента (8,47 одсто је највећи остварен учинак), што су колеге из тих установе осетиле као додатак на плату, док 33 здравствене установе нису успеле да остваре позитиван учинак (2,82 одсто је најмањи остварен учинак).

Критеријуми за мерење радног учинка по лекару су следећи:

- Просечан трошак по пацијенту по лекару (40 одсто)
- Збир тежинских коефицијената по лекару (40 одсто)
- Однос првих амбулантних прегледа и укупног броја амбулантних прегледа по лекару (20 одсто).

Такође, оно што је важно напоменути јесте да не поредимо установе различитих капацитета, па тако ни колеге исте специјалности који раде у установама, односно категорисали смо установе у три групе:

Категорија 1 – Установе са капацитетом до 400 постеља

У болницама категорије 1 имамо солидан број, односно око трећину лекара који су са изузетно малим оценама, до 2, док највише лекара има ту средњу оцену односно око 4 и 5. Подаци се калкулишу на кварталном нивоу и достављају унутар Министарства здравља управама здравствених установа. Оно што је интересантно и што нам већина директора здравствених установа кажу је да коначно имају црно на бело неку калкулацију, са свим својим врлинама и манама која осликава њихову личну слику о колегама, јер они добијају списак имена лекара са оценама које су засноване на поменутих показатељима.

Категорија 2 – Установе са капацитетом већим од 400 постеља

У болницама изнад 400, највећи број лекара је са просечном оценом у делу од 4 до 6, што је добар резултат. Генерално у свим болницама, постоји тај један очекивани број људи који ради изузетно добро, имају изузетно добре оцене и један значајан број колега који немају остварену добру оцену.

Категорија 3 – Установе терцијарног нивоа

У болницама категорије 3 такође постоји значајан број колега са изузетно лошим учинком. //

Др Харун Дрљевић,

председник Лекарске коморе Федерације Босне и Херцеговине

Када сам прихватио позив да дођем на конференцију Лекарске коморе Србије, радећи на припреми за тему стандарда и норматива, дошао сам до једне књиге која има 700 страна и која обухвата све нивое здравствене заштите. Та књига има гомилу података, табела, бројки и ја сам одлучио да не правим презентацију, него да вам из угла председника Коморе лекара кажем нешто о тој, како је ми зовемо, Плавој књизи.

Пре стандарда и норматива који су у Федерацији Босне и Херцеговине обављени 2014. године, постојала је плава книга која је објављена 1986. године.

Мислили смо да од те књиге не може да се направи гора, али се показало да може. За то се побринуо министар здравља 2014. године, који је наредбом министра, без јавне дискусије и консултовања са стручним телима, без парламента, увео тај нови документ као обавезу.

Оно што могу да закључим читајући те стандарде и нормативе око којих смо имали рат са мини-

Реформа здравства треба да почне са реформом здравственог динара, а не новим стандардима и нормативима, јер докле год је такав систем, прављење стандарда и норматива ће увек генерисати исте грешке

стром јер смо добили пет дана да прочитамо и упознамо се са тим, јесте да они који су писали књигу не знају ништа о клиничкој пракси, о ономе што се дешава унутар здравственог система у Федерацији БиХ, нити су упознати са стањем на терену.

ФБиХ је врло комплексан административно политички организам који има десет кантона који су врло различити и не могу исти стандарди да се примене на читавој територији, што изазива не само дискриминацију пацијената, већ и лекара који треба да примењују све то у пракси.

Аутори су стандарде и нормативе писали не по препоруци науке и струке, него по препоруци власти која покушава да здравствени систем добије што мање пара.

Такође, стандарди и нормативи уопште не узимају у обзир већ тада наглашене демографске промене, негативне параметре који су се десили унутар становништва ФБиХ, не уважавају старење становништва у одређеним деловима земље.

Укратко, основа стандарда и норматива је тим који сачињава лекар и медицинска сестра. Они су практично уређени у примарној здравственој заштити по броју пацијената по једном тиму, а у секундарној здравственој заштити ту се још додаје број лежећих пацијената на 1000 становника, односно просечни број лежећих дана на 1000 становника.

Кад су нормативи у питању, они подразумевају дефинисање времена које се одређује минутима, колико је потребно да се уради одређена претрага и нормативи медицинског кадра који се изражавају кроз састав тима у примарној, у секундарној кроз састав тима у односу на специјалност и у терцијарној кроз састав радног тима и броја осигураних особа.

Врло кратко, основа у породичној медицини је један доктор медицине и једна медицинска сестра/техничар. Подељено је да буде један тим на

1100 пацијената у узрасту до 6 година, од 6 до 19 један тим на 1700. Од 19 година иде један тим на 3300 становника.

Кад то саберете, добијете да три тима у породичној медицини могу да покрију око 9100 становника. Мене интересују лекари у овом случају, јер то значи да читаву територију Федерације БиХ где живи мало више од 2,1 милиона грађана потребно 692 лекара.

Код секундарне и терцијарне здравствене заштите, извукао сам само два параметра. Један је параметар интернистички, па сам изабрао кардиологију, због растућих потреба становништва, и из хирургије једног пластичног хирурга. Кад саберете то све, дође да укупан број пластичних хирурга у Федерацији треба да износи 12,1 а да је довољан број кардиолога негде



око 25. Када сам видео да је потребан 12,1 пластични хирург за читаву територију Федерације БиХ, назвао сам Клинички центар у Сарајеву и питао их колико имају пластичних хирурга. Рекли су ми да их има 11. По овим стандардима, ни у Тузли где их има 5, ни у Зеници где их има 9, у Мостару, Бихаћу, нигде више не треба да постоји пластични хирург.

Са кардиолозима је иста прича. У Клиничком центру у Сарајеву раде 24 кардиолога, људи падају са ногу, не могу да постигну све. Што значи да у осталим установама у другим градовима опет не би требало да буде више ниједан кардиолог.

Нама одговарају из министарства да, ако нам треба, запослимо више, нема проблема, развучите те паре које су намењене. То је безобразлук који се нама дешава у ФБиХ, они уопште не оспоравају да треба више лекара, али су нам средства ограничена на прописане норме.

Друга ствар, ако погледате ове бројеве, видите да по овим стандардима нико не може да оде на годишњи одмор, боловање, едукацију јер ови стандарди и нормативи не препознају едукације. Ми знамо да свака добростојећа кућа настоји да има неког лекара у некој другој клиници у иностран-

ству или у земљи, где покушава да дође до нових дијагностичко-терапијских метода. То ови стандарди не препознају.

Суштина је у томе што се у ФБиХ Фонд здравствене заштите којим располаже држава, конкретно влада, намеће медицинско-академској заједници као послодавац. Уместо да буду сервис, да буду подршка струци, они представљају намесништво које нам говори шта је то за нас најбоље унутар стандарда и норматива.

Фондови здравствене заштите у Федерацији су јако велики, то су највећи фондови који постоје и нема шансе да се до њих може доћи путем струке, њих контролишу премијери одређених кантона, односно премијер Федерације.

Проблем кад су стандарди и нормативи у питању је и тај што они неће никад бити бољи док имамо овај систем у коме постоји доминација политике над струком. О томе се не говори у овим бројкама. Зато реформа здравства треба да почне са реформом здравственог динара, а не новим стандардима и нормативима, јер докле год је такав систем, прављење стандарда и норматива ће увек генерисати исте грешке.

Реформа здравства је у целој БиХ високо позиционирана у предизборним кампањама свих политичких партија а кад се заврше кампање, без обзира ко је победник а ко губитник, та реформа пада у заборав. Ми законе у здравству можемо мењати сваких седам дана, али реформа је нешто што мора бити добро осмишљено и што мора трајати најмање 70 наредних година. Не постоји парцијална реформа, постоји промена комплетног система, како у нашим главама, јер још живимо на нивоу социјалистичке републике БиХ, СИЗ-ова, фондова и односа према самој струци, тако и до политичке ситуације у коју смо сви гурнути. //

Др Александар Мујоша,
председник Лекарске коморе Црне Горе

Црна Гора је мала земља, са 600.000 становника, имамо неким чудом и 2300 лекара, што нас је довело у европски просек. Из неког разлога, црногорски лекари још увек не емигрирају у тако великом броју као колеге из региона. Међутим, и поред тог броја лекара, постоји неравномерна распооређеност кадрова у појединим деловима земље, постоји одређени проценат лекара који живи добро или веома добро, али највећи број лекара живи у лошим социоекономским условима и у лошем социоекономском статусу. Плата доктора медицине у Црној Гори је за 20 евра већа од просечне плате у земљи.

Што се тиче норматива и стандарда, слична је ситуација као у Србији.

Оно што је реалност јесте да је лекар у примарној здравственој заштити принуђен да прегледа дневно око 50 пацијената. Проблем је и обрачун зараде јер, без обзира на капитацију, лекари на



Наше колеге из развијеног света већ годинама говоре о „велбиинг“ економији, о људима који су задовољни на свом радном месту. Док ми овде своје лекаре оптерећујемо изнова новим правилима, нормама, они размишљају о томе да скраћују радно време и мање оптерећују своје људе

крају месеца опет не знају како су им обрачунате зараде, али оно што сигурно знају јесте да нису обрачунате са фактичким радом који су остварили тог месеца.

Наравно да, то је наш заједнички проблем, томе доприноси и начин финансирања здравственог система, финансирање из државног буџета, што је од четири позната система финансирања здравства, препознато као најлошији, јер свака економска криза изазива резове у финансирању.

И у Црној Гори, као и у Србији имамо дискранцу између огромних права пацијената и ресурса за остваривање тих права, како кадровских, тако и просторних, техничких и финансијских и, докле год се те три категорије не ускладе, имаћемо проблеме.

Наше колеге из развијеног света већ годинама говоре о „велбиинг“ економији, о људима који су задовољни на свом радном месту. Док ми овде своје лекаре оптерећујемо изнова новим правилима, нормама, они размишљају о томе да скраћују радно време и мање оптерећују своје људе, посебно

кад су у питању здравствени радници јер је проценат здравствених радника који пате од „бурнаут“ синдрома много већи од процента који постоји у општој популацији.

Оно што је ново у Црној Гори је нови Закон о раду и нови Закон о здравственој заштити. Сада су предвиђене неке норме које могу да нас на неки начин заштите, а то је ограничење прековременог рада. Мораће да постоји наша сагласност за дужи рад, затим уговор о допунском раду и то ће нам све помоћи да се некако заштитимо јер, чини се да ми функционишемо добро, упркос свом труду Министарства здравља и људи који се баве политиком да нам то отежају. //

Др Маја Вајаић,

Хрватски завод за здравствено осигурање и чланица Комисије за јавно-здравствену делатност Лекарске коморе Хрватске

Чини ми се да сви здравствени системи у региону имају сличне проблеме. У Хрватској је нови Закон о здравственој заштити ступио на снагу 1. јануара 2019. године али није још имплементиран јер нису промене сви подзаконски акти и још смо у фази њихове измене. Закон о здравственом осигурању се ту није много мењао.

У Хрватској су на снази правилници о минималним условима како треба да изгледају тимови, како треба да изгледају болничка одељења. Имамо мрежу која дефинише потребан број тимова на примарном нивоу, број кревета у болницама.

Влада Републике Хрватске, односно Министарство здравља заједно са Заводом за здравствено осигурање су 2013. године схватили да постоји огроман проблем у здравству, поготово када се ради о финансијским ресурсима, када се кренуло у једном смеру, ка идеји развоја квалитета, односно повезивања развоја квалитета здравствене заштите са моделима плаћања. Морам рећи да тај развој иде споро, да ми који то радимо нисмо са тим задовољни.

Хрватски завод за здравствено осигурање иначе, од 2015. године, није више у државном буџету, већ располаже средствима из доприноса грађана, наравно под капом Министарства здравља. Има неку слободу другачије расподеле средстава, међутим, треба имати на уму да је у Хрватској активних осигураника свега 35 одсто. То је проблем који имамо сви, јер смо суочени и са одласком младе радне снаге. Тако да ако од 100 одсто људи којима је потребна здравствена заштита, само 35 одсто њих уплаћује доприносе, то захтева заиста битне организационо-финансијске реформе.

МОДЕЛИ ПЛАЋАЊА

Нови Закон о квалитету здравствене заштите донет је 2019. године. Први је донет 2009. године. Агенција за квалитет је основана 2011. године, међутим она је новим законом угашена, а Агенција за квалитет и акредитацију и процену здравствених технологија је сада само један сектор у Министарству здравља.

Тада, 2011. године је донет и Правилник квалитета и Приручник о стандардима квалитета. Међутим иако се неки велики национални помаци развоја система квалитета јесу догодили, ми немамо јавно доступне извештаје нити о свим показатељима, нити је то систем који је развијен и који се свакодневно користи и имплементиран је у свим установама.

У складу са законом, све здравствене установе имају јединице и помоћнике за квалитет, међутим, то се доста разликује међу појединачним установама.

Правилник о акредитацијским стандардима је нови, акредитација јесте добровољна, али у Хрватској тренутно ни једна јавна болница није акредитована.

Иначе, у Хрватској постоје 62 болнице, од којих су 10 акутних. Разликујемо четири категорије болница по неколико критеријума.

МОДЕЛИ ПЛАЋАЊА ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

У 2008. години је у примарној здравственој заштити направљена једна измена. У Хрватској имамо домове здравља и тимове примарне здравствене заштите у четири делатности: општа медицина, педијатрија, гинекологија, стоматологија.

Што се тиче самих метода плаћања, 2013. године се кренуло у реформу и уведен је један доста сложен, комбиновани модел плаћања и с обзиром на то да приватници у породичној медицини чине око 60 одсто доктора, овај модел утиче на приход ординације и тиме посредно на њихову плату.

Главни концепт овог модела је да се смање неки ризици везани за поједине начине плаћања, тако да постоји неки основни део прихода који је оно што ординација свакако мора да осигура.

Овако сада изгледа комбиновани модел финансирања:

1. Основни део прихода

- Хладни погон (Режијски трошкови)
- Главарина (добно условљена)
- Дијагностичко-терапијски поступци (ДТП)

2. Стимулативни део прихода

- Кључни показатељи успешности
- Потрошња средстава за лекове прописане на рецепт

- Упућивање на специјалистичку здравствену заштиту
- Придржавања стандардног броја претрага у примарној лабораторијској дијагностици

Показатељи квалитета

- Обухват
- Вођење панела хроничних болесника
- Учествовање у раду „пеер“ групе
- Рационално прописивање антибиотика
- Рационално прописивање антибиотика по броју паковања
- Рационално прописивање антибиотика по новчаној потрошњи

3. Додатне могућности

- Превентивни програми
- Групне праксе
- Ординација „5 звездица“
- Вршњачке групе
- Панели хроничних болести
- Превентивни панел– панели су уведени 2014. године као један алат за менаџмент и боље праћење незаразних хроничних болести
- Саветовалишта хроничних болесника

Показатељи рада – примарна здравствена заштита

- Прописивање лекова на рецепт
- Стопа боловања
- Упућивање у СКЗЗ
- Упућивање у ПЗЗ лабораторију
- Показатељи квалитета
- Вођење панела хроничних болесника (ДМ, хипертензија, КОПБ)
- Постојање Књиге тисака или других облика системског праћења задовољства пацијената
- Рационално прописивање антибиотика
- Вршњачке групе

МОДЕЛИ ПЛАЋАЊА У БОЛНИЧКОЈ, СТАЦИОНАРНОЈ ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ

У следећем кораку, 2015. године кренуло се са изменама модела плаћања у секундарној здравственој заштити. Уведен је аустралијски модел ДСГ система 2009. године за акутне хоспитализације. За хроничне болести и данас се плаћа по болничком дану а дијагностичко-терапијски поступци су уведени током 2015. године за све остале делатности секундарног нивоа, с тим да је посебно уведен сет цена које су поприлично мотивишуће за једнодневну хирургију. Идеја је била да се заиста прати

један светски тренд, да се скрате хоспитализације и да се они захвати који могу да се ураде у дневној болници, тамо и спроведу.

Паралелно са тим, из европских фондова се такође финансира једнодневна хирургија и развој једнодневних болница. Наравно ту је исто било неких нејасноћа.

Ти сви очекивани резултати увођења ДСГ нису дошли тако брзо.

Како данас изгледа приход за једну акутну болницу: Укупни приход болнице која има дефинисан неки лимит максималних месечних средстава, има један аванс, то је фиксни део, болнице имају и изванлимитне ставке, то обично имају скупље болнице, и ту је тај варијабилни део који се одређује на основу индикатора.

Индикаторе такође пратимо по неким стандардима. У почетку смо ишли са пет индикатора, што је омогућавало да тај варијабилни део буде пет одсто. Од 2019. године се одлуком Министарства тај бонус смањило и он је сада свега три одсто, али покушавамо радити на развоју већег дијапазона индикатора, што говори о бољем учинку болнице и сада имамо десет индикатора, односно показатеља рада болничких здравствених установа и то су:

- просечне дужине акутног болничког лечења по случају
- просечне дужине акутног болничког лечења због акутног панкреатитиса
- проценат случајева једнодневне хирургије операције ингвиналне/феморалне херније
- укупног броја СКЗЗ случајева на једног здравственог радника
- проценат лечења у дневној болници, 0–5 дана
- броја рехоспитализација унутар 30 дана без обзира на дијагнозу
- проценат пацијената лечених резервним антибиотиком
- општа стопа смртности
- стопа смртности због акутног инфаркта миокарда
- стопа смртности због можданог инзулта.

Оно што код нас функционише сада, јесте да свака болница види резултате осталих болница, што је био један од подстицаја. Болнице у Хрватској у развоју свог менаџмента квалитета унутар болница могу размењивати искуства са другим колегама и болницама.

Додатни поступци су такође уведени 2019. године, то су посебно одређена средства и посебно лимитована, издвојена за поступке за које у Хрватској имамо највише потребе, као што су одређене магнетне резонанце, ЦТ, ултразвук.

С обзиром на то да Хрватски завод за здравствено осигурање има један доста сложен, детаљан систем, којим прикупља понуде за уговарање и

који су повезани са регистром здравствених радника за целу Хрватску, идеја је да се заправо тим управљањем и са тим интерним управљањем болница, касније пронађе начин да се можда и неки додатни поступци уговарају баш по количини, а не да се уговарају само тимови по задатим стандардима, него да новац заиста прати и количину и потребу.

Оно што је код нас интенција свакако је да се фиксни буџет смањује у корист тог варијабилног дела.

Др Весна Штефанчић Мартић,

чланица Извршног одбора и председница Комисије за јавноздравствену делатност Лекарске коморе Хрватске

Лекари у Хрватској су и даље незадовољни и ја ћу говорити о томе шта је оно што ми, као Лекарска комора, сматрамо да би могло да буде боље.

У Хрватској имамо легислативне оквири, подзаконске акте који врло јасно и прецизно дефинишу колику плату ће имати који лекар, зависно од стажа, зависно од специјализације, академског звања и конкретно, зависно од нивоа здравственог система у коме ради.

Тако је плата лекара регулисана, поред Закона о платама запослених у јавним службама и Закона о раду, који *de facto*, не спадају у домен система здравствене заштите, већ у домен система рада, регулисана и неком Уредбом о називима радних места, коефицијентима сложености, колективним уговором за здравствену делатност и здравствено осигурање и основним колективним уговором.

Зашто лекари првенствено нису задовољни? Лекари су задовољни нормативним стандардима који постоје и чињеницом да постоје легислативни оквири, али нисмо задовољни начином на који је постављен систем, јер ми у процесу колективног уговарања не можемо равномерно учествовати у односу на друге здравствене раднике.

Синдикат лекара није укључен у колективно преговарање о коефицијентима и другим правима који се тичу лекара а која утичу директно на плату лекара у Хрватској.

Разлог томе је репрезентативност која је опет изван система здравствене заштите.

Лекара има премало, да би нам неко ко о томе одлучује дао могућност да равноправно учествујемо у доношењу аката, односно оквира који се тичу нас самих.

Оно чиме још нисмо задовољни везано је за радно време. Наравно, у многим другим земљама се

такође пуно ради, међутим, Хрватска лекарска комора сматра да ако постоји радно време лекара које је регулисано са неколико аката и подзаконских аката и колективним уговорима, ми сматрамо да би то требало и поштовати.

Уколико се закони који су донешени у целости не имплементирају и *de facto* и *de jure* не функционишу, онда имате с једне стране људе који су потплаћени за свој рад, који не добијају плату за целокупни прековремени рад и, с друге стране имате послодавце који директно крше закон.

У складу са тим, закон крше и лекари, којима се шаље радна инспекција и који се терете за прековремени рад.

У Хрватској лекари могу да раде 40 сати недељно, то се сматра пуним радним временом. Сваки рад изнад 40 сати је прековремени рад. Ако се просечно ради најдуже 48 сати, то може да се ради са-



Тражили смо од Владе да сами одлучујемо о нашем раду, радној сатници и плати, како би се прековремени сати исправно обрачунавали, тражили смо оно што сматрамо једном од кључних ствари а то је посебан закон који ће се односити на плате лекара, али и на радно време или, да се направи струковни колективни уговор

мо четири узастопна месеца и само и искључиво у оном случају ако сте за то послодавцу дали потписани пристанак.

У Хрватској међутим, лекари раде много више и заправо оно што се сматра максималним прековременим радом је 110 сати годишње. Велики број наших лекара ради много више од тога.

Хрватска лекарска комора и Хрватски синдикат лекара донели су „Рујанску изјаву“ којом смо ис-

казали незадовољство по питању свих ових ствари и адресирали смо чињеницу да постоји тренутак да се те ствари измене.

Укључени смо били у многа преговарања али не и о колективном уговору. Многи лекари су добијали погрешне обрачунае кроз централни систем обрачуна плата, јер су за прековремене сате које су лекари уписивали, биле слате инспекције јер су радили прековремено.

Лекарска комора Хрватске је покренула једну иницијативу, једну акцију „Хоћу да радим законито“ која истиче да законит рад треба адекватно регулисати и да треба унапредити статус лекара у хрватском здравственом систему а тиме би се повишио и њихов друштвени статус.

Тражили смо од Владе да сами одлучујемо о нашем раду, радној сатници и плати, како би се прековремени сати исправно обрачунавали, тражили смо оно што сматрамо једном од кључних ствари а то је посебан закон који ће се односити на плате лекара, али и на радно време или, да се направи струковни колективни уговор.

Сад смо у поступку прикупљања изјава којом би колеге предале опозив за прековремени рад у примарној, секундарној и терцијарној здравственој заштити и можете ли да замислите ако би се те изјаве које смо прикупили, а има их већ неколико хиљада, у једном тренутку предале послодавцима? Другим речима, ако почнемо да примењујемо закон такав какав јесте, што ће се у Хрватској догодити ако не добијемо оно што сматрамо да нам припада. //

Др Саша Вујновић,

председник Коморе доктора медицине Републике Српске

У Републици Српској је у Службеном гласнику Републике Српске садржан Правилник о основама и нормативима здравствене заштите из обавезног здравственог осигурања, што је наравно још увек наслеђе из СФРЈ.

То су мање више преписане ствари. Тај правилник је донесен 2011. године, девет година су старе те идеје, али камо среће да је из те године јер, то је заправо правилник из 1986. године који је само поновљен 2011. године и који треба да управља здравственим системом 2020. године, што у старту видимо да је потпуно неприхватљиво.

И, ако уђе мало дубље у то, видимо да су за породичну медицину предвиђени радни тимови, односно, предвиђен је један тим на 2000 осигураних лица. У том радном тиму је један лекар, једна и по медицинска сестра и пола више медицинске

сестре. Просечан број услуга је 5,4 годишње а просечно време услуге је 22 минута.

Ако сад то све помножимо, имамо 2000 осигураника, 5,4 прегледа годишње, добије се 10.800 прегледа, када се то помножи са препоручена 22 минута по прегледу добије се 237.600 минута, а то износи 3960 радних сати по лекару. Прошле године у Републици Српској је лекар радио годишње 2081 радни сат, док закон предвиђа да лекар ради 3960 сат годишње.



Нисмо далеко стигли, зато што мислим да није ни идеја да далеко стигнемо. Функционисање здравственог система на Балкану је базирано на експлоатацији лекара

Наравно да пацијент преглед сестре не доживљава као преглед. Из овога међутим, проистиче да је лекарски преглед подељен између сестре и лекара. То је реалност коју законодавац жели нама да наметне.

Лекар има свој 2081 радни сат у години и треба да уради 10.800 прегледа, што показује да лекар заправо има комотних 5 минута и 6 секунди за преглед пацијента.

Секундарни и терцијарни ниво је такође интересантно уређен. Ја сам радиолог, па ћу о томе говорити. Број радиолога у болницама је дефинисан на 150 кревета, па је то опет нејасно. И онда имамо тог једног радиолога и имамо 0,5 неког специјализанта одговарајуће гране.

Болница у којој ја радим, Клинички центар Републике Српске има 1200 кревета, па овом правилнику је потребно 16 радиолога, нас тренутно има 36 и то је, по нашем мишљењу и по чврстим подацима које имамо, недовољан број.

Наравно да ако имате правилник из 2011. године, преписан из 1986. године, и нисте могли очекивати

да ће 2019. године у Бања Луци да се уради 13.000 ЦТ прегледа и 15.000 МР прегледа. Како сте могли имати те податке 1986. године, када је тада била инсталирана прва магнетна резонанца у Београду.

Све то говори да имамо потпуно неадекватно законодавство за оно што постоји на терену.

Који су то индикатори квалитета рада лекара на примарном здравственом нивоу?

У Службеном гласнику постоји Правилник о праћењу квалитета рада у здравственим установама из 2007. године.

Ту су наведене ствари које треба да се прате. Ако погледамо на пример, за амбулантни рад и породичну медицину, оно што желе да прате је: просечан прој упута за лабораторију, рендген, ултразвук ... што нема никакве везе са оним што је актуелни светски тренд.

Секундарна и терцијарна здравствена заштита такође је иста прича. У Републици Српској то је подељено на показатеље квалитета рада па имамо на пример, обавезне показатеље квалитета рада за хируршке гране који изгледају овако:

- Стопа леталитета на хируршком одељењу, израчунава се као број умрлих лица на хируршком одељењу подељен са укупним бројем лечених на том одељењу и помножен са 100, а односи се на дефинисани временски период од годину дана.
- Процент умрлих у току 48 часова од пријема на хируршком одељењу, израчунава се као број лица умрлих у току првих 48 часова од пријема на хируршком одељењу подељен са бројем умрлих на том одељењу и помножен са 100
- Стопа леталитета оперисаних пацијената
- Просечна дужина болничког лечења
- Број операција по хирургу
- Број медицинских сестара по болничкој постељи
- Процент пацијената упућених на хируршка одељења других здравствених установа.

Препоручени показатељи квалитета рада за хируршке гране:

- Просечан број преоперативних дана лечења за хируршке гране
- Процент операција у општој, спиналној и епидуралној анестезији
- Процент поновних хоспитализација (са истом дијагнозом) на одељењима хируршких грана медицине у року од 30 дана од отпуста из болнице.

Република Српска је на ДСГ прешла 2011. године и то је нама наравно потпуно наметнут систем, по узору на аустралијски модел. То је систем који

је креиран за повећање ефикасности медицинске неге из америчких извора, тако да испада да може да буде исти систем наплате у Мајамију, Невесињу, Зворнику, Требињу, Букурешту и Копенхагenu. Јасно је да тај систем не препознаје различите потребе болнице у Невесињу и Клиничког центра у Бањалуци.

Међутим, ако смо већ ушли у тај ДСГ систем, хајде да видимо шта прате Американци на том свом нивоу. Дакле, ту су четири основне групе:

- Морталитет (22 одсто)
- Безбедност неге (22 одсто)
- Поновни пријем пацијената (22 одсто)
- Искуство пацијената (22 одсто)
- Ефективност лечења (4 одсто)
- Временски оквир лечења (4 одсто)
- Ефикасна употреба медицинског снимања (4 одсто).

Не треба посебно напомињати да у Републици Српској већину ових праћења наш систем пре увођења ДСГ није познавао. Зато, оно до чега је ДСГ код нас довео је до невероватне употребе шифраната у креативном приказивању рада болнице.

Што се тиче питања о томе да ли се део плата лекара у Републици Српској обрачунава на основу норми извршења, одговор је веома кратак, не. Међутим, постоје неки покушаји. Од како је тај ДСГ уведен 2011. године, једно време су у Клиничком центру у Бањалуци, шефови одељења добијали неки новац као финансијску одговорност за своје одељење, али је то нетрагом нестало. Нетрагом је нестало, зато што су и те паре показивале реалност коју нико није хтео да види.

Оно што ми данас имамо у Клиничком центру, имамо тај електронски трансфер података, у које је укључено све оно што треба да буде укључено, мери се финансијски учинак и онда наш менаџмент има одређени подстицај на основу тога.

Међутим, оно што је истина јесте да су сви ти подаци лоши, прљави и никакви, тако да овај финансијски резултат не представља реалност.

И на крају, нисмо далеко стигли, зато што мислим да није ни идеја да далеко стигнемо. Функционисање здравственог система на Балкану је базирано на експлоатацији лекара, то је основно. Имамо лекара који ради пуно радно време, након тога дежура пет до осам пута месечно и на крају тога, ради приватно поподне да би могао да купи ципеле. На том јадном лекару је базиран здравствени систем и због тога нико не жели реално да покаже какво је стварно стање у здравственом систему. //

ДРУГИ ПАНЕЛ

Информациони системи у здравству, интегрисаност и размена података

Др Зденка Чебашек Травник,
председница Лекарске коморе Словеније

Словенија је тренутно на шестом месту у Европској унији по употреби услуга путем е-здравства. Удео електронских рецепата је преко 93 одсто. Од почетка ове године делује и е-бол, односно измена података о боловању, тако да пацијент не добија више ништа у руке него све иде електронским путем надлежним службама. Други елементи е-здравства које имамо, још су у развоју.

Постоје могућности за остваривање електронске медицинске документације, односно здравствених картона пацијената и исто тако постоји могућност е-посете, што је заправо е-саветовање са лекаром, без доласка у здравствену установу. То се примењује у ограниченим ситуацијама, није још свеобухватно и применљиво код свих доктора.

Како изгледа радно место доктора у Словенији?

Компјутер је постао најважнији део опреме сваке амбуланте или радног места и без тога нема ни-



шта од дијагностике, упута, рецепата. Све иде преко компјутера. Ако не иде, онда нема ни плаћања услуга, са становишта здравственог осигурања.

Наши компјутери су истовремено и произвођачи података за нашу епидемиологију, односно за наш национални Институт јавног здравља. Док ни-

ПРИСТУПА ПОДАЦИМА МОРА ДА БУДЕ БЕЗБЕДАН

НИКОЛА РАДОМАН (Министарство здравља РС): Др Чебашек, споменули сте да је у Словенији у фази развоја електронски здравствени картон. То је нешто чиме се тренутно бавимо у Србији и тај пројекат је у финалној фази. Докле сте стигли са тим пројектом у Словенији?

ДР ЧЕБАШЕК: Постоје два нивоа развоја е-картона, али је питање колико је е-картон укључен у редовни процес лечења и дијагностике. Лекарска комора Словеније о том развоју обавештава своје чланове преко чланака у нашој ревији ИСИС и ту можемо прочитати како постоји централни регистар података о пацијентима. То се код нас зове ЦРПП и ту се могу скупљати подаци. Али, нису сви извођачи технички спремни да шаљу изводе а постоји и други проблем,

јер и они који би могли да користе те податке, који су већ негде сакупљени, нису навикли да уступају тај систем и да бисмо ушли у тај систем, морамо да имамо сигурну, безбедну везу. Европска директива о безбедности података налаже да та веза мора бити безбедна, односно нико не може да има могућност приступа подацима. Мора да постоји заштићеност приватности података пацијената у централној бази, тако да сви доктори морају да имају посебну картицу и приступ тим централним базама. То иде споро и сад са Заводом за здравствено осигурање радимо на олакшавању приступа, како не би морали да за сваког пацијента понављамо цео процес.

Може се доћи код нас да се види како то ради, али још није тако да можемо тиме да се хвалимо.

је све испуњено о пацијенту који је на прегледу, не може да се прими други пацијент.

Програми се код произвођача разликују јер има пуно провајдера и то су понекад велике потешкоће али све у свему, како централни систем е-здравља делује, из дана у дан је боље.

Али, шта ваља запамтити из нашег искуства? Развој е-здравства прво мора да се мери на заједничким пројектима, односно сваки нови производ, био то е-рецепт, е-боловање или која год нова услуга, све треба да се припрема заједно са лекарима који то употребљавају у свакодневној пракси.

А не како је то обично, да неко спреми неке програме и онда нам их продаје. У Словенији смо ишли правим путем и скоро од почетка развоја е-здравства, лекари су учествовали у развоју нових електронских услуга у здравству, заједно са Заводом за здравствено осигурање Словеније.

Оно што је битно јесте да се чује глас лекара и да лекари учествују у дигиталној трансформацији здравственог система. Зато морамо активно учествовати и то у сваком пројекту од самог почетка, захтевати техничке податке и податке о финансирању.

Код нас је то постало велики проблем, готоово свакодневно јер апетити ИТ фирми расту и ако то није од почетка добро успостављено и постављена граница, настаје проблем.

Не дозволите да вам наметну своје програме без претходне анализе пилот пројекта. Ми смо у том пројекту е-бол успели да се наметнемо и да тражимо учешће и, морам рећи да је то наш први велики успех и надам се да ће таквих заједничких пројеката бити још више. //

Никола Рагоман,

координатор за интегрисани информациони систем здравства у Министарству здравља Републике Србије

Министарство здравља је 2016. године набавило један информациони систем који је требало да увеже све постојеће системе који се налазе по вертикали здравствене заштите, примарну, секундарну и терцијарну здравствену заштиту у такозвани Интегрисани здравствени информациони систем. Он је са собом донео разне модуле, а један од најбитнијих је е-упут и данас у Србији имамо скоро стопроцентно упућивање пацијената електронским путем.

Развијен је и електронски рецепт, који је један од пројеката на који сам највише поносан. Тренутно радимо на развоју е-радиологије, на развоју електронског здравственог картона и такође на развоју

портала пацијента што би требало да заживи у наредних неколико месеци.

Идеја је да све здравствене податке спустимо за пацијенте у њихов електронски досије, како би они могли те податке да носе са собом, чиме би се свим учесницима у здравственом систему олакшало квалитетније доношење одлука.

Имплементација је започела 2016. године, ишла је по фазама. Прво смо кренули у Нишу, Крагујевцу, Београду, Новом Саду. Неки од постојећих модула су: модул за активности изабраних лекара, електронски упут, електронски рецепт, модул за протоколе, модул за интеграције, модул за бизнис интелигенцију, модул за медицинску опрему и апарате...

Модули који су тренутно активни су електронски рецепт, такође и модул за евиденцију лица оболелих од већих болести од јавног значаја. Модул за



Радимо тренутно на развоју е-радиологије, на развоју електронског здравственог картона и на развоју портала пацијента што би требало да заживи у наредних неколико месеци

електронски картон је у финалној фази, планирамо да буде пуштен у наредна два до три месеца.

Листе чекања су завршене, радиологију тренутно имплементирамо у установама секундарног и терцијарног нивоа, док је примарни ниво цео покривен.

Изазови са којима смо се суочавали током имплементације интегрисаног здравственог информационог система углавном се односе на лошу мрежну структуру, недостатак рачунара, неажурне листе лекара, неадекватна запослена лица која су слата на корисничке обуке и други проблеми који су углавном решавани у ходу.

Сада у систему имамо 476 здравствених установа, 78.000 корисника од којих су преко 23.000 лекари, доктори, техничари. Дневно се логује око 18.000 уникатних корисника.

Имплементација електронског рецепта је урађена у веома кратком року, започета је 2017. године и данас имамо имплементиран е-рецепт у свим установама које се налазе у плану мреже, као и у приватним установама које имају уговор са РФЗО. У систему имамо преко 3700 апотека које имају уговор са РФЗО и које све те рецепте на дневном нивоу добијају од здравствених установа.

Циљ увођења електронског рецепта био је да се хроничним болесницима омогући терапија на два до шест месеци. На овај начин лекарима се смањује број посета, отвара се простор за квалитетније пружање услуга, као и могућност бављења превентивним прегледима, док је са друге стране, грађанима омогућено да ређе одлазе код лекара и у апотеку. Од почетка пројекта прописано је преко 155 милиона рецепата а издато је нешто мање од 100 милиона.

Оно што је врло важно, поред уштеде времена и новца, је то што увођење електронског рецепта омогућује контролу Републичког фонда за здравствено осигурање над сваким прописаним рецептом у Србији и сада из система можемо да извлачимо податке и радимо различите анализе које могу да користе како РФЗО-у, тако и Институту за јавно здравље Батут.

Напоменуо бих и да, кроз Други пројекат развоја здравства Републике Србије радимо на имплементацији 16 клиничних путева у локалне информационе системе. Управо то треба да помогне лекарима, да им буде водич за пацијенте кроз информациони систем и да им да неке смернице, подсетнике. У вези тога, одржавамо и велики број састанака са коморама здравствених радника и лекарима, како би они дали своје мишљење.

Модул е-радиологија је нешто чиме се тренутно бавимо и покушавамо да омогућимо радиолозима да, преко креирања централног „клауда“ у коме се налазе сви снимци, могу да читају снимак и ако нису у самој здравственој установи.

На овај начин покушавамо да решимо и листе чекања, јер ће се овим путем повећати продуктивност и, самим тим, и смањити листе чекања.

Што се тиче осталих активности у области дигитализације здравства, радимо на подизању ефикасности скрининга.

Такође, оно што је споменула и колегиница из Словеније, у наредном периоду бавићемо се тиме да у погледу е-боловања, у потпуности дигитализујемо све пословне процесе и да информација од изабраног лекара, оде до РФЗО, а одатле одлука Комисије до самог послодавца. Тиме помажемо пацијенту који више неће морати сам да иде и завршава све поменуто.

Уз е-рецепт желимо да развијемо и интеракције лекова, односно да омогућимо приступ лекарима, како би приликом прописивања лекова имали правремену информацију о томе да ли су одређени лекови у интеракцији, као и фармацеут у тренутку издавања лекова. //

Др Харун Дрљевић,

председник Лекарске коморе Федерације Босне и Херцеговине

Кад је информатизација здравства у питању, први пут да сам на страни министра здравља. Министарство ради на информатизацији, али кроз информатизацију информативног простора у Федерацији, највише се види колико је она компликована. Јер, у Федерацији имате десет кантона, а по закону, кантони су одговорни за информатизацију. Због тога имамо кантоне који су богатији и кантоне који су сиромашнији. Оне који су развили врло добре информационе платформе, кад је здравство у питању, а имамо кантоне који су тек почели са тим.

Ја могу говорити само у име свог кантона, а то је Зеничко добојски кантон. Ми смо кренули са болничко-информативним системом у кантоналној болници у Зеници и успели смо у врло кратком времену да увежemo све службе. Затим је дошло до везивања са домовима здравља. У кантону има 12 општина и све те општине су увезане. По питању е-рецепта, ту стварно нема проблема, али је по питању е-упута мало другачија ситуација, јер слично као у Хрватској, имамо и једне и друге упуте. Ми

у Федерацији имате десет кантона, а по закону, кантони су одговорни за информатизацију. Због тога имамо кантоне који су богатији и кантоне који су сиромашнији. Оне који су развили врло добре информационе платформе, кад је здравство у питању, а имамо кантоне који су тек почели

унутар болничног система имамо интерне електронске упуте, али пацијенти у домовима здравља врло често, уз е-упутницу која сама може бити упућена на одређено место, узимају и папирни упут.

Кад је у питању е-радиологија, ја који сам начелник службе за болести дојке и могу пратити све мамографске налазе који се на кантону у свих 12 општина ураде у домовима здравља или болницама, као и у оним приватним установама које имају уговор са Фондом здравственог осигурања, не могу да гледам друге налазе него само оно чиме се бавим.

Што се тиче е-картона, ми немамо е-картоне још увек. Постојале су картице које су биле као кредитне картице, где бисмо похрањивали податке и онда би пацијент долазио код лекара са тим. То је требало да буде неко прелазно решење.

Дејтонски споразум је ту велики проблем јер није предвидео да се кантони међусобно увежу у систем. То је онај део по коме је, по Дејтону, одговорна Федерација, да те кантоне практично увеже да би се формирао информациони здравствени систем саме Федерације. То још увек не постоји, већ постоје различити информациони системи од кантона до кантона.

Ту настаје проблем, јер ако хоћете пацијента да пошаљете у други кантон, онда морате да му дате папирни упут или ако има ту електронску картицу, онда може да се упуту и преко картице.

Нисмо на почетку, али смо далеко од краја и мислим да ће е-здравство у будућности бити једна присила, без обзира на то које проблеме имамо и на које потешкоће наилазимо. //

Др Маја Вајаић,

Хрватски завод за здравствено осигурање и чланица Комисије за јавно-здравствену делатност Лекарске коморе Хрватске

Од 2010. године у Хрватској је доста тога имплементирано у погледу информационог развоја. Техничка решења су спремна и готова али увек остаје питање коришћења.

Споменућу овде само е-здравствени картон који је у Хрватској развијен технички у потпуности и њему могу приступати и све податке видети породични лекари. Међутим, код приступа других лекара у болници или некој специјалистичкој ординацији, увек се ту поставља питање овлашћења. Лекарска струка је имала доста расправа у вези са тим ко шта може да види. На пример, да ли стоматолог треба да има приступ менталним болестима пацијента или информацији да је пацијент ХИВ позитиван и то је нешто на чему лекарска струка и треба највише да ради, на томе који су подаци неопходни и ко шта може да види.

Како то изгледа у Хрватској? Преко централног информационог система, где се отпремају све информације, у пракси је већина тих информација двосмерна.

У примарној здравственој заштити, све четири области (породична медицина, стоматологија, гинекологија, педијатрија) су у потпуности информатизоване 2010. године. Имплементиран је е-рецепт у потпуности и користи се у 99 одсто слушајева, с тим да доктор породичне медицине има и е-упут и е-налаз.

Исто имамо и за примарну лабораторијску дијагностику где заправо више нема папира.

Осим е-упута, паралелно имамо и папирни упут и то је оно на чему тренутно радимо, јер пацијент

са папирним упутом и даље иде сам да закажује. С обзиром на то да имамо проблема са листама чекања, тренутно је већ у доста високој фази развоја е-листа чекања која не само да ће дати реалне податке пацијената који су на чекању, јер су до сада болнице водиле своје интерне листе, већ ће те податке видети и Министарство здравља и стручни тим у Хрватском заводу за здравствено осигурање који ће са њима моћи да управља на начин да ће видети од оних уговорених тимова и понуђеног радног времена, да ли су термини попуњени, барем у приближном обиму.

Што се тиче размене података и комуникације између опште породичне медицине и специјалистичке здравствене заштите у болницама, имамо е-упут. То је заправо техничка упутница која генерише комуникацијску поруку на начин да доктор опште медицине директно комуницира са специјалистом у болници, без „ходања“ пацијента. То је такозвана консултантска упутница.

Уз то имамо е-рецепт, е-упутницу, е-налаз, имамо и е-новорођенче. То је аутоматска пријава но-



Оно што централном здравственом систему заправо недостаје је повезаност са приватним установама које немају уговор са Фондом а које имају решење Министарства за спровођење одређене здравствене делатности

ворођеног детета која се исто генерише из болничког система, имамо и е-рачун.

Доста од наших е-решења су имплементирана у потпуности, међутим део је само технички имплементиран, али није у целости.

Што се тиче безбедности система, што је нама свима заправо велика ставка, овај систем је тотално затворен и здравствени радник приступа само са својом плавом смарт картицом, иденти-

фикација је једнозначна, ништа се у систему не брише нити сторнира, постоји податак о свему и додатно уз све то, свака смарт картица има другачије овлашћење.

Имамо такође једну платформу за националне превентивне програме, с обзиром на то да већ дуги низ година спроводимо скрининг за рано откривање рака дојке и дебелог црева, развијамо рано откривање рака грлића материце, а тренутно уводимо и скрининг на рак плућа и имамо и скрининг на слабовидост код деце.

Четири скрининга су на једној заједничкој платформи и у потпуности су повезани.

Што се тиче овлашћења, имамо неколико нивоа. На пример, доктор опште медицине, медицинска сестра, доктор у болници, Завод за здравствено осигурање одакле, рецимо имамо увид само у збирне податке, а не у податке појединачног пацијента.

Додатно, постоји размена података између Министарства здравља и Завода за здравствено осигурање и то нам је јако важно.

Оно што је нама такође био изазов је што на пример, сада на примарном нивоу имамо осам различитих решења, односно провајдера који сви морају при свакој промени у систему да задовоље све критеријуме и добију овлашћење.

Што се тиче примарног здравственог система, сви су спојени и повезани осим јавноздравствене делатности, и није нам још спојена патронажна здравствена заштита.

Што се тиче болница, већина има интегрисане информатичке системе и код нас рецимо, један провајдер покрива готово све болнице. Остало је мање од пет болница у целој Хрватској које још нису имплементирале интегрисани информациони систем.

Портал Пацијент је такође доступан, што значи да пацијенти могу приступити својим основним здравственим подацима, лековима који су им издати, хоспитализацијама и све што је забележено од стране изабраног лекара, међутим употреба тог портала је и даље на ниском нивоу.

Централни информациони здравствени систем је под ингеренцијом Министарства здравља, међутим, Хрватски завод за здравствено осигурање је тај који је актуелни оператер система.

Оно што централном здравственом систему заправо недостаје је повезаност са приватним установама које немају уговор са Фондом а које имају решење Министарства за спровођење одређене здравствене делатности и оно што се тренутно развија у Хрватској је централни информатички систем којим ће заправо Министарство здравља видети различите анализе и управљати, планирати и доносити здравствене политике.

План у будућности је да се Завод повеже и са Хрватском лекарском комором и са другим комо-

рама у здравству, како бисмо и са њима могли да размењујемо податке из здравства.

Остаје нам још и да уведемо пријаву заразне болести, малигне болести, и то је све тренутно у процесу информатизације. Наш је неки став и план да здравствена, односно медицинска информација настаје на једном месту, бележи се једном и даље се дистрибуира свима онима којима је потребна. //

Др Саша Вујновић,

председник Коморе доктора медицине Републике Српске

Чињеница да је Република Српска мала, омогућила нам је да развијемо информационе системе. Постоји документ из 2000. године, који говори о е-влади у Републици Српској, где је невероватно прецизно наведено који ће проблеми да се појаве у пракси. То је документ од пре 20 година и ту су примећени недостатак адекватне легислатуре, недостатак новца, инфраструктуре, дигиталне писмености и одбијање промена. Све ове ствари су и данас присутне, али су много другачије него што су биле тада.

Први и највећи наш проблем је недостатак легислативе. Релативно смо далеко одмакли у информационим технологијама у здравству, међутим,

Доста смо урадили, вероватно зато што смо мали, вероватно зато што смо врло рано кренули на модеран систем, огромно је питање безбедности, али то нигде није решено

још увек немамо дигитални потпис. Немамо усвојен дигитални потпис, јер имамо европски закон о дигиталном потпису који, између осталог, дефинише Агенцију која акредитује тај потпис и та агенција треба да буде на нивоу Босне и Херцеговине, што РС сматра као напад на Дејтонски споразум. Тако да ми десет година немамо електронски потпис, десет година радимо у потпуно електронском окружењу, што значи да десет година на неки начин имамо системско фалсификовање медицинске документације, јер ништа није потписано дигиталним потписом.

Политика унапређења здравља из 2007. године дефинисала је да је неопходан е-здравствени систем, и већ 2002. године почињу осмишљени пројекти, финансирани од Светске банке и подстицање развоја е-пројекта за породичну медицину. Већ 2008. године имамо имплементацију на ни-

воу породичне медицине и 2011. је све пребачено на централну платформу. Имамо јединствени систем, а захваљујући томе што смо мали, омогућено је да овај систем креира једна компанија која је расла заједно са здравственим системом и развојем е-здравства. Тек скоро се појављују неки нови конзорцијуми, док је до скоро била та једна компанија која је блиско сарађивала са лекарима, разумела потребе и градила тај систем.

Е-картон је присутан у свим ординацијама породичне медицине, већ имамо развијене и е-рецепте, е-упуте, е-картоне, е-налазе. Ниједан податак се не уноси два или више пута јер су унешени подаци на једном месту понуђени као парцијални унос у другој ситуацији.

Питање ауторизације, односно ко све може да види које податке је и у Републици Српској доста нерешено. Сигурно је да те податке види пацијент, ординирајући лекар и Завод за здравствено осигурање.

ДАТА ЦЕНТАР ЗДРАВСТВА РС

Степен реализације

- Примарна здравствена заштита – 100%
- КСЗ службе 95% у ПЗЗ
- Хитна медицинска помоћ – 100%
- Секундарна и терцијарна заштита – 40%
- Служба Трансфузијске медицине – 100%
- Ментално здравље – 100%
- Праћење зависности о опојним средствима – 100%
- Систем праћења појава и лечења туберкулозе – 100%

Већ имамо озбиљну архиву и то је велика вредност здравственог система РС јер је доступно и омогућује значајне анализе, праћење и последично даљи развој система.

За 13 година у систему ПЗЗ је похрањено:

- Преко 500 милиона докумената ПЗЗ са дневним приливом од 110.000
- Преко 70 милиона рецепата са дневним приливом од 30.000
- 50 милиона упутница и 50 милиона налаза са дневним приливом од 22.000
- Десетогодишња евиденција о свим сегментима лечења у ПЗЗ.

У протеклих 10 година у сегменту секундарне и терцијарне заштите је развијен Клиничко-болнички ИС са више од 600 специјализованих форми за унос података о активностима у овој области.

Систем има властите компоненте у оквиру јединствене апликације за:

- Праћење промета лекова од тендера до пацијента – ПУТ ЛЕКА
- Праћење процеса лечења од упутнице до отпуста и фактуре
- Интегрисани ЛИС (лабораторијски интегрисани систем)
- Властити интегрисани РИС (радиолошки интегрисани систем) са ПАЦС (PACS-Picture Archiving and Communication System) функционалностима
- Могућност рада са таблетима и мобилним телефонима директно у систему.

Сада се покушава и са развојем вештачке интелигенције, а оно што већ имамо је подсистем за проверу минималног времена понављања лабораторијских претрага, систем сам зна кад је која претрага тражена, дефинисано је у којим периодима је адекватно да се тражи. Ако није у тим периодима, онда систем обавештава. То смо већ видели да показује озбиљне резултате у првој години коришћења, где смо знатно смањили број претрага које су тражене у сувише временски краткој дистанци.

Доста смо урадили, вероватно зато што смо мали, вероватно зато што смо врло рано кренули на модеран систем, огромно је питање безбедности, али то нигде није решено. Ми можемо врло прецизно да дефинишемо клиничке путеве који ће заштити пацијента, међутим у реалном животу, у реалној ситуацији то може и да убије пацијента, јер нећете моћи у неком временском року да добијете адекватну ауторизацију. То је велики проблем и врло је јасно како то треба да изгледа. Треба да изгледа исто као што је сада. Пацијент сада носи свој снимак плућа у рукама и гледа га онај лекар коме га он да. Тако треба да буде и у електронском окружењу.

Пацијент је господар својих података и он их показује ономе коме жели. Када се дизајнира систем, потребно је да се то тако дефинише. //

Вукашин Радуловић,

представник компаније Хелиант

Желим прво да се надовежем на то што је колега рекао, везано за развој информационих система и питање да ли те системе треба да моделују инжењери или лекари. Мислим да је истина, као и у много других ствари, негде на пола пута и да ако би то могло питањима да се успостави, лекари су ту да кажу шта треба. а инжењери да кажу како нешто треба направити.

С којим изазовима смо се ми борили последњих 20 година? Када смо пре двадесет година разгова-

рали са директорима болница о увођењу информатике, ја сам барем у 50 одсто случајева имао утисак да они мисле да је информатика пролазна мода и да ће то проћи за пар година. Нису на информатику у здравству гледали као на ствар која ће променити начин функционисања.

Данас више нико тако не мисли, сви знају да је информатика неминовност која мора да се деси. Дигитална трансформација у здравству заправо значи да употребом дигиталне технологије треба да унапредите свој пословни процес, шта год тај пословни процес био.

За 20 година сви пројекти које сам радио у здравству су били успешни а кључни разлог за то је тај што смо тесно радили са струком да бисмо по-



словне процесе прилагодили и да би информатика имала смисла.

Први изазов са којим се суочавамо у пракси је решеност најодговорнијих. Ако те решености најодговорнијих нема, тешко ће до трансформације доћи. Други изазов је да се схвати да је промена неизбежна. Потребан је велики напор, велико разумевање, мултидисциплинарност у некој одлуци да се „повуче та шибица“ и да се прекине лош низ.

И наравно, ту је прихватање технологије. За ових 20 година нико није могао ни да претпостави да ће технологија бити тако брзо прихваћена чак и од стране најстаријих.

Чак и они најтврдокорнији противници технологије су ушли у ИТ причу и користе технологију. Сада се дешава један други проблем. Млади лекари са којима радимо другачије схватају технологију, интернет и то је посебан изазов.

На безбедности података, о којој се доста говорило на овом скупу, се стално ради. Не постоји неосвојива тврђава, тога смо сви свесни, али се урадило много тога по том питању. Важно је имати на уму да ИТ обезбеђује праћење, односно пружа нам могућност да у сваком тренутку знамо ко је када и зашто приступао одређеном податку, колико пута је приступао том податку, ко му је дао привилегију за то и на тај начин стварамо једну атмосферу да, ако и дође до

пуцања безбедности, бар знамо како се он десио и како да спречимо да се то не догоди поново.

По питању дигиталног потписа исто треба бити стрпљив. Пре десет година сви у свету су се клељали у дигитални потпис, смарткард чипове, то сада све излази из моде у земљама попут Шведске, где мобилне апликације постају носиоци дигиталног потписа.

У Србији, у свом том мору информација које постоје у здравству, у кратком року смо успели да од око 420 установа колико их има у здравственом систему Србије, преко 350 њих потпуно информатизујемо, негде нашим, негде другим системима.

Сада имамо један други феномен. Ми смо из тога да уопште немамо податке, дошли до тога да је све електронски. Све је повезано у један систем где су заправо повезана три кључна система, један је здравствено-информациони систем, други е-дијагностика у којој предњаче лабораторијско-информациони системи и финансијски корпус у коме је најзначајнији део апотека. То између себе мора бити повезано тако да на сваком примеру тог система, морамо да обезбедимо чињеницу да се једном унет податак не прекуцава више пута, већ да се он даље кроз систем користи, односно да може да га користи онај ко за то има право и привилегију.

Ако ми обезбедимо да су ти системи раздвојени и да ми изнова морамо да преносимо податке, они ће постати супротност сами себи, урушити се и неће бити функционални.

Пред здравствене установе се сада, због те огромне информатизације стављају озбиљни изазови. Ми, као неко ко покушава да буде партнер у свему томе, то врло добро осећамо. Огромне количине података пумпају се ка ИЗИС-у, Фонду. Пошто сам ја пројектовао базу РФЗО-а, могу да вам кажем да се преко 30 милиона података сваког месеца слије у ту институцију. Њих претражити без озбиљних система не можемо. Наш циљ, односно наш пут и оно на чему као компанија радимо је да између свих учесника у здравственом систему на свим нивоима обезбедимо размену података.

Нека питања су такође покренута на овом скупу која тек треба да буду решена, као што је питање ко чему може да приступи. На пример, готово сви ургентни центри у Београду су под нашим софтвером, ја сам провео у њима више од два месеца живота. Сматрам да ургентним центрима, где људи долазе без свести, где се спашавају животи мерено у секундама, дао увид у све базе, и у базе фонда и у базе Министарства здравља. То може да се заштити посебним привилегијама, а сматрам да је од изузетног значаја.

Основно питање је да ли ми у овом тренутку када имамо велики број података, имамо и довољно знање. То је наша борба, како да од те шуме података које имамо, које сада интегрисемо и размењујемо, дођемо до знања. //

Јунаци у време пандемије корона вирусом

Др Бранка Лазич

Цео свет је био затечен чињеницом да у 21. веку једна заразна болест може да се рашири том брзином на све континенте и да из корена промени живот сваког појединца. Изненађење је било и за развијене земље које су на моћ природе, када су инфективне болести у питању, готово и заборавиле, а које су располагале знатно развијенијим и богатијим здравственим ресурсима.

Наша земља која се убраја у средње развијене са здравственим системом који је у реформама последњих 20 година, скромном опремом и са медијском сликом

о здравственим радницима која није завидна је такође била на тешком тесту. Док је епидемија буктала у Кини, ова нова болест је разматрана као егзотична. Када се зараза пренела у Европу, постала је реалност. У заједничкој борби рекло би се за голи живот ујединили су се сви стубови друштва и признали да главна реч мора да се да струци. Тако су најзад епидемиолози из Института за јавно здравље Батут и Завода за јавно здравље могли да покажу своје знање и значај.

Све земље које су јавно здравље задржале и развијале, имале су далеко боље резултате у борби са пандемијом. Инфектолози, такође неправедно занемарени у ери

епидемије кардиолошких и онколошких болести, су такође показали врхунско знање и преданост. Издржали су највећи терет професионално, а крајње скромно. Пулмолози и анестезиолози који су се бавили најтежим случајевима су помно пратили и примењивали најбоље технике.

Затим, примарна здравствена заштита која је била први тријажни пункт за сумњиве и оболеле сво време је показивала да уме да се и са новим, мало познатим, бори несебично и пожртвовано. У непрестаним организационим променама, применама нових алгоритама и начина комуникације са пацијентима успела је да да најбоље од себе.



ВЕЧЕРЊА СМЕНА КБЦ ЗЕМУН



Доктори из COVID амбуланте ДЗ Стари Град



Доктор из КБЦ Земун



Доктори из КБЦ „Драгиша Мишовић“

И колеге свих других специјалности који су распоређени по реорганизованим центрима, клиникама и болницама су све своје знање и снажљивост усмерили на сузбијање епидемије.

Грађани су недељама у 20 часова аплаудирали свим здрав-

ственим радницима, лекарима и сестрама, као и свом особљу које је укључено у збрињавање ових тешких пацијената.

Од самог почетка епидемије су за здравствене раднике многи појединци, као и организације донаирали робу и услуге (заштитну

опрему, дезинфекциона средства, услуге превоза...) желећи да покажу колико су захвални.

Наша епска песма каже „на муци се познају јунаци“. Наше колеге су у току пандемије показале да „бој не бије свијетло оружје, већ бој бије срце у јунака“. //

ЛЕЧЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА ОБОЛЕЛИХ ОД COVID-19

Искуство Специјалне болнице за рехабилитацију „Јунаковић“

Укупан број пацијената који је прошао изолацију у СБР Јунаковић износи 105. Код ниједног пацијента за време хоспитализације није дошло до погоршања стања, те нисмо имали потребу за њихово упућивање у Клинички центар Војводине



Кризни штаб за сузбијање заразне болести COVID -19 на седници одржаној 10. априла, донео је закључак да здравствени радници, припадници МУП-а и припадници Војске Србије код којих је дијагностиковано присуство заразне болести COVID -19 добијено током обављања професионалне делатности, буду, по територијалном принципу, упућени на лечење у неколико центара: Специјалну болницу за рехабилитацију Јунаковић у Апатину, Институт за рехабилитацију Селтерс бање у Младеновцу, Специјалну болницу Бања Ковиљача, Институт за лечење и рехабилитацију Нишка Бања у Нишу и Специјалну болницу Меркур у Врњачкој бањи.

Специјална болница за рехабилитацију Јунаковић у Апатину је од 12. априла 2020. почела са пријемом здравствених радника, припадника МУП-а и припадника Војске Србије са територије АП Војводина, код којих је дијагностификовано присуство заразне болести COVID -19 изазване вирусом SARS-CoV-2.

Пацијенти који су изоловани и смештени у СБР Јунаковић имали су сасвим благу клиничку слику или су били без симптома.

Након потврде о присуству вируса RT-PCR test SARS-CoV-2, пацијенти су упућивани у нашу установу. Након 14 дана боравка поново су тестирани, и након негативног налаза теста, упућивани у кућну изолацију такође у трајању од 14 дана, када се поново тестирају.

Свакодневно, два пута дневно обављана је визита од стране лекара и медицинских техничара

у току које се узимала анамнеза, мерила телесна температура и сатурација O₂.

Укупан број пацијената који је прошао изолацију у СБР Јунаковић износи 105. Код ниједног пацијента за време хоспитализације није дошло до погоршања стања, те нисмо имали потребу за њихово упућивање у Клинички центар Војводине.

Тренутно је у Бањи хоспитализовано шест пацијената. Пацијенти су били смештени у двокреветне собе са купатилима, терасом, имали су ТВ, интернет, телефон. На располагању им је била и сала за рекреацију и дружење.

Сво особље ангажовано у раду Болнице, како здравствено, тако и помоћно показало је високу професионалност и пожртвованост у свом раду. Сви су прошли више пута обуку о правилном коришћењу ЛЗО, као и о дезинфекцији површина и подова. Облачење и скидање ЛЗО свакодневно је било праћено и надзирано од стране главне сестре Болнице и главне одељенске сестре. Сви радници су показали висок степен одговорности у свом раду.

У току рада посетила нас је екипа стручњака НР Кине и Руске Федерације које су похвалиле нашу организацију и рад у Болници.

Велику помоћу у раду пружио нам је Покрајински секретаријат за здравство, РФЗО, Завод за јавно здравље Сомбор, као и ОБ Сомбор.

Др Драгана Мрђенов,
в. д. директор Специјалне болнице
за рехабилитацију „Јунаковић“ у Апатину

Инфекција вирусом SARS-CoV-2 у Севернобанатском округу

Коронавирусна болест (COVID -19) је инфекција коју изазива РНК вирус (SARS-CoV-2) а преноси се капљичним путем и блиским контактом са оболелом особом. Најчешћи симптоми болести су повишена температура, кашаљ, отежано дисање.

Само неколико дана након појаве COVID -19 у Србији, у Општој болници Кикинда се региструје први случај инфекције у Севернобанатском округу.

Епидемиолози Центра за контролу и превенцију болести Завода за јавно здравље Кикинда су, на основу дојаве инфектолога Опште болнице Кикинда, првог пацијента зараженог вирусом COVID -19 идентификовали 10. марта, што је донекле представљало изненађење, с обзиром на атипичну клиничку слику наведеног пацијента.

Алгоритми за рад, смернице које је издао Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић-Батут“ према препорукама СЗО, били су већ познати свим здравственим радницима у Заводу за јавно здравље Кикинде и здравствени систем је спремно дочекао ову инфекцију, али свакако да први сусрет са новим вирусом и поред добро проучених алгоритама, са собом носи низ дилема.

Чим је установљена сумња и узет узорак за лабораторијско испитивање предузели смо све неопходне противепидемијске мере, како би спречили даље ширење инфекције, што је у том тренутку најпре подразумевало затварање целог Одељења хирургије где је пацијент лечен. Урађена је темељна дезинфекција комплетне болнице, као и дезинфекција целог болничког круга.

Паралелно је спроведено опсежно епидемиолошко истраживање са циљем идентификације свих особа са којим је пацијент био у контакту. Све особе са којима је пацијент остварио непосредни контакт, истог тог дана смо ставили под здравствени надзор, и наложена им је строга кућна изолација.

По добијању резултата, тј. потврде инфекције вирусом SARS-CoV-2, пацијент је због тежине клиничке слике исту ноћ, уз одговарајући здравствени надзор у пратњи анестезиолога био транспортован у Клинички Центар Војводине на даље лечење.

Ретроградним епидемиолошким истраживањем закључујемо да се ради о импортованом случају инфекције вирусом SARS-CoV-2 из Италије, тачније

из Милана, одакле се вратио син оболелог 12 дана пре потврде оболевања првог случаја у Кикинди.

Реорганизованим радом и отварањем респираторног центра у Кикинди спречена је могућност да се инфекција унесе у болницу, као и могућност заражавања здравствених радника.

Предузете мере превенције ширења вируса у Кикинди од првог тренутка су биле најстрожије, које ће се касније показати веома ефикасне. Одмах је обустављен рад свих угоститељских објеката, затворене су све радње осим прехранбених и апотека, забрањен је рад пијаце и окупљање грађана.

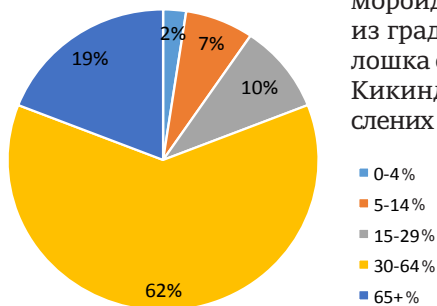
У Севернобанатском округу у склопу противепидемијских мера под здравственим надзором било је 450 особа које су биле у контакту са неким од потврђених случајева и преко 1200 повратника из иностранства. Тестирано је 700 особа, проценат оболелих од свих тестираних је 6%.

Просечна старост оболелих је 48 година, од чега су 43 % женског пола и 57% мушког пола. Највећи број оболелих је у категорији радно активног становништва, старости од 30–65 година (85,7%). Код 20 пацијената је ток болести ишао са лакшом клиничком сликом, код 19 са тежом што је захтевало хоспитализацију, а сви преминули пацијенти су имали коморбидитете. Највећи број оболелих је из града Кикинда. Иако је епидемиолошка служба Завода за јавно здравље Кикинде била прва на удару, код запослених није било оболевања од COVID-19.

Понављајући тестирања оболелих дошли смо до сазнања да је код неких особа и поред лакше клиничке слике вирус дуго перзистирао у организму, те су неки и 28-ог дана од инфекције имали и даље позитиван налаз на SARS-CoV-2 вирус.

Сам вирус је и даље непознаница, али досадашње чињенице и искуства говоре у прилог томе да је придржавање препоручених противепидемијских мера контроле и превенције од пресудног значаја за савладавање епидемије. Примена противепидемијских мера у Кикинди и Севернобанатском округу се показала као успешна. Само захваљујући синхронизованим активностима унутар здравственог сектора као и великој подршци државе, онемогућено је ширење COVID-19.

Др Ружица Јанковић



Графикон: Структура оболелих по узрастним групама

Састанак са директорима здравствених установа на територији РЛКЦЗС

У фебруару месецу ове године, тачније 25.2.2020. године, у Крајујевцу традиционално, по трећи пут у организацији РЛКЦЗС, одржан је састанак са релевантним представницима државних и приватних здравствених установа са територије коју регионална комора покрива

Овај састанак је претходио годишњој Скупштини РЛКЦЗС, на којој се иначе сумирају резултати у претходној години, али и износе планови за рад следеће године и планирају средства за реализацију истих.

Састанку је присуствовао представник из Министарства здравља РС, мр сци мед. др Симо Вуковић, који је по трећи пут упознао представнике установа и делегате Скупштине РЛКЦЗС са системом дијагностички сродних група, као начину финансирања здравствених установа, директор ЛКС, др Милан Динић, руководство РЛКЦЗС на челу са председницом мр сци. мед. др Слађаном Илић, чланови Скупштине РЛКЦЗС, представници руководства других регионалних комора у саставу ЛКС, као и директори и представници државних и приватних здравствених установа са територије РЛКЦЗС.

У првом делу састанка председница РЛКЦЗС, мр. сци. мед. др Слађана Илић је одржала презентацију о активностима и плановима за даље РЛКЦЗС.

У свом излагању најпре се осврнула на територијалну мрежу региона и изнела податке о укупном броју лиценцираних чланова, 7062 и чланова у радном односу, 6260. Подсетила је присутне на акта РС и акта коморе којих се регион придржава у свом раду.

С обзиром на то да је издавање и обнављање лиценце за рад лекара, један од најбитнијих поверених послова ЛКС, потсетила је присутне на битне чињенице – шта је лиценца за рад, колико траје, који су услови за њену обнову, као и последице у случају необнављања лиценце. У даљем излагању, др Слађана Илић је изнела активности региона у раду Фонда солидарне помоћи, наглашавајући да



је то могућност да комора, која постоји због лекара и за лекаре, покаже етичке и моралне принципе према својим члановима.

Говорећи о КМЕ посебно је нагласила ангажовање у акредитованих програма од стране РЛКЦЗС ће обухватати стручну, техничку и организациону подршку у спровођењу програма, као и процену квалитета извођења истих. Овај регион се бави и изменама и допунама правилника о ближим условима за спровођење КМЕ здравствених радника и здравствених сарадника.

Посебно место у излагању, председница региона је дала новом повереном послу ЛКС који је у новом Закону о здравственој заштити РС, а састоји се у организацији и спровођењу спољне провере квалитета стручног рада, уз сарадњу регионалних Завода за јавно здравље и водеће установе из ове области Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“. Указала је на неопходност да надзорници са листе стручних надзорника, савесно и у складу са савременим научним достигнућима и кодексом професионалне етике, треба да обављају редовне и ванредне спољне провере квалитета стручног рада. Очекујући позитивне резултате



Др Симо Вуковић

кроз поверени посао, др Илић је најавила измене и допуне правилника о провери квалитета рада који ће бити стручно методолошко упуство за спровођење стручног надзора.

ЛКС неколико година за редом осигурава лекаре од стручне грешке, а о томе је све присутне детаљно обавестио директор ЛКС, др Милан Динић.

У другом делу састанка, мр сци мед. Др Симо Вуковић је одржао акредитовани стручни састанак на тему „ДСГ – анализа и резултати“. Излагање је имало за циљ да укаже на детаљну анализу и резултате рада по ДСГ Клиничког центра Крагујевац и установа секундарног типа које обухвата РЛКЦЗС и да се сагледају проблеми где постоје и начин како да се исти превазиђу у предстојећој години.

Састанку се одазвао велики број директора и представника здравствених установа, са жељом да се унапреди здравствени систем, на добробит пацијената и лекара, као носиоца здравственог система.

План руководства РЛКЦЗС је да се састанци овог типа традиционално одржавају сваке године.

Припремила:
Прим. др Љиљана Станимировић



Донације члановима Коморе и здравственим установама у виду једнократне помоћи због последица COVID 19

Већина активности РЛКЈИС је у протеклом периоду била прилагођена уведеном ванредном стању у Републици Србији, што подразумева промену начина рада и стручне службе и органа у РЛКЈИС.

Потребно је свакако напоменути да је у 2020. години, пре наступања епидемиолошке ситуације везане за COVID 19, РЛКЈИС обављала своје поверене и остале послове уобичајеним ритмом и у складу са својим плановима. Неки од Посебних одбора су почетком године имали своје седнице, где треба издвојити неколико важних тема:

- ПО за стручна питања и стручни надзор је у складу са усвојеним Планом редовне спољне провере квалитета стручног рада, дефинисао здравствене установе и у приватном и у државном сектору, у којима би се у 2020. години спроводио надзор, и истовремено предложио конкретне стручне надзорнике за сваку од ових контрола појединачно. У наредном периоду се свакако очекује почетак реализације овог посла који је Законом о здравственој заштити поверен коморама.
- ПО за медицинску етику се бавио темом иступања лекара у промотивним наступима у медијима, и заузео став да се том приликом морају поштовати одредбе Кодексе медицинске етике ЛКС, и у јавност износити искључиво информације засноване на провереним студијама и научно стручним медицинским радовима.
- Скупштина, Извршни одбор и Надзорни одбор су у оквиру редовних активности, разматрали финансијске извештаје за 2019. годину, као и планове за 2020. годину, а такође је покренут и поступак куповине пословног простора за потребе ЛКС-РЛКЈИС, који би требало да се настави по стабилизовању тренутне епидемиолошке ситуације.

Оно најважније што је ЛКС, и свака РЛК у њеном саставу, појединачно реализовала, свакако су донације члановима Коморе као и здравственим установама у виду једнократне помоћи због последи-

ца COVID 19, а све у складу са одлуком Скупштине ЛКС. Наиме, РЛКЈИС је за ову намену са свог рачуна одвојила више од 7 милиона динара и усмерила на донације лекарима који су оболели и хоспитализовани од поменутог вируса, као и члановима породица преминулих лекара. Са територије РЛКЈИС, преминуло је четири лекара чије су породице добиле одговарајућу помоћ. Молбе за донације пристижу свакодневно, а исте разматра Комисија фонда солидарне помоћи, након чега председник РЛКЈИС закључује појединачне уговоре о донацији са својим члановима или члановима њихових породица.

Познато је да је југоисточни регион, посебно Ниш и Лесковац, имао највише оболелих, тако да молби има пуно и њихов пријем се наставља и даље.

Што се тиче поверених послова (упис у Именик, издавање и обнова лиценце, издавање свих потврда и уверења итд), стручна служба је наведене послове, у складу са инструкцијама директора ЛКС, обављала електронским путем. Ванредно стање је за резултат имало и повећани број уписа у Именик као и захтева за издавање лиценце, с обзиром да је било неопходно попунити постојеће капацитете у здравственим установама, младим, незапосленим лекарима, који су се масовно уписивали у Именик и којима су издаване лиценце у експресном року.

Одржана су и два рочишта пред Судом части ове РЛК, која су због поменуте ситуације, била одлагана.

Дакле, у РЛКЈИС су се успешно обављали сви свакодневни послови, сем што седнице органа РЛКЈИС нису биле одржаване из оправданих разлога, али како се општа ситуација у земљи, па и у југоисточном региону већ стабилизује, реално је очекивати да ће се ускоро кренути и са одржавањем седница Посебних одбора и осталих органа РЛК, ради разматрања актуелних тема и дешавања из њихове надлежности.

Извештај сачинила:
Лидија Грубишић, дипл. правник

МЕДИЦИНСКА ЕТИКА

Учешће лекара у промотивним наступима / кампањама у медијима

Узимајући у обзир значај медија и њихов велики утицај на јавности која лако прихвата неаргументоване и непроверене производе или третмане, чланови овој Посебној одбора у начелу подржавају исцртавање лекара у медијима, али само уколико износе у јавности тачне и објективне, научно и медицински, кроз одговарајуће студије, доказане информације као и уколико износе позитивне примере лечења из праксе, а све у циљу побољшања јавног здравља и превенције, што подразумева поштовање основних етичких принципа

Честа је појава да се у медијима користи улога лекара са белим мантилом и слушалицама, кога представљају глумци, који рекламирају поједине медицинске препарате и начине лечења.

На овај начин, искоришћавањем позиције лекара, поступа се супротно Правилнику о начину оглашавања медицинског средства и Закону о заштити потрошача, јер се у суштини ради о лажном представљању за које постоје одговарајуће санкције. Такође се у појединим рекламама у медијима, појављују и лекари који рекламирају медицинско средство или одређени начин лечења, супротно Кодексу медицинске етике ЛКС.

Приликом иступања и учествовања у промотивним наступима у медијима, сваки лекар мора поштовати одредбе чл.19. Кодекса медицинске етике Лекарске коморе Србије, који изричито предвиђа да је „давање лажних потврда, извештаја и мишљења о лековима, медицинским средствима, дијететским производима, методама лечења, објављивање и пропагирање недовољно проверених дијагностичких, терапијских и других метода лечења као и лекова – етички прекршај.“

Појављивање лекара у медијима и кампањама, често може имати материјални или саморекламерски, односно маркетиншки мотив, и као последицу давања таквих лажних изјава и лажних нада, код евентуалних пацијената се могу развити нереална очекивања у вези са лечењем, што не доприноси здрављу популације, а истовремено представља грубо кршење етичких принципа.

Узимајући у обзир значај медија и њихов велики утицај на јавност која лако прихвата неаргументоване и непроверене производе или третмане, чланови овог Посебног одбора у начелу подржа-



вају иступање лекара у медијима, али само уколико износе у јавност тачне и објективне, научно и медицински, кроз одговарајуће студије, доказане информације као и уколико износе позитивне примере лечења из праксе, а све у циљу побољшања јавног здравља и превенције, што подразумева поштовање основних етичких принципа.

(Закључак Посебној одбора за медицинску етику РЛКЈИС)

Спец. др. мед. **Славица Младеновић**, прим. Председница ПО за медицинску етику РЛКЈИС

ПРОПИСИ КОЈИ ДИРЕКТНО ИЛИ ИНДИРЕКТНО УТИЧУ НА ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА

Аутори: Прим спец др Зора Пандуров,
мр сци мед др Ружица Јовановић – Министарство
здравља Републике Србије

САЖЕТАК: Пацијенти врло често приговарају здравственим радницима /сарадницима да не поштују одредбе из Закона о правима пацијената. Како би се проблеми превазишли потребно је да здравствени радници/сарадници познају не само Закон о правима пацијената, него и друге прописе. Поред упознавања здравствених радника/сарадника са одредбама разних прописа и начином њиховог међусобног повезивања, приказали смо и могућност њихове ефикасније примене и контроле која се може спроводити у Здравственим установама, другим правним лицима (без обзира на облик својине) и у приватној пракси.

Циљ овог рада, који се у великој мери односи на примену Закона о правима пацијената[2], је да се здравствени радници/сарадници и други запослени у здравственим установама, приватној пракси и другим правним лицима у којим се обављају одређени послови здравствене делатности, упознају са битним одредбама из овог закона и неким од начина коришћења прописа за унапређење квалитета рада у целини.

Да се упознамо са Законом о правима пацијената. У овом Закону наведене су, између осталог, и дужности пацијената, односно њихова одговорност и то: одговорност пацијента према свом здрављу, према другим корисницима здравствених услуга и према здравственим радницима и сарадницима. Законом су утврђена права пацијената. Укупно их има 19 (деветнаест) и то: право на информације, доступност здравствене заштите, превентивне мере, квалитет пружања здравствене услуге, безбедност пацијента, право на обавештење, на слободан избор, друго стручно мишљење, право на приватност и поверљивост, пристанак, увид у медицинску документацију, на поверљивост података о здравственом стању пацијента, право пацијента који учествује у медицинским истраживањима, право

детета у стационарним здравственим установама, право пацијента да на сопствену одговорност напусти стационарну здравствену установу, право на олакшање патњи и бола, поштовање пацијентовог времена, приговор и право на накнаду штете.

КАКО СПРОВОДИТИ ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА

Спровођење наведених права, директано или индиректно зависи од здравствених радника/ сарадника. Један од начина, који није обавезан, али може помоћи у једноставнијој примени и контроли законских одредби, заснива се на груписању обавеза и права пацијената утврђених законом.

Подсећамо да су Здравствене установе и друга правна лица, без обзира на облик својине, у обавези да донесу општа акта, између осталих и Правилник о кућном реду. Оснивач приватне праксе, такође може утврдити кућни ред. Овај правни акт требало би да буде истакнут на видном месту како би пацијенти и друга присутна лица могла да се о садржини информишу.

Прегледом одредби Закона о правима пацијената, може се утврдити да постоји знатан број права и дужности пацијената о којима је потребно благовремено информисати пацијенте, те се Правилник о кућном реду може искористити како би се у исти инкорпорирале опште одредбе из Закона о правима пацијената.

Дакле, у здравственим установама, другим правним лицима или приватној пракси, Правилник о кућном реду или у други правни акт, може садржати дужности пацијента током боравка у здравственој установи и приватној пракси као што су: поштовање права других пацијената укључујући и право на доступност у складу са степеном хитности, без обзира на време приступа здравственој служби (степен хитности одређује здравствени радник/сарадник; омогућен пријем хитних пацијената), да у поступку остваривања здравствене заштите према здравственим радницима и другим запосленим, се односи са поштовањем и уважава-

њем, да при остваривању здравствене заштите активно учествује у заштити, очувању и унапређењу свог здравља, да у потпуности и истинито информишу здравствене раднике или сараднике о свом здравственом стању, придржава се упутстава и предузима мере прописане од стране здравственог радника или сарадника, да благовремено информише здравствену установу о отказивању термина заказаног прегледа и медицинског поступка, као и о промени адресе становања и броја телефона, а уколико пацијент жели да на сопствени захтев напусти стационарну здравствену установу, да је дужан да да' писану изјаву.

Кућни ред може садржати и информације да пацијент може изјавити незадовољство пружањем здравствене услуге непосредном руководиоцу, директору здравствене установе, оснивачу приватне праксе, саветнику пацијената (навести име и презиме, број телефона, адресу седишта и радно време саветника), да право на друго стручно мишљење пацијент може остварити у здравственој установи код другог здравственог радника и сарадника запосленог у здравственој установи, али да остваривање овог права плаћа из сопствених средстава, да захтев за увид у медицинску документацију, копирање исте, образложења услуга из ценовника здравствених услуга пацијент може затражити и од одређеног лица (навести име особе, радно време, број телефона и канцеларије), као и од оснивача приватне праксе.

Од користи је подсетити пацијента да је забрањено ометање здравствених радника и здравствених сарадника приликом пружања здравствене заштите и, евентуално, да су здравствени радници и сарадници дужни да предузму мере у складу са законом у случају кршења одредби из истакнутог правног акта или кућног реда!!!

КАКО СЕ МОГУ ШТИТИТИ ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ/ /САРАДНИЦИ

Законом о јавном реду[5] и миру је утврђена обавеза да се без одлагања обавести полиција о нарушавању јавног реда и мира. Нарушавање јавног реда и мира представља нпр. свађа (вербални сукоб два или више лица), вика (вербално изражавање јаког интензитета), увреда тј. вређање (вршење радњи којима се омаловажава личност другог лица), вршење насиља (примена физичке или друге силе на телу другог лица, подобне да изазову патњу или болове), претња (угрожавање сигурности другог лица, стављањем у изглед да ће се учинити какво зло, или напасти на живот или тело тог или њему блиског лица), туча (узајамно вршење насиља између два или више лица које се састоји у задавању удараца руком, другим деловима

тела или предметима), непристојно, дрско, безобзирно понашање (понашање лица или предузимање радњи на јавном месту, којима се угрожава сигурност грађана или нарушава јавни ред и мир, вређа морал грађана, уништава или оштећује имовина и друго).

Треба нагласити да уколико се не обавести полиција о нарушавању јавног реда и мира, у смислу овог Закона, се то може сматрати пропуштањем обавештења о нарушавању јавног реда и мира. Активности Министарства здравља РС, су за сада, усмерене на прикупљању података о нарушавању јавног реда и мира и недоличног понашања према здравственим радницима. Здравствена установа и приватна пракса су у обавези да пријаве Министарству здравља РС, нарушавање реда и мира и нападе на здравствене раднике.

МЕДИЦИНСКА ИСТРАЖИВАЊА

Једно од прописаних права пацијената је и Право пацијената која учествују у медицинским истраживањима. Важно је знати да је забрањено спровођење медицинских истраживања у приватној пракси, над малолетним лицима и над лицима лишеним пословне способности. Медицинска истраживања су дозвољена, изузетно, над малолетним лицима и лицима лишених пословне способности ако ова истраживања имају непосредну корист за пацијента. Изузетно, дете које је навршило 15 година живота и способно је за расуђивање може уз писмени пристанак, учествовати у истраживању у јавном здрављу уколико истраживање не носи ризик за дете, а има за циљ боље разумевање стање здравља ове популације.

Уколико у здравственој установи здравствени радници желе да спроводе медицинско истраживање, сарадња са правном службом може бити од велике користи, зато што је здравствена установа у обавези да пре почетка спровођења медицинског истраживања прибави одлуку Етичког одбора здравствене установе, да осигура пацијента за случај настанка штете по здравље пацијента и да сачини уговор са пацијентом којим се одређује износ непосредних трошкова који припадају пацијенту.

КО МОЖЕ ПОМОЋИ У СПРОВОЂЕЊУ ПРОПИСА

Техничка служба такође помаже (може да помаже) здравственим радницима у спровођењу Закона и то на више начина: редовним сервисирањем опреме директно утиче на поштовање права пацијента на безбедност и квалитет пружених здравствених услуга. Техничка служба учествује у изради идентификационих картица као једном

од облика презентовања информација пацијенту о имену, презимену и професионалном статусу здравственог радника и сарадника. Поред наведеног, техничка служба даје рачунарску подршку нпр. израђује обрасце у складу са важећим прописима, води бригу да све истакнуте информације у здравственој установи буду у исправном стању и доступне пацијентима.

Сарадња здравствених радника и сарадника са техничком службом се може остварити у ажурирању спискова запослених чиме је пацијенту омогућен избор лекара и избор лекара ради добијања другог стручног мишљења. Техничка служба обезбеђује просторије у којима се чува здравствена и медицинска документација, дакле нарочито осетљиви подаци о личности. Наглашавамо да обавезу чувања нарочито осетљивих података о личности имају сви запослени у здравственој установи и приватној пракси и другом правном лицу, а не само здравствени радници.

Здравствени радници/сарадници треба током свог рада да уложе напор како би поштовали пацијентово време. Пацијент има право на заказивање здравствене услуге, а у случају промене термина заказане здравствене услуге, Здравствена установа је дужна да пацијента благовремено о томе обавести. Хуман однос према пацијенту се подразумева као и олакшање патње и бола али то не подразумева еутаназију. Квалитет рада здравствени радници/сарадници треба непрестано да унапређују на свим нивоима здравствене заштите, како би се смањио ризик за настанак стручне грешке. Пацијент који претрпи штету на свом телу, или се стручном грешком проузрокује погоршање његовог здравственог стања има право на накнаду штете, а право на надокнаду штете се не може унапред искључити и ограничити.

ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ/ /САРАДНИЦИ И ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА

Током пружања здравствених услуга пацијент има право на приватност. Прегледу пацијента, по правилу, присуствују здравствени радници који непосредно учествују у пружању здравствене услуге. Друга лица (нпр. пратиоц пацијента) могу бити присутна уколико пацијент да пристанак. Уколико се пацијент изричито не противи, прегледу пацијента и предузимању медицинских мера могу присуствовати ученици и студенти здравствене струке током практичне наставе, као и здравствени радници и здравствени сарадници током обављања приправничког стажа и стручног усавршавања. На изричит захтев пацијента пружању здравствене услуге не могу присуствовати други здравствени радници.

Поверљивост је осетљиво право пацијента, зато што је забрањено да здравствени радник и сарадник другом лицу саопшти личне информације о пацијенту, укључујући и предложене дијагностичке и терапијске процедуре, податке из медицинске документације и стање здравља пацијента. Здравствени радници су ослобођени чувања службене тајне одлуком суда, писменом изјавом пацијента или његовог законског заступника, овлашћењем овереним код надлежног органа, а чланови породице имају право на горе наведене информације о пацијенту у случају избегавања здравственог ризика, уколико пацијент не разуме дато обавештење или би давање обавештења знатно нашкودило здрављу пацијента. Докази на основу којих су здравствени радници ослобођени чувања службене тајне се чувају у медицинској документацији пацијента.

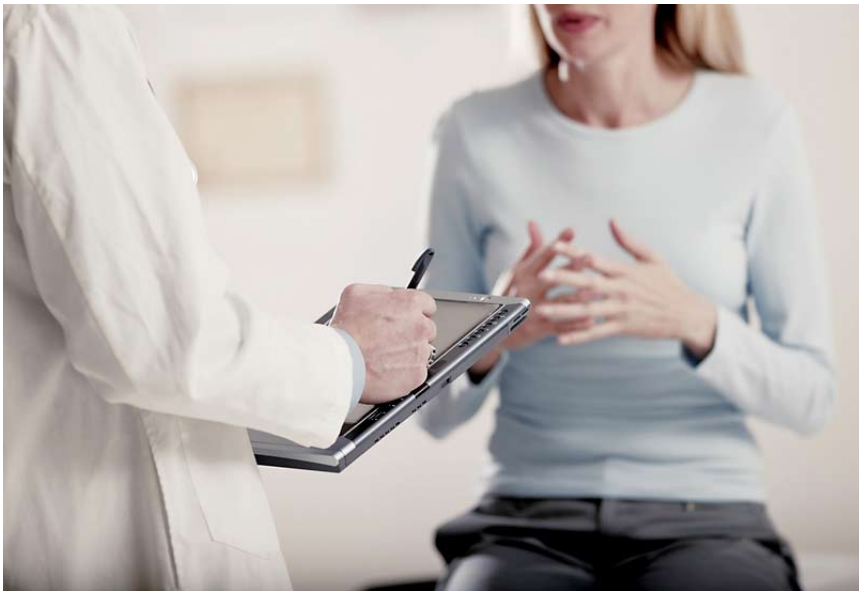
Овим законом су јасно утврђена и права детета у здравственом систему. Без обзира на године живота, дете способно за расуђивање има право на поверљиво саветовање и без пристанка родитеља када је то у најбољем интересу детета, до 15. године живота, кад је то могуће, има право да буде смештено на болничко лечење у пратњи једног од родитеља.

Дете са 15 година живота и способно за расуђивање има право на: увид у своју медицинску документацију, поверљивост података из медицинске документације и да самостално одлучује о предложеној медицинској мери (уз претходно обавештење).

Након прегледа, пацијент има право на обавештење. Здравствени радници и сарадници су у обавези да пацијенту дају потребна обавештења како би пацијент донео одлуку да пристане или не пристане на предложену медицинску меру. Обавештење садржи: дијагнозу и прогнозу болести, кратак опис, циљ и корист од предложене медицинске мере, време трајања и могуће последице предузимања и непредузимања предложене медицинске мере, могуће ризике, болне и друге споредне и трајне последице, алтернативне методе лечења, могуће промене пацијентовог стања, могуће нужне промене у начину живота пацијента као и дејство лекова и могуће споредне последице тог дејства. Обавештење се даје без тражења пацијента и то: УСМЕНО на начин разумљив пацијенту. Треба упознати пацијента да може опозвати пристанак у току лечења све док не започне извођење медицинске мере коју је немогуће прекинути (усмено или писмено). Обавештење се даје ПИСМЕНО – када је то другим законима прописано нпр. Законом о биомедицински потпомогнутој оплодњи (БМПО) или на захтев пацијента у медицинским истраживањима. Посебно треба бити опрезан у случају пацијената који учествују у медицинским истраживањима и упознати их да могу одбити учешће у истражива-

њу у свако време (писмено). Обавештење се може дати уз преводиоца или тумача, уколико пацијент не разуме језик или је глувонем.

За здравствене раднике/сараднике је значајно да се пацијент може одрећи права на обавештење осим обавештења да је предложена медицинска мера потребна, да није без ризика, односно да је ризично њено непредузимање. Обавеза здравствених радника је да у медицинску документацију унесе податак да је пацијенту или законском заступнику



дао потребна обавештења како би донели одлуку да пристану или не пристану на предложену медицинску меру, а тачност унетих података овери својим потписом и отиском печата.

Након датог предходног потребног обавештења, које је на ваљан начин евидентирано у медицинску документацију пацијента о предузимању предложене медицинске мере над пацијентом одлуку доноси: Конзилијум (конзилијарно мишљење) у хитним стањима када је пацијент без свести, а законски заступник или особа одређена да да пристанак није доступна. Међутим, по правилу то чини пацијент, законски заступник (када је пацијент дете, пацијент лишен пословне способности) или особа коју је пацијент одредио да да пристанак у случају да он постане неспособан за доношење одлуке. Одлука пацијента може бити пристанак или одбијање предложене медицинске мере. Одлука детета о предложеној медицинској мери може, такође бити, као и код одраслих, пристанак и одбијање. Уколико постоји озбиљна опасност по живот и здравље детета здравствени радник има право да прекрши право на поверљивост и против воље детета обавести законског заступника о потреби предузимања медицинске мере и о одлуци детета. Пристанак, пацијент може дати из-

ричито, усмено или писмено. Писмени пристанак се даје код учествовања у медицинским истраживањима, предузимању инвазивних дијагностичких и терапијских процедура и другим законом прописаним случајевима. Пристанак, пацијент може дати прећутно – ако није изричито противан. Међутим, обавеза здравственог радника је да пристанак који је дат усмено и прећутно евидентира у медицинску документацију пацијента. Одбијање предложене медицинске мере је увек

писмено. Уколико пацијент не жели да да писано одбијање, здравствени радник/сарадник сачини службену белешку. Писани пристанак и одбијање се чувају у медицинској документацији пацијента. Пацијент има право да на сопствену одговорност напусти стационарно лечење, међутим уколико то учини дете или пацијент лишен пословне способности обавеза здравственог радника је да без одлагања обавести законског заступника. Уколико законски заступник поступа супротно најбољем интересу пацијента, обавеза здравственог радника је да обавести надлежни орган старатељства. Уколико одрастао пацијент напусти стационарно лечење без најаве и без писане изјаве, здравствени рад-

ник је у обавези да податке о напуштању здравствене установе упише и чува у медицинској документацији пацијента.

Право на превентивне мере су познате али ће мо поновити оно најбитније. Здравствена установа има обавезу спровођења превентивних мера ради очувања и унапређења здравља, спречавања, сузбијања и раног откривања болести и других поремећаја здравља у одређеним интервалима и за групације становништва изложеним повећаном ризику од оболевања.

Уколико се пацијент не придржава одредби овог закона или неких од одредби кућног реда, здравствени радник може да откаже даље пружање здравствене заштите пацијенту, изузев хитне медицинске помоћи, о чему је дужан да писмено обавести директора, као и да у медицинску документацију пацијента унесе разлоге за одбијање пружања здравствене заштите. Здравствена установа је дужна да пацијенту обезбеди даље пружање здравствене заштите. Занимљива је и једна одредба Закона о здравственом осигурању[4] у којој се између осталог наводи и следеће: „Казниће се за прекршај осигураник ако намерно проузрокује неспособност за рад, или ако намерно спречи оздрављење, односно оспособљавање за рад, ако се без оправданог

разлога не јави изабраном лекару...". Да ли сте чули да је неко од здравствених радника/сарадника обавестио Републички фонд за здравствено осигурање о сумњи на прекршај осигураника?

КО СПРОВОДИ ЗАШТИТУ ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА

Ново у овом закону је да послове заштите права пацијената спроводе: Саветник за заштиту права пацијената (саветник пацијената). Именује га локална самоуправа. Пацијентима пружа потребне информације и савете у вези са правима пацијената и обавља послове заштите права пацијената по поднетом приговору. Поступа на начин да врши само увид у медицинску документацију пацијента која је у вези са приговором, у присуству здравственог радника. Има право да затражи писмене информације, податке и мишљење од здравственог радника, сарадника, руководиоца и директора, а о утврђеним чињеницама доставља извештај. До ступања на снагу Закона о здравственој заштити[1] који је сада у примени, Саветник за заштиту права осигураних лица (заштитник осигураника) је учествовао у заштити права осигураника, међутим сада овај посао обавља саветник пацијената, пошто су и осигурана лица пацијенти. Изван здравствене установе послове заштите права пацијената спроводи и здравствена инспекција.

Важно је да здравствени радници и сарадници разликују инспекцијски напор од утврђивања чињеница од стране саветника пацијената. Ова разлика се огледа између осталог и у следећем:

- инспекцијским напором здравствени/фармацевтски инспектор и инспектор за биомедицину остварује увид у целокупну документацију пацијента. На основу утврђених чињеница, а на основу Закона о здравственој заштити има право да захтева ванредну унутрашњу проверу квалитета стручног рада. Здравствена установа, приватна пракса и друго правно лице је обавезно да надлежном инспектору достави извештај о извршеној ванредној унутрашњој провери квалитета стручног рада у року од пет (5) радних дана и ово је Законом о здравственој заштити[1] прописано, док рокове за достављање информација, изјава или мишљења одређује инспектор. Такође, инспектор налаже отклањање недостатака утврђених напором и контролише извршење наложених мера у законом прописаном року.

- у поступку утврђивање чињеница од стране саветника за заштиту права пацијената, Саветник пацијената има право увида само у део медицинске документације који се односи на право пацијента које је наведено у приговору. Саветнику се достављају информације, подаци, мишљења, а везано за приговор у року од 5 радних дана. Директор или оснивач приватне праксе је у обавези, да по добијању Извештаја од саветника пацијената, достави саветнику пацијената обавештење о поступању по Извештају у року од 5 радних дана по пријему.

КАКО ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ/САРАДНИЦИ КОНТРОЛИШУ КВАЛИТЕТ РАДА ПРИМЕНОМ ПРОПИСА

Превентивним мерама и активностима се може утицати на квалитет рада и на мању примену казних одредби. Одговорним управљањем ризицима се непрестано смањује могућност за настанак повреде закона и непријатности које она доноси. Једна од мера превентивног деловања је и Унутрашња провера квалитета стручног рада, а Здравствене установе и приватна пракса су у обавези да исту спроводе. Унутрашња провера квалитета



стручног рада спроводи се као Континуирана унутрашња провера квалитета стручног рада и спроводи је непосредни руководиоца, континуирано (превентивна мера деловања). У случају нежељених догађаја спроводи се ванредна унутрашња провера квалитета стручног рада на захтев: директора, стручног савета, комисије за унапређење квалитета здравствене заштите, руководиоца другог

правног лица, као и државног органа: здравственог, фармацеутског и инспектора за биомедицину, тужилаштва... О извршеној унутрашњој провери квалитета стручног рада, било да је континуирана или провера у случају нежељених догађаја, сачињава се Записник, који у складу са прописом садржи: име и презиме лица/комисије које врши проверу, датум провере, предмет провере, уочене недостатке, предузете мере и потпис лица/комисије које врши проверу[6].

У случају ванредне унутрашње провере квалитета стручног рада у здравственој установи, приватној пракси или другом правном лицу, на основу записника сачињава се извештај о спроведеној ванредној унутрашњој провери квалитета стручног

ног рада која обавезно садржи податке о: утврђеном чињеничном стању, уоченим недостацима и пропустима, стручно мишљење о последицама по здравље пацијента и предлог за отклањање уочених недостатака и пропуста. Овај извештај се у року од пет (5) радних дана доставља подносиоцу захтева, директору, оснивачу приватне праксе или руководиоцу другог правног лица.

Уколико се спроводи редовна унутрашња проvera, односно проvera коју спроводи непосредни руководилац, континуирано, тада исти на основу записника о провери квалитета стручног рада, сачињава месечни Извештај о провери квалитета стручног рада и предузетим мерама за отклањање недостака који доставља начелнику. Начелник или непосредни руководилац уколико организациона јединица нема начелника, на основу месечних извештаја сачињава Тромесечни извештај који доставља Стручном савету. Стручни савет на основу тромесечних извештаја сачињава Годишњи извештај о спровођењу унутрашње провере квалитета стручног рада који доставља директору. Стручни савет као саветодавно тело директора и управног одбора, након разматрања тромесечних извештаја и предузетих мера за унапређење квалитета, доноси Програм унутрашње провере квалитета стручног рада за наредну годину као и годишњи План развоја здравствене установе и годишњи План унапређења квалитета стручног рада који доставља директору и Комисији за унапређење квалитета здравствене заштите, која користећи свој годишњи извештај о показатељима квалитета здравствене заштите, сачињава Годишњи план унапређења квалитета здравствене заштите који доставља директору.

Циљ плана унапређења квалитета здравствене заштите је, између осталог, постизање бољих показатеља квалитета рада у односу на претходну годину. Остварење овог циља у многоме зависи од квалитета спровођења континуиране провере квалитета стручног рада непосредног руководиоца са једне стране, и од квалитета Програма унутрашње провере квалитета стручног рада који спроводи непосредни руководилац, са друге стране.

Приватна пракса је, такође, у обавези да сачини Програм провере квалитета стручног рада. Оснивач приватне праксе, на основу записника о извршеним унутрашњим проверама квалитета стручног рада из претходне године, сачињава Програм провере квалитета стручног рада за наредну годину, коју ће спроводити континуирано у приватној пракси.

Ради бољег разумевања начина на који се може сачинити годишњи програм провере квалитета стручног рада исти ћемо образложити кроз пример.

Програм провере квалитета стручног рада треба да садржи: предмет провере и учесталост провера.

Учесталост може бити приказана нпр. на месечном нивоу. Предмет провере може бити: рок анестетика или лекова. Ако рок анестетика или неког лека истиче у фебруару, тада планирати редовну унутрашњу проверу рокова у јануару. Медицинску документацију треба чешће контролисати, те се програмом, као предмет провере, може испланирати нпр. за јун да учесталост провера буде једном недељно дакле у током јуна четири пута. Подсећамо да се о проверама воде записници чија је садржина иста као и садржина записника који се воде у проверама у здравственим установама. Уколико се нпр. пацијент жали оснивачу приватне праксе у августу на услугу која му је пружена у јуну, тада ће оснивач приватне праксе спровести ванредну унутрашњу проверу квалитета стручног рада и у сачињавању Извештаја користити, поред осталог и податке из записника о спроведеној редовној провери квалитета стручног рада за тај месец. Дакле, оснивач приватне праксе годишњи програм провере квалитета стручног рада и записнике има као стварне доказе да је предузео и предузима мере и активности како би пацијенту пружио квалитетну и безбедну услугу.

Предлажемо да у Књигу евиденција о унутрашњој провери квалитета стручног рада, на првим странама буде Годишњи програм провере квалитета стручног рада, а у наставку записници о спроведеним проверама у складу са програмом. На тај начин ће оснивач приватне праксе на крају календарске године моћи да евалуира провере и за наредну годину уведе неке нове предмете провера који су током протекле године често били контролисани и мимо програма односно контролисани у ванредним проверама квалитета стручног рада.

Надамо се да смо овим текстом успели да здравственим радницима и сарадницима приближимо прописе који регулишу права пацијената, и да смо заинтересовали читаоце да прописе читају и са разумевањем примењују у свакодневном пракси.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Закон о здравственој заштити („Службени гласник РС“, бр. 25/19);
2. Закон о правима пацијената („Службени гласник РС“, бр. 45/13, 25/19-др. закон);
3. Закон о здравственој документацији и евиденцијама у области здравства („Службени гласник РС“, бр.123/14и 106/15, 105/2017 и 25/19-др. закон);
4. Закон о здравственом осигурању („Службени гласник РС“, бр. 25/19);
5. Закон о јавном реду и миру („Службени гласник РС“, бр 6/16, 24/18);
6. Правилник о провери квалитета стручног рада здравствене установе, приватне праксе, здравствених радника и здравствених сарадника („Службени гласник РС“, бр. 35/11).

Гласник

Лекарске коморе Србије

